

# Behandeling voor chronische depressie: 'cognitive behavioral analysis system of psychotherapy' (CBASP)

J.E. WIERSMA, D.J.F. VAN SCHAİK, M.B.J. BLOM, L. BAKKER, P. VAN  
OPPEN, A.T.F. BEEKMAN

**ACHTERGROND** Chronische depressie komt veel voor in de tweede lijn. De huidige behandelmethoden binnen de tweede lijn schieten vaak te kort bij patiënten met chronische depressie. Een effectieve behandelmethode specifiek gericht op deze problematiek kan een welkome aanvulling zijn op het behandelaanbod binnen de ggz.

**DOEL** Het beschrijven van 'cognitive behavioral analysis system of psychotherapy' (CBASP), de eerste vorm van psychotherapie die specifiek ontworpen is voor de behandeling van chronische depressie.

**METHODE** Bespreken van de evidence, de rationale en de belangrijkste technieken van CBASP.

**RESULTATEN** In een grote studie in de Verenigde Staten bleek CBASP effectief. De bevindingen van de Amerikaanse studie zijn nog niet gerepliceerd en er is nog weinig bekend over de implementatiemogelijkheden van deze methode. Om die reden is er binnen drie ggz-instellingen een gecontroleerd onderzoek gestart naar de effectiviteit van CBASP in Nederland.

**CONCLUSIE** CBASP wordt geadviseerd als behandel mogelijkheid voor chronische depressie in de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn Depressie, maar de evidence moet nog verder onderbouwd worden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)10, 727-736]

**TREFWOORDEN** CBASP, chronische depressie, psychotherapie

Epidemiologisch onderzoek laat zien dat bij ongeveer 20% van de mensen met een depressieve stoornis de duur van de episode 2 jaar of langer is (Judd e.a. 1998; Spijker e.a. 2004). Binnen de tweede lijn ligt dit percentage hoger: daar is bij 25-35% van de patiënten het beloop van de depressie chronisch (First e.a. 1996; Rush e.a. 1995). Resultaten van de Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR\*D)-studie lieten zien dat in een groep patiënten uit de eerste en de tweede lijn 25% een chronische depressie had (Gilmer e.a. 2008). In

vergelijking met depressies met episoden van kortere duur leiden deze chronisch verlopende depressies tot meer ziektelast, meer suïcidepogingen en meer zorggebruik (Klein e.a. 2000; Spijker e.a. 2002). Chronische depressie gaat gepaard met meer lichamelijke en psychiatrische comorbiditeit (Keller 1994) en een significante verslechtering van het beroepsmatig en interpersoonlijk functioneren (Enns & Cox 2005; Klein & Santiago 2003).

Binnen de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) werd gevonden dat patiënten

met een chronische depressie ernstiger depressieve symptomen rapporteerden, vaker een comorbide angststoornis hadden (77,7% versus 62,2%) en vaker een vorm van jeugdtrauma hadden ervaren dan patiënten met korter durende depressieve episoden (Wiersma e.a. 2009). Onderzoek naar comorbiditeit met persoonlijkheidsstoornissen laat zien dat er bij ongeveer 50% van de patiënten met een chronische depressie, gemeten met gestructureerde klinische interviews, een comorbide persoonlijkheidsstoornis uit cluster B of C kan worden vastgesteld (McCullough e.a. 1996). Bij ongeveer 30% is er sprake van middelenmisbruik (Keller e.a. 1995; Weissman e.a. 1988).

#### BEHANDELING VAN CHRONISCHE DEPRESSIE

Chronische depressie wordt vaak niet specifiek gediagnosticeerd doordat patiënten met een chronische depressie vooral hun actuele (comorbide) klachten en psychosociale problemen aan de behandelaar rapporteren. Ze beschouwen hun chronische depressieve klachten als normaal, waardoor ze deze klachten niet noemen en denken dat deze niet geschikt zijn voor behandeling (Klein & Santiago 2003). Hierdoor wordt de chroniciteit van de depressie vaak pas in een later stadium herkend (McCullough 2000).

Alhoewel er geen studies zijn die zich specifiek hebben gericht op het effect van interpersoonlijke psychotherapie (IPT) of cognitieve gedragstherapie (CGT) bij chronische depressie, zijn er wel aanwijzingen in de literatuur dat de *evidence-based* behandelmethoden voor depressie, zoals farmacotherapie, CGT en IPT, minder goede resultaten hebben bij patiënten met meer chronische vormen van depressie, zoals dysthymie (Blom & Jonker 2005; Blom e.a. 2007; Browne e.a. 2002; Kocsis 2003; Markowitz 2003; Riso & Newman 2003). Resultaten van de STAR\*D-studie naar het effect van farmacotherapie bij acute versus chronische depressie lieten zien dat de remissiepercentages tussen de groepen significant verschilden, namelijk 30 in de acute versus 24 in de chronische groep (Gilmer e.a. 2008).

In een aantal grote studies werd gevonden dat de combinatie van farmacotherapie en psychotherapie betere resultaten gaf bij patiënten met een chronische depressie dan farmacotherapie of psychotherapie alleen (De Maat e.a. 2007; Hollon e.a. 2006; Keller e.a. 2000; Pampallona e.a. 2004; Thase e.a. 1997). Het remissiepercentage varieerde van 43-48 voor de combinatiebehandeling versus 25-32 voor één van beide. Tevens leidde de combinatiebehandeling tot het sneller bereiken van remissie bij chronische depressie dan farmacotherapie of psychotherapie alleen (Manber e.a. 2008). Het behandel-effect was het grootst in de studie van Keller e.a. (2000) waarin *cognitive behavioral analysis system of psychotherapy* (CBASP), de eerste vorm van psychotherapie die specifiek ontworpen is voor de behandeling van chronische depressie, gecombineerd werd met het antidepressivum nefazodon. Dit middel is overigens in 2003 in Europa uit de handel genomen wegens weliswaar zeer zeldzame, maar ernstige hepatotoxische bijwerkingen.

Aangezien er nog maar weinig bekend is over CBASP zullen wij in dit artikel achtereenvolgens de evidence, de rationale en de belangrijkste technieken van deze relatief nieuwe vorm van psychotherapie bespreken.

#### EVIDENCE

Remissiepercentages CBASP is in 1974 ontwikkeld en gedurende de jaren tachtig en negentig verder uitgewerkt. In 1995 verscheen de therapeutenhandleiding (McCullough 1995). Deze handleiding werd toegepast in de eerder genoemde studie naar de effectiviteit van de combinatiebehandeling van CBASP en nefazodon bij patiënten met een chronische depressie (Keller e.a. 2000). In dit onderzoek (n = 681) werd CBASP vergeleken met behandeling met het genoemde antidepressivum en met de combinatie van beide. Gedurende 12 weken ontvingen patiënten in de CBASP-conditie en in de conditie met gecombineerde behandeling 16-20 sessies CBASP (na 4 tot 8 weken werd van 2 sessies per

week overgegaan op wekelijkse sessies). Medicatie werd opgebouwd van 100 mg naar maximaal 600 mg nefazodon per dag. De resultaten lieten zien dat zowel CBASP als nefazodon als monotherapie effectief was, met remissiepercentages van respectievelijk 33 en 29. De combinatie van beide liet echter het grootste effect zien, met een remissiepercentage van 48.

Tijdens de continueringsfase van 4 maanden kregen de patiënten uit de gecombineerde behandelconditie 6 sessies CBASP, namelijk een keer per 2 weken gedurende week 12-20 en 2 maandelijkse sessies gedurende week 20-28, en maandelijkse medicatieconsulten. De patiënten uit de CBASP-conditie kregen alleen 6 sessies CBASP en de patiënten uit de nefazodonconditie alleen maandelijkse medicatieconsulten. Uit de resultaten van de continueringsfase kwam naar voren dat er opnieuw geen verschillen waren tussen de CBASP- en de nefazodongroep en dat de combinatie van beide het beter deed (Kocsis e.a. 2003).

De patiënten die niet reageerden op de monotherapie in de acute fase namen deel aan de *cross-over* fase. Zij wisselden van conditie; wie eerst nefazodon had gekregen, kreeg nu CBASP en vice versa. De remissiepercentages na 12 weken waren 36 versus 27 voor CBASP en nefazodon. Deze resultaten suggereren dat het wisselen van behandeling bij patiënten met een chronische depressie tussen CBASP en medicatie, als één van beide behandelingen niet goed blijkt aan te slaan, een zinvolle strategie is (Schatzberg e.a. 2005).

**Onderhoudsbehandeling** Tot slot hebben Klein en collega's (2004) gekeken naar CBASP als onderhoudsbehandeling. Gedurende een jaar vergeleken zij maandelijkse CBASP-sessies met een maandelijks assessment bij de patiënten uit de controleconditie. Het assessment bestond uit een afspraak met de projectcoördinator en een onkostenvergoeding om te zorgen dat patiënten in het onderzoek bleven. Deelnemers in de CBASP-onderhoudsconditie hadden een terugvalpercentage van 2,6 versus 20,9 in de assessmentconditie. Deze resultaten suggereren dat

CBASP ook als onderhoudsbehandeling geschikt is voor patiënten met een chronische depressie.

**Aanvullende analyses** Naast bovengenoemde studies naar het effect van CBASP zijn er binnen deze groep ook aanvullende analyses verricht. Klein e.a. (2003) onderzochten de invloed van de kwaliteit van de therapeutische relatie op het behandelresultaat. Zij vonden dat een goede therapeutische relatie bij de start van de behandeling (in week 2 na 4 sessies) een significante voorspeller was voor het behandelresultaat in zowel de CBASP- als de combinatiegroep.

Nemeroff e.a. (2003) hebben in een retrospectieve analyse gekeken naar de rol van jeugdtrauma op het effect van de behandeling. Zij vonden dat de patiënten met een chronische depressie met jeugdtrauma significant meer baat hadden bij CBASP (met of zonder nefazodon) dan bij behandeling met nefazodon alleen. De combinatie van CBASP en nefazodon was niet effectiever dan CBASP alleen bij de patiënten met een jeugdtrauma.

Ninan e.a. (2002) vergeleken het effect van nefazodon, CBASP en de combinatie op de comorbide angstklachten. Het bleek dat bij patiënten met een angststoornis nefazodon alleen of in combinatie met CBASP de angstsymptomen sneller deed verbeteren dan CBASP alleen.

Manber e.a. (2008) keken naar de invloed van comorbide angst op de depressieremissie en zij vonden dat naarmate de angstklachten ernstiger waren, het remissiepercentage lager werd. Dit gold zowel voor de patiënten in de combinatiegroep als voor die in de beide monotherapiecondities. Ernstige angstklachten waren in deze studie dus een belemmerende factor voor herstel van de depressie.

Comorbide as II-stoornissen (met name cluster C) waren in deze studie geen belemmerende factor voor herstel van de depressie (Maddux e.a. 2009). Het hebben van een comorbide persoonlijkheidsstoornis had geen negatief effect op de behandeluitkomst. Dit gold zowel voor patiënten in de CBASP-conditie als voor degenen in de nefazodonconditie.

Hirschfeld e.a. (2002) keken naar het effect van de behandeling op het psychosociaal functioneren, zoals functioneren op het werk, op sociaal vlak en de (medische) gezondheid van patiënten met een chronische depressie. Verbeteringen van psychosociaal functioneren traden het sterkst op in de combinatieconditie. Ondanks de verbeteringen die optraden, bleef er bij de patiënten die remissie hadden bereikt, in vergelijking met de bevolkingsnorm, sprake van verminderd psychosociaal functioneren.

#### RATIONALE VAN CBASP

McCullough baseert zijn rationale op een aantal volgens hem belangrijke kenmerken van patiënten met een chronische depressie: zij hebben het gevoel dat alles hen overkomt en dat ze slachtoffer zijn van de situatie. Ze trekken zich meer en meer terug en geloven er niet meer in dat hun situatie nog zal veranderen. In overeenstemming met het ontwikkelingsmodel van Piaget (1926) functioneren patiënten met een chronische depressie volgens McCullough (2000) op een 'pre-operationeel' niveau: ze zijn zich er niet van bewust dat zij hun eigen werkelijkheid beïnvloeden en dus ook kunnen veranderen. Het verband tussen *wat zij doen* en *het effect daarvan* is hun niet duidelijk. CBASP grijpt daarop aan en leert de patiënt op een 'operationeel' niveau te functioneren: de patiënt wordt zich bewust van het eigen aandeel in een interactie en de mogelijkheid hierin verandering te brengen.

CBASP integreert technieken uit de CGT, de IPT en de psychodynamische psychotherapie. Zo werkt de therapeut bij CBASP met huiswerkopdrachten, inventariseert wie de belangrijke personen in het leven van de patiënt zijn en past communicatieanalyses toe, eventueel aangevuld met elementen uit de sociale vaardigheidstraining. Daarnaast wordt ook een aantal specifieke, hierna te bespreken, technieken geïntroduceerd.

De verschillende technieken van CBASP hebben tot doel om (1) de patiënt te helpen de consequenties van zijn of haar gedrag voor anderen te

leren inzien; (2) nieuwe copingstrategieën aan te leren; en (3) sociale vaardigheden te verbeteren. CBASP is een gestructureerde methode waarin de problematische interacties van de patiënt met zijn of haar omgeving en ook met de therapeut, centraal staan. In tegenstelling tot wat gebruikelijk is bij CGT of IPT wordt de interactie met de therapeut expliciet gemaakt. De therapeutische relatie wordt gebruikt als instrument om patiënten bewust te maken van hun impact op anderen en leert hun onderscheid te maken tussen adaptieve en niet-adaptieve interacties. In die zin is er dus een overeenkomst met de psychodynamische psychotherapie, zij het dat het bespreken van de overdracht op een voor CBASP specifieke manier gebeurt (zie hierna).

De acute fase van de behandeling bestaat uit 12 weken waarin 16-20 sessies worden gegeven. CBASP start met tweewekelijkse sessies (van 45 minuten) in de eerste maand om een goede therapeutische relatie op te bouwen. Deze tweewekelijkse sessies kunnen, indien nodig, worden verlengd met 4 weken. Vervolgens wordt overgegaan op wekelijkse sessies. Na 12 weken (16-20 sessies) start de continueringsfase en vervolgens de onderhoudsfase, de sessies worden afgebouwd naar één keer per twee weken en vervolgens naar maandelijks sessies. De patiënten uit de studie van Keller e.a. (2000) ontvingen 6 sessies tijdens de continueringsfase en 12 maandelijks sessies tijdens de onderhoudsfase. Het is vooralsnog niet verder onderzocht of dit, gemiddeld gesproken, het optimale therapieschema is voor CBASP.

#### CBASP-BEHANDELING

##### *Start van de behandeling*

Tijdens de start van de behandeling ligt de nadruk op het inventariseren van het beloop van de depressieve klachten en op de interactiepatronen van de patiënt. Het beloop van de klachten brengt men tijdens de eerste sessie door middel van de *life chart* methode in kaart. De tweede sessie besteedt men aan de interactiepatronen. Hiervoor

neemt de therapeut de anamnese wat betreft 'belangrijke anderen' af. Aan de hand van de volgende vragen worden de belangrijke anderen van de patiënt besproken: 'Hoe was het om op te groeien in de buurt van ...?', 'Wat voor invloed heeft deze persoon op u (gehad)?'. En tot slot: 'Wat is het stempel dat deze persoon op u heeft gedrukt?' Op deze wijze tracht de therapeut een consistent thema te identificeren dat de verhouding karakteriseert die de patiënt met de voor hem of haar belangrijke anderen had. Op basis hiervan wordt een overdrachtshypothese geformuleerd. McCullough onderscheidt vier thema's waarbinnen de overdrachtshypothese kan worden opgesteld. Dit zijn: intimiteit/nabijheid, het tonen van emotionele behoeften, fouten maken en het uiten van negatieve gevoelens. Hij baseert deze vier thema's op zijn klinische ervaring met patiënten met een chronische depressie. Patiënten met een chronische depressie rapporteren vaak negatieve en afwijzende interacties met hun belangrijke anderen. Zij werden bijvoorbeeld mishandeld, gestraft of afgewezen als ze hun emoties toonden, een fout maakten of negatieve gevoelens uitten ten opzichte van hun ouders. De therapeut kiest op basis van wat de patiënt vertelt welk thema bij de betreffende patiënt het dominantst is. Hij (of zij) gebruikt de overdrachtshypothese om interpersoonlijke 'hot spots' te herkennen die een rol (kunnen gaan) spelen in het contact tussen hem en de patiënt.

Niet alleen maakt de therapeut na de tweede sessie expliciet hoe de patiënt hem ervaart of gaat ervaren, ook analyseert de therapeut meteen welke gevoelens de patiënt oproept. Hiervoor vult de therapeut de *Impact Message Inventory* (IMI; Kiesler 1996) in. De IMI is een vragenlijst die de therapeut invult om de houding van de patiënt ten opzichte van de therapeut te expliciteren. De IMI bestaat uit vier domeinen die vergelijkbaar zijn met de roos van Leary (1955): dominant versus onderdanig en vriendelijk versus vijandig. Met de IMI kan de therapeut het gedrag van de patiënt in een vroeg stadium herkennen en daarmee voorkomen in disfunctionele patronen van de patiënt mee te

gaan. De therapeut reageert altijd binnen het vriendelijke domein, terwijl hij of zij zich afvraagt: 'Wat doet deze patiënt met mij?' (en wat doet deze patiënt dus ook ongetwijfeld met anderen).

De gegevens die de therapeut heeft verkregen door de life chart, de anamnese wat betreft belangrijke anderen, de overdrachtshypothese en de IMI vormen de achtergrond waartegen hij of zij tijdens de behandeling de verschillende CBASP-technieken zal inzetten, zoals de situatieanalyse, de *interpersonal discrimination exercise*, gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid en socialevaardigheidstraining.

### Situatieanalyse

De belangrijkste techniek binnen CBASP is de situatieanalyse (SA). Hierbij legt men het gedrag van de patiënt onder een vergrootglas door te focussen op een concrete (meestal) problematische situatie op interactioneel gebied. Tijdens de SA worden de volgende stappen doorlopen:

- het beschrijven van een (problematische) situatie (met een duidelijk begin- en eindpunt);
- de gedachten/interpretaties van de patiënt tijdens de situatie;
- het gedrag van de patiënt tijdens de situatie;
- het feitelijke resultaat van de situatie (hoe eindigt de situatie?);
- het wenselijke resultaat van de situatie (hoe had je gewild dat de situatie was geëindigd?);
- werd het wenselijke resultaat bereikt?;
- waarom niet/wel?

Op deze manier legt men bij een recente concrete interpersoonlijke gebeurtenis verband tussen oorzaak en gevolg. De patiënt handelde op een bepaalde manier en kreeg een concreet resultaat. Omdat dit resultaat vaak negatief is (men kreeg niet wat men wilde), is de uitkomst pijnlijk. Deze pijn is de motiverende kracht achter verandering (McCullough 2000). SA leert patiënten de consequenties van hun gedrag te onderzoeken en na te denken over alternatieve gedachten en gedragingen die zouden kunnen leiden tot een meer gewenste uitkomst van de situatie.

### Interpersonal discrimination exercise (IDE)

Een techniek die de therapeut kan toepassen na het bespreken van een situatieanalyse is de *interpersonal discrimination exercise (IDE)*. Na het bespreken van de SA vraagt de therapeut de patiënt hoe bijvoorbeeld zijn of haar vader of moeder op het bespreken van deze situatie gereageerd zou hebben. Daarmee wordt het interactiepatroon met belangrijke anderen, zoals dat al eerder in de tweede sessie was geïdentificeerd, weer opgeroepen. De therapeut vraagt de patiënt daarna hoe hij of zij, de therapeut zelf, reageerde op de situatie en illustreert vervolgens dat er ook andere interacties mogelijk zijn. Door middel van de IDE leert de patiënt te differentiëren tussen de negatieve reacties van belangrijke anderen en de positieve reacties van de therapeut. Generalisatie van de 'nieuwe' interpersoonlijke mogelijkheden naar contacten in het dagelijkse leven is hiervan het doel. We illustreren de IDE aan de hand van een casus.

Een patiënt brengt een SA in: hij had ja gezegd tegen een opdracht van een collega, terwijl hij eigenlijk nee had willen zeggen.

Th.: Je hebt dit probleem nu met mij besproken, hoe was dat?

Pt.: Dat was wel prettig.

Th.: Hoe zou je vader vroeger gereageerd hebben als je hem zoiets verteld zou hebben?

Pt.: Mijn vader? Hij zou geërgerd zeggen 'dat los je zelf maar op'.

Th.: Hoe heb ik gereageerd? Wat zag je aan me, hoe sprak ik en wat zei ik?

Pt.: Jij was vriendelijk en luisterde en probeerde mij te helpen.

Th.: Wat is het verschil tussen mijn reactie en die van je vader?

Pt.: Jij luistert geïnteresseerd, mijn vader luisterde nooit naar mij.

Th.: Hoe voelt het om er zo met mij over te spreken?

Pt.: Ja, wel prettig.

Th.: Mijn reactie is anders dan die van je vader, wat betekent dit voor onze relatie?

Pt.: Dat ik dit soort dingen kan bespreken met jou.

Th.: En als dit met mij kan, dan kan dit misschien ook met anderen.

Pt.: Ja.

### Gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid

Een minder voorbeeldige patiënt zal zeggen: 'Je luistert alleen maar naar mij omdat je daar voor betaald wordt'. In een dergelijk geval kan de therapeut gebruikmaken van de techniek 'gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid'. Dit houdt in dat een therapeut zijn of haar persoonlijke betrokkenheid bij de patiënt duidelijk maakt. Het 'gedisciplineerd' verwijst ernaar dat de therapeut dit doet zonder grensoverschrijdend te zijn. De therapeut zegt direct wat de patiënt bij hem of haar oproept, maar doet dit alleen als hij of zij daarmee het doel van de therapie dient, namelijk dat de patiënt leert inzien welke reacties zijn gedrag bij anderen oproept en dat hij ook kan leren dit anders te doen. De consequenties van het gedrag worden expliciet gemaakt, evenals de implicaties die dit gedrag heeft voor het therapieproces. De therapeut blijft altijd in het vriendelijke domein (zie IMI hierboven). Een voorbeeld van deze gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid in een therapie sessie:

Th.: Je vertelt me dat ik alleen naar je luister omdat ik daar voor betaald word. Hoe denk je dat dat voor mij is om te horen?

Pt.: Geen idee.

Th.: Niet leuk. Ik vind onze gesprekken belangrijk, het is onzin dat ik alleen naar je luister omdat ik daar voor betaald word.

Pt.: Het was zomaar een opmerking.

Th.: Maar als je dat tegen me zegt, houd je me op afstand, is dat het effect dat je wilt hebben?

Pt.: Dat weet ik niet.

Th.: Ik wil juist de afstand tussen ons verkleinen, door je te laten weten dat ik deze gesprekken belangrijk vind. Hoe vind je dat om te horen?

Pt.: Ik kan me bijna niet voorstellen dat er iemand is die mijn problemen belangrijk vindt. Dat ben ik niet gewend.

Th.: Dat klopt, dat is nieuw voor je. En hoe is het om tegenover iemand te zitten die jouw problemen belangrijk vindt?

Pt.: Maf, maar wel oké.

Th.: Mooi. De afstand die ik net voelde, is weg, hoe kan dat?

Pt.: Doordat ik eerlijk tegen je ben?

Th.: Dat zou goed kunnen en het is erg prettig.

Tot slot, de meeste patiënten met een chronische depressie hebben baat bij een socialevaardigheidstraining. Sommigen om meer voor zichzelf op te komen, anderen om te leren hun woede en vijandigheid in toom te houden, af te wachten hoe de situatie zich voordoet en met minder emotionele lading te reageren. In de CBASP-procedure gaat men niet gedetailleerd in op de socialevaardigheidstraining, men legt alleen nadruk op het belang ervan, toegespitst op de individuele behoefte van de patiënt. Door middel van rollenspellen kan men oefenen met de problematische situaties die uit de situatieanalyses naar voren komen, zoals het leren nee zeggen, mening geven of hulp vragen.

## DISCUSSIE

CBASP is een relatief nieuwe behandelmethodede die zich specifiek richt op de chronisch depressieve patiënt. In een groot Amerikaans onderzoek was CBASP even effectief als medicatie in de behandeling van patiënten met een chronische depressie, en had de combinatietherapie een duidelijke meerwaarde. Om die reden wordt CBASP als behandelmogelijkheid voor chronische depressie genoemd in diverse richtlijnen, zo ook in de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2005).

Centraal in deze gestructureerde methode staan de problematische interacties van de patiënt met zijn of haar omgeving. CBASP integreert technieken uit de cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke psychotherapie en de psychodynamische psychotherapie. Hierdoor lijkt het CBASP-model bij verschillende stromingen aan te sluiten;

het is een goed uitvoerbare methode voor zowel therapeuten met een cognitief gedragstherapeutische als met een psychodynamische achtergrond. Naast het gebruik van bekende technieken uit andere therapievormen introduceert men nieuwe technieken zoals de interpersonal discrimination exercise en gedisciplineerde persoonlijke betrokkenheid. Daarbij gebruikt de therapeut zijn of haar persoonlijke reacties op het gedrag van de patiënt om deze te confronteren en de hardnekkige interactiepatronen van de patiënt te doorbreken.

De vraag is of deze aanvullende technieken CBASP daadwerkelijk een effectievere behandelmethodede maken dan de reeds bestaande methodeden. Kennis over de effectiviteit van CBASP is voornamelijk gebaseerd op slechts één studie, die nog niet gerepliceerd is en waarin niet gekeken is naar het effect van CBASP ten opzichte van andere vormen van psychotherapie. Het is tevens de vraag of de Amerikaanse resultaten ook voor de Nederlandse situatie gelden.

Om meer licht te kunnen werpen op de vraag of CBASP een goede toevoeging zou zijn binnen het Nederlandse behandelaanbod in de tweede lijn is er een gecontroleerde studie gestart naar de effectiviteit van CBASP in Nederland (Wiersma e.a. 2008). In december 2008 is de inclusieperiode afgesloten. In de loop van 2010 zullen de behandelresultaten bekend worden en kan een uitspraak gedaan worden in hoeverre CBASP daadwerkelijk een plaats verdient in het tweedelijnsbehandelaanbod voor patiënten met een chronische depressie in Nederland.

## LITERATUUR

- Blom, M.B.J., & Jonker, K. (2005). Chronisch maar niet hopeloos. Een overzicht van de psychotherapeutische mogelijkheden bij chronische depressie en dysthymie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 995-1007.
- Blom, M.B.J., Spinhoven, P., Hoffman, T.O., e.a. (2007). Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 104, 119-126.

- Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., e.a. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *Journal of Affective Disorders*, 68, 317-330.
- Enns, M.W., & Cox, B.J. (2005). Psychosocial and clinical predictors of symptom persistence vs remission in major depressive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 769-777.
- First, M.B., Donovan, S., & Frances, A. (1996). Nosology of chronic mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 29-39.
- Gilmer, W.S., Gollan, J.K., Wisniewski, S.R., e.a. (2008). Does the duration of index episode affect the treatment outcome of major depressive disorder? A STAR\*D report. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1246-1256.
- Hirschfeld, R.M., Dunner, D.L., Keitner, G., e.a. (2002). Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biological Psychiatry*, 51, 123-133.
- Hollon, S.D., Shelton, R.C., Wisniewski, S., e.a. (2006). Presenting characteristics of depressed outpatients as a function of recurrence: preliminary findings from the STAR\*D clinical trial. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 59-69.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D., e.a. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 694-700.
- Keller, M.B. (1994). [Long-term treatment of depression]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 62, 32-38.
- Keller, M.B., Harrison, W., Fawcett, J.A., e.a. (1995). Treatment of chronic depression with sertraline or imipramine: preliminary blinded response rates and high rates of undertreatment in the community. *Psychopharmacological Bulletin*, 31, 205-212.
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., e.a. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *The New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Kiesler, D.J. (1996). From communications to interpersonal theory: a personal odyssey. *Journal of Personality Assessment*, 66, 267-282.
- Klein, D.N., & Santiago, N.J. (2003). Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 807-816.
- 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.
- Klein, D.N., Schwartz, J.E., Rose, S., e.a. (2000). Five-year course and outcome of dysthymic disorder: a prospective, naturalistic follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 931-939.
- Klein, D.N., Schwartz, J.E., Santiago, N.J., e.a. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 997-1006.
- Kocsis, J.H. (2003). Pharmacotherapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 885-892.
- Kocsis, J.H., Rush, A.J., Markowitz, J.C., e.a. (2003). Continuation treatment of chronic depression: a comparison of nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, and their combination. *Psychopharmacology Bulletin*, 37, 73-87.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005). Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie 2005. Websites: [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl); [www.cbo.nl](http://www.cbo.nl). (2005).
- Leary, T. (1955). The theory and measurement methodology of interpersonal communication. *Psychiatry*, 18, 147-161.
- Maat, S.M. de, Dekker, J., Schoevers, R.A., e.a. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 22, 1-8.
- Maddux, R.E., Riso, L.P., Klein, D.N., e.a. (2009). Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *Journal of Affective Disorders*. (Ter perse).
- Manber, R., Kraemer, H.C., Arnow, B.A., e.a. (2008). Faster remission of chronic depression with combined psychotherapy and medication than with each therapy alone. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 459-467.
- Markowitz, J.C. (2003). Interpersonal psychotherapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 847-858.
- McCullough, J.P. (2000). *Treatment for chronic depression. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McCullough, J.P. (1995). *Therapist manual for cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. Richmond: Virginia Commonwealth University
- McCullough, J.P., Kornstein, S.G., Belyea-Caldwell, S., e.a. (1996). Differential diagnosis of chronic depressive disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 55-71.
- Nemeroff, C.B., Heim, C.M., Thase, M.E., e.a. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in pa-



- tients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences U.S.A.*, 100, 14293-14296.
- Ninan, P.T., Rush, A.J., Crits-Christoph, P., e.a. (2002). Symptomatic and syndromal anxiety in chronic forms of major depression: effect of nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, and their combination. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 434-441.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., e.a. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61, 714-719.
- Piaget, J. (1962). The stages of the intellectual development of the child. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 26, 120-128.
- Riso, L.P., & Newman, C.F. (2003). Cognitive therapy for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 817-831.
- Rush, A.J., Laux, G., Giles, D.E., e.a. (1995). Clinical characteristics of outpatients with chronic major depression. *Journal of Affective Disorders*, 34, 25-32.
- Schatzberg, A.F., Rush, A.J., Arnow, B.A., e.a. (2005). Chronic depression: medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Archives of General Psychiatry*, 62, 513-520.
- Spijker, J., Bijl, R.V., de Graaf, R., e.a. (2004). Depressie: langer durende episode niet zonder meer een verwijzindicatie (Ingezonden). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 247-248.
- Spijker, J., de, Graaf, R., Bijl, R.V., e.a. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *The British Journal of Psychiatry*, 181, 208-213.
- Thase, M.E., Greenhouse, J.B., Frank, E., e.a. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1009-1015.
- Weissman, M.M., Leaf, P.J., Bruce, M.L., e.a. (1988). The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 815-819.
- Wiersma, J.E., van Schaik, D.J., van Oppen, P., e.a. (2008). Treatment of chronically depressed patients: a multisite randomized controlled trial testing the effectiveness of 'Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy' (CBASP) for chronic depressions versus usual secondary care. *BioMedCentral Psychiatry*, 8, 18.
- Wiersma, J.E., Hovens J.G.F.M., van Oppen, P., e.a. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 983-989.

## AUTEURS

J.E. WIERSMA is promovendus/psycholoog aan de Dienst Onderzoek GGZ inGeest/Afdeling Psychiatrie VUmc, Amsterdam.

D.J.F. VAN SCHAİK is psychiater/senior onderzoeker aan de Dienst Onderzoek GGZ inGeest/Afdeling Psychiatrie VUmc, Amsterdam.

M.B.J. BLOM is psychiater en verbonden aan Programma Depressie Ambulant, PsyQ, Den Haag.

L. BAKKER is psycholoog bij Arkin, Amsterdam.

P. VAN OPPEN is universitair hoofddocent aan de Dienst Onderzoek GGZ inGeest/Afdeling Psychiatrie VUmc, Amsterdam.

A.T.F. BEEKMAN is hoogleraar Psychiatrie aan de Dienst Onderzoek GGZ inGeest/Afdeling Psychiatrie VUmc, Amsterdam.

Correspondentieadres: drs. J.E. Wiersma, Dienst Onderzoek GGZ inGeest/Afdeling Psychiatrie VUmc, A.J. Ernststraat 887, 1081 HL Amsterdam.

E-mail: j.wiersma@ggzingeest.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-3-2009.

## SUMMARY

Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) – J.E. Wiersma, D.J.F. van Schaik, M.B.J. Blom, L. Bakker, P. van Oppen, A.T.F. Beekman –

**BACKGROUND** Chronic depression is a common disorder in secondary care. Treatment results for this group of depressed patients are often disappointing and the existing treatment protocols are insufficiently tailored to chronic MDD. For this reason, an effective psychotherapeutic treatment will constitute a welcome addition to the range of treatments currently available for chronically depressed patients.

**AIM** To describe ‘cognitive behavioral analysis system of psychotherapy’ (CBASP), the first form of psychotherapy specifically designed for the treatment of chronic depression.

**METHOD** This article describes the evidence, rationale and the most important techniques of CBASP.

**RESULTS** In the United States CBASP has proven to be effective in one trial. As a result of these findings, CBASP is recommended in the Dutch treatment guidelines as an evidence-based treatment option for chronic depression. However, the findings have not yet been replicated and little is known about possible ways of implementing CBASP in the Netherlands. For this reason a randomised controlled trial on the effectiveness of CBASP has started in three psychiatric hospitals in the Netherlands.

**CONCLUSION** CBASP is recommended as a treatment option for chronic depression in the Dutch treatment guidelines, but evidence should be further supported by additional research.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)10, 727-736]

**KEY WORDS** CBASP, chronic depression, psychotherapy