

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) 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).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

■ Onderzoek Gesignaleerd

Is partnerrelatietherapie nuttig bij depressieve patiënten zonder uitgesproken partnerrelatieproblemen?

Bespreking van een onderzoek naar de werkzaamheid van coping-georiënteerde partnerrelatietherapie

Bodenmann, G., Plancherel, B., Beach, S.R.H., Widmer, K., Gabriel, B., Meuwly, N., Charvoz, L., Hautzinger, M., & Schramm, E. (2008). Effects of coping-oriented couples therapy on depression. A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 944-954.

De rationale achter dit onderzoeksartikel is vrij duidelijk: partnerrelatieproblemen en depressie gaan hand in hand, zoals veelvuldig is aangetoond in onderzoek (Beach, 2001; Whisman, 2001; Whisman & Bruce, 1999). Meer specifiek tonen meta-analyses negatieve verbanden tussen depressieve symptomen en relatiekwaliteit zowel bij vrouwen ($r = -.42$) als bij mannen ($r = -.37$; Whisman, 2001) en tussen klinische depressie en relatiekwaliteit bij mannen en vrouwen ($r = -.66$; Whisman & Bruce, 1999). Ook voorspellen relationele moeilijkheden (Whisman & Bruce, 1999) en een hoge mate van *expressed emotion* (EE) – bijvoorbeeld het veelvuldig uiten van kritiek – latere depressieve episodes (Butzlaff & Hooley, 1998; Hooley, 2007). Een logische conclusie is dan ook dat het misschien nuttig kan zijn om in de behandeling van iemand met een depressie diens levenspartner te betrekken. Hoe de partner in de therapie betrokken moet worden, lijkt al even voor de hand liggend, namelijk met een of andere vorm van partnerrelatietherapie (PRT) en liefst een die bewezen heeft dat ze werkt bij partnerrelatieproblemen. Relatie- of gezinsgeoriënteerde onderzoekers kiezen daarom bij de studie van depressie traditioneel voor een depressieve patiëntenpopulatie met bijkomende partnerrelatieproblemen, al dan niet in combinatie met een empirisch ondersteunde partnerrelatie-interventie.

Het goede nieuws is dat deze combinatie werkt. Verschillende partnerrelatietherapieën – onder andere *behavioral marital therapy* (BMT; Beach & O'Leary, 1992), *emotionally focused therapy* (EFT; Doss, Johnson, & Denton, 2003), *systemische partnerrelatietherapie* (Jones & Asen, 2000) – blijken even effectief als individuele therapieën – zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke therapie (IPT) of medicatie – in het verminderen van de depressieve

klachten, maar zijn beter in het verminderen van co-morbide relatieproblemen. Voor een overzicht hiervan verwijzen we naar verschillende reviews (Barbato & D'Avanzo, 2008; Beach, 2003; Beach, Jones, & Franklin, 2009; Gupta, Coyne, & Beach, 2003).

Maar wat nu met de effectiviteit van dit soort partnerrelatietherapieën in het verminderen van depressieve klachten bij depressieve patiënten die geen uitgesproken relatieproblemen hebben? Hoewel de onderzoeksbevindingen hier minder robuust zijn, zijn er aanwijzingen dat partnerrelatie- of gezinsinterventies ook hier effectief zijn (Lemmens, Eisler, Buysse, Heene, & Demyttenaere, 2009; Miller, Keitner, Ryan, Solomon, Cardemil, & Beevers, 2005; Teichman, Bar-El, Shor, Sirota, & Elizur, 1995). Wel dient opgemerkt te worden dat de meeste van deze interventies zich niet uitsluitend richten op mogelijke partnerrelatieproblemen, maar veeleer de partners en de gezinnen pogen te helpen beter om te gaan met de depressie. Het hier besproken artikel van Bodenmann en collega's past hierin, althans gedeeltelijk: deelnemers worden geselecteerd op depressie, maar niet specifiek op relatieproblemen, en de toegepaste vorm van partnerrelatietherapie (*coping-oriented couple therapy*, COCT) is meer omvattend dan de *behavioral marital therapy* waarop ze gebaseerd is. COCT combineert de gedragsmatige partnerrelatietherapie (met de typische training in communicatie en probleemoplossing) met technieken uit het stress- en copingonderzoek, maar dan toegepast op paren. Deze laatste technieken beogen een verbetering van de stresscommunicatie van het paar, waarbij elke partner zijn of haar emotionele stress communiceert, en zijn of haar emotionele of probleemgerichte steun aanpast aan de specifieke noden van de ander. Dit gebeurt wederzijds en door feedback. Ook wordt er een onderscheid gemaakt tussen nuttige steun enerzijds en steun die de depressie versterkt (zoals dingen overnemen) anderzijds.

Nu de kritische lezing van dit artikel over de effectiviteit van COCT voor de behandeling van depressie, vergeleken met CGT en IPT.

De hypothesen van dit onderzoek zijn duidelijk en vrij voor de hand liggend. De auteurs voorspellen dat COCT even effectief is als CGT of IPT in het verminderen van de depressieve klachten (hypothese 1). Meer verrassend, maar eigenlijk ook logisch, stellen ze verder dat alle drie therapieën de partnerrelatie zullen verbeteren (hypothese 2a), maar dat COCT superieur zal zijn aan de twee andere behandelvormen (hypothese 2b). Ook verwachten ze dat juist door dit grotere effect op de relatie de winst ten aanzien van de depressie beter gehandhaafd zal blijven op langere termijn (in het huidige onderzoek anderhalf

jaar na de behandeling) in COCT vergeleken met de twee andere condities (hypothese 3).

Het betreft een multi-centrische studie in vijf verschillende Zwitserse steden. Dit is voordelig voor de grootte van de onderzoeksgroep, maar het vergroot wel de variabiliteit van de studie (bijvoorbeeld in patiënten en therapeuten). De patiënten werden gerekruteerd in privépraktijken uit een populatie van ambulante depressieve patiënten. Je kunt hierbij wel veronderstellen dat het waarschijnlijk gaat om een iets minder ernstige depressieve populatie dan een doorsnee (ambulante) kliniekgroep. De kenmerken van de onderzoeksgroep bevestigen dit: de scores op de *Beck Depression Inventory* (BDI) bij aanvang van de therapie liggen rond de 25, wat eerder duidt op een matige depressie. Hierbij komt dat slechts 55% van de onderzoeksgroep antidepressieve medicatie neemt (vreemd genoeg wordt hierover verder niet meer gerept in het onderzoek) en dat het bij ongeveer de helft van de deelnemers om een eerste depressie gaat.

De inclusiecriteria voor deelname zijn duidelijk: een diagnose van depressie in engere zin, vastgesteld met een degelijk instrument, namelijk het *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID-I), daarenboven een BDI-score gelijk aan of hoger dan 18, en een hechte en stabiele partnerrelatie van minstens een jaar. Het is wat vreemd dat samenwoning niet vereist wordt, zoals in de meeste studies; er moet immers voldoende contacttijd tussen de partners zijn. Geen idee waarom de auteurs de relatie zo breed definiëren, daar de gemiddelde relatieduur van de deelnemers zestien jaar bedraagt en het dus waarschijnlijk om samenwoningsrelaties gaat. Maar misschien is dit gewoonweg muggenzifterij van onze kant? Het relationeel functioneren van de paren wordt bij aanvang en follow-up gemeten als een outcome-variabele maar geldt niet als een inclusie- of exclusie criterium (zie verderop).

We waarderen dat er weinig exclusiecriteria zijn. Het maakt dat de studie dichter aansluit bij de dagelijkse realiteit van elke therapeut ('externe validiteit'). We zetten de exclusiecriteria op een rijtje: bipolaire stoornis (nogal evident), psychotische of manische kenmerken, ernstige suïcidegedachten (misschien iets te streng) en secundaire depressie. Wat de auteurs met dit laatste bedoelen is ons een raadsel. Over bijkomende co-morbiditeit op as I en II wordt helaas niets vermeld. Op as I zou deze informatie beschikbaar moeten zijn, gezien het gebruik van het SCID-I.

Uit een groep van 496 geïnteresseerden werden 68 patiënten geselecteerd en daarvan mochten uiteindelijk 60 depressieve patiënten en hun partner starten. Blijkbaar voelden velen zich geroepen maar werden weinigen uitgekozen. De auteurs beschrijven dit rekruteringsproces duidelijk.

Een belangrijk bijkomend probleem is wel dat 15 van deze 60 patiënten volgens het SCID-I een dysthyme stoornis en geen depressieve stoornis in engere zin vertonen. Dit klopt niet meer met de oorspronkelijk opgestelde inclusiecriteria! De auteurs benoemen dit terloops maar geven er geen enkele verklaring voor, noch wordt er een onderscheid tussen beide groepen gemaakt in het verloop van het onderzoek (analyses, resultaten of bespreking). Waarschijnlijk een nalatigheid of een schoonheidsfoutje om de onderzoeksgroep te kunnen vergroten, want 60 patiënten in drie condities betekent slechts 20 patiënten per conditie. Deze studie is dus ernstig ‘underpowered’, wat betekent dat het onderscheidend vermogen voor de toetsing van de hypothesen aan de lage kant is en dat de kleine omvang van de onderzoeksgroep er dus voor kan zorgen dat wel aanwezige effecten niet gedetecteerd worden. Verder onderzoek in grotere onderzoeksgroepen is dus aangewezen.

De 60 patiënten en hun partner worden volgens het boekje ‘blind’ en in blokken van 10 paren gerandomiseerd over de drie behandelcondities: IPT, CGT en COCT. De auteurs zijn niet bang om een uitdaging aan te gaan: ze vergelijken de eigen ontwikkelde COCT met de twee meest empirisch onderbouwde individuele psychotherapieën voor depressie van het moment. Wetenschappelijk een correcte en degelijke keuze. Bovendien zorgen ze ervoor dat de therapieduur in alle condities gelijk is: 20 uur contacttijd gespreid over 20 weken. De therapeuten zijn allemaal opgeleid in de desbetreffende psychotherapie, krijgen allen een extra training in het behandelingsprotocol, worden gesuperviseerd tijdens de behandelingen, en hun protocoltrouw wordt gemeten. Beter kan je het niet doen. De reden van het verschil tussen het aantal therapeuten per conditie (9 CGT, 6 IPT en 4 COCT) en hun verdeling over de vijf centra blijft echter onduidelijk. Maar je kan ervan uitgaan dat de therapeuten in deze studie allemaal hetzelfde hebben gedaan en deden wat ze moesten doen volgens hun behandelconditie.

Het onderzoeksdesign is longitudinaal met vijf verschillende meetmomenten: voor en na behandeling, en drie follow-upmomenten tot anderhalf jaar na het beëindigen van de therapie. Misschien voor sommigen wat kort, maar toch niet slecht voor psychotherapeutisch of farmacologisch onderzoek. De gebruikte meetinstrumenten zijn degelijk. Depressieve klachten worden gemeten volgens twee methoden: BDI en *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD). Bijkomende relatiematen betreffen de partnerrelatiekwaliteit (*Partnerschaftsfragebogen*, PFB), de relatiecommunicatie en -coping (*Dyadic Coping Inventory*, DCI) en de *5 minutes speech sample* (voor het meten van *expressed emotion* in de vorm van openlijke kritiek door de partner).

Cronbach alpha's en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn meer dan behoorlijk. Bij de statistische analyses wordt verder rekening gehouden met de onderlinge afhankelijkheid van de partnerscores en daarom worden hiërarchische lineaire modellen (multi-level) gebruikt. Ook dit is een sterkte van het onderzoek.

Drop-outs uit therapie en uit onderzoek zijn in deze studie uitzonderlijk laag. De maandelijkse telefonische contactname met de patiënten speelt volgens de auteurs hierin misschien een belangrijke rol. Een interessante tip dus voor toekomstige onderzoekers!

De resultaten liggen in de lijn van eerder onderzoek. De depressieve klachten (zowel gemeten met zelfrapportering als met rapportering door anderen) verbeterden voor de drie behandelingen (IPT, CGT, COCT) significant, en dit tot anderhalf jaar na afronding van de behandeling. Er waren geen verschillen in effectiviteit tussen de drie behandelingen. Hypothese 1 is dus bevestigd.

Er werden verder ook geen verschillen gevonden tussen de drie behandelingen op relatietevredenheid en relationele coping. Ook deze maten verbeterden in alle condities (hypothese 2a en 2b). Hypothese 2 werd dus slechts gedeeltelijk bevestigd; COCT deed het hier niet beter dan de andere condities. De auteurs verklaren dit door het feit dat hun populatie bij aanvang weinig relationele moeilijkheden vertoonde, en door de relatief korte duur van de COCT (10 sessies van 2 uur). Alleen de openlijke kritiek door de partner verbeterde uitsluitend in de COCT-conditie, en dit verschil is significant. Bijkomende analyses geven een indicatie, weliswaar niet significant, dat COCT de depressie verbetert door het verminderen van de openlijk kritiek. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld CGT, waarin volgens de auteurs andere mechanismen werkzaam zijn.

Het is goed om weten dat relaties verbeteren zodra de depressie opklaart, ongeacht de aard van de antidepressieve behandeling. Dit bewijst, indirect weliswaar, dat depressie nu eenmaal iets doet met relaties. Het is logisch dat COCT weinig verschil kon maken op de relationele variabelen vergeleken met de andere behandelingen, gezien de goede relationele uitgangspositie bij aanvang. Er zat gewoonweg te weinig mogelijkheid tot verbetering in om verdere significante verschillen tegenover de andere behandelingen te kunnen detecteren, zeker gezien de mogelijke negatieve invloed van de depressie op de relatie. Maar het zou best kunnen dat bij een goede relatie, PRT en in dit geval COCT enkel of eerder een verschil kan maken op specifieke deeldomeinen van de relatie (zoals openlijke kritiek) dan iets wat algemeen al goed is nog te

verbeteren ('algemene maten'). PRT doet iets met relaties, maar misschien moeten we verder kijken dan het effect op algemeen relationeel functioneren, en de specifieke domeinen binnen relaties waarop PRT effect heeft proberen te identificeren.

Hypothese 3 wordt niet bevestigd, noch op het vlak van de ernst van symptomen (zie hypothese 1), noch op het vlak van verschillen in terugval- en herstelpercentages. Hoewel het terugvalpercentage in de COCT-conditie (28.6%) beduidend lager is dan in de twee andere condities (CGT 42.9%; IPT 62.5%), tonen percentages van terugval (gemiddeld 45%) minimale en niet-significante verschillen *tussen* de groepen. Hetzelfde geldt voor percentages van herstel van de depressie (gemiddeld 40%; CBT 36.8% , IPT 47.1% , COCT 36.8%). Maar tegelijkertijd geven de resultaten ook aan dat psychotherapie niet absoluut en niet voor iedereen werkt. Respectievelijk 26.4% (CGT), 29.4% (IPT) en 36.8% (COCT) van de deelnemers verbeterde niet of verslechterde zelfs. Belangrijk om te onthouden en noodzaak tot wat bescheidenheid, hoewel het glas meer dan halfvol is. Ook een interessante vraag voor verder onderzoek: wat werkt (niet) voor wie?

Ondanks bovengenoemde beperkingen bevestigt dit degelijke onderzoek nogmaals de effectiviteit van PRT in de behandeling van depressie. En dit ook bij paren die niet geselecteerd zijn op relationele moeilijkheden. Ook wijst dit onderzoek op een mogelijk onderliggend mechanisme dat de werkzaamheid van PRT (ten dele) kan verklaren, namelijk het verminderen van de openlijke kritiek door de partner. Stilaan zullen wij toch moeten geloven dat PRT helpt bij depressie. Nu nog gewoon doen!

Gilbert Lemmens en Benedicte Lowyck

Literatuur

- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy for depression. A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79, 121-132.
- Beach, S.R.H. (Ed.) (2001). *Marital and family processes in depression. A scientific foundation for clinical practice*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Beach, S. (2003). Affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 247-261.
- Beach, S.R.H., Jones, D.J., & Franklin, D. (2009). Marital, family, and interpersonal therapies for depression in adults. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed.) (pp. 624-641). New York: Guilford.
- Beach, S.R.H., & O'Leary, K.D. (1992) Treating depression in the context of marital discord. Outcome and predictors of response for marital therapy versus cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23, 507-529.

- Butzlaff, R.L., & Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Dessaullles, A., Johnson, S.M., & Denton, W.H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression. A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, 31(5), 345-353.
- Gupta, M., Coyne, J.C., & Beach, S.J.R. (2003). Couples treatment for major depression. Critique of the literature and suggestions for different directions. *Journal of Family Therapy*, 25, 317-346.
- Hooley, J.M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 329-352.
- Jones, E., & Asen, E. (2000). *Systemic couple therapy and depression*. London: Karnac.
- Lemmens, G.M., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E., & Demyttenaere, K. (2009). The effects on mood of adjunctive single-family and multi-family group therapy in the treatment of hospitalized patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 98-105.
- Miller, I.W., Keitner, G.I., Ryan, C.E., Solomon, D.A., Cardemil, E.V., & Beevers, C.G. (2005). Treatment matching in the posthospital care of depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2131-2138.
- Teichman, Y., Bar-El, Z., Shor, H., Sirota, P., & Elizur, A. (1995). A comparison of two modalities of cognitive therapy (individual and marital) in treating depression. *Psychiatry*, 58, 136-148.
- Whisman, M.A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. In S.R.H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression. A scientific foundation for clinical practice* (pp. 3-24). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Whisman, M.A., & Bruce, M.L. (1999). Marital distress and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 674-678.