

Interpersoonlijke psychotherapie voor depressie

Een pilot-onderzoek

door M.B.J. Blom, E. Hoencamp en T. Zwaan

Gepubliceerd in 1996, no. 4

Samenvatting

In een pilot-onderzoek is gekeken naar de effectiviteit van interpersoonlijke psychotherapie voor de behandeling van depressie. Tien patiënten werden behandeld met deze geprotocolleerde psychotherapie gedurende twaalf sessies. Effectmaten waren de Hamilton Rating Scale voor Depressie, de SCL-90 en de CGI. Zeven van de tien patiënten vertoonden een verbetering, van wie vier een daling van de score op de HRSD van meer dan 50%. De uitslag van dit onderzoek bevestigt de gunstige resultaten die met deze psychotherapievorm in de Verenigde Staten zijn behaald en geeft aanleiding tot een vervolgonderzoek.

Inleiding

Interpersoonlijke psychotherapie voor depressie (IPT) is een in de tijd beperkte, geprotocolleerde psychotherapie voor depressieve patiënten. Zij werd in de VS ontwikkeld door Klerman e.a. (1984), met als oorspronkelijk doel vergelijkend onderzoek met psychofarmaca mogelijk te maken. In verschillende onderzoeken is de effectiviteit van IPT in de behandeling van acute depressieve stoornissen aangetoond (Elkin e.a. 1989; Frank 1991; Weissman e.a. 1979; Klerman e.a. 1993; Weissman en Markowitz 1994). Daarnaast is ze mogelijk effectief in de behandeling van dysthymie (Markowitz 1994), als onderhoudsbehandeling bij recidiverende depressies (Frank e.a. 1991) en bij adolescenten met een depressie (Mufson e.a. 1993). Tevens komt naar voren dat hoe meer de therapeut zich houdt aan de richtlijnen van het protocol, hoe beter het resultaat over langere termijn is (Rounsaville e.a. 1988).

IPT hanteert een 'medisch' model waarin de patiënt nadrukkelijk de ziekenrol krijgt. Met de patiënt wordt nagegaan welke recente problemen of rolveranderingen bijgedragen zouden kunnen hebben aan het ontstaan van de depressie. De behandeling met IPT omvat drie fasen. De eerste fase, die uit twee of drie zittingen bestaat, is vooral bedoeld voor diagnostiek en uitleg over het ziektebeeld. In deze eerste fase worden de problemen herleid tot een van de volgende vier probleemgebieden die als focus zullen dienen voor de verdere behandeling:

rouw: optredend na het verlies van een belangrijke persoon;

rolverandering: fundamentele veranderingen in het leven, zoals ouder worden, verandering van baan;

interpersoonlijke conflicten: conflicten die men beleeft in relatie met andere, op dat moment belangrijke personen;

interpersoonlijke tekorten: tekorten die iemand heeft in zijn sociale en emotionele mogelijkheden.

De tweede, intermediaire, fase wordt gebruikt om n van de vier genoemde probleemgebieden door te werken. In de zittingen worden alleen actuele problemen aan de orde gesteld. Mocht na de focale therapie blijken dat er een langerdurende (persoonsgerichte) therapie geïndiceerd is, dan kan hiertoe alsnog besloten worden (Hoogduin e.a. 1992).

In de derde en laatste fase wordt de beëindiging besproken en de evaluatie verricht.

De therapeut neemt een actieve, niet-neutrale, steunende en hoopbevorderende houding aan (Weissman en Markowitz 1994). Duidingen van overdrachtsverschijnselen in de therapeutische relatie moeten beperkt blijven en alleen daar worden genoemd waar ze werkelijk blokkerend werken. Hoewel de hier-en-nu-situatie het aandachtsterrein is, is het wel mogelijk om patronen te benoemen die duidelijk herkenbaar zijn uit de vroegkinderlijke ontwikkeling. Het is echter nadrukkelijk niet de bedoeling om deze diepgaand uit te werken, of op een andere wijze tot focus van therapie te laten worden. Hoewel structurering in de therapie van belang is, moet dit er niet toe leiden dat de behandelaar adviezen of huiswerkopdrachten gaat geven.

Gezien de gunstige resultaten in de Amerikaanse literatuur is in 1990 een pilot-studie op de polikliniek begonnen om de toepasbaarheid in Nederland te onderzoeken. Een van de auteurs (E.H.) volgde hiervoor een training op de 'Bloomingtondale' kliniek bij G. Klerman.

Methode

Het betrof een prospectieve pilot-studie van twaalf weken IPT bij poliklinische depressieve patiënten tussen de 18 en de 65 jaar met een score van 12 op de 17-itemversie van de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD; Hamilton 1960; Beck e.a. 1986). Patiënten moesten conform de DSM-III-R (APA 1987) een depressie in engere zin of een dysthymie hebben. Contra-indicaties waren alcohol- en drugsmisbruik, organisch psychosyndroom en/of gebruik van psychoactieve medicatie anders dan lorazepam tot maximaal 6 mg dd. of temazepam tot 10 mg dd.

Voor de uitkomstmaten werd gebruik gemaakt van de HRSD 17- itemversie, de SCL-90 zelfbeoordelingsschaal (depressie-subschaal) (Derogatis e.a. 1973; Arrindell en Ettema 1986) en de Clinical Global Impression (CGI; Guy 1976) (1 = geen depressie, 7 = extreem depressief). De HRSD werd vooraf, na zes weken en na twaalf weken door een onafhankelijke beoordelaar afgenomen. De SCL-90 werd door de patiënt op dezelfde momenten ingevuld. De CGI werd na elke zitting ingevuld door de behandelaar.

Uitkomsten

Acht vrouwen en twee mannen (30-50 jaar), met de diagnose depressie in engere zin (8/10) en dysthymie (2/10), met een gemiddelde ziekteduur van twee maanden (2-120 maanden) en een gemiddelde HRSD- score van 16.9 (12-26), deden aan het onderzoek mee. Na zes weken was de HRSD-score gemiddeld 14.4 (9-23) en na twaalf weken 11.7 (2-19).

De SCL-90 depressie-subschaalscore was vooraf (3 missing) gemiddeld 46.5 (30-52), na zes weken 37.3 (27-45) en na twaalf weken 29.6 (22-47). De CGI-score respectievelijk 4.1 (3-5), 2.9 (2-5) en 1.5 (1-3). Drie van de tien patiënten verslechterden, vier vertoonden een daling van 50% of meer op de HRSD en bij drie patiënten zagen we een verbetering van respectievelijk 40, 48 en 27%.

Conclusie

IPT bleek bij poliklinische depressieve patiënten een goed bruikbare behandeling, zowel acceptabel voor de patiënt als de therapeut. Dit onderzoek laat niet toe een uitspraak te doen over de effectiviteit van IPT. Wel vallen een paar punten op. Ten eerste is er de eerste zes weken weinig verbetering te constateren (zoals gemeten met de HRSD en de CGI). Indien er herstel optreedt, dan is dat in bijna alle gevallen in de tweede helft van de therapie. De twee patiënten met een dysthyme stoornis vertoonden geen verbetering met IPT, wat te wijten zou kunnen zijn aan de lange periode van ziekte. Markowitz (1994) geeft echter aan dat IPT mogelijk ook een gunstig effect kan hebben bij dysthyme stoornissen, waarvoor een aangepast protocol in voorbereiding is.

Vier van de tien patiënten hadden een daling groter dan 50%, gemeten met de HRSD, drie patiënten verslechterden en drie vertoonden een partiële respons (van wie één patiënt een daling van 48%). Het kleine aantal patiënten en het ontbreken van een controlegroep zijn duidelijke kritiepunten voor het onderzoek. Het prospectieve karakter en de onafhankelijke beoordeling van de HRSD zijn pluspunten van dit pilot- onderzoek. Daarnaast valt op dat de HRSD en het oordeel van de patiënt (gemeten met de SCL-90) nauw met elkaar correleren. Het oordeel van de therapeut is over het algemeen meer positief. Een nu nog lopend, groter onderzoek met dertig patiënten geeft dezelfde (positieve) lijn aan. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat de patiëntenpopulatie op de polikliniek een negatieve selectie patiënten omvat, die veelal eerder zonder succes is behandeld. Deze resultaten geven naar onze mening wel een aanwijzing dat IPT, ook in Nederland, een veelbelovende psychotherapeutische behandeling is voor ambulante depressieve patiënten en een groter gecontroleerd onderzoek rechtvaardigt.

Literatuur

American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

, 3rd revised edition. Washington, author.

Arrindel, W.A., en J.H.M. Ettema (1981), Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Checklist (SCL-90). *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 36, 77-108.

Beck, P., M. Kastrup en O.J. Rafaelsen (1986), Minicompendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM- III syndromes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 23-28.

Derogatis, L.R., R.S. Lipman en L. Covi (1973), The SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 19, 13-28.

Elkin, L., T. Shea en J.T. Watkins (1989), National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry*, 143, 971-982.

Frank, E. (1991), Interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment for patients with recurrent depression. *Psychotherapy*, 28, 259-266.

Guy, W. (1976), ECDEU, *Assessment manual for psychopharmacology*. US department of Health, Education and Welfare, Rockville, p. 217-222.

Hamilton, M. (1960), A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 12, 56-62.

Hoogduin, C.A.L., W. Boelens en E. Hoencamp (1992), Psychotherapie bij depressie. In: W.A. Nolen, *Behandelingsstrategieën bij depressie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, p. 28-39.

Klerman, G.L., M.M. Weissman, B.J. Rounsaville e.a. (1984), *Interpersonal psychotherapy for depression*. Basic Books, New York.

Klerman, G.L., en M.M. Weissman (1993), *New applications of interpersonal psychotherapy*. American Psychiatric Press Inc., Washington DC.

Markowitz, J. (1994), Psychotherapy of dysthymia. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1114-1121.

Mufson, L., D. Moreau, M.M. Weissman e.a. (1993), *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. The Guilford Press, New York.

Rounsaville, B.J., S.S. O'Malley, S.H. Foley e.a. (1988), The role of manual-guided training in the conduct and efficacy of interpersonal psychotherapy for depression. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 56, 681-688.

Weissman, M.M., en J. Markowitz (1994), Interpersonal psychotherapy: Current status. *Archives of General Psychiatry*, 51, 599-606.

Weissman, M.M., B.A. Prusoff, A. DiMascio e.a. (1979), The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *American Journal of Psychiatry*, 136, 4B, 555-558.

Summary: Interpersonal psychotherapy for depression;

a pilot study

This article describes a pilot study of interpersonal psychotherapy for depression. Ten depressed patients (as diagnosed by DSM-III-R criteria) were treated for twelve weeks. Outcome measures were the Hamilton Rating Scale for Depression, SCL-90 and CGI. Seven patients showed a good to moderate response after twelve weeks, four of which had a 50% or more on the HRSD. This outcome is a confirmation of the results with this form of psychotherapy obtained in the United States. A continuation of this kind of research is recommended.

De auteurs zijn respectievelijk psychiater (RIAGG Westhage, afdeling Sociale Psychiatrie, Den Haag), psychiater/A-opleider (psychiatrisch centrum Bloemendaal, Den Haag) en psychiater (Delta ziekenhuis, Poortugaal).

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-10-1995.