

Chronische depressies in beeld

H. L. VAN

Er is terecht toenemende aandacht voor het feit dat depressies neigen tot een chronisch of recidiverend beloop en dat de resultaten van behandeling, zowel van medicatie (Kirsh e.a. 2008) als van psychotherapie (Cuijpers e.a. 2009), minder effectief zijn dan men eerder dacht of propageerde. Minder dan de helft van de behandelde patiënten bereikt remissie en bij een lange duur van de depressieve episode is dit nog minder. Het niet bereiken van remissie vormt voorts de belangrijkste risicofactor voor een chronisch beloop en een toekomstig recidief (Paykel 1998).

Hoe ontstond deze aanvankelijk te gunstige voorstelling van zaken bij de behandeling van depressie? Er zijn diverse factoren te noemen. Eén ervan is het fenomeen van publicatiebias in de wetenschap, wat heeft geleid tot een vertekend beeld van de werkelijkheid. Het houdt in dat positieve studies meer in wetenschappelijke tijdschriften terechtkomen dan studies waaruit weinig of geen effectiviteit blijkt. Voor antidepressiva is dit verschijnsel onomstotelijk aangetoond (Turner e.a. 2008), maar het is aannemelijk dat het ook voor psychotherapie een rol speelt (Cuijpers e.a. 2009). Daar komt bij dat patiënten die aan trials meedoen, slechts deels overeenkomen met patiënten zoals we die in de tweede lijn in Nederland zien. Veelal worden in trials de patiënten met de ernstigste en meest complexe vormen van depressie uitgesloten of vindt werving plaats via advertenties en niet via verwijzing.

Al met al is er daardoor een te optimistisch en ook te ongecompliceerd beeld van depressies ontstaan. Dat heeft gevolgen voor de financiering en voor de wijze waarop zorgprogramma's voor depressies zijn opgesteld. Er is veel nadruk komen

te liggen op korte, liefst eenvoudig uit te voeren interventies, terwijl die maar bij een relatief klein deel van de tweedelijns populatie effectief genoeg kunnen zijn.

De methode van *cognitive behavioral analysis system of psychotherapy* (CBASP) die Wiersma e.a. (2009) elders in dit nummer beschrijven, kunnen we zien als een antwoord hierop. CBASP is specifiek ontwikkeld voor moeilijke en therapieresistente vormen van chronische depressie. Deze methode kan een noodzakelijke aanvulling gaan vormen voor depressiezorgprogramma's en het is daarom nuttig van deze vorm van psychotherapie kennis te nemen.

CBASP in Nederland Ondanks de vermelding van CBASP in de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2005) en de beschikbare *evidence* (Keller e.a. 2000), kunnen patiënten deze behandeling vooralsnog niet krijgen, tenzij ze meedoen aan het onderzoeksproject dat in drie ggz-instellingen loopt (GGZ inGeest en Arkin in Amsterdam en Parnassia in Den Haag).

Op zichzelf is het goed dat men de werkzaamheid voor de Nederlandse situatie eerst onderzoekt alvorens tot een brede implementatie over te gaan. Het is echter ook opvallend. Andere psychotherapeutische behandelmethoden zoals op *mindfulness* gebaseerde cognitieve therapie (Williams e.a. 2007) of op mentalisatie gebaseerde therapie (Bateman & Fonagy 2004) hebben met een relatief beperkte bewijsvoering veel sneller een brede verspreiding gekregen. Klaarblijkelijk is er dus behalve de genoemde wetenschappelijke publicatiebias ook nog sprake van een implementatiebias in de ggz bij het toepassen van nieuwe behandelingen waarover *evidence* beschikbaar is.

Praktische uitvoerbaarheid Is CBASP uitvoerbaar in de ggz? Een aantal elementen in CBASP kan implementatie bemoeilijken. Zo start de behandeling twee keer per week. Op de meeste poliklinieken zal het een forse inspanning vergen om dat te realiseren voor grote groepen patiënten. Deze intensieve start wordt wel als essentieel beschouwd om het gewenste leer- en veranderingsproces tot stand te brengen dat nodig is voor het welslagen van de CBASP.

Een tweede belemmerende factor is de duur van de behandeling. Wiersma e.a. (2009) geven aan te starten met 20 sessies in 12 weken, daarna behandelen zij 6 keer wekelijks en dan een jaar maandelijks. In totaal dus 38 sessies in 1,5 jaar. Dit is nog exclusief de farmacotherapieconsulten. Het is niet bekend of na deze periode nog onderhoudssessies nodig zijn. Evenmin is bekend of dit basis-schema voor iedereen geldt of dat het zinvol is bij patiënten met een partiële respons (toch minstens de helft) de intensieve periode te verlengen. CBASP is dus geen goedkope behandeling en kan snel op gespannen voet komen te staan met de sterke druk tot kostenreductie van de behandeltrajecten.

CBASP als integratieve benadering Een van de elegante aspecten van CBASP is dat het een theoretisch concept over de interpersoonlijke etiologie van depressie direct koppelt aan behandelinterventies. Deze interpersoonlijke problematiek wordt uitgewerkt aan de hand van situaties die de patiënt meemaakt en waarbij impliciete, vooral afwijzende verwachtingen, voortkomend uit vroegere relationele ervaringen, een rol spelen. Deze verwachtingen maakt men expliciet en men tracht deze o.a. middels opdrachten te veranderen. Voorts gaat het bij CBASP niet enkel om relaties buiten de therapie, maar ook om hetgeen zich voordoet binnen de therapeutische relatie zelf.

CBASP is daarmee een benadering die psychotherapierichtingen overstijgt. Voor psychodynamisch therapeuten zal de zeer gestructureerde werkwijze, inclusief het geven van huiswerkopdrachten over relationele situaties, nieuw zijn.

Voor gedragstherapeuten geldt dat de blik ook op de therapeutische relatie zelf gericht wordt, onder meer om de overdrachtsaspecten die zich daarin manifesteren te bespreken en productief te maken ten bate van het behandelproces.

Via de techniek van wat men in CBASP 'gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid' noemt, geldt datzelfde ook voor de emotionele reactie die de patiënt bij de therapeut oproept. In psychodynamische termen: het herkennen van gevoelens van tegenoverdracht. Deze kan men ook bespreken met de patiënt.

Het is een van de redenen van de complexiteit van uitvoering van de CBASP. Immers, met deze techniek zal men een goed onderscheid moeten maken tussen enerzijds hetgeen de patiënt oproept vanuit zijn aandoening en wat profijtelijk voor hem of haar is te maken, en anderzijds reacties van de therapeut die meer voortkomen uit diens eigen emotionele achtergrond of behoeften. Het vereist dat de therapeut hiervoor de benodigde competenties heeft verworven, wat betreft zowel reflectief vermogen als technische uitvoering van de bijpassende interventies.

Wetenschappelijke vragen Het onderliggende theoretische concept over de interpersoonlijke etiologie is volgens Wiersma e.a. (2009) gebaseerd op de ervaring van de grondlegger, James McCullough, met depressies. Het sluit deels aan bij hedendaagse psychodynamische hypothesen over de relationele achtergrond van kwetsbaarheid voor depressies. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat deze verhoogde kwetsbaarheid verwijst naar een onrijp symbiotisch objectrelationeel functioneren en een overmatige (zelf) kritische houding (Blatt e.a. 2009; Mongrain & Leather 2006; Van e.a. 2008). Recentelijk werd ook een aanwijzing gevonden voor de geldigheid van de interpersoonlijke etiologie zoals die bij CBASP wordt omschreven. Dit betreft vooral de neiging van patiënten met een depressie tot het innemen van een onderdanige en vijandige relationele positie. Het bleek dat deze houding na behandeling verbeterde (Constantino e.a. 2008).

Uiteraard dient nog meer onderzocht te worden. Zo is niet goed bekend voor welke deelpopulatie CBASP het geschiktst is en of er specifieke contra-indicaties gelden.

Ook is van belang om na te gaan wat de kritische succesfactoren zijn. CBASP heeft duidelijk te onderscheiden onderdelen, zoals de situatieanalyse, het werken met de overdrachtshypothese en de socialevaardigheidstraining. Het moet daarom in theorie goed mogelijk zijn om zogenaamde ontmantelingsstudies uit te voeren, waarbij men het effect bekijkt als één deeltechniek wordt weggelaten.

Conclusie CBASP lijkt een welkome en passende aanvulling voor het behandelaanbod bij depressies in de tweede lijn. De effectiviteit is aangetoond in een van de grootste psychotherapietrialen ooit uitgevoerd, maar is voorsnog niet gerepliceerd. De techniek vereist een hoog niveau van psychotherapeutische competenties en in de uitvoering zullen therapeuten over de schotten van de traditionele psychotherapierichtingen heen moeten kijken. Dat laatste zou men ook als een voordeel kunnen beschouwen.

LITERATUUR

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorders: mentalisation based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Blatt, S.J., Zuroff, D.C., & Hawley, L. (2009). Factors contributing to sustained therapeutic gain in outpatient treatments of depression. In R.A. Levy & J.S. Ablon (Red.), *Handbook of psychodynamic psychotherapy*. New York: Humana Press.
- Constantino, M.J., Manber, R., DeGeorge, J., e.a. (2008). Interpersonal styles of chronically depressed outpatients: profiles and therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 491-506.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., e.a. (2009). Is the efficacy of psychotherapy for adult depression overestimated? A meta-analytic study of publication bias. (Ter perse).
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., e.a. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of

chronic depression. *The New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.

- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., e.a. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5, e45.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie*. www.ggzrichtlijnen.nl; www.cbo.nl.
- Mongrain, M., & Leather, F. (2006). Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 705-713.
- Paykel, E.S. (1998). Remission and residual symptomatology in major depression. *Psychopathology*, 31, 5-14.
- Turner, E.H., Matthews, A.A., Linardatos, E., e.a. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *The New England Journal of Medicine*, 358, 252-260.
- Van, H.L., Hendriksen, M., Schoevers, R., e.a. (2008). Predictive value of object relations for therapeutic alliance and outcome in psychotherapy for depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 655-662.
- Wiersma, J.E., van Schaik, D.J.F., Blom, M.B.J., e.a. (2009). Behandeling voor chronische depressie: 'cognitive behavioral analysis system of psychotherapy' (CBASP). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 727-736.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z.V., e.a. (2007). *The mindful way through depression. Freeing yourself from chronic unhappiness*. London: Guilford.

AUTEUR

H.L. VAN is psychiater en plaatsvervangend A-opleider, verbonden aan Arkin GGZ, Amsterdam.
Correspondentieadres: dr. H.L. Van, Arkin GGZ, Beroepsopleiding Psychiatrie, Postbus 75.848, 1070 AV Amsterdam.
E-mail: rien.van@arkin.nl.

Strijdige belangen: de auteur hield diverse voordrachten op (deels) gesponsorde symposia tegen onkostenvergoeding.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-6-2009.

TITLE IN ENGLISH Picturing chronic depressions