

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

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 27,50- 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 7,-.

Deze verplichting geldt niet onze donateurs.

Abonnementkosten 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 aanverwante
beroepen), of zich daarop voorbereiden, en die willen uitgaan
van een positieve antropologie, zoals deze door Viktor E. Frankl
en anderen is ontwikkeld en gevalideerd. Een integratieve bena-
dering 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

Man's hand in the beginning and in the end of life. This caught my attention lately. The legislation on euthanasia in the Netherlands has worldwide taken interest, being the first country in the world having a law which permits patients and their medical doctors to end patients life with an active form of euthanasia. As a matter of fact, the *eerste kamer* in the Dutch parliament, which is the senate, must still confirm the new legislation. Willem J. Maas mentions the subject in his article in which he shares his encounters with people in situations of an irreversible fate. In the helping professions, e.g. psychotherapy we tend to a reactive attitude instead of an active one as taking an ethical position.

The other side of life is every day an hot item and that's why we get used to it: the eugenetics. The oration of the new professor at Erasmus University in Rotterdam - Heleen J. Pott - didn't get as much attention as the above mentioned matter, but the matter is nevertheless of great importance. Prof. Pott starts with J.P. Sartre and his existentialism - which is by the way remarkable different in his concept of humanity than Viktor Frankl's. At oktober 29. 1945 Sartre held a public lecture named 'Existentialism is a humanism'. Humanism was after WO II and the Shoa/Holocaust the life-buoy for the European intelligentsia - a symbol of hope which would rehabilitate humanity. Sartre is 'out'. Last year Peter Sloterdijk, the German philosopher (with a Dutch family name) started - intentionally? - his 'Denkerkrieg' with his lecture 'Rules for the human park'. His question was about 'who will design the concept for the new technological improved human being of the future?' It turned out to be - especially in Germany - a tricky question. Nevertheless his questions are of the utmost importance. Prof.Pott points out that the first cyborgian elements *in man* is already transforming the condition humaine. It started with glasses and nowadays people form one integral organism with their artificial hips, pacemakers, cars and gsm's. So far prof. Pott. Eugenetics is now starting with social-relevant processes and is going faster than anyone expects. How far it will go? Always further, with no end. Again the helping professions tend to a reactive attitude instead of an active one as taking an ethical position and anticipating on new questions. To stay with the scope of this Bulletin: is it possible to save future man and woman from depression? And at what cost? The ultimate price might be the cutting down of the tree of knowledge, understood in the Buberian way ("Baum der Erkenntnis", Bulletin jg.8, nr.3). Sometimes *SF* comes forward with excellent answers or at least excellent questions.

De volledige oratie van prof.Heleen J. Pott onder de titel 'De hoeders van het zijn', uitgesproken bij de aanvaarding van het hoogleraarschap 'Kunst en samenleving in humanistisch perspectief, in het bijzonder de geschiedenis en vormen van cultuurkritiek en cultuurpolitiek', een bijzondere leerstoel ingesteld aan de Erasmusuniversiteit in Rotterdam en door de stichting Socrates van het Humanistisch Verbond is ongetwijfeld op een van de adressen aan te vragen.

Pieter Hoekstra

DEPRESSION: DISCOVERING LOGOS

drs. Merijn A.E. Merbis

Introduction

Logotherapy concerns itself with rehumanising psychotherapy. What does this mean for depression nowadays, whose treatments are often solely focused upon the bio-psycho-social factors? To answer this question, we must look at depression from various perspectives. The physiological, psychological and existential viewpoints shall be considered in this essay, according to the dimensional ontology of Frankl (1986, 1988 & 1999). This will lead to a clearer definition of depression in its totality, including the most recent scientific developments. This article will focus on the integration with logotherapy and rational emotive behavioural therapy (REBT) for the treatment of depression, giving a short synopsis of both. The therapies will not be described in detail as this does not fit in the scope of this essay. The value of logotherapy in improving the field of psychotherapy will need to be reassessed in the light of modern developments in psychology and psychiatry. The anthropological view of Frankl shall be explicated as differentiating it from any other form of psychotherapy. This view is the main contribution of logotherapy to the developing art and science of psychotherapy, for the major problem with the existing treatments for depression is that they fail to consider the existential dimension. Furthermore, the practical implications for a marriage between logotherapy and REBT for the treatment of depression shall be summarised. It must be noted here that the term depression used in this thesis is based upon the criteria of the DSM-IV (APA, 1994).

The Care and Cure of Depression

The Somatic Dimension

It is important to consider the somatic dimension as this may determine the diathesis of depression, although psychosocial factors should also be considered. Biochemical, pharmacological and neurophysiological characteristics all play a role in depression. Anomalies have been found in laboratory research relating to sleeping problems, circadian rhythms, neuro-endocrine functions, cerebral blood regulation, and glucose levels in the brain and immune system. Interestingly, about 50% of depressive patients score positive on the dexamethasone suppression test (DST), which means that no reduction in the cortisol levels can be detected in the blood. In contrast, only 10% of the healthy subjects score positive. Research has also shown that a genetic predisposition towards depression can be established (Tsuang et al., 1985).

Our concept of the aetiology of depression has changed from very simplistic models to complex ones. It is becoming increasingly evident that depression is a heterogeneous, systemic illness, involving an array of different neurotransmitters, neurohormones, and neuronal pathways. The notion that depression is the

result of a simple hereditary process or traumatic life event that ultimately leads to a single neurotransmitter deficiency is simply unsubstantiated by scientific evidence.

It is now assumed that depression may result from a complex interaction between genetic predisposition to the illness and early untoward life events such as child abuse, separation trauma or neglect. Such interactions undoubtedly induce significant changes in the central nervous system (CNS). Specifically, the neuroendocrine system (NE) is affected in depression, which consists of hypothalamic-pituitary-target endocrine gland axes. The hypothalamus secretes peptides, which are referred to as releasing or release-inhibitory hormones (i.e., corticotrophin-releasing factor (CRF) and somatostatin, respectively). These factors, in turn, stimulate or inhibit the pituitary from secreting other peptides (i.e., ACTH and growth hormone), which are released in the peripheral circulation to affect the peripheral endocrine glands (i.e., the adrenal cortex). Three main neuroendocrine systems are significantly altered in depression: HPA axis, the hypothalamic-pituitary-thyroid axis (HPT) and growth hormone (GH).

Two well-studied endocrinologic tests reflect the function of the HPA axis, and this function was found to be abnormal in many depressed patients. Fifty percent of depressed patients exhibit nonsuppression of cortisol secretion after administration of the dexamethasone suppression test (DST) (Kullin et al., 1998). Dexamethasone, a synthetic glucocorticoid, is believed to bind to the glucocorticoid receptors located in the anterior pituitary, thereby reducing ACTH secretion, and ultimately cortisol production. However, in depression, glucocorticoid receptors may become dysfunctional (Mortola et al., 1990). In another test, the CRF stimulation test, intravenous administration of exogenous CRF causes depressed patients to exhibit a blunted ACTH response compared with that in healthy subjects (Kent & Laidlaw, 1995; Stowe et al., 1997).

The alterations in the CRF system are considered an integral part of the pathophysiology of depression (Mortola et al., 1990). CRF neurons are widespread throughout the CNS, and CRF regulates and modulates multiple neurochemical systems. Therefore, it is expected that perturbations in the CRF system influence a wide array of other neurotransmitter systems, including those that utilise NE and serotonin circuits, which directly affect behaviour and mood. CRF may represent one of the links between causative factors, such as psychological trauma in genetically predisposed individuals and depressive symptomatology through its effects on the limbic system and the brain stem autonomic nuclei (Mortola et al., 1990; Stewart & Boydell, 1993).

Similar to CRF, thyrotropin-releasing hormone (TRH) is found heterogeneously distributed throughout the CNS (Spigset et al., 1997). Depressed patients exhibit several alterations in the HPT axis. There is a blunting of the

circadian rhythm of thyroid hormone secretion, with the absence of the normal nocturnal peak of thyroid-stimulating hormone (TSH) secretion (Schmidt et al., 2000). Some depressed patients demonstrate elevated TRH concentration (Miller, 1994). This hypersecretion of TRH may lead to downregulation of TRH receptors on thyrotropic cells of the anterior pituitary, which accounts for the widely documented blunted TSH response to exogenous TRH. However, this blunted TSH response is somewhat diagnostically nonspecific as it is often observed in manic and alcoholic patients as well (Mortola et al., 1990).

Growth hormone (GH) is secreted by the anterior pituitary and plays a pivotal role in enhancing somatic growth, and its secretion is stress responsive. GH secretion is under the control of 2 hypothalamic peptides: growth hormone-releasing hormone (GHRH) (stimulatory) and somatostatin (inhibitory). Depressed patients demonstrate a hypersecretion of cortisol and a blunting of the diurnal rhythm of GH secretion, especially the nighttime peak (Sachar et al., 1975 & 1976). This blunting may be due to the interrupted sleep that accompanies depression. A blunted GH response to provocative stimuli, such as stress and hypoglycaemia, has also been noted in depressed patients (Akerblom et al., 1972).

The CRF and NE systems exert wide influences on multiple regions of the CNS, as well as the periphery, via the HPA axis and the autonomic nervous system. These neurobiological perturbations may persist into adulthood, leading to a hypersensitive stress response system, which overreacts to all forms of stress in adults, including mild stress or daily life events. It is hypothesised that this hypersensitive stress response system underlies, in part, the neurobiological vulnerability to depression and anxiety. After exposure to repetitive or chronic stress, genetically vulnerable individuals likely develop mood and/or anxiety disorders. The current limitations of this theory are that many depressed patients apparently lack one of the above-mentioned risk factors (i.e., genetic predisposition or early trauma).

The new findings in the neurobiology of depression have led to a better understanding of the action of antidepressants, which may return the alterations of the CRF system back to normal. There are a wide variety of medications that are thought to act mainly by enhancing NE transmission, serotonin transmission, or both. This enhanced transmission is achieved either by modulating pre- or postsynaptic receptors and/or reducing reuptake of the neurotransmitter into the presynaptic neuron. Antidepressants vary in their relative selectivity for NE or serotonin and in their side-effect profiles, which may depend on their effect on other neurotransmitters as well. Moreover, every patient reacts differently to medication.

Common medications on the market today that treat patients with depression include: the tricyclic antidepressants (TCAs) amitriptyline, imipramine, desipramine, and nortriptyline; the selective serotonergic reuptake inhibitors (SSRIs) fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, and sertraline; and the serotonin norepinephrine reuptake inhibitor (SNRI) venlafaxine. The TCAs are older-generation antidepressants, while SSRIs and SNRIs are newer entries into the market. TCAs are said to be effective in 60% to 80% of patients (Potter et al., 1991; Baldessarini, 1989), but are known to cause troublesome side effects for some patients who

thereby are unable to tolerate extended treatment. SSRIs and SNRIs as treatment options have experienced increased use (Langreth, 1996). The clinical efficacy of SSRIs is comparable to that of TCAs, and SSRIs cause fewer side effects; however, the cost of SSRIs is substantially greater (Stark & Hardison, 1985; Doogan & Caillard, 1992; Preskorn, 1995). The SNRIs, which cost about the same as most SSRIs, have demonstrated even greater clinical efficacy and lower dropout rates than TCAs and SSRIs (Dierick et al., 1996; Lecrubier et al., 1997; Schweizer et al., 1994).

A meta-analysis is fully described by Einarson et al. (1997a; 1997b). Treatment of depressive outpatients with venlafaxine XR yielded the highest overall efficacy rate (73.7%); efficacy rates with SSRIs and TCAs were 61.4% and 59.3%, respectively. Initiating depression treatment with venlafaxine for inpatients also yielded the highest efficacy rate (62.3%); efficacy rates for SSRIs and TCAs were 58.6% and 58.2%, respectively. The dropout rate because of lack of efficacy was 4.8% for patients who took venlafaxine XR, 8.4% for those who took SSRIs, and 6.8% for those who took TCAs. The dropout rate because of adverse drug reactions was also lowest with venlafaxine XR (10.9%); with SSRIs and TCAs, the rates were 17.4% and 23.1%, respectively (Manning & Wells, 1995). The lower dropout rates with venlafaxine XR were statistically significant compared with dropout rates with SSRIs because of adverse drug reactions and with dropout rates with TCAs because of lack of efficacy.

Interestingly, one study (Stewart & Boydell, 1993) demonstrated that the SSRIs showed significant NE reuptake inhibition *in vitro* and *in vivo* in laboratory animal studies, whereas sertraline, but none of the other SSRIs, inhibited dopamine reuptake. Paroxetine was found to be third to desipramine and amitriptyline in NE reuptake inhibition *in vitro* among several antidepressants studied (Stuart & O'Hara, 1995). Another novel action of antidepressants is reduction in CRF mRNA expression and presumably CRF secretion. Therefore, antidepressants not only provide symptomatic relief of depression, but may also help in reducing vulnerability to stress via decreasing the hyperactivity of the stress response system (Stewart & Boydell, 1993). It was also demonstrated by Stewart and Boydell (1993) that a discontinuation of paroxetine in rats led to the re-emergence of alterations in CRF (increased CRF mRNA in the paraventricular nucleus) in an animal model of depression. This raised issues of the permanent nature of these depression-related changes and hence the need for lifetime treatment to prevent future relapses of the depressive illness.

Medication may be effective in treating depression, but it is also feasible that psychotherapeutic interventions can alter neurochemical aberrations. Normal sadness and pathological depression produce limbic activation (subgenual cingulate, anterior insula) and cortical deactivation (right prefrontal cortex, inferior parietal) on positron emission tomography (PET) scans (Byrum et al., 1999). Therefore, it can be postulated that treatments that target affected areas (cognitive-behavioural therapy [CBT], antidepressants [limbic/cortical areas]) should be equally effective given the functional limbic-cortical reciprocity.

Various studies have shown that a combined treatment of antidepressants, cognitive-behavioural therapy (CBT)

and interpersonal therapy (IPT) respond better than a single treatment (Beck et al., 1985). This again was corroborated by recent research. Dr. Martin B. Keller (2000) from Brown University in Providence, Rhode Island, and colleagues studied 681 patients diagnosed with chronic depression. Nefazodone was given to 226 patients in doses up to 600 mg daily, and 228 received psychotherapy twice weekly for 4 weeks, then weekly for 8 weeks. Both treatments were given to 227 patients. After only 4 weeks, the average improvements in the symptom scores for the patients were similar for the different treatment groups.

During the ensuing eight weeks, however, the combined-treatment group realised significantly larger improvement rates than the other two groups, the researchers observe. Among the patients who completed the 12 weeks of treatment, 85% of the combined-treatment group responded, compared with 52% of the psychotherapy group and 55% of the nefazodone group. Patients who received nefazodone were more likely to experience side effects than patients who did not, the investigators note, but the side effects were those commonly seen with antidepressant use - headache, dry mouth, nausea, somnolence, dizziness. It was strongly recommended that those patients with severe, chronic major depression receive a combination of structured psychotherapy and nefazodone. Future research still needs to clarify which patients at risk for chronic depression and will benefit more from combined therapy than from single therapy. The more intensive combined-treatment approach can then be reserved for those who are most likely to benefit, as this treatment is expensive.

The new discoveries regarding the "stress-diathesis model" of depression has also spurred renewed interest in the paramount role of child abuse and other early untoward life events in the pathogenesis of depression, besides the CFR and EN interactions. The long-term deleterious effects of early trauma on vulnerability to depression are well known, and child abuse is tragically a common societal problem. The identification of and intervention for such vulnerable individuals is an important goal, which should involve health professionals as well as teachers, friends, family members and the community as a whole.

The Psychosocial Dimension

In both mild and severe cases of depression, the systematic approach of CBT seems to have an important role in healing or at least managing the disturbance. Simons et al. (1986) gave 70 patients suffering from a non-bipolar depression 12 weeks of CBT, pharmaceutical therapy, CBT with a placebo, and CBT with medication. Patients that underwent CBT in all conditions demonstrated significant improvement and had less risk of relapse than those patients solely receiving medication, and this supports previous research findings by Kovacs et al. (1981). Interestingly, those patients that relapsed most frequently showed the highest scores on dysfunctional attitudes. Frankl stated that the (functional) attitude one takes towards inevitable suffering (including acceptance of this suffering) is a human triumph over the conditions and determinants of life, but certain core or irrational beliefs can seriously hamper this human capacity to respond in this manner. This point will be discussed further.

Engaging interpersonal relations is not only essential in the healthy development of the individual, but may also be an important factor in preventing depression. This is the reason that the main aim of interpersonal therapy (ITP) of Sullivan (1953) is to effectively reconnect and engage depressive patients with others and life, whether they may deal with death and grief, interpersonal conflicts, major life changes and developmental issues and/or lack of social skills. The underlying assumption of this therapy is that people have a need to establish contact with others and express affection. It is based on the theory and findings of John Bowlby (1969, 1973, & 1980). The crux of the theory is that people have a basic fear of separation and a primary need for affection.

The question is whether depression is related to dysfunctional social skills. Lewinsohn et al. (1970) and Libet and Lewinsohn (1973) observed that depressive people talk less, initiate a conversation less often, respond slower to others, and acquiesce or support others less during conversations. Other studies have shown that non-verbal language was comparable to that of non-depressive people, but depressive people induced a sense of alienation in their attempts to connect (Coyne, 1976; Hammen & Peters, 1978; Howes & Hokanson, 1979). This can further aggravate the melancholic mood. Williams (1997) suggested that depressive people expose too much of themselves too quickly, and converse about subjects that holds little interest for others. Their critical remarks about themselves and negative attitude towards themselves hamper social interaction. Moreover, those depressive patients that have an inclination towards aggression and engage in few or no pleasurable activities have less social contacts, and have a greater risk of relapsing after CBT (Jacobsen & Gollan, 1999). In IPT, one possible area of focus is improving social skills and interpersonal conflicts, especially related to communication, initiating contact and perhaps learning assertive techniques. This is done step by step without the therapist placing any pressure on the patient. Of course, irrational and demanding beliefs about the self or others can also be critically questioned (Socratic dialogue) and replaced by preferential beliefs. It seems better to first help patients see that (social) situations do not just evoke emotional reactions, but that they give meaning to the situation by their own beliefs. Once they are able to readjust their beliefs, they can alter their behaviour towards others as well.

Another aspect of depression is that humans respond to the fact that they have a depression, and in some cases the response is marked by negatively biased thoughts. In fact, Frankl (1988) points out that a patient may falsely believe that he/herself is causing the depression, and can become frustrated, guilty and self-depreciatory adding a secondary depression. According to Ellis (1994), humans have an innate proclivity to observe, compare and evaluate, including their own disturbed moods, feelings and behaviours. In the process of "musturbating" (Ellis uses this term to refer to absolutist thoughts) about their disturbance, they create a secondary disturbance. For instance, someone could be convinced that "I should not make myself anxious", and thereby create an anxiety about anxiety. In such cases, cognitive-behavioural therapy (CBT) can recommend using distraction tactics by doing useful chores or pleasant and creative activities, which Frankl called de-reflection. Activities that require some physical efforts, such as sports, yoga and dancing,

are especially recommended as this produces endorphins and release pent-up energy. It is prudent to also investigate and refute the irrational beliefs that perpetuate the condition, especially when the patient is able to detach from the irrational self-talk in the psychotherapeutic context. In fact, defocusing or de-reflection may induce the patient to feel so "good" and "relaxed" that they stop working on producing lasting transformation by changing their beliefs or philosophies; therefore, Ellis recommends that therapists use such techniques with some caution.

The Existential Dimension

Depression may not only manifest as a neurophysiological and interpersonal problem, but may also reflect an existential or spiritual struggle. Unfortunately, science has yet to ascertain the importance of this existential dimension in the treatment of depression. It can only be established that people need a *raison d'être*, and that people struggle with the meaning of life (Crumbaugh, 1968). The existential issues come forth from the lack of awareness as to what is valuable and meaningful in life, and thereby the person fails to vitally engage with life and others. This is, what Frankl called, an existential vacuum. At first, depressive patients may be willing to struggle with the question whether life is meaningful, but it may eventually lead to apathy if the actualisation of creative, experiential and attitudinal values continues to be frustrated by circumstances and, most significantly, by their own way of thinking and behaving. According to Frankl, this may lead to a noögenic neurosis. The point is that everyone is responsible themselves for discovering and actualising meaning in their lives, and the task of the logotherapist is to challenge and encourage the person to continue to wrestle with difficult questions and actualise values by performing deeds.

Rational Emotive Behavioural Therapy in a Nutshell

Rational emotive behaviour therapy (REBT) was developed first in 1955 by Dr. Albert Ellis, and is a scientifically based approach to psychotherapy (APA & worldwide accreditation) that places a great deal of stress on its thinking component, whilst also integrating the emotional and behavioural aspects of human disturbance. Psychological problems may arise from misperceptions and mistaken cognitions about what is perceived; from emotional underreactions or overreactions to normal and unusual stimuli; and from habitually dysfunctional behaviour patterns, which are perpetuated despite being cognisant of the detrimental effects. Human beings relate in complex ways to particular situations and each other that involves an integrative process of mental, emotional and behavioural factors. According to Ellis, humans have a biological tendency to believe that their desires and preferences are absolute demands, but they also have the capacity for reasoning and altering these neurotic misconceptions into more realistic ones.

Like stoicism, a school of philosophy that existed some two thousand years ago, rational emotive behaviour therapy holds that there is no valid reason for emotionally under- or overreacting to any situation, no matter what kind of negative stimuli impinge upon us. However, REBT does recognise the healthy aspect of negative

emotions that motivates humans to change their attitude or situations for the better, such as concern, sadness, annoyance, remorse, regret, disappointment, and displeasure. When certain self-defeating and unhealthy emotions are experienced (such as anxiety, guilt, shame, hurt, indifference, depression, worthlessness, or rage), usually unrealistic and illogical beliefs are added to an empirically based view. This more healthy view holds that their own acts or those of others are reprehensible or inefficient and that something would better be done about changing them. Moreover, these kinds of disturbing emotions cause unnecessary suffering, induce the central nervous system to become hyperactive, and impede the person to realise important goals that make life enjoyable. The fundamental goals are to survive, to be relatively free from pain, to be reasonably satisfied and content (in the long-term), and to pursue many more primary goals as worthwhile activities and experiences. Moreover, people are individually responsible for choosing to pursue certain goals and to alter their cognitions into more beneficial ones, so that their desires do not become absolute musts.

Rational emotive behaviour therapists first help clients clearly specify the situation antecedent (A) to the emotional disturbance, especially in regards to what the client found most problematic. Second, the emotional consequences (C) are clearly elucidated as to whether they are intolerable, inhibiting or overwhelming. Third, it is explained that not the situation but the irrational belief (B) caused the disturbed emotions. Irrational beliefs are logically inconsistent, not based on empirical reality, absolutist and dogmatic, hindrances to attaining goals, grandiose or narcissistic demands (musts) on self, others, or the world. There are four core irrational beliefs: unrealistic and absolutist expectations or demands; awfulizing (a word used by Ellis), i.e. exaggerating the negative consequences; low frustration tolerance (LFT), i.e. demands for ease and comfort; global or overgeneralised evaluations of human worth. In contrast, rational beliefs are logically consistent, flexible, preferential, and persuasive instead of coercive. Further, the therapist disputes (D) these beliefs by: cognitively and systematically questioning, refuting and challenging them; using emotional imagery (a technique through which patients learn to imagine thinking, behaving, and feeling the way they wish to); inducing them to behaviourally seek out the problematic situation or counter-propagandising activity (also known as paradoxical intention in logotherapy). Through a lot of practise and work, irrational beliefs can be uprooted and to be replaced by scientifically testable hypotheses about the self, others and the world, which are not likely to get them into future neurotic difficulties. This effective new philosophy (E) empowers clients to change thoughts, feelings, and behaviours as well as fostering unconditional self-acceptance. This above psychotherapeutic procedure is called the ABCDE model of REBT.

In disputing demands it is essential that a distinction be made between "wants" and "musts". It needs to be affirmed to the patient that the "want" or "preference" is healthy and not open to debate, but the "absolute must" is challenged. This doesn't refer to a must that is based upon a strong suggestion ("you must go to this movie"), a factual statement ("an object thrown from a height on earth must fall down") or as a preference ("I must treat my children with respect"). Frankl (1996) distinguishes

between "oughts" and "wants" or "shoulds", for the value or the possibility of realising meanings does an appeal on one's humanity, i.e. one ought to express humanness by responding freely or uniquely to this appeal. This will be elucidated further in the section exploring the anthropology of Frankl. The REBT therapist may adopt Socratic questioning, a didactic style to inform and educate the patients, a humorous style to help the clients detach from their neurotic patterns or a creative style in the form of stories, metaphors or arguments to help bring a point across. It may be questioned whether it logically follows that the situation must tailor to their desires, whether their demand is a law in the universe, and whether the consequences are beneficial for holding on to their demands.

In disputing the demands about the self, it is clarified to the patient that fallibility is common to all humans, and that we can all strive for improvement but perfection is beyond reach. It is true to say that we all have certain standards or perhaps an innate "knowledge" or capacity to evaluate what we consider good and bad, but this standard is not an absolute and what we consider good one day may be bad another day. It would be better to feel good about our selves rather than demanding to live up to a standard, which may develop as well. It is, moreover, futile to commence a battle with our weaknesses, for this only aggravates them by our obsessive focus on them. It is better to decide to cultivate a desire to improve by, for instance, mentally seeing ourselves having changed for the better or engaging in an interest or goal.

There are three aspects to disputing demands about others: Other people have free will too; nobody can control the kind of attitude that someone else may take in a situation (Frankl, 1999), and there may be negative consequences in attempting to control others. It is very easy for others to react in ways that may not benefit those around them. They may even believe that their way of reacting is good as it serves their self-interest or perhaps also the interest of other groups of people. The reason that others react in these ways is that they are most likely reacting from ignorance, stupidity, neuroticism, or utility. In disputing the demands about the world, it is clarified to the patient that life doesn't have to be any different than it is. We really only need food, water, shelter, and at certain early stages of development people may need affection. Our biological drives (such as aggression and sexuality) and needs are distinct from our desires, values and preferences.

When patients are awfulizing their condition, it is prudent to first agree on definition that "awful" is "totally bad," or "the worst thing that could ever happen". Awfulizing implies things are 101% bad; that people can't stand it. Patients are asked if anything worse can happen, and an "awfulness scale" is constructed. If something is truly very bad, it is best to acknowledge that it is very painful and normalize their reaction by informing that most people would feel the same. Encourage grieving as holding onto misery may be psychologically harmful, and it further impedes problem solving. If their discomfort is inevitable and lasting, it is still possible to find enjoyment and value in life. Patients with LFT attach to the belief that they can't tolerate pain, discomfort, or adversity. In this case, the terrorist argument can be used: "If significant others were kidnapped by terrorists demanding that you have ten panic attacks to free them, would you be able to stand it?" It is also prudent to have

patients practice the "unbearable" situation, and providing rehearsal and self-coping statements to prepare for the event.

It can also be essential to dispute self-ratings and comparisons to others. There are several arguments against such an approach towards the self: There is no way to prove one human is more valuable to the universe than another; self-worth statements are overgeneralizations; people's opinions about facts are not facts; the essence of self is beyond definition, so it is better to judge actions, traits and beliefs rather than the person as a whole; self-acceptance seems better than self-esteem. Self-esteem is "pride in oneself", which means feeling good about oneself due to good or outstanding performance, and works when things go well. However, when one does poorly, the self is condemned. It also causes worry and anxiety about one's performance, even when one is doing well. This means one is obsessively-compulsively focused on performance rather than being engaged in and losing one-self to an activity or valuable experience. Unconditional self-acceptance means that only one's actions are rated, for acts can be either good or bad; however, the person is the one who acts well or badly, but cannot be defined as good or bad. Needless to say, non self-rating is one of the hardest things to do.

Logotherapy and REBT: Changing Psychotherapy

Logotherapy is a clinically validated approach (APA, AMA & EAP accreditation), and focuses mainly on potential meanings that can be realised in the future. Frankl (1999) writes: "Logos is a Greek word which denotes "meaning". Logotherapy, or, as it has been called by some authors, "The Third Viennese School of Psychotherapy", focuses on the meaning of human existence as well as on man's search for such a meaning" (p.121). The primary motivational force in humans is a will to meaning in contrast to a will to pleasure (the pleasure principle of Freud) and the will to power (Adler's term "striving for superiority"). This is also an important distinction with REBT in that Ellis doesn't explicitly mention that the will to meaning can be considered a primary motivational force, although he does differentiate between what a person needs and what a person longs for in terms of values and goals. A logotherapist will through a Socratic dialogue and arguments nudge the client to (re-)discover meaning in their own lives in their own unique way by actualising creative, experiential and attitudinal values. This, of course, is also encouraged in REBT, but the main emphasis is to first expose and refute absolutist demands that cause neuroses. Thereafter, the patient can be encouraged to be absorbed in creative activities, engage in meaningful relations and experiences, and take on their inevitable suffering as a challenge and opportunity to change for the better, thereby uniquely colouring life with meaning. In the case that the client is neurotic, irrational beliefs can hamper a vital and meaningful engagement with life; therefore, stimulating the client to (re-)discover meaning prematurely can offer only a short-term amelioration from their existential frustration and anxiety as these obstinate beliefs can undermine the sense of meaning in life once again.

However, it must be emphasised that in logotherapy the most fundamental focus of therapy is on helping the

patient become aware of the personal freedom to respond to values and to discover meaning. Even the ABCDE model stands in service for opening the way to forge meaning in life in a personal way by responding to a particular predicament. Therefore, we live for our potential values (possibilities to perform deeds) that can only come to light by vitally engaging with life (exercising the will to meaning). REBT also recognises that humans must choose goals, values and desires and meet challenges especially in the long run, lest they fall in a kind of apathy. However, Ellis places this capacity to choose in the somatic dimension, whereas logotherapy considers choice an existential reality in lieu of a biological one. Frankl (1984) mentions that the will to meaning can be frustrated, which he called existential frustration. Existence refers to: "existence itself, i.e. the specifically human mode of being; the meaning of existence; the striving to find a concrete meaning in personal existence, that is to say, the will to meaning" (p.123). This frustration can lead to, what he called, a noögenic neurosis, which is not a conflict resulting from a clash between drives and instincts but from an existential distress or problem. Frankl, in other words, contrasts this neurosis to the kind we may find in the psychoanalytical tradition. However, logotherapy can no longer be solely differentiated from the approaches of Freud and Adler. In the present age, logotherapy can be considered a versatile vehicle capable of absorbing modern developments in psychology and medicine, and integrating this into psychotherapy as a science and a profession.

Whether this conflict is a healthy one depends entirely upon the belief system that the client adheres to. From the perspective of REBT, it would be worthwhile to investigate the emotional consequences to diagnose whether irrational beliefs play a role. If the emotions are appropriate to the situation, then one may question whether the client has a LFT or perhaps other issues play a role. After all, dilemmas, conflicts and struggling with choices are part and parcel of any human life. For example, a man who indicates that he became depressed due to the political games that are being played in the setting he works, is most probably demanding too much of himself and others. His preferences and desires have become absolutes. On the other hand, a man who indicates that he is frustrated with the same working conditions may be motivated to change jobs or his attitude to accommodate his preferences and desires as how he wants to relate to others and himself. This man does not expect the situation or others to change for the better to suit his own preferences. If this man goes to therapy, he may expect that life is without setbacks and hindrances, and this, in turn, would be an unrealistic expectation. In this light, a noögenic neurosis can be more specifically defined as a neurosis that places demands and expectations on how life must be according to personal preferences and desires. As Frankl (1984) himself stated: "...it did not really matter what we expected from life, but rather what life expected from us" (p.98). The potential meaning of the client's own existence as well as his will to meaning shall most likely become apparent as soon as the irrational beliefs are converted to more realistic ones, for this means that the patient will become aware of being in a *tragic-optimistic relation* to life or reality.

The reason that human beings can fall into a nihilistic despair is that they may not be aware for any meaning

worth living for. It is essential that patients become conscious of their freedom to take a stance and respond to values, despite their sociological, psychological, hereditary and biological conditions. Pandeterminism (Frankl, 1999) is the false belief that people are solely governed by the aforementioned conditions, and this may lead to a fatalistic attitude towards life. Since humans are not commanded by their instincts (an urge is not a command) and no longer guided by their traditions, they sense they must conform to others to belong (conformism) or that they must comply with the wishes or demands of others (totalitarianism). These collective neuroses may lead to fanaticism, with its concomitant hostility and fear.

It was already mentioned that REBT recognises that people need long-term goals and challenges to feel alive and happy. Frankl states as well that an existential vacuum can lead to boredom and distress, and this may grow worse as more and more people will not know how to occupy their free time. Frankl postulates that depression, addictions, aggression and suicide may be related to an existential vacuum. The frustrated will to meaning may be compensated by the will to power (especially making money) and the will to pleasure, which are often exclusively short-term rather than long-term goals. From the perspective of REBT, it can be added that once humans adhere to rigid demands, their focus upon life becomes very constricted, which leads to a kind of blindness for other possibilities and goals that can be realised in their lives. Since they absolutely must fulfil (often immediately) a certain restricted set of desires, they are no longer aware of other interests, experiences and challenges that they can engage in. Their focus is solely on making life or others meet their demands in lieu of forgetting their egos and losing themselves in a meaningful activity or experience.

As Ellis (1994) points out, people can get so fixated on and demanding about success, performance and superiority that they obsessively-compulsively go for certain goals rather than that of creative participation in art, music, science, invention, or other pursuits. The process of actualising or carrying out primary goals allows people to dynamically interact with others and the otherness of life. Frankl states that the personal meaning of someone's life cannot be discovered, unless there is an open and vital engagement with the world. Human beings have the potential to be self-transcendent, that is to say, directed to something or someone other than the self. Precisely, by forgetting the self through giving the self to an ideal, cause or someone to love, the self is actualised or realised. Self-actualisation cannot be an aim in itself, for by striving for it one would miss it, because it is a side-effect of self-transcendence. Additionally, the "must" in striving to actualise certain goals undermines the possibility of being vitally absorbed in an interest. REBT also holds that human aspirations and goals such as sex, love, gustatory, and meaning-oriented desires are personally motivated as well as strongly socially and environmentally influenced; and they also can be distinctly and consciously self-developed and modified (Ellis, 1962, 1973, 1976, 1988). However, Frankl places human values in the existential dimension; therefore, it cannot be stated that these are purely motivated individualistically or by the environment. This point will be discussed further as it related to his anthropological view.

Frankl (1999) states as well that part and parcel of any neuroses involves hyper-intention ("musturbating" about anxiety or performance) and/or hyper-reflection (continually focusing on the demands of the self instead of on the activity or someone else). Frankl developed the effective technique of paradoxical intention to counteract hyper-intention by encouraging the client to deliberately evoke what is feared; for example, a client who feels frightened and ashamed when blushing is told to blush with all her might. What will happen? The hyper-intention to blush will prevent the patient from blushing, just like the hyper-intention to prevent the blushing will induce the blushing. The therapist with humour preferably oversees this technique, so clients can detach themselves from their own neurosis. Essentially, Ellis has been using this same technique in REBT, and he emphasises that irrational beliefs perpetuate the secondary anxiety about anxiety or shame; hence, paradoxical intention or counter-propagandising behaviour also serves to refute these misconceptions. From the perspective of logotherapy, the human capacity for self-detachment allows patients to see the absurdity of their own anxiety and self-judgements (leading to shame), and thereby they can look beyond their own egoism or rather their own belief systems. Both hyper-intention and hyper-reflection have to be countered by de-reflection, that is to say, by being absorbed in task, mission or goal in life. This also means that patients need to learn and decide to release their absolutist demands and replace them for preferential beliefs that are oriented towards potential values in life; otherwise, it becomes likely that clients will again hyper-reflect (being demanding towards themselves).

Since we only have one lifetime to realise our potential values, it is considered of vital importance in logotherapy to impress the responsibility of clients to sculpt their own lives into something meaningful. We all can respond uniquely to the ever-changing flux of life's possibilities, and thus we can decide to what, for what or to whom we are responsible in each situation. Hence, the Frankl's (1984) maxim for logotherapy: "Live as if you were living already for the second time and as if you had acted the first time as wrongly as you are about to act now!" (p.132). This confronts clients with both the finiteness and the finality of what they make out of their lives and themselves. It is precisely due to life's transitory state of existence that we can be held accountable for actualising impermanent potentials into realities, irrevocably stored in the past even if they are not remembered. If we had an eternity, there would be no reason to actualise "dying" potentials into realities, as there would be no transitory potentials at all! Therefore, we would not be able to express our uniqueness, as everyone would have the same timeless "experience" bearing all potentials. A youth may still have to realise a lot of potentials, but an old man can reap the harvest of his past choices. He may still have potentials awaiting him in the future, but unlike the youth he has realities stored safely in the past. For this reason, it may sometimes be beneficial to look into the past to recover all the deeds, joys and sorrows of the lives of patients (especially the elderly) in order to bring awareness to the unique meaning of their lives.

It is, therefore, especially critical in logotherapy that the patient learns to actualise potentials in the situational present, see the field of possibilities in the future, and become aware of what values are stored in the past. However, Ellis (1994) warns that focussing on the past

can also be dangerous as this may feed the erroneous belief that change is impossible as the past determines the personality. People can make themselves victims of past events and developmental issues. Past experiences can further elicit old coping styles that may no longer be functional in the present; for example, winning approval from others may be crucial in childhood years, but it becomes much less important during one's adult development. Moreover, recent research has strongly illustrated that the past is to a very large degree reconstructed, and thus personal accounts are highly unreliable (Offer, D. et al., 2000). This is not to say that the past cannot have an influence in the present, but the influence is exerted in the present. It may be very difficult to alter old habits and patterns, but it is possible to challenge them, assess the strength or weakness of their validity, and replace them by more beneficial habits, interests and ways of thinking. By sacrificing the present, one in reality sacrifices the future, for the present is the past of tomorrow (Ellis, 1994).

The Anthropological View of Frankl

The problem in psychotherapy is that it may often be difficult to distinguish between the three dimensions, since one needs "lateral thinking" as it were. There are physiological feelings and drives, emotional states as consequences of cognitions in response to the fulfilment or frustration of psychosocial desires, and intentional feelings towards a referent (thus outside the individual) rooted in the existential dimension (Frankl, 1985). Moreover, how is it possible that a human being has both physiological based drives and instincts (e.g., flight, fight and freeze reactions), socially struggles to belong and gain status, and strives to actualise potential values? Do people, as Ellis, suggest hedonistically attempt to realise fundamental and primary goals or does a human being *also* require a reason to live? Frankl states that the primary motivational force of humans is the will to meaning, and this will is necessarily self-transcendent, i.e. directed towards something or someone beyond the self. This means that the spiritual aspect of a person has a central and primary role in the anthropology of Frankl.

Frankl (1986) graphically symbolises the differences and contradictions of the various dimensions in a comprehensive picture. A circle on the right page and a square on the other page can represent the opposition between Freud and Adler respectively. Now if we turn the left page to a perpendicular position, it can be determined that both the square and the circle are two-dimensional projections of a three-dimensional cylinder. We can then begin to understand that the contradictions do not deny the underlying oneness. Now if we assume that the cylinder is an open vessel, it follows that this openness disappears in the lower dimensions. In the psychotherapeutic context, it is essential to comprehend the ramifications of this anthropological model, for only in the human dimension can we possibly catch the oneness as well as the humanness of man. This spiritual dimension also contains the resources to overcome neuroses, and two capacities are most relevant for psychotherapy: self-detachment and self-transcendence. This implies another capacity that is crucial: free will or the ability to respond.

Ellis (1994) mentions that people have self-consciousness, that is to say, they can be aware of their thoughts, feelings and behaviours, and are even

conscious of the fact that they are aware of these phenomena. He elegantly refuses to define the person; any human being is too complex, for the whole is more than the sum of all the aspects of a personality. However, this evades the issue how it is feasible that humans have not only the capacity to detach from their way of thinking and behaving, but also make choices to change their ways for the better. Free will cannot be discovered in the psycho-social dimension or the mental-emotional and behavioural stream of consciousness. The patterns that appear as phenomena cannot explain the changes that humans make for the better, including altering their way of thinking and behaving. The ability to reason is not just a mental-emotional exercise, but also involves the responsibility of man. At the bottom of all humanness insofar as it is response-ability is conscience, the knowledge within to distinguish between good and bad. Reasoning doesn't just involve formal logic (known solely as a human ability), but also includes sensitivity towards values.

The meanings of good and bad change all the time for a person, for what is good in one situation is not good in another and what is good for one person is not good for another. Likewise, the meaning of good also changes over time, and what is good yesterday is no longer good tomorrow. Suffice is to say is that the personal meanings of good and bad must be distinguished from conscience itself: an intuitive faculty, which, according to my own conviction, cannot be defined in terms of these meanings and is transcendent. Conscience is always in attunement to the person, who is entangled in a concrete situation, and appeals to the ability of the person to give of the self. In addition, meanings are the means with which the spiritual person can be *indirectly* expressed within phenomena. Furthermore, meanings are experienced relatively or rather uniquely to the person. In my view, meanings can be both realised within as well as in the world; therefore, meanings are experiential deeds and phenomenological actualities. For example, love is both experienced uniquely within as well as with another person, and as a meaning it is transcendent to both persons or trans-subjective (Allers, 1961). There is both a personal intention (i.e., choice) to love another and an appeal to love from the presence of the other person.

As Frankl (1985a) noted: "Human existence - at least as long as it has not been neurotically distorted - is always directed to something, or someone, other than itself - be it a meaning to fulfil or another human being to encounter lovingly" (p.78). One way to experience meaning is to fulfil may be the attitudinal value of someone accepting a chronic ailment, and seeing it as a challenge to make the best of life in lieu of falling into a depression. Self-transcendence may also be expressed as, what Frankl (1996) called, a noö-psychosomatic antagonism, i.e. the capacity to take a stance for or against one's own psychosomatic vehicle and determinants. After all, spiritual person can be expressed *through* the somatic vehicle by means of emotional and mental processes; therefore, the person is also able to stand in relation to the somatic and psycho-social dimensions of the personality without losing the totality of all the dimensions.

In the case of depression, the sense of self-depreciation is experienced in a uniquely human fashion as a noö-dynamic tension between what the person is and what the person ought to be (Frankl, 1986). The depressive

patient exaggerates this gap between the self in the present and the ideal in the future, thereby creating the sense that there is no future to live for. The demand to be the ideal self is not only an irrational belief, as Ellis would suggest, but is based upon a narcissistic desire rather than a response to a value. A human being may experience being pushed by his instincts and drives, but values always exercise a pull leaving the person with the *choice* to respond for the value. For example, someone may be pushed or urged to use another person to reduce tensions created by libidinal or aggressive instincts, but the person may also choose to love another human being. In fact, only to the extent that sex becomes integrated as a physical expression of love is it a really rewarding experience (Frankl, 1985b). A value does not urge, demand or push as psychophysiological needs, drives and instincts do; therefore, values are rooted in the spiritual dimension, not the somatic and psychosocial dimensions. In this sense, it can be said that in each moment a human being is both a question and answer, a 'yes' and a 'no', i.e. humans can take a stance for or against their psychosomatic expressions and can respond for or against specific values. Choosing not to respond to values means that people are left with only urges to satisfy, and sometimes only the pain of existential despair can trigger a serious questioning process as where their priorities ought to lie.

A meaningful treatment for depression

Depression is not just a diagnostic set of symptoms (APA, 1994), but also a multidimensional mood disorder that has somatic, psychosocial and existential components. Moreover, humans are complex beings that respond to situations, encounters and challenges in many different ways, which involves behavioural, emotional and cognitive processes. These are, in turn, interrelated in such a way that they can be considered as one process as it becomes nigh impossible to distinguish them in the act of responding itself. These three processes that appear as an integral responding pattern easily influence and are influenced by neurophysiological processes such as occurring in the central nervous system, the autonomic nervous system and the immune system. Therefore, any treatment of depression must consider the various dimensions of depression, and also take into account the intricate array of possible influences and interrelations.

The Somatic Dimension

There seems to be a scientific consensus that medication is required for severe and reoccurring depression, and that this needs to be administered by or at least under the supervision of preferably a psychiatrist or general practitioner. A genetic diagnosis, biochemical imbalances, and neurophysiological aberrations may all determine depression; therefore, we can conclude that the somatic component is a crucial consideration in the treatment of depression. However, studies have shown that cognitions, feelings, and behaviours also play an important role in severe depression. Keller et al. (2000) have demonstrated that the best known treatment protocol is 600 mg of nefazodone daily, 2 sessions per week of CBT for 4 weeks, and 1 session per week of CBT for 8 weeks. For mild depression the medication may be omitted, unless the risk of relapse is known to be high.

Besides CBT, REBT is also recommended for the psychological treatment of depression. It has many similarities with CBT, but that are also some main differences that may be important to explicate. First of all, REBT encourages a philosophical approach that is nondependent and nonconformist in orientation; therefore, it has a reserved stance towards operant conditioning and social reinforcement as the patient may be inclined to please the therapist. Second, REBT is more inclined to penalise dysfunctional behaviours, like addictions, as the immediate pleasure may be greater than any reward for reinforcing abstinence. Third, REBT more strongly favours in vivo desensitisation, especially for patients who needlessly fear certain situations or clients that have LFT. Fourth, it uses implosive therapy, flooding and exposure methods more readily than CBT, as these techniques will undermine irrational beliefs concerning anxiety and LFT. Fifth, REBT will first dispute irrational beliefs before commencing skill training procedures such as assertion training, interpersonal relating, and sex proficiency, so the REBT approach has a more philosophical emphasis (Ellis, 1994).

The Psychosocial Dimension

It can be assessed from research studies that the interpersonal interactions and psychosocial events play a crucial role in triggering and perpetuating depression. However, it seems implausible that social skills and events are in themselves the cause for the depression; instead, certain misconceptions may evoke sombre feelings and dysfunctional behaviours in relation to specific situations (including interpersonal interactions). Hence, REBT is recommended as the standard approach, while still maintaining the same goals as IPT. There are four possible areas that may be relevant for the client: mourning for loss or death, interpersonal conflicts, major life changes and developmental issues and/or lack of social skills. In one or more of these four areas, irrational beliefs play a role in hampering patients from adequately relating to themselves, others and the world around them. Their own absolutist demands induce clients to conceivably become self-depreciatory, guilty or judgmental to others and non-proactive towards life. A major problem is that these irrational beliefs hinder clients from being aware of the unique value of each of their personal relations and friendships. Additionally, it needs to become clear to depressed patients that a loss of a loved one and the possible lack of love from significant others does not mean that they cannot love or care for themselves or other people. Likewise, it is better to concentrate on their self-respect, and only win approval for practical reasons if the situation calls for it. Love emerges as one refrains from evaluating the self, others or life as a whole. Moreover, being uniquely a person is beyond definition, except to voice Frankl's anthropological view that any human is a singular, irreplaceable, multidimensional and ever-new expression of coming into being.

The Existential Dimension

The determinants of depression are somatic, family background and/or traumatic events; however, there is no reason to develop a depression about a depression or to become depressed about particular situations. REBT

holds that human beings have the innate proclivity to alter their preferences, desires and values into absolute demands, but they also have the inherent capacity for reasoning enabling them to weed out these demands. One reason that humans may, at times, be lacking in awareness as to the personal meaning in their lives is that they sustain irrational beliefs, and it is their responsibility to change their way of thinking and behaving. The other reason humans may lack this awareness is that they do not engage in an open and vital relation with the outside world. Again they are responsible for discovering meaning in their personal lives by relating to the outside world in their own ways, thereby realising potential values. It becomes very difficult or perhaps impossible to cultivate a value-oriented desires if one misconceives them as absolutist "musts", for this leads to hyper-reflection (absorbed solely on one's own demands) and, of course, hyper-intention. Naturally, one is no longer geared to the possibilities of life, and a sense of apathy sets in. This eventually leads to, what Frankl called, a noögenic neurosis. Therefore, part and parcel of any meaningful treatment of depression challenges and empowers patients to take responsibility for their way of thinking and behaving as well as for engaging with life and responding to values in a vital and open way. This will lead to them to discover their own personal meanings and potentials in life.

Conclusion

It may be concluded that any humane approach to the treatment of depression emphasis that any human being strives for meaning in their lives, even in spite of individual conditions and situations. The main psychotherapeutic goal may be to eliminate depression or at least help the client cope with this mood disorder, but this serves the purpose of opening the way for the patient to discover meaning by actualising creative, experiential and attitudinal values. In order for any human being to discover meaning, there must be a vital participation with the outside world combined with flexible attitude towards their value-oriented desires. It is proposed in this essay that both logotherapy of Frankl and rational emotive behavioural therapy of Ellis are used in conjunction for a meaningful treatment for depression that integrates the somatic, psychosocial and existential dimensions of depression. REBT proposes to alter absolutist thoughts to preferences of the individual, and logotherapy encourages the psycho-therapist to appeal to the values of the patient. The combination of these two approaches facilitates a vital and open relation with the self, others and the world. By appealing to the responsiveness of humans and weeding out irrational beliefs, this vitality and sense of meaning can be expressed through the somatic and psychosocial dimensions. This means that the tragic-optimistic or, for that matter, realistic anthropology of Frankl re-emerges intact in a different light according to the spirit of modern times. Therefore, it is essential that logotherapy continues to affirm this anthropology in the light of current neurophysiological research and newly developed strategies of psychological treatment.

References

- Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. New York: Greenberg.
- Akerblom H.K., Forst R. & Piirainen K. (1972). Emotional factors, control of diabetes and diurnal variations of circulating growth hormone in diabetic children. *Israel Journal of Medical Sciences*, 8(6), 876.
- Allers, R. (1961). Ontoanalysis: A new trend in psychiatry. *Proceedings of the American Catholic Philosophical Association*, p.78.
- American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition, Washington DC: APA.
- Baldessarini R.J. (1989). Current status of antidepressants: clinical pharmacology and therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 117-126.
- Beck, A.T., Hollon, S.D., Young, J.E., Bedrosian, R.C., & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142-8.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1988): *A secure base*. U.S.A: Basic Books, a member of Perseus Books Group.
- Byrum C.E., Ahearn E.P. & Krishnan K.R. (1999). A neuroanatomic model for depression. *Progressive Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 23(2), 175-93.
- Coyne, J.C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-93.
- Crumbaugh, J.C. (1968). Cross-Validation of Purpose-in-Life Test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*, 24, 74.
- Dierick M., Ravizza L., Realini R., et al (1996). A double-blind comparison of venlafaxine and fluoxetine for treatment of major depression in outpatients. *Biological Psychiatry*, 20, 57-71.
- Doogan D.P. & Caillard V. (1992). Sertaline in the prevention of depression. *British Journal of Psychiatry*, 160, 217-222.
- Einarson T.R., Addis A. & Iskedjian M. (1997a). Pharmacoeconomic analysis of venlafaxine in the treatment of major depressive disorder. *Pharmacoeconomics*, 12(2, pt 2), 286-296.
- Einarson T. (1997b). Pharmacoeconomics applications of meta-analysis for single groups using antifungal onychomycosis lacquers as an example. *Clinical Therapy*, 19, 559-569.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotional in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill.
- Ellis, A. (1976). *RET abolishes most of the human ego*. *Psychotherapy*, 13, 343-348. Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A. (1988). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything yes, anything!* Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: A comprehensive method of treating human disturbances*. New York: Birch Lane Press.
- Frankl, V.E. (1984). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Frankl, V.E. (1985a). *The unconscious God*. New York: Washington Square Press.
- Frankl, V.E. (1985b). *The unheard cry for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Frankl, V.E. (1986). *The doctor and the soul*. New York: Vintage Books.
- Frankl, V.E. (1988). *The will to meaning*. New York: Meridian.
- Frankl, V.E. (1996). *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. Göttingen: H. Huber.
- Frankl, V.E. (1999). *Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse*. Stuttgart: Uni-TB. GmbH.
- Hammen, C.L. and Peters, S.D. (1978). Interpersonal consequences of depression: responses to men and women enacting a depressed role. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 322-32.
- Howes, M.J. and Hokanson, J.E. (1979). Conversational and social responses to depressive interpersonal behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 625-34.
- Jacobsen, N. & Gollan, J. (2000). Personality styles predict those at risk for recurring major depression. Available: <http://www.washington.edu/newsroom/news/1999archive/11-99archive/k111299b.html>.
- Keller, M.B. et al. (2000). A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *New England Journal of Medicine*, 342 (20):1462.
- Kent L.S.W. & Laidlaw J.D.D (1995). Suspected congenital sertraline dependence (letter). *British Journal of Psychiatry*, 167, 412-413.

- Kovacs, M., Rush, A.J., Beck, A.T., & Hollon, S.D. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38, 33-39.
- Kulin N.A., Pastuszak A., Sage S.R., et al (1998). Pregnancy outcome following maternal use of the new selective serotonin reuptake inhibitors: a prospective, controlled, multicenter study. *JAMA*, 279, 609-610.
- Langreth R. (1996). High anxiety: rivals threaten Prozac. *Wall Street Journal*, May 9, B1-B2.
- Lecrubier Y., Moon C.A.I., Schifano F., et al (1997). Efficacy of venlafaxine in depressive illness in general practice. *Acta Psychiatria Scandinavica*, 95, 485-493.
- Lewinsohn, P.M., Weinstein, M.S., & Alper, T.A. (1970). A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: a methodological contribution. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 525-32.
- Libet, J. and Lewinsohn, P.M. (1973). The concept of social skill with special reference to the behaviour of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 301-12.
- Manning W. & Wells K.B. (1995). How can care for depression become more cost-effective? *JAMA*, 274, 1931-1934.
- Miller L.J. (1994). Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. *Hospital Community Psychiatry*, 45(5), 444-450.
- Mortola J.F., Girton L., Beck L., & Yen S.S.C (1990). Diagnosis of pre-menstrual syndrome by a simple, prospective, and reliable instrument: the calendar of pre-menstrual experiences. *Obstetric Gynecology*, 76, 302-307.
- Offer, D. Kaiz, M., Howard, K. I., Bennett, E. S. (2000). The altering of reported experiences. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(6):735-742, June 2000.
- Potter W.Z., Rudofe M.V. & Manji H. (1991). The pharmacologic treatment of depression. *New England Journal of Medicine*, 325, 633-642.
- Preskorn S.H. (1995). Comparison of the tolerability of bupropion, fluoxetine, imipramine, nefazodone, paroxetine, sertraline and venlafaxine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 12-21.
- Sacher, E.J. ed. (1975). *Hormones, behavior, and psychopathology*. New York: Raven Press.
- Sacher E.J., Roffwarg H.P., Gruen, P.H., Altman N. & Sassin, J. (1976). Neuroendocrine studies of depressive illness. *Pharmakopsychiatrie Neuor-Psychopharmakologie*, 9(1), 11-17.
- Schmidt K., Olesen O.V., Jensen P.N. (2000). Citalopram and breast-feeding: serum concentration and side effects in the infant. *Biological Psychiatry*, 47, 164-165.
- Schweizer E., Feighner J. & Mandos L.A. (1994). Comparison of venlafaxine and imipramine in the acute treatment of major depression in outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 104-108.
- Simons A.D., Murphy G.E., Levine J.L., Wetzel R.D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-50.
- Spigset O., Carleborg L., Ohman R. & Norstrom A. (1994). Excretion of citalopram in breast milk. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 44, 295-298.
- Stark P. & Hardison C.D. (1985). A review of multicenter controlled studies of fluoxetine vs imipramine and placebo in outpatients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46(3, pt 2), 53-58.
- Stewart D.E. & Boydell K.M. (1993). Psychological distress during menopause: associations across the reproductive life cycle. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 23, 157-162.
- Stowe Z.N., Owens M.J., Landry J.C., et al (1997). Sertraline and desmethylsertraline in human breast milk and nursing infants. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1255-1260.
- Stuart S. & O'Hara M.W. (1995). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression -- a treatment program. *Journal Psychotherapy and Practical Research*, 4, 18-29.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: WW Norton.
- Tsuang, M.T. & Winokur, G. (1996). *The Natural History of Mania, Depression, and Schizophrenia*. Washington DC: American Psychiatry Press.
- Williams, J.M.G. (1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford University Press Inc., New York.

DEPRESSIE VEROOorzaakt VAAKST WAO

AMSTERDAM - Depressies staan bovenaan in de top-tien van oorzaken die leiden tot een arbeidsongeschiktheid. Uit een telling van het GAK, gepubliceerd in het bedrijfsblad *Netwerk*, blijkt dat vorig jaar tien procent van de nieuwe arbeidsongeschikten vanwege depressies werd afgekeurd. Reden nummer twee is overspannenheid.

De derde oorzaak ligt voor mannen en vrouwen anders. Borstkanker staat bij vrouwen van veertig jaar en ouder op nummer drie. Bij jonge vrouwen is dit een whiplash. Voor mannen, zowel jong als oud, is een hernia de derde reden om afgekeurd te worden.

Het GAK, de grootste uitvoerder van de WAO, keerde vorig jaar bijna 50.000 nieuwe WAO-uitkeringen uit. Bijna een kwart van alle afgekeurden kampt met psychische klachten. Van de vrouwen onder de veertig jaar is dit 34%. Tot voor kort was het moeilijk een exact inzicht te krijgen in de reden waarom mensen afgekeurd worden. Sinds kort is het mogelijk om per bedrijf, sector of bevolkingsgroep een lijst samen te stellen van de meest voorkomende WAO-oorzaken.

Op de lijst met meest voorkomende WAO-oorzaken bij jonge mannen staan psychische problemen die te maken hebben met drugs- en alcoholmisbruik, hoog genoteerd, signaleert het onderzoeksverslag.

SOMBERE DAGEN ZETTEN MINDER AAN TOT ZELFDODING DAN ZONNIGE

Volgens de CBS-gegevens wordt zelfmoord het meest gepleegd in het voorjaar en in de zomer. Daarmee regent het Centraal Bureau voor de Statistiek af met de volkswijsheid dat suïcide het meest plaatsvindt als de blaadjes van de bomen vallen. In de maand maart worden de meeste zelfmoorden gepleegd en wel tien procent meer dan gemiddeld. In december hebben de minste zelfmoorden plaats - tien procent minder dan gemiddeld. Ook wordt voor het CBS zichtbaar dat mannen in het geval van zelfdoding meer seizoengevoelig zijn dan vrouwen. De jaren 1988-1998 geven een overeenkomstig beeld.

In 1998 vonden bijna 5.000 mensen een niet natuurlijk dood. Bij iets meer dan 1.500 van hen werd zelfmoord vastgesteld.

In de leeftijd tussen 10 en 25 jaar is een verkeersongeluk doodsoorzaak nummer één - zelfmoord neemt een tweede plaats in. Van 25-40 jaar is voor zowel mannen als vrouwen zelfmoord de eerste doodsoorzaak. Eén op de vijf sterfgevallen bijna betreft een zelfdoding. Na de 40 krijgen natuurlijke doodsoorzaken de overhand.

Het CBS ziet daarmee de zelfdoding niet als een jongerenprobleem. Integendeel "In verhouding met de omvang van de bevolking komt zelfdoding meer voor bij ouderen dan bij jongeren", door de toenemende kans op andere overlijdens-oorzaken komt zelfdoding evenwel niet navenant in beeld.

Verder blijkt dat mannen statistisch twee keer zoveel overlijden door zelfdoding.

Gemiddeld zijn vrouwen die zelfmoord plegen 50 jaar oud en mannen 45.

Alleenstaanden plegen statistisch het meest zelfmoord. Volgens het CBS is het aantal gescheiden mannen en vrouwen in deze categorie 'relatief hoog'.

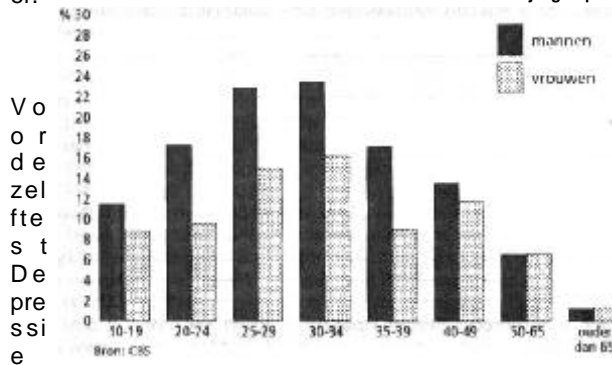
Op de lijst van 25 Europese landen eindigt Nederland als nummer 19. Zuid-Europese landen hebben minder zelfmoorden dan de noordelijke landen. Opvallend is dat België verhoudingsgewijs tweemaal zoveel zelfdodingen kent als Nederland.

De meeste suïcides komen in de thuissituatie voor. De helft van de mannen doet dit door ophanging. Vrouwen nemen verhoudingsgewijs tweemaal zo vaak medicijnen. Ook verdrinking en van een hoogte springen komt relatief meer voor bij vrouwen.

Kille cijfers - met elke keer een menselijk drama achter het cijfer.

Zelfdoding naar leeftijd en geslacht in 1998

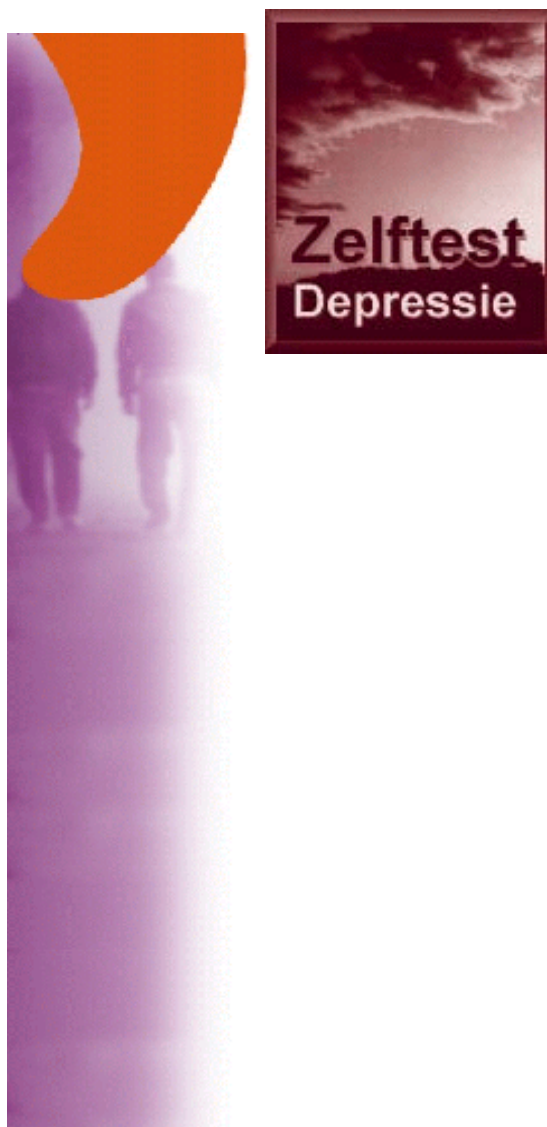
er. Percent. v/h totaal aantal overledenen van de betreffende leeftijdsgroep



-genomineerd-

kan de cliënt terecht bij

www.ggzdrenthe.nl



PSYCHOTHERAPIE BEI ENDOGENEN DEPRESSIONEN

Viktor E. Frankl

Bevor wir auf die Psychotherapie bei endogenen Depressionen eingehen, möchten wir daran erinnern, daß zu den wichtigsten Kriterien in der diagnostischen Beurteilung von Depressionszuständen die Frage gehört, ob der Kranke eine gleichsinnige Heredität zeigt, ob er ausgesprochene Phasen bereits durchgemacht hat, ob er an vagen, inhaltslosen Angst-gefühlen leidet, ob sich die typischen Tagesschwankungen der Stimmungslage (mit der charakteristischen frühmorgendlichen Exazerbation) bemerkbar machen, ob Zeichen psychomotorischer Hemmung vorhanden sind, vor allem jedoch (in unklaren Zweifelsfällen): ob Selbstvorwürfe produziert werden. Was die Selbstvorwürfe anlangt, müssen wir freilich zwischen ihnen und bloßen neurotischen Minderwertigkeitsgefühlen unterscheiden.

Wie wir in die Ärztliche Seelsorge (1946) nachzuweisen versuchten, wird bei der endogenen Depression die dem Menschen so eigentümliche Spannung zwischen Sein und Sollen in überhöhtem Maße erlebt und erfahren. Was der Patient in seinem Sein seinem Sollen schuldig bleibt, nimmt er unter die vergrößernde, verzerrende Lupe seiner endogenen Depression. Der Abstand des Seins vom Sollen wird erlebt und erfahren, als ob er ein Abgrund wäre. Aber an sich ist die Spannung zwischen Sein und Sollen - die Daseinsspannung, wie wir sie auch nennen -, an sich ist der Abstand des Seins vom Sollen unaufhebbar und unabdingbar: solange der Mensch bei Bewußtsein ist, bleibt sein Sein seinem Sollen etwas schuldig. Es ist keineswegs so, als ob diese überhöhte Daseinsspannung, dieser zu einem Abgrund vertiefte Sollens-abstand die endogene Depression entstehen ließe (im Sinne von Pathogenese); vielmehr läßt die endogene Depression den Abgrunderscheinen (im Sinne von Pathognomie). Nicht die Daseinsspannung macht den Menschen krank; sondern die Krankheit endogene Depression läßt den Kranken dieser Spannung verzerrt und vergrößert gewahr werden.

Die endogene Depression läßt sich vielleicht am treffendsten charakterisieren als "organismische Baisse". Es mag aber auch statthaft sein, von einer Ebbe des "Biotonus" (EWALD) zu sprechen. Wie ist es nun, wenn bei Ebbe ein Riff sichtbar wird? Trotzdem wird wohl niemand die Behauptung wagen, das Riff sei die Ursache der Ebbe; umgekehrt: durch die Ebbe wird es erst bloßgelegt. Aber ist es denn anders mit dem Abgrund zwischen Sein und Sollen? Wird nicht auch er nur sichtbar, nur bloßgelegt durch die endogene Depression - durch diese virale Ebbe? So gilt denn: So wenig die Ebbe durch ein Riff, das da auftaucht, verursacht wird, so wenig wird eine Psychose durch die in pathogener Hinsicht inkriminierten und vielzitierten psychischen Traumata, Komplexe und Konflikte verursacht.

Nun, eine vitale Baisse für sich würde nicht mehr und nicht weniger erzeugen als ein Gefühl der vagen Insuffizienz; aber daß sich der betreffende, von dieser Krankheit betroffene Mensch nicht bloß verkriecht wie ein waidwundes Wild, sondern daß er seine Insuffizienz als Schuld erlebt, gegenüber seinem Gewissen oder gegenüber seinem Gott - all dies liegt schon längst nicht mehr am Morbus endogene Depression, ist vielmehr der

Beitrag des Menschen zur Krankheit, entspricht und entspringt einer Auseinandersetzung zwischen dem Menschlichen im Kranken und dem Krankhaften am Menschen. Es geht weit hinaus über die bloße vitale Baisse, über eine Psychosomatose; womit wir es zu tun haben, ist vielmehr eine Zutat der Person, etwas Personales und als solches etwas Transmorbides.

Aus der prinzipiellen, wenn auch nur primären Somatogenese endogendepressiver Zustände ergibt sich, daß deren Psychotherapie keine kausale sein kann. Nun, so wenig die Psychotherapie bei den endogenen Depressionen Anspruch und Aussicht hat, kausale Therapie zu sein - so sehr haben wir allen Grund, wenn schon nicht kausale, so doch nur um so aktiver Therapie zu betreiben. Im Sinne solcher Aktivität jedoch ist eine somatopsychische Simultantherapie zu empfehlen.

In Anbetracht der primären Somatogenese der endogenen Depressionen versteht sich von selbst, daß sich für eine Psychotherapie nur Fälle eignen, die leichten Grades sind. Damit ist nicht gesagt, daß sich die Psychotherapie auf eine ambulante Behandlung zu beschränken hat. Mit einem Wort, es soll nicht getan werden, als schlossen einerseits die Indikation zur Psychotherapie und andererseits die Indikation zur Hospitalisierung einander aus. Nun kennen wir als solche Indikationen die folgenden: a) Indikation zur Hospitalisierung zum Zwecke der Behandlung und b) Indikation zur Hospitalisierung aus Gründen der Erkrankung selbst.

a) Sowohl die klassische Schockbehandlung als auch die medikamentösen Methoden - die letzteren dann, wenn sie in hochdosierter Form angewandt werden - bedürfen, sollen sie lege artis gehandhabt werden, im allgemeinen wohl stationärer Unterbringung. Daß auch in all diesen Fällen eine parallelgeschaltete Psychotherapie nicht unversucht bleiben sollte, ist bekannt.

b) Hinsichtlich der Erkrankung selbst sind es zwei Gründe, die uns dazu bewegen, eine Internierung zu veranlassen: 1. weil gerade endogene Depressionszustände mit einer für sie sotypischen Tendenz zu Selbstvorwürfen einhergehen und 2. weil sie eine nicht weniger charakteristische Selbstmordtendenz heraufbeschwören.

Ad 1. Der Sinn der Hospitalisierung in solchen Fällen ist darin gelegen, daß auf diesem Wege eine Entfernung des Patienten aus einem Milieu zustande kommt, das eine Kette von Verpflichtungen mit sich bringt, seien sie familiärer, seien sie professioneller Natur. Es handelt sich hierbei um Verpflichtungen, die eine unaufhörliche Konfrontation des Patienten zustande bringen mit - wie wir sie nennen möchten: einer Trias des Versagens; sind es doch drei Insuffizienzen, unter denen der Patient so sehr zu leiden hat: seine Arbeitsunfähigkeit - seine Genußunfähigkeit - und in Fällen der sogenannten Melancholia anaesthetica: seine Leidensunfähigkeit. Seine Arbeitsunfähigkeit wird Inhalt und Gegenstand von Vorwürfen, die er sich selbst macht, die er aber auch seitens seiner Umgebung zu hören bekommt, was nur Wasser auf die Mühle seiner Selbstvorwürfe ist. Analog arbeiten Vorhalte wie der, der Patient solle sich doch nur

ein wenig zusammennehmen, seinen Selbstvorwürfen in die Hände; sie können einen unerwünschten paradoxen Effekt zeitigen, indem der Mißerfolg nach einem entsprechenden Versuch seitens des Kranken als persönliche Insuffizienz gebucht wird und so sein subjektives Schuldkonto nur noch mehr belastet. Gleiches gilt jedoch auch von der biedereren Empfehlung, sich zu zerstreuen, womit nicht an der Arbeitsunfähigkeit, sondern an der Genuß-unfähigkeit vorbeigeredet wird.

Ad 2. Im Hinblick auf die seitens der Selbstmordtendenz heraufbeschorene Gefährdung des Patienten ist nicht nur eine Hospitalisierung, vielmehr im besonderen die Internierung indiziert. Bei schweren endogenen Depressionen, speziell im Angstraptus, ist die Selbstmordgefahr gerade deshalb so besonders groß, weil die intellektuellen Fähigkeiten bei der endogenen Depression unbeeinträchtigt bleiben; im Gegenteil, sie wirken sich als besonderes Raffinement aus, das es den Kranken mitunter selbst bei sachgemäßer Überwachung erlaubt, Selbstmordversuche zu unternehmen.

Bekannt ist, daß gerade beim Abflauen einer endogenen Depression dann nämlich, wenn das Moment der psychomotorischen Hemmung sich zurückbildet die Selbstmordgefahr sich erhöht. Dies spricht im allgemeinen gegen die Frühentlassung. Dazu kommt noch daß die endogen depressiven Patienten bekanntlich eine ausgeprägte Tendenz zur Dissimulation haben. Insofern nun, als es gilt, zu beurteilen inwieweit die bedrohliche Selbstmordgefahr von einem Grade ist, der entweder die Entlassung des Patienten aus der geschlossenen Anstalt ratsam und angebracht sein läßt oder aber, umgekehrt, seine Abgabe in geschlossene Anstaltspflege, habe ich selbst eine Standardmethode angegeben, die sich immer wieder bewährt; sie setzt uns in die Lage, die Diagnose (fort-)bestehender Selbstmordgefahr zu erstellen bzw. die Dissimulation der Selbstmordtendenz als solche zu diagnostizieren. Zunächst stellen wir dem betreffenden Kranken die Frage ob er (noch) Selbstmordabsichten hege in jedem Falle - sowohl im Falle daß er die Wahrheit spricht als auch im Falle bloßer Dissimulation tatsächlicher Selbstmordabsichten wird er diese unsere erste Frage verneinen' woraufhin wir ihm eine zweite Frage vorlegen, wenn sie auch geradezu brutal klingt warum er sich nicht (mehr) das Leben nehmen wolle. Und nun erweist es sich regelmäßig daß derjenige, der wirklich keine Selbstmordabsichten hat sogleich mit einer Reihe von Gründen und Gegenargumenten bei der Hand ist die alle dagegen sprechen daß er das Leben von sich werfe daß er seine Krankheit doch für heilbar halte, daß er doch auf seine Familie Rücksicht nehmen oder an seine beruflichen Verpflichtungen denken müsse daß er doch viel zu sehr religiös gebunden sei usf. während sich derjenige, der seine Selbstmordabsichten nur dissimuliert hat, auf unsere zweite Frage hin dadurch entlarvt, daß er uns eine Antwort auf unsere Frage schuldig bleibt, an Stelle dessen mit einer charakteristischen Verlegenheit reagiert, und zwar einfach schon deswegen, weil er ja tatsächlich um Argumente verlegen ist, die gegen den Selbstmord sprächen, aus welchem Grunde der Patient außerstande ist, irgendein Motiv dafür anzugeben, daß er (angeblich) von einem Selbstmordversuch künftighin Abstand nehmen wolle. Im Falle es sich um einen bereits internierten Patienten handelt, beginnt er dann typischerweise, auf Entlassung zu drängen bzw. zu beteuern, daß keinerlei Selbstmordabsichten solcher Entlassung im Wege stünden. An dieser Stelle muß angemerkt werden, daß es bei unserer Exploration um den Nachweis von (je nachdem dissimulierten oder

manifesten) Selbstmordabsichten geht, nicht aber um den bloßer Selbstmordgedanken; denn im Gegensatz zu den Selbstmordgedanken implizieren die Selbstmordabsichten auch schon die jeweilige Stellungnahme des Patienten zu den Selbstmordgedanken - die Gedanken selbst, diesseits aller Stellungnahme zu ihn-en, sind ja eigentlich unerheblich: worauf es uns ankommen muß, ist vielmehr eine Antwort auf die Frage, welche Konsequenzen der Patient aus den Selbstmordgedanken zieht, die sich in ihm regen, ob er sich mit ihnen identifiziert oder aber, umgekehrt, sich von ihnen distanziert.

Daß solche Distanzierung - als Weise und Möglichkeit personaler Stellungnahme zu organismischem Krankheitsgeschehen - zumindest im Sinne eines Fakultativums möglich ist und, darüber hinaus, zu einem Faktum werden kann, indem sie sich therapeutisch aktualisieren läßt, ist eine klinische Empirie, die leider nur allzusehr in Vergessenheit zu geraten droht. Wir selbst versuchen, der Umsetzung von Selbstmordgedanken in Selbstmordabsichten dadurch einen Riegel vorzuschieben, daß wir die eine der beiden Tendenzen, von denen im Zusammenhang mit den endogenen Depressionen die Rede war, gegen die andere ausspielen: die Tendenz zu Selbstvorwürfen spielen wir aus gegen die Selbstmordtendenz. In entsprechend gelagerten Fällen lassen wir nämlich in unser Gespräch mit den Kranken einfließen, welches Risiko wir auf uns nehmen, wenn wir sie bloß ambulatorisch behandeln, und wir pflegen unseren Patienten auszumalen, was sie alles auf ihr Gewissen nehmen würden, wenn sie sich trotzdem zu einem Selbstmordversuch hinreißen ließen: wir malen ihnen aus, der behandelnde Arzt bzw. die diensthabenden Schwestern würden dann etwa "ins Kriminal gebracht" usw., - womit wir auch schon ins Gebiet der eigentlichen Psychotherapie bei endogenen Depressionen vorgestoßen wären.

Unser eigenes Vorgehen prätendiert wie gesagt keineswegs, kausale Therapie zu sein damit ist allerdings noch nicht gesagt, daß es sich bei diesem unserem Verfahren nicht um spezifische und zielende Therapie handelt. Und spezifisch und zielend mag sie insofern sein, als sie sich an die geistige Person des Patienten adressiert. Tatsächlich hat sich die Psychotherapie bei endogenen Depressionen um die personale Stellungnahme des Kranken zum organismischen Krankheitsgeschehen in ihm fokal zu zentrieren; denn es ist ja nicht die Krankheit an sich und als solche, die psychotherapeutisch zu beeinflussen es gälte; sondern was wir uns angelegen sein lassen müssen, ist die Einstellung des Kranken zu eben seinem Kranksein bzw. ein Wandel solcher Einstellung - mit einem Wort: eine Umstellung des Kranken.

Eigentlich aber dient diese Umstellung weiter nichts anderem als einer Prophylaxe, und zwar der Prophylaxe einer sekundären, nachträglichen, zusätzlichen Depression, die sich der primären, anfänglichen, ursprünglichen Depression erst aufpropft. Sehen wir doch vielfach, daß die Kranken an sich nicht einmal so verzweifelt wären, also aus endogenen Gründen gar nicht so sehr zu leiden hätten - wenn sie nicht über die (endogene) Depression (psychogen) deprimiert wären.

Ja wir kennen Fälle, in denen die Kranken darob weinen, weil sie so weinerlich sind; dies aber nicht etwa im Sinne eines Kausalnexus, also im Sinne von Ursache und Wirkung, sondern wesentlich im Sinne von Grund und Folge. Solche Menschen - wie übrigens auch vereinzelte Fälle von Zwangsweinen oder von emotionaler Inkontinenz bei Arteriosclerosis cerebri -

nehmen ihre Weinerlichkeit wahr, aber nicht ohne darüber so entsetzt zu sein, daß sie auf dieses Faktum, statt es zur Kenntnis und schlicht hinzunehmen, nun erst recht mit einem (nunmehr psychogenen) Weinen reagieren. Während jedoch die primäre Weinerlichkeit einem notwendigen, organischen Geschehen entsprach, entspringt das sekundäre Weinen einer unnötigen Traurigkeit.

Nunmehr zur eigentlich psychotherapeutischen Frage: In erster Linie ist es angezeigt, darauf zu achten, daß nicht - wie in solchen Fällen so leicht - die versuchte Psychotherapie selbst zur iatrogenen Noxe wird. Als ein Paradigma und Exempel läßt sich wohl das Gerede ansprechen von der Melancholie, also - wohlgemerkt! - der endogenen, nicht psycho-, sondern somatogenen Depression, als einer Krankheit, der die Existenzschuld buchstäblich zu "Grunde" liege. Nun, es ist etwas anderes, den Kranken ernst zu nehmen, und etwas anderes, die Krankheit wörtlich zu nehmen: Daß der endogen-depressive Patient existentiell oder wie immer schuldig zu sein vermeint, ist pathognomonisch, aber nicht pathogen; es ist etwas, das zur Symptomatologie der endogenen Depression gehört, aber nicht zu deren Ätiologie - ja, mehr als dies: geht der Arzt weiter, geht er über die Stipulierung einer Pathogenese der Existenzschuld hinaus und steht er nicht an, den endogen depressiven Kranken existentiell schuldig zu sprechen, indem er ihm nämlich die vermeintliche Krankheitsursache vor Augen hält, so bedeutet dies Wasser auf die Mühle der krankhaften Tendenz zu absurdesten Selbstvorwürfen, wie sie in Fällen endogen-depressiver Erkrankung so typisch ist. Halten wir uns doch an folgende Analoga: Wenn mir ein Mydriatikum instilliert wird und im Gefolge davon mich das Tageslicht blendet, dann ist die Mydriasis nicht durch das Tageslicht entstanden; wenn sich im Gefolge einer Facialisparesie eine Hyperakusis geltend macht und dann mich der Straßenlärm stört, so ist die Hyperakusis nicht durch den Straßenlärm entstanden. Nicht anders aber liegen die Verhältnisse im Falle der im Gefolge endogen-depressiver Erkrankung nur krasser zutage tretenden, an sich jedoch allem Dasein als solchem bereits innewohnenden Existenzschuld: sie ist nicht die Ursache endogen-depressiver Erkrankung; sondern die Kraßheit ihres Zutagetretens die Absurdität der Selbstvorwürfe - die Lautstärke der Gewissensstimme: bei alledem haben wir es immer schon mit Wirkungen zu tun, und zwar mit den Wirkungen einer "Hyperakusis des Gewissens".

Auch ist jeder Versuch eines Appells an den Patienten, sich doch zusammenzunehmen, durchaus verkehrt. Argumente, Appelle an Vernunft und Verstand wirken nicht in schweren Fällen von endogener Depression. Mit Gegengründen kann man da nicht kommen die heitern das Gemüt unserer Kranken keineswegs auf, und zwar schon aus einem einfachen Grunde nicht: weil nämlich die ganze Gemütskrankheit auch ihrerseits gar nicht irgendwelche Gründe hat, nämlich nicht im Sinne von Motiven; denn dort fängt ja die endogene Depression erst an, wo alle Gründe aufhören, wo kein äußerer oder innerer Anlaß mehr da ist, der die Traurigkeit des endogen-depressiven Patienten begreiflich machen würde. Selbstverständlich vermag Seelisches die einzelne endogen-depressive Phase auszulösen, aber ein auslösender Anlaß ist noch keine wirkliche Ursache.

Ein Therapieversuch nach individualpsychologischem Muster ist insofern kontraindiziert, als die etwaige Insinuation - gemäß der Deutung der Melancholie: der Patient wolle mit seiner Depression die Angehörigen tyrannisieren - leicht einen Selbstmordversuch

provozieren kann - nicht unähnlich einem analogen psychotherapeutischen Kunstfehler beim ändern Formenkreis psychotischer Erkrankungen, bei der Schizophrenie, bei der, wenn sie als Neurose fehlendiagnostiziert und mit Hypnose behandelt wird, floride Beeinflussungs- und Hypnosewahnideen provoziert werden können. Die Richtung, in der sich eine zielende Psychotherapie endogener Depressionen zu bewegen hat, ist vielmehr die:

Wir haben den Patienten dazu zu bringen, daß er nicht "sich zusammenzunehmen" versucht, sondern im Gegenteil: die Depression über sich ergehen läßt - daß er sie als eben endogene hinnimmt, mit einem Wort, daß er sie objektiviert und solcherart sich selbst von ihr distanziert - soweit dies möglich ist, und in leichten bis mittelschweren Fällen ist es möglich. Ob ceteris paribus der eine Mensch sich von seiner endogenen Depression distanziert, während sich der andere in diese Depression fallen läßt, liegt nicht an der endogenen Depression, sondern an der geistigen Person; denn immer schon war die Person am Werk; immer schon war sie mit im Spiel; immer schon hat sie mitgestaltet das Krankheitsgeschehen; denn es widerfährt und geschieht einem Menschen: ein Tier müßte sich fallen lassen in die krankhafte Affektivität - ein Tier müßte sich treiben lassen von der krankhaften Impulsivität; der Mensch allein kann - und soll - sich auseinandersetzen mit alledem.

Unter anderem haben wir den Kranken eindringlich und nachdrücklich darauf zu verweisen, daß er eben richtiggehend krank sei. Damit arbeiten wir auch schon seiner Tendenz zu Selbstvorwürfen entgegen, insofern nämlich, als er ja von Haus aus dazu neigt, seinen Zustand eben nicht als Krankheitszustand zu verstehen, vielmehr als "bloß hysterisch" hinzustellen oder, sich selbst moralisch verurteilend, gar zu behaupten, er "lasse sich nur gehen". Und nun verlangen wir vom Kranken allem voran, daß er (und natürlich auch seine Umgebung) - von sich nichts verlange: als echter Kranker müsse er aller Verpflichtungen enthoben werden; und es empfielt sich, um dieser Auffassung Nachdruck zu verleihen, den Kranken unter Umständen schon aus dieser Indikation heraus in ein (wenn auch offenes) Krankenhausmilieu zu verbringen, denn damit werden wir wohl am besten demonstrieren, daß wir ihn für einen wahrhaft Kranken halten. Freilich, so setzen wir fort, sei er nicht geisteskrank im engeren Wortsinn, sondern gemütskrank - womit wir auch schon allfälligen psychotophobischen Befürchtungen den Wind aus den Segeln nehmen. Seine Gemütskrankheit nun, so schließen wir an, nehme eine Ausnahmestellung ein, so zwar, daß sie eine exzeptionell günstige Prognose zuläßt; denn - so erklären wir ihm - während wir nicht einmal von einer so banalen Erkrankung wie einer einfachen Angina mit hundertprozentiger Sicherheit vorhersagen können, daß sie auch wirklich ganz sicher ohne die geringsten Komplikationen oder Rest- und Folgezustände ausheilen werde (schließlich wäre ja möglich, daß dem Betreffenden etwa eine Polyarthritits oder eine Endokarditis zurückbleibt) - von seiner Krankheit, als der einzigen, so sagen wir ihm, kann mit absoluter Gewißheit noch dazu spontane Heilung vorausgesehen werden! Und auch er werde diese Gesetzmäßigkeit nicht umstürzen und etwa den ersten diesbezüglichen Fall in der Medizingeschichte repräsentieren. Dies sei die Wahrheit, und wir könnten nichts dafür, daß sie für ihn "zufällig" tröstlich ist. Wörtlich pflegen wir dem Patienten zu sagen: Wir können Ihnen versichern, daß Sie aus Ihrer Krankheit, zumindest aus

der jeweiligen Phase, ganz als der Mensch hervorgehen werden, der Sie in gesunden Tagen waren. Bis zum Tage solcher Genesung habe die Behandlung nichts anderes zu tun als den Zustand zu mitigieren, einzelne besonders quälende Beschwerden zu lindern und zu mildern. Ansonsten werde die betreffende Phase abklingen und ausheilen und wir betonen dies ausdrücklich-grundsätzlich auch ohne Behandlung, also von selbst; denn nicht wir seien es, die ihn gesund machen, sondern er werde auch ganz von selber gesund werden - so gesund zumindest, wie er auch schon früher war: nicht besser und nicht schlechter. (Mit der Bemerkung, der Kranke werde aus der Krankheit als der gleiche hervorgehen, der er war, daß heißt als kein "besserer", als er gewesen, - damit versuchen wir nämlich, ihm die Seriosität unserer Prognose zu beweisen.) Und nun heißt es, den Kranken darauf hinzuweisen, daß wir ihm doch schon so manches andere Symptom nachgerade "auf den Kopf zugesagt" haben (es empfiehlt sich daher, schon bei der Examination, nach Sicherung der Diagnose auf Grund der ersten Symptome, die weiteren dem Kranken eben auf den Kopf zuzusagen).

Zum Schlusse werden wir es nicht verabsäumen, ihm einzuschärfen, daß er auch trotz seiner - so symptomatischen - Skepsis gesunden werde, auf jeden Fall, auch wenn er es nicht glaube und nichts dazutäte. Denn von vornherein wird der melancholische Patient selber uns unsere so günstige Prognose nicht glauben - nicht glauben können: denn zu den Symptomen der endogenen Depression gehört diese Skepsis und sein Pessimismus dazu: mag er auch noch so sehr entweder sich selbst gar nicht für wirklich krank, sondern entsprechend seinen krankhaften Selbstvorwürfen bloß für verworfen halten oder aber wohl für krank, aber eben für unheilbar krank - schließlich wird er sich dennoch an die Worte seines Arztes klammern und an die Hoffnung, die aus ihnen spricht. Wir aber müssen uns bemühen, psychotherapeutisch über das eine endogene Depression konkomitierende lebhaftes Krankheitsgefühl hinaus auch noch einen möglichsten Grad von Krankheitseinsicht zu erstellen. Wissen wir doch: weder an sich selbst noch an den andern, an der Welt, ist der endogenen Depressive fähig, Werte oder einen Sinn wahrzuhaben. Nur um so mehr müssen wir ihn immer wieder darauf hinweisen, daß auch seine Wertblindheit, sein Unvermögen, an sich einen Wert und im Leben einen Sinn zu finden, zur Gemütskrankheit gehört - ja, mehr als dies: daß er zweifelt, beweist nur, daß er an einer endogenen Depression leidet und daß die günstige Prognose gerechtfertigt ist.

Der Patient muß dazu angehalten werden, es aufzugeben, weiterhin aus seiner Traurigkeit, seiner Angst und seinem Lebensekel heraus Urteile über Wert oder Unwert, Sinn oder Sinnlosigkeit seines Daseins zu fällen; denn solche Urteile sind allemal vom krankhaften Gefühlsleben her diktiert, und die von da herrührenden (katathymen) Gedanken können ja gar nicht richtige sein. Daher soll der Kranke gar nicht erst zu grübeln anfangen, geschweige denn sich seinen Grübeleien hingeben; vielmehr soll er das Grübeln möglichst zu suspendieren versuchen. Wohl wird er in allen werthaftern Urteilen vom Strom seiner Gemütsverwirrung mitgerissen; aber er soll dann wenigstens den "Kopf" außerhalb des Stromes halten - das heißt: mag sein Gemütsleben auch noch so sehr von der Krankheit affiziert sein - er muß sich nur um so mehr daran klammern, was wir Ärzte ihm diagnostisch und prognostisch zu sagen haben. Und was wir dem Kranken zu sagen haben, ist in erster Reihe: daß er in

seinem gegenwärtigen Zustand gar nicht erwarten darf, die Welt anders als grau in grau, wie durch eine dunkle Brille, zu sehen; immer wieder haben wir ihm vorzuhalten, daß all seine Skepsis, seine Zweifel an der Richtigkeit unserer Diagnose und günstigen Prognose ein Symptom sind. Gerade sein - krankhaftes - Mißtrauen, sein Skeptizismus auch sich selbst gegenüber, sein mangelhaftes Selbstvertrauen und mangelhaftes Vertrauen in seine Zukunft bestätigen nur unsere Diagnose und Prognose.

Daneben haben wir den Patienten immer aufs neue darauf zu verweisen, daß und in welchem Sinne er nun einmal krank sei, dies hat nun, über alle Versuche hinaus das pathognomonische Krankheitsgefühl in die Richtung auf eine echte Krankheitseinsicht hin psychotherapeutisch zu erweitern den eigentlichen Sinn das Bewußtsein wachzurufen und wachzuhalten wie sehr er von allen Verpflichtungen frei und entbunden ist. Aus diesem Grunde plädieren wir für gewöhnlich auch bei leichtgradigen endogen depressiven Fällen dafür daß die berufliche Arbeit auf ein halbtägiges Pensum eingeschränkt aber nicht unterbrochen werde diese Maßnahme ist deshalb gerechtfertigt, weil wie sich immer wieder zeigt die berufliche Arbeit oft die einzige Möglichkeit darstellt, den Patienten von seinen Grübeleien abzulenken. Dabei schlagen wir aus begrifflichen Gründen eher eine nachmittägige Arbeit vor und weisen den Patienten an vormittags nicht nur keiner geregelten Arbeit nachzugehen vielmehr womöglich im Bett zu verbleiben angesichts der für endogene Depressionen so kennzeichnenden abendlichen Spontanremission bzw vormittägigen Exazerbation ängstlicher Erregung wurde der Patient auf jede Arbeit vor Mittag mit vertieften Insuffizienzgefühlen reagieren während er nachmittags noch am ehesten das in ihr zu sehen geneigt ist was sie sein soll eine ablenkende "Fleißaufgabe" die, zumindest im Erfolgsfall, geeignet ist, seine professionellen Insuffizienzgefühle eher zu mitigieren.

Zweierlei müssen wir vom Patienten verlangen und zwar Vertrauen zum Arzt und Geduld mit sich selbst Vertrauen das heißt Vertrauen gegenüber der hundertprozentig günstigen Prognose die ihm ja sein Arzt stellen darf er braucht wie wir ihm erklären müssen, sich nur vor Augen zu halten, daß er vermutlich der einzige Fall sei, den er kennt, während wir Ärzte Tausende und aber Tausende derartiger Fälle kennen und in ihrem Verlauf verfolgen konnten, - wem soll er nun eher glauben: sich selbst - so fragen wir ihn - oder dem Fachmann? Und sofern er - so fahren wir fort -, gestützt auf unsere Diagnose und Prognose, Hoffnung faßt - wir Fachleute können es uns leisten, nicht nur zu hoffen, sondern überzeugt zu sein von unserer für ihn so günstigen Prognose. Geduld - das heißt: Geduld eben im Hinblick auf die günstige Prognose seiner Krankheit, im Warten auf die spontane Heilung und im Warten darauf, daß die seinen Werthorizont verdunkelnde Wolke vorüberziehe, um ihm dann die Sicht wieder freizugeben auf das Wertvolle und die Sinnfülle des Seins. Und so wird er schließlich instand gesetzt werden, seine endogene Depression vorüberziehen zu lassen wie eine Wolke, die zwar die Sonne verdunkeln kann, aber nicht vergessen läßt, daß es trotzdem die Sonne gibt: genauso wird auch der endogen-depressive Patient sich daran klammern müssen, daß seine Gemütskrankheit wohl imstande ist, den Sinn und die Werte des Daseins zu verdunkeln, so daß er weder an der Welt noch an sich selbst etwas findet, was sein Leben noch lebenswert zu machen vermöchte, aber daß auch diese seine

Wertblindheit vorübergeht und er auch an sich einen Abglanz davon erfährt, was Richard Dehmel einmal in die schönen Worte gekleidet hat: "Siehe: mit dem Schmerz der Zeit - spielt die ewige Seligkeit." Wir sind uns dessen bewußt, welche Banalität - um es unverblümt auszusprechen - den meisten Ratschlägen und all den Hinweisen anhaftet, die wir unseren endogen-depressiven Patienten mit auf den Weg zu geben imstande sind - und trotz allem: in einem damit sind wir uns eines weiteren bewußt - dessen nämlich: wer nicht den Mut aufbringt zu solcher Banalität, der bringt vielfach sich - und seine Kranken - um den Erfolg.

Soll all dies bedeuten, daß wir auf diesem psychotherapeutischen Wege auch nur einen einzigen Fall von endogener Depression heilen? Keinesfalls. Bereits in unserer Zielsetzung sind wir bescheidener: wir begnügen uns damit, dem Kranken sein Los zu erleichtern, und auch dies nicht auf die Dauer, sondern - je nach dem Schweregrad der Erkrankung - auf ein paar Stunden oder auf Tage; denn es gilt letztlich und eigentlich, für die Dauer seiner Krankheit den Kranken im Sinne einer "supportiven" Psychotherapie durch die Phase der endogenen Depression hindurchzulotsen.

Alles in allem handelt es sich bei solcher Psychotherapie um eine der dankbarsten seelischen Behandlungen, die einem Psychiater in der Praxis erwachsen - und bei diesen Kranken um die dankbarsten Kranken, denen wir in solcher Praxis begegnen.

Am folgenden Falle werden wir die Bedeutsamkeit auch der von uns so benannten "Dereflexion" würdigen können. Die 43-jährige Kranke war bereits vor vielen Jahren wegen "nervösen Magens" in neurologischer Anstaltsbehandlung. (Wie sich noch zeigen wird, haben wir allen Grund, diese Magen-neurose als das zu deuten, was sie nicht selten ist: eine larvierte, unter dem Bilde einer Organneurose einhergehende, endogen-depressive Phase.) Die Mutter habe an Depressionszuständen gelitten. Sie selbst neige dazu von jeher - namentlich jedoch prämenstruell. (An dieser Stelle möchten wir darauf aufmerksam machen, daß die bloß prämenstruell auftretenden Dysthymien auf eine Azidose zurückgeführt wurden und dementsprechend auf Gaben von Antacidicis auch nach unseren Erfahrungen oft überraschend günstig ansprechen ein eigens für diese Zwecke zusammengestelltes Präparat stellt bekanntlich das Antacid Helfenberg dar.) Während der gegenwärtigen depressiven Phase ist, der Endogenität entsprechend, die Menstruation übrigens vorübergehend ausgeblieben. Woran sie in erster Linie leide sei nun Angst vor der Arbeit: ständig fürchte sie sich davor, dabei Fehler zu machen. Mögen wir nun die Depression im ganzen auch für endogen halten hier gilt es die psychogene Reaktion auf sie dadurch auszuschalten daß wir psychotherapeutisch wie bei einer Neurose vorgehen. In diesem Sinne fragen wir die Kranke was denn geschehen würde, wenn sie bei der Arbeit Fehler machte. Und sie erwidert "Dann arbeite ich immer schlechter und schlechter." Statt sich also darauf zu verlassen daß mit automatisch zunehmender Übung die Fehler immer seltener und seltener werden, begeht die Kranke den sekundären, unnötigen Fehler, ihr Fehlermachen zu hypostasieren und dagegen so sehr anzukämpfen, daß ihre Konzentrationsfähigkeit darunter schließlich wirklich leiden muß. Dieses Ankämpfen ist also nicht nur frustrierend, sondern überdies auch von einem paradoxen Effekt gefolgt: es fixiert das, wogegen so forciert angekämpft wird. Demzufolge haben wir auch hier zum Mittel der "paradoxen Intention" zu greifen' wir haben der Kranken klarzumachen, daß es noch immer

besser ist sie mache gelegentlich Fehler, als - sie habe Angst; denn das Fehlermachen hört früher oder später von selber auf während die Angst es nur vergrößert. In einer Analogie dazu steht übrigens der Tatbestand den die Kranke nun spontan in Parallele stellt daß es ihr nämlich "beim Heulen ähnlich ergeht ich kann nicht aufhören - ja je mehr ich aufhören will um so arger wird es! Jetzt versucht die Kranke jedoch, die zusätzliche neurotische Komponente ihrer Depression - eben nach Art von Neurotikern - zu hypostasieren: "Vielleicht bin ich eben nun einmal so? Vielleicht ist meine Kindheit daran schuld daß ich zeitlebens in Angst bin? Liegt nicht etwa gekränkter Stolz dem Ganzen zu grunde? Sollte nicht eine Psychoanalyse Wunder wirken können? Oder ist in meinem Alter überhaupt keine Aussicht mehr auf Besserung vorhanden? Mag der einen oder andern dieser Fragen auch die Selbstunsicherheit der endogen Depressiven zugrundeliegen - im großen ganzen handelt es sich hier trotzdem nur um ein neurotisches Verhalten zu einer endogen-depressiven Phase; und demgemäß hat die Psychotherapie in dieser Situation die vornehmliche Aufgabe, dem neurotischen Fatalismus entgegenzuarbeiten. Wieder aber ersehen wir daraus, wie wichtig nicht nur die Sonderung endogener und psychogener Momente ist, sondern auch die plötzliche Umstellung der Psychotherapie, die bald mehr auf das schicksalhafte Krankheitsgeschehen Rücksicht nehmen muß, bald mehr auf die Freiheit des Kranken zur richtigen Einstellung zu ebendiesem Geschehen.

Welche Fehler dem Arzt während der psychiatrischen Behandlung endogener Depressionen unterlaufen können, wenn er die besprochenen logotherapeutischen Empfehlungen in den Wind schlägt, möge aus folgendem Bericht hervorgehen, den wir einem unserer kalifornischen Studenten verdanken: "Vor drei Jahren begann ich an einer schweren und grundlosen Depression zu leiden. Ich mußte sogar interniert werden und wurde dann pharmakologisch behandelt. Nach meiner Entlassung kam ich zu einem Adlerianer und wurde drei Monate lang individualpsychologisch behandelt. Meine Depression wurde dabei auf ein Minderwertigkeitsgefühl zurückgeführt und mit dem Wunsch in Verbindung gebracht, über ein Alibi zu verfügen, das mich exkulpieren sollte, nachdem ich zu wenig meinem Vater nachgeeifert hatte. Diese Deutung war recht interessant, aber geholfen wurde mir nicht. Ich hatte ein Leeregefühl, das Leben erschien mir sinnlos, und morgens konnte ich mich kaum dazu aufraffen, das Bett zu verlassen. Dann war auf einmal wieder alles in Ordnung. Ich wurde als Eheberater diplomiert und begab mich zu einem Gestalttherapeuten in Behandlung. Ich wollte herausbekommen, warum ich überhaupt krank geworden war. Der Perls-Anhänger wies mich an, meinen Gefühlen - Arger, Schuld und Scham - freien Lauf zu lassen, und - wie es sich bei einem Gestalttherapeuten geziemt - ich weinte auch so viel wie nur möglich. Aber es kam dabei nichts heraus. Im Gegenteil. Mit der Zeit wurde ich wieder erregt. Wieder mußte ich interniert werden, und ich geriet in die Hände eines Anhängers der Bioenergetics-Therapie. Der sagte mir, ich hätte meine Gefühle noch immer nicht genügend zum Ausdruck gebracht, und noch immer seien sie in mir aufgestaut. Daraufhin begann ich, wunschgemäß auf Pöster loszuschlagen und so viel wie nur möglich zu schreien. Die Behandlung dauerte vier Monate lang. Aber die Erregung wurde immer ärger. Ich begann, an entsetzlicher Angst zu leiden, und eine Art Depersonalisation bemächtigte sich meiner. Der behandelnde Psychiater meinte nun, ich hätte meine

Gefühle zur Genüge zum Ausdruck gebracht. Die Zeit sei gekommen, eine Arbeit zu suchen und eine Verpflichtung zu übernehmen. Zu der Zeit war ich aber bereits ein Wrack. Ich konnte weder schlafen noch essen. Ich litt unbeschreibliche Qualen. Verwandte verlangten von mir, ich sollte mich doch zusammenehmen. Sosehr ich es auch versuchte: ich konnte einfach nicht. Dafür wurde mein Schuldgefühl ärger. Ich war dem Selbstmord nahe. In meiner Verzweiflung wandte ich mich an einen anderen Psychiater. Und der hielt es für unangebracht, mich mit einer Forderung zu konfrontieren, denn mein Befinden hänge nicht von der Willensstärke ab, die ich aufbringe oder nicht aufbringe. Auch verschrieb er mir bestimmte Medikamente, und nach wenigen Tagen ging es mir besser. Die Besserung hält an, und nunmehr bin ich so weit, daß ich teils an der Universität, teils in meinem Beruf arbeite, und zwar bis zu 20 Stunden in der Woche.

Als ich Ihre Vorlesung inskribierte, wußte ich noch nicht, was mir bevorstand. Als Sie aber mit den Krankengeschichten kamen, die von endogenen Depressionen handeln, wurde mir klar, was an mir gesündigt worden war. In Ihrem Buch sagen Sie, der Patient müsse sich des Urteils über seinen Wert oder Unwert und über den Sinn oder die Sinnlosigkeit seines Lebens enthalten, solange er deprimiert ist. Mich hat man zu solchen Urteilen gedrängt. Sie sagen in Ihrem Buch, der an einer endogenen Depression leidende Patient müßte darüber aufgeklärt werden, daß solche Depressionen immer (wieder) vorübergehen. Mir hat niemand dergleichen gesagt. Im Gegenteil. Mir wurde immer wieder eingeschärft, es könne mir nicht besser gehen, wenn ich nicht meine Gefühle zum Ausdruck bringe bzw. mich dazu zwingen, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Sie sagen, der Patient dürfe nicht gegen seine Depression ankämpfen. Wieder wurde von mir das Gegenteil verlangt und was geschah? Wie Sie sagen ich warf mir nur noch mehr meine Schwäche vor Sie sagen bei endogenen Depressionen dürfe der Arzt nicht an die Willensstärke oder an das Verantwortungsgefühl des Patienten appellieren. Mir wurde unentwegt meine Willensschwäche und mein Mangel an

Verantwortungsgefühl vorgehalten. Sie warnen vor der Hyperreflexion. Mir wurde gesagt ich müsse mich ununterbrochen beobachten und all mein Sinnen und Trachten belauern. (I experienced a consciousness that was pure hell).

Ich bin überzeugt, meine Ärzte und Ratgeber haben nur mein Interesse im Auge gehabt. Ich kann verstehen, daß meine Verwandten und Freunde nicht wissen, wie man endogene Depressionen behandeln muß. Schwerer zu verstehen ist, daß es die Psychologen und sogar die Psychiater, die mich behandelten, nicht wußten. Nur der Psychiater, der mich zuletzt behandelte, ging so vor, wie auch Sie vorgegangen wären, und dabei war er gar nicht ein Logotherapeut.

Ich wünsche niemandem, endogene Depressionen über sich ergehen lassen zu müssen. Aber für mich war es sinnvoll. Denn ich hoffe, daß ich früher oder später Gelegenheit haben werde, einem anderen, der dasselbe durchmachen muß, zu der Einsicht zu verhelfen, daß er auch noch dieses sein Leiden auf menschlicher Ebene in eine Höchstleistung verwandeln kann (that the endurance of his predicament is the ultimate achievement)."

Zum Schlusse dieses Abschnitts müssen wir wohl auch noch auf die Gefahrenmomente beim Gegenstück zu den endogenen Depressionen, nämlich bei den manischen Phasen, zu sprechen kommen. Hierzu nun wäre nur zu bemerken, daß in solchen Fällen namentlich jüngere Kranke in erster Linie durch zweierlei bedroht sind: durch Akquisition einer Lues und - Mädchen - durch Schwängerung. Angesichts dieser doppelten Gefahrenquelle werden wir bei jeder ausgeprägten Manie vor einer Internierung viel weniger zurückschrecken als in Fällen von endogener Depression; und dies um so weniger, als wir ja dem Manischen mit der Internierung einen viel geringeren Schock versetzen als dem endogen-depressiven Patienten.

(Viktor E. Frankl *Die Psychotherapie in der Praxis - eine kasuistische Einführung für Ärzte*, Wien 1986¹, München 1997² ISBN 3-492-20475-9, S.230-244)

DEPRESSIE EN WAARDENVERLIES VIKTOR FRANKL EN STEMMINGSSTOORNISSEN II

DRS. PIETER HOEKSTRA

(deel I van dit artikel is verschenen in Jaargang 10, nummer 3 - Oktober 2000 van het Bulletin)

RESUMÉ

De vraag die wij ons gesteld hebben is hoe en waar Frankl spreekt over de stemmingsstoornissen, waarbij we ons beperken tot de depressieve stoornissen. De bipolaire stoornissen, stemmingsstoornissen door een somatische aandoening en stemmingsstoornissen door een middel laten wij vooralsnog grotendeels buiten beschouwing. Depressieve stoornissen zijn door de tijd zeer verschillend benoemd en beoordeeld. Alleen in de tweede helft van de 20^{ste} eeuw zijn er duidelijke verschuivingen waarneembaar sinds de eerste uitgaven van de International Classification of Diseases - ICD-* (v.a. 1948) en de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-* (v.a. 1952). De dominantie van het begrip 'neurose' in de diagnostiek van de eerste helft van de 20^{ste} eeuw is nog prangender. Viktor Frankl heeft beide tijdvakken als psychiater / neuroloog / psycho-

therapeut meegemaakt; ergo: ervaren en mede bepaald. Het is daarmee geen sinecure adequaat in kaart te brengen hoe en waar Viktor Frankl in ruim zestig jaren spreekt over depressieve stoornissen, volgens DSM-IV geclassificeerd als 296.2x Depressieve stoornis, eenmalige episode; 296.3x recidiverend; 300.4 Dysthyme stoornis; 311 - NAO. Daarbij komt dat Viktor Frankl de vraag naar de 'zin' of 'betekenis' in het bestaan als een fundamentele notie in zijn benadering naar voren brengt. De naam die hij geeft aan zijn eigen vorm van psychotherapie kenmerkt deze keuze: Logotherapie. Deze moeilijke term, door velen filosofisch, theologisch en psychologisch verkeerd verstaan, houdt voor Frankl zelf in: 'betekenis', waarbij de Logotherapie zich richt op de betekenis van het menselijk bestaan als het streven van de mens naar een dergelijke betekenis. Volgens de Logotherapie is dit streven naar de zin van z'n leven 'de primaire motivatiekraft waarover de mens beschikt.'

Andere betekenis-connotaties die het Griekse woord logos oproept zijn: 'meetellen', 'rekenschap afleggen', 'rekening houden met', 'motivering', 'motief' enz. Elk van deze connotaties mogen wij in onze overwegingen meenemen om het logos-begrip nader in te vullen. In afgeleide zin kan men er nog de filosofische en theologische begrippen aan toevoegen; ook daartoe biedt Frankl de ruimte. Het begint evenwel bij de vraag naar betekenis van de ene mens. Wanneer de betekenis in het bestaan voor deze enkele mens zoek is, dan functionerende interpersoonlijkerelaties en metafysische concepten verminderd coherent. Deze uitweiding mag aannemelijk maken dat de psychopathologische (sub)kenmerken welke Frankl uitwerkt de, op zich waardevrije classificatiesystemen van de ICD- en DSM-* overstijgen of daaraan 'nevensikkend' zijn, omdat deze opgeroepen of gecreëerd worden vanuit zijn antropologische vooronderstellingen, maar niet los staan van een gefundeerde diagnostiek, zoals deze tegenwoordig overeengekomen is in de genoemde classificatiesystemen.*

Heteerste deel van dit artikel in het voorgaande nummer is na een inleiding onderverdeeld in de volgende paragrafen:

- * Logotheorie - Dimensionele Ontologie -
- Existentieel Analytische Antropologie
- * Depressie als pathologie
- * Wat is Depressie?
- Angst en Dwang*
- Arbeidsgerelateerde Depressiviteit*
- * Zelfmoord bij Depressiviteit

Wij sluiten het tweede deel van dit artikel af met een enkele opmerking over de Nederlandse situatie, waarin een kwart eeuw geleden prof.dr. P.C. Kuiper een van de bepalende figuren was binnen het veld van de neurosenleer. Dit is dezelfde tijd waarin Viktor Frankl zoveel schrijft dat een vergelijking voor de hand ligt. Hieraan vooraf gaat het feitelijk afsluitend gedeelte van deze bijdrage, te weten:

LOGOTHERAPEUTISCHE BENADERING BIJ DEPRESSIE

BEPALEND IS DE 'AUTHENTIEKE PERSOON' Stellung - Einstellung - Umstellung

De mens is een feitelijk bepaald wezen, maar in z'n keuze-mogelijkheden onbepaald. Dit is een vrije vertaling van het slot van het volgende citaat uit Frankls werk. Deze grond-stelling bepaalt de logotherapeutische benadering van de aandoening, waarbij wij ons nu richten op de depressie.

"Warum nannten wir vorhin den Rückschluß von Freiheit auf Geistigkeit - im klinischen Jargon - ein Schließen «per exclusionem»? Nun, allenthalben zeigt sich, daß unter identischen psychophysischen Bedingungen das von ihnen scheinbar Bewirkte, nämlich das Geistige, unter Umständen differiert; also muß dieses Geistige ein Unbedingtes sein, kann die geistige Wirklichkeit kein *restlos* Bedingtes sein - vielmehr nur ein sich selbst Bewirkendes: die geistige Wirklichkeit ist selber Wirksamkeit. (...) daß jenes identische psychophysische (besser: somatogene + phänopsychische) Krankheitsgeschehen, das wir endogene Depression nennen, die verschiedensten geistigen Stellungnahmen erlaubt, das heißt der geistigen Person, als dem Träger des erkrankten psychophysischen Organismus, diese verschiedenen Stellungnahmen insofern gestattet,

insofern möglich macht, als es ihr, der Person, den hierzu nötigen Spielraum läßt. (...) Überall erweist sich dieser Spielraum, der da ausgespart bleibt von Bedingendem, ausgefüllt vom Unbedingten, erweist sich demnach der Mensch - im Rahmen des *freien Spielraums für geistige Stellungnahmen* - als unbedingter, zumindest der Möglichkeit nach. *Der Mensch ist ein faktisch bedingter aber fakultativ unbedingten (cursief PH).*" (*Der leidende Mensch* S.110)

Het geboorte-uur van de psychotherapie heeft geslagen toen men achter lichamelijke symptomen de psychische oorzaken begon te zien en de psychogenese ontdekte. Wat er dan evenwel nog ontbreekt is een volgende stap door achter de psychogenese, boven alle affectdynamiek van de neurosen uit, de mens in zijn geestelijke (geistigen) nood te zien, om van hieruit in alle betekenissen te helpen.⁸ (*Logotherapie en Existenzanalyse* S.29) Elders zegt Frankl: '*Die psychophysische Anlage und neben der vitalen Anlage, die soziale Lage machen mitsammen die naturele Stellung eines Menschen aus*; sie aber ist nicht das letztlich Entscheidende. Letztlich entscheidend ist vielmehr die geistige Person - *die personale Einstellung zur naturelen Stellung*. Wo es aber um eine Einstellung geht, ist allemal auch *eine existentielle Umstellung* möglich. Auf sie arbeitet die Logo-therapie nun westenlich hin.' (*Der leidende Mensch* S.151) Frankl vervolgt dat de Logotherapie zich niet richt op de 'conditiones', ofwel de oneigenlijke oorzaken, maar op de eigenlijke oorzaak, op de ware 'causa' van lijden. Deze ware oorzaak (causa) ligt echter in laatste instantie - samen met de innerlijke en externe 'conditiones' - in de stellingname van de persoon/patiënt. De persoon heeft uiteindelijk het laatste en bepalende woord en daaraan appelleert de Logotherapie. Daarmee toont de Logotherapie zich in zekere zin zelfs bij uitstek 'de' causale therapie - namelijk die therapie, welke alleen de laatste en ware 'causa' in haar bereik betreft. In het vervolg wil Frankl nog spreken over de psychose, maar om deze aandoening nader te behandelen wijst hij ter verheldering van de psychose eerst naar de voor ons hier van belang zijnde endogene depressie. Hierover zegt hij het volgende: 'Als endogene aandoening is deze een somatogene. Net zo goed kan deze echter ook opgevat worden als een enkelvoudige aandoening van het gehele psychofysicum.' Telkens blijkt dat het ziektebeeld van de endogene depressie ergens al een positiebepaling van de persoon van de zieke eist. In bijna alle gevallen is namelijk aanwijsbaar dat het louter psychofysieke, ofwel puur somatogene secundair geneurotiseerd is, doordat een psychogene component geënt is op de oorspronkelijke ziekte-toestand. (*Der leidende Mensch* S.151) Hier is dus sprake van een reactieve depressie. Frankl spreekt hier gewoonlijk over een 'Pfropfdepression' (Piggyback depression).

Binswanger's 'Daseinsanalytische' onderzoeksrichting⁹ heeft laten zien dat we ook in de psychose of de endogene depressie met een geïntegreerd 'in der Welt'-zijn te maken hebben. Anders gezegd: als het echt zo zou zijn, dat het eenzijdige inzicht van de patiënt de enige werkelijkheid is - hoe zou dan iets als een logotherapeutische beïnvloeding op de persoon van de zieke mogelijk zijn? We zouden de zieke dan toch veel beter aan zijn onafwendbaar en onveranderlijk noodlot kunnen overlaten. Zou het dan nog mogelijk zijn hen er uit te kunnen trekken - of beter: hen laten uittrekken uit de endogene depressie? Zou het dan nog nut hebben

hen zichzelf tegen de ziekte te laten optreden? Het is voor Frankl een feit dat de analyses van Binswanger ons fenomenologisch verstaan van de structuur van het psychotische wereldbeeld - zelfs het psychotische 'in-der-Welt'-zijn in belangrijke mate verdiept heeft. Het is echter één ding een *ziekte* te willen begrijpen, een andere zaak is het de *ziekte* willen behandelen: voor dit laatste doel moet de patiënt zich op één of andere manier innerlijk kunnen losrukken van de ziekte, of zoals Frankl het in het Duits zegt 'abrücken' van zijn "verrücktheit". Beschouwen we van tevoren de ziekte als iets dat het gehele mens-zijn - zelfs het in-de-wereld-zijn van de patiënt - volledig beheerst; de ziekte die wikt en beschikt; die alles doordrenkt, dan kan ik de patiënt 'zelf' - de achter en ook boven alle (ook psychische) aandoeningen staande (geestige) persoon - nooit meer aangrijpen en vatten. Uiteindelijk hebben we dan alleen nog maar ziekte voor ons en daar achter niets meer dat ingezet zou kunnen worden tegen de ziekte; dan is er niets meer om te mobiliseren tegen de noodlots-macht van zo'n (manisch, schizofreen etc.) aandoening. In dat geval is het niet meer mogelijk een vruchtbare distantie te helpen creëren die deze mens als 'geestige Person' kracht geeft om tegenover het 'facultatieve psychonoëtische Antagonisme' van de psychofysieke aandoening stelling te nemen. Deze distantie is psychotherapeutisch van groot belang. Misschien is deze stellingname, die in potentie altijd mogelijk is, niet alleen therapeutisch van belang, maar ook algemeen menselijk. Het is namelijk niet waar dat de patiënt, ofwel de zieke mens, alleen maar zou moeten zorgen om te 'overleven' in het ziekteproces. Het is niet waar dat de zieke mens het maar moet zien uit te houden. De mens zal - waar mogelijk - aan dit lot, dat vanuit z'n psychofysicum in zijn leven binnenkomt en in z'n 'zijn' inbreekt in menselijkheid, groeien en rijpen. Hij zal uit de ziekte - waar mogelijk - existentiële winst boeken. Dan zal hij op z'n psychofysiek 'ongeluk stappen' om geestelijk 'hoger te klimmen'. (*Der leidende Mensch* S. 152-153)

EXISTENZSCHULD ALS GRONDSLAG VOOR DE DEPRESSIE

In zijn 'Der leidende Mensch'; het filosofisch-antropologisch 'handboek' waarin Frankl zijn studenten-oorspronkelijk in de collegezaal - meta-psychotherapeutisch leert denken, schrijft hij onder het hoofdstuk: 'Irrwege Seelenärztlichen Denkens' over de endogene depressie. Logos betekent voor Frankl niet alleen de 'Zin', maar ook het 'geestelijke' (Geistige) als dimensie van mens-zijn. In dat kader onderscheidt hij 'somato-', 'psycho-' en 'noögenese'. Als treffend voorbeeld van het onderscheid in dimensionele zin tussen somatogenese en noögenese haalt hij de endogene depressie aan als een ziekte waarin de 'Existenzschuld' de grondslag vormt. Hij acht het een verschil, zoals hierboven aangegeven, of we de zieke serieus nemen of de ziekte letterlijk. 'Daß der endogen depressive Patient existentiell oder wie immer schuldig zu sein vermeint, ist pathognomisch, aber nicht pathogen; es ist etwas, das zur Symptomatologie der endogenen Depression gehört, aber nicht zu deren Ätiologie.' (*Der Leidende Mensch* S.25)

Frankl gaat dan nog verder: als de arts doorgaat, over een stipulering van een pathogenese van de 'Existenzschuld' heengaat en de endogene depressieve patiënt existentieel schuldig verklaart, namelijk door hem de vermeende ziekteoorzaak voor ogen te houden, dan is

dat koren op de molen van de ziekelijke tendens in de patiënt tot de meest absurde zelfverwijten die zo typisch zijn in de endogene depressieve ziekte. De 'Existenzschuld' is niet de oorzaak van de endogene depressieve ziekte; 'Sondern die Kraßheit ihres Zutagetretens - die Absurdität der Selbstvorwürfe - die Lautstärke der Gewissensstimme: bei alledem haben wir es immer schon mit Wirkungen zu tun, und zwar mit den Wirkungen einer *Hyperakusis*¹⁰ des Gewissens.' (*Der leidende Mensch*, p.26)

Als we te maken hebben met een vertwijfeld - aan zichzelf en de zin van het leven twijfelend mens, iemand die geen weet meer heeft voor wie of aan welke opgave hij nog moet beantwoorden - dan betreft het een geestelijk ziek mens. We hebben daar te maken met een mens die bezig is met de vraag naar de zin van het bestaan (Dasein). Als wij dan doorzetten met een puur psychopathologische insteek, zullen we nooit kunnen bepalen wat de aandoening bij deze mens uiteindelijk is; namelijk of te maken hebben met de depressiviteit en de vertwijfelde, zelfmoord-gevaarlijke stemming van een melancholicus is; een mens in een psychotische toestand; een patiënt met een depressie en de bijpassende stemming van een neuroticus (zoals de 'Weltschmerz' in geval van een puberteitsneurose); of uiteindelijk gewoon de vraag van een - overigens gezonde - mens. In elk van deze mogelijke gevallen kan vanuit het standpunt van de 'rein'-psycholoog in deze aanvanke-lijk op elkaar lijkende toestanden maar één conclusie getrokken worden: dit is een depressie. (*Der Wille zum Sinn* S.40) Frankl concludeert dat deze conclusie absurd is. Al naar gelang de aard van de aandoening - of zelfs in het geval van 'geen aandoening' - moet vanuit het probleemveld van de betreffende mens passende ondersteuning worden geboden. Frankl gaat enkele pagina's verderop in het genoemde boek door met dit voorbeeld. In geval van een psychose is het als psychiater mogelijk vooral op het organische ziekteproces gericht te zijn; in het geval van een vergelijkbaar depressiviteits-beeld, maar dan als neurose moet de aanpak anders zijn. Dan dient er met de patiënt een psychotherapeutisch (in de engere betekenis) proces aangegaan worden. Dat betekent gesprekken voeren en in de loop van die gesprekken de geestelijke (seelische) - en niet meer zoals bij de psychose organische/fysieke-grondslagen van de psychische aandoening (seelische stö- rung) te behandelen, de stemmingsstoornissen te ontdekken, nogmaals in gesprek gaan en door het gesprek, deze stoornissen trachten te verlichten. In dat geval handelt Frankl niet meer als de psychiater, maar de psychotherapeut, zoals hij zelf aangeeft.

DEPRESSIE ALS DE VRAAG NAAR DE ZIN VAN HET BESTAAN?

Hoe nu als het nóch om een psychotische patiënt, nóch om een neurotische grondslag van de genoemde depressie gaat en er voor mij veelmeer een mens zit, die juist als mens deze meest menselijke van alle vragen stelt: de vraag naar de zin van zijn bestaan? Dan kan deze mens die echt zoekt, ontdekken dat deze depressie uiteindelijk niet de oorzaak, maar eerder het gevolg van zijn vertwijfeling is. In zo'n geval kunnen we ons slechts als (mede)mens opstellen, dus voorbij aan de rol van het arts-zijn; ook voorbij aan alle psychopathologische waardeoordelen (als 'ziek' of 'gezond', überhaupt als 'symptoom') en in te stappen in een open dialoog. Dat doen we door in te gaan op alle argumenten die de 'patiënt' naar voren brengt. Deze wijze van aanpak

kunnen we evenwel niet meer psychotherapie noemen, althans niet in de engere zin van z'n betekenis. Omdat deze benadering juist op een (zelf)overwinning van het psycho(patho)logisme gericht is, willen wij het Logotherapie noemen, zegt Frankl. Voor de helderheid: Frankl spreekt hier over het psycho(patho)logisme [Psycho(patho)logismus] en waar Frankl de uitgang 'ism' gebruikt bedoelt hij altijd een wetenschappelijk gedegenereerde en eenzijdige kijk op de werkelijkheid; derhalve een falsificatie van de werkelijkheid. Impliciet stelt hij daarmee, dat een benadering als de Logotherapie onontbeerlijk is voor een evenwichtige behandelingsstrategie. De Logotherapie gaat uit van de gedachtegangen van de patiënt en gaat daar op in met logische tegenargumenten. Niet meer met medicamenten - gericht op fysieke processen; ook niet met behulp van affectieve veranderingen - op de gemoeds-dynamiek van de patiënt; maar met 'geistigen' wapens probeert de Logotherapie invloed te krijgen op de geestelijke worsteling van de patiënt. (*Der Wille zum Sinn* S.42-43)

'SEIN UND SOLLEN'

Na 'Theorie und Therapie der Neurosen' is het meest systematische boek van Frankl op de psychopathologie wel 'Die Psychotherapie in der Praxis'. Zoals de ondertitel van dit werk aangeeft is deze laatste titel bedoeld als casuïstische inleiding voor artsen. Frankl verwijst hierin naar o.m. zijn 'Ärztliche Seelsorge'. Hij stelt dat hij al in die studie uit 1949 (of eigenlijk al in 1939) het volgende probeert aan te tonen. Onder de vraag wat depressie eigenlijk is 'wird bei der endogenen Depression die dem Menschen so eigentümliche Spannung zwischen Sein und Sollen in überhöhtem Maße erlebt und erfahren.' (*Die Psychotherapie in der Praxis*, p.231)

MULTIDIMENSIONALE THERAPIE

Frankl pleit in het boven genoemde boek voor een somatopsychische simultaantherapie. Expliciet werkt Frankl dit - terug schouwend - uit in een van zijn Amerikaanse titels: 'Maar wat voor de diagnose geldt, geldt ook voor de therapie. Ook de therapie moet multidimensionaal georiënteerd zijn. *A priori* is er geen bezwaar tegen shocks en drugs. Bij gevallen die men in de psychiatrie endogene depressie noemt is het volkomen legitiem om medicijnen of zelfs drugs¹¹ te gebruiken en in ernstige gevallen zelfs tot een elektroconvulsie behandeling over te gaan. 'Nu wil het geval,' zegt Frankl 'dat ik de eerste was die in Europa een kalmerende drug ontwikkelde, nog voordat de Angelsaksische mars naar Miltown¹² begon. In exceptionele gevallen heb ik zelf opdracht gegeven tot het uitvoeren van lobotomieën en in sommige gevallen heb ik dergelijke hersenoperaties zelf uitgevoerd. Het behoeft geen betoog dat dit alles de noodzaak van een gelijktijdige psychotherapie - en Logotherapie - niet vermindert, aangezien we in zulke gevallen niet alleen ziekten, maar ook mensen behandelen.' (*De wil zinvol te leven, Logotherapie als hulp in deze tijd*).

Indien de psychotherapeut geen medicus is, geldt de restrictie dat hij niet beide therapie-vormen in één hand kan houden. Uitgaande van een primair somatogenese van de endogene depressie is het vanzelfsprekend dat alleen lichte gevallen zich lenen voor psychotherapie. Dit betekent overigens niet dat ze alleen toepasbaar is in een ambulante setting.

Iets wat hier bezijden staat, maar wel essentieel is de

volgende bepaling van Frankl in het verlengde van zijn vorige opmerking. Het is in zijn ogen namelijk wel van doorslaggevend belang dat twee dingen van de patiënt verlangd worden: vertrouwen in de arts/therapeut en geduld met zichzelf. (*Die Psychotherapie in der Praxis* p.239) Dat is voor Frankl vertrouwen op een 100% gunstige prognose. Geduld is wachten op een spontaan herstel en het vertrouwen dat ergens de donkere wolken voorbij zullen glijden achter de 'waarden-horizon' en het leven weer zin blijkt te hebben. Dit betekent in de praktijk bij depressie een ondersteunende psychotherapie tijdens het verloop van de ziekte. (*Die Psychotherapie in der Praxis* p.240)

INDICATIE VOOR EXISTENTIEEL ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE

In welke gevallen wordt een psychotherapie als de existentieel analytische psychotherapie geïndiceerd?

1. In al die gevallen, waar de patiënt zijn wereldbeschouwelijke nood, geestelijke labiliteit en worsteling om de betekenis van zijn leven in het contact met de therapeut nadrukkelijk te berde brengt. Het zal hier gaan om patiënten, die hun hele geestelijke nood in de geestelijke sfeer getransponeerd hebben. Hierin kan, mag en moet de therapeut tot op bepaalde hoogte meegaan, waarbij hij afziet van een levensbeschouwelijke waarheidsclaim.
2. de indicatie tot een logotherapeutische benadering op existentiële gronden wordt in die gevallen gegeven, waarin verwacht mag worden, dat de aanzet zich in het geestelijke centrum van de persoon bevindt, en de ballast van lichte neurotische symptomen overboord gezet kan worden; het gaat daarbij dan om die patiënten, die ons niet tot levensbeschouwelijke discussies drijven over denkbeelden die toevallig bij hen opgekomen zijn.
3. in al die gevallen waar gevraagd wordt in te gaan op die wereldbeschouwelijke vraagstellingen welke wezenlijk gaan over een onoverwinbaar feit, of een onvermijdbaar lot: mensen met een blijvende handicap en mensen bij wie een binnen afzienbare tijd onveranderlijk, voornamelijk maatschappelijk probleem, de grond voor de depressie is. Zulke mensen moeten vooral worden gewezen op het feit dat het in een verantwoordingsvol leven niet altijd en alleen om de verwerkelijking van creatieve waarden gaat, of op zelf-verwerkelijking in de beleving (belevingswaarden, zoals het genieten van kunst en natuur), maar dat er nog een laatste categorie van waardemogelijkheden is, namelijk de instellingswaarden; dat betekent: de vraag, hoe de mens zich tot een blijvend of bij voorbaat onafwendbaar, zelfs (nood)lotsbepaald gegeven verhoudt. Ook dan bestaat er nog altijd een mogelijkheid tot waarden-verwerkelijking. Zo geldt zelfs dat waar het lot onveranderbaar is de mens er op verschillende manieren mee kan omgaan - de mens kan zich door zijn (nood)lot laten neerdrukken of zich de rug rechten. Ook daar is er een laatste mogelijkheid persoonlijke waarden (dapperheid, moed, waardigheid) te verwerkelijken. Frankl komt hier meteen voorbeeld. We zouden een mens na een beenamputatie kunnen vragen of hij meent dat de zin van zijn bestaan ligt in 'goed te kunnen lopen' of dat hij het menselijk leven zo arm aan waarde-mogelijkheden acht, dat het door het verlies van één van zijn extremiteiten zinloos geworden is, waarbij Frankl hier ongetwijfeld juist voor deze omschrijving van ledemaat kiest. De patiënt zal dan in geen geval meer om deze fundamentele vraag heen kunnen, meent Frankl. (*Logotherapie und*

Existenzanalyse S.28-29)

OPNIEUW: STELLINGNAME VAN
DE AUTHENTIEKE PERSOON

Als endogeen ziektebeeld is deze depressie een somatogene, citeren wij Frankl hierboven. Gesteld kan zelfs worden: het gaathier om een totaal ziek zijn van het psychofysicum. Toch blijkt hetiedere keer opnieuw in het ziektebeeld van de endogene depressie telkens ook te gaan om een stellingname van de persoon van de zieke. In bijna alle gevallen kun je namelijk aantonen dat het louter psychofysieke, respectievelijk het somatogene, 'secundair geneutiseerd' is: er is een 'psychogene' component die als een reactieve depressie boven op de oorspronkelijke ziekte-toestand is 'gepropt', of in het Nederlands: 'geënt'. (Vergelijk 'Psychagogische Betreuning endogen Depressiver', in: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Band 4, S.429-430*). Daar zien we dus het verdrietig-zijn en angst voor de angst. Hier uit zich dus ook reeds een reactieve stellingname! De psychosomatische stoornis staat tegenover iets; er vindt een uit-een-zetting plaats. Wie of wat is daar in gesprek met het psychofysieke proces? Die instantie die daar de zaak uit-een-zet kan toch niet zelf ook tot het psychofysieke behoren? Wie of wat probeert zich daar tegen de psychose teweer te stellen? Dat moet toch wezenlijk iets anders zijn; dat wat zich als tegenstem en tegenstrever opstelt tegenover het zieke psychofysicum moet wel tot het wezen van iets of iemand behoren. Het is juist datgene in de persoon dat het zieke kan tegenspreken, in een wezenlijk eigen antagonisme. Daar hebben we dus de geestelijke- of authentieke persoon van de zieke. Pas het onderscheiden van de persoon en de ziekte helpt ons te begrijpen waarom de ene mens vanuit een endogene depressie zelfmoord pleegden de ander, vanuit diezelfde ziekte, de in hem opkomende zelfmoordgedachten van de hand wijst. We kunnen niet domweg op basis van een en hetzelfde psychofysiek identiek of parallel ziekteproces verklaren waarom de een in de ziekte opgaat, terwijl de ander zich als geestelijk wezen er zo ver mogelijk buiten houdt en niet vanuit het psychofysicum 'ageert', maar juist op de ziekte re-ageert. (...)
(*De onvoorwaardelijke mens, p. 92-94*).

BEPAALENDE VRIJHEID -
TOCH VRIJ EN VERANTWOORDELIJK

Naar Frankl's overtuiging kan ook de aan een endogene depressielijdende mens de depressie nog steeds op één of andere manier hethoofd bieden. Het voorbeeld dat hij meermalen in de boeken en lezingen aanhaalt is het verhaal van de Karmelites. Haar dagboek is voor Frankl een *document humain*. In dit dagboek schildert zij het verloop van de ziekte en psychofarmacologische en logotherapeutische behandeling. Hij haalt een sprekend gedeelte uit dit document aan: 'De treurnis is mijn vaste begeleider. Wat ik ook doe, hij drukt als een loden last op mijn ziel. Waar zijn mijn idealen, al het grote, het mooie, al het goede, die ooit als mijn streven golden? Alleen een gapende verveling houdt mijn hart gevangen. Ik leef als neergeworpen in een vacuüm. Want er zijn tijden dat zelfs de pijn mij onzegd wordt.' Zonder dat Frankl er

overigens op wijst, klinken deze woorden als een klaagpsalm. Wat Frankl wel vaststelt is dat hij hier een voorbeeld van een melancholia anaesthetica¹³ hebben (DSM-IV 296.2x, PH). De associatie met de Psalmen wordt versterkt door het vervolg van de aangehaalde schildering: 'In deze pijn roep ik tot God, de Vader van allen. Maar ook Hij zwijgt. Daarom vraag ik eigenlijk nog maar een ding: sterven - vandaag nog, zo mogelijk gelijk.' Dan volgt de omslag: 'Als ik niet het gelovige bewustzijn zou hebben, dat niet ik de heer van mijn leven ben, dan had ik het allang van me afgeworpen.' En triomferend, aldus Frankl, gaat ze door: 'In dit geloof begint de hele bitterheid van het lijden te veranderen. Want wie denkt dat een mensenleven een gang moet zijn van succes naar succes, lijkt wel op een dwaas, die hoofdschuddend bij een bouwplaats staat en zich afvraagt waarom daar in de diepte gegraven wordt terwijl er toch een kathedraal moet komen. God bouwt voor zich uit elke mensenziel een tempel. Bij mij is Hij de fundamenteen aan het uitgraven. Mijn opgave is het, gewillig, Zijn spadesteken te ondergaan.' (*Der Mensch auf der suche nach Sinn S.103-104*)

De vrijspraak van de mens heeft in die zin een inperking nodig dat deze vrijspraak een bepaalde is, want de menselijke vrijheid zelf is namelijk een bepaalde, in de zin van beperkte. Tegelijk vraagt hij om een uitbreiding. Deze uitbreiding bestaat daarin, dat de mens niet alleen vrij te spreken, maar vrij én verantwoordelijk te noemen is. Er is evenwel niet alleen een 'waarvoor' (Wofür), maar ook een 'waartoe' (Wovor) van de menselijke verantwoordelijkheid; want zolang ik niet het *waartoe* van de menselijke verantwoordelijkheid in de beschouwing betrokken heb, kan ik rechtmatig alleen daarvan spreken, dat iemand toerekeningsvatbaar is, ofwel dat hem iets aan te rekenen valt, echter niet dat hij verantwoordelijk is; want verantwoordelijk is iemand niet in de zin van 'für', maar alleen voor (vor) iets. Dat 'iets' is dan het geweten. Daarin zit voor Frankl dan ook zijn probleem met het 'analytische psychologisme' (let wel: hij spreekt hier niet over de Psychoanalyse sec, maar over de eenzijdigheid van het 'Psychologismus'). Het ligt in het wezen van het analytisch psychologisme, dat het de psychische activiteit van haar onderwerp, van haar object berooft en als zodanig subjectivert. Max Scheler heeft ons leren onderscheiden tussen 'zuständlichen' (de toestand betreffende) en 'gegenständlichen' (objectieve) gevoelens en de lust (Lust) - die het genoegen (Freude) aan de lust ondergeschikt maakt. Wordt het genoegen waarnaar het onderwerp (Gegenstand) streeft, beroofd en op die grond losgemaakt van het onderwerp (entgegenständlicht), dan wordt het tot lust. (Om tussendoor even een vrije vertaling in het Nederlands te geven: 'Het bezit van een zaak is het einde van het vermaak'). Daarbij komt nog dat aan de andere kant van het subject deze activiteit, de authentieke persoon (geestige Person) geobjectiveerd wordt. Daarmee wordt deze tot enkel ding gemaakt. Zo weten we allemaal dat we in de liefde de ander niet kunnen 'hebben', we kunnen er zelf alleen maar helemaal zijn. Zo zondigt het analytische psychologisme op tweeërlei wijze tegen de authenticiteit van de mens (das geistige): tegen het subjectief authentieke en tegen het objectief authentieke. Kortom: het psychologisme maakt zich niet alleen schuldig aan depersonalisatie, maar ook aan de-realisatie, en wel in die zin dat het tegelijkertijd met de vervalsing van het eigenlijke mens-zijn tot een ontkenning van het primaire bestaan van de mens komt. En met de subjectivering van het object komt het tot een immanentisering van het totaal van de objecten van de wereld. Ergo: het komt tot

de verinnerlijking (Binnenhaftigheid) van het geestelijke.
(*Der Mensch auf der Suche nach Sinn S. 104-105*)

DEPRESSIVITEIT IN DE NEDERLANDSE SITUATIE

Een illustratie uit geheel andere hoek in ons eigen land is P.C. Kuiper, de psychiater die zelf in een psychotische depressie belandde, maar die vooral bekend is omdat hij in belangrijke mate verantwoordelijk is geweest voor de opleiding van een hele generatie psychiaters in ons land. Een hele generatie Nederlandse psychiaters is nog opgevoed met de werken van prof. P.C. Kuiper. Een kwart eeuw geleden schreef hij de handboeken 'Hoofdsom der Psychiatrie' en 'Neurosenleer'. Dit was, ten overvloede, ver voor hij zelf van binnenuit zijn ervaringen opdeed met depressiviteit en psychose.

In zijn leerboeken komen bij depressies de volgende kenmerken voor:

- * pathologische somberheid
- * geremd of geagiteerd
- * moe, mat, anhedoon
- * soms vitaal gekleurd (eetlust, dagschommeling, hypersthesie, niet kunnen huilen, taedium vitae met in het verlengde daarvan suïcidaliteit)

In zijn indrukwekkende boek 'Ver Heen' laat Kuiper de lezer haast lijfelijk ervaren hoe dwingend zijn ziekte kon zijn. '(...) het hoort bij de helse kwellingen af en toe te menen dat je niet in de hel bent. Die gedachte is ook een onderdeel van de hel. God laat je dat menen. Hij kan, zo redeneerde ik, toestaan dat duivels je ingewanden uit je lijftrekken en ervoor zorgen dat je niet sterft, maar hij kan ook eerst recht de hel tot hel maken door je te laten denken dat je er niet in bent. Waar je je dan werkelijk bevindt, zul je dan telkens opnieuw gewaarworden.' 'Uit de hierboven beschreven hel lijkt geen ontsnapping mogelijk. Toch met hulp van buitenaf, van de ander, ontstaat er een mogelijkheid. Wanneer je zo depressief bent en zelfs psychotisch, maakt het dan iets uit hoe anderen je benaderen? Voor mij alles. Iedere krenking leidde tot een paniekaanval. Vriendelijke bejegening kalmeerde althans iets, al was het slechts voor zeer korte tijd.'

Zijn psychiater, dr. W.A. Nolen, weet hem een stellingname ten opzichte van zijn ziekte te ontlocken. Daarop vraagt Kuiper aan Nolen "Bent u het wel echt?" Nolen vroeg: "Zou u dat psychotisch noemen collega?" Ik antwoordde met ja en kon dus blijkbaar even uit mijn psychose treden.'

Kuipers vrouw, die hem onvoorwaardelijk is blijven steunen, inspireert hem tot het ontstijgen van zijn intense lijden. 'Het stond voor mij vast dat ik mij zou laten opnemen. Hel of dementie, ik bracht het op voor Noortje. Ze had er recht op dat ik alles probeerde. Ik heb haar vaak aller miserabelst behandeld, zo dacht ik telkens weer tijdens mijn ziekte, nu zou ik doen wat ik voor haar kon doen.'

Zijn boek 'Ver heen' is geen psychiatrisch handboek geworden, daartoe was het ook niet geschreven en evenmin is het systematisch van opzet. Het is wel een post-scriptum geworden op Kuipers oeuvre, waarin hij nieuwe uitdagingen neerlegt voor de psychiaters die hij zelf mede heeft opgeleid.

Het 'tijdperk Kuiper' is evenwel voorbij. De bovenstaande samenvatting van Kuipers benadering betreffende

depressie wordt nu op basis van de DSM-IV benoemd, waarvan we de volgende samenvatting kunnen geven (met dank aan dr. T.M. van den Boogaard, RIAGG Rotterdam-Zuid-Zuid-Hollandse eilanden).

Wanneer spreken we Anno 2000 van een depressie? (DSM-IV)

- Kern:*
- * Depressieve stemming en/of verlies van interesse
- Licht of zwaar*
- * verminderde vitaliteit
 - * zelfgevoel (schuld/schaamte)
 - * concentratiestoornissen
 - * suïcidaliteit
 - * eetlust (gewichtverlies)
 - * slaapstoornissen
 - * remming/agitatie
 - * anhedonie, dagschommeling

CONCLUSIE

Wij concluderen dat de door Viktor Frankl gebruikte nomenclatuur een afspiegeling is van de psychologische taal van de 20^{ste} eeuw, terwijl wij het ons gegeven is deze begrippen voor de 21^{ste} eeuw te vertalen. We hebben vastgesteld dat dit geen sinecure is. Wat blijft zijn de achterliggende gedachten, deels gesystematiseerd tot een samenhangende antropologie ten dienste van de psychologie van de mens en de psychotherapie voor therapeut en patiënt.

Viktor Frankl gebruikt gewoonlijk de term depressie in de zin van 'endogene depressie'. Vergeleken met het tegenwoordige gebruik van de benaming 'depressie' kunnen we vaststellen dat dit breder is dan de strekking die Frankl het zo wil geven in de diagnostiek. We hoeven dan nog niet eens te denken aan het algemene taalgebruik. Ook de DSM-IV heeft een breder verstaan van depressie en depressiviteit dan de strikt 'endogene'. Deels is dit vanwege veranderde inzichten, waarmee men een bredere somatogenese wil zien dan enkel fysiek; deels is het de betrachter school-neutrale aard van de diagnostische criteria van de DSM-IV. De meeste vragen die gesteld worden aan de 'Geneesmiddelen Infolijn' - die nu in www.apotheek.nl een cyber-zusje heeft gekregen, gaan over depressie. (Bron: ANP) Daarmee is duidelijk dat depressiviteit een van de grootste zorgen is voor de tegenwoordige 'consument'. Uit het bovenstaande mag zichtbaar geworden zijn dat Frankl een aantal gebieden anders benoemd - niet school-neutraal en deels met een verouderde terminologie. Duidelijk mag ook zijn dat de Logotherapie zich juist richt op gebieden die niet strikt tot het zogenaamde 'endogene' oorsprong beperkt zijn - daar is het werk voor de psychiatrie - en dat de Logotherapie zich zelfs niet beperkt tot de pathologie; ook overigens gezonde mensen kunnen baat hebben bij een Logotherapeutische 'behandeling', omdat de Logotherapie alle ruimte biedt voor de existentiële - dus: levensvragen. Uiteindelijk is dit niet anders voor de 'moeder'-school van de Logotherapie, namelijk de Psychoanalyse, voor zover de Psychoanalyse zich niet alleen richt op het genezen van de symptomen, maar zoekt naar karakterveranderingen - de verschuiving van een 'es'- naar een 'ego'-psychologie (Leo Stone, The Psychoanalytic situation, 1961 vs. Charles Brenner, Heinz Kohut, Otto Kernberg e.a.)

Viktor Frankl spreekt over Logotherapie in een beperkte

zin of gewone zin; daarnaast spreekt hij over een bijzondere Logotherapie. Deze laatste is in vroeger tijden voor hem dan een specialisme voor met name de psychiater of tenminste de medisch opgeleide logotherapeut en betreft de gecombineerde behandeling van medicijnen en gesprekken.

Wanneer we spreken over depressie moeten we daarom verschillende elementen voor ogen houden. In de eerste plaats is depressiviteit een zaak voor de medicus. Het is een kunstfout een Logotherapeutisch proces met een patiënt te beginnen zonder een medische anamnese en diagnose. Dit is in het bijzonder van belang voor de niet medisch geschoolde logotherapeut. Ook lopende het therapeutisch proces is een medische begeleiding van het grootste belang, zelfs als er geen medicatie is. Een goed contact van de therapeut met de huis- of begeleidend arts is gewenst.

Is diagnostisch (vooralsnog) uitgesloten dat er sprake is van andere aandoeningen, dan kan het therapeutisch proces z'n gang gaan. In het geval van existentiële, dus: levensvragen kan de Logotherapie goede resultaten bereiken.

Tegenwoordig kiezen wij vaker voor de andere naam, die Frankl voor zijn benadering claimde, namelijk de existentiële analyse. Hiervoor zijn verschillende redenen. Een pragmatische reden is, dat het woord 'Logo-' in onze tegenwoordige tijd eerder onduidelijkheid oproept dan verheldering of illuminatie oproept. Steeds minder mensen zijn bekend met de klassieke talen en indien wel, dan is het verkeerd verstaan een volgende trap. De verwarring met 'Logopedie' is al voor de hand liggend. Echter ook, zoals in deel I van dit artikel gesteld, de filosofische en theologische connotaties van het woord 'Logos'. Het is verleidelijk de benaming 'Logotherapie' te gebruiken voor counseling in de lijn van Frankl, met de aantekening dat bovengenoemde verstaans-problemen dan nog altijd bestaan. Voor de klinisch-therapeutische behandeling in de lijn van Viktor Frankl kiezen wij dus meer voor de benaming 'existentiële-analyse' en dan aangevuld met de term 'psychotherapie'. Het wordt dan volledig 'existentiële-analytische psychotherapie'. De oorsprong en verbondenheid - in onderscheid - met de dynamische psychotherapie uit de YA-school van Sigmund Freud is duidelijk; zichtbaar wordt dat het geen '-pedie' (paideia - opvoeden) is, maar psychotherapie; de eigenheid is de ruimte voor de existentie en de vragen die daaruit voortkomen - waarbij de discipline voorop

gaat, namelijk psychotherapie.

In de behandeling van depressiviteit kunnen de Logotherapie en Existentieel Analytische psychotherapie misschien wel het meest zichtbaar maken waarin de benadering van de school zich onderscheidt tegenover andere stromingen. Dit mag zich dus niet onderscheiden in andere vormen van diagnostische criteria; wel kan de anamnese in voorkomende gevallen op onderdelen verschillen, voor zover de antropologische vooronderstellingen hiertoe leiden. Het grote verschil maakt de positieve antropologie, waarin de verantwoordelijkheid of - anders gesteld - de grote vrijheid in handelen en/of denken van de mens tegenover zijn/haar lot centraal staat. In die lijn is er een grotere verwantschap met de moderne Psychoanalyse van Kohuten Kernberg dan met de meer orthodoxe lijn, zoals verwoord door Stone.

Vanuit de Existentieel-Analyse is bij herhaling inzichtelijk gemaakt dat een gebrek aan zingeving, of gebrek aan onderkenning van de zin in het eigen bestaan een verhoogd risico op depressiviteit in zich draagt. In het verleden is de relatie tussen levensoriëntatie en geestelijke gezondheid of weerbaarheid vaker aangetoond. Voor de Logotherapie / Existentiële Analyse heeft dat in verscheidene landen geleid tot een erkenning als gevalideerde psychotherapie. Een heel batterij aan existentiële-gerichte test-methodieken is ontworpen en gebruikt, zoals de Logo-test van Lukas; de Purpose in Life (PIL); SONG; Life Purpose Questionary (Hablas); Sence of Coherence (Antonovsky); De Existential Vacuum Screening Scale (EVS) (Duplessis) etc. In de huidige Nederlandse situatie zou overigens, naast de SCL-90 (Arindell&Ettema) en de CES-D-scale (Ensel) als 'neutrale' testmethodieken het Ontwikkelingsprofiel van Abraham zeer goede diensten kunnen doen om de kwetsbaarheid, maar vooral ook de krachten en potenties van de patiënt/cliënt inzichtelijk te maken. Een inhoudelijke vergelijking van al deze methodieken gaat buiten de doelstelling van deze bijdrage, maar is tegelijk zeer belangwekkend. Hoewel Abraham nu juist expliciet aangeeft dat de test niet geschikt is voor depressieve patiënten ligt er een uitdaging te zoeken naar mogelijkheden de kracht van het Ontwikkelingsprofiel ook op deze aandoening vruchtbaar te maken. Dit verdient nadere studie.

Literatuur

DEUTSCH

Frankl, Viktor E., Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Franz Deuticke, Wien, und Fischer Taschenbuch 42302, Frankfurt am Main, 1946-1991.

Frankl, Viktor E., ... trotzdem Ja zum Leben sagen. Drei Vorträge. Franz Deuticke, Wien 1946-1947

Frankl, Viktor E., Die Existenzanalyse und die Probleme der Zeit. Amandus-Verlag, Wien 1947

Frankl, Viktor E., Zeit und Verantwortung. Franz Deuticke, Wien 1947

Frankl, Viktor E., Die Psychotherapie in der Praxis. Eine kasuistische Einführung für Ärzte. Franz Deuticke, Wien, und Serie Piper 475, München, 1947-1986.

Frankl, Viktor E., Der unbewußte Gott. Psychotherapie und Religion. Kösel-Verlag, München, 1948-1994.

- Frankl, Viktor E., Der unbedingte Mensch. Metaklinische Vorlesungen. Franz Deuticke, Wien 1949
- Frankl, Viktor E., Homo patiens. Versuch einer Pathodizee. Franz Deuticke, Wien 1950
- Frankl, Viktor E., Logos und Existenz. Drei Vorträge. Amandus-Verlag, Wien 1951
- Frankl, Viktor E., Die Psychotherapie im Alltag. Sieben Radiovorträge. Psyche, Berlin-Zehlendorf 1952
- Frankl, Viktor E., Pathologie des Zeitgeistes. Rundfunkvorträge über Seelenheilkunde. Franz Deuticke, Wien 1955
- Frankl, Viktor E., Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse. Uni-Taschenbücher 457, Ernst Reinhardt, München- Basel, 1956-1993.
- Frankl, V.E., 'Psychagogische Betreuung endogen Depressiver', in: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, hrsg.V.E. Frankl, V.E. von Gebsattel & J.H. Schultz, Band 4, München/Berlin 1959
- Frankl, Viktor E., Psychotherapie für den Alltag. Rundfunkvorträge über Seelenheilkunde. Herder, Freiburg im Breisgau, 1971-1993 (Psychotherapie für jedermann).
- Frankl, Viktor E., Der Wille zum Sinn. Ausgewählte Vorträge über Logotherapie. Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1972-1991.
- Frankl, Viktor E., Der Mensch auf der Suche nach Sinn. Zur Rehumanisierung der Psychotherapie. Herder, Freiburg im Breisgau, 1972-1977
- Frankl, Viktor E., Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Hans Huber, Bern, 1975-1996.
- Frankl, Viktor E., Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute. Herder, Freiburg im Breisgau, 1977-1993.
- Frankl, Viktor E., ... trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. Kösel-Verlag und dtv 10023, München, 1977-1994; 15. Auflage Juli 1997: dtv 35039.
- Frankl, Viktor E., Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk. Vorwort von Konrad Lorenz. Serie Piper 289, München, 1979-1998.
- Frankl, Viktor E., Die Sinnfrage in der Psychotherapie. Vorwort von Franz Kreuzer. Serie Piper 214, München, 1981-1988. Erweiterte Neuauflage 1992.
- Frankl, Viktor E., Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus fünf Jahrzehnten. Piper, München 1987. Erweiterte Neuauflage mit dem Untertitel "Texte aus sechs Jahrzehnten": Quintessenz, München 1995. 3., neu ausgestattete Auflage 1998, Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Frankl, Viktor E., und Franz Kreuzer: Im Anfang war der Sinn. Von der Psychoanalyse zur Logotherapie. Franz Deuticke, Wien 1982, und Serie Piper 520, München, 1982-1986.
- Frankl, Viktor E., Zeiten der Entscheidung. Herausgegeben von Elisabeth Lukas. Herder, Freiburg i. Br. 1996.

ENGLISH

- Frankl, Viktor E., The Doctor and the Soul. From Psychotherapy to Logotherapy. Alfred A. Knopf, New York, und Souvenir Press, London, 1955-1986.
- Frankl, Viktor E., Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy. Preface by Gordon W. Allport. Boston, paperback edition, New York, Pocket Books, 1984-1998.
- Frankl, Viktor E., Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy. Simon and Schuster, New York, und Souvenir Press, London, 1967-1985.
- Frankl, Viktor E., The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy. New York and Cleveland, The World Publishing Company, 1969; paperback edition, New York, New American Library, 1988.
- Frankl, Viktor E., The Unconscious God. Psychotherapy and Theology. Simon and Schuster, New York, und Hodder and Stoughton, London, 1975-1985.
- Frankl, Viktor E., The Unheard Cry for Meaning. Psychotherapy and Humanism. Simon and Schuster, New York, und Hodder and Stoughton, London, 1978-1988.
- Frankl, Viktor E., Man's Search for Ultimate Meaning. Insight Books, Plenum Publishing Co., New York, 1997.

NEDERLANDS

- Frankl, Viktor E., Medische zielzorg. Inleiding tot logotherapie en existentie-analyse. Uitgeverij Erven J. Bijleveld, Utrecht 1959.
- Frankl, Viktor E., De onbewuste god. Uitgeverij "Helmond", Helmond z.J.
- Frankl, Viktor E., Overspannen? Ziekten van de tijdgeest en hun genezing. Uitgeverij "Helmond", Helmond z.J.
- Frankl, Viktor E., De zin van het bestaan. Een inleiding tot logotherapie. Donker, Rotterdam, 1978-1980.

Frankl, Viktor E., *De wil zinvol te leven. Logotherapie als hulp in deze tijd.* Lemniscaat, Rotterdam 1980.

Frankl, Viktor E., *Heeft het leven zin? Een moderne Psychotherapie.* Donker, Rotterdam 1981.

Frankl, Viktor E., *De vergeefse roep om een zinvol bestaan. (The Unheard Cry for Meaning.)* Meulenhoff, Amsterdam 1981.

ALGEMEEN

Albersnagel, F.A., Emmelkamp, P.M.G., Hoofdakker, R.H. van den, *Depressie - Theorie, diagnostiek & behandeling*², Houten/Diegem 1998

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition - text revision), American Psychiatric Association, Washington DC, 2000

Diagnostische Criteria van de DSM-IV, beknopte handleiding bij, Lisse 1995

ICD-10 classification of Mental and Behavioural Disorders, pocket guide to, Geneva/Edinburgh/London/Melbourne/New York/Tokyo 1991

Kuiper, P.C., *Neurosenleer*, Deventer 1978 (1966¹) / *Nieuwe Neurosenleer* (achtste geheel herz.druk) Deventer 1984, 1990⁴

Kuiper, P.C., *Ver Heen*, 's Gravenhage 1988

Lukas, Elisabeth, *Lehrbuch der Logotherapie - Menschenbild und Methoden*, München/Wien 1998

Existential Analysis and Logotherapy in our post modern society

People in therapy most of the times bring with them much more than just the particularly articulated problems. This is one of the reasons why I myself once turned to Frankl and his innovative work. Later on I found out that this point became a breaking point in the Logotherapy world, since the tendency in the helping professional is too often just like the one in society, where collectivistic thinking covers some of the arrogance with which professionals use to advertise their successes. I have suggested a golden gate in between the Scylla of subjectivism in Existential Analysis and the Charybdis of what has been called 'Orthodox Logotherapy'¹, in which I propose to keep closely to the metaclinical issues as well as to the specific capacities of Existential Analysis as a value analysis, both in training as well as in practise. Frankl carefully left out the definite article before Logotherapy and Existential Analysis, and this is the locus of our freedom and our responsibility to carry on²

At least Existential Analysis in a therapeutic environment has the relieving capacity of a debunked catharsis, as long as therapists are courageous enough to stick to what they are supposed to be: the extrapolated conscience or the speaking voice of life itself.

It appears that fear and socialised normative behaviour are powerful psychological forces to emerge in cases of any confrontation with crises and suffering. It also appears in teaching situations, that a lot of students from the helping professions are afraid to be sober and honest with clients. A famous example of this courage, soberness and honesty is given with Frankl's question to patients in the suicide ward. 'If you suffer from this so much, why didn't you kill yourself?' Most of our contemporary colleagues are appalled by such a question, not being aware of its therapeutic value and noö-dynamic effect.

I was thinking of this, since a new legislative round concerning euthanasia just passed in the Netherlands.

The minister of health interfered with this process of careful consideration, which took more than 30 years of public and political debate, by forwarding an example of a man who was in his eighties and who urged his MD to help end his life, since it lost meaning and perspective to him. The district attorney started prosecution against the MD, but the case was put in sepot.

In fact there was no recent jurisprudence for the politicians, and however much the Dutch parliament may have hoped there would be this nice coincidence, the members stood empty handed and had to finalise the law. Our health minister made the public remark in an interview stating that even in cases in which a person would suffer from an insolvable depression, euthanasia, helping with suicide, would be acceptable, as long as the MD carefully acted responsible. This appears to be right beyond the boundaries of the new legislation.

There is a difference between assistance in suicide and euthanasia, and the difference must not be blurred or diffused by the helplessness, conformity and fear of the helping professional. I am aware of the impact this may have especially in those countries in which the questions around illness, suffering and dying are completely denied by politicians who are afraid of losing votes, or with elected courts. Let me underline that old people and ill people and even dying people are not subjected to the kind of euthanasia laws as under the Nazi occupation. Even if one is dying of cancer and close to the time of death, it is not that easy to find and get the help needed to die in dignity. On the other hand, it appears that there is going to come a time in which consumerism overtakes the possible courage for change and the attempt to live a meaningful life in spite of suffering. This is however not a typical Dutch situation, but an effect of the spirit of time.

Frankl taught us to be very sober in our contacts with clients. He taught us that there are things one cannot possibly want without getting the opposite. Health, happiness, gratification, hope and some other things are impossible, since hyper intentions and hyper reflections. Our society and the spirit of time are doing nothing but exploiting the above items, inserting collective thinking and fanaticism in the lives of people of all ages. We might

¹ W. J. Maas, Ph. D., 'Do you recognise the feeling, a workbook for the mental health practitioner', Leeuwarden, 1994 (out of print).

² Cf. V. E. Frankl, *The Degurufication of Logotherapy*

not be aware of this, but look at advertising in all public areas and media. Business and politics are putting in these terribly mistaking conditions. It may sound absurd, but it comes down to if you feel bad, you are in title to a solution which is rather not your responsibility. Don't look any further, your solution is here... and then a redeeming product or feeling is being sold. As helping professional I am confronted with colleagues who do not dare to ask the sharp questions, being afraid for complaints, rage, or even court cases.

Another aspect may be, that relevant questions end therapy sooner than later, and that is economically not very clever.

Since Logotherapists are a minority in psychotherapy, it feels like stepping on other people's toes, or being quite out of order when practise is discussed. Looking at the numbers, one would tend to believe that we are. Looking at results with clients however, it is not the case.

Three cases will illustrate what we are supposed to do. I remember being with one of my very ill and crippled clients. Her life had been hell throughout more than a decade, since rheumatic destruction took over her body. When we met, an air sustained sheet with sand on it to keep it down was trying to carefully assist in avoiding further decubitus. We both happened to live on an island. I saw the bed and we talked about the nursing techniques. She loved to look at things from a rather sober perspective. 'Well, you still are on some sort of a beach' I said. She laughed and enjoyed it. It somehow facilitated her to open up about the emotional side of her suffering. One day when she got bad news about her knee that would not heal, she was very down. Despair had taken over. She complained that her life became meaningless. It made no sense to her anymore. I asked her if she remembered how she used to direct all sorts of people, managing the social process when she still lived at home. She nodded and sobbed that things had changed too much by now. I disagreed with her and asked her if she could tell me how many people she actually employed being the patient in the hospital. When she accepted the challenge, she found out to be the employer of about 4 specialists, 6 nurses, kitchen staff, repair people, and so on. Her business had expanded, and people were actually improving the existing possibilities because she had the guts to be not too easily being satisfied. She could not move to recreation, so she got a TV set at her bedside. It was November. Nothing but tennis all day, on the sports channel of cause.

Then we came about what she loved to watch. As mentioned, this was Tennis. As a young woman she played tennis herself. She spoke about her long time gone agility, and her words moved like she was getting to return the ball or to serve at her best. I asked her "What would you think Tennis would be if people like you were not the spectators and supporters...?"

Of course, interventions did not repair her broken body, but the miracle of her spiritual person broke through and carried her during her last tour of duty.

I have been working with an elderly lady, whom I met in her early seventies, and who had lived a series of rather terrifying and very emotional life events. Her suicide attempt failed, she was rescued and now had to face life and her own past and presence again.

She came to me because of reading a tiny add in the regional paper stating that 'even your sorrow must have a meaning'. She now is 83, and has regularly told me that

these past years have been the best of her life, in spite of all her sorrow and sadness, loss and psychological problems she experienced during almost 50 years since the end of World War 2. When we began to work in therapy, I listened to her story of anger and suicide. I explained to her that her life could not have been meaningless, since she had just finished to contribute to my experience and insight about human possibilities – and this would help other people in the end of the day.

"Yes, but I have only been in your life for one hour" she rebuked.

"Even if this is true, it is also true that this very last hour gave your life a completion beyond your expectation..." I said. She pondered over it a little, then angrily shouted that she hated me for this. I took my time, and when she sobbed, I touched her hand. I said that I understood her anger and sorrow, and that it would not be easy or nice or whatever one would expect. Therapy is a difficult phase as well as a tremendously courageous first step of a personal life. When she calmed down, she declared that she would be back. I made her promise not to hurt herself until we were finished and until we both decided that therapy was over. The therapy took about 1,5 years of twice a month sessions.

After therapy, we kept in touch. I visit her about five times per year and we spend a couple of hours enjoying the company and repeating the important step by step process of living and remaining a humane person. Some years later, when there was a relapse, she told me how much she hated herself for promising me not to hurt herself. But she said she also prayed every evening to God for my sake and my family. She still suffers from a couple of psychological problems, even from a phobic disorder, however, she has also discovered how important she is to several unknown others.

One day she entered the supermarket. She is used to be friendly and her style of communication is attentive. In the back of the supermarket there is the bakery. One of the people who work in the bakery responded to her remark: "Good morning, you have done well today, I smell the fresh bread and it is very good!" The bakery lady said: "Oh, I am so glad to see you here. You are one of my most important clients, please believe me!". My client is hardly able to believe anything about herself that might be a complement for her mere existence. "Why do you say this?", she asks, "I am nothing special you know, you do not even know my name nor do I know yours".

"Oh no", responded the bakery lady, "You are mistaken. There are so many ugly people, they have so little respect or attention for our work, whereas you, my dear lady, come here each day and you are always nice to me. You know, this is why you are so important. If it was not for people like you, I would not be here any longer!" And there are little people, greeting her on their little cycles on the sidewalk neighbours and complete strangers, causes over seas and services in the nearby catholic church to attend... it comes to her that old age is exactly the situation in which one is able to attribute to the humanity of society, even if this is just the daily 'hallo' and the limitation of the shop next door.

The third case is the one of the psychotic person who one day entered my practise. He had a broken beer bottle in his hand, he had no wallet, no shoes, he had not been eating and did not see a bath for at least three of four days. His distress was deep. He stated that he had been followed and watched by all kinds of aliens.

'Thank God I am not one of them' I said. 'I will certainly kill you if you appear to be one!' he shouted and waved

his bottle before my nose. You must know I lost my nose once, when I was a little boy. My neighbour wanted to have my wooden horse on wheels, and I did not want to give it to him. So he took a shovel and hit me in my face. My nose was cut off. I remember how six nuns were holding me down on a table and a doctor stitched my nose on again. So, I am usually careful when people wave weapons in front of my nose. 'You are indeed a strong man', I said, trying to cover myself.

He looked at me, and there was a little smile breaking through the psychotic anger. A smile is a sign of the person acknowledging the other... and I found just enough courage to undertake the 'nasty' question. "How long have you been suffering from this condition?" I asked him. "Thirty three years", he replied. "I must say I admire you; you are not only very forceful but to be honest, I think I would have killed myself a long time ago if I had to be in your place... why did you not kill yourself?" The man stood and looked at me, and a different anger appeared. "Do you know what you are saying?" he asked me. "My father had this disease, and he killed himself. I have the same disease and I have a son who must learn that it is possible to live with this illness".

His psychoses was completely gone. I asked him what he expected from me. He stated he wanted help to get out of his free will and by his own responsibility into the closed ward of the psychiatric hospital for medical treatment. He did not want to be hunted down, taken in as a criminal. I promised him to help him. I gave him sandwiches and a bottle of milk and he went away. Two days later he was back. In the meantime I had been in contact with the health authorities. They confirmed my client's initial story, although his story was coloured by a 'too much meaning'. The authorities were looking out for him, to take him in by force. They were indeed alien to him. I tried to explain to the health authorities that this man would never be a danger to himself and to society, as long as we would not try to hunt him down and to take him into the jacket. But there was only disbelief. My patient turned up. This time, he wore shoes and he had shaved. He returned in the hope that I would have found respect for his cause and wish.

I could not but explain to him what the authorities had told me. I promised him not to tell the authorities his whereabouts, and I gave him some money to get on his way. On his way to the hospital, some 40 kilometres from my home, he was caught and brought down in a straight jacket. His partner phoned me and told the story. She added that she had my address from the health authorities and that they advised her to stay away from me as far as possible.

This is an event that happened twelve years ago. However I still remember it vividly as one of my moments of deep despair, and at the same time as one of the strong moments of pride and dignity in the company of a person whose problems were sadly substituted for himself.

In class I am trying to teach my students that a good therapist is like a good surgeon. Both handle a knife, and both have to cut through layers with nervous ends and thus feelings, before getting down to their very own core business. Our core business is that we aim as therapists

and analysts at three things.

- A)³ 3. the client realises a first step of personal future (embedded in and supported by)
 2. the client generates reality (embedded in and supported by)
 1. the client participates in 'the humanity of the other person' (co-existence).
- B) This is, since both Existential Analysis as well as Logotherapy are searching for the remainder of sanity of the client in order to co-affect his/her perception of sanctity⁴.
 Meaning in life as a possible, situational, personal and motivational issue, relates to a meta-clinical dimension of the personal spiritual.
- C) On the way, and by accident, coincident or resulting from the bliss of true respect, emotions and feelings are evoked, experienced and reflected, whilst attitude changes and actions respond⁵.

One cannot be too clear about this. Many of my students are already helping professionals. They have had previous training, and somehow they need and want more, since their humanistic training did not deliver them the tools, practises and aims of the sober business character one needs to live life itself.

They have capacities in subjectivism, they know about emotional dynamics, but they have somehow discovered that the decisive moment in a client's expression like "I feel this like". Is that 'I' comes before 'feeling'. This 'feeling' being an often too neurotic subject to the spirit of time. Students fear to be the knife. The confrontation with our own fears is difficult, since our own fears are often the neurotic results of collective neuroses too.

Well, a surgeon can operate without making nasty scars. The therapist does not need and would not want to solve the problem, because this will take away something that will scar the client permanently with shame. The therapist needs to evoke consciousness of humanity and the powers within. That is why learning Logotherapy and exercising in Existential Analysis is not just gathering knowledge, insight and tools; but at the same time being confronted with one's subconsciously operant psychodynamic characteristics and overcoming these.

© W. J. Maas, Ph.D. Psychotherapist ER,
 senior trainer and supervisor with the Netherlands Institute for
 Logotherapy and Existential Analysis.

³ Frankl calls this: 3: 'Ausdruck personaler Existenz' 2. 'Vollzugswirklichkeit der Existenz', 1. 'Selbstvollzug'.

⁴ C.f. Frankl, *Der unbewusste Gott, Psychotherapy and Religion*. Frankl accepted the question whether it was right to compare psychotherapy (a science and a profession) with 'religion' (a cultural phenomenon). I suggested that psychotherapy would rather be complemented by 'pastoral care', hence: Frankl, *The doctor and the soul*. In that case the notions of 'seelische Heilung' and 'Seelenheil' would be out of touch too, and should have been 'sanitas' and 'sanctitas'. Frankl agreed to this.

⁵ Cf. W. J. Maas, Ph.D., *Value Analysis, Gateway to the ultimate human dream; Bulletin Logotherapie en Existentiële Analyse, Poortugaal, 1999, Vol.9 nr. 2, p. 11 – 15 (lecture 2 World Congress of Psychotherapy, Vienna, 1998)*.

DEPRESSION AND LOSS OF VALUES VIKTOR FRANKL AND MOOD DISORDERS

(SUMMARY)

drs. Pieter Hoekstra / drs. Merijn Merbis

The oeuvre of Viktor Frankl does not contain the modern terms that are now used from the classification system of the DSM-IV and the ICD-10. This article attempts to summarise the six decennia of his work concerning the topic depression, especially focussing on how and where he used the term. Frankl's main concern is the meaning of existence, and this is evinced by the name of his own psychotherapy: Logotherapy. This therapy focuses on the meaning of human existence as the strife towards such meaning, which is, according to Logotherapy, the primary motivation of human beings. Other connotations that the Greek word Logos carries are: belonging, accountability, taking into account, account for or motivate, motive, etc. We can consider each of these connotations for the term Logos, and Frankl also creates an opening for theological and philosophical perspectives on Logos. It all commences with the question for meaning by the unique human being. If the meaning of existence is lost to the unique person, then interpersonal relations and metaphysical concepts no longer function as coherently. Part and parcel of Frankl's psychopathology is the underlying aforementioned anthropology that is lacking in the classification system of the DSM-IV and ICD-10. The anthropological notion of Frankl is, in this sense, timeless and applicable today.

It is indeed a daunting task to compare the nomenclature of the 20th century, being heavily biased towards psychotherapeutic schools, to the more recent and relatively objective diagnostic criteria of the DSM-IV. For example, Frankl uses the rather outdated term endogenous depression as referring to a depression that is solely physiological in nature. Nowadays, the once somatic concept of depression has become much broader to include bio-psycho-social aspects. During the course of this article it will become clear that Frankl uses old-fashioned terminology relating to particular psychotherapeutic schools. However, this is not to say that Logotherapy has limited itself in the past to endogenous depression or solely medical or psychiatric psychopathology; in fact, Logotherapy can still be used today to approach in an open and personal way, the existential questions of life. In this sense it is no different from the "mother-school" of Logotherapy, i.e. Psychoanalysis, in that this particular form of analysis not only aims to ameliorate symptoms, but also to induce character reformations, that is to say, the shift from *Es* to *Ich* psychology (Leo Stone, The Psychoanalytical situation, 1961, Charles Brenner, Heinz Kohut, Otto Kernberg etc.).

Viktor Frankl distinguishes between the medical and general forms of Logotherapy. A psychiatrist or at least a medically trained logotherapist may only perform the former as it entails both the prescriptions of medication and therapeutic dialogue. It is important, nowadays, to discern the various dimensions of depression as

described by Frankl. The caveat must be placed that any sound treatment of depression must include a medical anamnesis and diagnosis, and this especially pertains to a non-medically trained logo-therapist. It is, therefore, important for the therapist to remain in contact with a GP or psychiatrist, even when no medication is given. For the existential dimension of depression, Logotherapy is indicated as it can respond adequately to such issues.

In modern times the name Logotherapy has been altered to existential-analytical psychotherapy. The practical reason for this alteration is that the term Logos spurs more confusion than clarity, as less and less people are familiar with the classic languages of ancient times. Moreover, Logotherapy, as a name, may carry too many theological and philosophical connotations that are not necessarily relevant to the work of the therapy itself. The title existential-analytical psychotherapy alludes to the fact that Logotherapy is rooted in the Psychoanalytical tradition, and that it is uniquely focused upon existential issues without losing the framework of the psychotherapeutic context. Logotherapy or rather existential-analytical psychotherapy does not differ from other approaches as it also uses the modern day diagnostic criteria. However, what is uniquely emphasised is the positive anthropology of Frankl, wherein the human being has the personal responsibility towards his or her fate, i.e. the freedom to uniquely actualise values in accordance with the particular situation. In this sense there is a greater affinity to the more modern neo-psychoanalytical schools of Kernberg and Kohut rather than the more orthodox approach of Stone.

Existential-analysis has repeatedly demonstrated that a lack of meaning or a lack of recognition of such a meaning increases the risk for depression. The close relationship between a person's perspective on life and mental health or strength has been confirmed many a time. This has led to the accreditation of Logotherapy or Existential Analysis as a clinically validated approach in various countries. Whole batteries of existential oriented tests have been designed, such as: the Logos-test of Lukas; the Purpose in Life (PIL); SONG; Life Purpose Questionnaire (Hablas); Sense of Coherence (Antonovsky); The Existential Vacuum Screening Scale (EVS) (Duplessis), etc. In the Netherlands diagnostic tests also have been developed, such as the SCL-90 (Arindell & Ettema) and the CES-D-scale (Ensel). The Developmental Profile of Abraham is of particular interest as it helps reveal not only the developmental vulnerabilities of the personality, but also the strengths and potentials. It, moreover, illuminates the life or existential perspective of the personality. The application of test for depression and existential issues deserves further study, although Abraham explicitly warns using his test for depressive patients.

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 Logo-therapie 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 psy-chotherapeutische 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.

*"Kids are different today,"
I hear every mother say,
"Mother needs something today
to calm her down."
And 'though she's not really ill,
there's a little yellow pill
She goes running for the shelter
of her mother's little helper.
And it helps her on her way,
gets her through her busy day.*

-- "Mother's Little Helper," The Rolling
Stones, 1966

Logotherapeutische Hulp?

P. Hoekstra, Poortugaal	010 501 9937
H. Sissing, Krimpen a/d IJ.	018 055 2832
P. Kluit, Koudekerk	071 341 4328
N. van Hal, Gouda	018 258 5847
R.G.D. Carton, Amsterdam	020 693 4075
Bilthoven	06 5518 8737
M. Idsart, Amsterdam	020 620 8919
M. Merbis, Amstelveen	020 345 0530
P. Verduin, Haarlem	023 525 5447
T. van der Neut, Tiel	034 462 3113
K. J. Landman, Ravenstein	048 641 2084
J. Bosma, Groningen	050 527 8923
H. Sanders, Groningen	050 526 2058
J. van den Herik, Drachten	051 254 0426
F. Kuipers, Vlieland	056 245 1664
E. Anindjola, Deventer	057 065 4032
T. Joustra, Deventer	057 062 6045
E. Tiggelaar, Heino	057 239 3417
A. Kukler, Leeuwarden	058 212 1187
B. Sytsma, Leeuwarden	058 213 6571
W.J. Maas, Egmond a.Zee	072 507 2860
M. Rappard, Alkmaar	072 520 7860
W. v. der Mee, Breda	076 560 2144
T. Girndt	(Duitsland)
M. Schmid	(Spanje)

KENNISMAKEN MET DE OPLEIDING LOGOTHERAPIE & EXISTENTIËLE ANALYSE? LOOP EEN DAGJE MEE EN MAAK KENNIS MET DOCENTEN EN CURSISTEN

Op 13-1-2001 start de nieuwe cursus. De ochtend is een open ochtend voor ieder die geïnteresseerd is in de opleiding tot Logotherapeut.

's Middags start de cursus, bezoekers mogen blijven en deelnemen.

Plaats: Christelijk Gymnasium, Oude Gracht, Tolsteeg zijde, Utrecht.

Tijd: 10.00-16.00 uur.

Contactpersoon is dr. Willem J. Maas
(Hoofddocent) 072 - 52 07 860

UW ADVERTENTIE IN ONS BULLETIN?

Het Bulletin Logotherapie en Existentiële Analyse heeft een oplage van 500 exemplaren en is gericht op mensen die werkzaam zijn in de hulpverlening (GGZ en aanverwante vakgebieden), die zich daarop voorbereiden en/of wetenschappelijk werk in deze disciplines verrichten.

Tarieven: Voor een pagina-grote advertentie (A4) betaalt u f 400,-. Een halve pagina (A5) f 200,-. Een kwart pagina f 100,-. Een achtste pagina of kleiner f 60,-.

Acceptatie: Advertenties die passen binnen de ruimste doelstellingen van het Bulletin worden geplaatst. Advertenties kunnen worden geweigerd door redactie en/of bestuur van NILEA.

Aanlevering: De kant-en-klare advertentie op het door u gewenste formaat kan worden aangeleverd op de WordPerfect of Word-formaten via ons E-mail adres bulletin@logotherapie.nl. Een uitdraai op papier toegezonden aan het redactie-adres levert de zekerheid dat de advertentie er zo uitziet als u bedoelt.

De advertentie wordt in het eerstvolgende nummer geplaatst na ontvangst van het verschuldigde bedrag. De verschijningsmaanden van het Bulletin zijn: maart, juni, september/oktober, december.

Noten

⁸ Frankl ziet op een gegeven moment zijn vermoedens van een benadering in drieslag, bevestigd in zijn eigen klinische praktijk. Het gaat daarbij om lichaam, psyche en geest. Hij geeft deze ervaring als volgt weer: Diesen Dreischritt möglicher therapeutischer Einstellung an ein und demselben >Fall< durchgeführt zu sehen, war mir einmal zufällig möglich und erscheint mir besonders lehrreich. Eine Patientin lag wegen einer typischen periodisch rezidivierenden Depression durchaus endogenen Charakters in einer Nervenheilanstalt. Sie erhielt eine Opiummedikation, also eine medikamentöse Behandlung angesichts der organischen Bedingtheit der Symptome. Als sie nun einmal in einem weinerlichen Erregungszustand angetroffen wurde, stellte sich zufällig heraus, daß eine psychogene Komponente mit im Spiel war, daß nämlich ein psychischer Überbau insofern vorhanden war, als die Patientin nachweislich auch über das weinen-Müssen weinte, allgemein: wegen der schicksalhaft auftretenden endogenen Depression. über diese hinaus noch psychogen deprimiert war. Eine einfache entsprechende Aufklärung dieses Sachverhalts vermochte das Weinen einzuschränken und die Depression zu vermindern. Es war also der Schritt von der am Körperlichen ansetzenden medikamentösen Therapie zu einer ergänzenden exquisiten Psychotherapie vollzogen. Einmal in ihrer seelischen Not dem ärztlichen Verständnis nähergebracht, begann nunmehr die Patientin über ihre allgemeinsten Lebensfragen öfter mit dem Ärzte zu sprechen, und es enthüllte sich ihre ganze geistige Not: die ganze vermeintliche Inhaltsarmut und scheinbare Sinnlosigkeit der Existenz eines Menschen, der sich eben durch das Schicksal rezidivierender endogener Depressionen gehandikapt fühlt! Alsbald ergaben sich von selbst weltanschaulich gehaltene Gespräche, die die Kranke mit der Zeit zu tiefstem Verständnis ihres Daseins als Verantwortlichsein führten; statt wegen ihrer Depressionen zu verzweifeln, lernte sie es, nicht nur trotz ihrer Verstimmungszustände sich ein Leben voll persönlichster Aufgaben aufzubauen, sondern auch gerade in diesen schicksalhaften Verstimmungszuständen noch eine Aufgabe mehr zu sehen, die Aufgabe: unter möglichst geringer Krafteinbuße und möglichst geringem Wertverlust damit fertig zu werden.

⁹ **Ludwig Binswanger (1881-1966)** is der eigentliche Begründer der daseinsanalytischen Psychiatrie. Zunächst allerdings bezeichnete er seine Forschungsrichtung im Anschluß an die intensive Beschäftigung mit der Phänomenologie Husserls als eine "phänomenologische Anthropologie". Erst 1941 nannte er sie, einer Anregung Wyrchs folgend, Daseinsanalyse. Zu dieser Zeit war Binswanger bereits in entscheidender Weise von den Werken Heideggers beeinflusst, besonders von dessen 1927 veröffentlichter Schrift "Sein und Zeit". 1942 erschien Binswangers Hauptwerk "Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins", dem später eine große Reihe von Arbeiten über Daseinsanalyse, Sprache und Verhalten Schizophrener sowie Untersuchungen über Melancholie und Manie folgten. Die daseinsanalytische Aufgabe in der Psychiatrie sah Binswanger darin, die jeweilige Gefügeordnung des Daseins eines bestimmten einzelnen Menschen in den Blick zu bekommen, und zwar unabhängig von der Unterscheidung von gesund und krank, von normgemäß und normwidrig. Die Daseinsanalyse Binswangers entsprang nicht, wie etwa die Psychoanalyse, einem therapeutischen, sondern einem "wissenschaftlichen" Impuls, der in der Unzufriedenheit gründete, daß der Psychopathologie ein eigentlicher erkenntnistheoretischer Grund und Boden fehle. Eine neue, von Binswanger inaugurierte Untersuchungsmethode sollte es der Psychiatrie ermöglichen, die konkreten, unmittelbar wahrnehmbaren psychopathologischen Symptome und Syndrome phänomenologisch zu verstehen und zu beschreiben. Schritt für Schritt wies der Begründer der Daseinsanalyse nach, wo und wie die naturwissenschaftliche Denkmethode im Bereich menschlichen Verhaltens zu kurz greift und ausgerechnet das spezifisch Menschliche des menschlichen Existierens verpaßt. Dabei stützte er sich zur Hauptsache auf Heideggers Destruktion der Grundidee von Descartes, die zur Subjekt-Objektspaltung der Welt geführt hatte, welche Binswanger das "Krebsübel" der Wissenschaft nannte. Es lag ihm viel daran, diese Subjekt-Objektspaltung auch im Bereich des psychiatrischen Vorstellens zu überwinden, was er anhand zahlreicher daseinsanalytischer Darstellungen von Lebensgeschichten schizophrener Kranker veranschaulichte. Binswangers psychiatrische Daseinsanalyse befruchtete vor allem die moderne Schizophrenie- und Psychopathieforschung. An die Stelle der klinischen Symptomatologie und Pathologie trat der psychotische oder psychopathische Mensch und seine Welt, der Mensch in und mit seiner Welt. Die "Welt" ist aber immer "Mitwelt"; nach Binswanger steht der Mensch in einem "dualen Seinsmodus", in einer "existentiellen Kommunikation", welche auch die Beziehung von Arzt und Krankem im Rahmen eines "Übertragungs-" und "Widerstandsverhältnisses" sprengt und zu einem "Miteinander- und Füreinander-Dasein" wird. Binswanger warf denn auch Heidegger vor, durch die "Reduktion" des In-der-Welt-seins auf die "Sorge", das Phänomen der "Liebe" als ein Über-die-Welt-hinaus-Transzendieren vernachlässigt zu haben. Dieses Mißverständnis der Sorgestruktur des Daseins von Seiten Binswangers führte in der Folge zum Bruch mit Heidegger und der Zürcher Schule der Daseinsanalyse. Die "Sorge" im Sinne von Heideggers "Sein und Zeit" ist nämlich nichts anderes als die existenziale Grundverfassung des Daseins. Im In-der-Welt-sein gründen deshalb alle möglichen Verhaltensweisen der Liebenden wie der Hassenden, der Fürsorge für den Mitmenschen und die Dinge dieser Welt, letztlich auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis.
Bron: Schweizerischen Fachverbandes für Daseinsanalytische Psychotherapie, SFD, und des Daseinsanalytischen Instituts Zürich, DAI. Te bereiken via www.daseinsanalyse.com

¹⁰ (gr. te sterk horen/klinken)

¹¹ Deze opmerking komt uit een van de in de Verenigde Staten uitgebrachte titels. Vandaar dat de term 'drugs' verwarring kan oproepen. In mijn artikel 'De menselijke dimensie en humaniteit in de psychotherapie' (Bulletin Logotherapie en Existentiële Analyse Jg.9/3) schets ik kort de spanning tussen V.E. Frankl en J. Bastiaans omtrent het gebruik van LSD als therapeutisch instrument. Evenwel: de, soms moralistische, discussie of een, volgens de vigerende wetgeving, bepaald middel juridisch een verboden drug is zal voor V. Frankl een minder belangrijk punt zijn. Waar hij dergelijke middelen afwijst is het primair, omdat deze middelen het doel niet bewerkstelligen, zoals LSD de psychische problemen van patiënten met traumatische ervaringen wel kon 'verdringen', maar niet kon helen.

¹² Sinds de '50er jaren van de twintigste eeuw zijn er verschillende generaties, beginnend in de Verenigde Staten medicijnen gaan gebruiken in de verwachting dat nieuwe pillen hun zouden helpen gelukkiger te worden, minder depressief - in de ruime betekenis van het woord - betere prestaties te leveren en betere minnaars te zijn. Deze trend is begonnen in 1955 toen de Wallace Laboratories en Wyeth Laboratories een angst-remmend middel op de markt brachten dat algemeen bekend staat onder de stof-naam meprobamate en commercieel onder merknamen als MILTOWN en Equanil. In die tijd werd gedacht dat MILTOWN angst en stress verminderde zonder bijwerkingen. Later bleek dat het verslavend kon werken en ook risico's met zich meebracht in combinatie met andere medicijnen. In die tijd werd gedacht dat het middel een doorbraak was in vergelijking met eerdere behandelingen en middelen, waaronder middelen die een toenemende slaapbehoefte ten gevolge hadden; kalmerende middelen met mogelijk dodelijke gevolgen en opiaten. Binnen enkele maanden werd MILTOWN een onderdeel van de Amerikaanse cultuur. Milton Berle, een bekend komiek uit deze periode, die wekelijks miljoenen kijkers bereikte, noemde zichzelf gekscherend 'Miltown Berle'. Besprekingen van het middel 'MILTOWN' waren te vinden in TIME, Look en andere Amerikaanse periodieken. Een jaar na de introductie van MILTOWN scheen 5 procent van de Amerikaanse bevolking kalmerende middelen te gebruiken.

¹³ Voor de converteringslijst van de diagnostische begrippen door Frankl gebruikt naar de ICD-10 en DSM-IV begrippen en criteria verwijzen we naar het 'Lehrbuch der Logotherapie' van dr. E. Lukas p.226 vv en de nader uitgewerkte lijst in het

komende Bulletin.