

Zelfhulp om terugval in een depressie te voorkomen

Karolien Biesheuvel-Liefveld, Sandra Dijkstra-Kersten, Anneke van Schaik, Harm van Marwijk, Filip Smit, Henriëtte van der Horst, Claudi Bockting

Doel Preventieve cognitieve therapie (PCT) is een zelfhulptherapie voor de eerste lijn, ontwikkeld om terugval in een depressie te voorkomen.

Methode Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek waarin gebruikelijke zorg (onder andere antidepressiva) werd vergeleken met gebruikelijke zorg plus PCT. Deelnemers waren 18 jaar of ouder, hadden minimaal twee depressies doorgemaakt en waren depressievrij. De primaire uitkomstmaat was terugval na twaalf maanden. De interventie bestond uit een zelfhulpboek met acht hoofdstukken, waarvan de deelnemers er elke week één bestudeerden en opdrachten maakten. Ze hadden wekelijks telefonisch contact met de poh-ggz gedurende maximaal vijftien minuten.

Resultaten De 248 deelnemers werden gerandomiseerd naar een interventiegroep ($n = 124$) en een controlegroep ($n = 124$). Na twaalf maanden waren 44 deelnemers (35,5%) in de interventiegroep en 62 deelnemers (50,0%) in de controlegroep teruggevallen in een depressie (incidentieratio 0,71; 95%-BI 0,52 tot 0,97). In de interventiegroep was na twaalf maanden de ervaren kwaliteit van leven sterker toegenomen (0,04 punten op de EQ-5D; 95%-BI 0,004 tot 0,08) en waren depressieve symptomen sterker afgenomen (-2,18 punten op de QIDS-sr; 95%-BI -3,09 tot -1,27) dan in de controlegroep. De interventie had geen effect op comorbide psychopathologie, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven gemeten met de SF-12.

Conclusie Dit onderzoek bevestigt het hoge risico op terugval na een depressieve episode. Een psychologische zelfhulpinterventie met begeleiding van de poh-ggz blijkt een welkom alternatief voor gebruikelijke zorg, waaronder antidepressiva.

INLEIDING

Depressie is een veelvoorkomende aandoening, het risico op terugval is hoog en veel patiënten herstellen niet volledig tussen twee depressieve episodes in.¹⁻³ Om het risico op terugval te verkleinen, raden de richtlijnen aan patiënten die meer dan drie depressieve episodes of één ernstige episode hebben doorgemaakt langdurig antidepressiva voor te schrijven, al dan niet in combinatie met een psychologische behandeling.⁴⁻⁶ Antidepressiva zijn de meest voorgeschreven behandeling bij depressie.⁷⁻¹⁰ Het is echter niet duidelijk hoelang die behandeling precies moet duren en wat het effect is als zij gestaakt wordt,¹¹ en de therapietrouw is gering.¹² Kortom, medicatie alleen is wellicht niet de beste strategie om terugval te voorkomen. Onderzoek heeft uitgewezen dat psychologische interventies even effectief zijn als de gebruikelijke behandeling met antidepressiva,¹³⁻¹⁷ maar deze interventies worden

meestal aangeboden in de relatief dure tweede lijn.

Preventieve cognitieve therapie (PCT) is een vorm van cognitieve gedragstherapie, speciaal ontwikkeld voor de eerste lijn om terugval in een depressie te voorkomen. Het is een zelfhulptherapie met minimale begeleiding van een poh-ggz, wat goed past bij het chronische, terugkerende karakter van depressie.

METHODEN

In dit gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek werd een groep deelnemers die gebruikelijke zorg kreeg vergeleken met een groep deelnemers die daarnaast ook PCT kreeg. De follow-up was twaalf maanden. Het protocol werd goedgekeurd door de medisch-ethische toetsingscommissie van het VUmc (2011/285) en alle deelnemers ondertekenden het informed-consentformulier. De onderzoeksopzet is elders uitgebreid beschreven.¹⁸

WAT IS BEKEND?

- Het risico op terugval na een doorgemaakte depressie is groot.
- Antidepressiva kunnen terugval niet altijd voorkomen, onder andere vanwege de lage therapietrouw.
- Psychologische interventies zijn even effectief als antidepressiva, maar in de eerste lijn weinig beschikbaar.

WAT IS NIEUW?

- Preventieve cognitieve therapie (PCT), een zelfhulphtherapie met minimale (telefonische) begeleiding in de eerste lijn, blijkt effectief ten opzichte van de gebruikelijke zorg.
- De poh-ggz kan een waardevolle rol vervullen bij terugvalpreventie in de eerste lijn.

Deelnemers

De inclusie vond plaats tussen september 2012 en april 2014. Om potentiële deelnemers te vinden, werden de informatiesystemen gescreend van huisartsenpraktijken (ICPC-codes P3 en P76) en ggz-instellingen (code 296.3). Inclusiecriteria waren: leeftijd 18 jaar of ouder met een voorgeschiedenis van minimaal twee depressies, waarvan de laatste niet langer dan vijf jaar geleden, en in de voorgaande twee maanden niet hebben voldaan aan de criteria van een depressie.⁹ Om een

depressie uit te sluiten, namen getrainde onderzoekers en psychologen telefonisch een Gestructureerd Klinisch Interview af voor DSM-IV As-I-Stoornissen (SCID-I). Exlusiecriteria waren cognitieve problemen, manieën (nu of in het verleden), hypomanie, psychose, huidig middelenmisbruik en onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal.

Interventie

PCT [bijlage] is een speciaal ontwikkelde zelfhulphtherapie van acht weken om terugval in een depressie te voorkomen.²¹⁻²⁴ Bij aanvang van de interventie ontvingen deelnemers het zelfhulpboek *Tussen dip en droom*. Elke week bestudeerden zij een van de acht hoofdstukken en maakten ze opdrachten. Deze bespraken ze wekelijks met de poh-ggz in een telefoongesprek van maximaal vijftien minuten. De poh-ggz, binnen wiens reguliere taakomschrijving deze interventie valt, was vooraf getraind door een ervaren psycholoog.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat was de incidentie van terugval in een depressie na twaalf maanden, uitgedrukt in een incidentieratio, dat wil zeggen: de incidentie van depressie in de interventiegroep gedeeld door die in de controlegroep. De secundaire uitkomstmaten waren depressieve symptomen, gemeten met de Quick Inventory of Depressive Symptoms-self report (QIDS-sr), gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, gemeten met de vijfdimensionale European Quality of Life Health Status Questionnaire (EQ-5D) en de twelvetal Short-Form

Tabel

Uitkomsten van preventieve cognitieve therapie (PCT) versus gebruikelijke zorg bij 284 patiënten met minimaal twee depressies in de voorgeschiedenis

Primaire uitkomstmaat	Intention-to-treatanalyse*			Per-protocolanalyse†		
	IRR [95%-BI]	RD [95%-BI]	NNT	IRR [95%-BI]	RD [95%-BI]	NNT
Terugval in een depressie	0,71 [0,52 tot 0,97]	14 [2 tot 24]	7	0,68 [0,50 tot 0,93]	15 [4 tot 25]	7

Secundaire uitkomstmaten	Gemiddeld verschil	Z-waarde	p	Gemiddeld verschil	Z-waarde	p
Kwaliteit van leven [EQ-5D]	0,04 [0,004 tot 0,08]	2,18	0,029	0,04 [0,003 tot 0,08]	2,10	0,036
Depressieve symptomen [QIDS-sr]	-2,18 [-3,09 tot -1,27]	-4,70	< 0,001	-2,31 [-3,26 tot -1,37]	-4,81	< 0,001
Kwaliteit van leven [SF-12 mentaal]	0,67 [-1,33 tot 2,67]	0,65	0,513	0,44 [-1,62 tot 2,50]	0,42	0,675
Kwaliteit van leven [SF-12 fysiek]	1,05 [-0,81 tot 2,91]	1,10	0,270	0,89 [-1,01 tot 2,80]	0,92	0,359
Angst [4DKL]	-0,05 [-0,68 tot 0,59]	-0,14	0,887	-0,05 [-0,71 tot 0,60]	-0,16	0,872
Stress [4DKL]	-0,21 [-1,81 tot 1,39]	-0,26	0,798	-0,25 [-1,90 tot 1,41]	-0,29	0,769
Somatisatie [4DKL]	0,38 [-0,64 tot 1,39]	0,73	0,464	0,42 [-0,63 tot 1,48]	0,79	0,432
Zelfredzaamheid [GSE]	-0,68 [-1,91 tot 0,55]	-1,08	0,280	-0,57 [-1,81 tot 0,67]	-0,91	0,36

Getoond worden de uitkomsten van een poissonregressieanalyse en een lineair gemengd model, gecorrigeerd voor waarden bij aanvang, met 95%-betrouwbaarheidsintervallen. Significante waarden ($p < 0,005$) zijn vetgedrukt.

* Interventiegroep (PCT) $n = 114$; controlegroep (gebruikelijke zorg) $n = 124$.

† Interventiegroep (PCT) $n = 101$; controlegroep (gebruikelijke zorg) $n = 124$.

4DKL = vierdimensionale klachtenlijst; BI = betrouwbaarheidsinterval; EQ-5D = vijfdimensionale European Quality of Life Health Status Questionnaire;

GSE = General Self-Efficacy Scale; IRR = incidentieratio; NNT = number needed to treat; QIDS-sr = Quick Inventory of Depressive Symptoms-self report;

RD = risicoverschil; SF-12 = twelvetal Short Form Health Survey.



Preventieve cognitieve therapie is effectief bij depressie, maar niet bij iedereen.

Foto: iStock

Health Survey (SF-12), comorbide psychopathologie, gemeten met de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), en zelfredzaamheid, gemeten met de General Self-Efficacy Scale (GSE). De secundaire uitkomstmaten werden gemeten bij aanvang van de interventie en na zes en twaalf maanden.

Gegevensanalyse

De gegevens werden geanalyseerd op basis van intention-to-treat (ITT). Ontbrekende waarden werden geschat met *multiple imputation by chained equations*.²⁵ Het risico op terugval in beide groepen vergeleken we met poissonregressieanalyse, aangepast voor (residuele) depressieve symptomen bij aanvang. De secundaire uitkomstmaten na twaalf maanden werden geanalyseerd met *linear mixed models*.

De resultaten van de ITT-analyse werden vergeleken met een per-protocolanalyse. Deelnemers moesten daarbij ten minste vijf hoofdstukken hebben doorlopen. De gegevens werden geanalyseerd met Stata, versie 12.

RESULTATEN

Op basis van de screening stuurden de onderzoekers 5489 potentiële deelnemers een korte informatiebrief met een antwoordformulier; 848 van hen stuurden het formulier in (respons 15,4%). Uiteindelijk includeerden zij 248 deelnemers, 124 in de interventiegroep en 124 in de controlegroep. De gemiddelde leeftijd was 48,7 jaar (SD 11,7) en 70% was vrouw. Ruim de helft (54,2%) gebruikte een antidepressivum bij aanvang van het onderzoek.

Volgens de ITT-analyse waren in de interventiegroep 44 deelnemers (35,5%) en in de controlegroep 62 deelnemers (50,0%) na twaalf maanden teruggevallen in een depressie (incidentieratio 0,71; 95%-BI 0,52 tot 0,97). In de interventiegroep waren de depressieve symptomen op de QIDS-sr (schaalbereik 0 tot 27) gemiddeld 2,18 punten lager dan in de controlegroep (95%-BI -3,09 tot -1,27) en was de kwaliteit van leven op de EQ-5D (schaalbereik 0 tot 15) 0,04 punten hoger (95%-BI 0,004 tot 0,08). Dit was echter niet klinisch relevant. De interventie had geen effect op de andere secundaire uitkomstmaten [tabel].

**Bij gebruikelijke zorg
had de helft van de deelnemers
een terugval van de depressie**

Ook in de per-protocolanalyse vielen er significant minder mensen in de interventiegroep terug in een depressie in vergelijking met de controlegroep (incidentieratio 0,68; 95%-BI 0,50-0,93). Tevens werden er, zoals in de ITT-analyse, alleen op de QIDS-sr en de EQ-5D significante verschillen gevonden tussen de groepen (respectievelijk -2,31 QIDS-sr punten; 95%-BI -3,26 tot -1,37 en 0,04 EQ-5D punten; 95%-BI 0,003 tot 0,08).

BESCHOUWING

Dit onderzoek bevestigt de grote kans op terugval bij een depressie. Bij gebruikelijke zorg had de helft van de deelnemers een terugval, bij PCT was dit minder, maar nog steeds ruim een derde. PCT is dus zeker effectief bij de preventie van een depressie, maar niet bij iedereen. De incidentie van een recidief depressie was zelfs iets hoger dan we verwachtten op basis van eerder onderzoek.¹⁵ Een mogelijke oorzaak is dat de deelnemers bij aanvang van ons onderzoek meer residuele depressieve symptomen hadden dan in eerder onderzoek, waardoor de a-priorikans op terugval hoger was.

Voor twee van onze secundaire uitkomstmaten, kwaliteit van leven zoals gemeten met de EQ-5D en depressieve symptomen zoals gemeten met de QIDS-sr, vonden wij statistisch significante verschillen tussen de interventie- en de controle-groep. Het verschil van 0,04 punten op de EQ-5D bleef echter onder de grens van 0,05 punten die de literatuur aangeeft als klinisch relevant.^{26,27} Ondanks het verschil van 2,18 punten op de QIDS-sr was de toename gerekend vanaf de beginmeting kleiner dan de 28,5% die nodig is om verbetering te merken.²⁸

Psychologische interventies zijn even effectief als antidepressiva

Het verschil tussen het aantal uitnodigingen op basis van de eerste screening (5489), de respons (848) en het uiteindelijke aantal deelnemers (248) was groot. Bij afname van de SCID bleek dat een aanzienlijk deel van de uitgenodigde patiënten nog niet was hersteld en dus überhaupt niet in aanmerking kwam voor deelname. Van degenen die wel in aanmerking kwamen, zagen velen af van deelname omdat zij zichzelf niet beschouwden als hoogrisicopatiënt, en waren anderen ondanks hun angst voor terugval niet gemotiveerd om mee te doen aan terugvalpreventie. Die motivatie zou wellicht groter zijn als zo'n programma korter zou volgen op de acute episode. Het is in de informatiesystemen echter niet mogelijk om te achterhalen hoelang iemand hersteld is van een depressie. De uitval in dit onderzoek was 24%, veel hoger dan de verwachte 10%. Het zou kunnen dat dezelfde karakteristieken die een patiënt kwetsbaar maken voor terugval in een depressie, zoals gevoelens van waardeloosheid en gebrek aan interesse, ook de uitval bij zelfhulpinterventies vergroten. Een laatste opvallend punt is dat de resultaten van de intention-to-treatanalyse en de per-protocolanalyse minimaal van elkaar verschillen. Dit zou impliceren dat het aantal doorlopen hoofdstukken en contacten met de poh-ggz weinig effect heeft op het uiteindelijke resultaat. Een mooie uitkomst is dat een relatief goedkope, laagdrempelige poh-ggz beter in staat blijkt het ritme van terugkerende depressies te doorbreken dan de gebruikelijke zorg dat doet.

CONCLUSIE

Gezien het hoge percentage terugval bij depressie moet het ontwikkelen en aanbieden van preventieve strategieën in de eerste lijn hoog op de agenda van beleidsmakers en zorgverleners staan. De strategie die de onderzoekers bekeken, PCT als zelfhulptherapie met minimale begeleiding van een poh-ggz, is effectiever in het voorkómen van terugval in een depressie dan gebruikelijke zorg. ■

DANKBETUIGING

De auteurs danken de patiënten, huisartsenpraktijken en ggz-instellingen die hebben deelgenomen aan het onderzoek, en alle medewerkers die het onderzoek mogelijk hebben gemaakt.

LITERATUUR

1. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev* 2007;27:959-85.
2. Nierenberg AA, Husain MM, Trivedi MH, Fava M, Warden D, Wisniewski SR, et al. Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report. *Psychol Med* 2010;40:41-50.
3. Conradi HJ, Ormel J, De Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. *Psychol Med* 2011;41:1165-74.
4. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: the treatment and management of depression in adults (updated edition). NICE Clinical Guidelines, No 90. Leicester: British Psychological Society, 2009.
5. APA. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2000;157:1-45.
6. Terugvalpreventie. In: NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:252-9.
7. Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003;361:653-61.
8. Hansen R, Gaynes B, Thieda P, Gartlehner G, Deveaugh-Geiss A, Krebs E, et al. Metaanalysis of major depressive disorder relapse and recurrence with second-generation antidepressants. *Psychiatr Serv* 2008;59:1121-30.
9. Kaymaz N, Van Os J, Loonen AJ, Nolen WA. Evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1423-36.
10. Fava GA. Rational use of antidepressant drugs. *Psychother Psychosom* 2014;83:197-204.
11. Bockting CL, Ten Doerschate MC, Spijker J, Spinhoven P, Koeter MW, Schene AH. Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychother Psychosom* 2008;77:17-26.
12. Ten Doerschate MC, Bockting CL, Schene AH. Adherence to continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *J Affect Disord* 2009;115:167-70.
13. Guidi J, Tomba E, Fava GA. The sequential integration of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of major depressive disorder: a meta-analysis of the sequential model and a critical review of the literature. *Am J Psychiatry* 2016;173:128-37.
14. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:475-88.

15. Biesheuvel-Leliefeld KE, Kok GD, Bockting CL, Cuijpers P, Hollon SD, Van Marwijk HW, et al. Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: meta-analysis and meta-regression. *J Affect Disord* 2015;174:400-10.
16. Jarrett RB, Minhajuddin A, Gershenfeld H, Friedman ES, Thase ME. Preventing depressive relapse and recurrence in higher-risk cognitive therapy responders: a randomized trial of continuation phase cognitive therapy, fluoxetine, or matched pill placebo. *JAMA Psychiatry* 2013;70:1152-60.
17. Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, Risch AK, Barocka A, Schlösser R, et al. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: a multicenter prospective randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2013;170:624-32.
18. Biesheuvel-Leliefeld KE, Kersten SM, Van der Horst HE, Van Schaik A, Bockting CL, et al. Cost-effectiveness of nurse-led self-help for recurrent depression in the primary care setting: design of a pragmatic randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012;12:59.
19. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:851-5.
20. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders, clinician version (SCID-CV). Washington: American Psychiatric Press, 1996.
21. Bockting CL, Schene A, Spinhoven P, Koeter MWJ, 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.
22. Bockting CL, Speckens A, A-Tjak J. Psychotherapie bij depressie. In: Schene AH, Sabbe B, Spinhoven Ph, Ruhé E, redactie. Handboek depressieve stoornissen. Utrecht: de Tijdstroom, 2016.
23. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:417-22.
24. Bockting CL. Preventieve cognitieve training bij terugkerende depressie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
25. Van Buuren S, Oudshoorn CGM. Multivariate imputation by chained equations: MICE V1.0 user's manual. Leiden: TNO, 2000.
26. Bennett KJ, Torrance GW. Measuring health state preferences and utilities: rating scale, time trade-off and standard gamble techniques. In: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven 1996. p. 253-66.
27. Torrance GW, Feeny D. Utilities and quality-adjusted life years. *Int J Technol Assess Health Care* 1989;5:559-75.
28. Mancini, JG. Minimum clinically important differences identified for commonly used depression rating scales. *J Clin Epidemiol* 2013;66:805-7.

Biesheuvel-Leliefeld KE, Dijkstra-Kersten SM, Van Schaik DJ, Van Marwijk HW, Smit F, Van der Horst HE, Bockting CL. Zelfhulp om terugval in een depressie te voorkomen. *Huisarts Wet* 2018;61:DOI: 10.1007/s12445-018-0299-5.

VUmc Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde, EMGO instituut: dr. K.E.M. Biesheuvel-Leliefeld, aios Ouderengeneeskunde, karolien.biesheuvel@gmail.com; prof. dr. H.E. van der Horst, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; drs. S.M.A. Dijkstra-Kersten, psycholoog. Brighton and Sussex Medical School, Department of Primary Care and Public Health Medicine: dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts, professor in General Practice. GGZ-Ingeest, Amsterdam: dr. D.J.F. van Schaik, psychiater. Universiteit Utrecht, afdeling Sociale Wetenschappen: prof. dr. C.L.H. Bockting, klinisch psycholoog, hoogleraar Klinische psychologie. VUmc, Amsterdam en Trimbos Instituut, Utrecht: prof. dr. H.F.E. Smit, klinisch psycholoog, hoogleraar Public Mental Health. Mogelijke belangenverstrengeling: prof. dr. C.L.H. Bockting ontvangt een vergoeding voor het geven van nascholingen bij de Vereniging voor Cognitieve Gedragstherapie.

Dit is een bewerkte vertaling van Biesheuvel-Leliefeld KE, Dijkstra-Kersten SM, Van Schaik DJ, Van Marwijk HW, Smit F, Van der Horst HE, Bockting CL. Effectiveness of supported self-help in recurrent depression: a randomized controlled trial in primary care. *Psychother Psychosom* 2017;86:220-30. Publicatie gebeurt met toestemming.

Bijlage

Preventieve cognitieve therapie (PCT) als zelfhulphtherapie

Om de cyclus van recidiverende depressies te doorbreken is het van belang aandacht te besteden aan het voorkómen van een terugval op het moment dat de patiënt is hersteld.

WAT IS PCT?

PCT is een vorm van cognitieve gedragstherapie die speciaal is ontwikkeld om terugval in een depressie te voorkomen bij patiënten die minimaal twee episodes hebben doorgemaakt. De therapie duurt in totaal acht weken. Bij aanvang ontvangt de patiënt het zelfhulpboek *Tussen dip en droom*, dat acht hoofdstukken bevat. Elke week leest de patiënt een hoofdstuk en maakt de bijbehorende opdrachten. Dit neemt per week ongeveer dertig minuten in beslag.

Elke week heeft de patiënt telefonisch contact met de poh-ggz gedurende maximaal vijftien minuten. Tijdens dit telefoongesprek begeleidt de poh-ggz de patiënt door te sturen en te motiveren, zonder de inhoud van de therapie in te gaan.

WAT HOUDT HET PROGRAMMA IN?

Tijdens de therapie werkt de patiënt aan het reconstrueren van cognitieve schema's (hoofdstuk 1 t/m 6), het verbeteren van het opdiepen van positieve ervaringen (hoofdstuk 7) en een individueel terugvalpreventieplan (hoofdstuk 8).

In het eerste hoofdstuk worden negatieve gedachten geïdentificeerd. Aan de hand van een gedachtenformulier wordt onderscheid gemaakt tussen een *situatie* (bijvoorbeeld: 'Mijn shirt is kapotgegaan nadat ik het label eruit heb geknipt'), het bijbehorende *gevoel* (irritatie) en de bijbehorende *gedachte* ('Ik kan ook niets goed doen').

In het tweede hoofdstuk identificeert de patiënt zijn of haar huidige leefregels. Mogelijke voorbeelden zijn: 'Ik kan alleen gelukkig zijn als anderen van me houden' of: 'Ik ben waardeloos als ik iets niet perfect doe.'

In het derde hoofdstuk is het de bedoeling dat de patiënt de voor- en nadelen van die leefregels gaat afwegen. Bijvoorbeeld de leefregel 'Ik ben waardeloos als ik iets niet perfect doe' heeft als voordeel dat je minder fouten maakt, maar een nadeel is dat het dagelijks leven je veel energie kost en dat je veel negatieve gevoelens ervaart. Uiteindelijk zal de patiënt op basis van deze afweging een conclusie moeten trekken, bijvoorbeeld: 'Ik wil mijn leefregel veranderen.'

In het vierde hoofdstuk gaat de patiënt zijn of haar leefregels verder onderzoeken met behulp van de methode van Padesky, waarin *positieve* leefregels centraal staan. De patiënt gaat op zoek naar een leefregel die hij of zij graag zou willen hebben en mag zijn of haar fantasie daarbij de vrije loop laten. De patiënt moet durven dromen over een positieve leefregel, bijvoorbeeld: 'Ik ben een perfect mens.' Vervolgens gaat de patiënt deze droomleefregel verder onderzoeken, door te bekijken welk woord het best bij de regel past (bijvoorbeeld 'perfect') en welk woord daar lijnrecht tegenoverstaat (bijvoorbeeld 'waardeloos'). Deze woorden komen op een continuüm te staan van nul tot honderd, met 'perfect' op rechts (100) en 'waardeloos' op links (0). Tot slot geeft de patiënt zichzelf een score: waar zit je op dit moment op dit continuüm? De patiënt plaatst op dat punt een kruisje. Per droomleefregel vindt de patiënt woorden en zet deze aan de uiteinden van een continuüm, waarop hij of zij zichzelf vervolgens een score geeft. In het vijfde hoofdstuk formuleert de patiënt op basis van alle voorgaande oefeningen een alternatieve, meer passende leefregel. Deze zal wat minder extreem zijn dan de droomleefregel. Een voorbeeld is: 'Ik ben goed zoals ik ben.'

In het zesde hoofdstuk wordt de patiënt gevraagd deze passende leefregel in het dagelijks leven te gaan 'inslijten', bijvoorbeeld als achtergrondtekst op de mobiele telefoon, als flashcard in de portemonnee of door hem op de spiegel te hangen. Het zevende hoofdstuk staat stil bij de verminderde specificiteit van het autobiografisch geheugen die kenmerkend is voor patiënten met recidiverende depressies. De patiënt wordt gestimuleerd om specifieke autobiografische herinneringen aan positieve ervaringen op te diepen en de stemmingsverbetering te registreren die daarbij eventueel optreedt.

In het achtste en laatste hoofdstuk stelt de patiënt een individueel preventieplan op. De patiënt moet beschrijven waaraan hij of zij eventuele eerste tekenen van terugval herkent. Er wordt een concreet actieplan opgesteld; 'Wat ga ik ondernemen op het moment dat de eerste tekenen van terugval zichtbaar worden?'

Bron: Bockting C, Van Valen E. *Tussen dip en droom; durf te voelen, doorbreek je patronen*. Utrecht: Spectrum, 2013.