

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)

# Over de effectiviteit van kortdurende psychoanalytische therapie

SASKIA DE MAAT & FRANS DE JONGHE

In de tweede helft van de vorige eeuw zijn verschillende vormen van kortdurende psychoanalytische therapie (KPT) ontwikkeld (Malan 1963; Mann 1973; Sifneos 1979; Davanloo 1980; Strupp & Binder 1984; Pollack & Horner 1985; De Jonghe 1994). Deze behandelvormen omvatten doorgaans niet meer dan vijftientig zittingen. De therapeut en de patiënt spreken het aantal en de frequentie van de zittingen van tevoren af. De focus is gericht op de bewuste en onbewuste aspecten — in affectief, cognitief, conatief en gedragsmatig opzicht — van de actuele relaties van de patiënt, uiteraard rekening houdend met de naklank van het verleden in het heden. Het primaire behandeldoel is het verminderen — zo mogelijk: het laten verdwijnen — van klachten en symptomen, en in samenhang daarmee het verbeteren van het sociaal functioneren en van de levenskwaliteit. Wat dit behandeldoel betreft, verschilt KPT niet van andere vormen van kortdurende therapie. KPT streeft echter ook andere belangrijke behandeldoelen na: het vergroten van het inzicht van de patiënt in zichzelf en zijn functioneren en, daarmee samenhangend, het verminderen van de kwetsbaarheid en vergroten van de psychologische kracht van de patiënt. Dit komt neer op persoonlijkheidsverandering. In de psychoanalytische opvattingen leiden twee wegen, in meerdere of mindere mate, tot dit doel. Een eerste weg is het verkrijgen van inzicht via adequate duidingen. Een tweede weg loopt via de adequate gratificatie (steun) van ontwikkelingsbehoeften zoals die zich voordoen in de primaire aspecten van de therapeutische relatie. Door deze adequate steun ontwikkelt zich de persoonlijkheid, op grond waarvan dan inzicht ontstaat. Deze twee wegen betreffen de psychoanalytische techniek en psychoanalytische opvattingen over de therapeutische relatie. Het zal duidelijk zijn dat in een kortdurende psychoanalytische therapie het doel van persoonlijkheidsverandering niet anders dan beperkt kan zijn.

De belangrijkste overeenkomst tussen de verschillende vormen van KPT berust in het feit dat ze geworteld zijn in de psychoanalytische theorieën over

ontwikkeling, normaliteit en pathologie. De belangrijkste zijn de drifttheorie (Freud 1915), de egopsychologie (Freud 1923), de objectrelatietheorie (Klein 1930, 1934), de primairreliefdestheorie (Balint 1952a, b en c), de gehechtheids-theorie (Bowlby 1969) en de zelfpsychologie (Kohut 1971, 1977). Deze theorieën betreffen, niet uitsluitend uiteraard, basale menselijke behoeften: de eerste twee seksualiteit en agressie, de laatste vier respectievelijk de behoefte zich verbonden, geliefd, beschermd en gewaardeerd te voelen. De objectrelatietheorie van Melanie Klein vormt een 'schakeltheorie' tussen beide theoretische groepen. Met de nadruk op het belang van agressie en seksualiteit behoort zij tot de eerste groep, met de nadruk op het belang van verbondenheid tot de laatste.

De vier laatste behoeften worden ontwikkelingsbehoeften genoemd omdat het in de eerste levensjaren uitblijven van adequate bevrediging ervan de eerste stadia van de psychologische ontwikkeling bedreigt. Dit kan leiden tot 'ontwikkelingspathologie', te onderscheiden van de 'conflictpathologie' waarover de eerste twee (of drie) theorieën gaan. Het onderscheid is in de praktijk niet altijd gemakkelijk, want veel patiënten vertonen zowel het ene als het andere type. Het is echter wel belangrijk, want het heeft consequenties voor de techniek: conflictpathologie vraagt om een interpreterende, ontwikkelingspathologie om een gratificerende ('steunende') aanpak. Dit onderscheid vertaalt zich in technische verschillen in de vormen van KPT onderling: de ene legt meer de nadruk op interpreteren, de andere meer op steunen. Dat zijn kwantitatieve, geen kwalitatieve verschillen. Ze nemen niet weg dat KPT een 'eenheid in verscheidenheid' vormt: één behandelsoort die verschillende vormen aan kan nemen.

Aanvankelijk werd de werkzaamheid van KPT op grond van klinische ervaring erkend en op grond van casuïstiek toegelicht. In de laatste decennia echter heeft op dit gebied in toenemende mate onderzoek plaatsgevonden door middel van *randomized controlled trials* (RCT's) en cohortonderzoek. Dit artikel heeft twee doelstellingen. In de eerste plaats geeft het een overzicht van de bestaande literatuur over de werkzaamheid van verschillende vormen van KPT bij volwassen, ambulante, psychiatrische patiënten met uiteenlopende, door het DSM-systeem omschreven stoornissen. In de tweede plaats geeft het de resultaten weer van onderzoek naar de werkzaamheid van een specifieke vorm van KPT: kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie (KPSP; De Jonghe 2005) bij een specifieke DSM-stoornis: de depressieve stoornis.<sup>1</sup>

### ¶ *De werkzaamheid van KPT bij uiteenlopende stoornissen*

#### ► *Vraagstelling en methode*

Hierna wordt een overzicht gegeven van de onderzoeksliteratuur over de werkzaamheid van KPT bij uiteenlopende DSM-stoornissen (De Maat e.a.,

ingediend). Het overzicht is gebaseerd op meta-analyses. In een meta-analyse worden de resultaten van verschillende RCT's (en soms ook cohortonderzoeken) gecombineerd tot één uitkomstmaat die de algemene effectiviteit van een behandeling weergeeft. De twee hoofdvragen van dit literatuuronderzoek luiden als volgt: [a] Wat is de absolute werkzaamheid van KPT? en [b] Wat is de relatieve werkzaamheid van KPT ten opzichte van andere behandelmethoden? Een bijkomende, derde vraag betreft de relatieve werkzaamheid van verschillende vormen van KPT ten opzichte van elkaar.

Een systematisch literatuuronderzoek leverde in totaal 8 meta-analyses en 1 mega-analyse op. Deze hebben gezamenlijk betrekking op 90 afzonderlijke KPT-onderzoeken. De primaire uitkomstmaat die gehanteerd wordt, is de effectgrootte (‘effect size’, ES). De ES is het verschil tussen twee gemiddelden gedeeld door de gemiddelde standaarddeviatie. Op grond van internationaal aanvaarde normen is een ES van 0,2 klein, van 0,5 matig en van 0,8 groot (Cohen 1988). De *absolute* ES van een behandeling verwijst naar het verschil tussen de situatie vóór en ná die behandeling (‘pre-post’ of ‘pre-follow-up’). Ze duidt de absolute werkzaamheid aan van de onderzochte behandeling. De *relatieve* ES verwijst naar het verschil tussen de absolute ES van een behandeling en die van een controleconditie of van een andere behandeling. Zij duidt de relatieve werkzaamheid aan van de onderzochte behandeling. De secundaire uitkomstmaat is het herstelpercentage (remissie): hoeveel patiënten voldoen niet meer aan het criterium dat de betreffende stoornis definieert?

#### ► Resultaten<sup>2</sup>

Vijf meta-analyses (gezamenlijk 59 individuele studies omvattend) leveren gegevens over de absolute effectiviteit (‘pre-post effect sizes’) van KPT. De meta-analyses betreffen achtereenvolgens ‘diverse stoornissen’ (depressieve stoornis, angststoornissen, eetstoornissen etc.), depressieve stoornis en persoonlijkheidsstoornissen. Direct na de behandeling blijkt dat 91 procent (10/11) van de gevonden ES'en ‘groot’ is (range 0,71-1,87), evenals 100 procent (7/7) van de ES'en bij follow-up (range 0,95-1,79). Voor depressie liggen de ES'en tussen 1,29 en 1,87, voor persoonlijkheidsstoornissen iets lager, namelijk tussen 0,88 en 1,33, en voor de meta-analyse met diverse stoornissen tussen 0,80 en 1,39.

De relatieve effectiviteit van KPT ten opzichte van andere therapieën (overwegend alternatieve psychotherapieën zoals cognitieve gedragstherapie, soms farmacotherapie) is in 6 meta-analyses (gezamenlijk 64 individuele onderzoeken beslaand) berekend. Deze meta-analyses (‘diverse stoornissen’ en depressieve stoornis) geven aan dat de relatieve ES'en zeer klein zijn (range 0,01 tot 0,30). Het merendeel (77 procent, 10/13) van deze kleine relatieve ES'en is verder niet statistisch significant. Eén studie (Driessen e. a., ingediend) vindt 3 statistisch significante verschillen (range 0,30-0,32), die echter ook klein zijn en waarschijnlijk niet klinisch relevant.

Twee meta-analyses (totaal 24 studies) hebben de werkzaamheid van verschillende vormen van KPT ten opzichte van elkaar vergeleken. Eén meta-analyse meldt dit slechts van 1 studie en wordt derhalve hier niet besproken. De tweede meta-analyse over depressie (Driessen e.a., ingediend) heeft de effectiviteit vergeleken van meer duidende KPT-vormen (zoals ontwikkeld door Davanloo en Malan) met die van meer steunende KPT-vormen (zoals ontwikkeld door De Jonghe en Hobson). Deze meta-analyse omvat 23 onderzoeken. De ES'en verschillen niet statistisch significant (1,36 voor meer steunende KPT en 1,28 voor meer inzichtgevende KPT).

De werkzaamheid van een behandeling is ook weer te geven middels het herstelpercentage. Er zijn 2 meta-analyses (over depressie en persoonlijkheidsstoornissen) gevonden (totaal 20 studies) waarin de herstelpercentages van KPT en cognitieve gedragstherapie (CGT) met elkaar zijn vergeleken. Voor zowel de patiënten met een depressie als patiënten met een persoonlijkheidsstoornis geldt dat ongeveer 50 procent van de patiënten herstelt na behandeling. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de 2 behandelmethoden.

► *Bespreking en conclusies*

Dit overzicht van gepubliceerde meta-analyses leert dat de werkzaamheid van KPT uitvoerig empirisch onderzocht is en dat de resultaten van de onderzoeken consistent zijn.

De werkzaamheid van KPT is groot te noemen (de absolute ES'en van KPT variëren van 0,71 tot 1,87) en doet niet onder voor de werkzaamheid van psychotherapie in het algemeen: als gemiddelde, absolute ES'en melden Smith en Glass (1977) 0,68, Smith e.a. (1980) 0,85, Lipsey en Wilson (1993) 0,85 en Cuijpers e.a. (2005) 0,90. Ter vergelijking: de gemiddelde, absolute ES van antidepressiva in de behandeling van depressie bedraagt 0,4 wanneer alleen met gepubliceerd onderzoek rekening wordt gehouden, en 0,3 wanneer ook de resultaten van niet gepubliceerd onderzoek worden meegenomen (Turner e.a. 2008).

Alle meta-analyses zijn eensluidend in het oordeel dat de werkzaamheid van KPT niet noemenswaardig verschilt van die van andere, kortdurende, actieve behandelingen (meestal psychotherapie, doorgaans CGT): de relatieve ES'en van KPT en andere behandelingen zijn klein, statistisch niet significant en klinisch niet relevant.

De werkzaamheid van diverse vormen van KPT, in dit geval de meer duidende versus de meer steungevende, verschilt onderling niet noemenswaardig. Dit lijkt althans te gelden voor de depressieve stoornis. Dit gegeven ondersteunt de gedachte (zie de inleiding) dat KPT een 'eenheid in verscheidenheid' is.

De schaarse beschikbare follow-upgegevens suggereren dat de werkzaamheid van KPT behouden blijft en in sommige gevallen zelfs vermeerderd na afsluiting van de behandeling.

Hoewel de ES'en groot zijn, zijn de herstelpercentages beperkt. Dit geldt voor zowel KPT als voor andere kortdurende behandelingen zoals CGT. Ongeveer de helft van de patiënten bereikt remissie. Dit is relevant, aangezien uit onderzoek blijkt dat remissie een belangrijke voorwaarde is voor het voorkomen of beperken van terugval van patiënten. De discrepantie tussen grote ES'en en beperkte herstelpercentages kan mede verklaard worden doordat de ene effectmaat (remissie) strikter is dan de andere.

De vraag naar de kosteneffectiviteit van KPT was niet expliciet aan de orde. Toch mag hier de meta-analyse van Abbass e.a. (2007) vermeld worden. Deze auteurs noemen vier onderzoeken (Creed e.a. 2003; Guthrie e.a. 1999; Hamilton e.a. 2000; Abbas e.a. 2008) met gegevens op dit gebied. Alle vier vermeldden significante kostenverminderingen in medische consumptie en in ziekteverzuim. Drie ervan melden door KPT veroorzaakte kostenverminderingen die significant groter zijn dan in de controlecondities. Vier onderzoeken (Monsen & Monsen 2000; Creed e.a. 2003; Abbass 2008; Alstrom e.a. 1984a en b) melden significante verbeteringen in de werkcapaciteit van de patiënten.

Dit overzicht kent uiteraard sterke en zwakke aspecten. Het resumeert een grote hoeveelheid aan empirische gegevens uit onderzoeken over de werkzaamheid van KPT bij, in DSM-termen uitgedrukt, patiënten met een scala aan stoornissen en bij patiënten met één specifieke stoornis, namelijk depressieve stoornis of persoonlijkheidsstoornis. Het gaat dus om het type patiënten dat men in de dagelijkse, klinische praktijk het meest ziet. Verder betreft het niet alleen overzichten met uitsluitend RCT's, zoals dat van Abbass e.a. (2007), maar ook overzichten met zowel RCT's als cohortonderzoeken, zoals dat van Driessen e.a. (ingediend) en dat van Leichsenring en Leibling (2003). Het omvat kortom, in de termen van *evidence-based medicine* uitgedrukt, de hoogste twee niveaus van empirische evidentie (RCT's en cohortonderzoeken).

Een beperking van het overzicht is dat een aantal van de meta-analyses niet stoornisspecifiek is. Ze hebben betrekking op patiënten met uiteenlopende DSM-gedefinieerde stoornissen, waardoor het onmogelijk is krachtige conclusies te trekken over de werkzaamheid van KPT in specifieke stoornissen. Deze onderzoeken zijn voor sommigen (in diagnostisch opzicht zwak). Dit standpunt is juist voor wie de hegemonie van de DSM-classificatie zonder meer accepteert. Echter, de meeste vanuit psychoanalytisch standpunt werkende therapeuten en onderzoekers hanteren een ander, namelijk psychoanalytisch diagnostisch systeem. Het mag worden betreurd, maar het DSM- en het psychoanalytisch diagnostisch systeem zijn niet op elkaar afgestemd, laat staan geïntegreerd. Het voorgaande neemt niet weg dat het psychoanalytische diagnostische systeem explicieter en systematischer moet worden geformuleerd dan tot nog toe het geval is. Een in dit opzicht veelbelovend recent instrument is de *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM Task Force 2006).

Een andere beperking is dat verschillende varianten van KPT vaak slechts in één of twee onderzoeken zijn onderzocht. Er is dus voor elk van de KPT-therapieën slechts beperkte evidentie aanwezig. De resultaten van Driessen e.a. (ingediend) lijken er echter op te wijzen dat er wat betreft de symptoommaten weinig tot geen verschillen worden gevonden tussen de meer inzichtgevende KPT-vormen en de steunende KPT-vormen. Dit neemt natuurlijk niet weg dat het mogelijk is dat op andere maten (bijvoorbeeld persoonlijkheidsmaten) wel verschillen gevonden kunnen worden.

Ten slotte is er een aanzienlijke overlap tussen de studies in de opgenomen meta-analyses: ongeveer 31 procent van de studies (28/90) maakt deel uit van meer dan 1 meta-analyse. Dit neemt niet weg dat het aantal ‘onafhankelijke’ KPT-onderzoeken (62) in dit overzicht nog steeds groot is.

### ¶ *De werkzaamheid van KPSP bij depressie*

#### ► *Kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie*

Kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie (KPSP) is een vorm van KPT. Ze duurt maximaal zes maanden en omvat maximaal zestien zittingen, de eerste acht wekelijks en de laatste acht om de twee weken. Het primaire doel is het opheffen van de depressie, het herstel van het sociaal functioneren en het verbeteren van de levenskwaliteit. Het secundaire doel is het verminderen van de vatbaarheid voor depressie. KPSP gaat ervan uit dat ontwikkelingspathologie vaak aanwezig is bij dit type patiënt en past dan ook een in hoofdzaak steunende techniek toe: inzicht bevorderen door adequate steun heeft voorrang op inzicht geven door adequate interpretaties. De kortdurende, gestructureerde aanpak gaat regressie tegen. Als belangrijkste curatieve factor van KPSP wordt gezien de adequate bevrediging — doorgaans op onbewust niveau ervaren — van ontwikkelingsbehoeften waarmee in de vroege jeugd inadequaat is omgegaan, met als gevolg dat ze in de volwassenheid relaties blijven storen, ook de therapeutische. Belangrijk voor het therapeutische proces is de ervaring van een ‘relationele dissonantie’: het in de therapeutische situatie tegelijkertijd beleven van twee tegenstrijdige relaties. Het heden bepaalt de ene, mede door het gedrag van de therapeut. Het verleden bepaalt de tweede, vooral door externalisatie van interne (want ooit geïnternaliseerde) relaties. Het prototypische beloop van KPSP omvat negen achtereenvolgende besprekniveaus. Ze vertegenwoordigen negen niveaus van inzicht. Elk ervan betreft de focus van wat de patiënt en de therapeut op dat moment met elkaar bespreken. De behandeling van een depressie start met het bespreken van de lichamelijke en psychische klachten en symptomen van de patiënt. Dat is niveau 1. De patiënt ziet in dat hij ‘ziek’ is, namelijk dat hij aan een depressie lijdt, en bespreekt hoe daarmee om te gaan. Bij de overstap naar niveau 2 verschuift de focus van het gesprek naar de levensomstandigheden die mogelijk van belang zijn (geweest) voor het voortbestaan of ont-

staan van de depressie. Niveau 3 specificceert niveau 2: de patiënt gaat inzien dat de 'levensomstandigheden' vooral betrekking hebben op een tot op dat moment wellicht ontkend relationeel probleem met een of meer personen. Het gesprek bereikt niveau 4 wanneer de patiënt het inzicht ontwikkelt dat het op niveau 3 besproken, relationele *probleem* past in een relationeel *patroon*, een 'rode draad' in zijn leven. Vaak ziet de patiënt tot op dat moment het probleem/patroon als een externe aangelegenheid, waarvoor een externe oplossing moet worden gevonden. Dat verandert bij niveau 5: de patiënt komt tot inzicht in zijn eigen aandeel in het probleem/patroon. Vanaf nu is het probleem/patroon een overwegend interne aangelegenheid. Pas dan is het gesprek rijp voor het exploreren van in het heden voortlevende relationele patronen uit het verleden, niveau 6. Tot op dit niveau betreft het gesprek in hoofdzaak interpersoonlijke relaties (relaties tussen de patiënt en anderen), externe uit het heden en interne uit het verleden. Dat verandert bij niveau 7: nu gaat het om de relatie die de patiënt met zichzelf onderhoudt, de 'intrapersonlijke relatie', op grond van identificatie met interne want geïnternaliseerde interpersoonlijke relaties. Niveaus 8 en 9 betreffen de overdracht en de overdrachtsneurose. Overdracht is vanaf het begin van de behandeling aanwezig. Deze herkennen, er rekening mee houden en ermee omgaan is een nooit aflatende taak voor de therapeut. De overdracht bespreken, laat staan duiden is een andere zaak. Deze gespreksniveaus zijn in KPSP vrijwel nooit mogelijk en overigens ook vrijwel nooit nodig (De Jonghe 2005).

► *Het onderzoek*

De effectiviteit van KPSP bij de behandeling van depressie wordt sinds 1993 in verschillende RCT's onderzocht door de depressieonderzoeksgroep van JellinekMentrum. De resultaten van de eerste drie RCT's (momenteel wordt de vijfde RCT afgerond) zijn samengevat in een mega-analyse (De Maat e.a. 2007a), waarover hier verslag wordt gedaan.

De onderzoeksgroepen van de 3 RCT's bestonden uit door huisartsen verwezen patiënten (tussen de 18 en 65 jaar oud) met een depressieve stoornis volgens DSM, met of zonder dysthymie). Ze ondertekenden allen een geschreven *informed consent* en werden gerandomiseerd in 3 behandelgroepen. De mega-analyse betreft 313 patiënten: 45 in een farmacotherapiegroep (anti-depressiva), 97 in een KPSP-groep en 171 in een gecombineerde-therapiegroep (KPSP plus farmacotherapie). De metingen geven de meningen weer van een onafhankelijke beoordelaar middels de Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton 1967; HDRS, het hoofdcriterium), van de therapeuten middels de Clinical Global Impression-Severity (CGI-S; Guy 1976), en van de patiënten middels de Depressie subschaal van de 90-items Symptom Check List (SCL-D; Arrindell & Ettema 1986) en de Quality of Life Depression Scale (QLDS; Tuyenman-Qua & De Jonghe 1992). De uitkomstmaten zijn op de eerste plaats de effectgrootten en op de tweede plaats de herstelpercentages: welk



---

percentage van de patiënten die aan de behandeling begonnen, is bij het afsluiten van de behandeling hersteld (HDRS-score van 7 of minder)?

► *De resultaten*

De absolute (pre-post) effect sizes van KPSP, farmacotherapie en gecombineerde therapie zijn groot te noemen en verschillen (op 1 na) onderling niet significant van elkaar. De ES'en liggen tussen 0,71 en 2,28. Het enige significante verschil betreft de volgende uitkomst: volgens de patiënten (gemeten met de SCL-90) is gecombineerde therapie (ES 1,60) werkzaamere dan farmacotherapie (ES 0,88).

De herstelpercentages laten de volgende uitkomsten zien. De onafhankelijke beoordelaars (HDRS), de patiënten (SCL-D) en de therapeuten (CGS-I) zijn het in 2 opzichten met elkaar eens: [a] KPSP is minstens even werkzaam als farmacotherapie en [b] gecombineerde therapie is werkzaamere dan farmacotherapie. De onafhankelijke beoordelaar en de therapeuten zijn het met elkaar eens dat KPSP even werkzaam is als gecombineerde therapie. De patiënten melden echter een significant groter herstelpercentage voor gecombineerde therapie dan voor KPSP. Gemeten met de HDRS is het herstelpercentage met farmacotherapie 24 procent, met KPSP 31 procent en met gecombineerde therapie 40 procent. Alleen het verschil tussen gecombineerde therapie en farmacotherapie is statistisch significant (in het voordeel van de eerstgenoemde).

► *Bespreking en conclusies*

Er is geen significant verschil in werkzaamheid tussen KPSP en farmacotherapie gevonden, zowel in effectgrootte als in herstelpercentage. De literatuur vermeldt vergelijkbare resultaten in RCT's die cognitieve therapie met antidepressiva (Keller e.a. 2000; Jarrett e.a. 1999; Blackburn & Moore 1997) of interpersoonlijke psychotherapie (IPT) met antidepressiva vergelijken (DiMascio e.a. 1979; Elkin e.a. 1989). Een meta-analyse van De Maat e.a. (2006), gebaseerd op 10 tussen 1980 en 2005 gepubliceerde RCT's (1 met IPT, 9 met CGT), komt eveneens tot een eensluidende conclusie: er is geen noemenswaardig verschil tussen het herstelpercentage van psychotherapie (38 procent van 593 patiënten) en dat van antidepressiva (35 procent van 640 patiënten). Bij follow-up echter is het recidiefpercentage ruim 2 maal hoger in de farmacotherapiegroep (57 procent) dan in de psychotherapiegroep (27 procent), een verschil dat statistisch significant en klinisch relevant is. Dit is van belang aangezien een recidiverende depressieve episode meestal de prognose op langere termijn verslechtert (m.a.w. de kans op weer een depressieve episode vergroot).

De combinatie van KPSP met farmacotherapie is effectiever dan farmacotherapie alleen, indien gemeten door middel van het percentage herstelde patiënten. Dit resultaat stemt overeen met een uitgebreide meta-analyse van

Pampallona e.a. (2004), waarin 16 studies zijn opgenomen die gezamenlijk 932 patiënten betreffen. De kans op remissie was met gecombineerde therapie bijna 2 maal zo hoog als met farmacotherapie. Gemeten met de ES'en verschilt gecombineerde therapie niet noemenswaardig van farmacotherapie. Het verschil tussen de bevindingen gemeten met herstelpercentages en ES'en wordt verklaard door het hierboven behandelde probleem dat het herstelpercentage als maat veel strikter is dan de ES.

De resultaten wat betreft de werkzaamheid van KPSP en gecombineerde therapie zijn tegenstrijdig. De meeste succesmaten vinden geen verschil. Alleen de patiënten tonen een voordeel voor gecombineerde behandeling, gemeten met het herstel op de SCL-90. Mogelijk registreren patiënten of de door hen gebruikte schaal subtiele verschillen die de onafhankelijke beoordeelaar en de therapeuten ontgaan. Ook de literatuur levert in dit opzicht tegenstrijdige gegevens. Sommige auteurs (Conte e.a. 1986; Wexler & Cicchetti 1992; Blom e.a. 2000; Blom 2008) vinden geen significante verschillen, anderen (Friedman e.a. 2004; Segal e.a. 2002) melden dat gecombineerde therapie werkzamer is dan kortdurende psychotherapie. De tegenstrijdigheid in resultaten kan te maken hebben met verschillen in de ernst van de depressie in de onderzoeksgroepen. Thase e.a. (1997) melden op grond van een mega-analyse dat gecombineerde therapie werkzamer is dan psychotherapie bij «ernstiger» depressies (HDRS > 20) maar niet bij «minder ernstige» depressies. Een meta-analyse van De Maat e.a. (2007b), gebaseerd op 7 tussen 1980 en 2005 gepubliceerde RCT's (1 met KPT, 6 met CGT), levert de volgende resultaten. Het herstelpercentage van gecombineerde therapie (46 procent van 444 patiënten) is significant hoger dan dat van psychotherapie (34 procent van 459 patiënten). Dat laatste resultaat hangt echter af van de ernst en de duur van de depressie. In de chronische depressieve stoornis is gecombineerde therapie (48 procent) werkzamer dan psychotherapie (32 procent), maar de 2 behandelmethoden zijn even effectief in de niet chronische depressieve stoornis.

### ¶ *Implicaties voor de klinische praktijk*

KPT is een empirisch onderbouwde behandeling voor uiteenlopende DSM-stoornissen volgens de criteria van Chambless en Hollon (1998). Volgens deze criteria moet een behandeling [1] onderzocht zijn met een adequate onderzoeksmethode (bij voorkeur een RCT), [2] door minstens twee onafhankelijke onderzoeksgroepen en [3] werkzamer zijn bevonden dan geen behandeling of een placebobehandeling of even werkzaam zijn als een bewezen alternatieve behandeling. KPT is veelvuldig onderzocht, ook met RCT's, en behaalt resultaten die vergelijkbaar zijn met die van bewezen andere kortdurende behandelingen (zoals CGT). Als zodanig is KPT een volwaardig alternatief binnen het aanbod van de erkende kortdurende behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg.

Meer specifiek voor KPSF gelden de volgende implicaties. KPSF is even werkzaam als farmacotherapie in de behandeling van ambulante, volwassen, psychiatrische patiënten met een milde tot matige depressie; gecombineerde therapie is in die gevallen werkzamer dan farmacotherapie maar het is niet duidelijk of gecombineerde therapie werkzamer is dan KPSF. Hierdoor lijkt KPSF een goede behandeloptie voor de meeste vormen van depressie. De vraag is wat, bij gelijke effectiviteit, in dit geval de eerste keuze van behandeling moet zijn. De volgende overwegingen kunnen daarbij een rol spelen: patiëntenvoorkeur, recidiefrisco's, kostenoverwegingen of beschikbaarheid. Een aantal overwegingen pleiten voor het beginnen met psychotherapie. Ten eerste is een (mono-)therapie minder belastend en kostbaar dan gecombineerde therapie. Daarnaast lijken de voorlopige resultaten van een pilot-onderzoek van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2007) van belang. Hieruit blijkt dat elf procent van de met een combinatie van psychotherapie en farmacotherapie behandelde patiënten, vijf procent van de met farmacotherapie behandelde patiënten en twee procent van de met psychotherapie behandelde patiënten te maken kreeg met een complicatie. Indien deze voorlopige bevindingen door nader onderzoek worden bevestigd, kan dit van belang zijn voor de indicatiestelling. Ten slotte zijn er aanwijzingen dat het recidiepercentage na een behandeling met farmacotherapie hoger is dan na een behandeling met psychotherapie (De Maat e.a. 2006).

De werkzaamheid van alle kortdurende behandelvormen is echter beperkt (hooguit de helft van de patiënten herstelt) en vaak kortstondig. Een stapsgewijze benadering, die een tweede en derde optie achter de hand houdt voor het geval een eerste, volgens de regelen der kunst uitgevoerde behandeling onvoldoende werkt, is dan ook noodzakelijk. Enige bezinning op de factoren die de beperkte resultaten van kortdurende behandelingen beïnvloeden is hierbij aangewezen. Veel is over deze factoren tot op heden niet bekend maar wel iets. Zo is bij depressie de behandelprognose minder gunstig bij recidiverende, ernstige en/of chronische depressies, bij aanhoudende, belastende omgevingsfactoren en bij de aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie als comorbiditeit. Newton-Howes e.a. (2006) melden, op grond van een meta-analyse die 34 RCT's omvat en ruim 3500 patiënten betreft, dat comorbide persoonlijkheidspathologie gepaard gaat met een verdubbeling van de kans op een teleurstellend resultaat bij de behandeling van depressie met kortdurende therapie. In dergelijke gevallen lijkt een behandeling aangewezen die primair gericht is op persoonlijkheidsverandering (vermindering van de kwetsbaarheid, vergroting van de kracht). Langdurige psychoanalytische therapie (LPT, psychotherapie of psychoanalyse) is een dergelijke behandeling.

### ¶ *Implicaties voor verder onderzoek*

Kortdurende psychoanalytische therapie is inmiddels een *evidence-based* behandeling. Deze behandelingen beogen het verminderen van symptomen, maar psychoanalytische behandelingen streven ook inzicht en persoonlijkheidsverandering na. De hier onderzochte kortdurende psychoanalytische therapieën zijn alle geworteld in de psychoanalytische theorieën. Wat techniek betreft, bevinden ze zich op een continuüm tussen de polen van een meer interpreterende en een meer steunende techniek.

Uitvoerig effectonderzoek is er tot op heden niet in geslaagd een overtuigend verschil aan te tonen tussen de verschillende vormen van kortdurende psychotherapie (bijvoorbeeld tussen psychoanalytische therapie en cognitieve gedragstherapie). De vraag is dan ook of toekomstig onderzoek zich uitsluitend moet richten op dergelijk vergelijkend effectonderzoek. Een andere relevante onderzoeksvraag, 'Wat werkt voor wie?', is nog lang niet beantwoord. Dat vergt onderzoek naar het proces, naar de voorspellende factoren en naar de werkzame factoren van een specifieke behandeling bij een specifieke patiënt. Clarkin en Levy (2004) noemen als voorbeelden van mediërende factoren: sociodemografische variabelen (leeftijd, sekse, socio-economische status), diagnostische variabelen (ernst van de symptomatologie, functionele beperkingen), persoonlijkheidsvariabelen (bv. verwachtingen, veranderingsbereidheid, Ik-sterkte, psychologisch inzicht), interpersoonlijke relaties (kwaliteit van de relaties, gehechtheidspatronen) en gedrag tijdens de behandeling.

Hierna volgt een aantal onderzoeksvoorbeelden. De meta-analyse van Diener e.a. (2007) onderzoekt het belang van mediërende factoren. Tien van elkaar onafhankelijke steekproeven uit KPT-onderzoeken werden in de meta-analyse opgenomen. De auteurs onderzochten de relatie tussen enerzijds de mate waarin de therapeut de emotionele belevingen en uitingen van de patiënt bevordert en anderzijds de mate waarin de behandeling werkzaam blijkt. Zij concluderen (p. 936): 'The results indicate that therapist facilitation of patient affective experience/expression is associated with patient improvement over the course of psychodynamic psychotherapy.' Het onderzoek van Van e.a. (2008) naar voorspellende factoren bij depressiebehandeling toont een samenhang aan tussen het niveau van objectrelationeel functioneren voor het begin van de behandeling en het behandelresultaat. Tot slot vinden Driessen e.a. (ingediend) dat mogelijk individuele behandelingen effectiever zijn dan groepsbehandelingen en dat de mate van training van de psychotherapeut wellicht een mediërende factor is bij het resultaat. Bovenstaand onderzoek kan helpen met het vergroten van de herstelpercentages van behandelingen.

Een ander gebied dat in de toekomst aandacht verdient, betreft de werkzaamheid van een stapsgewijze benadering. Het is duidelijk dat kortdurende

behandelingen voor velen niet voldoende zijn en dat de recidiepercentages hoog zijn. Sequentiële behandeltrajecten zijn echter nog onvoldoende empirisch onderbouwd. Dit onderzoek betreft onder meer de volgende vragen. Heeft het zin LPT aan te bieden wanneer blijkt dat KPT onvoldoende werkzaam is? Of is het dan beter eerst een andere kortdurende methode, bijvoorbeeld CGT, aan te bieden? Heeft het zin, vanwege de kwetsbaarheid voor depressie, LPT aan te bieden ook wanneer KPT op symptoomniveau voldoende werkzaam is? Deze vragen betreffen de plaatsbepaling van KPT (en andere kortdurende psychotherapieën) en LPT in het gehele veld van de geestelijke gezondheidszorg. Onderzoek kan en moet dus nog veel bijdragen aan het adagium dat velen reeds onderschrijven: ‘Kort als het kan, lang als het moet.’

#### Literatuur

De met een \* gemarkeerde referenties betreffen de meta-analyses waarop het artikel is gebaseerd.

- \*ABBASS, A. A., HANCOCK J. T., HENDERSON, J. & KISELY, S. (2007). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Library, issue 3*.
- ABBASS, A., SHELDON, A., GYRA, J. & KALPIN, A. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy of patients with DSM-IV personality disorders — A randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*, 211-216.
- ALSTROM, J. E., NORDLUND, C. L., PERSSON, G. e. a. (1984a). Effects of four treatment methods on social phobia patients not suitable for insight oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 70*, 97-100.
- ALSTROM, J. E., NORDLUND, C. L., PERSSON, G. e. a. (1984b). Effects of four treatment methods on agoraphobic women not suitable for insight oriented psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 70*, 1-17.
- \*ANDERSON, E. M. & LAMBERT, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 15*, 503-514.
- ARRINDELL, W. A. & ETTEMA, J. M. M. (1986). *SCL-D-90 — Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- BALINT, M. (1952a). *Primary love and psychoanalytic technique*. Londen: Hogarth Press.
- BALINT, M. (1952b). New beginning and the paranoid and the depressive syndromes. *International Journal of Psycho-Analysis, 33*, 214-224.
- BALINT, M. (1952c). On love and hate. *International Journal of Psycho-Analysis, 33*, 355-362.
- BLACKBURN, I. M. & MOORE, R. G. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *British Journal of Psychiatry, 171*, 328-334.
- BLOM, M. (2007). *Combination treatments for depressed outpatients*. Proefschrift, Vrije Universiteit, Amsterdam.
- BLOM, M. B. J., JONKER, K., HAFFMANS, P. M. J. e. a. (2000). Combinatie van medicatie en psychotherapie bij depressie: een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 42*, 99-407.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss — Attachment*. New York: Basic Books.
- CHAMBLESS, D. L. & HOLLON, S. D. (1998). Defining empirically supported psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- CLARKIN, J. F. & LEVY, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psycho-*

- therapy and behavior change* (p. 194-226). New York: John Wiley & Sons.
- COHEN, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioural sciences*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
- CONTE, H. R., PLUTCHIK, R., WILD, K. e.a. (1986). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 43, 471-479.
- CREED, F., FERNANDES, L., GUTHRIE, E. e.a. (2003). The cost effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 124, 303-17.
- \*CRITS-CHRISTOPH, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.
- CUIJPERS, P. & DEKKER, J. (2005). Psychological treatment for depression: a systematic review of meta-analyses. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 1892-1897.
- \*CUIJPERS, P., STRATEN, A. VAN, WARMERDAM, L. & ANDERSSON, G. (2008). Psychological treatment of depression: a meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry*, 8, 36.
- DAVANLOO (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: J. Aronson.
- DIENER, M. J., HILSENROTH, M. J. & WEINBERG, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936-941.
- DIMASCIO, A., WEISSMAN, M. M., PRUSOFF, B. A. e.a. (1979). Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1450-1456.
- \*DRIESSEN, E., DEKKER, J., MAAT, S. DE, JONGHE, F. DE e.a. (ingediend). *The efficacy of brief dynamic therapy for depression: a meta-analysis*.
- ELKIN, I., SHEA, M. T., WATKINS, J. T. e.a. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-82.
- FREUD, S. (1915). Triebe und Trieb-  
schicksale. In *Studienausgabe 3* (p. 81-102). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- FREUD, S. (1923). Het Ik en het Es. In *Werken 8* (p. 380-420). Amsterdam: Boom.
- FRIEDMAN, M. A., DETWEILER-BEDELL, J. B., LEVENTHAL, H. E. e.a. (2004). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. *Clinical Psychology — Science and Practice*, 11, 47-68.
- GUTHRIE, E., MOOREY, J., MARGISON, F. e.a. (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Archives of General Psychiatry*, 56, 519-26.
- GUY, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised DHEW pub.(adm)*. Rockville MD: National Institute for Mental Health.
- HAMILTON, J., GUTHRIE, E., CREED, F. e.a. (2000). A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenterology*, 119, 661-669.
- HAMILTON, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- JARRET, R. B., SCHAFFER, M., MCINTIRE, D. e.a. (1999). Treatment of atypical depression with cognitive therapy of phenelzine. *Archives of General Psychiatry*, 56, 431-437.
- JONGHE, F. DE (1994). Psychoanalytic supportive psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 421-446.
- JONGHE, F. DE (2005). *Kort en krachtig — Kortdurende Psychoanalytische Steun-gevende Psychotherapie*. Amsterdam: Benecke N.I.
- KELLER, M. B., MCCULLOUGH, J. P., KLEIN, D. N. e.a. (2000). A comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy and their combination for the treatment of chronic depression. *The New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- KLEIN, M. (1930). The psychotherapy of the psychoses. *Contributions to psycho-analysis — 1921-1945* (p. 251-253). Londen: Hogarth Press.

- KLEIN, M. (1934). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states, In *Contributions to psycho-analysis — 1921-1945* (p. 282-310). Londen: Hogarth Press.
- KOHUT, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- KOHUT, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- \*LEICHSENRING, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401-419.
- \*LEICHSENRING, F. & LEIBING, E. (2003). The effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- \*LEICHSENRING, F., RABUNG, S. & LEIBING, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- LIPSEY, M. W., WILSON, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioural treatment: confirmation of meta-analyses. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- MAAT, S. C. M. DE, DEKKER, J., SCHOEVERS, R. & JONGHE, F. DE (2006). Psychotherapy versus pharmacotherapy in the treatment of depression — a meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 562-572.
- \*MAAT, S. DE, DEKKER, J., SCHOEVERS, R. e.a. (2007a). Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants and their combination in the treatment of major depression: A mega-analysis based on three randomised controlled trials. *Depression and Anxiety*, 25, 565-574.
- MAAT, S. C. M. DE, DEKKER, J., SCHOEVERS, R. & JONGHE, F. DE (2007b). Psychotherapy versus combined therapy; a meta-analysis. *European Psychiatry*, 22, 1-8.
- MAAT, S., DE, DEKKER, J., VAN, H. e.a. (ingediend). *Empirical support for short-term psychoanalytic psychotherapy — An overview of meta-analyses*.
- MALAN, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. Londen: Tavistock Publications.
- MANN, J. (1973). *The limited psychotherapy*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- MONSEN, K. & MONSEN, J. T. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: a controlled outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37, 257-69.
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE (2007). *Rapport complicatieregistratie voor psychiaters*. Toegankelijk via: [www.nvvp.net](http://www.nvvp.net).
- NEWTON-HOWES, G., TYRER, P. & JOHNSON, T. (2006). Personality disorders and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188, 13-20.
- PAMPALLONA, S., BOLLINI, P., TIBALDI, G. e.a. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression. A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61, 714-719.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- POLLACK, J. & HORNER, A. (1985). Brief adaptation-oriented psychotherapy. In A. Winston (red.), *Clinical and research issues in short-time dynamic psychotherapy*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- SEGAL, Z., VINCENT, P. & LEVITT, A. (2002). Efficacy of combined, sequential and crossover psychotherapy and pharmacotherapy in improving outcomes in depression. *Journal Psychiatry & Neuroscience*, 27, 281-290.
- SIFNEOS, P. E. (1979). *Short-term dynamic psychotherapy: evaluation and technique*. New York: Plenum Medical.
- SMITH, M. L. & GLASS, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- SMITH, M. L., GLASS, G. V. & MILLER, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press.

- STRUPP, H., & BINDER, J.L. (1984). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books.
- THASE, M. E., GREENHOUSE, J. B., FRANK, E. e.a. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1009-1015.
- TURNER, E. H., MATTHEWS, A. M., LINARDATOS, E. e.a. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252-260.
- TUYNMAN-QUA, H., JONGHE, F. DE (1992). *Quality of Life Depressie Schaal*. Houten: Ibero.
- VAN, H.I., HENDRIKSEN, M., SCHOEVERS, R. e.a. (2008). Predictive value of object relationships for therapeutic alliance and outcome in psychotherapy for depression: an explorative study. *Journal of Nervous and Mental Disease*. (in druk).
- WEXLER, B. E. & CICCHETTI, D. V. (1992). The outpatient treatment of depression — Implications of outcome research for clinical practice. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 277-286.

#### SUMMARY

##### *The effectiveness of short-term psychoanalytic psychotherapy*

In recent decades the effectiveness of short-term psychoanalytic psychotherapy (STPP) has frequently been researched. The evidence-based status of STPP remains, however, controversial.

In this article the existing empirical evidence for STPP in various psychiatric disorders is summarized in an overview of published meta-analyses from between 1992 and 2008. Effectiveness is expressed in terms of effect sizes (ES's) and remission rates. The nine meta-analyses presented together cover ninety original trials. The results of the reviews are consistent. The pre-post effectiveness of STPP is moderate to large and statistically significant. STPP does not seem to differ significantly from other forms of short-term psychotherapy. Although more research is necessary, it can be cautiously concluded that STPP is empirically supported and has earned a place in evidence-based psychiatry.

*Key words: meta-analysis, psychoanalytic, psychodynamic, psychotherapy, review, short-term, time-limited*

#### Noten

- 1 In overleg met de redactie opteren we ervoor in dit artikel alle aandacht te geven aan de effectiviteit van kortdurende psychoanalytische psychotherapie. De effectiviteit van langdurende psychoanalytische psychotherapie zal behandeld worden in een volgend artikel.
- 2 De tabellen waarin de in dit artikel besproken onderzoeksresultaten overzichtelijk zijn samengebracht, kunnen worden opgevraagd bij de redactie.

*Manuscript ontvangen* 13 augustus 2008

*Definitieve versie* 4 oktober 2008