

Naar een toekomstbestendige psychotherapie: enkele aanbevelingen

W.J.M.W. Cuijpers

Achtergrond De zorg voor mensen met psychische aandoeningen is de afgelopen decennia enorm verbeterd, maar er zijn ook nog teveel mensen die niet of te laat herstellen.

Doel Doen van aanbevelingen om psychologische behandelingen verder te verbeteren.

Methode Bespreken van relevante literatuur.

Resultaten Om psychologische behandelingen verder te verbeteren kunnen we een aantal dingen doen, zoals meer onderzoek naar werkingsmechanismen, interventies ontwikkelen die op grote schaal toegepast kunnen worden, en het personaliseren van therapieën met machinelearning en 'individuele patiëntendata'-(netwerk)meta-analyses. We zouden geen nieuwe algemene therapieën meer moeten ontwikkelen omdat die zelden beter zijn dan reeds bestaande. Wel zouden we therapieën moeten ontwikkelen voor ingewikkeldere problemen, zoals chronische aandoeningen en comorbide problemen. Ook zouden we meer moeten nadenken over sequentiële behandelingen omdat veel patiënten niet verbeterd zijn na de eerste behandeling.

Conclusie Als we deze verbeteringen allemaal zouden kunnen doorvoeren, zouden we patiënten veel sneller de behandeling kunnen geven waar ze ook echt baat bij hebben, zouden we de uitval aanzienlijk verminderen en de zorg efficiënter maken.

'It is very difficult to predict – especially the future.'

Toegeschreven aan Niels Bohr

Sinds de jaren 50 en 60 van de vorige eeuw is de zorg voor mensen met psychische aandoeningen enorm verbeterd. Er zijn talloze evidencebased behandelingen beschikbaar gekomen, zowel psychologisch als biologisch, en rijkere landen hebben een infrastructuur voor geestelijke gezondheidszorg waarbij grote groepen, vaak de hele bevolking, toegang heeft tot deze behandelingen. Maar dat wil niet zeggen dat psychische problemen minder voorkomen of afnemen. Het laatste NEMESIS-onderzoek laat zelfs zien dat het aantal mensen met psychische problemen flink toegenomen is.¹ Zelfs in rijkere landen krijgt slechts een minderheid van mensen met problemen adequate zorg.^{2,3} Modelleringsstudies laten verder zien dat bestaande behandelingen slechts 40% van de ziektelast van psychische problemen op bevolkingsniveau kunnen wegnemen.⁴ In een recente studie laten we ook nog eens zien dat de bestaande geestelijke gezondheidszorg sinds de jaren 90 van de vorige

eeuw niet verbeterd is, ondanks de beschikbaarheid van effectievere behandelingen. En dan is er nog eens het probleem dat 80% van de mensen met psychische problemen in landen leeft met een laag of middeninkomen, waar slechts een zeer kleine minderheid toegang heeft tot evidencebased behandelingen.^{5,6}

Er is dus zeker nog veel te verbeteren. Hoe zouden we dat kunnen realiseren? In dit artikel zal ik ingaan op een aantal ontwikkelingen die de komende decennia de zorg kunnen gaan verbeteren en de ziektelast van psychische problemen verder kunnen verminderen. Ik zal daarbij vooral ingaan op psychotherapie voor depressie omdat ik daar het meeste onderzoek naar heb gedaan.

Aanbevelingen uit de Lancet-commissie rond psychologische interventies

Een breed overzicht van wat er zou moeten gebeuren rond onderzoek hebben we enkele jaren geleden al op een rijtje gezet in de 'Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science'.⁷ Daarin beschreven we de belangrijkste prioriteiten voor onderzoek naar psychologische behandelingen. Het is niet mogelijk om hier al deze prioriteiten te beschrijven, maar ik zal een paar belangrijke benoemen.

Zo wordt in het Lancet-rapport benadrukt dat het belangrijk is om onderzoek te doen naar werkingsmechanismen. We hebben weliswaar honderden gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) die laten zien dat therapieën werken, maar we weten nog steeds niet hoe ze werken. Onderzoek naar werkingsmechanismen is kostbaar en complex, maar als we therapieën willen verbeteren, is dat cruciaal.

Een andere uitdaging is om psychologische behandelingen te ontwikkelen die op grote schaal uitgevoerd kunnen worden in landen waar nu nog nauwelijks goede zorg beschikbaar is. Zo wordt er steeds meer geëxperimenteerd met studies waarin 'lekentherapeuten' (*lay-health counselors*) de therapie aanbieden. Dat zijn vaak verpleegkundigen in gezondheidscentra die naast reguliere somatische zorg ook korte, gestandaardiseerde therapieën kunnen bieden.⁸ De effecten van dergelijke interventies zijn inmiddels in meerdere gerandomiseerde trials aangetoond. Ook interventies bestaande uit slechts één enkele sessie (zogeheten *single-session* interventies) kunnen een oplossing bieden,⁹ net als digitale interventies. Digitale interventies kunnen helemaal onbegeleid zijn, ofwel er zijn coaches (vaak lekentherapeuten) die kortdurende ondersteuning bieden bij het doorwerken van de interventies.^{10,11}

Een andere veelbelovende nieuwe ontwikkeling in het rapport van de Lancet-commissie wordt gevormd door digitale interventies, niet alleen als een schaalbare interventie voor landen met een laag of middeninkomen, maar ook voor landen met een hoger inkomen. Zo zou kunstmatige intelligentie mogelijk onbegeleide digitale interventies kunnen verbeteren, apps op de mobiele telefoon zouden gebruik kunnen maken van realtimegegevens om interventies op maat aan te bieden, en virtual reality zou bepaalde behandelingen veel levensechter kunnen maken, maar minder bedreigend. De snelheid waarmee digitale vernieuwingen elkaar opvolgen, biedt zeker veel mogelijkheden om ook psychologische behandelingen verder te innoveren.

Personaliseren van therapie

De Lancet-commissie bespreekt ook de huidige 'one-size-fits-all'-benadering van psychotherapie. Bij onderzoek naar therapie kijkt men altijd naar de gemiddelde uitkomst van een behandeling in vergelijking met geen behandeling. Het is echter ook belangrijk om te onderzoeken wie baat heeft bij welke behandeling. Naar dit personaliseren van psychotherapie wordt momenteel veel onderzoek gedaan. Ook hierbij worden vaak machinelearningtechnieken gebruikt om in gerandomiseerde trials te onderzoeken welke kenmerken van patiënten voorspellen bij welke behandeling een specifieke patiënt de meeste baat heeft. De *Personalized Advantage Index* is zo'n methode waarvan inmiddels in meerdere RCT's is aangetoond dat deze tot betere uitkomsten bij patiënten kan leiden.^{12,13} Maar ook andere machinelearningmethodieken hebben in RCT's laten zien dat kenmerken van patiënten kunnen voorspellen welke behandeling de

beste effecten oplevert.¹⁴ Meestal wordt daarbij symptomreductie als uitkomstmaat genomen.

Een andere methode om therapieën te personaliseren wordt gevormd door zogeheten 'individuele patiëntendata'(IPD)-meta-analyses en IPD-netwerkm-meta-analyses. In dergelijke meta-analyses worden de primaire data van gerandomiseerde trials verzameld en geïntegreerd tot een grote dataset. Dergelijke datasets hebben veel statistische power om te onderzoeken welke kenmerken van patiënten voorspellen wie baat heeft bij welke therapie. Dat is belangrijk omdat individuele trials vrijwel altijd alleen voldoende power hebben om de effecten van de interventie aan te tonen, maar niet om voorspellende kenmerken te onderzoeken. Er zijn al diverse 'gewone' IPD-meta-analyses uitgevoerd waarbij men ook al meerdere kenmerken van patiënten heeft geïdentificeerd die een goede of juist slechte uitkomst voorspellen.¹⁵ IPD-netwerkm-meta-analyses gaan nog een stap verder. Daarin worden de data verzameld van trials die meerdere behandelingen met elkaar vergelijken. We verrichtten bijvoorbeeld zo'n IPD-netwerkm-meta-analyse naar begeleide en onbegeleide digitale interventies voor depressie.¹⁶ Daarin includeerden we trials waarin men begeleide en onbegeleide interventies direct met elkaar vergeleek, maar ook trials waarin men begeleide interventies vergeleek met een controlegroep en trials waarin men onbegeleide interventies vergeleek met controlegroepen.

Daarin vonden we meerdere kenmerken van patiënten die voorspelden wie meer baat had bij begeleide en wie bij onbegeleide interventies. In het algemeen vonden we dat bij lichtere depressie zowel begeleide als onbegeleide interventies effectief zijn en niet van elkaar verschillen, maar bij ernstiger depressie zijn begeleide interventies effectiever. Maar we vonden nog meer kenmerken die geassocieerd zijn met de effecten en op basis daarvan konden we een webapplicatie ontwikkelen waarin je de kenmerken van een patiënt kan invullen. Daarna kun je direct zien hoe groot bij deze patiënt de effecten zijn van begeleide en onbegeleide interventies (<https://cinema.ispm.unibe.ch/shinies/iCBT/>).

We voerden een vergelijkbare IPD-netwerkm-meta-analyse uit naar de effecten van CBASP, een therapievorm die specifiek voor chronische depressie is ontwikkeld, antidepressiva of de combinatie van CBASP en medicatie.¹⁷ Ook daarbij ontwikkelden we een web-app om de uitkomst voor een individuele patiënt te voorspellen (<https://kokoro.med.kyoto-u.ac.jp/CBASP/prediction/>). Deze studies komen allemaal een heel eind in de richting van gepersonaliseerde therapieën. Echter, het gaat bij al deze studies nog steeds allemaal om analyses die achteraf worden uitgevoerd met data die in RCT's zijn verzameld. Voordat dergelijke uitkomsten in de praktijk toegepast kunnen worden, is het nodig om nieuwe trials uit te voeren, waarin patiënten worden gerandomiseerd over traditionele toewijzing aan een behandeling, versus de gepersonaliseerde toewijzing, bijvoorbeeld op basis van een machinelearningalgoritme of een predictie uit

een IPD-(netwerk)meta-analyse. Pas als deze trials laten zien dat gepersonaliseerde toewijzing effectiever is dan de traditionele toewijzing kunnen we dergelijke methodieken daadwerkelijk gaan toepassen in de praktijk. Een hele andere benadering van gepersonaliseerde therapie is uitgewerkt door prof. Mike Constantino in de Verenigde Staten.¹⁸ Hij maakte een overzicht van die gebieden waar therapeuten het sterkste waren en wees patiënten toe aan de therapeut die het beste aansloot op het probleem van de patiënt. Hij vond in een gerandomiseerde trial dat dit tot aanzienlijke betere uitkomsten leidde. Als deze resultaten gerepliceerd kunnen worden in onafhankelijke trials, dan komt deze benadering al heel dicht in de buurt van uitvoering in de reguliere praktijk.

Een andere innovatiecyclus

Wat niet uitgebreid in het Lancet-rapport staat, maar wat wel heel erg nodig is, is het verbeteren van de innovatiecyclus van therapieën.^{19,20} Nu worden regelmatig nieuwe therapieën gepresenteerd en geïmplementeerd met de belofte dat deze beter werken dan eerdere therapieën of andere, belangrijkere uitkomsten genereren. Deze therapieën worden dan door enthousiaste therapeuten overgenomen en vaak breed geïmplementeerd in de reguliere zorg. Wanneer er echter goed vergelijkend onderzoek wordt uitgevoerd, dan blijkt dat deze nieuwe therapieën zelden beter zijn dan de bestaande therapieën. Er is dan echter wel al veel tijd besteed aan de ontwikkeling van de nieuwe therapie, de training van hulpverleners in het gebruik ervan en de implementatie in de zorg. Dit is zonde van de tijd en middelen die hieraan besteed worden en doet geen recht aan de zorg die patiënten nodig hebben.

Nieuwe, algemene therapieën zijn slechts zelden beter dan de reeds bestaande. Tegelijkertijd hebben we, zoals ik in het begin van deze bijdrage beschreef, wel veel behoefte aan betere behandelingen. Hoe kunnen we dat dan toch realiseren? Ten eerste door behandelingen te ontwikkelen voor complexere problemen. Zo zijn er veel behandelingen beschikbaar voor depressies in het algemeen, maar voor chronische depressies bestaat er slechts één (CBASP). Ook is er onder de meer dan 1000 RCT's waarin men de effecten van psychologische behandelingen heeft onderzocht, slechts een beperkt aantal met onderzoek naar chronische depressies. Ook weten we heel weinig over welke therapie het beste is bij comorbiditeit.²¹ Er is bijvoorbeeld nauwelijks onderzoek naar therapie bij mensen met een depressie en een persoonlijkheidsstoornis. De effecten van therapie zijn uiterst bescheiden bij comorbide verslavingsproblemen en het is onduidelijk welke behandeling we in zo'n geval het beste kunnen toepassen. En zo kan ik nog wel even doorgaan.

Verder is het zo dat heel veel mensen niet verbeterd zijn na een eerste therapie. In een recente meta-analyse vonden we dat het aantal mensen dat is verbeterd na therapie (gedefinieerd als 50% symptoomreductie tus-

sen het begin en einde van de therapie) voor depressie 42% is, voor angststoornissen, obsessieve-compulsieve stoornis en posttraumatische stressstoornis tussen 30 en 40% ligt en voor borderlinepersoonlijkheidsstoornis 24% is.²² Hoewel dat zeer conservatief is gemeten, blijft het een feit dat een groot deel van de patiënten nog een tweede, derde of vierde behandeling nodig heeft. Het is daarom belangrijk dat we veel beter gaan nadenken over sequentiële behandelingen. Met welke therapie beginnen we, en welke wordt daarna aangeboden? Daarbij kunnen we allerlei keuzes maken. Beginnen we met de therapie die de voorkeur heeft van de patiënt, waarvan we expertise in huis hebben, de eenvoudigste, of de goedkoopste? En welke bieden we daarna aan? En wanneer beginnen we met medicatie? Allemaal vragen waar we nu geen antwoord op hebben, maar die voor de klinische praktijk uitermate relevant zijn.

Hoe ziet de toekomst er dan uit?

In de toekomst ziet de ggz er wat mij betreft niet heel veel anders uit aan de buitenkant. We zullen wel meer digitaal gaan doen waar dat kan, waarbij we ook gebruikmaken van alle technische innovaties die er nog op ons afkomen. Maar veel mensen zullen toch de voorkeur blijven geven aan persoonlijk contact met een therapeut, zodat de zorg vooral een mix van persoonlijk en digitaal contact ('*blended*' care) zal zijn. Maar aan de achterkant verandert er wel veel. We hebben nieuwe therapieën voor complexe problemen die beter aansluiten op wat patiënten nodig hebben. We wijzen patiënten ook toe aan die therapie die het beste bij hen werkt, op basis van hun klinische kenmerken, hun geschiedenis, achtergrond en comorbiditeit. We wijzen patiënten toe aan de hulpverleners die het beste aansluiten op de problematiek. We hebben ook andere methodieken geïmplementeerd waarvan we weten dat ze de effecten verhogen, zoals een verhoogde frequentie van sessies bij depressie, waarbij steeds meer bewijs komt dat twee sessies per week grotere effecten oplevert dan één sessie per week.^{23,24} Ook is systematische, regelmatige feedback van patiënten over de voortgang van de therapie geïmplementeerd in de zorg. Er is steeds meer bewijs dat dit de effecten kan verhogen.

Dit zullen allemaal geen revolutionaire veranderingen zijn. Uitgaande van een respons tussen 24 en 42% die we nu, afhankelijk van de stoornis, kunnen realiseren, zal elk van deze verbeteringen de respons met een paar procent verhogen. Misschien kan personaliseren de respons wat meer verhogen dan andere verbeteringen, maar we zullen de 100% nooit halen. We kunnen patiënten wel sneller de behandeling geven waar ze ook echt baat bij hebben, de uitval zal verminderen, en de zorg wordt efficiënter.

Daarnaast hoop ik dat er buiten de reguliere ggz ook van alles is veranderd, maar veel daarvan zal waarschijnlijk '*wishful thinking*' blijven. Dat psychologische behandelingen in de eerste lijn gestructureerd aangeboden worden, digitaal of als laag intensieve behandeling.²⁵

Dat we interventies bestaande uit één sessie hebben geïntegreerd in de zorg voor jongeren en voor andere doelgroepen die daar baat bij kunnen hebben.²⁶ Dat onze smartphones of de opvolgers daarvan ‘just-in-time’ interventies aanbieden of ‘mini’-interventies. Dat we digitale ‘suites’ van digitale interventies ontwikkeld hebben met en voor scholen, universiteiten en de werksetting.²⁷ Dat we preventieve interventies structureel geïntegreerd hebben in de samenleving en dat die gericht zijn op de grote determinanten.²⁸ Dat we goedkope en efficiënte vormen van hulp hebben ontwikkeld voor lage-inkomenslanden. Dat er ook wat verandert aan politieke kwesties die van zo’n groot belang zijn voor de geestelijke gezondheid, zoals ongelijkheid.²⁹ Maar zoals Niels Bohr zei, het is ingewikkeld om voorspellingen te doen, zeker als het over de toekomst gaat. En over een weerbarstige praktijk.

LITERATUUR

- 1 Ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, e.a. Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry* 2023; 22: 275-85.
- 2 Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, e.a. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 119-24.
- 3 Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, e.a. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 415-24.
- 4 Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, e.a. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184:526-33.
- 5 World Health Organization. *World mental health report: transforming mental health for all*. Genève: WHO; 2022.
- 6 Cuijpers P, Javed A, Bhui K. The WHO World Mental Health Report: A call for action. *Br J Psychiatry* 2023; 222: 227-9.
- 7 Holmes EA, Ghaderi A, Harmer CJ, e.a. Psychological treatments research in tomorrow’s science: seeing further. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 237-86.
- 8 Karyotaki E, Araya R, Kessler RC, e.a. Association of task-shared psychological interventions with depression outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022; 79: 430-43.
- 9 Singla DR, Schleider JL, Patel V. Democratizing access to psychological therapies: Innovations and the role of psychologists. *J Consult Clin Psychol* 2023; 91: 623-25.
- 10 Cuijpers P, Heim E, Abi Ramia J, e.a. Effects of a WHO guided digital health intervention for depression in Syrian refugees in Lebanon: A randomized controlled trial. *PLoS Med* 2022; 19: e1004025.
- 11 Karyotaki E, Miguel C, Panagiotopoulou O, e.a. Digital interventions for common mental disorders in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Glob Mental Health* 2023; 10: e68.
- 12 Huibers MJH, Cohen ZD, Lemmens LHJM, e.a. Predicting optimal outcomes in cognitive therapy or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the Personalized Advantage Index approach. *PLoS One* 2015; 10: e0140771.
- 13 DeRubeis RJ, Cohen ZD, Forand NR, e.a. The Personalized Advantage Index: translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PLoS One* 2014; 9: e83875.
- 14 Benjet C, Zainal NH, Albor Y, e.a. A precision treatment model for internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety and depression among university students: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2023;80:768-77.
- 15 Cuijpers P, Ciharova M, Quero S, e.a. The contribution of ‘individual participant data’ meta-analyses of psychotherapies for depression to the development of personalized treatments: a systematic review. *J Personal Med* 2022; 12: 93.
- 16 Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, e.a. Internet-based cognitive behavioral therapy for depression; an individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2021; 78: 361-71.
- 17 Furukawa TA, Efthimiou O, Weitz ES, e.a. Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP), drug, or their combination for persistent depressive disorder: Personalizing the treatment choice using individual participant data network meta-regression. *Psychother Psychosom* 2018; 87: 140-53.
- 18 Constantino MJ, Boswell JF, Coyne AE, e.a. Effect of matching therapists to patients vs assignment as usual on adult psychotherapy outcomes: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2021; 78: 960-9.
- 19 Cuijpers P. Psychotherapies for adult depression: Recent developments. *Curr Opin Psychiatry* 2015; 28: 24-9.
- 20 Cuijpers P. Waarom de innovatiecyclus van psychotherapie zelf geïnnoveerd moet worden. *Tijdschr Psychotherap* 2024; 50: 140-50.
- 21 Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M. Psychological treatment of depression with other comorbid mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2023; 52: 246-68.
- 22 Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M, e.a. Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2024; 23 267-75.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEUR

Pim Cuijpers, hoogleraar Klinische psychologie, afd. Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, en directeur WHO Collaborating Centre for Research and Dissemination of Psychological Interventions, Vrije Universiteit Amsterdam.

Correspondentie

Pim Cuijpers (p.cuijpers@vu.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-8-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(2):68-71