Aanwijzingen voor de behandeling van depressie vanuit de gedragstherapie en de cognitieve therapieën

Een literatuurstudie

door F. Depestele

I — Gedragstherapie en depressie

De bijdrage tot het onderzoek over en de behandeling van depressie vanuit de gedragstherapie is gering in vergelijking met wat er voor angst- en dwangverschijnselen is onderzocht vanuit deze hoek. Er zijn in de literatuur verscheidene overzichten verschenen van de leertheoretische depressiemodellen (Becker 1974, Eastman 1976, Falloon 1975, Gebhardt & Neumann 1977, Kwee 1974 en 1978, Lewinsohn 1975, Mathews 1977, McAuley & Quinn 1975, Wilcoxon, Schrader & Nelson 1976, Zapotoczky 1976). Ieder rangschikt zo goed en zo kwaad als het kan de verschillende opvattingen volgens gemeenschappelijke componenten en probeert er bruikbare elementen voor de therapie uit af te zonderen. Het is moeilijk met enige orde een overzicht te brengen. Van de ene kant is er binnen de gedragstherapie de (terug oplaaiende) discussie binnen welk soort conditioneringsmodel neurotische stoornissen en de behandeling ervan moeten gezien worden (Eysenck 1978): de klassieke conditionering (gedrag als automatische reflex, als respondent, uitsluitend bepaald door antecedente prikkels) of de operante conditionering (gedrag bepaald en in stand gehouden door de bekrachtiging of de beloning die erop volgt); het is vaak onmogelijk voor een bepaald gedrag of gedragscategorie een keuze te maken tussen de twee paradigmata, wat men dan probeert op te lossen met de constructie van een twee-factorenmodel (een bepaald gedrag is deels respondent en deels operant tegelijkertijd) of een drie-factorenmodel, waarin naast het operant gedrag, het respondent gedrag (emoties), ook de cognities in rekening gebracht worden (Orlemans 1976). Van de andere kant zijn de behavioristische opvattingen over depressie veelal niet alleen nog hypothetisch en ongecontroleerd, maar vooral complex en 'ongezuiverd' zoals blijkt uit het kritisch overzicht van Eastman (1976). In het besef van

---

Schrijver, psychiater te Lovenjoel, is werkzaam in het Medisch Centrum voor Huisartsen te Leuven en in de Psychiatrische Kliniek der Broeders Alexianen te Tienen.

deze beperkingen probeerde ik toch min of meer een indeling te maken in: depressie als operant gedrag, als respondent gedrag, als aangeleerde hulpeloosheid en als deficiente zelfcontrole; apart beschouw ik het BASIC ID model van Lazarus.

Depressie 'as reduced frequency of adjustive behavior'
(of het operante karakter van depressie)

Het model
Moss & Boren (1972) beschrijven binnen hun operante opvatting van gedrag twee soorten omstandigheden die geassocieerd zijn met depressie: (a) Onvoldoende positieve bekrachtiging: een hoge gedrag-bekrachtiger verhouding (als er 'te veel gedrag' wordt gevergd voor relatief te weinig beloning leidt dit op den duur tot depressie); het verdwijnen van een positieve bekrachtiger (bijv. het overlijden van een geliefde); en het onderbreken van een gedragsketen op het einde waarvan positieve bekrachtiging zou volgen (bijv. de student die moet opgeven net voor het succesvol beëindigen van een studieloopbaan). (b) Aversie controle, die werkzaam is op directe wijze (vaak is juist de reductie van positieve bekrachtiging het aversieve feit) of op indirecte wijze (een straf en vermijdings- of ontsnappingsgedrag kunnen gedrag onderdrukken dat anders zou resulteren in positieve bekrachtiging).
Ferster (1973) beschrijft depressie essentieel als minder frequent optreden of verlies van aangepast gedrag, samengaand met en vervangen door positief bekrachtigd onaangepast gedrag, met name vermijding en ontsnapping aan aversieve stimuli; dit in de vorm van klagen, vragen om hulp, en ook geagiteerde activiteiten zoals met de handen wringen, rondlopen en overmatig veel praten; ook het bizar en irrationeel gedrag ziet hij als gevolg van het wegvallen van positief bekrachtigd aangepast gedrag. Een belangrijk element is de passiviteit van de depressieve patiënt, die de aversieve situatie niet actief kan vermijden, niet 'acts on the environment reciprocally' maar deze als een reflex ondergaat. Als mogelijke oorzaak (naast andere) van frequentievermindering van aangepast gedrag noemt Ferster een beperkt observatierepertorium, wat leidt tot een vervormd onvolledig en misleidend beeld van de omgeving, en dus tot onsuccesvol, vandaar onbekrachtigd gedrag. Burgess (1968) stelt 'a performing behavior class' naast 'a depressive behavior class': 'concurrent with the extinction of performing behaviors may be the conditioned acquisition of depressive behaviors'.
Liberman & Raskin (1971) zien het begin van depressief gedrag als een respondent op omgevingsveranderingen, nl. een plotselinge vermindering of verandering in het patroon van sociale bekrachtiging voor aangepast gedrag. Depressief gedrag wordt dan in stand gehouden en versterkt als een operant, nl. door de consequenties, de contingente aandacht van de omgeving. Ook depressieve equivalenten die een depressie maskeren of substitueren (bijv. addictie, hypochondrie, psychosomatische symptomen of acting-out-gedragingen) kunnen gezien worden als operants die

als functie hebben bekrachtiging te winnen voor het individu. Deze auteurs beklemtonen het feit dat het om *sociale bekrachtiging* gaat die verloren is gegaan en teruggewonnen moet worden. McAuley & Quinn (1975) leggen er de nadruk op dat het verlies van sociale bekrachtiging en verandering in de bekrachtigingscontingenties slechts een verklaring bieden voor de operante aspecten van depressie en dat de emotionele componenten daarmee nog buiten beschouwing zijn gebleven.

Lewinsohn (1975) ziet als centraal gegeven in zijn depressiemodel eveneens de 'low rate of positive reinforcement'. Deze is het resultaat van de hoeveelheid aanwezige potentieel bekrachtigende factoren in de omgeving, de beschikbaarheid ervan, en de vaardigheden van het individu om ze uit te lokken. Een vermindering van positieve bekrachtiging leidt tot depressief gedrag zoals verbale uitingen van dysforie, schuld, enz., en somatische symptomen; depressief gedrag dat in stand gehouden wordt door sociale bekrachtiging. Er ontstaat een vicieuze cirkel waarin het depressief gedrag het gebrek aan sociale relaties onderhoudt wat ten slotte de depressie doet aanhouden (Lewinsohn & Atwood 1969). McLean, Ogston & Grauer (1973) definiëren depressie als 'a disorder in which attempts to control one's interpersonal environment have failed'. Nauw aansluitend hierbij zijn de conceptualisatie van depressie als 'a self-perpetuating interpersonal system' (Coyne 1976a en 1976b; Hammer & Peters 1978) en het 'family systems model of depression' (Feldman 1976). Lewinsohn (1975) verzamelde enkele empirische studies die bevestiging lijken te geven voor de volgende *gedragshypothesen*, met name dat: (a) depressieve individuen minder gedrag – en dus sociale bekrachtiging – uitlokken dan anderen, (b) er een associatie bestaat tussen de stemming en plezierige activiteiten, (c) er een associatie bestaat tussen depressie en de totale hoeveelheid verkregen positieve bekrachtiging, (d) er een verlies is van 'reinforcer effectiveness' bij depressieve individuen, (e) depressieve mensen gevoeliger zijn voor aversieve prikkels, (f) er een relatie is tussen tekort aan sociale vaardigheden en depressie en (g) aversieve omgevingsfactoren en gebeurtenissen frequenter aan de depressie voorafgaan dan 'neutrale' feiten.

Eastman (1977) geeft een kritisch overzicht van de verschillende zuiver behavioristische opvattingen over depressie en probeert al deze formuleringen te integreren in één enkel model bestaande uit twee helften, twee wegen naar de depressie: enerzijds de 'positive reinforcement half' (reductie van het 'goal seeking behavior' t.g.v. minder positieve bekrachtiging) en anderzijds de 'aversion stimulation half' (vermijdings- en ontsnappingsgedrag ten gevolge van primaire of geconditioneerde aversieve stimuli). Hij blijft echter op het niveau van observeerbaar gedrag, wat Franks & Wilson (1977) als ontoereikend aanzien voor de verklaring van het depressiefenomeen.

Naast deze aandacht voor verandering in de omgevingsvariabelen die aanleiding zijn tot depressie kan men zich afvragen of er ook

binnen het individu factoren aanwezig zijn of ontstaan die de inzet en het in stand houden van een depressie favoriseren. De Duitse auteurs Gebhardt & Neumann (1977) zijn de enigen die dit aspect in hun overzicht uitwerken. Het model van de aangeleerde hulpeloosheid (Seligman 1975), wat verder ter sprake komt, is het meest opvallende voorbeeld van zo'n factor. Meyer & Chesser (1970) achten een formulering van depressie in termen van operante conditionering onvoldoende en menen dat er een verhoogde gevoeligheid ontstaat voor 'losses', zodat de depressieve respons generaliseert naar andere situaties die niet een 'verlies' inhouden. Costello (1972) stelt dat het verlies van een bekrachtiger de frequentie van gedrag wel kan reduceren, maar nog geen verklaring biedt voor de wijze waarop er een algemeen interesseverlies kan optreden; hij stelt als hypothese dat de 'reinforcer effectiveness' verloren gaat, een hypothese die voorlopig nog alleen op theoretische beschouwingen is gesteund. In zijn kritiek op het model van aangeleerde hulpeloosheid suggereert Costello (1978) verder dat het primaire deficit hierin niet zozeer van cognitieve aard is maar dat het veeleer gaat om een minder goede motivatie, wat een argument zou zijn voor zijn eigen theorie.

Therapie

Allereerst wordt er een evaluatie van de depressie verricht, eventueel met behulp van vragenlijsten en observatieschalen (Rehm 1976). In de persoonlijke geschiedenis van de patiënt gaat men na hoe het depressief gedrag inzette (met een onderzoek naar de samengaande veranderingen in de omgeving), hoe het in stand wordt gehouden en welke responsen er vroeger tot het repertorium van de patiënt behoorden en nu weggevallen zijn; ten slotte maakt men een evaluatie van de mogelijke bekrachtigers voor patiënt en de beschikbaarheid ervan (Burgess 1968). Om uit te zoeken welke activiteiten in de therapie kunnen aangemoedigd worden maakt Lewinsohn (1975) o.m. gebruik van een dagboek (van plezierige activiteiten) dat de patiënt moet aanleggen: elke dag duidt hij aan welke activiteiten hij uitvoert en scoort hij tegelijkertijd zijn stemming. Lewinsohn (1975) is ook voorstander van 'home observations', om de met de depressie in causaal verband geachte interpersoonlijke gedragspatronen te identificeren. Aan huis worden de interacties tussen alle gezinsleden gecodeerd in termen van door de patiënt gestelde gedragingen en de sociale consequenties ervan. De conclusies van deze analyse, nl. die interactiepatronen die een 'low rate of positive reinforcement' uitlokken, worden gepresenteerd aan patiënt en partner, die actief betrokken worden in het concreet vooropstellen van de behandelingsdoeleinden, welke ten slotte in een wederzijdse overeenkomst worden vastgelegd.

De meeste behandelingsstrategieën van depressie steunen op een operant concept ervan. In een operante strategie probeert men gedrag te wijzigen door het manipuleren van de consequente variabelen ervan, m.a.w. van de bekrachtigende invloeden.

Aanwijzingen voor de behandeling van depressie

1 – De meest voor de hand liggende therapie is causaal: nl. indien mogelijk het *teruggeven van de specifieke verloren bekrachtiger,* bijv. de job (Burgess 1968, Liberman & Raskin 1971). Het kan ook nuttig zijn het depressogene bekrachtigingsschema (Moss & Boren 1972, Ferster 1973) te wijzigen: bijv. in het vooropstellen van minder ver verwijderde en meer bereikbare doelstellingen.
2 – Om de smaak naar bekrachtigers of de stimulushonger (mogelijk van nut bij het verminderen van de 'reinforcer ineffectiveness') te verhogen gebruikte Lazarus (1968) *'behavioral deprivation and retraining':* een periode van gedwongen sensorische deprivatie en inertie kan de gedeprimeerde patiënt meer ontvankelijk maken voor binnenkomende prikkels, zodat positieve bekrachtiging opnieuw effect kan sorteren (bijv. slaaptherapie). Burgess (1968) probeert bij een meer veralgemeend of niet-specifiek verlies van bekrachtiging de smaak naar bekrachtiging terug op te bouwen via een *gradueel in moeilijkheidsgraad stijgend takenprogramma:* de cliënt begint met eenvoudige taken die slechts een minimale inspanning vragen; het met succes afwerken is immers de belangrijkste doelstelling van zo'n opdracht. Bij aanvang van het programma gebruikt Burgess o.a. de 'therapist reinforcing power' (bijv. de patiënt dagelijks zien voor aanmoediging en steun) die geleidelijk vervangen wordt door natuurlijke bekrachtigers.
3 – Depressieve uitingen zoals klagen, obsessionele ruminaties over negatieve aspecten van zichzelf, over het verleden, over schuld en somatische klachten heten in behavioristische terminologie gedragsexcessen of ongewenst gedrag. De strategie hiertegenover is de bekrachtiging ervan weg te nemen. Vrijwel de meeste auteurs raden aan dit gedrag te *negeren,* er geen aandacht aan te geven (Burgess 1968, Falloon 1975, Lewinsohn 1975); Liberman & Raskin (1971) leren de mensen in de omgeving van de patiënt hoe ze depressief gedrag moeten negeren. De patiënt kan leren deze ruminaties te controleren met gedachtenstop (Wanderer 1972) of met 'discrimation training' (Lewinsohn 1975). McAuley & Quinn (1975) pasten *satiatie* toe op overdreven aandachtzoekend gedrag bij een rouwende patiënte; gedurende zes uur per dag moest zij aan de verpleegsters vertellen over haar leed, schreef ze erover en beluisterde ze op band haar eigen weeklachten; na twee weken behandeling volgde een sterke verbetering.
4 – De grootste groep therapieën richt zich op het *verhogen van het activiteitsniveau.* Dit volgt uiteraard uit de behavioristische definitie van depressie: 'reduced frequency of adjustive behavior' van Ferster (1973) wiens eerste therapeutische advies het dan ook is de patiënt actief te doen zijn, activiteit te leren. Het is ook de kernstrategie van Lewinsohn (1975) die vooral plezierige activiteiten aanmoedigt. Op deze plaats is het interessant een studie van Rippere (1977a, 1977b) te vermelden waarin zij aantoonde dat er een geheel van 'common sense'-kennis bestaat over hetgeen men moet doen wanneer men depressief is en waaruit blijkt dat

slechts 5% van de ondervraagde subjecten vermijding van activiteit aangeeft.
Ferster (1973) ziet als belangrijkste richtlijnen voor de therapie de patiënt te leren discrimineren in welke situatie een gedrag al dan niet bekrachtigd wordt en hem te leren actief te zijn; dus alternatief gedrag (d.i. ander dan passief gedrag) moet bekrachtigd worden. Hij ziet een ideale gelegenheid daartoe in de verbale interactie tussen therapeut en patiënt. Deze is therapeutisch werkzaam op verschillende wijzen. 'Verbaal bezig zijn' (voor zover het *niet een klagen is) is op zich al activiteit en wordt als dusdanig* bekrachtigd als alternatief voor klaaggedrag en ander ongewenst gedrag (bijv. niets zeggen, geen contact nemen); in het spreken ligt ook een observeren van de eigen activiteit en van de omgeving, een evalueren van eigen gedrag en dus een mogelijkheid om beter te leren discrimineren wanneer en welk gedrag tot bekrachtiging leidt.
Falloon (1975) probeert de patiënt tot het gewenste gedrag te krijgen door uitnodiging, instructies, prompts en modeling; de constructieve taken worden gradueel opgevoerd; positief gedrag wordt beloond. Een typische procedure is o.m. het graduele-takenprogramma van Burgess (1969). Lewinsohn (1975) gebruikt de 'antidepression milieu therapy' van de Menninger Foundation en de 'attitude therapy programs' van Taulbee en Wright. Het Premack-principe (Kanfer en Phillips 1970) wordt vaak toegepast (Seitz 1971): hoogfrequent (en dit kenmerk is een aanduiding voor de bekrachtigende kwaliteit) gedrag (bijv. roken) laten voorafgaan door laag frequent gedrag (een of andere taak waar de depressieve patiënt slechts moeizaam toe komt) doet dit laatste in frequentie toenemen; als bekrachtigend hoogfrequent gedrag neemt men vaak bepaalde 'depressieve gedragingen' zoals op bed liggen, enkele minuten zelfbeklag enz. Robinson en Lewinsohn (1973) slaagden erin om het trage spreken van een depressieve man in snelheid te doen toenemen met een operant programa. Sociale bekrachtiging werd gebruikt om constructief gedrag aan te wakkeren (Burgess 1968; Beck 1976; Liberman & Raskin 1971). Hersen, Eisler, Alford & Agras (1973) toonden in een single case design aan dat men met token economy werkgedrag kan doen toenemen waarbij tegelijk de mate van depressie afneemt. Ook Reisinger (1972) gebruikte token economy. McAuley & Quinn (1975) passen shaping toe. Een prachtig voorbeeld van de toepassing van al deze principes toont Crombach (1977) in de (overigens succesvolle) behandeling van een 63-jarige patiënte met een chronische endogene depressie. Shipley & Fazio (1973) bieden de patiënt een training in 'problem-solving skills' om hem alternatieven te leren voor het depressief gedrag waarmee hij een probleemsituatie gewoonlijk benadert; bij elke sessie worden opdrachten gegeven en de therapeut geeft feedback bij de pogingen van de patiënt tot het uitvoeren ervan; zij geven ook de instructie om depressieve verbalisaties te beperken tot bepaalde 'isolatieperioden' waarin anderen geen respons kunnen geven.

5 – Een bepaalde soort activiteit, nl. *sociale activiteit* krijgt sterk de therapeutische aandacht, met name bij die auteurs die het verlies van sociale bekrachtiging als voornaamste depressogene factor naar voren schuiven. Lewinsohn, Weinstein & Alper (1970) geven training in sociale vaardigheden in een groepstherapie waar ieder zijn eigen gedrag leert bekijken, er feedback over krijgt, specifieke doelstellingen opgesteld worden en het vereiste nieuwe gedrag geleerd en geoefend wordt; systematische desensitisering (Wanderer 1972) kan aangewend worden om potentieel bekrachtigende situaties die hij vermijdt toegankelijk te maken; uiteraard ook assertieve training. Op het inschakelen van de omgeving wordt in het algemeen sterk de nadruk gelegd (Burgess 1968, Liberman & Raskin 1971): nl. hen leren hoe de aandacht en interesse te richten op aangepast en constructief gedrag van de patiënt en hoe ze depressief gedrag verder moeten negeren. In de relatietherapie van Lewinsohn (1975), die overigens niet altijd met beide partners samen verloopt, is het doel voor de depressieve patiënt ongeveer: 'Hoe krijg ik meer positieve bekrachtiging voor adequaat gedrag?' en voor de niet-gedeprimeerde partner: 'Hoe geef ik meer positieve bekrachtiging voor adequaat gedrag en minder bekrachtiging voor inadequaat gedrag?' Liberman & Roberts (1976) tonen in een uitgewerkte gevalsstudie o.m. hun wijze van werken in echtpaartherapie waar ze aandacht geven aan het leren van 'basic communication skills' en het opstellen van het 'contingency contract' dat de uitwisseling specifieert van positief bekrachtigende gedragingen die de ene partner wenst van de andere. McLean, Ogston & Grauer (1973) stellen de volgende behandeling voor: (1) training in sociale leerprincipes, (2) onmiddellijke feedback van de verbale interacties tussen patiënt en partner en (3) training in het opzetten en gebruiken van wederzijdse gedragscontracten.

In depressie gaat het ook om emoties
(of het respondente karakter van depressie)

Het model
Ramsay (1978) bekritiseert de theoretici die slechts de omgevingsvariabelen in rekening brengen en niet tevens datgene wat binnen het individu gebeurt. Ook McAuley & Quinn (1975) willen met nadruk de emotionele componenten in hun totaalopvatting over depressie naar voren schuiven. In hun vermijdingsmodel beschouwen ze bepaalde depressies en rouwreacties als fobieën (rouw als vermijdingsgedrag in de zin van ontkenning van de realiteit van het verlies); verder spreken zij ook van een geconditioneerd-emotioneel-suppressiemodel: het onverwachte verlies van een geliefde leidt tot onderdrukking van emotie en respons, een reactie die verder ook uitgelokt wordt door allerlei met de overledene geassocieerde situaties. Liberman & Raskin (1971) beschouwen de aanzet van depressief gedrag als een respondent op omgevingsveranderingen; het wordt verder in stand gehouden en versterkt als een operant. Wolpe (1972, 1973) stelt dat de reactieve depres-

sie zoals elke neurose een persisterende onaangepaste gewoonte is, verworven door leren in een angst-genererende situatie: het is een geconditioneerde onaangepaste reactie. Hij onderscheidt drie soorten omstandigheden waarin een neurotische depressie kan optreden. Binnen deze indeling bieden Wright & McDonald (1974) hun overzicht van de bestaande theorieën en therapieën van depressie. De eerste groep vormen de depressies die in feite een verergering zijn of een verlenging van de normale reactie op een verlies. Een tweede groep zijn de reactieve depressies geassocieerd met ernstige angst. Een derde groep vormen de mensen die falen in de controle van interpersoonlijke situaties en in de depressie gaan als gevolg van een geconditioneerde onderworpenheid, dat is: het niet in staat zijn de dominerende andere effectief aan te pakken omwille van een geconditioneerde angstrespons op de gedachte aan assertiviteit.

Therapie

Het gaat hier dus om therapeutische benaderingen, gesteund op de leerprincipes uit de klassieke conditionering, toegepast op de respondente aspecten van depressie. De hoofdbrok vormen de therapieën waarbij een met depressie incompatibel affect wordt geïnduceerd en/of een met depressief gedrag incompatibele respons wordt geleerd.

1 – Lazarus (1968) is de auteur van de *'affective expression'*-techniek: hij neemt aan dat woede of andere emoties zoals plezier, genegenheid, sexuele opwinding of angst de depressieve cyclus onderbreken. Deze affecten kunnen bewust gewekt worden. De 'attitude therapy programs' van Taulbee & Wright (1971) waren erop gericht de patiënt monotone taken te geven en hem tegelijk te bekritiseren tot hij op den duur agressief wordt, een reactie waarvoor hij beloond wordt. Deze agressiviteit kan aangewend worden om assertiviteit (Wolpe 1972) of activiteit (Lewinsohn 1975) aan te moedigen. Liberman & Raskin (1971) leren hun patiënt emotionele expressiviteit als interpersoonlijke vaardigheid.

2 – Het aanleren van een *incompatibele (emotionele) respons* gebruikt Wolpe (1970, 1972) voor reactieve depressies die geassocieerd zijn met ernstige angst; angst die hij deconditioneert door systematische desensitisering of assertieve training. Lewinsohn & Graf (1973) vonden een negatieve correlatie tussen relaxatie en depressie en stellen relaxatie voor bij 'tension-anxiety', obsessionele ruminaties en inslaapstoornissen. Systematische desensitisering is ook gebruikt door Lazarus (1968), Wanderer (1972), en McAuley & Quinn (1975) voor de soort depressies die gekenmerkt is door inwendige vermijding. Falloon (1975) bestrijdt het angstgedrag met in vivo desensitisering, training in sociale vaardigheden en met anxiolytica voor de veralgemeende angst die blijft bestaan na het verdwijnen van de andere depressietekens. Sammons (1974) maakt gebruik van systematische resensitisering, een techniek die aspecten van desensitisering combineert met een 'graded tasks'-benadering: in een eerste fase probeert men aan de hand van een

hiërarchie van voorheen bekrachtigende activiteiten, in een op desensitisering gelijkende procedure, de huidige negatieve associaties aan deze activiteiten te vervangen door aangename, positieve associaties; de tweede fase omvat een graduele in vivo 'blootstelling' aan de activiteit, die zolang duurt als het aangenaam is en positief gekleurd.

3 – Incompatibele emoties en gedrag kunnen gewekt worden in en via de *verbeelding* met technieken als 'the idealized self-image' van Susskind (1970), gestructureerde fantasie (Willis 1976) en imaginaire confrontatie (Burger 1978). Bij depressieve mensen gebruikte Lazarus (1968) 'time projection with positive reinforcement': de patiënt wordt (bij voorkeur maar niet noodzakelijk) in hypnotische trance of onder relaxatie opgedragen (en erin begeleid) zich in verbeelding langzaam in de toekomst te verplaatsen, terugblikkend op plezierige activiteiten die hij 'in het verleden' ondernam, tot hij 'ver genoeg in de tijd is' (bijv. zes maanden) om zich het depressogene trauma nog louter als herinnering en niet meer als pijn te kunnen voorstellen. Deze techniek is gebaseerd op het principe dat 'de tijd heelt' en dat is zo omdat 'met de tijd' nieuwe of competitieve responsen kunnen ontstaan. Men loopt dus in de fantasie vooruit op deze 'genezende tijd'.

4 – *Assertiviteitstraining* is Wolpes (1972) eerste therapie bij zijn derde groep depressieve patiënten. Ook Lewinsohn (1975) maakt er gebruik van.

5 – Ramsay (1976, 1977) past *flooding* toe bij patiënten met een pathologisch rouwproces: ze worden geconfronteerd, zonder mogelijkheid om te vluchten, met de pijnlijke stimulus (het besef dat de overledene er werkelijk niet meer is); zolang, tot ze in staat zijn dit besef zonder overdreven emoties te dragen. De rouwtherapie van Dingman (1975) gaat op dezelfde wijze. Ook Hannie & Adams (1974) werken met flooding, terwijl McAuley & Quinn (1975) de techniek aanwenden in geval van vermijding en geconditioneerde suppressie van depressieve emoties.

6 – Ander belangrijk werk van Ramsay (1974) is zijn onderzoek op *emotionele training*. Hij slaagde erin via klassieke conditionering een man weer plezier te leren hebben; de ongeconditioneerde prikkel is het zich voorstellen van een intense plezierige ervaring uit het verleden; de geconditioneerde prikkel is een gekleurde lamp of een ander voorwerp zoals bijv. een steentje. Door de ongeconditioneerde en de geconditioneerde stimuli een aantal keren te koppelen kan de geconditioneerde prikkel een geconditioneerde reactie uitlokken, hier het aangename gevoel. Dit is dan een voorbeeld van ingrijpen op de antecedenten van gedrag om het gevoel van plezier in de hand te werken, dit in tegenstelling tot het werk van Lewinsohn die hetzelfde via operante weg (de consequenties van het gedrag) probeert te bereiken .Deze emotionele training lijkt ook een mogelijke manier om in te grijpen op de 'reinforcer ineffectiveness' waarvan Costello (1972) spreekt.

BASIC ID

Lazarus (1973) meent dat de duurzaamheid van een therapeutisch resultaat in rechtstreeks verband staat met én functie is van het aantal en de combinatie van verschillende technieken en benaderingswijzen. Dit ziet hij als volgt. Elk menselijk optreden, elke interactie, elk gedrag, elk probleem kan men benaderen vanuit zeven verschillende wederzijds van elkaar afhankelijke en op elkaar inwerkende dimensies, die hij benoemt als: behavior, affect, sensation, imagery, cognition, interpersonal relationship, behoefte aan medicatie of 'drugs'; mnemotechnisch afgekort in de woorden BASIC ID, zeven dimensies voor systematische evaluatie en evenveel mogelijk therapeutische aangrijpingspunten. Lazarus (1974) past deze benadering toe op het depressiefenomeen. De rubrieken gedrag (activiteit), affect, verbeelding, cognitie en interpersoonlijke relatie komen elders in dit artikel aan bod. De aspecten 'sensation' en 'drugs' verdienen ook even de aandacht.
Sensation: een bepaalde groep depressieve klachten betreffen onaangename lichaamsgewaarwordingen: moeheid, loomheid, allerlei vage pijnen, vaak hoofdpijn; de smaak, de eetlust en de sexuele lust zijn vaak verminderd of verdwenen; ook de proprioceptieve lust, het plezierige van het zich fit voelen. Therapeutisch stelt Lazarus voor eventueel een lijst te maken van aangename visuele, auditieve, tactiele, olfactorische en smaakprikkels en deze op te nemen in het bekrachtigingsarsenaal. Daarnaast kunnen er sensorisch aangename activiteiten plaatsvinden zoals bio-energetische oefeningen om de spiertonus te verbeteren en sensorisch-affectieve reacties uit te lokken; deze procedures kunnen ook een hulp zijn om voldoende arousal in de hand te werken bij assertieve training.
Drugs zijn vaak zeer belangrijk; maar het blijft noodzakelijk om, zodra de medicatie de stemming ten goede heeft beïnvloed, toch de andere elementen van de BASIC ID te ondersteunen en te verbeteren.

Aangeleerde hulpeloosheid

Seligman (1975) ontwikkelde het 'learned helplessness' model. Aangeleerde hulpeloosheid is het fenomeen waarbij een dier de ontsnappingsrespons verliest bij conditionering in een onontkoombare schoksituatie. Seligman ziet een parallel tussen deze aangeleerde hulpeloosheid en de ontwikkeling van depressief gedrag bij de mens, in het bijzonder van de reactieve depressie: de gedachte en de overtuiging geen controle te kunnen hebben op gebeurtenissen (wat men ook onderneemt, het haalt toch niets uit, het resultaat is steeds negatief) zet hij voorop als kernfenomeen van het depressief zijn. Deze overtuiging zou het gevolg zijn van een geschiedenis van herhaalde mislukkingen of van noncontingente bekrachtigingen zodat het individu nooit de complexe vaardigheden leert voor het overwinnen van nieuwe tegenslagen. Rippere (1977c) deelt deze opvatting niet en zij neemt juist wel aan

dat mensen beschikken over een via sociaal leren verworven 'prepared response', i.c. een set antidepressieve gedragingen (Rippere 1977a, 1977b), waarmee ze reageren op allerlei problemen en moeilijkheden. Maar volgens Seligman, Klein & Miller (1976) resulteert de gedachte geen controle te kunnen hebben op gebeurtenissen in een motivationeel, cognitief en het volgens hen hiermee samengaande affectief of emotioneel deficit.
Recent kwamen Abramson, Seligman & Teasdale (1978) tot een herformulering van het 'learned helplessness' model, gebaseerd op een verdere specificatie van de bij het individu veronderstelde basisaanname. Het individu schrijft namelijk zijn hulpeloosheid toe aan een bepaalde oorzaak; en deze attributie leidt tot een bepaalde verwachting omtrent zijn hulpeloosheid in de toekomst. Acht hij de oorzaak van stabiele (langdurige) of van onstabiele (kortdurige of intermittente) aard, dan verwacht hij meteen ook dat zijn hulpeloosheid respectievelijk chronisch of slechts tijdelijk zal zijn. Heeft de oorzaak een globaal (de hulpeloosheid slaat op een groot aantal situaties) of specifiek (klein aantal situaties) karakter dan krijgt de verwachte hulpeloosheid de respectievelijke kenmerken algemeen (een breed gamma van het gedragsrepertorium omvattende) of beperkt. Ten slotte legt het individu de oorzaak vooral binnen zichzelf dan wel buiten zichzelf, wat leidt tot de verwachting dat zijn hulpeloosheid meer persoonlijk dan wel universeel is. Depressieve mensen die een sterkere neiging hebben de oorzaak bij zichzelf te leggen zouden een lager zelfwaardegevoel hebben. Dit verminderd zelfwaardegevoel is het vierde deficit in het (nieuwe) beeld van de menselijke hulpeloosheid. Seligman (1978) ziet dit nieuwe model niet meer samenvallen met een van de traditioneel onderscheiden subtypes van depressie; het doorkruist deze types ('and it should be found in the nonclinical population as well', p. 169) als een nieuwe subklasse van depressie: de hulpeloosheidsdepressie.
De nieuwe formulering heeft therapeutische implicaties (Abramson, Seligman & Teasdale 1978) die in feite vooral voor een cognitief herstructurerend optreden een nieuw houvast kunnen bieden. Men zal vooreerst proberen het verwachtingspatroon te wijzigen door:

a de waarschijnlijkheid van een negatief resultaat (van het gedrag van patiënt) te verminderen en omgekeerd de waarschijnlijkheid van een positief resultaat te doen toenemen, door in de omgeving zelf in te grijpen (bijv. patiënt helpen een meer bevredigende job te vinden);
b het aversieve karakter van een zeer ongewenst resultaat en het aantrekkelijke karakter van een zeer gewenst resultaat te reduceren (bijv. meer realistische doelstellingen leren vooropstellen en accepteren);
c te werken aan de verwachting van geen controle te kunnen hebben (bijv. patiënt sociale vaardigheden leren).

Ten slotte kan men zuiver cognitief werken op de onrealistische attributies zelf, door te proberen deze te wijzigen, in het geval

van een mislukking: tot een externe, onstabiele en specifieke attributie; en in het geval van een succes: tot een interne, stabiele en globale attributie.

Deficiënte zelfcontrole

Het hoofdstuk zelfcontrole vormt een afzonderlijk onderdeel van de leertheorieën. Kanfers (1971) leermodel van de zelfcontrole houdt in dat gedrag in stand wordt gehouden in afwezigheid van onmiddellijke externe bekrachtiging. Zelfcontrole wordt beschouwd als een gedrag of een klasse van gedragingen die aangeleerd is (Kanfer 1971, Goldfried & Merbaum 1973). De eenvoudigste definitie is die van Orlemans (1976), die zelfcontrole ziet als het zelf toepassen van de leerprincipes op de controlerende factoren van het eigen gedrag. Kanfer (1971) en Kanfer & Karoly (1972) onderscheiden drie processen in de zelfcontrole: *'self-monitoring'* (het observeren, registreren en beschrijven van het eigen gedrag in samenhang met de controlerende variabelen), *'self-evaluation'* (vergelijken van eigen gedrag met al dan niet realistische criteria) en *'self-reinforcement'* (het belonen van zichzelf als zijn gedrag aan de eigen criteria voldeed). Deze gehele zelfcontrolesequens staat onder controle van zowel interne als externe factoren (Goldfried en Merbaum 1973). Bandura (1971) benadrukt vooral de periodische sociale bekrachtiging in het onderhouden van zelfbekrachtiging en zelfbestraffing. Rehm (1977) meent dat de zelfattributie een belangrijke rol speelt in de zelfevaluatie: het kan hierin namelijk niet gaan om een loutere vergelijking van een prestatie met een norm; ook de mate waarin het individu zichzelf in staat ziet tot en verantwoordelijk voor het gedrag, moet in aanmerking genomen worden. Zelfevaluatie wordt dan beschouwd als de vergelijking van een intern geattribueerde prestatie aan een bepaalde norm. Overigens staat de theoretische waarde van het zelfcontrolemodel en zijn toepassing op depressie ter discussie (Deutsch 1978, Rehm 1978).
Ik verwijs naar de desbetreffende literatuur voor een bespreking van de evaluatie van de zelfcontrolecapaciteiten bij een patiënt (Bellack & Schwartz 1976), van de gedragsproblemen die met zelfcontroletechnieken benaderd kunnen worden (Goldfried & Merbaum 1973, Bellack & Schwartz 1976) en van algemene richtlijnen voor de praktische toepassing van zelfcontroleprincipes (Kanfer & Pillips 1970, Orlemans 1976).
Fuchs & Rehm (1977) menen dat depressieve patiënten tekort schieten in zelfobservatie door (1) een selectieve aandacht op onmiddellijke externe gebeurtenissen met uitsluiting van uitgestelde of interne consequenties van gedrag, en (2) selectieve aandacht op negatieve gebeurtenissen. Op het punt zelfevaluatie (3) stellen depressieve mensen hun normen te hoog en volgens Rehm (1977) (4) falen zij frequent in het maken van juiste interne attributies van causaliteit. Ten slotte (5) geven ze zichzelf relatief weinig beloning en (6) relatief veel straf. Aldus kan depressie

beschouwd worden in termen van zes deficits in zelfcontrolegedrag. In een gedragstherapeutische setting bieden Fuchs en Rehm (1977) hun patiënten een zelfcontroleprogramma waarin achtereenvolgens op deze zes punten wordt ingegaan. Zij werken cognitief en via het geven van opdrachten. Anderen pogen de frequentie van positieve 'self-thoughts' te verhogen, en steunen hierbij op het Premack-principe (Homme 1965). Veranderingen in de 'self-thoughts' worden verondersteld te leiden tot veranderingen in de zelfevaluatie. Een positieve gedachte over zichzelf wordt bijv. op een kaart geschreven en patiënt moet deze lezen of in zich oproepen telkens voordat hij een hoogfrequente daad stelt (Johnson 1971, Todd 1972). Nigl (1976) instrueerde een patiënte de gedachtenstop te gebruiken telkens wanneer een negatieve gedachte opkwam en het woord 'stop' onmiddellijk te laten volgen door een positieve uitspraak over zichzelf. Tharp, Watson & Kaya (1974) adviseerden hun subjecten aandacht te geven aan de antecedenten van een episode (gedragsketen) van depressieve gevoelens en deze antecedenten te beïnvloeden o.a. door de aandacht meer te richten op gelukkige momenten of de gedachtenketen, die gewoonlijk leidde tot een depressieve stemming, te vervangen door een aangename fantasie. Hilford (1975) behandelde een groep gehospitaliseerde depressieve vrouwen met een programma van louter geschreven en verbale instructies tot het stellen van gedrag dat niet compatibel is met depressief gedrag. Jackson (1972) leerde zijn patiënte haar normen te modifiëren en een redelijk doel voorop te stellen, zichzelf daarbij eerst openlijk te bekrachtigen en deze zelfbeloning geleidelijk te vervangen door het prijzen van zichzelf.

II — Cognitieve therapieën en depressie

Het cognitieve aspect van gedrag (zowel normaal als pathologisch, gewenst of problematisch) en van gedragsverandering krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht. Een belangrijke aanzet voor onderzoekingen op dit terrein was het baanbrekend werk van Schachter (1962) over de cognitieve aspecten van emoties. De theorieën over 'information-processing' uit de experimentele psychologie werden binnengehaald in de belangrijke psychotherapierichtingen, vooral bij het zoeken naar een nadere verklaring en begrip van het veranderingsproces. Voor de psychoanalyse waren dat o.m. Peterfreund (1971) en Horowitz (1977). Binnen de client-centered-therapie werd de cognitieve visie binnengehaald met het werk van Anderson (1974), Wexler (1974) en Zimring (1974). Van behavioristische zijde zijn er de pogingen om het conditioneringsmodel toe te passen op denkpatronen (Homme 1965, Wolpe 1978), maar in de integratie van behaviorisme en cognitivisme gaat het vooral om mediërende processen die het aanvankelijk strikte S-R-model komen vervolledigen. Een goed overzicht hiervan vindt men bij Orlemans (1976). Deze stelt trouwens voor in het twee-facto-

renmodel (CS-CER-CAR, waar er plaats is voor de emotie of de fysiologische componenten ervan als respondents, en het ontsnappings- en vermijdingsgedrag als operants) ook de cognities (COV, coverants) te integreren; zo komt hij tot zijn drie-factorenmodel: COV-CER-CAR-COV-enz., drie elementen waarvan de onderlinge relaties een circulair proces zouden vormen. Verder zijn er de cognitieve therapieën die van meet af aan autonoom zijn ontwikkeld en hiervan moet vooral het pionierswerk van Beck en Ellis vermeld worden. Een andere groep vormen de onderzoekers die van het begin af aan hebben aangestuurd op een integratie tussen de cognitieve therapie en de gedragstherapie: o.a. Mahoney (1974, 1977) en ook Meichenbaum (1977, 1978), die gepoogd heeft, 'to bridge the gap between the clinical concerns of cognitive-semantic therapists and the technology of behavior therapy' (1977, p. 11). Ook het veranderingsproces bij de communicatietherapieën (Watzlawick, Weakland & Fisch 1974) kan men grotendeels beschouwen als werkzaam via het veranderen van cognities, dit weliswaar langs indirecte weg (bijv. de paradoxale opdracht) in tegenstelling tot het directe bediscussiëren van de cognities zoals Ellis dit beoogt. Men kan zich afvragen (zoals ook bij gedragstherapeutische technieken als systematische desensitisering of flooding) of het om 'zuiver' cognitieve therapie gaat dan wel om cognitieve factoren als een facet van respectievelijk gedrags- en communicatietherapie. Wat betreft het al dan niet samengaan van cognitieve therapie en gedragstherapie: in de aangehaalde overzichten van Lewinsohn (1975), Wilcoxon e.a. (1976) en Becker (1974) worden ze als afzonderlijke bijdragen tot de depressietherapie beschreven. Eastman (1977) spreekt helemaal niet van cognitieve therapie, tot verwondering van Franks en Wilson (1977), die vooral Beck's onderzoek in het licht willen stellen. Mahoney (1977) beweert, dat na de jarenlange 'rivaliteit' de huidige 'partiële verzoening' grotendeels voortspruit uit de 'emerging dissatisfaction of each side with its own limitations'. Voor de cognitieve benadering van de behandeling van depressie zijn hier vooral het werk van Beck, Ellis en Meichenbaum relevant.

Beck

In de theorie van Aaron T. Beck (1967, 1970, 1971, 1976) en zijn therapiemodel van depressie staat het cognitieve aspect centraal. Specifieke stimuli gaan, via hun inwerking op specifieke kwetsbaarheden van de persoon, bepaalde cognitieve schema's of basis permissen activeren, waardoor deze stimuli gelabeld worden, in het geval van depressie als een 'loss'. Beck (1967) ziet immers de denkstoornis ook als het centrale element in de andere neurotische stoornissen. Deze schema's zijn de basis van de '*automatic thoughts*'. Hun activatie verloopt reflexmatig, de persoon is er zich niet van bewust. Het gaat evenwel niet om verdringing of weerstand, maar veeleer om een soort blinde vlek: 'rather it has

to do with the fact that the patient had not been trained to focus on certain kinds of thoughts' (Beck 1976, p. 30).
Hoe ontwikkelt het 'depressive-prone'-individu zulke schema's? Gedurende zijn eerste levensjaren vormt het individu zijn concepten over en attitudes tegenover zichzelf, de wereld en de toekomst, uitgaande van zijn persoonlijke ervaringen, het oordeel van anderen over hem en van zijn identificatie met sleutelfiguren (Beck 1967 p. 275). Kovacs en Beck (1978) specifiëren verder deze persoonlijke ervaringen als: (1) het verlies van een ouder tijdens de kinderjaren, (2) identificatie met een ouder wiens eigen *'belief system'* draait rond persoonlijk falen of wiens constructief systeem rigide gedragsregels omvat, (3) ook alle factoren, die een hinder zijn geweest voor het toetsen van deze schemata aan de realiteit. Een bepaald concept (een bepaalde attitude van het individu tegenover zichzelf, zijn omgeving en zijn toekomst) kan het erop volgend oordeel beïnvloeden en een negatief oordeel neigt ertoe het negatief concept (bijv. het negatief zelfbeeld) te versterken. Zo wordt een concept gestructuraliseerd en blijft het permanent maar latent aanwezig: het wordt een *cognitieve structuur of schema* (Beck 1967, p. 275).
De cognitieve inhoud of betekenis is gekoppeld aan een particulier affect (Beck 1971 p. 496): wanneer iemand zichzelf ziet als slecht of ongewenst, zal hij een onaangenaam gevoel (zoals bv. droefheid) ervaren. Het individu ontwikkelt dus een specifieke kwetsbaarheid. Om zich te beschermen zal hij 'selectief attenderen' op de realiteit, zullen m.a.w. de stimuli door een filter gaan, een cognitieve filter, een schema, een 'set of rules'. Het individu zal dus in zijn interpretatie van de realiteit deze realiteit gaan misvormen. Dit zijn de 'denkstoornissen' van de neuroticus: arbitrair infereren, overgeneraliseren, magnificatie, cognitieve deficientie (selectief abstraheren) (Beck 1970), personaliseren en gepolariseerd denken (Beck 1976).
Depressie wordt dan gezien als een kettingreactie, beginnend met de cognitieve distorsie die op haar beurt het affect, de motivatie, het openlijk gedrag (elkaar ook onderling beïnvloedend) en de, met de psychologische veranderingen samengaande, fysiologische toestand wijzigt, in een zichzelf versterkende vicieuze cirkel. Alhoewel Beck de nadruk legt op een intra-individuele beschrijving ziet men toch een zekere overeenkomst met de BASIC ID-gedachte van Lazarus, ook betreffende de idee van een multimodale aanpak. Beck stelt namelijk dat, alhoewel het mechanisme van verbetering centraal gebaseerd is op de cognitieve verandering, het toch ook van belang is de therapeutische aandacht te richten op verschillende targets. Hij meent dat het modifiëren van specifieke componenten een invloed heeft op de gehele kettingreactie.
In zijn boek 'Cognitive therapy and the emotional disorders' (1976) geeft Beck, naast een uitvoerige uiteenzetting over de principes die aan de basis liggen van zijn therapeutische aanpak, ook een praktische uitwerking ervan. Men kan er ongeveer de volgende stappen in onderscheiden:

1 Het leren herkennen van de 'automatic thought': de patiënt focust op die gedachten ('self-statements', 'self-talk') of beelden die ongemak of lijden veroorzaken of tot zelfdepreciërend gedrag leiden.
2 Het verband leren zien tussen externe gebeurtenis, cognitie en affects. Ellis legt dit uit aan de patiënt als 'filling in the blank' (B) in zijn geest tussen de 'activating stimulus' (A) en de 'conditioned response' (C). Door het herhaaldelijk herkennen van deze gedachten is de patiënt bijv. in staat een geconditioneerde vrees te overwinnen.
3 Het onderscheid leren zien tussen externe gebeurtenissen en cognitie, tussen realiteit en interpretatie ervan. 'Distancing' is het kunnen onderscheiden tussen 'I believe' en 'I know'; 'Decentering' is het afleren zichzelf te zien als het centrum van de gebeurtenissen.
4 Leren zien hoe men tot deze cognities of interpretaties is gekomen ('authenticating conclusions'), d.i. met welke regels en hoe men ze heeft toegepast.
5 Het veranderen van de 'rules' of het schema waarbinnen de externe gebeurtenissen geïnterpreteerd worden. Het probleem is nl. dat de onaangepaste ideeën te absoluut, te extreem, te sterk gepersonaliseerd, te arbitrair zijn. De regels moeten preciezer en accurater zijn, minder egocentrisch en meer elastisch; als ze verkeerd bevonden worden moeten ze verlaten worden. De inhoud van deze regels lijkt steeds te handelen over twee hoofdthema's: gevaar vs veiligheid en pijn vs plezier (p. 247).

Voor de praktische toepassing pleit Beck voor een aan iedere patiënt aangepaste benadering, een gestructureerde probleemgerichte aanpak en specifieke cognitieve en gedragstechnieken. Het is in de eerste plaats van belang het depressief syndroom op te splitsen in zijn specifieke componenten. Elk van de symptoomclusters (cognitief, emotioneel, gedragsmatig, motivationeel of fysiologisch) kan geconceptualiseerd worden als een probleemgebied en is dusdanig een mogelijke target voor interventie. Een probleem kan over het algemeen geformuleerd worden in termen van drie 'levels': (a) het observeerbaar abnormaal gedrag, (b) de onderliggende motivatie en (c) de aan de motivatie onderliggende cognities (Beck 1976, p. 265). Het is dus de bedoeling via het werken op de targets uiteindelijk de cognities te bereiken:
'Merely focusing on the symptom without designing the program to include simultaneous attitude change may produce only temporary results' (p. 268). Beck gebruikt de volgende technieken (p. 271): het plannen van activiteiten met de patiënt, gradueel in moeilijkheidsgraad toenemende opdrachten, 'mastery and pleasure therapy', cognitieve herstructurering, alternatieven voorstellen, 'cognitive rehearsal', en huistaken. De voornaamste targets die hij benadert omschrijft hij als volgt: gedragssymptomen (inertie, inactiviteit, vermijding enz.), suïcidale wensen, hopeloosheid, tekort aan gratificatie, het pijnlijk affect, zelfkritiek en zelfhaat en het overdrijven van de externe druk. Voor een concrete uitwerking

van deze richtlijnen verwijs ik verder naar het bovengenoemde boek (Beck 1976), naar Rush, Khatami & Beck (1975) en naar Rush & Beck (1978).

Ellis

Een van de eerste specifiek cognitieve therapeuten was Albert Ellis (1973). Voor een overzicht van zijn neurose- en therapiemodel verwijs ik naar Diekstra & Dassen (1977) en naar het boek 'De psychotherapeutische interventie. II De behandelingsstrategische fase' van W. de Moor (1978). Hier volgt een korte samenvatting. Via verbale indoctrinatie verwerkt het individu in zijn ontwikkelingsproces irrationaliteiten die, versterkt door zelfindoctrinatie (het via 'self-talk' voortdurend herindoctrineren), uiteindelijk een integraal deel gaan uitmaken van zijn algemene levensfilosofie. Deze persisterende irrationaliteiten (cfr 'schema' bij Beck) predisponeren het individu tot verkeerd percipiëren van het objectief gegevene, vandaar verkeerd interpreteren, wat defaitistische emoties (angst, depressie, agressie) ontlokt (cfr bij Beck: de band cognitie-emotie), die het adequaat psychosociaal functioneren verstoren. De cliënt voert niet alleen een irrationele zelfspraak, maar hij gebruikt daarbij tevens dysfunctionele denkprocessen: catastroferen, generaliseren, 'concluderen' (volgens Lazarus ook: dichotoom redeneren en oversocialisatie) en ten slotte absolutistisch denken. De irrationele hypothese leidt tot irrationele verwachtingen die een eisenpakket worden waaraan absoluut voldaan moet worden. In het A-B-C-systeem van Ellis leidt de 'activating event' (A) via een 'rational belief' (rB) tot een aangepaste emotionele consequentie (C) of via een 'irrational belief' (iB) tot een onaangepaste emotionele consequentie.
De therapie van Ellis heet de *Rationele Emotieve Therapie* (R.E.T.): het is de uitbreiding van het A-B-C-systeem met D-E.
D van *Dispute:* het betwisten van de iB's of de irrationele self-talk van cliënt (deze self-talk leren inventariseren en logisch te onderzoeken) en van zijn fundamentele iB's (de irrationele overtuigingen die deze self-talk voeden). Het werk van de therapeut is dus tegenargumenten (rB's in plaats van iB's) aanbieden, discussiëren met de cliënt, zijn argumenten weerleggen en hem trachten te overtuigen, ook langs emotionele (rollenspel) of gedragsmatige (oefeningen, opdrachten) weg. Uit dit betwisten volgt een intellectueel inzicht wat op zichzelf therapeutisch onvoldoende is maar voorwaarde is tot 'emotioneel' inzicht (een soort Aha-Erlebnis), het eigenlijke therapeutische agens.
E van *Emotioneel:* 'emotioneel' inzicht resulteert in het cognitief effect (cE) dat leidt tot een positief gedragseffect (bE, behavioral Efect): m.a.w. het emotioneel inzicht is een impuls die uitdrukking zoekt in activiteit. Deze gunstige evolutie wordt mede bewerkstelligd via het gedragsmatige aspect (naast de cognitieve en de emotionele aspecten) van de R.E.T. Dit omvat de huiswerktaken die de cliënt opgedragen krijgt en die een toetsen van zijn iB's

aan de realiteit tot doel hebben. Daarbij horen ook de rationeel-emotieve verbeeldingstechnieken van Maultsby (zie Ellis en Harper 1975): de techniek van de negatieve voorstelling, waarin de cliënt in verbeelding zijn emoties leert afzwakken en de techniek van de positieve voorstelling waarin hij in verbeelding zijn irrationele self-talk leert betwisten. Door het accent te leggen op zelfhulpprogramma's (rationele zelfanalyse en rationele voorstellingsoefening) bouwde Maultsby de R.E.T. praktischer uit tot wat nu Rationele Gedragstherapie genoemd wordt (cfr Diekstra & Dassen 1977 en Kwee 1978a).
Een toepassing van R.E.T. bij depressie vindt men o.m. bij Rimm en Masters (1974). Oliver (1977) paste R.E.T. toe bij vrouwen van middelbare leeftijd die depressief waren als gevolg van wat zij noemt het 'post-mothering conflict'. Greene (1973) gebruikte hypnose om zijn depressieve patiënte ontvankelijker te maken voor zijn cognitief herstructurerend optreden. De R.E.T.-principes vindt men ook terug in een werkje van Lazarus & Fay (1975) die zich met hun therapieprogramma's rechtstreeks tot de cliënt richten.

Meichenbaum

Een derde model van cognitieve therapie is dat van Donald Meichenbaum (1977). Centraal in Meichenbaums theorie van de gedragsverandering is het begrip *'interne dialoog'* (1977, p. 201). Hij stelt dat de cliënt moet leren het gedrag (gedachten, beelden, fysiologische responsen, activiteit) waarin hij zich engageert te herkennen, herkenning die een aanwijzing is, een 'cue' die een interne dialoog op gang brengt. Deze interne dialoog kan verlopen in termen van psychoanalytische interpretaties, aangeleerde gedragsgewoonten of verkeerde 'belief-systems'. Het is ook een negatieve dialoog, want hij versterkt het gevoel van hulpeloosheid en hopeloosheid. De oorzaak van zijn problemen legt de cliënt namelijk in de externe gebeurtenissen en zelden ziet hij zijn eigen denkprocessen als bron van de problemen.
De therapie beoogt een vertalingsproces van de interne dialoog in een nieuw taal systeem, in nieuwe termen. Dit veranderingsproces is het resultaat van wat in de therapie gebeurt d.m.v. het werk van de therapeut (reflectie, uitleg, interpretatie, informatie, cognitieve modeling) en buiten de therapie d.m.v. de 'coping behaviors' waarin de cliënt zich begeeft, wat dan besproken en opnieuw geoefend wordt in de therapie. De verandering verloopt aldus in drie fasen. Fase 1 omvat de zelfobservatie: de cliënt leert zijn eigen gedrag observeren en meteen de conceptualisatie (interne dialoog) die hij erover heeft; deze moet veranderen in termen die hem een 'sense of understanding' geven en daarmee een gevoel van controle, wat noodzakelijk is voor 'acts of change'; Meichenbaum (1976) legt uit met welke middelen men de interne dialoog kan proberen te achterhalen. Fase 2: zodra hij zijn maladaptieve gedragingen heeft leren herkennen, leert hij deze nu aan te grijpen

als 'cues' om een incompatibele interne dialoog, en daardoor nieuw gedrag te introduceren. Fase 3: de resultaten van het nieuw gedrag, alsook de interne dialoog over dat gedrag en zijn consequenties leiden tot veranderingen in de cognitieve structuren, veranderingen die noodzakelijk zijn voor het in stand houden en de generalisatie van de gedragsverandering.
Het therapiemodel van Meichenbaum (1977) heet '*stress-Inoculation training*' en verloopt in drie fasen:
1. *De opvoedingsfase* – Aan de cliënt wordt in verstaanbare termen een conceptueel schema gegeven waarmee hij zijn eigen reactie (een emotie in het algemeen) op de stresserende gebeurtenissen kan begrijpen. Het gaat er niet om dat cliënt het juiste verklaringsschema heeft, maar dát hij een schema heeft; het gaat erom dat hij cognitieve controle kan verwerven, zodat hij zijn probleem leert zien als een reactie op stress, een reactie met twee componenten (nl.: arousal en de ermee samengaande 'selfstatements'), die vier fasen (zei verder) doorloopt. Het weet hebben dat een normale reactie op stress in vier fasen verloopt is een alternatief voor zijn vroeger idee van het massieve alles-of-niets karakter en het oncontroleerbare van bijv. een acute fobische aanval; hij kan nu ook gemakkelijker gevoelig gemaakt worden voor de prodromale tekens van deze reactie, die aldus een mogelijk signaal kan worden voor het eventueel toepassen van een aangeleerde zelfcontroletechniek.
2. *De 'rehearsal'-fase* – Deze bestaat uit het aanleren van gedragsmatige en cognitieve 'coping skills'. De technieken omvatten vooreerst directe acties, zoals bijv. in de behandeling van fobici het verzamelen van informatie over de gevreesde objecten, het uitstippelen van ontsnappingsroutes en het leren van relaxatieoefeningen (spierontspanning en ademhalingscontrole). Anderzijds leert men aan cliënt cognitieve coping; deze wordt al geïntroduceerd met de suggestie dat (zijn) responsen gemedieerd worden door hetgeen de cliënt tegen zichzelf zegt. Hij moet ertoe komen deze 'interne dialoog' te wijzigen: (1) door zich bewust te worden van de negatieve angstverwekkende selfstatements in de stress-situatie, en (2) door dit bewustworden als een signaal te gebruiken voor het voortbrengen van positieve self-statements, die incompatibel zijn met de negatieve zelfspraak. De cliënt wordt aangemoedigd te zoeken naar dergelijke self-statements voor elk van de vier reeds vernoemde fasen van stress-reactie: (a) voorbereiding op de stressor, (b) confrontatie en omgang met een stressor, (c) verwerking van het gevoel overweldigd te zijn, en (d) aanwending van bekrachtigende self-statements.
3. *Toepassingstraining* – De cliënt moet nu de geleerde vaardigheden in de praktijk uittesten in een graduele blootstelling aan stress-omstandigheden; d.m.v. eventueel elektrische schok, in verbeelding opgeroepen stress, rollenspel e.d. De therapeut moedigt de cliënt aan en staat model, terwijl de cliënt het voorgedane herhaalt, zichzelf eerst luidop instruerend en daarna in stilte.
Het is dus essentieel een training in zelfinstructie (Meichenbaum

en Cameron 1974), maar op zichzelf is dit onvoldoende: ze moet aangevuld worden met het uittesten van de geleerde vaardigheden. Meichenbaum maakt veel gebruik van het 'problem-solving'-programma van D'Zurilla en Goldfried (1971) voor de behandeling van mensen met een deficit in deze cognitieve vaardigheden. *'Problem-solving'* omvat vijf fasen: de algemene oriëntatie van het individu in het benaderen van het probleem, probleem definiëring en formulering; zoveel mogelijk alternatieven uitdenken, één eruit kiezen ('decision making'), de efficiëntie van die oplossing uitttesten en verifiëren. In een eigen overzicht van de cognitieve herstructureringstechnieken meent Meichenbaum de R.E.T. van Ellis vooral gericht te zien op 'cognitions as instances of irrational belief systems', Beck's therapie op 'cognitions as instances of faulty thinking styles', en zijn eigen methode op 'cognitions as instances or problem-solving ability and coping styles'. Is bij Ellis de therapeutische inspanning enkel gericht op het veranderen van de '(basic) irrational beliefs', bij Beck wordt al meer de nadruk gelegd op het leren van vaardigheden (bijv. zelfobservatie), terwijl Meichenbaum daar het hoofdaccent op legt; de self-statements worden wel aangepakt maar zonder een analyse van het 'irrational belief-system' door te voeren.
Deze stress-inoculatietraining is tot nu vooral gebruikt bij problemen als het verhogen van pijntolerantie, agressie, angst en fobieën. Meichenbaum (1977, p. 159) stipt hierbij nog aan dat de fobische patiënten zich vóór de behandeling in een toestand voelden die geleek op een 'learned helplessness', een attitude die veranderde in een 'learned resourcefulness'. Toepassing en onderzoek van deze behandelingsmethode bij depressieve patiënten heb ik in de literatuur niet gevonden. Men kan zich evenwel depressie toch voorstellen als een mogelijk toepassingsgebied voorzover men het ziet als een cognitief maladaptief omgaan met een 'depressogene stressor'. Novaco (1977) paste de techniek wel toe bij een depressieve man, maar dan meer bepaald om hem beter met zijn agressie te leren omgaan.

III — Enkele beschouwingen

Vergelijkend onderzoek

Na dit overzicht van de behavioristische en cognitieve theorie- en therapiemodellen van depressie, past het enkele vergelijkende onderzoekingen aan te halen. In een empirische studie toonden Rush, Beck & Kovacs (in Kovacs & Beck 1978) de efficiëntie van cognitieve therapie vergeleken met farmacotherapie (imipramine). Beide behandelingen bleken heel effectief te zijn maar de groep die cognitieve therapie kreeg, toonde een statistisch grotere klinische verbetering (ook bij follow-up) en minder drop-out. In een vergelijkende studie (met controlegroepen) van Becks cognitieve therapie en de gedragstherapeutische behandeling volgens

Lewinsohn toonde Shaw (1977) dat cognitieve modificatie resulteerde in significant minder depressieve symptomen na de behandeling. Blaney (1977) zet de drie belangrijke theorieën van Beck, Seligman en Lewinsohn naast elkaar: elke theorie wordt onderzocht in functie van de empirische onderzoekingen die ervoor of ertegen pleiten, alsook in termen van theoretische adequaatheid; de theorieën worden ook vergeleken op de punten waarin ze verschillen, op elkaar gelijken, elkaar overlappen. Alhoewel er reden is om aan te nemen dat elk van de elementen die door de respectievelijke theoretici naar voren worden gebracht – nl.: perceptie (Beck), controle (Seligman), mate van bekrachtiging (Lewinsohn) – belangrijk zijn in het depressieverschijnsel, acht Blaney het toch voor geen enkel element afzonderlijk bewezen dat het een noodzakelijk antecedent is van depressieve reacties.

Een integratiemodel

Men kan zich afvragen of deze verscheidene en verschillende modellen van depressie, zij het niet onmiddellijk theoretisch dan toch misschien voor de praktijk niet samen te brengen zijn of te integreren. Naast het werk van Lazarus (1974) dat reeds ter sprake kwam, is er het integratiemodel van Wilcoxon, Schrader & Nelson (1976). Deze auteurs wijzen eerst theoretisch op de tekorten van de vier (door hen genoemd: 'socio-environmental', aangeleerde hulpeloosheids-, cognitief en zelfbekrachtigings-) modellen, waarbij zij stellen dat elk model een bepaald aspect van het depressiefenomeen belicht en het ene het andere daarbij niet uitsluit. Vervolgens proberen zij deze samen te brengen in een integratiemodel in de hoop hiermee een vollediger verklaring en een betere benadering te bieden van depressie. Alle gedrag kan uiteen gehaald worden in ketens van gedrag, welke bestaan uit vijf stadia: (1) het stellen van een norm, (2) het leveren van een prestatie, (3) de zelfevaluatie, (4) de bekrachtiging die men aan zichzelf geeft en (5) de externe bekrachtiging. Centraal in hun model is dus ook het verkrijgen van bekrachtiging. De etiologie van depressief gedrag kan nu hoofdzakelijk liggen ter hoogte van één van deze fasen. En op elk van deze punten kan men anderzijds therapeutisch aangrijpen met de verscheidene strategieën zoals die ter sprake zijn gekomen.

Nawoord

Deze behavioristisch-cognitieve benadering is één model van depressie uitgaande van globaal genomen één model van gedrag, en van de mens. Dit is niet hét model. Er bestaan nog andere, minstens even waardevolle; denken we maar aan de zeer rijke beschouwingen over depressie uit de psychoanalytische literatuur. Ik deel de overtuiging dat de diverse 'ziektemodellen eerder als complementair dan als tegengesteld moeten beschouwd worden'

(Pierloot 1973). Vele patiënten zijn geholpen met psychoanalytische, ervaringsgerichte of een andere vorm van psychotherapie; *andere niet, zoals bijv. de patiënte van Crombach (1977).* Vandaar dit werk waaraan pragmatische overwegingen ten grondslag liggen. Is immers het uiteindelijke criterium voor de waarde van een therapeutische onderneming niet: kunnen we de persoon 'bereiken'? Dáár bereiken of zó bereiken, dat zijn lijden verlicht? Lukt dit niet via het woord, dan toch misschien via de daad.

Literatuur

Abramson, L. Y., M. E. P. Seligman & J. D. Teasdale (1978), Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J. abnorm. Psychol.*, 87, 49-74.

Anderson, W. (1974), Personal growth and client-centered therapy: an information-processing view. In: D. A. Wexler & L. N. Rice (eds.) *Innovations in client-centered therapy.* John Wiley, New York, p. 21-48.

Bandura, A. (1971), Psychotherapy based on modeling principles. In: A. E. Bergin & S. L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis.* John Wiley, New York.

Beck, A. T. (1967), *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects.* Harper & Row, New York.

Beck, A. T. (1970), Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. *Behav. Ther.*, 1, 184-200.

Beck, A. T. (1971), Cognition, affect and psychopathology. *Arch. gen. Psychiat.*, 24, 495-500.

Beck, A. T. (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders.* International Universities Press, New York.

Becker, J. (1974), Cognitive and behavioral theories of depression. In: J. Becker, *Depression: theory and research.* John Wiley, New York, p. 103-119.

Bellack, A. S., & J. S. Schwartz (1976), Assessment for self-control programs. In: M. Hersen & A. S. Bellack (eds.), *Behavioral assessment: a practical handbook.* Pergamon Press, New York, p. 111-142.

Blaney, P. H. (1977), Contemporary theories of depression: critique and comparison. *J. abnorm. Psychol.*, 86, 203-223.

Burger, A. W. (1978), Imaginaire confrontatie. In: J. W. G. Orlemans, W. Brinkman, W. P. Haayman & E. J. Zwaan (red.), *Handboek voor gedragstherapie.* Van Loghum Slaterus, Deventer, B.4.3.:1-84.

Burgess, E. P. (1968), The modification of depressive behaviors. In: R. D. Rubin & C. M. Franks (eds.), *Advances in behavior therapy.* Academic Press, New York, p. 193-199.

Costello, C. G. (1972), Depression: loss of reinforcers or loss of reinforcer affectiveness? *Behav. Ther.*, 3, 240-247.

Costello, C. G. (1978), A critical review of Seligman's laboratory experiments on learned helplessness and depression in humans. *J. abnorm. Psychol.*, 87, 21-31.

Coyne, J. C. (1976a), Depression and the response of others. *J. abnorm. Psychol.* 85, 186-193.

Coyne, J. C. (1976b) Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.

Crombach, G. (1977), Verhaltenstherapie bei einer chronifizierten endogenen Depression. *Nervenarzt,* 48, 651-655.

Deutsch, A.-M. (1978), Self-control and depression: an appraisal. *Behav. Ther.,* 9, 410-414.

Diekstra, R. F. W., & W. F. M. Dassen (1977), *Inleiding tot de rationele therapie* (rationele therapie 2). Swets en Zeitlinger B.V., Amsterdam-Lisse.

D'Zurilla, T. J., & M. R. Goldfried (1971), Problem-solving and behavior modification. *J. abnorm. Psychol.,* 78, 107-126.

De Moor, W. (1978), *De psychotherapeutische interventie. II. De behandelingsstrategische fase.* Van Loghum Slaterus, Deventer.

Dingman, H. R. (1975), Over de doden niets dan goeds. Verslag van een rouwtherapie. *T. Psychother.,* 1, 11-20.

Eastman, C. (1976), Behavioral formulations of depression. *Psychol. Rev.,* 83, 277-291. (herdruk in: C. M. Franks & G. T. Wilson, 1977, 496-519)

Ellis, A. (1973), *Humanistic psychotherapy. The rational-emotive approach.* McGraw-Hill, New York.

Elis, A., & R. A. Harper (1975), *A new guide to rational living.* Prentice Hall, Englewood Cliffs (N. J.)

Eysenck, H. (1978), Gedragstherapie als toegepaste wetenschap. *T. Psychother.* 4, 219-229.

Falloon, I. R. H. (1975), The therapy of depression. A behavioral approach. *Psychother. Psychosom.,* 25, 69-75.

Feldman, L. B. (1976), Depression and marital interaction. *Fam. Proc.,* 15, 389-395.

Ferster, C. B. (1973), A functional analysis of depression. *Amer. Psychol.,* 28, 857-870.

Franks, C. M., & G. T. Wilson (eds.) (1977), *Annual review of behavior therapy theory and practice.* Vol. 5. Brunner/Mazel, New York.

Fuchs, C. Z., & L. P. Rehm (1977), A self-control behavior therapy program for depression. *J. cons. clin. Psychol.,* 45, 206-215.

Gebhardt, R., & H. Neumann (1977), Verhaltenstherapeutische Ansätze zum depressiven Syndrom. *Zeitschrift für Klinische Psychologie,* 6, 185-202.

Goldfried, M. R., & M. Merbaum (eds.) (1973), *Behavior change through self-control.* Holt, Rinehart & Winston, New York.

Greene, R. J. (1973), Combining rational-emotive and hypnotic techniques: treating depression. *Psychother.: Theor., Res. & Pract.,* 10, 71-73.

Hammen, C. L., & S. D. Peters (1978), Interpersonal consequences of depression: responses to men and women enacting a depressed role. *J. abnorm. Psychol.,* 87, 322-332.

Hannie, T. J., & H. E. Adams (1974), Modification of agitated depression by flooding: a preliminary study. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.,* 5, 161-166.

Hersen, M., R. M. Eisler, G. S. Alford & W. S. Agras (1973), Effects of token economy on neurotic depression: an experimental analysis. *Behav. Ther.,* 4, 382-397.

Hilford, N. G. (1975), Self initiated behavior change by depressed women following verbal behavior therapy. *Behav. Ther.,* 6, 703.

Homme, L. L. (1965), Perspectives in psychology XXIV. Control of coverants, the operants of the mind. *Psychol. Rec.,* 15, 501-511.

Horowitz, M. J. (1977), Hysterical personality: cognitive structure and the processes of change. *Int. Rev. Psycho-Anal.,* 4, 23-49.

Jackson, B. (1972), Treatment of depression by self-reinforcement. *Behav.*

Ther., 3, 298-307.

Johnson, W. G. (1971), Some applications of Homme's coverant control therapy: two case reports. *Behav. Ther.*, 2, 240-248.

Kanfer, F. H. (1971), The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. In: A. Jacobs & L. B. Sachs (eds.) *The psychology of private events: perspective on covert respons systems.* Academic Press, New York, 39-59.

Kanfer, F. H., & J. S. Phillips (1970), *Learning foundations of behavior therapy*. John Wiley, New York.

Kanfer, F. H., & P. Karoly (1972), Self-control: a behavioristic excursion in chronic depression. *Behav. Ther.*, 6, 398-404.

Kovacs, M., & A. T. Beck (1978), Maladaptive cognitive structures in depression. *Amer. J. Psychiat.*, 135, 525-533.

Kwee, M. G. T. (1974), De gedragstherapie van lichte depressies. *De Psycholoog*, 9, 494-507.

Kwee, M. G. T. (1978a), Rationele Gedrags Therapie. *T. Psychother.*, 4, 164-173.

Kwee, M. G. T. (1978b), Gedragstherapie en neurotische depressie. In: J. W. G. Orlemans, W. Brinkman, W. P. Haayman & E. J. Zwaan (red.) *Handboek voor gedragstherapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer, C. 2:1-48.

Lazarus, A. A. (1968), Learning theory and the treatment of depression. *Behav. Res. Ther.*, 6, 83-89.

Lazarus, A. A. (1973), Multimodal behavior therapy: treating the 'BASIC ID'. *J. nerv. ment. Dis.*, 156, 404-411.

Lazarus, A. A. (1974), Multimodal behavioral treatment of depression. *Behav. Ther.*, 5, 549-554.

Lazarus, A. A., & A. Fay (1975), *I can if I Want To*. William Morrow, New York. (*Waar een wil is is een weg*. 1978. Swets & Zeitlinger BV., Amsterdam-Lisse).

Lewinsohn, P. M. (1975), The behavioral study and treatment of depression. In: M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (eds.) *Progress in behavior modification. Volume I.* Academic Press, New York, p. 19-63.

Lewinsohn, P. M., & G. E. Atwood (1969), Depression: a clinical-research approach. *Psychother.: Theor., Res. & Pract.*, 6, 166-171.

Lewinsohn, P. M., M. S. Weinstein & T. Alper (1970), A behavioral oriented approach to the group treatment of depressed persons: a methodological contribution. *J. clin. Psychol.*, 26, 525-532.

Lewinsohn, P. M., & M. Graf (1973), Pleasant activities and depression. *J. cons. clin. Psychol.*, 41, 261-268.

Liberman, R. P., & D. E. Raskin (1971), Depression: a behavioral formulation. *Arch. gen. Psychiat.*, 24, 515-523.

Liberman, R. P., & J. Roberts (1976), Contingency management of neurotic depression and marital disharmony. In: H. J. Eysenck (ed.) *Case studies in behavior therapy*. Routledge & Kegan Paul, London, p. 207-225.

Mahoney, M. J. (1974), *Cognitive behavior modification*. Ballinger, Cambridge.

Mahoney, M. J. (1977), Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy. *Amer. Psychol.*, 32, 5-13.

Mathews, C. O. (1977), A review of behavioral theories of depression and a self-regulation model for depression. *Psychother.: Theor., Res. & Pract.*, 14, 79-86.

McAuley, R., & J. T. Quinn (1975), Models of depression. In: J. C. Brengelmann (ed.) *Progress in behavior therapy*. Springer, Berlin-

Heidelberg-New York, p. 85-92.

McLean, P. D., K. Ogston & L. Grauer (1973), A behavioral approach to the treatment of depression. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, 4, 323-330.

Meichenbaum, D. (1976), A cognitive-behavior modification approach to assessment. In: M. Hersen & A. S. Bellack (eds.), *Behavioral assessment: a practical handbook.* Pergamon Press, New York, p. 143-171.

Meichenbaum, D. (1977), *Cognitive-behavior modification. An integrative approach.* Plenum Press, New York.

Meichenbaum, D. (1978), Cognitieve factoren in de gedragstherapie. *T. Psychother.*, 4, 241-245.

Meichenbaum, D., & R. Cameron (1974), The clinical potential of modifying what clients say to themselves. *Psychother.: Theor., Res.& Pract.*, 11, 103-117.

Meyer, V., & E. S. Chesser (1970), *Behaviour therapy in clinical psychiatry.* Penguin, Harmondsworth.

Moss, G. R., & J. H. Boren (1972), Depression as a model for behavioral analysis. *Compr. Psychiat.*, 13, 581-590.

Nigl, A. J. (1976), Use of thought-stopping and self-reinforcement in treatment of depression. *Psychol. Rep.*, 3, 843-846.

Novaco, R. W. (1977), Stress inoculation: a cognitive therapy for anger and its application to a case of depression. *J. cons. clin. Psychol.*, 45, 600-608.

Oliver, R. (1977), The 'empty nest syndrome' as a focus of depression: a cognitive treatment model, based on rational emotive therapy. *Psychother.: Theor., Res. & Pract.*, 14, 87-94.

Orlemans, J. W. G. (1976), *Inleiding tot de gedragstherapie.* Van Loghum Slaterus, Deventer.

Peterfreund, E. (1971), *Information, systems and psychoanalysis.* International Universities Press, New York.

Pierloot, R. (1973), Principiële achtergronden van psychiatrische behandeling. Uit: *Verhandelingen van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België,* XXXV, 5, 380-405.

Ramsay, R. W. (1974), Emotional training: an extension of desensitization. *Behav. Engineer.*, 2, 24-26.

Ramsay, R. W. (1976), A case study in bereavement therapy. In: H. J. Eysenck (ed.) *Case studies in behavior therapy.* Routledge and Kegan Paul, London, p. 227-235.

Ramsay, R. W. (1977), Behavioral approaches to bereavement. *Behav. Res. Ther.*, 15, 131-135.

Ramsay, R. W. (1978), Gedragstherapie en gedragsmodificatie. *T. Psychother.*, 4, 219-229.

Rush, A. J., & A. T. Beck (1978), Cognitive therapy of depression and suicide. *Am. J. Psychother.*, 31, 201-219.

Rush, A. J., M. Khatami & A. T. Beck (1975), Cognitive and behavior therapy in chronic depression. *Behav. Ther.*, 6, 398-404.

Rehm, L. P. (1976), Assessment of depression. In: M. Hersen & A. S. Bellack (eds.) *Behavioral assessment : a practical handbook.* Pergamon Press, New York, p. 233-259.

Rehm, L. P. (1977), A self-control model of depression. *Behav. Ther.*, 8, 787-804.

Rehm, L. P. (1978), Selfcontrol and depression : a reply to Deutsch. *Behav. Ther.*, 9, 415-418.

Reisinger, J. L. (1972), The treatment of 'anxiety depression' via positive

reinforcement and response cost. *J. appl. Behav. Anal.*, 5, 125-130.
Rimm, D. C., & J. C. Masters (1974), *Behavior therapy : technique and empirical findings*. Academic Press, New York.
Rippere, V. (1977a), Some cognitive dimensions of antidepressive behavior. *Behav. Res. Ther.*, 15, 57-63.
Rippere, V. (1977b), 'What's the thing to do when you're feeling depressed?' — a pilot study. *Behav. Res. Ther.*, 15, 185-191.
Rippere, V. (1977c), Comments on Seligman's theory of helplessness. *Behav. Res. Ther.*, 15, 207-209.
Robinson J. C. & P. M. Lewinsohn (1973), Behavior modification of speech characteristics in a chronically depressed man. *Behav. Ther.*, 4, 150-152.
Sammons, R. A. (1974), Systematic desensitization in the treatment of depresssion. Paper presented at the meetings of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago. (geciteerd in Wilcoxon, Schrader & Nelson 1976.)
Schachter, S., & J. E. Singer (1962), Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychol. Rev.*, 69, 379-399.
Seligman, M. E. P. (1975), *Helplessness. On depression, development and death*. Freeman, San Francisco.
Seligman, M. E. P. (1978), Comment and integration. *J. abnorm. Psychol.*, 87, 165-179.
Seligman, M. E. P., D. C. Klein, W. R. Miller (1976), Depression. In: H. Leitenberg (ed.) *Handbook of behavior modification and behavior therapy*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, p. 168-210.
Shaw, B. F. (1977), Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *J. cons. clin. Psychol.*, 45, 543-51.
Shipley, C. R., & A. F. Fazio (1973), Pilot study of a treatment for psychological depression. *J. abnorm. Psychol.*, 82, 372-376.
Susskind, D. J. (1970), The Idealized Self-Image (ISI): a new technique in confidence training. *Behav. Ther.*, 1, 538-541.
Taulbee, E. S., & H. W. Wright (1971), A psycho-social-behavioral model for therapeutic intervention. In: C. D. Spielberger (ed.) *Current topics in clinical and community psychology*. Vol. 3. Academic Press, New York. p. 53-94.
Tharp, R. G., D. Watson & J. Kaya (1974), Self-modification of depression. *J. cons. clin. Psychol.*, 42, 624.
Todd, F. J. (1972), Coverant control of self-evaluative responses in the treatment of depression: a new use for an old principle. *Behav. Ther.*, 3, 91-94.
Wanderer, Z. W. (1972), Existential depression treated by desensitization of phobias: strategy and transcript. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, 3, 111-116.
Watzlawick, P., J. Weakland & R. Fisch (1973), *Het kan anders*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
Wexler, D. A. (1974), A cognitive theory of experiencing, self-actualization and therapeutic process. In: D. A. Wexler & L. N. Rice (eds.) *Innovations in client-centered therapy*. John Wiley, New York, p. 49-116.
Wilcoxon, L. A., S. L. Schrader & R. E. Nelson (1976), Behavioral formulations of depression. In: W. E. Craighead, A. E. Kazdin & M. J. Mahoney (eds.) *Behavior Modification: principles, issues and applications*. Houghton Mifflin, Boston, p. 200-226.
Willis, S. L. (1976), Structured fantasy as an adjunctive technique for the treatment of depression. *Psychother.: Theor., Res. & Pract.*, 13, 249-252.

Wolpe, J. (1970), Transcript of initial interview in a case of depression. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, 1, 71-78.

Wolpe, J. (1972), Neurotic depression: experimental analog, clinical syndromes, and treatment. *Amer. J. Psychother.*, 25, 362-367.

Wolpe, J. (1973), Reactive depression. In: J. Wolpe, *The practice of behavior therapy (second edition)*. Pergamon Press, New York, p. 234-237.

Wolpe, J. (1978), Cognition and causation in human behavior and its therapy. *Amer. Psychol.*, 33, 437-446.

Wright, S., & C. Mc Donald (1974), Review of behavioral treatment of depression. *Psychol. Rep.*, 34, 1335-1341.

Zapotoczky, H. G. (1976), Lerntheoretische Konzepte der Depression. *Psychiatria clin.*, 9, 74-83.

Zimring, F. M. (1974), Theory and practice of client-centered therapy: a cognitive view. In: D. A. Wexler & L. N. Rice (eds.) *Innovations in client-centered therapy*. John Wiley, New York, p. 117-137.