

# Patiënteninformatie Interpersoonlijke psychotherapie

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| Inhoudsopgave                                            |    |
| <i>Inhoudsopgave</i> .....                               | 1  |
| INLEIDING .....                                          | 1  |
| DEPRESSIE.....                                           | 1  |
| INTERPERSOONLIJKE PSYCHOTHERAPIE (IPT) .....             | 3  |
| <i>Achtergronden</i> .....                               | 3  |
| <i>Werkwijze van IPT</i> .....                           | 3  |
| ALGEMEEN .....                                           | 4  |
| HET FOCUS.....                                           | 4  |
| <i>Rouw</i> .....                                        | 4  |
| <i>Rolconflict</i> .....                                 | 5  |
| <i>Rolverandering</i> .....                              | 6  |
| <i>Tekort in interpersoonlijke contacten</i> .....       | 7  |
| TAAKVERDELING TUSSEN THERAPEUT EN PATIËNT<br>IN IPT..... | 8  |
| AFSLUITEN VAN DE BEHANDELING .....                       | 9  |
| VERVOLGBEHANDELING.....                                  | 9  |
| TERUGVALPREVENTIE .....                                  | 9  |
| ONVOLDOENDE HERSTEL.....                                 | 9  |
| TIPS VOOR DE OMGEVING .....                              | 10 |
| SLOTOPMERKINGEN .....                                    | 11 |
| AANVULLENDE LITERATUUR .....                             | 11 |
| INTERNET: .....                                          | 11 |
| PATIENTENORGANISATIES: .....                             | 11 |

## **Inleiding**

In dit voorlichtingsboekje wordt informatie gegeven over depressie en de behandeling van depressie met interpersoonlijke psychotherapie (IPT). Het boekje is allereerst bedoeld voor patiënten die (vermoeden) aan een depressie (te) lijden en hun belangrijkste naasten. Er wordt informatie gegeven over de vraag wat een depressie is, wat de belangrijkste behandelingen zijn voor een depressie en wat interpersoonlijke psychotherapie is. Omdat concentratieproblemen bijna altijd aanwezig zijn als iemand lijdt aan een depressie is er per hoofdstuk **in het rood**

aangegeven wat de belangrijkste informatie is. Als u zich slecht kunt concentreren is het voldoende om deze stukken te lezen.

## **Depressie**

Iedereen voelt zich wel eens een dag somber of 'down'. Soms hoort men mensen zeggen dat ze depri zijn of "zo depressief worden van alweer een regenachtige dag". Tijdelijke somberheid hoort bij het leven en is natuurlijk geen teken van een psychiatrische ziekte. De somberheid gaat vanzelf weer over na enkele uren tot dagen.

**Van een depressie als psychiatrische ziekte wordt gesproken als iemand langdurig, langer dan twee weken aaneengesloten, last heeft van somberheid. Meestal heeft de patiënt nergens zin in en beleeft aan vrijwel alles wat hij of zij onderneemt geen plezier meer. Zaken worden slechts met tegenzin ondernomen. Naast deze klachten zijn er veelal ook problemen met de slaap en met het eten. Iemand met een depressie slaapt slecht en onderbroken. Vaak wordt hij of zij uren voor de wekker wakker en ligt dan voor zich uit te staren. Het eten smaakt niet en de patiënt moet dan tot eten aangezet worden. Vaak ook is men afgefallen.**

**Er bestaan problemen met de concentratie, de patiënt heeft geen of nauwelijks energie, voelt zich overbodig in contact met anderen en soms ook schuldig om de overlast die hij of zij anderen denkt aan te doen. Het is niet verwonderlijk dat iemand die zich zo akelig voelt, die nergens meer plezier aan beleeft en die zichzelf als overbodig ziet, denkt dat zelfmoord de enige uitweg uit de ellende is. Gedachten aan de dood, als mij iets overkwam zou ik dat niet erg vinden, of gedachten aan zelfmoord komen bij vrijwel iedereen met een depressie voor. Het is ook reëel gevaar; men schat dat 10% van de patiënten met een depressie door zelfmoord om het leven komt. Een depressie is één van de meest voorkomende psychiatrische ziektebeelden. Op**

grond van recent onderzoek wordt geschat dat ongeveer één op de vijf Nederlanders ooit in zijn of haar leven ermee te maken krijgt. Ongeveer 10% van de bevolking lijdt er op elk gegeven moment aan.

Het lijden van iemand met een depressie kan moeilijk overschat worden. Niet voor niets heeft de Wereld Gezondheidsorganisatie depressie tot een van de grote problemen van de 21e eeuw uitgeroepen. De last die een depressieve patiënt ervaart doet niet onder voor de meeste andere chronische ziektes als reuma en suikerziekte. Het leed is integelstelling tot lichamelijke ziektes onzichtbaar, wat nog eens extra bijdraagt aan het isolement wat mensen met een depressie overkomt.

**Gelukkig zijn veruit de meeste patiënten met een depressie goed te helpen.** Mits niet al te lang wordt gewacht met het vinden van deskundige hulp geneest meer dan 90% van de patiënten van een depressie.

Het is niet bekend wat de **oorzaak** van een depressie is. Het feit dat sommige mensen er wel last van krijgen en andere niet heeft onder andere te maken met een erfelijke aanleg. De kans dat iemand bijvoorbeeld een depressie krijgt is verhoogd als één of meerdere ouders ook aan een depressie leden. Patiënten die in hun jeugd zijn verwaarloosd, mishandeld of zijn verlaten door een ouder hebben eveneens een grotere kans op het krijgen van een depressie op latere leeftijd. Ten slotte treden depressies zelden zonder aanleiding op. Bij de meeste patiënten is er wel een aanleiding zoals het verlies van een naaste, een grote verandering in het leven (pensionering, geboorte van een kind). Al deze factoren tezamen bepalen of en wanneer een depressie zal ontstaan.

**Er zijn verschillende goede behandelingen bekend:**

- **Medicijnen. Middelen tegen depressie worden antidepressiva genoemd.** Er zijn op dit moment een tiental middelen bekend die allemaal een vergelijkbaar effect hebben. Misschien het meest bekende middel is Prozac, maar er zijn er veel meer. De effectiviteit van deze middelen is ongeveer gelijk. Wel kunnen de bijwerkingen verschillen. Alle antidepressiva kennen bijwerkingen maar de mate waarin iemand hier last van heeft verschilt van persoon tot persoon. Als een patiënt niet of onvoldoende reageert op één middel wil dit niet zeggen dat hij of zij ook ongevoelig is voor een ander antidepressivum. Daarom is het soms nodig dat patiënten verschillende middelen krijgen voordat resultaat wordt geboekt. **Geen van deze middelen werkt**

**direct. Men moet twee tot soms zes weken wachten voordat effect intreedt.**

- **Psychotherapie.** Op dit moment zijn er twee vormen van psychotherapie bekend die in onderzoek effectief zijn gebleken bij de behandeling van depressie. **Interpersoonlijke psychotherapie (waarover in deze folder meer) en cognitieve gedragstherapie.** Beide therapieën zijn kortdurend, dat wil zeggen dat ze niet langer duren dan 12 tot 16 weken. Indien dan geen effect is bereikt wordt een andere behandeling aangeboden. **Cognitieve gedragstherapie gaat uit van de veronderstelling dat gedachten invloed hebben op iemands stemming.** Depressieve patiënten gaan vaak uit van sombere veronderstellingen: "Ik ben niets waard" of "In mijn leven is alles ellendig verlopen". Deze gedachten maken dat iemand somber in het leven staat en zullen de depressie onderhouden. Door oefeningen leert de patiënt deze gedachten te herkennen en gaandeweg te vervangen door meer reële gedachten. Men wordt bijvoorbeeld uitgedaagd om als men denkt dat "Niemand van mij houdt", in de omgeving na te gaan of dit inderdaad zo is. Door de patiënt op die manier te confronteren met de realiteit lukt het om deze negatieve gedachten bij te stellen en zo de stemming te verbeteren. In Nederland wordt cognitieve therapie vaak gecombineerd met gedragstherapie. Tijdens het begin van de behandeling wordt de patiënt gestimuleerd door het geven van concrete opdrachten (boodschap doen, wandeling maken) om activiteiten te ondernemen. Er zijn naast deze vormen van psychotherapie natuurlijk ook andere vormen, maar daarvan is niet of onvoldoende bekend of zij ook effectief zijn bij de behandeling van depressie. Zij zullen daarom slechts in bijzondere gevallen gebruikt worden.
- **Andere vormen van behandeling zijn lichttherapie, slaapdeprivatie en electroconvulsieve therapie (ECT).** Dit zijn behandelvormen die voor bijzondere groepen depressieve patiënten worden gebruikt. Lichttherapie is bijvoorbeeld bijzonder effectief bij patiënten die aan seizoensgebonden (winter) depressies lijden. Bij andere vormen is deze behandeling echter niet werkzaam. Slaapdeprivatie en ECT worden niet vaak toegepast en dan alleen bij zeer ernstige depressies die niet op de gewone behandeling reageren.

## **Interpersoonlijke psychotherapie (IPT)**

### Achtergronden.

IPT is een behandeling die in het midden van de jaren '70 speciaal voor de behandeling van depressie ontworpen is in de Verenigde Staten van Amerika. **In verschillende wetenschappelijke onderzoeken, zowel in de VS als in ons land, is de behandeling effectief gebleken** IPT gaat uit van de veronderstelling dat mensen andere mensen nodig hebben om zich goed te voelen. Depressie kan ontstaan als de relaties met belangrijke anderen ernstig verstoord wordt. Men kan daarbij bijvoorbeeld denken aan het verlies van iemand die zeer dichtbij stond zoals de partner of het verlies van een kind.

Maar ook een conflict met een belangrijke ander kan aanleiding zijn tot het ontstaan van een depressie.

Het is niet bekend wat de oorzaak is van een depressie. Zoals hierboven al beschreven zijn er bij iedereen meerdere factoren aan te wijzen. **IPT richt zich bij de behandeling niet op de erfelijke aanleg, noch op de traumatische ervaringen in de jeugd. Zij richt zich op de recente aanleiding die mede tot de depressie heeft geleid.** De reden hiervan is dat een erfelijke aanleg en gebeurtenissen in iemands jeugd niet of nauwelijks te beïnvloeden is. Iets wat recent is gebeurd echter wel. Vandaar dat bij IPT vooral ingegaan wordt op recente ingrijpende gebeurtenissen te hebben die een effect hebben gehad op mensen die belangrijk voor u zijn.

### Werkwijze van IPT

**Samen met uw therapeut zal eerst vastgesteld moeten worden of u wel lijdt aan een depressie.** Is dat namelijk niet het geval dan zal dat betekenen dat deze behandeling niet de juiste voor u is. De therapeut zal u veel vertellen over de symptomen (klachten) die bij een depressie voorkomen, over wat een depressie is en wat u er aan kunt doen. **Het is belangrijk dat u weet wat er met u aan de hand is.** Dat is altijd wel van belang maar bij een depressie hebben mensen vaak last van voor hen onbegrijpelijke klachten die beangstigend kunnen zijn. Een goede uitleg helpt om deze klachten te plaatsen; u weet wat er aan de hand is. De therapeut zal in de loop

van de behandeling nog meer voorlichting geven als dat nodig is. Ook als u niet alles in één keer heeft kunnen volgen is dat dus niet erg. U kunt rustig vragen om zaken te herhalen die u zijn ontgaan of die niet duidelijk zijn.

**Is de diagnose depressie gesteld, dan gaat de therapeut samen met u een inventarisatie maken van alle mensen die in uw leven belangrijk zijn of belangrijk waren. Er wordt daarbij in het bijzonder gelet op veranderingen die zich in de periode voorafgaande aan het ontstaan van de klachten hebben voorgedaan.**

Maar ook worden uw relaties in het verleden in kaart gebracht. Op die manier krijgen we een indruk van de wijze waarop u in het verleden met contacten bent omgegaan. Bijvoorbeeld of uw veel verliezen heeft geleden in het verleden en daardoor misschien gevoelig bent voor een actueel verlies of dat u iemand bent die veel mishandeling heeft meegemaakt en daardoor wantrouwig staat tegenover contact. De therapeut krijgt daarmee een indruk over zaken waarvoor u gevoelig bent en kan daarmee in zijn behandeling rekening houden.

**Na een drietal gesprekken zal de therapeut aan de hand van de symptomen en de recente veranderingen in uw leven komen tot het voorstellen van het focus van de**

**behandeling. Het focus is het onderwerp waarover de therapie zal gaan.** Bij de meeste mensen bestaan er een aantal problemen waarvan niet meteen duidelijk is welk probleem nu precies de aanleiding tot de depressie was. Bijvoorbeeld iemand is verhuisd rondom zijn pensionering en is daarna somber geworden. Is het de pensionering en het verlies van collega's op het werk wat hem opbreekt of is het de verhuizing?

Door samen met de therapeut na te gaan waar de grootste pijn zit in uw leven of waarmee de grootste verandering samenhangt, kan bepaald worden wat het focus moet worden. Belangrijke vragen die hierbij gesteld worden, zijn:

1. Betreft het een verandering in uw relatie met belangrijke anderen. Dat wil zeggen zijn er belangrijke personen weggevallen (door overlijden of bijvoorbeeld scheiding) of zijn er anderszins veranderingen opgetreden in uw relatie met de mensen om u heen?
2. Heeft de verandering zich betrekkelijk recent afgespeeld en is er in de tijd een relatie met het ontstaan van de depressie?
3. Is de verandering emotioneel beladen?

Nadat het focus is bepaald zal de therapeut met u afspreken hoe lang de behandeling gaat duren. Over het algemeen wordt gekozen voor een behandelduur van 12 tot 16 zittingen of weken. Bestaat de depressie heel lang dan kan gekozen worden voor een andere opbouw van

de therapie. Bijvoorbeeld in de eerste vier weken twee keer per week een therapie-uur en daarna eens in de twee weken een zitting. Behandelingen duren maximaal 16 weken. Als IPT in die tijd niet of onvoldoende effect heeft dient een andere behandeling toegevoegd of gestart te worden. (Bijvoorbeeld kan besloten worden om dan met medicijnen te starten). De afspraak die tussen u en de therapeut wordt gemaakt over de duur en het onderwerp (focus) van de behandeling wordt het behandelcontract genoemd. Dit wordt schriftelijk in het dossier vastgelegd en soms ook aan u meegegeven.

### **Algemeen**

Bij alle behandelingen van depressie zijn een aantal zaken van belang ongeacht de soort behandeling. Depressie is een potentieel dodelijke ziekte. Dat klinkt eng, maar men schat dat ongeveer 10% van de patiënten met een depressie zelfmoord pleegt.

Zelfmoordgedachten komen vrijwel bij iedereen voor die een depressie heeft. Uw therapeut zal er ook naar vragen omdat hij weet dat dergelijke gedachten aanwezig kunnen zijn en omdat hij weet dat het belangrijk is erover te praten. Zeker als u plannen maakt, nadenkt over hoe u zelfmoord wilt plegen, is het van groot belang daarover te praten. **Als het gevaar van zelfmoord erg groot is, kan dat inhouden dat een andere vorm van behandeling beter voor u is. Ter bescherming kunt u dan bijvoorbeeld worden opgenomen. Depressie is immers een zeer goed behandelbare stoornis maar de behandeling heeft altijd even tijd nodig om aan te slaan.**

De meeste mensen met een depressie klagen over energieverlies. Het gevoel dat ze niets aankunnen en het liefst de hele dag in bed willen liggen met de gordijnen dicht. Hoewel begrijpelijk, is dat niet bevorderlijk voor herstel. **Men moet proberen om elke dag iets van activiteit te ondernemen. Daarbij is het goed om zo simpel mogelijke zaken te ondernemen waarbij men geen concentratie nodig heeft.** Probeer dus niet een boek te lezen of een gesprek met meerdere mensen te volgen; dat lukt echt niet. Activiteiten die mensen met een depressie vaak doen zijn: een wandeling, kort gesprek met iemand, een klein afwasje doen of iets dergelijks. Probeer het u zo gemakkelijk mogelijk te maken. Onderneem vooral geen zaken die erg lang duren, dat houdt u in het begin van de behandeling niet vol. En onderneem ook geen zaken die als 'leuk' bedoeld zijn. U voelt zich al ellendig en als mensen zich dan ook nog inspannen om u op te vrolijken (en dat niet lukt) dan voelt u zich vaak nog akeliger en vaak ook nog schuldig

om de inspanning van diegenen die het zo goed bedoelen.

### **Het focus.**

Omdat IPT een kortdurende behandeling is zullen vaak niet alle problemen waar u mee te maken heeft aan bod kunnen komen. De ervaring leert dat dit ook niet nodig is. Door het meest centraal staande probleem op te lossen krijgt u vaak genoeg energie en mogelijkheden om zelf weer vooruit te kunnen.

**Binnen IPT worden vier mogelijke centrale thema's onderscheiden:**

- **Rouw om een belangrijk verlies;**
- **Een conflict met een belangrijke ander;**
- **Een grote verandering in sociale rollen of**
- **Een tekort in interpersoonlijke relaties.**

Hieronder zullen deze vier focussen kort worden behandeld.

### **Rouw**

Voor het focus rouw wordt gekozen als de depressie verband houdt met de dood van een belangrijk persoon in uw omgeving. Niet elk verlies van een belangrijk ander leidt tot een depressie. Rouw optredend na een groot verlies is natuurlijk en geen ziekte. Emoties als verdriet, spijt en woede kunnen heftig zijn en reden van zorg. Zelden zal echter hulp van de geestelijke gezondheidszorg nodig zijn. Als de rouw echter te lang duurt of bepaalde klachten blijven opspelen dan kan er sprake zijn van een depressie. Over het algemeen wordt een periode van een jaar aangehouden voordat gesproken wordt van een verstoord rouwproces. Zo'n termijn is echter een beetje onzin. Rouwgevoelens kunnen in sommige gevallen een heel leven bestaan zonder dat er sprake is van ziekte. Zo ook kan het zinvol zijn om bij sommige klachten (zelfmoordgedachten, ernstige slapeloosheid, inactiviteit) veel sneller professionele hulp te zoeken en niet te wachten tot het jaar om is.

Als een depressie ontstaat na een verlies van een belangrijke ander in uw leven dan ontstaat zij vaak als emoties niet of onvoldoende erkend kunnen worden. **De behandeling richt zich daarom in eerste instantie op het weer (her)beleven van de emoties die in eerste instantie niet of onvoldoende aan bod waren gekomen.** De therapeut zal dat doen door de blik te richten op zaken als: wie was precies degene die is overleden; wat was uw relatie met hem/haar? Wat ging er goed in die relatie en wat niet? U wordt gevraagd de periode vóór het overlijden nauwkeurig, detail na detail weer te beschrijven. Voor de meeste mensen is dit een zwaar proces. Veel gevoelens waarvan u

dacht ze niet meer te hebben worden weer opgerakeld. Sommige patiënten vragen zich dan ook af of het allemaal weer nodig is om "oude wonden open te maken". Helaas is dat zo. Niet omdat het goed is je te uiten of iets dergelijks, maar omdat sommige manieren van omgaan met nare en weggestopte gevoelens u kunnen belemmeren afstand te nemen van de overledene. En dat laatste is absoluut noodzakelijk om de depressie te kunnen genezen. Een voorbeeld:

*Mevrouw A is een 45-jarige vrouw die verwezen wordt door haar huisarts met een depressie. Het is twee jaar na het overlijden van haar man. In het eerste gesprek legt ze zelf al een verband tussen het ontstaan van haar klachten en de dood van haar echtgenoot. Ze heeft zelf al veel geprobeerd om zich beter te gaan voelen. Ze heeft een rouwgroep van de kerk gevolgd, ze heeft medicijnen gekregen van haar huisarts en ze is op een klaverjasclub gegaan. Niet helpt echter, ze blijft zich somber en ellendig voelen. Haar huis is gevuld met foto's van haar man en elke dag moet ze nog aan hem denken en aan de fijne periode die ze samen hebben gehad. Ze verteld dat haar man en zij een goed leven samen hadden. Ze waren altijd samen (ze hadden geen kinderen), ondernamen veel en hadden een rijk sociaal leven. De enige schaduw in hun leven was de ziekte van haar man. Hij had een ernstig hartlijden waarvoor hij regelmatig behandeld moest worden. In het verleden had hij meermalen op het randje van de dood gestaan. Door zijn ziekte kon hij steeds minder en had mevrouw A zich de laatste jaren steeds meer moeten ontszeggen. Het meest moeilijke voor mevrouw A was zich te realiseren dat ze weliswaar veel van haar man had gehouden maar dat ze in al die jaren van zijn ziekte ook veel tekort was gekomen. Stilletjes had ze dat haar man wel verweten, maar er nooit wat van gezegd ("hij was zo'n lieve man, dat kon ik toch niet tegen hem zeggen"). Toen ze ook deze, als negatief ervaren emoties bij zichzelf kon erkennen, kon ze ook afscheid van haar man nemen.*

Deze oude zaken moeten eerst uit de weg voordat iemand verder kan. **Als het natuurlijke rouwproces weer eenmaal op gang is geholpen zal de therapeut voorzichtig de blik weer op de toekomst richten.** Hij zal dat pas doen als er bij u ruimte is ontstaan om dit te doen. Vaak heeft u immers al lang van goedbedoelende mensen in uw omgeving gehoord dat u "niet zo lang bij het verleden moet stilstaan", of erger: "niet zo moet zeuren over iets wat toch niet terug zal komen" en als het niet gezegd is, merkt u zoiets wel uit de reactie van anderen. Soms omdat mensen het tegen u zeggen, erger is als

u het alleen maar merkt doordat mensen wegblijven.

In de tweede fase van de behandeling wordt zoals gezegd de blik op de toekomst gericht. Zaken die dan aan de orde komen zijn: hoe kan ik verder in mijn leven, welke zaken zijn belangrijk voor me en welke kansen doen zich nu aan mij voor? Uiteraard is dit allemaal makkelijk neergeschreven en is de werkelijk heel wat moeilijker. Toch is onze ervaring dat met een kortdurende therapie als IPT het heel goed kan lukken om een vastgelopen rouwproces weer op gang te helpen. Wat niet gaat en ook niet de bedoeling van de behandeling is, is om de rouw in een paar weken af te sluiten. Een rouwproces duurt vaak jaren, soms een heel leven lang. Wat niet wil zeggen dat men er zijn hele leven lang last van hoeft te hebben, maar wel dat op bijzondere dagen (feestdagen!) of bij een ander verlies, gevoelens van verdriet weer de kop kunnen opsteken. Verdriet is echter heel wat anders dan depressie.

#### Rolconflict

**Bij IPT spreken we van dit focus als de depressie verband houdt met een geschil tussen u en een belangrijke ander.** Dat kan bijvoorbeeld uw partner zijn, maar ook een familielid, iemand op het werk of een goede vriend. Problemen tussen mensen die tot een depressie leiden zijn vaak lang bestaande conflicten die oplaaien rondom kleine incidenten. Soms probeert men elkaar zoveel mogelijk uit de weg te gaan en bestaan er vage gevoelens van ergernis en onmacht. In de behandeling zal de therapeut eerst met u nagaan met wie precies u een verschil van mening heeft. Vaak is dit wel duidelijk maar soms helemaal niet. Bijvoorbeeld als er een conflict met het bedrijf is waar u werkt, dan kan het een tijdje duren voordat duidelijk is met welke persoon binnen het bedrijf u de meeste moeite heeft. **Het is van groot belang dat zo nauwkeurig mogelijk omschreven wordt met wie en waarom het conflict gaat. Nadat vastgesteld is wie precies de persoon is om wie het conflict draait, zal nagegaan worden wat uw wensen zijn ten aanzien van de ander. En daarna, hoe u uw wensen aan de ander heeft proberen duidelijk te maken.** Vragen die dan gesteld worden zijn bijvoorbeeld: wat vroeg u precies? Kunt u heel concreet, zinnetje voor zinnetje beschrijven wat u zei, wat de ander zei? Had u het idee dat de ander u begreep? Is u duidelijk waarom de ander u wens niet vervulde, wat ging er mis? Vaak liggen er onduidelijke of vastgeroeste communicatiepatronen ten grondslag aan het interpersoonlijk conflict.

Voorbeeld:

*Patient B (B): Nou, nadat ik thuis kwam zag ik dat hij (haar man) de hele aanrecht vol had staan met afwas. Toen ben ik direct doorgelopen naar boven en ben op bed gaan liggen. Daar ben ik het hele weekend niet meer vanaf geweest. Ik voelde me vreselijk.*

*Therapeut (T): "Wacht even, laten we even terug naar het begin. U vertelde dat u thuis kwam, en toen."*

*B: "Toen zag ik de afwas staan."*

*T: "Wat had u verwacht, of wat had u gehoopt?"*

*B: "Nou, dat hij minstens de moeite zou hebben genomen om de afwas te doen."*

*T: "U had gehoopt dat hij de afwas had gedaan, nu u het zo zwaar heeft"*

*B: "Ja, zoiets mag ik toch wel verwachten."*

*T: "Ik kan me goed voorstellen dat u dat graag wilt. Maar u kent uw man het beste. Kun je dat van hem verwachten?"*

*B: "Hij doet het nooit."*

*T: "Hij kan het wel?"*

*B: lacht. "Ja hij heeft wel twee handjes, dat is niet het probleem."*

*T: "Wat is dan wel het probleem volgens u"*

*B: "Hij denkt er gewoon niet aan. Terwijl hij weet hoe vervelend ik het vind om de hele keuken zo te zien."*

*T: "Hoe weet hij dat dan van u?"*

*B: "Dat weet hij gewoon. We zijn nu bijkans 23 jaar getrouwd."*

*T: "Weet u zeker dat hij dat weet. Hij zou het moeten weten, dat ben ik met u eens, maar weet hij het ook?"*

*P: "Nee, echt zeker weet ik het niet."*

*T: "Hoe zou u het wel te weten komen?"*

*P: "Ja, ik zou het hem kunnen vragen..."*

*T: "Bijvoorbeeld. Weet u ook hoe u het hem dan zou willen vragen?"*

Enzovoort. Het voorbeeld is over een vorm van niet-communiceren tussen partners die wel "gedachtenlezen" wordt genoemd. Men denkt dat de ander (bijvoorbeeld omdat men al heel lang bij elkaar is) automatisch (via gedachten lezen) weet wat jezelf nodig hebt. Dat zou misschien wel moeten, maar is natuurlijk heel vaak niet zo.

**Samen met de therapeut wordt vervolgens gezocht naar manieren om wel uw wensen vervuld te krijgen, mits deze passend zijn in de relatie.** Men kan bijvoorbeeld willen dat de chef meer invoelend is maar als de man dat niet in zich heeft, is het onmogelijk om dat ook te krijgen. In zo'n geval zult u moeten bekijken of de terechte wens zo belangrijk is dat u niet zonder kunt leven of dat u manieren moet zoeken om de wens op een andere wijze vervuld te krijgen. De therapeut helpt hierbij om

een goede keuze te maken.

**Als het probleem meer ligt in de manier waarop u uw zin probeert te krijgen, zult u samen met de therapeut zoeken naar andere manieren om uw wensen te uiten.** Van groot belang is dat

een manier wordt gevonden die bij u past. De therapeut zal daarom niet of nauwelijks concrete aanwijzingen geven. Nieuwe manieren worden soms geoefend tijdens de therapie, beter is om het zelf in de praktijk te gaan proberen. **Belangrijk is dan niet te snel ontmoedigd te raken als het niet meteen de eerste keer lukt.** Iets wat vaak jaren bestaat is zelden in één keer opgelost. Lukt iets niet zoals u het had voorgesteld, geen nood. U leert er altijd weer van.

In de zitting daarna wordt weer zorgvuldig nagegaan of de bereikte resultaten voldoende zijn. Zo niet, dan kijkt u weer samen naar andere manieren om het probleem aan te pakken.

In onze ervaring lukt het meestal om in een tiental therapie-uren concrete verandering te bereiken. Vaak zien we echter ook dat de veranderingen nog na afloop van de behandeling doorgaan. Dus niet alles hoeft in de korte tijd bereikt te worden.

Rolverandering

**Van het focus rolverandering wordt gesproken als de depressie te maken heeft met een belangrijke overgang in uw leven.** Men spreekt hiervan bijvoorbeeld als het voor het eerst het uit huis gaan, trouwen, de geboorte van een kind, pensionering, verhuizing en dergelijke.

**Een dergelijke verandering gaat gepaard met een verstoring of een verlies van belangrijke relaties.** Bij een verhuizing krijgt men bijvoorbeeld niet alleen een nieuw huis, maar ook nieuwe burens, nieuwe winkels, nieuwe school voor de kinderen, enzovoort. Voor iemand die kwetsbaar is kan een verstoring van belangrijke relaties de aanleiding zijn tot het optreden van een depressie.

Als voor dit focus gekozen is zal de therapeut in de eerste zittingen eerst met u nagaan wat er precies is kwijtgeraakt. Vaak is dat namelijk helemaal niet zo duidelijk.

**Voorbeeld:** *Mevrouw C werd depressief na de geboorte van haar eerste kind. Zij was heel blij met haar kind, het was een schat van een baby, maar toch werd ze somber, durfde het kind niet meer aan te raken, sliep niet, kortom werd depressief. Met de therapeut werd nagegaan wat ze in deze schijnbaar gelukkige situatie ook kwijt was geraakt. En dat bleek nogal wat te zijn: ze was gestopt met werken, haar relatie met haar schoonmoeder was zeer intensief geworden (en dat wilde ze niet, maar*

*vond het moeilijk om te zeggen), haar man bleek gewoon door te werken terwijl ze afgesproken hadden ieder een deel voor het kind te zorgen en noem maar op.*

**Als duidelijk wordt wat er naast de winst in de situatie ook verloren is gegaan, kunt u ook beter afscheid nemen.** Gevoelens van verdriet en soms ook boosheid zullen in deze fase van de behandeling een rol spelen. Soms heeft de patiënt zelfs het gevoel achteruit te gaan.

In de tweede fase van de behandeling zult u met de therapeut kijken welke vaardigheden u nodig heeft in deze nieuwe situatie en welke sociale contacten er aangegaan moeten worden. Het is belangrijk om in die fase zoveel mogelijk te ondernemen. Samen zult u bespreken welke (nieuwe) contacten weer aangehaald moeten worden en wat de beste strategie is om hiermee aan de slag te gaan. Ook nu lukken vaak zaken niet in één keer. Dat is niet zo erg, het levert waardevolle ervaringen op waar geleerd van kan worden om het een volgende keer beter te doen.

Tekort in interpersoonlijke contacten

**Vrijwel iedereen heeft andere mensen nodig om zich gelukkig te kunnen voelen.** De mens is een sociaal dier wordt wel eens gezegd en dat is waar. **Bij sommige mensen heeft de depressie dan ook te maken met een verminderd vermogen om relaties aan te gaan of te behouden.** In zo'n geval heeft iemand helemaal geen anderen om zich heen of hooguit een enkeling. Een dergelijk patroon bestaat vaak al levenslang. Van een keuze voor dit focus kan dus geen sprake zijn als iemand tekorten ervaart in zijn of haar omgang met mensen, bijvoorbeeld een gebrek aan assertiviteit, maar wel een rijk sociaal netwerk heeft.

**Bij de behandeling van dit focus zal de therapeut met u uw verleden zorgvuldig nagaan om te zien welke relaties er in het verleden zijn geweest.** Dit om erachter te komen wat uw sterke en zwakke punten zijn in het zoeken en vinden van andere mensen.

**Vervolgens wordt nagegaan wat uw verwachtingen zijn ten aanzien van relaties.** Vaak blijkt namelijk dat de verwachtingen die patiënten hebben ten aanzien van anderen niet gebaseerd zijn op een reële inschatting van de mogelijkheden van de ander. In zo'n geval kun je je snel afgewezen of onbegrepen voelen als de ander niet goed reageert.

Een voorbeeld:

Meneer C is een vriendelijke man van 46 jaar oud. Hij werd verwezen door de huisarts met

een depressief beeld na een ruzie met zijn moeder. Bij de inventarisatie van belangrijke relaties in het heden en verleden bleek dat meneer C alleen contact had met zijn moeder. Hij werkte wel, maar dat was een administratieve baan waar hij geen contact onderhield met andere werknemers. Naar zijn zeggen had hij dat wel eens geprobeerd maar was het op een mislukking uitgelopen. De jeugd van meneer C was gekenmerkt door veel problemen en mishandeling. Zowel zijn moeder als zijn (overleden) vader waren geïsoleerde mensen geweest die wantrouwend ten opzichte van de buitenwereld stonden. Meneer C had nooit veel vrienden gehad. Een relatie met een vrouw op zijn 25<sup>e</sup> was na een paar maanden verbroken omdat hij het gevoel had dat ze niet meer om hem gaf en omdat zijn moeder kritiek op haar bleef houden.

In het voorbeeld is meneer C een man die door de opvoeding die hij heeft gehad niet geleerd heeft goed met andere mensen om te gaan. Hij is inmiddels al 46 jaar oud en heeft altijd geïsoleerd geleefd. Zijn depressie ontstond toen hij ruzie met zijn moeder kreeg en haar (in zijn beleving) dreigde te verliezen.

**Voor de behandeling van dit focus is het belangrijk om een aantal realistische doelen te kiezen.** Als u iemand bent die nooit veel contact met anderen heeft gehad, is het niet reëel te verwachten dat u nu opeens overvolle agenda zult hebben. Het is ook maar de vraag of dat bij u past.

In het geval van meneer C werd in eerste instantie gekeken naar de relatie met zijn moeder. Hoe communiceerde hij met zijn moeder? Wat was de verwachting ten aanzien van haar? Toen de ruzie min of meer was bijgelegd en hij weer contact met moeder had werd besproken dat het zinvol zou zijn om voor de toekomst met meer mensen contact te hebben. Zijn moeder was immers al oud (71) en het was denkbaar dat zij niet al te lang meer te leven had.

Met meneer C werden een aantal situaties op het werk besproken. Het bleek dat hij één iemand wel aardig vond, maar deze nooit had aangesproken. Hij veronderstelde dat de ander daar geen behoefte aan zou hebben. Hij had wel eens een praatje gemaakt, maar de ander had het gesprek toen na korte tijd afgebroken. Meneer C dacht dat de ander alleen maar een excuus had verzonnen om van hem af te zijn. In zo'n geval zal de therapeut nagaan of die veronderstelling wel juist is. En als meneer C het zou willen kan hij het natuurlijk nog eens proberen. De meeste vriendschappen ontstaan niet na één keer immers.

**Niet realistische verwachtingen die u heeft ten**

**aanzien van de motieven van de ander kunnen zo, waar nodig, bijgesteld worden.**

Vervolgens wordt gekeken welke vaardigheid of vaardigheden er bij u ontbreken om contact met een ander te maken. U weet bijvoorbeeld niet hoe je een praatje moet maken of hoe iemand aan te spreken. Door middel van een rollenspel, waarbij de therapeut de rol van degene met wie u contact zoekt, speelt, worden vaardigheden geoefend.

Als u vervolgens één of meerdere keren heeft geprobeerd om contact te leggen of om moeilijke zaken te bespreken, dan wordt zorgvuldig nagegaan of dit nieuwe gedrag u ook bevalt en of het geholpen heeft uw depressieve gevoelens te verminderen. Zo niet, dan wordt bekeken wat er bijgesteld moet worden.

### ***Taakverdeling tussen therapeut en patiënt in IPT***

**In interpersoonlijke psychotherapie is het nadrukkelijk de bedoeling dat u samen met de therapeut aan de slag gaat om de depressie zo snel mogelijk te bestrijden. Om de behandeling zo optimaal mogelijk te maken is het belangrijk dat u alles probeert te vertellen wat voor u van belang is en niets achterhoudt.** Ook zaken waarover u zich mogelijk schaamt of schuldig voelt zullen, hoe moeilijk dat ook is, verteld moeten worden. Doet u dat niet dan kan dat de voortgang van de behandeling in gevaar brengen.

Veel mensen met een depressie voelen zich zo naar en futloos dat ze nauwelijks of niet de energie kunnen opbrengen om iets te ondernemen. Ze willen het liefst in bed blijven liggen, onder de dekens en met de gordijnen dicht. Dat is echter niet goed voor de behandeling. Tijdens een depressie treedt een verstoring op van het biologisch ritme. Dat kunt u merken doordat u bijvoorbeeld 's nachts niet kunt slapen of telkens wakker wordt. Overdag voelt u zich dan weer de hele tijd hondsmoe.

**Bij de behandeling is het belangrijk om dit verstoorde ritme weer zo spoedig mogelijk te herstellen. Daarom wordt aan patiënten in het algemeen geadviseerd om 's ochtends op de normale tijd uit bed te komen en niet te blijven liggen.**

**Ook de tijdsbeleving is verstoord waardoor het lijkt of de tijd voortkruipt. Het helpt dan om een aantal kleine activiteiten in de loop van de dag te plannen.** Doe vooral niet te veel en luister goed naar uzelf. Activiteiten die vaak met redelijk succes gedaan kunnen worden zijn wandelen, kleine klusjes in huis of een kort gesprek met iemand die u goed kent.

Gesprekken die lang duren of met meerdere mensen tegelijkertijd kunnen mensen met een

depressie meestal niet opbrengen en moeten daarom vermeden worden.

Verwacht ook niet dat u zich direct beter gaat voelen als u iets 'leuks' doet. Het tegendeel is vaak het geval. U doet iets, bijvoorbeeld een dagje uit, waarvan u wist dat u het vroeger altijd wel leuk vond om nu te merken dat u er niets meer aan vindt. De teleurstelling is dan alleen maar groter. **Met vakantie gaan terwijl u depressief bent is al helemaal geen goed idee en zal door u behandelaar worden afgeraden.**

Helaas duurt het vrijwel altijd een paar weken voordat u baat heeft bij een behandeling. Bij een behandeling met medicijnen duurt het minimaal 2 weken maar vaak nog langer voordat de medicijnen gaan werken. In onze ervaring duurt het iets langer als patiënten met psychotherapie worden behandeld.

In het tweede deel van de behandeling voelen patiënten zich vaak al iets beter. In deze fase wordt u ook aangemoedigd om meer te ondernemen. Het is belangrijk om dit ook zoveel mogelijk te doen. Door bepaalde zaken weer te ondernemen doet u nieuwe ervaringen op die van grote waarde in de behandeling zijn.

**Als laatste is het heel belangrijk om de behandeling, of deze nu met medicijnen is of met psychotherapie, echt af te maken.**

**Patiënten die om wat voor reden dan ook hun behandeling voortijdig beëindigen, behalen over het algemeen een minder goed resultaat.**

Bij de behandeling wordt geen gebruik gemaakt van opdrachten. De therapeut zal u dus bijna nooit iets adviseren. De ervaring heeft namelijk geleerd dat dit bij depressieve mensen niet zo goed werkt. Daarentegen zal de therapeut u in het begin wel raad geven over wat u beter wel kunt doen en wat niet. Nadat de diagnose is gesteld zal de therapeut met u nagaan wat de vermoedelijke aanleiding van de depressie is. Er wordt dan een nauwkeurige inventarisatie gemaakt van alle mensen die in uw leven belangrijk zijn en wat de veranderingen zijn die daarin zijn opgetreden. De therapeut stelt zich steunend op en probeert samen met u uit te zoeken wat de beste manier is om uw problemen op te lossen. Vaak denken mensen met een depressie dat alles hopeloos is en dat alle oplossingen al geprobeerd zijn (en niet werken). Dat is echter nooit het geval. Door nauwkeurig na te gaan wat de verschillende mogelijkheden zijn en die in uw eigen leven voorzichtig uit te proberen zullen nieuwe oplossingen ontstaan. Samen met uw therapeut wordt vervolgens nagegaan of deze oplossingen ook leiden tot verbetering van uw stemming. Dat is immers de bedoeling van de

behandeling.

### **Afsluiten van de behandeling**

Tegen het eind van de behandeling wordt het resultaat van de behandeling met u besproken. Van groot belang is dat zowel u als de therapeut vindt dat er voldoende is bereikt.

Soms wordt bij deze evaluatie aan de hand van een vragenlijst gedaan.

Uw therapeut zal vervolgens met u bespreken wat het vervolg kan zijn.

Indien de klachten voldoende zijn verbeterd zal de behandeling afgesloten kunnen worden. Het is daarbij belangrijk om goed in het oog te houden welke factoren van belang waren bij het herstel. Bijvoorbeeld het feit dat u niet meer wacht uw ergernissen tegenover uw partner te uiten of dat u een aantal nieuwe contacten heeft opgedaan was van belang. Het zijn vooral deze concrete veranderingen in uw leven die van groot belang zijn bij het herstel.

Samen met u therapeut zult u nog doornemen wat de eerste signalen van de depressie waren. Het is van belang deze te weten zodat mocht de depressie terugkomen u dan tijdig uw maatregelen kan nemen.

Eventuele afspraken over een vervolgbehandeling indien noodzakelijk moeten ook in deze laatste fase gemaakt worden.

Afscheid nemen van de therapeut is niet makkelijk. Zeker niet als het herstel snel is gegaan en u niet zo goed weet of u al helemaal op eigen benen kan staan. Enige onzekerheid hierover is normaal en kan het beste open met uw therapeut besproken worden.

Mocht u niet of onvoldoende hersteld zijn dan zal de therapeut een vervolgbehandeling gericht op de depressie, met u bespreken. Hierover hieronder meer.

### **Vervolgbehandeling**

Depressie is een ziekte met een grote kans op terugval. Men schat dat iemand die één keer een depressie heeft gehad in zijn of haar leven ongeveer 50% kans heeft op een nieuwe depressie. Dat is vrij hoog.

Heeft men twee of meer depressies gehad dan is de kans meer dan 80% dat men er nog een krijgt.

Men zou natuurlijk willen dat na een behandeling met IPT de kans op een volgende depressie verminderde. Dat is echter niet zeker. Het lijkt erop dat er een groep mensen is voor wie de kans op herhaling van de depressie hoog blijft. Voor deze mensen is een vorm van terugvalpreventie essentieel.

De meeste patiënten wordt aangeraden om nog enige tijd contact met hun therapeut te houden nadat de behandeling is afgesloten.

Hoe lang dat is hangt van veel factoren af. Over het algemeen is het zo dat als het een depressie betreft die niet al te lang bestaan heeft men nog slechts een enkele keer na afsluiten van de behandeling contact heeft. Als alles goed gaat wordt het contact definitief afgesloten.

Als u iemand bent die al vaker een depressie heeft gehad dan kan het verstandig zijn om nog enige tijd in behandeling te blijven. Hiervoor wordt dan een nieuw "contract" afgesloten. (zie onder)

### **Terugvalpreventie**

Voor patiënten waarbij de kans op een nieuwe depressie groot is kan het zinvol zijn om een vorm van onderhoudsbehandeling te starten.

Indien u medicijnen heeft gekregen naast de IPT zullen deze medicijnen meestal nog geruime tijd (enkele maanden tot soms jaren). Voor IPT is in de VS ook een vorm van onderhoudsbehandeling ontwikkeld. Deze onderhoudsbehandeling (IPT-O, waarbij de O staat voor onderhoud, is op een aantal punten anders dan de 'gewone' IPT.

Bij IPT-O zijn er maandelijkse zittingen (i.p.v. wekelijkse) en is er geen sprake van een focus. Dat laatste kan ook niet omdat als het goed is u geen klachten heeft. De zitting wordt gebruikt om actuele problemen die u heeft in relatie met anderen door te nemen en om samen naar oplossingen te zoeken.

Vaak gaat het echter zo goed met patiënten dat de noodzaak tot verdere gesprekken vervalt. Het is dan echter wel verstandig om contact te blijven houden. Dat kan door een laag-frequent contact, bijvoorbeeld eens per drie maanden een gesprek. In toenemende mate wordt echter ook gebruik gemaakt van een telefonisch contact of contact per e-mail.

Soms houdt de patiënt dan alleen nog telefonisch contact met de therapeut. Als het echter minder gaat kan hij of zij direct een beroep doen op de therapeut.

Voor de meeste patiënten die een onderhoudsbehandeling nodig hebben wordt een termijn van een jaar aangehouden. Is het een jaar lang goed gegaan dan bekijkt u weer samen met uw therapeut of verlenging noodzakelijk is.

### **Onvoldoende herstel**

Wat nu als u niet of onvoldoende bent opgeknapt van de behandeling?

IPT is een effectieve behandeling voor depressie maar helaas niet voor iedereen. Net als bij een behandeling met medicijnen heeft niet iedereen voldoende baat bij de

behandeling. We schatten dat ongeveer 50% van de patiënten met een depressie hersteld met een behandeling met IPT. Dat is mooi, maar dat betekent dat de andere helft er te weinig mee opschiet.

Het is heel belangrijk dat er bij het einde van de behandeling een zo volledig mogelijk herstel is bereikt. U moet dus weer aan het werk zijn (of dit binnenkort doen), uw hobby's weer hebben opgepakt en de mensen zien die u wilt zien en op de manier zoals u dit wilt.

Als dat niet uw situatie is bij het einde van de behandeling is er sprake van onvoldoende herstel. Uit onderzoek is gebleken dat patiënten die onvoldoende zijn hersteld een grote kans op terugval hebben.

Het voordeel van een kortdurende behandeling is ook dat na relatief korte tijd kan blijken dat u er onvoldoende aan hebt. Dat is vrijwel nooit uw schuld! Het ligt vaak aan de soort therapie die niet voor u geschikt is, soms aan de therapeut en soms heeft u gewoon pech dat het niet werkt. Helaas kunnen we (nog) niet voorspellen welke patiënt het beste op welke behandeling zal reageren. Daarom moeten behandelingen min of meer uitgeprobeerd worden totdat de juiste is gevonden.

**Als IPT na het vooraf afgesproken aantal zittingen niet of nauwelijks effectief is gebleken, dan dient de behandeling gestopt te worden.**

Met de therapeut zult u dan bespreken wat de alternatieven zijn. Als u geen medicijnen heeft gebruikt ligt het voor de hand om dan een behandeling met medicatie te starten.

Soms is een andere vorm van psychotherapie geïndiceerd. Ook uw eigen voorkeur is natuurlijk van groot belang.

Nogmaals, het feit dat iemand niet of onvoldoende reageert op een behandeling wil niet zeggen dat een volgende behandeling ook minder kans op herstel geeft. Uiteindelijk geneest (vrijwel) iedereen van een depressie. Bij de ene patiënt duurt het echter soms wat langer dan bij de ander.

### **Tips voor de omgeving**

**Betrokken zijn bij iemand met een depressie is niet makkelijk.** Als iemand even 'down' is dan is een enkel opbeurend woord vaak helpend. Als iemand weken en maanden somber is, put dat ook de omgeving uit. Vaak ergert de omgeving zich ook aan degene die depressief is. Beide partijen kunnen zich daar vervolgens weer schuldig over voelen wat de zaak alleen maar weer verergerd. Veel mensen trachten ook de helpen door adviezen te geven. Variërend van: "ga er eens uit" (vitamine V!) tot het aanraden van een kruidendokter die oom Jan ook zo goed geholpen heeft. Als men dan merkt dat de adviezen niet helpen dan neemt men soms de patiënt dat kwalijk, soms zichzelf. In ieder

geval worden alle betrokkenen, patiënt en omgeving, er nog somberder van.

### **Wat moet u dan wel doen?**

**Als uw partner of naaste al langer somber is, is het allereerst belangrijk om ook goed voor uzelf te zorgen.** Dat klinkt misschien raar, maar niemand heeft er wat aan als uzelf ook onderuit gaat. In onderzoek is wel eens geconstateerd dat meer dan de helft van de partners van iemand met een depressie zelf ook depressief waren! Er is dus een reëel gevaar. Zorg dus dat u uw eigen hobby's, werk, contacten en dergelijke onderhoudt. Zorg voor voldoende ontspanning. Ga er zelf eens een avondje uit. Uiteraard zal degene die somber is dat moeilijk vinden maar het is belangrijk om toch te doen. Spreek echter wel duidelijk af wat u gaat doen, waarom en wanneer u weer thuis bent.

**Hoe aanlokkelijk ook, maar probeer geen adviezen te geven. Help de ander door kleine activiteiten te plannen verdeeld over de dag. Hoor de klachten aan, maar niet te lang achtereen. Dat is niet goed voor de patiënt en niet goed voor u.**

**Help een goede dagindeling te bewaken.** Sta op de normale tijd op (beiden!) en laat de ander niet nog de halve dag in bed liggen. Ook al wil die ander dat!

**Laat u goed informeren.** De meeste therapeuten, en zeker IPT-therapeuten zullen een partner in ieder geval één keer meevragen. Stel gerust vragen en als het niet duidelijk is. Vraag of u nog een keer mee kan gaan. Probeer ook wat te lezen over depressie en de behandeling daarvan. Degene die depressief is kan dat vaak niet door concentratieproblemen.

**Onderschat de kans op zelfmoord niet.** Het is niet zo dat diegenen die erover praten het juist niet zullen doen. **Als u zich zorgen maakt, blijf daar dan niet alleen mee zitten, maar neem contact op met de behandelaar van uw partner.** Zelfmoord is een reëel risico bij een depressie. Probeer wel zo open mogelijk te zijn in uw handelen. Dus als u de behandelaar belt, vertel dat dan aan de patiënt en probeer het niet in het geheim te doen. U brengt uzelf en de behandelaar in een lastig parket als u contact opneemt achter de rug van de patiënt om. Echter als u reële angst hebt dat de ander een zelfmoordpoging zal doen en hij of zij verbiedt u om contact op te nemen, doe dit dan toch. Voorkómen van een zelfmoord is beter dan het schenden van vertrouwen. Dat laatste kan altijd weer bijgelegd worden.

Soms duurt een depressie erg lang. Een partner en diens partner kunnen dan beiden gaan denken dat er geen hoop meer is en dat zelfmoord misschien de beste uitkomst voor allen is. Pas hier voor op!

### **Slotopmerkingen**

Depressie is een akelige ziekte die kan leiden tot eenzaamheid, werkloosheid en soms zelfs de dood. Gelukkig is het voor de meeste mensen een heel goed behandelbare ziekte.

Veruit het overgrote deel van de patiënten met een depressie geneest met goede behandeling.

Interpersoonlijke psychotherapie is een vrij nieuwe aanwinst bij de behandeling van depressie. IPT is werkzaam doordat de actuele oorzaken van de depressie aangepakt worden. Deze oorzaken hebben altijd te maken met een verstoring van de relaties tussen mensen; tussen de patiënt en zijn of haar omgeving. IPT is een kortdurende behandeling van maximaal 16 weken. IPT kan alleen worden gegeven of in combinatie met medicatie. Slaat de behandeling om wat voor reden niet aan, dan dient een andere behandeling gestart te worden.

Voor de directe omgeving van iemand met een depressie is het eveneens een zware tijd. Door goed op de eigen grenzen te letten en te letten op de dagindeling en het doen van simpele activiteiten kan de omgeving echter in belangrijke mate bijdragen aan het herstel.

### **Aanvullende literatuur**

Leroy, B. & Tongele, M. van (1998), Helpen bij depressie. Lannoo, Tielt. ISBN: 90 209 3420 1

Nolen, W.A. (1997), Depressie en manisch-depressieve stoornis. Tirion, Baarn. ISBN: 9051216718.

Tanghe, A., Steenman, J. & Verhaeren, P. (1990), Tussen wanhoop en euforie: verdriet, depressie, ontremming. Garant, Leuven. ISBN: 9053500030.

Jonge, Prof. Dr. F. de: Omgaan met depressie. Uitgave Kosmos, Utrecht/Antwerpen.

Son, C.M., Klip, E.: Ik zie elk dood vogeltje. Uitgave Boom, Meppel.

Swinkels, J.: Gek zijn is zo gek nog niet. Uitgave Kosmos, Utrecht/Antwerpen.

Wolpert, L. (1999), De anatomie van een depressie. BZZTÓH, 's Gravenhage. ISBN: 90 5501 676 4

### **Internet:**

WWW.parnassia.nl: site van Parnassia psycho-medisch centrum

**Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** site van de vereniging voor manisch-depressieven en betrokkenen.

### **Patientenorganisaties:**

Vereniging voor Manisch-Depressieven en Betrokkenen.  
Postbus 24076; 3502 MB Utrecht. Tel: 030 2803030

Organisatie voor familieleden en vrienden van psychiatrische patiënten:  
Stichting Labyrinth- In perspectief  
Postbus 13302; 3507 LH Utrecht  
Tel: (030) 2712539

© M.B.J. Blom & K.Jonker, Parnassia psycho-medisch centrum, Den Haag.