

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/326648551>

Waarom CGT wel/niet effectiever is dan andere therapieën voor angst en depressie: Over dodo's en WC-eend

Article · January 2018

CITATIONS

0

READS

5

1 author:



Laura E. Kunst

Tilburg University

7 PUBLICATIONS 2 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Systematic review on the relation between autonomy and anxiety [View project](#)



Treatment effects and cost-effectiveness of Autonomy Enhancing Treatment: A person-centred approach to anxiety disorders [View project](#)

Cognitieve gedragstherapie (CGT) geldt als de goudenstandaardbehandeling voor angst en depressie. Maar is CGT ook effectiever dan andere behandelingen? Meta-analyses hierover leiden tot uiteenlopende conclusies, soms op basis van precies dezelfde data. Laura Kunst plaatst enkele kanttekeningen bij deze meta-analyses en bespreekt in hoeverre CGT voor angst en depressie effectiever is dan andere therapieën. Met deze bijdrage wint Kunst de Publicatieprijs 2017 voor jonge auteurs van De Psycholoog.

WAAROM COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE WEL/NIET EFFECTIEVER IS DAN ANDERE THERAPIEËN VOOR ANGST EN DEPRESSIE

OVER DODO'S EN WC-EEND

'There was insufficient evidence to claim that CBT treatments are superior to other treatments for adult anxiety disorders.'

– BAARDSETH ET AL. (2013, P.402)

'Patients receiving and completing CBT fare significantly better at posttreatment than do patients receiving and completing other psychotherapies.'

– TOLIN (2014, P. 357)

Angststoornissen en depressie zijn samen de meest voorkomende psychische stoornissen in Nederland, die naast hoge maatschappelijke kosten ook leiden tot vaak ernstige beperkingen in het functioneren (De Graaf, ten Have, Van Gool & Van Dorsselaer, 2012; Trimbos Instituut, 2014). In de zoektocht naar de optimale behandeling voor deze klachten is inmiddels een rijk scala aan therapeutische behandelingen ontstaan, die onder meer variëren in theoretische achtergrond en focus (bijvoorbeeld of de behandeling zich richt op emoties, cognities, interpersoonlijke aspecten, etc.). Opvallend is hoe deze therapieën soms sterk van elkaar verschillen. Denk bijvoorbeeld aan de rol van negatieve gedachten binnen cognitieve gedragstherapie (CGT) versus acceptance and commitment therapy (ACT): bij CGT ziet men het aanpassen van negatieve gedachten als één van de

essentiële componenten (Beck, 1970, 1980), terwijl men volgens ACT-principes juist *niet* moet ingaan op de inhoud van die gedachten (maar enkel kijkt naar hoe men *omgaat* met die gedachten; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Toch worden voor beide therapieën gunstige effecten gevonden (A-Tjak et al., 2015; Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders, & Huibers, 2016). De vraag is echter of deze en andere therapieën *even* effectief zijn, en wat deze effectiviteit zegt over de werkzame componenten van psychotherapie. Welke therapie zou bovendien moeten worden aanbevolen?

Dergelijke vragen zijn al decennia lang onderwerp van het debat tussen clinici en onderzoekers van verschillende therapeutische stromingen (Wampold et al., 2017). Recent kwam deze discussie opnieuw in de belangstelling, toen een reeks artikelen werd gewijd aan de vraag of specifiek CGT effectiever is dan andere therapieën voor angst en depressie (Baardseth et al., 2013; Cristea & Cuijpers, 2017; Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; Tolin, 2010, 2014; Wampold et al., 2017). CGT is in de laatste jaren immers uitgegroeid tot één van de meest onderzochte vormen van therapie, en wordt gezien als de 'goudenstandaardbehandeling' voor angst en depressie (Trimbos Instituut, 2013a, 2013b). Aannemelijk lijkt dat deze status onder meer voortkomt uit vele studies waaruit CGT effectiever is gebleken dan andere therapieën.

Dit laatste blijkt echter een ingewikkelde kwestie. CGT is inderdaad herhaaldelijk vergeleken met andere bonafide'

behandelingen (Cuijpers, 2017) en deze studies zijn door middel van meta-analyses gebundeld en overkoepelend geanalyseerd. Het idee van meta-analyses is dat men in vergelijking met losse studies meer objectieve, eenduidige en beter generaliseerbare resultaten genereert, omdat men deze losse studies bundelt (Everitt & Pickles, 2004). Deze methode werd dan ook gebruikt door Baardseth et al. (2013) en Tolin (2010, 2014) om te onderzoeken of CGT voor angst en depressie effectiever is dan andere behandelingen. Beide auteurs zijn experts op het gebied van psychotherapieonderzoek en beiden wilden eenduidige aanbevelingen formuleren voor de klinische praktijk. Opvallend is bovendien dat hun laatste twee meta-analyses (Baardseth et al., 2013; Tolin, 2014) waren gebaseerd op precies dezelfde losse studies. Men zou in deze twee meta-analyses dan ook identieke conclusies verwachten. Dit was echter niet het geval: CGT moest volgens Tolin (2014) worden aanbevolen boven andere therapieën, terwijl Baardseth et al. (2013) concludeerden dat er geen verschillen waren in effectiviteit van verschillende bonafide therapieën.

Hoe is het mogelijk dat meta-analyses, waaronder twee op basis van precies dezelfde data, leiden tot uiteenlopende conclusies?

Deze discrepantie roept verschillende vragen op. Hoe is het mogelijk dat meta-analyses, waaronder twee op basis van precies dezelfde data, leiden tot uiteenlopende conclusies? Wat zegt dit over de werkzame mechanismen van CGT en andere therapieën? Moet CGT voor angst en depressie worden aanbevolen boven andere therapieën? Dit artikel biedt een theoretisch perspectief op grond waarvan deze vragen kunnen worden beschouwd. Vervolgens worden enkele methodologische aspecten besproken die de verschillende

resultaten binnen deze reeks meta-analyses kunnen verklaren. De nadruk zal hierbij liggen op de meta-analyses van Baardseth et al. (2013) en Tolin (2014) over angststoornissen. Ten slotte wordt ingegaan op klinische implicaties van deze studies.

HET DODO-BIRD VERDICT EN COMMON FACTORS

Een belangrijke onderzoekslijn binnen de klinische psychologie betreft de veronderstelde werking van psychotherapieën; *hoe* werken bestaande therapieën? Sommige klinici en onderzoekers stellen dat therapieën vooral werkzaam zijn vanwege 'specifieke componenten'. Een cognitief therapeut veronderstelt bijvoorbeeld dat de depressie en het zelfbeeld van de patiënt verbeteren doordat onderliggende dysfunctionele cognities worden veranderd (Beck, 1980). Een schematherapeut vermoedt dat een patiënt opknapt doordat het 'gezonde volwassene'-schema aansterkt, na inzet van experiëntiële technieken en *limited reparenting* (Sempertegui, Karreman, Arntz, & Bekker, 2013). Een psychodynamische therapeut gaat ervan uit dat diens angstpatiënt geen paniekaanvallen meer heeft, doordat de kernconflicten onderliggend aan de paniekaanvallen zijn opgelost (Leichsenring & Salzer, 2014). Verondersteld wordt dat psychische klachten ontstaan door een combinatie van meerdere processen, en dat een therapievorm ingrijpt op dit specifieke proces (zoals cognities, schema's of onderliggende kernconflicten).

Er zijn echter ook klinici en onderzoekers die stellen dat therapieën niet werken vanwege allerlei specifieke componenten, maar juist vanwege generieke factoren (Wampold & Imel, 2015). Wanneer men de effectiviteit van verschillende therapieën onderzoekt, worden immers vaak maar kleine verschillen gevonden (Luborsky et al., 2002; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Rosenzweig, 1936; Wampold & Imel, 2015). Dit fenomeen werd door Saul Rosenzweig (1936) gelabeld als het *dodo-bird verdict*, naar een scene uit *Alice in Wonderland* van schrijver Carol Lewis. Alice bevindt zich halverwege het verhaal op een strand, waar zij samen met verschillende dieren is aangespoeld. Een aanwezige dodo heeft een goed idee om alle dieren droog te krijgen: hij kondigt een race aan en instrueert alle dieren om rondjes te rennen. De dieren beginnen hard rond te lopen en zodra zij droog zijn, roept de dodo dat de race is afgelopen. Daarop kijken alle dieren hem verwachtingsvol aan: zij willen immers weten wie heeft gewonnen. De dodo weet niet wat hij moet zeggen, en verkondigt dan maar dat iedereen het even goed heeft

1 Hiermee wordt bedoeld: behandelingen die duidelijk de bedoeling hebben om klachten te verminderen. Behandelingen die als controleconditie worden gebruikt zijn buiten beschouwing gelaten (bijvoorbeeld ondersteunende gesprekken met een student).

gedaan: 'All have won, and all must have prizes' (Rosenzweig, 1936)².

Het dodo-bird verdict impliceerde dat het eigenlijk niet uitmaakt welke therapie men precies aanbiedt: alle therapieën doen het ongeveer even goed (en verdienen alle een prijs). Deze (vrijwel) gelijke effectiviteit doet vermoeden dat therapieën niet werken vanwege de specifieke interventies, maar vanwege de zogenaamde *common factors*: kenmerken die aanwezig zijn in alle effectieve therapieën. Dit zou kunnen verklaren waarom therapieën met verschillende theoretische fundamenten, zoals CGT en ACT, toch beide positieve effecten hebben.

Bruce Wampold (2015), één van de grondleggers van de common factors-theorie, beargumenteert dat therapieën werken wanneer ze aan drie voorwaarden voldoen. Ten eerste moet de therapie ervoor zorgen dat de patiënt bepaalde verwachtingen ontwikkelt. Wanneer iemand hulp zoekt, betekent dit dat er een zekere mate van motivatie aanwezig is, en dat iemand bereid is om op psychisch vlak te groeien. Het hulp zoeken re-moraliseert iemand en biedt hoop dat de klachten zullen verbeteren (Wampold, 2015). Ten tweede zou de therapeutische relatie één van de essentiële ingrediënten zijn. Een goede werkrelatie zorgt ervoor dat patiënten gedurende hun proces steun ervaren van een empathisch en consistent aanwezig persoon. De relatie kan daarnaast fungeren als een correctieve ervaring, bijvoorbeeld bij patiënten die niet gewend zijn veel steun en acceptatie te ervaren vanuit anderen (Wampold, 2015). Ten derde zijn er 'specifieke therapeutische ingrediënten' nodig. Deze ingrediënten moeten de patiënt overtuigen dat diens klachten te begrijpen zijn vanuit een bepaald kader, en dat men door middel van bepaald gedrag aan de klachten werkt. Belangrijk is bovendien dat de therapeutische ingrediënten aanzetten tot gezond gedrag. Het maakt daarbij volgens Wampold (2015) echter niet uit of dit gedrag functioneler denken (CGT) betreft, sociale relaties verbetert (interpersoonlijke psychotherapie; IPT), emoties effectiever reguleert (dialectische gedragstherapie), enzovoorts.

Als argument voor de common factors-theorie wordt doorgaans verwezen naar verschillen in therapiefactoren van patiënten die wel of niet zijn opgeknapt na therapie. De

grootste verschillen tussen succesvolle en minder succesvolle therapieën liggen op het vlak van de therapeutische relatie en kenmerken van de patiënt en therapeut (Wampold, 2015). Patiënten die zijn opgeknapt, rapporteerden vaker een goede band te hebben gehad met hun behandelaar, gemotiveerd te zijn geweest en een empathische therapeut te hebben gehad. De precieze therapie die de patiënt heeft gehad, bepaalt echter maar een klein deel van de variatie in therapie-uitkomsten (een kleine 'effectgrootte'). De conclusie luidt dan ook dat het voor een individu niet zo uitmaakt welke therapie men aanbiedt; belangrijker zijn de common factors (Wampold, 2015).

Aan de andere kant zijn er ook onderzoekers die het dodo-bird verdict bekritisieren (Beutler, 2002; Chambless, 2002; Norcross, 1995; Rounsaville & Carroll, 2002; Siev & Chambless, 2007; Strauss, 2001). Eén van hun argumenten is dat een klein verschil in effectiviteit tussen therapieën niet betekent dat de specifieke componenten in de therapie weinig bijdragen aan de effecten (Cristea & Cuijpers, 2017; Cuijpers, 2017). Ter illustratie: stel dat één persoon met de trein naar Parijs reist en een ander persoon met de auto, en men vindt een klein verschil in reistijd, dan is het onterecht om te concluderen dat het specifieke vervoersmiddel niets bijdraagt aan reistijd (Keijsers, 2014). Op basis van dergelijke meta-analyses kan men dus niet stellen dat de specifieke componenten niet bijdragen aan therapie-effecten. Het is net zo goed mogelijk dat alle goed onderzochte therapieën verschillende specifieke werkzame componenten hebben.

Daarnaast lijkt het niet valide om te concluderen dat *alle* therapieën even goed werken. Meta-analyses bevatten meestal alleen studies over therapieën die al vrij goed zijn onderzocht. Onderzoekslijnen naar minder effectieve therapieën zijn wellicht al snel gestaakt, en deze therapieën worden daarom niet opgenomen in meta-analyses (Chambless, 2002). Men zou in de meta-analyse over vervoersmiddelen bijvoorbeeld de fiets achterwege kunnen laten, als uit eerder onderzoek blijkt dat de fiets een relatief traag vervoersmiddel is. Een klein verschil tussen de al goed onderzochte therapieën betekent dus niet dat *alle* therapieën even goed werken (Chambless, 2002).

DE KWESTIE BAARDSETH VERSUS TOLIN

Kortom, sommige klinici en onderzoekers stellen dat verschillende therapieën ongeveer even goed werken, en wel vanwege common factors (Luborsky et al., 2002; Luborsky et al., 1975; Rosenzweig, 1936; Wampold & Imel, 2015). Volgens anderen werken therapieën wel degelijk vanwege hun

2 Duncan, een Amerikaanse psycholoog, wilde in 2002 een artikel schrijven ter nagedachtenis van Saul Rosenzweig, de historische figuur achter het dodo-bird verdict. Tot zijn gêne kwam Duncan er halverwege zijn onderzoek achter dat Rosenzweig nog in leven was en op 93-jarige leeftijd nog steeds actief was binnen klinisch psychologisch onderzoek. Het artikel werd daarom een interview (Duncan, 2002).

specifieke componenten, en zijn er onderlinge verschillen in effectiviteit. CGT zou bovendien bij uitstek effectiever kunnen zijn dan andere therapieën (Chambless, 2002).

De recente reeks van meta-analyses waarin de effectiviteit van CGT voor angst en depressie werd vergeleken met andere therapieën, begon bij CGT-expert David Tolin (2010). Hij vond in zijn meta-analyse dat CGT zowel voor angst als depressie betere effecten had dan andere therapieën. Noemenswaardig is dat deze conclusie tegenstrijdig was met een eerdere meta-analyse over depressie (Cuijpers et al., 2008). Tolin (2010) verwijst echter niet naar dit werk en concludeert dat er geen bewijs is voor een dodo-bird verdict: CGT moet worden aanbevolen boven andere therapieën.

Vervolgens werd een tweede meta-analyse gepubliceerd door Baardseth en collega's (2013). Deze aanhangers van de common factors-theorie, onder wie de eerder genoemde Wampold, konden zich niet vinden in de conclusie van Tolin (2010), en herhaalden de meta-analyse. Baardseth et al. (2013) beargumenteerden dat Tolin (2010) te weinig verschillende uitkomstmaten had meegenomen in zijn onderzoek. CGT is een behandeling die zich voornamelijk richt op het reduceren van specifieke angst- en depressie-symptomen, terwijl andere behandelingen meer transdiagnostisch worden aangeboden (Leichsenring & Salzer, 2014). Mogelijk hebben deze behandelingen 'bredere' effecten, zoals op sociaal functioneren of kwaliteit van leven. Het zou daarom vertekend zijn om verschillende behandelingen alleen te vergelijken op de uitkomstmaat die het beste past bij de CGT-benadering, namelijk reductie van specifieke symptomen.

Om die reden richtten Baardseth et al. (2013) zich op een groep bredere uitkomstmaten, zoals kwaliteit van leven en sociaal functioneren. Wat betreft de effecten op depressie vonden zij dat CGT ongeveer even goed werkte als andere behandelingen, wanneer men naar deze bredere uitkomstmaten kijkt. Voor de effecten op angst deden Baardseth et al. (2013) twee analyses. Zij bekeken de bredere uitkomstmaten en herhaalden daarnaast de symptoomspecifieke analyses van Tolin (2010). Baardseth en collega's stelden namelijk dat Tolin in zijn eerdere meta-analyse belangrijke studies over angststoornissen had weggelaten. Baardseth et al. (2013) vonden in deze twee nieuwe analyses geen verschil in effectiviteit tussen CGT en andere therapieën. Dit gold zowel voor de symptoomspecifieke als voor de bredere uitkomstmaten. Baardseth et al. (2013) concludeerden dan ook: *'There was insufficient evidence to claim that CBT treatments are superior to other treatments for adult anxiety disorders'* (p. 402).

Niet lang daarna reageerde Tolin (2014) met een her-analyse van deze her-analyse. Hij ging in dit artikel specifiek in op de analyses over angststoornissen. Tolin (2014) vond namelijk dat Baardseth et al. (2013) in hun analyse over angststoornissen fouten hadden gemaakt. Om dit aan te tonen, gebruikte Tolin (2014) in zijn nieuwste artikel over angststoornissen precies dezelfde data als Baardseth et al. (2013). Op basis van deze identieke gegevens vond Tolin (2014) opnieuw dat CGT voor angststoornissen betere effecten produceerde dan andere therapieën. Hij concludeerde: *'Patients receiving and completing CBT fare significantly better at posttreatment than do patients receiving and completing other psychotherapies'* (p. 357).

METHODOLOGISCHE VERSCHILLEN

Samenvattend ondersteunen de meta-analyses van Tolin (2010, 2014) dat CGT beter werkt dan andere therapieën, terwijl de meta-analyse uitgevoerd door Baardseth en collega's (2013), onder wie Wampold, een dodo-bird verdict ondersteunen. Het antwoord op de vraag 'Werkt CGT beter dan andere therapieën voor angst en depressie?', lijkt dus af te hangen van aan wie u het vraagt. Dit doet enigszins denken aan de slogan van een reclame uit de jaren tachtig van de vorige eeuw: 'Wij van WC-eend adviseren... WC-eend'.

Hoe is het mogelijk dat uit deze meta-analyses, waaronder twee over identieke data, uiteenlopende conclusies worden trokken? Meer helderheid hierover kunnen we scheppen door te kijken naar enkele methodologische verschillen tussen de meta-analyses. Lettend op de eerste twee meta-analyses, valt op dat Tolin (2010) en Baardseth et al. (2013) andere definities van CGT hanteerden. Een gevolg daarvan was dat zij andere studies in hun analyses includeerden. Tolin (2010) definieerde eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR) bijvoorbeeld als een variant van CGT, omdat EMDR volgens hem werkt vanwege exposure en cognitieve herstructurering, onderdelen van CGT. Studies waarin CGT en EMDR werden vergeleken liet hij dus buiten beschouwing, omdat CGT hier niet werd vergeleken met een 'andere therapie'.

Anderen stellen echter dat EMDR werkt door het werkgeheugen te belasten terwijl men herinneringen aan een traumatische gebeurtenis oproept; zo zouden de emotionele zwaarte en levendigheid van traumatische herinneringen afnemen (Gunter & Bodner, 2008; Van den Hout et al., 2011). Op advies van 91 therapeuten besloten Baardseth et al. (2013) derhalve om EMDR als niet-CGT te categoriseren, en zij namen de EMDR-resultaten dus mee in hun meta-analyse. De zes studies waarin EMDR met CGT werd vergeleken bleken erg

gemengd in resultaten: drie vonden meer gunstige effecten van CGT, drie vonden betere effecten van EMDR (Tolin, 2014). Gemiddeld lieten zij dus geen verschil zien in effectiviteit van EMDR en CGT, wat in lijn is met het dodo-bird verdict. Wanneer men EMDR dus categoriseert als niet-CGT en deze resultaten meeneemt in de analyse (zoals Baardseth et al., 2013), komt men dichterbij een dodo-bird verdict, dan wanneer men EMDR als CGT categoriseert (zoals in Tolin, 2010).

Kijkend naar de twee laatste meta-analyses over angststoornissen, die gebaseerd zijn op identieke gegevens (Baardseth et al., 2013; Tolin, 2014), valt op dat Tolin in zijn analyse gebruik maakte van *treatment completers*-data. In behandelonderzoeken zijn er altijd patiënten die gedurende het onderzoek uitvallen. De eindanalyses kunnen dus worden gedaan op basis van alleen de *treatment completers*, patiënten die de behandeling hebben afgemaakt, of op basis van *intention to treat* (Kazdin, 2010). In dit laatste geval worden de laatste verzamelde scores van die patiënt gebruikt als eindscore. Beide analyses zijn zinvol: in de *treatment completer*-analyse kan men goed zien wat de effectiviteit van een behandeling is, wanneer men deze afmaakt. Het is echter ook informatief welk deel van de patiënten erin slaagt om de behandeling daadwerkelijk af te ronden. Wanneer bijvoorbeeld slechts de helft van de patiënten de behandeling blijkt af te ronden, geeft een *treatment completer*-analyse een veel te optimistisch beeld van de effectiviteit. Een *intention to treat*-analyse neemt als het ware mee hoeveel mensen zijn uitgevallen, en het gevonden effect valt hierdoor vaak *lager* uit dan in de *completer analyses*. De *intention to treat*-analyse kan verschillen in behandelingen daarmee juist onderschatten (Kazdin, 2010).

Het feit dat Tolin (2014) zijn conclusie baseerde op *treatment completer*-analyses, kan de verschillen in effecten van therapieën mogelijk iets vergroot hebben. Zijn conclusie luidde dan ook, meer precies geformuleerd, dat patiënten die CGT *voltooien*, na behandeling betere uitkomsten hebben dan patiënten die andere behandelingen *voltooien*. Er zijn echter aanwijzingen dat CGT ten opzichte van andere therapieën juist meer *drop-outs* heeft: patiënten ronden de behandeling minder vaak af dan bij andere therapieën (Cuijpers et al., 2008). Wanneer men deze *drop-outs* meeneemt en naar de *intention to treat*-analyses kijkt, zoals in Baardseth et al. (2013), lijkt CGT in effectiviteit meer op de andere therapieën.

Ten derde hebben Baardseth et al. (2013) in hun analyse veel verschillende uitkomstmaten, angststoornissen, en therapieën in één analyse bij elkaar gevoegd. Tolin (2014)

beargumenteert terecht dat men door deze analysemethode de kans verkleint dat er een significant verschil kan worden gevonden tussen de behandelingen. Dit komt doordat men door het groeperen van de verschillende uitkomstmaten, angststoornissen, en therapieën, een grote 'error' creëert: veel variantie. Met een dergelijke analyse, zal men vrijwel altijd (behalve bij een enorme hoeveelheid studies) moeten concluderen dat er geen 'statistisch significante' verschillen waren tussen de behandelingen. Dit komt dan niet zozeer omdat er geen verschillen zijn, maar omdat men ze niet kan detecteren. Dit is alsof u tijdens een boswandeling geen eekhoorns tegenkomt, en daarom concludeert dat er in dat bos geen eekhoorns zijn (Kunst, 2014).

Het antwoord op de vraag 'Werkt CGT beter dan andere therapieën voor angst en depressie?', lijkt af te hangen van aan wie u het vraagt

Bovendien is het volgens Tolin (2014) en andere auteurs (Chambless, 2002) zinnvoller om te kijken naar verschillen in therapieuitkomsten per therapiesoort en per angststoornis. Wellicht werkt EMDR bijvoorbeeld even goed als of beter dan CGT voor posttraumatische stressstoornis, maar werkt CGT bij paniekstoornis bijvoorbeeld beter dan ACT. Als men deze studies op één stapel gooit, zal men onterecht concluderen dat CGT en andere therapieën ongeveer even goed werken. Als clinicus zou het in deze hypothetische situatie niet zo zinvol zijn om een paniekstoornis-patiënt ACT aan te bevelen, 'omdat alle therapieën toch ongeveer even goed werken' (Chambless, 2002).

Wanneer we naar de uitgesplitste analyses kijken, lopen we vervolgens tegen een nog groter probleem aan. Er blijken namelijk veel te weinig studies te zijn om verschillen in effectiviteit van CGT versus andere behandelingen per angststoornis te evalueren (Cristea & Cuijpers, 2017). De meta-analyses van Baardseth et al. (2013) en Tolin (2014) betroffen in totaal slechts *veertien* studies. Van deze studies

betroffen negen studies posttraumatische stressstoornis, drie gegeneraliseerde angststoornis, één paniekstoornis en één sociale angststoornis. De meeste vergelijkingen waren tussen CGT en EMDR, en deze studies leverden gemengde resultaten (drie 'voor' en drie 'tegen' CGT). De vergelijking tussen CGT en psychodynamische psychotherapie is gebaseerd op één oude studie, waarin cognitieve therapie werd vergeleken met psychoanalyse voor gegeneraliseerde angststoornis (cognitieve therapie werkte overigens duidelijk beter, ook bij follow-up; Robert et al., 1999; Durham et al., 1994). Aan sociale angst en paniekstoornis is slechts één studie gewijd. Kortom, er zijn veel te weinig vergelijkende studies uitgevoerd om te kunnen concluderen dat CGT voor alle angststoornissen effectiever is dan of even effectief is als alle andere therapieën.

KLINISCHE IMPLICATIES EN DISCUSSIE

Een kritische beschouwing van de beschikbare meta-analyses over dit onderwerp brengt ons enkele klinische implicaties. Wat de common factors betreft lijkt het aannemelijk dat deze generieke factoren, zoals de therapeutische relatie, empathie en motivatie, een belangrijke rol spelen in psychotherapie. Ze verklaren immers een aanzienlijk deel van de variatie in psychotherapie uitkomsten (Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2015). De besproken meta-analyses ondersteunen echter niet per sé dat therapieën werken *vanwege* deze common factors (Cristea & Cuijpers, 2017). Effectieve behandelingen zouden net zo goed kunnen werken vanwege verschillende specifieke componenten. Aannemelijk lijkt dat therapieën werken door een combinatie van zowel common factors als specifieke componenten: ambivalente motivatie van de patiënt of een verstoorde werkrelatie kan immers ongunstige uitwerkingen hebben op therapie-uitkomsten, ook wanneer de aangeboden therapie in allerlei meta-analyses effectief is bevonden.

Over CGT kan na tientallen jaren onderzoek veilig worden gesteld dat het wetenschappelijk onderbouwd en effectief is (Cuijpers et al., 2016). CGT kan dan ook gerust worden aanbevolen voor de behandeling van angst en depressie, zoals reeds wordt gedaan in de multidisciplinaire richtlijnen (Trimbos Instituut, 2013a, 2013b). Of CGT ook effectiever is dan andere therapieën werd onder andere onderzocht door Tolin (2010; 2014) en Baardseth (2013). Op het gebied van depressie concludeerde Tolin (2010) dat CGT voorkeur verdiende boven andere therapieën. Deze conclusie staat echter in contrast met een eerdere meta-analyse over depressie (Cuijpers, 2008). In een recentere en grotere meta-analyse

van Cuijpers (2017) werd bovendien, op basis van 83 studies, opnieuw gevonden dat er vrijwel geen verschillen in effectiviteit waren tussen CGT en andere therapieën. De gevonden verschillen waren klein in effectgrootte: non-directieve en kortdurende psychodynamische therapie bleken iets minder effectief dan CGT, IPT, gedragsactivatie en probleemoplossende therapie.

Wat een 'kleine effectgrootte' betekent voor de klinische praktijk, is onderwerp van discussie (Wampold et al., 2017). Cuijpers et al. (2008) berekenden in het kader van hun meta-analyse over depressie wat een 'klein verschil' concreet zou betekenen in de praktijk. Een verschil van $D=0.21$ (een kleine effectgrootte) betekende in dat onderzoek dat de kans op een succesvolle therapie steeg van 45% naar 55%. De vraag is of een dergelijk verschil aanleiding zou moeten zijn om therapieën met 10% minder kans van slagen stelselmatig af te raden, bijvoorbeeld wanneer een patiënt duidelijk voorkeur uitspreekt voor deze therapieën.

Hierbij kan men bovendien in acht nemen dat effectstudies *groepen* mensen betreffen, en dat individuele voorkeuren en kenmerken hierbij doorgaans buiten beschouwing worden gelaten. Wellicht zou CGT voor patiënt A bijvoorbeeld het meest effectief zijn, en non-directieve therapie voor patiënt B. Als non-directieve therapie op groepsniveau net iets minder effectief blijkt te zijn dan CGT, zou het dan logisch zijn om patiënt B daarom CGT aan te bieden? Onderzoek naar dergelijke klinische beslissingen ontbreekt, hoewel er wel in toenemende mate aandacht is voor *personalized medicine* (Ozomaro, Wahlestedt, & Nemeroff, 2013): welke behandeling past bij welke patiënt?

Op het gebied van angststoornissen is minder vergelijkend onderzoek gedaan dan bij depressie. We hebben gezien hoe methodologische verschillen tussen twee meta-analyses op dit gebied (Baardseth et al., 2013; Tolin, 2014) mogelijk hebben gezorgd voor de uiteenlopende conclusies. Het grootste probleem bij deze meta-analyses is dat er momenteel veel te weinig studies zijn om de effectiviteit van CGT en andere therapieën per angststoornis te vergelijken.

Deze schaarste zou enerzijds kunnen duiden op superioriteit van CGT: wellicht zijn onderzoekslijnen naar andere behandelingen vroeg gestaakt en zijn er daarom weinig studies beschikbaar (Chambless, 2002). Anderzijds is het mogelijk dat therapeuten die met andere benaderingen werken, tot op heden weinig bij onderzoek betrokken zijn geweest. Pas in 2014 is bijvoorbeeld voor het eerst een uniform psychodynamisch behandelprotocol voor angststoornissen opgesteld, om psychodynamici aan te moedigen

deze therapievorm beter te evalueren (Leichsenring & Salzer, 2014). In het huidige zorgklimaat waar evidence based behandelen steeds belangrijker wordt, kan het voor therapeuten die met niet-cgt behandelingen werken aanbevelenswaardig zijn om samenwerkingen aan te gaan met universiteiten. Meer vergelijkend onderzoek kan ons bovendien meer vertellen over de *relatieve* effectiviteit van cgt.

Bij het bespreken van deze reeks aan meta-analyses viel ten slotte de affiniteit van onderzoekers op: een cgt-expert concludeerde dat cgt beter werkt, en een common factors-grondlegger stuitte op een dodo-bird verdict ('Wij van WC-eend adviseren... WC-eend'). Het is onduidelijk of en hoe de affiniteit van onderzoekers een rol heeft gespeeld in de methodologische keuzes en bij het interpreteren van de resultaten. De uiteenlopende conclusies kunnen grotendeels worden verklaard door methodologische keuzes, die in beide gevallen goed te verantwoorden zijn; er lijkt dus geen sprake van 'slecht onderzoek' bij één van de partijen. Het is mogelijk dat de onderzoekers toevallig voor de methodes hebben gekozen die hun visie zouden bevestigen; of dat zij met enige voorkennis hebben gekozen om de analyses bijvoorbeeld op *intention to treat* of *treatment completers* te baseren. Dit is niet te achterhalen.

Goed om te noemen is dat het voor onderzoekers vrijwel onmogelijk is om volledig objectief en zonder affiniteit te opereren; na jaren onderzoek en klinische ervaring vormt men immers visies en theorieën over de werking van psychotherapie, vanuit waar men bijvoorbeeld nieuwe studies opzet. Om de invloed van affiniteit op het maken van methodologische keuzes te beperken, wordt er daarom steeds meer voor gepleit dat onderzoekers vooraf publiekelijk bekend moeten maken hoe zij hun data precies gaan analyseren (Center for Open Science, *no date*). Zo kan beter inzichtelijk worden wanneer methodologische keuzes zijn gemaakt, en worden onderzoeksbevindingen transparanter gecommuniceerd.

Aanvullend noemt men soms expliciet de eigen affiniteit in een publicatie. Chambless (2002, p. 13) begon haar betoog over het dodo-bird verdict bijvoorbeeld met '*...in the spirit of being open about allegiance, perhaps I should note that there are personal reasons I am passionate about the dangers of accepting the Dodo bird verdict.*' Chambless vertelt vervolgens over haar cliënten, die na jarenlange eerdere therapieën eindelijk met behulp van cgt konden worden geholpen. Bij het lezen van een artikel kan men zo de affiniteit van de auteur meewegen bij het beoordelen van de argumenten en conclusies.

CONCLUSIE

Samenvattend wordt al decennia bediscussieerd welke therapie het best werkt en hoe therapieën zorgen voor effecten (Wampold et al., 2017). De besproken meta-analyses laten zien dat het niet eenvoudig is om één behandeling aan te bevelen en uit te leggen waarom deze effectief is. Men heeft te maken met uiteenlopende methodologische keuzes, een eigen visie en affiniteit, en beperkingen van bestaande studies.

cgt is uit eerder onderzoek effectief gebleken, maar tot op heden is er weinig bewijs dat cgt ook *effectiever* is dan andere behandelingen voor angst en depressie. Op het gebied van depressie zijn immers kleine effectverschillen gevonden, en op het gebied van angststoornissen waren slechts enkele studies beschikbaar. De conclusies van zowel Tolin (2014) als Baardseth et al. (2013), dat cgt voor angststoornissen respectievelijk wel/niet effectiever is dan andere therapieën, lijken dus voorbarig; hiervoor zijn meer vergelijkende studies nodig.

Wij van onderzoek adviseren dan ook... meer onderzoek.

OVER DE AUTEUR

Laura Kunst, MSc, is promovendus aan de Universiteit van Tilburg. Zij doet onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en autonomieversterkende therapie voor angststoornissen. E-mail: l.e.kunst@uvt.nl.

Summary

WHY COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IS (NOT) MORE EFFECTIVE THAN OTHER THERAPIES FOR ANXIETY AND DEPRESSION: ON DODOES AND DUCK

L.E. KUNST

Is cognitive behavioral therapy (cBT) more effective than other treatments for anxiety and depression? This article describes a series of meta-analyses investigating this question. Two of these meta-analyses were based on identical data, and yet reach two opposing conclusions: A cBT expert concluded that cBT was clearly more effective than other therapies, whereas a founder of the 'common factors' theory concluded that all therapies were equally effective. Possible explanations for these differences are delineated, including the role of authors' allegiance. Furthermore, it is discussed what can be concluded based on these meta-analyses. To what extent do these meta-analyses serve as evidence for a common factors theory, and should cBT be regarded as superior to other therapies, based on current evidence?

Literatuur

- A-Tjak, J.G.L., Davis, M.L., Morina, N., Powers, M.B., Smits, J.A.J. & Emmelkamp, P.M.G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. doi:10.1159/000365764
- Baardseth, T.P., Goldberg, S.B., Pace, B.T., Wislocki, A.P., Frost, N.D. et al. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 395-405. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.004
- Beck, A.T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200.
- Beck, A.T. (1980). *Cognitive therapy of depression*. Chichester: Wiley.
- Beutler, L.E. (2002). The Dodo bird is extinct. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(1), 30-34. doi:10.1093/clipsy/9.1.30
- Chambless, D.L. (2002). Beware the Dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(1), 13-16. doi:10.1093/clipsy/9.1.13
- Cristea, I.A. & Cuijpers, P. (2017). In the pursuit of truth, we should not prioritize correlational over causal evidence. *Psychotherapy Research*, 27(1), 36-37. doi:10.1080/10503307.2016.1249434
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology-Psychologie Canadienne*, 58(1), 7-19. doi:10.1037/cap0000096
- Cuijpers, P., Cristea, I.A., Karyotaki, E., Reijnders, M. & Huibers, M.J.H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245-258. doi:10.1002/wps.20346
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922. doi:10.1037/a0013075
- de Graaf, R., ten Have, M., van Gool, C. & van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 203-213. doi:10.1007/s00127-010-0334-8
- Duncan, B.L. (2002). The founder of common factors: A conversation with Saul Rosenzweig. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 10-31.
- Durham, R.C., Fisher, P.L., Trevling, L.R., Hau, C.M., Richard, K. & Stewart, J.B. (1999). One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder: Symptom change, medication usage and attitudes to treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27(1), 19-35.
- Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treiving, L.R. & Fenton, G.W. (1994). Cognitive therapy, analytic-psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323. doi:10.1192/bjp.165.3.315
- Everitt, B.S. & Pickles, A. (2004). *Statistical aspects of the design and analysis of clinical trials*. Singapore: World Scientific Publishing Company.
- Gunter, R.W., & Bodner, G.E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 913-931. doi:10.1016/j.brat.2008.04.006
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Kazdin, A.E. (2010). *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Keijsers, G.P.J. (2014). The great psychotherapy debate. *Inaugurele rede uitgesproken op 25 april 2014*.
- Kunst, A.E. (2014). Over de bomen en het bos: Evaluatie van natuurlijke experimenten in de volksgezondheid. *Inaugurele rede uitgesproken op 3 december 2014*.
- Leichsenring, F. & Salzer, S. (2014). A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: An evidence-based approach. *Psychotherapy*, 51(2), 224-245. doi:10.1037/a0033815
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T., Berman, J.S. et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy: Is it true that 'everyone has won and all must have prizes?'. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Norcross, J.C. (1995). Dispelling the dodo bird verdict and the exclusivity myth in psychotherapy. *Psychotherapy*, 32(3), 500-504. doi:10.1037/0033-3204.32.3.500
- Ozomaro, U., Wahlestedt, C. & Nemeroff, C.B. (2013). Personalized medicine in psychiatry: Problems and promises. *BMC Medicine*, 11(1), 1-35.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415.
- Rounsaville, B.J. & Carroll, K.M. (2002). Commentary on Dodo bird revisited: Why aren't we Dodos yet? *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(1), 17-20. doi:10.1093/clipsy/9.1.17
- Sempertegui, G.A., Karreman, A., Arntz, A. & Bekker, M.H.J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 426-447. doi:10.1016/j.cpr.2012.11.006
- Siev, J. & Chambless, D.L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 513-522. doi:10.1037/0022-006x.75.4.513
- Strauss, B. (2001). Farewell to the dodo-bird: Specific versus general psychotherapy from the perspective of psychotherapy research. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51(11), 425-429. doi:10.1055/s-2001-18160
- Tolin, D.F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710-720. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003
- Tolin, D.F. (2014). Beating a dead dodo bird: Looking at signal vs. noise in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 21(4), 351-362. doi:10.1111/cpsp.12080
- Trimbos Instituut (2013a). *Multi-disciplinaire Richtlijn Angststoornissen, 3e revisie*.
- Trimbos Instituut (2013b). *Multi-disciplinaire Richtlijn Depressie, 3e revisie*.
- Trimbos Instituut (2014). *Geen gebruik van professionele zorg bij stemmings- en angststoornissen: zorgelijk of niet? Resultaten van de 'Netherlands Mental Health survey and incidence study-2' (NEMESIS-2)*. Verkregen via: <https://assets.trimbos.nl/docs/6355518c-b7a3-4594-901b-d05d7251ed59.pdf>
- van den Hout, M.A., Engelhard, I.M., Rijkeboer, M.M., Koekbakker, J., Hornsveld, H. et al. (2011). EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 92-98. doi:10.1016/j.brat.2010.11.003
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.
- Wampold, B.E., Fluckiger, C., Del Re, A.C., Yulish, N.E., Frost, N.D. et al. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32. doi:10.1080/10503307.2016.1249433
- Wampold, B.E., Fluckiger, C., Del Re, A.C., Yulish, N.E., Frost, N.D. et al. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32. doi:10.1080/10503307.2016.1249433
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (Second edition ed.). New York: Routledge.

