

Over depressies

J. A. JENNER*

Onder invloed van het „Ik-denken” van de zeventiger jaren, het in zwang raken van de psychotherapie, de problematische arbeidsmarkt, een soort diagnosedwang ten behoeve van sociale uitkeringen en nog duizend-en-een andere factoren is de depressie gepopulariseerd: een depressie hoort erbij, bijna zoals flauwvallen tijdens het Victoriaanse tijdperk. Een belangrijk begrip – de dysforie – is hierdoor ten onrechte op de achtergrond geraakt.

Inleiding

Het begrip depressie is de laatste jaren zo sterk verdund, dat het zijn betekenis als indicator voor een bepaalde behandelingsaanpak dreigt te verliezen. Als opleider van co-assistenten en huisartsen in opleiding heb ik gemerkt, dat artsen de praktijk ingaan met veel, maar slecht geïntegreerde kennis over depressies. Deze chaos in het denken over depressies en de aanpak ervan komt ook regelmatig ter sprake in het kader van mijn consultatieprojecten met huisartsen. Dit artikel is bedoeld om de huisarts een enigszins schematisch beeld van depressies te bieden. Ik geef daarbij mijn persoonlijke opvattingen weer, gebaseerd op epidemiologische gegevens.

Dysforie

In de index van het *Comprehensive textbook of psychiatry* (Freedman and Kaplan) komt dysforie niet voor. Het *Nederlands handboek der psychiatrie* (Prick en van der Waals) en het Amerikaans handboek gebruiken de term dysforie in de beschrijving van depressies, maar definiëren de term op zich niet; evenmin is een omschrijving te vinden in *Van Dale*. *Holeboom-Van Dijk* en *Pinkhof* spreken van een treurige stemming. Dit zegt iets over de diepte van de gevoelsstoornis. Een afgrenzing ten opzichte van een depressie wordt hierdoor bemoeilijkt. Ik geef dan ook de voorkeur aan „misnoegen” of „ontstemming” (vergelijk *Spoerri*). Hierbij is sprake van de rich-

ting van het gevoel; over de diepte van het gevoel geeft het begrip dysforie geen uitsluitel. De vinger wordt hierdoor gelegd op de wonde plek: het individu is ontevreden over iets (een persoon, een situatie). Het duidelijk benoemen van dysforie als ontevredenheid biedt de mogelijkheid tot het maken van een probleemanalyse, het stellen van een doel waarmee de cliënt aan de slag kan gaan. Hierdoor kan hij zich een model aanleren van zelfhulp, hetgeen een basisvoorwaarde is voor zelfrespect en Ik-ontwikkeling.

Misnoegen is niet identiek aan depressie; het eerste kan bestaan zonder, maar ook mét het laatste.

Adaptatie

Problemen zetten het lichaam aan tot *arousal*-fenomenen; hierdoor kan het zich voorbereiden op maatregelen. Deze maatregelen kan men grofweg onderscheiden in drie categorieën: vechten, vluchten en pas op de plaats maken. Het individu probeert hiermee zijn homeostase te herstellen.

De dynamiek van draagkracht versus draaglast is bepalend voor het feit of iemand al dan niet decompenseert. Hierbij spelen vele factoren een rol, waaronder persoonlijkheid, duur van de problemen en hun intensiteit, constitutie, conditie, sociale omstandigheden, steun van sleutelfiguren en secundaire ziekte winst. Langer durende verstoringen van het evenwicht kunnen leiden tot onmacht-, schaamte- en/of schuldgevoelens, die kunnen resulteren in een depressie. Hiermede is de *trait d'union* gelegd naar de depressie.

(On)oplosbaarheid van problemen

Naarmate de structuur van de maatschappij ingewikkelder wordt, verliest het individu het overzicht. Hierdoor wordt zijn probleem-oplossend vermogen relatief minder en de kans op decompensatie navenant groter. Hulp in de warwinkel van de sociale-verzekeringsregels en wegwijzen maken in de doolhof van maatschappelijke regels en regelingen kan in vele gevallen de dysforie doen verdwijnen. Uitleg, verwijzing naar maatschappelijk werk, bureau voor rechtsbijstand, en dergelijke is dan nodig. De huisarts kan hierbij fungeren als spilfiguur, als centrale vertrouwenspersoon.

Sommige problemen kunnen alleen worden opgelost via maatschappelijke acties. De medicus dient hierbij, net als elke andere burger, de daarvoor bestemde paden (bijvoorbeeld politieke partijen) te bewandelen. Zich beroepen op de medische professe bij dergelijke problemen, past niet meer in deze tijd, te meer niet omdat versluiting van maatschappelijke problemen door medische plakkertjes kan leiden tot vertraging van de vereiste maatschappelijke maatregelen. Van sommige problemen dient men echter de (voorlopige) onoplosbaarheid te accepteren. De onoplosbaarheid van problemen maakt ze nog niet medisch. Evenmin maakt het onvermogen van de somaticus om onoplosbare problemen tot oplossing te brengen, die problemen tot psychiatrische ziektebeelden.

Onmacht van de hulpverlener

Machteloosheid is een onprettig gevoel, dat je liever kwijt bent dan rijk; dit geldt ook voor de medicus. De opleiding van de medicus is gericht op helpen, dat wil zeggen op actie. Bij zo'n houding past niets-doen slecht, niets-kunnen-doen ook.

Ieder mens heeft zich door opvoeding, persoonlijkheid, en dergelijke een patroon aangeleerd om met zijn gevoelens van onmacht om te gaan. Zo kun je dichtslaan, apatisch afwachten, je schuldig voelen, schuldgevoelens projecteren op anderen, enzovoort. Deze reacties van de hulpverlener worden tegenoverdrachts-fenomenen genoemd. In sommige gevallen kan het verwijzen van (voor medici) onoplosbare problemen naar een medisch specialist een tegenoverdrachts-behandeling zijn. Wanneer de machteloosheid van de huisarts op haar beurt weer tegenoverdracht losmaakt bij de specialist, kan dit resul-

* Sociaal-psychiater bij de Stichting Geestelijke Gezondheid Zuid-Holland, Dordrecht.

ren in een cumulerende ruzie tussen medici, zonder dat de patiënt wordt geholpen. In deze situaties verdient het de voorkeur, dat de huisarts met de patiënt bespreekt dat er geen sprake is van een medisch probleem en dat hij de behandeling afsluit. De patiënt dient dan ook geen medicijnen voorgeschreven te krijgen, noch voor hetzelfde probleem te worden terugbesteld. Adviezen op maatschappelijk terrein kunnen natuurlijk wel geïndiceerd zijn.

Depressie

Elk individu heeft regelmatig, soms verscheidene malen per dag, een stemmingsdaling: een rotgevoel, een blue day, een depressief gevoel of dysforie. Het is onjuist dit gevoel te diagnostiseren als depressie.

Een depressie of depressief syndroom is een totaalgebeuren, dat zich uit in gevoel, denken en motoriek. De gevoelsdaling moet een bepaalde tijdsduur en intensiteit overschrijden. De graadmeesters hiervoor zijn moeilijk objectiveerbaar.

Gevoel. De cliënt klaagt dat bepaalde dingen hem niet meer interesseren, niet meer zo raken, dat hij somber is.

Denken. Hij vergeet gemakkelijker, kan zich moeilijk concentreren en piekert meestal vrij veel. Een opvallend kenmerk van het piekeren is een soort onproductief cirkeldenken. Hierbij worden de consequenties niet tot het einde toe doorgedacht.

Motoriek. Er zijn twee vormen te onderscheiden:

- apatische vorm: de cliënt wordt trager, kan niet meer, voelt zich uitgeput en moe; hij blijft op bed liggen;
- geagiteerde vorm: de cliënt is rusteloos en vertoont voornamelijk doellose activiteiten.

Er heerst een grote spraakverwarring met betrekking tot de indeling van depressies. Er bestaan uiteenlopende diagnostische systemen, zoals het medisch-etiologicalische model, het descriptieve model, het psychosociale interactiemodel en het leertheoretische model. De begripsverwarring is ontstaan doordat men diagnoses uit het ene model verwarde met en gelijk stelde aan diagnoses uit een ander model. Zo wordt – ten onrechte – een vitale depressie (een descriptieve diagnose) nogal eens verward met en gelijkgesteld aan een endogene depressie (een etiologische diagnose). Een goede beoordeling van depressies moet dan ook zowel etiologisch als descriptief, interactieel en leertheoretisch zijn.

Wanneer de diagnose depressie is gesteld, verdient het de voorkeur methodisch de volgende punten af te werken:

- bestaat er suicidegevaar?
- is de patiënt psychotisch?
- zijn er organische afwijkingen?
- is de depressie vitaal of niet-vitaal?
- is er sprake van angst/agitatie of van apathie/geremd zijn?

• *Suicidegevaar?* Bij elke depressie dient gevraagd te worden naar suicidegedachten en -pogingen. Het is een kunstfout dit na te laten. Wanneer men dergelijke vragen uit angst of andere overwegingen nalaat of vergeet, kan dit de angst bij de patiënt versterken, wat weer het suicidegevaar kan vergroten. Veel patiënten beleven hun suicidegedachten als „Ik-vreemd”; ze zijn er bang voor. De huisarts die tactvol het gesprek op suicidegedachten brengt, vermindert meestal door zijn „modelerende” werking de angst.

Vragen over suicidaliteit kan men het beste stellen in een opklimmende graad van hevigheid, bijvoorbeeld: „Ziet u er helemaal geen gat meer in?”, „Zit u zo diep in de put, dat u wel eens denkt: voor mij hoeft het niet meer?”, „Speelt de gedachte ik zou maar beter dood kunnen zijn, weleens door uw hoofd?”, „Heeft u weleens serieus over doodgaan gedacht?”, „Heeft u er weleens over gedacht zelf een eind aan uw leven te maken?” Hierdoor is het meestal mogelijk de mate van suicidaliteit te schatten; volledige zekerheid verschaft deze aanpak natuurlijk niet. In mijn ervaring creëert men zo goede mogelijkheden om gerichte afspraken te maken met de suicidale patiënt. Afhankelijk van de draagkracht zullen deze afspraken gemaakt worden voor een periode van enkele uren tot enkele dagen. Zo'n afspraak doet de hoop bij de patiënt en zijn omgeving herleven. In het tijdsbestek waarover de afspraak zich uitstrekt, moet dan wel het een en ander worden geregeld. IJdele hoop bieden is altijd af te raden, omdat hierdoor de suicidaliteit op langere termijn wordt vergroot.

Wanneer het suicidegevaar groot is, heeft verwijzing naar de psychiater mijn voorkeur. Een meer gespecialiseerde hulpverlener kan soms nog wel een soort niet-zelfdodingscontract met de patiënt maken. Het valt buiten het bestek van dit betoog in extenso in te gaan op het probleem of men een patiënt mag toestaan zich te suicideren.

Voor de huisarts is van praktisch belang dat:

- suicidaliteit niet altijd dient te leiden tot een opname;

– niet te reguleren suicidaliteit bij een vitale en/of een psychotische depressie moet leiden tot een opname, zo nodig middels een inbewaringstelling;

- van degenen die een tentamen suicide doen, circa 70 procent tevoren signalen hierover uitzendt aan sleutelfiguren (*Frankenberg*); het is dan ook fout te stellen, dat dreigers met suicide het nooit doen.

• *Psychotisch of niet?* Stemming, denken en motoriek zijn extreem aangedaan. De somberheid neemt een waanachtig karakter aan: hypochondere wanen, schuld-, zonde- en armoedewanen. De waarneming kan zo sterk zijn gestoord, dat illusoire vervalsingen of hallucinaties optreden. Regelmatig zijn deze gekleurd door de depressieve stemming: het zien van het hellevuur, en dergelijke. De motoriek kan dalen tot een stupereuze toestand. Bij angst daarentegen kan de patiënt radeloos en rusteloos rondrennen.

Het suicidegevaar bij een psychotische (= melanchole) depressie is uitermate groot. Gezien de nogal eens impulsieve suicidale acties is grote waakzaamheid geboden. Verwijzing naar de psychiater en overweging van de vraag of tot opname moet worden overgegaan, acht ik noodzakelijk.

• *Organische afwijkingen?* Gerichte anamnese, fysisch-diagnostisch onderzoek en zo nodig laboratoriumbepalingen vormen een onmisbaar onderdeel van de depressie-diagnostiek. *Van Dijk* acht het achterwege laten hiervan een kunstfout: ook depressieve mensen, zelfs hysterisch depressieve mensen kunnen een tumor cerebri ontwikkelen. Bij het onderzoek zij men bedacht op tumor cerebri, post-virale reacties (bijvoorbeeld influenza, mononucleosis infectiosa, hepatitis), cardiovasculaire insufficiëntie, endocriene stoornissen (hyper- en hypothyroidie), elektrolyet-verstoringen (calciumspiegel), dementie, intoxicaties van velerlei soort (cave: gelijkblijvende medicatiedosering bij stijgende leeftijd), avitaminose, en dergelijke.

Naar mijn ervaring verkeert de huisarts regelmatig in tweestrijd. Enerzijds erkent hij de noodzaak van een gedegen lichamenlijk onderzoek, anderzijds kan hij, bijvoorbeeld ter voorkoming van ongewenste somatisering, hiervan af willen zien. Met enkele voorbeelden hoop ik mijn opvatting dat lichamenlijk onderzoek noodzakelijk is, te onderbouwen:

Patiënt A, een 59-jarige weduwnaar, heeft sinds het overlijden van zijn echtgenote recidiverende depressies. De huisarts verwijst hem met de diagnose involutiedepressie. Hiervoor is hij behandeld met sedativa, anti-depressiva en steunende therapie. Bij de anamnese valt mij op dat de patiënt periodiek last heeft van buikkrampen. Naast de depressieve perioden zijn er perioden van lichte verwardheid.

Het laboratorium biedt tenslotte de oplossing: porfyrie.

Patiënt B, een 28-jarige gehuwde vrouw, is na de geboorte van haar eerste kind in een depressie geraakt. Er zijn nogal wat relatieproblemen, die al dateren uit haar verlovingstijd. Ze is gehuwd omdat ze zwanger was. De huisarts verwijst haar met de diagnose „post partum psychose, maar ook een hysterische vrouw.” Patiënte vertelt mij haar verhaal inderdaad nogal theatraal. Toch geeft haar levensgeschiedenis mij geen reden te denken aan een karakterneurose. Omdat de depressieve perioden verband lijken te houden met de huwelijksproblemen, gaan mijn gedachten uit naar een relationeel geïnduceerde depressie.

De uiteindelijke diagnose wordt me aan de hand gedaan door de echtgenoot. Tijdens de familieanamnese herinnert hij zijn vrouw eraan dat haar moeder struma heeft gehad. Nader onderzoek levert een licht vergrote schildklier op, bolle ogen en een Graefeteken. Nadat patiënte is behandeld aan de schildklier, worden alsnog de relatieproblemen behandeld.

• *Vitaal of niet-vitaal?* Een vitale depressie geeft een vergrote kans op suicide.

In principe kan elke depressie vitaliseren! Ten onrechte wordt nog weleens gesteld: geen endogene depressie, dus geen vitale depressie, dus weinig of geen suicidegevaar.

Of een depressie vitaal of niet-vitaal is, heeft verregaande therapeutische consequenties. We noemen een depressie vitaal wanneer een aantal verschijnselen aanwezig is. De literatuur is niet eensluidend over de verschijnselen die tot deze reeks gerekend moeten worden. Sommige auteurs rekenen hiertoe ook de stemmingsdaling (*Van Dijk*). Mijn bezwaar hiertegen is, dat dan elke depressie automatisch vitaal wordt. Wanneer echter de belevingswereld zo sterk is aangedaan, dat er sprake is van een melanchole depressie, moet men wel spreken van een vitaal kenmerk. Voor de huisarts lijken mij de volgende vitale kenmerken van belang: doorslaapstoornissen, dagschommeling, vegetatieve verschijnselen en melancholie-verschijnselen.

Doorslaapstoornissen: hierbij is van belang concreet te vragen: „Hoe laat werd u wakker en kon u niet meer slapen?”

De beoordeling van doorslaapstoornissen wordt bemoeilijkt door de variabiliteit van het individuele slaappatroon. Wanneer mensen overdag slapen en/of erg vroeg naar bed gaan, moet het vroeg ontwaken mogelijk meer worden opgevat als een gevolg van een verkeerd slaappatroon dan als een vitaal kenmerk.

Dagschommeling: de meest voorkomende variant is dat de patiënt 's ochtends bij het opstaan de meeste klachten heeft en zich in de loop van de dag beter gaat voelen.

Vegetatieve verschijnselen: het betreft de volgende verschijnselen: verminderde eetlust, gewichtsverlies, amenorroe, libidoverlies, obstipatie/diarree*.

Melancholische verschijnselen: zie onder *Psychotisch of niet*.

• *Agitatie of apathie?* De beoordeling hiervan berust voornamelijk op de motoriek. Is de apatische patiënt lusteloos en komt hij tot niets, de geagiteerde patiënt is druk. Zijn activiteiten zijn meestal weinig effectief en het gedrag maakt een doelloze indruk. Voor de behandeling is deze differentiatie van groot belang vanwege het suicidegevaar dat bij de geagiteerde vorm groter is (de apatische patiënt komt er niet zo gemakkelijk toe zijn suicidegedachten te verwezenlijken, de geagiteerde patiënt wel).

Beleid

De depressieve patiënt dient men tegevoet te treden met begrip en empathie; steun is een essentieel onderdeel van de aanpak. De behandeling dient gericht te zijn op herstel van de pre-depressieve periode. Pas in een later stadium kan een ontdekkende therapie geïndiceerd zijn. Dit is een specialistische behandeling. Een uitvoerige beschrijving van de (psycho)therapeutische mogelijkheden valt buiten het bestek van dit artikel. Onderzoek naar het effect van psychotherapie heeft uitgewezen dat een eclectische benadering de beste resultaten geeft.

Uitgebreide somatische diagnostiek is vereist. Aanwijzingen voor suicidaliteit dienen uiterst serieus genomen te worden. Bij patiënten die hun planten of dieren laten verkommeren, zich slecht gaan verzorgen, een aantal kleine ongelukjes hebben of geen eten meer in huis halen, zij men bedacht op een pre-suïcidaal syndroom (*Speijer*). Het beoorde-

* Deze klachten vindt men bij de geagiteerde vitale depressie.

len van suicidegevaar is moeilijk, zelfs voor geroutineerde psychiaters. Bij de minste twijfel kan de huisarts beter overleggen met en/of verwijzen naar een specialist. Met een goede aanpak kan een opname vaak worden voorkomen.

Acht men het suicidegevaar te groot, dan is opname (na overleg met de psychiater) altijd geïndiceerd bij vitale en psychotische depressies. Indien de patiënt in deze gevallen opname weigert, dient een inbewaringstelling te worden aangevraagd.

Medicatie

Vitale depressies reageren goed op anti-depressiva. Aangezien het effect zich pas na een tot drie weken laat zien, kan men beter geen verandering in de medicatie aanbrengen voordat drie weken voorbij zijn. Omdat antidepressiva eerst aangrijpen op de motoriek en pas later op de stemming, levert de eerste behandelingsperiode een extra gevaar voor suicidaliteit.

Bij de apatische vitale depressie geef ik stimulerende anti-depressiva. Mijn voorkeur gaat uit naar anafranil driemaal daags 10-25 mg. Bij de geagiteerde vitale depressie geef ik sederende antidepressiva: surmontil (3 dd 50 mg), tryptizol (3 dd 50 mg). Bij bejaarden verdient sinequan in lage dosering de voorkeur, omdat andere middelen een omgekeerd effect kunnen geven. Bij geagiteerde beelden verdient het aanbeveling ongeveer drie weken te overbruggen met adviezen over agressie-regulerende maatregelen en/of minor tranquillizers.

Wanneer een middel na drie weken nog niet werkt, wordt de dosis verhoogd tot bijvoorbeeld anafranil 3 dd 25 tot 50 mg, surmontil 3 dd 75 mg, bij voorkeur na overleg met/verwijzing naar een psychiater.

Het is verstandig de medicatie nog drie maanden na het intreden van de verbetering te continueren. Veelal kan de medicatie hierna worden gestaakt.

Bij niet-vitale depressies dient men als regel geen anti-depressiva voor te schrijven (*Van Dijk*).

Bij psychotische depressies zijn anti-psychotica geïndiceerd. Een psychotische depressie is in principe een indicatie voor verwijzing naar een psychiater. Deze zal bij voorkeur een anti-psychoticum kiezen dat de depressieve kant zo min mogelijk verergert (bijvoorbeeld sordinol of melleril).

Is er sprake van recidiverende depressies, bijvoorbeeld in het kader van een

1. Suïcidaal	Niet suïcidaal
2. Organisch	Niet-organisch
<i>Exogeen</i>	<i>Exogeen</i> <i>Endogeen</i>
– tumor	– psychogeen – manisch-depressief
– cardiovasculair	– neurotisch (involutie-depressie?)
– endocrien	– hysterisch
– etcetera	– reactief
	– etcetera
3. Vitaal	Niet vitaal
– vasovegetatieve verschijnselen	
– doorslaapstoornissen	
– dagschommeling	
(cave suïcidaliteit)	
Antidepressiva	Geen antidepressiva
4. Apatisch/geremd	Geagiteerd
Stimulerende antidepressiva,	Sederende antidepressiva,
bijvoorbeeld Anafranil 3 x 10 mg	bijvoorbeeld Surmontil® 3 x 50 mg
	(bejaarden: Sinequan®)
circa drie weken inwerktijd	circa drie weken inwerktijd
5. Psychotisch	Niet psychotisch
– hallucinaties	
– wanen	
– stupor	
Antipsychotica	Geen antipsychotica.

manisch-depressieve psychose, dat kan een onderhoudsmedicatie worden overwogen. De mate van ongemak (het aantal maanden per jaar, de diepte van de depressie, de noodzaak tot gedwongen opname) moet hierbij worden afgewogen tegen de bijwerkingen van de onderhoudsmedicatie (onthoudingsverschijnselen, bijwerkingen, relatief snelle intoxicatie bij lithium, en dergelijke). De huisarts kan bij de voorlichting van de patiënt een grote rol spelen; goed overleg met de psychiater is daarnaast zeker vereist.

Beschouwing

Een depressie is een zeer gecompliceerd, multiconditioneel bepaald totaalgebeuren. Een goede diagnostiek waarbij uiteenlopende factoren gelijktijdig worden beoordeeld, is van vitaal belang ter voorkoming van calamiteiten en voor een goede behandeling. Diagnostiek via het voorgestelde model (*schema*) biedt de mogelijkheid tot een op het individu toegesneden behandeling.

Bij de factoren psychotisch, suïcidaal en vitaal ben ik vrij uitvoerig blijven stilstaan. Het zou onjuist zijn hieruit te concluderen, dat andere depressies niet ernstig genomen zouden moeten worden. Ook hierbij kan de patiënt diep

gebukt gaan onder het lijden. Uitvoerig overleg tussen huisarts en specialist over de behandeling (de zin van psychotherapie, de (on)wenselijkheid van medicatie, en dergelijke) is hierbij van belang. Een goed samenspel tussen huisarts en psychiater is hiervoor vereist. Enerzijds dient de huisarts voldoende psychiatrisch geschoold te zijn om kleine „niet-vitale depressies” uit te zeven en zelf te behandelen, anderzijds dient de psychiater te allen tijde acuut ruimte te creëren om depressieve patiënten nog dezelfde dag te zien, dan wel de huisarts te adviseren. In mijn ervaring daalt hierdoor het aantal calamiteiten niet toeneemt, mogelijk zelfs afneemt.

Door onderscheid te maken tussen dysforie en depressie, tussen maatschappelijke problemen en depressies voorkomt men onnodige „patiëntisatie”, houdt men de psychiatrische kanalen vrij voor degenen die het nodig hebben en bevordert men bovendien dat maatschappelijke problemen uitgevochten worden waar dat behoort.

Samenvatting. Het begrip depressie wordt nader gedefinieerd en begrensd ten opzichte van het begrip dysforie. Verschillende uitingsvormen van depressie in denken, voelen en motoriek worden verder uitgewerkt. De verwarrende no-

menclatuur wordt kort besproken en ten slotte wordt een voorstel gedaan voor een diagnosemodel dat de huisarts in staat stelt met een grote mate van betrouwbaarheid het risico-element bij depressies te taxeren. Het model is gericht op mogelijk suïcidale, organische, psychotische en/of vitale aspecten van een depressie. Daarnaast biedt het een logische overgang naar de te volgen therapeutische aanpak.

Summary. On depressions. The term depression is further defined and differentiated from the term dysphoria. Several cognitive, affective and motor expressions of depression are discussed in some detail. The confusing terminology is briefly discussed, and a proposal is made with regard to a diagnostic model which enables the general practitioner to estimate the risk element in depressions with a high degree of reliability. The model focuses on possible suicidal, organic, psychotic and/or vital aspects of a depression. Moreover, it paves a logical way to a subsequent therapeutic approach.

- Dijk, W. K. van. Depressies, klinische beelden, etiologie en therapeutische aanpak. In: H. M. van Praag en H. G. M. Rooymans (red.). *Stemming en ontstemming. Erven Bohn, Amsterdam*, 1974.
- Frankenberg, W. Depressies in de huisartsenpraktijk. In: H. M. van Praag en H. G. M. Rooymans (red.). *Stemming en ontstemming. Erven Bohn, Amsterdam*, 1974.
- Freedman, A. M. and H. I. Kaplan. Comprehensive textbook of psychiatry. 2nd ed. *The Williams & Wilkins Comp., Baltimore*, 1968.
- Holeboom-Van Dijck, S. J. M. Geneeskundig handwoordenboek. *Stafleu, Leiden*, 1962.
- Jenner, J. A. Religieuze twijfel en depressie. (1981) *Praktische Theologie* 8, 261-267.
- Pinkhof, H. en M. M. Hilfman. Geneeskundig woordenboek. Zevende druk. *Bohn, Scheltema en Holkema, Amsterdam*, 1978.
- Praag, H. M. van. Psychopharmaca. Een leidraad voor de praktiserende medikus. Tweede druk. *Van Gorcum, Assen/Amsterdam*, 1977.
- Praag, H. M. van. Psychopharmaca bij bejaarden. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 533-540.
- Prick, J. J. G. en H. G. van der Waals. Nederlands handboek der psychiatrie. Deel II. *Van Loghum Slaterus, Arnhem*, z.j.
- Speijer, N. Zelfdoding en poging tot zelfdoding bij jongeren. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1057-1062.
- Spoerri, Th. Compendium der psychiatrie. Vertaald door C. W. A. J. A. Walraven. *Agon Elsevier, Amsterdam/Brussel*, 1968.