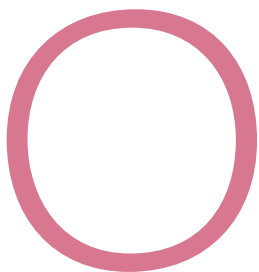


Stel: je zit al maanden niet goed in je vel, hebt moeite je bed uit te komen en je hebt nergens zin meer in. Je besluit naar een psycholoog te gaan. Hoe groot is de kans dat dit helpt? Het is bekend dat ongeveer de helft van de mensen met een depressie baat heeft bij een psychologische behandeling. Evelien Snippe en collega's vroegen zich af waarom en voor wie behandeling voor depressie helpt.

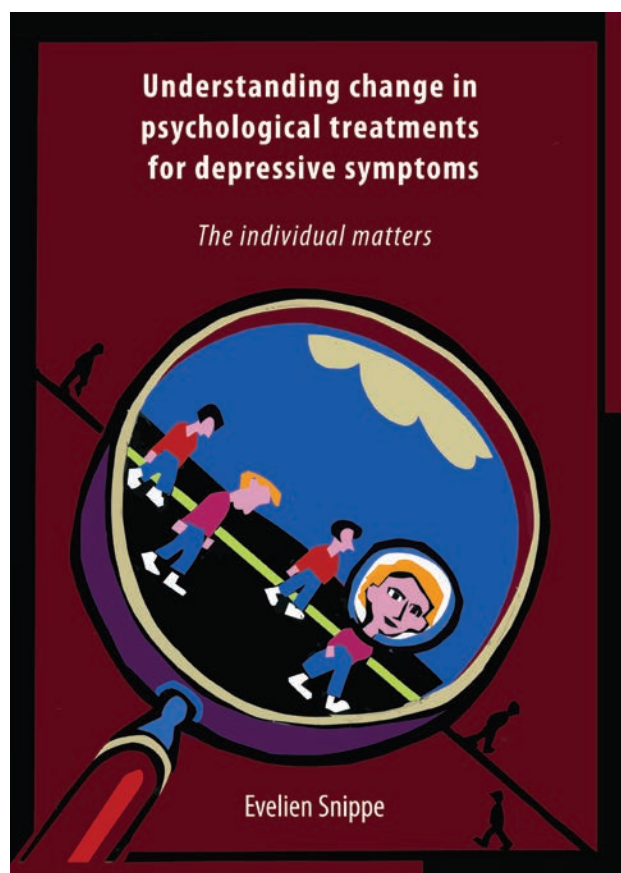
VOOR WIE EN WAAROM WERKEN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE EN MINDFULNESSTRAINING?



ndanks dat niet iedereen met depressieve klachten baat heeft bij een psychologische behandeling, blijkt uit onderzoek dat iets doen gemiddeld beter is

dan niets doen. Mensen met depressieve klachten knappen eerder op als ze een psychologische behandeling krijgen, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), dan als ze wachten tot hun klachten overgaan (Hollon & Ponniah, 2010). Het onderzoek tot dusver wekt de indruk dat het niet uitmaakt welke evidence based behandeling mensen krijgen voor depressie; gemiddeld zijn ze even effectief.

Toch verbeteren de depressieve klachten bij slechts de helft van de mensen (Cuijpers et al., 2012) en is het goed mogelijk dat de ene behandeling beter aansluit bij de klachten van sommigen en een andere behandelvorm beter bij die van anderen. Het probleem van eerdere onderzoeken is dat er enkel gekeken werd naar de 'gemiddelde' effectiviteit, waardoor er geen zicht is op bij wie een bepaalde behandeling aanslaat. Als de effectiviteit van behandelingen op groepsniveau vergeleken wordt, zullen individuele verschillen zich uitmiddelen en zullen alle behandelingen gemiddeld even effectief blijken. Daarnaast zijn er mensen bij wie geen enkele vorm van behandeling aanslaat. Dit kan komen doordat sommige eigenschappen van mensen de kans vergroten dat ze baat hebben bij behandeling. Of



misschien zijn er bepaalde omstandigheden waaronder behandelingen effectiever zijn.

In plaats van nieuwe behandelingen te ontwikkelen om te kijken of deze beter werken bij depressie, lijkt het nuttiger te onderzoeken hoe bestaande behandelingen werken en bij wie ze aanslaan en bij wie niet, zoals klinisch psycholoog Marcus Huibers op 19 juli 2014 in *de Volkskrant* schreef. Als we weten wanneer en voor wie behandelingen effectief zijn, kan therapie gericht aan bepaalde mensen worden aangeboden (Kazdin, 2007). En als we weten hoe behandelingen werken (de veranderingsmechanismen), kunnen we bestaande behandelingen optimaliseren en ze aanbieden aan mensen met klachten die aansluiten bij de focus van de behandeling (Kazdin, 2007). Onderzoek naar individuele verschillen in effectiviteit en hoe verandering tot stand komt, kan hier meer inzicht in geven. Om te weten voor wie welke behandeling werkt, kan onderzocht worden of bepaalde karakteristieken van mensen voorspellen of zij baat hebben bij behandeling. Zo is eerder onderzocht of een behandeling beter werkt voor mensen met ernstiger klachten dan voor mensen met milde klachten (Driessen & Hollon, 2010). Om zicht te krijgen op hoe psychologische behandelingen werken, kan men onderzoeken welke veranderingen voorafgaan aan verbetering in depressieve klachten. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat het toepassen van een bepaalde vaardigheid een afname van klachten tot gevolg heeft.

Het doel van ons onderzoek was om individuele verschillen in behandel-effectiviteit te verklaren en meer zicht te krijgen op mechanismen die ten grondslag liggen aan verbetering in depressieve klachten. Allereerst onderzochten we of de effectiviteit van behandelingen voorspeld wordt door hoe cliënten aankijken tegen behandeling en de behandelaar, alsook hun inzet tijdens behandeling. Daarnaast onderzochten we of stemming inderdaad beter wordt als mensen vaardigheden toepassen die ze tijdens behandeling hebben geleerd en of mensen verschillen in hoeverre ze baat hebben bij deze vaardigheden.

Een deel van bovenstaande vragen is onderzocht in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) naar de effectiviteit van CGT en mindfulness based cognitieve therapie (MBCT) voor diabetespatiënten met huidige depressieve klachten (Tovote et al., 2014). Mensen met diabetes hebben vaker last van depressieve klachten dan mensen zonder een lichamelijke aandoening (Ali et al., 2006). Omdat depressieve klachten de controle over de ziekte diabetes negatief kunnen beïnvloeden, is het extra belangrijk

om depressieve klachten effectief te behandelen bij deze mensen. In totaal werden er 94 mensen met diabetes (type I of type II) en depressieve klachten (*Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) score ≥ 14) gerandomiseerd en ingedeeld in CGT, MBCT of een wachtlijstconditie. Na de wachtlijst van drie maanden werden deelnemers wederom willekeurig ingedeeld in CGT of MBCT. Zowel CGT als MBCT bestonden uit acht individuele sessies van 45 tot zestig minuten (voor details over de individuele behandelprotocollen, zie Schroevers et al., 2015). De resultaten van ons onderzoek toonden aan dat CGT en MBCT beide effectief zijn voor diabetespatiënten met depressieve klachten in vergelijking met een controlegroep (Tovote et al., 2014). De effecten van CGT en MBCT op depressieve klachten waren ongeveer even groot.

WERKZAME INGREDIËNTEN

Om meer zicht te krijgen op voor wie en waarom CGT en MBCT effectief zijn, is het belangrijk te weten uit welke componenten deze behandelingen bestaan en hoe ze verondersteld worden te werken. CGT is al decennia een standaardbehandeling voor huidige depressieve klachten. Samengevat richt CGT zich op het activeren van mensen en het herkennen en uitdagen van negatieve gedachten en formuleren van meer realistische, behulpzame gedachten. Er wordt verondersteld dat CGT werkt doordat mensen meer behulpzame gedachten over zichzelf, anderen en de toekomst krijgen waardoor hun depressieve klachten minder worden (Beck et al., 1979).

MBCT werd eind vorige eeuw ontwikkeld met als doel om depressieve terugval te voorkomen in plaats van huidige depressieve klachten te verminderen (Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Teasdale, Segal & Williams, 1995). MBCT heeft een andere insteek dan CGT. MBCT is gebaseerd op het idee dat het trainen van mindfulness interfereert met manieren van denken, zoals piekeren, die sombere gevoelens kunnen versterken (Segal et al., 2002). Mindfulness wordt ook wel beschreven als de capaciteit om aandacht te geven aan ervaringen die zich op dit moment voordoen, zonder deze te veroordelen (Kabat-Zinn, 1994). MBCT bestaat voornamelijk uit mindfulness-meditatie en yoga-oefeningen die ontleend zijn aan mindfulness based stressreductie (MBSR). In deze oefeningen leren mensen om hun aandacht te richten op het lijf, de adem, gevoelens of gedachten. De instructie is om steeds wanneer de aandacht afdwaalt deze weer terug te brengen naar de focus van de aandacht, zonder het afdwalen te veroordelen. Aangezien onze geest de neiging heeft af te

dwalen, is dit een goede oefening in zowel het richten van de aandacht als een 'niet oordelende houding'. Dit kan helpen om lichte gevoelens van somberheid te laten voor wat ze zijn, en er niet op te reageren door er over te gaan piekeren. Hierdoor is de kans kleiner dat er een negatieve spiraal ontstaat en sombere gevoelens worden versterkt door te piekeren.

Onderzoek laat inderdaad zien dat MBCT de kans op terugval in depressie verkleint (Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000) en daarin even effectief is als behandeling middels antidepressiva (Kuyken et al., 2015). Het is goed om hier te noemen dat naast MBCT ook CGT met een focus op terugvalpreventie effectief is in het voorkomen van terugval in depressie (Bockting et al., 2005). Andersom geldt ook dat MBCT niet alleen effectief is ter preventie van terugval, maar tevens voor het verminderen van huidige depressieve klachten (Khoury et al., 2013).

DE THERAPEUTISCHE ALLIANTIE ALS VOORSPELLER

Om te voorspellen wie er meer baat heeft bij CGT en MBCT voor depressieve klachten, keken we in ons onderzoek eerst naar de rol van de therapeutische alliantie. De meest onderzochte conceptualisatie van die alliantie is die van Bordin (1979). Onder de therapeutische alliantie verstaat hij de mate waarin cliënt en therapeut het eens zijn over de doelen van de behandeling en de therapietaken, als ook de mate waarin de cliënt het idee heeft dat de therapeut hem of haar waardeert (*band*). Deze definitie van de therapeutische alliantie wijkt af van de definitie van Carl Rogers (1902-1987) die de therapeutische relatie beschrijft als de mate waarin de therapeut oprechte positieve aandacht geeft en empathisch begrip toont (Elvins & Green, 2008). De definitie van Rogers gaat over het gedrag van de therapeut terwijl de definitie van Bordin gaat over hoe de cliënt aankijkt tegen de therapeutische alliantie. In een groot aantal onderzoeken is aangetoond dat mensen meer baat hebben bij psychologische behandelingen als zij de therapeutische alliantie, zoals beschreven door Bordin, als positief ervaren (bijv. Horvath et al., 2011).

Sommige mensen concluderen op basis hiervan dat de therapeutische alliantie belangrijker is voor een positief behandelresultaat dan de specifieke technieken waaruit psychologische behandelingen bestaan (Castonguay et al., 1996). Deze conclusie wordt gesterkt door de bevinding dat alle behandelingen gemiddeld even effectief zijn. Toch toont het verband tussen de therapeutische alliantie en

behandeleffectiviteit nog niet aan dat specifieke behandeltechnieken niet belangrijk zijn. Sterker, de specifieke technieken van een behandeling kunnen ook invloed hebben op hoe mensen de therapeutische alliantie ervaren. Iemand kan de therapeutische alliantie als beter ervaren wanneer de specifieke technieken van een behandeling goed aansluiten bij iemands klachten (Barber, 2009). Uit eerder onderzoek bleek dat mensen de therapeutische alliantie als beter ervaren als de behandeling al vroeg in het traject aansloeg (Strunk, Brotman & DeRubeis, 2010).

Het belang van de therapeutische alliantie kan ook afhangen van de nadruk op de therapeutische alliantie in een behandeling. Het samen vaststellen van de therapiedoelen en

Verbeteringen in mindfulness zijn geen bij-effect van verbeteringen in stemming

taken staat bijvoorbeeld vrij centraal in CGT. In MBCT wordt hier minder aandacht aan geschonken; bijeenkomsten hebben een vaste structuur en agenda (Fennell & Segal, 2011). In MBCT wordt er wel verondersteld dat het belangrijk is om, net als in CGT, een therapeutische band op te bouwen met cliënten door een open, warme, niet-oordelende houding aan te nemen (Fennell & Segal, 2011), waardoor cliënten mogelijk de therapeutische band als meer positief zullen ervaren.

In één van onze onderzoeken hebben we daarom het verband tussen de therapeutische alliantie en klachtreductie vergeleken tussen CGT en MBCT (Snippe et al., 2015). We

verwachten dat de mate waarin therapeut en cliënt het eens zijn over de behandeltaken en doelen wel zou samenhangen met de effectiviteit van CGT, maar niet met die van MBCT – dit omdat behandeltaken en doelen explicieter aan de orde komt in CGT. Ook keken we of het verband tussen de therapeutische alliantie en therapie effectiviteit standhield als we rekening hielden met de afname in depressieve klachten vroeg in het behandeltraject, vlak voor de therapeutische alliantie werd gemeten. Het bleek dat mensen meer baat hadden bij CGT als zij een betere therapeutische alliantie rapporteerden. Met name de mate waarin de cliënt het eens was met de behandeltaken hing sterk samen met de effectiviteit van CGT. In MBCT waren geen van de aspecten van de therapeutische alliantie gerelateerd aan behandel-effectiviteit. De resultaten waren hetzelfde wanneer we rekening hielden met klachtreductie voorafgaand aan de therapeutische alliantie.

Deze bevindingen tonen aan dat overeenstemming over therapiedoelen en taken niet erg belangrijk is voor de effectiviteit van MBCT, maar wel voor die van CGT. De inhoud en de doelen van CGT zijn meer toegespitst op de persoonlijke situatie van de cliënt dan in MBCT. Het lijkt daarom van belang dat CGT-therapeuten aandacht besteden aan ‘*shared decision making*’ door de inhoud en doelen samen met de cliënt te bepalen. Een onverwachte bevinding is dat de therapeutische band de effectiviteit van MBCT niet voorspelde, wat erop duidt dat het behandelresultaat in MBCT niet afhangt van de mate waarin patiënten het idee hebben dat de therapeut hen waardeert. Een belangrijk verschil tussen CGT en MBCT is dat mensen in CGT vaker gevraagd worden om persoonlijke problemen uit het dagelijks leven te delen dan in MBCT. Wellicht is de therapeutische band daarom wel gerelateerd aan uitkomsten in CGT en niet in MBCT.

Dit onderzoek laat zien dat de therapeutische alliantie niet in elke behandelcontext even belangrijk is. Het hangt af van de therapievorm hoe belangrijk de therapeutische alliantie is voor het behandelresultaat. Op basis hiervan kunnen we concluderen dat behandeltechnieken dus wel degelijk van belang zijn aangezien de behandelvorm kan bepalen of de therapeutische alliantie het behandelresultaat voorspelt.

HET BELANG VAN VERWACHTINGEN

Een andere factor die invloed kan hebben op behandelresultaten, is de verwachting van mensen over de effectiviteit van psychologische behandelingen. Eerder werd

gevonden dat mensen met hogere verwachtingen meer baat hebben bij behandeling (Constantino et al., 2011). Dit is nog weinig onderzocht onder mensen met depressieve klachten, evenmin is bekend of dit voor MBCT geldt. Daarnaast is het nog onduidelijk waarom verwachtingen behandelresultaten voorspellen. Een oude hypothese is dat positieve verwachtingen hoop creëren en daardoor een direct effect hebben op stemming (Goldstein, 1960). Anderen veronderstellen dat verwachtingen van mensen van invloed zijn op hun inzet tijdens therapie (Webb et al., 2013).

Deze twee hypothesen hebben we getest in de eerder beschreven *randomized controlled trial* naar CGT en MBCT (Snippe et al., 2015). Allereerst onderzochten we of verwachtingen een verbetering in depressieve klachten voorspellen aan het begin van behandeling of pas aan het eind ervan. Als positieve verwachtingen inderdaad hoop creëren en daarmee de stemming direct beïnvloeden, zou je verwachten dat depressieve klachten van deze mensen al vroeg in de behandeling verbeteren. Daarnaast onderzochten we of verwachtingen van mensen hun inzet tijdens behandeling voorspellen. Dit deden we door verwachtingen te relateren aan vroegtijdige beëindiging van de behandeling en het maken van huiswerk. Ook onderzochten we of mensen die meer huiswerk¹ maken meer baat hebben bij CGT en MBCT.

Uit het onderzoek blijkt dat mensen met positievere verwachtingen betere behandelresultaten hadden; hun depressieve klachten namen meer af. Dit gold zowel voor CGT als MBCT. Verwachtingen voorspelden geen klachtreductie aan het begin of halverwege de behandeling, enkel aan het eind ervan. Ook toonden we aan dat mensen met hogere verwachtingen minder snel stoppen met CGT en MBCT. Daarnaast maakten mensen met hogere verwachtingen meer huiswerk tijdens MBCT. Het lijkt er dus op dat verwachtingen geen direct effect hebben op stemming en daarmee dus niet werken als een ‘placebo’. Waarschijnlijker is dat verwachtingen de inzet van mensen beïnvloeden, aangezien mensen met hoge verwachtingen minder snel stoppen met behandeling en meer huiswerk maken in MBCT. Mogelijk halen mensen meer uit de behandeling als ze zich meer inzetten.

Omdat mensen met hogere verwachtingen zich meer inzetten en meer baat hebben bij behandeling, is het belangrijk dat therapeuten hier rekening mee houden. Therapeuten kunnen bijvoorbeeld voorafgaand aan behandeling vragen wat mensen verwachten van verschillende behandelvormen. Als er bijvoorbeeld twee

evidence based behandelingen voor depressie voor handen zijn, kan de keuze voor een van beide mede gebaseerd worden op iemands verwachtingen. Dit gegeven is niet alleen voor behandelaren maar ook voor verzekeringsmaatschappijen belangrijk om in ogenschouw te nemen. Voor sommige medicamenteuze behandelingen geldt dat alleen de behandeling wordt vergoed die gemiddeld het meest effectief is. Bij psychologische behandelingen is dit problematisch omdat de beschikbare evidence based psychologische behandelingen mogelijk het meest effectief zijn als mensen de behandeling krijgen waar ze het meest van verwachten. Daarom is het ook onterecht dat MBCT niet meer standaard vergoed wordt in het basispakket voor mensen met depressieve klachten of angstklachten. MBCT is namelijk effectief gebleken voor depressieve klachten en angstklachten (Khoury et al., 2013) en mensen met hoge verwachtingen van MBCT kunnen hier extra veel baat bij hebben.

Daarnaast is er een kans dat behandelingen beter aanslaan als therapeuten verwachtingen van mensen verhogen. Therapeuten kunnen dit doen door een duidelijke rationale van de therapie te geven die aansluit bij de cliënt (Constantino, Ametrano, & Greenberg, 2012). Ook is aangetoond dat *motivational interviewing* (vier sessies met een focus op het verminderen van ambivalentie om te veranderen en het vergroten van de intrinsieke motivatie om te veranderen) voorafgaand aan CGT leidt tot hogere verwachtingen onder cliënten en betere behandelresultaten (Westra, Arkowitz & Dozois, 2009). Hierbij moet wel worden opgemerkt dat het verhogen van verwachtingen mogelijk niet altijd wenselijk of succesvol is. Als verwachtingen sterk beïnvloed worden door iemands persoonlijkheid, bijvoorbeeld door een lage mate van optimisme, zijn verwachtingen misschien niet te beïnvloeden. Lage verwachtingen kunnen ook realistisch zijn, bijvoorbeeld als eerdere psychologische behandelingen niet aansloegen. Het verhogen van verwachtingen in zo'n geval zal wellicht eerder tot teleurstellingen leiden dan tot betere behandelresultaten. Het is daarom belangrijk de reden voor lage verwachtingen na te gaan alvorens een poging te wagen deze te verhogen.

Een andere opvallende bevinding is dat CGT en MBCT niet beter aansloegen onder mensen die meer huiswerk maakten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bijna alle deelnemers ten minste één huiswerkopdracht per week deden. Sommige mensen hebben hier misschien al voldoende aan om de aangereikte vaardigheden toe te gaan passen in het dagelijks leven. Ook moet opgemerkt worden

dat we op basis van dit onderzoek niet kunnen concluderen dat huiswerkopdrachten überhaupt niet bijdragen aan de effectiviteit van CGT en MBCT. We hebben het doen van huiswerk namelijk niet experimenteel gemanipuleerd in dit onderzoek. Een vergelijking van bijvoorbeeld CGT zonder huiswerkopdrachten met CGT met huiswerk zou meer inzicht geven in de toegevoegde waarde van huiswerkopdrachten.

VERANDERINGSMEECHANISMEN TIJDENS MBCT

Een andere onderzoeksvraag is waardoor het precies komt

Om te weten voor wie welke behandeling werkt, kan onderzocht worden of bepaalde karakteristieken van mensen voorspellen of zij baat hebben bij behandeling

dat mensen opknappen tijdens behandeling (veranderingsmechanismen). Er wordt verondersteld dat mensen verschillende vaardigheden leren in psychologische behandelingen om beter om te gaan met hun klachten. Als bekend is welke vaardigheden leiden tot verbetering, kan hier extra aandacht aan gegeven worden tijdens behandeling. Daarnaast levert dit algemene kennis op over wat mensen zelf kunnen doen om hun stemming te verbeteren. In MBCT leren mensen bijvoorbeeld tijdens meditatie en yoga-oefeningen om hun aandacht te richten op ervaringen in het hier en nu en deze niet te veroordelen (oftewel: mindfulness). Zoals we eerder uitlegden, kan deze vaardigheid ervoor zorgen dat mensen minder gaan piekeren waardoor hun stemming verbetert.

Tot dusver was het nog niet onderzocht of stemming van mensen inderdaad verbetert als ze meer mindful zijn en minder piekeren. Uit eerder onderzoek bleek al wel dat het volgen van een mindfulnesstraining leidt tot een toename van mindfulness en een afname van piekeren (Van der Velden et al., 2015). Ook is gevonden dat een betere stemming na het volgen van een mindfulnesstraining samenhangt met een toename in mindfulness en een afname in piekeren (Van der Velden et al., 2015). Toch is op basis hiervan nog onduidelijk wat oorzaak is en wat gevolg; doordat stemming, mindfulness en piekeren op hetzelfde moment gemeten werden, weten we immers niet wat voorafging aan wat. Het is niet uitgesloten dat stemming eerst opknapt waardoor mensen minder piekeren en zichzelf

het belangrijk te onderzoeken of dit effect *binnen mensen* plaatsvindt. In de meeste onderzoeken wordt onderzocht of mensen een betere stemming hebben *dan anderen* wanneer zij daarvoor meer mindful zijn *dan anderen*. Wij wilden juist weten of iemands stemming beter is dan gewoonlijk als ze daarvoor meer mindful waren dan gewoonlijk. Om dit kwantitatief te onderzoeken, zijn meerdere metingen van stemming en mindfulness nodig per persoon (Hamaker, 2012; Molenaar, 2004). Dit worden ook wel een intensieve longitudinale metingen, of intensieve tijdreeksen genoemd (Bolger & Laurenceau, 2013). Een ander voordeel van meerdere metingen per persoon is dat het de mogelijkheid biedt het effect van mindfulness op stemming te vergelijken tussen mensen. Misschien is het positieve verband tussen mindfulness en stemming niet even sterk voor iedereen. Dit zou ook een mogelijke verklaring kunnen zijn waarom MBCT effectiever is voor sommigen dan voor anderen.

In twee onderzoeken zijn we nagegaan of mensen een betere stemming hadden als ze de dag ervoor minder piekerden of meer mindful waren. Dit onderzochten we onder mensen die een mindfulnesstraining volgden. In een eerste onderzoek hebben we het verband tussen mindfulness, stemming en piekeren onderzocht onder zes vrouwen met milde depressieve klachten (Snippe et al., 2015). Aan het eind van elke dag beantwoorden zij vragen over hun depressieve klachten, mindfulness en piekeren gedurende die dag. In dit onderzoek keken we per persoon welke veranderingen op elkaar volgden. Daardoor konden we met grotere betrouwbaarheid uitspraken doen over de invloed van mindfulness, piekeren en stemming op elkaar voor één specifieke persoon². Dit deden we door bijvoorbeeld te onderzoeken of iemand minder depressieve klachten rapporteerde dan dat zij gemiddelde deed als zij de dag ervoor meer mindful was dan gemiddeld. Bij slechts twee deelnemers gingen dagelijkse fluctuaties in piekeren vooraf aan fluctuaties in depressieve stemming, bij één deelnemer gingen veranderingen in mindfulness vooraf aan veranderingen in stemming, en bij drie deelnemers gingen veranderingen in mindfulness vooraf aan veranderingen in piekeren. Verder bleek dat er geen omgekeerde effecten waren: veranderingen in depressieve klachten gingen bij geen van de deelnemers vooraf aan veranderingen in mindfulness of piekeren. Wel hingen de variabelen sterk samen binnen de dag. Dit duidt erop dat dagelijkse veranderingen in mindfulness, piekeren en depressieve klachten samengaan. Het zou ook kunnen dat verandering in mindfulness wel voorafgingen aan veranderingen in

De specifieke technieken van een behandeling kunnen invloed hebben op hoe mensen de therapeutische alliantie ervaren

minder veroordelen. Een betere stemming kan het gevolg zijn van andere aspecten van mindfulnesstraining, zoals sociale steun van de groep of het delen van ervaringen. Als dat zo is, is het groepsaspect van de training belangrijker dan het trainen van mindfulness zelf en hoeft de nadruk daar niet zo op te liggen.

Daarom is het belangrijk te onderzoeken of verbeteringen in mindfulness en piekeren inderdaad leiden tot een betere stemming, in plaats van andersom. Hiervoor is een andere aanpak nodig dan gangbaar is. Om meer inzicht te krijgen in causaliteit, moet aangetoond worden dat veranderingen in mindfulness en piekeren *voorafgaan* aan veranderingen in stemming, en niet omgekeerd (Kazdin, 2007). We weten dan nog niet zeker of het verband causaal is, maar het geeft meer inzicht in de richting van het effect dan als men gelijktijdige verandering onderzoekt. Daarnaast is

depressieve klachten binnen de dag. Dit kunnen we niet uitsluiten aangezien we maar één keer per dag gemeten hebben.

In een tweede onderzoek keken we of we deze resultaten ook zouden vinden in een grotere groep van deelnemers (Snippe, Nyklícek et al., 2015). Daarnaast onderzochten we of mensen meer mindfulness rapporteerden als ze eerder op de dag tenminste één meditatie- of yoga-oefening hadden gedaan – dit om er zeker van te zijn dat de verbeteringen in mindfulness een gevolg waren van de mindfulness-beoefening. Aan dit onderzoek deden 83 mensen mee die zich hadden ingeschreven voor een mindfulness based stressreductieprogramma (MBSR). MBSR is een groepstraining van acht weken die, net als MBCT, grotendeels bestaat uit meditatie en yoga-oefeningen. Het bleek dat als mensen meer mindful waren dan gewoonlijk, dat ze dan de volgende dag meer positieve gevoelens (positief affect) hadden en minder negatieve gevoelens (negatief affect)³. Het omgekeerde was niet het geval; als zij meer positieve en minder negatieve gevoelens hadden op een dag, dan waren ze de dag erop niet meer mindful. Wel zagen we verschillen tussen mensen in de sterkte van het verband tussen mindfulness en stemming. Bij sommigen werd een toename in mindfulness gevolgd door een grotere verbetering in stemming dan bij anderen. Voor een minderheid van de mensen werd een toename in mindfulness zelfs helemaal niet gevolgd door een betere stemming. Een andere bevinding was dat mensen 's avonds meer mindful waren als ze gedurende de dag ten minste één mindfulness meditatie- of yoga-oefening hadden gedaan; dat suggereert dat de effecten van mindfulness op stemming inderdaad een gevolg zijn van mindfulnessbeoefening.

De resultaten van deze twee onderzoeken laten zien dat stemming verbetert nadat iemand meer mindful was en minder piekerde, maar ook dat dit niet voor iedereen geldt. Dit is één van de eerste onderzoeken die dergelijke volgorde-effecten binnen mensen aantoonst en laat zien dat de sterkte van het effect van mindfulness op stemming verschilt tussen mensen. Dit komt overeen met de observatie uit de praktijk dat mindfulness niet bij iedereen aansluit. Verder kunnen we op basis van beide onderzoeken concluderen dat verbeteringen in mindfulness geen bijeffect zijn van verbeteringen in stemming. Het lijkt dus eerder plausibel dat het effect van mindfulnessstraining op stemming verklaard wordt doordat mensen leren meer mindful te zijn, waardoor hun stemming verbetert in plaats van andersom. Daarnaast illustreren de resultaten dat mindfulnessmeditatie

daadwerkelijk kan leiden tot een toename in mindfulness. Voor behandelaars is het van belang te weten dat het trainen van mindfulness kan leiden tot een betere dagelijkse stemming. Het opgeven van dagelijkse mindfulness-oefeningen kan hieraan bijdragen.

CONCLUSIE EN TOEKOMSTIG ONDERZOEK

De verschillende onderzoeken laten zien dat het van de zorgontvanger kan afhangen of een psychologische behandeling effectief is. We toonden aan dat CGT en MBCT effectiever zijn voor mensen met hoge verwachtingen van het behandelresultaat. Mensen met hogere verwachtingen zetten zich meer in, ze maken de behandeling vaker af en ze maken meer huiswerk in MBCT. Ook is CGT effectiever wanneer mensen de therapeutische alliantie als goed ervaren, terwijl dit niet geldt voor MBCT. Het belang van de therapeutische alliantie hangt dus af van de behandelvorm.

Daarnaast toonden we aan dat toenames in mindfulness gevolgd worden door verbeteringen in stemming tijdens mindfulnessstraining. Dit geeft een indicatie over hoe MBCT werkt; namelijk doordat mensen leren meer mindful te zijn. Het feit dat we dit niet voor iedereen vonden, kan verklaren waarom een mindfulnessstraining niet voor iedereen effectief is.

Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of mensen inderdaad meer baat hebben bij een behandeling die beter aansluit bij de factoren die hun klachten in stand houden. In de praktijk wordt de keuze voor een behandeling hier soms wel op gebaseerd. De vraag is evenwel of deze veronderstelling juist is en of hier niet meer aandacht aan besteed zou moeten worden. Een mindfulnessstraining sluit mogelijk goed aan bij mensen wiens depressieve gevoelens met name sterker worden nadat ze piekeren of niet mindful zijn. Gedragstherapie daarentegen zou wellicht beter aansluiten bij mensen wiens depressieve gevoelens sterker worden nadat ze inactief waren en weinig contact met anderen hadden. Het gebruik van dagboekdata en individuele tijdreeksanalyses in de praktijk zou hier mogelijk meer inzicht in kunnen geven. Aan de hand van dagelijkse metingen en individuele vector-autoregressieve modellen, een soort van tijdreeksanalyse (zie eventueel wederom noot 2), kunnen namelijk voor een specifiek individu volgorde-effecten onderzocht worden, bijvoorbeeld in hoeverre iemands stemming verslechtert als hij of zij daarvoor minder mindful was. Vervolgens zou onderzocht kunnen worden of voor mensen met een dergelijk profiel

MBCT inderdaad effectiever is dan bijvoorbeeld CGT.

Het onderzoek naar voor wie en waarom psychologische behandelingen werken, staat nog in de kinderschoenen. Toekomstig onderzoek zou zich niet alleen op voorspellers van behandel-effectiviteit kunnen richten, maar ook op het onderzoeken welke eigenschappen van mensen voorspellen dat ze meer baat hebben bij de ene behandeling dan bij de andere behandeling (moderatoren). Meer van dergelijke onderzoeken dragen bij aan kennis over factoren waarmee klinici rekening kunnen houden bij de keuze voor een behandelvorm.

De bevindingen van ons onderzoek duiden erop dat het belangrijk is om in ieder geval rekening te houden met de verwachtingen van mensen bij de keuze voor een behandelvorm. Daarnaast kan de effectiviteit van CGT wellicht geoptimaliseerd worden door de therapiedoelen en taken mede te laten bepalen door de cliënt, zodat die zo veel mogelijk achter de doelen en taken van behandeling staat. Ook kunnen behandelaren in mindfulnessstraining benadrukken dat meditatie en yoga-oefeningen bijdragen aan een hogere mate van mindfulness en dat een toename in mindfulness het dagelijks welzijn kan verbeteren.

OVER DE AUTEURS

Dr. Evelien Snippe is postdoc onderzoeker bij the School for Mental Health and Neuroscience van de Universiteit Maastricht en the Interdisciplinary Center Psychopathology and Emotion Regulation (ICPE) aan de Rijksuniversiteit Groningen/het Universitair Medisch Centrum Groningen. E-mail: e.snippe01@umcg.nl. Dr. Joke Fleer is universitair docent bij the Department of Health Psychology aan de Rijksuniversiteit Groningen/het Universitair Medisch Centrum Groningen. Dr. Maya J. Schroevers is universitair docent bij the Department of Health Psychology aan de Rijksuniversiteit Groningen/het Universitair Medisch Centrum Groningen. Daarnaast is zij gz-psycholoog en mindfulnesstrainer.

Onderhavig artikel is gebaseerd op het proefschrift *Understanding change in psychological treatments for depressive symptoms. The individual matters waarop Evelien Snippe op 29 september 2014 promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen. De artikelen in dit proefschrift zijn tot stand gekomen in samenwerking met dr. K.A. Tovote, dr. M.J. Schroevers (eerste copromotor), dr. J. Fleer (tweede copromotor), prof. R. Sanderman (eerste promotor), prof. P.M.G. Emmelkamp (tweede promotor), dr. E.H. Bos en dr. I. Nyklíček, waarvoor veel dank. Daarnaast danken we dr. A. Roos, Dr. K. Hoogenberg, drs. J. de Hoop en drs. N. Rauwerda voor het faciliteren van het onderzoek.*

Contactpersoon aangaande dit artikel: Evelien Snippe.

Voetnoten

¹ Mensen kregen wekelijks opdrachten mee voor thuis. Een voorbeeld van huiswerk in CGT is het plannen en uitvoeren van plezierige activiteiten. Een voorbeeld van huiswerk in MBCT is het dagelijks doen van de zitmeditatie.

² Voor elke deelnemer stelden we een vector autoregressief model op (een soort van individuele tijdreeksanalyse) waarin de onderlinge relaties tussen deze factoren gelijktijdig werden getoetst.

³ Voorbeelden van positieve gevoelens zijn blij, ontspannen en vol energie. Voorbeelden van negatieve gevoelens zijn neerslachtig, kwaad en gespannen. Met multilevel-modellen onderzochten we of dagelijkse fluctuaties in mindfulness consequent fluctuaties in positief en negatief affect op de volgende dag voorspelden binnen mensen.

Literatuur

- Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J. & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 23(11), 1165-1173. doi:10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x
- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1), 1-12. doi:10.1080/10503300802609680
- Beck, R., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Wiley.
- Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Huyser, 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(4), 647-657. doi:10.1037/0022-006X.73.4.647
- Bolger, N. & Laurenceau, J. (2013). *Intensive longitudinal methods: An introduction to diary and experience sampling research*. New York, NY US: Guilford Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504. doi:10.1037/0022-006X.64.3.497
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M. & Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49(4), 557-569.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M. & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 184-192. doi:10.1002/jclp.20754
- Cuijpers, P., Straten, A. van, Driessen, E., Oppen, P. van, Bockting, C. & Andersson, G. (2012). Depression and dysthymic disorders. In P. Sturmey & M. Hersen (Eds.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology*, vol 2: *Adult disorders* (pp. 243-284). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc. doi:10.1002/9781118156391.ebcp002011
- Driessen, E. & Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: Efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 537-555. doi:10.1016/j.psc.2010.04.005
- Elvins, R. & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187. doi:10.1016/j.cpr.2008.04.002
- Fennell, M. & Segal, Z. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy: Culture clash or creative fusion? *Contemporary Buddhism*, 12(1), 125-142.

Summary

FOR WHOM ARE COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND MINDFULNESS TRAINING EFFECTIVE AND WHY?

E. SNIPPE, J. FLEER & M.J. SCHROEVERS
Although cognitive behavioral therapy (CBT)
and mindfulness-based cognitive therapy
(MBCT) are efficacious in reducing depressive
symptoms, not all individuals benefit from

these treatments. This article examines for
whom and why CBT and MBCT are effective.
The results showed that individuals with
higher expectations of treatment outcomes
are more involved in treatment and benefit
more from CBT and MBCT. Furthermore,
positive ratings of therapeutic alliance
predict depressive symptom reduction in
CBT, but not in MBCT. Increasing mindfulness

might explain why mindfulness training is
beneficial as we found that daily increases
in mindfulness preceded rather than
followed improvements in mood during
mindfulness training. However, the impact
of mindfulness on mood differed between
individuals. This article shows that the
effectiveness of psychological treatments
may depend on the care-recipient.

doi:10.1080/14639947.2011.564828

Goldstein, A.P. (1960). Patient's expectancies and non-specific therapy as a basis for (un)spontaneous remission. *Journal of Clinical Psychology*, 16(4), 399-403. doi:10.1002/1097-4679

Hamaker, E.L. (2012). Why researchers should think 'within-person': A paradigmatic rationale. In M.R. Mehl & T.S. Conner (Eds.), *Handbook of research methods for studying daily life*. (pp. 43-61). New York, NY US: Guilford Press.

Hollon, S.D. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27(10), 891-932. doi:10.1002/da.20741

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432

Khouri, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P. et al. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005

Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T. et al. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial. *The Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(14)62222-4

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(1), 31-40. doi:10.1037/0022-006X.72.1.31

Molenaar, P.C.M. (2004). A manifesto on psychology as idiographic science: Bringing the person back into scientific psychology, this time forever. *Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives*, 2(4), 201-218. doi:10.1207/s15366359mea0204_1

Schroevers, M.J., Tovote, K.A., Keers, J.C., Links, T.P., Sanderman, R. & Fleer, J. (2015). Individual mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes: A pilot randomized controlled trial. *Mindfulness*, 6(1), 99-110. doi:10.1007/s12671-013-0235-5

Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.

Snippe, E., Fleer, J., Tovote, K.A., Sanderman, R., Emmelkamp, P.M.G. & Schroevers, M.J. (2015). The therapeutic alliance predicts outcomes of cognitive behavior therapy but not of mindfulness-based cognitive therapy for depressive symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*,

volume 84, no. 5, doi:10.1159/000379755

Snippe, E., Bos, E.H., van, d. P., Sanderman, R., Fleer, J., & Schroevers, M. J. (2015). Time-series analysis of daily changes in mindfulness, repetitive thinking, and depressive symptoms during mindfulness-based treatment. *Mindfulness*, 6(5), 1053-1062. doi:10.1007/s12671-014-0354-7

Snippe, E., Nyklicek, I., Schroevers, M.J. & Bos, E.H. (2015). The temporal order of change in daily mindfulness and affect during mindfulness-based stress reduction. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 106-114. doi:10.1037/cou0000057

Snippe, E., Schroevers, M.J., Annika Tovote, K., Sanderman, R., Emmelkamp, P.M.G. & Fleer, J. (2015). Patients' outcome expectations matter in psychological interventions for patients with diabetes and comorbid depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 307-317. doi:10.1007/s10608-014-9667-z

Strunk, D.R., Brotman, M.A. & DeRubeis, R.J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 599-606. doi:10.1016/j.brat.2010.03.011

Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.

Teasdale, J.D., Segal, Z. & Williams, J.M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 25-39. doi:10.1016/0005-7967(94)E0011-7

Tovote, K.A., Fleer, J., Snippe, E., Peeters, A.C.T.M., Emmelkamp, P.M.G. et al. (2014). Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 37(9), 2427-2434. doi:10.2337/dc13-2918

Van der Velden, A.M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J. et al. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 37, 26-39.

Webb, C.A., Kertz, S.J., Bigda-Peyton, J. & Björqvinnson, T. (2013). The role of pretreatment outcome expectancies and cognitive-behavioral skills in symptom improvement in an acute psychiatric setting. *Journal of Affective Disorders*, doi:10.1016/j.jad.2013.02.016

Westra, H.A., Arkowitz, H. & Dozois, D.J.A. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1106-1117. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.014