

Behandeleffectiviteit van Psychologische Interventies voor Partiële Remissie van Depressie

Een Synthese van Recente Meta-analytische Studies

Joost Gülpén

Promovendus

Psycholoog i.o.t. GZ-psycholoog (PIOG)

Amsterdam UMC, afd. Psychiatrie

6 november 2025

VGct Najaarscongres





DISCLOSURES

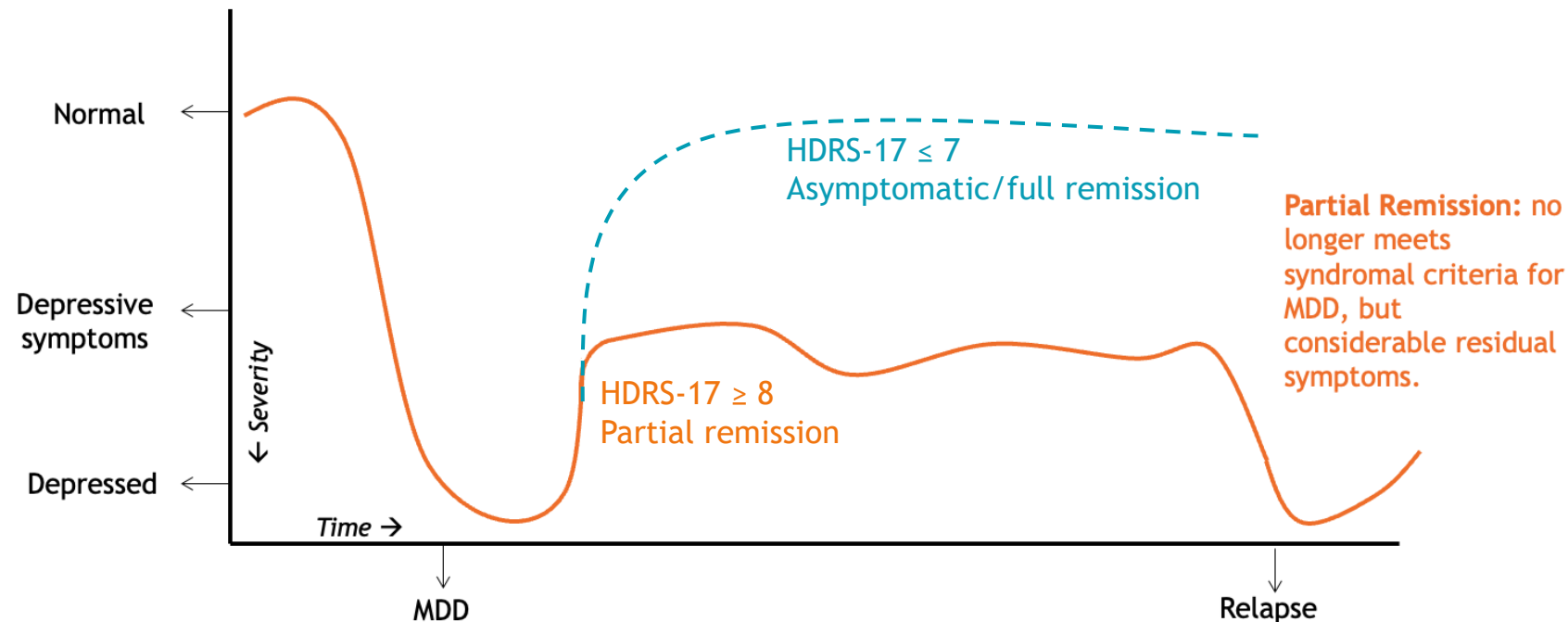
Geen (potentiële) belangenverstrengeling te melden m.b.t. deze presentatie



PARTIËLE REMISSIE VAN DEPRESSIE

Partiële remissie veelvoorkomend: $\pm 30\%$ ervaart aanzienlijke residuele klachten na episode.¹⁻⁵

- Robuuste predictor van terugval: 3-6x groter risico.^{1,5-9}
- Verhoogde lijdensdruk en verminderd functioneren i.v.m. volledig herstel: e.g., hoger suïciderisico, lagere kwaliteit van leven, meer cognitieve beperkingen.^{5,10-15}





WAT WERKT VOOR PARTIËLE REMISSIE VAN DEPRESSIE?

Gestart met 'conventionele' meta-analyse naar behandelopties partiële remissie van MDD (Gülpen et al., 2023).¹⁶

Korte termijn effecten op symptomatologie (Hedges' $g = 0.50$; 95% CI 0.23-0.76) → effecten hielden niet aan.

Geen effecten op terugval:

- Post-treatment (OR 0.17; 95% CI 0.01-4.83).
- Follow-up (OR 0.46; 95% CI 0.21-1.03).

➤ Alarmerend weinig studies ($k = 7$) specifiek gericht op partiële remissie belemmert duidelijke conclusie; slechts $k = 3$ studies onderzochten terugval!



Open access

Systematic review

BMJ
Mental
Health

Treatments for partial remission of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis



DUS...WAT WERKT VOOR PARTIËLE REMISSIE VAN DEPRESSIE?



Psychological Medicine

www.cambridge.org/psm

Psychological interventions for preventing relapse in individuals with partial remission of depression: a systematic review and individual participant data meta-analysis

International TaskForce RelApse prevention of depression (ITFRA)

$k = 16$ RTCs, totaal $n = 2028$

Radboudumc



Amsterdam UMC



UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM



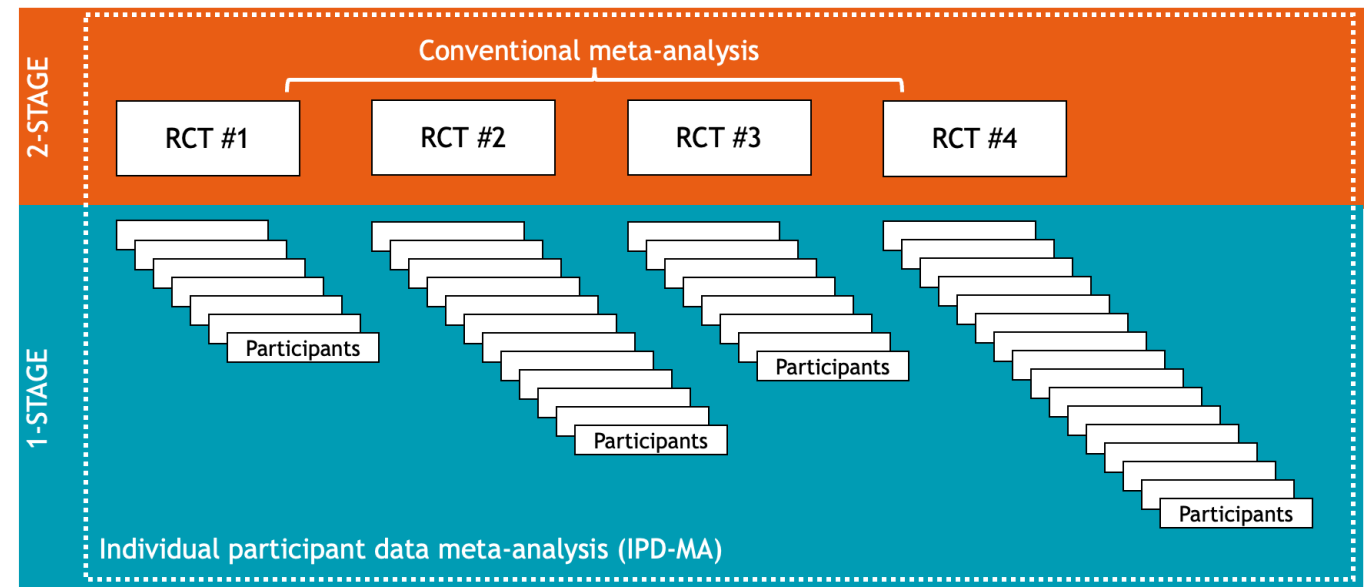


SYSTEMATIC REVIEW & INDIVIDUAL PARTICIPANT DATA META-ANALYSIS

Rationale: Effectiviteit van interventies bij partiële remissie onzeker, en onduidelijk wat voor wie werkt.

Onderzoeksvragen:

1. Wat is de effectiviteit van terugvalpreventie voor partiële remissie?
2. Welke kenmerken, klinisch of demografisch, zijn geassocieerd met differentiële behandel-effectiviteit?



RCTs geen onderscheid partiële vs. volledige remissie.

- Met IPD-MA kunnen we effecten in deze (vaak) niet-gerapporteerde subgroep onderzoeken, zonder nieuwe, kostbare, tijdrovende RCTs.¹⁸



KENMERKEN GEÏNCLUDEERDE STUDIES



23,243 studies gescreend



$n = 2028$ participanten

└─ $n = 705$ partiële remissie (34.8%)
└─ $n = 1323$ in volledige remissie



16 RCTs geïnccludeerd met IPD



Interventies:²⁴⁻³⁹

- Cognitieve gedragstherapie (CGT): $k = 2$
- Continuation-phase cognitieve therapie (C-CT): $k = 2$
- Mindfulness based cognitieve therapie (MBCT): $k = 7$
- MemFlex: $k = 1$
- Preventieve cognitieve therapie (PCT): $k = 4$



Partiële vs. volledig herstelden:

- Langere duur laatste depressie; meer psychiatrische/somatische comorbiditeit; lagere behandeltrouw; hoger terugvalrisico.



WAT VOORSPELT TERUGVAL BIJ PARTIËLE REMISSIE?

Predictor	Bivariable model		Multivariable model	
	HR (95% CI)	<i>p</i>	HR (95% CI)	<i>p</i>
Leeftijd	1.01 (1.00-1.02)	.173	n.s.	n.s.
Gender, man	1.01 (0.71-1.43)	.977	n.s.	n.s.
Opleidingsniveau, hoger	0.88 (0.55-1.41)	.594	n.s.	n.s.
Huwelijkse status, DSW	1.07 (0.76-1.52)	.693	n.s.	n.s.
Eerdere episodes, aantal	1.01 (1.00-1.03)	.138	n.s.	n.s.
Eerdere episodes, ≥ 3	1.63 (1.03-2.58)	.036	2.17 (1.18-3.98)	.012
Leeftijd van onset	1.00 (0.99-1.02)	.856	n.s.	n.s.
Depressieve symp., HDRS-17	1.05 (1.01-1.09)	.016	1.22 (1.06-1.40)	.005
Depressieve symp, BDI-II	1.02 (1.00-1.04)	.088	0.94 (0.87-1.01)	.070



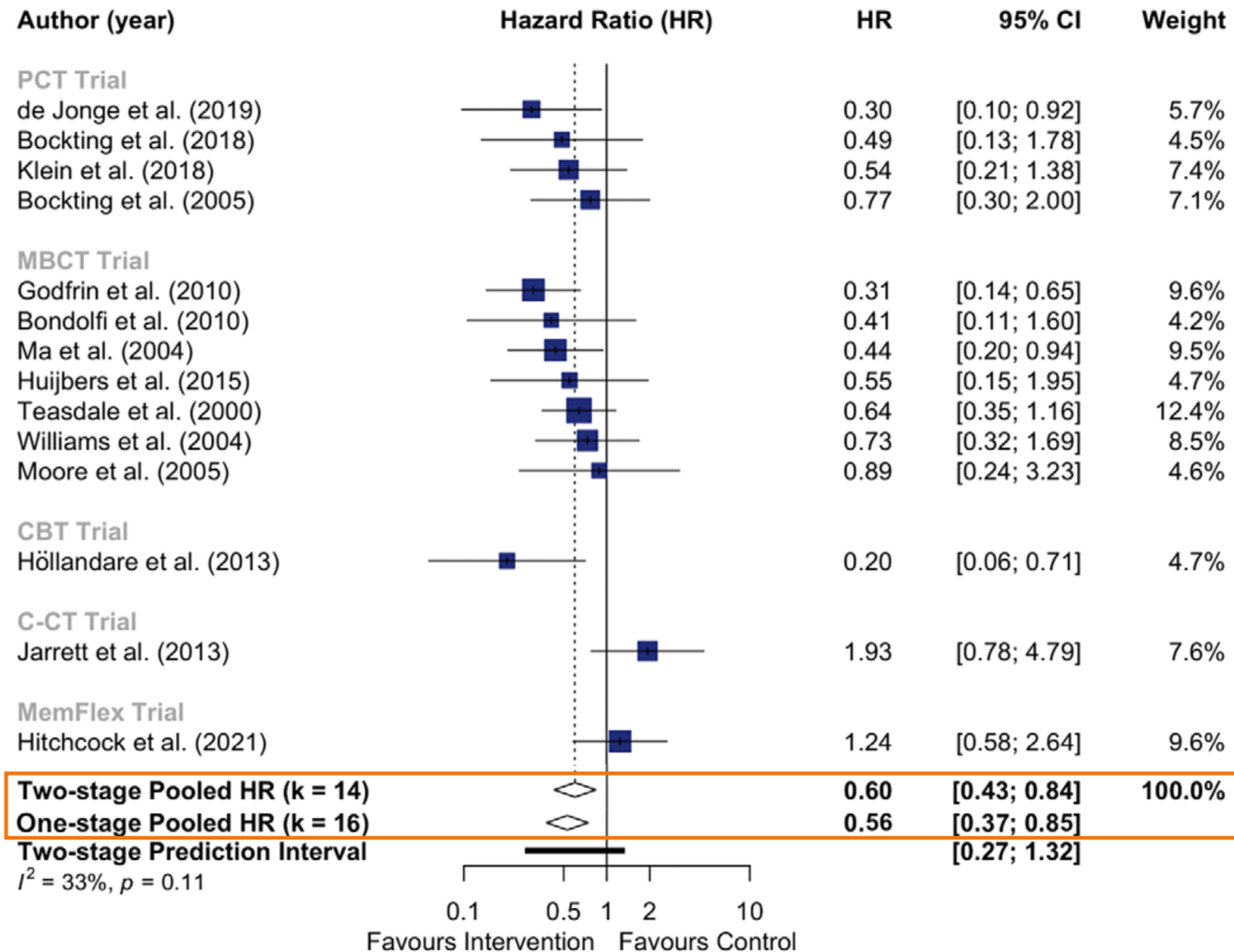
≥ 3 eerdere episodes



Hogere CR baseline ernst depressie



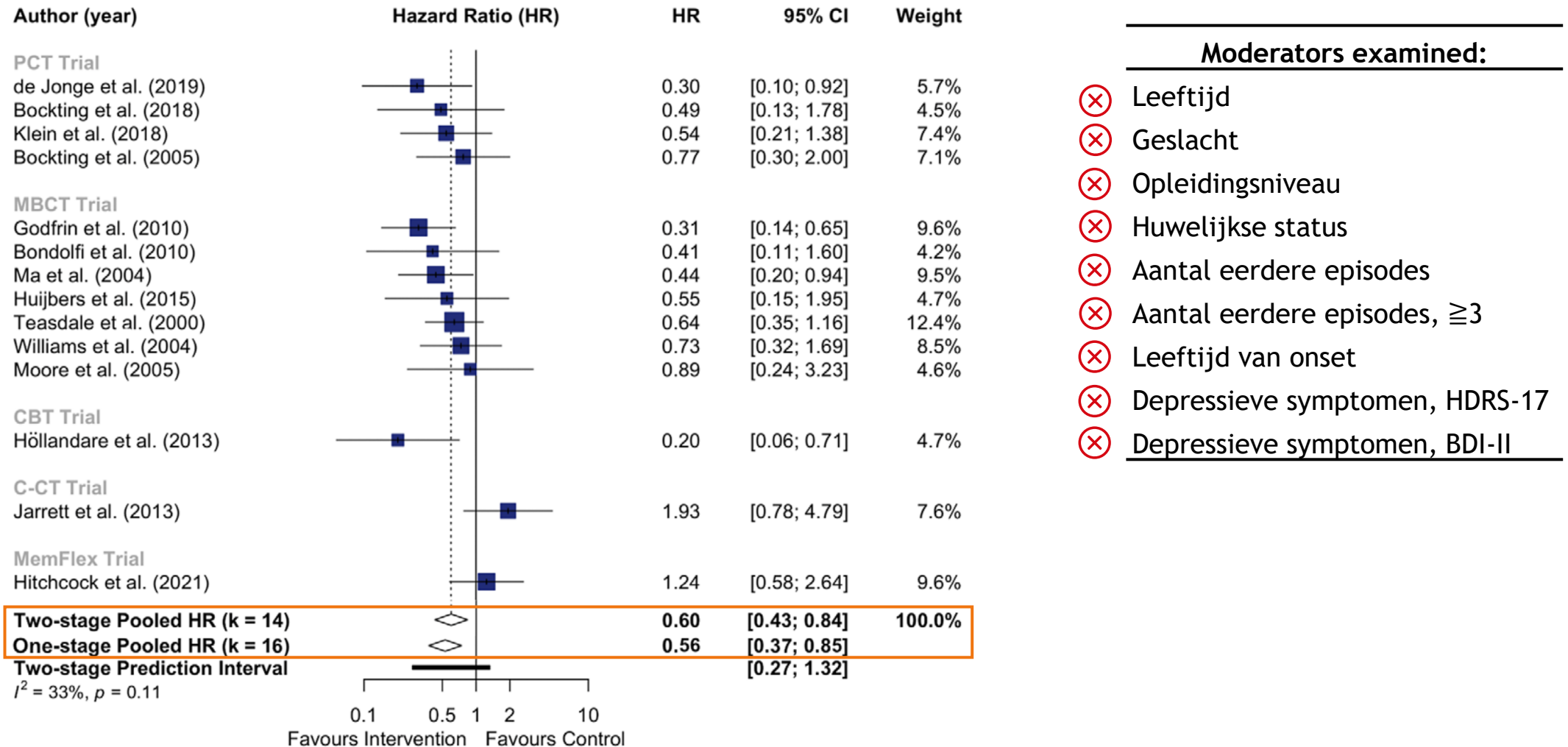
BEHANDELEFFECTIVITEIT OP TERUGVAL?



➤ Psychologische interventies geassocieerd met superieure effecten op tijd-tot-terugval.

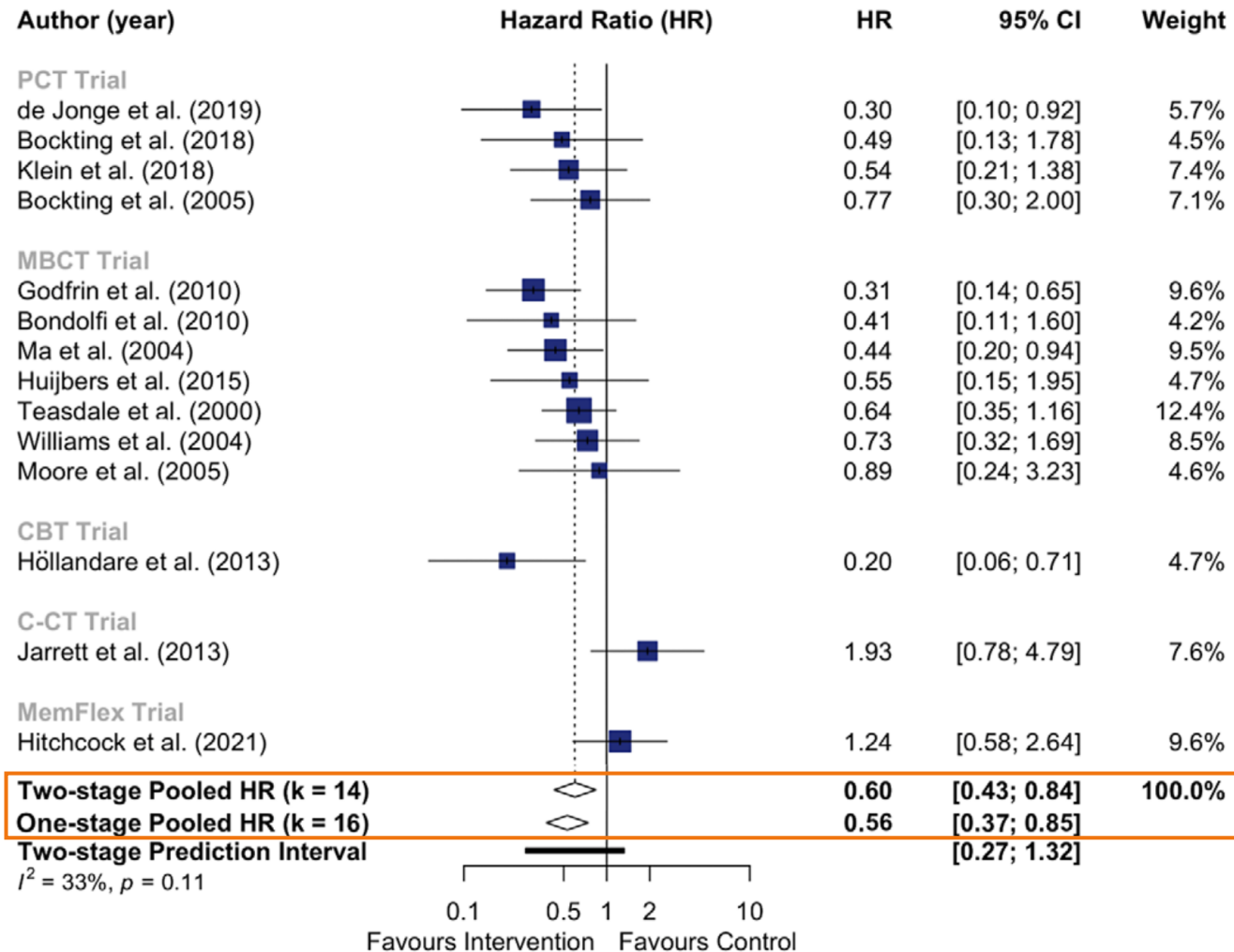


BEHANDELEFFECTIVITEIT OP TERUGVAL? EN VOOR WIE?





BEHANDELEFFECTIVITEIT OP TERUGVAL? EN VOOR WIE?



Moderators examined:

- ⊗ Leeftijd
- ⊗ Geslacht
- ⊗ Opleidingsniveau
- ⊗ Huwelijks status
- ⊗ Aantal eerdere episodes
- ⊗ Aantal eerdere episodes, ≥ 3
- ⊗ Leeftijd van onset
- ⊗ Depressieve symptomen, HDRS-17
- ⊗ Depressieve symptomen, BDI-II

Subgroep effecten:

- Behandeltype: $p_{\text{subgroup}} = .839$
- Controlecondities: $p_{\text{subgroup}} = .069$



BEHANDELEFFECTIVITEIT OP TERUGVAL? EN VOOR WIE?



Psychologische interventies geassocieerd met superieure effecten op tijd-tot-terugval, ongeacht patiëntkenmerken of behandelvormen: dus, patiënten hebben een keuze!

Moderators examined:

- ⊗ Leeftijd
- ⊗ Geslacht
- ⊗ Opleidingsniveau
- ⊗ Huwelijkse status
- ⊗ Aantal eerdere episodes
- ⊗ Aantal eerdere episodes, ≥ 3
- ⊗ Leeftijd van onset
- ⊗ Depressieve symptomen, HDRS-17
- ⊗ Depressieve symptomen, BDI-II

Subgroep effecten:

- Behandeltype: $p_{\text{subgroup}} = .839$
- Controlecondities: $p_{\text{subgroup}} = .069$



BEHANDELEFFECTIVITEIT OP SYMPTOOMERNST EN KWALITEIT VAN LEVEN?

Variabele en vergelijking	1-stage IPD-MA		2-stage IPD-MA			
	Mean β (SE)	p	Hedges' g (95% CI)	p	I^2	95% PI
Depressie ernst post-treatment	-0.39 (0.10)	< .001	0.29 (0.04-0.54)	.025	43.0%	-0.39-0.98
Depressie ernst 60-wk follow-up	-0.35 (0.10)	< .001	0.33 (0.06-0.59)	.020	38.2%	-0.31-0.97
Kwaliteit van leven 60-wk follow-up	0.21 (0.50)	.675	0.26 (-0.06-0.58)	.090	0.0%	-0.12-0.64



Significant lagere depressieve symptoomernst op beide tijdstippen.



Geen significant verbeterde kwaliteit van leven



WAT WERKT VOOR WIE: SYMPTOOMERNST POST-TREATMENT?

Moderator	Mean β (SE)	p
Interaction model		
Leeftijd	-0.01 (0.01)	.149
Gender, man	-0.28 (0.19)	.140
Opleidingsniveau, hoger	0.06 (0.25)	.822
Huwelijkse status, DSW	-0.49 (0.16)	.002
Eerdere episodes, aantal	-0.01 (0.01)	.148
Eerdere episodes, ≥ 3	0.05 (0.21)	.823
Leeftijd van onset	0.00 (0.01)	.965
Depressieve symptomen, HDRS-17	-0.01 (0.02)	.715
Depressieve symptomen, BDI-II	0.00 (0.01)	.936



Gescheiden, single, weduwe



WAT WERKT VOOR WIE: SYMPTOOMERNST MET 60-WEKEN?

Moderator	Mean β (SE)	<i>p</i>
Interaction model		
Leeftijd	-0.01 (0.01)	.048
Gender, man	-0.52 (0.20)	.009
Opleidingsniveau, hoger	0.06 (0.27)	.818
Huwelijkse status, DSW	-0.14 (0.17)	.417
Eerdere episodes, aantal	-0.01 (0.02)	.446
Eerdere episodes, ≥ 3	-0.02 (0.22)	.933
Leeftijd van onset	0.00 (0.01)	.837
Depressieve symptomen, HDRS-17	-0.05 (0.02)	.047
Depressieve symptomen, BDI-II	-0.02 (0.01)	.074



Hogere leeftijd



Mannen



Hogere baseline clinician-rated symptoomernst



KEY TAKE-AWAYS

- 1 **Partiële remissie van depressie is een belangrijke, invaliderende en belastende klinische fase, waarbij residuele klachten een robuuste voorspeller zijn van terugval.**



KEY TAKE-AWAYS

1 Partiële remissie van depressie is een belangrijke, invaliderende en belastende klinische fase, waarbij residuele klachten een robuuste voorspeller zijn van terugval.

2 Psychologische interventies beschermen tegen terugval en verminderen residuele depressieve symptomen in deze risicogroep (maar geen effect op kwaliteit van leven).



KEY TAKE-AWAYS

1 Partiële remissie van depressie is een belangrijke, invaliderende en belastende klinische fase, waarbij residuele klachten een robuuste voorspeller zijn van terugval.

2 Psychologische interventies beschermen tegen terugval en verminderen residuele depressieve symptomen in deze risicogroep (maar geen effect op kwaliteit van leven).

3 Preventieve effecten zijn vergelijkbaar ongeacht individuele kenmerken en behandeltypes: patiënten hebben keuze tijdens shared decision-making.



KEY TAKE-AWAYS

1

Partiële remissie van depressie is een belangrijke, invaliderende en belastende klinische fase, waarbij residuele klachten een robuuste voorspeller zijn van terugval.

2

Psychologische interventies beschermen tegen terugval en verminderen residuele depressieve symptomen in deze risicogroep (maar geen effect op kwaliteit van leven).

3

Preventieve effecten zijn vergelijkbaar ongeacht individuele kenmerken en behandeltypes: patiënten hebben keuze tijdens shared decision-making.

4

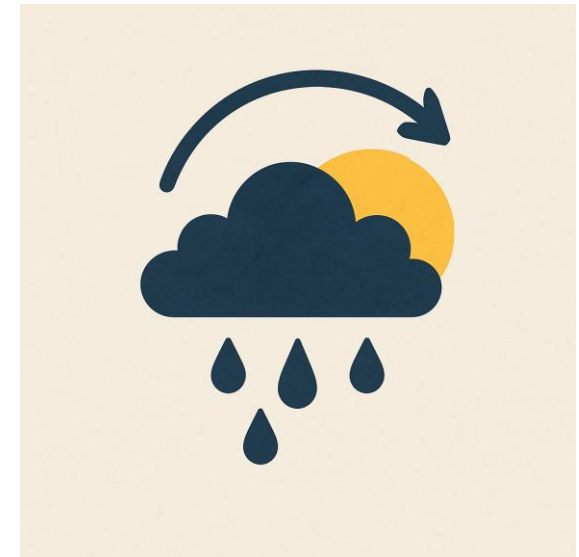
Langetermijnvermindering residuele symptomen vooral duidelijk voor degenen met hogere baseline ernst: interventies werken beste voor degenen die dit het meest nodig hebben.



Behandeleffectiviteit van Psychologische Interventies voor Partiële Remissie van Depressie

Een Synthese van Recente Meta-analytische Studies

Veel dank aan alle
participanten, de
onderzoeksgroep en collega's





Behandeleffectiviteit van Psychologische Interventies voor Partiële Remissie van Depressie

Een Synthese van Recente Meta-analytische Studies

Coauteurs:

Josefien J.F. Breedvelt, PhD

Eva A. M. van Dis, PhD

Marlies E. Brouwer, PhD

Gert J. Geurtsen, PhD

Fioana C. Warren, PhD

Cornelis van Heeringen, PhD

Caitlin Hitchcock, PhD

Frederik Holländare, PhD

Marloes J. Huijbers, PhD

Robin Jarrett, PhD

Françoise Jermann, PhD

Margo de Jonge, PhD

Daniel N. Klein, PhD

Nicola Klein, PhD

Helen Ma, PhD

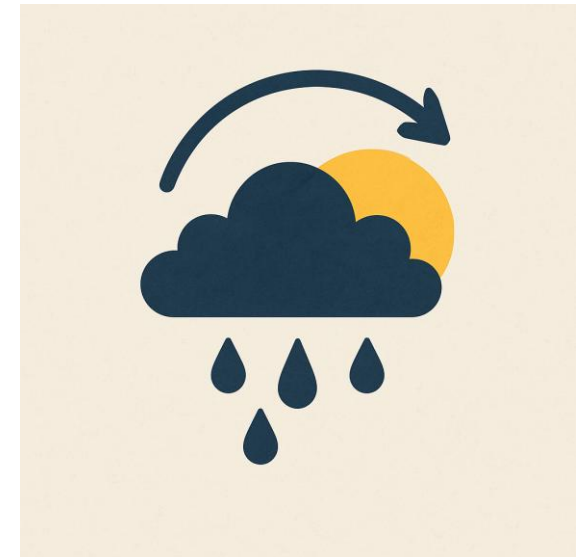
Michael T. Moore, PhD

Mark G. Williams, PhD

Willem Kuyken, PhD

Damiaan A.J.P. Denys, MD, PhD

Claudi L. Bockting, PhD





Behandeleffectiviteit van Psychologische Interventies voor Partiële Remissie van Depressie

Een Synthese van Recente Meta-analytische Studies

Vragen of opmerkingen?

Joost Gülpén

✉ J.gulpen@amsterdamumc.nl

 [/JoostGulpen](#)

