

## Samenvatting

### ‘Over de effectiviteit van psychoanalytische therapie, kort als het kan, lang als het moet?’

De psychoanalytische therapie was van meet af aan controversieel: geprezen door de een, gehoond door de ander. Tot op de dag van vandaag is de situatie niet wezenlijk anders. De populariteit onder zowel medici als patiënten wordt onderschreven door studies van Wiener (1994) en Luborsky et al (1993). De kritiek houdt echter ook aan. Aangezien wij leven in de tijd van ‘evidence based medicine’, richt de kritiek zich op het argument dat psychoanalytische therapieën niet “wetenschappelijk bewezen” zouden zijn.

In tegenstelling tot wat veel mensen denken, is er intensief onderzoek gedaan naar psychoanalytische therapieën. Kortdurende psychoanalytische therapieën zijn onderzocht d.m.v. Randomized Controlled Trials (RCTs), waarvan de geïntegreerde resultaten zijn weergegeven in vele reviews en meta-analyses (Crits-Christoph, 1992, Leichsenring, 2005, Leichsenring, 2001, Anderson en Lambert, 1995, Leichsenring, 2003, Doidge, 1997). Vanwege aanzienlijke praktische en ethische problemen zijn de langdurende psychoanalytische therapieën voornamelijk onderzocht in cohort studies. Verschillende studies geven een overzicht van de bewijzen voor de effectiviteit van langdurende psychoanalytische therapie (Bachrach et al., 1991; Doidge, 1997, Fonagy, 1999; Leichsenring, 2003).

Ondanks deze onderbouwing, blijft er een opvallende discrepantie bestaan tussen het vaste “geloof “ in de effectiviteit van psychoanalytische therapie in de psychoanalytische wereld en het hardnekkige “ongeloof” daarbuiten. Deze discrepantie vormt de motivatie voor de studies in dit proefschrift, waarin bestaand onderzoek wordt bestudeerd alsmede een bijdrage wordt geleverd aan een project waarin onderzoek wordt verricht naar verder bewijs op dit controversiële vlak.

Het doel van dit proefschrift is:

1. het verrichten van onderzoek naar de relatieve werkzaamheid van kortdurende psychotherapie, farmacotherapie en gecombineerde therapie in de behandeling van depressie.
2. het beschrijven van de kenmerken van Kortdurende Psychoanalytische Steungevende Psychotherapie (KPSP) en één van de belangrijkste werkzame componenten: steun.
3. het verrichten van onderzoek naar de relatieve werkzaamheid van KPSP, farmacotherapie en gecombineerde therapie in de behandeling van depressie.
4. het verrichten van onderzoek naar de effectiviteit van Langdurende Psychoanalytische Therapie (LPaT).

De vier hoofddoelstellingen van dit proefschrift laten zich vertalen naar elf specifieke onderzoeksvragen, welke tentatief als volgt beantwoord kunnen worden.

### **Vraag 1 en 2. Wat is, bij ambulante psychiatrische patiënten met een depressieve stoornis, de werkzaamheid van kortdurende psychotherapie vergeleken met (1) farmacotherapie en (2) kortdurende psychotherapie plus farmacotherapie ('gecombineerde therapie')?**

Hoofdstuk 2 en 3 presenteren twee meta-analyses die bovenstaande vragen trachten te beantwoorden. Zij zijn gebaseerd op RCTs die gepubliceerd zijn tussen 1980 and 2005.

De eerste meta-analyse (psychotherapie versus farmacotherapie) omvat tien onderzoeken, die samen 1.233 patiënten betreffen (640 behandeld met farmacotherapie, 593 met psychotherapie). Bij het afsluiten van de behandeling was er geen significant verschil tussen het (met de HDRS gemeten) herstelpercentage van psychotherapie (38%) en dat van farmacotherapie (35%). Dit gold zowel voor chronische als voor niet-chronische depressies, en zowel voor lichte als voor matige depressieve stoornissen. De twee behandelingsmethoden boekten betere resultaten bij lichtere ( $\text{HDRS} < 20$ ) dan bij ernstigere ( $\text{HDRS} > 20$ ) depressies. Bij follow-up daarentegen was het recidiefpercentage van farmacotherapie (56.56%) significant groter dan dat van psychotherapie (26.51%).

De tweede meta-analyse (psychotherapie versus gecombineerde therapie) omvat zeven onderzoeken, die samen 903 patiënten betreffen (459 behandeld met psychotherapie en 444 behandeld met de gecombineerde therapie). Bij het afsluiten van de behandeling was het (met de HDRS gemeten) herstelpercentage van gecombineerde therapie (46%) significant hoger dan dat van psychotherapie (34%). Dit resultaat bleek echter afhankelijk te zijn van de ernst en de duur van de depressie. Bij lichte en bij matige, niet-chronische depressie was gecombineerde therapie (resp. 42% en 44%) niet significant werkzamer dan psychotherapie (resp. 37% en 39%). We vonden geen gegevens over lichte, chronische depressie. Alleen bij matige, chronische depressie bleek gecombineerde therapie (48%) significant effectiever dan psychotherapie (32%).

### **Vraag 3. Wat is Kortdurende Psychoanalytische Steungevende Psychotherapie (KPSP)?**

Hoofdstuk 4 beschrijft de theoretische en praktische kenmerken van KPSP. KPSP is een vis-à-vis, individuele psychotherapie van zes maanden, bestaande uit 16 sessies (te beginnen met acht wekelijkse, gevolgd door acht 2-wekelijkse sessies). Het primaire doel van KPSP is het genezen van depressie. De secundaire doelstelling is de patiënt minder kwetsbaar maken voor depressie. Dat laatste wordt gezien als het vormen of veranderen van interne relaties, vooral de

relatie die de patiënt met zichzelf heeft (IntraPersoonlijke Relatie, IPR). Gelet op het beperkte aantal sessies van KPSP zal het duidelijk zijn dat persoonlijkheidsveranderingen slecht beperkt zijn. Setting, kader, therapeutische technieken en afspraken zijn ingrediënten van de ondersteunende aanpak. Binnen de KPSP behandeling zijn negen gespreksniveaus te onderscheiden:

1. fysieke en psychologische klachten en symptomen,
2. levensomstandigheden die op een of andere manier de depressie beïnvloeden of beïnvloed hebben,
3. problemen met externe, interpersoonlijke relaties,
4. relationele patronen in het leven van de patiënt,
5. de levenshouding van de patiënt,
6. het voortbestaan van relaties uit het verleden in het huidige leven van de patiënt,
7. de relatie die de patiënt met zichzelf onderhoudt als resultaat van identificatie met interne interpersoonlijke relaties,
8. de manifestatie van problemen die op voorgaande niveaus zijn besproken in de relatie met de therapeut,
9. de overdrachtsneurose. Dit laatste niveau is in het korte tijdsbestek van KPSP niet haalbaar.

#### **Vraag 4. Wat is psychoanalytisch gedefiniëerde steun en hoe kan steun een therapeutisch effect hebben?**

Hoofdstuk 5 omvat een voorstel voor een psychoanalytische definitie van steun en bespreekt de rol ervan als veranderingsinstrument in psychoanalytische therapieën (zowel kort- als langdurende). Volgens de klassieke psychoanalytische opvatting leidt interpretatie tot inzicht, wat vervolgens, kan leiden tot persoonlijkheidsverandering. Deze opvatting wordt niet weersproken, maar gesteld wordt dat een tweede, grotendeels verwaarloosd proces ook een belangrijke rol speelt: steun kan leiden tot persoonlijkheidsverandering, wat vervolgens kan leiden tot inzicht.

Essentieel voor deze stelling is de notie dat interne relaties wezenlijke persoonlijkheids-aspecten zijn. Persoonlijkheidsverandering betekent dus het wijzigen van deze interne relationele patronen. De tot op dit moment geldende ‘interpretatie versus relatie’ controverse wordt hergedefiniëerd naar een ‘interpretatie versus steun’ debat.

De voorgestelde psychoanalytische definitie voor steun luidt: de adequate gratificatie van onvervulde ontwikkelingsbehoeften, zoals deze zich voordoen in de primaire aspecten van de therapeutische relatie. Zo komt de controverse neer op een verschil in opvatting over de relatieve rol van interpretatie en gratificatie.

Met nadruk wordt gesteld hoe belangrijk het is onderscheid te maken tussen adequate en inadequate steun. Er wordt een aantal ideeën gepresenteerd over de veronderstelde werkwijze van steun. Dit zou kunnen liggen in het vermogen om een patiënt een “dissonantie” te doen ervaren tussen twee aspecten van

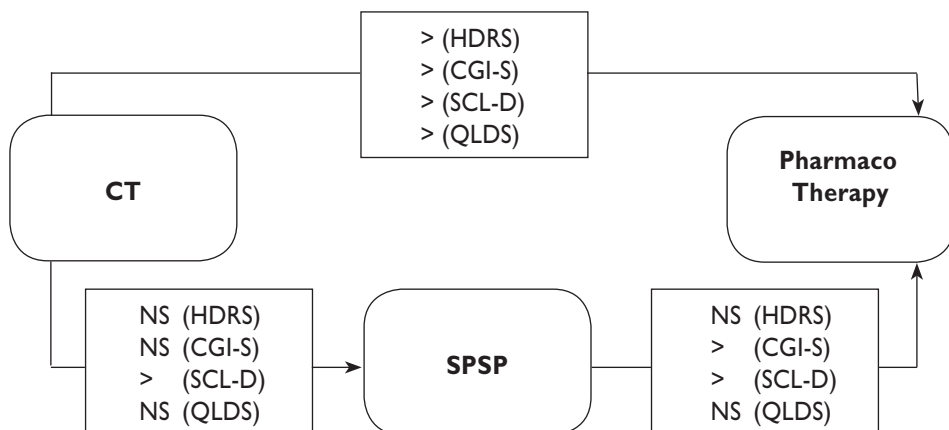
de therapeutische relatie: een “goed-” en een “kwaadaardig” aspect. Beiden worden tegelijkertijd ervaren in het heden, het goedaardige bepaald door het heden, het kwaadaardige door het verleden. Indien het goedaardige aspect van de relatie de overhand heeft over het kwaadaardige en indien het geïnternaliseerd wordt, dan kunnen er interne relaties, met name “de relatie met mijzelf” (de IntraPersoonlijke Relatie, IPR), ten gunste veranderen.

**Vraag 5, 6 en 7. Wat is, bij ambulante psychiatrische patiënten met een depressieve stoornis, de werkzaamheid van KPSP vergeleken met farmacotherapie (vraag 5) en met gecombineerde therapie (KPSP plus farmacotherapie) (vraag 6). Wat is de werkzaamheid van gecombineerde therapie vergeleken met farmacotherapie (vraag 7)?**

Hoofdstuk 6 beschrijft een mega-analyse waarin de bovenstaande vragen beantwoord worden. Deze is gebaseerd op drie achtereenvolgende RCTs, die samen 313 patiënten betreffen. De RCTs zijn uitgevoerd en gepubliceerd door het Depressie Onderzoeksteam van JellinekMentrum, een GGZ instelling te Amsterdam. Bij het afsluiten van de behandeling was er geen significant verschil tussen het (met de HDRS gemeten) herstelpercentage van KPSP (31%) en dat van farmacotherapie (24%) (vraag 5). Er werd geen significant verschil tussen gecombineerde therapie (40%) en KPSP (31%) gevonden (vraag 6). Gecombineerde therapie (40%) bleek significant effectiever dan farmacotherapie (24%) (vraag 7). Deze resultaten worden genuanceerd door uitslagen op grond van secundaire criteria. De therapeuten (CGI-S) zagen geen significant verschil in werkzaamheid tussen KPSP en gecombineerde therapie. Zij vonden wél dat deze twee behandelingsmethoden effectiever waren dan farmacotherapie. De patiënten (SCL-D) vonden dat gecombineerde therapie werkzamer was dan farmacotherapie en KPSP, dat op zijn beurt werkzamer was dan farmacotherapie. Wat betreft de kwaliteit van hun leven (QLDS) vonden de patiënten geen significant verschil tussen KPSP en gecombineerde therapie, noch tussen KPSP en farmacotherapie. Zij vonden wél dat gecombineerde therapie in dit opzicht effectiever was dan farmacotherapie. De resultaten worden hierna schematisch weergegeven (figuur 1). Het teken > verwijst naar een statistisch significant verschil ( $p < .05$ ). NS betekent statistisch Niet Significant.

**Vraag 8. Wat zijn de antwoorden op de vragen 5-7 op het niveau van twee HDRS factoren en van drie SCL-90 subschalen?**

Hoofdstuk 7 bevat een tweede mega-analyse die deze vragen beantwoordt. De onderzoeksopzet is vergelijkbaar met die van hoofdstuk 6. De relatieve werkzaamheid van KPSP, farmacotherapie en gecombineerde therapie werd nu echter onderzocht op het niveau van twee HDRS factoren, de factor ‘Mental’ (HDRS-M) en de factor ‘Somatic’ (HDRS-S), en op dat van drie SCL subschalen, Depressie (SCL-D), Angst (SCL-A) en Somatische klachten (SCL-S).



*Figuur 1: Relatieve effectiviteit van gecombineerde therapie (CT), kortdurende Psychoanalytische steungevende psychotherapie (SPSP) en farmacotherapie.*

De HDRS-M factor bracht geen significant verschil aan het licht tussen KPSP en farmacotherapie, noch tussen KPSP en gecombineerde therapie. Gecombineerde therapie was wel werkzaamere dan farmacotherapie.

De HDRS-S factor bracht geen significant verschil aan het licht tussen KPSP and farmacotherapie, noch tussen farmacotherapie en gecombineerde therapie. Gecombineerde therapie was wel werkzaamere dan KPSP.

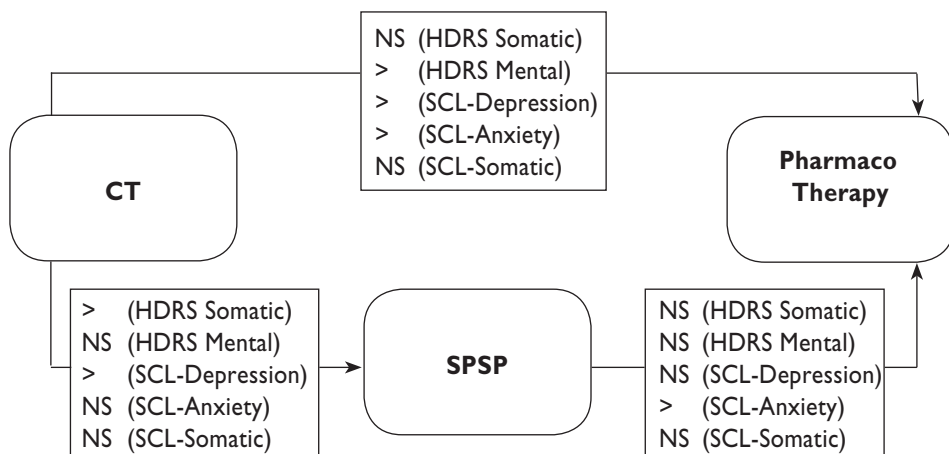
De SCL-D vond geen significant verschil tussen KPSP en farmacotherapie maar toonde aan dat gecombineerde therapie werkzaamere was dan de twee andere behandelingsmethoden.

De SCL-A vond geen significant verschil tussen KPSP en gecombineerde therapie maar toonde aan dat deze twee behandelingsmethoden allebei werkzaamere waren dan farmacotherapie.

De SCL-S bracht geen significante verschillen aan het licht tussen de drie behandelingsmethoden. De resultaten worden hierna schematisch weergegeven (figuur 2). Het teken > verwijst naar een statistisch significant verschil ( $p < .05$ ). NS betekent statistisch Niet Significant.

### **Vraag 9. Welk type onderzoek is het meest geschikt voor empirisch onderzoek naar de werkzaamheid van langdurige psychotherapie?**

Hoofdstuk 8 vergelijkt de kenmerken van Randomized Clinical Trials (RCTs) en cohort studies. In de hiërarchie van 'evidence based medicine' staan de RCTs hoger dan cohort studies en daar zijn goede redenen voor. Echter, bij Langdurende Psychotherapie (LPT) is het de vraag in hoeverre RCTs acceptabel en uitvoerbaar zijn. Randomisatie levert bij LPT-onderzoek vrijwel altijd praktische en ethische problemen op. Men zou kunnen stellen dat ook binnen RCTs sprake is van een hiërarchie. De meest informatieve RCTs (d.w.z. met de grootste zeggingskracht betreffende de effectiviteit van een behandeling) vergelijken



*Figuur 2: Relatieve effectiviteit van gecombineerde therapie (CT), kortdurende Psychoanalytische steungevende psychotherapie (SPSP) en farmacotherapie.*

de behandeling met het niet geven van een behandeling, het plaatsen op een wachtlijst of het geven van een placebobehandeling. Na dit niveau, kan men vergelijkingen maken met Treatment as Usual (TAU), behandeling met een lage dosering, een andere behandeling met een duidelijk aangetoonde werkzaamheid en een andere behandeling die wordt geacht effectief te zijn (zonder duidelijk bewijs daarvoor). De meest informatieve controlecondities zijn zo onacceptabel voor patiënten dat beslissende RCTs in de meeste gevallen onuitvoerbaar zijn. “Lagere” niveaus van RCTs zijn beter te realiseren, maar zijn minder informatief. Het voordeel van cohort studies is hun grotere vermogen om de dagelijkse, klinische praktijk weer te geven; hun beperking ligt in de interne validiteit. Hun zeggingskracht wordt bepaald door de methodologische kwaliteit en de kennis van het natuurlijke beloop van de onderzochte stoornissen. Kortom, bij LPT-onderzoek kennen de meest informatieve RCTs onoverkomelijke uitvoerbaarheidsproblemen, die inherent aan fer methode zijn. Derhalve wordt het best beschikbare bewijs geleverd door cohort studies.

### **Vraag 10. Wat is de werkzaamheid van Langdurige PsychoAnalytische Therapie (LPaT) in klinische termen?**

Hoofdstuk 9 omvat een systematisch overzicht van studies, gepubliceerd tussen 1970 en 2005, die de effectiviteit van LPaT beoordelen. Om de klinische homogeniteit te bevorderen, is alleen gekeken naar individuele, ambulante behandelingen van volwassen patiënten met hoofdzakelijk “reguliere” indicaties voor langdurige psychoanalytische therapie. Bovendien is er onderscheid gemaakt tussen twee LPaT-types: langdurende psychotherapie en psychoanalyse. De kwaliteit van potentiële studies is systematisch beoordeeld met een expliciet kwaliteitscriterium. Van de 27 gevonden studies voldeden er 19 aan het kwa-

liteitscriterium, op één na allemaal cohort studies. De patiënten vertoonden een breed scala aan stoornissen, met hoge comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen en toestandsbeelden. Psychotherapie leverde hoge gemiddelde 'effect sizes' (ESs) op (0,78 bij beëindiging, 0,94 bij follow-up) en hoge, gemiddelde, algemene succespercentages (67% bij beëindiging, 55% bij follow-up), bij patiënten met matige pathologie. De gemiddelde ES lag voor symptoomreductie (1,05) hoger dan voor persoonlijkheidsverandering (0,57). Ernstige pathologie leverde vergelijkbare resultaten op, maar het was alleen mogelijk de gemiddelde ES voor persoonlijkheidsverandering (1,09) uit te rekenen. Ook psychoanalyse haalde hoge gemiddelde ESs (0,96 bij beëindiging, 1,18 bij follow-up) en hoge, gemiddelde, algemene succespercentages (70% bij beëindiging, 54% bij follow-up) bij patiënten met matige pathologie. Wederom lag de gemiddelde ES voor symptoomreductie (1,23) hoger dan die voor persoonlijkheidsverandering (0,83). Voor ernstige pathologie waren er onvoldoende gegevens beschikbaar. Succesbeoordelingen door therapeuten en patiënten kwamen grotendeels overeen. Men vond dat er meer symptoomreductie was dan persoonlijkheidsverandering. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de resultaten van de studies die aan het kwaliteitscriterium voldeden en die van studies met een lagere kwaliteit.

### **Vraag 11. Wat is de werkzaamheid van Langdurige PsychoAnalytische Therapy (LPaT) in termen van kosten en baten?**

Hoofdstuk 10 bevat een systematisch literatuuroverzicht van de tussen 1970 en 2005 gepubliceerde onderzoeken naar het effect van LPaT op kosten van gezondheidszorg en arbeidsongeschiktheid. Verandering in gezondheidszorgkosten en ziekteverzuim werd gedefinieerd als aantal ziekenhuisdagen, medische consulten, percentage patiënten dat medicatie gebruikt en het aantal ziekteverlofdagen. Zeven studies (N=861) voldeden aan de toelatingscriteria. Uit de resultaten blijkt dat LPaT per patiënt gemiddeld €20.900 kostte. De gemiddelde, jaarlijkse kostenvermindering in aantal ziekenhuisdagen was 85% bij beëindiging van de behandeling en 59% bij de follow-up (gemiddeld 2,9 jaar). Voor medische consulten lag dit op 54% bij beëindiging en 56% bij de follow-up, voor medicatiekosten op respectievelijk 70% en 19% en voor ziekteverlofkosten respectievelijk op 61% en 67%. Het gemiddelde zorgverbruik per jaar liep bij beëindiging terug met €5.584 (een vermindering van 66%). Bij de follow-up (gemiddeld 2,9 jaar) bedroeg deze vermindering nog altijd €5.371 (64%). Het 'break-even-point' van de behandelingskosten en de besparingen lag op ongeveer 3 jaar na beëindiging van de behandeling. Kortom, de gegevens duiden erop dat LPaT het zorgverbruik en ziekteverlof aanzienlijk terugdringt. De voordelen lijken tot jaren na beëindiging te beklijven. Vanaf 3 jaar na beëindiging zijn de baten groter dan de kosten.

Tot slot worden in **hoofdstuk 11** de resultaten, de methodologische sterkten en zwakten en de implicaties van het onderzoek besproken. Het hoofdstuk is

ingedeeld in twee delen: kortdurende (psychoanalytische) psychotherapie en langdurende psychoanalytische therapie.

### *Kortdurende (psychoanalytische) psychotherapie*

De twee meta-analyses betreffen kortdurende psychotherapie (ongeveer 6 maanden) bij depressie. Zij bleken achteraf in hoofdzaak over Cognitieve GedragsTherapie (CGT) te gaan. De resultaten kunnen dan ook gevoeglijk aan CGT worden toegeschreven. Over de relatieve werkzaamheid van CGT en farmacotherapie kan worden gezegd dat er bij afsluiting van de behandeling geen significant verschil is gevonden, maar dat na het staken van de behandeling (bij follow-up) de met CGT behandelde patiënten minder vaak dan de met farmacotherapie behandelde patiënten een recidief vertonen. Over de relatieve werkzaamheid van CGT en gecombineerde therapie kan worden gezegd dat ook hier geen significant verschil is gevonden, behalve waar het om matige, chronische depressies gaat. In dat laatste geval is gecombineerde therapie werkzamer. Al met al lijken de verschillen, zo ze al bestaan, klein. Over de relatieve werkzaamheid van gecombineerde therapie en farmacotherapie is in het kader van dit proefschrift geen onderzoek gedaan. Echter, andere onderzoekers, onder wie Pampallona et al. (2005) melden op grond van meta-analyses dat gecombineerde therapie werkzamer is dan farmacotherapie.

De twee mega-analyses leiden tot de voorzichtige conclusie dat, in de behandeling van ambulante patiënten met een lichte tot matige depressieve stoornis ('major depressive disorder'), de werkzaamheid van KPSP vergelijkbaar is met die van farmacotherapie en met die van gecombineerde therapie. Een tweede conclusie is dat gecombineerde therapie werkzamer is dan farmacotherapie. De resultaten verschillen wanneer rekening wordt gehouden met HDRS factoren en met SCL subschalen, maar in geen van de vergelijkingen blijkt dat farmacotherapie het beter doet dan KPSP of gecombineerde therapie.

Farmacotherapie, CGT en hun combinatie zijn algemeen aanvaarde behandelingen van depressie. KPSP voegt hier een alternatief aan toe met totaal verschillende eigenschappen. Een rechtstreekse vergelijking van KPSP en CGT is nog niet gepubliceerd. Voorlopig moet men het dus stellen met een 'historische' vergelijking. Deze leert dat de herstelpercentages niet wezenlijk verschillen (KPSP 31%, CGT 34%-38%). De twee methoden zijn even effectief als farmacotherapie en als gecombineerde therapie behalve bij matige, chronische depressie. In combinatie met farmacotherapie zijn ze beide werkzamer dan farmacotherapie. Op grond hiervan valt tentatief te concluderen dat de werkzaamheid van KPSP en die van CGT vergelijkbaar is wat betreft symptoomreductie op korte termijn. Deze opvatting wordt gesteund door de resultaten van de meta-analyse van Leichsenring (2001).

Het hiervoor gaande moge waar zijn, maar is er wel behoefte aan weer een nieuwe kortdurende behandelmethode voor depressie? Hierbij dient men te overwegen dat "patiënten met een ernstige depressieve stoornis" nog altijd een behoorlijk heterogene categorie vormen. Daarom ligt het niet voor de hand dat slechts enkele methodes volstaan om alle patiënten adequaat te behandelen.



Integendeel, het lijkt plausibel dat sommigen gebaat zijn bij farmacotherapie, anderen bij CGT en weer anderen bij KPSP (of combinaties ervan).

Aan kortdurende behandelmethoden voor depressie is geen gebrek maar het kan niet worden ontkend dat hun werkzaamheid op korte termijn beperkt is. De herstelpercentages blijven doorgaans ruim onder de vijftig procent. Daar komt bij dat een eenmaal bereikt herstel lang niet altijd aanhoudt na het staken van de behandeling. Hoewel dit onderwerp in dit proefschrift niet uitgebreid is onderzocht, zijn terugvalpercentages van 27%-57% gevonden in de meta-analyse van dit proefschrift waarin psychotherapie met farmacotherapie wordt vergeleken. In hun meta-analyse van de behandeling van depressie vinden Westen en Morrison (2001) dat, van de herstelde patiënten, slechts 37% dat nog steeds was bij de follow-up. Kortom, er is alle reden om te vrezen dat het succes van kortdurende therapie voor velen kortstondig is. Voor hen lijkt een kortdurende therapie gewoon niet genoeg.

### *Langdurige psychoanalytische therapie*

Op grond van dit onderzoek mag worden geconcludeerd dat er voldoende empirische evidentie bestaat om te stellen dat Langdurige PsychoAnalytische Therapie (LPaT) een effectieve behandeling is voor een breed scala aan matige tot ernstige psychiatrische pathologieën. Behandelingen zijn intensief en duren lang maar het lijkt erop dat de resultaten tot jaren na beëindiging van de behandeling stabiel blijven. De behandelkosten zijn hoog maar na een relatief kort tijdsbestek worden die kosten gecompenseerd door lagere zorg- en arbeidsongeschiktheidskosten.

Is er een verschil in werkzaamheid tussen de twee vormen van LPaT: psychoanalyse en langdurige psychoanalytische psychotherapie? Uit ons onderzoek komen geen grote verschillen naar voren. Echter, een dergelijke vergelijking is, strikt genomen, een methodologische 'zonde': het vergelijken van onvergelijkbare groepen. Aangezien de groepen niet gerandomiseerd zijn, is er geen enkele garantie dat de behandeling de enige factor is die het resultaat bepaalt. Mogelijke verklaringen voor het ontbreken van verschillen zijn: (1) er zijn geen (grote) verschillen, (2) de relevante aspecten, met name de persoonlijkheidskenmerken, zijn niet onderzocht, (3) de beoordelingsinstrumenten waren niet adequaat, of (4) de verschillen worden verdoezeld door onbekende baselineverschillen in de patiëntenpopulaties, wederom persoonlijkheidskenmerken in het bijzonder. Een RCT zou hierover uitsluitsel kunnen geven, een moeilijke maar geen onmogelijke opgave.

Is LPaT werkzamer dan kortdurende (psychoanalytische) therapie? Het lijkt niet zo. De literatuur vermeldt voor kortdurende psychoanalytische therapieën uiteenlopende effectgrootten: 0.16 (Svartberg & Stiles, 1991), 0.71 (Anderson & Lambert, 1995), 1.10 (Crits-Christoph, 1992) en 1.46 (Leichsenring & Leibing, 2003). Als gemiddelde effectgrootten van kortdurende therapieën in het algemeen vermelden Smith and Glass (1977) 0.68 en Smith, Glass & Miller 0.85. LPaT lijkt deze resultaten niet te overtreffen.

De twee behandelmethoden zijn echter niet goed met elkaar te vergelijken. Men kan ervan uitgaan dat patiënten die geselecteerd worden voor een kortdu-

rende behandeling in belangrijke opzichten verschillen van patiënten die een langdurige behandeling nodig hebben. Bovendien zijn de resultaten grotendeels gebaseerd op symptoomgerelateerde beoordelingen. Wie zich toch aan een 'historische' (niet een rechtstreekse) vergelijking waagt, zal concluderen dat kortdurende psychotherapieën qua symptoombestrijding net zo effectief zijn als langdurende psychotherapie. De toegevoegde waarde, zo die er is, moet men zoeken in persoonlijkheidsverandering. Dat LPaT op dit gebied wat te bieden heeft is aannemelijk. Rudolf et al. (1994 en 2004) melden dat, waar het gaat om structurele persoonlijkheidsveranderingen, langdurende psychoanalytische therapie beter presteert dan psychoanalytische therapie van middellange duur (M= 60 sessies). Kopta et al. (1994) stellen dat verbeteringen in de persoonlijkheidsstructuur meer tijd vergen dan symptoombestrijding. Perry et al. (1999) schatten dat 50% van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zouden herstellen, d.w.z. niet meer voldoen aan de DSM-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen, na een behandeling van 1,3 jaar (ofwel 92 sessies) en 75% na 2,2 jaar (ofwel 216 sessies). Let wel dat de studies in ons verslag psychoanalytische en niet DSM-criteria voor succes hanteren en dat patiënten die niet langer aan de DSM-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen voldoen nog altijd aanzienlijk gestoord kunnen zijn vanuit psychoanalytisch oogpunt.

Psychoanalytische therapie, ook LPaT, is minder succesvol in het veranderen van persoonlijkheidskenmerken dan in het bestrijden van symptomen. Dat zal niemand verbazen. Symptomen zijn soms hardnekkig, persoonlijkheidskenmerken zijn het altijd. Daar staat tegenover dat op de lange termijn een beperkte persoonlijkheidsverandering klinisch belangrijker kan zijn dan een forse symptoomreductie. Persoonlijkheidskenmerken bepalen immers in hoge mate de kwaliteit van leven, het sociaal functioneren en de kwetsbaarheid voor recidief.

### *Eindopmerkingen*

Dit proefschrift heeft de effectiviteit onderzocht van kortdurende psychotherapie (waaronder Kortdurende Psychoanalytische Steungevende Psychotherapie), farmacotherapie en de combinatie van deze twee bij psychiatrische patiënten met een depressieve stoornis. De resultaten laten zien dat de werkzaamheid van deze drie behandelmethoden beperkt is, elkaar niet veel ontloopt en waarschijnlijk van korte duur is. Een stapsgewijze benadering lijkt daarom noodzakelijk. Richtlijnen beschrijven verschillende mogelijkheden in het geval dat een eerste behandeling niet aanslaat. Voorbeelden zijn overstappen van psychotherapie naar farmacotherapie of vice versa en veranderen van monotherapie naar gecombineerde therapie. Doorgaans leveren deze stappen verdere successen op, maar die zijn beperkt in aantal. Bovendien is er weinig bewijs waar de clinicus op kan varen bij de keuze tussen de verschillende, tweedekeus alternatieven. Er lijkt wel enige onderbouwing dat gecombineerde therapie werkzamer is bij ernstiger, chronische depressie. In dat geval is het echter waarschijnlijk een eerste keus behandeling.

Temidden van al deze onzekerheden staat het onbetwistbare en treurige feit vast dat de werkzaamheid van elke volgende kortdurende stap hard terugloopt.

Depressie is een lastig te bedwingen stoornis, zeker in de tweedelijns zorg, waar patiënten veelal aan ernstigere en chronische depressies lijden. Is er nog een alternatief? Wij menen dat langdurende psychotherapie een serieuze kandidaat is.

Een veelvoud aan factoren bepaalt het ontstaan, voortduren, herstel en terugval van een depressie. Daaronder bevinden zich persoonlijkheidsfactoren en hun tegenhangers, de levensomstandigheden, welke een belangrijke rol spelen. De stelling dat depressie een stressgerelateerde stoornis is, betekent niets anders dan stellen dat depressie het gevolg is van een verstoorde balans tussen de weerbaarheid (sterke en zwakke punten) en de levensomstandigheden (steunende en belastende aspecten) van een persoon. Geldt dit alleen voor depressie? Waarschijnlijk niet. Een grotere verscheidenheid aan zogeheten stressgerelateerde stoornissen, zoals angst- en somatoforme stoornissen, zou wel eens het resultaat kunnen zijn van dezelfde scheve balans. Langdurende psychotherapie is gericht op persoonlijkheidsverandering: mensen sterker maken en minder kwetsbaar. Levensomstandigheden worden niet direct aangepakt. Men vertrouwt erop dat na een succesvolle therapie de persoon in kwestie beter in staat is ermee om te gaan of ze te veranderen.

Langdurende Psychoanalytische Therapie (LPaT) blijkt bij verscheidene stoornissen, waaronder depressie, resultaten op te leveren die lang standhouden, zelfs bij patiënten die eerder, klaarblijkelijk zonder succes, zich hebben laten behandelen. Het lijkt erop dat de toegevoegde waarde van LPaT ligt in de mogelijke veranderingen die het kan bewerkstelligen in persoonlijkheidskenmerken. LPaT is echter geen panacee. Het kan de schadelijke invloed van een onverwerkt verleden op het heden verminderen, maar niet uitwissen, zelfs niet bij de meest geschikte patiënten voor dit type behandeling. In lijn daarmee herinneren wij eraan dat LPaT op zich niet leidt tot geluk. Een succesvolle LPaT verhoogt iemands kansen zich onder de juiste omstandigheden gelukkig te voelen en het verhoogt de kans dat de er sprake is van dergelijke levensomstandigheden.

Kortom, een verstandige, stapsgewijze aanpak bij de behandeling van depressie lijkt aan te vangen met een kortdurende behandeling (psychotherapie, farmacotherapie of de combinatie), voornamelijk gericht op klachten en symptomen, en laat het daarbij indien patiënt en behandelaar dat afdoende vinden. Blijken de eerste kortdurende stappen ontoereikend te zijn, dan is langdurende psychotherapie gericht op verandering van persoonlijkheidskenmerken aan te bevelen. Het adagium ‘Kort als het kan, lang als het moet’ is wellicht ook bij andere stress gerelateerde stoornissen van toepassing.

