

## ‘Wider than the sky, deeper than the sea’

Over de doorslaggevende rol van het denken bij depressie

- I gave in to my most recent bout of depression when I started driving
- to work one day and found that I couldn't stop crying. I thought this
- was odd and drove home in order to re-do my make-up before going in
- to the office. I went to bed and slept almost continuously for two
- weeks. It was five weeks before I could read again and I was off work
- for eleven months in all. It was two years before I began to feel like
- myself again.

Zo beschrijft Gwyneth Lewis (2002, p.12) haar meest recente depressie in de inleiding van *Sunbathing in the rain*, een persoonlijk verslag van haar ervaringen met depressie. Wat er uit haar boek naar voren komt, is hoe een depressie het leven van iemand volkomen tot stilstand kan brengen. Wat een enorm effect het kan hebben op jezelf, maar ook op anderen om je heen. Kortom: wat een rotziekte het is. In dit betoog wil ik de volgende drie stellingen verdedigen: 1) De psychiatrie, in zijn eeuwige pendelbeweging tussen de psychologie en de biologie, is momenteel doorgeschoten in de biologische richting; 2) De biologische behandeling van depressie, voor het gemak samengevat als ‘pillen’, wordt overgewaardeerd ten koste van de psychologische behandelmethoden van depressie die ik voorlopig even ‘praten’ zal noemen; 3) Er moet meer aandacht en waardering komen voor de gesprekstherapie voor depressie.

SPECKENS

## De psychiatrie is doorgeschoten in biologische richting

Er zijn twee ontwikkelingen die het enthousiasme voor de biologische psychiatrie de laatste jaren tot ongekende hoogte hebben opgestuwd. De eerste is de grote vooruitgang die is geboekt op het gebied van de genetica, het vakgebied dat zich bezighoudt met de erfelijke eigenschappen van mensen. En de tweede is de snelle groei van mogelijkheden op het gebied van de *neuroimaging*, het 'plaatjes maken' van de hersenen.

### Genetica

Familieleden van mensen met een depressie blijken twee tot drie keer zoveel kans te hebben om ook een depressie te krijgen als mensen uit de algemene bevolking (Levinson, 2006). Uit tweelingstudies blijkt dat depressie voor ongeveer 40% erfelijk is (Sullivan e.a., 2000). Het is tegenwoordig ook mogelijk om het gehele erfelijk materiaal van mensen in kaart te brengen. Er zijn een aantal onderzoeken gedaan met grote groepen families waarin depressie voorkomt, waarbij gekeken is met welk deel van het erfelijk materiaal depressie lijkt samen te hangen (Zubenko e.a., 2003; Abkevich e.a., 2003; Holmans e.a., 2004; McGuffin e.a., 2005). Uit deze onderzoeken zijn een aantal chromosomale gebieden naar voren gekomen waarvoor dat lijkt te gelden, maar de meesten hiervan zijn tot nu toe nog niet bevestigd door een tweede, onafhankelijk, onderzoek. Daarnaast zijn er veel onderzoeken gedaan waarbij gekeken werd naar specifieke kandidaatgenen voor depressie. Dat zijn genen waarvan men al van te voren een vermoeden heeft dat ze iets te maken hebben met het ontstaan van een depressie. Bijvoorbeeld genen die coderen voor stoffen of receptoren die een rol spelen in het signaalsysteem van de hersenen. Het gen dat hierbij het meest van belang lijkt, is het serotonine-transportergen. Dat blijkt zowel te maken te hebben met het ontstaan van een manisch-depressieve stoornis en suïcidaal gedrag, als met depressieve persoonlijkheidskenmerken (Levenson, 2005). Er is echter maar één studie die een verband vindt met de depressieve stoornis zelf (Hoefgen e.a., 2005).

Bij depressie lijkt het niet alleen te gaan om de erfelijke aanleg. Recente onderzoeken hebben laten zien dat het meer gaat om een interactie tussen erfelijke aanleg en omgevingsfactoren. Een eerste studie van Caspi en zijn collega's van het Institute of Psychiatry in Londen (2003) liet zien dat bij mensen die drager waren van de korte vorm van het serotonine-transportergen, stressvolle gebeurtenissen in de laatste vijf jaar gerelateerd waren aan het ontstaan van een depressie. En bij mensen zonder deze erfelijke aanleg was dat niet het geval. Deze interactie tussen erfelijke kwetsbaarheid en stressvolle gebeurtenissen is sindsdien bevestigd door andere onderzoeken (Zammit & Owen, 2006).

'WIDER THAN THE SKY, DEEPER THAN THE SEA'

### Neuroimaging

De tweede ontwikkeling die heeft bijgedragen aan de populariteit van de biologische psychiatrie is *neuroimaging*, het 'plaatjes maken van de hersenen'. Met de komst van nieuwe technieken worden in rap tempo de mogelijkheden groter om de structuur en het functioneren van de hersenen in kaart te brengen. Zo zijn veel onderzoekers bezig om te kijken welke specifieke afwijkingen in de hersenen gevonden kunnen worden bij bepaalde psychische stoornissen.

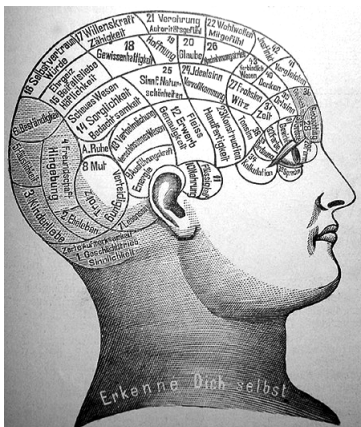
713

Het eerste onderzoek naar het belang van bepaalde hersengebieden voor depressie werd gedaan bij patiënten die door een ongeluk of een herseninfarct bepaalde hersenbeschadigingen hadden opgelopen. Door de symptomen van de patiënten in verband te brengen met de hersengebieden die aangedaan waren, werd duidelijk welke hersengebieden bij depressie een rol speelden (Starkstein & Robinson, 1993). Ook pathologisch onderzoek van de hersenen van overleden mensen met een depressie, heeft bijgedragen aan het inzicht in de hersen-

gebieden die betrokken zijn bij het ontstaan van een depressie (Rajkowska, 2000). Het beeldvormend onderzoek van het functioneren van de hersenen, ten slotte, kon de resultaten uit voorgaand onderzoek gedeeltelijk bevestigen, maar ook uitbreiden. Er werd bij depressie een verminderd functioneren van de hersenen gevonden in met name de frontale hersenschors, het *cingulum*, het paralimbische systeem en subcorticale gebieden (Mayberg, 2003).

Op basis van bovenstaande en andere gegevens, trok Helen Mayberg de conclusie dat er niet een bepaald hersengebied is aangedaan bij depressie, maar dat het waarschijnlijk veel meer gaat om het niet goed functioneren van een circuit waarin verschillende

hersengebieden met elkaar verbonden zijn. Tot dit circuit horen dan zowel corticale en subcorticale gebieden, als het limbisch systeem. Een depressie ontstaat niet zozeer door het minder functioneren van een of meer van deze hersengebieden, als wel doordat het systeem als geheel niet in staat is om een verstoring in het circuit te compenseren of op te vangen. Een bepaald activatiepatroon van de hersenen dat bij depressie gevonden wordt, kan dan zowel te maken hebben met een verminderd, als met een overmatig functioneren van dit circuit. Zo kan de frontale hersenschors bij een depressie zowel overactief als onderactief zijn. De overactiviteit kan bijvoorbeeld gezien worden als een doorgeschoten compensatiemechanisme op een negatieve stemming. Dit kan zich uiten in agitatie en rumineren, het 'malen' van je gedachten. De onderactiviteit kan juist duiden op het niet inzetten of



## SPECKENS

tekortschieten van dit compensatiemechanisme. Dit uit zich dan in het tegenovergestelde: nergens zin in hebben en trager worden in denken en bewegen.

Verschillende behandelingen kunnen aangrijpen op specifieke onderdelen van het circuit en zo chemische of moleculaire processen aansturen die het evenwicht in het systeem kunnen herstellen. Zo blijkt de vermindering van depressieve symptomen na behandeling met medicijnen samen te hangen met andere delen van het circuit dan de vermindering na cognitieve therapie (Kennedy e.a., 2001; Goldapple e.a., 2002). Cognitieve therapie voor depressie leidt tot afname van activiteit in de prefrontale schors en een toename van activiteit in het *cingulum* en de *hippocampus*; gebieden die te maken hebben met emoties, perceptie en geheugen.

### De biologische behandeling van depressie wordt overgewaardeerd

Niet alleen je genen zijn belangrijk voor het ontstaan van een depressie, ook wat je meemaakt. Bij depressie gaat er wel iets mis in je hersenen, maar dit kan net zo goed in positieve zin beïnvloed worden door pillen als door praten. Het gaat dus niet alleen om de *hardware*: de genen, de hersenstructuren, de neurotransmitters, maar ook om de *software*: wat iemand in zijn leven meegemaakt heeft, zijn ideeën over zichzelf, anderen en de wereld, zijn gedachten, gevoelens en gedrag. Meer dan honderd jaar geleden drukte Emily Dickinson (1830-1886) al uit dat de geest meer omvat dan de materie.

*The Brain – is wider than the Sky –  
For – put them side by side –  
The one the other will contain  
With ease – and You – beside –*

*Het Brein – is wijder dan de Lucht –  
Want – zet ze zij aan zij –  
Het een omvat het ander met  
Gemak – en Jou – erbij*

*The Brain is deeper than the sea –  
For – hold them – Blue to Blue –  
The one the other will absorb –  
As Sponges – Buckets – do –*

*Het Brein is dieper dan de zee –  
Want – hou ze – Blauw naast Blauw –  
Dan neemt het een het ander op –  
Als Spons – een Emmer – zou –*

*The brain is just the weight of God –  
For – Heft them – Pound for Pound –  
And they will differ – if they do –  
As Syllable from Sound –*

*Het Brein is even zwaar als God –  
Want – Til ze – Pond voor Pond –  
En ze verschillen – hooguit – als  
Syllabe van Geluid –*

'WIDER THAN THE SKY, DEEPER THAN THE SEA'

Biologische en psychologische modellen van depressie hoeven elkaar dus helemaal niet uit te sluiten. Integendeel, ze vullen elkaar uitstekend aan. Hoe komt het dan dat het merendeel van de mensen met een depressie toch behandeld wordt met pillen in plaats van met praten? Uit onderzoek in de huisartsenpraktijk (Nivel, 2004) blijkt dat huisartsen bij 80% van de patiënten met een depressie medicatie voorschrijven. Er zijn twee dingen die hier mogelijk mee te maken hebben: de lobby van de farmaceutische industrie en het tekort aan gekwalificeerde cognitief gedragstherapeuten.

715

### De lobby van de farmaceutische industrie

In haar lezenswaardige boek *The Truth About the Drug Companies*, biedt Marcia Angell (2004), de voormalig *editor* van het *New England Journal of Medicine*, een kijkje achter de schermen. De farmaceutische industrie behoort tot 's werelds meest succesvolle takken van het bedrijfsleven. De totale winst van de tien farmaceutische firma's uit de Top-500 van het Amerikaanse bedrijfsleven was meer dan de winst van alle andere 490 bedrijven bij elkaar. Ze wekken graag de indruk dat ze hun winst hard nodig hebben voor het ontwikkelen van nieuwe medicijnen. Niets is echter minder waar. De nieuwe medicijnen die door de industrie op de markt worden gebracht, betreffen in drie kwart van de gevallen zogenaamde *me-too* preparaten. Dit zijn medicijnen die nagenoeg hetzelfde zijn als het product van een andere firma, maar met een kleine variatie, zodat men er toch patent op kan krijgen. Zo zijn er van de SSRI's (selectieve serotonineheropnameremmers, een medicijn tegen depressie), zes verschillende varianten op de markt.

Het grootste deel van hun geld besteden farmaceutische industrieën aan juridische kosten en aan marketing (Angell, 2004). En ondanks pogingen van bijvoorbeeld de Stichting Code Geneesmiddelenreclame om deze marketing aan banden te leggen, kan ze nog steeds groteske vormen aannemen. Ik noem een aantal willekeurige voorbeelden van wat mij als psychiater de afgelopen maanden gepasseerd is.

- Op *prime time* van het Voorjaarscongres van onze Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, van 12.00 tot 14.00 uur 's middags, werd er geen ander programma aangeboden dan satellietsymposia van de farmaceutische industrie.
- Een mogelijke bijdrage van € 500 voor het bezoeken van een congres (inclusief vliegticket met de KLM, een pittoresk hotel in het oude stadscentrum en een *city tour*).
- Het vergoeden van al mijn kosten voor het bijwonen van het congres van de American Psychiatric Association, als ik bereid ben van mijn bevindingen per teleconferentie kond te doen aan mijn Nederlandse collega's.

## SPECKENS

- € 2000 voor elke patiënt die ik zover krijg om mee te doen aan een door de farmaceutische industrie georganiseerd geneesmiddelonderzoek.
- Het aanbod om € 140.000 te besteden aan een onderzoek, geeft niet wat, als het maar over een bepaald antidepressivum gaat.

Geen wonder dus, dat het merendeel van de depressieve patiënten pillen aangeboden krijgt in plaats van praten. In een recent artikel in de *British Medical Journal* is uitgerekend dat met het geld dat tussen 1991 en 2002 in Engeland is besteed aan antidepressiva, 7700 cognitief gedragstherapeuten aangesteld hadden kunnen worden, die meer dan 1,5 miljoen mensen zes sessies cognitieve therapie per jaar hadden kunnen aanbieden (Hollinghurst e.a., 2005).

#### Verpleegkundigen als cognitief gedragstherapeuten

De vraag is natuurlijk wel of die 7700 cognitief gedragstherapeuten ook echt aangesteld zouden kunnen worden. En daarmee komen we bij de tweede mogelijke verklaring van de overwaardering van de biologische behandeling van depressie, namelijk het tekort aan gekwalificeerde cognitief gedragstherapeuten. In Engeland is het al sinds jaar en dag mogelijk dat verpleegkundigen zich omscholen tot cognitief gedragstherapeut. En ik kan uit eigen ervaring meedelen dat de kwaliteit van cognitief-gedragstherapeutische behandelingen door gespecialiseerde verpleegkundigen niet onder hoeft te doen voor die door psychologen. Ik denk dus dat het ook in Nederland een uitstekend idee zou zijn om psychiatrisch verpleegkundigen op te leiden en in te zetten als cognitief gedragstherapeut. Ze hebben een goede vooropleiding en vaak langdurige ervaring met patiënten met psychiatrische problemen. En het zou goed passen in de huidige ontwikkeling om ook binnen de psychiatrie *nurse practitioners* en *nurse specialists* te introduceren. Maar de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie is zover nog niet. Ik was teleurgesteld toen ik in hun actieplan voor 2006-2007 de volgende passage tegenkwam:

- Cognitieve gedragstherapie is populair, maar dat is niet alleen maar goed nieuws. Vertegenwoordigers van allerlei disciplines maken gebruik van beginselen en methoden van de cognitieve gedragstherapie. [...] Behandelingen kunnen zo via lagere inschaling van academici en vervanging van deze door HBO-ers goedkoper worden uitgevoerd. Wat blijft er over voor de cognitieve gedragstherapeut?

Ik waardeer natuurlijk deze zorg van de VGCT voor de kwaliteit van de toekomstige gedragstherapeuten. Maar ik kan me niet aan de indruk

'WIDER THAN THE SKY, DEEPER THAN THE SEA'

onttrekken dat er ook een zekere zorg meespeelt over hun eigen werkgelegenheid en salaris. Het zou de VGCT sieren als ze in deze de belangen van de cognitieve gedragstherapie zou dienen in plaats van die van de cognitief gedragstherapeuten.

717

### Meer waardering voor psychologische behandeling van depressie

En daarmee komen we op mijn derde stelling: er moet meer waardering komen voor de psychologische behandeling van depressie. Ik wil het hier met name hebben over de cognitieve gedragstherapie, die het meest door onderzoeksresultaten wordt ondersteund. Over hoe het allemaal begonnen is, maar ook over twee recente ontwikkelingen op het gebied van de cognitieve therapie: de behandeling van rumineren ('malen'), en de aandachtgerichte cognitieve therapie, een op meditatie gebaseerde vorm van cognitieve therapie.

#### Klassieke cognitieve therapie

Al in de jaren zeventig schreef Aaron Beck (1979) zijn nu klassieke boek over cognitieve therapie van depressie. Zijn theorie komt erop neer, dat gedachten een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en onderhouden van een depressie. Negatieve gevoelens zijn het gevolg van een negatieve interpretatie van een in principe neutrale situatie of gebeurtenis. En het wordt nog erger als deze gedachten gaan leiden tot veranderingen in gedrag, zoals het opgeven van activiteiten of het jezelf terugtrekken, want daar worden de negatieve gedachten vaak alleen maar door bevestigd. Cognitieve therapie is erop gericht om de negatieve gedachten te herkennen, te onderzoeken en in de praktijk uit te testen door middel van zogenaamde gedragsexperimenten.

In zijn theorie gaat Beck ervan uit dat de aard van de negatieve gedachten vaak samenhangt met iemands voorgeschiedenis. Vroegere ervaringen vormen de basis voor diep gewortelde overtuigingen over jezelf, de ander en de wereld waarin je leeft. Zo deed Gwyneth Lewis (2002, p. 36) bijvoorbeeld als kind de overtuiging op dat ze slecht was:

- My mother could be moody and unpredictable. Sometimes, enraged,
- usually by something I'd done, she'd disappear into her bedroom for
- a few days. I didn't understand why I had such an effect on her and
- caused us all so much misery. My misbehaviour caused our whole
- domestic world to fall apart and, because I seemed to cause these crises
- so often, I felt like a pariah within the family.

## SPECKENS

Als compensatie van dit soort kernovertuigingen over jezelf, ontwikkel je in zo'n periode ook vaak leefregels of overlevingsstrategieën, om het hoofd boven water te houden. Lewis wijst bijvoorbeeld op haar voortdurende gerichtheid op het welzijn van anderen en haar perfectionisme. Tijdens een cognitief gedragstherapeutische behandeling worden ook dit soort contra-productieve leefregels opgespoord en besproken. Zijn ze wel realistisch? Helpen ze eigenlijk wel, wat zijn de voors en tegens? Of zijn er evenwichtiger regels mogelijk die je helpen om gemakkelijker in het leven te staan en beter bestand te zijn tegen een eventuele terugval in je depressie? Zo concludeert Lewis (2002, p. 210) bij nader inzien over haar perfectionisme:

- It's not as if trying to be a perfectionist stopped me from falling flat on
- my face. I don't want to live a blameless life, I want to live a real one. So
- now my emotional ambitions have changed, I'd like to live a life in
- which I make lots of mistakes. It's probably much safer than trying not
- to make them and definitely more fun.

#### Wat kopen we ervoor?

Maar wat hebben we er nu eigenlijk aan in de praktijk? Uit een groot, vergelijkend onderzoek uit de Verenigde Staten bij patiënten met een matige tot ernstige depressie (DeRubeis e.a., 2005; Hollon e.a., 2005), bleek dat pillen en cognitieve therapie even goed werken. En na het afbouwen van de medicatie bleek dat diegenen die cognitieve therapie gehad hadden, minder terugval vertoonden dan diegenen die pillen hadden gekregen. Ook uit een onderzoek van eigen bodem (Bockting e.a., 2005) bij patiënten die hersteld waren van een depressie, bleek dat cognitieve therapie de kans op terugval verminderde. De cognitieve therapie die zij toepasten was voornamelijk gericht op het veranderen van belemmerende leefregels, zoals hiervoor besproken, en de behandeling vond plaats in groepsverband.

#### Nieuwe ontwikkelingen: de rol van rumineren

De laatste jaren is de aandacht binnen de cognitieve therapie enigszins verschoven van de inhoud naar het proces van het denken. Dus niet zozeer het *wat* van het denken, maar het *hoe*. Een van de processen die hierbij centraal staan, is het zogenaamde rumineren. Met rumineren wordt bedoeld dat je blijft malen over je depressie, bijvoorbeeld over de klachten, de oorzaken, de betekenis of de gevolgen ervan. Je gedachten blijven in kringetjes ronddraaien. Rumineren hangt samen met zowel het ontstaan, de ernst als de duur van een depressie. Ook blijkt dat rumineren bij mensen met een depressie leidt tot het hebben van algemene in plaats van specifieke herinneringen (Watkins & Teasdale, 2004), het minder effectief aanpakken van problemen

'WIDER THAN THE SKY, DEEPER THAN THE SEA'

(Watkins & Baracaia, 2002) en een groter geloof in negatieve beweringen over jezelf, zoals 'ik kan niets' of 'ik ben niets waard' (Rimes & Watkins, 2005). Het spreekt vanzelf dat al deze dingen een depressie verergeren.

In deze onderzoeken liet Watkins zijn patiënten echter op twee verschillende manieren over zichzelf denken. Bij de ene manier lag de nadruk op het 'waarom' en liet hij mensen nadenken over vragen als 'Waarom voel ik me zo?' of 'Waarom pak ik het zo aan?' Dit leidde ertoe dat de patiënten de situatie probeerden te analyseren, of te vergelijken met andere situaties. Bij de andere manier lag de nadruk op het 'hoe' en liet hij mensen nadenken over vragen als 'Hoe voel ik me op dit moment?' Dit leidde ertoe dat mensen stilstonden bij het moment zelf – Watkins noemt dit de experiëntiële manier. Alle negatieve effecten van rumineren blijken samen te hangen met de eerste, analyserende manier, en niet met de tweede, experiëntiële manier. In zijn nieuwe behandelmethode voor rumineren, probeert Watkins zijn patiënten dan ook bewust te maken van dit 'waarom'-denken en het te vervangen door het richten van de aandacht op de ervaring in het hier en nu. En dat brengt ons bij een tweede interessante ontwikkeling in de cognitieve therapie, de aandachtgerichte cognitieve therapie.

719

### Aandachtgerichte cognitieve therapie

De Engelse term voor aandachtgerichte cognitieve therapie is *mindfulness based cognitive therapy*. Met *mindfulness* wordt bedoeld de *non-judgmental awareness of the present moment* (Kabat-Zinn, 1990). Het met je aandacht aanwezig zijn in het hier en nu, zonder meteen allerlei opvattingen te hebben over hoe je je voelt of over de gedachten die door je hoofd gaan. *Mindfulness* is een boedhistische meditatietechniek die al eeuwen lang wordt toegepast. Jon Kabat-Zinn is in de jaren tachtig begonnen haar toe te passen bij mensen met chronische lichamelijke klachten of angstklachten (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn e.a., 1985; 1992). Zindel Segal, Mark Williams en John Teasdale pasten deze behandeling aan voor depressieve patiënten. Uit twee onafhankelijke onderzoeken (Teasdale e.a., 2000; Ma & Teasdale, 2004) blijkt dat aandachtgerichte cognitieve therapie terugval kan voorkomen bij mensen die in het verleden al meerdere keren een depressie hebben gehad. Uit een recent onderzoek bleek dat aandachtgerichte cognitieve therapie vooral helpt tegen rumineren (Ramel e.a., 2004). Ook Lewis (2002, p. 59) vertelt in haar boek over haar ervaringen met *mindfulness* en het achterwege laten van waardeoordelen:

- Cognitive therapists focus on getting patients to see the glass as half-full rather than half empty. Being positive has become rather a fetish.
- A more radical tactic would be to abolish the need for evaluation at all
- and just accept the glass as it is, whether it be cracked or brimming.

SPECKENS

## De beste dokters

Ik weet nog goed hoe ik in dit vak begon, als pas afgestudeerd arts. Ik werd als Agnio psychiatrie in consult geroepen bij een patiënt met nachtelijke onrust op de *intensive care*. Of we iets kalmerends voor hem konden voorschrijven dat zijn ademhaling niet al te nadelig zou beïnvloeden? In plaats van een delier te hebben, wat ik had aangenomen, bleek hij bang om te gaan slapen. Omdat hij vreesde dat hij niet meer wakker zou worden. Ik weet nog hoe ik naast hem zat, en niet wist hoe ik hierop moest reageren. En dus terugviel in de uitgesleten sporen van de instrumentele geneeskunde en hem iets kalmerends voorschreef dat zijn ademhaling niet al te nadelig zou beïnvloeden. Die nacht overleed hij. Dit voorval is me altijd bijgebleven, omdat ik het gevoel had dat ik hem tekort gedaan had. Ik was er in deze laatste uren van zijn leven niet voor hem geweest. Wij, als werkers in de gezondheidszorg, hadden meer aandacht gehad voor de motorische onrust, het zuurstofgehalte van het bloed en de monitor, dan voor de mens die eronder lag. Terwijl dit misschien wel het meest wezenlijke onderdeel is van de geneeskunde: om er als mens voor een ander mens te zijn.

Er zijn tegenwoordig nogal wat psychiaters die menen te moeten getuigen van het feit dat psychiaters ook medisch specialisten zijn. Dat hun vak zich beweegt op het gebied van de ‘harde’ wetenschap: de genen, neurotransmitters, receptoren, geactiveerde hersengebieden. Alsof de psychiatrie dan pas wat voorstelt, alsof de psychiatrie dan pas een medisch vak is. Zij vergeten hierbij dat de beste dokters diegenen zijn die naast hun kennis en vaardigheden de kunst verstaan om er als mens voor hun patiënten te zijn. Om naar hen te luisteren, hen te accepteren, respect voor hen te hebben en met hen mee te leven. En dat zou toch eigenlijk iets zijn waarin wij als psychiaters een voorbeeld zouden moeten zijn voor onze somatische collega's.

Misschien is het meest wezenlijke van ons vak wel niet zo ver weg als de *sky* van Emily Dickinson, en niet zo diep als de DNA-sequenties in onze chromosomen. Maar zo dichtbij als deze woorden uit Deuteronomium (naar de Nieuwe Bijbelvertaling, 2005) ons voorhouden:

- De woorden die ik u vandaag heb gegeven, zijn niet te zwaar voor u en
- liggen niet buiten uw bereik. Ze zijn niet in de hemel, dus u hoeft niet
- te zeggen: ‘Wie stijgt voor ons op naar de hemel om ze daar te halen en
- ze ons bekend te maken, zodat wij ernaar kunnen handelen?’ Ook zijn
- ze niet aan de overkant van de zee, dus u hoeft niet te zeggen: ‘Wie
- steekt de zee voor ons over om ze daar te halen en ze ons bekend te
- maken, zodat wij ernaar kunnen handelen?’ Nee, die woorden zijn heel
- dichtbij, u kunt ze in u opnemen en ze u eigen maken; u kunt ze
- volbrengen. (Deuteronomium 30: 11-14)

## 'WIDER THAN THE SKY, DEEPER THAN THE SEA'

**Noot**

- \* Licht aangepaste samenvatting van de rede, uitgesproken door op 21 april 2006 bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Psychiatrie, in het bijzonder stemmings- en angststoornissen aan het umc St Radboud te Nijmegen.

**Literatuur**

- Abkevich, V., N.J. Camp, C.H. Hensel, C.D. Neff, C.D. & A Russell (2003). Predisposition locus for major depression at chromosome 12q22-12123.2. *American Journal of Human Genetics*, 73, 1271-1281.
- Angell, M. (2004). *The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it*. New York: Random House.
- Beck, A.T., A.J. Rush & B.F. Shaw (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Bockting, C.L.H., A.H. Schene, Ph. Spinhoven, M.W.J. Koeter, L.R. Wouters e.a. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 647-657.
- Caspi, A., K. Sugden, T.E. Moffitt, A. Taylor, I.W. Craig e.a. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.
- DeRubeis, R.J., S.D. Hollon, J.D. Amsterdam, R.C. Shelton, P.R. Young e.a. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- Dickinson, E. (2005). *Gedichten I*. Amsterdam: Van Oorschot.
- Goldapple, K., Z. Segal, C. Jawson, M. Lau, P. Bieling e.a. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 61, 34-41.
- Hoefgen, B., T.G. Schulze, S. Ohlraun, O. von Widdern, S. Hofels e.a. (2005). The power of sample size and homogenous sampling: Association between the 5-HTTLPR serotonin transporter polymorphism and major depressive disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 247-251.
- Hollingshurst, S., D. Kessler, T.J. Peters & D. Gunnell (2005). Opportunity cost of antidepressant prescribing in England: analysis of routine data. *British Medical Journal*, 330, 999-1000.
- Hollon, S.D., R.J. DeRubeis, R.C. Shelton, J.D. Amsterdam, R.M. Salomon e.a. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Holmans, P., G.S. Zubenko, R.R. Crowe, R. DePaulo, W.A. Scheftner e.a. (2004). Genomewide significant linkage to recurrent, early-onset major depressive disorder on chromosome 15q. *American Journal of Human Genetics*, 74, 1154-1167.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J., L. Lipworth & R. Burney (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kabat-Zinn, J., A.O. Massion, J. Kristeller, L.G.

## SPECKENS

- Peterson, K.E. Fletcher e.a. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kennedy, S.H., K.R. Evans, S. Kruger, H.S. Mayberg e.a. (2001). Changes in regional brain glucose metabolism measured with positron emission tomography after paroxetine treatment of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 899-905.
- Levinson, D.F. (2006). The genetics of depression: a review. *Biological Psychiatry*, 60, 84-92.
- Lewis, G. (2002). *Sunbathing in the rain: a cheerful book about depression*. London: Flamingo.
- Ma, H.S., & J.D. Teasdale (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: relication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Mayberg, H.S. (2003). Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression: towards development of brain-based algorithms for diagnosis and optimised treatment. *British Medical Bulletin*, 65, 193-207.
- McGuffin, P., J. Knight, G. Breen, S. Brewster, P.R. Boyd e.a. (2005). Whole genome linkage scan of recurrent depressive disorder from the depression network study. *Human Molecular Genetics*, 15, 3337-3345.
- Nivel (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: Nivel.
- Rajkowska, G. (2003). Depression: what we can learn from postmortem studies. *Neuroscientist*, 9, 273-284.
- Ramel, W., P.R. Golding, P.E. Carmona & J.R. McQuaid (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 433-455.
- Rimes, K.A., & E. Watkins (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1673-1681.
- Segal, Z.V., J.M.G. Williams & J.D. Teasdale (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depressions: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Starkstein, S.E., & R.G. Robinson (1993). *Depression in neurologic diseases*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sullivan, P.F., M.C. Neale, & K.S. Kendler (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1552-1562.
- Teasdale, J.D., Z.V. Segal, J.M.G. Williams, V.A. Rigdeway, J.M. Soulsby e.a. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Watkins, E., & S. Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1179-1189.
- Watkins, E., & J.D. Teasdale (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.
- Zammit, S., & M.J. Owen (2006). Stressful life events, 5-HTT genotype and risk of depression. *British Journal of Psychiatry*, 188, 199-201.
- Zubenko, G.S., B. Maher, H.B. Hughes III, W.N. Zubenko, J.S. Stiffler e.a. (2003). Genome-wide linkage survey for genetic loci that influence the development of depressive

‘WIDER THAN THE SKY, DEEPER THAN THE SEA’

disorders in families with recurrent, early-onset, major depression. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 123B, 1-18.

**Summary**

723

Speckens, A.E.M. ‘“Wider than the sky, deeper than the sea”. About the significance of cognitive processes in depression’

► This article is a concised version of the inaugural lecture of Professor Anne Speckens, which was held at 21st of April 2006 at the Radboud University Nijmegen. Despite important progress in both genetic and neuro-imaging research of depression, this has not yet had any impact on its treatment. Although cognitive behavioural therapy (CBT) and pharmacological treatment of depression have similar effects, the majority of the patients with depression are treated with medication. Possible explanations for this discrepancy are given, such as the lobby of the pharmaceutical industry and the shortage of qualified CBT therapists. Recent developments in CBT for depression, such as rumination focused CBT and mindfulness-based cognitive therapy are discussed.

**Personalia**

Dr A.E.M. Speckens (1965) is hoogleraar Psychiatrie, in het bijzonder stemmings- en angststoornissen, aan het UMC St Radboud te Nijmegen.

Adres: a.speckens@psy.umcn.nl