

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 toekomst van CGT

Een zaak van preciezer afstemmen en beter richten?

FILIP RAES

Samenvatting

CGT evolueert. Inmiddels hebben we de zogenaamde ‘derde golf’ bereikt. Nochtans zijn onze CGT-behandelingen er de afgelopen jaren niet effectiever op geworden. We zijn het er allen over eens dat we beter kunnen en moeten. Maar hoe kunnen we de successcijfers van CGT verhogen? Ik bespreek twee belangrijke pistes waarlangs de werkzaamheid van CGT verhoogd kan worden. Beide komen neer op het beter ‘richten’ van onze behandelingen: meer gericht focussen op wat er nu precies ten grondslag ligt aan de pathologie (piste 1) en het beter afstemmen van onze behandelingen op types of subgroepen van patiënten (piste 2). Voorbeelden van recente inspanningen op beide terreinen worden besproken.

Trefwoorden: CGT, toekomst, werkzaamheid

INLEIDING

Er is heel wat tijd overheen gegaan alvorens ik ten volle besepte dat in het land van de psychotherapie in het algemeen, en in dat van de cognitieve gedragstherapie (CGT) in het bijzonder, alles voortdurend in beweging is. Als student – we spreken over de jaren 1995 tot 2000 – kreeg ik massa’s kennis mee: informatie over hoe het precies zat, en over wat er wel en niet werkte. Ik kan me niet herinneren dat ik bijzonder uitgedaagd werd om daar veel kritische vragen bij te stellen. Laat staan dat ik dacht dat het ooit anders zou worden, dat therapie er ooit anders uit zou zien. Met beide voeten was ik in de klassieke valkuil van de novice gestapt, door van het moment in de tijd dat ik ‘erbij kwam’ te denken dat het een eindpunt was, iets wat na jarenlange ontwikkeling eindelijk was geworden wat het moe(s)t zijn en waar men nu het beste maar niet te veel aan moest gaan zitten rommelen. Ik weet nog dat ik het oprecht jammer vond dat de ontwikkeling van CGT zich vóór mijn tijd

had voltrokken en dat ik er op een of andere wijze geen deel aan had kunnen nemen.

Twintig jaar verder weet ik – gelukkig – wel beter. Alles is voortdurend in beweging, in evolutie. Ook CGT. Dat kan ik nu wel getuigen. Ik herinner me nog de sessies van het practicum gedragstherapie die ik als aio bij collega Dirk Hermans verzorgde. In het begin was er weleens een student die ergens iets had opgevangen over ‘mindfulness’ en daar een groepspresentatie in het practicum over wilde verzorgen. Enkele jaren later moest ik als begeleider alles uit de kast halen om ervoor te zorgen dat niet *alle* studenten hun presentatie over mindfulness zouden houden. Op congressen en in tijdschriften waren we allen getuige van eenzelfde opmars van ‘nieuwe’ benaderingen binnen de CGT-wereld, die al snel bekend werden onder de koepelterm ‘derde generatie’ of *third wave*.

Spreken over ‘generaties’ en *waves* heeft een aantal functies. Eén ervan is didactisch. Het helpt nieuwelingen inzicht en greep te krijgen op een complex domein, waar allerlei varianten naast elkaar bestaan. Het brengt structuur. Een andere functie is wat ‘zakelijker’. Door te spreken over innovatieve benaderingen die een nieuwe generatie vertegenwoordigen zal je sowieso op meer aandacht kunnen rekenen bij je doelpubliek, zowel patiënten als therapeuten. Ik herinner me nog een uitspraak van Lars Öst bij een debat op het Europese CGT-congres in Den Haag in 2014: ‘*The only reason why Steve Hayes uses the term “third generation”? It’s all about the money!*’ Het was misschien wat overdreven, maar de kern is dit: We worden vooral aangetrokken door de *new kid on the block*. En daardoor zijn we misschien blind voor wat er al goed was, voor wat we al net zo goed deden voorheen. Steve Hayes had gewoon nooit mogen brullen: ‘*We are finally doing better!*’ Want dat doen we niet. We werden de afgelopen jaren met onze CGT-behandelingen niet aantoonbaar beter in het helpen van onze patiënten. En we roepen dan wel vaak dat ‘onze’ CGT goed werkt, maar werkt CGT wel zo goed als we doorgaans denken? Dat is een eerste vraag. Een tweede vraag die dan volgt is deze: Wat kunnen we doen om CGT alsnog te verbeteren? Want er lijkt wel marge voor verbetering.

IS CGT WEL ZO KRACHTIG ALS WE GELOVEN?

.....

We mogen best trots zijn op de kracht van onze psychologische behandelingen en op CGT in het bijzonder. Maar we mogen niet overmoedig worden. Onze behandelingen zijn naar alle waarschijnlijkheid niet zo krachtig als we doorgaans op basis van de onderzoeksliteratuur denken. De kwaliteit van onderzoek, bijvoorbeeld van klinische trials, is notoir zwak. Dit maakt dat de resultaten steeds met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

Daarnaast is er nog zoiets als ‘publicatiebias’. Onderzoek dat positieve resultaten laat zien, vindt sneller zijn weg naar de wetenschappelijke tijd-

schriften. Nulbevindingen blijven nog steeds te vaak (om allerlei redenen) in de lade liggen op het kantoor van onderzoekers. Zo ontstaat er natuurlijk een vertekend, te positief beeld van de werkzaamheid en doeltreffendheid van behandelingen. Een kleine tien jaar terug werd dat reeds aangetoond voor antidepressiva. Die bleken plots een derde minder effectief te zijn wanneer men ook onderzoek in rekening ging brengen dat nooit gepubliceerd werd (Turner, Matthew, Linardatos, Tell, & Rosenthal, 2008). Idem dito, zo bleek wat later, voor de effectiviteit van bijvoorbeeld CGT bij depressie (Driessen, Hollon, Bockting, Cuijpers, & Turner, 2015). En dit jaar nog bleek uit een analyse van Canadese onderzoekers dat zoiets ook specifiek geldt voor mindfulness: het effect ervan wordt overschat als we uitsluitend uitgaan van de studies die wel hun weg vonden naar de wetenschappelijke tijdschriften (Coronado-Montoya et al., 2016).

Er is al heel wat in beweging in de wetenschappelijke gemeenschap om dit soort zaken recht te trekken. Het recept om dit alles te remediëren bestaat overigens uit vele ingrediënten. Dat meer nulbevindingen zouden gepubliceerd moeten worden is één zaak. Een ander iets is dat de kwaliteit van het onderzoek ook gewoon veel beter moet worden. Ik heb het dan niet enkel over het aanpakken van klassieke pijnpunten in behandelstudies als te kleine proefgroepen en een gebrek aan (goede) controlegroepen, maar ook over de ethiek van de onderzoekers. Het gaat namelijk niet enkel over *publicatiebias*, maar ook over *rapporteringsbias*. Wat rapporteren onderzoekers wel in een artikel en wat niet? Stel, een onderzoeker gaat het effect na van een CGT-behandeling op tien uitkomstmaten en stelt enkel een positief effect vast op twee daarvan. Gaat hij dan in het artikel ook eerlijk vertellen dat er voor acht variabelen eigenlijk helemaal geen effect te bespeuren viel? Want ook zo kan het beeld over de werkzaamheid van een behandeling uiteraard te positief gekleurd raken. Steeds meer – en gelukkig maar – dienen onderzoekers hun onderzoek vooraf te registreren. Daarbij dienen ze dan meteen ook aan te geven welke hun belangrijkste uitkomstmaten zijn en wat hun precieze verwachtingen (hypothesen) zijn. Op die manier kunnen ze nadien geen nulbevindingen onder de mat vegen.

Onze behandelingen zijn dus hoogstwaarschijnlijk niet zo krachtig als de onderzoeksliteratuur ons doet geloven. Maar ze zijn wel effectief, in de zin dat veel van onze patiënten meer gebaat zijn bij behandeling dan wanneer ze niet bij ons zouden langskomen. Veel patiënten, maar niet alle patiënten. Dat we iedereen ooit zullen kunnen helpen, is misschien ijdele hoop. Maar dat we meer en beter zouden moeten kunnen dan nu, dat moge duidelijk zijn. Ziedaar de vraag: hoe doen we dat? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat onze behandelingen krachtiger worden?

HOE MAKEN WE CGT STERKER?

.....

Er zijn vele pistes om de effecten van psychologische behandelingen in het algemeen, en van CGT in het bijzonder, te vergroten. Ik ga hier in op twee pistes die onder onderzoekers als bijzonder belangrijk worden beschouwd. Ten eerste moeten we blijven inzetten op het krachtiger maken van bestaande behandelingen. Een tweede piste, die de eerste overigens niet uitsluit, bestaat erin onze bestaande behandelingen beter af te stemmen op onze patiënten. Ik bespreek achtereenvolgens beide pistes.

Heel wat van onze CGT-behandelingen zijn behandel*paketten*. Ze bestaan niet uit één of enkele elementen, nee, er zit van alles in. We weten vaak ook helemaal niet wat binnen zo'n pakket nu bij uitstek maakt dat onze behandeling werkt. Als we erin zouden slagen om beter zicht te krijgen op welke componenten precies verantwoordelijk zijn voor de effecten, kunnen we daar nog meer op inzetten en andere elementen achterwege laten. Zo kunnen we behandelingen gaan ontmantelen en kijken welke componenten het krachtigst zijn of volstaan om tot de nodige effecten te komen. Een voorbeeld van dit soort aanpak is het werk van Jacobson et al. (1996), die op die wijze aantoonde dat de gedragsactiverende component binnen CGT voor depressie vaak volstaat en even krachtig is als het hele pakket.

Een andere benadering is om te kijken langs welke weg bestaande behandelingen vooral hun effect kennen. Ik heb het hier dan niet zozeer over bepaalde onderdelen van een behandeling, maar wel over de processen waarlangs de effecten tot stand komen. Wat zijn de werkingsmechanismen? Onderzoekers hebben het dan al eens over 'mediatoren' (zie: Maric, Prins, & Ollendick, 2015). Welk proces zet behandeling X in beweging, waardoor ze effectief is? Indien behandeling X bij depressie bijvoorbeeld met name werkt omdat ze een positieve impact heeft op hoe patiënten anders omgaan met positieve ervaringen, moeten we daar misschien nog meer gericht rond gaan werken.

Naast het krachtiger maken van bestaande behandelingen, kunnen we ook denken aan het ontwikkelen van nieuwe, krachtigere behandelingen. Dit is het punt waar bijvoorbeeld het terrein van de experimentele psychopathologie (EPP) in het vizier komt. Het is een onderzoeksdomein waar vele CGT-gelieerde onderzoekers in actief zijn. De EPP houdt zich bezig met het uitzoeken van wat mensen nu precies kwetsbaar maakt (en vaak houdt) voor het ontstaan, in stand houden en terugkeren van psychopathologie. De resultaten van dat onderzoek kunnen aanwijzingen opleveren met betrekking tot bepaalde onderliggende, ziekmakende processen. Heel wat EPP-onderzoekers laten het daar gelukkig niet bij en zetten nog een stap verder. Ze vertalen die fundamentele kennis naar nieuwe klinische interventies, welke meer gericht proberen die processen positief te beïnvloeden. Terwijl 'klas-

sieke' behandelpakketten zich vaak met een heel complex aan technieken en interventies op een bepaalde problematiek richten, probeert dit soort (vaak minder complexe) interventies meer gericht te focussen op het remediëren van een bepaald gekend kwetsbaarheidsmechanisme. Een voorbeeld zijn de zogenaamde *cognitive bias modification* (CBM-)interventies, waarmee men selectieve processen in de aandacht, de interpretatie of het geheugen tracht te corrigeren of bij te sturen (zie bijvoorbeeld: Wiers & Salemink, 2015). Een specifiek voorbeeld uit ons eigen lab is de geheugenspecificiteitstraining bij depressie, die gericht probeert een gekend geheugenprobleem bij depressie te remediëren (Raes, Seldenrijk, & van Oppen, 2014). Dit hele CBM-domein staat nog erg in zijn kinderschoenen, al moeten wij als EPP-onderzoekers ook eerlijk durven toegeven dat we aanvankelijk – ik heb het dan over tien á vijftien jaar geleden – iets te optimistisch waren over de potentie van dit soort benaderingen. Vooral de transfer of generalisatie van de effecten en de duurzaamheid ervan zijn nog zwakke punten. CBM heeft vooralsnog niet geresulteerd in krachtiger therapieën. Dit neemt niet weg dat deze benadering – inzoomen op ziekmakende processen en die vervolgens gericht trachten te tackelen – terecht een belangrijke focus is om op termijn behandelingen krachtiger te maken.

Heel wat onderzoekers zijn ervan overtuigd dat psychotherapie op termijn ook krachtiger zal worden door meer interactie met collega-onderzoekers uit de wereld van de *neuroscience*. Neurowetenschappers richten zich op het zenuwstelsel (in het bijzonder op de hersenen), met specialisaties als neurofysiologie en neuroanatomie. Eigenlijk is die neuroscience een heel erg breed domein, waarin wetenschappers uit steeds meer disciplines samenwerken (bijvoorbeeld uit de psychologie). Inzichten uit die neuroscience kunnen op termijn bijdragen aan het optimaliseren van onze behandelingen. Heel wat onderzoek van EPP-onderzoekers bevindt zich overigens reeds op het raakvlak van het klassieke, cognitief-psychologisch geïnspireerde onderzoek en de neuroscience. Het is namelijk vooral het onderzoek op het snijpunt van die disciplines dat in de toekomst onze behandelingen effectiever kan maken en tot nieuwe 'neurocognitieve' interventies kan leiden. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan het werk van Rudi De Raedt et al. aan de UGent op het vlak van neurostimulatie bij depressie (De Raedt, Vanderhasselt, & Baeken, 2015), aan het leerpsychologisch werk van de groep van Merel Kindt in Amsterdam en aan het werk van collega's Tom Beckers en Bram Vervliet aan de KU Leuven, die uitzoeken hoe bepaalde farmaceutica onze gedragstherapeutische interventies op termijn kunnen 'boosten' (zie bijvoorbeeld: Vervliet, 2013).

Een tweede belangrijke piste bestaat erin om bestaande behandelingen beter af te stemmen op patiënten. Hier geldt het aloude adagium: *what works for whom?* Wie is het best gebaat bij welke behandeling of interventie? Het idee is simpel, de realisatie ervan is dat al veel minder. Ik weid even uit voor wat noodzakelijke achtergrond, alvorens de piste zelf nader toe te lichten.

De what-works-for-whom-piste (zie bijvoorbeeld: Roth & Fonagy, 2004, maar ook al: Paul, 1967) werd destijds (opnieuw) gelanceerd in het kielzog van de vaststelling dat psychologische behandelingen qua effectiviteit vaak nauwelijks van elkaar lijken te verschillen, het zogenaamde *Dodo bird verdict* (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975). De Dodo uit *Alice in Wonderland* oordeelt na afloop van een wedstrijd tussen een aantal personages uit het boek dat eigenlijk iedereen gewonnen heeft en dus iedereen recht heeft op een prijs. Dit oordeel is als metafoor gaan dienen in de wereld van het psychotherapie-onderzoek voor de vaststelling dat de verschillen in effectiviteit tussen verschillende therapeutische benaderingen nagenoeg nihil zouden zijn. U weet vast wel dat deze vogel met de regelmaat van de klok het onderwerp is van verhitte discussies, ook – en vaak vooral – in academische middens.

Ik ga hier de discussie niet opnieuw voeren. Enkel even het volgende: het zal u niet verbazen dat het Dodo bird verdict vaak wordt opgevoerd en verdedigd door niet-CGT'ers, die er – helaas vaak ten onrechte – een vrijgeleide in zien om bij gelijk welke problematiek gelijk welke behandeling te rechtvaardigen. Dit is misschien wat kort door de bocht, maar toch. In één adem zeggen zij er dan ook vaak bij dat dit er daarnaast op zou wijzen dat de effectiviteit van onze behandelingen eerder te danken is aan de zogenaamde *common factors*, zoals de therapeutische relatie, dan aan specifieke factoren, zoals specifieke therapeutische technieken (het zogenaamde *nonspecifics*-argument). Andere, vaak CGT-gelieerde wetenschappers hebben al herhaaldelijk de pijnpunten en bijhorende gevaren van het Dodo bird verdict en het nonspecifics-argument beargumenteerd. Voor wie nog niet overtuigd is, raad ik aan om auteurs als DeRubeis (bijvoorbeeld: DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005), Chambless (2002) en Hofmann (bijvoorbeeld: Hofmann & Barlow, 2014) te lezen. Er zijn wel degelijk problematieken waar het niet om het even is wat er wordt aangeboden. En specifieke factoren doen er meer toe dan sommigen menen te denken op basis van 'mythische' percentages, die geen empirische grond blijken te hebben (zie bijvoorbeeld: Cuijpers, 2012). Soit.

Let op: u hoort me niet zeggen dat common factors er niet toe doen. U hoort me ook niet zeggen dat CGT voor alle problematieken superieur is. Bij depressie bijvoorbeeld zijn er heel wat benaderingen, zowel binnen de CGT-familie als daarbuiten, welke even goede cijfers kunnen voorleggen (zie bijvoorbeeld: Cuijpers, Andersson, Donker, & van Straten, 2011; Marcus, O'Connell, Norris, & Sawaqdeh, 2014).

Nieuwe interventies binnen onze eigen familie, zoals MBCT en ACT, doen het ook niet beter dan klassieke CGT (A-Tjak et al., 2015; Khoury et al., 2013; Öst, 2014). Naast het feit dat er wel degelijk problematieken zijn die het best aangepakt worden met een voorkeursbehandeling, is dat voor andere probleemdomeneinen vooralsnog minder duidelijk het geval. We zitten met heel wat effectieve benaderingen die gemiddeld genomen even goed aanslaan. Dit is wat trials soms laten zien. Het gaat om gemiddelden. Er zullen vast wel patiënten in die ene trial zitten die niet zo gebaat zijn bij die ene aanpak, en

mogelijk beter gediend zouden zijn met die andere aanpak, die in die andere trial gemiddeld genomen even goed werkt. Met ander woorden: welke behandeling nu het best werkt, kan verschillen van patiënt tot patiënt, of beter: van subgroep tot subgroep. Hier ligt dus nog ruimte voor vooruitgang. Uitzoeken welk type patiënt het best gebaat is bij welke behandeling uit een hele reeks effectieve behandelingen is dus de crux. Als we daarin slagen, kunnen we de algehele effectiviteit van onze behandelingen ongetwijfeld gevoelig opdrijven.

Het gaat om het opsporen van patiëntvariabelen die de effectiviteit van behandelingen modereren. Die oproep om dringend meer te gaan inzetten op onderzoek om moderatoren te identificeren is niet nieuw. Alleen heb ik het gevoel dat het lang heeft geduurd voor er daadwerkelijk ook echt werk van gemaakt werd. De laatste tijd heb ik meer en meer de indruk dat we nu eindelijk zo ver zijn (zie bijvoorbeeld: Maric et al., 2015). Steeds meer zie je werk verschijnen dat op een steeds degelijkere manier wil bijdragen aan het op termijn beter afstemmen van behandelingen op individuele patiëntkarakteristieken (zie ook: Norcross & Wampold, 2011). Een mooi recent voorbeeld is onderzoek van Nederlandse en Vlaamse onderzoekers die uitzochten of er een verschil in effectiviteit is tussen twee CGT-behandelingen voor subtypes van ADHD-patiënten (Boyer et al., 2016). Er zijn ook onderzoekers die er een heel onderzoeksprogramma rond hebben uitgebouwd en hier met internationale partners meer systematisch op inzetten. Zo leidt Marcus Huibers aan de VU het ADMIT-D-consortium, dat met name bij depressie het beter afstemmen van behandelingen op individuele patiëntvariabelen als voornaamste doel heeft (zie bijvoorbeeld: Huibers et al., 2015).

Personalized medicine of *precision medicine* zijn termen die vaak gebruikt worden in dit verband, ook in de algemene (dus niet exclusief geestelijke) gezondheidszorg. Het gaat hierom: onze zorg meer personaliseren, of nog meer op maat van de individuele patiënt aanbieden, op basis van wetenschappelijke kennis over welk type patiënt (of patiëntprofiel) het best gebaat is bij welk type behandeling (zie bijvoorbeeld: Peeters, 2015).

Met een steekproef van vijftig patiënten komen we er niet. We hebben behoefte aan grote samples, al dan niet via het samenbrengen van verschillende trials. Een recent voorbeeld van dat laatste is de studie van Kuyken et al. (2016). Zij brachten de data van een reeks eerdere MBCT-trials samen, om zo niet alleen naar de algemene effectiviteit te kijken (welke overigens bevestigd werd), maar tevens de rol van potentiële moderatoren na te gaan. Zo vonden ze dat de ernst van (residuele) klachten bij aanvang van de behandeling de effectiviteit mede bepaalde: hoe meer sluimerende klachten nog bij aanvang, des te meer gunstige impact MBCT had. Dat mag overigens niet verbazen. Rumineren, of meer algemeen: cognitieve reactiviteit (CR), speelt een belangrijke rol bij residuele klachten (Watkins et al., 2007), en laat CR nu net het mechanisme zijn waarop MBCT zich richt. Overigens, in een eigen studie met grote steekproef vonden we precies hetzelfde: de ernst van

baseline depressieve klachten was de enige moderator van de effecten van een mindfulness-interventie, ditmaal bij jongeren (van der Gucht, Takano, Kuppens, & Raes, 2016). Om moderatoren op te sporen, teneinde vervolgens precisie- of gepersonaliseerde psychotherapie mogelijk te maken, hebben we dus behoefte aan grotere steekproeven en het vaker samenbrengen van gegevens uit meerdere studies. Met heel grote databanken, waarin patiëntvariabelen en outcome-gegevens over de gevolgde behandelingen liggen opgeslagen, kunnen we via gecomputeriseerde algoritmes (*machine learning*) nog veel preciezer uitzoeken welke patiëntprofielen of -kenmerken goede voorspellers zijn van welke behandelingen wel of niet zullen aanslaan (voor een voorbeeld bij antidepressiva, zie: Chekroud et al., 2016).

Een hele reeks variabelen of profielparameters zouden interessant kunnen zijn in dat verband: demografische variabelen, soort klachten (bijvoorbeeld: Boyer et al., 2016), ernst van klachten (bijvoorbeeld: Kuyken et al., 2016), stadium van stoornis (*staging approach*; zie Peeters, 2015), psychologische kwetsbaarheidsfactoren, neurale variabelen (bijvoorbeeld: Mansson et al., 2015) en zelfs genetische markers of profielen (bijvoorbeeld: Coleman et al., 2016). Vooral de *internet-delivered* behandelingen kunnen hierin een belangrijke meerwaarde hebben (Rück, 2016). Via het internet kunnen databanken aangelegd worden met profiel- en outcome-gegevens van bijzonder grote groepen van patiënten. Machine learning kan vervolgens de predictieve waarde van een reeks profielparameters uitzoeken. Positieve bevindingen kunnen nadien gebruikt worden om onze nu beter afgestemde behandelingen met meer succes in te zetten. Recente studies binnen het piepjonge domein van wat men *therapygenetics* is gaan noemen (bijvoorbeeld: Coleman et al., 2016; Lester & Eley, 2013) geven aan dat ook genetische profielen hierin op termijn een rol kunnen spelen (net als bijvoorbeeld precision medicine bij kanker). Stel je voor dat we op termijn op basis van iemands genetisch profiel kunnen voorspellen of een gedragsactiverende, dan wel cognitieve benadering de grootste kans van slagen heeft.

BESLUIT

.....

CGT evolueert. We zitten nu aan wat we de zogenaamde ‘derde generatie’ noemen. Echter, onze behandelingen zijn, alle evoluties en onderzoek ten spijt, niet opmerkelijk krachtiger geworden. Dat er marge is voor verbetering, is duidelijk. Maar hoe kunnen we die verbetering bewerkstelligen? Ik besprak twee belangrijke pistes om onze CGT-behandelingen krachtiger te maken. Beide komen in feite neer op het beter richten van onze behandelingen: meer precies richten op wat er fout loopt (piste 1) en beter richten of afstemmen op de juiste patiënt (piste 2). Ik ben erg benieuwd of we binnen pakweg 25 jaar kunnen concluderen dat de effectiviteit van psychotherapie

- wetenschappelijk perspectief. Amsterdam: Prometheus/Bert Bakker.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., & van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*, 354-364.
- De Raedt, R., Vanderhasselt, M.-A., & Baeken, C. (2015). Neurostimulation as an intervention for treatment resistant depression: From research on mechanisms towards targeted neuro-cognitive strategies. *Clinical Psychology Review*, *41*, 61-69.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the non-specifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *12*, 174-183.
- Driessen, E., Hollon, S. D., Bockting, C. L. H., Cuijpers, P., & Turner, E. H. (2015). Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? A systematic review and meta-analysis of US national institutes of health-funded trials. *PLoS ONE* *10*, e0137864.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-based psychological interventions and the common factors approach: The beginnings of a rapprochement? *Psychotherapy*, *51*, 510-513.
- Huibers, M. J. H., Cohen, Z. D., Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Cuijpers, P., & Rubeis, R. J. (2015). Predicting optimal outcomes in cognitive therapy or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the personalized advantage index approach. *PLoS ONE* *10*, e0140771.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 295-304.
- 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.
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... Dalgleish, T. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, *73*, 565-574. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076
- Lester, K. J., & Eley, T. C. (2013). Therapygenetics: Using genetic markers to predict response to psychological treatment for mood and anxiety disorders. *Biology of Mood & Anxiety Disorders*, *3*, 4.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that 'everyone has won and all must have prizes'? *Archives of General Psychiatry*, *32*, 995-1008.
- Mansson, K. N., Frick, A., Boraxbekk, C. J., Marquand, A. F., Williams, S. C., Carlbring, P., Andersson, G., & Furmark, T. (2015). Predicting long-term outcome of internet-delivered cognitive behavior therapy for social anxiety disorder using fMRI and support vector machine learning. *Translational Psychiatry*, *17*, e530.
- 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.
- Maric, M., Prins, P. J. M., & Ollendick, T. H. (2015) (Ed.). *Moderators and mediators of youth treatment outcomes*. Oxford, VK: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of*

- Clinical Psychology: In Session*, 67, 127-132.
- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Peeters, F. (2015). Toward personalized treatment in psychiatry. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76, e1313.
- Raes, F., Seldenrijk, A., & van Oppen, P. (2014). Depressie aanpakken door het specifiekere maken van persoonlijke herinneringen. *PsychoPraktijk*, 6, 14-17.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Rück, C. (2016). *What has technology ever done for psychological treatments?* Paper presented at the ECNP Neuroscience and Psychotherapy Meeting, Nice, France.
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *The New England Journal of Medicine*, 17, 252-260.
- van der Gucht, K., Takano, K., Kuppens, P., & Raes, F. (2016). Moderators of the effects of a school-based mindfulness program on symptoms of depression in adolescents. Manuscript ingediend ter publicatie.
- Vervliet, B. (2013). Uitdoving en hervat van angst: Van translationeel onderzoek tot farmacologische versterkers van psychotherapeutische processen. *Neuron*, 18, 1-5.
- Watkins, E., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., ... Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2144-2154.
- Wiers, R. W., & Salemink, E. (2015). Gecomputeriseerde training van cognitieve processen bij problematisch middelengebruik. *Gedragstherapie*, 48, 171-184.