

Afweerstijl en therapeutische techniek als voorspellers voor uitkomst van psychodynamische psychotherapie bij depressie

M. HENDRIKSEN, J.J.M. DEKKER, F.E.R.E.R. DE JONGHE, C.M.T. GIJSBERS
VAN WIJK, J. PEEN, H.L. VAN

ACHTERGROND In psychodynamische psychotherapie is de aanname dat inzichtgevende interventies bij patiënten met relatief gezonde persoonlijkheidsstructuren leiden tot een beter resultaat.

DOEL Nagaan in welke mate het toepassen van steungevende versus inzichtgevende interventies bepaald wordt door sociodemografische variabelen, ernst, duur en recidief van de depressie en afweerstijl, en of deze aard van de interventies voorspellend zijn voor het behandelresultaat van psychotherapie bij depressies.

METHODE In totaal 147 patiënten met een depressieve stoornis met of zonder een comorbide persoonlijkheidsstoornis werden behandeld met steungevende psychodynamische therapie (PDT) al of niet met medicatie. Op het 'Therapeut Evaluatie Formulier' (TEF) beoordeelden de therapeuten de afweerstijl van de patiënt en de toegepaste therapeutische techniek. De belangrijkste uitkomstmaat was de 'Hamilton Depression Rating Scale' (HDRS).

RESULTATEN Er was geen verband tussen toegepaste techniek, sociodemografische kenmerken of ernst en duur van de depressie. Inzichtbevorderende interventies waren gerelateerd aan een beter behandelresultaat. Naast leeftijd en opleidingsniveau, bleek afweerstijl een confounder in de relatie techniek en behandeluitkomst. Wij vonden geen interactieverband tussen inzichtbevorderende interventies, rijpe afweerstijl en behandelsucces.

CONCLUSIE In tegenstelling tot de toegepaste techniek bleek in deze studie vooral afweerstijl, zoals beoordeeld door de therapeut, de belangrijkste onafhankelijke voorspeller van therapiesucces. Dit duidt erop dat ook patiënten met een onrijpe afweerstijl baat kunnen hebben bij inzichtbevorderende technieken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)4, 247-257]

TREFWOORDEN afweerstijl, behandelresultaat, depressie, psychodynamische psychotherapie, techniek

Er is nog steeds debat over de vraag welke factoren leiden tot optimalisering van het behandelresultaat in psychotherapie (Driessen e.a. 2010; Leichsenring 2005; Norcross & Wampold 2011; Owen & Hilsenroth 2011). Men neemt aan dat inzichtge-

vende interventies het effectiefst zijn, maar dat deze slechts toepasbaar zijn bij patiënten met relatief gezonde persoonlijkheidsstructuren (Kernberg 1984). Onderzoek laat echter een gedifferentieerder beeld zien. Zo blijkt dat naarmate therapeu-

ten meer op emoties focussen, de behandeling effectiever is bij verschillende diagnostische groepen (Diener e.a. 2007). Ook blijken inzichtgevende interventies gericht op overdrachtsinterpretaties juist bij patiënten met matig tot slecht geïntegreerde zelf- en anderrepresentaties het effectiefst te zijn (Høglend e.a. 2008). Andere studies suggereren daarentegen dat steungevende en inzichtgevende interventies even effectief zijn (Driessen e.a. 2010; Hellerstein e.a. 1998; Piper e.a. 1999; Wallerstein 1986).

Depressies worden vanuit psychodynamisch perspectief begrepen in de context van de persoonlijkheidsstructuur van patiënten (Kernberg 1984; Westen e.a. 2006). Persoonlijkheidsstoornissen hebben een negatieve invloed op het verloop, de duur en de uitkomst van de behandeling, hetgeen de vraag oproept op welke wijze persoonlijkheidsfactoren het behandelingsproces en de uitkomst beïnvloeden (Blatt e.a. 2010; Daenen e.a. 2005; Hilsenroth e.a. 2007; Roth & Fonagy 2005; Skodol e.a. 2011). Afweerstijl is een mogelijke persoonlijkheidsfactor die deze invloed verklaart. Zo bestaat er bij depressie een relatie tussen de mate van rijpheid van afweerstijl en het verloop en de uitkomst van de behandeling (Bond & Perry 2004; Høglend & Perry 2004; Siefert e.a. 2006; Van e.a. 2009).

Veel onderzoek vindt plaats met meetinstrumenten met als doel zo veel mogelijk objectieve gegevens over de behandeling te vergaren (Chambless & Ollendick 2001). Vragenlijsten die persoonlijkheidsstructuur en afweerstijl meten, zijn in de dagelijkse praktijk, waar het gaat om het maken van inschattingen in het directe contact met een patiënt, vaak weinig toepasbaar. Hoewel onderzoek aantoonde dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de accuraatheid van het klinische oordeel verbeterd moeten worden (Garb 1998), vonden Grove e.a. (2000) dat voorspellingen op basis van klinisch oordeel overeenkwamen met die op basis van psychologische tests: beide voorspelden 47% correct.

In de dagelijkse praktijk kiezen behandelaren, meer of minder bewust, een interventie op basis van de psychologische capaciteit van hun

patiënten met het eigen klinische oordeel. Westen & Weinberger (2005) noemen dit 'intuïtieve psychometrie'. Er is echter weinig onderzoek naar de verschillende componenten van dit klinische oordeel en naar de vraag in hoeverre het voorspellend is voor het effect van de behandeling.

Hieraan willen wij met dit onderzoek een bijdrage leveren door na te gaan of het klinische oordeel over therapeutische techniek, persoonlijkheid en afweerstijl, de uitkomst van kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie (KPSP) bij patiënten met een depressieve stoornis voorspelt. Deze behandeling bestaat uit 16 sessies en is gericht op de affectieve, gedragsmatige, cognitieve en conatieve aspecten van relaties. De interventies zijn gericht op het bieden van steun (erkenning, empathie en op coping gerichte adviezen) of het bevorderen van inzicht. Deze benadering onderscheidt zich van de klassieke inzichtgevende interventie waarin de patiënt met onbewust materiaal wordt geconfronteerd (Greenson 1967), maar is meer gericht op het versterken van egofuncties en het vergroten van de zelfacceptatie door bijvoorbeeld het exploreren van emoties. Dit blijkt ook tot meer zelfinzicht te leiden (Owen & Hilsenroth 2011). We spreken ook wel van inzichtbevorderende steungevende interventies (De Jonghe 2005). De effectiviteit van KPSP is onderzocht in vijf gecontroleerde studies (Dekker e.a. 2004; 2008; De Jonghe e.a. 2001; 2004; Driessen e.a. 2007).

De vragenstellingen voor deze studie zijn:

- Wordt het toepassen van steungevende versus inzichtgevende interventies bepaald door sociodemografische variabelen, ernst en duur van de depressie, beoordeelde persoonlijkheid en afweerstijl?
- Zijn inzichtgevende en steungevende interventies gerelateerd aan het behandelresultaat?
- Leiden inzichtgevende interventies bij een gezondere afweerstijl en persoonlijkheidsstructuur en steungevende interventies bij een pathologischer afweer en persoonlijkheidsstructuur tot een beter behandelresultaat?

METHODE

Onderzoekspopulatie

De studiepopulatie was afkomstig uit een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) waarin KPSP werd vergeleken met KPSP met medicatie bij ambulante patiënten met een depressieve stoornis (Dekker e.a. 2004; De Jonghe e.a. 2001; 2004). Er werden in totaal 191 patiënten geïnccludeerd, van wie 106 patiënten in de psychotherapieconditie kwamen en 85 patiënten in de conditie met gecombineerde therapie. In het huidige onderzoek verrichtten wij secundaire analyses van deze RCT. Alleen patiënten voor wie het belangrijkste meetinstrument voor dit subonderzoek beschikbaar was (zie instrumenten), werden geïnccludeerd ($n = 147$): 79 in de psychotherapieconditie en 68 in de gecombineerde conditie.

Instrumenten

‘Therapeut Evaluatie Formulier’ (TEF) Dit is een speciaal voor deze studie ontworpen beoordelingslijst die na afloop van de behandeling door de therapeuten ingevuld werd. Zie tabel 1 voor de vragen.

Om de betrouwbaarheid van het TEF te controleren vulden 29 psychotherapeuten (uit een andere RCT) het TEF twee keer in, met een tussentijd van 2 weken. Test-hertestbetrouwbaarheid op individueel niveau werd getoetst met Cohens κ voor categoriegegevens. Daarbij bleek een goede overeenkomst: met een κ van 0,61-0,80 (een redelijke overeenkomst is 0,21-0,40). Deze was voldoende voor techniek (0,60; $p < 0,01$) en afweer (0,74; $p < 0,01$), maar niet voor de beoordeling van de persoonlijkheidsstructuur (0,36; $p = 0,03$) die daarom uit de analyses is verwijderd (Landis & Koch 1977).

Andere instrumenten Het behandelresultaat werd op twee manieren bepaald. De ‘Hamilton Depression Rating Scale’ (HDRS; Hamilton 1967; De Jonghe 1994) werd afgenomen door onafhankelijke onderzoeksassistenten. Zij kwamen maandelijks bij elkaar om audiotapes van interviews te bespreken teneinde consistentie in de interviewtechniek te verzekeren.

Depressieve klachten werden beoordeeld met de ‘Symptom Checklist’-Depressie-subschaal (SCL-D; Arrindell & Ettema 1986). De patiënt geeft hierbij op een 5-puntsschaal de ernst van de door hem ervaren depressieve klachten aan.

TABEL 1 ‘Therapeut Evaluatie Formulier’ (TEF): speciaal voor deze studie ontworpen beoordelingslijst die na afloop van de behandeling door therapeut ingevuld werd

1. Welke therapeutische techniek heeft u gebruikt op het continuüm steun gevend inzicht gevend?
 - a uitsluitend steun gevend;
 - b voornamelijk steun gevend;
 - c in gelijke mate steun gevend/inzicht gevend;
 - d voornamelijk inzicht gevend;
 - e uitsluitend inzicht gevend (Gabbard 2005).
2. Hoe zou u de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt karakteriseren?
 - a normaal;
 - b matig neurotische persoonlijkheidsstructuur;
 - c ernstig neurotische persoonlijkheidsstructuur;
 - d matige borderlinepersoonlijkheidsstructuur;
 - e ernstige borderlinepersoonlijkheidsstructuur (Kernberg 1984).
3. Hoe zou u de afweer stijl van de patiënt overwegend karakteriseren?
 - a onrijp;
 - b neurotisch;
 - c rijp (Valliant 1971).

Procedure

Tijdens de onderzoeksperiode werden alle opeenvolgende nieuw geregistreerde patiënten met een depressie bij de twee poliklinieken van Arkin te Amsterdam gescreend voor deelname. De inclusiecriteria waren: leeftijd 18-65 jaar, DSM-IV depressieve stoornis met of zonder dysthymie (APA 1994), een score op de HDRS (Hamilton 1967) van 12-24 punten (lichte tot matig ernstige depressie). Exclusiecriteria waren een psycho-organische stoornis, drugsverslaving en een taalbarrière. Een comorbide persoonlijkheidsstoornis volgens DSM-IV (APA 1994) was geen exclusie criterium.

De gecombineerde therapie bestond uit KPSP en venlafaxine 75 mg/dag. Afhankelijk van de respons kon de dosis worden verhoogd tot een maximum van 225 mg/dag. Ingeval van intolerantie of afwezigheid van respons werden patiënten overgezet op een ander antidepressivum volgens een vast farmacotherapieprotocol. Psychotherapie en farmacotherapie werden niet uitgevoerd door dezelfde hulpverlener.

Er waren in totaal 23 KPSP-therapeuten: psychotherapeuten, psychiaters en opleidingen voor deze beroepen. Alle therapeuten werden getraind in een cursus van 18 uur en moesten één of meer therapieën voltooien onder supervisie om in aanmerking te komen voor behandeling in het onderzoek. De supervisors waren lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie (NVPP). Opleidingen hadden wekelijks 90 minuten groepssupervisie met audiotapes om naleving aan de methodiek te verzekeren. De andere therapeuten kwamen elke twee weken 1 uur bij elkaar voor intercollegiale interventie onder voorzitterschap van een van de supervisors, ook met geluidsopnamen.

Statistische analyses

Pearsons χ^2 -toets en variantieanalyse werden toegepast voor het vergelijken van uitgangs- en uitvalgegevens van personen met en zonder TEF, tussen groepen met en zonder medicatie en voor

het vergelijken van uitgangsgegevens met gegevens van het TEF wat betrof steun- en inzichtgevende techniek. Covariantieanalyse (ANCOVA), met aanvangsvariabelen als covariaten, werd gebruikt voor het beoordelen van de verschillen in behandelingseffect.

Voor het uitvoeren van de ANOVA en ANCOVA werd de variabele 'therapeutische techniek' gedichotomiseerd in steungevende techniek (de categorieën uitsluitend en voornamelijk steungevend) en inzichtgevende techniek (bestaande uit de categorieën in gelijke mate steungevend/inzichtgevend, voornamelijk en uitsluitend inzichtgevend).

Multipel lineair regressieanalyse (methode 'enter') werd uitgevoerd om te bepalen welke variabelen gerelateerd waren aan het succes van de therapie. Voor deze analyse werden de variabelen als volgt gecodeerd: man (1), vrouw (2); leeftijd 19-39 jaar (1), 40-65 (2); opleiding laag/middelbaar (1), hoog (2); geen depressieve episodes de afgelopen 5 jaar (1), 1 of meer episodes (2). De variabele techniek werd gecodeerd van 1 (uitsluitend steungevend) tot 4 (voornamelijk inzichtgevend). De categorie uitsluitend inzichtgevend kwam niet voor en viel daarom als lege cel uit deze analyse. De variabele afweer werd gecodeerd van 1 (onrijp) tot 3 (rijp). Per stap werd de verklaarde variantie (R^2) van het model bepaald. De afhankelijke variabele was de continue HDRS-score van 0-32. Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, depressieve periodes de afgelopen vijf jaar, uitgangswaarden van HDRS en SCL-D werden eerst ingevoerd. In de volgende stappen werden therapeutische techniek, afweerstijl en de interactievariabele techniek x afweer toegevoegd aan het regressiemodel.

De interactievariabele werd op twee manieren berekend: ten eerste werden de continue variabelen techniek en afweer werden met elkaar vermenigvuldigd. Ten tweede voegden we de categorieën uitsluitend steungevend en in gelijke mate steungevend/inzichtgevende techniek samen evenals de categorieën neurotisch en rijpe afweer. We toetsten het verschil in uitkomst op de HDRS (continue maat van 0-32) met ANOVA voor de

gebruikte techniek voor de afzonderlijke groepen met primitieve en neurotisch/rijpe afweer. Alle toetsen waren tweezijdig.

RESULTATEN

Kenmerken bij aanvang van de studie

Van de 147 patiënten van wie een TEF beschikbaar was, werd nagegaan of de uitgangskennmerken verschilden van de groep zonder TEF. Dit was niet het geval. Van de groep met TEF was 30,6% man, en van de groep zonder TEF 23,8%. Van de groep met TEF zat 68% in de leeftijdscategorie 19-39, van de groep zonder TEF 76,2%. Van de groep met TEF had 50% een laag of middelbaar oplei-

dingsniveau, van de groep zonder TEF 55%. Van de groep met TEF had 67,2% geen depressieve episode doorgemaakt de afgelopen 5 jaar, van de groep zonder TEF 83,3%. De gemiddelde HDRS-score van beide groepen was 18,0 (SD 3,4-3,6). Van de groep met TEF was de gemiddelde SCL-D-score 48,4 (SD 9,1) van de groep zonder TEF 52,6 (SD 7,7). Er waren geen significante verschillen tussen deze groepen.

We keken ook of de kenmerken bij de start van het onderzoek verschilden tussen de twee condities, dus de groepen met en zonder medicatie. Er waren geen verschillen in geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, het aantal depressieve episoden voorafgaand aan de huidige, gemiddelde HDRS-scores of gemiddelde SCL-D-scores.

TABEL 2 Therapeutische techniek in relatie tot sociodemografische variabelen, ernst en duur depressie, afweerstijl en onderzoeksconditie				
Patiëntkenmerken	Therapeutische techniek ("Therapeut Evaluatie Formulier")		Statistiek (df)	p
	Steungevend (n = 85)	Inzichtgevend (n = 62)		
Geslacht (%)				
Man	32,9	27,4	$\chi^2(1) = 0,52$	ns
Vrouw	67,1	72,6		
Leeftijd (%)				
19-39	69,4	66,1	$\chi^2(1) = 0,18$	ns
40-65	30,6	33,9		
Opleidingsniveau (%)				
Laag/middelbaar*	56,5	40,7	$\chi^2(1) = 3,47$	ns
Hoog (hbo en wo)	43,5	59,3		
o episodes afgelopen 5 jaar	61,7	75,0	$\chi^2(1) = 2,64$	ns
≥ 1 depressie < 5 jaar	38,3	25,0		
Gem. HDRS-score (SD)	17,8 (3,5)	18,2 (3,3)	F = 0,47	ns
Gem. SCL-D-score (SD)	48,4 (9,2)	48,5 (9,1)	F = 0,01	ns
Afweerstijl (%)				
onrijp	55,3	8,1	$\chi^2(2) = 40,69$	< 0,01
neurotisch	41,2	66,1		
rijp	3,5	25,8		
Conditie (%)				
psychotherapie**	52,9	54,8	$\chi^2(1) = 0,05$	ns
gecomb. therapie***	47,1	45,2		
HDRS: 'Hamilton Depression Rating Scale'; SCLD: 'Symptom Checklist'-Depressie-subschaal.				
*Geen opleiding, middelbare school of mbo.				
**Kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie (KPSP).				
***KPSP + medicatie.				

HDRS: 'Hamilton Depression Rating Scale'; SCLD: 'Symptom Checklist'-Depressie-subschaal.

*Geen opleiding, middelbare school of mbo.

**Kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie (KPSP).

***KPSP + medicatie.

“Therapeut Evaluatie Formulier”

In ruim de helft van de therapieën werd uitsluitend (15%) of voornamelijk steungevend (42,9%) gewerkt. In gelijke mate steungevend en inzichtgevend werd bij 34,7% van de therapieën toegepast, voornamelijk inzichtgevend bij 7,5%. Uitsluitend inzichtgevend kwam niet voor. Bij de meeste patiënten werden onrijpe (35,4%) of neurotische (51,7%) afweerstijlen door de therapeuten herkend en 12,9% werd beoordeeld als rijp.

Relatie aard interventies met kenmerken

Verschillen bij het gebruik van steungevende of inzichtgevende techniek in relatie tot sociodemografische variabelen, depressiekenmerken, afweerstijl en de onderzoeksconditie, worden weergegeven in tabel 2.

Uit tabel 2 blijkt dat de therapeutische techniek niet was gerelateerd aan sociodemografische variabelen of depressiekenmerken. Bij afweerstijl was er verschil in techniek: meer steun bij onrijp, meer inzicht bij rijp.

Aard interventies en behandelresultaat

In tabel 3 zijn de gemiddelde pre-postscores weergegeven van de therapieën met meer steungevende versus meer inzichtgevende technieken.

Op beide uitkomstmaten leidden gemengd inzichtgevend-steungevende interventies tot betere resultaten dan steungevende interventies alleen. Tabel 4 toont de resultaten van de multi-pele lineaireregressieanalyse.

In het eerste model was een leeftijd boven de 40 een significante voorspeller voor therapie succes. Na toevoeging van therapeutische techniek bleek inzichtgevende techniek ook significant gerelateerd aan het behandel succes. Als vervolgens afweerstijl werd toegevoegd, veranderde de B van techniek meer dan 10%, hetgeen betekende dat er sprake was van confounding door afweer. Leeftijd en een hoog opleidingsniveau bleven wel voorspellers voor de uitkomst.

Interactie techniek x afweer

Ten slotte werd de interactieterm toegevoegd. Deze had geen toegevoegde waarde, hetgeen betekende dat model 3 het beste model was.

DISCUSSIE

Afweerstijl en interventietype

Onze bevindingen zijn driedig. Ten eerste zijn inzichtgevende interventies gerelateerd aan een beter behandelresultaat. Ten tweede is, naast leeftijd en opleidingsniveau, rijpe afweerstijl de belangrijkste onafhankelijke voorspeller van therapie succes en hiermee is afweerstijl een confounder in de relatie tussen de aard van de toegepaste techniek en behandeluitkomst. De aard van de techniek wordt dus aangepast aan het niveau van de afweer. Tot slot vinden we geen interactieverband tussen inzichtbevorderende interventies, rijpe afweerstijl en behandel succes. Dit weer spreekt de algemeen aanvaarde aanname dat inzichtbevorderende interventies, toegepast bij

TABEL 3 Behandel succes (verschil scores tussen aanvang en week 24) in relatie tot gebruikte therapeutische techniek, gecorrigeerd voor ernst bij aanvang

Uitkomst	Therapeutische techniek (“Therapeut Evaluatie Formulier”)		df	p
	Steungevend (n = 85)	Inzichtgevend (n = 62)		
Gem. HDRS-score (SD)				
Bij aanvang	17,80 (3,53)	18,19 (3,33)		
Week 24	10,95 (7,24)	8,19 (6,13)	F (1) = 6,47	0,01
Gem. SCL-D-score (SD)				
Bij aanvang	48,38 (9,24)	48,50 (9,09)		
Week 24	34,93 (13,11)	29,15 (10,84)	F (1) = 8,87	< 0,01

TABEL 4 Voorspellers van behandel succes (HDRS na afloop van de behandeling); multiële lineaire regressie-analyse (methode enter) met verklaarde variantie per model (n = 134)

Modellen	B (95%-BI)	p	verklaarde variantie
Model I			R ² = 6%
Geslacht (vrouw)	1,89 (-0,71-4,51)	ns	
Leeftijd (40-65)	2,46 (-0,04-4,96)	ns	
Opleidingsniveau (hoog) *	1,58 (-0,89-4,05)	ns	
≥ 1 depressieve episode(s)	-0,51 (-3,11-2,09)	ns	
HDRS bij aanvang	0,12 (-0,23-0,46)	ns	
Model II			R ² = 16%
Geslacht (vrouw)	2,24 (-0,24-4,71)	ns	
Leeftijd (40-65)	2,42 (0,05-4,79)	ns	
Opleidingsniveau (hoog) *	2,41 (-0,04-4,79)	ns	
≥ 1 depressieve episode(s)	-1,61 (-4,16-0,93)	ns	
HDRS bij aanvang	0,18 (-0,15-0,51)	ns	
Techniek (inzichtgevend)	-2,73 (-4,12- -1,36)	< 0,01	
Model III			R ² = 22%
Geslacht (vrouw)	2,41 (0,02-4,80)	ns	
Leeftijd (40-65)	2,85 (0,54-5,15)	0,02	
Opleidingsniveau (hoog) *	2,86 (0,54-5,17)	0,02	
≥ 1 depressieve episode(s)	-2,10 (-4,57-0,37)	ns	
HDRS bij aanvang	0,19 (-0,13-0,50)	ns	
Techniek (inzichtgevend)	-1,12 (-2,78-0,53)	ns	
Afweer (rijp)	-3,39 (-5,47- -1,30)	< 0,01	
Model IV			R ² = 22%
Geslacht (vrouw)	2,42 (0,01-4,82)	ns	
Leeftijd (40-65)	2,84 (0,53-5,16)	0,02	
Opleidingsniveau (hoog) *	2,86 (0,54-5,18)	0,02	
≥ 1 depressieve episode(s)	-2,09 (-4,58-0,41)	ns	
HDRS bij aanvang	0,18 (-0,14-0,51)	ns	
Techniek (inzichtgevend)	-0,91 (-4,68-2,87)	ns	
Afweer (rijp)	-3,09 (-8,06-1,87)	ns	
Techniek x afweer	-0,12 (-1,97-1,73)	ns	

*hbo of wo.

patiënten met een rijpe afweerstijl, ook leiden tot een beter behandelresultaat.

Het geven van steun of inzicht is niet gerelateerd aan geslacht, leeftijd of opleidingsniveau en evenmin aan de ernst of duur van de depressie. Dat is opvallend omdat in de praktijk meestal gedacht wordt dat steungevende interventies geschikter zijn bij patiënten met ernstiger beelden en een lagere opleiding en daarom bij hen meer worden toegepast.

Inzichtgevende interventies worden vooral toegepast bij patiënten met een overwegend rijpe

afweerstijl en dat is conform de gangbare psychoanalytische theorie en praktijk (Gabbard 2005; Greenson 1967). Wij vinden, in tegenstelling tot sommige andere onderzoekers (Barber e.a. 1996; Crits-Christoph & Connolly 1999; Milbrath e.a. 1999; Piper e.a. 1998; 1999; Schut e.a. 1998), echter niet dat deze interventies bij patiënten met rijpe afweerstijlen ook leiden tot een beter behandelresultaat. Daarbij moeten we rekening houden met het feit dat uitsluitend en voornamelijk inzichtgevende interventies weinig werden toegepast. KPSP in deze populatie, met deze therapeuten, betreft

dus vooral de inzichtbevorderende steungevende interventies. Deze werkwijze kan verklaren waarom over de gehele groep genomen, inzichtbevorderende interventies een beter behandelresultaat laten zien, zowel bij patiënten met onrijpere als rijpere afweerstijlen. Dit is in overeenstemming met recente studies die vinden dat patiënten met onrijpe afweerstijlen ook kunnen profiteren van inzicht bevorderende technieken (Leischenring 2005; Owen & Hilsenroth 2011).

De bevinding dat uiteindelijk rijpheid van de afweerstijl de sterkste voorspeller voor uitkomst bleek is in overeenstemming met eerdere studies (Bond & Perry 2004; Coleman e.a. 2010; Høglend & Perry 1998; Van e.a. 2009) en wijst op de relevantie van het inschatten van het niveau van afweer bij de behandeling van depressies.

Beperkingen en sterke punten

Deze studie heeft een aantal beperkingen waarmee rekening gehouden moet worden. Allereerst was er geen experimentele manipulatie van de techniek en werd deze achteraf door therapeuten zelf beoordeeld. Hoewel de therapeuten blind waren voor de uitkomstscores kan hun oordeel wel zijn beïnvloed door het ingeschatte klinische resultaat. Deze aanpak komt overeen met de dagelijkse praktijk waarin klinici hun interventies voortdurend aanpassen aan dergelijke oordelen. Enkele recente studies ondersteunen het nut om ook dergelijke in wetenschappelijk opzicht 'zachte kennis' te betrekken bij het procesonderzoek in psychotherapie (Bierman e.a. 2006; Ghaderi 2006).

In de tweede plaats moet de psychometrische kwaliteit van het TEF verder worden onderzocht op zijn constructvaliditeit door de categorieën techniek en afweer te vergelijken met andere instrumenten die dit meten zoals de 'Inventory of Personality Organization' (Clarkin e.a. 1995).

In de derde plaats onderzochten we enkel de voorspellende waarde van het klinische oordeel van de therapeut en betrokken daarbij niet andere procesvariabelen zoals de kwaliteit van therapeutische relatie. Want inzichtgevende interventies,

ook bij patiënten met een zwakke persoonlijkheidsstructuur, lijken vooral werkzaam in de context van een goede relatie (Gabbard & Horowitz 2009).

Een sterk punt van deze studie is dat de gegevens afkomstig zijn van een welomschreven populatie van patiënten depressieve die met een identieke en beproefde psychoanalytische benadering behandeld werden voor depressie. KPSP biedt de mogelijkheid om steungevende en inzichtbevorderende interventies gedifferentieerd en geïndiceerd, door de therapeut, toe te passen. Dat stelde ons in staat om in een natuurlijke therapeutische context de relatieve bijdrage van deze interventies na te gaan.

Aanbevelingen voor de klinische praktijk

In tegenstelling tot afweerstijl bleek het inschatten van de persoonlijkheidsorganisatie volgens Kernberg (1984), op basis van enkel de klinische blik, onvoldoende betrouwbaar. Het klinisch oordeel is echter wel van belang voor de te kiezen therapeutische techniek: meer steunvend of meer inzichtbevorderend werken. Dit onderzoek wijst er bovendien op dat de clinicus een duidelijke indruk heeft van het niveau van de afweer, maar dat in tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, de resultaten ruimte bieden tot het breder toepassen van inzichtbevorderende interventies in de behandeling van depressie, ook bij patiënten die gebruik maken van primitieve afweermechanismen.

LITERATUUR

- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4de druk)
Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Arrindell WA, Ettema, JH. SCL-90. Handleiding bij een
multidimensionele psychopathologie-indicator. Lisse: Swets
& Zeitlinger; 1986.
- Barber JP, Crits-Christoph P, Luborsky L. Effects of therapist adherence
and competence on patient outcome in brief dynamic therapy.
J Consult Clin Psychol 1996; 64: 619-22.

- Blatt SJ, Zuroff DC, Hawley LL, Auerbach JS. Relatedness and self-definition: Predictors of therapeutic change. *Psychother Res* 2010; 20: 37-54.
- Bierman KL, Nix RL, Maples JJ. Examining clinical judgment in an adaptive intervention design: the fast track program. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 468-81.
- Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1665-71.
- Chambless D, Ollendick T. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Ann Rev Psychol* 2001; 52: 685-716.
- Clarkin JF, Foelsch PA, Kernberg OF. The inventory of personality organization (IPO). New York: Cornell University Medical College; 1995.
- Coleman D, Cole D, Wuest L. Cognitive and psychodynamic mechanisms of change in treated and untreated depression. *J Clin Psychol* 2010; 66: 215-28.
- Crits-Christoph P, Connolly MB. Alliance and technique in short-term dynamic therapy. *Clin Psychol Rev* 1999; 6: 687-704.
- Daenen EW, Van Reekum AC, Knapen PM, Verheul R. Long term outpatient psychotherapy is effective: A critical review of the literature per disorder. *Tijdschr Psychiatr* 2005; 47: 603-12.
- Dekker J, Koelen JA, Van HL, Schoevers RA, Peen J, Hendriksen M, e.a. Speed of action: the relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. *J Affect Disord* 2008; 109: 183-8.
- Dekker J, Molenaar PJ, Kool S, van Aalst G, Peen J, de Jonghe F. Dose-effect relations in time-limited combined psychopharmacological treatment for depression. *Psychol Med* 2004; 35: 47-58.
- Diener MJ, Hilsenroth MJ, Weinberger J. Therapists affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 936-41.
- Driessen E, Cuijpers P, de Maat SCM, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJM. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta analysis. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 25-36.
- Driessen E, Van HL, Schoevers RA, Cuijpers P, van Aalst G, Don FJ, e.a. Cognitive behavioral therapy versus short psychodynamic supportive psychotherapy in the outpatient treatment of depression: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2007; 58, doi:10.1186/1471-244X.
- Garb HN. Improving psychological assessment. In: *Studying the clinician: judgment, research and psychological assessment*. Washington: American Psychological Association; 1998.
- Grove WM, Zald, DH, Lebow, BS, Snitz, BE, Nelson, C. Clinical versus mechanical prediction: a meta analysis. *Psychological Assessment* 2000; 12: 19-30.
- Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. (4de druk) Washington: American Psychiatric Publishing; 2005.
- Gabbard GO, Horowitz MJ. Insight, transference interpretation and therapeutic change in the dynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 517-21.
- Ghaderi A. Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 2006; 44: 273-88.
- Greenson, RR. *The technique and practice of psychoanalysis*. London: Hogarth Press; 1967.
- Hamilton, M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967; 6: 278-96.
- Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Pinsker H. A randomised prospective study comparing supportive and dynamic therapies: Outcome and alliance. *J Psychother Pract Res* 1998; 7: 261-71.
- Hendriksen M, Van HL, Schoevers RA, de Jonghe FERER, Gijsbers van Wijk CMT, Peen J, e.a. Therapist judgment of defense styles and therapeutic technique related to outcome in psychodynamic psychotherapy for depression. *Psychother Psychosom* 2011; 80: 377-9.
- Hilsenroth MJ, Defife JA, Blake MM, Cromer TD. The effects of borderline pathology on short-term psychodynamic psychotherapy for depression. *Psychother Res* 2007; 17: 172-84.
- Høglend P, Bogwald K, Amlo S, Marble A, Ulberg R, Sjaastad MC, e.a. Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *Am J Psychiatry* 2008; 165: 763-71.
- Høglend P, Perry J. Defensive functioning predicts improvement in major depressive episodes. *J Nerv Ment Dis* 1998; 86: 238-43.
- Jonghe F de. *Kort en krachtig*. Amsterdam: Benecke; 2005.
- Jonghe F de. *Leidraad voor het scoren van de Hamilton Depression Rating Scale*. Amsterdam: Benecke; 1994.
- Jonghe F de, Hendriksen M, van Aalst G, Kool S, Peen J, Van R, e.a. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 37-45.

- Jonghe F de, Kool S, van Aalst G, Dekker J, Peen J. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord* 2001; 64: 217-29.
- Kernberg OF. Severe personality disorders, psychotherapeutic strategies. New Haven: Yale University Press; 1984.
- Landis JR, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.
- Leischenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Int J Psychoanal* 2005; 86: 841-68.
- Milbrath C, Bond M, Cooper S, Znoj HJ, Horowitz MJ, Perry JC. Sequential consequences of therapist's interventions. *J Psychother Pract Res* 1999; 8: 40-54.
- Norcross JC, Wampold BE. What works for whom: tailoring psychotherapy to the person. *J Clin Psychol* 2011; 67: 127-32.
- Owen J, Hilsenroth MJ. Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 2011; 6: 384-9.
- Piper WE, Joyce AS, McCallum M, Azim HF. Interpretative and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 558-67.
- Piper WE, McCallum M, Joyce AS, Azim HF, Ogrodniczuk JS. Follow-up findings for interpretative and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 267-73.
- Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press; 2005.
- Schut AJ, Castonguay LG, Flanagan KM, Yamasaki AS, Barber JP, Bedics JD, e.a. Therapist interpretation, patient-therapist interpersonal process, and outcome in psychodynamic psychotherapy for avoidant personality disorder. *Psychother Theor Res* 2005; 42: 494-511.
- Siefert CJ, Hilsenroth MJ, Weinberger J, Blagys MD, Ackerman SJ. The relationship of patient defensive functioning and alliance with therapist technique during short-term psychodynamic psychotherapy. *Clin Psychol Psychother* 2006; 13: 20-33.
- Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM, Geier T, Grant BF, Hasin DS. Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 257-64.
- Vaillant GE. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 24: 107-18.
- Van HL, Dekker J, Peen J, Abraham R, Schoevers RA. Predictive value of self-reported and observer rated defense style in depression treatment. *Am J Psychother* 2009; 63: 25-39.
- Wallerstein RS. Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy. New York: Guilford Press; 1986.
- Westen D, Gabbard GO, Blagov P. Back to the future: personality structure as a context for psychopathology. In: Krueger RF, Tackett J, red. *Personality and psychopathology*. New York: Guilford Press; 2006. p. 335-84.
- Westen D, Weinberger J. In Praise of clinical judgement: Meehl's forgotten legacy. *J Clin Psychol* 2005; 61(10): 1257-1276.

AUTEURS

MARIËLLE HENDRIKSEN, GZ-psycholoog/psycho-analytisch psychotherapeut, NPI en Arkin GGZ, Amsterdam.

JACK J.M. DEKKER, Arkin GGZ, en hoogleraar Klinische Psychologie, Vrije Universiteit, faculteit Psychologie en Pedagogiek, Amsterdam.

FRANS E.R.E.R. DE JONGHE, emeritus hoogleraar Psychiatrie, Arkin GGZ, Amsterdam.

CECILE M.T. GIJSBERS VAN WIJK, psychiater, lid Raad van Bestuur Rivierduinen.

JAAP PEEN, senior onderzoeker, Arkin GGZ, Amsterdam.

HENRICUS L. VAN, psychiater, A-opleider, Arkin GGZ, Amsterdam.

Alle auteurs waren ten tijde van dit onderzoek lid van de Arkin Depressie Onderzoeksgroep.

Correspondentieadres: Mariëlle Hendriksen, NPI en Arkin GGZ, Frederik Hendrikstraat 47, 1052 HK Amsterdam.

Email: mahen@xs4all.nl

Strijdige belangen: de hoofdstudie werd ondersteund door Wyeth Lederle (aanvullende subsidie aan Arkin).

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-7-2012.

SUMMARY

Defence style and therapeutic technique as predictors of the outcome of psychodynamic psychotherapy in depression – M. Hendriksen, J.J.M. Dekker, F.E.R.E.R. de Jonghe, C.M.T. Gijsbers van Wijk, J. Peen, H.L. Van –

BACKGROUND In psychodynamic psychotherapy it is assumed that insight-fostering interventions lead to better results when used with patients who have relatively strong personality structures.

AIM To investigate to what extent the use of supportive or insight-fostering interventions is determined by sociodemographic variables, the severity, duration and recurrence of depression and defence style and to find out whether the type of intervention used can predict the treatment outcome of psychotherapy in depression.

METHOD The study-group consisted of 147 depressed patients with or without a comorbid personality disorder who had been treated with supportive PsychoDynamic Therapy (PDT) with or without medication and for whom the Therapist Evaluation Form (TEF) was available. On the TEF the therapist assessed the patients' defence style and the therapeutic technique that was used. The most important outcome measure was the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D).

RESULTS No correlation was found between technique used and sociodemographic characteristics or the severity and duration of the depression. Insight-fostering interventions were related to better treatment outcomes. Not only age and educational level but also defence style turned out to be confounding variables in the relationship between technique and outcome. We found no interaction between treatment success and insight-fostering interventions in patients who used mature defence styles.

CONCLUSION In our study it was defence style as evaluated by the therapist rather than the technique used which was the strongest independent predictor of a successful outcome. This indicates that patients with primitive defence styles may also benefit from insight-fostering interventions.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)4, 247-257]

KEY WORDS defence style, depression, outcome, psychodynamic psychotherapy, technique