

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

## ■ Onderzoek gesignaleerd

### **Is er plaats voor gezinstherapie in de behandeling van depressie van kinderen?**

Bespreking van een vergelijkende studie van Trowell en collega's (2007) naar de effectiviteit van gezinstherapie en individuele psychodynamische therapie

In de praktijk worden ouders vaak bij de behandeling betrokken wanneer hun zoon of dochter aan een depressie lijdt. Dit geldt zeker bij jonge kinderen. Toch is systematisch onderzoek naar de effectiviteit van gezinstherapie bij jongeren met een depressie nog steeds schaars (zij het wel hoopgevend). Deze studie, zoals elk onderzoek naar de effectiviteit van gezinstherapie, verdient dan ook onze bijzondere aandacht.

De auteurs gaan uit van de aanname dat individuele psychodynamische psychotherapie en gezinstherapie in de praktijk frequent worden toegepast in de behandeling van depressie bij kinderen en adolescenten, maar dat de effectiviteit ervan tot op heden weinig is onderzocht. Dit in tegenstelling tot de cognitieve gedragstherapie (CBT), waarvan de effectiviteit wel intens is onderzocht en die (voorlopig) als gouden standaard geldt in deze patiëntenpopulatie.

De onderzoeksfeiten op een rijtje. Het betreft een gerandomiseerde studie die de effectiviteit van Individuele Psychodynamische Psychothe-

rapie (IPP) en Gezintherapie (GT) vergelijkt in de behandeling van een dysthyme en/of depressieve stoornis. 72 kinderen en adolescenten (tussen 9 en 15 jaar) in drie verschillende centra in Londen, Athene en Helsinki namen deel aan het onderzoek. Een internationale multicentrische studie dus.

In elk van de centra zijn 24 patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden (leeftijd, diagnose van dysthyme en/of depressieve stoornis) at random toegewezen aan één van beide condities, GT of IPP; 35 kinderen en adolescenten namen deel aan de IPP-conditie en 37 aan de GT-conditie. Om het effect van de behandeling 'zo zuiver mogelijk' te houden, zijn enkel kinderen en adolescenten in de studie opgenomen die bij minstens één biologische ouder woonden, en die geen medicatie namen voor hun depressie. Exclusiecriteria voor de studie waren verder: noodzaak voor opname, een bipolaire of een schizo-affectieve stoornis of gedragsstoornis bij de jongere, en een ouder met psychotische of een persoonlijkheidsproblematiek. De behandeling duurde negen maan-

den, en bestond uit 8 tot 14 sessies (gemiddeld 11 sessies) van 90 minuten voor de GT, en voor de IPP uit 16 tot 30 sessies (gemiddeld 24.7 sessies) van 50 minuten plus regelmatige onderbegeleidingssessies (één sessie per twee sessies individuele therapie). Alle therapeuten zijn in respectievelijk GT of IPP getraind en volgden een gestandaardiseerde handleiding bij de behandeling. De IPP-behandeling was voornamelijk gebaseerd op het model van Malan en Osimo (1992) en Davenloo (1978), en focust op interpersoonlijke relaties, stressoren, en onveilige gehechtheidspatronen. In de GT gaat het vooral om de Systems Integrative Family Therapy van Byng-Hall (1995) en de therapie van Will & Wrate (1985), waarin vooral aandacht geschonken wordt aan het 'disfunctioneren' van het gezin, en weinig aan de vroege kindertijd en niet-opgeloste intrapsychische conflicten.

Een uitgebreide testbatterij is afgenomen vóór de start van de behandeling (baseline), direct na afloop van de therapie en zes maanden later (follow-up). De diagnose van een depressie of een dysthyme stoornis is gesteld aan de hand van de Kiddie-SADS (Chambers, Puig-Antich, Hirsch, et al., 1985). Depressieve klachten zijn zowel gemeten met de Childhood Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1981) en de Mood & Feelings Questionnaire (MFQ; Angold, Costello,

Pickles, et al., 1987). Het algemeen functioneren van het kind of de adolescent is verder beoordeeld met de Children's Global Assessment Scale (C-GAS; Shaffer, Gould & Brasic, 1993).

De resultaten zijn berekend over de drie centra heen. Zowel de prevalentie als de ernst van de depressieve klachten verbeterden na beide vormen van therapie. Meer specifiek toonden de resultaten dat na de behandeling met IPP 74.3% van de kinderen en adolescenten niet langer de diagnose van depressie of dysthymie had; bij follow-up had niemand nog één van beide diagnoses. De bevindingen na behandeling met GT liggen in dezelfde lijn. Bij het einde van GT had 75.7% van de jongeren geen diagnose van depressie/dysthymie meer, terwijl slechts 18.9% van de kinderen en adolescenten bij follow-up deze diagnose(n) had.

Dit verschil, waarin IPP het bij follow-up lichtjes beter deed dan GT, is hoofdzakelijk te wijten aan een kenmerk van de statistische analyse die de onderzoekers gebruikten: de methode van LOCF (*last observation carried forward*) die werd gebruikt om de vier drop-outs in de GT-conditie bij de follow-upanalyse te includeren. Deze resultaten gaan dan ook over de *intention-to-treat* groep (alle kinderen of adolescenten die begonnen zijn aan de behandeling). Belangrijk is dat bij analyse van de *completers* (de kin-

deren of adolescenten die niet eerder gestopt zijn dan overeengekomen met therapie en onderzoek) geen enkel verschil in effectiviteit tussen beide therapieën werd gevonden. Opvallend was wel het verschil in de evolutie van de verandering. De verandering bij GT gebeurde

hoofdzakelijk tijdens de **...beide behandelingen leiden tot vermindering van depressie ...** therapie, terwijl de kinderen of adolescenten in de IPP-conditie zo-

wel tijdens als na het beëindigen van de therapie verbeterden. Gelijkaardige bevindingen werden gevonden wanneer niet alleen naar diagnose, maar naar depressieschalen werd gekeken. Er is geen verschil gevonden tussen IPP en GT wat de vermindering van de depressieve klachten bij follow-up betreft. Maar ook op deze depressieschalen is een verschillende evolutie over de tijd gevonden: vooral een vermindering van de depressieve klachten bij GT tijdens de therapie en bij IPP zowel tijdens als na de therapie.

Wanneer gekeken werd naar het algemene niveau van functioneren bij deze kinderen en adolescenten kwamen er gelijksoortige resultaten. Het functioneren verbeterde significant na behandeling met IPP en GT, zonder significante verschillen tussen de IPP- en de GT-conditie.

De auteurs besluiten dat zowel IPP als GT effectieve behandelingen zijn

bij kinderen en adolescenten met een depressieve en/of dysthyme stoornis. Dit onderzoek bevestigt op een systematische wijze de rol die zowel gezinstherapie als individuele psychodynamische therapie kan spelen bij de behandeling van depressie bij jongeren.

Maar zonder dat we afbreuk willen doen aan de waarde van dit onderzoek, roept het toch ook een aantal vragen op. Een belangrijke beperking, zoals ook de auteurs vermelden, is de relatief kleine onderzoeksgroep. De enige uitleg die ze hierover geven, is 'recruteringsproblemen'. Verder is de informatie over de adolescenten en kinderen die wel aan de inclusiecriteria voldeden maar niet (wild)en meewerk(t)en aan de studie, erg mager. Hierbij aansluitend vermelden de auteurs in de inleiding dat menige CBT-studie (te) strenge inclusiecriteria hanteert. Maar de inclusie- en exclusiecriteria in deze studie zijn ook niet mis. Het gaat hier om een flink geselecteerde groep jongeren. We kunnen ons dan ook afvragen: hoe representatief is deze groep voor onze dagelijkse gezinstherapeutische praktijk?

Ook bij de therapeutische opzet kunnen we vragen hebben. Waarom is gekozen voor de vergelijking tussen psychodynamische en gezinstherapie? Waarom is er niet met een wachtlijstconditie gewerkt? Of beter

nog, waarom zijn deze therapieën ook niet vergeleken met bewezen effectieve behandelingsvormen zoals CBT of Inter-Personal Therapy? Bijkomend is het toch ook vreemd dat de GT gemiddeld bestaat uit slechts 11 (90 minuten durende) gezinssessies, terwijl in de IPP-conditie er gemiddeld 24.7 (50 minuten durende) individuele sessies afgewisseld worden met gemiddeld 12.35 (eigen berekening, duur onbekend) oudersessies. Dit is wat de ‘therapiedosis’ betreft niet helemaal een eerlijke vergelijking, en toch wordt hier weinig over gezegd.

Verder kun je je afvragen of hier gezinstherapie (ouders en kind samen) niet gewoonweg vergeleken werd met een andere vorm van gezinstherapie (ouders en kind apart)? Ook wordt er niets verteld over het opleidingsniveau en de selectie van de therapeuten, hoe sterk ze zelf ‘geloofden’ in de therapie die ze aanboden, en hoe strikt ze het protocol gevolgd hebben. Ten slotte mogen we niet vergeten dat het om een *manualized* behandeling gaat, en dat er naast een geprotocolleerde en gecontroleerde studie zoals deze ook meer naturalistische studies nodig zijn over de effectiviteit van de gezinstherapie.

Maar dit alles doet geen afbreuk aan de belangrijkste bevinding van dit onderzoek voor ons gezinstherapeuten, namelijk dat (gezins)therapie werkt bij kinderen en adolescenten

met een depressieve en/of een dysthyme stoornis.

**Benedicte Lowyck en  
Gilbert Lemmens**

## Literatuur

- Angold, A., Costello, E.J., Pickles, A. e.a. (1987). *The development of a questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents*. London: Institute of Psychiatry, London University.
- Byng-Hall, J. (1995). *Re-writing family scripts: improvisation and systems change*. New York/London: Guildford Press.
- Chambers, W., Puig-Antich, J., Hirsch, M. e.a. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 42, 696-702.
- Davenloo, H. (1978). *Basic principles and techniques in short term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum Publications.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.
- Malan, D.H. & Osimo, F. (1992). *Psychodynamics, training, and outcome in brief psychotherapy*. London: Butterworth.
- Schaffer, D., Gould, M.S. & Brasic, J. (1993). A children's global assessment scale (G-GAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231.
- Trowell, J. et al. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16.3, 157-167.
- Will, D. & Wrate, R.M. (1985). *Integrated family therapy*. London: Tavistock Publications.

