

Postscripta

Preventie van agressieve incidenten

Het artikel 'Preventie van agressieve incidenten' van Nijman e.a. (1996) lezen wij met veel interesse. In hun studie naar een mogelijk effect van een aantal geprotocolleerde interventies op agressieve incidenten vonden ze een afname van incidenten zowel op de onderzoeksafdeling als op de controleafdeling. De vraag rees of deze vermindering onder invloed van meting met de Staff Observation Aggression Scale (SOAS) tot stand kwam. Bij het opzetten van een prospectieve studie naar het effect van valproïnezuur op agressief gedrag bij patiënten lijdend aan dementie (Sival e.a. 1994) namen we notitie van de studie van Nilsson e.a. (1988), die stelden dat registratie van agressie met behulp van de SOAS op zich al zou kunnen leiden tot een vermindering van het aantal incidenten. Zij onderzochten gedurende zes weken verschillende karakteristieken en de frequentie van agressief gedrag met de SOAS, een voorloper van de Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS; Wistedt e.a. 1990). Nilsson e.a. adviseren bij interventiestudies een 'run-in'-periode van ten minste twee tot drie weken observatie. Echter, het langetermijneffect van observatie is niet onderzocht. Daartoe bestudeerden we op twee afdelingen in een psychogeriatrisch verpleeghuis bij (alle) 64 patiënten prospectief gedurende vier maanden het effect van observatie met behulp van de SDAS op agressief gedrag (Sival e.a. 1996).

Er werd een hoog significant beloop van gemiddelde SDAS-scores (rating-effect) gevonden. Net als bij Nilsson en Nijman daalden de gemiddelde scores gedurende de eerste periode, dat wil zeggen negen weken. Daarna stegen de gemiddelde SDAS-scores tot week twaalf om dan te stabiliseren onder baselineniveau. Deze resultaten suggereren dat het rating-effect van het gebruik van de SDAS op het doelsymptoom 'agressief gedrag' in een populatie lijdende aan dementie het grootst is gedurende acht weken. Bij de opzet van prospectieve interventiestudies wordt aanbevolen om met dit verschijnsel rekening te houden door de

SDAS ten minste twaalf weken voor de studie te introduceren, zo deze niet als routine wordt gebruikt.

Na introductie van de SDAS steeg de incidentie van door de verpleging gerapporteerd agressief gedrag significant. Het zou kunnen zijn dat meer aandacht aan het gedrag wordt gegeven waardoor de gerapporteerde incidentie toeneemt, terwijl de objectieve impact gemeten met de SDAS afneemt. Voor klinische toepassing lijkt het gebruik van de SDAS interessante aspecten te hebben: de prescriptie van psychotrope medicatie volgde het beloop van de gemiddelde SDAS-score.

Literatuur

- Nijman, H., W. Allertz, M. van de Boogaard e.a. (1996), Preventie van agressieve incidenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 723-734.
- Nilsson, K., T. Palmstierna en B. Wistedt (1988), Aggressive behaviour in hospitalized psychogeriatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 172-175.
- Sival, R.C., T. Albronda, P.M.J. Haffmans e.a. (1996), Effect of the introduction of a behaviour rating scale on the target symptom. *Int. J. Methods Psychiatr. Research*, submitted for publication.
- Sival, R.C., P.M.J. Haffmans, P.P. van Gent e.a. (1994), The effects of sodium valproate on disturbed behavior in dementia. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 42, 906-907.
- Wistedt, B., A. Rasmussen, U. Malm e.a. (1990), The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression. *Pharmacopsychiatry*, 23, 249-252.

R.C. Sival, klinisch geriater
Dr. P.M.J. Haffmans, neurofarmacoloog
Psychiatrisch Centrum Bloemendaal
Monsterseweg 93, 2553 RJ Den Haag
Tel. 070-3916606 of 070-3916391
Fax 070-3970230

Antwoord aan Sival en Haffmans

Met veel belangstelling las ik de reactie van Sival en Haffmans op het artikel 'Preventie van agressieve incidenten' (1996). Het is interessant om te zien welke effecten de introductie van de Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS) van Wistedt e.a. (1990) kan hebben op de agressiviteit van psychogeriatrische patiënten. Ik wil echter enkele kanttekeningen plaatsen.

Ten eerste wordt de Staff Observation Aggression Scale (SOAS) van Palmstierna en Wistedt (1987) ten onrechte een voorloper van de SDAS genoemd. De schalen hebben een andere meetpretentie en bestaan naast elkaar. De Staff Observation Aggression Scale (SOAS) is een observatieschaal waarmee de teamleden op een afdeling afzonderlijke

agressieve incidenten registreren (zie Palmstierna en Wistedt 1987; Nijman e.a. 1995). De SOAS wordt direct na het optreden van ieder agressief incident ingevuld. Met de SOAS worden het aantal en de aard van optredende agressieve incidenten op een afdeling bepaald. De SDAS meet in hoeverre bij een patiënt in een bepaalde periode agressieve kenmerken en gedragingen aanwezig dan wel afwezig waren; de kenmerken worden van 'niet aanwezig' tot 'extreem ernstig' gescoord op elf items. De SOAS wordt door de makers ervan in diverse studies gebruikt (bijv. Palmstierna en Wistedt 1987; Nilsson e.a. 1988; Palmstierna e.a. 1989; Palmstierna en Wistedt 1989; Palmstierna e.a. 1991), ook meer recent om het effect van preventieve maatregelen te toetsen (Palmstierna en Wistedt 1995). In deze laatstgenoemde studie wordt het effect van een beddenreductie op een afdeling op het gemiddeld aantal agressieve incidenten per patiënt onderzocht aan de hand van SOAS-registraties.

Ten tweede bevelen Sival en Haffmans aan om in interventiestudies een 'run-in'-periode met het meetinstrument te hanteren van ten minste twaalf weken. Zij doen deze aanbeveling omdat onder invloed van de meting van agressieve incidenten een daling van het aantal incidenten kan optreden. Dit probleem lijkt echter ondervangen te worden door controlemetingen te verrichten. In onze studie naar het effect van een aantal preventieve maatregelen werd tegelijk met de experimentele afdeling op twee controleafdelingen gestart met de registratie van agressieve incidenten. Eventuele effecten van de SOAS-registratie op het aantal optredende incidenten zullen zich zowel op de experimentele als op de controleafdelingen voordoen. Na een voormeting van drie maanden werden de preventieve maatregelen geprotocolleerd en geïntroduceerd op de experimentele afdeling, waarna een nameting van drie maanden plaatsvond. Op deze wijze werd inderdaad een daling van het totale aantal incidenten op de drie afdelingen gevonden. De daling op de experimentele afdeling bleek echter *niet significant* groter te zijn dan die op de controleafdelingen en leek dus onafhankelijk van de genomen preventieve maatregelen, en mogelijk onder invloed van de registratie met de SOAS, opgetreden te zijn. Nilsson e.a. (1988) suggereren dat registratie met de SOAS een leerproces bij stafleden op gang kan brengen. Het invullen van de SOAS dwingt de verpleegkundigen ertoe om de observaties van agressieve incidenten te systematiseren en (in tegenstelling tot de SDAS) ook stil te staan bij de directe aanleiding van het incident. Hierdoor leert men wellicht het agressiepatroon en de provocerende omstandigheden van individuele patiënten beter kennen en kunnen agressieve situaties worden voorkomen.

Literatuur

- Nilsson, K., T. Palmstierna en B. Wistedt (1988), Aggressive behavior in hospitalized psychogeriatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 172-175.
- Nijman, H., W. Allertz en J. à Campo (1995), Agressie van patiënten. Een onderzoek naar agressief gedrag van psychiatrische patiënten op een gesloten opnameafdeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 329-342.
- Nijman, H., W. Allertz, M. van de Boogaard e.a. (1996), Preventie van agressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 723-734.
- Palmstierna, T., R. Lassenius en B. Wistedt (1989), Evaluation of the brief psychopathological rating scale in relation to aggressive behavior by acute involuntary admitted patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 313-316.
- Palmstierna, T., B. Huitfeldt en B. Wistedt (1991), The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1237-1240.
- Palmstierna, T., en B. Wistedt (1987), Staff observation aggression scale: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657-663.
- Palmstierna, T., en B. Wistedt (1989), Risk factors for aggressive behaviour are of limited value in predicting the violent behaviour of acute involuntarily admitted patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 152-155.
- Palmstierna, T., en B. Wistedt (1995), Changes in the pattern of aggressive behaviour among inpatients with changed ward organization. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 32-35.
- Wistedt, B., A. Rasmussen, L. Pedersen e.a. (1990), The development of an observer-scale for measuring Social Dysfunction and Aggression. *Pharmacopsychiatry*, 23, 249-252.

Henk Nijman
Wetenschappelijk onderzoeker
Psychiatrisch Centrum Welterhof
J.F. Kennedylaan 301, 6419 XZ Heerlen

Psycho-educatie als behandeling van unipolaire depressie

Hoe verbeteren we de kwaliteit van de voorlichting?

Het is de verdienste van Cuijpers dat hij bij herhaling aandacht vraagt voor het werk van Lewinsohn en zijn groep. Getoetst aan de trechter van Dunning en ook aan de huidige kwaliteitswetgeving, heeft de cursus de diverse testen met glans doorstaan. De vraag is echter of er een plaats is in de dagelijkse klinische en poliklinische praktijk, welke voor- en nadelen er zijn en wat überhaupt de plaatsbepaling is.

De titel van het stuk van Cuijpers valt meteen op. Helaas treffen we hier opnieuw het woord psycho-educatie aan. In de VS is dit een weinig omschreven begrip dat soms gebruikt wordt om de voorlichting aan psychiatrische patiënten te benoemen en hun vaardigheden aan te leren, maar dat evenzeer gebruikt wordt wanneer kankerpatiënten leren

omgaan met hun problematiek, en ook wanneer een buurman op een school benoemd wordt om een kind met leermoeilijkheden te helpen om zijn huiswerk klaar te krijgen.

In Nederland wordt het woord in zeer verschillende betekenissen gebruikt. Soms betekent het niets anders dan monomethodische patiëntenvoorlichting. In andere gevallen worden vaardigheidstrainingen bedoeld als duidelijke aanvulling op de monomethodische patiëntenvoorlichting. Wanneer Cuijpers psycho-educatie echter geheel naast andere therapievormen zet, wordt mijns inziens de verwarring alleen maar groter; het boeiende van de cursus van Lewinsohn is dat het gaat om een goed geïntegreerde patiëntenvoorlichting met allerlei vaardigheidstrainingen.

De aantrekkelijkheid van het woord psycho-educatie maakt dat dit woord voor van alles gebruikt wordt. Ik stel hierbij voor het woord geheel af te schaffen. Wil men het toch handhaven, dan is mijn voorstel 'patiëntenvoorlichting' te gebruiken voor puur informatieve voorlichting en 'psycho-educatie' voor patiëntenvoorlichting inclusief uitgebreide instructie rondom vaardigheden. Men dient te beseffen dat daarbij de grens naar een eclectische vorm van groepspsychotherapie van zeer directieve aard soms vrijwel overschreden wordt.

In het artikel van Cuijpers wordt duidelijk ingegaan op een plaatsbepaling van deze cursus. In vergelijking met andere cursussen met andere vormen van therapie komt de cursus er bij meta-analyse goed uit. Ik noem in het kort nog enkele specifieke voordelen van de cursus Lewinsohn/Cuijpers:

1. laagdrempeligheid;
2. geen passieve rol voor de patiënten in een zogenaamd (mijns inziens verkeerd begrepen) medisch model;
3. preventie is beter omdat vaardigheden zijn aangeleerd;
4. de cursus is multimethodisch (monomethodische voorlichting zoals in Nederland frequent gepraktiseerd wordt, is van zeer lage kwaliteit);
5. voorlichting vindt plaats in een groep, dat wil zeggen: het door onder anderen Ryglewicz (1989) als essentieel beschreven lotge-notencontact wordt gerealiseerd.

Als nadelen van de cursus wil ik onder andere de volgende noemen:

1. de populatie is vermoedelijk toch een wat andere dan een klinische c.q. poliklinische populatie; men is met name meer gemotiveerd (het is bijvoorbeeld nauwelijks voor te stellen dat ernstig depressieve patiënten in staat zullen zijn om plezierige activiteiten te noemen en uit te voeren);
2. de familie participeert niet mee (het gehele expressed emotion-onderzoek (Vaughn en Leff 1976; Hooley e.a. 1986; Miklowitz e.a. 1988) wordt niet meegenomen);

3. het is genoegzaam bekend dat een bepaalde groep patiënten niet reageert op verbale therapieën; medicatie heeft, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de interpersoonlijke psychotherapie, geen plaats;
4. de cursus is behoorlijk arbeidsintensief; heeft iedere depressieve patiënt dit wel nodig?; zeer veel depressieve patiënten zijn toch met voorlichting en antidepressiva in enkele weken weer hersteld!;
5. organisatorische aspecten, met name ook van financieel-economische aard, maken het op dit moment erg moeilijk om de cursus in te voeren als een duidelijk omschreven verrichting.

De plaatsbepaling van de cursus Cuijpers/Lewinsohn lijkt van groot belang. Voor welke patiënten is deze het meest geschikt; dienen op regionaal niveau overal dit soort cursussen ontwikkeld te worden, en hoe verhouden zich de resultaten met andere vormen van therapie?

Wanneer we denken aan andere vormen van patiëntenvoorlichting en therapie, kan er een vergelijking gemaakt worden met:

1. monomethodische patiëntenvoorlichting, al of niet aangevuld met een folder en daarna individuele begeleiding; uit alle onderzoek blijkt dat het rendement van het voorlichtingsstuk hierbij zeer laag is;
2. het model-Pittsburg, ontwikkeld door het National Institute of Mental Health (Jacob 1983), waarbij de gehele dag voorlichting wordt gegeven aan patiënt en familie, met daarna interpersoonlijke psychotherapie dan wel cognitieve therapie; de resultaten hiervan zijn zeer overtuigend;
3. individuele psychotherapie met daarin de nodige voorlichtingsaspecten:
 - a. cognitieve aspecten volgens Beck (1979);
 - b. interpersoonlijke psychotherapie volgens Klerman, Weissman, Rounsaville en Chevron (1994);
 - c. cognitieve gedragsmodificatie (Boelens 1990); deze vorm werkt uitstekend bij een groot aantal depressieve patiënten, maar werkt soms niet bij ernstiger depressies; is tegelijkertijd arbeidsintensief en daardoor in de praktijk in Nederland praktisch niet haalbaar voor grote groepen patiënten;
 - d. groepspsychotherapie met een sterk voorlichtend en instruerend karakter à la Van Gent (1993), met goede resultaten, overigens alleen bij patiënten met een bipolaire stoornis.

De vraag is dus welke precies de plaats is van de cursus Cuijpers/Lewinsohn, voor welke patiënten deze geïndiceerd is en voor wie een andere vorm van therapie is geïndiceerd. Tevens dienen daarbij studies plaats te vinden over de kosten/batenanalyse, studies naar het moment

waarop de cursus gegeven moet worden, dat wil zeggen bij de eerste of tweede dan wel derde depressieve fase; naar de rol van de familie en hoe deze meer betrokken kan worden bij de voorlichting, omdat er een sterke tendens is om het succes van de voorlichting vooral te zien op plaatsen waar ook familieleden betrokken worden in het geheel, met mogelijk zelfs een voorkeur voor bijeenkomsten met meerdere families (McFarlane 1996) tegelijkertijd, enzovoort.

Literatuur

- Beck, A.T., A. Rush, B. Shaw e.a. (1979), *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York.
- Boelens, W. (1990), *Cognitieve therapie en gedragstherapie bij depressie: een evaluatie-onderzoek*. Repro, Meppel.
- Gent, E.M. van (1993), *A study of biopsychological treatment to prevent manic depressive relapse*. Proefschrift. CIBA Janssen en Lilly.
- Hooley, J.M., J. Orley en J.D. Teasdale (1986), Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- Jacob, M.E. Frank, D.J. Kupfer e.a. (1987), A psychoeducational workshop for depressed patients, family and friends: description and evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 9, 968-972.
- Klerman, G.L., M.M. Weissman, B.J. Rounsaville e.a. (1995), *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books, New York.
- McFarlane, W.R., E. Lukens, B. Liunk e.a. (1995), Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 679-687.
- Miklowitz, D.J., M.J. Goldstein, K.H. Nuechterlein e.a. (1988), Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231.
- Ryglewicz, H. (1989), *Psychoeducation: a wave of the present. The lines*. The Information Exchange (TIE) Inc., p. 1-2.
- Vaughn, C.E., en J.P. Leff (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.

J.L.M. van der Beek, zenuwarts
Poirterlaan 7, 5611 LA Eindhoven

Antwoord aan Van der Beek

Van der Beek snijdt in zijn reactie op mijn artikel een aantal belangrijke punten aan. In mijn antwoord wil ik op enkele daarvan ingaan.

Ten eerste de omschrijving van het begrip 'psycho-educatie'. Dit is inderdaad zo langzaam een 'containerbegrip' aan het worden, waar van alles onder wordt geschaard. Ik sluit mij dan ook van harte aan bij het pleidooi voor een betere begripsafbakening. Toch hecht ik bij de omschrijving van de 'omgaan met depressie'-cursus aan de term psycho-educatie. Deze term geeft heel duidelijk aan dat deze interventie

geen 'gewone' vorm van psychotherapie is, maar een echte cursus, die niet zozeer wat betreft inhoud van andere psychotherapieën te onderscheiden is, maar wel wat betreft werkvorm. Deelnemers zijn geen patiënten maar cursisten, en de begeleider is geen therapeut maar docent. Ik kom daarmee op mijn tweede punt.

De cursusvorm (of zo men wil de psycho-educatieve methodiek) maakt de 'omgaan met depressie'-cursus tot een interventievorm die in veel situaties en in verschillende vormen toegepast kan worden. Van der Beek beperkt zijn bespreking over de plaatsbepaling van de cursus tot de klinische behandelpraktijk. Het aardige van de cursus is echter nou juist dat hij weliswaar een plaats kan hebben binnen de bestaande curatieve praktijk (zie verderop), maar ook binnen diverse andere settings. Zo hebben bijvoorbeeld Clarke en zijn collega's een variant van de cursus ontwikkeld die effectief is gebleken als instrument voor primaire preventie van depressies (Clarke e.a. 1995). In Duitsland is een variant van de cursus ontwikkeld voor mensen die na een opname hersteld zijn van een depressie, met als doel terugvalpreventie (Kühner e.a. 1994). Onderzoek wijst uit dat de terugval inderdaad vermindert door deze interventie. Ik zou nog diverse andere interessante en bruikbare varianten van de cursus kunnen noemen buiten de klinische en poliklinische behandelpraktijk.

Maar, en dat is mijn derde punt, ik denk dat de cursus zeker wel een plaats verdient binnen de curatieve behandelpraktijk. Het feit dat verschillende RIAGG's er al mee werken en dat mij ook ter ore is gekomen dat enkele poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen ermee gaan werken, geeft al aan dat er in de praktijk behoefte bestaat aan dergelijke gestructureerde behandelvormen. Voor bepaalde categorieën patiënten is de cursus mijns inziens een prima behandelvorm, zoals ik zelf in de praktijk van mijn eigen RIAGG heb ervaren. Dat wil zeker niet zeggen dat iedere depressieve patiënt geschikt is voor deelname. Het is mijn ervaring dat niet zozeer de ernst van de depressie bepaalt of mensen geschikt zijn voor deelname, zoals Van der Beek suggereert, maar wel aspecten als het hebben van concentratieproblemen, het verbaal ingesteld zijn en dergelijke.

We moeten daarbij echter niet vergeten dat er weliswaar het nodige effectonderzoek is verricht, maar dat in het algemeen heel weinig bekend is over welke patiënten baat hebben bij welke behandeling (Cuijpers 1996). Er zijn tal van behandelvormen voor depressies bekend,

zowel somatisch (antidepressiva, lichttherapie, ECT, etc.) als psychotherapeutisch (gedragstherapie, cognitieve therapie, cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, reminiscentietherapie bij ouderen etc.). Maar wie nu het meeste baat heeft bij welke (combinatie van) behandelvormen is niet bekend; daar is ook nauwelijks onderzoek naar verricht. In dit opzicht is de vraag naar de plaatsbepaling van

de 'omgaan met depressie'-cursus van Van der Beek helemaal terecht, alleen betreft het hier een vraag die feitelijk op alle behandelvormen betrekking heeft en niet alleen op de cursus. Uiteraard blijft de relevantie van deze vraag daarmee overeind: onderzoek naar wanneer welke behandeling bij wie het meeste resultaat oplevert is uitermate belangrijk.

In dit verband is een recente publicatie van De Jonghe en Wijn (1996) erg interessant. Zij presenteren gegevens waaruit duidelijk blijkt dat antidepressiva eigenlijk alleen geïndiceerd zijn bij ernstige depressies en dat zo'n 90% van alle depressieve polikliniekpatiënten niet voldoet aan de gestelde criteria voor een ernstige depressie. Deze laatste groep zou primair geïndiceerd zijn voor psychotherapie. Bovendien blijkt dat maar liefst 32% van alle (poliklinische) patiënten een behandeling met uitsluitend psychofarmaca weigert, terwijl slechts 13% een gecombineerde psycho- en farmacotherapie weigert. De stelling van Van der Beek dat veel patiënten eenvoudig geholpen kunnen worden met voorlichting en antidepressiva, moet mijns inziens dan ook met terughoudendheid betracht worden.

Het is mijn stellige overtuiging dat van de grote groep depressieve patiënten voor wie in eerste instantie een psychologische behandelvorm geïndiceerd is, zeker een deel het meest gebaat is bij deelname aan de 'omgaan met depressie'-cursus of een variant daarvan, eventueel in combinatie met andere behandelvormen. Dat staat dan nog los van de groep depressieve patiënten die helemaal geen hulp zoekt bij een arts of een GGZ-instelling, maar wel bereid is om aan een cursus deel te nemen.

Mijn laatste punt betreft de betrokkenheid van familieleden. Ik ondersteun het pleidooi om familieleden zo veel mogelijk bij de behandeling te betrekken (zie ook Cuijpers 1997), en dat gebeurt niet in de 'omgaan met depressie'-cursus. We moeten daarbij echter wel bedenken dat het betrekken van familieleden ook bij andere therapievormen zelden vanzelfsprekend is en dat dat ook in de klinische praktijk helemaal geen algemeen geaccepteerde handelwijze is. Verder heb ik in de ondersteuningsgroepen voor familieleden van depressieve mensen die wij sinds enige tijd organiseren, gemerkt dat veel familieleden meer gebaat zijn bij ondersteuning en aandacht voor hun eigen situatie, los van de behandeling.

Literatuur

- Clarke, G.N., W. Hawkins, M. Murphy e.a. (1995), Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321.
- Cuijpers, P. (1996), De effecten van psychologische behandeling van depressies; een overzicht van meta-analyses. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 22, 402-416.

- Cuijpers, P. (1997), *Depressie: een gids voor familieleden*. Intro, Baarn (verschijnt voorjaar).
- Jonghe, F. de, en P. Wijn (1996), Psychotherapie bij depressie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 22, 371-387.
- Kühner, C., M.C. Angermayer en H.O. Veiel (1994), Zur Wirksamkeit eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms bei der Rückfallprophylaxe depressiver Erkrankungen. *Verhaltenstherapie*, 4, 1, 4-12.

Dr. P. Cuijpers
RIAGG Westelijk Noord-Brabant
Laan van België 55, 4701 CJ Roosendaal

Vanaf 1 mei 1997:
Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht