

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

.....

De derde generatie CGT: een vloek of een zegen?

FILIP RAES

Samenvatting

.....

De afgelopen twee decennia zijn we getuige geweest van de opkomst van wat de ‘derde golf’ of de ‘derde generatie’ CGT is gaan heten. Belangrijke spelers op dit vlak zijn bijvoorbeeld *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) en *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT). Op het afgelopen EABCT-congres in Den Haag werd een rondetafeldiscussie gehouden met als thema: ‘Derde generatie CGT: een vloek of een zegen?’ Experts gingen met elkaar en het publiek in debat over vragen als: ‘Zijn ACT en MBCT ook CGT?’, ‘Wat is nu de *evidence base* van die benaderingen, vergeleken met ‘klassieke’ CGT?’, en: ‘Hoe moet het verder met die derde golf?’ Dit artikel brengt verslag uit over dit debat en bespreekt de belangrijkste conclusies.

Trefwoorden: derde generatie CGT, mindfulness, ACT, debat.

INLEIDING

.....

Van 10 tot en met 13 september 2014 vond in Den Haag het Europese CGT-congres plaats, beter bekend als EABCT. Het mooie en rijk gevulde programma omvatte heel wat nieuwe onderdelen, zoals openbare supervisies, ook wel *clinical masterclasses* genoemd. We kenden die al van het VGCT-naarscongres, maar voor het eerst werden ze nu ook gehouden op het Europese congres. Ze werden zeer gewaardeerd. Een andere nieuwigheid in het EABCT-programma waren de rondetafeldiscussies. Het concept is eenvoudig: een handvol experts gaat met elkaar en het publiek in debat over een bepaald thema. Er was een rondetafeldiscussie rond *cognitive bias modification*, een andere over de rol van ouders bij CGT voor angstige kinderen, en in een derde rondetafeldiscussie ging het over ‘individueel maatwerk versus

protocollair confectiewerk'. Een vierde debat had als centrale focus de derde generatie CGT (mindfulness en ACT in het bijzonder). Als moderator van die laatste rondetafel discussie breng ik graag verslag uit over hoe zij verliep, vooral over de belangrijkste conclusies aan het eind van het debat.

Het panel bestond uit vijf leden, allen *CGT scientist-practioners*: Jacqueline A-Tjak (Universiteit van Amsterdam), Claudi Bockting (Universiteit Utrecht), Stefan Hofmann (Universiteit van Boston), Zeno Kupper (Universitair Ziekenhuis Bern), Lars Göran Öst (Universiteit van Stockholm) en Anne Speckens (Radboud Universiteit Nijmegen). Ieder van hen heeft wel 'iets' met de derde generatie. Sommigen meer met ACT, anderen weer meer met mindfulness, de een wat meer vanuit de onderzoekskant, de ander wat meer vanuit de klinische praktijk. Bij aanvang van het debat hebben we ervoor gekozen om de focus te richten op de twee belangrijkste vertegenwoordigers van de derde CGT-golf: ACT en *mindfulness-based treatment* (MBT, zoals MBCT). We namen die beslissing omdat de discussie anders al snel te ver zou uitwaaien en eindigen met meer vage vragen dan duidelijke *take-home messages*.

In wat volgt zal ik niet zozeer een chronologisch verloop van het debat schetsen, maar vooral enkele conclusies opsommen en kort toelichten. Het zijn de belangrijkste boodschappen of lessen die ik zelf uit het debat heb meegenomen, maar ik heb begrepen dat er ook onder de leden van het panel en de mensen in de zaal consensus leefde over de inhoud en teneur van deze conclusies.

WE ARE (ALL) FAMILY: MBT AND ACT ARE CBT

.....

De discussie werd geopend met de vraag of MBT en ACT wel of niet CGT zijn. Helemaal gelukkig was het panel, maar ook ik zelf, niet met die vraag. Het werd al snel duidelijk dat voor het panel MBT en ACT gewoon CGT zijn: beide zijn uitbreidingen of ontwikkelingen *binnen* de wereld van de CGT (zie bijvoorbeeld: Hofmann, 2008; Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010). Zowel in CGT, MBT als ACT poogt men maladaptieve cognities te wijzigen. Dit kan gaan om de inhoud of de functie van die cognities. Ook het werken met het wijzigen van de functie van cognities — dat vaak enkel wordt toegeschreven aan de derde generatie — werd reeds in de klassieke CGT beschreven. Een treffend voorbeeld is het volgende. Beck beschreef in 1985 reeds de AWARE-strategie: *Accept the anxious feelings; Watch the anxious feelings move around your body and mind; Act with Anxiety; Repeat steps 1-3 over; Expect the best to happen* (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). Klinkt dit niet al heel erg als *third wave*? Dit en andere voorbeelden (beschreven in Wills, 2009; zie Raes, 2010, voor een bespreking) maken duidelijk hoe aspecten die ogenschijnlijk typisch *third wave* zijn, al langer in CGT-land aanwezig waren. Gelijkaardige voorbeelden geven Hofmann et al. (2010). Hofmann pleitte er al eerder voor

om af te stappen van de term *third generation*, die misleidend is alsof er fundamentele verschillen zouden zijn die maken dat die derde-generatiebenaderingen 'buiten' de klassieke CGT geplaatst moeten worden (zie bijvoorbeeld: Hofmann, 2008; Hofmann et al., 2010). Die zijn er niet. *'The "new wave" treatments are consistent with the CBT approach, which refers to a family of interventions rather than a single treatment'* (Hofmann et al., 2010, p. 701).

Hofmann stelde ook voor om, wanneer CGT'ers met een nieuwe techniek of behandelprogramma voor de dag komen, die voortaan niet 'therapie' te noemen, maar 'behandeling' of 'interventie'. Wanneer we iets nieuws 'therapie' noemen, lopen we het risico dat we het willen vergelijken of afzetten tegen traditionele CGT. Voor Hofmann geldt dat er één generisch CGT-model is, met daarbinnen tal van verschillende benaderingen of interventies.

Wat dit betreft, komt Hofmann in de buurt van mijn naaste collega Dirk Hermans. Die geeft evenwel de leertheorie een centrale plaats, waar dat bij Hofmann niet zozeer het geval is: Hofmann ziet veeleer een 'cognitief' unificerend fundament. Hermans (2014) heeft zijn visie in dezen overigens op het EABCT-congres tijdens zijn *keynote*-speech nogmaals uit de doeken gedaan. CGT is voor Hermans een model met een aantal axioma's, bijvoorbeeld dat leerprocessen de basis vormen van alle gedrag (zie Hermans, Elen, & Orlemans 2007, voor meer details). En het is een proces dat draait om het volgen van de empirische cyclus (zie Hermans et al., 2007). Dit is CGT, niet de set van technieken, hoewel technieken wel aangewend kunnen worden binnen het CGT-model of CGT-proces. De visie van Hermans is dus niet helemaal dezelfde als die van Hofmann, maar hun boodschap was dat wel: ons telkens opnieuw afvragen bij elke nieuwe behandeling of die nu wel of geen CGT is, is waarschijnlijk niet de meest zinvolle bezigheid; andere vragen zijn veel belangrijker en boeiender, bijvoorbeeld wat we dan wel als de basis zien van dat generische CGT-model.

Net als de rest van gedragstherapeutisch Vlaanderen, heeft Hermans het overigens niet over 'CGT', maar over 'GT': gedragstherapie. Wij in Vlaanderen blijven vasthouden aan 'gedragstherapie', als paraplueterm voor het generische therapiemodel of -proces. De 'C' is ooit aan 'GT' toegevoegd als doekje voor het bloeden bij een eerdere identiteitscrisis binnen de gedragstherapie, dixit Hermans (2014). En waar de CGT-wereld buiten Vlaanderen blijkbaar opnieuw worstelt met haar identiteit, nu met die dekselse derde golf, is dat dus voor Vlaamse CGT'ers (GT'ers — excuus) veel minder een issue.

MBT AND ACT ARE NOT MORE EFFECTIVE THAN TRADITIONAL CBT

.....

Uiteraard kwam ook de evidence base van MBT en ACT ter sprake. Met Stefan Hofmann en Lars Öst zaten er meteen twee experts aan tafel, die alles konden vertellen over de *state of the art* terzake. Hofmann publiceerde recent een meta-analyse over de effectiviteit van MBT (Khoury et al., 2013);

Öst bracht recent een update uit van zijn meta-analyse over de werkzaamheid van ACT (Öst, 2014).

Wat zijn de belangrijkste conclusies uit de analyses van Öst? Voor een aantal stoornissen kan ACT vooralsnog in het beste geval enkel als ‘waarschijnlijk of mogelijk werkzame behandeling’ bestempeld worden. Voor geen enkele stoornis verdient ACT momenteel reeds het keurmerk van *well-established treatment*. Bovendien blijft de methodologische kwaliteit van het merendeel van de studies (bijvoorbeeld RCT's) naar de werkzaamheid van ACT opvallend zwak. De globale effectgrootte van ACT is eerder klein. En wanneer ACT vergeleken wordt met ‘standaard’ CGT, presteert het niet beter (maar ook niet slechter).

De huidige stand van zaken wat betreft MBT lijkt daarentegen iets gunstiger. Uit de meta-analyse van Hofmann et al. (Khoury et al., 2013) blijkt dat MBT een effectieve behandeling is voor een variëteit aan psychologische problemen, in het bijzonder voor depressie, angst en stress. Opnieuw is het evenwel zo dat MBT niet tot betere resultaten leidt dan traditionele CGT. Evenmin is er evidentie dat MBT onderpresteert, vergeleken met die klassieke CGT.

Als we eerlijk zijn, moeten we dus concluderen dat we vooralsnog niet euforisch moeten worden als het gaat om de effecten van MBT, en al zeker niet over de werkzaamheid van ACT. Beide benaderingen hebben mogelijk hun verdiensten (dit geldt ongetwijfeld voor MBT bij depressie en angst), al is de evidentie over het algemeen dus lang (nog) niet zo overtuigend als sommigen op het terrein soms claimen. Zowel MBT als ACT doet het niet beter dan traditionele CGT. Maar — omgekeerd — is er ook geen evidentie dat ze minder goed zouden presteren dan die traditionele CGT.

Ik vroeg de experts wat we met die vaststelling aan moeten. Een eerste conclusie was dat het feit dat er naast klassieke CGT nog andere benaderingen zijn die ook of even goed presteren ons tot bescheidenheid moet stemmen. Dit geldt overigens niet alleen wanneer traditionele CGT wordt vergeleken met nauwe verwanten als MBT en ACT, maar ook voor vergelijkingen met benaderingen uit andere therapeutische oriëntaties of families (zie bijvoorbeeld: Marcus, O’Connell, Norris, & Sawaqdeh, 2014). Een andere, weinig verrassende conclusie was dat er meer onderzoek nodig is. Om te beletten dat dit een open deur zou blijven, vroeg ik de panelleden meteen om dat wat concreter in te vullen.

Aan welk soort of type onderzoek hebben we dan vooral behoefte? Öst beklemtoonde dat we vooral behoefte hebben aan methodologisch sterkere, en vooral ook omvangrijkere studies, die goed zitten qua statische power. Dit laatste vooral met het oog op het valide kunnen toetsen van belangrijke moderatoren van behandel-effecten. Aansluitend merkte ik op, dat indien verschillende benaderingen ‘overall’ gelijke effecten hebben, we inderdaad moeten uitzoeken of er bijvoorbeeld een bepaald type patiënt is dat meer of minder gebaat is bij deze of gene benadering. Als we meer inzetten op die

vraag *what works for whom*, kunnen we, afhankelijk van de resultaten van dat soort onderzoek, behandelingen nog beter afstemmen op het type patiënt en ‘overall’ op termijn betere *outcome*-cijfers noteren.

Alle leden van het panel waren het erover eens dat er niet alleen meer onderzoek naar de *moderatoren*, maar ook naar de *mediatoren* van behandel-effecten moet komen. Dit met het oog op het identificeren van werkingsmechanismen. Met die kennis kunnen we nog efficiënter inzetten op de werkzame componenten van behandelingen.

En terwijl Öst het vooral over RCT's had, kwam er uit de zaal de opmerking dat het misschien ook goed zou zijn om in de toekomst meer te durven kiezen voor andere onderzoeksontwerpen dan RCT's. Zo wees Geert Crombez (Universiteit Gent) het panel en het publiek op de ten onrechte ondergebruikte, maar wetenschappelijk erg waardevolle *single-case designs*. Wat dit betreft zullen we niet alleen vele collega-onderzoekers moeten overtuigen, maar ook de *review boards* van financieringskanalen van wetenschappelijk onderzoek.

Wat toekomstig onderzoek betreft, merkte Stefan Hofmann nog fijntjes op dat we ons bewust moeten blijven (worden?) van het ‘DSM-plafond’. Het feit dat we mooie effecten bewerkstelligen met CGT (inclusief MBT en ACT) is één, maar het kan nog altijd beter, véél beter. Het lijkt wel alsof we tegen een plafond aanzitten met onze huidige ‘slaagcijfers’ van CGT-behandelingen. Door te blijven vasthouden aan de DSM-categorieën (het ‘DSM-plafond’ waar Hofmann naar verwees) beletten we onszelf om nog meer ‘winst’ uit onze behandelingen te halen. Hofmann (2014b) hield eerder op het congres in zijn opening-*keynote* een krachtig pleidooi om afstand te nemen van het medisch-psychiatrisch model met zijn DSM. We moeten in zijn ogen (en ik deel zijn mening) kiezen voor een meer psychologisch geïnspireerd classificatiesysteem, dat het ons mogelijk maakt om, op basis van onderzoek uit de experimentele psychopathologie (EPP), te werken met meer zinvolle categorieën van patiënten in termen van problemen of ‘mechanismen’ (zie ook: Hofmann, 2014a, voor meer details). EPP houdt zich bezig met het bestuderen — veelal via een experimentele proefopzet — van mechanismen die een rol spelen bij ontstaan, voortbestaan en terugkeer van psychopathologie. Die kwetsbaarheidsmechanismen of -processen snijden soms dwars door verschillende DSM-categorieën heen (de zogenaamde transdiagnostische mechanismen; een voorbeeld is het repetitief negatief denken (piekeren en rumineren) bij angst en depressie). Als we met die kennis in het achterhoofd behandelingen nog meer optimaliseren en ze vervolgens nog beter afstemmen op patiënten (aan de hand van een EPP-geïnspireerd classificatiesysteem), zou dat ertoe kunnen leiden dat we door het DSM-plafond breken wat betreft de *outcome*-cijfers van onze behandelingen.

.....

Ik kan er niet omheen, en geef het toch maar even mee: een aantal panelleden was bijzonder scherp voor ACT, hoewel ik dat misschien meteen kan nuanceren. Ze waren niet zozeer scherp en kritisch over ACT, maar wel over haar belangrijkste voorman, Steven Hayes. De man roept erg gemengde gevoelens op, met name binnen de wereld van de CGT. Er zijn mensen die vinden dat hij zich te veel als een goeroe heeft opgesteld. Verschillende aanwezigen bij het debat herinnerden zich uitspraken van Hayes op grote congressen, die erop neerkwamen dat 'we' (de CGT-gemeenschap) het met ACT nu beter doen dan voorheen. Onderzoek spreekt dit uiteraard tegen. Bovendien deed Hayes dergelijke claims al jaren terug, toen er nog niet zo gek veel onderzoek naar ACT was gedaan. Bovendien is de kwaliteit van het ACT-onderzoek vergeleken met de CGT-standaarden veelal ondermaats. Voor velen is het duidelijk dat Hayes in zijn uitspraken en zijn (te commerciële?) aanpak wat bescheidener mocht zijn (geweest).

De discussie mondde uit in een meer algemeen punt betreffende de timing van het naar buiten brengen van nieuwe behandelingen (en vooral op welke schaal). Enkele panelleden merkten mijns inziens terecht op dat het geen gunstige ontwikkeling is om elke nieuwe techniek of interventie meteen al in workshops onder collega-therapeuten te verspreiden voordat er enige wetenschappelijke evidentie is voor de waarde ervan. Een reactie uit de zaal volgde al snel: 'Als we nieuwe dingen niet meer kunnen meedelen en verspreiden, stompt dit onze creativiteit dan niet af?' Een panellid, ik denk dat het Hofmann was, repliceerde meteen, door aan te geven dat we zeer zeker creatief moeten blijven. Maar als we nieuwe ideeën hebben die nog onvoldoende getoetst en bewezen zijn, moeten we die bij voorkeur eerst via andere kanalen communiceren. Dit zou bijvoorbeeld op symposia kunnen, maar (nog) niet via een workshop waarin die nog onvoldoende onderzochte technieken al meteen worden aangeleerd aan collega's uit de praktijk. Wacht met het geven van een workshop tot je je op (meer) *solid ground* bevindt, zo werd besloten.

Ik droom wel eens van een najaarscongres, een EABCT-congres, of een ABCT-congres waar enkel workshops gegeven worden over well-established treatments. Oh, maar die treatments kennen we allemaal toch? Heel eerlijk? Ik denk van niet. De meesten van ons kennen de *basics* (althans, dat mag ik hopen). Maar hebben we de noodzakelijke technieken van die evidence-based treatments echt allemaal in onze vingers, op een wijze dat we er als het ware echt mee kunnen spelen? Het is vast des mensen, om liever in te tekenen op een workshop over *the new kid on the block (exciting! new! innovative! next generation!)*, dan dat we een degelijke workshop volgen, waarin we onszelf trainen en oefenen en trainen en oefenen in steeds dezelfde evidence-based, welbeproefde technieken, die we dachten reeds lang onder de knie te hebben.

TOT SLOT

.....

67

Bij vlagen was het debat heftig. Dit kwam volgens mij vooral omdat op sommige momenten meer op de man (lees: Steven Hayes) dan op de bal (lees: ACT) werd gespeeld. Dit is misschien wel jammer. Niettemin meen ik dat het toch ook een voldoende constructief debat is geweest, getuige de niet onaardige oogst aan concrete *take-home messages*. Zo moeten we misschien maar ophouden met het spreken in termen van generaties en golven. Verder is het beter om nieuwe technieken en programma's als 'behandelingen' of — nog beter — als 'interventies' te labelen, en niet als 'therapieën', en zo een nieuwe CGT-identiteitscrisis te voorkomen. ACT en MBT hebben hun waarde, maar de evidentie voor deze benaderingen (zeker in het geval van ACT) is lang nog niet zo overtuigend als sommigen wel eens (doen) geloven. ACT en MBT hoeven in een aantal gevallen zeker niet onder te doen voor traditionele CGT. Laat ons dan ook vooral verder uitzoeken welk type patiënt bij welke benadering gebaat is, en welke mechanismen of componenten de werkzaamheid ervan verklaren. Enkel en alleen inzetten op RCT's is misschien ook niet wenselijk. Laten we wat dit betreft vooral de single-case designs niet vergeten. En wacht even het onderzoek af, voor je een nieuwe techniek of interventie als 'merk' op de 'markt' wil brengen. Wees creatief en innovatief op symposia. En geef pas een workshop wanneer je je niet langer *on shaky grounds* bevindt.

Tot slot nog dit. Op de eerste rij in de zaal zat Judith Beck, inderdaad dé Judith Beck, dochter van haar vader, Aaron Beck. Ze had haar laptop bij zich en maakte uitgebreid notities tijdens het hele debat. Ze was geen manuscript aan het redigeren en ze was ook niet in de weer op de sociale media. En ik kan het weten, want als moderator liep ik de hele tijd rond en kon ik af en toe over haar schouder meekijken. Het zou ons moeten inspireren hoe deze *grande dame* van de CGT oprecht geïnteresseerd is en blijft in alle nieuwe ontwikkelingen in het veld. Het maakte mij andermaal duidelijk dat de discussie inderdaad niet over generaties moet gaan, maar over ontwikkelingen binnen de CGT. Op het einde vroeg ze heel even het woord, ging staan en richtte zich tot de zaal. Ze sprak over hoe boeiend ze alle ontwikkelingen vond en hoezeer ze genoten had van het debat. Ook had ze het nog even over haar vader. Hij maakte het goed. En jawel hoor, hij had zich recent ingeschreven voor een mindfulnessopleiding en was nu vol overgave aan het mediteren, zo vertelde Judith. Generaties...

FILIP RAES is universitair hoofddocent aan de KU Leuven, de Onderzoekseenheid Gedrag, Gezondheid en Psychopathologie van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (FPPW). Hij is tevens klinisch psycholoog en als gedrags-therapeut werkzaam in het facultaire praktijkcentrum PraxisP van FPPW

(KU Leuven). Hij is bestuurslid van de VVGT en was lid van de wetenschappelijke commissie van het afgelopen EABCT-congres in Den Haag.

Correspondentieadres: Filip Raes, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (FPPW), Tiensestraat 102, bus 3712, B3000 Leuven, België. filip.raes@ppw.kuleuven.be

Summary The last two decades, we have witnessed the rise of so-called third wave or third generation CBT. Key-players in that area are, for example, Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). At last year's EABCT-congress in The Hague, The Netherlands, a round table discussion was held on the topic: 'Third Generation CBT: A curse or a blessing?'. Experts discussed with the audience about questions like: 'Are ACT and MBCT (forms of) CBT?'; 'What is the evidence-base of these approaches compared to 'traditional' CBT?'; and: 'How should we proceed with this 'third wave'?'. This article reports on the debate and, most importantly, reviews the key take-home messages.

Keywords: *third generation CBT, mindfulness, ACT, debate.*

Literatuur

- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Hermans, D. (2014). *The central role of learning principles is our basic postulate! Or can CBT really evolve without?* Keynote lecture presented at the 44th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), The Hague, the Netherlands.
- Hermans, D., Elen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie* (6de, geheel herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and commitment therapy: New wave or morita therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 280-285. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00138.x
- Hofmann, S. G. (2014a). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, 45, 576-587.
- Hofmann, S. G. (2014b). *Toward a science-informed practice of CBT*. Key-note lecture presented at the 44th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), The Hague, the Netherlands.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2010). The empirical status of the 'new wave' of CBT. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 701-710. doi:10.1016/j.psc.2010.04.006
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34, 519-530. doi:10.1016/j.cpr.2014.08.001
- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and me-

ta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121. doi:10.1016/j.BRAT.2014.07.018
Raes, F. (2010). Book review: Wills F.

(2009). Beck's cognitive therapy. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 891-892.
Wills, F. (2009). *Beck's cognitive therapy*. East Sussex, UK: Routledge.