

Langerdurende ambulante psychotherapie is effectief

Een kritisch literatuuroverzicht per stoornis

E.W.P.M. DAENEN, A.C. VAN REEKUM, P.M.F.J.J. KNAPEN,
R. VERHEUL

ACHTERGROND Langerdurende ambulante psychotherapie is voor veel patiënten in Nederland niet langer toegankelijk. De vraag is of langerdurende psychotherapie toch een plek binnen het behandelaanbod behoort te krijgen.

DOEL Overzicht van de literatuur over de effectiviteit van langerdurende psychotherapie bij stoornisgebonden doelgroepen.

METHODE Kritisch literatuuronderzoek met behulp van de medische databases PubMed, PsycINFO en de Cochrane Library, waarbij gebruik is gemaakt van zoektermen voor de specifieke stoornissen gecombineerd met 'psychotherapy' en termen die de effectiviteit uitdrukken, zoals 'effectiveness'.

RESULTATEN Bij patiënten met een cluster-B- of -C-persoonlijkheidsstoornis is langerdurende psychotherapie effectief. Patiënten met chronische of recidiverende depressies hebben minder kans op terugval, wanneer een langerdurende vervolgbehandeling met psychotherapie wordt gegeven. Enkele onderzoeken wijzen uit dat langerdurende psychotherapie ook effectief is bij specifieke groepen patiënten met een eetstoornis, een bipolaire stoornis of een schizofrene stoornis.

CONCLUSIE Langerdurende psychotherapie is een effectieve behandelmethode bij verschillende patiëntengroepen en mag niet ontbreken in het totale aanbod aan psychotherapeutische behandelingen. Langerdurende psychotherapie vormt een logische stap tussen kortdurende psychotherapie en (dag)klinische behandelprogramma's.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)9, 603-612]

TREFWOORDEN effectiviteit, langerdurend, psychotherapie

Recent heeft de Nederlandse regering het besluit genomen het maximum aantal vergoede zittingen psychotherapie te beperken tot 25 voor patiënten met een as-I-stoornis en 50 voor patiënten met een as-II-stoornis en jongeren tot 18 jaar. Deze bezuinigingsmaatregel is gebaseerd op bepaalde passages uit een rapport van de Gezondheidsraad (2001) over de doelmatigheid van langerdurende psychotherapie (LPT). In het rapport staat een onderzoek

van Howard e.a. (1986) beschreven waarin een relatie gelegd wordt tussen het aantal zittingen psychotherapie en het effect van de psychotherapeutische behandeling. Uit dit onderzoek bij ruim 2400 patiënten komt naar voren dat na 13 zittingen bij 50%, en na 26 zittingen bij 75% van de patiënten, de toestand duidelijk verbeterd is. Bij een beperkt aantal patiënten is vervolgens gedifferentieerd naar het type stoornis (depressie (n = 69),

angst ($n = 21$), borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS; $n=23$)). Dan blijkt dat ongeveer 75% van de patiënten met een depressie of angststoornis na 25 zittingen verbeterd is, terwijl dit pas na 52 zittingen het geval is bij patiënten met een BPS. Bij een verdere toename van het aantal zittingen zou een vermindering van de meeropbrengst optreden.

Hoewel het onderzoek van Howard e.a. baanbrekend was, is in de loop der jaren (ook door de onderzoeksgroep zelf) kritisch commentaar op de methodologie geuit. Zo is de patiëntenpopulatie die is onderzocht niet goed in kaart gebracht. De invloed van de ernst van de aandoeningen en van de selectie van patiënten wordt dan ook niet meegewogen in de bevindingen. En, zoals de onderzoeksgroep in een later artikel over vervolgonderzoek zelf aangaf, verbetering van het toestandbeeld is nog niet hetzelfde als herstel van de stoornis (Kopta e.a. 1994). Uit dit vervolgonderzoek bleek dat gedurende een psychotherapie eerst herstel van acute klachten optreedt (bv. hoofdpijn en misselijkheid), daarna verbetering van chronische psychische symptomen (bv. angst en depressie), en pas in een veel later stadium herstel van persoonlijkheidsproblematiek. De (bij de bezuinigingsmaatregel gehanteerde) 'knik' in de grafiek bij het oorspronkelijke onderzoek, zou verklaard kunnen worden doordat de toestand van de patiënt verbeterd is op het niveau van de acute symptomen en enkele psychische symptomen, zonder dat werkelijk herstel van de stoornis is opgetreden. Doorbehandelen na verbetering van symptomen zou nuttig kunnen zijn om effecten duurzaam te maken en terugval te voorkomen. Zo lieten Perry e.a. (1999) in een overzichtsonderzoek zien, dat op basis van gegevens uit 4 psychotherapieonderzoeken in de vorm van naturalistisch onderzoek, 50% van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis na 1,3 jaar (92 zittingen) en 75% na 2,2 jaar (216 zittingen) is hersteld. Zonder therapie treedt na 10,5 jaar slechts bij 50% van de patiënten herstel op.

Als gevolg van de bovengenoemde bezuinigingsmaatregel is LPT als behandeling voor veel patiënten onbereikbaar geworden. Om te bepalen of LPT een plek verdient tussen de kortdurende

psychotherapie (KPT) of farmacotherapie en de intensievere (dag)klinische behandelvormen, is bewijskracht van de effectiviteit van LPT gewenst. In dit artikel is de definitie voor LPT gehanteerd zoals deze in het rapport van de Gezondheidsraad is gebruikt: een psychotherapeutische behandeling, die minimaal 25 zittingen omvat of langer dan 1 jaar duurt.

Doel van dit onderzoek is om een overzicht te geven van de huidige bewijskracht ten aanzien van LPT als een effectieve behandeling bij patiënten met een specifieke psychische stoornis. Dit sluit aan bij de ophanden zijnde invoering van de diagnosebehandelingcombinaties (DBC's).

METHODE

Met behulp van de databases PubMed, PsycINFO en de Cochrane Library is gezocht naar artikelen over de effectiviteit van LPT bij doelgroepen met specifieke stoornissen. Hierbij zijn de zoektermen voor de specifieke stoornissen ('personality disorder', 'depressive disorder', 'depression', 'dysthymia', 'anxiety disorder', 'eating disorder', 'bipolar disorder' en 'schizophrenia') gecombineerd met 'psychotherapy' en termen die de effectiviteit van een behandeling representeren ('randomised controlled trial', 'effectiveness', 'efficacy', 'outcome'). Tevens zijn artikelen gezocht op basis van de referentielijsten van de geselecteerde artikelen en door persoonlijk commentaar van collega's.

Er zijn alleen onderzoeken geïncludeerd waarbij sprake is van LPT volgens de hierboven genoemde definitie en waarbij de psychiatrische stoornis bij de onderzoekspopulatie voldoet aan de diagnostische criteria volgens de DSM-III-R of DSM-IV. Ook moest er een duidelijke beschrijving van de psychotherapeutische methodiek worden gegeven en moesten er valide meetinstrumenten zijn gebruikt voor de uitkomstmaten.

RESULTATEN

Persoonlijkheidsstoornissen Er werden 11 onderzoeken in de vorm van een randomised

TABEL 1 Onderzoek (bewijskracht*)		Onderzoeken naar de effectiviteit van langerdurende psychotherapie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis				
	Diagnose	Therapie (n)	Duur/aantal zittingen	Effectmaat	Effect	Effect bij follow-up (duur follow-up)
Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT)						
Van den Bosch e.a. in druk (A)	BPS	a. DGT (27) b. TAU (31)	1 jaar 90	parasuïcidaliteit impulsief gedrag automutilatie alcoholmisbruik	a = b, a ↓, b = a ↓, b ↑ a ↓, b =	↓ (0,5 jaar)
Svartberg e.a. 2004 (A)	Cluster C en NAO (6%)	a. PA (25) b. CGT (25)	0,8 jaar 40	symptomen as-II-pathologie sociaal functioneren	a ↓, b = a en b ↓ a en b ↑	↑ (2 jaar)
Linehan e.a. 2002 (A)	BPS en SUD	a. DGT (11) b. CVT (12)	1 jaar 90	opiaatgebruik symptomen algemeen functioneren	a en b ↓ a en b ↓ a en b ↑	= (1,3 jaar)
Bateman & Fonagy 1999 (A)	BPS	a. PADG (19) b. TAU (19)	1,5 jaar 180	parasuïcidaliteit/automutilatie ziekenhuisopname symptomen sociaal functioneren	a ↓, b = a ↓, b = a ↓, b = a ↑, b =	↑ (1,5 jaar)
Linehan e.a. 1999 (A)	BPS en SUD	a. DGT (12) b. TAU (16)	1 jaar 90	drugsgebruik algemeen/sociaal functioneren	a ↓, b = a ↑, b =	= (1,3 jaar)
Meares e.a. 1999 (B)	BPS	a. PA (38) b. TAU (30)	1 jaar 90	symptomen BPS-pathologie	a ↓, b = a ↓, b =	=/↑ (5 jaar)
Hellerstein e.a. 1998 (A)	Cluster 1A: 1B: 4C: 5NAO	a. SPT (24) b. SDPT (25)	0,8 jaar 40	symptomen sociaal functioneren	a en b ↓ a ↓, b =	↑ (0,5 jaar)
Monroe-Blum & Marziali 1995 (A)	BPS en NAO (12,5 %)	a. PA groep (27) b. PA individueel (31)	1 jaar a. 30 b. 45-90	symptomen algemeen/sociaal functioneren	a en b ↓ a en b ↑	=/↑ (2 jaar)
Linehan e.a. 1994 (A)	BPS	a. DGT (13) b. TAU (13)	1 jaar 90	anger algemeen/sociaal functioneren	a ↓, b = a ↑, b =	geen follow-up
Winston e.a. 1994 (A)	Cluster C en NAO (29%)	a. SDPT (31) b. BAP (32) c. WL (26)	0,8 jaar 40	symptomen sociaal functioneren	a en b ↓, c = a en b ↑, c =	= (1,5 jaar)
Linehan e.a. 1991 (A)	BPS	a. DGT (22) b. TAU (22)	1 jaar 90	parasuïcidaliteit automutilatie depressieve symptomen	a ↓, b = a ↓, b = a = b	↓ (1 jaar)
Observationeel onderzoek						
Clarkin e.a. 2001 (C)	BPS	TFP (21)	1 jaar 90	parasuïcidaliteit automutilatie ziekenhuisopnames	↓ ↓ ↓	geen follow-up
Rosenthal e.a. 1999 (C)	Cluster C	SPT (20)	0,8 jaar 40	sociaal functioneren	↑	=/↑ (0,5 jaar)
Monsen e.a. 1995 (C)	Cluster 1A:3B:3C: 1NAO	PA (25)	2 jaar 90 (gemiddeld)	symptomen as-II-pathologie gevoelsbeleving	↓ ↓ ↑	=/↑ (gemiddeld 5,2 jaar)
Hoglund 1993 (C)	Cluster 1B:1C	PA (15)	1,5 jaar (maximaal) 28 (gemiddeld)	symptomen inzicht algemeen functioneren	↓ ↑ ↑	geen follow-up

* A = gerandomiseerd vergelijkend onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang en consistentie; B = gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek; C = niet-vergelijkend onderzoek; D = mening van deskundigen

↓ = ↑: afname, handhaven of toename van het effect

BAP = brief adaptive psychotherapy; BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis; CGT = cognitieve gedragstherapie; CVT = comprehensive validation therapy with 12-Steps; DGT = dialectische gedragstherapie (1 uur individueel en 2,5 uur groep per week); NAO = persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven; PA = psychoanalytisch; PADG = psychoanalytische dagbehandeling (1 uur individueel en 3 uur groep per week); SDPT = short-term dynamic psychotherapy; SPT = supportive psychotherapy; SUD = substance use disorder; TAU = treatment as usual; TFP = transference focused psychotherapy; WL = wachtlijst

controlled trial (RCT) geselecteerd en 4 observationele onderzoeken bij patiënten met overwegend een cluster-B- of -C-persoonlijkheidsstoornis (zie tabel 1). Op 1 na voldoen alle RCT's aan de Cochrane-criteria voor niveau A: goede kwaliteit met voldoende omvang en consistentie. In het onderzoek van Meares e.a. (1999) heeft geen randomisatie van de groepen plaatsgevonden.

In de RCT's vond behandeling plaats vanuit een cognitief, psychoanalytisch en integratief kader. Het effect is gemeten op symptomen, as-II-pathologie en algemeen en/of sociaal functioneren. In alle onderzoeken was er een gunstig effect van de behandeling op de effectmaten, met uitzonde-

ring van het effect op depressieve symptomen in het onderzoek van Linehan e.a. (1991). De duur van de follow-up in de onderzoeken vanuit een integratief kader was korter (gemiddeld één jaar) en het effect minder (afname of handhaven van het effect) dan de duur (gemiddeld twee jaar) en het effect (handhaven of toename van het effect) in de onderzoeken vanuit een psychoanalytisch of cognitief kader.

De observationele onderzoeken voldoen aan de criteria van goed cohortonderzoek (Cochrane-niveau C). De behandelingen zijn gegeven vanuit een psychoanalytisch referentiekader en hebben op alle gebieden waarop effecten werden gemeten

TABEL 2 Onderzoeken naar de effectiviteit van langerdurende psychotherapie bij patiënten met recidiverende depressies

Onderzoek (bewijskracht*)	Patiënten	Therapie (n)	Duur (T/V)	Aantal zittingen (T/V)	Terugval (relapse)
Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT)					
Klein e.a. 2004 (A)	Responders CBASP	a. CBASP (42) b. ASS (40)	1,5 jaar/1 jaar	30/12	a. 10% b. 35% TTR langer bij a
Jarrett e.a. 2001 (A)	Responders CT	a. CT (41) b. ASS (43)	0,9 jaar/0,7 jaar	30/10	a. 10% b. 31%
Teasdale e.a. 2000 (A)	Responders MBCT	a. MBCT (76) b. TAU (69)	1,2 jaar/1 jaar?	12/4	a. 45% b. 68%
Reynolds e.a. 1999 (A)	In remissie na IPT + AD, ouder dan 59 jaar	a. IPT + placebo (21) b. IPT + AD (22) c. AD (24)	> 3,6 jaar/3 jaar	56/36	a. 64% b. 20% c. 43%
Frank e.a. 1990 (A)	In remissie na IPT en/of AD of placebo	a. IPT (26) b. IPT + AD (25)	> 3,6 jaar/3 jaar	56/36	a. 46% b. 8%, TTR langer bij a
Vergelijkend onderzoek					
Cyranowski e.a. 2004 (C)	In remissie na IPT	a. IPT (PD) (27) b. IPT (NPD) (98)	2,5 jaar/2 jaar	44-148/24-104	a. 41% b. 20% TTR langer bij b
Blackburn & Moore 1997 (B)	In remissie na CT (a) of AD (b)	a. CT (24) b. CT (20)	1,3 jaar/1 jaar	36/24	a. 24% b. 36% (niet significant)

* A = gerandomiseerd vergelijkend onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang en consistentie; B = gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek; C = niet-vergelijkend onderzoek; D = mening van deskundigen
↓ = ↑: afname, handhaven of toename van het effect
AD = antidepressivum; ASS = assessment only; CBASP = cognitive behavioural-analysis system of psychotherapy; CT = cognitieve therapie; IPT = interpersoonlijke psychotherapie; MBCT = mindfulness-based cognitive therapy; T/V = totale behandeling/vervolgbehandeling; (N)PD = (non) personality disorder; TAU = treatment as usual; TTR = time to relapse/recurrence

een gunstig resultaat laten zien. Bij follow-up was handhaven of toename van het effect zichtbaar.

Depressieve stoornis Het effect van LPT bij patiënten met een depressieve stoornis is alleen onderzocht bij patiënten met een voorgeschiedenis van recidiverende en/of chronische depressies, die positief reageerden op een medicamenteuze of psychotherapeutische behandeling in de acute fase van een depressieve episode. De onderzoeken betreffen de effectiviteit van de psychotherapeutische vervolgbehandeling. De behandelmethoden zijn interpersoonlijk, integratief of vanuit een gedeeltelijk cognitief kader. Vijf van de 7 geselecteerde onderzoeken (zie tabel 2) zijn RCT's (niveau A). Bij de 2 andere onderzoeken gaat het om vergelijkend onderzoek: Cyranowski e.a. (2004) hebben gekeken naar de invloed van comorbide persoonlijkheidspathologie op terugval in depressieve symptomen en Blackburn & Moore

(1997) hebben patiënten in de acute fase van een depressie behandeld met cognitieve therapie of een antidepressivum, waarbij na remissie van symptomen een vervolgbehandeling is ingezet in de vorm van cognitieve therapie.

Bij alle onderzoeken is terugval in depressieve symptomen (relapse) als effectiviteitsparameter gebruikt. Er is gemiddeld 20% minder terugval in de groep patiënten met de actieve behandelconditie dan in de controlegroep. Wanneer de psychotherapeutische behandeling gecombineerd wordt met een medicamenteuze behandeling laat dat bij gemiddeld 35% van de patiënten minder terugval zien. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis vertonen eerder en vaker een terugval.

Angststoornissen In de vermelde databases vonden wij geen onderzoeken naar de effectiviteit van LPT bij patiënten met een angststoornis.

TABEL 3 Onderzoeken naar de effectiviteit van langerdurende psychotherapie bij patiënten met een eetstoornis				
Onderzoek (bewijskracht*)	Patiënten	Therapie (n)	Aantal zittingen in 1 jaar	Effect
Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT)				
Pike e.a. 2003 (A)	AN in remissie na ziekenhuisopname	a. CGT (18) b. diëtiste (15)	45	Terugval: a. 22% en b. 53%; TTR langer bij a; goed resultaat**: a 61% en b 7%
Dare e.a. 2001 (A)	AN ambulante patiënten	a. FPAPT (12) b. Systeem PT (16) c. CAT (13) d. TAU (13)	a. 45 b. 25 c. 30 d. 25	a en b significant beter resultaat** dan d actieve behandelconditie (a-c) significant beter dan d
Bachar e.a. 1999 (A)	BN/AN, ambulante patiënten. BN > 6 jaar; AN > 3 jaar	a. ST (10 BN/7 AN) b. COT (11 BN/6 AN) c. diëtiste (10 BN)	a. 45 b. 45 c. 30	BN/AN-symptomen en psychiatrische symptomen: a. significante verbetering; b. lichte verbetering, niet significant; c =
Eisler e.a. 1997 (A)	BN/AN na ziekenhuisopname	a. Systeem PT (40) b. SPT (40)	a. 25 b. 45	Systeem PT goed resultaat** bij jonge patiënten met early onset, SPT bij late-onset patiënten. Follow-up (5 jaar): blijvend effect
* A = gerandomiseerd vergelijkend onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang en consistentie; B = gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek; C = niet-vergelijkend onderzoek; D = mening van deskundigen				
** Volgens het Morgan-Russel-interview				
↓ = ↑: afname, handhaven of toename van het effect				
AN = anorexia nervosa; BN = boulimia nervosa; CAT = cognitief-analytische therapie; CGT = cognitieve gedragstherapie; COT = cognitive orientation treatment; FPAPT = focaal psychoanalytische psychotherapie; PT = psychotherapie; SPT = supportive psychotherapy; ST = self psychological treatment; TAU = treatment as usual; TTR = time to relapse				

TABEL 4 Onderzoeken naar de effectiviteit van langerdurende psychotherapie bij patiënten met een bipolaire-I-stoornis				
Onderzoek (bewijskracht*)	Patiënten	Therapie (n)	Duur/aantal zittingen	Effect
Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT)				
Miklowitz e.a. 2003 (A)	Stabiele fase	a. IFIT (30) b. TAU (70)	1 jaar 90	Terugval: a 30% en b. 39%; TTR langer bij a
Frank e.a. 1999 (A)	Stabiele fase na IPSRT	a. IPSRT (18) b. CM (25)	1,3 jaar > 40	Terugval: a. < 20% en b. > 40% a. meer symptoomverbetering
Frank e.a. 1997 (A)	Acute fase	a. IPSRT (20) b. CM (18)	1,2 jaar > 32	TTS langer in b. langzame symptoomafname in a. en b. tijdens stabiele fase
* A = gerandomiseerd vergelijkend onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang en consistentie; B = gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek; C = niet-vergelijkend onderzoek; D = mening van deskundigen ↓ = ↑: afname, handhaven of toename van het effect CM = clinical management; IFIT = integrated family and individual therapy; IPSRT = interpersonal and social rhythm therapy; TAU = treatment as usual; TTR = time to relapse; TTS = time to stabilisation				

Eetstoornissen Er werden 4 onderzoeken geselecteerd, alle RCT's (niveau A) (zie tabel 3). In 2 onderzoeken ging het om vervolgbehandeling na een ziekenhuisopname. De behandelmethoden zijn cognitief-gedragstherapeutisch en/of psychodynamisch, steunend of systemisch. Bij 3 onderzoeken is het effect van de behandeling gemeten met behulp van het Morgan-Russel-interview in combinatie met terugval in symptomen. Daarbij zijn 5 verschillende items gescoord op een schaal van 1 (worst possible) tot 12 (best possible): 'lichaamsbeleving en gewicht', 'menstruele cyclus', 'mentale status', 'psychoseksuele status' en 'sociaal-economische status'. Gemiddeld was er bij 40% van de patiënten in een actieve behandelconditie sprake van een goede behandeluitkomst en bij 48% van een slechte behandeluitkomst in vergelijking met respectievelijk 7% en 62% van de patiënten in de controlegroepen.

Bipolaire-I-stoornis De 3 geselecteerde onderzoeken betreffende patiënten met een bipolaire-I-stoornis zijn RCT's (niveau A) (zie tabel 4). Bij alle patiënten werd de medicamenteuze behandeling gedurende het onderzoek voortgezet. In 2 onderzoeken werd het onderzoek in een stabiele (symptoomvrije) fase gestart. Eén onderzoek startte in de acute fase. De toegepaste behandelmethodiek is interpersoonlijk. In de 2

onderzoeken die startten in de stabiele fase, is de effectmaat de mate van terugval en de aanwezigheid van restsymptomen. Bij het onderzoek in de acute fase is de tijd tot aan de stabilisatie en het symptoomniveau in de stabiele fase gemeten. Patiënten die met *integrated family and individual therapy* werden behandeld, verschilden niet in terugvalpercentage, maar de tijd tot aan de terugval was langer en de restsymptomen waren minder dan bij de patiënten in de controlegroep. Patiënten die met *interpersonal and social rhythm therapy* behandeld werden, stabiliseerden eerder, hadden een lager terugvalpercentage en lieten minder restsymptomen zien dan patiënten in de controlegroep.

Schizofrenie Het enige LPT-onderzoek bij patiënten met schizofrenie/schizoaffectieve stoornis is het hooggekwalificeerde (niveau A) onderzoek van Hogarty e.a. (1997). Hierin is, naast de gangbare medicamenteuze behandeling, gedurende 3 jaar een wekelijkse integratief georiënteerde therapie (n = 74) vergeleken met een tweewekelijkse psychoanalytisch georiënteerde steunende psychotherapie (n = 53) en met een maandelijks systeemtherapie (n = 50). De effectmaten waren de terugval in psychotische symptomen, de mate van medicatietrouw en het sociaal functioneren. Thuiswonende patiënten vertoonden

minder terugval, een betere therapietrouw en beter sociaal functioneren bij integratieve therapie dan patiënten die met steunende therapie of systeemtherapie werden behandeld. Uitwonende patiënten daarentegen hadden meer baat bij steunende therapie dan bij integratieve therapie.

DISCUSSIE

Dit overzicht laat zien dat LPT effectief is bij patiënten met een cluster-B- of een cluster-C-persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast heeft LPT meerwaarde in de vorm van terugvalpreventie bij patiënten met recidiverende of chronische depressies. Ook bij patiënten met een eetstoornis, een bipolaire-I-stoornis of een schizofrene stoornis is effectiviteit aangetoond. Volgens de Cochrane-systeematiek wordt een hoog niveau van evidentie bereikt: voor persoonlijkheidsstoornissen, depressie, eetstoornissen en bipolaire stoornissen geldt niveau I (ten minste 2 onafhankelijke RCT's van niveau A). Het onderzoek bij schizofrenie bereikt niveau III (1 RCT).

Om de plaats van LPT in de behandel mogelijkheden van patiënten met een psychiatrische stoornis goed te kunnen bepalen, zijn ook de resultaten van de effectiviteit van KPT en medicamenteuze behandeling van belang. In de literatuur hebben wij geen onderzoek kunnen vinden waarbij, bij stoornisgebonden doelgroepen, LPT wordt vergeleken met KPT of medicamenteuze behandeling. Er is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van KPT en/of medicamenteuze behandelingen bij stoornisgebonden doelgroepen. In het algemeen kan gesteld worden dat KPT bij patiënten met een enkelvoudige as-I-stoornis voor een deel van de patiënten effectief is, maar dat op de langere termijn deze behandelingen niet altijd toereikend zijn. De combinatie van KPT en medicatie geeft in het merendeel van de onderzoeken een beter effect dan KPT of medicatie alleen (Westen & Morrison 2001). In de praktijk hebben patiënten met een as-I-stoornis regelmatig comorbide persoonlijkheidsproblematiek of een persoonlijkheidsstoornis. Voor deze patiënten is KPT

vaak onvoldoende om een acceptabele en blijvende verbetering in de klachten tweeweg te brengen (Reich 2003).

Bij de onderzoeken bij patiënten met recidiverende of chronische depressies wordt wel aangetoond dat doorbehandelen terugval voorkomt. Bij patiënten die onvoldoende effect of een snelle terugval laten zien na KPT lijkt het dan ook meer aangewezen om de behandelduur te verlengen, dan om patiënten verdere behandeling te onthouden of over te gaan op (dag)klinische behandeling. In diverse onderzoeken bij patiënten met een depressieve stoornis is aangetoond dat het van belang is om een behandeling niet te stoppen bij onvoldoende remissie. Het beloop wordt dan ongunstig beïnvloed met meer kans op recidieven, een chronisch beloop, psychiatrische en somatische comorbiditeit, functionele beperkingen en verhoogde sociale en economische kosten (McIntyre & O'Donovan 2004).

Zoals gezegd zijn bij patiënten met angststoornissen geen stoornisspecifieke LPT-onderzoeken gedaan. Deze patiënten vormen wel een groot deel van de populatie van niet-stoornisgebonden onderzoeken, die wij in dit overzicht niet behandelen. In de recent verschenen multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, wordt binnen het *stepped-care model* echter wel een aantal kortdurende psychotherapeutische interventies achter elkaar gezet. Bij stap twee wordt het aantal van vijftientwintig zittingen al overschreden.

Dit overzicht toont geen niet-stoornisgebonden effectonderzoeken naar LPT. Het is van belang om bij een beoordeling van de effectiviteit van LPT ook de resultaten van die onderzoeken mee te nemen. Het gaat dan onder meer om cohortonderzoeken naar de effectiviteit van langdurige (meer dan twee jaar) individuele psychotherapie vanuit een psychoanalytisch referentiekader. Op dit moment werken De Maat en De Jonghe aan een overzicht hiervan.

Ook toont dit overzicht niet alle psychiatrische stoornissen waarvoor een psychotherapeutische behandeling geïndiceerd wordt. Zo zijn er geen onderzoeken meegenomen van patiënten

met een somatoforme stoornis of een dissociatieve identiteitsstoornis, wat niet wil zeggen dat LPT voor deze patiënten niet effectief is.

CONCLUSIE

Hoewel uit het voorliggende overzicht blijkt dat stoornisgebonden onderzoek, met uitzondering van onderzoek bij persoonlijkheidsstoornissen, nog maar op geringe schaal gedaan is, menen wij te mogen concluderen dat LPT, ook indien stoornisgebonden benaderd, bij diverse doelgroepen een effectieve behandeling is. LPT mag dan ook niet ontbreken in het totale aanbod van psychotherapeutische behandelingen en vormt binnen de stepped-care gedachte een logische stap tussen KPT en (dag)klinische behandeling. Uitbreiding van stoornisgebonden onderzoek naar LPT verdient aanbeveling, evenals protocollaire indicatiestelling voor LPT en het zorgvuldig monitoren van de daaropvolgende behandelingen.

LITERATUUR

- Bachar, E., Latzer, Y., Kreidler, S., e.a. (1999). Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 115-128.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Blackburn, I.M., & Moore, R.G. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry*, 171, 328-334.
- Bosch, L.M. van den, Koeter, M.W., Stijnen, T., e.a. (in druk). Sustained efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Behaviour Research and Therapy*.
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Levy, K.N., e.a. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495.
- Cyranowski, J.M., Frank, E., Winter, E., e.a. (2004). Personality pathology and outcome in recurrently depressed women over 2 years of maintenance interpersonal psychotherapy. *Psychological Medicine*, 34, 659-669.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., e.a. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178, 216-221.
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G.F., e.a. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1025-1030.
- Frank, E., Hlastala, S., Ritenour, A., e.a. (1997). Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biological Psychiatry*, 41, 1165-1173.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., e.a. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099.
- Frank, E., Swartz, H.A., Mallinger, A.G., e.a. (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 579-587.
- Gezondheidsraad. (2001). Doelmatigheid van langdurige psychotherapie. Publicatienr. 2001/08. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Hellerstein, D.J., Rosenthal, R.N., Pinsker, H., e.a. (1998). A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies. Outcome and alliance. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 261-271.
- Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwald, D., e.a. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1504-1513.
- Hoglund, P. (1993). Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 7, 168-181.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., e.a. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychology*, 41, 159-164.
- Jarrett, R.B., Kraft, D., Doyle, J., e.a. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. *Archives of General Psychiatry*, 58, 381-388.
- Klein, D.N., Santiago, N.J., Vivian, D., e.a. (2004). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 681-688.
- Kopta, S.M., Howard, K.I., Lowry, J.L., e.a. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical*

- cal Psychology, 62, 1009-1016.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., e.a. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., e.a. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., 3de, Dimeff, L.A., e.a. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.L., e.a. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- McIntyre, R.S., & O'Donovan, C. (2004). The human cost of not achieving full remission in depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(Suppl. 1), 10S-16S.
- Meares, R., Stevenson, J., & Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 467-472.
- Miklowitz, D.J., Richards, J.A., George, E.L., e.a. 2003). Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 182-191.
- Monsen, J., Odland, T., Faugli, A., e.a. (1995). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: a prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 256-268.
- Munroe-Blum, H., & Marziali, E.R. (1995). A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 190-198.
- Perry, J.C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Pike, K.M., Walsh, B.T., Vitousek, K., e.a. (2003). Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2046-2049.
- Reich, J. (2003). The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. *Journal of Personality Disorders*, 17, 387-405.
- Reynolds, C.F., Frank, E., Perel, J.M., e.a. (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *Journal of American Medical Association*, 281, 39-45.
- Rosenthal, R.N., Muran, J.C., Pinsky, H., e.a. (1999). Interpersonal change in brief supportive psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8, 55-63.
- Svartberg, M., Stiles, T.C., & Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810-817.
- 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.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., e.a. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190-194.

AUTEURS

E.W.P.M. DAENEN is psychiater in opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater bij Curium, Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie te Oegstgeest.

A.C. VAN REEKUM is psychiater en is werkzaam als directeur psychiater, divisie westelijk Utrecht, GGZ Altrecht.

P.M.F.J.J. KNAPEN is psychiater en is als vrijgevestigd psychiater werkzaam bij Psychotherapiepraktijk Eindhoven Centrum (PEC).

R. VERHEUL is psycholoog en werkt als onderzoeker bij het Psychotherapeutisch Centrum de Viersprong te Halsteren en is als bijzonder hoogleraar Klinische Psychologie verbonden aan de Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. E.W.P.M. Daenen, Curium, Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Jac. P. Thijsselaan 47, 2803 RT Gouda

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-6-2005.

SUMMARY

Longterm outpatient psychotherapy is effective. A critical review of the literature per disorder – E.W.P.M. Daenen, A.C. Van Reekum, P.M.F.J.J. Knapen, R. Verheul –

BACKGROUND In the Netherlands the costs of long-term outpatient psychotherapy are no longer reimbursed by health insurance. This means that many patients now have no access to this form of treatment. This article discusses whether long-term psychotherapy deserves to be included in the range of treatments covered by health insurance.

AIM To review the literature on the effectiveness of long-term outpatient psychotherapy in patients suffering from various specific mental disorders.

METHOD To review the literature critically with the help of PubMed, PsycINFO and the Cochrane library databases and using the search terms for specific mental disorders combined with the key word 'psychotherapy' and terms relating to effectivity, e.g. 'effectiveness' or 'outcome'.

RESULTS Long-term psychotherapy is effective in patients with personality disorders, especially those included in clusters B or C. Patients with chronic or recurrent depression are less likely to suffer a relapse if they have received long-term psychotherapy. A few studies show that long-term psychotherapy is also effective in special groups of patients suffering from an eating disorder, bipolar disorder or a schizophrenic disorder.

CONCLUSION Long-term psychotherapy is an effective form of treatment for various groups of patients and should definitely not be dropped from the range of psychotherapy treatments available to patients. Long-term psychotherapy is an important step between short-term outpatient psychotherapy and daycentre and inpatient treatment programmes.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)9, 603-612]

KEY WORDS long-term, psychotherapy, treatment outcome