

Depressie & terugvalpreventie

*Informatie over Preventieve Cognitieve training en
doorslikken of afbouwen van antidepressiva na herstel.*

Depressie & terugvalpreventie

Informatie over Preventieve Cognitieve Training

Depressie is een prevalentie aandoening. Het komt vaak voor dat mensen die hersteld zijn van een depressie, later toch opnieuw depressief worden en soms ook angstklachten krijgen. Daarom is het belangrijk om na een herstel van een depressie ook aandacht te besteden aan het voorkomen van terugval.

Terugval in cijfers

- 1 depressieve episode** in het verleden = **50%** kans op terugval.
- 2 depressieve episodes** in het verleden = **70%** kans op terugval.
- Meer dan 3 depressieve episodes** = **90%** kans op terugval.

Inhoud training

Bij PCT leren deelnemers na herstel wat zij zelf kunnen doen om terugval te voorkomen. De training bestaat uit 8 sessies (Bockting, 2009).

De deelnemers krijgen na iedere sessie opdrachten mee voor thuis. Deze opdrachten nemen circa 10 minuten in beslag en zijn erg belangrijk voor een succesvol verloop van de training. Iedere sessie worden de opdrachten besproken.

Aan het einde van de training heeft iedere deelnemer een persoonlijk preventieplan. Hierin staat wat de deelnemer kan doen wanneer hij of zij depressieve gevoelens of klachten ervaart. Het doel van de training is dat de deelnemer minder vaak en minder snel terug zal vallen in een depressie. De training kan zowel groepsvorm als individueel gegeven worden door getrainde gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters.

Preventieve Cognitieve Training

- 1** We besteden aandacht aan **beperkende attitudes/schemata** en aan **positieve attitudes/schemata**.
- 2** We trainen het beter opslaan en terughalen van **positieve gevoelens, cognities en ervaringen**.
- 3** Er wordt een **op maat gesneden preventieplan** gemaakt met de deelnemers.

Meer weten?

Meer informatie over Preventieve Cognitieve Training, cursusaanbod en verwijzersinformatie staat op:

www.voorkomdepressie.nl

Doorslikken of afbouwen

Antidepressiva Doorslikken

Na herstel van terugkerende depressies lijkt het zinvol om antidepressiva voort te zetten op dezelfde dosering als tijdens de depressieve fase. Daarnaast laat onderzoek zien dat het gelijktijdig volgen van Preventieve Cognitieve Training extra bescherming biedt tegen terugval in een depressie.

Onderzoeksresultaten

De Preventieve Cognitieve Training is speciaal ontwikkeld om terugval te voorkomen na herstel.

Met het oog op het voorkomen van terugval onderzochten wij het effect van Preventieve Cognitieve Training (PCT). Het onderzoek werd gedaan onder mensen die hersteld waren van terugkerende depressieve episodes.

Uit ons onderzoek blijkt het volgende:

PCT (acht sessies) biedt bescherming tegen terugval over 2 tot 10 jaar.

Mensen die na herstel stoppen met antidepressiva en PCT volgen zijn niet slechter af dan mensen die antidepressiva doorslikken na herstel.

Doorslikken van antidepressiva in combinatie met PCT na herstel geeft de beste bescherming tegen terugval.

Antidepressiva Afbouwen

Afbouwen van antidepressiva is heel goed mogelijk, maar dit wordt niet door iedereen als makkelijk ervaren. Veel mensen ervaren in de eerste vier à vijf maanden een 'rebound effect'. Dit betekent dat zij opeens veel depressieve gevoelens ervaren, maar ook andere klachten worden gerapporteerd. Veel mensen starten toch weer met antidepressiva. Het is daarom goed om antidepressiva begeleid af te bouwen. Mensen die antidepressiva afbouwen en een Preventieve Cognitieve Training krijgen hebben geen hoger risico op terugval over twee jaar, dan mensen die een antidepressivum slikken.

Begeleid afbouwen

Preventieve Cognitieve Training

Preventieve Cognitieve Training kan het beste begeleid worden door een getrainde psychotherapeut, GZ-psycholoog, klinisch psycholoog of psychiater.

Begeleide zelfhulp

Sommige patiënten zullen liever voor zelfhulp kiezen, dan voor Preventieve Cognitieve Training. Het is mogelijk om terugvalpreventie eigen te maken aan de hand van een zelfhulpboek onder begeleiding van een praktijkondersteuner GGZ van de huisarts. De effecten lijken wat kleiner bij zelfhulp. Ook is niet onderzocht of het bescherming biedt tegen depressie bovenop het gebruik van antidepressiva of in plaats van antidepressiva. Preventieve Cognitieve Training bij een GZ-psycholoog, psychotherapeut of klinisch psycholoog biedt deze voordelen wel.

Depressie & terugvalpreventie

Toolkit antidepressiva continueren na herstel

Adviezen continueren antidepressiva

- Na herstel (bij eerste depressieve episode) antidepressiva **minimaal 4 maanden voortzetten**.
- Gebruik **hetzelfde middel** en **dezelfde dosering**.
- Na herstel van recidiverende depressie antidepressiva **een jaar** (of langer) voortzetten.
- Wees alert op **onregelmatig gebruik, voortijdig staken** en **onbegeleid afbouwen** van antidepressiva.

Recent onderzoek

Wanneer voldoende herstel is bereikt en er niet langer wordt voldaan aan de criteria van een depressieve stoornis, is het doel van de voortgezette behandeling het voorkomen van terugval. Op basis van het beschikbare onderzoek schat men dat het voortzetten van datzelfde AD de kans op terugval en recidief met circa 50% vermindert.

Er is wetenschappelijk controversie over óf en wanneer AD discontinuering optimaal is. Hierdoor blijven klinici onzeker over de juiste benadering. Meta-analyses tonen dat het doorslikken van AD minimaal 4 maanden dient te geschieden (Geddes et al., 2003, Borges et al., 2014). Dit staat dus ook als zodanig in de richtlijnen.

Er is geen wetenschappelijke kennis óf, wanneer en wie effectief kan discontinueren met AD na die 4 maanden. Het lijkt zinvol om AD voort te zetten op dezelfde dosering als tijdens de depressieve fase. Bij volwassen patiënten die 2 of meer depressieve episodes hebben gehad, is de kans op recidivering groter en daarom is de duur van de onderhoudsbehandeling ook langer dan 4 maanden.

Voor patiënten die meer dan twee episodes van een depressie hebben doorgemaakt, is een langdurige behandeling met AD op dezelfde dosering als tijdens de depressieve fase aanbevolen om een recidief te voorkomen (www.GGZrichtlijnen.nl).

In de richtlijnen wordt de volgende norm gehanteerd: *“6 maanden voortzetten van behandeling bij een eerste depressieve episode en een jaar (of langer) bij recidief.”*

Klinische praktijk

Uit de klinische praktijk blijkt dat 70 tot 80% van de patiënten voortijdig stopt of een te lage dosering gebruikt (Bockting et al., 2008). Net als bij andere chronische ziektebeelden is de therapietrouw niet zeker en kan na twee jaar gedaald zijn tot 50%.

Andere patiënten hebben een contra-indicatie voor AD, wegens bijvoorbeeld een somatische aandoening, zwangerschap of bijwerkingen.

Een derde probleem is dat men eigenlijk niet weet hoe lang de patiënt de onderhoudsantidepressiva moet blijven slikken. In de praktijk kan dat levenslang zijn. De gevolgen van zulk jarenlang gebruik van AD zijn nog niet onderzocht.

Een vierde nadeel is dat AD na verloop van tijd hun profylactische werkzaamheid verliezen (Kaymaz et al., 2008). Recente multidisciplinaire richtlijnen benadrukken dan ook de noodzaak om de optimale duur van de onderhoudsbehandeling te onderzoeken en bovendien te kijken naar de kosteneffectiviteit van onderhoudsantidepressiva.

Een laatste nadeel is dat veel patiënten aangeven dat ze een psychologische interventie zouden prefereren boven medicamenteuze behandeling. Recent onderzoek laat zien dat het gelijktijdig volgen van Preventieve Cognitieve Training naast AD extra bescherming biedt tegen terugval in een depressieve episode.

Ook laat het onderzoek zien dat het doorslikken van AD niet superieur is aan het afbouwen van AD, terwijl mensen een Preventieve Cognitieve Training krijgen (Bockting et al., 2018).

Tips voor artsen

Therapietrouw

Wat weten we?

Er is weinig bekend over discontinuering van en/of therapieontrouw aan antidepressiva in de onderhoudsfase. Datzelfde geldt voor voorspellers van de eventuele therapieontrouw.

Het merendeel van de AD gebruikers discontinueert deze behandeling in de onderhoudsfase. Therapieontrouw aan AD in de continuatie- en onderhoudsfase (de langste fase in de behandeling) bij recidiverende depressies komt net als bij andere chronische aandoeningen frequent voor en is een potentieel risico voor terugval.

Laag opleidingsniveau en persoonlijkheidsproblematiek voorspelden in patiënten met recidiverende depressie therapieontrouw over 2 jaar (Ten Doeschate et al., 2009).

Therapietrouw stimuleren

Een korte psychosociale interventie in de huisartsenpraktijk gericht op het bespreken van door patiënten ervaren barrières in het slikken van AD, verbetert therapietrouw tot 5x keer. Dit blijkt uit een gerandomiseerde trial (Sirey et al., 2017).

Doorslikken of afbouwen

Evalueren antidepressivagebruik

Patiënt en arts evalueren samen of zij de AD willen afbouwen en indien hier niet toe wordt besloten, wordt een nieuwe evaluatietermijn vastgesteld.

Indien de huisarts de medicamenteuze behandeling inzet, maakt deze afspraken met de patiënt over consultatie. Gedurende vervolcontacten bespreekt de arts met de patiënt of hij/zij AD wil blijven gebruiken, terwijl er geen klachten zijn.

Monitoren antidepressivagebruik

Monitoring van medicatiegebruik (en zo nodig -spiegels), bijwerkingen en/of monitoring van het leefpatroon is dan noodzakelijk.

Het is belangrijk dat de arts ook de omgeving van de patiënt betreft in deze fases. De arts kan dan informeren naar de visie van de patiënt en de omgeving op het AD-gebruik.

Checklist

- 1 Samen evalueren continueren AD
- 2 Bijwerkingen uitvragen
- 3 Depressieve klachten uitvragen
- 4 Spiegels controleren
- 5 Compliance of problemen gebruik medicatie uitvragen
- 6 Onregelmatig gebruik medicatie uitvragen
- 7 Motivatie voor gebruik medicatie uitvragen
- 8 Systeem betrekken
- 9 Termijn continuatie AD bespreken
- 10 Lifestyle factoren inventariseren
- 11 Somatiek uitvragen

Het lijkt voorsnóg aan te raden om antidepressiva niet zomaar af te bouwen, zeker als men angst voor terugval ervaart. Indien mensen toch willen afbouwen is het raadzaam om een Preventieve Cognitieve Training aan te bevelen

Depressie & terugvalpreventie

Toolkit antidepressiva afbouwen na herstel

Advies afbouwen antidepressiva

Richtlijnen

In de huidige behandelrichtlijnen (ggz-standaard depressieve stoornissen) adviseert men om bij mensen met 1 voorgaande depressie in ieder geval 6 maanden na initiële remissie door te blijven behandelen met antidepressiva (AD). Er heerst nog grote onduidelijkheid of, wanneer en bij wie er vervolgens afgebouwd kan worden. Binnen twee jaar AD gebruik is 74 procent van de patiënten helemaal gestopt, onregelmatig gaan slikken of overgestapt op een te lage dosis. Het ontbreken van een duidelijke afbouwstrategie laat klinici afwachten tot een patiënt zelf het initiatief tot afbouw neemt. Dit gebeurt vaak niet of zeer laat.

Alle richtlijnen zeggen hetzelfde: geleidelijke afbouw is wenselijk en verstandig. Daarbij moet rekening worden gehouden met de wensen en behoeften van de gebruiker ('shared decision making').

Rebound effect

Afbouwen van AD is vaak goed mogelijk, maar dit wordt niet door iedereen als makkelijk ervaren. Veel mensen ervaren in de eerste vier à vijf maanden een 'rebound effect'. Dit betekent dat zij opeens veel depressieve gevoelens ervaren, maar ook andere klachten worden gerapporteerd.

Onttrekingsverschijnselen

AD kunnen ook onttrekingsverschijnselen geven, al is dat lang niet altijd zo. De schattingen lopen sterk uiteen, maar ongeveer tussen 20-40% van de mensen krijgt onttrekingsklachten. Onttrekingsklachten zijn helemaal niet zo uniek voor AD en komen voor bij veel meer medicijnen. Het betekent dan ook niet dat antidepressiva verslavend zijn.

Het onderbreken of abrupt staken van AD kan leiden tot een complex fysiologisch en neuropsychiatrisch syndroom aangeduid als het antidepressivum-onttrekkingssyndroom (AOS; 'antidepressant discontinuation syndrome' (ADS) (Warner, 2006).

Meest voorkomende klachten

De meest voorkomende onttrekingsklachten zijn:

- griepachtige verschijnselen (spierpijn, misselijkheid, hoofdpijn, zweten en vermoeidheid)
- sensorische symptomen (schokjes, evenwichtsproblemen)
- prikkelbaarheid,
- slaapproblemen,
- angst en stemmingswisselingen.

De klachten treden meestal een aantal dagen na de dosisverlaging op en duren meestal ongeveer 1 tot 4 weken. Bij de meeste patiënten zijn AOS verschijnselen van korte duur en mild, maar in een minderheid van de gevallen kunnen ze ernstig zijn, meerdere weken duren en een aanzienlijke ziektelast veroorzaken (Haddad 2007).

Kans op klachten

Over het algemeen geldt: hoe sneller de afbouw, hoe ernstiger de onttrekingsverschijnselen. In één keer stoppen is dan ook niet wenselijk. Ook is er meer kans op onttrekingsverschijnselen als er veel bijwerkingen waren bij opbouw (Harvey, 2014); onttrekingsverschijnselen optraden bij gemiste dosis; eerdere stoppogingen mislukten; als het AD langer is gebruikt (meer dan een aantal maanden); bij hoge doseringen of als er eerder ook veel angstklachten waren.

Niet alle AD geven evenveel kans op ontweningsverschijnselen. Vooral AD met een korte halfwaardetijd, zoals venlafaxine (Efexor®) en paroxetine (Seroxat®), geven een groter risico, terwijl de kans bij fluoxetine (Prozac®) door de lange halfwaardetijd het kleinst is. Veel van deze klachten kunnen bovendien verminderd worden door de dosis (nog) langzamer te verlagen of door andere maatregelen.

Optimale afbouwbegeleiding

Begeleid afbouwen

Maatwerk

Afbouwen dient maatwerk te zijn tijdens de behandeling. De arts moet – samen met de patiënt – bepalen hoe de behandeling vorm krijgt. Dat levert de grootste kans om samen met de patiënt verder te komen. Het wordt aanbevolen om AD begeleid af te bouwen met een minimale begeleiding van drie tot vijf maanden door de voorschrijvende arts of psychiater.

De volgende aspecten zijn hierbij belangrijk:

- voorlichting over mogelijk optredende symptomen,
- afspraken over het afbouw tempo,
- bereikbaarheid voor overleg,
- geregelde contacten (face-to-face en/of telefonisch).

Het afbouwtraject moet zo vormgegeven worden dat daaruit voor de patiënt de beste beslissingen volgen.

Afbouwsnelheid en doseringen

SSRI's en SNRI's hebben een gemiddelde halfwaardetijd van minder dan 40 uur (met uitzondering van fluoxetine), wat inhoudt dat binnen 1 week een steady state wordt bereikt.

Er wordt daarom uitgegaan van een snelheid van 1 stap per week, maar beargumenteerd kan men ook kiezen voor 1 stap per 2 weken.

Afbowdoseringen zijn berekende doseringen en benaderen een daling van 10% in de serotonine transporterbezettingsgraad per stap. Aanbevolen wordt langzaam af te bouwen op basis van de halfwaardetijd en steady state met 1 stap per week (Klein 2007, Takano, 2006).

Gelijkmatiger afbouwen

Het gelijkmatiger afbouwen kan eventueel in nog kleinere stapjes door middel van druppels of de taperingstrips die tegenwoordig voor enkele veelgebruikte middelen op de markt zijn, of bij kortwerkende middelen het tijdelijk switchen naar een antidepressivum met een langere halfwaardetijd. Adviseer dus AD geleidelijk te stoppen door om de twee weken de dosis te halveren, onder controle van de klachten en met aandacht voor terugvalpreventie (zie link Terugvalpreventie). Dit kan door gelijktijdig het starten van de Preventieve Cognitieve Training (PCT).

Aanbevelingen

- Kies het goede moment **samen met de patiënt**.
- Maak een goed **afbouwplan**.
- Bouw langzaam af in een periode van **2 weken tot 1 maand** tot de minimale effectieve dosis met de beschikbare dosiseenheden.
- Geef bij het afbouwen van AD altijd uitleg over mogelijk optreden van **onttrekkingssymptomen**.
- Afhankelijk van het wel/niet optreden onttrekkingssymptomen en de ernst daarvan kan er verder worden gehalveerd met de dosis en **geheel** worden afgebouwd of dient er **nog langzamer** naar 0 te worden afgebouwd.
- **Druppels** of **taperingstrips** kunnen helpen.
- Maak afspraken over beschikbaarheid van **tussentijds contact** tussen arts en patient.
- Combineer het afbouwplan met **terugvalpreventie** middels **Preventieve Cognitieve Training**.

Boek voor behandelaars:

Preventieve cognitieve training bij terugkerende depressie.

Auteur: Claudi L. H. Bockting
2009 | ISBN 9789031353071 | 1e druk | 53 blz.
Bohn Stafleu van Loghum
€ 47,95

Boek voor cliënt:

Niet meer depressief.

Auteur: Claudi L. H. Bockting
2009 | ISBN 9789031374274 | 1e druk | 50 blz.
Bohn Stafleu van Loghum
€ 23,95

Zelfhulpboek:

Tussen dip en droom: Doorbreek je patronen, durf te voelen.

Auteurs: Claudi L. H. Bockting & Evelien van Valen
2013 | ISBN 9789000328857 | 1e druk | 175 blz.
Spectrum
€ 10,00 -
Tussen dip en droom is te bestellen via info@voorkomdepressie.nl

Referenties

Bockting CLH, Ten Doesschate MC, Spijker J, Spinhoven P, Koeter MJW, Schene A, The DELTA study group. Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychother Psychosom* 2008;77:17-26.

Bockting CLH, Klein NS, Elgersma HJ, van Rijsbergen GD, Slofstra C, Ormel J, Buskens E, Dekker J, de Jong PJ, Nolen WA, Schene AH, Hollon SD, Burger H. 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*. 2018 Apr 3. pii: S2215-0366(18)30100-7.

Borges S, Chen YF, Laughren TP, Temple R, Patel HD, David PA, Mathis M, Unger E, Yang P, Khin NA. Review of maintenance trials for major depressive disorder: a 25-year perspective from the US Food and Drug Administration. *J Clin Psychiatry*. 2014 Mar;75(3):205-14.

Haddad PM, Anderson IM. Recognising and managing antidepressant discontinuation symptoms. *Advances in Psychiatric Treatment* 2007;13:447-57.

Harvey BH, Slabbert FN. New insights on the antidepressant discontinuation syndrome. *Hum Psychopharmacol* 2014;29:503-16

Ten Doesschate MC, Bockting CLH, Schene A. Adherence to continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *J Affect Disord* 2009;115:167-70.

Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, Goodwin GM. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*. 2003 Feb 22;361(9358):653-61.

Kaymaz N, van Os J, Loonen AJ, Nolen WA. Evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry*. 2008 Sep;69(9):1423-36

Klein N, Sacher J, Geiss-Granadia T, Mossaheb N, Attarbaschi T, Lanzenberger R, et al. Higher serotonin transporter occupancy after multiple dose administration of escitalopram compared to citalopram: An [123I]adam spect study. *Psychopharmacology (Berl)* 2007;191:333-9.

Sirey JA, Banerjee S, Marino P, Bruce ML, Halkett A, Turnwald M, Chiang C, Liles B, Artis A, Blow F, Kales HC. Adherence to Depression Treatment in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2017 Nov 1;74(11):1129-1135

Takano A, Suzuki K, Kosaka J, Ota M, Nozaki S, Ikoma Y, et al. A dose-finding study of duloxetine based on serotonin transporter occupancy. *Psychopharmacology (Berl)* 2006;185:395-9.

Warner CH, Bobo W, Warner C, Reid S, Rachal J. Antidepressant discontinuation syndrome. *Am Fam Physician* 2006;74:449-56.

Gepubliceerde artikelen

Bockting, C. L. H., Klein, N. S., Elgersma, H. J., van Rijsbergen, G. D., Slofstra, C., Ormel, J., Buskens, E., Dekker, J., de Jong, P. J., Nolen, W. A., Schene, A. H., Hollon, S. D., Burger, H. The effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants compared with maintenance antidepressant treatment and their combination in the prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): a three-arm randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. Advance online publication [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30100-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30100-7).

Klein, N. S., Kok, G. D., Burger, H., van Valen, E., Ripper, H., Cuijpers, P., ... & Bockting, C. L. (2018). No Sustainable Effects of an Internet-Based Relapse Prevention Program over 24 Months in Recurrent Depression: Primary Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(1), 55-57.

Biesheuvel-Liefveld, K. E. M., Dijkstra-Kersten, S.M.A., van Schaik, D.J.F., van Marwijk, H. W. J., Smit, F., van der Horst, H.E., Bockting, C. L. H. (2017). Effectiveness of supported self-help in recurrent depression: a randomised controlled trial in primary care. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(4), 220-230. doi: 10.1159/000472260

Bockting, C. L. H., Smid, N. H., Koeter, M. W., Spinhoven, P., Beck, A. T., & Schene, A. H. (2015). Enduring effects of Preventive Cognitive Therapy in adults remitted from recurrent depression: A 10 year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 185, 188-194. doi:10.1016/j.jad.2015.06.048

De Jonge, M., Bockting, C. L. H., Kikkert, M. J., Bosmans, J. E., & Dekker, J. J. (2015). Preventive Cognitive Therapy versus Treatment as Usual in preventing recurrence of depression: Protocol of a multi-centered randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1. doi: 10.1186/s12888-015-0508-8

Kok, G. D., Burger, H., Ripper, H., Cuijpers, P., Dekker, J., van Marwijk, H., Smit, F., Beck, A., & Bockting, C. L. H. (2015). The three-month effect of mobile internet-based Cognitive Therapy on the course of depressive symptoms in remitted recurrently depressed patients: Results of a Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 90-99. doi:10.1159/000369469

Bockting, C. L. H., Spinhoven, Ph., Wouters, L. F., Koeter, M. W. J., Schene, A. H., & the DELTA study group (2009). Long term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression using: 5.5 years follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1621-1628. doi: 10.4088/CP.08m04784

Bockting, C. L. H., ten Doesschate, M. C., Spijker, J., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Schene, A. H. & the DELTA study group (2008). Continuation and maintenance antidepressant use in recurrent depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 17-26. doi:10.1159/000110056

Bockting, C. L. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Visser, I., Schene, A. H., & the DELTA study group (2006). Differential predictors of response to preventive cognitive therapy in recurrent depression: A 2-year prospective study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 229-236. doi:10.1159/000092893

Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Huyser, J., & Kamphuis, J. H. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression using cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 647-657. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.647

Artikelen in review

De Jonge, M., Bockting, C. L. H., Kikkert, M. J., Bosmans, J. E., & Dekker, J. J. Preventive Cognitive Therapy versus Treatment as Usual in preventing recurrence of depression: a multi-centered randomized controlled trial. Under review..