

Psychotherapie bij depressie^a

Scope

Deze factsheet is opgesteld om de basisinformatie over psychotherapie bij volwassenen met depressie te beschrijven. Er zijn zeker verdere nuances aan te brengen bijvoorbeeld bij comorbide angst, verslaving of persoonlijkheidsproblematiek. Deze nuances vallen buiten de scope van dit document, mede omdat de evidentie hiervoor beperkt is en verdere nuancering daardoor meerdere opinies rechtvaardigt.

Effectiviteit van psychotherapieën tegen depressie

- De volgende vormen van psychotherapie zijn bewezen effectief in de behandeling van de depressieve stoornis: cognitieve gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke psychotherapie (IPT), gedragsactivatie (behavioral activation, BA), probleemoplossende therapie (problem solving therapy, PST), non-directieve steun gevende therapie (NDST) en kortdurende psychodynamische psychotherapie (KPSP).¹
- Na afronden van psychotherapie is 41-43% van de patiënten volledig hersteld.^b Het gemiddelde responspercentage (d.w.z. 50% reductie in klachten) is 48%.²
- Er zijn aanwijzingen dat het effect van psychotherapie minimaal twee jaar na behandeling aanhoudt.^{3,4}
- Er is geen bewijs dat therapie met meer sessies effectiever is dan een kortere therapie. Het is echter waarschijnlijk dat een therapie met twee sessies per week effectiever is dan een therapie met één sessie per week.⁵
De onderlinge verschillen in effectiviteit tussen de psychotherapieën zijn klein.¹

- Psychotherapie is bij de behandeling van depressie even effectief als antidepressieve medicatie (antidepressiva).⁶
- Psychotherapie is effectief bij chronische en therapieresistente depressies.^{7,8}
- Bij een psychotische depressie is er een indicatie voor antidepressieve medicatie, niet voor psychotherapie.⁷
- Bij depressie met relatieproblemen zijn er aanwijzingen dat relatietherapie effectief is zowel op de depressie als op de relatieproblemen.^{9,10}
- Er zijn aanwijzingen dat een gecombineerde behandeling met antidepressiva én psychotherapie effectiever is dan één van beide, ongeacht ernst van de depressie.^{1,11}
- Vroege en snelle verbeteringen (zgn. 'sudden gains') tijdens de psychotherapie zijn een aanwijzing voor een uiteindelijk goed behandelresultaat.^{12,13}

Uitvoering van de psychotherapeutische behandeling

- Het maakt voor de effectiviteit van de psychotherapie niet uit of de therapie individueel of in een groep wordt aangeboden.¹
- Internet-ondersteunde CGT (eHealth) is als zelfhulp effectief bij depressie, maar is effectiever als er een vorm van begeleiding wordt geboden.^{14,15} In de ggz wordt eHealth veelal in een zogenoemd blended format aangeboden. Dit bestaat uit een combinatie van face-to-face gesprekken en digitale ondersteuning (behandelmodules op internet of mobiele app, online dagboeken en monitoring van klachten). Onderzoeksgegevens zijn nog beperkt. In één studie was blended CGT even effectief als reguliere CGT, terwijl de therapeuten minder tijd

^a Dit betreft de unipolaire depressie (volgens DSM-IV en DSM-5), effectiviteit voor dysthymie (DSM-5: persistent depressive disorder) wordt eveneens weergegeven.

^b Gedefinieerd als een score lager dan een afkappunt waarbij er alleen restklachten van depressie zijn (bijv. een Hamilton-score ≤7), of middels een gestructureerd psychiatrisch interview

hoefden te investeren in de blended CGT-groep.¹⁶ Verder zijn er over blended behandeling in ggz-populaties nog geen gepubliceerde data beschikbaar.

Negatieve effecten van psychotherapie voor depressie

- Over negatieve effecten van psychotherapeutische behandeling van depressie is nog niet veel bekend. Er is geen eensluidende definitie en de exacte prevalentie is onbekend. Het kan gaan om ongewenste of schadelijke gevolgen van (a) een adequaat uitgevoerde behandeling, (b) een slecht uitgevoerde behandeling, (c) een slechte werkrelatie tussen patiënt en therapeut, (d) een niet-geïndiceerde behandeling of (e) onprofessioneel gedrag van de therapeut.¹⁷⁻¹⁹
- Psychotherapie in het algemeen (dus niet alleen voor depressie) kan bij naar schatting tussen 5-10% van patiënten leiden tot langer durende negatieve effecten zoals toename van huidige klachten of het ontstaan van nieuwe klachten of problemen. Er zijn aanwijzingen dat het risico toeneemt bij een combinatie van mannelijke therapeut-vrouwelijke patiënt, bij patiënten afkomstig uit etnische en seksuele minderheden, bij langdurige behandelingen en wanneer er bij patiënten onduidelijkheid bestaat over methode en/of doel van de behandeling.^{20,21}
- Negatieve gevolgen op korte en lange termijn van niet-werkzame psychotherapie kunnen zijn; verslechtering van algemeen functioneren, meer hopeloosheid, minder zelfvertrouwen, het voortijdig beëindigen van behandeling en het niet zoeken van verdere behandeling.²⁰⁻²²
- Preventie van negatieve effecten van psychotherapie bestaat uit: (1) goede overeenstemming bij de start van de behandeling over methode, duur en doel; (2) regelmatige tussentijdse evaluatie van behandelresultaat en van (patiënt)tevredenheid over de behandeling.^{20,21,23,24}

Wanneer te starten met psychotherapie bij depressie?

- De keuze van het al dan niet starten met een psychotherapie wordt na overleg over de verschillende behandelopties en de voor- en nadelen bepaald, in samenspraak tussen de

patiënt, diens directbetrokkenen en de behandelend arts. Het kan wenselijk zijn om de patiënt enige bedenktijd te geven om de keuze van een psychotherapeutische behandeling te overwegen. Dit zal de therapietrouw vergroten.⁷

- Bij patiënten met een lichte depressie die korter dan 3 maanden duurt, kan als eerste stap-interventie een psychotherapeutische interventie (counselling, psychosociale interventies, eHealth interventies) aangeboden worden.⁷
- Bij patiënten met een lichte depressie die langer dan 3 maanden duurt, wordt als eerste stap-interventie probleemoplossende therapie (PST) of Kortdurende Behandeling (KOP-model^c) aangeboden.⁷
- Bij patiënten met een eerste matige tot ernstige depressie is een psychotherapeutische behandeling (met name cognitieve therapie (CGT), gedragsactivatie (BA) of interpersoonlijke therapie (IPT)) een goed advies. Een behandeling met alleen een antidepressivum is eveneens effectief.⁷
- Bij patiënten met een matige tot ernstige recidiverende depressie is een psychotherapeutische behandeling (met name CGT, BA of IPT) noodzakelijk, eventueel gecombineerd met antidepressiva.⁷
- Bij psychotherapie dient de behandeling regelmatig (maximaal elke 4 maanden, maar beter vaker) te worden geëvalueerd. Mocht uit deze evaluatie blijken dat er onvoldoende resultaat is, dan wordt de behandeling aangepast.⁷
- Als iemand niet (voldoende) reageert op psychotherapie kan overwogen worden om een andere psychotherapie, farmacotherapie of combinatiebehandeling in te zetten.⁷

Wanneer te stoppen met psychotherapie bij depressie?

- Het is niet mogelijk om voor psychotherapeutische interventies bij depressies een algemeen geldende optimale therapieduur vast te leggen.⁷
- Om (snelle) terugval te voorkomen is het raadzaam om ernaar te streven dat de patiënt echt 'depressievrij' oftewel in 'stabiele remissie' is.⁷
 - Bij lichte depressies wordt het aantal sessies beperkt tot maximaal acht.

^c KOP-model: KOP staat voor de formule: Klacht (K) is een gevolg van de Omstandigheden (O) x Persoonlijke coping (P), Rijnders 2015)

- Bij ernstige depressies duurt het doorgaans langer (ten minste zestien sessies/weken) om stabiele remissie te bereiken.⁷
- De beslissing om te stoppen met psychotherapie wordt in overleg tussen behandelaar en patiënt genomen, op basis van een (klinische) inschatting van het risico op terugval/recidief.⁷

Terugval-/recidiefpreventie

- Na een eerste depressieve episode is de kans op een nieuwe depressieve episode toegenomen tot ten minste 40%. Dit risico neemt verder toe als er meer recidieven opgetreden zijn.²⁵
- Het hebben van restsymptomen en meer eerdere episodes van depressie zijn belangrijke voorspellers van terugval/recidief depressies.
- CGT in de behandeling van een depressieve episode heeft een beschermende werking tegen terugval/recidief van depressie.^{7,3}
- Om terugval te voorkomen is het alleen voor IPT aangetoond dat laagfrequente onderhoudstherapie geïndiceerd is.⁷
- Psychotherapie gericht op terugval vermindert het risico op terugval of recidief met 41% (t.o.v. treatment as usual), ongeacht de kenmerken van de depressieve episode.²⁶
 - Preventieve cognitieve therapie (PCT), gegeven als patiënten een stabiele

remissie hebben bereikt is beschermend tegen terugval (vergeleken met treatment as usual en antidepressiva). Het combineren van PCT met antidepressiva heeft echter de grootste recidiefpreventieve werking.²⁶⁻²⁸

- Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), gegeven als patiënten een stabiele remissie hebben bereikt, is beschermend tegen terugval (vergeleken met treatment as usual).²⁹⁻³⁵ Het is minder duidelijk of MBCT als terugvalpreventieve interventie even effectief is als antidepressiva. Het combineren van MBCT met antidepressiva heeft mogelijk de grootste recidiefpreventieve werking.

Deze *Factsheet Psychotherapie bij depressie* is opgesteld op 6 oktober 2018 door A. van Schaik, A. Schröder, P. Dingemans, F. Peeters en H.G. Ruhé. Utrecht, Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie (NedKAD), 2018. Eerste herziening is gepland in oktober 2019.

Literatuur

- 1 Cuijpers P. Four Decades of Outcome Research on Psychotherapies for Adult Depression: An Overview of a Series of meta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne* 2017; 58(1): 7–19.
- 2 Cuijpers P, Karyotaki E, Weitz E, Andersson G, Hollon SD, Van Straten A. (). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2014; 159: 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- 3 Cuijpers P, Hollon SD, Straten A van, Bockting C, Berking M, Andersson G. Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*. 2013; Apr 26; 3(4). pii: e002542. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002542. 2013.
- 4 Lemmens LHJM, Bronswijk SC van, Peeters F, Arntz A, Hollon SD, Huibers MJH. Long-term outcomes of acute treatment with cognitive therapy versus interpersonal psychotherapy for adult depression: follow-up of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 2018; Published online: May 24: 1–9. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001083>
- 5 Cuijpers P, Huibers M, Ebert DD, Koole SL, Andersson G. How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta-regression analysis. *J Affect Disord* 2013; 149(1-3): 1-13.
- 6 Furukawa TA, Weitz ES, Tanaka S, Hollon SD. Initial severity of depression and efficacy of cognitive-behavioural therapy: Individual-participant data meta-analysis of pill-placebo-controlled trials. *Br J Psychiatry* 2017; 210(3): 190-196. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187773>.
- 7 Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, Balkom ALJM van namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/ Depressie. *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (derde revisie, 2013). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- 8 Bronswijk S van, Moopen N, Beijers L, Ruhe HG, Peeters, F. (). Effectiveness of psychotherapy for treatment-resistant depression: a meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med* 2018; Aug 24:1-14. doi: 10.1017/S003329171800199X
- 9 Barbato A, D'Avanzo B. Marital therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 2, Art. No.: CD004188.
- 10 Beach SRH, Whisman MA. Affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy* 2012; 38: 201–219.
- 11 Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders:

- A meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013; 12(2): 137–148. <https://doi.org/10.1002/wps.20038>
- 12 Abel A, Hayes AM, Henley W, Kuyken W. Sudden gains in cognitive-behavior therapy for treatment-resistant depression: Processes of change. *J Consult Clin Psychol*, 2016. 84(8): 726-737.
 - 13 Lemmens LH, DeRubeis RJ, Arntz A, Peeters FP, Huibers MJ. Sudden gains in Cognitive Therapy and Interpersonal Psychotherapy for adult depression. *Behav Res Ther* 2016; 77: 170-176.
 - 14 Karyotaki E, Riper H, Twisk J, Hoogendoorn A, Kleiboer A, Mira A, ... Cuijpers P. Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(4): 351. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0044>
 - 15 Baumeister H, Reichler L, Munzinger, M, Lin J. The impact of guidance on Internet-based mental health interventions - A systematic review. *Internet Interventions* 2014; 1(4): 205-215 <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>
 - 16 Thase ME, Wright JH, Eells TD, Barrett MS, Wisniewski SR, Balasubramani GK, McCrone P, Brown GK. Improving the efficiency of psychotherapy for depression: computer-assisted versus standard CBT. *American Journal of Psychiatry* 2018; Mar 1, 175(3): 242-250.
 - 17 Dimidjian S, Hollon SD. How would we know if psychotherapy were harmful? *Am Psychol* 2010; 65(1): 21-33.
 - 18 Linden M, Schermuly-Haupt ML. Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry* 2014; 13(3): 306-309.
 - 19 Jonsson U, Alaie I, Parling T, Arnberg FK. Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: a review of current practice. *Contemp Clin Trials* 2014; 38(1): 1-8.
 - 20 Leitner A, Märtens M, Koschier A, Gerlich K, Liegl G, Hinterwallner H, Schnyder U. Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *J Contemp Psychotherapy* 2013; 43: 95-105.
 - 21 Crawford MJ, Thana L, Farquharson L, Palmer L, Hancock E, Bassett P, Clarke J, Parry GD. Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *Br J Psychiatry* 2016; 208(3): 260-265.
 - 22 Rozental A, Kottorp A, Boettcher J, Andersson G, Carlbring P. Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of the Negative Effects Questionnaire for Monitoring and Reporting Adverse and Unwanted Events. *PLoS One* 2016; 11(6): p. e0157503.
 - 23 Linden, M. How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clin Psychol Psychother* 2013; 20(4): 286-296.
 - 24 Bystedt S, Rozental A, Andersson G, Boettcher J, Carlbring P. Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cogn Behav Ther* 2014; 43(4): 319-31.
 - 25 Hardeveld F., et al., Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med*, 2013. 43(1): p. 39-48.
 - 26 Bockting CLH, Klein NS, Elgersma HJ, Rijsbergen GD van, Slofstra C, Ormel J5, Buskens E, Dekker J, Jong PJ de, Nolen WA, Schene AH, Hollon SD, Burger H. Effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants versus maintenance antidepressant treatment versus their combination in prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a three-group, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2018; May;5(5): 401-410. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30100-7. Epub 2018 Apr 3.
 - 27 Bockting CL, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Huyser J, et al. Preventing relapse/ recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2005; 73: 647-57.
 - 28 Bockting CL, Smid NH, Koeter MW, Spinhoven P, Beck AT, Schene AH. Enduring effects of Preventive Cognitive Therapy in adults remitted from recurrent depression: A 10 year follow-up of a randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2015; 185: 188-194.
 - 29 Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Hayes R, Huijbers M, Ma H, Schweizer S, Segal Z, Speckens A, Teasdale JD, Van Heeringen K, Williams M, Byford S, Byng R, Dalgleish T. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry* 2016; Jun 1;73(6): 565-74. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076.
 - 30 Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 31-40.
 - 31 Godfrin KA, Heeringen C van. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes , mental health and quality of life : A randomized controlled study. *Behav Res Ther* 2010; 48: 738-746.
 - 32 Teasdale JD, Williams JMG, Ridgeway VA, Lau MA, Soulsby JM. Prevention of Relapse / Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 615-623.
 - 33 Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 1032-1040.
 - 34 Huijbers MJ, Spinhoven P, Spijker J, Ruhe HG, van Schaik DJF, van Oppen P, et al. Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: randomised controlled non-inferiority trial. *Br J Psychiatry* 2016; 18: 366-373.
 - 35 Huijbers MJ, Spinhoven P, Spijker J, Ruhe HG, Van Schaik DJF, Van Oppen P, et al. Adding mindfulness-based cognitive therapy to maintenance antidepressant medication for prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder: Randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2015; 187: 54-61.