

Er is een groep mensen die lijdt aan een depressieve stoornis, die onvoldoende geholpen kan worden. Kan Acceptance and Commitment Therapy (ACT) daaraan bijdragen? Biedt ACT iets anders dan bestaande therapieën en heeft deze vorm op een of andere manier meerwaarde boven de gebruikelijke therapieën? Wat rechtvaardigt de ontwikkeling van alweer een nieuwe therapie voor depressie? Jacqueline A-Tjak ging op zoek naar antwoorden. 'ACT is van meet af aan ontwikkeld om breed in te zetten.'

ACT ALS TRANS-DIAGNOSTISCHE BENADERING VOOR DEPRESSIE

ALS HET PROTOCOL NIET PAST

INTRODUCTIE

Wereldwijd lijden zo'n 264 miljoen mensen aan een depressie (WHO, 2020). Van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar heeft 18,7% ooit in het leven een depressieve stoornis doorgemaakt (GGZ Standaarden, 2018). Dit betekent onder meer dat jaarlijks ongeveer 135.600 volwassenen voor het eerst een depressie doormaken. Wanneer eerste episodes en latere episodes bij elkaar genomen worden, hebben jaarlijks ruim een half miljoen volwassenen in Nederland een depressieve stoornis.

Op jaarbasis (2007-2009) worden de kosten van verzuim door een depressie geschat op ongeveer 1,8 miljard euro (Trimbos Instituut). Bij ongeveer 20% van de mensen is er sprake van een chronische depressie, dat wil zeggen een duur van meer dan 24 maanden. In de vijf jaar na herstel is er een kans van 70% op een nieuwe episode (GGZ Standaarden, 2018). Deze kans neemt toe met de jaren en bijkomende episodes.

Bij de helft van alle mensen met een depressieve episode gaat deze binnen drie maanden spontaan over. Bij wie een depressie langer duurt, treedt verbetering op na gemiddeld zes maanden, door behandeling of door spontaan herstel. Bij ongeveer de helft van de mensen die een eerste depressieve episode doormaken, komt de aandoening terug nadat de cliënt is hersteld (GGZ Standaarden, 2018).

Comorbiditeit en andere variabelen, zoals de ernst van de episode en het aantal eerdere episodes, kunnen de impact hebben van bijna een verdubbeling of zelfs meer van de duur van de depressieve episode (Richards, 2011). De comorbiditeit van depressie met andere aandoeningen, zoals angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verslaving is hoog (Brown et al., 2001; Melartin et al., 20202).

Kortom, een depressie kan van voorbijgaande aard zijn, maar kan zich evengoed ontwikkelen tot een blijvende of terugkerende toestand, met ernstige impact op het eigen leven en dat van de omgeving.

BEHANDELING VAN DEPRESSIE

Gelukkig zijn er heel wat behandelingen ontwikkeld om hier iets aan te doen. Algemeen geaccepteerd is om mildere, kortdurende vormen van depressie niet te behandelen, maar te monitoren of te begeleiden met steunende, activerende interventies. Pas in tweede instantie, als deze interventies onvoldoende resultaat bieden, worden korte psychologische behandelingen aangeboden, zoals *problem solving treatment*. Bij aanhoudende, terugkerende depressie of ernstigere symptomen worden cognitieve gedragstherapie (CGT), interpersoonlijke therapie (IPT), gedragstherapie en kortdurende psychodynamische psychotherapie aanbevolen (GGZ Standaarden, 2018).

Bij de helft van alle mensen met een depressieve episode gaat deze binnen drie maanden spontaan over

Hoewel er sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw steeds meer behandelingen beschikbaar kwamen, daalde de twaalfmaandenprevalentie in de populatie niet (Ormel, Kessler & Schoevers, 2019). Het lijkt er dus op dat ondanks de ontwikkeling van nieuwe behandelingen en ruim veertig jaar onderzoek er weinig verbeterd is.

Niet duidelijk is echter of de cijfers daadwerkelijk gelijk blijven, of dat er iets anders aan de hand is. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat meer mensen depressief worden dan voorheen en er ook meer mensen opknappen van behandeling, waardoor het prevalentiecijfer gelijk blijft. De positieve invloed van naasten kan zijn toegenomen doordat zij meer alert zijn en meer kennis hebben van depressie door aandacht in de media. Hierdoor is hun steun mogelijk effectiever dan in het verleden.

Een andere mogelijkheid is dat mensen zich beter realiseren dat zij depressief zijn, bijvoorbeeld door meer voorlichting, waardoor meer mensen op vragenlijsten aangeven dat zij depressief zijn. Mogelijk is het stellen van de diagnose verbeterd, waardoor bij meer mensen een depressie wordt vastgesteld. Het kan ook zijn dat de methode van meten in de loop van die ruim veertig jaar is veranderd.

Als er meer mensen gevonden worden die lijden aan een depressie en de prevalentiecijfers blijven gelijk, dan zouden er meer mensen moeten opknappen. Desalniettemin schommelen de cijfers met betrekking tot het percentage cliënten dat opknapt van een psychologische behandeling al decennia rond de 70%. Bovendien zouden de bestaande behandelingen slechts ongeveer een derde van de ziektelast van depressies kunnen wegnemen, onder ideale omstandigheden (Cuijpers et al., 2010).

Daar komt nog bij dat hoe vaker iemand depressief geweest is en/of hoe meer restsymptomen na behandeling overblijven, hoe groter de kans dat men opnieuw depressief wordt (Bockting, Hollon, et al., 2015). Meerdere behandelvormen kunnen worden toegepast om dit te voorkomen, zoals preventieve cognitieve therapie (Bockting, Smid, et al., 2015), *mindfulness based cognitive therapy* (Kuyken et al., 2015) en

well-being-therapie (Fava, 2007). Voor mensen bij wie een depressieve episode meer dan twee jaar duurt, is *cognitive behavioral analysis system of psychotherapy* (CBASP) ontwikkeld (McCullough, 2000). Die is onder meer gebaseerd op de bevinding dat in de jeugd van mensen met een chronische depressie vaak sprake is geweest van geweld, verwaarlozing en/of misbruik.

Bij volwassenen is de werking van CGT en IPT ruimschoots aangetoond. Meta-analyses wijzen in de richting van gelijkwaardige effecten van diverse behandelvormen voor depressie (Barth et al., 2013). Het nadeel van meta-analyses is echter dat vaak informatie over behandelvormen voor depressie met verschillende duur en intensiteit bij elkaar gebracht wordt. Wordt dit onderscheid in onderzoek niet meegenomen, kan onduidelijk blijven of en bij welke ernst van de klachten een therapievorm succesvol is.

VERBETEREN VAN BESTAANDE BEHANDELINGEN OF ONTWIKKELEN VAN NIEUWE? Heeft het nog zin om nieuwe behandelingen te ontwikkelen voor een eerste depressieve episode als er al diverse werkzame therapieën zijn? Cuijpers et al. (2010) betogen dat dit alleen zinvol is als nieuwe therapieën minimaal even effectief zijn als bestaande therapieën. Daarnaast moeten er bijkomende redenen zijn om de nieuwe therapie te gaan gebruiken. Daarbij gaan Cuijpers en collega's ervan uit dat deze redenen gezocht moeten worden in het verminderen van ziektelast of in positieve effecten op comorbiditeit. Andere redenen kunnen gelegen zijn in de acceptatie van de methode door cliënten en therapeuten. Een toename in kwaliteit van leven kan een belangrijke toevoeging zijn. Hoewel symptoomreductie dikwijls leidt tot een verbetering van kwaliteit van leven, hangen deze twee concepten niet een-op-een samen, maar vormen ze twee continua (Keyes, 2007).

Is het beter om alle onderzoeksinspanningen en mogelijkheden te richten op het verbeteren van de werkzaamheid van één behandelvorm, zoals CGT? CGT is inzetbaar bij diverse diagnoses, problemen en comorbiditeit en de werkzaamheid ervan is op velerlei gebied aangetoond (Hofmann et al., 2012). Problematisch is echter de protocollaire benadering van CGT. Wie zich houdt aan een wetenschappelijk onderzocht protocol, kan ervan uitgaan dat de cliënt zo'n 50 tot 60% kans heeft om te profiteren van de behandeling, mits de cliënt valt onder de onderzochte groep (Cuijpers, 2018). Bij comorbiditeit dient vervolgens een volgend protocol geraadpleegd te worden, dat zich richt op de co-morbide stoornis. Dit lijkt een weinig efficiënte benadering.

De vraag is wat er overblijft van de wetenschappelijke onderbouwing, als de protocollaire werkwijze wordt losgelaten. Is aangetoond dat CGT, in al zijn vormen, werkt? Of werken alleen bepaalde protocollen of interventies? Therapeuten die ik tijdens opleiding of supervisie spreek, vragen zich dikwijls af of zij van een protocol mogen afwijken, wanneer zij menen dat interventies die niet in het protocol staan effectief zouden kunnen zijn. Zij zijn bang dat zij niet evidence-based werken als zij van een protocol afwijken, waarbij werkzaamheid ondergeschikt lijkt te worden aan evidence-based werken.

Bovendien is het de vraag of CGT, al dan niet in combinatie met een antidepressivum, voor alle mensen met depressie even geschikt is. De wetenschap is nog niet zover gevorderd dat we kunnen voorspellen welke cliënt van welke behandelvorm het meest zal profiteren, hoewel er enige hoopgevende onderzoeken op dit gebied gepubliceerd zijn (bijv. DeRubeis et al., 2014; Huijbers et al., 2015). Als mensen onvoldoende opknappen van een medicamenteuze, psychologische of combinatiebehandeling, kan een depressie zich ontwikkelen tot een chronische aandoening. Voor 20 tot 50% van de mensen die ooit depressief waren, is dit het geval (Boland & Keller, 2009; Eaton et al., 2008). In de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap wordt geadviseerd bij onvoldoende verbetering door een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) na 4 tot 6 weken over te schakelen naar een andere SSRI of een tricyclisch antidepressivum. Bij psychologische behandelingen kan het overschakelen naar een andere therapievorm ook zinvol zijn.

Om cliënt en therapievorm beter te kunnen matchen, moeten we onder meer begrijpen waarom een therapie wel of niet werkt. Zijn het de beoogde processen, die door een therapievorm op gang gebracht worden, die vervolgens leiden tot afname van symptomen? En is symptoomreductie de gewenste uitkomst? Of gaat het ook of juist om verbeteren van kwaliteit van leven? Zijn er subgroepen aan te wijzen bij wie een bepaalde therapievorm beter of slechter werkt dan bij andere subgroepen, en waarom?

Het is tegen deze achtergrond dat ik mij verdiepte in de werking van Acceptance and Commitment Therapy (ACT) voor mensen met depressie. Het onderzoek dat hieruit voortkwam leidde uiteindelijk tot mijn proefschrift (A-Tjak, 2020). Onderhavig artikel is daarop gebaseerd.

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY

ACT, uitgesproken als woord, niet als afkorting, is ontwikkeld door Steven Hayes en collega's (Hayes, Strosahl & Wilson,

KADER. DEPRESSIE VOLGENS DE DSM

Er is sprake van een depressieve stoornis volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) indien vijf (of meer) van de volgende symptomen binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest zijn en afwijken van het eerdere functioneren; minstens één van de symptomen is ofwel (1) een sombere stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.

1. Sombere stemming, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag;
2. Duidelijk verminderd(e) interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag;
3. Significant gewichtsverlies zonder dat dieet wordt gehouden, of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5% van het lichaamsgewicht binnen één maand), of bijna elke dag een afgenomen of toegenomen eetlust;
4. Insomnia of hypersomnia bijna elke dag;
5. Psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag (waarneembaar door anderen);
6. Vermoeidheid of verlies van energie, bijna elke dag;
7. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die het karakter van een waan kunnen hebben) bijna elke dag (niet alleen zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn);
8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag;
9. Recidiverende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), recidiverende suïcidedachten zonder een specifiek plan of een suïcidepoging, of een specifiek plan om suïcide te plegen.

2006). Feitelijk is het niet ontwikkeld als therapievorm, maar als model voor menselijk (dis)functioneren en gedragsverandering. Vanuit deze brede opzet wordt ACT toegepast als therapie bij diverse stoornissen en probleemgebieden, bij verschillende doelgroepen en ook buiten het domein van de (geestelijke) gezondheidszorg. ACT-principes worden bijvoorbeeld gebruikt op scholen, in werksettings en bij mensen die topprestaties moeten leveren, zoals in de sport.

Onder meer de CGT zoals de versie van Beck en anderen (1979), is aanvankelijk ontwikkeld om toe te passen bij depressie. Later vond CGT een bredere toepassing. ACT is van

meet af aan ontwikkeld om breed in te zetten. Het is een trans-diagnostisch of zelfs a-diagnostisch model. Het gaat ervan uit dat alle mensen bloot staan aan bepaalde psychologische processen, die in de loop van de evolutie zijn ontstaan en ons als mensensoort goed hebben geholpen te overleven.

Deze processen hebben echter ook een keerzijde, zoals zoveel evolutionaire ontwikkelingen. Het gaat hier om ons vermogen om ons op een symbolische manier tot de wereld te verhouden, ons vermogen om symbolen te relateren aan ervaringen in de reële wereld. We kunnen woorden, afbeeldingen en gebaren gebruiken als representant van objecten en ervaringen. Hierdoor krijgen deze symbolische representanten zelf betekenis. Het gaat hier om taal, denken

en communiceren in de meest brede zin van het woord. Als we bijvoorbeeld denken aan een geliefd persoon, dan kunnen we deze persoon als het ware voor ons zien. Dit kan warme gevoelens opwekken, terwijl deze persoon niet daadwerkelijk in onze nabijheid is.

De *relational frame theory* (RFT) beschrijft hoe wij dit vermogen verwerven en hoe dit uitwerkt in ons gedrag (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). Door dit vermogen tot het leggen van relaties, kunnen wij beter samenwerken en dus beter overleven. We kunnen anderen waarschuwen als er gevaar is, of om hulp vragen. De keerzijde is dat wij een toekomst vol gevaren en problemen kunnen bedenken, onszelf en anderen kunnen evalueren als slecht, negatief,

IN-FLEXIBELE SUBPROCESSEN

Experiëntiële vermijding is het onder controle proberen te brengen van gedachten, emoties, lichamelijke sensaties en dergelijke. Deze innerlijke ervaringen worden beleefd als onwenselijk, gevaarlijk, slecht of ondraaglijk. Het systematisch niet willen hebben van deze ervaringen leidt tot gedrag dat veel tijd en energie kost. Het versterkt deze ervaringen, maakt ze meer centraal en leidt af van gedrag dat het leven verrijkt.

Fusie is het gevolg van het automatisch en onbewust leggen van relaties en toekennen van betekenis. Fusie leidt ertoe dat mensen zich gedragen volgens overtuigingen of regels, zonder dat zij dit in de gaten hebben. Ze ervaren dit als normaal, hoe het hoort, wie ze nu eenmaal zijn. Iemand valt als het ware samen met gedachten en overtuigingen. Hierdoor verdwijnt uit zicht dat er ook andere gedragsmogelijkheden zijn. Iemand kan bijvoorbeeld geleerd hebben dat je altijd antwoord moet geven op een vraag, hoe impertinent of onzinnig deze ook is. De mogelijkheid om geen antwoord te geven, of een onzinnig antwoord, komt niet meer op of wordt beleefd als onmogelijk.

Uit contact met het huidig moment betekent dat iemand geen (volgehouden) aandacht heeft voor bepaalde aspecten van zijn ervaring. Dit kan gaan om zintuiglijke ervaringen in de buitenwereld en innerlijke ervaringen. Vaak is dit het gevolg van in gedachten zijn, maar het kan ook te maken hebben met snel afleidbaar zijn. Belangrijke informatie wordt zo misgelopen, zoals de informatie over de consequenties van het eigen gedrag, of de aard van

reacties van anderen. Deze informatie kan belangrijk zijn om het eigen gedrag bij te sturen om beter in staat te zijn om waardengericht te handelen.

Fusie met zelf als inhoud is een bijzondere vorm van fusie. Zelf als inhoud gaat over hoe we onszelf, met onze ervaringen, beschrijven en evalueren. Het sluit aan op het meer gangbare concept van zelfbeeld. De manier waarop we over onszelf spreken kan bepalen wat we wel en niet doen. Iemand die zichzelf ziet, of wil zien, als een aardig persoon, zou problemen kunnen hebben met assertiviteit. Assertief zijn kan het beeld van aardig zijn als het ware bedreigen, waardoor assertief gedrag wordt nagelaten. Iemand die bang is om dom gevonden te worden, kan zich stilhouden in vergaderingen om niet door de mand te vallen. In het ACT-model maakt het niet uit of het zelfbeeld positief of negatief is. De fusie ermee maakt dat iemand vastloopt.

Verwijderd van waarden betekent dat iemand niet goed weet wat men belangrijk vindt in het leven. Het eigen gedrag staat weinig in relatie tot waardevolle doelen. Het staat meer in relatie tot normen of regels, zoals dat hard werken belangrijk is.

Onwerkbaar gedrag betekent dat iemand inactief is, impulsief te werk gaat, of vooral dingen doet uit vermijding. Het gedrag levert weinig intrinsieke bekrachtiging op, weinig bevrediging. Dit kan gaan over iets doen omdat het van anderen of van jezelf moet. Werken om te voldoen aan (je eigen) hoge eisen of normen kan leiden tot een verschraving van het bestaan.

ongewenst en regels kunnen bedenken over ons gedrag, die ons in de weg zitten. Wanneer iemand zichzelf als 'slecht' evalueert, kan deze persoon dit als een levensgevaarlijk probleem zien en als oplossing bedenken om zichzelf van het leven te beroven. Daarmee is de 'slechtheid' uit de wereld.

Een tweede proces dat ons volgens ACT vanuit de evolutie zowel helpt als in de problemen brengt, is vermijding. In combinatie met het leggen van relaties en het overbrengen van betekenis via taal ontstaat zogeheten *experientiële vermijding*. Dit is het onder controle proberen te brengen van innerlijke ervaringen zoals gedachten, emoties, lichamelijke sensaties en dergelijke. Het leidt tot een strijd met onze eigen binnenwereld. Wanneer iemand bijvoorbeeld bang is in paniek te raken, gaat deze persoon situaties uit de weg die angst kunnen opleveren. De angst wordt een voorbode van paniek en zelf iets om bang van te worden. Angst moet in de gaten gehouden worden. En zodra angst zich voordoet, moet er iets gebeuren om de angst onder controle te krijgen. Onder meer ontspanningsoefeningen, afleiding zoeken en geruststelling vragen worden ingezet om de angst te

verminderen. Tijdelijk leidt dit tot verbetering, maar de angst komt terug en de leefwereld wordt steeds kleiner.

Deze processen gelden dus voor alle mensen, niet alleen mensen die lijden aan een te classificeren stoornis. En deze processen zorgen ervoor dat we allemaal van tijd tot tijd in meer of mindere mate psychologisch vastlopen. In het ACT-model van psychologische inflexibiliteit is dit uitgewerkt in zes inflexibele subprocessen (zie kader). Er zijn ook zes flexibele subprocessen (zie eveneens kader), die de tegenhangers vormen van de inflexibele processen (A-Tjak, 2015).

ACT BIJ DEPRESSIE *Experientiële vermijding* kan vele vormen aannemen. Bij depressie zal dit vaak de vorm aannemen van rumineren, gedachten onderdrukken, passiviteit, het geven van redenen waarom men depressief is en suïcidaliteit. Aangetoond is dat mensen die geloofwaardige redenen kunnen aangeven, minder opknappen van behandeling en zelfs moeilijker te behandelen zijn dan mensen die dat niet doen (Addis & Jacobson, 1996). Mensen met depressie vermijden vaak bepaalde emoties, zoals boosheid of verdriet. Ze willen

FLEXIBELE SUBPROCESSEN

Acceptatie is het proces van actief toelaten van innerlijke ervaringen en de controle erover loslaten. Het is geen passieve overgave, maar een bewuste keuze om de eigen ervaring aan te gaan. Hierdoor komt er tijd en energie vrij om te steken in waardevolle activiteiten en komt er zelfkennis beschikbaar. Voordat acceptatie mogelijk is, is het nodig bewust te zijn of worden van (de functie van) iemands controlestrategieën.

Defusie is het proces van bewustwording hoe fusie werkt en wanneer het zich voordoet. Het is bewustwording van het proces van denken en hoe dit het eigen gedrag beïnvloedt. Hierdoor ontstaat als het ware afstand tussen denker en gedachte, waardoor andere gedragsopties zichtbaar en toegankelijk kunnen worden.

In contact met het huidig moment betekent dat iemand bewust een focus voor de aandacht kiest, het opmerkt als de aandacht is afgeleid en deze terug kan brengen en de aandacht weer los kan laten als dat zinvol is. Ook gaat het om het vernauwen of verbreden van de focus. Mindfulness-oefeningen worden vaak gebruikt om de aandacht te trainen.

Zelf als context is het proces van bewust een observe-

rend perspectief innemen. Hier hangt mee samen dat men zich ervan bewust is dat iedereen zijn eigen perspectief heeft. Mensen kunnen hun eigen gedrag observeren en het observeren zelf observeren. Ze vallen dus niet helemaal samen met hun gedrag, ook niet met gedragingen als denken en voelen.

Waarden gaan over doen wat ertoe doet. Dat bestaat uit wat iemand doet en uit hoe en waartoe iemand iets doet. Als therapeute doe ik mijn werk omdat ik mensen wil helpen zichzelf te mogen zijn. Ik wil ze in staat stellen om een waardevol leven te kunnen leiden, ook als zij beperkingen ervaren. Dit is het waartoe van mijn werk. Het hoe bestaat onder meer uit professionaliteit, respect, vriendelijkheid en mededogen.

Toegewijde actie is het bewust ondernemen van iets wat er voor jou persoonlijk toe doet en daardoor ook spannend of lastig kan zijn. Het betekent dat je bereid bent een risico te nemen – bijvoorbeeld dat anderen het niet waarderen, of dat het tegenvalt. De andere flexibele processen helpen om met angsten, onzekerheden, lastige gedachten, zelfbeelden en dergelijke om te gaan, die in de weg kunnen lijken te staan.

zich niet kwetsbaar voelen. Ook somberheid of je ongelukkig voelen kan vermeden worden. Experiëntieële vermijding verloopt vaak automatisch en onbewust en wordt in stand gehouden door kortetermijnwinst en de hoop, verwachting of overtuiging dat vermijding de oplossing gaat bieden. Acceptatie is een alternatieve vorm van emotieregulatie, waarbij juist toenadering wordt tot de eigen innerlijke ervaringen.

Mensen kunnen hun eigen gedrag observeren en het observeren zelf observeren

Cognitieve fusie houdt in dat ons gedrag aangestuurd wordt door automatisch verlopende denkprocessen, gedachten en overtuigingen, die kunnen leiden tot ineffektieve gedragspatronen. Bij depressie gaat het vaak om rumineren, redenen geven, evalueren en verhalen vertellen. Zowel rumineren als redenen geven zijn dus vormen van gedrag waarbij meerdere processen van ACT meespelen. De zes processen van psychologische (in)flexibiliteit hangen onderling nauw samen. Gedragingen kunnen meerdere processen reflecteren. Evaluaties worden vaak gezien als beschrijvingen, of feiten die de realiteit weerspiegelen, in plaats van als een product van een persoonlijk denkproces. Levensverhalen kunnen zo verteld worden, dat er geen andere uitkomst mogelijk is dan de depressie waarin iemand gevangen is geraakt. Defusie is het proces van bewustwording van het proces van denken en de invloed daarvan, waardoor er een keuze ontstaat om tot ander gedrag te komen.

Zelf als inhoud gaat over fusie met het verhaal over wie we zijn, het zelfbeeld dat we erop nahouden. Zeker in het geval van een chronische depressie kan een depressieve identiteit ontstaan. Maar ook andere zelfbeelden kunnen iemand ervan weerhouden te doen wat effectief en gewenst is. Zelfkritiek, schaamte en perfectionisme zijn voorbeelden van inflexibele zelfprocessen die bij depressie een grote rol kunnen spelen. Door contact te maken met een observerend perspectief, dat zelf als context genoemd wordt, wordt de denker gescheiden van de gedachte, de voeler van het gevoel.

Uit contact zijn met het moment betekent te weinig aandacht of een vernauwde aandacht hebben voor relevante aspecten van de eigen innerlijke ervaring en de ervaring via de zintuigen. Dit zou bij depressie ten grondslag kunnen liggen aan het onvermogen om te genieten. Daarnaast leidt dit proces tot onvoldoende contact met de consequenties van het eigen gedrag. De kennis over consequenties kan niet gebruikt worden om het eigen gedrag bij te sturen. Bijvoorbeeld, wanneer iemand niet in de gaten heeft dat andere mensen vriendelijk reageren als men om hulp vraagt, kan deze persoon blijven denken dat anderen niet willen helpen. Dit kan ertoe leiden dat iemand niet om hulp vraagt. Iemand kan assertiever willen leren reageren, maar dit op een onaangename manier doen, waardoor relaties onder druk komen te staan. Als deze persoon dat niet in de gaten heeft, kan iemand dat niet bijsturen. Het gedrag is of blijft ineffektief. Het leren kiezen van een relevante focus voor de aandacht, opmerken wanneer de aandacht is afgeleid en deze weer kunnen terugbrengen en de focus kunnen verschuiven of verbreden als dat zinvol is, is het proces van in contact komen en zijn met het huidige moment.

Verwijderd van waarden betekent dat iemand niet goed weet wat men belangrijk vindt in het leven. Weten wat belangrijk is en daarnaar kunnen handelen, leidt tot intrinsieke bekrachtiging (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012). Dit is bekrachtiging die natuurlijk volgt uit gedrag. De doorlopende bekrachtiging leidt vervolgens tot het ontstaan van gedragspatronen, die tot een gewenste uitkomst leiden (zoals een zinvol leven) en die in stand blijven. Problemen met waarden kunnen, zeker bij depressie, voortkomen uit het streven naar doelen en uitkomsten, in plaats van in contact zijn met het proces van leven naar waarden. Ook kunnen de nagestreefde doelen niet passen bij iemands eigen waarden. Verder kunnen mensen, als experiëntieële vermijding het gedrag domineert, zich steeds verder verwijderen van hun waarden en de bijkomende bekrachtiging.

Onwerkbaar gedrag betekent dat iemand geen uitvoering kan geven aan de waarden die men heeft. Dit kan te maken hebben met uitstelgedrag, zich terugtrekken uit het leven, impulsiviteit, geen raad weten met bijkomende emoties en gedachten, niet in staat zijn om langdurig te werken aan de opbouw van waardengerichte gewoonten. Het expliciteren welke levensrichting men in wil slaan, in combinatie met bewuste keuzes maken en lastige ervaringen goed kunnen hanteren, helpt om te doen wat ertoe doet. Zo kan de inactiviteit waarin depressieve mensen terecht kunnen komen, worden doorbroken.

WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE VOOR ACT

EFFECTEN OP DEPRESSIE EN KWALITEIT VAN LEVEN Om toegepast te mogen worden in de geestelijke gezondheidszorg en aanpalende gebieden zoals de verslavingszorg, dient te worden aangetoond dat ACT werkzaam is bij te classificeren stoornissen. Om hieraan bij te dragen, voerden mijn medeauteurs en ik een meta-analyse uit naar de werkzaamheid van ACT bij diverse psychologische problemen (A-Tjak et al., 2015). Hieruit kwam naar voren dat ACT tot betere uitkomsten leidde dan controlecondities, zoals wachtlijst, psychologische placebo en gebruikelijke behandelingen, zowel na de behandeling als bij follow-up. We vonden geen significant verschil met CGT.

Onze conclusie luidde dat er waarschijnlijk een verbetering te zien was in methodologische kwaliteit van de studies in de loop van de tijd. Deze conclusie week af van de conclusie die Öst (2014) trok in zijn meta-analyse. Inmiddels zijn er meerdere meta-analyses verschenen, waarin onderzoek naar ACT, onder andere voor depressie, is samengebracht. De betrekkelijkheid van de uitkomsten van meta-analyses is hierboven al toegelicht. Desalniettemin leiden deze meta-analyses stevast tot de conclusie dat ACT werkt, evengoed als controlecondities en niet beter dan CGT (Bai et al., 2019; Gloster et al., 2020).

Er zijn zeker dertig studies gepubliceerd waarin de werking van ACT bij depressieve klachten of stoornissen is onderzocht. In 2010, bij aanvang van mijn promotieonderzoek, waren er veel minder studies gepubliceerd en zeker geen studies naar de depressieve stoornis. Wij voerden een gerandomiseerde studie uit, met 82 cliënten, die een individuele ACT- of CGT-behandeling kregen, naast eventueel een antidepressivum (A-Tjak et al., 2018). Na behandeling voldeden 75% en 80% van de cliënten, respectievelijk voor de ACT- en CGT-conditie, niet meer aan de criteria van de depressieve stoornis. We vonden in beide condities hoge effectgroottes op de depressiematen en de maat voor kwaliteit van leven.

Als depressiematen gebruikten wij de *Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Rated* (QIDS-SR; Trivedi et al., 2004) en de *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS; Hamilton, 1960). Beide maten vragen naar de symptomen zoals deze in classificatiesystemen zoals de DSM worden benoemd. Cliënten kunnen de aanwezigheid en ernst van de symptomen aangeven. Kwaliteit van leven werd gemeten met de *European Health Interview Surveys Quality of Life Scale* (EUROHIS; Power, 2003). Voorbeelden van items zijn: 'Hoe tevreden bent

u met uw gezondheid?' en 'Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke relaties?' Antwoorden worden gegeven op een Likertschaal die loopt van 1 (laag/helemaal niet/zeer ontevreden) tot 5 (hoog/altijd/zeer tevreden). De effecten op de QIDS en EUROHIS bleven behouden tot zes en twaalf maanden na behandeling (A-Tjak et al., 2021). De HDRS werd bij follow-up niet afgenomen. Belangrijk om te vermelden is dat met 82 cliënten de power van ons onderzoek beperkt was. Dit betekent dat de kans aanwezig is dat er wel een verschil is tussen de effectiviteit van ACT en CGT op populatieniveau, terwijl wij dit niet gevonden hebben in ons onderzoek.

VOORSPELLERS VAN BEHANDELING Om meer zicht te krijgen op voorspellers van een al dan niet gunstige uitkomst van behandeling onderzochten we de rol van hechting (A-Tjak et al., 2020). We hebben dit gemeten met de *Experiences in Close Relationships* (ECR; Brennan, Clark & Shaver, 1998). De ECR bestaat uit 36 stellingen, waarbij op een 7-punts Likertschaal aangegeven kan worden in hoeverre de cliënt het met deze stelling eens is. Het antwoord '1' staat voor 'volledig mee oneens' en het antwoord '7' voor 'volledig mee eens'. Voorbeelden van stellingen zijn 'Ik maak me zorgen dat partners niet zoveel om mij geven als ik om hen geef' en 'Ik voel me ongemakkelijk wanneer een partner een erg hechte band wil'.

Omdat het aantal cliënten per conditie te laag was om voldoende power te hebben, hebben we beide groepen samengenomen. We vonden dat hechtingsangst voorafgaande aan de behandeling geen significante voorspeller voor uitkomsten met betrekking tot depressie en kwaliteit van leven was. Hogere scores voor het *vermijden* van hechting vóór behandeling hingen wel samen met betere uitkomsten voor depressie. Ook vonden we dat *veranderingen* in hechtingsangst en vermijding, van vóór tot na de behandeling, betere behandelingsresultaten voorspelden. Depressieve symptomen namen af en kwaliteit van leven nam toe als hechtingsangst en vermijding afnamen. Cliënten vertoonden na behandeling een vermindering van zowel hechtingsvermijding als hechtingsangst. Dit betekent dat deze twee problemen gewijzigd kunnen worden door middel van therapie en dit kan een gunstig effect hebben op de uitkomst van behandeling.

MEDIATIE Om de vraag te beantwoorden hoe CGT en ACT werken en of zij wellicht via andere processen werken, hebben we mediatieonderzoek gedaan (A-Tjak et al., 2021). Mediatieonderzoek probeert de vraag te beantwoorden welke processen die zich in de behandeling afspelen verant-

‘Het is verschrikkelijk om afgekeurd te worden door mensen die belangrijk zijn voor jou’

woordelijk zijn voor de uitkomst van die behandeling. Bij CGT wordt bijvoorbeeld verondersteld dat het veranderen van gedachten leidt tot symptoomreductie. Het veranderen van gedachten is een potentieel mediërend proces. Het ACT-model gaat ervan uit dat de zes processen van psychologische flexibiliteit leiden tot de gewenste uitkomsten. Voor goed mediatieonderzoek is het van belang regelmatige metingen te doen, vóór, na én tijdens de behandeling, van de beoogde processen en de uitkomstmaat.

Wij kozen voor dysfunctionele attitudes, gemeten met de *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS; de Graaf, Roelofs & Huibers, 2009), decentering met een subschaal van de *Experiences Questionnaire* (EQ; Fresco et al., 2007) en experiëntiële vermijding met de *Acceptance and Action Questionnaire II* (AAQ II; Jacobs et al., 2008). Voorbeelden van vragen uit de DAS zijn: ‘Als ik het niet even goed doe als anderen, dan betekent dit dat ik een minderwaardig persoon ben’ en ‘Het is verschrikkelijk om afgekeurd te worden door mensen die belangrijk zijn voor jou’. Antwoorden worden gegeven op een Likertschaal die loopt van 1 (volledig mee eens) tot 7 (volledig niet mee eens). Voorbeelden van vragen op de EQ zijn: ‘Ik kan onplezierige gevoelens observeren zonder daar helemaal in meegezogen te worden’ en ‘Ik kan rustig de tijd nemen om op moeilijkheden te reageren’. Antwoorden worden gegeven op een Likertschaal die loopt van 1 (nooit) tot 5 (altijd). Voorbeelden van items van de AAQ II zijn: ‘Het is okeë als ik mij iets onaangenaams herinner’ en ‘Ik heb controle over mijn leven’. Antwoorden worden gegeven op een Likertschaal die loopt van 1 (nooit waar) tot 7 (altijd waar).

Deze drie vragenlijsten werden, tezamen met de QIDS, afgenomen vóór en na behandeling en verder in de 1^e, 6^e, 11^e en 16^e zitting. Dit betekende dat er 4-6 meetmomenten waren, afhankelijk van hoelang de behandeling duurde. Dit varieerde tussen de 8 en 20 zittingen. We vonden dat een afname van de disfunctionele attitudes tijdens beide condities resulteerde in minder depressieve symptomen na de behandeling. Dat is op het eerste gezicht merkwaardig, omdat in ACT niet expliciet gewerkt wordt aan het veranderen van dysfunctionele gedachten, zoals dit wel in CGT centraal staat.

Een toename van psychologische flexibiliteit kan volgens het model echter wel leiden tot een bredere gedachteninhoud. Onze bevindingen kunnen betekenen dat ACT en CGT via eenzelfde proces werken, maar ook dat dysfunctionele attitudes door processen worden beïnvloed, die wij niet gemeten hebben. Deze bijkomende processen zouden mogelijk wel kunnen verschillen in ACT en CGT.

Decentering, het afstand nemen van gedachten (en andere innerlijke ervaringen, zoals gevoelens), medieerde zowel ACT als CGT, maar niet in dezelfde fase van de behandeling. We beoogden de EQ te gebruiken om defusie te meten, zoals in de literatuur vaker wordt gedaan. Het lijkt er echter op dat de EQ verschillende processen meet, zoals mindfulness, het innemen van een observerend perspectief en defusie met een breed inhoudelijk spectrum, dus niet alleen defusie van cognities.

Experiëntiële vermijding nam af in beide condities. Ook dit is op het eerste gezicht onverwacht, aangezien in CGT niet expliciet wordt gewerkt aan acceptatie. De houding van een CGT-therapeut is echter acceptierend ten opzichte van wat cliënten te berde brengen. Bovendien worden ook in CGT-clieñten uitgenodigd om bij zichzelf stil te staan, wat een vorm van acceptatie is. We vonden dat alleen in de ACT-conditie een afname van experiëntiële vermijding tijdens een periode van vijf sessies voorspellend was voor een afname van depressieve symptomen in de volgende periode van vijf sessies. Dit betekent dat in ons onderzoek er wel degelijk een verschil in werkingsmechanisme was tussen ACT en CGT.

CONCLUSIE

Wij vonden in ons onderzoek geen verschil in effectiviteit tussen ACT en CGT toegepast bij mensen met een vastgestelde depressieve stoornis. Beide therapievormen hadden een groot effect direct en zes en twaalf maanden na behandeling. Dit zowel ten aanzien van depressieve symptomen als met betrekking tot kwaliteit van leven. Dit sluit aan bij overig onderzoek, dat inmiddels aanzienlijk van omvang is (zie voor een overzicht Bai et al., 2019 en Gloster et al., 2020).

De mate van hechting speelde in ons onderzoek een rol in

de mate waarin mensen kunnen profiteren van een depressiebehandeling. Veranderingen in dysfunctionele attitudes en decentering beïnvloedden de verandering in depressieve symptomen in ACT en CGT. Experiëntiële vermijding nam bij beide behandelvormen af, maar deze verandering was alleen bij ACT verbonden met een verandering in symptomen.

Hechting zou een voorspeller kunnen zijn voor de uitkomst van een behandeling. Dit sluit aan bij de bevindingen waarop CBASP zich baseert. Een ongunstige opvoedings-situatie kan leiden tot een verstoorde hechting en kan behandeling bemoeilijken, wanneer de therapeut of therapie niet goed aansluit. Clinici doen er goed aan om dit gegeven mee te nemen in hun behandeling. Zij dienen oog te hebben voor het verband tussen de interacties in het gezin van herkomst, in huidige relaties en hoe de cliënt zich in de therapiekamer opstelt. Er is echter meer onderzoek nodig naar hechting als voorspeller en naar andere voorspellers van therapieresultaat. Het gebruik van meerdere voorspellers tegelijkertijd lijkt meer op te leveren dan één enkele voorspeller (DeRubeis et al., 2014; Huibers et al., 2015).

Tezamen met bevindingen uit ander onderzoek en diverse meta-analyses (Gloster et al., 2020; Bai et al., 2019), lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat ACT werkt. Dat wil zeggen, in de actieve fase van een depressie, in elk geval bij milde tot matige klachten bij volwassenen. Naar andere doelgroepen, zoals mensen met ernstige, langdurige depressie en andere leeftijdscategorieën dan volwassenen, is nog te weinig onderzoek gedaan.

Wat levert deze bevinding op, gezien het feit dat er al zoveel werkzame behandelingen zijn voor depressie? Allereerst kun je pas nader onderzoek doen naar werkingsmechanismen, als je hebt aangetoond dat een behandelvorm zoals ACT überhaupt werkt. In ons onderzoek komt naar voren dat ACT mogelijk een specifiek werkingsmechanisme heeft. Het kan zijn dat ACT bij bepaalde cliënten beter werkt, al weten we nog niet precies bij welke. Verder lijkt het ook zinnig dat zowel cliënt als therapeut keuze hebben in goed

onderzochte behandelvormen. Vreemd genoeg is er, bij mijn weten, geen onderzoek naar de invloed van de voorkeur van therapeuten op het behandelresultaat.

Er zijn nog andere mogelijke voordelen van ACT ten opzichte van andere behandelvormen. Ook al is nog onduidelijk of ACT en CGT echt via andere processen hun werk doen, de interventies en het model zijn duidelijk verschillend. Dit kan grote invloed hebben op de motivatie van cliënten en therapeuten. De nadruk op kwaliteit van leven in de vorm van waardengericht leven binnen ACT zal sommigen meer aanspreken dan een nadruk op symptoomreductie, terwijl anderen liever symptoomreductie nastreven. Wanneer symptoomreductie niet of maar gedeeltelijk mogelijk is, biedt ACT een aantrekkelijk perspectief. Een waardengericht leven met kwaliteit is volgens het model immers ook mogelijk wanneer er symptomen aanwezig zijn. Verder biedt het trans-diagnostische, procesgerichte model veel flexibiliteit in de toepassing. Comorbiditeit hoeft niet apart behandeld te worden, maar wordt meegenomen in dezelfde aanpak.

Craske (2012) maakt aannemelijk dat de enorme hoeveelheid behandelingshandleidingen voor verschillende aandoeeningen de implementatie van een evidence-based praktijk belemmert. Bovendien kan het gebruik van meerdere protocollen om verschillende problemen aan te pakken leiden tot slechtere behandelresultaten (Craske et al. 2007). Er zijn enige aanwijzingen dat trans-diagnostische behandelingen tot beter resultaat kunnen leiden dan diagnose-specifieke behandelingen voor het verminderen van depressie (Newby et al., 2015). Therapeuten kunnen binnen ACT gemakkelijk onderzoeksbevindingen over trans-diagnostische processen incorporeren, zoals over rumineren (Topper, Emmelkamp & Ehrling, 2010), emotieregulatie (Sloan et al., 2017), een focus op positief affect (Craske et al., 2016) en het gebruik van imaginatie (Holmes et al., 2016).

De reikwijdte van ACT is dus breed. Er zijn goede aanwijzingen dat ACT kan worden aangeboden als een vorm van

Een voordeel kan zijn dat ACT de therapeut handvatten geeft hoe men de eigen processen in de behandelkamer kan hanteren om tot het best mogelijke resultaat te komen

preventie (bijv. Fledderus et al., 2011). Er is enige evidentie dat ACT kan werken wanneer psychische problemen therapie-resistent zijn (Chakhssi et al., 2015; Clarke et al., 2014). Tot slot kan een voordeel zijn dat ACT de therapeut handvatten geeft hoe men de eigen processen in de behandelkamer kan hanteren om tot het best mogelijke resultaat te komen. Dit kan bijvoorbeeld gaan om het hanteren van de eigen onzekerheid, het openstaan voor feedback van cliënten en collega's en het empathisch vasthouden aan interventies die noodzakelijk maar pijnlijk zijn.

Kortom, de tot nu toe gevonden evidentie en mogelijkheden van ACT geven aanleiding verder onderzoek te blijven doen naar ACT als behandeling voor, onder meer, depressie.

OVER DE AUTEUR

Dr. Jacqueline A-Tjak is als klinisch psychologe werkzaam bij Skils. Zij verzorgt als supervisor van de VGCT en als ACT peer reviewed trainer cursussen in ACT. E-mail: a-tjak.turk@planet.nl.

Summary

WHEN THE MANUAL DOES NOT FIT: ACT AS A TRANSDIAGNOSTIC APPROACH FOR DEPRESSION

J. A-TJAK

A depressive disorder can be transient, but for a considerable group of people it can become an enduring, devastating condition. Several treatments have been developed, for different stages and intensities of the depressive disorder. One could question whether a new treatment, like acceptance and commitment therapy (ACT) is necessary or desirable. Research shows that ACT is effective. Evidence from our own study is presented on outcome, prediction and mediation. ACT has features that may give it some advantage over other treatments, at least for some clients and therapists. In large part this is due to its trans-diagnostic, process oriented nature, that makes it very flexible to use.

Literatuur

- A-Tjak, J.G.L. (2015). *Acceptance and Commitment Therapy. Theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- A-Tjak, J.G.L. (2020). *Unraveling the Black Dog. How can we improve treatment for depression and can ACT contribute to the improvement?* Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- 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, 30-36. Doi: <http://www.karger.com/?doi=10.1159/000365764>.
- A-Tjak, J.G.L., Morina, N., Boendermaker, W.J., Topper, M. & Emmelkamp, P.M.G. (2020). Explicit and implicit attachment and the outcomes of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 20, 155. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02547-7>
- A-Tjak, J.G.L., Morina, N., Topper, M. & Emmelkamp, P.M.G. (2018). A randomized-controlled trial in routine clinical practice comparing acceptance and commitment therapy with cognitive behavioral therapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87, 154-163. <https://doi.org/10.1159/000486807>
- A-Tjak, J.G.L., Morina, N., Topper, M. & Emmelkamp, P.M.G. (2021). One year follow-up and mediation in Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for adult depression. *BMC Psychiatry*, 21:41. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03020-1>
- Addis, M.E. & Jacobson, N.S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1417-1424.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S. & Chi, I. (2019). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P. & Cuijpers, P. (2013) Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Med*, 10(5), e1001454. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bockting, C.L.H., Hollon, S.D., Jarrett, R.B., Kuyken, W., & Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review*, 41, 16-26. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.003>
- Bockting, C.L.H., Smid, N.H., Koeter, M.W.J., Spinhoven, P., Beck, A.T. & Schene, A.H. (2015). Enduring effects of Preventive Cognitive Therapy in adults remitted from recurrent depression: A 10 year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 185, 188-194. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.048>
- Boland, R.J. & Keller, M.B. (2009). Course and outcome of depression. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 23-43). New York: The Guilford Press.
- Brennan, K.A., Clark, C.L. & Shaver, P.R. (1998) Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson, J.A. & Rholes, S. (Eds). *Attachment theory and close relationships* New York: Guilford.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. & Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Experimental Psychopathology*, 110(4), 585-599.
- Chakhssi, F., Janssen, W., Pol, S.M., Dreumel, M. & Westerhof, G.J. (2015). Acceptance and commitment therapy group-treatment for non-responsive patients with personality disorders: An exploratory study. *Personality and Mental Health*, 9, 345-356.
- Clarke, S., Kingston, J., James, K., Bolderston, H. & Remington, R. (2014).

- Acceptance and Commitment Therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 179-188.
- Craske, M.G. (2012) Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression & Anxiety*, 29, 749-753.
- Craske, M.G., Farchione, T.J., Allen, L.B., Barrios, V., Stoyanova, M. & Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1095-1109.
- Craske, M.G., Meuret, A.E., Ritz, T., Treanor, M. & Dour, H.J. (2016), Treatment for Anhedonia: A Neuroscience Driven Approach. *Depression & Anxiety*, 33, 927-938. Doi: <https://doi.org/10.1002/da.22490>
- Cuijpers P. (2018). The Challenges of Improving Treatments for Depression. *Journal of the American Medical Association*, 320(24), 2529-2530. Doi: [10.1001/jama.2018.17824](https://doi.org/10.1001/jama.2018.17824)
- Cuijpers, P., Bockting, C., van Oppen, P. & Huibers, M. J. H. (2010). De derde golf van psychotherapie bij depressie: Noodzakelijke vernieuwing of nieuwe kleren van de keizer? *Gedragstherapie*, 43, 25-34.
- DeRubeis, R.J., Cohen, Z.D., Forand, N.R., Fournier, J.C., Gelfand, L.A., Lorenzo-Luaces, L. (2014). The Personalized Advantage Index: translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PLoS One*, 9(1):e83875. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083875>
- Eaton, W.W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, H.B., Bienvenu, O.J. & Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 513-520. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.513>
- Fava, G.A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S. & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872-1876.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Pieterse, M.E., Schreurs, K.M.G. (2011). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(3), 485-495.
- Fresco, D.M., Moore, M.T., van Dulmen, M.H., Segal, Z.V. Ma, S.H., Teasdale, J.D. & Williams, J.M. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy*, 38(3), 234-246.
- GGZ Standaarden Zorgstandaard depressie (2018, 15 februari). *Depressieve stoornissen*. Verkregen van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen> op 24-01-2021.
- Gloster, A.T., Walder, N., Levin, M.E., Twohig, M.P. & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Graaf de, R., Have ten, M. & Dorsselaer van, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Graaf de, L.E., Roelofs, J. & Huibers, M.J.H. (2009). Measuring Dysfunctional Attitudes in the General Population: The Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 345. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9229-y>
- Hamilton, M.A. (1960). Rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2006). *Acceptance en commitment therapie. Een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Holmes, E.A., Blackwell, S.E., Burnett Heyes, S., Renner, F. & Raes, F. (2016) Mental Imagery in Depression: Phenomenology, Potential Mechanisms, and Treatment Implications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 249-280.
- Huibers, M.J.H., Cohen, Z.D., Lemmens, L.H.J.M., Arntz, A., Peeters, F.P.M.L., Cuijpers, P. et al. (2015). Predicting optimal outcomes in cognitive therapy or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the Personalized Advantage Index Approach. *PLoS ONE*, 10(11), e0140771. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140771>
- Jacobs, N., Kleen, M., De Groot, F.A-Tjak, J.G.L. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding. De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ II). *Gedragstherapie*, 4(41), 349-364.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... Byford, S. (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 randomized controlled trial. *The Lancet*, 386, 63-73.
- Melartin, T.K., Ryttsälä, H.J., Leskelä, U.S., Lestelä-Mielonen, P.S., Sokero, T.P., & Isometsä, E.T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(2), 126-134.
- Newby, J.M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110.
- Ormel, J., Kessler, R.C. & Schoevers, R. (2019). Depression: more treatment but no drop in prevalence: how effective is treatment? And can we do better? *Current Opinion in Psychiatry*, 32(4), 348-354.
- Öst, L.G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Power, M. (2003) Development of a common instrument for quality of life. In: Nosikov, A., & Gudex, C. (Eds.). *Developing common instruments for health surveys*. Amsterdam: IOS Press (p. 145-63).
- Richards D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1117-1125.
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H. & Staiger, P.K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychological Review*, 57, 141-163.
- Topper, M., Emmelkamp, P.M.G. & Ehring, T. (2010). Improving prevention of depression and anxiety disorders: Repetitive negative thinking as a promising target. *Applied and Preventive Psychology*, 14(1-4), 57-71. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2012.03.001>
- Trimbos Instituut. *Depressie in Nederland: feiten en cijfers*. Verkregen van <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/depressie> op 24-01-2021.
- Trivedi, M.H., Rush, A.J., Ibrahim, H.M., Carmody, T.J., Biggs, M.M. et al. (2004). The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychological medicine*, 34(1), 73-82. <https://doi.org/10.1017/s0033291703001107>
- World Health Organization (2020). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Verkregen van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> op 04-01-2021.