

Overzichtsartikel

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

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

Samenvatting

Dit artikel beschrijft de resultaten van een meta-analyse naar de effectiviteit van Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT) en Cognitieve Therapie (CT) in de behandeling van depressies. De gevonden behandelingseffecten in de diverse studies zijn op geaggregeerde wijze uitgedrukt in standaardscores om tot 'evidence-based' conclusies te komen. De effectiviteit van IPT en CT wordt tevens gerelateerd aan kenmerken als ernst van de depressie, persoonskenmerken en therapieduur om indicaties genuanceerder te kunnen stellen. Uit de meta-analyse blijkt onder meer dat beide therapievormen over het geheel genomen even effectief zijn en een klinisch relevante verbetering opleveren. Het meeste onderzoek werd uitgevoerd naar CT. In de onderzochte studies is de effectiviteit van beide psychotherapievormen gelijk aan die van een antidepressivum of overtreft die zelfs. De resultaten van deze meta-analyse zijn de basis voor een richtlijn ter ondersteuning van de klinische besluitvorming met betrekking tot de keuze tussen therapievormen binnen een transmurale zorgprogramma voor stemmingsstoornissen.

Inleiding

Bij de ontwikkeling van het Zorgprogramma Stemmingsstoornissen binnen de afdeling Psychiatrie van het Academisch Medisch Centrum (AMC) wordt gestreefd naar een 'state of the art'-behandeling voor depressie. De grote diversiteit aan therapievormen in de depressiebehandeling heeft de vraag opgeroepen wat de waarde is van deze verschillende vormen. Met name rond de psychotherapie is de behoefte aan meer duidelijkheid over de gepaste plaats in de behandeling ontstaan. Bij de start van dit project was psychotherapie in geprotocolleerde vorm geen onderdeel van het behandelpakket binnen het zorgprogramma. De vraag of dit terecht was, is mede ontstaan door de grote belangstelling voor psychotherapie bij depressie, zowel nationaal als internationaal (APA 1994; CBO 1994; Depression Guideline Panel 1993; Blom e.a. 1996; Kraan e.a. 1997; Reus 1997). Met name cognitieve therapie (CT), vooral gericht op het verbeteren van het cognitief functioneren (volgens Beck e.a. 1979), en interpersoonlijke psychotherapie

(IPT), vooral gericht op het sociaal functioneren (volgens Klerman e.a. 1984), staan in de aandacht.

De genoemde 'state of the art' is in kaart gebracht met een meta-analyse naar de effectiviteit van IPT en CT. Deze meta-analyse is verricht in het kader van het AMC-Management Development Programma Richtlijnen rond het Klinisch Handelen. Dit ziekenhuisbrede project poogt door het formuleren van empirisch gefundeerde richtlijnen een cultuur van 'evidence-based medicine' te stimuleren. Eerst wordt besproken hoe deze meta-analyse is uitgevoerd. Daarbij wordt vooral aandacht besteed aan de wijze waarop de behandelingseffecten zijn berekend en aan de manier waarop de methodologische kwaliteit van de studies in de meta-analyse is betrokken. Vervolgens komen de resultaten aan bod en zal zowel de algehele effectiviteit van IPT en CT alsook de effectiviteit in meer specifieke subgroepen worden beschreven. Tevens wordt kort stilgestaan bij de invloed van de methodologische kwaliteit op de resultaten. In de discussie komt de relevantie van de resultaten voor de klinische praktijk aan de orde.

Methodie

Een meta-analyse omvat het nauwgezet verzamelen en vervolgens systematisch, kwantitatief en inzichtelijk samenvatten van de literatuur, waarbij de wijze waarop dit gebeurt uiteraard de zeggingskracht van de onderzoeksresultaten bepaalt. Zo'n analyse kent verschillende stappen. De eerste stap is het zoeken naar de relevante literatuur, waarvoor de volgende zoekstrategieën zijn gebruikt: het raadplegen van computerdatabases (Excerpta Medica, Medline), Psychlit¹ artikelen en het benaderen van deskundigen op het vakgebied. Daarna zijn de getraceerde abstracts beoordeeld op de volgende in- en exclusiecriteria: diagnostische categorie (depressie), therapievorm (CT of IPT), leeftijd (ouder dan 18 jaar) en soort studie (prospectief gerandomiseerd onderzoek). Van alle geïncludeerde studies zijn de inhoudelijke kenmerken beschreven, is waar mogelijk het behandelingseffect berekend, en is de methodologische kwaliteit beoordeeld. Deze termen vragen om enige toelichting.

INHOUDELIJKE KENMERKEN

Om een totaaloverzicht te krijgen van de onderzoeken en de daarin betrokken populaties zijn per studie de volgende inhoudelijke kenmerken beschreven: aantal patiënten, diagnose, populatie (leeftijd, man/vrouwverdeling, ambulant of opgenomen e.d.), referentiegroepen, interventiekenmerken, uitkomstmaten en de globale resultaten.

BEHANDELINGSEFFECTEN

Behandelingseffecten per therapievorm

De omvang van de behandelingseffecten in de verschillende studies

wordt uitgedrukt in standaardscores. Een standaardscore is berekend door de gemiddelde score op een meetinstrument bij de voormeting minus het gemiddelde bij de nameting te delen door de standaarddeviatie van de voormeting. Standaardscores hebben het voordeel dat de gemeten gezondheidsveranderingen in verschillende studies op eenduidige wijze met elkaar kunnen worden vergeleken en geïnterpreteerd. Aangezien de spreiding van de scores op de betreffende uitkomstmaten ook verschillend was, is juist de standaarddeviatie van de schaalscores expliciet in de standaardisatie betrokken.

De behandelingseffecten zijn op twee manieren berekend: met de gegevens van de 'completers', dat wil zeggen de patiënten die een therapie daadwerkelijk hebben afgemaakt, en daarnaast met de gegevens van alle patiënten die aan het onderzoek begonnen, dus inclusief de uitvallers die de therapie niet hebben afgemaakt ('intention-to-treat'-benadering). Indien de gegevens voor een intention-to-treat-berekening in de betreffende publicaties niet gepresenteerd waren, is hiervan een schatting gemaakt op basis van de gegevens van de completers en de drop-out. Deze twee benaderingen (completers en intention-to-treat) leveren additionele informatie op: het effect van een bepaalde therapievorm na een *voltooid*e behandeling, respectievelijk het effect voor de *totale* groep die met de behandeling begint. Deze informatie kan, naast de grootte van het risico op drop-out, een rol spelen bij de keuze voor een therapie. Bij studies waar het behandelingseffect niet berekend kon worden, is beoordeeld of de resultaten van deze studies overeenkwamen met de overige studies.

Vervolgens zijn de afzonderlijke intention-to-treat-scores van de studies geaggregeerd tot gewogen gemiddelde standaardscores, waarbij rekening is gehouden met de verschillende groepsgroottes. Dit is gedaan door rekenkundig meer gewicht toe te kennen aan studies met grotere patiëntengroepen. Deze gewogen gemiddelde standaardscores per therapie- of referentiegroep zijn berekend voor de Beck Depression Inventory (BDI) en de Hamilton Rating Scale for Depression 17-item versie (HRSD). Deze vaak gebruikte meetinstrumenten worden in dit onderzoek opgevat als primaire uitkomstmaten. De statistische onzekerheid van een (gewogen gemiddelde) standaardscore is uitgedrukt in een 95%-betrouwbaarheidsinterval.

De behandelingseffecten in de studies zijn op twee manieren geaggregeerd. Ten eerste is een *algeheel* behandelingseffect berekend, gebaseerd op alle therapie- of referentiegroepen die in de studies voorkomen, ongeacht tegen welke referentiegroepen ze zijn afgezet. Zo is bijvoorbeeld een behandelingseffect voor CT berekend over alle studies waarin CT voorkwam. Daarnaast is een *direct vergeleken* behandelingseffect berekend, gebaseerd op alleen die studies waarin een directe onderlinge vergelijking tussen een bepaalde therapievorm en een bepaalde referentiegroep is gemaakt. Bijvoorbeeld: het behandelingseffect

van CT is berekend over die studies waarin CT werd vergeleken met gedragstherapie, maar er is ook een behandelingseffect van CT berekend over de studies waarin CT werd vergeleken met een antidepressivum. Met deze twee benaderingen komt men tot genuanceerde uitspraken over het verschil in effect tussen behandelingen.

Behandelingseffecten gerelateerd aan populatie- en studiekenmerken

Om de klinische relevantie te vergroten is zowel tussen studies als binnen studies nagegaan of het behandelingseffect samenhangt met bepaalde populatiekenmerken, zoals de ernst van de depressie, persoonskenmerken en leeftijd. Tevens zijn nagegaan de therapieduur/frequentie en 'completers' versus 'intention-to-treat'-analyses. Ten slotte zijn het beloop tijdens de follow-up-periode en de effecten op andere uitkomstmaten onderzocht. Bij het beoordelen van deze relatie zijn de BDI-scores gebruikt, omdat deze het meest in de studies zijn gehanteerd.

METHODOLOGISCHE KWALITEIT VAN DE STUDIES

Nagegaan is of het gevonden behandelingseffect beïnvloed is door de methodologische kwaliteit van de studies. Bij dat kwaliteitsoordeel is zowel de kwaliteit van de opzet en de uitvoering van de *studies* als de kwaliteit van de uitvoering van de *behandelingen* betrokken. De beoordeelde methodologische kenmerken zijn gescoord met behulp van twee meetschalen (Docherty & Streeter 1995; Koes e.a. 1991). In dit artikel wordt niet nader ingegaan op de gevolgde methode om tot dit kwaliteitsoordeel te komen, wel zullen de verbanden tussen het behandelingseffect en het kwaliteitsoordeel globaal worden beschreven.¹

Resultaten

INHOUDELIJKE KENMERKEN

Er zijn 40 gecontroleerde studies¹ verricht naar de effectiviteit van CT en IPT, 36 studies naar CT, 5 studies naar IPT, waarvan in één studie zowel IPT als CT is onderzocht. De studies verschillen onderling sterk op kenmerken als: de ernst van de depressie, vergelijkingsgroepen, leeftijd, de precieze inhoud en vorm van de interventie, follow-up-duur en de gebruikte uitkomstmaten. Gemiddeld betreft het een matig ernstige depressie met een score van 24 op de BDI en 20 op de HRSD. Veel voorkomende exclusiecriteria zijn schizofrenie, alcoholabusus, bipolaire stoornis, psychotische verschijnselen, drugmisbruik, psycho-organische stoornis, suïcidaliteit, lopende psychotherapie, en antisociale persoonlijkheid.

BEHANDELINGSEFFECTEN

Behandelingseffecten per therapievorm

Zoals beschreven zijn behandelingseffecten in de verschillende studies uitgedrukt in standaardscores, die vervolgens zijn geaggregeerd tot een gewogen gemiddelde standaardscore. Het betreft hier in eerste instantie de algehele effecten, dus effecten gebaseerd op alle in de studies opgenomen populaties, ongeacht de referentiegroepen. De resultaten per therapievorm staan weergegeven in tabel 1. Hieruit blijkt dat CT, IPT, gedragstherapie (GT), antidepressivum (AD) en de combinatie CT met AD de grootste behandelingseffecten hebben, zowel op de BDI als op de HRSD. Psychodynamische therapie (PD) heeft wel een groot effect op de HRSD, maar het behandelingseffect op de BDI is significant kleiner (zie de niet overlappende onder- en bovengrenzen van beide 95%-betrouwbaarheidsintervallen). Daarnaast valt op dat de aantallen patiënten waarop de scores per therapievorm zijn gebaseerd, sterk uiteenlopen. Verder zij opgemerkt dat slechts in één IPT-studie een effectgrootte kon worden berekend.

Tabel 1: Algehele effect per therapievorm (en referentiegroep), uitgedrukt in gewogen gemiddelde standaardscores (met 95%-betrouwbaarheidsgrenzen (BG) voor de BDI en de HRSD: intention-to-treat-analyse)

<i>Groep/therapie</i> vorm	Beck Depression Inventory			Hamilton Rating Scale for Depression		
	aantal studies	totaal aantal patiënten	gewogen gemiddelde standaardscores (95%-BG)	aantal studies	totaal aantal patiënten	gewogen gemiddelde standaardscores (95%-BG)
Cognitieve therapie	21	702	1.88 < 1.95 < 2.02	15	498	2.11 < 2.20 < 2.29
Interpersoonlijke psychotherapie	1	61	1.54 < 1.79 < 2.04	1	61	1.88 < 2.13 < 2.38
Gedragstherapie	4	104	2.04 < 2.23 < 2.42	3	89	2.10 < 2.31 < 2.52
Psychodynamische therapie	3	123	1.06 < 1.24 < 1.42	2	51	2.13 < 2.40 < 2.67
Antidepressivum	5	179	1.76 < 1.89 < 2.04	6	209	1.89 < 2.03 < 2.17
Antidepressivum + cognitieve therapie	6	106	1.77 < 1.96 < 2.15	5	99	2.22 < 2.42 < 2.62
Supportgroep	3	83	1.06 < 1.28 < 1.50	2	74	1.12 < 1.35 < 1.58
Wachlijst controle	4	58	0.33 < 0.59 < 0.85	2	21	-0.38 < 0.05 < 0.48

De klinische relevantie van de berekende behandelingseffecten, oftewel de concrete gezondheidswinst, wordt duidelijk als het effect van CT en IPT wordt berekend in termen van punten verandering op de uitkomstmaten. Er blijkt dan sprake te zijn van gemiddeld 13 punten vooruitgang op de BDI en ongeveer 9 punten op de HRSD. Dit is vergelijkbaar met een verbetering van een gemiddeld matig ernstige depressie naar lichte depressieve symptomen.

In tabel 1 zijn de behandelingseffecten van een bepaalde therapievorm geaggregeerd, zonder dat rekening is gehouden met het type referentiegroep waarmee is vergeleken. De vergelijking tussen de diverse standaardscores is dus gebaseerd op verschillende aantallen studies en patiëntenpopulaties. In tabel 2 zijn de behandelingseffecten van een bepaalde therapievorm opnieuw geaggregeerd, maar nu is expliciet gekeken tegen welke referentiegroepen de therapievorm is afgezet. Deze standaardscores zijn dus gebaseerd op patiënten uit dezelfde studiepopulaties.

Uit tabel 2 blijkt dat in de *directe vergelijking* tussen therapievormen het effect van IPT en CT even groot is (de 95%-betrouwbaarheidsintervallen overlappen elkaar). In de directe vergelijking verschilt IPT niet van AD, terwijl de scores van CT significant hoger zijn in de directe vergelijking met AD. Daarnaast valt op dat GT een groter effect heeft dan CT; voor de HRSD is dit verschil statistisch significant. Het relatief grote effect dat voor PD werd gevonden op de HRSD, is gelijk aan het effect dat CT in deze studies heeft.

Behandelingseffecten gerelateerd aan populatiekenmerken

Ernst van de depressie. In tabel 3 wordt de ernst van de depressie weergegeven in BDI-scoringscategorie en gerelateerd aan de effectgrootte van CT. Hieruit blijkt dat een ernstiger vorm van depressie vóór de start van de CT-behandeling geen nadelige invloed heeft op het uiteindelijke niveau bij beëindiging van de behandeling in termen van BDI-scores. In alle patiëntcategorieën blijkt CT een substantieel effect te geven, waarbij opvalt dat de BDI-scores van alle patiënten op hetzelfde eindniveau uitkomen. Hierbij verschillen de standaardscores wel significant, hetgeen de grootste verbetering voor de ernstigste patiënten weergeeft.

Binnen een aantal studies is door de onderzoekers zelf (Elkin e.a. 1989; Hollon e.a. 1992) nagegaan of de ernstiger patiënten zich onderscheiden van de minder ernstige met betrekking tot de effectiviteit van (bepaalde) behandelingen. Dit levert echter geen eenduidig beeld op. Kort zullen nu enige andere onderzochte populatiekenmerken worden samengevat.

Persoonlijkheidskenmerken. Beperkt onderzoek duidt erop dat persoonlijkheidsstoornissen, ongeacht therapievorm, niet zozeer invloed hebben op symptomatische verbetering, maar mogelijk wel een (laat) nade-

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

Tabel 2: Directe vergelijking cognitieve therapie en interpersoonlijke therapie met de referentiegroepen voor de BDI en HRSD, uitgedrukt in gewogen gemiddelde standaardscores (met 95%-betrouwbaarheidsgrenzen): intention-to-treat-analyse

Groep/therapievorm	Beck Depression Inventory			Hamilton Rating Scale for Depression		
	aantal studies	n	gewogen gemiddelde standaardscore (95%-BG)	aantal studies	n	gewogen gemiddelde standaardscore (95%-BG)
Interpersoonlijke psychotherapie	1			1		
– IPT < 2.38		61	1.54 < 1.79 < 2.04		61	1.88 < 2.13
– CT		59	1.46 < 1.72 < 1.98		59	2.02 < 2.28 < 2.54
– AD		62	1.50 < 1.75 < 2.00		62	1.86 < 2.11 < 2.36
– Support		57	1.49 < 1.75 < 2.01		57	1.11 < 1.37 < 1.63
Gedragstherapie	4			3		
– GT		104	2.04 < 2.23 < 2.42		89	2.10 < 2.31 < 2.52
– CT		158	1.77 < 1.93 < 2.09		143	1.53 < 1.69 < 1.85
Psychodynamische therapie	3			2		
– PD		123	1.06 < 1.24 < 1.42		51	2.13 < 2.40 < 2.67
– CT		132	1.37 < 1.54 < 1.71		57	2.07 < 2.33 < 2.59
Antidepressivum	5			6		
– AD		179	1.76 < 1.89 < 2.04		209	1.89 < 2.03 < 2.17
– CT		162	2.18 < 2.33 < 2.48		189	2.57 < 2.71 < 2.85
Combinatie antidepressivum & cognitieve therapie	6			5		
– AD + CT		106	1.77 < 1.96 < 2.15		99	2.22 < 2.42 < 2.62
– CT		160	2.00 < 2.25 < 2.40		123	2.39 < 2.57 < 2.75
Supportgroep	3			2		
– Support (+ plac.)		83	1.06 < 1.28 < 1.50		74	1.12 < 1.35 < 1.58
– CT		88	1.26 < 1.47 < 1.68		77	2.04 < 2.26 < 2.48
WachtlIJst controle	4			2		
– WachtlIJst controle		58	0.33 < 0.59 < 0.85		21	–0.38 < 0.05 < 0.48
– CT		90	1.99 < 2.20 < 2.41		35	1.79 < 2.12 < 2.45

Tabel 3: Cognitieve therapie: BDI-scoringscategorie vóór de behandeling, gemiddelde BDI-scores van patiënten vóór en ná de behandeling en de gewogen gemiddelde standaardscores

Ernst (BDI-scoringscategorie)	aantal studies	totaal aantal patiënten	gemiddelde BDI-score vóór	gemiddelde BDI-score ná	gewogen gemiddelde standaardscore (95%-BG)
Licht (BDI < 20)	4	65	16.1	9.8	0.85 < 1.09 < 1.33
Matig (BDI 20-28)	9	353	24.5	11.1	1.66 < 1.76 < 1.86
Ernstig (BDI 29-30)	8	279	29.5	10.5	2.09 < 2.21 < 2.33

lig effect hebben op het sociaal functioneren. Er is een aanwijzing dat bij de DSM-IV cluster C-stoornissen een lagere en bij cluster B-stoornissen een hogere drop-out voorkomt. Wel lijkt er, therapiespecifiek, een relatief voordeel van CT te zijn voor mensen mét een persoonlijkheidsstoornis en van AD/IPT voor mensen zónder een persoonlijkheidsstoornis (Shea e.a. 1990). Eveneens therapiespecifiek wordt bij laag sociaal disfunctioneren een goede respons op IPT gerapporteerd en bij laag cognitief disfunctioneren een goede respons op CT en op AD (Sotsky e.a. 1991).

Leeftijd. Er zijn weinig gegevens over de effectiviteit van CT en IPT bij ouderen. De leeftijdsgrens ligt in het algemeen bij 60 of 65 jaar. Er kan uit de literatuur vooralsnog niet worden opgemaakt dat het beleid bij ouderen zou moeten afwijken van het beleid bij de groep tussen 18 en 65 jaar.

Behandelingseffecten gerelateerd aan studiekenmerken

Behandelvorm. Nagegaan is of de vorm (individuele of groepstherapie) en de duur en frequentie (intensiteit) van de gegeven therapie geassocieerd zijn met het behandelingseffect. Bij vergelijking van verschillende studies blijkt dat de effectiviteit van CT in groepstherapie niet verschilt van die in individuele therapie (BDI-standaardscores respectievelijk 2.06 en 2.16). Worden beide behandelmodaliteiten binnen één studie direct onderling vergeleken, dan blijken de resultaten in de verschillende onderzoeken even vaak in het voordeel van de ene als van de andere therapiemodaliteit te wijzen. Binnen de individuele behandelingsvorm kan evenmin een duidelijke relatie tussen het therapeutisch effect van CT en de intensiteit van de behandeling worden aangetoond. Hiervoor zijn behandelingen van minimaal twintig uur in drie

maanden vergeleken met minder intensieve behandelingen (BDI-standaardscores respectievelijk 2.25 en 2.05). Wel is er enige aanwijzing dat een intensievere individuele behandeling bij ernstiger patiënten extra baat oplevert (Rush & Watkins 1981).

(Non)completers. De effectiviteit bij patiënten die de therapie afmaakten ('completers'), is berekend en dit is vergeleken met de effectiviteit bij de gehele groep die aan een behandeling begon, dus inclusief latere uitvallers (intention-to-treat). Bij alle therapievormen is effectiviteit bij de 'completers' aanzienlijk hoger dan bij de 'intention-to-treat'-groep, hetgeen tot uiting komt in een hogere standaardscore. Dit verschil in effectiviteit door uitval treedt het sterkst op bij een behandeling met een antidepressivum of gedragstherapie (een verschil in standaardscore tussen completers en intention-to-treat van ± 0.7). Bij IPT en CT is dit verschil minder uitgesproken (± 0.5), en bij psychodynamische therapie is het verschil het kleinst (± 0.25). De eerder beschreven verschillen in effectiviteit tussen de therapievormen (zie tabel 1 en 2 op basis van intention-to-treat-scores) zijn dus nog groter voor degenen die een therapie afmaken. Aan de andere kant is er een groter risico op uitval bij die therapievormen die het meeste resultaat hebben indien ze worden afgemaakt (namelijk AD en GT).

Follow-up. Over het geheel genomen blijft de therapeutische verbetering na beëindiging van CT grotendeels gehandhaafd na een gemiddelde follow-up-duur van zes maanden. In vijf studies blijkt CT een preventief effect te hebben ten aanzien van recidieven. In de studie waarin CT, IPT en AD in dit opzicht direct werden vergeleken, was het preventief effect na beëindiging van de therapie voor CT het grootst. Wel lijkt een onderhoudsdosering van IPT een vertragende werking op het optreden van recidieven te hebben.

Sociaal functioneren. Het sociaal functioneren verbetert zowel door CT als door IPT. Bij IPT komt dit effect pas na acht maanden naar voren en is dit gunstiger dan bij de behandeling met AD. Het cognitief functioneren hangt samen met de mate van symptomatische verbetering. Het wordt niet specifiek door CT beïnvloed.

METHODOLOGISCHE KWALITEIT VAN DE STUDIES

De variatie in methodologische kwaliteit blijkt groot. Bij alle beoordeelde 'clinical trials' zijn kanttekeningen te plaatsen, zowel wat betreft de opzet en de uitvoering van de studies als wat betreft controle op de kwaliteit van de uitgevoerde therapieën. De gegeven puntenscores voor de methodologische kwaliteit blijken wat betreft CT niet duidelijk gerelateerd te zijn aan de effectgrootte.

Discussie

Deze meta-analyse toont aan dat de psychotherapievormen IPT en CT

effectieve behandelvormen zijn voor een depressie. Bij de onderzochte populaties blijkt dit effect niet onder te doen voor dat van antidepressiva. Van belang daarbij is dat bij studies naar de effectiviteit van psychotherapie (maar ook van antidepressiva) in het algemeen niet wordt geselecteerd op criteria als motivatie, persoonlijkheid of ernst van de depressie. Sterker nog, bij uitsplitsing naar ernst bleek zelfs dat men met CT in de ambulante populatie bij de ernstigste categorie tot eenzelfde eindresultaat komt als bij de lichtste categorie. Een en ander impliceert dat per patiënt tussen psychotherapie en medicatie gekozen zou kunnen worden. Daarnaast blijkt dat weinig onderzoek is verricht naar psychotherapie in de klinische setting, hetgeen mogelijk duidt op een verondersteld gebrek aan effectiviteit bij een dergelijke ernstige categorie patiënten. De onderzoeksresultaten suggereren overigens wel nut van CT in deze setting (Miller e.a. 1989). Ten aanzien van het voorschrijven van medicatie naast psychotherapie (CT) dient men zich te realiseren dat dit, behalve twijfelachtige extra baat, wel nadelen als kosten, bijwerkingen en drop-out oplevert.

De effectiviteit van gedragstherapie, waar die als referentiegroep werd gebruikt, kwam uit deze analyse als zeer gunstig naar voren. Dit tot onze verrassing, omdat in tegenstelling tot de therapievormen IPT en CT veel minder aandacht voor deze therapievorm bestaat. Mogelijk staat deze therapievorm nog te ver af van de huidige psychiatrische praktijk, hetgeen, mede op grond van deze bevinding, in de toekomst zou kunnen veranderen. Niet in overeenstemming met deze bevinding vonden wij bij aanvullende analyse geen verschil in effectiviteit tussen CT-vormen waarin veel en die waarin weinig gedragstherapeutische elementen waren verwerkt. Daarentegen lijkt psychodynamische therapie een minder effectieve therapievorm, terwijl de toepassing in de huidige psychiatrische praktijk veel voorkomt.

Voor de praktijk van het indiceren is verder van belang dat de kans op voortijdige beëindiging (drop-out) het grootst is bij antidepressieve medicatie en gedragstherapie, gevolgd door CT en IPT. De uitval is bij psychodynamische therapie het laagst. Met drop-out moet extra rekening worden gehouden bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis uit het cluster B (van DSM-IV), die in het algemeen reeds een vergrote kans op voortijdige uitval blijken te hebben (zie ook Shea e.a. 1990).

Eveneens relevant voor het maken van een keuze in de klinische praktijk is de – voorzichtige – bevinding dat mensen bij aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie relatief meer baat hebben bij CT, terwijl mensen zonder persoonlijkheidspathologie juist meer bij IPT gebaat zijn. Ervan uitgaande dat bij persoonlijkheidsstoornissen met name het sociaal en minder het cognitief functioneren problematisch is, sluit deze bevinding aan bij het resultaat dat mensen die relatief weinig cognitieve problemen hebben, juist verbeteren met CT, en dat degenen met relatief weinig problemen in het sociaal functioneren juist meer

verbeteren met IPT. De verklaring voor beide bevindingen zou kunnen zijn dat therapie die aansluit bij (relatieve) capaciteiten, het meest effectief is.

Voor ons Zorgprogramma Stemmingsstoornissen zijn onder meer bovenstaande bevindingen overzichtelijk weergegeven in richtlijnform, zodat zij de klinische besluitvorming kunnen ondersteunen. Tevens zijn de resultaten van belang geweest voor de beslissing over invoering van een therapievorm. Denk hierbij aan de bevinding dat bij de lichte tot matige depressie een langere duur van de therapie geen toegevoegd nut oplevert, de gelijkwaardige effectiviteit van groeps- en individuele CT, en het relatief grote preventieve effect van CT op terugval, ook na beëindiging van de therapie.

Ten slotte nog enkele opmerkingen over het verrichten van een meta-analyse. Opgemerkt moet worden dat door de keuze voor IPT en CT als ingang voor het verzamelen van de literatuur geen volledige informatie is vergaard om op basis van deze meta-analyse over bijvoorbeeld de effectiviteit van gedragstherapie een meer zekere uitspraak te kunnen doen.

Aan een algemeen bezwaar tegen meta-analyses, namelijk dat de samengestelde effectgroottes niet onderling vergelijkbaar zijn omdat bij het berekenen geen rekening werd gehouden met de referentiegroepen, is tegemoetgekomen. Door het verrichten van directe vergelijkingen, waarbij wel rekening gehouden werd met de voorkomende referentiegroepen, werd het mogelijk tot genuanceerde uitspraken te komen.

Ook bleek het oordeel over de methodologische kwaliteit van een studie niet met de effectgrootte samen te hangen, dit in tegenstelling tot een veelvoorkomende veronderstelling, namelijk dat een slechtere methodologie tot grotere effectgroottes leidt. Hierdoor bleef het aggregeren van onderzoeksgegevens in een meta-analyse onze voorkeur houden, gezien het veel grotere aantal patiënten waarop zo de totale effectiviteit van een therapievorm kon worden vastgesteld. Tevens leverde dit extra informatie op over de klinisch relevante verbanden tussen effect en kenmerken van patiënten, studie en therapie. Aangezien voor deze verbanden de BDI is gebruikt, en niet de HRSD, is nagegaan of dit vertekening van de resultaten oplevert, met name of deze maat (in het bijzonder gebaseerd op cognitief functioneren) CT bevoordeelt. Bij het vergelijken van het effect van CT met het effect van een antidepressivum met de BDI (verbetering respectievelijk 1.84 en 1.89) of de HRSD (verbetering respectievelijk 2.20 en 2.18) laat dit geen verschil zien. Het lijkt erop dat als een depressie verbetert, dit onafhankelijk van de focus waarop de gebruikte therapievorm zich richt, op diverse meetinstrumenten tot uiting komt.

In tegenstelling tot wat wel eens verondersteld wordt, blijkt ook in de psychiatrie voldoende onderzoek te zijn gedaan voor het verrichten van meta-analyses naar de effectiviteit van behandelingen. Onze erva-

ring met deze weliswaar arbeidsintensieve methodiek is dat het voor ons Zorgprogramma Stemmingsstoornissen zijn vruchten heeft afgeworpen.

Voor hun medewerking aan het 'Richtlijnenproject Stemmingsstoornissen' willen wij de projectgroep bedanken bestaande uit mevrouw E. Bongers, prof. dr. W. van den Brink, dr. P. Dingemans, drs. D. Hell, mevrouw J. de Klerk-Roscam Abbing, drs. G. Nabarro, dr. J. Swinkels en drs. H. Vermeulen. Tevens bedanken wij drs. P. Scholte voor zijn bijdrage.

Noot

1. De gebruikte keywords en afschaving in de zoekstrategie, evenals de literatuurlijst van de voor de meta-analyse gebruikte publicaties, de 'evidence tables' en meer informatie over de samenhang tussen effect en studie/populatiekenmerken en methodologische kwaliteit zijn te vinden in een uitgebreid rapport over de richtlijn psychotherapie, dat is op te vragen bij de eerste auteur.

Summary: The effectiveness of cognitive and interpersonal psychotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis

In this article, the results of a meta-analysis determining the effectiveness of Interpersonal Psychotherapy (IPT) and Cognitive Therapy (CT) in the treatment of depression, are described. In order to arrive at evidence based conclusions, the effects of treatment are expressed in aggregated standardscores. The effectiveness of psychotherapy is also related to characteristics such as severity of depression, age and treatment duration, thus making a more specific choice possible. Although most studies were undertaken to determine the effectiveness of CT, it is concluded that either therapy is effective and results in a clinical relevant improvement comparable or superior to anti-depressive medication. The results of this meta-analysis are the basis of a guideline supporting the clinical decision-making concerning choices in therapy within our 'program for the treatment of mood disorders' in our institution.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1993). Practice guidelines for depressive disorders in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150, 4, supplement.
- Beck, A.T., Rush, A.H., Shaw, B.F., e.a. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Blom, M.B.J., Hoenkamp, E., & Zwaan, T. (1996). Interpersoonlijke psychotherapie voor depressie. Een pilot-onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 398-402.
- Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (1994). *Consensusbijeenkomst depressie bij volwassenen*. Utrecht.
- Depression Guideline Panel (1993). *Depression in primary care. Volume 1: Detection and diagnoses. Volume 2: Treatment of major depression*. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research.
- Docherty, J.P., & Streeter, M.J. (1995). Advances in psychotherapy research. *Current Opinion in Psychiatry*, 8, 3, 145-149.

- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., e.a. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 11, 971-982.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Evans, M.D., e.a. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 10, 774-781.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rousaville, B.J., e.a. (1984). *Interpersonal therapy of depression*. New York: Basic Books.
- Koes, B.W., Assendelft, W.J.J., van der Heijden, G.J.M.G., e.a. (1991). Spinal manipulation and mobilisation for back and neck pain: A blinded review. *British Medical Journal*, 303, 1298-1303.
- Kraan, H.F., de Wit, P.H.M., Kölling, P., e.a. (1997). Psychiatrische psychotherapie bij depressies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 2, 107-120.
- Miller, I.W., Norman, W.H., & Keitner, G.I. (1989). Cognitive-behavioural treatment of depressed inpatients: Six and twelve month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 146, 10, 1274-1279.
- Reus, H.W. (1997). *Cognitieve therapie bij de vitale depressie: een alternatief?* Katholieke Universiteit Nijmegen (proefschrift).
- Rush, A.J., & Watkins, J.T. (1981). Group versus individual cognitive therapy: A pilot study. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 1, 93-103.
- Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., e.a. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 147, 6, 711-718.
- Sotsky, S.M., Glass, D.R., Shea, M.T., e.a. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148, 8, 997-1008.

E. Dorrepaal, arts en gezondheidswetenschapper (richting Geestelijke Gezondheidskunde), is als Assistent Geneeskundige in Opleiding verbonden aan de afdeling Volwassenenpsychiatrie, AMC, UvA. Ch. van Nieuwenhuizen, psycholoog, is als wetenschappelijk medewerkster verbonden aan de afdeling Onderzoek & Ontwikkeling van de Frederik van Eedenstichting, organisatie voor psychiatrische zorg, Amsterdam. A. Schene, psychiater, is als Chef de Clinique van het Zorgprogramma Stemmingsstoornissen en als Bijzonder Hoogleraar Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg verbonden aan de afdeling Volwassenenpsychiatrie, AMC, UvA. R. de Haan, verpleegkundige, psycholoog en epidemioloog, is als Bijzonder Hoogleraar Klinische Epidemiologie in de verpleegkunde verbonden aan de vakgroep Klinische Epidemiologie en Biostatistiek, AMC, UvA. Correspondentieadres: drs. E. Dorrepaal, Bastenakenstraat 14, 1066 JD Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-8-1997.