

Persoonlijkheid en unipolaire depressie: diagnostische en therapeutische aspecten

door J.D. van Scheyen

'Rezepte schreiben ist leicht, aber im übrigen sich mit den Leuten verständigen ist schwer'.

(Kafka: *Ein Landarzt*)

Samenvatting

Bij een multiconditionele interpretatie van de ontstaanswijze van de unipolaire depressie kan door de aandacht voor de persoonlijkheidsaspecten eveneens de soms niet terechte overwaarding van de biologisch-psychiatrische interpretatie worden vermeden. Bepaalde persoonlijkheidskenmerken kunnen bij de patiënten dikwijls opvallen, zoals: een cognitief dwangmatig bepaalde werk- en prestatiedrang, een sterke gewetensfunctie maar ook een innerlijke onzekerheid over het blijvend kunnen realiseren van de prestatiedrang en het hoge streefniveau.

Die kenmerken kunnen ook als vulnerabiliteitsfactoren invloed uitoefenen op het ontstaan van de depressie, voorts kan die invloed het risico van de recidief-depressie vergroten. Aldus kan psychotherapie, gericht op die vulnerabiliteitsfactoren, ook deel uitmaken van de op de recidief-profylaxe gerichte nabehandeling. Het verdient voorkeur die therapie, maar ook die tijdens de depressie, te baseren op de principes van de cognitieve therapie volgens Beck. Effect van die therapie tijdens de depressie kan alleen worden verwacht bij de lichtere vormen van unipolaire depressie. Bij de ernstige, c.q. de psychotische vorm van deze depressie blijft biologisch-psychiatrische anti-depressieve therapie het eerst aangewezen.

Inleiding

Dit artikel kan worden gelezen als een klinisch-psychiatrisch essay. De inhoud ervan is gebaseerd op klinische ervaringen die in een reeks van jaren werden verkregen bij patiënten met unipolaire (vitale) depressies. Patiënten bij wie volgens de DSM III criteria de diagnose depressie in engere zin, recidiverend, kon worden gesteld. In onze afdeling is het aantal patiënten dat met deze diagnose wordt opgenomen sinds een aantal jaren relatief hoog en constant: omstreeks 26% van het totaal aantal opnames per jaar. In de laatste 5 jaar (1980-1984) was het gemiddeld aantal opnames per jaar met deze diagnose: 60. Het gemiddelde van het totaal aantal opnames per jaar bedroeg over die periode: 233.

De interesse voor die categorie van patiënten is vooral in de laatste twee decennia gegroeid, wat samenhangt met een duidelijke toename van de therapeutische mogelijkheden. Dit geldt vooral voor de anti-depressieve therapie die is gebaseerd op biologisch-psychiatrische principes. En zo kan er dus ook worden gesproken van 'winst' door de biologische psychiatrie. Maar toch, die winst houdt een risico in. Een risico dat ook als een 'verlies' kan worden beschouwd. Bedoeld wordt het risico van de 'overwaardering' van de betekenis van de biogene factoren in de psychopathogenese. Dit kan er ook toe leiden dat vooral bij deze patiënten aan andere pathogenetische factoren, zoals psychogene, sociogene en karakterogene factoren, nog maar weinig belang wordt gehecht. Anders gezegd: het zo belangrijke principe van de multiconditionaliteit in de pathogenese kan dan worden veronachtzaamd. En dit geldt ook bij de interpretatie van de ontstaanswijze van de unipolaire depressie. Nu is vooral bij die depressie de verleiding om prioriteit te geven aan die betekenis van de biogene factoren niet gering. Het soms spectaculaire therapeutische effect van anti-depressiva en misschien nog meer het effect van ECT (Electro Convulsieve Therapie) kan die verleiding alleen nog maar versterken. Dan kan, nog onder de indruk van dit resultaat, de vraag: waarom en waardoor is bij die patiënten de depressie ontstaan of weer opgetreden als recidief-depressie, niet meer relevant lijken. Toch is dit een vraag die steeds weer opkomt vooral bij het langdurig vervolgen van deze patiënten. Een langdurige nabehandeling die nodig is en dit met het oog op het risico van recidief-depressie; het zo typische verloopsskenmerk van de unipolaire depressie.

Dit vormt ook de grondslag van de op de recidief-profylaxe gerichte nabehandeling, bij voorbeeld in de vorm van de Lithium profylaxe, die jarenlang moet worden voortgezet. Vooral tijdens zo'n 'follow up' kan ook blijken dat bij deze patiënten bepaalde persoonlijkheidskenmerken opvallend frequent kunnen voorkomen. Maar dan ontstaat ook de vraag: kunnen karakterogene factoren ook niet van invloed zijn bij het ontstaan van de recidief-depressie? Dit nog afgezien van de meer algemene vraag: wat bepaalt het ontstaan van de recidief-depressie? Vastgesteld kan worden dat, ook vanuit de biologische psychiatrie, een bevredigend antwoord op deze vraag (nog) niet gegeven kan worden.

Een andere ervaring kan in dit verband ook vermeldenswaard zijn. Lithium-profylaxe kan heilzaam zijn met betrekking tot het recidief-risico. Echter, blijkens onze recente ervaringen, resteren er patiënten bij wie, na acht jaar succesvolle lithium-profylaxe, toch weer depressies gaan optreden. Dit zijn vooral patiënten bij wie – voor de lithium-profylaxe – de recidief-frequentie betrekkelijk hoog was: drie of meer depressie-episoden in de voorafgaande twee jaren. Ook die ervaring noopt tot een relativering van de biologisch-psychiatrische interpretatie. Ook dit wijst erop dat eveneens betekenis moet worden gehecht aan de multiconditionaliteit bij de betreffende pathogenese. Dit houdt

dus ook in een diagnostische afweging van de invloed van psychogene, sociogene en, niet in het minst, karakterogene factoren. Nu is het duidelijk dat die afweging een niet gering aantal vragen oproept. Anderzijds blijkt dat ook over die vragen een niet geringe literatuur bestaat en dit eigenlijk al sinds 1913 toen Kraepelin reeds de aandacht vestigde op soms opvallende kenmerken in de persoonlijkheid van patiënten met endogene depressies.

In dit artikel wordt uitgegaan van klinische én poliklinische psychiatrische ervaringen die gedurende een reeks van jaren bij een niet gering aantal van deze patiënten kon worden verkregen. Dit niet alleen tijdens de acute fase van de depressie maar misschien nog meer tijdens de nabehandeling. Een nabehandeling die vaak jarenlang moet worden voortgezet. Zeker als het ook gaat om een op recidief-vóórkomng gerichte nabehandeling. Bij voorbeeld in de vorm van de lithium-profylaxe. Nu bestaat er vooral tijdens een dergelijke langdurige 'follow-up' ook de gelegenheid om deze patiënten beter te leren kennen. En dan kan ook duidelijk worden dat er bij een niet gering aantal van deze patiënten een typische psychische kwetsbaarheid bestaat. Een vulnerabiliteit die wellicht ook van betekenis kan zijn bij het ontstaan van de recidief-depressie.

Depressie en persoonlijkheid

In de hippocratische geneeskunde werd een ziekte als de melancholie beschouwd als een ziekelijke accentuering van tevoren reeds aanwezige en dikwijls ook opvallende temperamentskenmerken. Kraepelin (1913) veronderstelde dat bij patiënten met endogene depressies dikwijls bijzondere persoonlijkheidskenmerken bestaan. Volgens Kraepelin gaat het dan om temperamentseigenschappen inherent aan de constitutie. Ook in de opvatting van Kretschmer (1951) bepalen constitutionele factoren niet alleen temperamentskenmerken maar is de constitutie ook niet los te zien van het ontstaan van de affectieve psychose. Voorts komen, volgens Kretschmer, die constitutionele factoren ook tot uiting in bepaalde kenmerken van de lichamelijke habitus. In de tot nu toe genoemde opvattingen wordt aan het begrip constitutie veel betekenis gehecht. Constitutie dan ook als de in aanleg gegeven 'Leib-Seele Einheit' die, volgens Jaspers (1948), in principe als onveranderbaar moet worden beschouwd. In dit artikel worden verder bij voorkeur termen als geaardheid en persoonlijkheid gebruikt. Bij het gebruik van die termen wordt ook bedoeld dat naast de in aanleg gegeven factoren, zoals temperamentseigenschappen, ook de door leerprocessen verworven determinanten van gedrags-, reactie- en beleevingswijze van belang zijn. Aldus kan het bij patiënten met unipolaire depressie gaan om een min of meer specifieke geaardheid die in principe (nog) wel veranderbaar is. Een verandering die bij voorbeeld ook de bedoeling kan zijn van een psychotherapie. Een psychotherapie die

gericht is op die vulnerabiliteitsfactoren die van invloed kunnen zijn bij het ontstaan van de depressie. Nu kan over de zin van een poging tot psychotherapeutische beïnvloeding van die geaardheid een verschil van opvatting blijven bestaan. Baseert men zich namelijk op een neo-Kraepeliaanse opvatting over de depressieve persoonlijkheid, dan zal psychotherapie als weinig zinvol worden beschouwd. Immers, in die opvatting is het karakteristieke van de (pre-)depressieve aard constitutioneel en dikwijls ook familiair-hereditair vastgelegd. Maar ook die opvatting kan te kort doen aan de betekenis van de multiconditionaliteit bij de interpretatie van de pathogenese van de unipolaire depressie. Die interpretatie is niet alleen belangrijk voor de diagnostiek, maar kan ook consequenties hebben voor de therapie. Over én de pathogenese én de therapie van deze depressie is vooral in de afgelopen jaren veel medegedeeld, in het bijzonder vanuit de biologische psychiatrie. Na kennisneming van die publikaties kan men onder de indruk raken van wat hiervoor is aangeduid als winst door de biologische psychiatrie. Die vooruitgang kan zelfs de gedachten laten ontstaan dat met therapievormen gebaseerd op biologisch-psychiatrische principes uiteindelijk het panacee voor de unipolaire depressie zal worden gevonden.

Toch lijkt, zoals reeds werd vermeld, een dergelijke overwaardering van biogene factoren in de pathogenese niet terecht. Of dit ook in de praktijk tot uiting komt blijft de vraag. Te vaak wordt namelijk het stellen van de diagnose 'vitale depressie' als hoofdzaak beschouwd. En dan kan het voorkomen dat na het stellen van die diagnose de therapie ook vaststaat, bij voorbeeld toediening van anti-depressiva. Toch kan dan het voorschrijven van anti-depressiva los staan van begrip en inzicht in de aard van de patiënt die depressief geworden is.

Voorts is het nuttig zich af te vragen wat de geschetste praktijk ons tot nu heeft geleerd. Dan kan worden vastgesteld dat ook bij 'echte' vitale depressies een bevredigend therapeutisch resultaat met anti-depressiva wordt bereikt bij niet meer dan 70% van deze patiënten (Van Praag 1977). Anders gezegd: ruim 30% van deze patiënten is *niet* gebaat met een behandeling met tricyclische anti-depressiva. Anderzijds neemt dit niet weg dat bij ernstige unipolaire depressies, vooral de psychotische depressie en de melancholiforme depressie, biologische psychiatrische therapie, veruit de voorkeur verdient. Zoals bij die patiënten ook de indicatie tot ECT (Elektro Convulsieve Therapie) of slaap-deprivatie behandeling (Van Scheyen, 1984) kan ontstaan. Toch blijft ook bij die patiënten de multiconditionele interpretatie van de pathogenese van betekenis en dit ook met het oog op het dikwijls recidiverende verloop. Bekend is immers dat recidief-depressies ook van geringere ernst zich dan ooit bij deze patiënten kunnen voordoen. Al met al blijft naast de aandacht voor de biogene factoren inzicht in psychogene, sociogene- en vooral ook karakterogene factoren nodig. En dit houdt dus ook de vraag in naar de betekenis van de pre-morbide geaardheid in de pathogenese van de unipolaire depressie.

De 'pre'-depressieve persoonlijkheid

Opmerkelijk is, en dit ook blijkens de literatuur, dat er in de recente jaren weer meer aandacht wordt gegeven aan de betekenis van persoonlijkheidskenmerken bij de pathogenese van de unipolaire depressie. Wellicht kan dit ook beschouwd worden als een reactie op het omvangrijke, maar soms ook wat exclusieve, onderzoek naar de neuro-biochemische stoornissen bij het ontstaan van deze depressie. Meer in het algemeen kan dit ook worden gezien tegen de achtergrond van de pendelbeweging die in de psychopathologie al vele jaren bestaat. De steeds weer alternierende aandacht, nu eens meer voor de biogene factoren, dan weer het meer van belang achten van bij voorbeeld psychogene, sociogene maar ook klinisch-fenomenologische aspecten. En zo was ook één van de conclusies van een onlangs gehouden symposium over 'The origins of depression', 'Personality is a major risk factor for depression' (Angst 1983).

Vooral voor de klinisch-psychiatrische praktijk is een aantal vragen over de betekenis van de pre-morbide aard in verschillend opzicht van belang. Allereerst is er de vraag: is er in die geaardheid een vulnerabiliteit die mede het ontstaan van de depressie kan conditioneren? Voorts de vraag: kan die vulnerabiliteit ook in verband staan met de recidief-neiging van deze depressie? Wat kan de invloed zijn op de geaardheid van het doorgemaakt hebben van de depressie, maar ook: wat kan de invloed zijn van de recidief-neiging, c.q. het recidief-risico? Ten slotte, wat heeft dit voor consequenties voor de therapie; is de vulnerabiliteit ook psychotherapeutisch te beïnvloeden?

Nu is het belangrijk om vast te stellen dat bij het zoeken naar een antwoord op de gestelde vragen dit niet de garantie biedt dat daarmee ook meer inzicht in de 'echte' pre-morbide aard van deze patiënten kan worden verkregen. Het is duidelijk dat vanuit de praktijk, waarvan in dit artikel iets wordt vermeld, de beoordeling van de persoonlijkheidskenmerken nimmer los kan worden gezien van het feit dat deze patiënten een of meerdere depressies hebben doorgemaakt, dit nog afgezien van de mogelijke invloed van het risico van de recidief-depressie. Prospectief onderzoek over de kenmerken van de echte pre-depressieve aard zou mogelijk zijn bij familieleden van patiënten met unipolaire depressies. Familieleden die door de betreffende familiair-hereditaire factoren een verhoogd risico hebben tot het krijgen van een dergelijke depressie. Dergelijk onderzoek is in feite nog niet verricht.

Voorts kan ook de therapie invloed hebben op de geaardheid. Hierbij kan bij voorbeeld gedacht worden aan de psychologische effecten van de ook op recidief-profylaxe gerichte langdurige nabehandeling. Dit geldt voor de lithium-profylaxe maar eveneens voor de onderhoudstherapie met anti-depressiva die soms ook als recidief-profylaxe kan worden beschouwd. Deze vormen van nabehandeling moeten dikwijls zeer langdurig worden voortgezet. Ook dit kan een bepaalde invloed op

de geaardheid van de patiënt uitoefenen. Gevoelens van onzekerheid en irritatie kunnen dan ontstaan. Het afhankelijk zijn van medicatie wordt soms moeilijk geaccepteerd, een milde vorm van eigenzinnigheid, wat vaak opvalt bij deze patiënten, kan dit ook in de hand werken. De therapietrouw kan dan in het geding komen. Steeds weer moet de patiënt er dan van overtuigd worden dat voortzetting van de medicatie aangewezen is en dit ondanks het soms al geruime tijd klachtenvrij zijn.

Wat is er nu bekend over persoonlijkheidskenmerken die het meest kunnen opvallen bij deze patiënten? In de recente literatuur over die kenmerken bij patiënten met unipolaire depressies valt het op dat dikwijls melding wordt gemaakt van eigenschappen die als zodanig als positief kunnen worden gekwalificeerd. Von Zerssen (1977) gaf hiervan een overzicht. Het betreft de volgende eigenschappen: prestatiegerichtheid, nauwgezetheid, betrouwbaarheid maar ook een sterke neiging tot zelfkritiek, een te snel geneigd zijn tot het de nadruk leggen op het zelf te kort schieten. In het overzicht van Akiskal (1983) wordt er ook op gewezen dat in deze aard en dit vooral met betrekking tot de positieve eigenschappen, een dwangmatigheid kan opvallen. Er is een drang tot orde en netheid terwijl bij het prestatie- en werkgericht zijn ook een sterke neiging tot perfectionisme van invloed is. Het kan zijn dat vooral dit anankastische aspect van betekenis is bij het ontstaan van de kwetsbaarheid in deze geaardheid. Terzijde kan worden opgemerkt dat in de recente opvattingen over de kenmerken van de (pre-) depressieve aard geen of weinig betekenis meer wordt gehecht aan de ooit als min of meer klassiek beschouwde theorie van Kretschmer (1951). Diens opvattingen over de cyclothymie en het cycloïde temperament als het meest karakteristieke van de pre-depressieve aard.

Ook Tellenbach (1976) beschreef in zijn monografie over het Typus Melancholicus dat in deze geaardheid vooral opvalt het 'festgelegd' zijn aan de positieve eigenschappen. Dit zowel affectief maar nog meer cognitief vastgelegd zijn is ook beschreven als de stathothymie (Kraus 1971). Overigens wezen zowel Tellenbach als Kraus erop dat dit typische kenmerk van de pre-depressieve aard reeds in de jaren dertig werd beschreven door de Japanner Shimoda als het 'Shuchaku' karakter. Daarin is ook een rigide, perfectionistische prestatiedrang, c.q. dwang het meest opvallende. Bij al die genoemde eigenschappen lijkt het ook te gaan om een vorm van innerlijke onvrijheid wat ook tot een pathogeen principe kan worden. Tellenbach karakteriseerde dit als een vorm van 'pathologische normaliteit'. Bij deze patiënten is er sprake van een geaardheid waarin een scala van – ook maatschappelijk – positieve eigenschappen ook de vulnerabele predispositie kan worden met het risico van een ernstige depressieve decompensatie. Een dergelijk verloop kan volgens Tellenbach medebepaald worden door de in deze geaardheid nimmer afwezige faalangst, een innerlijke onzekerheid over het blijvend waar kunnen maken van de hoge eisen die aan zich-

zelf gesteld worden. De nimmer geheel afwezige vrees dat al het positieve waarnaar steeds weer wordt gestreefd uiteindelijk kan omslaan in het altijd al vagelijk gevreesde tegendeel. Nu kan, klinisch-psychiatrisch beschouwd, een zodanige omslag inderdaad karakteristiek zijn voor de unipolaire depressie. Tijdens de depressie overheerst immers het besef niet meer te kunnen presteren, het gevoel van het permanente falen, het besef van het letterlijk 'waardeloos' zijn geworden, dit dus ook bij voorbeeld in de vorm van het pathologische zelfverwijt. In de opvatting van Tellenbach kan de depressieve decompensatie zich dan ook voltrekken volgens de breuklijnen die tevoren reeds in de geaardheid bestonden.

Wat is er bekend over de frequentie van optreden van de genoemde persoonlijkheidskenmerken bij patiënten met unipolaire depressies? Tellenbach baseerde zijn beschrijving van het Typus Melancholicus op een katamnestic onderzoek bij 109 patiënten bij wie een klinisch behandelde unipolaire depressie was opgetreden. In de studies van Von Zerssen (1969, 1977) werd nagegaan in hoeverre de opvattingen van Tellenbach konden worden geobjectiveerd, dit ook in vergelijking met de traditionele typologie volgens Kretschmer. Bij dit onderzoek bij in totaal 50 patiënten werd gebruik gemaakt van uitvoerige vragenlijsten, zowel zelf-beoordelingslijsten, alsmede hetero-anamnestiche vragenlijsten. Volgens Von Zerssen kon met dit onderzoek het Tellenbachse typologieconcept worden geverifieerd terwijl dit niet gold voor de typologie volgens Kretschmer. De auteur (Van Scheyen 1973) deed destijds een 'follow-up'-onderzoek bij 84 patiënten met recidiverende vitale depressies, 56 vrouwen en 28 mannen. Bij 56% van deze patiënten konden, op grond van het psychiatrische onderzoek, ook tijdens de nabehandelingsfase, de beschreven persoonlijkheidskenmerken worden aangetoond. Voorts bleek dat bij ruim de helft van deze patiënten bepaalde psychotraumatische ervaringen aan de depressie-episode vooraf waren gegaan. Ook bij deze patiënten leek de pathogenetische betekenis van deze 'life events' in belangrijke mate bepaald door de pre-existente vulnerabiliteit. Uit het voorafgaande kan ook worden afgeleid dat psychogene factoren van betekenis kunnen zijn binnen het kader van de psychopathogenese van de unipolaire depressie. Maar die pathogenetische invloed hangt dan toch in belangrijke mate af van de vulnerabiliteit in de geaardheid. Dit kan dus ook die constellatie zijn waarin kleine oorzaken grote gevolgen kunnen hebben. Ook weinig schokkende ervaringen, die ook daardoor aan de diagnostische aandacht kunnen ontsnappen, kunnen dan toch bij het ontstaan van de depressie van betekenis zijn. Dikwijls gaat het dan om ervaringen in de trant van 'het gefaald hebben' of: 'het te kort geschoten zijn'. Het belangrijkste blijft dan de vulnerabiliteit in de geaardheid waardoor toch aan soms weinig opvallende 'life events' een pathogenetische betekenis moet worden toegekend. De ervaring van het 'life event' moet steeds worden geïnterpreteerd tegen de achtergrond van de ge-

aardheid in het algemeen en de vulnerabiliteit in het bijzonder. Aldus moet dan meer belang worden gehecht aan de vraag: 'Wie is dit overkomen?' en minder aan de vraag: 'Wat is de patiënt overkomen?' Indien de geschetste vulnerabiliteit van betekenis is kan worden verondersteld dat het doormaken van een depressie hierop ook invloed kan hebben.

Dan ligt een negatieve invloed het meest voor de hand en dit geldt waarschijnlijk ook voor het risico van de recidief-depressie. Aangenomen kan worden dat het weet hebben dat de depressie ooit kan recidiveren gevoelens van onzekerheid bij de patiënt in de hand kan werken. Akiskal (1983) wees er op dat door de depressies het gevoel van sociale onzekerheid en een toenemend gemis aan zelfvertrouwen kunnen ontstaan. In dit verband moet ook gewezen worden op de bekende opvattingen van Seligman (1976); de theorie van de aangeleerde hulpeloosheid, de 'learned helplessness'. In de betreffende literatuur wordt ook gewezen op een neiging tot introversie na herstel van de depressie. Volgens Hirschfeld (1983) kan dit vooral bij vrouwelijke patiënten worden gevonden. Bij die patiënten ging dit gepaard met onzekerheid in het sociale gedrag, verminderde activiteit en assertiviteit en een neiging tot een passief afhankelijk gedrag jegens anderen. Al met al zijn er aanwijzingen dat bij patiënten met unipolaire depressies vooral ná de depressie de vulnerabiliteitsfactoren duidelijker kunnen worden. Het meeste onderzoek betreft dus de post-depressieve aard; over de pre-morbide aard, een term die misschien nog te veel wordt gebruikt, is in feite nog weinig bekend. Nu kan bij de post-depressieve persoonlijkheidsverandering ook een onderscheid worden gemaakt tussen een verandering op korte termijn en die op langere termijn. De persoonlijkheidsverandering op korte termijn is vooral klinisch van betekenis. Bepaalde persoonlijkheidsreacties kunnen blijven bestaan met name in de periode kort na het klinisch herstel. Gevoelens van onzekerheid en het zich nog niet vertrouwd voelen in de interpersoonlijke relaties kunnen dan opvallen. Dit is onder meer aangetoond in het onderzoek van Weissmann en Paykel (1974). Een symptomatisch, anders gezegd, een klinisch herstel betekent niet altijd dat daarmee ook reeds een herstel voor bij voorbeeld de thuissituatie is bereikt. Op dit bij de behandeling van deze patiënten zo belangrijke aspect zal hierna nog verder worden teruggekomen.

Over de post-depressieve persoonlijkheidsverandering op langere termijn kan het volgende worden vermeld. Die persoonlijkheidsveranderingen kunnen zich vooral voordoen bij patiënten met frequente recidief-depressies. Volgens Akiskal (1983b) en Klein (1974) kan vooral bij die patiënten een soort demoralisering ontstaan met een toenemend verlies aan zelfvertrouwen en het vertrouwen in de eigen toekomst. Dan kan de faalangst min of meer permanent worden met een toeneming van het pessimisme, voorts is er dan ook een toeneming van de 'learned helplessness'. Uit de beschrijvingen van de persoonlijkheidsverandering op langere termijn en de ervaring met deze patiënten

kan het volgende worden afgeleid. Patiënten met een hoge recidief-frequentie lopen meer risico dat bij hen de vulnerabiliteitsfactoren in de aard gaandeweg duidelijker worden. Nu kan men zich in dit verband ook het volgende afvragen: kan de specifieke vulnerabiliteit in de aard van deze patiënten op zich ook niet het risico van de recidief-depressie versterken? Waarschijnlijk wel. Dit risico kan namelijk ook bepaald worden door de dwangmatige prestatie- en werkgerichtheid bij deze patiënten. Daardoor kan een surmenage-toestand ontstaan wat vooraf kan gaan aan een recidief-depressie. Aldus is bij die patiënten het gevaar niet denkbeeldig dat bij hen, in hun 'wereld van vlijt en ijver', het risico van het weer manifest worden van de depressie blijft bestaan. Bij die patiënten kunnen vlijt, ijver en prestatiegerichtheid, op zich positieve eigenschappen, ook de specifieke depressie-vulnerabiliteit versterken.

Met de hiervoor genoemde aspecten moet ook rekening worden gehouden tijdens de behandelfase. Zo kan bij voorbeeld de affectieve stoornis tijdens de depressie met anti-depressiva worden geëlimineerd. Maar of dit ook gelijk staat met een integraal herstel van de depressie blijft de vraag. Hierop werd reeds gewezen door Tellenbach en later ook door Kovacs (1982): 'Effective pharmacological treatment can lead to the remission of more immediately debilitating depressive symptoms such as sleep and appetite disturbances, fatigue or dysphoric mood; the cognitive phenomenon of "hopelessness" may remain relatively "untouched" by drug intervention'. Aldus beschouwd kan de therapie met anti-depressiva zelfs een bepaald risico inhouden. Duidelijk is immers dat het positieve effect van de anti-depressiva niet veel zal kunnen veranderen aan de typische pathogene wisselwerking tussen de 'stress' in de bestaanssituatie en de vulnerabiliteit in de depressieve geaardheid. Ook dit kan van betekenis zijn voor wat betreft de recidief-neiging van deze depressie. Therapeutisch beschouwd zou de sanering van die pathogene interactie het belangrijkste punt moeten zijn. De betreffende 'stress', de intensiteit ervan kan weinig opvallend zijn, maar het belangrijkste blijft de interactie met de (pre-)depressieve aard. Met al deze aspecten moet eigenlijk rekening worden gehouden, ook bij het taxeren van het gewenste duurzame effect van een therapie met anti-depressiva. Als voorbeeld hiervan kan het volgende worden genoemd. Tijdens de klinische behandeling kan de patiënt ogenschijnlijk genezen. Een herstel dat echter ook kan worden bepaald door het feit dat de patiënt, in de klinische situatie, niet meer of nog niet, in aanraking komt met de 'stress' die hem of haar in de extra-murale situatie, bij voorbeeld de thuissituatie, onvermijdelijk weer kan overkomen. Een stress die ook uitgelokt kan worden door de aard, de typische instelling van de patiënt, de vaak zo opvallende dwangmatige werk- en prestatiedrang. Aan die drang zal in de klinische situatie in het algemeen geen appel worden gedaan. Maar als de patiënt weer terug is in de thuissituatie geldt dit niet meer. Dan kan de specifieke vulnerabi-

liteit, inherent aan de aard, weer van belang worden. Soms kan dit de verklaring zijn van het weer manifest worden van de depressie korte tijd na terugkeer in de thuissituatie. Dan kan de patiënt weer de dupe worden van de dwangmatige werkdrang, dit soms ook onder het motto: 'De schade moet worden ingehaald'.

'This patients are not infrequently returned to their old milieu in a still vulnerable psychological state: having to face the reality of their differentness and the inadequacy of their coping resources', aldus Kovacs (1982). Van betekenis is dat in die situatie ook een verhoogd suïciderisico kan ontstaan: de trieste ervaring van een geslaagde suïcide, korte tijd na het ontslag uit de klinische behandeling. Uit wat tot dusver is vermeld blijkt dat er bij deze patiënten niet kan worden gesproken van *de* depressieve persoonlijkheid als entiteit. Hoogstens zijn er aanwijzingen dat er bij deze patiënten betrekkelijk frequent bepaalde persoonlijkheidskenmerken bestaan. Kenmerken waaraan ook een pathogenetische betekenis kan worden toegekend. Die kenmerken kunnen namelijk ook als vulnerabiliteitsfactoren worden beschouwd. In dit verband moet ook worden opgemerkt dat een term als het 'Typus Melancholicus' (Tellenbach) als te pretentief kan worden beschouwd. Die term kan namelijk suggereren dat er bij patiënten met unipolaire depressie haast altijd een typische en min of meer identieke pre-morbide persoonlijkheidsstructuur bestaat. Dit lijkt, ook gezien de klinische ervaring, niet in overeenstemming met de realiteit. Maar dit neemt niet weg dat verder onderzoek naar een aantal van de bedoelde persoonlijkheidskenmerken van betekenis kan zijn. Volgens Akiskal (1983) worden in de recente literatuur zeven eigenschappen van de depressieve persoonlijkheid regelmatig vermeld. Verder onderzoek van die kenmerken is volgens Akiskal belangrijk. Het gaat hierbij om de volgende eigenschappen: introversie, gebrek aan zelfvertrouwen, tekort aan assertiviteit, onzekerheid in het sociale contact, afhankelijkheid van anderen, neiging tot dwangmatig depressief getinte cognitieve preoccupatie, pessimisme. In het kader van dit artikel leek het vooral nuttig, en dit ook gezien de klinische ervaring, verder in te gaan op twee door Akiskal genoemde eigenschappen: de dwangmatig depressief getinte cognitief getinte preoccupatie en de factor pessimisme.

Op de betekenis van deze neiging tot dwangmatige cognitieve preoccupatie in deze zogenaamde stathothyme geaardheid werd ook gewezen door Kraus (1971). Dergelijke kenmerken van het pre-depressieve denkleven, anders gezegd dergelijke cognitieve aspecten, kunnen volgens Kraus ook als een pre-dispositie voor het ontstaan van de depressie worden gezien. Indien die cognitieve aspecten inderdaad van belang zijn kan niet voorbij gegaan worden aan de opvattingen van Beck (1979). In de theorie van Beck is de unipolaire depressie niet alleen een 'affective disorder' maar nog meer een 'cognitive disorder'. Het kenmerken van deze depressie is, volgens Beck, de cognitieve triade. Het gaat daarbij om het negatieve zelfbeeld, het negatieve wereldbeeld en

vooral het negatieve toekomstbeeld. Tijdens de depressie ontstaan denkstoornissen ('cognitive distortions') met betrekking tot de drie genoemde gebieden: het negatieve zelfoordeel, het alleen nog maar in negatieve zin kunnen denken over het actuele bestaan terwijl ook over de toekomst alleen nog maar in negatieve zin kan worden gedacht.

Vooraf door de ook cognitief bepaalde overtuiging van het permanente van de depressie wordt ook de toekomst als volstrekt negatief en uitzichtloos ervaren. Dergelijke cognitieve stoornissen, ook aan te duiden als ziekmakende denkbeelden, kunnen inderdaad karakteristiek zijn voor de depressieve denkwereld. Een niet gering aantal van deze patiënten kan dit ook, vooral retrospectief, bevestigen: 'Tijdens de depressie kon ik alleen nog maar negatief denken, dat ik toen zo dacht kan ik nu niet goed meer begrijpen'.

Beck wees er ook op dat het ontstaan van dergelijke pathogene denkschema's tijdens de depressie ook afhankelijk is van een predispositie: 'It does not seem plausible to us that the aberrant cognitive mechanisms are created the *novo* every time an individual experiences a depression. It appears more credible that he has some relatively enduring anomaly in his psychological system'. Aldus geldt ook in de opvatting van Beck dat de negatieve denkschema's – karakteristiek voor de depressie – pre-morbide reeds latent aanwezig zijn. Op de theorie van Beck zal nog verder worden teruggekomen. Die theorie kan namelijk ook belangrijke consequenties hebben voor de psychotherapie bij deze patiënten.

Over de factor pessimisme als kenmerk van de depressieve persoonlijkheid kan het volgende worden vermeld. In die geaardheid kan dit pessimisme tweeledig zijn. Enerzijds een voorkeur voor een negatieve interpretatie van de actuele situatie, anderzijds een negatief getinte toekomstanticipatie, een gemis aan 'gewoon' vertrouwen in de toekomst. Aardig is op te merken dat op een aantal van die kenmerken al in 1913 door Kraepelin de aandacht werd gevestigd: 'Er bestaat bij deze patiënten een bijzondere gevoeligheid voor zorgen, moeilijkheden en teleurstellingen in het bestaan. Ze nemen alles zwaar op'. In ons werkgebied wordt die mentaliteit gekarakteriseerd als die van de 'Zeeuwse Zwaartiller'. Zorg voor de toekomst hangt in die aard dikwijls samen met een faalangst, de vrees dat het zich willen waarmaken, wat dwangmatig wordt nagestreefd, uiteindelijk toch niet meer zal lukken. Vaak gaat dit samen met een neiging om al het positieve in het hier en nu, en dit vooral met het oog op de toekomst, te relativiseren. En zo zijn er bepaalde zegswijzen die vooral deze mensen aanspreken, zoals: 'De mens die lijdt dikwijls het meest door het lijden dat hij vreest, doch dat nooit op komt dagen ...'. Ook is er de merkwaardige uitlating: 'We zullen het hopen', als reactie op de aankondiging van een aanstaande positieve gebeurtenis, bij voorbeeld de mededeling dat het herstel is bereikt en het ziekenhuis binnenkort kan worden verlaten. Zoals in eerdere studies (Van Scheyen 1975, 1981) werd uiteengezet

kan die geaardheid, die levensinstelling, dikwijls gerelateerd worden aan een bepaalde vorm van een ultra-orthodoxe calvinistische geloofsovertuiging. In die geloofservaring is dikwijls opvallend een discrepantie tussen de dogmatisch-rationeel bepaalde geloofsovertuiging en de subjectieve geloofsbeleving waarin gevoelens van existentiële angst en twijfel eveneens van invloed kunnen zijn. Bij die patiënten kan die variant van innerlijke onzekerheid ook tot één van de depressie uitlokkende voorwaarden worden. Nu blijft het opmerkelijk dat in de meer recente literatuur over de kenmerken van de depressieve aard maar weinig wordt vermeld over de mogelijke betekenis van die religieuze determinanten. Dit geldt ook voor de zeer uitvoerige monografie van Tellenbach (1976). Dit is des te opvallender aangezien bij voorbeeld tijdens een psychotische depressie de pathologische belevingen dikwijls opvallend godsdienstig gekleurd zijn. Belevingen waarbij toch ook de pre-morbide aard van betekenis lijkt te zijn. Al met al lijken ook godsdienstige factoren van belang bij het ontstaan van bepaalde kenmerken van de depressieve persoonlijkheid. En zo kan ook de factor pessimisme als ondertoon in de levensvisie dikwijls samenhangen met een geloofsovertuiging waarin nog maar weinig ruimte resteert voor een wat meer optimistische kijk op het bestaan.

Psychotherapie tijdens en na de depressie

Verwijzende naar het voorafgaande lijkt het voor de hand te liggen dat bij de psychotherapie bij patiënten met unipolaire depressies een onderscheid moet worden gemaakt tussen therapie tijdens de depressie en die ná het herstel van de depressie. De post-depressieve therapie zal dan voornamelijk gericht moeten zijn op de specifieke vulnerabiliteit in de geaardheid; een vulnerabiliteit die ook van betekenis kan zijn bij het recidief-risico. Maar indien de vulnerabiliteitsfactoren ook als een pathogenetische worden beschouwd, dan lijkt ook een zekere mate van continuïteit in de psychotherapie tijdens en na de depressie gewenst. Aldus kan een duidelijk verschil tussen de therapie tijdens en na de depressie ook weer enigszins worden gerelativeerd. Idealiter kan gedacht worden aan een vorm van psychotherapie waarvan de principes van toepassing kunnen zijn zowel tijdens de depressie maar ook tijdens de nabehandelingsfase. Wat dit betreft lijkt het ook aangewezen dat de psychotherapie geïntegreerd kan worden in de op de recidief-profylaxe gerichte nabehandeling. Tot zover enkele opmerkingen over de 'ideale' psychotherapie bij deze patiënten; een ideaal dat, zoals zo vaak in de psychiatrische praktijk, niet altijd kan worden verwezenlijkt. Wat betreft de praktijk en dit voorafgaande op de klinisch-psychiatrische ervaringen, moet allereerst worden vermeld dat het indicatiegebied voor psychotherapie tijdens de unipolaire depressie relatief klein is. Nadrukkelijk moet namelijk worden vastgesteld dat psychotherapie – in welke vorm dan ook – niet mogelijk is bij ernstige unipolaire depres-

sies, en zeker niet tijdens een psychotische depressie, c.q. melancholische fase. Dan resteert slechts het aandacht en begrip tonen voor de patiënt. Begrip in het bijzonder voor een typisch kenmerk van deze depressie: de bij de patiënt dan bestaande vaste overtuiging van het ongeneeslijk depressief zijn, de ziekelijke overtuiging dat de depressie nimmer meer zal wijken. De patiënt is dan kennelijk in innerlijke onvrijheid overgeleverd aan de ziekmakende denkebeelden en belevingen. Een vorm van innerlijke onvrijheid die ook als een wezenskenmerk van de echte psychiatrische ziekte kan worden beschouwd. Innerlijke onvrijheid die ook negatief kan interfereren met therapie, het afwijzen van therapie, vanuit de pathologische belevingen kan dan ook voorkomen. Kortom, een situatie waarin iedere vorm van psychotherapie volstrekt illusoir is. Wat betreft de indicatie voor psychotherapie bij deze patiënten geldt de volgende stelregel: naarmate de ernst van de depressie duidelijker is, is de kans op effect van psychotherapie geringer. Dit betekent ook dat bij een ernstige unipolaire depressie, en zeker bij een psychotische depressie, biologisch-psychiatrische therapie zonder meer de voorkeur verdient. Psychotherapie lijkt dus alleen zinvol bij 'lichtere' vormen van unipolaire depressie. De niet ernstige vitale depressie die betrekkelijk frequent voorkomt en die soms ook poliklinisch kan worden behandeld. Zo wees Beck (1979, 1982) er ook op dat het meeste resultaat van cognitieve psychotherapie kan worden verwacht bij die patiënten die (nog) ambulant kunnen worden behandeld.

Mogelijkheden voor psychotherapie lijken wel aanwezig bij die patiënten bij wie het in innerlijke onvrijheid overgeleverd zijn aan de ziekmakende belevingen niet, of niet meer, op een zo pregnante wijze aanwezig is. Patiënten bij wie nog wel resteert een vermogen tot innerlijke distantie ten aanzien van de depressieve belevingen. Zo beschouwd kunnen er bij deze patiënten ook mogelijkheden tot psychotherapie ontstaan met name tijdens de herstelfase. Bij voorkeur zal dan gekozen worden voor een vorm van psychotherapie die ook de aanzet, de introductie kan zijn voor de therapie tijdens de nabehandlingsfase. Maar dan komt dus ook de volgende vraag op: welke vorm van psychotherapie verdient de voorkeur vooral bij deze patiënten? Tellenbach (1967, 1976) wees erop dat bij deze patiënten van een psychoanalytisch georiënteerde therapie weinig effect kan worden verwacht. Dit zou ook gelden voor de modernere varianten van 'korte' psychoanalyse. Al die behandelingen kunnen, aldus Tellenbach, stagneren in een onoplosbare overdrachtsproblematiek. Dat dit zich kan voordoen zou ook kunnen samenhangen met de typische kenmerken van deze aard. Het dubbelaspect van trouw en betrouwbareheid enerzijds en de anderzijds nimmer afwezige innerlijke onzekerheid kan hierbij ook van invloed zijn.

Met betrekking tot de keuze van psychotherapie wordt in het kader van deze studie de voorkeur gegeven aan de cognitieve gedragstherapie

volgens Beck (1979, 1982). Voor deze keuze gelden de volgende overwegingen. De opvattingen van Beck sluiten goed aan bij datgene wat tot nu toe is vermeld over de kenmerken van de depressieve persoonlijkheid. Van belang is verder dat in de studies van Beck zorgvuldig aandacht wordt gegeven aan de mogelijkheden maar ook aan de onmogelijkheden van psychotherapie bij unipolaire depressies. Ook Beck benadrukt dat de cognitieve therapie slechts geïndiceerd is bij een relatief kleine groep van de unipolaire depressies. Eveneens is – dit werd hiervoor al vermeld – volgens Beck de 'pre'-depressieve aard van betekenis en dit vooral in verband met de vulnerabiliteit, een vulnerabiliteit die de recidief-neiging van deze depressie kan versterken. Aldus is volgens Beck ook het voortzetten van psychotherapie na het herstel van de depressie belangrijk en dit dus ook met het oog op de vulnerabiliteit in de aard van deze patiënten. Psychotherapie die verantwoord wil zijn moet aan een aantal voorwaarden voldoen. Belangrijk is dat die therapie gebaseerd moet zijn op adequate diagnostiek terwijl die diagnostiek weer gerelateerd dient te zijn aan een ook aan de praktijk ontleende theorievorming. Bij psychotherapie in een klinisch-psychiatrische setting mag van die theorievorming op zijn minst worden verwacht dat die in overeenstemming is met de klinisch-psychiatrische realiteit. In de theorie van Beck wordt ook met deze stelregels rekening gehouden. Alvorens verder in te gaan op de cognitieve gedragstherapie zijn enkele opmerkingen over de cognitieve-depressietheorie van Beck hier dus wel op hun plaats.

Volgens Beck (1979) is de unipolaire depressie niet alleen een 'affectieve disorder' maar ook een 'cognitive disorder' waarin cognitieve stoornissen ook in wisselwerking staan met het depressieve gedrag. Voorts doen de cognitieve stoornissen zich ook voor als dikwijls typische stoornissen in het denken. Karakteristiek is, volgens Beck, bij de unipolaire depressie dat die typische denkstoornissen na het ontstaan ook min of meer autonoom worden. Het gaat om negatieve denkbeelden die betrekking hebben op drie beleavingsgebieden: het zelfbeeld, het wereldbeeld en het toekomstbeeld. Tijdens de depressie ontstaan, aldus Beck, 'distorted views of self, world en future': de cognitieve triade. Het negatieve zelfbeeld doet zich voor in de overtuiging niets goed meer te kunnen doen, een ziekelijk faalbesef wat ook kan leiden tot het pathologische zelfverwijt. Het negatieve wereldbeeld is gekenmerkt door een soms haast dwangmatige pathologische overaccentuering van negatieve interpretaties omtrent het actuele bestaan. Het negatieve toekomstbeeld uit zich in het in volstrekt negatieve zin ervaren en beleven van de eigen toekomst. Deze 'disturbances in cognition', misschien het best te vertalen als negatieve denkbeelden, conditioneren volgens Beck niet alleen het ontstaan van de depressie maar misschien nog meer het voortduren ervan. Volgens Beck kunnen ook andere kenmerken van deze depressie binnen het kader van de ziekmakende denkbeelden worden gesitueerd. Zo kunnen psychomo-

torische remming, apathie, moeheid en animoverlies passen in de depressieve denkwereld waarin alleen nog maar resteert de overtuiging dat iedere activiteit uiteindelijk toch op een mislukking, een persoonlijk falen, zal uitlopen.

In de cognitieve triade is vooral het negatieve toekomstbeeld van belang, en dit zowel klinisch als voor wat betreft de prognose. In de literatuur wordt in dit verband de term 'hopelessness' gebruikt. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat er een verband bestaat tussen deze factor 'hopelessness', het volstrekt uitzichtloos ervaren van de eigen toekomst en het suïciderisico (Wetzel 1976; Beck 1974). Al met al verliest de depressieve patiënt op zodanige wijze de controle over het denken dat naarmate de depressie verergert de negatieve denkbeelden meer en meer gaan overheersen. Beck duidt dit aan als 'automatic Thoughts' wat ook klinisch een wezenskenmerk van de ernstige unipolaire depressie kan zijn: het in innerlijke onvrijheid overgeleverd raken aan de ziekmakende denkbeelden. Deze cognitieve theorie van de unipolaire depressie stemt overeen met de klinische realiteit. Deze theorie is ook van betekenis bij het omgaan met deze depressieve patiënten. Belangrijk is namelijk dat deze cognitieve aspecten tijdens de depressie bespreekbaar blijven. Nu kan een dergelijk gesprek – doordat de patiënt op ziekelijke wijze overgeleverd is aan al deze negatieve denkbeelden – als weinig zinvol imponeren. Toch neemt dit niet weg dat op die wijze contact met patiënt kan worden gemaakt al was het alleen maar door het begrip tonen voor de depressieve denkwereld. Aandacht en begrip wat toch ook het begin kan zijn van een meer psychotherapeutisch bepaald contact. Aandacht voor deze cognitieve stoornissen tijdens de depressie is verder van essentiële betekenis bij het beoordelen van het suïciderisico. De evaluatie van de factor 'hopelessness' is daarbij vanzelfsprekend duidelijk aangewezen.

Cognitieve therapie tijdens de depressie

Slechts enkele en dan vooral klinisch relevante hoofdzaken van de cognitieve therapie volgens Beck (1979, 1982) zullen in het volgende worden vermeld. Deze therapie is allereerst gebaseerd op een uitvoerige diagnostische exploratie van het depressieve syndroom. Dit houdt dus ook in het taxeren van het suïciderisico. Voorts geldt in die exploratie ook het reeds eerder genoemde principe: hoe ernstiger de depressie des te kleiner wordt de toegankelijkheid voor deze vorm van therapie. Bij ernstige unipolaire depressies mag en kan geen resultaat worden verwacht van psychotherapie. Overigens betekent dit ook dat de nogal eens gebezigde uitspraak: combinatie van psychotherapie en biologische therapie, bij voorbeeld farmacotherapie, is bij unipolaire depressieve patiënten altijd beter dan alleen maar farmacotherapie, niet als een algemeen geldende uitspraak kan worden beschouwd.

Bij patiënten die wel in aanmerking komen voor deze vorm van

therapie wordt in de diagnostische exploratie naast aandacht voor de affectieve stoornissen in het bijzonder gelet op de cognitieve aspecten. Daarbij wordt ook nagegaan wat prevaleert in de cognitieve depressieve belevingen. Wat ervaart de patiënt, vooral cognitief, als de meest belangrijke cognitieve, c.q. denkstoornis? En dit ook binnen het kader van de cognitieve triade. Beck noemt dit de aandacht voor de 'Target problems', tijdens die eerste fase van de therapie, de fase van de 'guided discovery'. Die 'guidance' duidt dus ook op een actieve rol van de therapeut maar ook leiding geven door de therapeut met als opzet dat uiteindelijk de 'discovery', het 'ontdekken' van de meer positieve denkalternatieven, door de patiënt zelf wordt ondernomen. Belangrijk is voorts dat de patiënt in die situatie ervan overtuigd raakt en blijft dat de therapeut voortdurend begrip blijft tonen voor de depressieve denkwereld. Een begrip dat voor de patiënt ook betekent dat de therapeut altijd bereid is en in staat is tot het aanbieden van 'redelijke' tegenargumenten met betrekking tot de depressieve 'denkfouten' van de patiënt. Denkalternatieven die dan ook als zodanig door de patiënt kunnen worden herkend.

Essentieel is dat in het verdere verloop van de therapie de patiënt én door eigen initiatief én door eigen ook cognitieve activiteit, leert ervaren dat er ondanks de depressiviteit toch nog denkgebieden resteren waaraan ook meer positieve gedachten kunnen worden ontleend. Dit houdt ook in een poging tot relativeren van de in de depressie zo overheersende pathologische selectieve aandacht voor de negatieve cognities en de interpretaties daarvan. In dit verband kan bij voorbeeld van betekenis zijn het in deze zin bespreken van het ook cognitief zo typische kenmerk van deze depressie, de vrees die bij de patiënt ontstaat dat de depressie nimmer meer zal wijken. Soms wordt in het contact met de patiënt hieraan te weinig aandacht besteed. En dit ondanks het feit dat het hier gaat om een wezenskenmerk van de depressieve denkwereld wat zelfs kan leiden tot de vaste overtuiging bij de patiënt van het ongeneeslijk ziek zijn, het 'verloren zijn'. Die ook cognitief vastgelegde overtuiging kan in negatieve zin interfereren met de therapie, terwijl die therapie toch ook gebaseerd is op een andere, een therapeutische overtuiging die ook ingegeven wordt door de wetenschap dat deze depressie in principe van voorbijgaande aard is, kortom als een 'self limiting disease' kan worden beschouwd.

Tijdens de cognitieve therapie is, naast de gespreksthema's, ook een wat meer algemene activering van de patiënt aangewezen. De patiënt moet ertoe worden aangespoord bepaalde activiteiten toch te ondernemen. Door het negatieve denkleven worden namelijk te veel activiteiten achterwege gelaten of, nog vaker, vermeden. Daarbij kan het ook gaan om activiteiten die uiteindelijk toch nog, of weer, in positieve zin kunnen worden ervaren. In dit verband geldt namelijk ook dat tijdens de depressie de realiteit, ook cognitief, zodanig wordt miskend dat ten slotte ook die activiteit die als positief kan worden ervaren, wordt nagelaten.

In feite is de cognitieve therapie erop gericht dat het cognitief mis-kennen van de realiteit wordt 'afgeleerd' met het weer gaan 'bedenken' van de meer positief maar ook aan de eigen realiteit ontleende denkalternatieven. Essentieel blijft in deze therapie, deze vorm van cognitieve herstructurering, dat er steeds moet worden uitgegaan van ervaringen ontleend aan de actuele, de 'hier en nu'-situatie. Dit betekent dus ook dat deze therapie ook inhoudt de voortgaande exploratie van de actuele levens- en bestaanssituatie. Voorts blijft belangrijk de wijze waarop het therapeutisch gesprek wordt gevoerd. Het vragend-informatief te werk gaan staat voorop, het aanbieden van alleen maar 'logische' tegenargumenten moet zo veel mogelijk worden vermeden. Op die wijze kan namelijk het belangrijkste doel van deze therapie eerder worden bereikt. Met name de bedoeling dat de patiënt de redelijke alternatieven voor de depressieve denkfouten weer leert herkennen en dit vooral in relatie met die actuele ervaringen die het meest in positieve zin kunnen aanspreken. Naast deze cognitieve herstructurering kunnen bepaalde opdrachten ook nuttig zijn. Bij voorbeeld het bijhouden van een journaal, een dagboek waarin zowel de negatieve maar vooral ook de positieve cognitieve interpretaties van dagelijkse ervaringen worden vermeld. Ook die gegevens moeten dan in de therapeutische gesprekken worden betrokken.

Tot zover dit summier overzicht van de cognitieve gedragstherapie. Voor de systematiek in de praktijk van deze therapie kan verwezen worden naar de publikaties van Beck (1979, 1982).

Belangrijk blijft de beperking van het indicatiegebied voor deze vorm van therapie. Tijdens het dieptepunt van een ernstige unipolaire depressie is de depressie als 'cognitieve disorder' duidelijk herkenbaar maar dan is ook het toegankelijk zijn voor psychotherapie illusoir. Anders kan dit zijn bij de gesprekstherapie tijdens de herstelfase van de depressie en wellicht nog duidelijker ná de depressie. Beck wijst erop dat de principes van de cognitieve therapie ook van belang kunnen zijn bij de gesprekstherapie ná het herstel van de depressie. Een post-depressieve therapie die vooral gericht moet zijn op de dikwijls zo typische vulnerabiliteit in de geaardheid van deze patiënten.

Gesprekstherapie na de depressie

De essentie van de post-depressieve gesprekstherapie kan als volgt worden geformuleerd. Het met de patiënt bespreken van de risico's inherent aan de vaak zo typische kwetsbare geaardheid. Dit kan worden beschouwd als een inzichtgevende gesprekstherapie die ook is gebaseerd op een aantal principes van de cognitieve therapie.

Wat betreft het indicatiegebied van deze therapie, dit lijkt groter dan dat van de cognitieve therapie tijdens de depressie. Het gaat immers niet alleen om patiënten die hersteld zijn van een lichte depressie maar ook om die patiënten die een ernstige unipolaire depressie hebben

doorgemaakt. Bij deze patiënten is er in het algemeen geen specifieke correlatie tussen de specifieke kenmerken in de aard en de intensiteit van de depressie terwijl ook geldt dat de intensiteit van de depressie van fase tot fase ook bij één patiënt duidelijk kan variëren. In deze gesprekstherapie is een belangrijk thema het bespreken van die persoonlijke eigenschappen die op het eerste gezicht als positieve eigenschappen kunnen worden gekarakteriseerd. Als voorbeeld kan genoemd worden de prestatie- en werkgerichtheid die vaak zo opvalt in deze geaardheid. Niet ongewoon is het verhaal van de van de depressie herstelde patiënt die – weer teruggekeerd in de thuissituatie – zich gedwongen voelt om er eens extra 'hard' tegenaan te gaan en dikwijls met als argument: 'De schade moet worden ingehaald, ik kan het niet verdragen dat er zoveel werk is blijven liggen'. Het risico van die reactiewijze, begrijpelijk vanuit de geaardheid, moet dan worden besproken. Het risico van de dan weer optredende moeheid, zowel geestelijk als lichamelijk, wat soms vooraf kan gaan aan een recidief-depressie. Dan moet worden geadviseerd tot het bij voorbeeld beperken van het werkprogramma. Het leren relativeren van zo'n programma is dan belangrijk; een programma dat niet per se in een of twee dagen moet worden afgewerkt. Het leren van het in dit verband, in positieve zin, wat meer onverschillig, makkelijk en zelfs lui te kunnen zijn. Deze gesprekstherapie kan tot op zekere hoogte ook worden beschouwd als een vorm van paradoxale therapie. Het uitgangspunt is immers dat de patiënt afstand moet leren nemen van een aantal eigenschappen die ook in meer algemene zin dikwijls als positief worden gewaardeerd. Zo beschouwd is deze therapie geheel anders vergeleken met gangbare vormen van psychotherapie waarin prevaleert het elimineren van als negatief te beschouwen, ziekmakende invloeden of persoonlijkheidstrekken. Bij deze therapie gaat het om het leren relativeren van soms riskante 'positieve' eigenschappen. Het beperken van de prestatie- en werkdrang. Het leren onderkennen van het risico van de drang zichzelf steeds waar te willen maken. Het aanleren van het ook in positieve zin wat makkelijker, en wat meer onverschillig zijn. Het zichzelf toestaan om ook eens gewoon niet actief te zijn. Dit alles om te leren onderkennen dat men de prestatieslag bepaald door de perfectionistische prestatiegerichte instelling uiteindelijk toch kan verliezen met het risico van het wederom afglijden in de depressie. Dikwijls is het nuttig om ook de directe familieleden bij deze vorm van behandeling te betrekken. Zo zal bij voorbeeld ook de echtgenoot van de tot depressies neigende echtgenote-huisvrouw daar een goed oog voor hebben: stil zitten kan zij nooit, zij moet altijd bezig zijn. 'Een vrouwenhand en een paardentand staan nooit stil', is in dit verband ook een bekende zegswijze, maar ook een uitspraak als: 'Ora et Labora', 'bid en werk'!

Dit brengt ons op een ander aspect in deze geaardheid. Bedoeld wordt wat in eerdere studies (Van Scheyen 1975, 1981) is uiteengezet, en wel dat deze geaardheid ook kan ontstaan onder invloed van een bepaalde

geloofsovertuiging. Een geloofsovertuiging die is gebaseerd op ultra-orthodoxe calvinistische principes. Ook dit kan consequenties hebben voor de post-depressieve gesprekstherapie. Het bespreken van de risico's in deze aard wordt namelijk moeilijker indien de precies-overseerijze-prestatiedrang ook wordt bepaald door deze variant van calvinistische ernst. De achtergrond van die ernst kan ook de relatie psychotherapie-zielszorg in negatieve zin beïnvloeden. Zo kan het bij voorbeeld ook voorkomen dat de soms typische, maar ook in-sombere godsdienstige belevingen tijdens een melancholiforme depressie door geloofsgenoten, ook ouderlingen, in feite worden geïnterpreteerd als een soort bevestiging van de 'waarheid' van het ultra-orthodoxe geloof. Dan kan, wat als zielszorg wordt aangekondigd, een zorg zijn die de psychiatrische behandeling van deze patiënten in ernstige mate kan doorkruisen. Anders gezegd: rigide, starre en dogmatische godsdienstige principes kunnen negatief interfereren met psychiatrische behandeling. Ook dit kan een uiting zijn van die 'argwaan' die in de theologie nog steeds herkenbaar kan zijn, een argwaan vooral jegens de psychiatrie. Maar ook moet worden vastgesteld dat bij wat ruimer denkende vertegenwoordigers van de ultra-orthodoxie stellig ook blijkt wordt gegeven van een ook psychiatrisch meer invoelbare benadering van de depressieproblematiek. Wat dit betreft kan bij voorbeeld worden gewezen op het boek van Elshout (1978).

Hoe dit alles ook zij, het therapeutisch beïnvloeden van deze geaardheid waarop het stempel van de ultra-orthodoxie is gedrukt, is vooral bij deze patiënten niet eenvoudig. Dikwijls is die aard namelijk hecht gestructureerd ook door de geloofsovertuiging. Het kan zijn dat dit ook samenhangt met het opgroeien in een bestaansambiance, een opvoedingsklimaat, waarin de bedoelde traditioneel-calvinistische principes nadrukkelijk van invloed waren. Vooral het van jongs af aan hiernede in aanraking komen lijkt van veel betekenis. Bij voorbeeld het ook als kind steeds maar weer moeten aanhoren van 'zware preken'. Dit kan gevolgd worden door het ook als kind de slaap niet kunnen vatten, het wakker liggen, en het in de stille nachtelijke uren zich afvragen: 'Hoe zou het toegaan in de hel?'

Dit kan ook gezien worden als een vorm van angstinductie die ook in het latere leven sporen kan nalaten. Dit kan ook worden afgeleid uit mededelingen van patiënten die bij het ouder worden dit geloof hebben laten varen maar die ook vertellen dat het echt geestelijk hiervan loskomen weer wat anders is. Dan is er mogelijk ook te spreken van een door godsdienstige principes bepaalde innerlijke onvrijheid. Ook die vorm van innerlijke onvrijheid kan tot een pathogene factor worden vooral met betrekking tot de unipolaire depressie. Zoals in de eerdere studies over dit onderwerp is beschreven kunnen ook deze aspecten van de geloofsovertuiging bijdragen tot het ontstaan van het kenmerkende in de depressieve persoonlijkheid. Het zal duidelijk zijn dat het niet eenvoudig is om ook al die aspecten te integreren in het therapeuti-

sche overleg. Een samenwerking tussen zielszorg en psychotherapie is daarvoor nodig. Een coöperatie die soms wel maar vaak (nog) niet is te realiseren. Overigens kan ook worden opgemerkt dat meer moderne theologische opvattingen van invloed kunnen zijn op de betreffende geaardheid. In die moderne opvattingen wordt meer de nadruk gelegd op menselijke vrijheid en verantwoordelijkheid. Maar ook is er nog steeds een, zij het moderne, zondeleer. Daarin wordt zonde niet meer gezien als een primair boosaardige handeling maar meer als het nalaten van die positieve handelingen waarvan de noodzaak wordt erkend maar die toch achterwege wordt gelaten. Ook dergelijke interpretaties kunnen negatieve effecten hebben op de beschreven geaardheid. En dit vooral door de vaak wat rigide-gewetensfunctie die eveneens in deze aard van veel invloed kan zijn.

Hoe dit alles ook zij, uiteenlopende religieuze aspecten kunnen in de gesprekstherapie aan de orde komen. Daarbij blijkt dan ook dat het leren relativeren van bij voorbeeld dogmatische leerstellingheid toch bespreekbaar kan worden. Zonder dat dit als een ondermijning van de geloofsovertuiging hoeft te worden ervaren. Dit is vooral mogelijk indien van een goed inzicht in de algemene geaardheid van deze patiënten blijk wordt gegeven. Inzicht wat vooral door deze patiënten – vaak betrouwbaar en consciëntieus – in positieve zin wordt gewaardeerd. Dit inzicht kan bij hen leiden tot een 'schok der herkenning' waardoor gaandeweg bij hen het inzicht in de specifieke vulnerabiliteit kan toenemen. Die situatie kan als een goed uitgangspunt voor deze vorm van inzichtgevende gesprekstherapie worden beschouwd. Van daaruit kan ook wat meer tolerantie en het wat meer leren relativeren van datgene wat ooit als dogmatische maar soms ook beangstigende waarheid gold, worden bereikt. Zonder dat dit gepaard gaat met een aantasten van het 'echte' geloof in de waarheid.

Resumerende kan de gesprekstherapie ná de depressie bij deze patiënten ook aantrekkelijke kanten hebben. Aantrekkelijk aangezien het gaat om het contact met vaak goedwillende positief ingestelde mensen bij wie het de moeite kan lonen ook op deze wijze het risico van de recidief-depressie te verkleinen. Dat een dergelijke vorm van gesprekstherapie dan zonder moeite kan worden gecombineerd met bij voorbeeld een lithium-profylaxe spreekt voor zichzelf. Aldus kan dit misschien zelfs als een van de meest ideale combinaties van psychotherapie en farmacotherapie worden beschouwd. In zo'n gecombineerde behandeling kan dan ook het risico van een meer exclusieve biologisch gereduceerde depressie-interpretatie worden vermeden. Misschien is het goed om tot besluit te verwijzen naar de volgende uitspraak van Wittgenstein: 'De mens blijft het beste beeld van de menselijke ziel'.

En waarom zou die uitspraak ook niet van toepassing zijn op de psychopathologie van de unipolaire depressie?

Literatuur

- Akiskal, H.S., R. Hirschfeld, e.a. (1983), The relationship of personality to affective disorder. *Arch. Gen. Psychiat.*, 40, 801-810.
- Akiskal, H.S. (1983), Dysthymic disorders, psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Amer. J. Psychiat.*, 140, 11-20.
- Angst, J. (ed.) (1983), *The origins of depression*. Springer, Berlijn/New York.
- Beck, A.T., en A. Weissmann (1974), The measurement of pessimism; The Hopelessness Scale. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 42, 861-865.
- Beck, A.T., en A.J. Rush e.a. (1979), *Cognitive therapy of depression*. John Wiley, Chichester/New York.
- Beck, A.T., en J.E. Young (1982), Cognitive Therapy: Clinical applications. In: A.J. Rush (ed.), *Short term therapies for depression*, John Wiley, Chichester/New York.
- Elshout, A. (1978), *Een helpende hand*, De Bron, Rotterdam.
- Hirschfeld, R.M.A., G.L. Klerman, e.a. (1983), Personality and depression. *Archiv. Gen. Psychiat.* 40, 993-998.
- Jaspers, Karl (1948), *Allgemeine Psychopathologie*. Springer Verlag, Berlijn/Heidelberg.
- Klein, D. (1974), Endogenemorphic depressions; towards a terminologic revision, *Archiv. Gen. Psychiat.*, 31, 447-454.
- Kovacs, M. (1982), Prediction of suicidal behavior. In: J. Wilmott en J. Mendlewicz (eds.), *New trends in suicide prevention*. Karger, Basel.
- Kraepelin, E. (1913), *Psychiatrie, Ein Lehrbuch*, vol. 3, Barth, Leipzig.
- Kraus, A. (1971), Der Typus Melancholicus, *Nervenarzt*, 42, 481-485.
- Kretschmer, E. (1951), *Körperbau und Charakter*, Springer Verlag, Berlijn/Göttingen.
- Praag, H.M. van (1977), *Psychofarmaca*, Van Gorcum, Amsterdam.
- Scheyen, J.D. van (1973), Recurrent vital depressions, a follow-up study. *Psychiat.*, *Neurol.*, *Neurochir.*, 76, 93-112.
- Scheyen, J.D. van (1975), Bezwaard gemoed. *T. v. Psychiatrie*, 17, 776-788.
- Scheyen, J.D. van (1981), Psychogenie en religie. *T. v. Psychiatrie*, 23, 590-610.
- Scheyen, J.D. van (1984), Slaapdeprivatie behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 27-41.
- Seligman, M.E.P. (1976), Depression and Learned Helplessness. In: H.M. van Praag (ed.), *Research in Neurosis*. Bohn, Utrecht.
- Tellenbach, H. (1967), Kritische Empfehlungen zur Behandlung Depressiven. *Nervenarzt*, 38, 167-170.
- Tellenbach, H. (1976), *Melancholie*, Springer, Heidelberg/New York.
- Weissmann, M., en E.S. Paykel (1974), *The depressed woman, a study of social relationships*. University of Chicago Press, Chicago.
- Wetzel, R.D. (1976), Hopelessness, depression and suicide intents. *Arch. Gen. Psychiat.*, 33, 1069-1073.
- Zerssen, D. von, en D.M. Koeller (1969), Objektivierende Untersuchungen zur Prämorbiditen Persönlichkeit, Endogen Depressiver. In: H. Hippus en H. Selbach (eds.), *Das Depressive Syndrom*. Urban und Schwarzenberg, München/Berlijn.
- Zerssen, D. von (1977), Premorbid Personality and affective psychosis. In: *Handbook of studies in Depression*, Excerpt. Med., Amsterdam.