

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)

## De derde golf van psychotherapie bij depressie: Noodzakelijke vernieuwing of nieuwe kleren van de keizer?

Pim Cuijpers<sup>1,2</sup>, Claudi Bockting<sup>3</sup>, Patricia van Oppen<sup>2,4</sup>, Marcus Huibers<sup>5</sup>

### SAMENVATTING

In deze bijdrage wordt de opkomst van nieuwe (zogenaamde derde generatie) therapievormen besproken en van kritische kanttekeningen voorzien. De auteurs geven aan dat nieuwe therapieën weliswaar veel aandacht krijgen op congressen, via workshops en in de literatuur, maar dat hun empirische onderbouwing beduidend minder overtuigend is. Daarbij komt dat het om methodologische redenen nauwelijks mogelijk is om aan te tonen dat de nieuwe therapieën effectiever zijn dan de meer traditionele cognitieve en gedragsmatige benaderingen. De auteurs pleiten voor het inzetten op onderzoek naar therapieën (met name voor depressie) die inmiddels hun waarde hebben bewezen.

### INLEIDING

Een opvallend fenomeen dat regelmatig opduikt op congressen over psychotherapie is de claim dat er een nieuwe therapie is ontdekt. Deze nieuwe therapieën hebben met elkaar gemeen dat ze psychische problemen op een manier pretenderen aan te pakken die anders is dan de gangbare vormen van therapie, en vaak pretenderen ze waarschijnlijk effectiever te zijn dan die meer gangbare therapieën. Huidige voorbeelden van dergelijke therapieën zijn *emotion-focused* therapie, *solution-focused* therapie, *mindfulness-based* cognitieve therapie, en *acceptance and commitment* therapie (ACT). Sommige

1. Afdeling Klinische Psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam

2. EMGO+ Instituut, Vrije Universiteit en VU Medisch Centrum Amsterdam

3. Afdeling Klinische Psychologie, Rijks Universiteit Groningen

4. Afdeling Psychiatrie, VU Medisch Centrum, Amsterdam

5. Afdeling Clinical Psychological Science, Universiteit Maastricht, Academische Riagg Maastricht

Correspondentie: Prof.dr. Pim Cuijpers, Afdeling Klinische Psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam

van deze therapieën claimen zelfs dat zij een geheel nieuwe (derde) generatie van therapieën vormen, die zoveel beter is dan de voorgaande therapieën en zo structureel beter doordacht dat ze een fundamentele vernieuwing van psychotherapie vormen.

Elk van deze nieuwe therapieën heeft ook een kampioen, een onderzoeker of clinicus die deze vorm van therapie heeft bedacht of een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de ontwikkeling ervan en het onderzoek dat daarnaar is verricht. Deze kampioenen zien we vaak optreden op congressen om hun therapie onder de aandacht van de toehoorders te brengen. Geïnteresseerde therapeuten gaan massaal naar hen luisteren om te kijken of zij deze nieuwe technieken in hun praktijk kunnen gebruiken.

Dit fenomeen van de kampioenen die langs congressen trekken is niet nieuw. Uit onze eigen ervaring weten we dat dit in ieder geval al zo'n 10 jaar bestaat, maar we denken dat dit tenminste al enkele decennia terug gaat. Wel is het zo dat de nieuwe therapieën van de laatste tijd erg succesvol zijn in het genereren van aandacht bij therapeuten en zelfs het brede publiek. ACT haalt regelmatig het nieuws, en je kunt geen boekhandel voorbij lopen zonder een boek over mindfulness tegen te komen.

Maar zijn die nieuwe therapieën wel nodig? Wat leveren ze extra op ten opzichte van bestaande therapieën? Moeten we wel overstappen op deze nieuwe therapieën, ten koste van de bestaande? Dit was het thema dat ook centraal stond in een plenaire discussie tijdens het VGCT najaarscongres in 2008. In dit artikel willen we daar verder op ingaan. Vanwege het onderwerp van dit themanummer zullen ons vooral richten op psychotherapie bij depressie. We zullen eerst de mogelijke redenen waarom die nieuwe therapieën nodig zijn doornemen en zullen dan per reden bekijken of de claims van de nieuwe therapieën onderbouwd kunnen bouwen. Daarna gaan we in op de belangrijkste domeinen voor ontwikkeling en onderzoek van psychologische interventies bij de behandeling van depressie die meer prioriteit verdienen.

#### *Zijn nieuwe therapieën effectiever dan bestaande therapieën?*

Er is alle reden om nieuwe behandelvormen voor depressie te ontwikkelen die effectiever zijn dan bestaande behandelvormen. Depressies staan in Nederland en wereldwijd vierde op de lijst van aandoeningen met de hoogste ziektelast en er wordt verwacht dat het in ontwikkelde landen in 2030 op de eerste plaats zal staan (Mathers & Loncar, 2006). Verder gaan depressies gepaard met een groot verlies van kwaliteit van leven, met een verhoogde kans om voortijdig te overlijden, met veel zorggebruik en met enorme economische kosten. Bovendien kunnen bestaande behandelingen slechts ongeveer een derde van de ziektelast van depressies wegnemen, en dan alleen nog in ideale omstandigheden (Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry & Lapsley, 2004). Alle reden dus om te kijken of we nieuwe behandelvormen kunnen ontdekken die effectiever zijn dan de behandelingen die we nu hebben. Maar we zullen

dan vervolgens wel ook moeten *aantonen* dat die nieuwe behandelvormen effectiever zijn dan bestaande therapieën. En daar doet zich een belangrijk probleem voor. De meeste psychotherapieën blijken namelijk ongeveer even effectief te zijn. In een recente meta-analyse vonden we dat de verschillen in effectiviteit tussen diverse bestaande behandelingen ofwel afwezig ofwel heel klein zijn (Cuijpers, Van Straten, Andersson & Van Oppen, 2008). Dat betekent dat als een nieuwe therapie pretendeert effectiever te zijn dan een bestaande therapie dat we er dan voorzichtigheidshalve het beste van uit kunnen gaan dat die therapie dan ook maar een klein beetje beter werkt dan de bestaande therapie. Zo'n klein extra effect kan in principe wel klinisch behoorlijk wat impact hebben, zeker als het bij grote groepen cliënten wordt toegepast (een klein effect bij grote populaties kan toch een grote impact hebben). Bovendien kan zo'n klein extra effect ook nieuwe inzichten opleveren in wat wel en niet werkt in therapieën. Dus we moeten dat dan ook zeker niet bagatelliseren. We lopen echter wel tegen belangrijke logistieke problemen op als we zo'n effect willen aantonen. Het is heel goed mogelijk om van tevoren uit te rekenen hoeveel mensen er in een effectonderzoek nodig zijn om een bepaald effect aan te kunnen tonen. Zo'n *powercalculatie* wordt tegenwoordig bij elk wetenschappelijk effectonderzoek zelfs vereist. Omdat daarbij meestal conservatief wordt geredeneerd zal een wetenschappelijke toetsingscommissie van een studie die onderzoekt of een alternatieve psychotherapie beter is dan een bestaande, eisen dat er voldoende mensen worden onderzocht om een klein effect aan te kunnen tonen.

In de eerder genoemde vergelijkende meta-analyse (Cuijpers et al., 2008) bestond het grootste (statistisch significante) verschil tussen interpersoonlijke psychotherapie en andere therapieën. Dat had een gestandaardiseerde effectgrootte van 0.20. Als een nieuwe therapie wil laten zien dat die beter is dan bestaande therapieën zal een studie die dat onderzoekt dus ook zo'n effectgrootte van 0.20 moeten aantonen. Een eenvoudige powercalculatie laat zien dat we om zo'n effect aan te tonen een studie moeten uitvoeren met 491 deelnemers in de nieuwe therapie en nog eens een zelfde aantal in de traditionele therapie (uitgaande van een uitval van 20%, een alpha van 0.05, en een statistische power van 0.80; berekening in STATA met het 'sampsi' commando). Dat betekent een studie van bijna 1000 cliënten! Studies van een dergelijke omvang worden in het psychotherapieveld nauwelijks uitgevoerd. De grote NIMH behandelstudie naar depressie uit de jaren negentig in de Verenigde Staten omvatte in totaal zo'n 250 mensen (Elkin, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins, et al., 1989) en een grote studie naar behandeling van chronische depressie omvatte er 681 (Keller, McCullough, Klein, Arnow, Dunner, Gelenberg, et al., 2000). Maar dergelijke studies zijn schaars, zeer kostbaar en zijn enorme logistieke operaties. We verwachten dan ook niet dat er snel financiers gevonden kunnen worden voor een studie die wil laten zien dat een nieuwe therapie voor depressie inderdaad (iets) beter is dan bestaande therapieën.

We zouden dan ook de internationale en nationale kampioenen van nieuwe therapieën willen vragen geen claim neer te leggen dat hun therapie beter is dan bestaande therapieën. Tenminste niet voordat ze een onderzoekfinancier hebben kunnen overtuigen dat zo'n studie zinvol is, en dat die studie dan ook nog eens daadwerkelijk laat zien dat die therapie inderdaad beter is.

#### *Andere voordelen van nieuwe therapieën?*

We zouden ook al tevreden zijn als nieuwe therapieën even effectief zijn als bestaande therapieën, en daarnaast nog een ander voordeel boven bestaande therapieën hebben. Als we willen aantonen dat nieuwe therapieën even effectief zijn als bestaande, lopen we tegen een vergelijkbaar probleem aan als hierboven geschetst. Het uitgangspunt is echter iets anders. We willen namelijk niet aantonen dat de nieuwe therapie beter is, maar we willen aantonen dat de nieuwe therapie vergelijkbaar is met de bestaande therapieën. Aan zo'n *non-inferiority of equivalence trial* worden specifieke eisen gesteld (Piaggio, Elbourne, Altman, Pocock & Evans, 2006). Belangrijkste punt is dat we vooraf moeten definiëren wat we precies verstaan onder vergelijkbare effecten. Daarbij wordt doorgaans geredeneerd dat we een bepaald effect als niet klinisch relevant beschouwen en dat we dat dan in ieder geval willen aantonen in de trial. Dus als we zeggen dat ACT even effectief is als IPT, dan onderzoeken we in een *non-inferiority trial* of er geen klinisch verschil is tussen beide, en dat klinische verschil zouden we dan bijvoorbeeld op 0.20 of 0.35 kunnen stellen. Daar zijn geen vaste standaarden voor. Maar stel dat we uitgaan van een *non-inferiority trial* waarbij we een effectgrootte van 0.35 of kleiner als uitgangspunt nemen, dan moeten we nog altijd een studie uitvoeren onder ruim 320 mensen. Geen eenvoudig onderzoek om uit te voeren.

Stel dat we inderdaad ervan uit kunnen gaan dat een nieuwe therapie even effectief is als een bestaande therapie (we vonden immers dat de meeste therapieën voor depressie ongeveer even effectief zijn), dan is dat op zich nog niet voldoende reden om hiermee dan ook in de praktijk mee te gaan werken. Immers, we hebben in de praktijk al de beschikking over enkele therapieën (met name CBT en in mindere mate IPT), waarvoor een enorme hoeveelheid onderzoek laat zien dat ze niet alleen effectief zijn, maar ook nog eens dat ze effectief zijn in combinatie met antidepressiva (en daarbij een duidelijk toegevoegd effect laten zien), dat ze in grote lijnen even effectief zijn als behandeling met antidepressiva, en dat ze ook nog eens effectief zijn bij tal van specifieke doelgroepen, zoals mensen met lichamelijke ziekten, adolescenten, ouderen en mensen uit lagere sociaal-economische groepen. Er lijkt ons maar weinig reden om zo'n goed onderbouwde therapie te vervangen door een nieuwe therapie die in een of enkele studies heeft laten zien even goed te zijn dan de bestaande therapie.

Behalve dat de nieuwe therapie even effectief moet zijn als bestaande therapieën, moeten er dus nog extra redenen zijn om de nieuwe therapie te gaan

toepassen. Op de een of andere manier zou zo'n nieuwe therapie moeten bijdragen aan een verdere reductie van de ziektelast van depressies. Zo zou een nieuwe therapie efficiënter kunnen zijn dan bestaande therapieën. Internet-therapie is daarvan een goed voorbeeld. Internet-therapieën zijn bij milde tot matige depressie effectief (Spek, Cuijpers, Nyklíček, Riper, Keyzer & Pop, 2007), hebben vergelijkbare effecten als face-to-face-therapieën, maar kosten wel veel minder tijd van de therapeut, reduceren wachtlijsten en sparen reistijd uit, en bovendien worden er mensen mee bereikt die met traditionele behandelvormen niet bereikt worden (Kaltenthaler, Brazier, De Nigris, Tumor, Ferriter, Beverley, et al., 2006). Internet-interventies kunnen daarmee een belangrijke bijdrage leveren aan de verdere reductie van de ziektelast van depressies in een vroeg stadium. Natuurlijk hebben deze therapieën ook allerlei nadelen, zoals een hoge uitval en dat alleen mensen met toegang tot het internet hiervan gebruik kunnen maken.

Betere terugvalpreventie kan ook een reden zijn om nieuwe therapieën in te gaan voeren. Van *mindfulness based CT* is bijvoorbeeld duidelijk aangetoond dat het effectief is als methode van terugvalpreventie (Teasdale, Williams, Soulsby, Segal, Ridgeway & Lau, 2000; Ma & Teasdale, 2004; Kuyken, Byford, Taylor, Watkins, Barrett, Byng, et al., 2008). Depressieve stoornissen hebben in veel gevallen de neiging om terug te keren nadat iemand met succes is behandeld en deze terugval levert een belangrijke bijdrage aan de ziektelast van depressies. Het ligt dan ook voor de hand om *mindfulness based CBT* in te gaan voeren als terugvalpreventie in de reguliere praktijk. Daar lijkt redelijk wat evidentie voor te zijn. Een zijdelings probleem hierbij overigens, waar we hier niet uitvoerig op in zullen gaan, is dat ook 'gewone' *CBT* effectief is als terugvalpreventie (Vittengl, Clark, Dunn & Jarrett, 2007; Bockting, Schene, Spinhoven, Koeter, Wouters, Huysen, et al., 2005) en het is dan ook maar de vraag of de *mindfulness component* verantwoordelijk is voor de goede effecten die gevonden worden. Er is echter nog geen evidentie voor het toepassen van *mindfulness based CBT* als behandeling van acute depressies. Ons zijn geen trials bekend die de effecten hiervan onderzoeken, laat staan studies die laten zien dat het beter of even effectief is als reguliere psychotherapie. Wat zou dan een reden kunnen zijn om *mindfulness based CBT* als acute behandeling te gaan toepassen? Levert het meer op dan gewone therapie? Daar is geen evidentie voor. Is het efficiënter, goedkoper, of bereikt het mensen die je anders niet bereikt? Wij kennen geen onderzoek dat hiervoor evidentie levert. En datzelfde geldt voor veel andere therapieën, zoals *ACT* of *solution-focused therapie*.

#### *Nog meer redenen om andere therapieën te gebruiken?*

Zijn er dan misschien nog andere redenen om nieuwe therapieën toe te passen in plaats van de bestaande 'evidence-based' therapieën? Tijdens het debat over de nieuwe therapieën tijdens het *VGCT* najaarscongres in 2008 werd door een therapeut nog een hele andere reden naar voren gebracht om nieuwe the-

rapieën te gebruiken. Je zit als therapeut immers vaak met een cliënt die niet herstelt of die regelmatig terugvalt, en waar je alle standaard methodieken die je ter beschikking hebt allang gebruikt hebt. In zo'n geval is het wel heel handig als je een stel nieuwe methodieken aangeboden krijgt. Dit vinden wij wel een zinvol argument, maar dat is geen reden om *mindfulness based CT* of een van de andere nieuwe therapieën als acute behandeling aan te bieden. Daar is immers geen of onvoldoende evidentie voor. Verder is er ook geen evidentie dat andere therapieën dan CGT of *mindfulness based CT* effectief is als terugvalpreventie of als behandeling van chronische depressie.

Nog een heel andere reden is dat het voor de therapeuten prettig en afwisselend is om eens een nieuwe vorm van therapie toe te passen in plaats van telkens maar, jaar in, jaar uit, dezelfde CBT. Op zich is dit ook een legitieme reden om met alternatieve therapieën aan de gang te gaan. Maar moeten we echt behandelingen waarvan we goed weten dat ze werken, gaan vervangen door therapieën waarvan we dat niet of veel minder zeker weten, omdat dit het werk van de therapeuten leuker maakt? Dat kan toch niet de bedoeling zijn?

Tenslotte zouden we nog kunnen bedenken dat het voor de kampioenen van de nieuwe therapieën nieuwe mogelijkheden oplevert om zichzelf mee te profileren. Zij zijn immers de bedenkers, de onderzoeksleiders die de therapieën onderzoeken, de boekenschrijvers en veelgevraagde trainers, de vertegenwoordigers van de nieuwe therapieën. Dat zijn echter persoonlijke belangen, waarvan we inmiddels weten dat ze leiden tot een overschatting van de effecten van de therapie op basis van publicatie van met name positieve resultaten van die ene therapievorm (publicatiebias), en vertekende resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Ook dat is hopelijk geen reden om een nieuwe therapie te gaan introduceren.

Het lijkt overigens wel zeer belangrijk om goed te gaan onderzoeken wat de werkzame ingrediënten zijn van CGT en IPT en op grond daarvan bestaande behandelingen verbeteren. Dit is waarschijnlijk vruchtbaarder dan keer op keer je als therapeut een nieuwe therapievorm eigen maken, tegen meerkosten, die later de meerwaarde ten aanzien van de bijzondere effectiviteit niet waar maken. Ook de onderzoeker ondergaat hetzelfde cyclische proces. In plaats van het doen van veelal tijdrovend onderzoek naar werkzame ingrediënten van reeds aangetoonde effectieve therapievormen, hobbelt het noodgedwongen achter de een na de andere therapeutische hype aan en komt zodoende niet verder dan effectiviteitsonderzoek.

#### *Wat is er nodig in behandelonderzoek bij depressie?*

We kunnen ook heel anders redeneren, namelijk vanuit de leemtes in kennis over behandeling van depressie en waar verbeteringen mogelijk zijn. Van daaruit zouden we kunnen kijken wat er nodig is aan nieuwe interventies.

Welnu, welke leemtes zijn er dan in onze kennis over behandeling van depressies? Ten eerste zijn er natuurlijk nieuwe acute behandelingen nodig. Zoals we eerder zagen zijn bestaande behandelingen slechts in beperkte mate in staat de ziektelast van depressies weg te nemen (Andrews et al., 2004). Die beperkte impact van bestaande behandelingen komt echter hoogstwaarschijnlijk niet voort uit de beperkte effecten van acute behandelingen, maar uit het feit dat er een groep is waarbij de bestaande behandelingen niet werken, dat er mensen zijn die kampen met ernstige, chronische depressies en dat de terugval bij mensen die succesvol zijn behandeld zeer hoog is. Feitelijk zitten we dus niet te wachten op nieuwe acute behandelingen. We kunnen beter bestaande behandelingen nauwkeurig gaan onderzoeken en verbeteren. Ook hebben we behandelingen nodig die zich specifiek richten op mensen die niet reageren op de bestaande behandelingen, die zich richten op mensen met chronische depressies, en behandelingen die de enorme terugval reduceren en daarmee dus behandelingen die niet alleen op de korte termijn, maar ook op de lange termijn hun effectiviteit hebben bewezen.

Vanuit die optiek is mindfulness based CT wel interessant, omdat het heeft laten zien dat het terugval kan verminderen. Maar 'gewone' CBT is ook effectief bij het reduceren van terugval, dus wellicht hebben we daar mindfulness based CT ook niet voor nodig. Bij andere nieuwe therapieën is geen serieus onderzoek (met voldoende statistische power) verricht om te onderzoeken of zij effecten op een acute depressie hebben, laat staan dat zij hebben laten zien dat ze effectief zijn bij chronische depressie of een effect hebben op de mate van terugval. Een belangrijke uitzondering is CBASP (*Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy*), een therapievorm die speciaal ontwikkeld is voor chronische depressies. CBASP is een combinatie van CGT, IPT en psychodynamische technieken. Een omvangrijke en een zeer goed uitgevoerde studie heeft laten zien dat deze therapie effectief is bij chronische depressies (Keller et al., 2000).

#### *Ten slotte*

In dit artikel zagen we dat bestaande behandelingen voor depressie, zoals cognitieve therapie en in mindere mate interpersoonlijke therapie in grote aantallen studies zijn onderzocht op effectiviteit. We zagen ook dat nieuwe vormen van therapie, zoals ACT of emotion-focused therapie, bijna niet in staat zullen zijn om onderzoek uit te voeren dat laat zien dat zij effectiever zijn dan deze bestaande behandelingen, omdat het zeer omvangrijke en kostbare studies vergt om dit overtuigend aan te tonen. Het zal al moeilijk zijn om te laten zien dat zij niet minder effectief zijn. We vonden verder ook weinig andere overtuigende redenen waarom we überhaupt nieuwe therapieën zouden moeten ontwikkelen. We betoogden ook dat we beter niet nog meer acute behandelingen kunnen gaan ontwikkelen, omdat die hoogstwaarschijnlijk niet beter zijn bestaande behandelingen. Wat we wel nodig hebben zijn nieuwe behandelin-



gen die zich richten op mensen die niet of onvoldoende reageren op bestaande behandelingen, op mensen met chronische depressies, op terugvalpreventie bij mensen die hersteld zijn van een depressie. Weinig nieuwe behandelingen, met uitzondering van mindfulness based CT voor wat betreft preventie van terugval, en CBASP voor chronische depressies doen dit.

Onze redeneringen in dit artikel hebben wel enkele beperkingen die we graag aankaarten. Ten eerste richtten we ons uitsluitend op de psychologische behandelingen van depressie. Wellicht zijn er bij andere stoornissen hele andere redeneringen nodig en zijn daar wel degelijk overtuigende redenen om wel met de nieuwere therapieën aan de gang te gaan. Ook is het mogelijk dat het juist bij de behandeling van comorbiditeit nodig is om nieuwe en andere therapieën te gaan ontwikkelen. Ten tweede hebben we in dit artikel strikt vanuit het kader van 'evidence-based mental health' gereedeneerd, in zoverre dat we de voorkeur geven aan behandelingen waarvan in goed onderzoek is bewezen dat ze effectief zijn. Hoewel dit uitgangspunt niet door iedereen volledig wordt ondersteund, menen wij wel dat dit ook het meest correcte uitgangspunt is om te hanteren bij discussies over dergelijke aangelegenheden.

Ondanks deze beperkingen en bedenkingen durven wij het aan om te concluderen dat de kampioenen van de nieuwe behandelingen slechts loze claims kunnen leggen op de meerwaarde van deze behandelvormen. Ook vinden we dat deze nieuwe therapieën ten koste gaan van grondig en veelal geduldig onderzoek naar werkzame ingrediënten van bestaande effectieve methoden en het toepassen van deze methoden op mensen met onvoldoende respons en ter preventie van terugval. Tevens gaat het ten koste van een goede training en nascholing van therapeuten. Grote delen van opleidingsbudgetten worden verspild aan nieuwe behandelvormen waarvoor vooralsnog evidentie ontbreekt. Soms lijkt het daarbij of er een negatieve correlatie bestaat tussen de hoeveelheid bewijs voor een bepaalde therapie, en de populariteit in de praktijk. We vinden dat de organisatoren van internationale en nationale congressen terughoudender moeten zijn in het programmeren van de kampioenen van nieuwe behandelingen. We willen deze kampioenen zelf oproepen te stoppen met hun ererondes en zich te richten op het oplossen van de problemen die er werkelijk toe doen bij de behandeling van depressie en die bijdragen aan het verder verminderen van de ziektelast van depressies.

#### SUMMARY

##### *Third wave psychotherapies for depression: necessary improvements or the emperor's new cloths?*

In this paper the rise of (so-called third generation) therapies is critically discussed. The authors point out that on the one hand these new therapies receive a great deal of attention at congresses, workshops and in the literature, but that on the other hand their empirical support is less

convincing. In addition, for methodological reasons it is hardly possible to demonstrate that these new treatments are more effective than the more traditional cognitive and behavioral approaches. The authors make a plea for a research focus on treatments (in particular for depression) that by now have proven their value.

*Key words: third generation therapies; treatment effectiveness; depression; non-inferiority trial*

#### LITERATUUR

- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 526-33.
- Bockting, C.L.H., Schene, A.H., Spinhoven, P., Koeter, M.W.J., Wouters, L.F., Huysen, J., & Kamphuis, J.H. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 647-657.
- Cuijpers, P., Straten, A. van, Andersson, G., & Oppen, P. van (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 909-922.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J., & Parloff, M.B. (1989). Treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 971-82.
- Kaltenthaler, E., Brazier, J., De Nigris, E., Tumur, I., Ferriter, M., Beverley, C., Parry, G., Rooney, G., & Sutcliffe, P. (2006). Computerised Cognitive Behaviour Therapy for Depression and Anxiety Update: A systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, *10*, 33.
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., Arnow, B., Dunner, D.L., Gelenberg, A.J., Markowitz, J.C., Nemeroff, C.B., Russell, J.M., Thase, M.E., Trivedi, M.H., & Zajecka, J. (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.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., & Teasdale, J.D. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 966-978.
- Ma, S.H., & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 31-40.
- Mathers, C.D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, *3* (11), e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
- Piaggio, G., Elbourne, D.R., Altman, D.G., Pocock, S.J., & Evans, S.J.W. (2006). Reporting of noninferiority and equivalence randomized trials; An extension of the CONSORT Statement. *Journal of the American Medical Association*, *295*, 1152-1160.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavior therapy for mood and anxiety disorders, a meta-analysis. *Psychological Medicine*, *37*, 319-328.
- Teasdale, J.D., Williams, J.M.G., Soulsby, J.M., Segal, Z.V., Ridgeway, V.A., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 615-623.

Vittengl, J.R., Clark, L.A., Dunn, T.W., & Jarrett, R.B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression, a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 475-488.