



Het Ei van de Dodobird.

**De meerwaarde van generieke aspecten
in de psychomotorische behandeling van depressieve patiënten**



Afstudeerscriptie
Door: Jort van Zutphen
Begeleider: Peggy Bijlsma
Beoordelaar: Cor Niks
Bewegingsagogie en Psychomotorische
therapie
School of Human Movement and Sports.
November 2008



Voorwoord.

“...Massa’s mensen praten met dieren,’ zei Poeh.
‘misschien wel, maar...’
‘maar *luisteren*, dat doen er niet veel,’ zei hij.
‘Da’s nou juist het probleem,’ voegde hij eraan toe.
(Hoff, 2006. De Tao van Poeh.)

Deze afstudeerscriptie schrijf ik in het kader van de majorfase van de opleiding School of Human Movement and Sports, afstudeer richting Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie. (Windesheim, Zwolle). De keuze voor dit onderwerp is ontstaan tijdens mijn ontmoetingen met (depressieve) mensen bij mijn werkzaamheden voor de GGZ Friesland, het contact met mensen, het gevoelsmatig betrokken raken en de wederkerigheid ontdekken van het vertrouwen winnen van mensen tijdens therapeutische sessies is van hele grote waarde voor mij.

Dit effect werkt als een steen in het water; ook met collega’s, vrienden, familie en andere mensen zijn de “rimpelingen” van écht contact voor mij intensiever en bewuster voelbaar.
Zelf open staan voor dingen is leren: kunnen zien wat mijn stagebegeleider, Chris van Asselt (PMT) me voorleefde, als professional en als authentiek mens. Leren luisteren naar wat vrienden me écht vertellen.

Bij de totstandkoming van deze afstudeerscriptie zijn enkele mensen betrokken die ik wil bedanken voor de kritische begeleiding en steun die ik heb mogen ontvangen.
Peggy Bijlsma voor haar bereidheid mij te begeleiden. Chris van Asselt voor de gesprekken en ervaringen die ik gedurende mijn stage heb opgedaan. En familie en vrienden voor hun support en geduld.

Peggy Bijlsma heeft tijdens de begeleiding van dit proces het volgende citaat meegegeven:

“...Jij hebt de dingen niet nodig om te kunnen zien. De dingen hebben jou nodig om gezien te worden...” (K. Schippers)

Jort van Zutphen
November 2008

“Ik kan niet zonder invoelen, daar baseer ik mijn therapeut zijn op”



Inhoudsopgave

Voorwoord	1.
Inhoudsopgave	2.
Inleiding	3.
Hoofdstuk 1 Algemeen	5.
Hoofdstuk 2 Depressie	
2.1 DSM IV	6.
2.2 Casus	6.
2.3 Oorzaken	7.
Hoofdstuk 3 Stromingen in de psychologie	
3.1 Psychoanalyse	8.
3.2 Behaviorisme	9.
3.3 Humanistisch psychologie	9.
Hoofdstuk 4 Behandelmethodieken	
4.1 Casus	10.
4.2 Medicatie	10.
4.3 Cognitieve Therapie	10.
4.4 Mindfulness	11.
4.5 Running	11.
4.6 ECT	12.
Hoofdstuk 5 Dodobird verdict	
5.1 Monisme	13.
5.2 Eclectisme	13.
5.3 Dodobird Verdict	14.
Hoofdstuk 6	
6.1 Casus	16.
6.2 Situaties van overdracht	16.
6.3 Beschrijving Generieke factoren	16.
6.4 Casus	19.
Hoofdstuk 7 Conclusie	20.
Literatuurlijst	22.



Inleiding

*Omdat alle dieren nat waren geworden in het meer van tranen dat Alice had geschreid, organiseerde de Dodo een hardloopwedstrijd. De deelnemers werden her en der langs een parcours geplaatst. Ze mochten beginnen met rennen wanneer ze daar zin in hadden en ze mochten ook stoppen wanneer ze dat wilden. Na een half uur was iedereen weer droog en riep de Dodo dat de race was afgelopen. Maar wie had er nu gewonnen? De Dodo dacht daar lang over na en sprak toen: **'Everybody has won, and all must have prizes.'***

(Nanninga, Skepter 16(2), juni 2003)

Als beginnend psychomotorisch therapeut is het eerste contact met de beroepspraktijk van de geestelijke gezondheidszorg een grote tegenstelling met de praktijk die de opleiding PMT simuleert.

Waar het binnen de opleiding nog draait om het ontwerpen, arrangeren en aanbieden van activiteiten en het leren reflecteren op het eigen handelen, draait de beroepspraktijk (van de GGZ) om evidentie en efficiëntie.

De verzekeraars hebben het voor het zeggen binnen de zorg, zij bepalen middels protocollen en zorgprogrammering de benodigde zorg voor de patiënt. Daardoor is de therapeut meer bezig met het invullen en registreren van zorgcontacten via DBC's dan dat hij daadwerkelijk de patiënten behandelt.

Binnen de protocollen zijn de tijdsduur en het aantal sessies al vastgelegd zodat de zorgverzekeraar vooraf weet hoeveel het behandelpakket van deze gediagnosticeerde patiënt kosten mag.

Hiermee wordt al duidelijk dat het belang van de zorgverzekeraar boven het belang van de individuele en patiënt-specifieke zorg staat. Generieke factoren; die geruststelling en vertrouwen kunnen genereren in intermenselijk contact zijn hierdoor op het tweede plan komen te staan.

Frans R. Veldman schrijft in de inleiding van zijn boek "in contact zijn":

"...zorgverlening is niet meer flexibel en op maat en sluit nauwelijks aan bij de hulpvraag. Door deze ontwikkeling zit de hulpverlening in een negatieve spiraal waarbij we ons verliezen in ons streven naar effectief protocollair handelen, terwijl een menselijke hulpverlening niet optimaal mogelijk is of zelfs onvoldoende blijft..."

Door bovenstaande bevindingen wil ik persoonlijk graag verder onderzoeken welke generieke factoren van positieve invloed zijn op de behandeling. Uit meerdere onderzoeken (Luborsky 1975) blijkt dat er geconcludeerd kan worden dat alle therapieën even effectief zijn. Luborsky constateert dat alle therapieën gemeenschappelijke factoren hebben, zoals; tijd, aandacht, methodiek, behandeldoelen.. Binnen de psychologie wordt dit het "The Dodobird verdict" genoemd. Deze naam is ontstaan doordat Saul Rosenzweig in 1936 een artikel over dit onderwerp schreef en



daarboven een zin uit het boek Alice in Wonderland van Lewis Carroll plaatste.

In mijn afstudeerscriptie beschrijf ik aan de hand van een casus van een depressieve man:

- HS 2. de diagnostiek en het ziektebeeld.
- HS 3. stromingen in de psychologie en hun specifieke visie op depressie.
- HS 4. behandelmethodieken bij depressie.
- HS 5. Monistische en eclectische therapiemogelijkheden.
- HS 6. Generieke factoren bij de behandeling van depressie.
- HS 7. Conclusie

Ik ben daarom ook tot de volgende vraagstelling gekomen:

Als alle (behandel)methodieken equivalent zijn, welke aspecten kunnen dan de meerwaarde bepalen in het positieve effect van de therapie bij depressieve mensen.

Ik wil in deze afstudeerscriptie op zoek gaan naar de meerwaarde van generieke aspecten van therapeutische interventies die minder op gebied van kennis en vaardigheid met betrekking tot methodieken liggen, maar meer op attitude aspecten. Gerelateerd aan bejegening, wederkerigheid, respect en intermenselijk contact.

Mijn doel hiermee pas afgestudeerde therapeuten, ervaren therapeuten en andere belangstellenden te laten nadenken over de verzakelijking van de zorg en het “zijn” van de therapeut.



1. Algemeen

Zoals in de inleiding te lezen is gaat de afstudeerscriptie over de behandeling van depressie binnen een psychomotorische setting.

Allereerst de definitie van psychomotorische therapie (PMT) volgens de NVPMT.

Psychomotorische Therapie is het behandelen van mensen met psychische problemen door middel van interventies gericht op lichaamservaringen en/of het handelen in bewegingssituaties. Het doel van Psychomotorische Therapie is gedragsverandering tot stand brengen of tenminste daaraan een bijdrage te leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te veranderen.

De PMT beschreven in deze afstudeerscriptie vindt plaats binnen de kaders van GGZ Friesland. Daarom is het belangrijk te noemen dat er gewerkt wordt in multidisciplinaire teams. En de PMT niet een op zich zelf los staande behandeling is. Waar de PMT benoemd wordt in dit document mag aangenomen worden dat er niet enkel een PMT contact is maar ook andere therapeutische zorgcontacten.

Voor een goede samenhang is het van belang de afstudeerscriptie vanaf hoofdstuk 1 te lezen. Daarmee kan worden voorkomen dat er in volgende hoofdstukken onbegrip kan ontstaan bij een verwijzing naar een eerder hoofdstuk.

Daarnaast wordt er in deze afstudeerscriptie gebruik gemaakt van een rode draad in de vorm van een casus. Deze casus is gebaseerd op een werkelijke situatie. Maar naam en leeftijd alsook details en andere onderscheidende kenmerken zijn gewijzigd.



2. Depressie

2.1 DSM-IV TR Criteria Depressieve Episode

Voor het diagnosticeren van een Depressieve Episode wordt er veel gebruik gemaakt van; Beknopte handleiding voor de DSM IV TR, (2003). Volgens deze diagnostische criteria moet er voldaan worden aan ten minste één van de volgende klachten.

A.

- Een gedeprimeerde stemming.
- Het verlies van belangstelling.

Er moet uitgesloten zijn dat deze symptomen veroorzaakt worden door een lichamelijke aandoening of stemmingsincongruentie, wanen of hallucinaties. In combinatie met minimaal vier van onderstaande symptomen:

- Een depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag.
- Een duidelijke afname van interesse en plezier in bijna alle activiteiten.
- Verandering in eetlust en/of een verandering in gewicht.
- Veranderingen in het slaappatroon (meer of minder slapen).
- Verandering in activiteitsniveaus zoals, rusteloosheid of een remming in beweging.
- Verlies van energie.
- Gevoelens van hulpeloosheid of schuld.
- Concentratie problemen
- Het denken aan dood of zelfmoord

B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een gemengde episode.

C. De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op een andere belangrijke terreinen.

D. De symptomen zijn niet het gevolg van directe fysiologische effecten van een middel (drugs of geneesmiddel) of een somatische aandoening.

E. De symptomen zijn niet toe te schrijven aan een rouwproces, het verliezen van een dierbaar persoon, de symptomen die langer dan 2 maanden aanwezig zijn geweest of zijn gekarakteriseerd door een duidelijke functionele beperking, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïcide gedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

2.2 Casus

Daar zit Mart weer voor de zoveelste keer aan de kant op de bank tijdens de wekelijkse PMT groepssessie. Het lukt hem allemaal niet. Zo sportief als hij vroeger was, zo vermoeid, futloos en ongeïnteresseerd is hij nu. Thuis is hij te moe om mee te helpen in de huishouding, overdag is hij te moe om naar zijn



werk te gaan. Het lukt hem niet meer om plezier te beleven aan zijn vrouw en kinderen. Als het vroeger eens tegen zat ging hij sporten, gewoon een heel eind hardlopen. Dan was zijn kop leeg en kon hij er weer tegen aan. Het hardlopen lukt niet meer, daar heeft hij de puf niet voor.

Ook is hij de laatste periode heel veel aangekomen. Vroeger was hij gespierd en atletisch, nu is hij log en dik.

Als ik bij de pmt sessie Mart uitnodigt deel te nemen aan de activiteit, zegt Mart dat het niet gaat, hij heeft last van hoofdpijn en voelt zich niet zo lekker. Ik vertel hem dat het goed voor hem is weer in beweging komen, Mart antwoordt dat hij dat weet maar zich nu niet lekker voelt, hij heeft slecht geslapen en heeft al een drukke dag achter de rug.

De rest van de groep gaat verder met de activiteit. En Mart blijft alleen achter op de bank...

2.3 Oorzaken depressie

Depressieve Episodes hebben niet één aanwijsbare oorzaak. Onderzoek naar depressie is gericht op de werking van neurotransmitters, hormonale factoren en psycho-sociale invloeden. Soms hebben grote veranderingen in het leven hun weerslag op de stemming. Als er wel een duidelijke aanwijsbare oorzaak is wordt dit een reactieve depressie genoemd.

Het bio-psycho-sociale model gaat uit van een combinatie tussen biologische, psychische en sociale factoren.

- Bio-organische factoren: genetische aanleg voor depressie. (erfelijkheid) De kans op een depressie is groter als een van beide ouders een depressie heeft gehad.
- Psychische factoren: (Traumatische) gebeurtenissen in een bepaalde periode in het leven (levensfase problematiek). Dit kan ook betekenen dat traumatische gebeurtenissen uit het verleden effect hebben op het ontwikkelen van een depressie.
Er is een verstoring in de balans van draagkracht en draaglast.
- Psychosociale factoren. Mensen met een sociaal systeem hebben minder of korter last van depressieve klachten. Daarnaast hebben gebeurtenissen op dit vlak grote invloed op de stemming. (rouw, geboorte, stress op het werk). Life-events kunnen ook weer maken dat juist door (grote) veranderingen in het sociale systeem depressieve klachten veroorzaken.

(Vandereyken & Van Deth, 2004, p.123-126; Depressiecentrum. (z.j.). Een andere kijk op depressie. Over het bio-psycho-sociale model. Op 25 mei 2008 ontleent aan <http://www.depressiecentrum.nl/een-andere-kijk-op-depressie.42.html>)

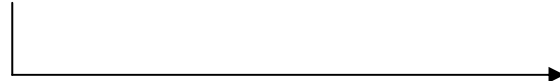


Het depressie model van Brown & Harris

Kwetsbaarheidsfactoren



Neiging tot een lage zelfwaardering
hopeloosheid



Uitlokkende situatie



Hopeloosheid



Generalisering van



Klinische depressie

(Cullberg, 1994, p.189)



3. Stromingen in de Psychologie

3.1 Psychoanalytische visie.

Sigmund Freud is de grondlegger van de psychoanalyse. De psychoanalyse gaat uit van ontwikkelingsfasen die een kind moet doorlopen.

Freud onderscheidt in de psychoanalytische visie 5 ontwikkelingsfasen.

- Orale fase
- Anale fase
- Fallische fase
- Latente fase
- Genitale fase

Deze fasen behoren tot de psycho seksuele ontwikkeling van een kind.

Uiteindelijk gaat het om de lustervaringen tijdens deze fasen.

De aanhangers van de psychoanalyse geloven dat een depressie ontstaat door invloeden uit de vroege jeugd.

Freud had destijds al een verklaring voor depressie. Deze verklaring begon met een vergelijking tussen depressie en verlies. Beide hebben veel overeenkomsten. Zo hebben rouw en depressie beiden een negatieve stemming, verlies van interesse en een geremde activiteit tot gevolg. Het grote verschil is het zelfbeeld. Depressieve mensen hebben last van een negatief zelfbeeld door te denken dat ze waardeloos zijn. Freud was in de veronderstelling dat de depressieve mensen niet klagen over zich *zelf* maar over een vijandig *gevoel*. Depressie is naar binnen gekeerde boosheid. Deze boosheid hoort eigenlijk gericht te zijn op de ander. Mensen die kwetsbaar zijn voor depressie hebben vaak een sterke *über Ich* (geweten) en richten woede derhalve op zichzelf omdat ze niet boos op anderen mogen zijn (conditionering). Hierdoor plaatst de persoon de ander in de "machtspositie". De emotionele ondergeschiktheid roept frustratie en vijandige gevoelens op. Deze gevoelens worden vaak niet openlijk besproken omdat ze een negatieve invloed hebben op de relatie. De vijandigheid richt zich nu op het zelf en wordt een introjectie.

Bij een psychoanalytische behandeling wordt er gezocht naar het kernconflict waardoor het gedrag verstoord is. Door aan dit kernconflict te werken wordt de oorzaak van de klachten aangepakt. Als grondslag voor depressie kan bijvoorbeeld gesteld worden:

Iemand kan het leven ervaren als een voortdurend moeten, en daardoor gevoelens van onmacht en depressie ervaren, omdat hij te veel gericht is op de behoeftes van anderen en te weinig op zijn eigen behoeftes.

Zo iemand kan leren iets van zichzelf te vragen in plaats van te eisen en iets van zichzelf te mogen in plaats van moeten.



3.2 Behavioristische visie

De behavioristische visie verklaart psychische problemen in termen van leerprocessen met betrekking tot gedrag dat verkeerd is bekrachtigd. Abnormaal gedrag wordt verworven via leren en conditionering. De behavioristische visie kenmerkt zich door te kijken naar observeerbare gedragingen van de mens. Watson en Skinner zijn grondleggers van het behaviorisme. Gedrag vindt altijd plaats in een context. Er wordt in het behaviorisme onderscheid gemaakt tussen inwendig gedrag (cognition: denkprocessen en gevoelens) en uitwendig gedrag (performance). Het behaviorisme is gericht op het begrijpen van het menselijke gedrag. Het begrijpen van menselijk gedrag stelt de mens in staat het gedrag te beïnvloeden en ten positieve te veranderen.

Behaviorisme houdt in dat menselijke gedragingen reacties zijn op invloeden uit de omgeving.

Stimulus → Respons → Reinforcement → voortzetting van het gedrag, met name

(aanleiding) → (gedrag) → (bekrachtiging) getriggerd door dezelfde stimulus.

Depressie kan dan verklaard worden als reactie op een drukke stressvolle omgeving waar de persoon niet zonder problemen mee om kan gaan. Dat levert dan psychische problemen en een verstoring van een gezond leerproces op. Depressie is een negatief leerproces. Negatieve situaties roepen vaak negatief gedrag op. In de behandeling van depressie wordt er geleerd op een andere manier op prikkels te reageren, en daarmee verandert het gedrag ook.

(Hermans & Van de Putte, 2004, p.26)

3.3 Humanistische visie

De Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie geeft op de website een beschrijving van de behandeling van psychische klachten. De cliënt-centered visie heeft als eerste uitgangspunt:

- De mens in staat wordt geacht in principe zelf zijn problemen op te lossen, d.w.z. de cliëntgerichte psychotherapeut vertrouwt op de groei- en ontwikkelingsmogelijkheden van de cliënt. Allereerst is het doel van therapie daarom niet zozeer het oplossen van een bepaald probleem, maar veel meer de cliënt te helpen zicht te krijgen op de belemmeringen die tot dan toe een bevredigende oplossing van zijn/haar conflict(en) in de weg lijken te staan, opdat de cliënt er voortaan zelf beter mee om kan gaan.
- Ten tweede geldt dat de therapeut zich afstemt op de belevingswereld van de cliënt. Door zich in de cliënt te verdiepen probeert de therapeut een proces op gang te brengen waarbij dit in het denken, voelen en handelen van de cliënt integreert.



- In het derde uitgangspunt richt de cliënt-centered benadering zich op het *hier* en *nu*.
- Als vierde uitgangspunt geldt de structuur van de therapeutische relatie. De therapeut stelt zich empathisch en respectvol op ten opzichte van de cliënt.

(Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie. (z.j.) Wat houdt Cliëntgerichte Psychotherapie in? Ontleend op 23 mei 2008, <http://www.vcgp.nl/mainindex.php?page=010101>)



4. Behandelmethodieken bij depressie.

4.1 Casus

De medicatie van Mart begint na 6 weken aan te slaan en bij de psycholoog is hij bezig met cognitieve gedragstherapie. Na enkele weken sta ik nu met Mart in de PMT zaal voor een individuele PMT sessie. Mart heeft aangegeven dat hij weer in beweging wil komen en energie wil krijgen door te sporten. Hij heeft het gevoel al maanden stil te staan en zelfs nog verder af te zakken. Het sporten in de groep lukt niet vanwege schaamte voor zijn lichaam. Maar hij ziet wel in dat het positief kan bijdragen aan zijn situatie. Daarnaast beperkt zijn conditie hem in het doen van dagelijkse activiteiten; dat frustreert hem. Eerder had hij een uitstekende conditie en sportte op hoog niveau. Ik heb hem uitgenodigd om 3 keer individueel met mij in de zaal te gaan sporten. Het doel is in beweging zijn. Mart gaat (wat aarzelend) hiermee akkoord....

4.2 Medicatie

Bij elke psychologische visie is men het er inmiddels over eens dat een combinatie van medicatie met (gespreks) therapie het beste effect heeft bij de behandeling van depressie.

Medicatie beïnvloedt de prikkeloverdracht in de hersenen. Bij een depressie wordt er gebruik gemaakt van antidepressiva. Antidepressiva zijn erop gericht de heropname van serotonine (neurotransmitter) af te remmen, zodat dit beter opgenomen kan worden door de receptoren. Er zijn verschillende soorten antidepressiva.

Als hoofdgroepen zijn te noemen.

- TCA
- SSRI's
- Mao-remmers

Deze groepen hebben elk een andere werking op delen van de hersenen. De TCA zijn de klassieke medicijnen en werken voornamelijk op het serotonine en noradrenaline systeem. Ze zorgen ervoor dat heropname van neurotransmitters geremd wordt.

De SSRI's werken alleen op het serotonine systeem en zorgen ook voor een remmend effect van de heropname van neurotransmitters.

De Mao-remmers zorgen ervoor dat neurotransmitters minder goed worden afgebroken zodat er een toename is van serotonine.

4.3 Cognitieve therapie

De cognitieve therapie is door Aaron Beck ontwikkeld. De visie is dat psychische problemen worden gekenmerkt door disfunctionele gedachten, dus gedachten patronen en denkgewoonten die de stemming en het gedrag beïnvloeden.

Een voorbeeld van gedachten patronen die bij depressie voorkomen. In een situatie waarin iets mislukt of tegenzit er volgens gedachten opkomen van "zie je wel ik kan ook niks", "ik stel niets voor", "niemand vind mij aardig".



Deze gedachten kunnen een automatisme zijn geworden en liggen ten grondslag aan negatieve gevoelens.

In de cognitieve gedragstherapeutische behandeling van depressie ligt de nadruk op het inzichtelijk maken van deze denkpatronen, want vaak gebeurt dit onbewust en als ingeslepen automatisme. Daarom is het zaak bewust te worden van de negatieve denkpatronen. Therapie is erop gericht deze patronen te leren herkennen en te corrigeren. Het bijhouden van een dagboek kan inzichten verschaffen op welk moment er in welke situatie bepaalde negatieve gedachten en overtuigingen optreden. Vervolgens kan de depressieve mens deze gedachten en gevoelens analyseren; zijn of de gedachten en gevoelens realistisch zijn? Voor gedachten en gevoelens die niet passend voor de situatie zijn krijgt de persoon heldere instructies om zijn copingstrategieën bij te stellen en verkeerde gedachten positief te leren labelen.

4.4 Mindfulness

Mindfulness is een cognitieve methodiek die iedereen kan leren. Mindfulness is gericht op gedachten en gevoelens die zich in het hier en nu in het lichaam afspelen. Aandacht en concentratie zijn kernwoorden binnen de mindfulness. Andere belangrijke kernaspecten zijn een niet (ver-, be-) oordelende houding aan te nemen.

Bij mindfulness gaat de aandacht uit naar het lichaam door meditatieve oefeningen. Bij het uitvoeren van deze oefeningen speelt de aandacht op concentratie op het hier en nu een grote rol. Het verkennen van gedachten en gevoelens tijdens de oefening zijn een training om meer gericht te zijn op welke sensaties er in je lichaam om gaan.

Het specifieke van de mindfulness is dat wat je observeert en ervaart aan sensaties niet aan een waarde oordeel te koppelen. Hierdoor is het mogelijk negatieve gedachtestromen te negeren en los te koppelen van jezelf als persoon. “het mag er zijn” “ik ben mijzelf, mijn gevoelens maken daar deel van uit, maar ik ben niet mijn gevoelens”. Stressreductie kan een gevolg zijn omdat de aandacht niet gericht wordt op negatieve gedachten of gevoelens, maar op reële belevingen van dat moment.

4.5 Running Therapie

Running therapie is een andere bekende vorm voor de behandeling van depressie.

Uit onderzoeken is gebleken dat intensief bewegen de aanmaak van de neurotransmitter endorfine stimuleert. Endorfinen zorgen voor rust in de hersenen. Ruud Bosscher is onderzoeker naar runningtherapie en de effecten van deze vorm van therapie. In het bijzonder bij de behandeling van depressie kan running een goede therapie zijn.

Running heeft behalve het biochemische proces ook andere effecten op de patiënt.



Langdurige inactiviteit van depressieve mensen wordt doorbroken en aangezien running “joggen” ook op lager tempo kan is de drempel lang niet zo hoog als voor andere duur sporten.

De inspanning is voor de depressieve patiënt ook een manier van gezond bezig zijn met de (rest) mogelijkheden i.p.v. alleen de beperkingen.

Vervolgens komt de patiënt weer in contact met zijn lichaam. Ademhaling en bloedsomloop worden aangesproken wat ook voelbaar is in de borstkast. Dit is een goed effect omdat veel depressieve mensen het contact met het lichaam kwijt zijn en meer aan gedachten vastzitten, “kopzorgen”.

Tenslotte heeft lichaamsbeweging ook een preventief effect op het ontstaan van een stemmingstoornis. Het is daarom belangrijk dat de patiënt aan intensieve beweging doet zodat een mogelijke terugval wordt voorkomen. Uiteindelijk ervaren mensen de “runners high”. De kick van niks doen naar 5 km achtereen hardlopen. Dat geeft zelfvertrouwen en kan resulteren in ambitie en motivatie.

4.6 Electro Convulsie Therapie

Electro Convulsie Therapie (ECT) ook wel bekend als electroshock therapie. Voordat deze vorm van depressie behandeling toegepast wordt. Moet er eerst aan een aantal criteria voldaan worden.

- ECT wordt toepast als medicatie niet of onvoldoende effect heeft.
- Er een contra indicatie is voor medicatie.
- Er sprake is van ernstige suïcidaliteit en een snel effect gewenst is.
- Psychotische kenmerken.

Ter afsluiting.

Er zijn meerdere methodieken voor het behandelen van een depressieve persoon. De hierboven genoemde vormen een selectie uit meest voorkomende of vernieuwende methodieken. In het volgende hoofdstuk zullen verschillende benaderingswijzen die als uitgangspunt dienen voor de therapie worden beschreven. En zal ook de the Dodobird verdicht worden uitgelegd.



5. Dodobird verdict.

Hoofdstuk 4 biedt een beschrijving van meerdere therapeutische methodieken en toepassingsvormen bij depressie.

Elke vorm heeft zijn specifieke eigenschappen en is gebaseerd op een of meerdere visies, zoals in hoofdstuk 3 en 4 beschreven..

Elke therapievorm is bedoeld om mensen met psychische problemen te helpen. Sommige instellingen hangen een bepaalde psychologische stroming aan waardoor er alleen gewerkt wordt met die therapieën die bij de opvatting van deze stroming passen(monisme). Ander instelling kiezen voor een bredere visie en maken gebruik van de verschillende stromingen en bijbehorende benaderingen(eclectisme). Binnen mijn beroepspraktijk in de PMT behandeling van depressieve personen bij de GGZ is dit met name het geval.

5.1 Monisme.

In het derde hoofdstuk staan de psychologische stromingen los van elkaar beschreven.

Het mag duidelijk zijn dat er verschillende opvattingen bestaan over de oorzaak en behandeling van depressie. Iedere stroming stelt eigen theoretische kaders. Deze kaders kenmerken de benadering van psychische problematiek. Het monisme heeft voor en nadelen voor mensen met beperkingen ten gevolge van een depressie.

Voordelen van het monisme zijn dat:

- ontwikkeling strikt binnen eigen kaders plaats vindt en duidelijke criteria biedt.
- onderzoeken binnen de eigen stroming een verrijking zijn op de specifieke benadering.

Nadelen:

- De eenzijdigheid van de visie, hierdoor worden mogelijk belangrijke aspecten binnen de psychotherapie ontkent.
- Het toepassen van één type behandeling ongeacht de problematieken of kenmerken van de cliënt, hierdoor kan het zijn dat de cliënt niet in aanmerking komt voor mogelijk een betere behandeling. Men gaat aan de specifieke eigenheid van de depressieve patiënt voorbij.
- Door het monistische karakter ontstaat er een splitsing in het werkveld en is wedijver tussen de stromingen aan de orde, terwijl het binnen de zorg niet om concurrentie dient te gaan.

5.2 Eclectisme.

In de Jaren '80 is er een (grote) scheiding ontstaan tussen de verschillende psychologische stromen. Elke stroming richt zich enkel en alleen op de eigen kaders en methodieken. In 1982 stellen Godfried (cognitieve therapie) , Strupp (cliënt gerichte therapie) en Wachtel (psychoanalyticus) een lijst samen van collega's die geïnteresseerd zijn in een overstijgend perspectief



op psychotherapie. Vervolgens wordt in 1983 door boven genoemden in samenwerking met Birk, Philips, Stricker en Wolfe de psychotherapie-Integratie opgericht.

Integratieve therapie is een voorbeeld van een eclectische benadering. Deze nieuwe vorm van psychotherapie combineert verschillende therapeutische aspecten uit bekende psychologische stromingen. Bij het ontwikkelen van deze nieuwe manier van denken is er bewust rekening gehouden met het niet opnieuw oprichten van een specifieke stroming welke herkenbaar is aan de eigen referentie kaders en methodieken, maar richt men zich op het in stand houden van de oude stromingen zodat deze blijvend ontwikkelend en op effecten onderzocht kunnen worden. De integratieve therapie biedt een diversiteit aan methodieken en benaderingen.

De eclectische benadering houdt in dat er geanalyseerd wordt welke stoornissen en beperkingen de persoon met de depressie ervaart, dat er een heldere en vraaggestuurde zorg geleverd wordt. Zodat de cliënt de optimale behandelingsmogelijkheden krijgt aangereikt.

(R.W. Trijsburg, 2002, p.7; www.ccgt.nl)

5.3 The Dodobird verdict

Voordat de Integratieve therapie ontstaan is, werd er al gezocht naar een meer eclectische manier van benaderen van psychotherapie. Saul Rosenzweig is hier een grondlegger van.

Hij schreef in 1936 een artikel over de “gemeenschappelijke kenmerken” van therapie.

In zijn artikel concludeerde hij dat alle vormen van psychotherapie gemeenschappelijk kenmerken hebben.

- Overtuigingskracht en attitude van de therapeut.
- Interpretatie van de problematiek van de patiënt, biedt de therapeut de patiënt een alternatief.
- De therapie heeft invloed op andere situaties binnen het leven van de patiënt.

Het dodobird verdict baseerde Rosenzweig op de Dodo uit het verhaal “Alice in Wonderland” van Lewis Carroll. Tijdens een hardlooptrace die de dodo organiseerde om iedereen weer droog te krijgen. Werden de deelnemers her en der langs het parcours geplaatst ze mochten zelf bepalen wanneer ze zouden starten en wanneer ze stopten.

Na een tijd vroeg een deelnemer aan de dodo, “wie heeft er nu gewonnen?”. De dodo antwoorde daarop: “everybody has won, and all must have prizes”.

In 1961 werk Jerome Frank deze hypothese verder uit in zijn boek “Persuasion and Healing”.

De gemeenschappelijk factoren die verschillende vormen van psychotherapie hebben, staan voor het wekken van hoop en het bieden van



een kader voor genezing. Als gemeenschappelijk kenmerk van psychische problematiek stelt Frank demoralisatie.

Hij ontleedt psychotherapie in 4 gemeenschappelijke factoren.

- Een **relatie** die intens, emotioneel geladen en vertrouwelijk is en waarin de cliënt een zekere afhankelijkheid ontwikkelt.
- Een **context** die als therapeutisch herkenbaar is en bijdraagt tot het prestige van de behandelaar (efidice-complex).
- Een **rationale**/theorie/conceptueel systeem waarmee de klachten verklaard kunnen worden en waarin de cliënt kan *geloven*.
- Een **procedure**/ceremonie/ritueel, voortvloeiend uit de rationale, die een actieve deelname van de cliënt en therapeut vereist en de verwachting wekt dat deze activiteit tot herstel zal leiden.

De gemeenschappelijke kenmerken maken de therapie effectief door middel van vijf processen:

- er wordt gelegenheid geschapen om nieuwe ervaringen op te doen en nieuwe inzichten te verwerven;
- er wordt hoop gegeven op verlichting van lijden;
- de kans op het beleven van succeservaringen die de cliënt een gevoel van zelfcontrole geven, neemt toe;
- het doorbreken van het gevoel van vervreemding van zijn medemensen kan gerealiseerd worden;
- het teweeg brengen van emotional arousal wordt mogelijk, wat een universele voorwaarde voor verandering is.

(Universele factoren in alle therapieën, z.j., SoHMS, Zwolle)



6. Generieke factoren.

6.1 Casus

Mart volgt nu al een aantal weken verschillende therapieën op de afdeling. Tijdens de PMT sessies beweegt Mart ook veel. Hij wil graag afvallen en is druk bezig een sportschema te maken. Hij heeft eerder veel gesport en wil dit graag weer oppakken. Zijn vermoeidheid en slechte conditie, zijn problemen met seksualiteit in de relatie, zijn logge en dikke lijf beperken hem in zijn dagelijkse leven. Aan Mart's lichamelijke problemen merk ik dat ik mij verplaats in zijn situatie; ik bemerk bij mezelf dat ik het als schokkend ervaar als ik erover nadenk hoe je als mens dus kunt worden (in de negatieve zin): een sportman, actief, doorzetter, grenzen opzoeken en nu... Ik besef dat ik ook zo zou kunnen worden en aan de andere kant van de "lijn" terecht kan komen. Ik trek mezelf weer terug in de werkelijkheid: deze man heeft mij nu als therapeut nodig, de situatie is precies zoals hij is en ook ik kan kiezen welke beleving ik er bij heb, welke waarde ik eraan label: we gaan aan de slag!

6.2 Overdracht en tegenoverdracht.

Het is de taak van de therapeut een voor de patiënt geschikt therapeutisch klimaat te bieden. De therapeut creëert dit zonder zijn eigen beleving, normen en waarden en belangen in te brengen.

In dit klimaat kan de patiënt ontdekken, beleven en groeien. Hierbij kunnen positieve en negatieve gevoelens uit het verleden een rol gaan spelen. Als dit gebeurt, is er sprake van overdracht. De projectie van gevoelens kunnen geopend en begeleid worden. Ze kunnen refereren aan personen uit het verleden en het gevoel dat deze persoon bij de hulpvrager op riep. Deze vorm van overdracht zal geplaatst moeten worden in het hier en nu, daarbij benoemd en begrensd moeten worden.

Als de therapeut eigen onbewuste gevoelens uit het verleden laat mee spelen. Is er sprake van tegenoverdracht. Het is de taak van de therapeut deze gevoelens te onderkennen en buiten de therapeutische verhouding te laten. Er is dan geen duidelijke begeleiding meer en de patiënt wordt gebruikt in de relatie met de therapeut. Daarom is reflectie een belangrijke vaardigheid die therapeuten goed moeten beheersen. Door het herkennen van overdracht bij de patiënt kan de therapeut de sessie positief blijven sturen en wordt niet/minder "overrompeld" door eigen tegen gevoelens.

6.3 "mens zijn met de mensen".

Ik ben erg opzoek geweest naar literatuur die de menselijke kant binnen de therapeutische verhouding kan belichten. Hier is weinig literatuur over te vinden. De literatuur die ik heb gevonden gaat over intermenselijke verhoudingen. Het boek van Howard Cutler en de Dalai Lama gaat over de westerse psychiater (Howard Cutler) die gesprekken voert met de Dalai Lama over hoe om te gaan met onderwerpen als onzekerheid, woede en moedeloosheid. De uitspraken van de Dalai Lama bekrachtigen de in



hoofdstuk 5 door Frank genoemde gemeenschappelijke factoren. Eveneens heb ik het boek “In contact zijn” van Frans R. Veldman geraadpleegd. Deze grondlegger van de haptonomie in Nederland richt zich in zijn boek op wezenlijke aspecten van het contact. Uit beide boeken wil ik aspecten gericht op de intermenselijke verhouding naar voren halen. Om hiermee voorgaande hoofdstukken aan te vullen met een meer ervaring en praktisch gerichte kijk op het intermenselijke contacten.

Fundamenteel principe van de Dalai Lama.

Howard Cutler vraagt uitleg; waarom de Dalai Lama zich nooit eenzaam voelt. De uitleg van de Dalai Lama is dan als volgt.

“...Eén factor is, denk ik, dat ik elk mens vanuit een positief standpunt bekijk, ik probeer hun positieve aspecten te vinden. Deze houding creëert onmiddellijk een gevoel van verwantschap, een soort verbondenheid...”

Fundamenteel principe 2.

Op de vraag welke methoden de Dalai lama gebruikt om beter mee te kunnen voelen met anderen.

“...Telkens wanneer ik mensen ontmoet, benader ik hen vanuit het standpunt dat we de fundamenteelste dingen met elkaar gemeen hebben. We hebben allebei een lichamelijke vorm, een geest, emoties. We worden allemaal op dezelfde manier geboren en we gaan allemaal dood. We willen allemaal gelukkig zijn en niet lijden...”

Genieten en Lijden.

In Het boek “zekerheid over onzekerheid” van Jan Keij, dat gaat over ethische kant van de hulpverlening worden Genieten en Lijden volgens het mensbeeld van Levinas uitgelegd.

Het genieten is een fundamenteel genieten, het zijn op de wereld, het leven is een genot op zich. Ook schrijft hij dat het genieten vooraf gaat aan het lijden. Je kunt pas lijden als je weet wat genieten is.

Lijden omschrijft hij als een fundamenteel lichamenlijk lijden. Omdat ook psychisch lijden aan het lichaam gebonden is en zich op een lichamenlijke wijze uit; tranen, slapeloosheid, verminderde weerstand, verminderde eetlust. De zin van het lijden is een belangrijk onderdeel in het boek. Dit wordt omschreven als de kwetsbaarheid van de mens. Dankzij de kwetsbaarheid zijn menselijke ervaringen zoals; geborgenheid, bescherming, opvoeding, intimiteit, erotiek en zorg mogelijk.

De zin van het lijden is volgens Jan Keij tweeledig te verdelen. De zin van het lijden van anderen en de zin van mijn lijden.

De “zin van het lijden van anderen” is voor mij als hulpverlener van belang.

Het lijden van anderen heeft zin voorzover het mij oproept het te verzachten.

De “zin van mijn lijden”, Dankzij mijn lijden kan ik mij inleven in de kwetsbaarheid van anderen, zodat ik me uitgenodigd voel om te helpen.



De Dalai Lama schrijft over ditzelfde lijden het volgende:

Als je bij het ontwikkelen van mededogen, het lijden van iemand anders op je neemt, ervaar je in het begin misschien ook een bepaalde mate van onbehagen, een gevoel van ongemak of ondraaglijkheid. Maar bij mededogen is het gevoel heel anders; onder het ongemakkelijke gevoel schuilt een grote alertheid en vastberadenheid, omdat je vrijwillig en opzettelijk andermans lijden op je neemt voor een hoger doel. Er is een gevoel van verbondenheid en toewijding, een bereidheid om anderen de hand te reiken, een gevoel van fitheid in plaats van loomheid. Je kunt het vergelijken met het trainen van een atleet. Tijdens het volgen van een zware training moet een atleet mogelijk heel wat afzien – trainen, zweten, strekken. Ik denk dat dat een hele uitputtende ervaring kan zijn. Maar de atleet beschouwt het niet als een pijnlijke ervaring. De atleet ziet het als een geweldige prestatie, een ervaring die gepaard gaat met een gevoel van vreugde. Maar als diezelfde persoon andere fysieke inspanningen zou moeten verrichten, die geen onderdeel vormen van zijn atletiektraining, denkt de atleet wellicht: ach, waarom moet ik deze vreselijke beproeving doorstaan? Alles staat of valt met je geesteshouding.

Empathie.

De Dalai Lama beschrijft empathie om het mededogen naar anderen te kunnen vergroten.

“...Ik denk dat empathie niet alleen belangrijk is als een middel om het mededogen te vergroten, maar ik denk dat het, in het algemeen gesproken, bijzonder handig is als je – wanneer je op wat voor manier dan ook wijze dan ook omgaat met anderen of zelf enige problemen ondervindt – jezelf kunt verplaatsen in de positie van een ander en kunt zien hoe jij op de situatie zou reageren...”

Factoren om (v)aardiger met anderen om te gaan.

Howard Cutler vraagt: kunt u specifieke methoden of technieken voorstellen om beter met andere mensen te kunnen omgaan? Waarop de Dalai Lama antwoordt:

“...Je kunt onmogelijk een of twee technieken bedenken waarmee je alle problemen kunt oplossen. Er zijn vaardigheden die je kunnen helpen om te gaan met anderen.

Allereerst is het handig als je weet en begrijpt wat de achtergrond is van de mensen met wie je te maken hebt. Het is ook erg nuttig als je in de omgang met mensen ruimdenkend en eerlijk opstelt...”

Howard Cutler: “...tegen de tijd dat we in Delhi aankwamen, realiseerde ik me dat het advies van de Dalai Lama om ‘de achtergrond van mensen te begrijpen’ niet zo gewoontjes en oppervlakkig was als het eerst had geleken. Ja, het was misschien wel simpel, maar niet simplistisch. Soms kunnen de allergewoonste en simpelste adviezen, die we meestal als naïef van de hand wijzen, de effectiefste middelen zijn om de communicatie te verbeteren...”



Bevestigen volgens de Haptonomie.

Binnen de haptonomie wordt gesproken over bevestigen. Als wezenlijk voorwaarde voor zelfverwording van de mens dient hij affectief bevestigd te worden. De haptonomie onderscheid drie grondvormen van bevestiging.

1. De *bestaansbevestiging*. De acceptatie en erkenning van het bestaan van andere mensen. De erkenning dat een ieder recht heeft op een plaats op deze wereld. Tolereren en verdragen van de andere mens. Zonder discriminatie van ras of afkomst. Vastgelegd in het Handvest van de Verenigde Naties over de grondrechten van de mens.
2. De *Rationele bestaansbekrachtiging*. Mensen bevestigen elkaar in sociale contacten. Blijk en waardering voor de kwaliteiten van elkaar. De betekenis voor de maatschappij is hier onderdeel van. Voorbeelden; ontvangen van een lintje, titel, bonus en 'schouderklopje' ter bevestiging van een behaald resultaat.
3. De *affectieve zijnsbevestiging*. Een specifieke affectieve waardering. Bevestiging van individualiteit het zelfwording of zelfzijn. Deze vorm van bevestigen gaat veel verder dan het 'schouderklopje' van de *bestaansbekrachtende bevestiging*. In plaats van hetgeen de mens heeft *gedaan*, hetgeen hij is actief bevestigen. Hij is niet goed in iets, maar hij is goed in zichzelf zijn.

6.4 Casus

De individuele PMT-sessies heb ik onlangs met Mart afgesloten. Mart heeft de therapie binnen de groep weer opgepakt. Hij is met de ergotherapeut met werkhervatting bezig en is weer bij zijn werk langs geweest. Voor Mart is de situatie thuis ook al stukken verbeterd. Hij is actief in de huishouding. De relatie met zijn vrouw is intenser. Hij heeft haar verrast met een romantisch avondje uit eten. Ook gaat Mart weer met zijn kinderen de deur uit. Zo is hij bij het voetballen van zijn zoontje geweest en heeft hij met andere vaders geholpen bij de opbouw van het decor van de feestavond op de school van zijn dochter. Onlangs ben ik Mart nog in de stad tegen gekomen en bij het passeren vond er een "high five" plaats.



7. Conclusie

Uit voorgaande hoofdstukken mag wel duidelijk zijn dat deze afstudeerscriptie een pleidooi is voor een meer menselijke benadering van therapie. In tegenstelling tot de verzakelijking van de hedendaagse zorg. Waar het gaat over een op “effectiviteit” en “evidence based” gebaseerde benadering met als uiteindelijk doel “geld”.

In de wetenschappelijke literatuur die ik verwerkt heb blijkt dat alle therapieën even effectief zijn. En dat de gemeenschappelijke factoren het overgrote deel van de werkzaamheid van therapie bepalen. Terwijl de onderzoeken uitgaan naar “betere” methodieken komt de therapeutische verhouding steeds verder op afstand te staan.

Dit komt overeen met het EI van Columbus= een voor de hand liggende oplossing die uit het oog wordt verloren door afleidende factoren.

In het geval van deze afstudeerscriptie het EI van de DODObird.

Als alle (behandel)methodieken equivalent zijn, welke aspecten kunnen dan de meerwaarde bepalen in het positieve effect van de therapie bij depressieve mensen.

Bij het in stand houden van een depressie is voornamelijk de inactiviteit van grote invloed. Inactiviteit op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak. Het doorbreken van deze inactiviteit op een van deze vlakken zorgt voor verandering in de beleving van de mens. En zal ook invloed hebben op de andere gebieden. Zoals bij running therapie; De patiënt neemt deel aan de running activiteit en stimuleert het lichaam voor het aanmaken van endorfine. Deze endorfine heeft een rustgevende werking op de hersenen waardoor de patiënt in staat is pieker-gedachten te verminderen en helderder kan nadenken. De lichamelijke activiteit zorgt er ook voor dat de patiënt uit zijn sociale isolement komt. Hij gaat de straat op en komt daarbij in contact met andere mensen. Mensen zien hem lopen en geven complimenten.

Wat weer bijdraagt aan zijn eigen waarde en het sociale contact.

Er zal een aanleiding moeten zijn om de patiënt vanuit een intrinsieke motivatie actief aan de slag te gaan met zijn eigen probleem. Ik ben van mening dat de therapeut een grote mate van invloed uitoefent op de motivatie van de patiënt. Zowel in positieve als in negatieve zin.

In de negatieve zin zal de patiënt zich niet begrepen voelen door de therapeut die niet invoelend maar apathisch is. En in een groter isolement raken.

Het positieve effect zal volgens Rogers door een empathische houding van de therapeut ontstaan. En zoals de Dalai Lama en Frans R. Veldman beschrijven. Ontstaan vanuit een attitude gebaseerd op echtheid en eigenheid van de therapeut. Er *zijn* voor de mensen geeft troost en



geruststelling. Écht luisterend aanwezig zijn. Communiceren tussen de regels door met je lichaamstaal en je hart. Maar ook lichaamscontact; De bestaansbevestigende aanraking. Zonder na te denken als “therapeut” maar gewoon vanuit een menselijke behoefte.

Vanuit eigenheid therapeut kunnen zijn waardoor er minder een rol hoeft te worden gespeeld en het contact veel authentieker is, dat voelen mensen. Iemand zijn lichaam teruggeven wat al zo ontregelt is door ziekte, beperkingen, bijwerkingen van medicatie. Bijvoorbeeld door te sporten of door empathie en door aanraking (affectieve zijnsbevestiging).

Tot besluit een citaat van Rogers uit “in contact zijn” van Frans. R Veldman;

“...geen enkele benadering die zich verlaat op rationele kennis, techniek of aanvaarding van iets wat aangeleerd kan worden is van enig nut. Deze methodes lijken direct en verleidelijk, maar het effect is tijdelijk. Mensen veranderen niet echt. Echte verandering komt tot stand op basis van relationele ervaringen. Schep een bepaalde relatie, dan zal de ander in zichzelf de capaciteiten ontdekken en die relatie gebruiken voor eigen groei. Deze relatie moet dan empathisch, transparant en respectvol zijn en de patiënt voorwaardelijk accepteren. (Rogers, 1951)...”



Literatuurlijst

American Psychiatric Association. (2001). Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Cullberg, J. (1994). Moderne Psychiatrie. (8^e druk). Baarn: AMBO

Dalai Lama, Cutler, H. (1999). De kunst van het geluk. 's-Gravenhage: BZZTôH

Frank, J. D. (1961). Persuasion and Healing, *A comparative study of psychotherapy*. [elektronische versie] <http://www.books.google.nl>

Hermans, D., Putte, J. van de. (2004). Cognitieve gedragstherapie bij depressie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hoff, B. (2006) Tao van Poeh. Den Haag: Sirius

Keij, J. (1998) Zekerheid over onzekerheid. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Vandereyken, W., Deth, R. van. (2004). Psychiatrie van diagnose tot behandeling. (2^e druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Veldman, F.R. (2004). In contact zijn. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Electro Convulsieve Therapie. GGZ Acute Zorg Leeuwarden. Folder patiënten informatie.

“Universele factoren in alle therapieën”, z.j., SoHMS, Zwolle.

“Aandachtspunten bij het opstarten van therapeutisch contact”, 2004, SoHMS, Zwolle.

Elektronische bronnen:

Nanninga, R. (2003). Psychotherapie en het Dodo effect.[elektronische versie]. Skepter 16(2).

Trijsburg, R.W. (2002): Interventies en interacties in de psychotherapie. Rede UvA 2001.
http://www.aup.nl/do.php?a=process_visitor_download&editorial_id=376

Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie. (z.j.) Wat houdt Cliëntgerichte Psychotherapie in? Ontleend op 23 mei 2008,
<http://www.vcgp.nl/mainindex.php?page=010101>

Depressiecentrum. (z.j.). Een andere kijk op depressie. Over het bio-psycho-sociale model.
Op 25 mei 2008 ontleent aan
<http://www.depressiecentrum.nl/een-andere-kijk-op-depressie.42.html>.