

Voorkomen van recidief bij depressie: Fava's cognitieve psychotherapie gericht op welzijn

C. DE VIN, G. PIETERS

SAMENVATTING Medicamenteuze behandelstrategieën gelden als standaard bij het voorkomen van recidief bij depressie. Na een geslaagde medicamenteuze behandeling kan psychotherapie gericht op restsymptomen en het versterken van het gevoel van welzijn bijkomend voordeel bieden. In deze bijdrage wordt een variant beschreven van cognitieve psychotherapie gericht op welzijn, ontwikkeld door Fava als onderdeel van een sequentiële therapie. De resultaten lijken veelbelovend, maar verder onderzoek is noodzakelijk.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)5, 319-323]

TREFWOORDEN depressie, recidief, sequentiële therapie, terugval, welzijnstherapie

Depressie is een veelvoorkomende aandoening en is vaak langdurig en recidiverend. Minder dan 20% van de patiënten vertoont slechts 1 depressieve episode, het gemiddelde aantal recidieven in 1 leven bedraagt 5 tot 6 (Hirschfeld 1994). Tussen 2 episodes is er doorgaans slechts partiële remissie – de patiënt voldoet niet langer aan de criteria van een depressieve episode – in plaats van herstel. Pas een zestal maanden na volledige remissie is sprake van herstel. Een terugval is het heroptreden van symptomen tijdens remissie; recidief daarentegen is een nieuwe depressieve episode na herstel (Frank e.a. 1991).

Partiële remissie gaat vaak gepaard met restsymptomen na medicamenteuze of psychotherapeutische behandeling. Deze symptomen zijn sociale en interpersoonlijke onaangepastheid, angst en prikkelbaarheid. Restsymptomen worden in verband gebracht met een ongunstige prognose op lange termijn omdat ze fungeren als prodromen van recidief. Dit is een illustratie van het 'roll-back phenomenon': bij behandeling verdwijnen de symptomen in omgekeerde volgorde van verschijnen (Fava & Mangelli 2001).

Langdurige farmacologische strategieën – ongeveer negen maanden bij een eerste episode, bij recidiverende depressie drie jaar tot levenslang – zijn effectief in het voorkomen van recidief en terugval (Kupfer 1993) en wetenschappelijk het best onderbouwd. Bij 30 tot 45% van de patiënten wordt men echter geconfronteerd met therapieresistentie (Dierick e.a. 2003). Alternatieve behandelstrategieën zijn daarom waardevol. De afgelopen twee decennia ging veel aandacht uit naar de combinatie van psychotherapie en farmacotherapie. In combinatie met psychotherapie wordt een medicamenteuze behandeling beter aanvaard, is het uitvalspercentage minder hoog en de therapietrouw beter en zou de werkzaamheid groter zijn (De Jonghe e.a. 2002).

Varianten van cognitieve gedragstherapie gericht op restsymptomen zouden het meest effectief zijn, omwille van het verband tussen restsymptomen en recidief (Segal e.a. 2002). In dit artikel wordt Fava's welzijnstherapie beschreven, als specifieke vorm van cognitieve gedragstherapie gericht op restsymptomen.

WELZIJNSTHERAPIE

Na behandeling van een depressie ontbreekt vaak het subjectieve gevoel van welzijn, wat een kwetsbaarheid voor recidief inhoudt (Fava 1999). Vanuit dit perspectief ontwikkelde Fava 'welzijns-therapie' (*well-being therapy*) binnen een sequentiële behandeling. Vooraf dient de patiënt gedurende minimaal drie maanden een succesvolle medicamenteuze behandeling te hebben gekregen, waarbij de depressieve stemming is opgeklaard. De farmacologische behandeling wordt daarna aangehouden of gradueel afgebouwd (Fava e.a. 2003).

Welzijns therapie is een kortdurende psychotherapie, gebaseerd op het multidimensionale cognitieve model van psychologisch welzijn van Ryff (Ryff 1989), die het gevoel van welzijn moet versterken. Deze therapie is gestructureerd, probleemgericht en psycho-educatief, met de klemtoon op zelfobservatie aan de hand van een gestructureerd dagboek en de interactie tussen patiënt en therapeut. De psychotherapeutische

interventie omhelst een tiental sessies van dertig tot vijftig minuten, die om de week plaatsvinden.

De *beginfase* is gericht op het identificeren van episodes van welzijn. Aan de patiënt wordt gevraagd de omstandigheden van deze episodes te registreren in een gestructureerd dagboek op een schaal van 0 tot 100. Vervolgens wordt hij aangemoedigd om (automatische) gedachten en overtuigingen te identificeren die leiden tot het voortijdig afbreken van welzijn. Deze *intermediaire fase* is belangrijk, omdat de therapeut hierdoor kan achterhalen welke domeinen van het psychologisch welzijn worden beïnvloed door irrationele of automatische gedachten. De therapeut stelt deze gedachten ter discussie en kan activiteiten die het gevoel van welzijn bewerkstelligen, versterken en aanmoedigen. De focus van deze fase blijft evenwel gericht op zelfobservatie van episodes van welzijn.

Het beschrijven van het verloop van deze episodes stelt de therapeut in staat specifieke tekortkomingen in welzijnsdimensies vast te stellen. Dit gebeurt in de *eindfase*. De dimensies in psycholo-

TABEL 1 Zes dimensies van psychologisch welzijn*

Controle over de omgeving	De patiënt lijkt een soort filter te hebben die elke positieve prestatie ontkracht ('ik heb geluk gehad') en elk negatief resultaat versterkt, al was dit te verwachten ('zie je wel dat ik niets waard ben'). Dit gevoel van gebrek aan controle leidt ertoe dat de patiënt kansen aan zich laat voorbijgaan.
Persoonlijke ontwikkeling	De patiënt legt vaak meer nadruk op hoe ver hij van zijn doel verwijderd is, dan op zijn vooruitgang en heeft daardoor het gevoel dat hij stagneert. Een fundamenteel probleem is het onvermogen om gelijkenissen te ontdekken tussen succesvolle situaties in het verleden en in de toekomst, zoals wanneer een student niet in staat is de gemeenschappelijke aspecten in te zien van examens die met succes zijn afgelegd en examens die nog volgen.
Levensdoel	De patiënt kan de zin van het leven onderschatten wanneer hij geen doel voor ogen heeft, zijn leven betekenisloos vindt en geen toekomstperspectief heeft. Dit is meestal het geval wanneer het gevoel van controle over de omgeving en persoonlijke ontwikkeling problematisch zijn.
Autonomie	Een gevoel van weinig eigenwaarde leidt tot onassertief gedrag, zoals bij de patiënt die zich meegaand opstelt om anderen plezier te doen, wat leidt tot chronische frustratie en ontevredenheid. Dit ondermijnt niet alleen het gevoel van controle over de omgeving, maar ook het zin geven aan het leven en de autonomie.
Zelfaanvaarding	De patiënt hanteert vaak onrealistische eisen en verwachtingen, gedreven door perfectionisme. Het is een weerspiegeling van een gebrek aan zelfaanvaarding. Momenten van welzijn worden zo geneutraliseerd door een chronische ontevredenheid met zichzelf. Een patiënt met een sociale fobie streeft bijvoorbeeld vaak uitmuntende sociale prestaties na, in plaats van gemiddelde prestaties die hem niet in het middelpunt van de belangstelling zouden plaatsen.
Positieve relaties met anderen	Relaties kunnen worden beïnvloed door disfunctionele overtuigingen waarvan de patiënt zich niet altijd bewust is. Een pasgehuwde vrouw kan onrealistische verwachtingen van het huwelijk koesteren, waardoor zij regelmatig teleurgesteld wordt. Daarnaast kan de overtuiging dat anderen je niet de moeite waard vinden, positieve relaties met anderen ondermijnen.

* volgens Fava e.a. 1999

gisch welzijn worden geleidelijk geïntroduceerd, al naar gelang het materiaal zich ertoe leent. Denkfouten en alternatieve interpretaties worden besproken. De therapeut moet de patiënt via zes dimensies van psychologisch welzijn van een verstoord naar een optimaal niveau leiden (Fava 1999): controle over de omgeving; persoonlijke ontwikkeling; levensdoel; autonomie; zelfaanvaarding; positieve relaties met anderen (zie tabel 1)

Een bijkomende doelstelling van de therapie is de patiënt bewust te maken van chronische, subtiele stressfactoren die na verloop van tijd nadelige gevolgen hebben (excessieve werkbelasting, noodzaak van recuperatie voor lange werkdagen, grenzen stellen, slaapgewoonten). Een dergelijke bewustwording en de toepassing ervan op de levensstijl kan in elke fase van psychotherapie beoogd worden, maar in het bijzonder bij welzijns therapie. Ook in dit verband krijgt de patiënt dagboekinstructies (Fava 1999).

ONDERZOEK

In een onderzoek over recidiverende depressie (≥ 3 depressieve episodes) werd het effect nagegaan van een aangepaste vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT) op restsymptomen na farmacotherapie. De diagnostiek gebeurde aan de hand van de *Research Diagnostic Criteria for a Selected Group of Functional Disorders*. De ernst van de symptomen wordt omschreven als 'a minimum global severity score of 7 for the current episode of depression'. Duur en klinisch beeld worden niet in detail besproken. Het therapiepakket bestond uit CGT gericht op restsymptomen, levensstijlaanpassing en enkele sessies welzijnstherapie (Fava e.a. 1998b). Veertig patiënten kregen na een succesvolle behandeling met antidepressiva – de volledige dosis gedurende 3 tot 5 maanden, met nadien een graduele, volledige afbouw van het antidepressivum – gedurende 20 weken willekeurig aangepaste CGT of *clinical management*. De groep die aangepaste CGT gekregen had, bleek na stopzetten van de medicamenteuze behandeling een significant lager niveau van restsymptomen te vertonen en kende na 2 jaar

follow-up een veel lagere terugvalratio (25%) dan de *clinical-management*groep (80%). Het preventieve effect zou rechtstreeks in verband staan met het bestrijden van restsymptomen en/of de toename van coping-vaardigheden en het gevoel van welzijn.

In een onderzoek bij twintig patiënten met affectieve stoornissen (depressie en angststoornissen) vormde welzijnstherapie of CGT voor restsymptomen de tweede fase van een sequentiële therapie. Bij beide therapievormen zag men een significante vermindering van de restsymptomen (volgens het *Clinical Interview for Depression*), maar er was een significant voordeel met welzijnstherapie ten opzichte van CGT (Fava e.a. 1998a).

Een derde onderzoek bij tien patiënten onderzocht het effect van de combinatie welzijnstherapie/CGT als alternatief voor een dosisverhoging van het antidepressivum bij het optreden van een terugval tijdens behandeling met antidepressiva (Fava e.a. 2002). De resultaten suggereren de werkzaamheid van de combinatie welzijnstherapie/CGT, maar uiteraard is grootschaliger onderzoek noodzakelijk.

CONCLUSIE

Het therapieprogramma van Fava, met incorporatie van welzijnstherapie, lijkt veelbelovend. Het is kortdurend, betrekkelijk eenvoudig toe te passen door cognitieve gedragstherapeuten zonder intensieve bijkomende vorming, het lijkt op basis van de beschikbare onderzoeksresultaten effectief in de preventie van recidief en is aanvaardbaar voor de patiënt.

Maar er zijn enkele kanttekeningen bij te maken. Voor een gefundeerde uitspraak over deze therapievorm is te weinig onderzoek voorhanden. De patiëntengroepen zijn te klein en/of heterogeen. Daarnaast maakt welzijnstherapie in twee onderzoeken deel uit van een therapiepakket en vormt geen therapie op zich. Er is geen onderhoudsmedicatiegroep ter vergelijking en de antidepressiva worden voortijdig afgebouwd. Of Fava's resultaten therapiespecifiek zijn, is niet zeker.

De vergelijking met andere therapievormen dringt zich op, met name de *mindfulness-based cognitieve therapie* (Teasdale e.a. 2000), die evenwel een specifieke opleiding vereist, en interpersoonlijke therapie (Klerman e.a. 1984), een kortdurende, individuele en gestructureerde psychotherapie met klemtoon op het relationele aspect.

Het is echter Fava's verdienste dat hij de verschillende aspecten van welzijn met het oog op volledig herstel na depressie systematisch benadert.

LITERATUUR

- Dierick, M., D'haenen, H., & Pitchot, W. (2003). Stemmingstoornissen. In M. Dierick, M. Ansseau, H. D'haenen e.a. (Red.), *Handboek Psychofarmacotherapie* (pp. 163-236). Gent: Academia Press..
- Fava, G.A. (1999). Well-being therapy: conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 171-179.
- Fava, G.A., & Mangelli, L. (2001). Assessment of subclinical symptoms and psychological well-being in depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(Suppl. 2), 1147-1152.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., e.a. (1998a). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, 28, 475-480.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., e.a. (1998b). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 55, 816-820.
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., e.a. (2002). Cognitive behavior approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2094-2095.
- Fava, G.A., Ruini, C., & Sonino, N. (2003). Management of recurrent depression in primary care. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 3-9.
- Frank, E., Prien, R.F., Jarrett, R.B., e.a. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48, 851-855.
- Hirschfeld, R.M. (1994). Guidelines for the long-term treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(Suppl.), 61-69.
- Jonghe, F. de, Dekker, J., Kool, S., e.a. (2002). Psychotherapie en/of antidepressiva bij depressie: een gerandomiseerd onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 237-248.
- Klerman, G., Weissman, M.M., Rounsaville, B., e.a. (1984). *Interpersonal*

Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books.

- Kupfer, D.J. (1993). Management of recurrent depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(Suppl.), 29-33.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1069-1081.
- Segal, Z., Vincent, P., & Levitt, A. (2002). Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 27, 281-290.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., e.a. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.

AUTEURS

C. DE VIN is arts-assistent in opleiding tot psychiater, en momenteel verbonden aan het Universitair Centrum St.-Jozef in Kortenberg.

G. PIETERS is psychiater en werkzaam als diensthoofd gedragstherapie in het Universitair Centrum St.-Jozef in Kortenberg.

Correspondentieadres: dr. G. Pieters, UC St.-Jozef, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-11-2004.

SUMMARY

Prevention of relapse in depression: Fava's well-being therapy – C. de Vin, G. Pieters – Long-term medication is regarded as the standard procedure for preventing relapse and recurrence in depression. If pharmacological treatment has proved successful, then some additional benefit can be provided by psychotherapy that is aimed at alleviating residual symptoms and increasing a feeling of well-being. In this article we describe well-being therapy as developed by Fava as part of sequential treatment. The results are promising, but further investigation is needed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)5, 319-323]

KEY WORDS depressive disorder, recurrence, relapse, sequential treatment, well-being therapy