

# Interpersoonlijke psychotherapie (IPT)

## *Kader*

Interpersoonlijke psychotherapie is een pragmatische, kortdurende psychotherapie, speciaal ontworpen voor de behandeling van depressie. Uitgangspunt is dat elke psychische stoornis, ook een depressie, plaatsvindt in een actuele interpersoonlijke context. Depressieve episoden worden uitgelokt door interpersoonlijke gebeurtenissen, terwijl depressies tegelijkertijd zelf interpersoonlijke verhoudingen beïnvloeden. Een vastgelopen interpersoonlijke conflict dat de aanleiding tot de depressie lijkt te zijn, vormt het onderwerp van de behandeling (Blom, 1998). De grondslagen zijn gelegen in de interpersoonlijke school van Sullivan en tijdgenoten, volgens welke psychiatrische symptomen plaatsvinden in een actuele interpersoonlijke context en daaraan ook betekenis ontleen, en in de attachmenttheorie van Bowlby over het belang van hechting en vroegkinderlijke (verlies)ervaringen. Een stresserende gebeurtenis (zoals overgang tussen levensfasen) en een tekort aan sociale vaardigheden of sociaal contact kunnen de depressie uitlokken of bestendigen. Verandering kan tot stand worden gebracht door het optimaliseren van het interpersoonlijk functioneren.

## *Behandeldoel*

Verminderen van depressieve symptomen door optimaliseren van het interpersoonlijk, sociaal-affectief functioneren. Bij rouw, het op gang brengen van het vastgelopen rouwproces, waardoor de depressie zal verminderen of verdwijnen. Eindtermen betreffen een vermindering van depressieve klachten. Ten aanzien van het bewerkte behandelingsfocus geldt dat de patiënt zich meer handelingsbekwaam voelt en gedraagt. Verandering is tevens merkbaar op andere gebieden doordat het probleemoplossend vermogen vergroot is.

## *Indicatie*

Indicatiecriteria zijn de volgende criteria, die in het algemeen gelden voor psychotherapie.

- Tenminste redelijk sociaal functioneren voorafgaand aan het ontstaan van de depressie
- Zelfreflecterend vermogen
- Beschikbaarheid van een steunsysteem
- Duidelijk aangrijpingspunt (thema, focus) voor de therapie
- Patiënten met recidiverende depressies die symptoomvrij zijn, maar een grote kans hebben op terugval kan IPT als onderhoudsbehandeling aangeboden worden.

Voorspellers van een goed behandelresultaat zijn het vermogen om een therapeutische relatie aan te gaan en de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het behandelresultaat.

## *Exclusie*

- Zeer ernstige depressieve stoornis, gekenmerkt door ernstig dysfunctioneren, acute of ernstige suïcidaliteit, psychotische kenmerken en een bipolaire stoornis, is een contra-indicatie voor cognitieve gedragstherapieën op de voorgrond staande andere psychiatrische stoornis dan depressie.
- Een op de voorgrond staande andere psychiatrische stoornis (inclusie verslaving).

## *Behandelinhoud*

IPT is een kortdurende therapie van 12-16 sessies. De rol van de therapeut is als een coach die een topspeler begeleidt. De kwaliteit van het interpersoonlijke functioneren wordt verbeterd zonder het intrapsychisch functioneren van de patiënt ter discussie te stellen.

De behandeling is verdeeld in drie fasen; een beginfase, een behandelfase en een afsluitende fase. In de beginfase van de IPT wordt een van de volgende vier foci gekozen:

- Rouw

- Interpersoonlijk conflict
- Interpersoonlijke rolverandering
- Interpersoonlijk tekort

Als men redelijkerwijze kan aannemen dat alle belangrijke problemen in kaart zijn gebracht gaat men over tot het kiezen formuleren van het behandelfocus.

#### *Beginfase (sessie 1-3)*

De beginfase is gericht op diagnostiek en uitleg van het ziektebeeld, waarbij de volgende doelen worden onderscheiden:

- Creëren van een goede werkrelatie
- Stellen van de diagnose
- Inventariseren van de interpersoonlijke leefwereld
- Uitleggen van de rationale van de behandeling: een eerste verband tussen interpersoonlijke problematiek en de symptomen van depressie
- Kiezen van een focus voor de behandeling
- Vaststellen van het behandelcontract.

Aangezien IPT een kortdurende behandeling is, is het van groot belang dat de therapeut in de eerste 2-3 zittingen een goede werkrelatie vestigt. Hiertoe is een sterk steunende, actieve houding van de therapeut noodzakelijk. De werkrelatie is kenmerkend voor IPT en een belangrijke voorwaarde voor succes van de behandeling (Blom & Jonker, 1999).

Bij aanvang wordt de ernst van de depressie vastgesteld aan de hand van bijvoorbeeld de Hamilton Rating Scale for Depression en de ernstscore wordt expliciet meegedeeld aan de patiënt; de patiënt krijgt daarmee de ziekterol, opdat zelfbeschuldigende reacties worden vermeden. Alle symptomen van depressie worden systematisch uitgevraagd, met als doel behalve diagnostiek het duiden van de symptomen als kenmerken van een behandelbare aandoening, bieden van duidelijkheid en hoop op herstel; de therapeut manifesteert zich als deskundige.

De therapeut inventariseert het sociale netwerk, de belangrijke anderen, veranderingen in het sociale netwerk en belangrijke interpersoonlijke thema's in het verleden. Er wordt een wederkerige relatie gelegd tussen de actuele depressieve symptomen en gebeurtenissen op het interpersoonlijke vlak, waarin enerzijds veranderingen op het interpersoonlijke vlak depressieve symptomen kunnen geven en anderzijds de depressie zelf invloed heeft op de relaties met belangrijke anderen. Op basis van deze interpersoonlijke inventarisatie en diagnostiek wordt het behandelfocus geformuleerd, die volgt uit de gevonden relatie tussen de symptomen en de interpersoonlijke inventarisatie.

Daarbij dient er een duidelijke relatie te bestaan tussen het (tijdstip van) optreden van depressie en een belangrijke interpersoonlijke gebeurtenis, die behalve voor de therapeut ook voor de patiënt duidelijk is. Daarnaast let men in de keuze van het focus op de veranderbaarheid van het probleem en zal men eerder een kleiner maar dan liefst ook actueel probleem kiezen dan een groot maar tevens ook chronisch probleem (Blom, Kerver & Nolen, 1997).

#### *Behandelfase (sessie 4-10)*

In de behandelfase wordt het gekozen focus geactualiseerd aan de hand van concrete ervaringen die de patiënt gedurende de week heeft opgedaan. Elk gesprek start met de standaardzin "Hoe is het deze week met u gegaan?", waarmee de aandacht direct wordt gericht op gebeurtenissen in het leven van de patiënt buiten de sessies om. De behandeling varieert per focus maar is altijd explorerend, probleemverhelderend, gericht op het hier en nu. De vragen van de therapeut zijn nauwkeurig en concreet.

#### *Focus rouw*

Het focus rouw heeft een tweeledige doelstelling: het weer op gang brengen of faciliteren van het vastgelopen rouwproces, en het vinden van een zinvolle invulling voor de activiteiten en contacten die samen met het verlies zijn verloren gegaan.

Bij rouw wordt de depressieve symptomatologie verminderd door het rouwproces te actualiseren en vervolgens weer op gang te brengen (sessie 4-7), waarna een zinvolle

invulling of vervanging wordt gezocht voor wat verloren is gegaan (sessie 8-10). Het is belangrijk dat de patiënt (het uiten van) de emotionele reacties rondom het verlies leert onderscheiden van een depressief gevoel; de therapeut legt uit welke reacties horen bij rouw. Zo krijgt de patiënt controle over wat er gebeurt en manifesteert de therapeut zich als een expert, hetgeen geruststellend werkt. Geleidelijk aan worden meer belaste ervaringen nagevraagd. De vragen van de therapeut wisselen van het content-affect ('wat deed u toen en daar?') naar het proces-affect ('hoe is het voor u nu u het hier vertelt?'), hetgeen helpt te leren dat het veel uitmaakt hoe men met emoties en gebeurtenissen omgaat. Vanaf sessie 8, wanneer er meer ruimte in de therapie is voor het toekomstperspectief, wordt naar een nieuwe zinvolle invulling gezocht voor hetgeen men is kwijtgeraakt. Eerst wordt zorgvuldig nagegaan wat de waardevolle aspecten waren van de vorige relatie en aan welke nieuwe aspecten eerder niet werd toegekomen, daarna wordt met de patiënt gekeken naar de verschillende mogelijkheden en daagt de therapeut de patiënt uit na te gaan denken over activiteiten en contacten die weer opgenomen kunnen worden. De therapeut straalt daarbij vertrouwen uit. Een van de krachtigste interventies van IPT is het geven van hoop; juist als alles somber en hopeloos lijkt maakt de therapeut duidelijk dat herstel mogelijk en waarschijnlijk is.

#### *Interpersoonlijke conflict*

Bij het focus interpersoonlijke conflict is er meestal sprake van een impasse in het conflict. Er is daarbij één duidelijk te benoemen ander (echtgenoot, baas, kind, vriendin) en het liefst ook een duidelijk onderwerp. Behandeling aan de hand van het focus interpersoonlijk conflict gebeurt aan de hand van zes doelstellingen (Blom, Kerver & Nolen, 1997).

- Identificatie van het conflict
- Vaststellen van de fase waarin het conflict zich bevindt
- Modifieren van communicatiepatronen, bijvoorbeeld met behulp van rollenspelen
- Corrigeren van onrealistische verwachtingen
- Ondersteunen van de patiënt in het uiten van wensen en verwachtingen
- Zorgen voor een nieuwe manier van omgaan tussen de partners in het conflict.

In sessie 4-5 worden aard en fase van het vaak niet-manifeste conflict geïdentificeerd en geactualiseerd. De therapeut gaat na welke verwachtingen de patiënt heeft ten opzichte van de ander in het conflict en of deze wensen realistisch zijn. Door communicatieanalyse en rollenspel worden dysfunctionele patronen duidelijk. Communicatieanalyse geeft een goed zicht op hetgeen wel of niet gezegd wordt, de uitgesproken wensen en verschillen in verwachtingen. Voor het verdere verloop van de behandeling is het van belang duidelijk te hebben of de patiënt dysfunctionele communicatiepatronen hanteert, irreële verwachtingen koestert of leeft in een onoplosbare conflictsituatie. Na uitleg over de dysfunctionele communicatie wordt gezocht naar een andere heldere manier om wensen te uiten en naar mogelijkheden deze weer beter vervuld te laten worden. De gewenste attitude van de therapeut is coachend. Wanneer duidelijk is wat en met wie de problemen zijn, welke wensen er bestaan, welke oplossingen de patiënt heeft geprobeerd en met welk resultaat, begint het volgende deel van de therapie (sessie 6-10). Van de verschillende opties om op een andere manier te communiceren wordt nagegaan wat het oplevert aan de hand van concrete situaties buiten de sessies. De meest optimale optie kan worden geoefend in een rollenspel. De patiënt moet het gevoel krijgen over meerdere mogelijkheden te beschikken. Vervolgens wordt met de patiënt nagegaan welke verwachtingen worden bijgesteld en waarover opnieuw met de ander wordt onderhandeld. Overwogen kan worden de partner in de behandeling te betrekken, echter niet in de vorm van relatietherapie.

#### *Interpersoonlijke rolverandering*

Bij het focus interpersoonlijke rolverandering is een belangrijke verandering voorafgegaan aan de depressie, mogelijk door de patiënt niet als zodanig opgemerkt, zoals bijvoorbeeld een vervroegde pensionering. Belangrijk om aan iets nieuws te kunnen beginnen is eerst afscheid nemen. Het focus interpersoonlijke rolverandering dient vijf doelen.

- Nagaan welke rol opgegeven is
- Ondersteunen van de patiënt in het loslaten van de oude rol
- Bevorderen van het uiten van de daarmee verbonden emoties
- Ontwikkelen van vaardigheden die nodig zijn voor de nieuwe rol
- Ontwikkelen van nieuwe relaties en sociale steun.

In de eerste sessies (4-6) wordt nagegaan wat bij de interpersoonlijke rolverandering verloren is gegaan. Daarbij is voldoende aandacht voor het bewustmaken en valideren van het verlies en de affecten die het verlies oproept. Daarna wordt bekeken welke eisen de nieuwe situatie stelt aan de patiënt. Met het aanleren en inoefenen van nieuwe vaardigheden of het opbouwen van noodzakelijke contacten wordt de behandeling vervolgd. In sessie 7-10 speelt de therapeut een belangrijke rol in het erkennen van wensen en verwachtingen die horen bij de nieuwe situatie waarin de patiënt terecht is gekomen en met de patiënt wordt nagegaan hoe deze wensen kunnen worden vervuld. De stappen die de patiënt hiertoe onderneemt worden geëvalueerd, waarbij het initiatief belangrijker is dan het resultaat. Als eenmaal een zinvolle vervanging gevonden is wordt gekeken naar vaardigheden, maatregelen en dergelijke om de eerste stappen te ondernemen.

#### *Interpersoonlijk tekort*

Bij het focus interpersoonlijke tekort, wanneer de patiënt moeite heeft met het aangaan of onderhouden van betekenisvolle relaties, is de behandeling gericht op het verbreden of verbeteren van betekenisvolle relaties. Vaak kiest men deze focus als men niet uitkomt met een van de voorgaande foci; aangeraden wordt waar mogelijk een andere focus te kiezen, aangezien er aanwijzingen zijn dat dit focus minder succesvol resultaat levert. De therapeutische relatie zelf kan, bij ontbreken van een sociaal netwerk, worden gebruikt als oefensituatie.

De behandeling heeft de volgende behandeldoelen.

- Opsporen van dysfunctionele patronen
- Helpen van de patiënt bij een realistische evaluatie van mogelijkheden en onmogelijkheden
- Steunen van de patiënt in het vergroten van het aantal en de kwaliteit van de sociale contacten.

Na het vaststellen van het focus gaat de therapeut in sessie 4-6 na welke relaties in het verleden succesvol zijn verlopen en hoe deze weer afliepen, waarbij gelet wordt op patronen die zich hierin voordeden. Welke aspecten waren waardevol, wat was niet optimaal en wat verwacht de patiënt van toekomstige relaties? Vervolgens wordt een plan opgesteld van kleine doelen en kleine stappen. In sessie 7-10 wordt de patiënt gestimuleerd veranderingen, in eerste instantie heel bescheiden, uit te proberen. De therapeut bewaakt dat realistische doelen worden gesteld en werkt met kleine en concrete stappen. De therapeutische relatie kan worden gebruikt als oefensituatie. De houding van de therapeut is steunen en begrijpend, ook ten aanzien van belemmerende persoonlijkheidstrekken.

#### *Afsluitende fase (sessie 11-12)*

De patiënt werd al regelmatig gewezen op het tijdelijke karakter van de behandeling en de beëindiging van de therapie wordt als vanzelfsprekend benaderd. In deze laatste sessies wordt aandacht besteed aan de veranderingen in het dagelijkse leven die gerealiseerd zijn, aan de vorderingen die gemaakt zijn en aan hetgeen bij de patiënt opgeroepen wordt door het beëindigen van de samenwerkingsrelatie. Voorts wordt benadrukt wat de patiënt geleerd heeft en wat hij zelf heeft bijgedragen aan zijn herstel. Bij (verwachte) recidiverende depressie worden afspraken gemaakt over onderhoudsbehandeling. Om de noodzaak van vervolgbehandeling in te schatten wordt tenminste één follow-up afspraak gepland, enige tijd na afronden van de behandeling (4-6 weken). Verbetering is ook na afsluiten van de behandeling nog te verwachten.

In de laatste fase zijn de behandeldoelen:

- Uiten van gevoelens van verlies die samengaan met het afsluiten van de behandeling
- Bewust worden van de eigen mogelijkheden om zelfstandig door te gaan

- Maken van duidelijke afspraken voor de periode na de therapie.

De therapeut maakt gebruik van de volgende technieken en rol als therapeut.

- *Exploratie*. De therapeut luistert empathisch, moedigt aan verder te vertellen (knikken, 'mm'-zeggen), snijdt zelf onderwerpen aan en vraagt direct door (bijvoorbeeld bij de interpersoonlijke inventarisatie)
- *Clarificatie* om structuur aan te brengen in het gesprek of het uiten van verdrongen materiaal te vergemakkelijken. De therapeut vraagt dieper op de onderwerpen in te gaan of stukken samen te vatten.
- *Communicatieanalyse*, stapsgewijs nagaan van de precieze interactie tussen patiënt en relevante anderen, hetgeen informatie levert over problemen in de interactie.
- Gebruik van de *therapeutische relatie*
- *Directieven*, voorlichting, praktisch advies, regelen van eenvoudige zaken, analyse van bepaalde beslissingen
- *Rollenspel*

De houding van de IPT-therapeut is steunend, niet-neutraal, actief en transparant; en daarmee uniek te noemen. De therapeut staat naast de patiënt in de strijd tegen de depressie, nuanceert overmatige kritische zelfbeschouwing van de patiënt (de therapeut is niet neutraal ten opzichte van de egostructuur) en in het gezinssysteem staat de therapeut in principe aan de kant van de patiënt. De therapeut is actief, activerend en evocatief. Doel en werkwijze van de therapeut zijn vooraf duidelijk. Duidingen van onbewuste problematiek zijn niet toegestaan in de IPT (Blom, Kerver & Nolen, 1997).

#### *Monitoring en behandel-evaluatie*

Bij aanvang wordt de ernst van de depressie vastgesteld aan de hand van bijvoorbeeld de Hamilton Rating Scale for Depression en de ernstscore wordt expliciet meegedeeld aan de patiënt.

Als IPT niet of onvoldoende heeft geresulteerd in een vermindering van symptomen na 12-16 weken is voortzetten van de behandeling niet zinvol. Bij blijvende klachten na bijvoorbeeld een maand, dienen afspraken te worden gemaakt over vervolgbehandeling. Vaak ziet men na afloop van de behandeling alsnog verbetering.

#### *Behandelduur en -frequentie*

De behandeling beslaat in totaal 12-16 sessies van 45-50 minuten.

Na het beëindigen van de behandeling wordt een onderhoudsbehandeling overwogen. Gebruikelijk is een vervolg van 12 maandelijkse gesprekken, maar regelmatig kan met minder worden volstaan.

Een maandelijkse zitting als onderhoudsbehandeling bij symptoomvrije is mogelijk en medeafhankelijk van de wens van de patiënt en aanwezigheid van symptomen, gedurende maximaal een jaar (met de mogelijkheid tot verlenging met telkens een jaar).

#### *Evidentie*

IPT effectief is bij de behandeling van depressie. De werkzaamheid van IPT is aangetoond, zowel op korte termijn (na 12-16 sessies) als op langere termijn (na 6-12 maanden) (Schoemaker et al., 2002; Thase, 1999).

#### *Randvoorwaarden*

IPT vraagt van de therapeut de vaardigheid om snel een werkrelatie te kunnen opbouwen. De behandeling bestaat bij voorkeur uit flexibel en vindingrijk toepassen van verschillende psychotherapeutische technieken. Aangezien er geen sprake is van een strak theoretisch keurslijf, kunnen geregistreerde therapeuten vanuit verschillende theoretische referentiekaders aanknopingspunten vinden en de behandeling uitvoeren. IPT vereist psychotherapeutische kennis en ervaring en is derhalve geen goede optie voor beginnende therapeuten. Meer ervaren behandelaars kunnen IPT toepassen na het volgen van een korte bijscholing.

IPT is, mits er bij de deelnemers een gedegen vooropleiding en therapeutische ervaring aanwezig is, te leren in een driedaagse cursus gevolgd door oefening, supervisie en intervisie.

#### Referenties

- Blom, M.B.J., Jonker, K. (1998). Protocollaire behandeling van depressieve patiënten: Interpersoonlijke psychotherapie. In: G.P.J. Keijssers, A. van Minnen, C.A.L. Hoogduin (Red.). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg II*. (pp. 50-68). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
  - Blom, M.B.J., Kerver, M.J., & W.A. Nolen. (Red.) (1997). *Inleiding in de interpersoonlijke psychotherapie*. Houten /Diegem : Bohn Stafleu Van Loghum.
  - Nolen, W.A., & Hoogduin, C.A.L. (Red.) (1998). *Behandelingsstrategieën bij depressie* (tweede herziene druk). Houten /Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
  - Schoemaker CG, Rigter HGM, Graaf R de, Cuijpers P (Red) (2002). Hoofdstuk 4. Depressie. Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Utrecht: Bureau NMG. Trimbos-instituut.
- Thase, M.E. (1999). When are psychotherapy and pharmacotherapy combinations the treatment of choice for major depressive disorder? *Psychiatric Quarterly*, 70, 333-346.