

Colofon

Het Bulletin is een uitgave van de
*Stichting Nederlands Instituut voor Logotherapie
en Existentiële Analyse* (NILEA) en
de beroepsvereniging:
*Nederlandse Vereniging voor Logotherapie en
Existentieel Analytische Psychotherapie* (NVLEA)

WWW.LOGOTHERAPIE.NL

voor de Beroepsvereniging (NVLEA) en het Bulletin
op het internet (vanaf de winter 2000/2001)

REDACTIE BULLETIN

Redactie-adres:

Molenweg 19, 3171 CM Poortugaal

E-mail: bulletin@logotherapie.nl

redactie-leden:

drs.P. Hoekstra, Poortugaal (eindredactie)

W.L. van der Mee, Breda

drs.M.A.E. Merbis, Amstelveen

Abonnementen: opgave bij het redactie-adres, per jaargang
is hiervoor f 25,- verschuldigd. Abonnementen lopen per
kalenderjaar. Een proefnummer is kosteloos. Bij opgave ont-
vangt u het eerstvolgende nummer en voldoet u de overige
nummers x f 6,25.

Deze verplichting geldt niet onze donateurs.

Abonnementskosten kunt u overmaken op:

ABN/AMRO 46.93.15.652 t.n.v.Stichting NILEA

onder vermelding van: 'Bulletin'

Doel Bulletin: Een platform zijn voor hen die werkzaam zijn in
de hulpverlening (geestelijke gezondheidszorg en aanver-
wante beroepen), of zich daarop voorbereiden, en die willen
uitgaan van een positieve antropologie, zoals deze door Vik-
tor E. Frankl en anderen is ontwikkeld en gevalideerd. Een
integratieve benadering staat daarin centraal.

STICHTING NEDERLANDS INSTITUUT VOOR LOGOTHERAPIE EN EXISTENTIËLE ANALYSE (NILEA)

Tel.: 050 - 52 50 570 Fax: 050 - 52 66 303

Voorzitter: drs.H. Sanders

Moddermanlaan 5, 9721 GK Groningen

E-mail: h.sanders@pl.hanze.nl

Secretariaat: J. Bosma

Willemstraat 44, 9725 JD Groningen

Vaktechnische leiding opleiding

dr.W.J. Maas / prof.dr.G. Giovinco,

University of Central Florida, Orlando USA

BEROEPSVERENIGING NVLEA

E-mail: nvlea@logotherapie.nl

Voorzitter: drs.R.G.D. Carton

Bataviastraat 39G, 1095 EM Amsterdam

020 - 69 34 075

Secretaris: ir.C. de Jong

Veldkantweg 66, 6961 HH Eerbeek

Het Bulletin wordt gedrukt bij: Offset-drukkerij

Delta Psychiatrisch Ziekenhuis, Poortugaal

REDACTIONEEL**DEPRESSIE - EEN INLEIDING IN TERMEN EN BEGRIPPEN****Willem van der Mee, psychotherapist^{ER}**

Deze compacte inleiding begint met een poging tot onderscheiding van gevoelens, emoties en stemming, om zo uit te komen bij het begrip stemmingsstoornis. Hierbij worden de symptomen van een depressieve episode, tevens criteria tot classificatie volgens de DSM-IV, beschreven en wordt aangegeven hoe stemmingsstoornissen syndromaal zijn onder te verdelen. Bij de differentiële diagnostiek komt de afbakening aan bod tussen stemmingsstoornissen enerzijds en dementie, persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen en de normale rouwreactie anderzijds. De sociale omgeving, de persoonlijkheid en erfelijkheid, in de etiologie van de depressie de voornaamste risicofactoren, worden in hun onderlinge samenhang zichtbaar in een model van functionele kwetsbaarheid.

Gevoelens, emoties en stemming

Onze gevoelens kleuren als het ware onze ervaringen in. Ons denken en handelen kunnen subtiel worden bijgekleurd door gevoelens van verlegenheid, vreugde, jaloezie of schuld. Op andere momenten lijkt het of deze gevoelens ons denken en handelen kunnen bepalen. Het spectrum van gevoelens strekt zich uit van verdriet tot grote vreugde, van verontwaardiging tot gevoelens van verbondenheid, schaamte, eenzaamheid, opwinding, woede, ontroering, vrees, verveling, of van afkeer.

We spreken van emoties bij een intens, overheersend gevoel van korte duur, dat gekoppeld is aan een specifieke ervaring. We kunnen emoties definiëren als vormen van relationele actiebereidheid, hetzij in de zin van tendensen om een relatie met de omgeving tot stand te brengen, te onderhouden of te onderbreken, hetzij als een vorm van relationele bereidheid als zodanig (Frijda,1988). Aanleiding en oorzaak van bepaalde emoties zijn hierdoor meestal gemakkelijk waar te nemen. In de meeste gevallen weten we heel goed waarom we lachen, huilen of boos zijn. Er is dus sprake is van een zekere beheers- en veranderbaarheid die, samen met de beperkte duurzaamheid onderscheidende kenmerken vormen van de emotie ten opzichte van de stemming.

Van een stemming spreken we bij een gemoedstoestand van een wat langere duur, die niet gekoppeld is aan een directe ervaring. De stemming is 'de gekleurde bril' waardoor wij al onze directe ervaringen beschouwen en waardoor die ervaringen worden bijgekleurd: somberheid, optimisme, lusteloosheid of dadendrang lijken alom tegenwoordig. We ervaren stemming niet als gemotiveerd door een appel. Een alternatieve

omschrijving is dat stemmingen bestaan uit een appel met het kenmerk van globaliteit; alles lijkt toegankelijk en bereikbaar, niets is aantrekkelijk of alles irriteert, enzovoort (Frijda,1988). Stemmingen kunnen wel degelijk door een betekenisvol voorval worden veroorzaakt. Kenmerkend lijkt evenwel dat de stemming zelf losgekoppeld raakt van het directe voorval en daarmee van de mogelijke oorzaak.

Stemmingsstoornissen

We volgen Albersnagel, Emmelkamp en Van den Hoofdakker (1998,p.21-27) in het onderscheid van het begrip stemmingsstoornis in de symptomatologische en in de syndromale betekenis. Kijken we naar de symptomen dan zien we mensen met klachten of gedragingen waaruit een abnormale stemming blijkt. In de praktijk wordt dat 'abnormaal' overwegend kwantitatief, in de vorm van ernst of duur, meegewogen als een persoon manisch of depressief wordt genoemd. De norm kan dan cultureel of individueel bepaald worden, maar afgrenzing is moeilijk. Hoe normaal is het om lang te rouwen na het verlies van een dierbare? Hoe normaal vindt die persoon dat zelf? Belangrijk is om vast te stellen dat, door de populariteit van psychologische begrippen in het dagelijks leven, mensen die zich wat somber voelen of ongelukkig zichzelf snel als 'depressief' bestempelen. In de meeste gevallen beschrijven ze daarmee een volkomen normale stemmingsschommeling, misschien een reactie op een trieste gebeurtenis, een verklaarbare vermoeidheid of onplezierige gedachten. Helaas ontstaat door dit taalgebruik verwarring tussen een normale stemming en een klinisch syndroom. Ieder van ons ervaart van tijd tot tijd een neerslachtige stemming, gewone neerslachtigheid is zelden zo ernstig dat het dagelijks leven significant wordt aangetast. Slechts een ongelukkige minderheid belandt in een unipolaire depressie (Comer,1995,270); op de epidemiologie van depressieve stoornissen komen we terug. Gevoelens van somberheid, wanhoop en uitzichtloosheid vormen de kern van een depressieve stemming, naast een verlies van belangstelling voor of plezier in activiteiten. Het soort lusteloosheid waardoor het onmogelijk wordt om gratificatie te vinden, of zelfs te zoeken. Nog heel veel andere gevoelens kunnen hieraan gekoppeld zijn, zoals ernstige zelfverwijten en irreële schuldgevoelens; vermoeidheid of verlies van energie. De manische stemming daarentegen heeft een kern die wordt

omschreven met gevoelens als optimisme, vrolijkheid of prikkelbaarheid. Deze stemming spiegelt in zekere zin de depressieve en brengt een overmatige belangstelling voor activiteiten met zich mee. Er is vaak sprake van een sterk geloof in eigen kunnen en het gevoel echt alles aan te kunnen. Gejaagdheid, vijandigheid en wantrouwen kunnen ook in deze stemming verweven zitten.

De *American Psychiatric Association* behandelt de symptomen van verschillende stemmingsepisodes in de laatste versie van hun *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, de DSM-IV, op een louter

descriptieve wijze. In dit classificatiemodel worden etiologische criteria niet meegenomen. Onderscheiden worden: depressieve episode, manische episode, gemengde episode en hypomane episode. Deze episodes kunnen niet afzonderlijk worden gediagnosticeerd, ze dienen als bouwstenen voor de diagnostiek van de stemmingsstoornis (1997, p.203). In het kader van deze studie beperken wij ons tot de depressieve episode (Major Depressive Episode), waarvan de symptomen hieronder staan beschreven.

Symptomen van een depressieve episode

- (1) Depressieve stemming of gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld voelt zich verdrietig of leeg) ofwel uit observatie door anderen (bijvoorbeeld lijkt betraand). N.B.: Kan bij kinderen of adolescenten ook prikkelbare stemming zijn
- (2) duidelijk vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of uit observatie door anderen)
- (3) duidelijke gewichtsvermindering zonder dat dieet gehouden wordt of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5 procent van het lichaamsgewicht in een maand), of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust. N.B.: Bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename
- (4) insomnia of hypersomnia, bijna elke dag
- (5) psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag
- (6) moeheid of verlies van energie, bijna elke dag
- (7) gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (niet alleen maar zelfverwijten of schuldgevoelens over het ziek zijn), bijna elke dag
- (8) verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid (ofwel subjectief vermeld ofwel geobserveerd door anderen), bijna elke dag
- (9) terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees dood te gaan), terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

Bron: American Psychiatric Association (1994), *Diagnostische Criteria van de DSM-IV* (p. 204/205)

Bovenstaande symptomen vormen criteria in de classificatie van de depressieve episode, vijf of meer van deze symptomen dienen binnen een periode van twee weken aanwezig te zijn geweest, daarbij dient tenminste een van de symptomen depressieve stemming (1) of verlies van interesse of plezier (2) bij te zijn. Daarnaast is van belang dat de symptomen in significante mate lijden veroorzaken of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren (of op andere belangrijke terreinen). De volgende uitsluitingscriteria dienen gehanteerd te worden: symptomen die voldoen aan de criteria van 'de gemengde episode', symptomen die het gevolg zijn van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening en symptomen die zijn toe te schrijven aan een rouwproces. Bij dit laatste wordt een periode van twee maanden als 'normaal' (dus niet pathologisch) beschouwd. Een evident voorbeeld van een cultureel bepaalde norm.

Een stemmingsstoornis is ook als een syndroom te omschrijven, al is het onderscheid tussen symptoom en syndroom wat kunstmatig, het geeft iets weer van een toenemende mate van ernst als de versterking op verschillende niveaus niet slechts latent blijft, maar manifest wordt in een syndroom. Een bekende indeling is die van endogene depressie versus reactieve depressie, waarbij de endogene depressie

vooral wordt toegeschreven aan erfelijkheid en biologische factoren en de reactieve (exogene) depressie wordt gedefinieerd als volgend op een ingrijpende gebeurtenis (Vandereijken,1997). Hoe kunnen we vaststellen of een depressie reactief is of niet? Daar kun je niet zeker van zijn, ook niet als er een spanningsvol voorval aan vooraf is gegaan. Het voorval zou een onbeduidende factor of zelfs puur toeval kunnen zijn (Paykel,1982). Zelfs omgekeerd, als een depressie lijkt te ontstaan zonder spanningsvolle aanleiding, is deze niet met zekerheid endogeen te noemen, omdat de aanleiding mogelijk niet is opgemerkt (Paykel, Rao, & Taylor, 1984). V.E. Frankl gebruikt het begrip endogeen volop in zijn werk, zoals gebruikelijk in zijn tijd. Naar de huidige inzichten ligt het niet meer voor de hand om dat te doen en al wordt de depressieve stoornis met melancholische kenmerken soms beschouwd als een typische endogene depressie (Hirschfield & Goodwin,1988), wij zouden het onderscheid tussen endogeen en exogeen op dit moment beslist niet meer 'algemeen geaccepteerd' kunnen noemen (Bouvy, Nolen,1998).

Volgens een moderne definitie is een stemmingsstoornis: 'een syndroom bestaande uit een verzameling van klachten of verschijnselen, niet alleen op het emotionele niveau, maar ook op dat van

het cognitieve, het gedragsmatige, en het lichamelijke functioneren' (Albersnagel, e.a., 1998). We vinden het van belang om het motivationele aspect hier nog aan toe te voegen. De termen depressie en manie worden dan gebruikt als aanduidingen van een (hypothetische) verstoring die het disfunctioneren van de totale persoon (of het totale organisme) bepaalt. Belangwekkend in dit verband is het concept van 'de authentieke persoon' van Frankl die aanduidt (1951). Die authentieke persoon wordt naar zijn inzicht *niet*

aangetast door de depressie, dan wel manie. (Zie voor een verdere uitwerking het artikel van P. Hoekstra).

De verschillende symptomen, waarvan wij alleen die van de depressieve episode hebben weergegeven, kunnen worden gerubriceerd in een aantal syndromale categorieën.

Syndromale indeling van stemmingsstoornissen

depressieve stoornis eenmalig of recidiverend	bipolaire stoornis type I of type II
dysthyme stoornis	cyclothyme stoornis
depressieve stoornis NAO	bipolaire stoornis NAO

Bron: Albersnagel, F.A., Emmelkamp, P.M.G., & Hoofdakker, R.H. van den (red.) (1998). *Depressie: theorie, diagnostiek en behandeling*, (p. 26).

Ook de syndromale categorieën zijn descriptief, er worden geen etiologische criteria gebruikt. De factoren die verantwoordelijk zijn bij het ontstaan of voortbestaan van de symptomen worden dus niet meegewogen. Twee basiscriteria worden gebruikt om de verschillende categorieën te onderscheiden: het beloop en de ernst. Hieronder worden de ernstcriteria uit de DSM-IV weergegeven, voor zover van

toepassing op de depressieve episode cq. stoornis. De ernst wordt voornamelijk aangegeven door de mate van lijden en van de impact die de klachten hebben op het dagelijks leven van de cliënt cq. patiënt. Bij een grote weerslag op het dagelijks functioneren, wordt ook naar psychotische of melancholische kenmerken gekeken.

Symptomatologische criteria voor een depressieve episode

- (1) Licht: weinig symptomen en weinig problemen in werk, sociale activiteiten of relaties.
- (2) Matig: symptomen of functionele beperkingen tussen 'licht' en 'ernstig'.
- (3) Ernstig zonder psychotische kenmerken maar met veel problemen in werk, sociale activiteiten of relaties.
- (4) Ernstig met psychotische kenmerken:
 - a. stemmings-congruente kenmerken; wanen en /of hallucinaties waarvan de inhoud past bij depressieve stemming, die met andere woorden in het verlengde liggen van negatieve gevoelens omtrent het zelf, de eigen situatie, de eigen gezondheid en de toekomst;
 - b. stemmings-incongruente kenmerken; wanen en/of hallucinaties waarvan de inhoud niet past bij de depressieve stemming.
- (5) Ernstig met melancholische (vitale) kenmerken
 - A. Een van de volgende komt voor tijdens de ernstigste periode van de huidige depressie:
 1. verlies van interesse voor of bevrediging in alle of bijna alle activiteiten;
 2. onvermogen te reageren op gewoonlijk aangename stimuli;
 - B. Drie of meer van de volgende symptomen:
 1. de stemming wordt als duidelijk anders ervaren dan die na een ernstig verlies;
 2. depressieve gevoelens in het algemeen het hevigst in de ochtend;
 3. vroeg ontwaken, dat wil zeggen tenminste 2 uur voor het gebruikelijke moment van ontwaken;
 4. psychomotorische vertraging of gejaagdheid;
 5. significante anorexie of gewichtsverlies
 6. overdreven of irrealistisch schuldgevoel.

Bron: American Psychiatric Association (1994), *Diagnostische Criteria van de DSM-IV* (p.230-237)

Bij beloop gaat het over de wijze van recidiveren van depressieve episoden met seizoengebondenheid. Er dient een relatie te bestaan tussen het begin van de depressieve episode en de periode van het jaar; in een andere periode van het jaar is er volledig herstel (of is er sprake van een omslag naar een manie of hypomanie); dit patroon heeft zich minstens twee maal herhaald en de seizoengebonden episode komen aanmerkelijk meer voor dan niet-

seizoensgebonden episoden. Daarnaast kan het longitudinaal beloop nader worden gespecificeerd, waarbij wordt gekeken naar het al dan niet volledige herstel tussen de episoden. Verder is daarbij van belang of de episode al dan niet is gesuperponeerd op een dysthyme stoornis.

Overige criteria voor de specificatie van stemmingsstoornissen, als chroniciteit, katatone kenmerken, melancholische (vitale) of atypische

kenmerken, worden hier verder niet uitgewerkt. Gegevens betreffende de manische, gemengde en hypomane episoden en de bipolaire stoornis type I of II zijn in het kader van deze studie niet relevant en niet opgenomen.

Differentiële diagnostiek

De DSM-IV heeft geen duidelijke classificatie voor stemmingsstoornissen die een duidelijke etiologische of pathogenetische oorsprong hebben: de *organische stemmingsstoornissen*. Van belang is in hoeverre hier sprake is van een directe invloed van het lichamenlijk ziek-zijn op het zenuwstelsel en zo op de stemming. Of gaat het meer om een verwerkingsprobleem, waarbij de patiënt reageert op zijn lichamenlijke ziek-zijn en op de daarmee samenhangende psycho-sociale consequenties? Dit laatste zal zelden afwezig zijn, ook als er sprake is van een rechtstreekse somatische invloed op het

stemmingsleven. Bij een somatische factor denkt men primair aan medicatie en aan allerlei ziekten, zoals endocriene stoornissen, cerebrovasculaire accidenten ('poststroke depression'), ziekte van Parkinson, beginnende dementie en carcinomen. (van Tilburg, 1994).

Bij de differentiële diagnose tussen *dementie* en depressie is er altijd een kans dat beide aanwezig zijn. Als er sprake is van uitgesproken cognitieve symptomen kan men naast de depressie ook dementie vermoeden. Is dat niet het geval dan verdwijnen de cognitieve symptomen geheel als de depressie geneest. In de praktijk wordt het bewijs voor de definitieve diagnose vooral geleverd door de reactie op behandeling met anti-depressiva, die in deze gevallen steeds geïndiceerd is, of er nu wel of geen sprake is van een tegelijkertijd aanwezige dementie. (Moleman e.a., 1994)

verschillen tussen depressie en dementie

DEPRESSIE	DEMENTIE
Snelle progressie	Langzame progressie
Eerst stemmingsdaling	Eerst cognitieve stoornissen
Familie herkent verandering	Familie merkt vergeetachtigheid pas later
Patiënt klaagt over geheugen	Patiënt klaagt niet over geheugen
Bij testen doet de patiënt zich niet beter voor en antwoordt met "Ik weet het niet"	Bij testen probeert de patiënt geheugenproblemen te verhullen en geeft vaak foute antwoorden
Globale en wisselende geheugenstoornissen	Inprenting gestoord, herinnering vroegere gebeurtenissen veel minder gestoord
Vaker voorgeschiedenis met depressies	Minder vaak psychiatrische voorgeschiedenis
In familie komt depressie vaker voor	In familie komt dementie vaker voor

Bron: Vandereyken, W., Deth, R. van (1997). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling*(p.177.)

De differentiële diagnose depressie/*persoonlijkheidsstoornis* kan heel moeilijk zijn. Heteroanamnestische informatie van iemand die een redelijk objectief beeld kan geven van het premorbide functioneren van de patiënt, is in deze gevallen meestal onmisbaar (Moleman, e.a.1996). Bij de differentiële diagnose depressie met persoonlijkheidsstoornis komt het stemmingsverloop van dag tot dag aan de orde. Verder is van belang of er sprake is van 'reactiviteit' of is er een niet te beïnvloeden voortdurende somberheid. Kan patiënt tussendoor genieten of is er een totale anhedonie? Wanneer de somberheid en anhedonie niet continu zijn, moet men de diagnoses 'atypische depressie', 'dysthymie' en 'aanpassingsstoornis met depressieve stemming' in de differentiële diagnose betrekken. Welke vitale kenmerken zijn aanwezig? Bij atypische beelden kan de premorbide persoonlijkheid de depressie sterk kleuren. Het gevaar is dat depressie niet herkend wordt en dat het hele beeld als 'persoonlijkheidsstoornis' gediagnosticeerd wordt. Men kan de premorbide persoonlijkheid echter niet vaststellen aan de hand van het gedrag van patiënt tijdens de depressie (zie ook Abraham,1997). Persoonlijkheidstrekken en symptomen worden makkelijk verward en dit kan een inadequate behandeling tot gevolg hebben. Aan de andere kant komt het ook voor dat de diagnose depressie gesteld wordt terwijl er eigenlijk sprake is van een aanpassingsstoornis bij een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis. Met name bij de borderline persoonlijkheidsstoornis is het moeilijk vast te stellen of er sprake is van het gebruikelijke patroon van stemmingsschommelingen of van een echt dysthym of hypomaan syndroom met een begin, een beloop en een afloop.

Ook de afbakening tussen stemmingsstoornissen en *angststoornissen* is moeilijk. Vrijwel alle depressieve patiënten vertonen symptomen van angst, bijvoorbeeld paniek, gegeneraliseerde angst of

sociaal fobische angst. Daarnaast zijn er weinig patiënten met angststoornissen die niet ook depressief gestemd zijn. Er is een symptomalogische overlapping van minder ernstige depressieve symptomen met minder minder ernstige angststoornissen.

Van belang is of de angst en/of paniekaanvallen misschien toch meer op de voorgrond staan, met tussendoor een normale stemming. Nemen we vitale kenmerken waar? Zijn de klachten begonnen met angst of een sombere stemming? Angst, paniekaanvallen en dwang-verschijnselen kunnen voorkomen bij depressie en in dat geval dus weer verdwijnen als de depressie met succes behandeld wordt (Emmelkamp e.a. 1994). Vooral bij matig ernstige of minder uitgesproken beelden komt men soms niet verder dan de diagnose 'gemengd angstig/depressief beeld'. De overlapping is er ook met de obsessief-compulsieve stoornis, anorexia nervosa en de somatoforme stoornissen (Van den Hoofdakker, 1994).

De normale rouwreactie wordt in veel gevallen niet onderkend. Een van de meest voorkomende misvattingen is dat er een tijdschema voor het verwerken van het overlijden van een naaste zou zijn. Mensen uit de omgeving verwachten dat de rouwende al na enkele weken weer aan het 'normale' leven kan deelnemen, terwijl dit in feite dikwijls pas na maanden mogelijk is. Het verdriet is dan zeker niet pathologisch. Het omgaan met verdriet wordt beïnvloed door historische en culturele bepalingen en wordt anders beleefd in verschillende culturele groepen (Stroebe et al.,1992, in: Comer,1995). In de moderne westerse samenleving zien we het lijden van een zwaar verlies, zoals het overlijden van een naaste, als een aantasting van ons dagelijks leven, met een problematische en ondermijnende emotionele reactie die we zo snel en efficiënt mogelijk willen overwinnen. In deze visie zijn mensen die emotioneel verbonden blijven met de overledene slecht aangepast. Nog in de vorige eeuw was dit ook in onze

cultuur anders; er bleef een sterke band met de overledene en men bleef deze trouw tot aan een weerzien in het hiernamaals. Ondanks alle individuele verschillen is er wel een patroon te ontdekken in hoe een rouwreactie doorgaans verloopt. De eerste reactie is een *schok*, men heeft moeite om het te geloven, daarna volgt meestal het *besef van verlies* en scheiding. Als dit werkelijk doordringt kan *wanhoop* toeslaan. Op dat moment zijn prikkelbaarheid, depressie, schuldgevoelens en boosheid normale reacties. De kans bestaat dat sociale relaties achteruit gaan, omdat degene die rouwt zijn interesse in de buitenwereld en in zijn normale activiteiten verliest. Sommige mensen krijgen medische klachten. Als het rouwproces is voltooid dan wordt het mogelijk om aan de overledene te denken zonder overweldigd te raken door wanhopige gevoelens en het besef van verlies. Hoewel deze gevoelens nog jarenlang op speciale dagen kunnen toeslaan (Comer, 1995, p.280/281).

Etiologie van de depressie

Bij het zoeken naar risicofactoren voor depressieve

de relaties tussen genetische, structurele en functionele kwetsbaarheid binnen een ontwikkelingsperspectief

genetische kwetsbaarheid (genen, constitutie)



Bron: Ormel, J. (1999). Depressie. De rol van levensgebeurtenissen, persoonlijkheid en erfelijkheid
In: Den Boer, J.A. e.a., *Handboek stemmingsstoornissen*. (pp133-155). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom

Dit model toont ervaringen als de oorzaak van het dynamische karakter van functionele kwetsbaarheid. Het achterliggende idee is dat bepaalde ervaringen de functionele kwetsbaarheid blijvend kunnen veranderen. Kwetsbaarheid heeft betrekking op zowel waarneming en waardering van gebeurtenissen als op de afwezigheid van beschermende bronnen die het effect van gebeurtenissen kunnen verzachten. Risico is zo een functie van individuele psychologische kwetsbaarheid voor stresserende gebeurtenissen, het aantal recent meegemaakte gebeurtenissen en de aanwezigheid van copingbronnen als sociale netwerken en bepaalde actuele persoonskenmerken (De Ridder, 1990, p.24).

Hieronder zullen de drie genoemde risicofactoren voor het ontstaan van depressie nader worden uitgewerkt; omgeving, persoonlijkheid, en erfelijkheid.

ecologisch perspectief

Bij de invloed van de omgeving op het ontstaan van depressie is het allereerst van belang te kijken naar

stoornissen en daarmee naar een (indirect) causaal verband tussen deze factoren en het ontstaan van depressie, beperken we ons tot drie benaderingswijzen: de sociale omgeving, de persoonlijkheid en de erfelijkheid. Bij de omgevingsfactoren zijn vooral de levensgebeurtenissen en situationele problemen van belang. Erfelijk bepaalde kwetsbaarheid vormt een onderliggende, basale risicofactor, waarvan de effecten op depressie deels door persoonlijkheid en omgeving worden gemedieerd (Ormel, 1999).

Ten aanzien van de causaliteit onderscheiden we de voldoende oorzaak (sufficient cause) en de deelloorzaak (component cause). De voldoende oorzaak bestaat uit een unieke keten van deelloorzaken: een aantal voorwaarden en gebeurtenissen die samen onvermijdelijk de ziekte produceren, waarvan er ook geen enkele mag ontbreken. Erfelijkheid, persoonlijkheid en sociale omgeving kunnen elk deelloorzaken leveren die samen in een onderlinge beïnvloeding voldoende oorzaak vormen voor depressie.

de ervaringen die aan een depressie voorafgaan. We onderscheiden verschillende soorten ervaringen. *Ingrijpende gebeurtenissen* (life events), zijn tamelijk plotselinge veranderingen in het dagelijks leven die aanpassingen vergen en die in positieve of in negatieve zin toekomstplannen of doelen beïnvloeden. Bijvoorbeeld verlating door partner, scheiding, overlijden van een ouder, huwelijk, zwangerschap, pensionering. Deze ervaringen omvatten in een aantal gevallen zowel positieve als negatieve aspecten, maar meestal zal een van de twee overheersen.

Langdurige situationele moeilijkheden (long-term difficulties) zijn veranderingen in iemands levensomstandigheden die de dagelijkse gang van zaken gedurende langere tijd bemoeilijken en/of de realisering van belangrijke doelen en plannen belemmeren. Deze ervaringen zijn in tegenstelling tot de ingrijpende gebeurtenissen per definitie negatief van aard. Voorbeelden zijn: armoede, chronische invaliderende ziekte, werkloosheid, relationele problemen, gedragsproblemen van een gezinslid.

Dagelijkse tegenslagen en meevallers (daily hassles and uplifts) hebben soms meer effect dan zelden voorkomende ingrijpende gebeurtenissen. Het is duidelijk dat de objectieve kwaliteiten van levensomstandigheden en levensgebeurtenissen wel een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van stoornissen, maar waaruit die stresserende werking nu precies bestaat, is nog onvoldoende duidelijk. Duur, intensiteit en vorm zijn van invloed, maar kunnen niet het beslissend stresserende duidelijk maken. Een accumulatie van in zichzelf niet met elkaar samenhangende gebeurtenissen vergroot het risico aanzienlijk. Zo'n reeks gebeurtenissen geeft een idee van 'oncontroleerbaarheid' (De Ridder, 1990, p. 20). Met dit laatste belanden we in de subjectieve dimensie, waarin verder de mate van contextuele dreiging en de anticipatie op en de wenselijkheid van gebeurtenissen van belang zijn. Deze drie subjectieve factoren blijken van invloed te zijn op de mate van stresserend effect van gebeurtenissen

(Dohrenwend, 1978, Pearlin, e.a. 1981, In: De Ridder, 1990, p.21).

Bepaalde ervaringen blijken opvallend vaak vooraf te gaan aan een depressie. Ten eerste; gebeurtenissen die bestaande moeilijkheden benadrukken (matching) blijken drie maal zo depressogeen als dezelfde gebeurtenissen bij personen zonder de corresponderende moeilijkheid. Ten tweede blijkt dat gebeurtenissen die primaire bronnen van eigenwaarde aantasten (commitment) extra hard aankomen en twee tot driemaal zo depressogeen zijn als dezelfde gebeurtenissen bij personen die ook andere bronnen van eigenwaarde hebben. Een alleenstaande moeder die hoort dat haar dochter met de politie in aanraking is gekomen, zal hier beter mee om kunnen gaan als zij naast haar ouderrol ook andere bronnen van eigenwaarde heeft, bijvoorbeeld een betaalde baan of een partner. Tenslotte noemen we hier verliesgebeurtenissen (loss), zie tabel.

Typen verlies die relatief vaak gevolgd werden door het ontstaan van een depressie

type verlies	voorbeeld
a persoon	dood van echtgenoot
b persoon en gekoesterde gedachte	echtgenoot vertrekt; zoon vertrekt na ruzie - geen contact
c gekoesterd idee	ontrouw van echtgenoot; crimineel gedrag zoon; ex-echtgenoot hertrouwt
d herbevestiging van verlies van gekoesterde gedachte	zoon opnieuw gearresteerd
e verlangen betreffende gekoesterde gedachte	miskraam; verhuizing gaat niet door
f materieel/ financieel	echtgenoot verliest baan; uit huis gezet ten tijde van geboorte kind

Bron: G.W. Brown & T.O. Harris (eds.) (1989). *Life events and illness*. Unwin Hyman: London, p. 63. In Ormel, 1999, p.140

Er is ook een zekere invloed van life events op het *beloop* van de depressie. Bij een behandeling kan het dus van belang zijn om rekening te houden met de negatieve effecten van nieuwe life events. Dit mag voor de hand liggen bij negatieve gebeurtenissen, Sanderman vond echter in een prospectief onderzoek dat ook ingrijpende *positieve* ervaringen bijdroegen aan een verdere verslechtering in de stemming van een groep mensen die aanvankelijk al slecht functioneerden. Blijkbaar hadden zij niet de vereiste vaardigheden om zich aan te passen. In een ander onderzoek (Brown, 1993, in Sanderman, 1998) werd overigens gevonden wel degelijk kunnen bijdragen aan het herstel na een depressieve periode. Juist de bestudering van het beloop van een depressie met de invloed van life events daarop en de wijze van omgaan met de stress biedt, meer nog dan kennis van de rol van life events in de etiologie, een goed perspectief om te komen tot een efficiënte psychologische hulpverlening.

Van *sociale steun* is nog niet duidelijk of het werkt als buffer na life events, of dat het een directe positieve invloed heeft op de gezondheid. Hoe dan ook, de effecten van life events zijn groter bij het ontbreken van sociale steun. We onderscheiden grofweg twee typen steun die betrekking hebben op intrapsychische parameters (emotie en cognitie) en instrumentele steun die gericht is op gedragsmatige aspecten (informatie en praktische hulp). Er is een duidelijk verschil tussen de objectieve steun (de beschikbare steun, het aanwezige netwerk) en de subjectieve steun, de manier waarop een persoon zijn netwerk waarneemt en interpreteert. De werking van steun verandert met de subjectieve betekenis ervan, zo ervaart men steun echt als steun als er gevoelens zijn van wederzijdse intimiteit en betrokkenheid (Antonucci en Israel, in De Ridder 1990).

de relatie persoonlijkheid-depressie

Aan de hand van Ormel (1999, p.142/143) zetten we

een aantal benaderingen van de relatie depressie en persoonlijkheid op een rijtje. De positie alsof persoonlijkheid en depressie niets met elkaar te maken zouden hebben is onhoudbaar, maar het is onduidelijk *hoe* beide aan elkaar zijn gerelateerd. Wij noemen vier causale modellen die elk een andere causale relatie tussen persoonlijkheid en depressie leggen.

Het *pre-dispositiemodel* van de relatie persoonlijkheid-psycho-pathologie ziet persoonlijkheidstrekken als potentiële determinanten van psycho-pathologie. Persoonlijkheidstrekken kunnen zowel een risicofactor zijn voor psycho-pathologie als een beschermende werking hebben. Sommige trekken kunnen bescherming bieden tegen de ene vorm van psycho-pathologie, maar een risicofactor zijn voor een andere. Een geringe mate van remming (inhibitie) is bijvoorbeeld positief geassocieerd met externaliserende stoornissen zoals aandachtsstoornissen, hyperactiviteit, antisociaal gedrag en verslavingen, maar negatief met internaliserende stoornissen zoals depressie en angst. Het predispositiemodel ziet persoonlijkheid en depressie dus als twee verschillende entiteiten die alleen verband houden door causale effecten van de persoonlijkheid op de depressie. De persoonlijkheidstrekken die in de literatuur het meest systematisch met depressie in verband zijn gebracht, zijn neuroticisme en interpersoonlijke sensitiviteit (Ormel & Wohlfarth 1991, Boyce c.s. 1991, in: Ormel, 1999) en gerelateerde temperamenten en persoonlijkheidstrekken zoals 'harm avoidance*' en 'negative affectivity*' (resp. Cloninger c.s. 1994, Watson & Clark 1984, in: Ormel 1999).

Het *psychoplastiekmodel* stelt dat persoonlijkheid niet het risico op psychische decompensatie beïnvloedt maar een specifieke kleuring geeft aan de decompensatie. Dit kan zich manifesteren in aan de persoonlijkheid gerelateerde specifieke symptomen, beloopkenmerken en reacties op behandeling. Patiënten met comorbiditeit van een as I en as II-diagnose (DSM) reageren bijvoorbeeld over het algemeen minder goed op psychofarmaca (Shawcross & Tyrer 1983, in: Ormel, 1999).

Het *complicatie- of littekenmodel* gaat ervan uit dat niet de persoonlijkheid het risico op de vorm van de decompensatie beïnvloedt, maar dat het doormaken van een psychische stoornis de persoonlijkheid verandert. Volgens dit model is een ernstige depressieve episode een zo ingrijpende, negatieve ervaring dat ook na herstel van de depressie, patiënten zichzelf anders zien en anders met hun omgeving omgaan. Lichte, premorbide trekjes van pessimisme, emotionele instabiliteit en afhankelijkheid zouden door een depressie in meer permanente en markante trekken worden getransformeerd. Dit proces wordt meestal aangeduid als 'scarring*' (Rohde et al 1990, in: Ormel, 1999). De metafoor van het litteken suggereert dat er na de genezing van een ziekte-episode een permanente zwakke plek ontstaat, waar het 'weefsel van mindere kwaliteit is. Daarnaast is duidelijk dat er in de loop van de tijd steeds minder externe aanleiding nodig is om een depressie uit te lokken, de endogene kwets-

baarheid lijkt te zijn toegenomen ten gevolge van het doormaken van een depressieve episode.

Tenslotte het *spectrummodel*. Dit model vat de abnormale persoonlijkheidstrekken die met psycho-pathologie zijn geassocieerd op als milde, subklinische manifestaties van de onderliggende psycho-pathologie. Volgens het spectrummodel zijn zowel de psycho-pathologie als de daarmee gecorreleerde persoonlijkheidstrekken de uitdrukking van een onderliggende (structurele) kwetsbaarheid. De depressieve episode zelf is dan niets anders dan een meer of minder tijdelijke intensivering van de onderliggende kwetsbaarheid, bijvoorbeeld ten gevolge van stress.

Vooraf het dispositiemodel van de relatie persoonlijkheid-depressie is invloedrijk. De aantrekkelijkheid ervan schuilt vooral in het feit dat het een etiologische verklaring kan geven van de depressie bij een bepaald individu en daarmee een context verschaft waarin de interactie tussen dat individu en zijn omgeving kan worden geplaatst (Hirschfeld c.s. 1997, in: Ormel, 1999). Hierdoor kan ook de behandeling handen en voeten krijgen.

Het grootste probleem bij het onderzoeken van de relatie tussen persoonlijkheid en depressie is contaminatie van de meting van de persoonlijkheid door aanwezige psycho-pathologie. Gedurende een depressieve episode percipiëren en rapporteren mensen hun persoonlijkheid anders dan voor en na de episode. Dit betreft vooral de persoonlijkheidstrekken op het gebied van neuroticisme, interpersoonlijke sensitiviteit en eigenwaarde.

Uit onderzoek naar de oorzaken van het ontstaan van een depressie komt regelmatig naar voren dat er wel hoofdeffecten worden gevonden met betrekking tot persoonlijkheidsfactoren, maar dat er geen interactie-effecten worden gevonden tussen persoonlijkheidsmaten, cognitieve stijl en stressoren (Sanderman 1998).

Genetische factoren

Er wordt steeds gerichter onderzoek gedaan naar de invloed van genen. Gezien het zeer technische karakter van dit onderzoek, beperken we ons op deze plaats tot enkele elementaire noties. Depressies komen in de ene familie vaker voor dan in de andere. Hierbij spelen zowel genetische clustering als gedeelde omgevingsinvloeden een rol. Bijvoorbeeld bij twee volle broers of zussen bestaat de gedeelde omgeving uit factoren waaraan zij beiden in dezelfde mate zijn blootgesteld, zoals de sociale status van de ouders, woonomstandigheden en ziekte en overlijden van familieleden. Hiernaast is er ook sprake van een unieke (non-shared) omgeving, zoals verschil in behandeling door een of beide ouders, verschillende ervaringen op school en andere persoonlijke gebeurtenissen.

Bestudering van apart opgegroeide eeneiige tweelingen geeft het beste zicht op de genetische effecten. Depressie staat gedeeltelijk onder genetische controle, waarbij de bijdrage lijkt af te hangen van de ernst van de depressie. In het algemeen kan men stellen dat hoe ernstiger de

depressie is, des te groter vermoedelijk de genetische component (McGuffin c.s. 1994, in Ormel 1998).

Er is inmiddels veel onderzoek gedaan naar de betrokkenheid van bepaalde genen, maar dit heeft voornamelijk geen definitieve gen-lokalisaties opgeleverd (Palmour 1989 in: van de Wetering & Niemeijer 1999). Waarschijnlijk bestaan er geen

specifieke 'ziekte-genen' die direct tot depressie leiden, maar is er eerder sprake van 'susceptibility genes', genen die een bepaalde kwetsbaarheid veroorzaken. Naar verwachting zullen binnen 10 jaar de genen die betrokken zijn bij bepaalde psychiatrische ziekten bekend zijn. Deze kennis zal van groot belang zijn bij erfelijkheidsvoorlichting en preventie.

Literatuur

Albersnagel, F.A., Emmelkamp, P.M.G., & Hoofdakker, R.H.van den (red.) (1998). *Depressie: theorie, diagnostiek en behandeling*. Houten/Diegem: Van Loghum Slaterus.

American Psychiatric Association (1997). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

[American Psychiatric Association (1994). *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM IV*. Washington DC: APA.]

Bouvy P.F., Nolen. (1998). Diagnostiek en beloop. In W.A.Nolen, W.A., Hoogduin, C.A.L.(red.). *Behandelingsstrategieën bij depressie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghem.

Comer, Ronald J. (1995²). *Abnormal Psychology*. New York: W.H. Freeman.

Emmelkamp, P.G.M., Hoogduin, C.A.L. & Hout, M.A. van den (1994). Angststoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie, Deel 1* (pp 204-241). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

Frankl, Viktor E. (1951). *Logos und Existenz*. Wenen: Amandus Verlag.

Frijda, Nico H. (1988/1993). *De Emoties, een overzicht van onderzoek en theorie*. Amsterdam: Bert bakker.

Hirschfeld, R.M., & Goodwin F.K. (1988). Mood disorders. In J.A. Talbott, R.E. Jales, & S.G. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hoofdakker, R.H. van den, Albersnagel, F.A., De Cuyper, H (1994). Stemningsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie, Deel 1* (pp 164-203). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J. & Grebb, Jack A. (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins

Moleman, P., Bruijn, J.A., Emmelkamp, P.M.G., Emanuels-Zuurveen, L. (1996). Behandeling van depressieve stoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie, Deel 3* (pp72-99). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Ormel, J. (1999). Depressie. De rol van levensgebeurtenissen, persoonlijkheid en erfelijkheid. In Den Boer, J.A. e.a., *Handboek stemmingsstoornissen*. (pp133-155). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Paykel, E.S. (Ed.) (1982). *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford.

Paykel, E.S., Rao, B.M., & Taylor, C.N. (1984). Life stress and symptom pattern in outpatiënt depression. *Psychol. Medicine*, 14(3), 559-568.

Ridder, Denise de (1990). *Determinanten van psychische gezondheid*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

Sanderman, Robbert (1998). Life events, persoonlijkheid en depressie. In Albersnagel, F.A., Emmelkamp, P.M.G., & Hoofdakker, R.H.van den (red.) (1998). *Depressie: theorie, diagnostiek en behandeling*. (pp.97-111). Houten/Diegem: Van Loghum Slaterus.

Tilburg, W. van (1994). Delirium, amnestische en andere cognitieve stoornissen; psychische stoornissen veroorzaakt door een lichamelijke ziekte. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie, Deel 1* (pp 55-92). Houten/ Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

Vandereyken, W., Deth, R. van (1997). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Wetering, B.J.M. van de & Niermeijer, M.F. (1999). Genetica van stemmingsstoornissen. In Den Boer, J.A. e.a., *Handboek stemmingsstoornissen*. (pp156-171). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

VRIJHEID: OP STAP MET EEN "UNBEDINGTE MENSCH"

Vrijheid is een vreemd begrip. Je kunt er alleen maar in delen, want je kunt het niet hebben. Je kunt het wel geven en ook zijn; ik bedoel vrij voor iets of iemand anders. Vrijheid is het woord dat echt bij mensen past. Zonder "Umfeld" zijn wij in een voorlopig nog oneindige en in elk geval nog altijd uitdijende "Umwelt". Ons omgeven geen hekken, en waar ze mochten staan daar trekken wij ons er niets van aan. "Verboden Toegang, artikel 460 Wetboek van Strafrecht" was zelfs voor mij als kind al een onweerstaanbare uitnodiging om het betreffende hek straal te negeren. Ik was en ben een mens, die dat ook vooral zò wil blijven. Vrijheid past bij mens-zijn als mogelijkheden bij zijn. Wie vrij is, kan dat niet verliezen. Dan is het voor je geweten en je gevoel goed dat je er bent.

Een mooi voorbeeld met vrijheid beleefde ik met mijn kleindochter van 3,5 jaar. Op een warme, mufte zondag met veel wolken, lome vermoeidheid en flink dorst loop ik met mijn kleindochter ergens in de Kennemerduinen. We zijn al veel te lang onderweg voor dappere kleine beentjes. Dat is geen opzet, maar op een of andere manier verdwaal ik overal en nergens. Lange stukken draag ik haar dus op mijn schouders. Dat is pret. Je kunt zoveel meer zien en je wordt er niet moe van. Honderduit babbelt ze met haar duizend vragen. Mijn schouders voelen hoe haar sterke spieren knellen. Net haar moeder, die had dat ook. Daar kwam je als drager niet zo ver mee. Maar goed, je bent niet voor niets opa. Dus, het is doorzetten.

Dan breekt plots de wolkenlucht open. Geel wordt goud, vaal en grijs worden blauw en groen, terwijl de wind even door een bosje wilgenstruiken gaat. Mooi, die bladeren met twee kleuren, zoals dat om kan slaan. Mijn gedachten zijn even bij Gorters "Mei" - een gedicht dat ik ooit voor een stuk uit mijn hoofd kende en waarvan de eerste regels nog niet weg geraakt zijn. Ik hoor mezelf echter tegen Rebecca zeggen: "Héé, heb je dat gezien? Dat licht op het land? En heb je het gevoeld, hoe de wind door de bomen ging?" Ze zegt "Ja".

"Weet je wat dat is?" vraag ik haar.

"Nou?" vraagt ze.

"Dat is nou vrijheid. Onthou dat maar goed. De zon op het land en de wind door de bomen dat is vrijheid". Ze herhaalt de woorden, ze proeft ze en nog eens.

Als we een paar weken later over de afsluitdijk rijden, valt er uit de asgrijs regenbui zomaar een brok goud op het woelige zwarte water van het IJsselmeer.

Er klinkt plots vanaf de achterbank "Opa?" "Ja schat, wat is er?" "Is licht op het water ook vrijheid?" "Watdachtje " vraag ik. "Ik dacht van wel" zegt ze. "Ik denk het ook" verzekert ik haar.

Weer een paar weken later lopen we samen met de hond in het park. Zij houdt de riem vast, babbelt tegen Fleur, de hond, en wijst me de weg want dit park kent ze goed. Steevast gaan we naar de schapen. Ze zegt het versje op. "Zon op het land, wind door de bomen, dat is vrijheid". "Dat heb je goed onthouden!" zeg ik, "En weet je wat? Als je dat ziet hèè, die vrijheid, dan kun je in jezelf zeggen: "En het is goed dat ik er ben!".

"En dat is vrijheid, opa, goed dat ik er ben" .

"Gaan we weer naar mama en pappa?"

"Goed", zegt ze, "maar eerst nog even hier af springen".

Vanavond belde ze mij op. "Ik dacht ik moest jou maar even opbellen, opa, euh kom je mij vanavond soms ophalen?"

"Nou, dat zal wel niet gaan, want je moet zeker eerst even slapen?"

"Ja..euh" zegt ze, terwijl ze even nadenkt of ze niet gefopt wordt.

"Maar het is goed dat jij me even opbelt, want hoe is het met je?"

"Goed, zegt ze, "ik heb met mijn zusje gespeeld, kijk, zie je haar, daar is ze" alsof ik door de lijn kan kijken.

"Ik zie het, wat leuk", zeg ik.

"Goed dat ik er ben, dat is vrijheid, hèè opa?" vraagt ze. Er komt een dikke kus achteraan.

"Zo, ik ga op het knopje drukken hoor" roept ze nog en verbreekt de verbinding terwijl ik zeg "Doe maar, dag schat".

LOGOTHERAPIE

Logotherapie is die vorm van psychologische en/of psychotherapeutische hulpverlening, waarbij de vraag naar een mogelijke bestaanszin van de cliënt centraal staan. De therapie werd in de jaren 1925-1945 ontwikkeld en klinisch gevalideerd door de psychiater-neuroloog prof.dr. Viktor Emil FRANKL. In 1990 is de methode volgens de Oostenrijkse Wet op de psychotherapie opnieuw Wetenschappelijk getoetst en als zodanig erkend. Het concept van de Logotherapie berust op de erkenning dat ieder mens een uniek geestelijk wezen is.

Dat wezen, dat er ten diepste en ten laatste naar streeft om zichzelf en het eigen bestaan in een zinvol verband te begrijpen. Dit 'begrijpen' is zowel intuïtief, cognitief, experiëntieel als gedragsmatig.

Waar de mens daar niet in slaagt, ontstaat gemakkelijk een 'existentiële frustratie'. Deze frustratie is de voedingsbodem voor allerlei psychische, somatische en sociale stoornissen.

Voorbeelden hiervan zijn allerlei neurosen, depressiviteit, criminaliteit en verslaving. Maar ook het omgekeerde geldt: door een hervonden zinvol bestaan, ontstaan de energie en de moed om psychische, somatische en/of sociale hindernissen te overkomen en om te zetten in geestelijke gezondheid, flexibiliteit en motivatie. Daar ligt dan ook het doel

van de Logotherapie. Bovendien heeft deze integratieve psychotherapeutische methode ruimte voor alle persoonlijke kwaliteiten en erkent de methode uitdrukkelijk de waarde en betekenis van de persoonlijke levensovertuiging van de hulpvragende. FRANKL's inzet voor een rehumanisering van het post-moderne mensbeeld in de psychotherapie en het ontwerpen van een praktisch op elk gebied bruikbare methode van nuchtere medemenselijkheid in de hulp- en zorgverlening, leidde in 1989 tot de start van het Nederlands Instituut voor Logotherapie.

ZWAAR WEER OP KOMST ?

IS HET EEN DIPJE OF EEN DEPRESSIE . . . ? PREVENTIEPROJECTEN VOOR JONGEREN.

In een grote landelijke campagne werkten vele organisaties samen in de Nederlandse versie van de dag van de gezondheid, uitgeroepen door de World Federation of Mental Health. Volgens poldermodel gingen cliënten- en familieorganisaties, vertegenwoordigers van de Vereniging GGz Nederland en zelfs de Zorgverzekeraars samen in de Stichting Dag voor de Geestelijke Volksgezondheid met de geldschieters van het Ministerie van VWS en het nationaal Fonds Geestelijke Gezondheid. De dag, 10 oktober 2000, stond in het teken van de preventie van depressie onder jongeren. En er is werk van gemaakt: met als blikvanger een zeer professioneel opgezette internet site (www.zwaarweer.nl). De hele campagne is voorbeeldig opgezet en zal naar verwachting internationaal de aandacht trekken.

Willem van der Mee

DE DAG VAN DE GEZONDHEID, OOK IN NEDERLAND

Jaarlijks wordt in zo'n 55 landen op de 10^e oktober een speciale dag gehouden om de geestelijke volksgezondheid te bevorderen door middel van pu-blieksvoorlichting. Met name in de Verenigde Staten, Engeland en Australië is de dag tot nationale proporties uitgegroeid. Op verzoek van de minister van VWS werd in 1996 door het Trimbos Instituut onderzocht of er in Nederland animo bestond voor het organiseren van een World Mental Health Day. Eensgezind onderschreven vertegenwoordigers uit alle geledingen van de Geestelijke Gezondheidszorg dit idee. Ook in Nederland is er immers bij het grote publiek nog veel onbekendheid met psychische aandoeningen. Daarnaast is één van de doelstellingen van de dag het bevorderen van de samenwerking in de sector geestelijke gezondheid.

Ons land deed inmiddels voor de vierde keer mee aan het initiatief van de World Federation of Mental Health. De eerste drie thema's waren respectievelijk: 'Depressie', 'Angsten en fobieën' en 'Psychische problemen bij ouderen'.

De landelijke campagne bestond uit het verspreiden van moderne folders en posters voor jongeren, naast een folder voor ouders en leerkrachten en natuurlijk de eerder genoemde internetsite www.zwaarweer.nl. Daarnaast waren talloze lokale activiteiten opgezet: naast de haast obligate voorlichtingsbijeenkomsten en lezingen, waren er ook stands in winkelcentra en kon men gratis internetten. RIAGG Rijnmond spande wat originaliteit betreft de kroon: jongeren konden chatten met een jeugdhulpverlener over hun sombere gevoelens.

DEPRESSIE BIJ JONGEREN:

GOEDE VOORSPELLER, SLECHTE PROGNOSE

Het aantal jongeren dat lijdt aan depressie is toegenomen in de laatste twintig jaar. Zo'n twee procent van de kinderen tot elf jaar is depressief. Acht procent van de pubers tot 15 jaar maakt een depressieve episode door, meisjes vaker dan jongens. Een en ander is uit verschillende grote internationale onderzoeken naar voren gekomen; nog nooit was een zo duidelijke stijgende lijn over een korte periode waar te nemen. De gemiddelde duur van een depressieve periode is negen maanden en de kans op herhaling is groot. Maar liefst 40% van de depressieve jongeren krijgt binnen twee jaar opnieuw te maken met een depressieve periode, binnen 5 jaar loopt die kans op tot 70%. Naast deze grote kans op herhaling is een depressie ongunstig vanwege de effecten die het kan hebben op de langere termijn. Er zijn duidelijk negatieve gevolgen voor de sociale contacten, voor succes in school en werk, evenals voor het gevoel van eigenwaarde. Een depressie verhoogt bovendien het risico op suïcide. Depressieve jongeren vertonen meer gedragsproblemen en drugs- en alcoholmisbruik. Vaak springt vooral dit negatieve gedrag in het oog, waardoor de depressie moeilijk te herkennen is. Dat geldt voor meer gedrag dat als typisch 'puberaal' wordt beschouwd; het slaan met deuren, zich op de eigen kamer terugtrekken met keiharde muziek, spijbelen en lamelendig rondhangen: om normaal puber gedrag van depressiviteit te onderscheiden, dient men de duur van dit gedrag in ogenschouw te nemen. Als zo'n sombere bui langere tijd aanhoudt kan er sprake zijn van een depressie.

STEMMINGMAKERIJ EN SLECHTE TIJDEN, GOEDE TIJDEN: VOORBEELDEN VAN PREVENTIEPROGRAMMA'S VOOR JONGEREN IN NEDERLAND

De slechte prognose die depressie op jongere leeftijd heeft, vormt voldoende reden om te denken aan preventie. Kinderen met depressie blijken later nogal eens een hele carrière te maken op dit gebied. De voorkeur verdient de primaire preventie, waarbij voorkomen wordt dat zich een eerste depressieve periode bij de jongere ontwikkelt. Secundaire preventie, bij een persoon die al een depressieve stoornis heeft, is eenvoudiger: hij/zij zal eerder onderkennen dat er wat aan de hand is. Dat is een voorwaarde voor behandeling en dat is juist bij jongeren nogal eens een probleem, hun onafhankelijkheidsstreven maakt dat ze niet graag toegeven dat zij volwassenen nodig hebben.

In Nederland werd het eerste preventieprogramma voor jongeren opgezet in de regio Nijmegen. Op basis van het Amerikaanse model van Lewinsohn is een nieuw project opgezet, bedoeld voor jongeren van vijftien tot achttien/negentien jaar, met een meer dan gemiddelde last van depressieve klachten. Het niveau van depressieve klachten wordt vastgesteld met behulp van Beck's Depression Inventory (BDI), waarbij gekeken wordt of deelname aan de cursus geïndiceerd is, of verwijzing naar andere professionele hulp. Kern van het project is de cursus "Stemmingmakerij" die als doel heeft het verminderen van depressieve symptomen door jongeren controle aan te leren over hun gedachten, gevoelens en gedrag.

De schematische opzet van de cursus:

1. meer plezierige activiteiten ondernemen;
- 2a positieve cognities aanleren

- 2b positieve cognities en een grotere zelfcontrole
- 3 een grotere zelfcontrole
- 4 adequate probleemoplossende vaardigheden aanleren en een grotere zelfcontrole
- 5a adequate sociale vaardigheden aanleren
- 5b effectieve sociale vaardigheden en sociale steun.

Deze cursus, ontwikkeld voor leerlingen van de bovenbouw van Havo en Vwo, is later onder de naam 'slechte tijden, goede tijden' aangepast voor leerlingen van VBO en Mavo. Uit onderzoek naar de effectiviteit van de cursus blijkt dat de jongeren die de cursus hebben gevolgd na zes maanden vooruitgang boeken ten aanzien van depressieve klachten, het psychisch welbevinden, negatieve gedachten, het uiten van waardering voor zichzelf en het ervaren van sociale steun.

In de komende nummers van het Bulletin Logotherapie en Existentiële Analyse zal nader worden in-gegaan op achtergronden van depressie bij jongeren en zal inzicht worden gegeven in de opzet en de uitvoeringspraktijk van de bovenvermelde preventieve cursussen.

Brandt, Eveline, Stilletjes depressief. In Dagblad Trouw, 7 oktober 2000.

Sambeek, D. van & Senders, A.(1998), Preventie van depressie bij jongeren, theoretische en praktische stand van zaken. Trimbosch Instituut/ Bohn Stafleu Van Loghum: Houten.



VIKTOR FRANKL EN DEPRESSIE DIAGNOSTISCHE CLASSIFICATIESYSTEMEN

PIETER HOEKSTRA

Viktor E. Frankl leefde van 1905 tot 1997. Met zijn overlijden in 1997 is zijn leven als het ware gestold - gestolde werkelijkheid -, zoals hij het in algemene zin beschrijft in zijn artikel 'Time and Responsibility', dat we in de Nederlandse vertaling hebben opgenomen in ons Bulletin onder de titel 'Tijd en Verantwoordelijkheid' (jg.9/2, juni 1999). '(...) wanneer het zand door de nauwe opening van het verleden is gelopen, wordt het onbeweeglijk, alsof het behandeld is met een hardend materiaal, of liever een conserverende stof. In het verleden is alles voor eeuwig vastgelegd.' Tijdens het leven van elk mens zijn er dergelijke stollingsmomenten aan te wijzen. In positieve zin

schrijft Frankl daar over in het bovengenoemde artikel. De wetenschapper zou misschien het liefst aan de laatst uitgekristalliseerde gedachteconstructies herinnerd worden, waarbij deze denkt aan zowel de lezer als de toegesprokene. De feitelijke situatie is dat we eerst volop in ontwikkeling zijn, daarna treedt er gewoonlijk een fase op van consolidatie. Misschien beweegt de stroom onder het vast geworden oppervlak nog licht, maar het wordt dikker en trager; daarmee -als het goed- is constanter en meer hanteerbaar. Ook voor Viktor Frankl geldt dit. Al in de '20^{er} jaren van de twintigste eeuw is hij met schrijven begonnen, waarbij zijn eerste bijdrage aan de

psychotherapie door prof. Sigmund Freud zelf werd uitgelokt en gepubliceerd. In de 30^{er} jaren begint Frankl's denkkader vaste vorm aan te nemen. Direct na de Tweede Wereldoorlog wordt zijn literaire productiviteit in zijn vakgebied en voor de leek snel groter en constant. We zouden kunnen zeggen dat in dit opzicht de jaren 1945-1965 de jaren zijn van ontwikkeling en consolidatie. Begrippen als paradoxale intentie zijn al van voor de oorlog, maar krijgen nu hun grote verband in de door Frankl ontwikkelde en toegespitste antropologie. De jaren na 1965 - Frankl is dan al spoedig de zestig voorbij - betekenen een nadere consolidatie en dat is de tijd dat de 'boodschap' verder gedragen kan worden, zowel door hem zelf als door zijn leerlingen.

*ICD**. In 1948 publiceerde de World Health Organisation (WHO) de eerste editie van de *International Classification of Diseases* (ICD). Dit coderingssysteem werd indertijd door de WHO ontwikkeld, slechts met het doel internationale overeenstemming te bereiken over sterftcijfers. In aanvang was het een opsomming van termen. Pas in de ICD-2 begint men met een nomenclatuur. De meest recente versie is ICD-10. Vooral hoofdstuk V is van belang voor werkenden in de GGZ en aanverwante beroepsgroepen. Dit V⁶ hoofdstuk is daarmee grotendeels vergelijkbaar met de DSM-IV, waarbij de DSM-IV de ICD-10 coderingen onder de eigen codering noemt. De in ontwerp zijnde ICD-10-CM zal waarschijnlijk niet voor 2003 beschikbaar komen.

*DSM**. De eerste editie van de American Psychiatric Association's *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* verscheen in 1952. Het was het eerste officiële handboek voor psychische aandoeningen die een glossarium van beschrijvingen van diagnostische categorieën omvatte. In die tijd klonk de invloed van Adolf Meyer's psychobiologische benadering nog sterk door, waarin de gedachte dat psychische aandoeningen reacties zouden zijn van de persoon op psychische, sociale en biologische factoren dominant is. In 1968 verschijnt de tweede editie van DSM - daarom DSM-II genaamd. De classificatie wordt nu gebaseerd op de classificatie van psychische aandoeningen van de achtste revisie van *International Classification of Diseases* (ICD-8) die in hetzelfde jaar verschijnt. De term 'reactie' is nu verdwenen; de term 'neurose' blijft nog wel gehandhaafd, maar verder worden diagnostische termen gebruikt die niet meer rechtstreeks ontleend zijn aan een specifiek theoretisch kader of school. De nieuwste versie is overigens DSM-IV-TR™ (2000).

Duidelijk mag zijn dat Viktor Frankl weinig gemeen heeft met de psychobiologische benaderingswijze van Meyer en als in 1968 de DSM-II ingevoerd wordt heeft Frankl de bulk van zijn werk al geschreven. Daarmee zijn deze twee internationaal breed aanvaarde diagnostische classificatiesystemen eigenlijk buiten het werk van Frankl gebleven. Immers - geschreven werk is in zekere zin dubbel gesteld. Verderop in onze eigen ontwikkeling worden we nog altijd

geconfronteerd met onze vroege (wetenschappelijke) producten. In ieder geval zijn latere ontwikkelingen hooguit 'impliciet' in ouder werk aanwezig. Als deze gedachten later breder gedragen worden noemen anderen ze misschien 'profetisch'. Bij Frankl zijn meerdere momenten aanwijsbaar die we een dergelijke waardering kunnen geven. Feit blijft dat Viktor Frankl in zijn oeuvre niet kon werken met de vigerende coderingssystemen ICD-10 en DSM-IV (ondertussen TR - text revision). Een eerste poging daartoe is ondernomen door dr. E. Lukas (1986, 1998). Zij heeft in kaart gebracht, in de uitgave van 1998 op basis van de ICD-10 coderingen, welke aandoeningen we tegenkomen in het werk van Frankl. Helaas vinden we daar geen literatuurverwijzingen. Dat zou een boekwerk op zich vormen en het is zeker de moeite waard een dergelijke uitgave te overwegen. Het is evenwel niet de bedoeling van dr. Lukas een concordantie te leveren op ICD-10 en de Frankliana, maar slechts om de student in de logotherapie/existentieel analytische psychotherapie bekend te maken op welke terreinen van de psychopathologie deze benadering in ieder geval toepasbaar geacht mag worden, uitgaande van de stichter en pionier van de Derde Weense School.

Het is niet onze pretentie de gesignaleerde lacune in de publicatie van dr. Lukas op te vullen. Door onze concrete vraag waar in zijn publicaties Frankl nu spreekt over 'depressie' in zijn werk hebben we voor dit - op zich al weer immense veld - geprobeerd iets boven tafel te krijgen. Frankl zelf gebruikt meestal de term 'neurose' en in zijn 'Theorie und Therapie der Neurosen' (1956) geeft hij de würdungs- und wirkungsgeschiede van dit woord aan. Met de lijst van Lukas worden we al verder geholpen. Wat bij Lukas evenwel ontbreekt zijn de, in de westerse wereld breed gebruikte, DSM-IV coderingen.

Hiermee komen wij direct terecht bij de opzet van deze bijdrage. Deze bestaat uit de volgende elementen:

- a. Een doorsnee van het werk van Viktor Frankl, waarin depressie voorkomt (waarvan het eerste deel in dit nummer; in het decembernummer de afronding, met conclusies en literatuurlijst)
- b. Twee gedeelten uit 'Theorie und Therapie der Neurosen', in de Nederlandse vertaling op basis van de 8^{ste} oplage (1999) en een gedeelte uit 'Die Psychotherapie in der Praxis' (1986, 1997) (in de komende nummers)
- c. Een bewerking van het overzicht van dr. E. Lukas, waarbij de ICD-10 coderingen nu aangevuld worden met de DSM-IV-TR coderingen en hier en daar een bijstelling. (december 2000)
- d. Een lijst met de ICD-10 coderingen, voor zover we die, op basis van het bovengenoemde overzicht, onbenoemd tegenkomen in Frankl's werk. Voor het overzicht in de drie talen die voor ons in de studie van het werk van Frankl belangrijk zijn: onze eigen taal en de twee talen waarin Frankl zelf zijn werken geschreven heeft, namelijk Duits en Engels. In één oogopslag kunnen we dan vaststellen dat 'Alpträume' in onze taal 'nachtmerries' heten. (december 2000)

De laatste twee componenten zijn breder dan het ons gestelde doel om dieper op de depressie bij Frankl in

te gaan. Wij menen echter hiermee een stukje gereedschap te kunnen bieden aan ieder die geïnteresseerd is dieper op het werk van Frankl in te gaan, of het nu is voor wetenschappelijke doeleinden

of voor een grondiger praktijkbeoefening in Logotherapie en Existentieel Analytische psychotherapie.