



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De toepasbaarheid van interpersoonlijke psychotherapie bij depressieve ouderen

Een transmuraal onderzoeksproject in Amsterdam en omstreken¹

Anneke van Schaik, Harm van Marwijk, Aartjan Beekman, Marten de Haan en Richard van Dyck*

samenvatting

Interpersoonlijke psychotherapie (IPT) is een kortdurende psychotherapie die bij depressieve ouderen goed toepasbaar is en waarvan het effect bewezen is. Binnen IPT wordt de depressie als ziekte benoemd. Bij de kenmerkende behandelstrategieën staat de wisselwerking tussen de depressie en de interpersoonlijke context centraal. Alhoewel er goede argumenten zijn om IPT in het vaste behandel aanbod voor depressieve ouderen op te nemen, is de beschikbaarheid van getrainde therapeuten een knelpunt. Dit geldt zeker ook in de eerste lijn, waar de meeste depressieve patiënten terechtkomen. Uit een lopend onderzoeksproject in Amsterdam en omstreken naar het toepassen van IPT door hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk, blijkt dat de betrokkenen (patiënten, therapeuten, huisartsen) voornamelijk positief zijn over de IPT-werkwijze. Implementatie van IPT in de eerste lijn is haalbaar als therapeuten een trainingstraject volgen waarin individuele supervisie over een aantal therapieën is opgenomen.

Inleiding

Interpersoonlijke psychotherapie (IPT) en cognitieve-gedragstherapie (CGT) zijn de best onderzochte psychotherapievormen voor de behandeling van patiënten met een depressieve stoornis. In meerdere depressieprotocollen, waaronder de Nederlandse richtlijn Depressie (CBO), worden IPT en CGT geadviseerd naast antidepressieve medicatie bij de behandeling van milde tot matig ernstige depressie (De Groot, 1995).

Het is gebleken dat slechts een kleine minderheid van de patiënten die in aanmerking komt voor een (psychotherapeutische) behandeling, deze ook daadwerkelijk krijgt aangeboden (Spijker, Bijl, De Graaf, & Nolen, 2001). Dit geldt des te meer voor ouderen in de huisartsenpraktijk, van wie vijf tot tien procent een depressie heeft (Schulberg

* DRS. D.J.F. VAN SCHAİK, psychiater, werkzaam bij GGZ Buitenamstel en op de afdelingen psychiatrie van het EMGO/VUmc te Amsterdam. Correspondentieadres: Drs. D.J.F. van Schaik, GGZ Buitenamstel loc. Lassusstraat, Lassusstraat 2, 1075 GV Amsterdam. E-mail: djf.van_schaik.emgo@med.vu.nl

DR. H.W.J. VAN MARWIJK, huisarts, verbonden aan de afdeling huisartsgeneeskunde van het EMGO/VUmc.

PROF. DR. A.T.F. BEEKMAN, psychiater, werkzaam bij GGZ Buitenamstel en op de afdelingen psychiatrie van het EMGO/VUmc te Amsterdam.

PROF. DR. M. DE HAAN, huisarts, verbonden aan de afdeling huisartsgeneeskunde van het EMGO/VUmc.

PROF. DR. R. VAN DYCK, psychiater, werkzaam bij GGZ Buitenamstel en op de afdelingen psychiatrie van het EMGO/VUmc te Amsterdam.

et al., 2001). Het grootste deel van hen wordt door de huisarts zelf behandeld met medicatie of korte gesprekscontacten (Verhaak, Van de Lisdonk, Bor, & Hutschemaekers, 2000). Dit levert een spanningsveld op met de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO), die hulpverleners ertoe verplicht patiënten op de hoogte te brengen van de verschillende effectieve therapeutische mogelijkheden. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat dertig procent van de oudere eerstelijnspatiënten voor psychotherapie kiest nadat zij adequaat zijn voorgelicht (Arean, Hegel, & Reynolds, 2001). Waarschijnlijk zal ook in Nederland een aanzienlijk deel van de patiënten voor psychotherapie kiezen als zij voor deze keuze worden gesteld. De nieuwe landelijke huisartsenrichtlijnen voor depressie zullen psychotherapie als therapeutische optie naar verwachting sterker dan voorheen ondersteunen.

De laatste jaren groeit de interesse voor interpersoonlijke psychotherapie en zijn er verschillende Nederlandstalige publicaties over IPT verschenen (o.a.: Blom & Jonker, 1999; Blom, Kerver, & Nolen, 1997; Van Dyck & Spinhoven, 1999). Met name Blom en Jonker hebben via cursussen, supervisies en symposia de IPT-werkwijze verspreid. Alhoewel veel therapeuten kennisgemaakt hebben met deze therapievorm, heeft slechts een beperkt aantal zich de methode eigen gemaakt door gesuperviseerde therapieën. Het is de bedoeling dat dit aantal binnen afzienbare tijd toeneemt, doordat meer supervisors en trainers zullen worden opgeleid in het op te richten IPT Centrum Nederland (mondelinge communicatie Blom & Jonker, Den Haag). Waarschijnlijk zal dit de implementatie van IPT verder bevorderen.

Juist voor ouderen kan interpersoonlijke psychotherapie een belangrijk onderdeel van het therapieaanbod in de eerste lijn zijn. Ouderen verdragen medicatie vaak niet goed en zijn weinig gemotiveerd voor een verwijzing naar een tweedelijns GGZ-instelling. In IPT staat de wisselwerking tussen depressie en recente veranderingen in de interpersoonlijke context centraal. Aangezien er zich in het leven van ouderen vaak ingrijpende veranderingen voordoen (pensionering, lichamelijke achteruitgang, overlijden van de partner), is het meestal niet moeilijk een behandelfocus te vinden.

Dit artikel heeft tot doel IPT als behandeloptie voor depressieve ouderen onder de aandacht te brengen. We beschrijven interpersoonlijke psychotherapie in het algemeen en bij ouderen, en besteden aandacht aan relevante onderzoeksgegevens. Factoren die van belang zijn voor de implementatie van deze therapievorm illustreren we door middel van een door ZONmw gefinancierd project in Amsterdam en omstreken. Deze studie onderzoekt de haalbaarheid van interpersoonlijke psychotherapie bij depressieve ouderen in een transmuraal zorgmodel (titel: 'Feasibility and effectiveness of a transmural psychotherapy intervention for primary care patients with late-life depression').

Wat is Interpersoonlijke psychotherapie?

IPT is ontwikkeld voor de behandeling van depressies. In 1984 is het eerste IPT-handboek uitgegeven, daarna volgden twee aangepaste versies (Klerman & Weissman, 1993; Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984; Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000). De IPT-rationale is afgeleid van de interpersoonlijke school en de hechtingstheorie van Bowlby (Bowlby, 1969; Meyer, 1957; Sullivan, 1953). Het IPT-protocol is op drie niveaus vormgegeven, namelijk in een beschrijving van

strategieën, van technieken en van de houding van de therapeut. Interpersoonlijke psychotherapie onderscheidt zich voornamelijk van andere therapieën in de behandelstrategie. De technieken en de rol van de therapeut zijn weinig specifiek.

De therapie is opgedeeld in drie fasen: 1 Diagnostiek en uitleg (drie sessies); 2 Behandeling (vijf tot negen sessies); en 3 Afsluiting (twee sessies). Het duidelijkst gestructureerd is de eerste fase. In het eerste gesprek stelt de therapeut de 'ziekte' depressie centraal. De klachten van de patiënt, het beloop van de depressie en mogelijk medebepalende factoren (familie-anamnese, alcohol, medicatie, lichamelijke aandoeningen) komen aan bod. De therapeut geeft voorlichting over de depressie en benadrukt dat IPT of medicatie de duur en ernst van de depressieve klachten kan doen verminderen of laten verdwijnen.

Als rationale voor de gesprekstherapie noemt de therapeut dat depressies vaak samenhangen met iemands 'interpersoonlijke' leven. Mensen zijn sociale wezens en als zij geïsoleerd raken kan dit een depressie veroorzaken of onderhouden. In het tweede en derde gesprek wordt daarom de zogenaamde interpersoonlijke anamnese afgenomen. Hierin verkennen therapeut en patiënt het huidige leven van de patiënt en wie daarin de belangrijkste is. Uiteindelijk vat de therapeut samen hoe de depressieve klachten in verband staan met de interpersoonlijke context. Op basis hiervan wordt aan het eind van de intakefase een behandelplan gekozen. Er zijn vier mogelijke focussen, die ieder een eigen strategie vragen:

- gecompliceerde rouw;
- interpersoonlijk conflict;
- rolverandering;
- interpersoonlijk tekort.

In de behandelplanfase wordt één focus uitgewerkt, soms komt later in de therapie een tweede focus aan bod. Bij het uitwerken van alle focussen is het van belang het verband tussen de stressfactor en de depressieve klachten steeds opnieuw te benadrukken. De nadruk ligt altijd op het heden of recente verleden.

Focus gecompliceerde rouw. Dit focus kiest men als een naaste van de patiënt is overleden en het rouwproces stagneert. Gezamenlijk nemen de therapeut en de patiënt de periode door van vlak voor het ziekbed of overlijden tot de huidige situatie. Het tot stilstand gekomen rouwproces komt hiermee weer in beweging, waarna men kan bespreken hoe de patiënt met het verlies kan omgaan. De therapeut moedigt de patiënt aan het sociale netwerk uit te breiden of bestaande contacten te verbeteren.

Focus interpersoonlijk conflict. De conflictueuze relatie met één persoon staat centraal. Niet-wederzijdse verwachtingen binnen de relatie worden geëxploreerd. Therapeut en patiënt analyseren op gedragsmatige wijze het communicatiepatroon en de therapeut moedigt de patiënt aan om met andere communicatievormen te experimenteren. Eventueel gebruiken zij rollenspelen in de sessies.

Focus rolverandering. De patiënt heeft moeite om zich aan te passen aan een verandering in zijn of haar leven. De verandering wordt ervaren als een verlies. Voorbeelden van rolveranderingen zijn: pensionering, verhuizing, ziekte van de patiënt, ziekte van de partner. Meestal leiden deze veranderingen tot beperkingen in interpersoonlijke relaties en tot een verlaagd zelfgevoel. Doel van de behandeling is de patiënt de nieuwe rol als

meer positief te laten beleven, eventueel zelfs als mogelijkheid tot groei. Om dit te bewerkstelligen, belicht de therapeut voor- en nadelen van de oude en de nieuwe situatie. Vervolgens helpt de therapeut de patiënt bij het ontwikkelen van vertrouwen in de nieuwe rol. Ook bij dit focus geldt dat de therapeut de patiënt actief aanmoedigt het sociale netwerk uit te breiden of bestaande contacten te verbeteren.

Focus interpersoonlijk tekort. Als geen van de genoemde focussen in aanmerking komt en duurzaam bestaande karakterproblemen bepalen dat iemand geïsoleerd is geraakt, kiest men interpersoonlijk tekort als focus. Uitgangspunt is dat eenzaamheid moeilijk te verdragen is voor vrijwel alle mensen, ook als zij ernstige karakterproblemen hebben. De kortdurende IPT kan de karakterproblemen niet daadwerkelijk veranderen. Desondanks worden de communicatiepatronen doorgenomen en zoekt men met de patiënt samen naar haalbare manieren om het isolement te doorbreken.

In de afsluitfase van de behandeling bekijken therapeut en patiënt terug op de verworvenheden van de therapie en proberen zij deze te consolideren. Daar hoort bij het anticiperen op mogelijke terugval en hoe daar mee om te gaan.

De technieken binnen IPT zijn weinig specifiek. De therapeut maakt optimaal gebruik van non-specifieke therapiefactoren als het bieden van een therapeutische relatie, van een rationale en van hoop. Verkennen, aanmoedigen van gevoel, verhelderen, communicatieanalyse en gedragstherapeutische interventies worden vaak toegepast. De houding van de therapeut is niet neutraal, maar actief en steunend. De therapeut geeft geen aanwijzingen of directieven, hij of zij maakt geen gebruik van huiswerk.

IPT bij ouderen

Op basis van enkele gevalbeschrijvingen bestond aanvankelijk de indruk dat het protocol voor IPT zou moeten worden aangepast voor toepassing bij ouderen (Sholomskas, Chevron, Prusoff, & Berry, 1983). Zo suggereerde men dat het noodzakelijk is de duur van de sessies te bekorten en het aantal sessies te verhogen tot 15 à 20 sessies. Daarnaast zou de therapeut in praktische zin extra actief moeten zijn, bijvoorbeeld door het regelen van vervoer of het verwijzen naar instanties. Verder waarschuwde men dat de mogelijkheden tot verandering bij ouderen beperkt zijn en dat afhankelijkheidsproblemen een grotere rol zouden spelen.

In het hierna te bespreken terugvalpreventieonderzoek naar IPT bij ouderen, bleek dat deze aanpassingen en beperkingen nauwelijks aan de orde waren (Miller et al., 1997). Het karakteristieke van IPT bij ouderen was niet zozeer de aanpak, maar eerder de invulling van de probleemgebieden die sterk werd gekleurd door de laatste levensfase. Men stelde daarom in dit onderzoek de eis aan therapeuten dat zij een cursus gerontologie moesten volgen of minimaal een jaar werkzaam moesten zijn geweest op een ouderenafdeling.

Wat is bekend over de effectiviteit van IPT?

De effectiviteit van IPT bij de behandeling van depressieve volwassenen in de tweede lijn is in meerdere onderzoeken aangetoond (zie onder meer Elkin et al., 1989;

Weissman et al., 1979). IPT beschermt onvoldoende tegen terugval. Binnen anderhalf jaar na het staken van de behandeling werd een terugvalpercentage van 33 procent gevonden (Shea et al., 1992). Daarom is het protocol aangepast voor onderhoudsbehandeling bij recidiverende depressies ('IPT-Maintenance'). Deze gemodificeerde behandeling is effectief in het voorkomen van terugval (Frank et al., 1990). Eén onderzoek werd in de eerste lijn verricht. Hieruit bleek dat IPT een even groot effect had als een geprotocolleerde medicatiebehandeling, zij het dat het effect enkele weken later intrad (Schulberg, Block, & Madonia, 1996).

Gegevens over de effectiviteit van IPT bij ouderen zijn voornamelijk gebaseerd op een grote studie naar de optimale onderhoudsbehandeling voor oudere patiënten met een recidiverende depressie (Reynolds et al., 1999).

Honderdtachtig patiënten namen deel aan dit onderzoek. Zij hadden minstens één eerdere depressieve episode doorgemaakt, waarvan de laatste in de afgelopen drie jaar. Na een twaalf weken durende combinatiebehandeling van IPT en Nortriptyline herstelde 81 procent van de patiënten (Miller et al., 1997). Honderdzeven patiënten werden uiteindelijk gerandomiseerd over vier verschillende onderhoudsbehandelingen. Nortriptyline gecombineerd met IPT gaf de minste terugval over drie jaar, namelijk 20 procent (bij een betrouwbaarheidsinterval (BI) van 95%; *range* 4-36%); Nortriptyline met medicatiecontact 43 procent (95% BI; 25-61%); IPT met placebo 64 procent (95% BI; 45-83%); en placebo met medicatiecontact 90 procent (95% BI; 79-100%). Terugval trad vooral op in het eerste jaar en deed zich vaker voor bij patiënten van zeventig jaar of ouder dan bij patiënten uit de jongere groep (Reynolds et al., 1999).

Reynolds et al. adviseerden op grond van deze bevindingen dat alle ouderen met recidiverende depressies de combinatiebehandeling IPT plus Nortriptyline moeten krijgen. Op basis van later verrichte analyses werd deze uitspraak genuanceerd en onderscheidden zij subgroepen, waarvoor ook monotherapie met IPT voldoende was als onderhoudsbehandeling. Dit gold voor de groep patiënten die binnen zeven weken herstelden (32% van het totaal aantal patiënten), voor patiënten die voor de start van de behandeling een score lager dan 20 hadden op de *Hamilton Depression Rating Scale-17* en voor patiënten waarbij het normale slaappatroon volledig terugkeerde (Dew et al., 2001; Taylor et al., 1999; Reynolds et al., 1997).

Door dezelfde onderzoeksgroep wordt momenteel een grootschalig opgezet onderzoek verricht naar de effectiviteit van IPT bij depressieve ouderen in de eerste lijn (PROSPECT). Alhoewel over deze effectstudie nog slechts beperkt gepubliceerd is, wijzen voorlopige resultaten erop dat het aanbieden van interpersoonlijke psychotherapie alleen of in combinatie met medicatie, goede resultaten geeft bij depressieve ouderen in de eerste lijn (Thomas et al., 2002).

Hoe is IPT te implementeren?

Een demonstratieproject

In het IPT-project in Amsterdam gaan we na of het haalbaar is IPT te implementeren als transmurale zorg voor depressieve ouderen in de huisartsenpraktijk. Het aanbieden van deze tweedelijnsbehandeling in de eerste lijn verlaagt de drempel voor deze

psychotherapie. Zo komen waarschijnlijk meer ouderen in behandeling. Als deze benadering haalbaar blijkt te zijn, kan IPT in de toekomst een plaats krijgen binnen de inmiddels op vele plaatsen in het land gestarte consultatieprojecten, waarbij medewerkers uit de geestelijke gezondheidszorg behandelen in de huisartsenpraktijk.

We streven ernaar 70 patiënten (in het project gaat het om mensen van 55 jaar en ouder) met IPT te behandelen en te vergelijken met 70 patiënten die de gebruikelijke behandeling door de huisarts krijgen. Het IPT-protocol is voor de eerste lijn aangepast. Dat wil zeggen dat het aantal sessies is verlaagd tot tien.

Meerdere GGZ-instellingen hadden belangstelling voor dit project, enerzijds om de banden met de eerste lijn te versterken, anderzijds om hun medewerkers op het gebied van IPT deskundiger te maken. Voor de ouderenteams van de deelnemende instellingen organiseerden we een tweedaagse IPT-cursus. We legden de inhoud van deze cursus vast in een draaiboek en ontwikkelden een handleiding voor therapeuten. Na de cursus volgden supervisies in groepjes van vier therapeuten, elke twee weken gedurende een jaar, onder leiding van de IPT-trainer (eerste auteur). Daarna werd de frequentie verlaagd. Na de teamtrainingen bleek het niet moeilijk gemotiveerde therapeuten te vinden voor deelname aan het project. Vijftien therapeuten, zes psychologen en negen sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen uit vier verschillende GGZ-instellingen², zijn actief in het project. Het merendeel van de therapeuten is positief over de werkwijze. Twaalf van de achttien benaderde huisartsenpraktijken waren geïnteresseerd in deelname. De andere zes gaven als belangrijkste reden voor weigering een gebrek aan ruimte voor de GGZ-medewerker. Het aanbod van een kortdurende gesprekstherapie voor depressieve ouderen zagen de huisartsen veelal als een zinvolle aanvulling op het behandelaanbod.

De patiënten worden door middel van een gecombineerd schriftelijke en telefonische screeningsprocedure geworven. Inmiddels bestaat de groep uit 130 deelnemers, waarvan er 65 interpersoonlijke psychotherapie hebben (gehad). Het uitvalpercentage is vooralsnog laag, namelijk 12 procent. Aan het eind van de therapie(ën) wordt de tevredenheid van patiënten, therapeuten en huisartsen gemeten. Ter illustratie van de werkwijze volgen twee vignetten.

De heer Marijnissen, weduwnaar (focus: rouw)

De heer Marijnissen, 68 jaar oud, bezocht zijn huisarts in verband met geheugenproblemen. Uit de screening bleken aanwijzingen voor een depressie. Meneer Marijnissen wilde graag deelnemen aan het project. In het eerste gesprek stelde de therapeut de depressieve klachten centraal. De heer Marijnissen bleek twee jaar geleden, ongeveer een jaar na het overlijden van zijn echtgenote, last te hebben gekregen van somberheid. Hij had nergens zin meer in en sliep slecht. Ook had hij vanaf die tijd minder eetlust en ontstonden geheugen- en concentratieproblemen. Hij had nooit eerder een depressie gehad en ook in zijn familie kwamen depressies niet voor. Hij dronk geen alcohol en gebruikte geen medicatie. Hij piekerde dagelijks over de dood van zijn echtgenote. Zij overleed drie jaar eerder op 62-jarige leeftijd aan de gevolgen van een ovariumtumor. Hij had het gevoel dat hij geen tijd had gehad om echt afscheid van haar te nemen. De familieleden van zijn echtgenote gaven hem te kennen: 'Je had haar best tot haar dood toe thuis kunnen verzorgen. Waarom heb je haar in het

ziekenhuis laten sterven?' Dit terwijl hij in die periode zelf hartritmestoornissen ontwikkelde en een pacemaker kreeg.

Alhoewel de heer Marijnissen deze problematiek al in het eerste gesprek noemde, hield de therapeut vast aan de IPT-strategie en besprak hij eerst de depressie. Daarna nam hij de interpersoonlijke anamnese af om na te gaan of er nog andere probleemgebieden van invloed waren op de depressieve klachten. Het echtpaar Marijnissen had geen kinderen. Vroeger was de schoonfamilie voor de heer Marijnissen belangrijk, maar sinds het overlijden van zijn echtgenote zag hij hen nauwelijks, vooral ook omdat hij erg teleurgesteld was in hun houding jegens hem. Sinds anderhalf jaar had de heer Marijnissen een vriendin. Hij ondernam met haar allerlei activiteiten, maar wilde het contact niet verder uitbreiden.

De therapeut legde hem voor dat de depressieve klachten sterk onder invloed leken te staan van het emotionele isolement waarin hij geraakt was na het overlijden van zijn vrouw. Hierdoor was hij ook geremd in het contact met zijn nieuwe vriendin, met wie hij deze problemen niet deelde.

Men besloot de gecompliceerde rouw als behandelfocus te nemen. De behandeling begon met het exploreren van de relatie die meneer Marijnissen met zijn echtgenote had. Daarna werd de reeks gebeurtenissen na het ziek worden van zijn echtgenote besproken: het ziekbed, de snelle achteruitgang, zijn eigen hartproblemen, het overlijden van zijn echtgenote en de begrafenis, het alleen achterblijven en de reactie van de familie. Het opnieuw beleven van deze gebeurtenissen riep veel emoties op, die meneer Marijnissen nog niet eerder had gedeeld. Hij gaf aan dat dit hem opluchtte. Geleidelijk kon hij zich meer richten op de problemen in zijn huidige leven.

In de afsluitfase werd besproken hoe de therapiegesprekken zijn emotionele isolement hadden doorbroken en hoe dit tot een vermindering van zijn depressieve klachten had geleid. Hierna was meneer Marijnissen ook in staat actief de relatie met zijn schoonfamilie en vriendin te verbeteren. Aan het eind van de therapie was hij niet depressief meer en de geheugenproblemen waren verdwenen. De therapeut anticipeerde op signalen van terugval en hoe meneer Marijnissen daarmee zou kunnen omgaan.

De heer Caes, gewezen directeur (focus: rolverandering)

De heer Caes was 60 jaar oud en sinds een paar weken in de ziektewet. Hij bezocht zijn huisarts in verband met moeheid en toen bleek dat zijn klachten bij een depressie konden passen, wilde hij wel deelnemen aan het onderzoek. In het eerste gesprek werden conform de IPT-strategie de depressieve klachten geëxploreerd en meneer Caes ontving voorlichting over de depressie.

Uit de interpersoonlijke anamnese bleek dat meneer Caes weinig problemen had binnen de familie, eerder gaven veranderingen op het werk hem spanningen. Hij was jarenlang mededirecteur van een groot bedrijf geweest. Drie jaar geleden veranderde de 'policy' en werd hem duidelijk gemaakt dat een directeursfunctie voor hem niet langer was weggelegd. Vanaf die tijd kon hij niet langer zelf projecten initiëren. Weliswaar voerde hij zijn nieuwe functie goed uit, maar voor het oplossen van sommige problemen was

hij afhankelijk van anderen die een hogere plaats in de hiërarchie innamen. Daar had hij veel moeite mee.

De therapeut legde meneer Caes voor dat zijn depressieve klachten sterk onder invloed leken te staan van de veranderingen op zijn werk en dat het daarom het beste leek deze veranderingen centraal te stellen. De heer Caes kon zich vinden in dit voorstel. Eerst besprak men de periode waarin hij nog directeur was. Hij bloeide op en vertelde dat hij problemen altijd alleen had kunnen oplossen. Dat was niet altijd gemakkelijk, maar hij bereikte veel. De laatste jaren veranderde dat, het ging allemaal niet meer zo voorspoedig en men begon te praten over reorganisaties. Het vele overleggen ging hem niet goed af, zijn visie op de aanpak van de problemen vond weinig weerklank.

‘Je geeft goede adviezen, maar die worden niet opgepikt en min of meer afgedaan als uit de oude doos... of er wordt niets mee gedaan omdat ze geen risico durven nemen, terwijl uit het verleden gebleken is dat mijn aanpak werkte.’

Zijn ongenoegen hierover deelde hij nauwelijks met anderen. Hij trok zich voornamelijk chagrijnig terug als hij thuis was. Het bleek hem goed te doen dat er in de therapie sessies bij zijn beleving van dit alles werd stilgestaan. Hij merkte dat zijn stemming verbeterde. Er bleek nog een oude vriend te zijn met wie hij de banden kon aantrekken en die iets vergelijkbaars had meegemaakt. Dit hernieuwde contact had een positieve uitwerking op hem.

In de tweede helft van de behandelfase verkenden meneer Caes en de therapeut hoe hij de huidige situatie op zijn werk zou kunnen veranderen. Hij realiseerde zich dat met ontslag gaan en voor zichzelf beginnen geen reële optie was. Over twee jaar zou hij met pensioen kunnen. De oplossing leek meer te zitten in het zich aanmeten van een andere houding. Zo ging hij beter grenzen stellen, nam hij wat meer afstand en zag hij ook voordelen in het feit dat de grote verantwoordelijkheden nu bij anderen lagen. Deze veranderde houding vergemakkelijkte de werkhervatting. Bij de zesde sessie was meneer Caes weer fulltime aan het werk. In de laatste sessies werd teruggeblikt op de verworvenheden van de therapie en hoe hij deze kon consolideren.

Beschouwing

In het Amsterdamse project is het IPT-protocol aangepast aan de eerstelijns populatie: het aantal sessies werd verlaagd tot tien. Deze aanpassing werd aanvankelijk ingegeven door praktische overwegingen, omdat hiermee de inspanning van de GGZ-medewerkers kon worden beperkt en de haalbaarheid voor deelname van de GGZ-instellingen kon worden vergroot. Daarnaast vonden huisartsen meer dan tien sessies veel voor de patiënten die zij voor ogen hadden. Ook Schulberg, die in zijn eerstelijnsstudie het IPT-protocol niet aanpaste, gaf aan dat voor een deel van de patiënten de uitgebreide versie van interpersoonlijke psychotherapie waarschijnlijk niet noodzakelijk was en dat mogelijk door het aantal sessies te verminderen het uitvalpercentage verlaagd kon worden (Schulberg et al., 1996). In het Amsterdamse project gaven de therapeuten slechts in een beperkt aantal gevallen aan dat zij meer of minder therapiegesprekken nodig achtten. In hoeverre het verkorten van de therapie tot verminderde effectiviteit

leidt, zal mogelijk blijken uit de onderzoeksresultaten die te zijner tijd worden gepubliceerd.

In de cursus en in de handleiding voor therapeuten werden de voor oudere patiënten specifieke aandachtspunten, zoals geformuleerd door Sholomskas et al. (1983), wel opgenomen. De duur van de sessies (50 minuten) was zelden te lang, er ontstond geen overmatige afhankelijkheid en slechts in enkele gevallen was actieve inmenging van de therapeut in praktische zaken van de patiënt noodzakelijk. Conform de bevindingen van Miller et al. (1997) hebben we de indruk dat het IPT-protocol geen aanpassing voor ouderen vraagt. Het feit dat de therapeuten werkzaam zijn binnen ouderenteams van een GGZ-instelling vergemakkelijkt wel het verkennen en bewerken van de fase-gerelateerde problemen.

In het kader van het project werd interpersoonlijke psychotherapie aangeboden als monotherapie. Patiënten die al antidepressiva gebruikten, werden uitgesloten van deelname, omdat anders het effect van de IPT-behandeling niet te onderscheiden zou zijn van dat van de medicatie. In de praktijk zouden patiënten moeten kunnen kiezen tussen beide therapievormen. Waarschijnlijk verhoogt deze keuzemogelijkheid de kans dat patiënten daadwerkelijk in behandeling komen. Sommige patiënten komen, ook in de eerste lijn, in aanmerking voor een combinatiebehandeling als monotherapie te weinig effect heeft.

Het project richt zich op de acute behandeling van de depressie, maar omdat IPT niet voldoende beschermt tegen terugval kan verwacht worden dat een deel van de patiënten opnieuw klachten zal ontwikkelen. Waarschijnlijk gelden ook in de eerste lijn de richtlijnen voor terugvalpreventie, namelijk dat patiënten die recentelijk meerdere depressies hebben doorgemaakt in aanmerking komen voor een onderhoudsbehandeling met medicatie of IPT (Reynolds et al., 1999). Een dergelijke behandeling valt buiten het bestek van het Amsterdamse project. Wel zullen we het naturalistisch beloop tot tweeënhalf jaar na de interventie volgen.

Een ander punt van aandacht is het trainingstraject. In hoeverre garandeerde dit dat de therapeuten daadwerkelijk het IPT-protocol volgden? Alle sessies werden op cassetteband opgenomen en steekproefsgewijs gebruikt bij de supervisies. De indruk bestond tijdens de supervisies dat het voor de meeste sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen nieuw was om binnen de gesprekken een protocol te volgen. Alhoewel zij aangaven het raamwerk van de therapie als een steun te ervaren, kostte het hun in het begin moeite de gesprekken zodanig te structureren dat de IPT-strategieën konden worden uitgevoerd. Overigens hadden ook de psychotherapeuten tijd nodig zich deze strategieën eigen te maken en hun technieken en houding aan te passen. Voor alle therapeuten gold dat zij het meest moeite hadden met de behandelfase, die het minst duidelijk omschreven is en waarin het moeilijk is zich te beperken tot het afgesproken focus. Juist in deze fase neigden de therapeuten ertoe terug te vallen op hun gebruikelijke aanpak. Het is ons inziens dan ook noodzakelijk dat de theoretische cursus gevolgd wordt door supervisie met daarin individuele feedback naar aanleiding van audio- of video-opnames, zoals dat ook in de IPT-handboeken wordt geadviseerd.

Op basis van de voorlopige bevindingen concluderen wij dat het haalbaar is IPT als transmurale zorg aan te bieden. Het is gebleken dat de verschillende betrokken partijen, zoals beleidsmakers in de GGZ, therapeuten, huisartsen en patiënten, belangstelling

hebben voor en positief zijn over deze therapievorm. Knelpunten zijn een gebrek aan financiering en de afwezigheid van therapieruimte in sommige huisartsenpraktijken. De indruk bestaat dat ook sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen deze methode goed kunnen uitvoeren. Alhoewel over de effectiviteit van de interventie in dit project nog geen resultaten bekend zijn, kunnen we in ieder geval stellen dat de meeste deelnemende therapeuten zodanig enthousiast zijn over interpersoonlijke psychotherapie dat zij deze behandeling ook toepassen in hun tweedelijnspraktijk.

abstract

Interpersonal therapy (IPT) is a short term psychotherapy which has proven to be effective in depressed elderly patients. In IPT depression is labelled as a disease, that interacts with the interpersonal context of the patient. In spite of good reasons for offering IPT as a standard treatment for depressed elderly patients, it is often not provided for lack of therapists trained in IPT. This is especially true for primary care where most depressed patients are being treated. In the Amsterdam IPT project the feasibility of IPT, given by mental health workers to depressed elderly patients in primary care, is being evaluated. Patients, therapists and general practitioners all are positive about this intervention. Therefore, implementation of IPT seems feasible, as long as training and supervision of therapists can be provided

Noten

- 1 Met dank aan Annemie Kuckelkorn, psychotherapeut, RIAGG West Friesland te Hoorn, en Sikko Salverda, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige bij het Van Foreest Centrum in Alkmaar.
- 2 GGZ Buitenamstel, Amsterdam; Van Foreest Centrum, Alkmaar; de Geestgronden, Amstelveen; RIAGG West Friesland, Hoorn.

Referenties

- Arean, P.A., Hegel, M.T., & Reynolds, C.F.3rd (2001). Treating Depression in Older Medical Patients with Psychotherapy. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7, 93-104.
- Blom, M.B.J., & Jonker, K. (1999). Protocolaire behandelingen van depressieve patiënten: Interpersoonlijke psychotherapie. In G.P.J Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin, *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg 2* (pp. 50-69). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Blom, M.B.J., Kerver, M.J., & Nolen, W.A. (1997). *Inleiding in de interpersoonlijke psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Londen: Hogarth Press.
- Dew, M.A., Reynolds, C.F. 3rd, Mulsant, B., Frank, E., Houck, P.R., Mazumdar, S., Begley, A., & Kupfer, D.J. (2001). Initial recovery patterns may predict which maintenance therapies for depression will keep older adults well. *Journal of Affective Disorders*, 65, 155-166.
- Dyck, R. van, & Spinhoven, Ph. (1999). Interpersoonlijke psychotherapie. In J.A. den Boer, J. Ormel, H.M. van Praag, H.G.M. Westenberg, H. D'haenen (red.), *Handboek Stemmingsstoornissen* (pp. 278-286). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J., & Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., Cornes, C., Jarrett, D.B., Mallinger, A.G., Thase, M.E., McEachran, A.B., & Grochocinski, V.J. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099.

- Groot, P.A. de (1995). Consensus depressie bij volwassenen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1237-1241.
- Klerman, G.L., & Weissman M.M. (1993). *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A Science of Man*. Springfield, IL: Charles Thomas.
- Miller, M.D., Wolfson, L., Frank, E., Cornes, C., Silberman, R., Ehrenpreis, L., Zaltman, J., Malloy, J., & Reynolds, C.F. 3rd. (1997). Using interpersonal psychotherapy (IPT) in a combined psychotherapy/medication research protocol with depressed elders. A descriptive report with case vignettes. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 47-55.
- Reynolds, C.F. 3rd, Frank, E., Dew, M.A., Houck, P.R., Miller, M., Mazumdar, S., Perel, J.M., & Kupfer, D.J. (1999). Treatment of 70(+)-year-olds with recurrent major depression. Excellent short-term but brittle long-term response. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 64-69.
- Reynolds, C.F. 3rd, Frank, E., Houck, P.R., Mazumdar, S., Dew, M.A., Cornes, C., Buysse, D.J., Begley, A., & Kupfer, D.J. (1997). Which elderly patients with remitted depression remain well with continued interpersonal psychotherapy after discontinuation of antidepressant medication? *American Journal of Psychiatry*, 154, 958-962.
- Reynolds, C.F. 3rd, Frank, E., Perel, J.M., Imber, S.D., Cornes, C., Miller, M.D., Mazumdar, S., Houck, P.R., Dew, M.A., Stack, J.A., Pollock, B.G., & Kupfer, D.J. (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *Journal of the American Medical Association*, 281, 39-45.
- Schulberg, H.C., Block, M.R., & Madonia, M.J. (1996). Treating major depression in primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 53, 913-919.
- Schulberg, H.C., Bryce, C., Chism, K., Mulsant, B.H., Rollman, B., Bruce, M., Coyne, J., & Reynolds, C.F. 3rd (2001). Characteristics and course of major depression in older primary care patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 577-584.
- Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.F., Pilonis, P.A., Beckham, E., Glass, D.R., & Dolan, R.T. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Sholomskas, A.J., Chevron, E.S., Prusoff, B.A., & Berry, C. (1983). Short-term interpersonal therapy (IPT) with the depressed elderly: case reports and discussion. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 552-566.
- Spijker, J., Bijl, R.V., Graaf, R. de, & Nolen, W.A. (2001). Care utilization and outcome of DSM-III-R major depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 104, 19-24.
- Sullivan, H. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: WW Norton.
- Taylor, M.P., Reynolds, C.F. 3rd, Frank, E., Cornes, C., Miller, M.D., Stack, J.A., Begley, A.E., Mazumdar, S., Dew, M.A., & Kupfer D.J. (1999). Which elderly depressed patients remain well on maintenance interpersonal psychotherapy alone? Report from the Pittsburgh study of maintenance therapies in late-life depression. *Depression and Anxiety*, 10, 55-60.
- Thomas, L., Mulsant, B.H., Solano, F.X., Black, A.M., Bensasi, S., Flynn, T., Harman, J.S., Rollman, B.L., Post, E.P., Pollock, B.G., & Reynolds, C.F. 3rd (2002). Response speed and rate of remission in primary and specialty care of elderly patients with depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 583-591.
- Verhaak, P., Lisdonk, E. van de, Bor, J., & Hutschemaekers, G. (2000). GPs' referral to mental health care during the past 25 years. *British Journal of General Practice*, 50, 307-308.
- Weissman, M., Markowitz, J., & Klerman, G. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Dimascio, A., Neu, C., Goklaney, M., & Klerman, G.L. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *American Journal of Psychiatry*, 13, 555-558.