

Ingezonden

Reactie op 'De effectiviteit van cognitieve en interpersoonlijke therapie bij depressiebehandeling: een meta-analyse'

In het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 27-40, wordt een meta-analyse beschreven naar de effectiviteit van Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT) en Cognitieve Therapie (CT). Zoals de auteurs stellen, is het belangrijk om op basis van onderzoeksgegevens zorgprogramma's te ontwerpen.

Wij steunen de conclusies van de auteurs dat uit de literatuur voornog niet kan worden opgemaakt dat het beleid bij ouderen zou moeten afwijken van dat bij de groep tussen 18 en 65 jaar. Wij zijn het echter met de auteur oneens dat er weinig gegevens over de effectiviteit van CT en IPT bij ouderen beschikbaar zijn.

Indien men 'evidence-based' wil werken, dienen wel alle beschikbare gegevens beoordeeld te worden, aangezien men anders de suggestie wekt dat er geen gegevens aanwezig zijn. Het is daarom bevreemdend dat de aanwezige onderzoeksgegevens met betrekking tot de effectiviteit van beide therapievormen bij *ouderen* slechts zeer marginaal aan de orde komen.

Er zijn acht gecontroleerde onderzoeken verricht naar de effectiviteit van CT bij in totaal 300 ouderen met een depressie. Vier hiervan zijn verricht door de groep van Gallagher en Thompson (1982, 1984, 1987, 1994). Zij vergelijken cognitieve therapie (CT), gedragstherapie (GT) (en de combinatie hiervan) en focale psychodynamische therapie (PDT) bij in totaal ruim 200 patiënten ouder dan 60 jaar met een 'major depression'. Alle therapievormen blijken na 16-20 zittingen even effectief en effectiever dan een wachtlijst of aandachtscanditie. Het effect blijft alleen bij CT en GT gedurende een jaar behouden. Naast deze studies worden in een artikel van Koder (1996) nog vier gecontroleerde onderzoeken bij ouderen met een 'major depression' beschreven. Ook hierin is CT even effectief of effectiever dan focale psychodynamische

therapie. De effectiviteit bij ouderen is vergelijkbaar met die bij jongeren.

Het effect van IPT op de acute fase van depressie bij ouderen is inderdaad niet in gecontroleerd onderzoek aangetoond. Wel is de effectiviteit van onderhoudsbehandeling bij recidiefpreventie aangetoond in een van de grootste onderzoeken ooit verricht naar psychotherapie (bijna 200 patiënten geïncludeerd, persoonlijke mededeling Reynolds 1997). Bij patiënten met recidiverende depressies werden IPT en nortriptyline, IPT en placebo, 'medication clinic' en placebo en 'medication clinic' en nortriptyline met elkaar vergeleken. Na behandeling in de acute fase werden patiënten gerandomiseerd over een van de vier condities. Nortriptyline bleek het meest succesvol inzake recidiefpreventie, maar IPT en placebo bleek duidelijk meer succesvol dan 'medication clinic' en placebo (recidiefkans na 1 jaar resp. 20%, 50% en 80%) (Reynolds 1995).

Nadat Van Dantzig al uitgebreid de argumenten dat ouderen niet geschikt zijn voor psychotherapie heeft weerlegd (MGv 1993), vinden wij de suggestie van de auteurs dat er bij ouderen amper onderzoek naar psychotherapie is verricht, evenmin valide. Wij vragen ons af of de auteurs zich meer door 'bias' dan door 'evidence' hebben laten leiden. De evidence die bestaat over de effectiviteit en toepasbaarheid van psychotherapie bij ouderen moge ertoe leiden dat men bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd niet als vanzelfsprekend het recht op een volwaardige behandeling verliest.

Literatuur

- Koder, D.A., Brodaty, H., & Anstey, K.J. (1996), Cognitive therapy for depression in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 97-107.
- Reynolds III, C.F., Frank, E., Perel, J.M., e.a. (1995), Maintenance therapies for late-life recurrent major depression; research and review circa 1995. *International Psychogeriatrics*, 7, 27-39.
- Dantzig, A. van (1993), Psychotherapie bij ouderen. *MGv*, 48, 915-23.

R.J.C. de Weme, gerontopsychiater
R.M. Kok, gerontopsychiater

Antwoord aan De Weme en Kok

Volgens De Weme en Kok is door ons artikel de suggestie gewekt dat er geen gegevens over ouderen aanwezig zijn, omdat wij niet alle beschikbare gegevens beoordeeld zouden hebben, en daarmee niet 'evidence-based' werken. Het tegendeel is echter het geval: juist om onze conclusies te kunnen baseren op echte 'evidence' kozen wij ervoor om alleen de goed gerandomiseerde trials te selecteren.

De Weme en Kok noemen acht onderzoeken naar CT en één groot onderzoek naar IPT bij ouderen. Van de vier studies naar CT van Gallanger-Thompson gebruikten wij alleen de studies uit 1987 en 1994, omdat de andere twee niet aan onze inclusiecriteria voldeden. Van de vier andere CT-onderzoeken beschreven door Koder (1996) gebruikten wij er twee (Steur 1984; Beutler 1987); de studie van Jarvik (1982) was niet goed gerandomiseerd en de studie van Zerhusen (1992) vonden wij helaas niet. Wat betreft het onderzoek naar IPT bij ouderen gebruikten wij de studie van Reynolds e.a. naar onderhoudsbehandeling uit 1992. De andere ons destijds bekende artikelen van hen (1994 en 1995) betreffen open trials en kwamen dus niet in aanmerking. De belangwekkend lijkende recente gegevens (1997) van Reynolds e.a. waren ten tijde van ons onderzoek nog niet bekend.

De door ons geïncludeerde gerandomiseerde studies naar CT bij ouderen laten met betrekking tot de relatieve effectiviteit van CT een vergelijkbaar beeld zien met dat bij andere volwassen populaties. Daarbij moet overigens worden aangetekend dat bij ouderen voornamelijk lichtere depressies werden onderzocht. IPT-onderhoudsbehandeling gaf in de studie van Reynolds e.a. (1992) geen duidelijk effect te zien (bij overigens kleine groepen patiënten).

Hoewel we bij het zoeken naar literatuur volledigheid nastreefden, is ons dat helaas niet geheel gelukt. Zo vonden wij via onze searches (1994/1995) een studie van Wilson (1995) – die in de reactie van De Weme en Kok overigens niet genoemd wordt, maar wel in een kort signalement van De Weme (1997) – en de door Heeren e.a. (1997) genoemde studie van Van de Laet (1994) (nog) niet. Ook Koder e.a. (1996) noemen deze studies niet in hun door De Weme en Kok aangehaalde review. Dergelijke bevindingen pleiten er ons inziens voor om – bijvoorbeeld via een instelling als de Cochrane collaboration – internationaal samen te werken bij het maken van literatuuroverzichten. Met die samenwerking zou een optimaal volledig overzicht over de literatuur verkregen kunnen worden en overeenstemming over de ‘verwerkings’regels (o.a. inclusiecriteria) moeten ontstaan, evenals een manier om de gegevens te blijven actualiseren.

Wat betreft de weinige tekst die in ons artikel aan de specifieke doelgroep van De Weme en Kok is besteed, het volgende. Ons onderzoek richtte zich in de breedte op de effectiviteit van beide therapieën; daarnaast is ook gekeken naar de eventuele invloed van specifieke kenmerken. Zoals we in ons artikel reeds vermeldden, konden we binnen dat kader aan de meeste van de door ons bekeken kenmerken slechts een korte samenvatting van onze bevindingen wijden. Dit is dan ook geenszins een weerslag van het door ons aan het onderwerp toegekende belang – sterker nog, er zijn zelfs belangwekkende kenmerken als sekse of ras in het geheel niet nader onderzocht. Ook deze kunnen bezwaarlijk als onbelangrijk worden aangemerkt. We zouden het zeer

betreuren als onze beknopte tekst niet alleen bij De Weme en Kok, maar in brede kring tot het misverstand heeft geleid als zouden wij pensioengerechtigden geen vanzelfsprekend recht op volwaardige behandeling toekennen. Integendeel, het feit dat er een aanzienlijke groep oudere patiënten binnen ons zorgprogramma wordt behandeld, was juist reden om te kijken of we aanwijzingen vonden deze groep *afwijkend* voor behandeling te moeten indiceren. Zonder goed gefundeerde reden is zo'n afwijking ons inziens niet aan de orde en moet in beginsel dezelfde (volwaardige) behandeling worden toegepast. Juist de bij deze groep mogelijk storender bijwerkingen van medicamenteuze behandeling waren reden voor ons om alternatieve behandelingsmogelijkheden te evalueren.

Ten slotte willen we ingaan op de kwalificatie van de hoeveelheid studies. Een oordeel hierover is vanzelfsprekend relatief; wij vergeleken de hoeveelheid studies over ouderen (5) die onze toets der kritiek konden doorstaan, met de hoeveelheid voor volwassenen (40). Wij komen dan tot ons oordeel dat er weinig gegevens zijn, door De Weme en Kok vertaald als 'amper'. Ook de door De Weme en Kok aangehaalde Koder spreekt over een 'limited' aantal studies, waarbij tevens forse methodologische kanttekeningen gemaakt worden. Heeren e.a. beschrijven in dit tijdschrift (1997, 39, p. 155 en 157) eveneens een gering aantal gecontroleerde studies naar CT en IPT bij ouderen. Naar onze mening zou men ouderen juist tekortdoen door voor hen genoeg te nemen met behandeling op basis van beperkte 'evidence'.

E. Dorrepaal, Ch. van Nieuwenhuizen,
A. Schene, R. de Haan