

# Recente ontwikkelingen in de psychotherapie

## INLEIDING

De huisarts ziet vrijwel dagelijks patiënten met psychische problemen. Soms gaan ze vanzelf over of is eerst nadere diagnostiek nodig, soms is een behandeling van de klachten in de huisartsenpraktijk afdoende (door de huisarts of POH-ggz), maar bij ernstige en/of complexe problematiek is het meestal nodig om de patiënt voor gespecialiseerde hulp te verwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het doel van alle interventies is dat er verandering plaatsvindt waardoor de patiënt zich uiteindelijk beter voelt. In dit overzichtsartikel beschrijven we enkele nieuwe vormen van psychotherapie die de laatste jaren zijn ontwikkeld: internettherapie, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT), *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) en schematherapie. We beschrijven wat de therapie inhoudt, voor wie deze vorm van therapie het meest geschikt is, en bespreken de wetenschappelijke evidentie aan de hand van een aantal recente overzichtsartikelen. Ook gaan we in op de discussie die er over deze nieuwe vormen van psychotherapie gevoerd wordt. We sluiten af met praktische implicaties voor de huisartsenpraktijk.

## INTERNETTHERAPIE

Het laatste decennium is er veel te doen geweest over het volgen van therapie via internet of de computer. Daarbij gaat het doorgaans om een zelfhulpmodule, meestal gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, in de vorm van een beperkt aantal lessen die de patiënt op elk gewenst moment zelf kan volgen, al dan niet ondersteund door een hulpverlener die op afstand advies en feedback kan geven. Het gaat daarbij nadrukkelijk niet om een nieuwe vorm van therapie, maar om een nieuwe manier van het aanbieden of beschikbaar maken van therapie.

### Samenvatting

Huibers MJ, Van Marwijk HWJ. *Recente ontwikkelingen in de psychotherapie. Huisarts Wet* 2014;57(5):260-4.

Op het gebied van de psychotherapie heeft zich de laatste jaren een aantal nieuwe ontwikkelingen voorgedaan. In dit nascholingsartikel beschrijven we een aantal van deze nieuwe vormen van psychotherapie: internettherapie, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, *Mindfulness-based Cognitive Therapy*, *Acceptance and Commitment Therapy* en schematherapie. We beschrijven de inhoud van deze behandelingen, gaan in op de wetenschappelijke evidentie ervoor en geven aan voor welke groepen patiënten deze therapieën effectief zijn gebleken. We eindigen met praktische implicaties voor de huisartsgeneeskundige praktijk.

In een tijd van kostenbesparing en wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg heeft internet een aantal evidente voordelen: het is goedkoop en laagdrempelig, en zeer gebruiksvriendelijk omdat de patiënt zelf bepaalt waar en wanneer hij zijn therapielessen volgt. Een nadeel is het ontbreken van contact met een echte therapeut, wat het voor sommige mensen moeilijk maakt om therapietrouw te zijn en de lessen af te maken.

Er is de laatste jaren voor tal van stoornissen zeer veel onderzoek naar internettherapie gedaan, vooral naar modules die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie (CGT). Uit recente meta-analyses blijkt dat internettherapie voor lichte tot matige angst en depressie effectiever is dan een niet-actieve controleconditie (wachttijlconditie) en net zo effectief als gewone *face-to-face*-therapie.<sup>1,2</sup> Dat laatste verdient een kanttekening, want er zijn maar weinig onderzoeken waarin men internettherapie met gewone therapie vergelijkt. Bovendien is de 'gewone' therapie in deze sessies vaak een speciale onderzoekstherapie met een klein aantal sessies, die niet representatief is voor de therapie die doorgaans in de gespecialiseerde ggz wordt gegeven. We weten dus niet hoe effectief internettherapie is vergeleken met reguliere psychotherapie.

Er is ook onderzoek gedaan naar de effectiviteit van internettherapie in de huisartsenpraktijk. Brits onderzoek liet zien dat cognitieve gedragstherapie via internet effectiever is dan de gebruikelijke huisartsenzorg bij angst en depressie in de eerste lijn.<sup>3</sup> Nederlands onderzoek van onder andere de eerste auteur liet juist zien dat er bij de behandeling van depressie geen verschil is in effectiviteit tussen CGT via internet, gebruikelijke zorg door de huisarts en een combinatie van CGT via internet en gebruikelijke zorg, en dat de effecten van de behandeling in alle drie condities zeer beperkt waren.<sup>4</sup> In dit onderzoek werd de CGT via internet niet begeleid en inmiddels is duidelijk dat dat de effectiviteit ernstig beperkt.<sup>5</sup> Uit een ander onderzoek dat plaatsvond in Engelse huisartsenpraktijken bleek dat CGT via internet met een therapeut effectiever is dan gebruikelijke zorg door de huisarts, waarbij de onderzoekers aantekenen dat de kosten bijna even hoog zijn als bij *face-to-face*-therapie.<sup>6</sup>

Internettherapie is dus een veelbelovende, maar vrijwel

### De kern

- Nieuwere vormen van psychotherapie zijn niet per se effectiever dan bestaande.
- Een aantal van de nieuwere vormen zijn alleen bewezen effectief bij een specifieke diagnose.
- *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* is effectief bij PTSS, schematherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis en *Mindfulness-based Cognitive Therapy* bij herhaaldelijk herstelde depressie.

VU, afdeling Klinische Psychologie, Van der Boechorststraat 1, 1081 BT Amsterdam; prof.dr. M.J.H. Huibers, psycholoog/psychotherapeut, en hoogleraar Klinische Psychologie en Experimentele Psychotherapie. VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde; dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts en universitair hoofddocent Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: m.j.huibers@vu.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

nog niet in de eerste lijn geïntegreerde therapievorm voor lichte tot matige klachten. Bij ernstigere klachten is doorverwijzing naar de gespecialiseerde ggz waarschijnlijk verstandiger. Het kan voor een breed scala aan problemen een goede eerste stap zijn in de eerste lijn of als wachtlijstconditie in de tweede lijn. Een internetapplicatie biedt als extra voordeel dat deze ook ondersteuning bij het diagnostisch proces geeft (mits er terugkoppeling aan de huisarts plaatsvindt). Vooral hieraan is in de eerste lijn grote behoefte, bijvoorbeeld bij de afgrenzing van levensproblemen en stress met psychische stoornissen in engere zin. Modules zoals KleurJeLeven.nl zijn beschikbaar op internet en bieden ook informatie aan de huisarts en andere verwijzers.

### EMDR

*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) is een behandeling die men speciaal heeft ontwikkeld voor mensen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt en voor mensen met een posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Het is een op het eerste gezicht curieuze behandeling: de patiënt wordt gevraagd een traumatische herinnering op te roepen, waarna hij met zijn ogen de vinger van de therapeut moet volgen die horizontaal voor het gezicht van de patiënt heen en weer gaat.

EMDR werd aanvankelijk met veel scepsis ontvangen door therapeuten en onderzoekers,<sup>7</sup> maar uit verschillende meta-analyses blijkt inmiddels dat het een effectieve behandeling voor PTSS is, en net zo effectief als CGT.<sup>8</sup> Aanvankelijk dacht men dat EMDR, dat qua structuur en opzet op CGT lijkt, in wezen niet veel anders is dan CGT en daaraan zijn effectiviteit ontleent, maar een recente meta-analyse laat zien dat de oogbewegingen een additief effect hebben.<sup>9</sup> Bovendien weten we inmiddels meer over het onderliggende werkingsmechanisme. Uit een reeks experimenten van de Utrechtse psycholoog Marcel van den Hout blijkt dat de oogbewegingen het werkgeheugen zodanig belasten dat de traumatische herinnering als minder levendig en minder emotioneel wordt ervaren.<sup>10,11</sup> Dit illustreert dat het aantonen van het onderliggende werkingsmechanisme de beste empirische onderbouwing voor een bewezen effectieve therapie vormt, en bovendien ruimte biedt voor verbetering van de therapie. We kunnen dus stellen dat EMDR een effectieve behandeling is voor PTSS.

### MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY

*Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT) bouwt voort op cognitieve gedragstherapie, maar voegt daar elementen als meditatie aan toe, gebaseerd op het mindfulness-based stressreductieprogramma dat Kabat-Zinn heeft ontwikkeld. Men heeft MBCT ontwikkeld als terugvalpreventieprogramma voor patiënten die hersteld zijn van depressie. MBCT leert patiënten om zich meer bewust ('mindful') te worden van hun gedachten, gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen. In plaats van gedachten en gevoelens te willen veranderen (zoals in CGT), leert MBCT de patiënt om deze te zien voor wat ze zijn, namelijk representaties in de geest die komen en gaan,

en die niet per definitie de realiteit weerspiegelen. Zo leert de patiënt om afstand te nemen van zijn negatieve gedachten en gevoelens, en vooral het rumineren (het onophoudelijk 'rondpompen' van negatieve gedachten in de hoop daarmee iets op te lossen) te doorbreken.

Uit een recente meta-analyse blijkt dat MBCT bij patiënten die hersteld zijn van depressie effectiever is in de preventie van terugval, dan de gebruikelijke zorg of placebocontrole, en even effectief is als voortgezette antidepressieve medicatie.<sup>12</sup> Wel is het zo dat dit terugvalpreventie-effect relatief vaker optreedt bij patiënten die drie of meer eerdere depressieve episodes hebben doorgemaakt, en niet bij patiënten met twee of minder episodes.

Inmiddels weten we iets meer over het mogelijke werkingsmechanisme van MBCT. Brits onderzoek liet zien dat een toename in mindfulness en zelfcompassie tijdens de MBCT-behandeling de effecten van MBCT bij recidiverende depressie kon verklaren. Dergelijke veranderingen trof men in veel mindere mate aan bij de controlegroep, die gecontinueerde antidepressiva kreeg voorgeschreven.<sup>13</sup>

Het gaat dus om een heel specifieke subgroep van patiënten waarvoor MBCT een bewezen effectieve interventie is. Toch is MBCT mateloos populair in de ggz en zelfs daarbuiten, en wordt het inmiddels toegepast bij tal van andere klachten en problemen. Dat is zorgwekkend, want er is nog maar weinig bewijs beschikbaar dat MBCT ook voor andere klachten effectief is. Eerder hebben we wel eens opgemerkt dat psychotherapeutische interventies waarvoor het minste bewijs voor de effectiviteit bestaat, meestal zeer populair zijn.<sup>14</sup> Er wordt op dit moment onderzoek gedaan naar MBCT als behandeling voor de acute fase van depressie en een aantal andere stoornissen, maar het is nog te vroeg om hieruit conclusies te trekken.

### ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY

Grondlegger Steven Hayes heeft *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) volgens eigen zeggen ontwikkeld uit onvrede met de vermeende tekortkomingen van CGT. ACT is volgens hem gebaseerd op gedragstherapie (en niet op cognitieve gedragstherapie, waarbij naast het gedrag ook de gedachten worden onderzocht en veranderd) en maakt gebruik van de zogeheten *relational frame theory*, waarin de therapeut relaties legt tussen taal, cognities en gedrag.

ACT deelt dus met MBCT aspecten als mindfulness en acceptatie, waardoor patiënten leren een andere houding aan

### Abstract

Huibers MJH, Van Marwijk H. Recent developments in psychotherapy. *Huisarts Wet* 2014;57(5):260-4.

The field of psychotherapy has seen several new developments in recent years. In this refresher course paper, we describe a few of these new forms of activation and reprocessing, mindfulness-based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, and schema therapy. We describe the content of these treatments, review the scientific evidence for these therapies, and indicate for which groups of patients these therapies have been found to be effective. We conclude with a few practical implications for general practice.

te nemen ten opzichte van hun gevoelens en gedachten. ACT kent zes zogeheten ‘behandelprocessen’: acceptatie (niet meer vechten tegen het onvermijdelijke), ‘cognitieve defusie’ (leren scheiden van gedachten en gedrag), contact met het huidige moment (mindfulness), het zelf als context (zien dat je niet je eigen problemen bent), verhelderen van waarden (wat vind ik zelf belangrijk?) en gecommiteerde actie (bereidheid om stapsgewijs te veranderen). Patiënten passen deze processen vervolgens toe aan de hand van concrete opdrachten waarin ze leren om ‘naar hun eigen, persoonlijke waarden toe te werken’.

Een recente meta-analyse laat zien dat ACT voor een aantal stoornissen en problemen, zoals angst en depressie, effectiever is dan wachtlijstcondities, placebocontroles of gebruikelijke zorg.<sup>15</sup> ACT is niet effectiever dan andere vormen van psychotherapie, zoals cognitieve gedragstherapie.

### SCHEMATHERAPIE

Ook schematherapie is ontwikkeld omdat de grondlegger ervan, Jeffrey Young, van mening was dat cognitieve gedragstherapie onvoldoende effectief is in de behandeling van complexe problematiek, zoals persoonlijkheidsproblematiek en chronische depressie. Schematherapie bouwt nadrukkelijk voort op CGT, maar voegt daar technieken uit andere therapiestromingen aan toe, zoals experimentele technieken (waarbij de patiënt leert om contact te maken met zijn emoties) en het nadrukkelijk inzetten van de therapeutische relatie als interventietechniek. Een belangrijk uitgangspunt is dat vroege, disfunctionele schema’s (*early maladaptive schemas*, gedefinieerd als een negatieve opvatting of perceptie van zichzelf, anderen en de omgeving die al op jonge leeftijd is ontwikkeld) ten grondslag liggen aan de problematiek en het ongewenste gedrag veroorzaken, en dat die schema’s daarom veranderd moeten worden. Schematherapie wijkt af van de eerder genoemde therapieën als het gaat om duur: waar de meeste vormen van psychotherapie slechts tien tot twintig (wekelijkse) sessies kosten, kan schematherapie een aantal jaren in beslag nemen.

Schematherapie is in eerste instantie ontwikkeld voor de behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). In de laatste jaren is er veel onderzoek verschenen naar de empirische basis van het schemamodel en de effectiviteit van schematherapie, veelal gecentreerd rond de Maastrichtse psycholoog Arnoud Arntz. In een inmiddels beroemde RCT vonden de onderzoekers dat schematherapie bij BPS effectiever is dan *transference-focused therapy*, een psychoanalytische vorm van psychotherapie.<sup>16</sup> Bovendien bleek dat de therapie effect heeft op alle negen DSM-kenmerken van BPS, wat zeer opmerkelijk is gezien het feit dat men persoonlijkheidsstoornissen als BPS tot voor kort als onbehandelbaar beschouwde. Ook bleek uit de kosteneffectiviteitsanalyse bij dit onderzoek dat schematherapie zich al tijdens de behandeling begint uit te betalen door een besparing op kosten, zoals crisisopvang.<sup>17</sup>

Een recente review liet zien dat er veel empirisch bewijs bestaat voor het schemamodel, vooral wat betreft de schema’s

zelf.<sup>18</sup> Ook stelde men vast dat schematherapie een effectieve behandeling is voor BPS, al is het aantal onderzoeken klein. Een zeer recent onderzoek vond dat schematherapie op de langere termijn effectiever is dan de gebruikelijk zorg of een andere vorm van psychotherapie in een grote groep patiënten met voornamelijk cluster C persoonlijkheidsstoornissen (afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis).<sup>19</sup> Ook is er onderzoek gaande naar de effectiviteit van schematherapie bij chronische depressie, maar de resultaten daarvan zijn nog niet bekend.<sup>20</sup>

Schematherapie is dus een effectieve behandeling voor BPS, en is mogelijk ook geschikt voor andere persoonlijkheidsstoornissen en complexe psychopathologie.

### DE DODO EN DE DERDE GOLF

Een bekend fenomeen in de psychotherapie is het ‘oordeel van de dodo’ (*the dodo bird verdict*, verwijzend naar een scene uit *Alice in Wonderland*), de bevinding dat bijna alle vormen van psychotherapie ongeveer even effectief zijn. Dit wordt al gevonden sinds de jaren dertig van de vorige eeuw en is onlangs nog eens bevestigd in een meta-analyse waaruit blijkt dat er geen verschillen zijn in effectiviteit tussen therapieën voor depressie.<sup>21</sup> Er zijn echter ook meta-analyses die dit weer tegenspreken.<sup>22</sup> Bovendien zijn er voorbeelden van therapieën die wel degelijk beter zijn dan andere, zoals cognitieve gedragstherapie bij de paniekstoornis. Daarbij moeten we ook opmerken dat cognitieve gedragstherapie veel vaker is onderzocht dan andere vormen van psychotherapie, en dus naar alle waarschijnlijkheid de meest nauwkeurige evidentie biedt. Er zijn onderzoekers die beweren dat het ‘oordeel van de dodo’ aantoont dat alle therapieën via dezelfde mechanismen werken, terwijl anderen beweren dat je dat zo niet kunt vaststellen.<sup>23</sup>

Een aantal van de beschreven nieuwe behandelingen (in het bijzonder MBCT en ACT) duidt men wel eens aan als ‘*third wave*’ (derde golf) therapieën. De eerste golf is de gedragstherapie, die in de jaren vijftig werd ontwikkeld door mensen als Skinner en Ferster. Cognitieve gedragstherapie stamt uit het eind van de jaren zestig en is door Aaron Beck ontwikkeld, en geldt als de ‘*second wave*’ (tweede golf). Lange tijd beschouwde men de tweede golf als een verbetering ten opzichte van de eerste golf, omdat de therapeut met de focus op gedachten (cognities) een breder arsenaal tot zijn beschikking kreeg om de klachten aan te pakken. Overigens staan strikt gedragsmatige behandelingen de laatste jaren weer in de (hernieuwde) belangstelling, bijvoorbeeld bij de behandeling van depressie.<sup>24</sup>

Wat opvalt bij de zogenaamde *third wave*-therapieën is dat er geen enkele tussen zit die het duidelijk beter doet dan bestaande therapieën als CGT. Nadere beschouwing leert bovendien dat wat men vaak als iets heel nieuws verkoopt in wezen toch is terug te voeren tot elementen die ook in de bestaande therapieën aanwezig zijn. Bij de cognitieve gedragstherapie bijvoorbeeld leert de patiënt om meer afstand van zijn gedachten te nemen door de functionaliteit van de gedachten te onderzoeken (‘wat heb ik eraan om dit te denken?’), wat verge-

**Tabel** Overzicht van de nieuwe vormen van psychotherapie en hun indicatiegebied

Psychotherapie	Wanneer geschikt?
Internettherapie	Voornameel bij lichte tot matige depressieklachten
EMDR	Bij trauma en posttraumatische stress-stoornis
MBCT	Vooralsnog alleen als terugvalpreventie na herhaaldelijk herstelde depressie (mogelijk ook bij depressie en andere stoornissen)
ACT	Bij verschillende stoornissen, zoals angst, depressie, pijnklachten, enzovoort
Schematherapie	Vooralsnog alleen bij de borderline persoonlijkheidsstoornis (mogelijk ook bij andere persoonlijkheidsstoornissen en chronische depressie)

lijikbaar is met wat de patiënt bij MBCT of ACT leert. Daarmee is natuurlijk niet gezegd dat het strikt dezelfde therapieën zijn, maar van een zekere overlap is duidelijk sprake.

Er zijn daarom onderzoekers die het nut van deze nieuwe therapieën betwijfelen.<sup>25</sup> Als ze niet effectiever zijn dan de bestaande therapieën en ook nog eens volgens dezelfde principes werken, waarom dan al die moeite gestoken in de ontwikkeling van iets nieuws? Beter is het om het onderzoek naar bestaande therapieën uit te breiden, in het bijzonder naar de onderliggende mechanismen die het effect kunnen verklaren of de indicatie kunnen aanscherpen. Dergelijk onderzoek is ingewikkeld en vraagt om geduld, maar levert op de langere termijn waarschijnlijk meer op dan de ontwikkeling van nieuwe therapieën.

### BESCHOUWING

We bespreken in dit artikel een aantal nieuwe vormen van psychotherapie die het even goed doen als bestaande therapieën [tabel]. Maar wat kan de huisarts met deze informatie? Allereerst is er de kwestie van zelf behandelen of doorverwijzen. Die keuze is niet altijd gemakkelijk te maken, maar een vuistregel is dat de huisarts enkelvoudige én eenvoudige psychische klachten het beste zelf kan behandelen, al dan niet in samenwerking met de POH-ggz. Bij ernstige en/of complexe problematiek verwijst de huisarts de patiënt door naar de ggz. De patiënt met laatstgenoemde klachten is naar ons idee uiteindelijk het meest gebaat bij precieze diagnostiek en zorgvuldige staging en profilering, in het beste geval door een goed multidisciplinair team.

Wij adviseren daarom om patiënten met psychische klachten die niet in de huisartsenpraktijk of eerste lijn geholpen kunnen worden door te verwijzen naar een goed georganiseerde en gemakkelijk toegankelijke ggz-instelling, waar men zo veel mogelijk evidence-based werkt, waar zorgvuldige diagnostiek en indicatiestelling plaatsvindt met gevalideerde instrumenten (bijvoorbeeld semigestructureerde klinische interviews, zoals de SCID), waar men snel en kort terugkoppelt naar de eerste lijn en waar een breed aanbod aan soorten therapie voorhanden is. Op die manier is de kans het grootst dat de patiënt een behandeling krijgt aangeboden die bij hem past. Denk als huisarts vooral mee over type psychotherapie en overleg met de POH-ggz, die de ggz vaak goed kent. Bij complexe casussen met bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek kan de indicatiestelling echter het beste bij de ggz zelf plaatsvinden, waar een multidisciplinair team zich over de casus kan buigen. Nu is de vraag wel hoe de huisarts kan bepalen of een instelling aan deze voorwaarden voldoet. De regi-

onale kaderhuisartsen ggz, die inmiddels overal in Nederland beschikbaar zijn, kunnen hierbij adviseren (<https://psyhag.nhg.org>). Regionale of lokale samenwerkingsafspraken kunnen huisartsen en patiënten ook houvast geven en maken het mogelijk geïntegreerde zorg te bieden.

### CONCLUSIES

- Nieuwe vormen van psychotherapie die de laatste jaren zijn verschenen zijn onder andere internettherapie, EMDR, MBCT, ACT en schematherapie.
- Deze vormen van psychotherapie zijn effectief, maar niet per se effectiever dan bestaande vormen, zoals cognitieve gedragstherapie (op schematherapie na wellicht).
- EMDR, MBCT en schematherapie zijn alleen bewezen effectief bij een specifieke diagnosecategorie (EMDR is effectief bij PTSS, MBCT bij herhaaldelijk herstelde depressie en schematherapie bij BPS).
- Omdat de nieuwe therapieën sterk lijken op de bestaande, zonder dat er sprake is van grotere effectiviteit, is het zaak kritisch te blijven ten opzichte van de nieuwe therapieën.
- De huisarts doet er goed aan om ernstige en/of complexe gevallen door te verwijzen naar een gespecialiseerde ggz-instelling waar men evidence-based werkt. ■

### LITERATUUR

- 1 Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One* 2010;5:e13196.
- 2 Van 't Hof E, Cuijpers P, Stein DJ. Self-help and Internet-guided interventions in depression and anxiety disorders: a systematic review of meta-analyses. *CNS Spectr* 2009;14(Suppl 3):34-40.
- 3 Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, Shapiro DA, Goldberg D, Mann A, et al. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:46-54.
- 4 De Graaf LE, Gerhards SA, Arntz A, Riper H, Metsemakers JF, Evers SM, et al. Clinical effectiveness of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2009;195:73-80.
- 5 Spek V, Cuijpers P, Nyklíček I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007;37:319-28.
- 6 Kessler D, Lewis G, Kaur S, Wiles N, King M, Weich S, et al. Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2009;374:628-34.
- 7 Herbert JD, Lilienfeld SO, Lohr JM, Montgomery RW, O'Donohue WT, Rosen GM, et al. Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: implications for clinical psychology. *Clin Psychol Rev* 2000;20:945-71.
- 8 Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD003388.
- 9 Lee CW, Cuijpers P. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2013;44:231-9.
- 10 Van den Hout MA, Engelhard IM, Rijkeboer MM, Koekebakker J, Hornsveld H, Leer A, et al. EMDR: eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behav Res Ther* 2011;49:92-8.

- 11 Van den Hout MA, Bartelski N, Engelhard IM. On EMDR: eye movements during retrieval reduce subjective vividness and objective memory accessibility during future recall. *Cogn Emot* 2013;27:177-83.
- 12 Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011;31:1032-40.
- 13 Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav Res Ther* 2010;48:1105-12.
- 14 Huibers MJ, Bockting CL, Van Oppen P, Cuijpers P. De kwaliteit van cognitieve therapie in Nederland. *Gedragsther* 2010;43:115-8.
- 15 Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PM. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom* 2009;78:73-80.
- 16 Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:649-58.
- 17 Van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, Van Dyck R, Spinhoven P, et al. Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Br J Psychiatry* 2008;192:450-7.
- 18 Sempertegui GA, Karreman A, Arntz A, Bekker MH. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clin Psychol Rev* 2013;33:426-47.
- 19 Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicentered randomized controlled trial on the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*, in druk 2013.
- 20 Renner F, Arntz A, Leeuw I, Huibers M. Treatment for chronic depression using schema focused therapy. *Clin Psychol Sci Prac* 2013;20:166-80.
- 21 Cuijpers P, Van Straten A, Andersson G, Van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:909-22.
- 22 Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30:710-20.
- 23 Huibers MJH, Cuijpers P. Common (non-specific) factors in psychotherapy. In *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, Cautin R, Lilienfeld SO, Editors. New York: Wiley & Sons; 2013.
- 24 Dimidjian S, Barrera M Jr, Martell C, Muñoz RF, Lewinsohn PM. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:1-38.
- 25 Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A. The empirical status of the 'new wave' of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am* 2010;33:701-10.

zeer matig ●  
 matig ●●  
 redelijk ●●●  
 goed ●●●●  
 uitstekend ●●●●●

## OVERZICHTELIJKE UPDATE OVER ONCOLOGIE

Bröker LE, Eekhof JAH. Ontwikkelingen in de oncologie. Klinische relevantie voor de huisarts. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014. ISBN: 978-90-36804-35-6.

**Doelgroep** Huisartsen en artsen-in-opleiding tot specialist huisartsgeneeskunde.

**Inhoud** Het perspectief van iemand die kanker heeft, is de afgelopen decennia fors verschoven. Vroege opsporing en gerichtere behandeling hebben de vooruitzichten van kankerpatiënten verbeterd. Iedere huisarts heeft circa 80 (ex-) kankerpatiënten in de praktijk en dat aantal breidt zich uit. Zij leven aanmerkelijk langer dan voorheen. De auteurs pleiten voor een actievere rol van de huisarts bij de nacontrole en nazorg van kanker. Voorwaarden hiervoor op het gebied van kennis en organisatie staan beschreven in het laatste hoofdstuk, 'De huisarts als hoofdbehandelaar in de chronische fase'.

Het boek laat zich goed gebruiken ter aanvulling van kennis over behandelwijzen en korte- en langetermijn-

gevolgen van kanker. De auteurs beschrijven de belangrijke rol van de huisarts bij screening op en diagnostiek van kanker. In algemene hoofdstukken houden zij de belangrijkste screeningsprogramma's tegen het licht en staan ze stil bij de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van behandeling. Van de top-tien bij mannen en vrouwen komen 18 lokalisaties aan bod.

De hoofdstukken zijn logisch opgebouwd. Ze brengen de huisarts met kernpunten, heldere tekst, tabellen, een enkele afbeelding en het benoemen van aandachtspunten snel op de hoogte van bestaande en nieuwe kennis. In de meeste hoofdstukken schetsen de auteurs in klare taal om hoeveel patiënten het in de praktijk gaat; als maat voor succes noemen ze de extra overleving in maanden dan wel jaren, of het sterftepercentage. Het was de duidelijkheid ten goede gekomen als dit consequenter was doorgevoerd. Meer aandacht voor de uniformiteit van de hoofdstukken zou de standaard van dit boek verhogen. De index is een goede hulp voor wie zoekt naar één begrip, medicament of behandeling.

**Oordeel** Het boek is een aanrader voor huisartsen en artsen-in-opleiding tot specialist huisartsgeneeskunde. Het brengt de grote hoeveelheid kennis van oncologie die een huisarts nodig heeft in één uitgave samen. Na lezing ben je weer op de hoogte, en als naslagwerk geeft het precies voldoende informatie. Het verdient, gelijk de standaarden, uniformering en een regelmatige update. ■

Herman Bueving

Waardering: ●●●●

