

# Cognitieve gedragstherapie bij volwassenen

## Stand van wetenschap en praktijk

### Welke informatie biedt deze factsheet?

Deze factsheet geeft een omschrijving van cognitieve gedragstherapieën. Op basis van beschikbaar wetenschappelijk onderzoek biedt het een overzicht van de huidige bewijskracht ten aanzien van de effectiviteit ervan bij volwassenen. Hierbij is cognitieve gedragstherapie (CGT) breed opgevat, namelijk benaderingswijzen gebaseerd op de leertheorie en op cognitieve (gedrags) theorieën.<sup>A</sup> Idealiter zou het wetenschappelijk onderzoek betreffen naar de werkzaamheid van alle generaties cognitieve gedragstherapie. Maar in deze factsheet komen de zogenoemde derde generatie CGT en positieve CGT niet expliciet aan bod.<sup>B</sup> Daarnaast ligt de focus op de werkzaamheid van CGT bij een aantal specifieke psychische stoornissen bij volwassenen. Deze factsheet geeft antwoord op de vraag welke van de cognitieve gedragstherapieën bij deze psychische stoornissen voldoen aan de eisen voor wetenschappelijk bewijs die het Zorginstituut Nederland<sup>1</sup> hanteert voor de werkzaamheid van behandelingen.

### Samenvatting

#### Wat is CGT en voor wie is het bedoeld

Cognitieve gedragstherapie is een combinatie van cognitieve therapie en gedragstherapie. CGT is een vorm van psychotherapie die is gestoeld op de gedachte dat klachten en problemen beïnvloed en in stand gehouden worden door iemands gedachten en gedrag, wat vervolgens effect heeft op de omgeving. Tijdens de behandeling worden gedachten, gevoelens en gedrag onderzocht en besproken. Dit gebeurt aan de hand van gesprekken met een therapeut, door gerichte oefeningen tijdens de therapie sessies en huiswerkopdrachten om tussen de therapie sessies zelf actief aan de problemen te werken. Door te leren om anders tegen situaties aan te kijken (gedachten), zich bewust te zijn van de invloed van gedachten op gevoelens en anders met gedachten en gevoelens om te gaan (gedrag), kunnen klachten verholpen worden of leert iemand beter omgaan met de psychische klachten.

CGT wordt aangeboden aan patiënten die last hebben van milde tot en met ernstige psychische klachten en die deze last willen verminderen door hun eigen gedachten, gevoelens en gedrag te onderzoeken en zo nodig aan te passen. De behandelvormen kunnen sterk variëren in dosering (lengte en frequentie), maar ook in setting (individueel of in een groep in een ambulante setting of (dag)klinische setting. Daarnaast bestaan er ook een aantal online of blended CGT-vormen.

#### Werkzaamheid

Naar de werkzaamheid van CGT bij volwassenen is veel onderzoek gedaan. Uiteenlopende cognitief

gedragstherapeutische behandelingen zijn bewezen effectief bij uiteenlopende psychische klachten en problemen, en bij psychische stoornissen, en voldoen daarmee aan de criteria van 'de stand van wetenschap en praktijk' die Zorginstituut Nederland hanteert voor de werkzaamheid van behandelingen. In deze factsheet komt effectiviteitsonderzoek bij een aantal specifieke psychische stoornissen aan bod, namelijk depressieve stoornissen, angststoornissen, dwangstoornissen, psychotrauma en stress gerelateerde stoornissen, eetstoornissen, stoornissen door of in het gebruik van middelen, psychotische stoornissen en borderline persoonlijkheidsstoornis. Effectiviteitsonderzoek toont aan dat CGT effectief is bij volwassen patiënten met deze psychische stoornissen. De positieve effecten blijven na beëindiging van de behandeling vaak behouden. CGT is bij deze stoornissen (een van de) eerste keus psychologische behandeling(en).<sup>C</sup> Daarnaast zijn er eerste aanwijzingen dat CGT ook effectief is bij andere persoonlijkheidsstoornissen dan de borderline persoonlijkheidsstoornis.

#### Kosteneffectiviteit

Er zijn meerdere studies en systematische literatuurstudies die de kosteneffectiviteit van CGT ondersteunen. Het beschikbare kosteneffectiviteitsonderzoek laat zien dat CGT kan leiden tot afname van maatschappelijke (on)kosten, zoals minder zorgconsumptie en hogere arbeidsproductiviteit. Dit wijst op een goede doelmatigheid.

A Er is een nog bredere opvatting waarbij gedragstherapie als empirische cyclus wordt gezien. Voor meer informatie, zie de discussie tussen Hermans (2018) en Van Emmerik (2018) in *Gedragstherapie*, 51, 171-183.

B Dit betekent dat de werkzaamheid van behandelingen waarbij het accent niet ligt op het uitdagen van gedachten of evalueren van gedachten (zoals bij CGT), maar op observeren, accepteren en loslaten (zoals bij Mindfulness Based Cognitive Therapy) niet afzonderlijk wordt besproken.

C De Zorgstandaarden laten zien dat CGT naast de hiergenoemde psychische stoornissen ook effectief is bij conversiestoornissen, slaapstoornissen, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), seksuele disfuncties, tics en suïcidaliteit. Zie de Richtlijndatabase (<https://richtlijndatabase.nl>) en de Zorgstandaarden (<https://www.ggzstandaarden.nl>).

### Wat is cognitieve gedragstherapie?

Cognitieve gedragstherapie<sup>D</sup> is een vorm van psychotherapie die technieken van de cognitieve therapie en de gedragstherapie combineert.<sup>2,3</sup> Bij cognitieve therapie staan gedachten (cognities) centraal: hoe iemand denkt, is van invloed op het gevoelsleven en het gedrag van die persoon. Bij gedragstherapie staat het gedrag centraal: hoe iemand handelt en denkt, bepaalt in belangrijke mate ook hoe die persoon zich voelt. Het uitgangspunt van CGT is dus dat gedachten van invloed zijn op gevoelens en het gedrag van een persoon, en omgekeerd. CGT is een verzamelnaam voor verschillende behandelvormen waarbij patiënten leren hoe ze beter kunnen omgaan met hun negatieve gedachten en gevoelens over zichzelf en hun omgeving, meer grip krijgen op hun gevoelsleven en indien van toepassing hun gedrag beter kunnen afstemmen op wat ze willen bereiken. Dit is gebaseerd op het uitgangspunt dat klachten en problemen, naast omgevingsinvloeden, in belangrijke mate kunnen worden verklaard uit en in stand worden gehouden door systematische disfunctionele gedachten. De invloed van deze gedachten komt onder andere tot uitdrukking in de wijze waarop men denkt, voelt en doet, en deze gedachten kunnen leiden tot psychische problemen en disfunctioneel gedrag. Een van de uitgangspunten van CGT is dat de evaluatie en eventuele bijstelling van cognities tot reductie van klachten en tot preventie van terugval leidt. In de therapie ligt de nadruk dan ook op het beïnvloeden van deze gedachten voor zover dit een rol speelt in het ontstaan en voortbestaan van de klachten en problemen. Dit gebeurt aan de hand van gesprekken met een behandelaar en door opdrachten en gerichte oefeningen te doen zowel tijdens therapiesessies als tussen sessies in een voor de klachten relevante omgeving. Het is de bedoeling dat de patiënt door het actief aan de slag gaan met deze opdrachten en gerichte oefeningen gaandeweg eigen gedachten kan evalueren en zo nodig kan bijstellen, daarmee meer grip krijgt op het gevoelsleven en indien van toepassing ook ander gedrag uitprobeert. Door het

samen door patiënt en therapeut formuleren van heldere doelen kan de therapie voortdurend worden geëvalueerd en waar nodig worden bijgesteld.

### Voor wie zijn deze psychotherapievormen bedoeld en geschikt?

De hiervoor genoemde therapievormen zijn bedoeld voor mensen die openstaan voor kritische reflectie op ingesleten gedachten en gedrag waar zij last van hebben en die zij soms als normaal zijn gaan beschouwen. De psychotherapievormen kunnen bij verschillende psychische problemen en stoornissen effectief zijn. Effectiviteitsonderzoek laat onder andere gunstige resultaten zien bij aandoeningen zoals angststoornissen, depressieve stoornissen, verslavingen, eetstoornissen, obsessief-compulsieve stoornis (OCS), posttraumatische stressstoornis (PTSS), gecompliceerde rouw, psychotische stoornissen en borderline persoonlijkheidsstoornis.

### Dosering en setting

Cognitieve gedragstherapie kan individueel gegeven worden of in een groep<sup>E</sup>, maar er bestaat ook CGT voor gezinnen en echtparen<sup>F</sup>. Betreffende de duur van de behandeling wordt uitgegaan van het principe 'kort als het kan, lang als het moet'. De duur van de behandeling is gemiddeld 12-16 sessies, maar kan ook korterdurend of langerdurend (een of enkele jaren) zijn, in een ambulante setting, in dagbehandeling of in een kliniek (klinische psychotherapie). Het kan gaan om een of meerdere zittingen per week of, zoals bij het aanbieden van een intensieve exposure behandeling, bijvoorbeeld om één week gedurende veertig uur. De meeste patiënten komen in individuele therapie in een ambulante setting. CGT kan gegeven worden door middel van persoonlijke gesprekken, beeldbellen, via telefonische consulten of begeleide zelfhulp. CGT kan ook worden ingezet als een *blended* therapie waarbij sprake is van online therapie gecombineerd met persoonlijke gesprekken.

D Zie voor meer informatie de website van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT): <https://www.vgct.nl/home>

E Zie ook de NVP-factsheet Groepspsychotherapie bij volwassenen <https://www.psychotherapie.nl/over-de-nvp/nvp-publicaties>

F Zie ook de NVP-factsheet Systemtherapie bij kinderen, jeugdigen en volwassenen <https://www.psychotherapie.nl/over-de-nvp/nvp-publicaties>

## Diversiteit van interventies en methodieken

In deze factsheet is cognitieve gedragstherapie breed opgevat, namelijk een diversiteit van interventies en methodieken waaronder verschillende vormen van exposure (imaginair, in vivo, interoceptief, virtual reality), vaardigheidstrainingen, cognitieve herstructurering, ontspanningsoefeningen, paniekmanagement, responspreventie, taakconcentratietraining.<sup>6</sup> De oefeningen kunnen samen met de therapeut worden gedaan en tussen de sessies in relevante settings door de patiënt zelf als huiswerk. De keuze voor een bepaalde specifieke CGT-interventie is mede afhankelijk van het soort psychische klachten en stoornissen en symptomen en de ernst daarvan, de aangrijpingspunten van de interventie (waar is de behandeling op gericht), de doelen van de patiënt en de gezamenlijke besluitvorming. Voor deze gespecialiseerde psychologische behandelvormen<sup>H</sup> kunnen gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters een gerichte vervolgopleiding volgen.

## De feiten

### Bewezen<sup>I</sup> effectief bij uiteenlopende klachten en problemen

Naar de effectiviteit van CGT is veel onderzoek gedaan. De werkzaamheid van CGT ten opzichte van een controlegroep is middels meerdere meta-analyses zowel voor kortdurende als langerdurende (individuele) behandelingen bij volwassenen met uiteenlopende stoornissen vastgesteld. Daarbij lijken de effecten in termen van vermindering van symptomen en problemen in de follow-up vaak

gehandhaafd of zelfs iets verbeterd.<sup>e.g. 4,5</sup> Dat de gunstige afname van symptomen bij uiteenlopende klachten na de behandeling aanhoudt en gemiddeld nog wat toe lijkt te nemen in de periode na beëindiging van de therapie werd ook in een recente studie bevestigd.<sup>6</sup> CGT is bij veel klachten en stoornissen dan ook de eerste keus behandeling, zoals bij depressieve stoornissen, angststoornissen, PTSS en gecompliceerde rouw, OCS, eetstoornissen en verslavingsproblematiek. Er zijn tot nu toe nauwelijks verschillen in effectiviteit tussen online CGT en traditionele (persoonlijke gesprekken) CGT gevonden bij angststoornissen en depressieve stoornissen.<sup>7</sup>

### Bewezen effectief bij specifieke psychische stoornissen

#### Depressieve stoornissen<sup>I</sup>

Er is substantieel bewijs voor de werkzaamheid van CGT en gedragstherapie bij mensen met een depressie.<sup>K,8</sup> Cognitieve gedragstherapie en gedragstherapie zijn dan ook als werkzame behandelingen opgenomen – naast interpersoonlijke therapie en kortdurende psychodynamische psychotherapie - in de Zorgstandaard Depressieve Stoornissen (2018).<sup>9</sup> Er zijn tot nu toe nauwelijks verschillen in effectiviteit tussen de verschillende vormen van CGT gevonden.<sup>10</sup> Individuele CGT, groepsgewijze CGT, telefonische CGT en begeleide zelfhulp blijken effectiever in het verminderen van depressieve klachten dan de wachtlijst en gebruikelijke zorg, zowel op de korte als de langere termijn. Begeleide zelfhulp laat wel een hogere uitval zien dan de andere CGT-vormen. Er is bovendien bewijs dat het toevoegen van Preventieve Cognitieve Therapie (PCT) extra bescherming biedt tegen terugval.<sup>11</sup> Een recente

G Zie ook: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen/individueel-zorgplan-en-behandeling>

H Voor diverse CGT-behandelvormen zijn registers ingesteld. Zie <https://www.cognitievegedragstherapie.nl/vind-een-therapeut>. De titel cognitief gedragstherapeut is voorbehouden aan therapeuten met een registratie bij de VGCT die een uitgebreide opleiding hebben gevolgd in cognitieve gedragstherapie en die regelmatig nascholing volgen. Deze therapeuten hebben vaak een BIG-registratie (<https://www.bigregister.nl/over-het-big-register>). Andere beroepsgroepen zoals sociaal-psychiatisch verpleegkundige (SPV'er), basispsycholoog en praktijkondersteuner huisarts ggz (POH-ggz; doorgaans opgeleid als SPV'er of (basis-)psycholoog) kunnen op basis van een specifieke aanvullende opleiding bekwaam zijn om onderdelen van een psychotherapeutische behandeling uit te voeren. Afhankelijk van het soort behandeling doen zij dit onder verantwoordelijkheid van een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater. Zie de Generieke module Psychotherapie <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychotherapie/organisatie-van-zorg/betrokken-zorgverleners/big-registratie>

I In 'Verantwoording Methode' staat een samenvatting van de methode van gegevensverzameling die is gebruikt, evenals een aantal kanttekeningen bij de interpretatie van de gepresenteerde resultaten.

J Zie ook <https://www.vgct.nl/vgct.nl/public/over-cgt/factsheets/factsheet-depressie>

K Er zijn eerste aanwijzingen dat CGT ook effectief is bij volwassenen met een depressieve stoornis en een verstandelijke beperking, mits het protocol is aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt. (<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb>)

gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) heeft laten zien dat het toevoegen van emotiegerichte technieken in een exposure kader aan CGT bij depressie geen meerwaarde heeft.<sup>12</sup> Onderzoek naar de vraag welke patiënt het meeste baat heeft bij welke psychotherapeutische benadering staat nog in de kinderschoenen. Er zijn aanwijzingen dat CGT als zelfstandige therapie superieur is aan interpersoonlijke psychotherapie en aan een gecombineerde behandeling (psychotherapie in combinatie met antidepressiva).<sup>13</sup>

### Angststoornissen<sup>L</sup>

Cognitieve gedragstherapie is de eerste keus in de behandeling van patiënten met angststoornissen. De werkzaamheid van CGT voor de behandeling van sommige angststoornissen wordt met meerdere recente meta-analyses verder onderbouwd.<sup>o.a. 4,14</sup> Daarbij lijken de effecten van duurzame aard: bij gegeneraliseerde angststoornis (GAS) en bij sociale angststoornis was in de periode van een jaar na behandeling sprake van een verdere afname van symptomen.<sup>4</sup> Een meta-analyse van placebogecontroleerde (psychologisch of medicatie) RCT's laat grotere effecten van CGT zien bij GAS dan bij sociale angststoornis en paniekstoornis.<sup>14</sup> Wat betreft GAS laat een recente RCT zien dat het toevoegen van groepsgewijze CGT aan farmacotherapie mogelijke meerwaarde heeft.<sup>15</sup> Een meta-analyse van placebogecontroleerde RCT's laat zien dat bij sociale angststoornis individuele CGT aanzienlijk beter werkt dan groepsgewijze CGT.<sup>14</sup> De Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen (2017)<sup>16</sup> meldt dat twee specifieke CGT interventies, namelijk cognitieve therapie en exposure in vivo, waar mogelijk het beste kunnen worden aangeboden in groepsverband. Er is vooralsnog geen bewijs dat het toevoegen van motiverende gespreksvoering voorafgaande aan de CGT-behandeling leidt tot grotere symptoomafname of een hogere aanwezigheid bij sessies.<sup>17</sup> Een studie laat zien dat gemiddeld vijf CGT-sessies nodig zijn voor een betrouwbare verandering, acht CGT-sessies voor klinische significante vooruitgang in angstsymptomen en dat er na vijftien CGT-sessies geen sprake meer is van significante verbetering.<sup>18</sup>

### Blended therapie en digitale/online therapie bij depressie en angst

Uit meerdere meta-analyses blijkt dat online aangeboden CGT even effectief is bij depressie en angst als *face-to-face* behandelingen.<sup>o.a. 19,20</sup> Er zijn aanwijzingen voor de werkzaamheid van multimedia (o.a. telefoon, online, apps, e-mail) CGT en blended (multimedia en persoonlijke gesprekken) CGT ten opzichte van de wachtlijst bij volwassenen met een depressieve stoornis.<sup>21</sup> Een kanttekening hierbij is dat CGT hierbij breder is opgevat dan de eerder genoemde diversiteit van interventies en methodieken, namelijk naast sociale vaardigheidstraining en relaxation ook Acceptance en Commitment Therapie (ACT), Mindfulness, gedragsactivatie en psycho-educatie.

### Posttraumatische stresstoornissen (PTSS)<sup>M</sup>, gecompliceerde rouw en traumatische rouw

Er is substantieel bewijs voor de werkzaamheid van CGT en Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) bij mensen met een PTSS<sup>4,14,22</sup> en bij mensen met complexe PTSS.<sup>23</sup> Volgens een recente meta-analyse is de bewijslast het sterkst voor de geprotocolleerde traumagerichte CGT-interventies, Cognitive Processing Therapy (CPT), cognitieve therapie en *prolonged exposure*.<sup>22</sup> Daarbij lijken de effecten van duurzame aard: bij PTSS was in de periode van een jaar na behandeling sprake van een verdere afname van symptomen.<sup>22</sup> Traumagerichte CGT combineert over het algemeen imaginaire exposure, in vivo exposure en cognitieve technieken. Ook schrijftaken zijn effectief, hoewel deze vooral worden ingezet in schrijftherapie. Uit een Nederlandse studie bleek dat de volgorde van de aangeboden interventie bij een gecombineerde behandeling van belang is: *prolonged exposure* voorafgaand aan EMDR liet een grotere afname in PTSS symptomen zien dan EMDR gevolgd door *prolonged exposure*.<sup>24</sup> Ook heeft een meta-analyse de effectiviteit van narratieve exposure therapie onderbouwd.<sup>25</sup> Een meta-analyse van placebogecontroleerde (psychologisch of medicatie) RCT's laat grotere effecten van CGT zien bij acute stresstoornis dan bij PTSS.<sup>14</sup> Bij PTSS bleek individuele CGT aanzienlijk beter te werken dan groepsgewijze CGT.

L Zie ook <https://www.vgct.nl/themas/themas/factsheets/sociale-angststoornis>

M Zie ook <https://www.vgct.nl/vgct.nl/public/over-cgt/factsheets/factsheet-ptss>

Vanwege de grote heterogeniteit en matige kwaliteit van onderzoeken die in meta-analyses zijn geïncorporeerd, is de formulering van eenduidige conclusies over de werkzaamheid van CGT bij PTSS in vergelijking met farmacotherapie vooralsnog niet mogelijk.<sup>26,27</sup> Er zijn eerste aanwijzingen dat online CGT effectiever is in het reduceren van posttraumatische stressklachten dan de wachtlijst.<sup>28</sup> Over de effectiviteit van Dialectische Gedragstherapie (DGT)<sup>N</sup> gecombineerd met traumagerichte behandeling (exposure) bij patiënten met PTSS en borderline persoonlijkheidsstoornis zijn nog nauwelijks gegevens bekend. De eerste resultaten voor DGT gecombineerd met exposure zijn veelbelovend.<sup>29,30</sup> CGT, vooral rouwgerichte CGT, is een bewezen effectieve behandelvorm voor gecompliceerde rouw en traumatische rouw.<sup>31,32</sup> Individuele CGT lijkt aanzienlijk beter te werken dan groepsgewijze CGT.<sup>32</sup> Een Nederlandse studie laat zien dat de combinatie van CGT en EMDR bij patiënten met symptomen van gecompliceerde rouw en PTSS na het gewelddadige verlies van een dierbare tot een grotere afname van zowel symptomen van gecompliceerde rouw als PTSS leidt dan deelname aan de wachtlijstconditie.<sup>33</sup> Uit een andere Nederlandse studie bleek dat online exposure waarschijnlijk effectiever is in het verminderen van symptomen van gecompliceerde rouw en ruminatie dan gedragsactivatie bij patiënten met gecompliceerde rouw.<sup>34</sup>

### **Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)<sup>O</sup>**

Er zijn twee bewezen effectieve behandelingen voor OCS binnen het cognitief gedragstherapeutische referentiekader: Exposure in vivo met Responspreventie (ERP) en cognitieve (gedrags)therapie.<sup>14, 35-37</sup> Een meta-analyse van placebogecontroleerde (psychologisch of medicatie) RCT's laat grotere effecten van CGT zien bij OCS dan bij andere angstgerelateerde stoornissen.<sup>14</sup> Er zijn geen aanwijzingen voor verschillen in effectiviteit tussen individuele CGT en groepsgewijze CGT.<sup>38,39</sup> Een meta-analyse laat gunstige resultaten zien van intensieve behandelprogramma's bij patiënten met ernstige OCS.<sup>40</sup> Er zijn eerste aanwijzingen dat betrokkenheid van familieleden bij

CGT voor patiënten met OCS een positieve invloed heeft op behandelresultaat.<sup>41</sup> Een meta-analyse heeft de effectiviteit van multimedia-CGT bij patiënten met OCS onderbouwd.<sup>42</sup> Multimedia-CGT bleek superieur aan de wachtlijst of aandacht/relaxatie interventies, maar niet aan door een therapeut uitgevoerde CGT. Een systematisch literatuuroverzicht laat zien dat psychotherapie effectiever is dan farmacotherapie, vooral – naast gedragsactivatie – cognitieve therapie.<sup>36</sup>

### **Stoornissen in het gebruik van psychoactieve middelen<sup>P</sup>**

CGT is een eerste keus behandeling bij stoornissen in het gebruik van psychoactieve middelen.<sup>43,44</sup> CGT is aangetoond effectiever dan geen behandeling, gebruikelijke behandeling en supportgroepen bij volwassenen met stoornissen in het gebruik van alcohol en drugs.<sup>45</sup> Naast CGT is motiverende gespreksvoering bewezen effectief bij stoornissen in het gebruik van psychoactieve middelen.<sup>46</sup> Uit diverse onderzoeken blijkt bovendien dat motiverende gespreksvoering voorafgaande aan CGT-behandeling een positieve invloed heeft op de behandeluitkomst. Het toevoegen van *contingency management* aan CGT kan de behandeluitkomst verder versterken, ook in het geval van comorbide problematiek.<sup>47,48</sup> DGT is effectiever dan gebruikelijke zorg in het verminderen van de ernst van het middelengebruik, ook op de langere termijn.<sup>49</sup> De meta-analyse laat geen verschil in effect op het verslavingsgedrag zien tussen DGT en 12-stappen programma's.

### **Eetstoornissen<sup>Q</sup>**

De Zorgstandaard Eetstoornissen (2017)<sup>50</sup> beveelt bij bulimia nervosa en eetbuistoornis CGT aan of de uitgebreidere vorm hiervan, de zogenoemde cognitieve gedragstherapie *enhanced* (CGT-E). Twee recente meta-analyses hebben de effectiviteit van CGT bij bulimia nervosa en eetbuistoornis verder onderbouwd.<sup>51,52</sup> Een systematisch literatuuroverzicht laat zien dat CGT-E even effectief is als controlecondities, zoals gebruikelijke zorg, vooral op

N Dialectische gedragstherapie bouwt voort op het gedragstherapeutisch referentiekader.

O Zie ook <https://www.vgct.nl/vgct.nl/public/over-cgt/factsheets/factsheet-ocs>

P Zie ook <https://www.vgct.nl/stream/factsheet-problematisch-middelengebruik>

Q Zie ook <https://www.vgct.nl/themas/factsheets/cognitieve-gedragstherapie-bij-eetstoornissen>

de langere termijn.<sup>53</sup> Uit een recente RCT blijkt ook dat CGT-E op de lange termijn niet effectiever is dan gebruikelijke zorg (meestal CGT).<sup>54</sup> Bij volwassenen met anorexia nervosa gaat het vaak om een combinatie van psychologische behandelingen, zoals CGT en interpersoonlijke therapie. Tot op heden is niet bewezen dat de aanbevolen gespecialiseerde behandelingen (waaronder CGT) voor volwassenen met anorexia nervosa effectiever zijn dan niet gespecialiseerde behandelingen.<sup>55,56</sup> Een recent Nederlands onderzoek onder patiënten met obesitas en een eetbuistoornis laat geen verschil in klinisch relevante uitkomst zien tussen een intensieve vorm van CGT en een aan eetbuistoornis aangepaste versie van DGT.<sup>57</sup> In een RCT naar eetstoornissen (exclusief anorexia nervosa) waarin schematherapie<sup>R</sup>, *appetite*-focused CGT en CGT volgens Fairburn werden vergeleken, was Schematherapie even effectief als CGT.<sup>58</sup>

### Psychotische stoornissen

Bij psychotische stoornissen hanteert de Zorgstandaard Psychose<sup>59</sup> een stadiëringmodel. Dit model maakt onderscheid tussen een ultrahog risicoprofiel op psychose (UHR) en stadia waarbij iemand reeds een psychotische stoornis heeft. Bij het UHR-profiel is CGT eerste keus behandeling. Een recente meta-analyse heeft de effectiviteit van CGT ter preventie van psychose verder onderbouwd.<sup>60</sup> Bij de vervolgstadia van psychotische stoornissen waarbij sprake is van aanhoudende positieve symptomen is CGT eveneens eerste keus behandeling. Een recente meta-analyse toont aan dat hallucinaties en wanen verminderen na CGT in vergelijking met actieve controlebehandeling.<sup>61</sup> Voor wanen geldt wel dat meer onderzoek nodig is. Ook nieuwe vormen van CGT, zoals met virtual reality-ondersteuning<sup>62</sup> en modulair gericht op instandhoudende factoren (Feeling Safe<sup>63</sup>) blijken effectief in het verminderen van paranoïde wanen. Ten slotte moet CGT volgens de Zorgstandaard Psychose<sup>59</sup> geboden of op zijn minst overwogen worden bij negatieve symptomen, affectieve symptomen, suicidaliteit en andere, vaak aanwezige comorbide problemen (zoals verslaving en PTSS).

### Borderline persoonlijkheidsstoornis<sup>S</sup>

DGT en Schematherapie zijn bewezen effectieve behandelingen voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.<sup>64-66</sup> DGT is de meest onderzochte behandelvorm voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.<sup>65</sup> DGT is effectief in het verminderen van (para)suïcidaal gedrag en verbeteren van het psychosociaal functioneren bij volwassenen met een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis.<sup>65-68</sup> Er zijn aanwijzingen dat DGT – naast psychodynamische benaderingen<sup>T</sup> – effectiever is in het reduceren van borderline persoonlijkheidssymptomen dan gebruikelijke zorg of ondersteunende therapie.<sup>67</sup> CGT volgens Beck blijkt niet superieur aan gebruikelijke zorg of ondersteunende therapie te zijn.<sup>67</sup> DGT blijkt in uiteenlopende settingen/doseringen (o.a. ambulante, kortdurende klinisch) te worden aangeboden. Welke dosering of setting het beste werkt voor mensen met ernstige borderlineklachten is nog niet duidelijk. Een recente RCT laat geen verschil in effect op klinische vooruitgang of drop-out zien tussen negen maanden *stepdown* DGT – dit is drie maanden DGT in een residentiële setting gevolgd door zes maanden ambulante DGT – en twaalf maanden volledig ambulante DGT bij mensen met ernstige borderline klachten.<sup>69</sup> Uit een quasi, niet gerandomiseerde studie waarin de effectiviteit van DGT werd vergeleken met andere specifieke psychotherapie (Mentalization-Based Therapy: MBT) bleek dat de reductie in zelfbeschadigend gedrag en verbetering van emotieregulatie groter was bij mensen die DGT hadden ontvangen dan bij mensen die MBT hadden ontvangen.<sup>70</sup> Schematherapie is een effectieve behandeling binnen een ambulante setting. In een Nederlandse RCT bleken zowel Schematherapie als Transference Focused Therapie (TFP) effectief bij borderline persoonlijkheidsstoornis, zij het Schematherapie meer dan TFP.<sup>71</sup> In een andere Nederlandse RCT werden gunstige resultaten gevonden voor Schematherapie bij andere persoonlijkheidsstoornissen, namelijk ontwijkende, afhankelijke, obsessieve-compulsieve, paranoïde en narcistische persoonlijkheidsstoornis.<sup>72</sup> Schematherapie bleek effectiever dan gebruikelijke behandeling in termen van herstel van

R Schematherapie is een integratieve behandeling, maar is nog steeds gebaseerd op een cognitief model.

S Zie ook de NVP-factsheet Psychodynamische psychotherapie bij volwassenen <https://www.psychotherapie.nl/over-de-nvp/nvp-publicaties>

diagnose van een persoonlijkheidsstoornis, sociaal en maatschappelijk functioneren en comorbide diagnose van depressie. Er zijn ook eerste aanwijzingen dat klinische Schematherapie effectief is bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek.<sup>73,74</sup> DGT en Schematherapie zijn dan ook als werkzame behandelingen opgenomen – naast TFP en MBT – in de Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen (2018).<sup>75</sup>

### Kosteneffectiviteit

Er zijn meerdere studies<sup>76-78</sup> en een systematische literatuurstudies<sup>79,80</sup> die de kosteneffectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij onder meer depressieve stoornissen, angststoornissen, stoornis in het gebruik van alcohol en persoonlijkheidsstoornissen ondersteunen. Zo laat bijvoorbeeld een RCT zien dat CGT bij sociale angststoornis, evenals psychodynamische psychotherapie, zowel effectief als kostenbesparend (medische en werkgerelateerde kosten) is.<sup>76</sup> Systematische literatuuroverzichten laten zien dat individuele CGT bij (terugval in) depressie op de korte termijn kosteneffectief is<sup>79</sup> en dat CGT bij depressie op de langere termijn kosteneffectiever is dan farmacotherapie<sup>80</sup>. Een maatschappelijke kosten-batenanalyse van CGT-behandelingen voor alcoholverslaving in Nederland wijst op een goede doelmatigheid.<sup>81</sup> CGT kan leiden tot minder ziekte en sterfte, een betere kwaliteit van leven en een hogere arbeidsproductiviteit. Een eerste aanwijzing voor de kosteneffectiviteit in termen van vermindering van zorgconsumptie van traumagerichte CGT van bij PTSS komt uit een systematische review.<sup>82</sup> In vergelijking met gebruikelijke zorg is traumagerichte CGT (plus selectieve serotonine heropnameremmers) een kosteneffectieve behandeling voor PTSS. Een kosten-batenanalyse geeft een eerste aanwijzing voor kosteneffectiviteit van CGT bij anorexia nervosa en bulimia nervosa in Duitsland.<sup>83</sup> In een Nederlandse RCT bleek dat CGT met virtual reality ondersteuning bij psychose op de korte termijn een kosteneffectieve behandeling is.<sup>84</sup> Drie systematische literatuuroverzichten geven aanwijzingen dat ambulante DGT een kosteneffectieve behandeling voor borderline persoonlijkheidsstoornis is ten opzichte van vergelijkingscondities (meestal gebruikelijke behandeling).<sup>85-87</sup> Direct na behandeling werd een besparing van 1.551 dollar per patiënt vastgesteld.<sup>87</sup> De kosteneffectiviteit van DGT bij borderline persoonlijkheidsstoornis werd

ook in een recente studie bevestigd.<sup>78</sup> *Stepdown* DGT was in vergelijking met ambulante DGT niet kosteneffectief.<sup>78</sup> De kosteneffectiviteit van Schematherapie bij (borderline) persoonlijkheidsstoornis is door wetenschappelijk onderzoek onderbouwd.<sup>86</sup> Uit een Nederlands kosteneffectiviteitsonderzoek waarin twee vormen van ambulante psychotherapie bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis werden vergeleken, komt naar voren dat Schemagerichte therapie goedkoper was.<sup>88</sup> Uit een andere Nederlandse studie bleek dat Schematherapie een kosteneffectieve behandeling is voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen in vergelijking met gebruikelijke behandeling (32% CGT), oplossingsgerichte psychotherapie en een aangepaste versie van *client-centered* therapie.<sup>89</sup>



## Conclusie

De in deze factsheet beschreven toepassingen van cognitieve (gedrags)therapie zijn bewezen effectief en voldoen daarmee aan de eisen voor wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid die Zorginstituut Nederland<sup>1</sup> hanteert. Daarbij blijven de effecten na beëindiging van behandeling vaak behouden en wijst het beschikbare kosteneffectiviteitsonderzoek op een goede doelmatigheid. Meer onderzoek, vooral voor wie welke vormen van cognitieve (gedrags)therapie het meest effectief kunnen worden ingezet, is wenselijk.

## Verantwoording methode

### Methode

- De informatie in deze factsheet is gebaseerd op meer dan dertig meta-analyses die zich specifiek richtten op de effectiviteit van – specifieke vormen van - CGT bij volwassenen gepubliceerd in *peer reviewed* tijdschriften tussen 1 januari 2013 en 1 juli 2021.
- Meta-analyses zijn kwantitatieve samenvattingen van de resultaten van meerdere afzonderlijke (gerandomiseerde) onderzoeken. Deze publicaties zijn als uitgangspunt genomen omdat ze over het algemeen als het beste bewijs voor de effectiviteit van een behandelmethode worden beschouwd.
- Er is sprake van enige overlap in geïnccludeerde studies in de verschillende meta-analyses.
- De resultaten van meta-analyses lopen tegen de tijd dat ze gepubliceerd worden al weer achter op de actuele stand van zaken. Daarom zijn bovendien recent gepubliceerde onderzoeken (vooral RCT's) meegenomen die nog niet in meta-analyses zijn opgenomen.

### Kanttekeningen

- De resultaten van de meta-analyses zijn niet eenduidig te interpreteren, omdat de aangeboden interventies, de patiëntkenmerken, de gebruikte criteria en de meetinstrumenten daarvoor en de follow-up-perioden in de verschillende studies nogal uiteenlopen. Bij de formulering van een conclusie over de werkzaamheid van de verschillende therapievormen bij volwassenen moet met deze grote heterogeniteit rekening worden gehouden.
- De werkzaamheid wordt meestal aangetoond in vergelijking met inactieve controlecondities, zoals wachtlijstcondities en actieve controlecondities, zoals gebruikelijke behandeling.
- Vooralsnog is er te weinig bekend over welke patiënt het meest baat heeft bij welke behandeling.

## Geraadpleegde bronnen

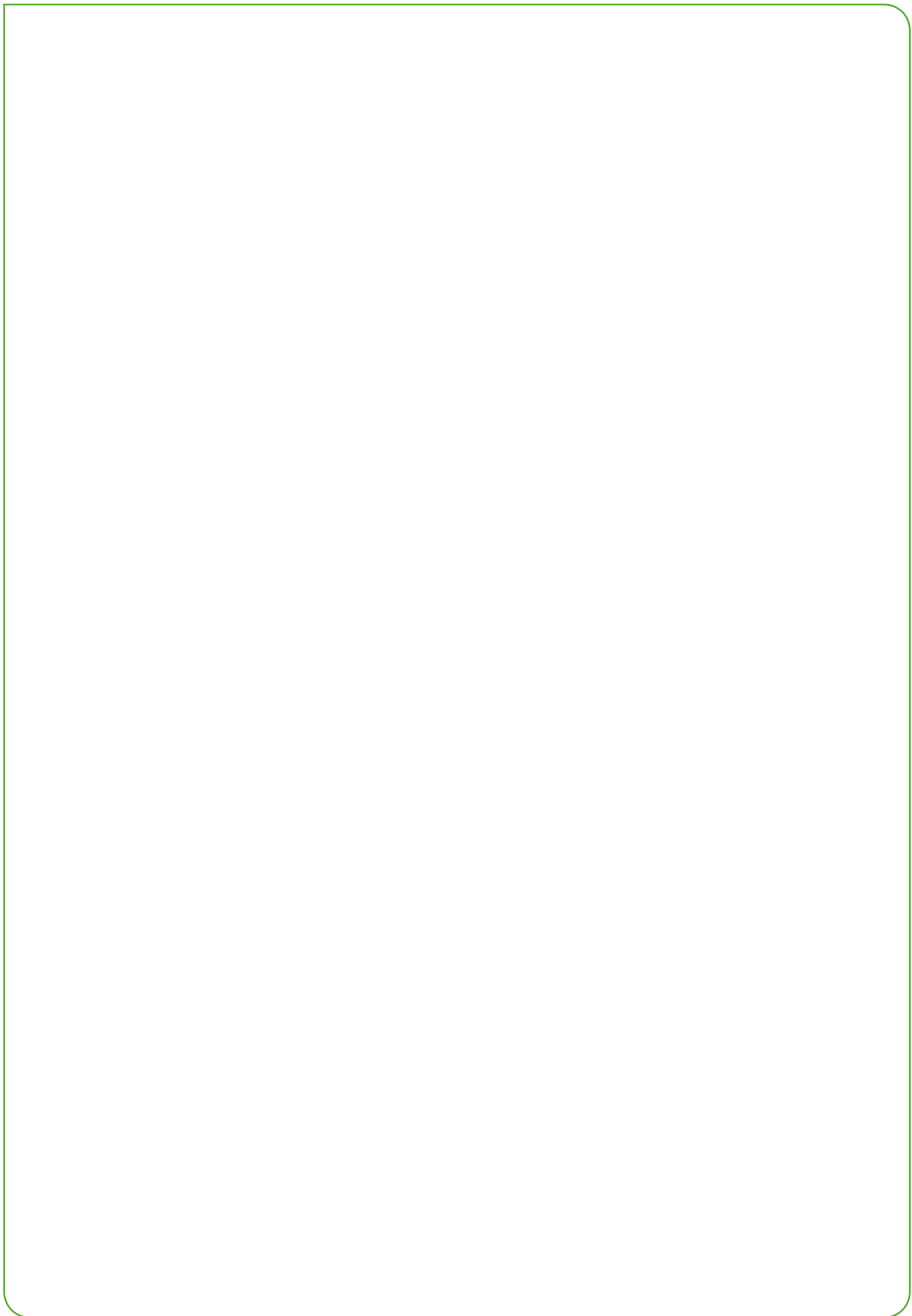
- 1 P.C. Staal, J. Heymans, G. Ligtenberg, J.T.M. Derksen & B.T. Couwenbergh (2015). *Beoordeling stand van wetenschap en praktijk*. Den Haag: Zorginstituut Nederland. Volgnummer 2014116583.
- 2 D. Hermans, F. Raes & H. Orlemans (2017). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Zevende, herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 3 K. Korrelboom & E. ten Broeke (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Tweede, herziene druk. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- 4 E.A.M. van Dis, S.C. van Veen, M.A. Hagenaars, N.M. Batelaan, C.L.H. Bockting, R.M. van den Heuvel, e.a. (2020). Long-term outcomes of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77, 265-273.
- 5 P. Cuijpers, S.D. Hollon, A. van Straten, C. Bockting, M. Berking & G. Andersson (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3(4): e002542. <https://bmjopen.bmj.com/content/3/4/e002542>
- 6 R. von Brachel, G. Hirschfeld, A. Berner, U. Willutzki, T. Teismann, J.C. Cwik, e.a. (2019). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy in routine outpatient care: A 5- to 20-year follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88, 225-235.
- 7 G. Andrews, A. Basu, P. Cuijpers, M.G. Craske, P. McEvoy, C.L. English & J.M. Newby (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 70-78.
- 8 J. Spijker, C.L.H. Bockting, J.A.C. Meeuwissen, I.M. van Vliet, P.M.G. Emmelkamp, M.L.M. Hermens e.a. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn depressie (Derde revisie): Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 9 *Zorgstandaard Depressieve Stoornissen*. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ. Utrecht, 2018.
- 10 P. Cuijpers, H. Noma, E. Karyotaki, A. Cipriani & T.A. Furukawa (2019). Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depressions: a network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76, 700-707.
- 11 C.L.H. Bockting, N.S. Klein, H.J. Elgersma, G.D. van Rijsbergen, C. Slofstra, J. Ormel, e.a. (2018). Effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants versus maintenance antidepressant treatment versus their combination in prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a three-group, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 5, 401-410.
- 12 M. Grosse Holtforth, T. Krieger, J. Zimmermann, D. Altenstein-Yamanaka, N. Dörig, L. Meisch & A.M. Hayes (2019). A randomized-controlled trial of cognitive-behavioral therapy for depression with integrated techniques from emotion-focused and exposure therapies. *Psychotherapy Research*, 29, 30-44.
- 13 A. Whiston, C.L.H. Bockting & M. Semkovska (2019). Towards personalising treatment: a systematic review and meta-analysis of face-to-face efficacy moderators of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 49, 2657-2668.
- 14 J.K. Carpenter, L.A. Andrews, S.M. Witcraft, M.B. Powers, J.A.J. Smits & S.G. Hofmann (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35, 502-514.
- 15 Z-J. Xie, N. Han, S. Law, Z-W. Li, S-Y. Chen, J-P. Xiao, e.a. (2019). The efficacy of group cognitive-behavioural therapy plus duloxetine for generalised anxiety disorder versus duloxetine alone. *Acta Neuropsychiatrica*, 31, 316-324.
- 16 *Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen*. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ. Utrecht, 2017.
- 17 L. Peters, M. Romano, Y. Byrow, B. Gregory, L.F. McLellan, K. Brockveld, e.a. (2019). Motivational interviewing prior to cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 256, 70-78.
- 18 H.C. Levy, B.L. Worden, C.D. Davies, K. Stevens, B.W. Katz, L. Mammo, e.a. (2020). The dose-response curve in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49, 439-454.
- 19 W. van Ballegooijen, P. Cuijpers, A. van Straten, E. Karyotaki, G. Andersson, J.H. Smit & H. Riper (2014). Adherence to internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PLoS ONE*, 9: e100679. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100674>
- 20 P. Carlbring, G. Anderson, P. Cuijers, H. Riper & E. Hedman-Lagerlöf (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behavior Therapy*, 47, 1-18.

- 21 J.A. López-López, S.R. Davies, D.M. Caldwell, R. Churchill, T.J. Peters, D. Tallen, e.a. (2019). The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 12, 1937-1947.
- 22 C. Lewis, N.P. Roberts, M. Andrew, E. Starling & J.I. Bisson (2020). Psychological therapies for posttraumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11: 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- 23 T. Karatzias, P. Murphy, M. Cloitre, J. Bisson, N. Roberts, M. Shevlin, e.a. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49, 1761-1775.
- 24 A. van Minnen, E.M. Voorendonk, L. Rozendaal & A. de Jongh (2020). Sequence matters: Combining prolonged exposure and EMDR therapy for PTSD. *Psychiatry Research*, 113032. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113032>
- 25 J.C.G. Lely, G.E. Smid, R.A. Jongedijk, J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: A review, meta-analysis and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1, 1550344. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1550344>
- 26 J. Merz, G. Schwarzer & H. Gerger (2019). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with PTSD. A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76, 904-913.
- 27 J. Sonis & J.M. Cook (2019). Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 282:112637. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112637>
- 28 C. Lewis, N.P. Roberts, A. Bethell, L. Robertson & J. Bisson (2018). Internet-based cognitive and behavioural therapies for posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12: CD011710. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011710.pub2>
- 29 M. Bohus, N. Kleindienst, C. Hahn, M. Müller-Engelmann, P. Ludäscher, R. Steil, e.a. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: A randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*, July 22:e202148. <https://doi.org/10.1159/000348451>
- 30 C.W. Slotema, B. Wilhelmus, L.R. Arends & I.H.A. Franken (2020). Psychotherapy for posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis of its efficacy and safety. *European Journal of Psychotraumatology*, 11:1796188. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1796188>
- 31 B.K. Doering & M.C. Eisma (2016). Treatment for complicated grief: state of the science and ways forward. *Current Opinion in Psychiatry*, 29, 286-291.
- 32 M. Johannsen, M.F. Damholdt, R. Zachariae, M. Lundorff, I. Farver-Vestergaard & M. O'Connor (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86.
- 33 M. van Denderen, J. de Keijser, R. Stewart & P.A. Boelen (2018). Treating complicated grief and posttraumatic stress in homicidally bereaved individuals: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25, 497-508.
- 34 M.C. Eisma, P.A. Boelen, J. van den Bout, W. Stroebe, H.A.W. Schut, J. Lancee & M.S. Stroebe (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46, 729-748.
- 35 L.G. Öst, A. Havnen, B. Hansen & G. Kvale (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.
- 36 P. Skapinakis, D. Caldwell, W. Hollingworth, P. Bryden, N. Fineberg & P. Salkovskis (2016). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technology Assessment*, 20, 1-392.
- 37 Y. Bodryzlova, J-S. Audet, K. Bergeron & K. O'Connor (2019). Group cognitive-behavioural therapy for hoarding disorder: Systematic review and meta-analysis. *Health, Social Care and Community*, 27, 517-530.
- 38 D. Schwartze, S. Barkowski, G.M. Burlingame, B. Strauss & J. Rosendahl (2016). Efficacy of group psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 49-61.

- 39 A. Pozza & D. Dettore (2017). Drop-out and efficacy of group versus individual cognitive behavioural therapy: What works best for obsessive-compulsive disorder? A systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *Psychiatry Research*, 258, 24-36.
- 40 D. Veale, I. Naismith, S. Miles, L.J. Gledhill, G. Stewart & J. Hodsoll (2016). Outcomes for residential or inpatient intensive treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 8, 38-49.
- 41 K.E. Stewart, D. Sumantry & B.L. Malivoire (2020). Family and couple integrated cognitive-behavioural therapy for adults with OCD: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 159-168.
- 42 D. Dettore, A. Pozza & G. Andersson (2015). Efficacy of technology-delivered cognitive behavioural therapy for OCD versus control conditions, and in comparison with therapist-administered CBT: Meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44, 190-211.
- 43 *Zorgstandaard Alcohol. Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving*. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ. Utrecht, meest recente versie (2021).
- 44 *Zorgstandaard Drugs (niet-opioiden). Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines*. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ. Utrecht, meest recente versie (2021).
- 45 M. Magill, L. Ray, B. Kiluk, A. Hoadley, M. Bernstein, J.S. Tonigan & K. Carroll (2019). A meta-analysis of cognitive behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 1093-1105.
- 46 W.A.J.M. de Wildt, M.J.M. Merckx, E. Vedel & G.M. Schippers (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. In: G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten (p.381-406)*. Amsterdam: Boom.
- 47 P.M.G. Emmelkamp, M. Merckx, L. de Fuentes-Merillas (2015). Contingency Management. *Gedragstherapie*, 48, 153-170.
- 48 S.M. McPherson, E. Burduli, C.L. Smith, J. Herron, O. Oluwoye, K. Hirchak, & J.M. Roll (2018). A review of contingency management for the treatment of substance-use disorders: adaptation for underserved populations, use of experimental technologies, and personalized optimization strategies. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 9, 43-57.
- 49 E. Giannelli, C. Gold, L. Bieleninik, C. Ghetti & O.C.G. Gelo (2019). Dialectical behaviour therapy and 12-step programmes for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Counseling and Psychotherapy Research*, 19, 274-285.
- 50 *Zorgstandaard Eetstoornissen*. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ. Utrecht, 2017.
- 51 A. Hilbert, D. Petroff, S. Herpertz, R. Pietrowsky, B. Tuschen-Caffier, S. Vocks & R. Schmidt (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 91-105.
- 52 J. Svaldi, F. Schmitz, J. Bauer, A.S. Hartmann, T. Legenbauer, C. Thaler, e.a. (2019). Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 49, 898-910.
- 53 M.E. Atwood & A. Friedman (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53, 311-330.
- 54 M. de Jong, P. Spinhoven, K. Korrelboom, M. Deen, I. van der Meer, U.N. Danner, e.a. (2020). Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 53, 447-457.
- 55 S. Murray, D. Quintana, K. Loeb, S. Griffiths & D. Le Grange (2018). Treatment outcomes for anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 49, 535-544.
- 56 E. van den Berg, L. Houtzager, J. de Vos, I. Daemen, G. Katsaragaki, E. Karyotaki, e.a. (2019). Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 27, 331-351.
- 57 M.W. Lammers, M.S. Vroling, R.D. Corsby & T. van Strien (2020). Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *Journal of Eating Disorders*, 8, 27.
- 58 V.V. McIntosh, J. Jordan, J.D. Carter, C.M. Frampton, J.M. McKenzie, J.D. Latner & P.R. Joyce (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Research*, 240, 412-420.
- 59 *Zorgstandaard Psychose*. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ. Utrecht, meest recente versie (2021).

- 60 C. Mei, M. van der Gaag, B. Nelson, F. Smit, H.P. Yuen, M. Berger, e.a. (2021). Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: an updated and extended meta-analysis (2021). *Clinical Psychology Review*, 86, 102005. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102005>
- 61 D.T. Turner, S. Burger, F. Smit, L.R. Valmaggia & M. van der Gaag, M. (2020). What constitutes sufficient evidence for case formulation-driven CBT for psychosis? Cumulative meta-analysis of the effect on hallucinations and delusions. *Schizophrenia Bulletin*, 46, 1072-1085.
- 62 R.M.C.A. Pot-Kolder, C.N.W. Geraets, W. Veling, M. van Beilen, A.B.P. Staring, H.J. Gijsman, e.a. (2018). Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: a single-blind randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 5, 217-226.
- 63 D. Freeman, R. Emsley, R. Diamond, N. Collett, E. Bold, E. Chadwick, e.a. (2021). Comparison of a theoretically driven cognitive therapy (the Feeling Safe Programme) with befriending for the treatment of persistent persecutory delusions: a parallel, single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 8, 696-707.
- 64 G.A. Jacob & A. Arntz (2013). Schema therapy for personality disorders: A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6, 171-185.
- 65 M. Oud, A. Arntz, M. L. M. Hermens, R. Verhoef & T. Kendall (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52, 949-961.
- 66 O.J. Storebø, J.M. Stoffers-Winterling, B.A. Völm, M.T. Kongerslev, J.T. Mattivi, M.S. Jørgensen, e.a. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 5:CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- 67 I.A. Cristea, C. Gentili, C.D. Cotet, D. Palomba, C. Barbui & P. Cuijpers (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319-328.
- 68 P.T. Panos, J.W. Jackson, O. Hasan & A. Panos (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213-223.
- 69 R. Sinnaeve, L.M.C. van den Bosch, L. Hakkaart-van Roijen & K. Vansteelandt (2018). Effectiveness of step-down versus outpatient dialectical behaviour therapy for patients with severe levels of borderline personality disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5:12. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0089-5>
- 70 K. Barnicot & M. Crawford (2019). Dialectical behaviour therapy v. Mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 49, 2060-2068.
- 71 J. Giesen-Bloo, R. van Dyck, P. Spinhoven, W. van Tilburg, C. Dirksen, T. van Asselt e.a. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized controlled trial of schema-focused vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- 72 L.L.M. Bamelis, S.M.A.A. Evers, P. Spinhoven & A. Arntz (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305-322.
- 73 N. Reiss, K. Lieb, A. Arntz, I.A. Shaw & J. Farrel (2013). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 355-367.
- 74 G.M. Schaap, F. Chakhssi & G.J. Westerhof (2016). Inpatient schema therapy for adults with personality pathology: Associations with changes in symptomatic distress, schema, schema modes, coping styles and positive mental health. *Psychotherapy*, 53, 402-412.
- 75 *Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen*. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ. Utrecht, 2018.
- 76 I. Mavranouzouli, E. Mayo-Wilson, S. Dias, K. Kew, D.M. Clark, A.E. Ades & S. Pilling (2015). The cost effectiveness of psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder: A model-based economic analysis. *PLoS ONE*, 10(10):e0140704. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140704>
- 77 T.A. Olmstead, F.S. Graff, A. Ames-Sikora, B.S. McCrady, A. Gaba & E.E. Epstein (2019). Cost-effectiveness of individual versus group female-specific cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 100, 1-7.
- 78 A. Murphy, J. Bourke, D. Flynn, M. Kells & M. Joyce (2020). A cost-effectiveness analysis of dialectical behaviour therapy for treating individuals with borderline personality disorder in the community. *Irish Journal of Medical Science*, 189, 415-423.
- 79 C. Brettschneider, H. Djadran, M. Härter, B. Löwe, S. Riedel-Heller & H-H. König (2015). Cost-utility analysis of cognitive behavioural therapy of depression: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 6-21.

- 80 E. Karyotaki, D. Tordrup, C. Buntrock, R. Bertolini & P. Cuijpers (2017). Economic evidence for the clinical management of major depressive disorder: A systematic review and quality appraisal of economic evaluations alongside randomised controlled trials. *Epidemiology and Psychiatric Science*, 26, 501-516.
- 81 E.A.B. Over, P.F. van Gils, A.W.M. Suijkerbuijk, J. Lokkerbol & G.A. de Wit (2016). *Maatschappelijke kosten-baten analyse van cognitieve gedragstherapie voor alcohol- en cannabisverslaving*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- 82 R. van der Warth, J. Dams, T. Grochtdreis & H-H. Köning (2020). Economic evaluations and cost-analyses in post-traumatic stress disorder: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 11: 1753940. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1753940>
- 83 K. Bode, N.M. Götz von Olenhusen, E-M. Wunsch, S. Kliem & C. Kröger (2017). Population-based cost-offset analyses for disorder-specific treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Germany. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 239-249.
- 84 R. Pot-Kolder, W. Veling, C. Geraets, J. Lokkerbol, F. Smit, A. Jongeneel, e.a. (2020). Cost-effectiveness of Virtual reality cognitive behavioral therapy for psychosis: Health-economic evaluation within a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22:e17098. <https://doi.org/10.2196/17098>
- 85 C. Brettschneider, S. Riedel-Heller & H. H. König (2014). A systematic review of economic evaluations of treatments for borderline personality disorder. *PLoS ONE* 9: e107748. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107748>
- 86 P. Wetzelaer, J. Lokkerbol, A. Aernitz, A. van Asselt & S. Evers (2016). Kosteneffectiviteit van psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen: Een systematisch literatuuronderzoek van economische evaluatiestudies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(10), 717-727.
- 87 D. Meuldijk, A. McCarthy, M.E. Bourke & B.F.S. Grenyer (2017). The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS ONE*, 12(3):e0171592. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171592>
- 88 A.D.L. van Asselt, C.D. Dirksen, A. Arntz, J.H. Giesen-Bloo, R. van Dyck, P. Spinhoven, e.a. (2008). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused therapy. *British Journal of Psychiatry*, 192, 450-457.
- 89 L.L.M. Bamelis, A. Arntz, P. Wetzelaer, R. Verdoorn & S.M.A.A. Evers (2015). Economic evaluation of schema therapy and clarification-oriented psychotherapy for personality disorders: A multicenter, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76, e1432-1440. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09412>



# Cognitieve gedragstherapie bij volwassenen

Stand van wetenschap  
en praktijk



## Over de NVP

De Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie is sinds 1930 de wetenschappelijke beroepsvereniging die zich richt op psychotherapeuten en de psychotherapie.

De NVP staat voor kwalitatief goede effectieve en betaalbare psychotherapeutische zorg voor patiënten die dat nodig hebben, uitgevoerd door de daartoe bevoegde BIG-professionals: psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters.

**Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie**  
[www.psychotherapie.nl](http://www.psychotherapie.nl)

## Colofon

Dit is een uitgave van de wetenschapsraad van de NVP. **Februari 2022** ©

- Prof. dr. Ton van Balkom
- Dr. Anna Bartak
- Prof. dr. Claudi Bockting
- Dr. Christine Brouwer- Dudok de Wit
- Dr. Sjoerd Colijn
- Prof. dr. Jan Derksen
- Dr. Nel Draijer
- Prof. dr. Elisa van Ee
- Dr. Kirsten Hauber
- Prof. dr. Marcus Huibers
- Dr. Theo Ingenhoven
- Prof. dr. Jos de Keijser
- Dr. Audri Lamers
- Dr. Willie Langeland (auteur)
- Dr. Wubbo Scholte
- Dr. Adriaan van 't Spijker
- Dr. Rien Van



nederlandse vereniging voor  
**psychotherapie**



Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën