

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*

A large, stylized letter 'G' is the central graphic element. It is composed of two main colors: a vibrant yellow and a deep teal green. The 'G' is split vertically, with the left half being yellow and the right half being teal. The top and bottom curves of the 'G' are also split, with the outer edge being yellow and the inner edge being teal. The 'G' is set against a background that is split vertically into a teal left half and a yellow right half. On the far left and right edges of the cover, there are vertical bars of alternating teal and yellow, with horizontal white stripes on the teal sections.

THEMANUMMER

*evidence-based
practice*

JAARGANG 51 NUMMER 2 JUNI 2018

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, casestudies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Sarah Bal
Paul Boelen (*hoofredacteur*)
Elise Debeer
Robert Didden
Idith Lavy
Sandra Mulkens
Marleen Rijkeboer
Elske Salemink
Tonnie Staring
Janneke Wolters (*redactiesecretaris*)

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

LINE UP boek en media bv, Groningen (opmaak)
René van der Vooren, Amsterdam (basisontwerp)

© 2018
Boom uitgevers Amsterdam/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Klantenservice psychologie
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 524 4514
klantenservice@boompsychologie.nl

Abonnementen

Leden en deelnemers van de VGCT en van de VVGT ontvangen *Gedragstherapie*, inclusief toegang tot het digitale archief, als onderdeel van hun lid- of deelnemerschap. Prijzen voor een jaarabonnement voor niet-verenigingsleden:

Particulieren

- Papier en online, binnen de Benelux € 73,50, buiten de Benelux € 93,-
- Online € 68,50

Studenten

- Papier en online, binnen de Benelux € 39,50, buiten de Benelux € 52,50
- Online € 34,50

Instellingen

- Papier en online, binnen de Benelux € 87,50, buiten de Benelux € 105,50
- Papier en IP-herkenning € 175,-
- IP-herkenning € 169,50
- Los nummer € 20,40

Prijswijzigingen onder voorbehoud

Abonnementenwetgeving

Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen art. 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na abonneren per e-mail, telefonisch, schriftelijk of anderszins bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.



.....

Met veel plezier introduceer ik bij u dit themanummer over evidence-based practice (EBP) in de cognitieve gedragstherapie (CGT). Kim de Jong is bestuurslid van de VGCT en nam ongeveer een jaar geleden het initiatief voor het samenstellen van dit themanummer. Het themanummer beoogt bij te dragen aan een stevige positionering van de VGCT als vereniging die staat voor evidence-based behandelen. Het is een buitengewoon fraai themanummer geworden. Er wordt gereflecteerd op de betekenis van de term 'evidence-based' en het overbruggen van de kloof tussen onderzoek en praktijk. We leren waarom wij soms vervallen in therapeutische dwaling en hoe we dit kunnen tegengaan. Resultaten worden besproken van een onderzoek naar de mate waarin Nederlandse en Vlaamse CGT'ers evidence-based werken, en helpende adviezen voor het beoordelen van wetenschappelijk onderzoek worden ons aangereikt. Verder krijgen we bruikbare tips voor het cijfermatig evalueren van N=1-behandelingen en wordt er prikkelend gereflecteerd op gepersonaliseerde zorg voor depressie en de identiteit en naam van de VGCT. Het was de vaste redactie een genoegen om de stukken te lezen. Ik geef graag het (voor)woord aan Kim de Jong (gast-hoofdredacteur), en aan Filip Raes, Theo Bouman, Anja Greeven en Nienke van Sambeek (gast-secretaris), maar niet voordat ik hen, namens de vaste redactie, hartelijk heb bedankt voor het maken van dit fraaie themanummer: DANK!

Paul Boelen
Hoofdredacteur

VOORWOORD

.....

Voor u ligt het themanummer van TvG over *evidence-based practice* (EBP) in de cognitieve gedragstherapie (CGT). De laatste jaren is er in toenemende mate discussie over de effectiviteit van psychotherapeutische interventies in het algemeen en van CGT in het bijzonder. Tot een jaar of tien geleden was de effectiviteit van CGT duidelijk superieur aan die van andere psychotherapieën, mede omdat er naar de effectiviteit van andere therapieën nauwelijks onderzoek was gedaan. Meer recent is gevonden dat CGT weliswaar de best onderzochte interventie is voor veel soorten klachten, maar dat CGT-behandelingen niet bij alle cliënten even goed lijken aan te slaan. Verder zien we in de klinische praktijk soms hoge terugvalpercentages en kunnen behandelresultaten weleens tegenvallen, als we ze vergelijken met de resultaten uit wetenschappelijk onderzoek.

In dit themanummer komen enkele van deze elementen aan bod. We starten met een artikel vanuit de redactie dat probeert EBP te definiëren en de context ervan te beschrijven (Bouman, Raes & de Jong). Wat in dit verband opvalt is dat EBP zich in een ingewikkeld spanningsveld bevindt tussen wetenschap en praktijk, en tussen wat effectief is bevonden en wat de cliënt wil. Therapeuten bewegen zich voortdurend in dat spanningsveld, wat niet altijd eenvoudig is. Tiemens beschrijft hoe therapeuten heen en weer moeten bewegen tussen inzoomen op de behandeldoelen van de cliënt (contextualiseren) en uitzoomen naar de beste evidence-based manier om dat te bereiken (decontextualiseren). Dan kan het systematisch monitoren van de behandelvoortgang een goede methode zijn om te toetsen of de evidence-based behandeling ook aanslaat bij de specifieke cliënt.

Zonder zulke toetsing is het makkelijk om af te dwalen in de behandeling. Waller en Turner beschrijven hoe verleidelijk het is om als therapeut een andere behandeling te geven dan de meest effectief bevondene. Ze beschrijven diverse factoren die hiermee lijken samen te hangen en doen suggesties om de therapie op koers te houden. Greeven en van Sambeek inventariseerden in welke mate therapeutische dwalingen zich voordoen bij cognitief gedrags-therapeuten in Nederland en Vlaanderen. Gezien de wetenschappelijke grondslag van onze beide verenigingen was de verwachting dat de meeste therapeuten zich redelijk trouw aan het protocol zouden houden. Dit beeld wordt gedeeltelijk bevestigd, maar tevens blijkt dat ook CGT'ers regelmatig afwijken van protocollaire behandelingen. Of dat goed of slecht is, daar is het laatste woord waarschijnlijk nog niet over gezegd.

Ook voor therapeuten die graag volgens EBP-principes willen behandelen, is het niet altijd eenvoudig om dat ook daadwerkelijk te doen. Er zijn natuurlijk protocollen die men kan volgen, maar er zijn ook cliënten met een complexere of meervoudige problematiek, en wat doet een therapeut dan? Hoewel alle therapeuten als achtergrond een wetenschappelijke opleiding hebben, is het goed kunnen lezen van wetenschappelijke literatuur een vaardigheid die snel wegzakt als men er lang geen gebruik meer van heeft gemaakt. Daarnaast is er zo veel wetenschappelijke literatuur beschikbaar, dat men er gemakkelijk de weg in kwijtraakt. Gelukkig bieden Koster, Hoorelbeke en collega's in twee artikelen praktische handvatten voor hoe men als therapeut zelf op zoek kan gaan naar de meest effectieve behandeling voor de problematiek die men wil behandelen. Aan de hand van de ontwikkelingen in onderzoek naar moderators van psychotherapie en gepersonaliseerde behandelselectie, die Huibers in zijn bijdrage beschrijft, kunt u die keuze hopelijk in de (nabije) toekomst beter afstemmen op de specifieke kenmerken van uw cliënten.

En wat nu als er helemaal geen evidentie voorhanden is? Dan verzamelt u gewoon uw eigen bewijs. Maric beschrijft hoe therapeuten met behulp van single-case experimentele designs zelf kunnen experimenteren met nieuwe interventies en de effectiviteit daarvan zelf kunnen onderzoeken. Veel therapeuten zullen hiervoor wellicht terugschrikken, maar met behulp van apps om de gegevens te verzamelen en te analyseren lijkt het een stuk eenvoudiger geworden om dit soort onderzoek uit te voeren.

We hopen dat dit themanummer u zal inspireren om uw eigen gedrag en attitudes ten aanzien van EBP te onderzoeken; dat het u zal inspireren om evidentie te zoeken voor uw behandelingen waar deze beschikbaar is en uw eigen bewijs te verzamelen voor de effectiviteit van uw therapieën, wanneer u een casus heeft die zo uniek is dat er nog geen evidentie voor is.

Veel leesplezier!

Kim de Jong (*gast-hoofdredacteur*)

Filip Raes

Theo Bouman

Anja Greeven

Nienke van Sambeek (*gast-secretaris*)

Evidence-based practice

De verhouding tussen clinicus, patiënt en wetenschap

THEO BOUMAN, FILIP RAES & KIM DE JONG

Samenvatting

De aanduiding 'evidence-based' is de laatste decennia een steeds grotere plaats gaan innemen in de gezondheidszorg. In deze bijdrage gaan we in op misvattingen daarover en op de definitie van evidence-based practice. Met name de rol van wetenschappelijke kennis in de zorg komt aan de orde, evenals de invloed daarvan op de relatie tussen clinicus en patiënt.

Trefwoorden: evidence-based practice, science-to-practice gap, personalized mental health, therapist drift

INLEIDING

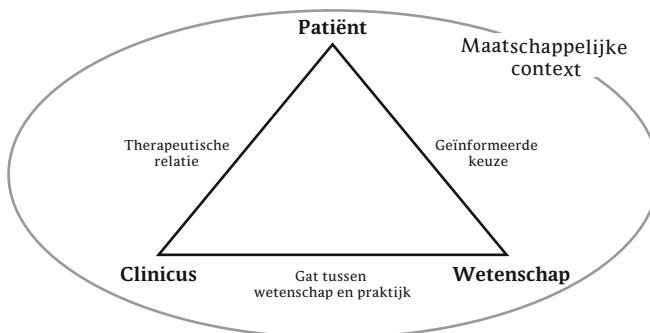
Leuk onderzoekje: noem in een gezelschap van psychologen, orthopedagogen of psychiaters de term *evidence-based practice* (EBP), en er ontspint zich een doorgaans verwarrende en soms zelfs verhitte discussie. Voor veel aanwezigen houdt evidence-based practice kennelijk in dat zij zich naast hun patiënten-zorg ook nog eens 's avonds met wetenschappelijke literatuur moeten bezighouden en dat zij geacht worden daar overdag iets mee te doen. Alsof ze het al niet druk genoeg hebben! Te pas en te onpas komen we al geruime tijd de kwalificatie 'evidence-based' tegen. Men heeft het dan over 'evidence-based behandelingen', gebruikt de uitdrukking 'dat is niet evidence-based' of doet de verzuchting: 'We moeten tegenwoordig evidence-based werken.' Ook woordgrapjes liggen voor het oprapen: 'Het evidence-beest heeft kuren' (Lauteslager, 2006). Iedereen lijkt de bijvoeglijke constructie naar believen te definiëren (of sterker nog, *niet* te definiëren), en voor van alles en nog wat te gebruiken of te misbruiken. Laten we eerst eens proberen wat helderheid te scheppen.

Aan het einde van de vorige eeuw raakte de term *evidence based medicine* (EBM) in zwang, die door Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes en Richardson (1996, p. 71) als volgt werd omschreven: '*Evidence based medicine is the consci-*

entious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgment that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice. [...] By best available external clinical evidence we mean clinically relevant research, often from the basic sciences of medicine, but especially from patient centred clinical research into the accuracy and precision of diagnostic tests (including the clinical examination), the power of prognostic markers, and the efficacy and safety of therapeutic, rehabilitative, and preventive regimens.'

Hoewel dit citaat betrekking heeft op een medische context, is duidelijk te zien dat de algemene strekking evenzeer van toepassing is op de geestelijke gezondheidszorg. Enkele andere definities zijn weliswaar korter, maar in essentie gelijkloidend. Het *Oxford Handbook of Psychiatry* (Semple, Smyth, Burns, Darjee, & McIntosh, 2005, p. 104) stelt bijvoorbeeld: *'EBM is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values.'* Drake (2005, p. 45) beschrijft *evidence based mental health* (EBMH) nog abstracter als een *'systematic approach to helping practitioners apply scientific evidence to decision making at the point of contact with a specific consumer'*. EBM, EBMH en EBP worden hiermee gedefinieerd als een optimale afstemming tussen de patiënt, de clinicus en de wetenschap.

In lijn met de bovenvermelde definitie is EBP dus met name een manier van werken of een attitude in de patiëntenzorg. Wanneer men handelt in de geest van EBP, is er sprake van een deskundige clinicus die op de hoogte is van de recentste inzichten over diagnostiek en behandeling van een bepaalde problematiek, en die bij de vakkundige toepassing daarvan rekening houdt met de eigenschappen en wensen van de specifieke patiënt, met als ultiem doel om de best mogelijke zorg te leveren (zie ook: Hermans, Raes, & Orlemans, 2018, pp. 277-279). Figuur 1 geeft die verhouding in een driehoek weer, waarbij de drie partijen ook nog eens worden beïnvloed door de bredere context.



FIGUUR 1 *Drie componenten en de context van evidence-based mental health*

DOMINANTIE VAN DE WETENSCHAP?

.....

66

Allereerst moeten we een ‘kleinigheidje’ rechtzetten. Vaak wordt EBP namelijk vereenzelvigd met het alleen maar (mogen) uitvoeren van behandelingen waarvan positieve resultaten uit degelijk onderzoek beschikbaar zijn. Volgens die opvatting zou iemand die ‘evidence-based werkt’ uitsluitend behandelingen mogen uitvoeren waarvan de werkzaamheid door onderzoeksresultaten wordt ondersteund (zogenaamde *empirically supported treatments*; EST’s). Daarbij ligt vervolgens sterk de nadruk op het gebruik van behandelprotocollen, waarin meer of minder dwingend wordt beschreven wat de inhoud en de vorm van de behandeling dienen te zijn. De kookboekbenadering zou daarmee zijn entree gemaakt hebben in de gezondheidszorg. Hutschemakers en van Nijnatten (2008, p. 1025) stellen bijvoorbeeld dat ‘evidence-based werken’ synoniem werd met het standpunt dat interventies in de zorg gebaseerd moeten zijn op wetenschappelijk bewijs.

Dit soort opvattingen leidt over het algemeen tot tegenargumenten als dat academisch onderzoek niet relevant is voor de praktijk, dat het gaat om een degeneratie van klinische ervaring en expertise, dat iedere patiënt uniek is en niet in hokjes kan worden geplaatst, of dat EBP een verkapte bezuinigingsmaatregel zou zijn. Dat zijn vaak emotionele en aspecifieke argumenten. Ernstiger is dat het er met de evidentie voor allerhande behandelingen die worden genoemd in de wetenschappelijke literatuur minder rooskleurig voorstaat dan ons lief is. Van maar een klein deel van de interventies is onomstreden dat ze effectief zijn. Zouden we alleen maar behandelingen uitvoeren op basis van degelijk bewijs, dan zou het behandelarsenaal zwaar gereduceerd worden.

Iets soortgelijks geldt voor het door vele hardliners bepleite gebruik van behandelprotocollen. Keijsers, Vissers, Hutschemakers en Witteman (2010) leggen sterk het accent op empirisch ondersteunde protocollen en bepleiten dat die weliswaar hun nut kunnen hebben, maar niet naar de letter gevolgd moeten worden. Er dient ook aandacht te zijn voor de eigenheden van de patiënt. Ze vatten het mooi samen in de volgende zin (p. 372): ‘Het protocol is niet de behandeling, maar slechts een hulpmiddel om de behandeling uit te voeren.’ Het protocol kan als kader worden gebruikt en worden aangepast aan de individuele patiënt en zijn omstandigheden. Daarnaast zijn protocollen niet altijd volledig op hun effectiviteit onderzocht. Ze bevatten doorgaans elementen die weliswaar plausibel zijn, maar die niet feitelijk zijn onderzocht. *Face validity* is één ding, maar overtuigende evidentie iets heel anders.

Interessant genoeg zien we dat de recente opkomst van *personalized mental health* (gepersonaliseerde psychotherapie; zie Huibers, in dit nummer) tegenwicht beoogt te bieden aan de *one-size-fits-all*-benadering die uit bovenstaande misvattingen over EBP naar voren komt. Dit roept overigens wel de vraag op of *personalized mental health* mogelijk verkeerd opgevat of zelfs misbruikt kan worden. Als het opgevat wordt als het geheel meevaren op het

kompas van de patiënt, is er ongetwijfeld sprake van de door Waller en Turner (2016, 2018; dit nummer) beschreven *therapist drift*. Dan gaat het al snel om een behandelapproach die niet is gebaseerd op empirische steun. Zoals onder meer Huibers laat zien, is er wel degelijk evidentie te vinden voor behandelroutes die zich richten naar specifieke kenmerken van patiënten.

DE SPAGAAT VAN DE CLINICUS

.....

Dan komen we aan bij de clinicus. Deze brengt deskundigheid, vaardigheden en ervaring in, onder andere met betrekking tot de diagnostiek en de behandeling van de problemen van de patiënt. In zekere zin verkeert de clinicus in een spagaat tussen aan de ene kant wetenschappelijke kennis, en aan de andere kant de individuele problemen en kenmerken van de patiënt. Zoals Tiemens in dit nummer stelt, moet de clinicus balanceren tussen contextualiseren (de patiënt in het oog houden) en decontextualiseren (algemene behandelprincipes in het oog houden). Deze evenwichtsoefening is een uiterst delicaat proces, waarbij nogal eens iets misgaat. Wat te denken van een therapeut die met overtuiging begint aan een exposurebehandeling bij een patiënt met agorafobie. Volgens plan worden de eerste stappen gezet, maar in de loop van de sessies begint de patiënt steeds meer te vertellen over zijn leefomstandigheden en zijn relatieproblemen. De therapeut hoort dat met volle aandacht aan en vraagt erop door. Fastforward: een paar sessies later gaat het niet meer over de agorafobie, maar om allerlei zaken uit het dagelijkse leven van de patiënt die hij erg belangrijk vindt om te noemen. *Et voilà*: therapist drift van de eerste orde. Toegegeven, dit is een eenvoudig voorbeeld, waarin de geoefende therapeut het vermijdingsgedrag van de patiënt zal herkennen. Een effectieve behandeling aanbieden en uitvoeren, en tegelijkertijd de wensen en waarden van de patiënt in het oog houden, is een kunde.

EN DE PATIËNT DAN?

.....

De patiënt staat centraal in de gezondheidszorg. Dat lijkt een enorme open deur, maar de praktijk van alledag doet soms anders vermoeden. Hoe vaak moeten patiënten zich niet schikken naar het behandel aanbod dat toevallig voorhanden is, naar de bekwaamheden van de therapeut, of naar de financiering van de zorg? In het ergste geval wordt de patiënt gereduceerd tot een constellatie van meer of minder heldere diagnoses. Dit doet denken aan een arts-assistent die enthousiast vertelt dat zij tijdens haar dienst een hele interessante 'acute buik' heeft gezien. Ze vergeet dan dat om die buik toevallig ook nog een patiënt zit.

Patiëntgebonden factoren die van grote invloed zijn op de praktijk van de gezondheidszorg zijn uiterst divers. Ze betreffen bijvoorbeeld specifieke kenmerken (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, culturele achtergrond), aard van de problemen, en voorkeuren (zoals het doel van de behandeling, de wijze waarop iemand zijn leven wil inrichten, enzovoort). Doorgaans veronachtzaamde factoren als culturele of religieuze waarden kunnen wel degelijk in cognitieve gedragstherapie worden geïncorporeerd. Dit leidt tot een iets grotere behandel-effectiviteit dan wanneer dit niet gebeurt (zie bijvoorbeeld: Anderson et al., 2015; Hall, Ibaraki, Huang, Marti, & Stice, 2016). Maar ook met ogenschijnlijk triviale wensen en verlangens van de patiënt moet in de behandeling rekening worden gehouden. Voorbeelden daarvan zijn de patiënt die lijdt aan een paniekstoornis maar die graag de bruiloft van haar dochter wil meemaken, of de patiënt met schoonmaakdwang die zijn terrarium met gekko's niet wil wegdoen. Ook als de therapeut heel trouw een goed onderbouwd protocol volgt, zal de uitvoering daarvan voor een groot deel in samenspraak met de patiënt tot stand komen. Zorg is in die zin *altijd* gepersonaliseerd.

Overigens genereert de wetenschap ook kennis die voor patiënten van belang kan zijn. Patiënten vragen steeds vaker om deelgenoot te worden gemaakt van die kennis. Het omvangrijke lezerspubliek van populaire psychologische tijdschriften als *Psychologie Magazine* is daarvan een duidelijke indicator. De kennis die de patiënt daarin opdoet, kan een rol spelen bij zijn voorkeur voor een bepaald soort behandeling ('Ik wil graag mindfulness doen').

Hierbij aanhakend is het niet gek om te bepleiten dat de therapeut de patiënt goed informeert en bijpraat over de zin en onzin van behandelingen voor zijn problemen. Onder meer daardoor krijgt het proces van *shared decision making* gestalte. Uit onderzoek (Joosten et al., 2008; Shay & Lafata, 2015) komt naar voren dat een goed geïnformeerde patiënt die goed begrijpt wat de behandeling behelst een betere prognose heeft.

DE KLOOF TUSSEN PRAKTIJK EN WETENSCHAP

.....

Van de wederkerigheden tussen de drie partijen patiënt, clinicus en wetenschap lichten we die tussen wetenschap en praktijk eruit. Idealiter draagt de wetenschap ertoe bij om richting te geven aan het klinische handelen; tegelijkertijd roept de klinische praktijk vraagstukken op die wetenschappelijk onderzocht dienen te worden. Dat onderzoek kan betrekking hebben op behandelmogelijkheden voor bijvoorbeeld complexe problematiek, maar ook op psychopathologische mechanismen die het begrip van psychopathologie kunnen vergroten.

Opmerkelijk is echter de centrale positie die 'de wetenschap' inneemt in het vaak slordige discours over 'evidence-based' zorg. Het lijkt er vaak op dat

wetenschappelijk onderzoek dicteert wat er in de praktijk zou moeten gebeuren en dat er daarmee sprake is van eenrichtingsverkeer. Los daarvan vinden veel onderzoeksresultaten niet of pas laat hun weg naar de praktijk van de gezondheidszorg. Dit gat tussen wetenschap en praktijk is werkelijk een reden tot zorg. Hoewel de complexe discussie hieromtrent de bedoeling van deze bijdrage overstijgt, willen we het volgende punt wel onder de aandacht brengen.

Een te weinig belicht aspect is namelijk de toegankelijkheid van wetenschappelijke kennis voor mensen die in de praktijk werken. Greenhalgh, Howick en Maskrey (2014) bepleiten bijvoorbeeld dat de toegankelijkheid van wetenschappelijke kennis voor professionals in de praktijk sterk verbeterd dient te worden. Ondanks allerhande tips en trucs die praktijkmensen aangeleerd krijgen om zelf literatuur op te zoeken en op haar merites te beoordelen, valt redelijkerwijs niet te verwachten dat zij die aanmoediging braaf zullen opvolgen. Er wordt domweg te veel gepubliceerd, er is te weinig of zelfs geen tijd voor raadpleging beschikbaar, en het vereist een behoorlijke dosis kennis en vaardigheden om wetenschappelijke literatuur te doorvorsen. Efficiënter zou het zijn als wetenschappers naar aanleiding van vragen uit het veld toegankelijke overzichtsartikelen gingen schrijven, bij voorkeur samen met collega's uit de praktijk. Nu zult u ongetwijfeld kunnen tegenwerpen dat er toch richtlijnen en zorgstandaarden zijn. Echter, wanneer u die leest, zult u merken dat het om een verdunde vorm van wetenschappelijke rapportage gaat. In de uiteindelijke aanbevelingen die beide typen documenten doen, spelen namelijk ook politieke, financiële, hobbyistische en andere factoren een rol. In richtlijnen en zorgstandaarden zijn de wetenschappelijke resultaten te veel ingebed in een context van bedoelingen van de werkgroepen.

BREDERE CONTEXT

.....

Naast bovengenoemde drie partijen is het ook nuttig om te realiseren dat er factoren op macroniveau zijn die een grote invloed doen gelden. Te denken valt aan maatschappelijke, economische en culturele invloeden die inwerken op elk van de drie partijen in het gepresenteerde schema. Denk bijvoorbeeld aan hoeveel de zorgverzekering vergoedt voor de behandeling van bepaalde aandoeningen. Zo kan het verdwijnen van de diagnose 'aanpassingsstoornis' uit de verzekerde zorg mogelijk hebben geleid tot een toename van de diagnose 'depressieve stoornis'. Wanneer patiënten geen arbeidsongeschiktheidsuitkering meer krijgen vanwege specifieke omstandigheden, zal dat op macroniveau hun hulpzoekgedrag beïnvloeden. Het zal duidelijk zijn dat alle partijen gebonden zijn aan zaken als wet- en regelgeving, financiering, en politieke machtsverhoudingen. Wat er gefinancierd wordt (vanuit de overheid en de ziektekostenverzekeraars) en wat de samenleving belangrijke waarden vindt ('iedereen moet werken') bepaalt voor een deel de

vraag van de patiënt, de behandelmogelijkheden van de clinicus en de focus van wetenschappelijk onderzoek. In de spreekkamer klinken die effecten (soms) door; in behandelonderzoek niet of nauwelijks.

TEN SLOTTE

.....

Wanneer men naar de geest van EBP wil handelen, ligt de lat een stuk hoger dan nu vaak het geval is. Uit het bovenstaande komt naar voren dat EBP heel wat eist van de praktiserende clinicus, namelijk actuele kennis van de behandelmogelijkheden, de achtergronden en de effectiviteit daarvan, en de vaardigheden en het vermogen om die behandelmogelijkheden op de concrete patiënt af te stemmen. De EBP-professional is dus een expert, die zich baseert op wetenschappelijke kennis, die weet wanneer hij daarvan gebruik kan maken, maar die ook weet wanneer hij ervan af moet wijken. Daarbij maakt hij gebruik van zijn eigen klinische expertise en van de inbreng van zijn patiënten.

Theo K. Bouman is als adjunct-hoogleraar verbonden aan de Afdeling Klinische Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen.

Filip Raes is als hoogleraar verbonden aan het Centre for the Psychology of Learning and Experimental Psychopathology van de KU Leuven.

Kim de Jong is als universitair docent verbonden aan de Afdeling Klinische Psychologie van de Universiteit Leiden.

Correspondentieadres: T.K. Bouman, Afdeling Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Grote Kruisstraat 2, 9712 TS Groningen. E-mail: t.k.bouman@rug.nl

Summary *Evidence-based practice. The relation between clinician, patient and science*

The qualification 'evidence based' has become increasingly important in health care in recent decades. In this article we will discuss the misconceptions and the definition of evidence-based practice. In particular, the role of scientific knowledge in health care is discussed, as well as its influence on the relationship between clinician and patient.

Keywords *evidence-based practice, science-to-practice gap, personalized mental health, therapist drift*

Literatuur

Anderson, N., Heywood-Everett, S., Siddiqi, N., Wright, J., Meredith, J., & McMillan, D. (2015). Faith-adapted

psychological therapies for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 176, 183-196.

- Drake, R. E. (2005). The principles of evidence-based mental health treatment. In R. E. Drake, M. R. Merrens, & D. W. Lynde (Eds.), *Evidence-based mental health practice*. New York, NY: Norton.
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725.
- Hall, G. C. N., Ibaraki, A. Y., Huang, E. R., Marti, C. N., & Stice, E. (2016). A meta-analysis of cultural adaptations of psychological interventions. *Behavior Therapy*, 47, 993-1014.
- Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2018). *Inleiding tot de gedragstherapie* (7de herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hutschemakers, G. J. M., & van Nijntten, C. (2008). De scientist-practitioner en evidence-based practice. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 1025-1032.
- Joosten, E. A., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P. F., & de Jong, C. A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 219-226.
- Keijsers, G. P. J., Vissers, W., Hutschemakers, G. J. M., & Witteman, C. L. M. (2010). Empirisch ondersteunde psychologische behandelingen: Moeten we dat nu wel doen? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 65, 364-376.
- Lauteslager, M. (2006). Het evidence-beest heeft kuren: Gebruik en misbruik van EBP, RCT- en EST-methodologie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 347-366.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71.
- Semple, D., Smyth, R., Burns, J., Darjee, R., & McIntosh, A. (2005). *Oxford handbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making*, 35, 114-131.
- Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137.
- Waller, G., & Turner, H. (2018). Het terugdringen van therapeutische dwaling: Waarom goedwillende klinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen. *Gedragstherapie*, 51, 85-111.

Omgeven door relaties

Evidence-based werken in de geestelijke gezondheidszorg

BEA TIEMENS

Samenvatting

Er is veel discussie over evidence-based behandelen. Sommigen beweren zelfs dat het tijdperk van evidence-based practice alweer voorbij is. Vaak gaat het in deze discussies over evidence-based interventies versus de non-specifieke factoren in de behandeling: van de cliënt, de behandelaar en de setting van de behandeling. Hoewel iedereen het er in de ggz over eens is dat die non-specifieke factoren veel invloed hebben op het succes van de behandeling, blijven we ze maar 'non-specifiek' noemen. We houden zo met z'n allen de kloof tussen praktijk en wetenschap in stand. Hoe bouwen we een brug? Ik grijp daarvoor terug naar de oorspronkelijke principes van het evidence-based werken volgens David Sackett. Die helpen om naar een behandeling te kijken als bestaande uit afwisselende stappen van contextualiseren en decontextualiseren, waardoor het onderscheid tussen specifiek en non-specifiek wegvalt. Voor elke stap is evidence voorhanden, maar er zijn nog vele vragen. Het evidence-based-practice tijdperk is nog maar net begonnen!

De *key message for practitioners* van dit artikel luidt: voor een evidence-based behandelpraktijk is het onderscheid tussen specifieke en non-specifieke factoren onvruchtbaar; werkbaarder lijkt het onderscheid tussen enerzijds stappen waarin wordt ingezoomd op de specifieke situatie van de cliënt (contextualiseren), en anderzijds stappen waarin wordt uitgezoomd naar meer generieke mechanismen (decontextualiseren).

Trefwoorden: evidence-based, contextualiseren, decontextualiseren, cyclisch

DISCUSSIES OVER EVIDENCE-BASED BEHANDELEN BEGRIJP IK VAAK NIET

Vaak begrijp ik ze niet, de discussies over evidence-based behandelen. Wat is het probleem met streven naar goed onderbouwde behandelingen? Be-

handelaren willen toch de beste behandeling voor hun cliënten? Begrijp ik het niet omdat ik geen behandelaar ben? Maar ik wil toch ook niet dat mijn kind medicatie krijgt die niet netjes is onderzocht. En op de sport-school verdraag ik het niet als ik mensen hoor kletsen over niet bewezen voordelen van allerlei diëten en over onwaarschijnlijke claims van twaalf keer meer vetverbranding bij het volgen van een bepaald parcours. Twaalf keer meer dan wat? En hoe is dat dan gemeten? Niemand op de sportschool die het me kan vertellen, en het betreffende onderzoek heb ik nooit ergens kunnen vinden.

Waarschijnlijk begrijp ik de discussies niet omdat het in de polemiek rond evidence-based behandelingen niet over één discussie gaat. Het gaat bijvoorbeeld over de vraag of alleen interventies die onderzocht zijn in gerandomiseerde trials evidence-based zijn, of over het verschil tussen specifieke en non-specifieke factoren; zelf heb ik daar eerder over geschreven (Tiemens, Hutschemaekers, Kaasenbrood, & de Niet, 2011). Daarnaast speelt de vraag of evidence-based behandelen wel aansluit bij de vraag van de cliënt. Verder wordt vaak de kritiek gehoord dat evidence-based behandelen te weinig rekening houdt met verschillen tussen cliënten, de context en relaties van de cliënt, en de context waarin de zorg plaatsvindt, zoals in het recente rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2017). In dit rapport wordt zelfs gesuggereerd dat het tijdperk van de evidence-based practice ten einde is.

Waarschijnlijk begrijp ik de discussies vaak ook niet omdat veel van bovenstaande kwesties in mijn ogen empirische vragen zijn. Daarin kan ik Weinberger (2014) goed volgen, die de specifieke en non-specifieke factoren tegen het licht houdt met de vraag hoe specifiek of non-specifiek ze eigenlijk zijn. Hij verbaast zich er bijvoorbeeld over dat geen enkele therapeutische richting expliciet gebruikmaakt van het (placebo)effect van de verwachtingen van de cliënt. Ook is het volgens mij een empirische vraag in welke mate evidence-based behandelingen — vaak *empirically supported treatments* (EST's) genoemd — moeten worden aangepast aan de omstandigheden van de cliënt.

Het kan natuurlijk zijn dat ik inderdaad op deze manier naar deze vragen kijk omdat ik geen behandelaar ben. Ik verkeer niet in de situatie dat ik moet besluiten met welke behandeling te starten bij een cliënt met zeer complexe problematiek in een setting waarin ik aan tal van uiteenlopende eisen moet voldoen. En soms vraag ik me af of de vaak genoemde brug tussen praktijk en wetenschap wel is te bouwen, of dat hij per definitie in de waan van de dag weer instort. In dit artikel doe ik toch een poging. Ik grijp daarbij terug op de belangrijkste principes van de methode van evidence-based werken van David Sackett, arts en pionier van de *evidence-based medicine*.

David Sackett heeft in mijn ogen de eerste echte brug geslagen tussen wetenschap en praktijk. Hij ging daarbij veel verder dan welk implementatiemodel dan ook. Met zijn definitie van *evidence-based medicine* als de integratie van wetenschappelijke evidentie met klinische expertise en de waarden voor de cliënt (Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000) liet hij zien dat evidence-based werken meer is dan het toepassen van goed onderzochte geprotocolleerde behandelingen. Zijn vijf stappen van probleem naar toepassing vormen een integrale methodische manier van werken, waarin de beschikbare *best evidence* steeds wordt afgewogen in het licht van de vraag uit de praktijk. Omdat de vraag uit de praktijk centraal staat in deze methodiek, is de methode van Sackett per definitie een geïndividualiseerde manier van werken.

Uitkomst van zorg: wat wil de cliënt veranderen?

Wat de methodiek van Sackett bijzonder maakt, is dat hij de uitkomst van de behandeling al in stap één centraal stelt. Deze stap noemt hij 'van probleem naar beantwoordbare vraag'. In die vraag moet de uitkomst zo expliciet geformuleerd zijn dat evalueerbaar is of de ingezette interventie effectief is. Is Sackett met deze nadruk op de uitkomst een pleitbezorger van *value based health care* ('waardegedreven gezondheidszorg') avant la lettre? Niet helemaal. Nogal eens heeft Sackett het verwijt gekregen dat zijn methode wel erg artsgeoriënteerd is, omdat de arts degene is die de uitkomst bepaalt. Michael Porter (2010), de grondlegger van de *value based care*, stelt juist de uitkomst voor de cliënt centraal. Hij verbaast zich net als Sackett over het gebrek aan heldere doelen in de gezondheidszorg. Het fundamentele doel van de zorg moet volgens hem zijn zo veel mogelijk waarde toevoegen voor de cliënt. Dit klinkt heel abstract, maar betekent niets anders dan steeds goed voor ogen houden wat de zorg de cliënt moet opleveren. Om met Makkink en Kits (2011) van het cliëntenplatform LPGGZ te spreken: 'Cliënten willen maar een ding: een zo goed mogelijk leven, het liefst natuurlijk zonder blijvende psychische of andere klachten, maar als het niet anders kan, een alszins bevredigend bestaan met de aandoening.'

Hoe dat 'alleszins bevredigend bestaan' eruitziet, kan per cliënt nogal verschillen. Bij eenzelfde soort probleem of diagnose (bijvoorbeeld een obsessieve-compulsieve stoornis) kan daarom de gewenste uitkomst per cliënt variëren (bijvoorbeeld ofwel kinderen weer van school kunnen halen, ofwel weer kunnen werken). De vraag naar de gewenste uitkomst wijkt dus af van de meeste richtlijnen. Daarin wordt vaak gestart met het vaststellen van de stoornis en wordt bij het vaststellen van het behandeldoel dikwijls impliciet uitgegaan van klachtenreductie. Om 'kinderen weer van school te kunnen halen' als uitkomst voor de cliënt te realiseren zal klachtenreductie ook dikwijls

het doel zijn, maar niet altijd. Bij *value based care* daarentegen gaat het veel explicieter om het vertalen van het probleem van de cliënt naar het doel van de behandeling. Duidelijk moet worden waar voor de cliënt de prioriteit ligt, wat er moet veranderen, wat daarvoor nodig is en hoe die verandering vervolgens zo efficiënt mogelijk gerealiseerd kan worden.

Het streven naar meer gepersonaliseerde zorg — een van de twee pijlers in de nieuwe *Onderzoeksagenda GGZ* — begint bij het precies in kaart brengen van de klachten, en van de onderliggende biologische, psychische en sociale factoren (*personalized care*), maar — en dat wil ik hier met nadruk toevoegen — ook met het precies in kaart brengen van wat de cliënt wil veranderen in zijn leven (*person-centered care*). In de eerste stap van evidence-based werken wordt dus ingezoomd op de situatie van de cliënt, oftewel: het probleem en het doel worden gecontextualiseerd.

Wat is de beste manier om de uitkomst te bereiken?

Na het vaststellen van het probleem en het doel van de behandeling — inzoomen op wat de cliënt wil veranderen — volgt het bepalen van de beste manier om dat doel te bereiken, het tweede principe van evidence-based werken. Bij het zoeken naar de best passende interventie met de beste evidence wordt weer uitgezoomd naar een algemener niveau, namelijk dat van beschikbare interventies. Het probleem wordt in deze stap gedecontextualiseerd. Bij verschillende doelen kan het nodig zijn om de behandeling op eenzelfde soort mechanisme te richten. Zo is het veranderen van cognities werkzaam bij zowel depressieve klachten als bij angst. Hiervoor zijn goede protocollen voorhanden. Soms echter ligt minder voor de hand wat er moet gebeuren. Dan helpt opnieuw de methode van Sackett om de juiste interventie met de beste evidence (de beste wetenschappelijke onderbouwing) te vinden en de evidence ervoor te beoordelen. Vervolgens dient de behandelaar samen met de cliënt te onderzoeken of die interventie inderdaad passend is in de situatie van de cliënt.

SACKETT IN DE GGZ? CONTEXTUALISEREN EN DECONTEXTUALISEREN

De twee belangrijkste principes of stappen bij evidence-based werken zijn dus het inzoomen op het behandeldoel (de waarde voor de cliënt) en het uitzoomen op de beste evidence-based manier om dat doel te bereiken. Past dit wel goed in de context van de ggz? Als ik met behandelaren spreek, valt me op dat ze de stappen waarin contextualiseren en decontextualiseren elkaar afwisselen vaak impliciet zetten, dus lang niet altijd bewust en methodisch.

Contextualiseren is het inzoomen op de specifieke situatie van de cliënt. Enerzijds gebeurt dit om goed aan te sluiten bij de cliënt en elkaar goed te begrijpen, en anderzijds om helder te krijgen wat er aan de hand is en wat

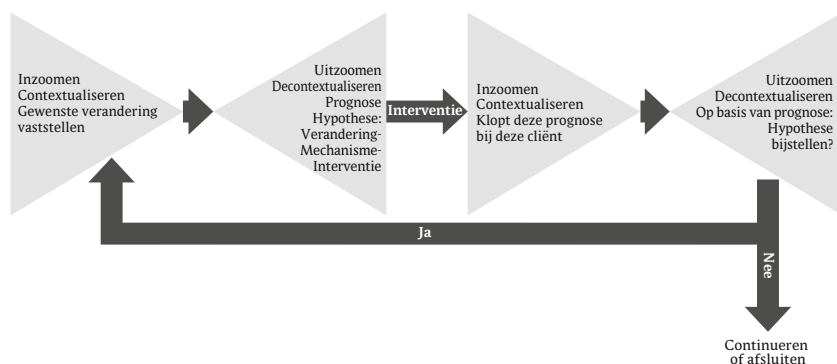
volgens de cliënt de behandeling moet opleveren. Bij het vervolgens onderzoeken waar de behandeling zich dan op moet richten en wat de beste interventie is, zoomt de behandelaar weer uit naar een algemener niveau van verandermechanismen en de beschikbare effectief bevonden interventies. De behandelaar switcht dus van contextualiseren naar decontextualiseren. Wat het in de praktijk soms lastig maakt om deze stappen heel expliciet te zetten is dat in onze richtlijnen het decontextualiseren beperkt wordt tot interventies die behoren bij een stoornis in plaats van bij een verandermechanisme (Lilienfeld, 2011). De stap van probleem naar wat de cliënt wil veranderen sluit dus dikwijls niet goed aan bij de richtlijnen. Daarnaast lijkt het in richtlijnen maar over één soort evidence te gaan: die over de interventie. Deze is van belang bij het bepalen van de meest passende interventie, maar over het hele behandelproces is ook andere evidence nodig, bij zowel het contextualiseren als het decontextualiseren. De mate waarin deze voorhanden is varieert echter.

EVIDENCE BIJ CONTEXTUALISEREN EN DECONTEXTUALISEREN

.....

De aandacht voor contextualiseren betreft vooral de therapeutische relatie, bijvoorbeeld in het boek van Norcross en collega's (2011). In dit boek wordt het positieve effect beschreven van het goed afstemmen van de therapeutische relatie op kenmerken van de cliënt, zoals diens voorkeuren, en zijn culturele en religieuze achtergrond. Daarnaast zien we aandacht voor contextualiseren in de literatuur over de voordelen van het inzoomen op, en het vaststellen van, heldere en betekenisvolle behandeldoelen (Sheldon, 2014; Willutzki & Koban, 2004). Voor de eerste stap in de behandeling (zie de meest linkse driehoek in figuur 1), waarin met de cliënt wordt vastgesteld wat er moet veranderen, is dit belangrijke kennis.

Daarnaast is er zoals gezegd veel meer aandacht voor het decontextualiseren. Bekend, maar niet altijd geliefd, is de evidentie over het verhogen van de effectiviteit van de behandeling door het volgen van richtlijnen (Gyani, Shafaran, Layard, & Clark, 2013; Keijsers, Vissers, Hutschemaekers, & Witteman, 2011). De keuze voor de best passende EST vindt plaats in de tweede stap en krijgt veelal de meeste aandacht als het gaat om evidence-based behandelen. Veel minder bekend is het negatieve effect van het voortdurend meebewegen met de cliënt zodra de behandeling eenmaal is ingezet (Schulte & Eifert, 2002), ook wel 'driften' genoemd (Waller & Turner, 2016, 2018). Het lijkt de effectiviteit te verhogen als stevig vastgehouden wordt aan de ingezette koers, tenzij er duidelijke redenen zijn om af te wijken.

FIGUUR 1 *Cyclus van contextualiseren en decontextualiseren*

Het systematisch afwisselen van contextualiseren en decontextualiseren lijkt ook effectief tijdens het vervolg van de behandeling, nadat de interventie is gestart. Het systematisch monitoren (*routine outcome monitoring*; ROM) helpt om te checken of de ingezette hypothese bij deze specifieke cliënt (contextualiseren) klopt. ROM is daarom een onlosmakelijk onderdeel van evidence-based werken. We weten inmiddels dat ROM de effectiviteit verhoogt van behandelingen van cliënten die niet goed reageren op de behandeling (Kendrick et al., 2016). De functie van dit routinematig meten tijdens de behandeling is *signaleren* dat een cliënt niet goed reageert op de behandeling, dat de behandeling *not on track*, dus niet op koers, is. Dit heeft betrekking op de prognose en wil zeggen dat gegeven de voortgang op het moment, de klachten van de cliënt aan het eind van de behandeling niet of onvoldoende verbeterd zullen zijn. Het is nagenoeg onmogelijk om dit zonder ROM tijdig vast te stellen.

Maar wat als de behandeling van de cliënt niet op koers is? De richtlijnen adviseren dan vervolgstappen, maar zonder eerst in kaart te brengen *waarom* de behandeling stagneert. Asay en Lambert (1999) onderzochten heel systematisch de factoren die stagnatie in de behandeling kunnen veroorzaken, en decontextualiseerden daarmee de stagnatie van specifieke cliënten. Evenals eerdere studies vonden zij dat een groot deel van het behandelresultaat verklaard kan worden door factoren buiten de therapie (zoals sociale relaties) en door zogenaamde non-specifieke factoren binnen de therapie, factoren die niet behoren tot een specifieke therapeutische techniek. Lambert heeft deze kennis vervolgens vertaald in een instrument, de Assessment for Signal Clients (ASC; Lambert et al., 2007), om mogelijke oorzaken voor een stagnatie in de behandeling vast te stellen. Dit instrument meet de aanwezigheid van sociale ondersteuning voor de cliënt, stressvolle levensgebeurtenissen, motivatie voor behandeling en de kwaliteit van de therapeutische relatie. Na

vaststelling van de mogelijke oorzaken van stagnatie kan men besluiten om de werkhypothese bij te stellen, de laatste stap, helemaal rechts in figuur 1.

Figuur 1 geeft de afwisselende stappen in contextualiseren en decontextualiseren schematisch weer. Hoewel het bij contextualiseren en decontextualiseren vooral lijkt te gaan over kenmerken en omstandigheden van de cliënt, speelt het proces zich af in de bredere context van de zorg. Ik maak daarom onderscheid tussen drie soorten relaties die de uitkomsten van de zorg kunnen beïnvloeden: (1) de zorgsetting, (2) de rol en context van de cliënt, en (3) de eigenschappen en competenties van de behandelaar:

1. Zorgsetting

De ggz is de afgelopen jaren flink in beroering geweest. Doordat de kosten bleven stijgen met het toenemend aantal cliënten dat hulp zocht, is in 2014 een knip gemaakt tussen de specialistische ggz en de eerstelijns-ggz. De generalistische basis-ggz is geplaatst tussen de eerstelijns-ggz, die door de huisarts en zijn praktijkondersteuner (de POH-ggz) wordt geboden, en de tweedelijns-ggz. Achter deze nieuwe indeling ligt een sterk motief om zogeheten ‘passende zorg’ te bieden aan mensen met psychische klachten, zoals in 2011 is vastgelegd in een breed ondertekend convenant over gepast gebruik van de ggz. Het streven naar ‘gepast gebruik’ is in 2015 verder uitgewerkt in de *Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie*. De veronderstelling is dat veel mensen te snel en te zware zorg krijgen, en dat daar flinke financiële winst te halen is. Maar ook dat te veel mensen te lang in te lichte zorg blijven hangen, en daardoor chronische klachten ontwikkelen.

Met de nieuwe inrichting van de ggz hebben behandelingen een andere context gekregen. Het gaat om een systeemverandering die ver afstaat van het dagelijks leven van cliënten, want veel cliënten kennen niet eens het verschil tussen POH-ggz, basis-ggz of gespecialiseerde ggz. Maar die verandering heeft wel degelijk invloed op de zorg die ze krijgen. Of cliënten hierdoor gepastere zorg krijgen, weten we niet. De eerste aanwijzingen zijn dat cliënten met eenzelfde problematiek er niet slechter van worden, maar dat hun behandeling nu wel veel korter is (van Mens et al., 2017). Dat is niet alleen kosteneffectief, maar vooral ook prettig voor cliënten.

2. Rol en context van de cliënt

Een van de mogelijke verklaringen voor de gunstige uitkomst van korte behandelingen in de basis-ggz betreft de andere verwachtingen die de cliënt heeft over de behandeling. Enkele studies laten zien dat hoe langer een cliënt verwacht dat een behandeling zal duren, hoe langer de behandeling daadwerkelijk duurt (Mueller & Pekarik, 2000; Owen, Smith, & Rodolfa, 2009). Ook in een studie van Barkham en collega's (1996), waarin cliënten

waren gerandomiseerd naar een behandeling voor hun depressie van acht of zestien sessies, bleken de cliënten in de kortdurende conditie sneller op te knappen.

Daarnaast vereist de basis-ggz dat de cliënt een veel actievere rol in de behandeling aanneemt. De cliënt kan het niet eerst maar eens rustig aanzien, want dan is de tijd alweer voorbij. Cliënten worden van begin af aan gestimuleerd zelf meer regie te nemen. Natuurlijk is het de vraag of dit wel altijd mogelijk is. Aan een depressie bijvoorbeeld is inherent dat de cliënt inactief is en zich terugtrekt, wat het moeilijk kan maken om al snel in de behandeling een actieve rol aan te nemen. Het merendeel van de cliënten in de basis-ggz heeft echter een depressie, angststoornis of beide, en maar een zeer klein deel wordt doorverwezen naar de specialistische ggz (KPMG/Plexus, 2017). Vaart maken lijkt dus in veel gevallen mogelijk.

Wat elke behandelaar weet, is dat de omstandigheden van de cliënt een rol spelen in de behandeling, maar het is niet altijd duidelijk hoe. Er is veel onderzoek dat laat zien dat de manier waarop we naar de wereld kijken en waarop we ons gedragen afhangt van de situatie waarin we ons begeven. Onder andere het onderzoek naar economische factoren van psycholoog en Nobelprijswinnaar Daniel Kahneman (2011) heeft hier sterk aan bijgedragen. We begrijpen allemaal dat honderd euro verliezen voor iemand met een inkomen van twee maal modaal minder erg is dan voor iemand met alleen een bijstandsuitkering. We begrijpen ook allemaal dat iemand zonder werk wat langer aarzelt voordat hij zijn eigen risico aanspreekt voor het zoeken van hulp voor zijn depressie, dan iemand met een baan. Moeilijker te begrijpen is dat iemand zonder werk die hulp heeft gezocht minder profijt lijkt te hebben van die hulp dan iemand met werk. In diverse studies zien we, als we inzoomen op specifieke kenmerken van cliënten, dat werkloosheid een minder goede behandeluitkomst voorspelt (Fournier et al., 2009; Lorenzo-Luaces, DeRubeis, van Straten, & Tiemens, 2017). Maar waarom? En wat kan een behandelaar hiermee? Om iets te begrijpen van de mogelijk stagnerende werking van werkloosheid in de behandeling moeten we weer uitzoomen naar generieke mechanismen, decontextualiseren dus, waarbij het onderzoek en instrument van Asay en Lambert (1999) kunnen helpen. Dan zal blijken dat zeker twee factoren verhoogd scoren. Het verliezen van werk is niet alleen een stressvolle gebeurtenis, maar er valt ook een deel van de sociale relaties mee weg. Er zijn dus wel degelijk aanwijzingen waarom geen werk hebben een negatieve invloed heeft op de uitkomst van de behandeling. De nieuwe *Generieke module Arbeid als medicijn* van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017) kan in de eerste stap van de behandeling helpen om in kaart te brengen wat werkloosheid of andere problemen rondom arbeid betekenen voor de cliënt en waar ze mogelijk belemmeringen kunnen opleveren.

3. Eigenschappen en competenties van de behandelaar

80

Het onderzoek naar de kenmerken van de behandelaar die bepalen wat een effectieve behandelaar is, staat nog in de kinderschoenen. We weten dat er vrij veel variatie is tussen behandelaren. In studies hierover gaat het vaak over zaken als empathie en de therapeutische relatie. Waar het nauwelijks over gaat is prospectief kijken en denken. Dat licht ik er hier even uit, omdat het bepalen van de prognose op verschillende momenten in de behandeling de besluitvorming zou moeten beïnvloeden. Eerst bij de start van de behandeling, bij het opstellen van de behandelhypothese, maar ook later, als met de cliënt onderzocht wordt of de behandeling tot het gewenste resultaat leidt.

Behandelaren, psychologen en psychiaters, maar ook verpleegkundig specialisten, worden nauwelijks getraind om prospectief te denken. Terwijl een behandelplan niet meer is dan een hypothese (stap 2 in figuur 1) die steeds op juistheid gecheckt moet worden (stap 3), dienen behandelaren vooral te varen op hun klinische blik op een bepaald moment. In korte behandelingen als in de basis-ggz is dit extra lastig. Hoe snel kan duidelijk worden of de cliënt wel of niet goed reageert? Meerdere studies laten een sterke relatie zien tussen de voortgang in het begin van de behandeling en de uiteindelijke uitkomst (zie onder andere: Lutz et al., 2014; Tiemens, Böcker, & Kloos, 2016). Grofweg zien we dat een slecht begin een slechte uitkomst voorspelt en een goed begin een goede uitkomst, maar er zijn nog nauwelijks studies naar het beste beoordelingsmoment.

Doordat de behandeluitkomst door zoveel factoren wordt bepaald, zijn behandelaren slecht in staat om de voortgang van de behandeling goed in te schatten, en om te bepalen wanneer aan de ingezette koers moet worden vastgehouden en wanneer er moet worden gewijkt. Al in de jaren vijftig van de vorige eeuw toonde Meehl (1954) aan dat statistische modellen vaak beter voorspellen dan klinici. Maar ook al is het onmogelijk voor klinici om te voorspellen, dit betekent niet dat ze niet getraind moeten worden in prospectief denken en in het gebruik van hulpmiddelen daarbij, zoals ROM. ROM zou dus aan behandelaar en cliënt de feedback moeten bieden om prospectief te kunnen kijken en om op basis van de prognose te beoordelen wat te doen (stap 4). De meeste ROM-systemen doen dat nog niet.

EEN DYNAMISCH PROCES TUSSEN PRAKTIJK EN WETENSCHAP

Uitgaande van het behandelplan als hypothese, kan behandelen worden gezien als een dynamisch proces, als een empirische cyclus van afwisselend contextualiseren en decontextualiseren. Evidence-based werken is echter niet alleen een dynamisch proces binnen de behandeling, maar ook een voortdurende wisselwerking tussen praktijk en wetenschap.

Wanneer men het heeft over het versterken van de brug tussen praktijk en wetenschap, gaat het vaak over het simpelweg overbrengen van kennis naar de praktijk of over het implementeren van nieuwe evidence-based interventies in de praktijk, onder het motto: 'wij wetenschappers weten wel wat goed is voor jullie behandelaren'. Dit speelt waarschijnlijk ook een rol bij de vele discussies over evidence-based werken. Het is niet verwonderlijk dat die brug heel smal is en vaak instort.

Implementatie van evidence-based practice begint volgens de methode van Sackett in de praktijk, namelijk bij de vraag, en niet bij het antwoord dat wetenschap, richtlijn of standaard geeft. Evidence-based werken vindt plaats in een complex van relaties. Het lijkt daarom alleen mogelijk door de afwisselende stappen van contextualiseren en decontextualiseren heel systematisch en methodisch te zetten. Voor elke stap is er evidence voorhanden, maar er zijn ook nog heel veel vragen. Richtlijnen en standaarden zijn uiteraard behulpzaam, maar gaan uit van de stoornis en helaas nog niet van het behandeldoel of het mechanisme waaraan gewerkt gaat worden in de behandeling (Lilienfeld, 2011). Dat maakt het vaak lastig de behandeling goed toe te spitsen op de specifieke verandering die wordt beoogd. Gelukkig is er wel steeds meer aandacht voor, en onderzoek naar, transdiagnostische factoren (van Heycop ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014), wat hierbij kan ondersteunen.

Parallel aan het methodische contextualiseren en decontextualiseren in de behandeling zouden we in de wetenschap een vergelijkbaar proces moeten volgen, en wel door deze stappen ook in onderzoek veel systematischer met elkaar te verbinden. Dit vraagt niet alleen om onderzoek naar effectieve interventies, maar bijvoorbeeld ook naar voorspellers en mechanismen (Cuijpers, 2015). Welke cliënten worden niet beter en waarom niet? Waar hapert het veranderingsproces? Waar hapert het behandelproces en hoe kunnen daarin keuzen worden gemaakt? We kunnen deze processen veel dichter bij elkaar brengen door samen te analyseren, te ontwikkelen en te experimenteren in een cyclisch proces, en zo een brede brug te bouwen tussen de praktijk en de wetenschap van evidence-based behandelen. Het tijdperk van de evidence-based practice is nog maar net begonnen!

Dit artikel is een bewerking van de inaugurale rede die prof. dr. Bea Tiemens uitsprak bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Evidence based practice in mental health care aan de Radboud Universiteit, op vrijdag 21 april 2017.

Bea Tiemens is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de Radboud Universiteit, en verder aan Indigo en Pro Persona Research. *Correspondentieadres:* Postbus 27, de Bogen, 6870 AA Renkum. *E-mail:* b.tiemens@propersona.nl

Summary *Surrounded by relationships: Evidence-based practice in mental health care*

There is a lot of discussion about evidence-based treatment. Some even claim that the era of evidence-based practice is already over. Often the discussion is about evidence-based interventions versus non-specific factors in treatment — of the client, the practitioner, or the treatment setting. Although everyone in mental health care agrees that these non-specific factors do influence the success of the treatment to a large extent, we continue to call them ‘non-specific’, and together we maintain the gap between practice and science. How do we build a bridge? For that, I go back to the original principles of evidence-based working according to David Sackett. These help to look at treatment as alternating steps of contextualisation and decontextualisation, as a result of which the distinction between specific and non-specific disappears. Evidence is available for every step, but many questions remain. The era of evidence-based practice has only just begun!

Keywords *evidence-based, contextualization, decontextualization, cyclic*

Literatuur

- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Reynolds, S. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 927-935.
- Cuijpers, P. (2015). The future of psychotherapy research: Stop the waste and focus on issues that matter. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25, 291-294.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., & Gallop, R. (2009). Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 775-787.
- Gyani, A., Shafraan, R., Layard, R., & Clark, D. M. (2013). Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 597-606.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Keijsers, G., Vissers, W., Hutschmaekers, G., & Witteman, C. (2011). Waarom die weerstand tegen protocolaire behandelingen? In M. Verbraak, S. Visser, P. Muris, & K. Hoogduin (Eds.), *Handboek voor gz-psychologen* (pp. 135-142). Amsterdam: Boom.
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L. ... Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.CD011119.pub2.
- KPMG/Plexus (2017). *Monitor Generalistische Basis GGZ. Verslagperiode: 2011-2015*. In opdracht van het Ministerie van VWS.
- Lambert, M. J., Bailey, R. J., Kimball, K., Shimokawa, K., Harmon, S. C., & Slade, K. (2007). *Clinical support tools manual – Brief version – 40*. Salt Lake City, UT: OQMeasures LLC.

- Lilienfeld, S. O. (2011). Distinguishing scientific from pseudoscientific psychotherapies: Evaluating the role of theoretical plausibility, with a little help from reverend Bayes. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18, 105-112.
- Lorenzo-Luaces, L., DeRubeis, R. J., van Straten, A., & Tiemens, B. (2017). A prognostic index (PI) as a moderator of outcomes in the treatment of depression: A proof of concept combining multiple variables to inform risk-stratified stepped care models. *Journal of Affective Disorders*, 213, 78-85.
- Lutz, W., Hofmann, S. G., Rubel, J., Boswell, J. F., Shear, M. K., Gorman, J.M. ... Barlow, D. W. (2014). Patterns of early change and their relationship to outcome and early treatment termination in patients with panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 287-297.
- Makkink, S., & Kits, L. (2011). Cliënten – herstellen doe je zelf. In S. van Hees, P. van der Vlist, & N. Mulder (red.), *Van weten naar meten: ROM in de GGZ* (pp. 97-107). Amsterdam: Boom.
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis, MN, US: University of Minnesota Press.
- Mueller, M., & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy*, 37, 117-123.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017). *Generieke module Arbeid als medicijn*. Retrieved from www.ggz-standaarden.nl/generieke-modules/arbeid-als-medicijn
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness*. New York, NY: Oxford University Press.
- Owen, J., Smith, A., & Rodolfa, E. (2009). Clients' expected number of counseling sessions, treatment effectiveness, and termination status: Using empirical evidence to inform session limit policies. *Journal of College Student Psychotherapy*, 23, 118-134.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363, 2477-2481.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS). (2017). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: RVS.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh/ New York: Churchill Livingstone.
- Schulte, D., & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312-328.
- Sheldon, K. M. (2014). Becoming oneself: The central role of self-concordant goal selection. *Personality and Social Psychology Review*, 18, 349-65.
- Tiemens, B., Böcker, K., & Kloos, M. (2016). Prediction of treatment outcome in daily generalized mental healthcare practice: First steps towards personalized treatment by clinical decision support. *European Journal of Person Centered Healthcare*, 1, 24-32.
- Tiemens, B., Hutschemaekers, G., Kaasenbrood, A., & de Niet, G. (2011). Evidence-based werken: Kennis en context. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37, 429-441.
- van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (red.). (2014). *Transdiagnostische factoren: Theorie & Praktijk*. Amsterdam: Boom.
- van Mens, K., Lokkerbol, J., Janssen, R., van Orden, M., Kloos, M., & Tiemens, B. (2017). A cost-effectiveness ana-

- lysis to evaluate a system change in mental healthcare in the Netherlands for patients with depression or anxiety. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. doi: org/10.1007/s10488-017-0842-x
- Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137.
- Waller, G., & Turner, H. (2018). Het terugdringen van therapeutische dwaling: Waarom goedwillende klinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen. *Gedragstherapie*, 51, 85-111.
- Weinberger, J. (2014). Common factors are not so common and specific factors are not so specified: Toward an inclusive integrations of psychotherapy research. *Psychotherapy*, 51, 514-518.
- Willutzki, U., & Koban, C. (2004). Enhancing motivation for psychotherapy: The elaboration of positive perspectives (EPOS) to develop clients' goal structure. In Cox, W. M., & Klinger, E. (Eds.), *Handbook of motivational counseling: Concepts, approaches and assessment* (pp. 337-356). New York: John Wiley & Sons Ltd.

Het terugdringen van therapeutische dwaling

Waarom goedwillende clinici er niet in
slagen om evidence-based therapie te
bieden, en hoe we weer op koers kunnen
komen

GLENN WALLER & HANNAH TURNER

Samenvatting

Therapeutische dwaling (Engels: *therapist drift*) doet zich voor wanneer clinici er niet in slagen om optimale evidence-based therapie te bieden, ook al beschikken zij over de benodigde hulpmiddelen. Het is een factor die er in belangrijke mate toe bijdraagt dat dit soort therapieën in de reguliere klinische praktijk vaak minder effectief zijn dan ze zouden moeten zijn. Onderzoek naar dit fenomeen is de afgelopen vijf jaar aanzienlijk toegenomen. Deze review bespreekt de toenemende evidentie die er is voor het fenomeen therapeutische dwaling. De auteurs nemen alle aspecten in overweging die bijdragen aan het feit dat we er niet in slagen om evidence-based psychotherapieën goed toe te passen, zoals onze persoonlijkheid, kennis, emoties, overtuigingen, gedrag en sociale context. Ook wordt er een aantal ideeën aange-reikt om therapeutische dwaling mogelijk een halt toe te roepen. Zo stellen we bijvoorbeeld een cognitieve gedragsbenadering voor therapeuten voor, die gericht is op de cognities, emoties en gedragingen die leiden tot aanhou-dende vermijding van evidence-based therapieën.

Trefwoorden: therapist drift, therapeutische dwaling, psychotherapieën, evi-dence-based praktijk, training, cognitieve gedragstherapie

INLEIDING

86

Er zijn verschillende redenen waarom evidence-based therapieën slecht aangeboden worden, zoals gebrekkige training in de betreffende therapie (zie bijvoorbeeld: Royal College of Psychiatrists, 2013) of een werkomgeving die toepassing van de benodigde methoden niet toelaat (als bijvoorbeeld het benodigde aantal sessies niet geboden mag worden). Een van de andere redenen ligt in onze eigen praktijk, namelijk therapeutische dwaling (*therapist drift*; Waller, 2009). Therapeutische dwaling kan men conceptualiseren als het niet of onvoldoende adequaat aanbieden van de therapieën waarin iemand getraind is, ook al zijn de benodigde hulpmiddelen om ze (correct) aan te bieden voorhanden. Dit falen kan een bewust of onbewust aangestuurde actie zijn. Het resultaat is echter altijd hetzelfde: de patiënt ontvangt therapie die aanzienlijk afwijkt van de empirische basis, waardoor zijn kans op verbetering of herstel afneemt.

Dit artikel geeft een overzicht van het aanzienlijke recente bewijs voor therapeutische dwaling, hoe deze dwaling ten koste gaat van patiënten, en de redenen voor deze dwaling. De focus ligt daarbij vooral op cognitieve gedragstherapie (CGT), eenvoudigweg omdat daar het meeste bewijs verzameld werd. We besluiten met de suggestie dat we er baat bij kunnen hebben als we de principes van CGT op onszelf toepassen, en werken aan het wijzigen van onze eigen overtuigingen, emoties en gedragingen.

DRIE ESSENTIËLE ELEMENTEN VAN EFFECTIEVE THERAPIE

Hoewel bewezen is dat therapie effectief en voordelig geboden kan worden (zie bijvoorbeeld: Layard & Clark, 2014), is er ook aanzienlijk bewijs dat dit niet daadwerkelijk gebeurt, zoals hieronder zal worden beschreven. Effectief en voordelig therapieaanbod moet aan drie randvoorwaarden voldoen:

1. De therapie moet werken

Ten eerste moet men beschikken over een effectieve combinatie van therapeutische technieken, zoals de technieken die de canon vormen voor CGT en andere evidence-based therapieën. Deze technieken variëren van specifieke interventies tot meer algemene meta-competenties, zoals het vermogen om te werken vanuit de therapeutische werkrelatie en het vermogen om adequaat te reageren op problemen tijdens de interventie. Onderzoek heeft geleid tot een gedegen empirische basis voor op protocollen gebaseerde therapieën (Addis & Waltz, 2002; Cukrowicz et al., 2011; Gudyish et al., 2014; Hogue et al., 2008; Hukkelberg & Ogden, 2013). Deze resultaten kunnen worden gegeneraliseerd naar reguliere klinische settings, als de therapie maar correct toegepast wordt (Persons, Bostram, & Bertagnolli, 1999;

Persons, Roberts, Zalecki, & Brechwald, 2006; van Ingen, Freiheit, & Vye, 2009), maar niet als de therapie in de klinische praktijk anders aangeboden wordt (Gibbons, Stirman, Derubeis, Newman, & Beck, 2013; Hansen, Lambert, & Forman, 2002).

2. De patiënt moet zich verbinden aan de therapie

Ten tweede dient de patiënt zich actief op te stellen in de therapie, en niet enkel de sessies bij te wonen. Zoals eerder gesteld (Waller, 2009), is het belangrijk om te bedenken dat CGT de meeste kans heeft om effectief te zijn als de therapie 168 uur per week (7 x 24 uur) in beslag neemt, waarbij slechts één uur gericht is op coaching door de therapeut over hoe te veranderen, en de overige 167 uren op het toepassen van het geleerde in het dagelijks leven. Het gevaar bestaat namelijk dat de patiënt uitsluitend de therapiesessies bijwoont (één uur per week), in plaats van de therapie ten volle te ondergaan (de rest van de week), vanuit de onjuiste gedachte dat sessies bijwonen hetzelfde is als 'in therapie zijn'. Vaak is het aan de therapeut om de patiënt te overtuigen van het tegendeel.

3. De clinicus moet de therapie geven

Tot slot moeten we de benodigde kennis hebben over evidence-based therapieën en deze correct aanbieden. Dit is het aspect waarbij therapeutische dwaling de therapeutische effectiviteit kan ondermijnen. Aanwijzingen dat er sprake is van dwaling en de redenen ervoor verdienen dus onze aandacht.

TOENEMENDE EVIDENTIE VOOR THERAPEUTISCHE DWALING

In de afgelopen paar jaar is de empirische evidentie voor therapeutische dwaling aanzienlijk toegenomen. Zo zijn er bij tal van psychische aandoeningen substantiële verschillen tussen therapeuten in hoe ze CGT aanbieden, zelfs wanneer de benodigde methoden gemakkelijk toegankelijk en goed bekend zijn (McAleavey, Castonguay & Goldfried, 2014; Shafran et al., 2009; Sinai, Gur, & Lipsitz, 2012; Szkodny, Newman, & Goldfried, 2014; Wang, Demler, & Kessler, 2002; Wang et al., 2005; Wolf & Goldfried, 2014). Een van de problemen is dat klinici zelden geneigd zijn om nieuwe methoden op hun eigen merites te beoordelen en te incorporeren (Cook, Schnurr, Biyanova, & Coyne, 2009).

Het gebruik van op exposure gebaseerde methoden is een bijzonder punt van zorg (Farrell, Deacon, Dixon, & Lickel, 2013; Farrell, Deacon, Kemp, Dixon, & Sy, 2013). Zo hebben bijvoorbeeld Hipol en Deacon (2013) aangetoond dat we onze exposuretechnieken verhoudingsgewijs zelden toepassen, en als we het doen, is ons 'exposuwerk' vaak van bedenkelijke kwaliteit. Op

het gebied van posttraumatische-stressstoornis (PTSD) hebben van Minnen, Hendriks en Olff (2010) aangetoond dat imaginaire exposure sterk onderbenuut wordt (Ehlers, Gene-Cos, & Perrin, 2009; Russell & Silver, 2007). De beslissingen van therapeuten wat betreft het gebruik van imaginaire exposure zijn niet gebaseerd op de effectiviteit en geschiktheid van de therapie, maar op andere factoren, zoals comorbiditeit, de voorkeuren van de patiënt, hun eigen geslacht en hun eigen angst voor negatieve uitkomsten.

Op het gebied van eetstoornissen laten klinici zien dat ze zich in goede mate bewust zijn van evidence-based therapieën, maar zeggen ze deze therapieën relatief weinig te gebruiken (Simmons, Milnes, & Anderson, 2008; von Ranson, Wallace, & Stevenson, 2013a; Waller, Stringer, & Meyer, 2012). Alles samengenomen laten deze bevindingen ons opnieuw zien dat enkel het label 'CGT' geen enkele garantie biedt voor de therapie die geboden wordt of voor het vermogen van de therapeut om de therapie adequaat aan te bieden.

Er is wel enige vooruitgang geboekt wat betreft het begrijpen van het perspectief van patiënten over hoe het eraan toegaat in therapie en of dit overeenkomt met de empirische basis. Onderzoek naar de ervaringen van patiënten tegen wie gezegd was dat zij CGT genoten, komt zeer overeen met de verslagen van klinici die deze therapie zeggen te bieden, met aanzienlijke afwijkingen van evidence-based benaderingen (Cowdrey & Waller, 2015; Stobie, Taylor, Quigley, Ewing, & Salkovskis, 2007). Men zou kunnen suggereren dat deze afwijkingen te wijten zijn aan patiënten die de evidence-based benadering van de hand wijzen, maar het bewijs doet anders vermoeden, aangezien patiënten over het algemeen positiever lijken te zijn over evidence-based methoden dan hun therapeuten (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Becker et al., 2009).

REDENEN VOOR THERAPEUTISCHE DWALING

.....

Als we weten dat we zelfs complexe casussen in reguliere klinische settings kunnen helpen met evidence-based behandelingen (zie bijvoorbeeld: Long et al., 2010), waarom doen we dat dan niet? Meehl (1986) somt een aantal redenen op waarom we er niet in slagen om het wetenschappelijk bewijs te volgen. Veel van die redenen zijn terug te vinden in de resultaten van recentere onderzoeken naar de kennis van klinici, hun overtuigingen, gedragingen, emoties en persoonlijkheden:

Onze kennis

.....

Het mag logisch lijken dat kennis over de stoornissen waaraan we werken een randvoorwaarde is voor succesvolle behandeling. Echter, zelfs klinici die werkzaam zijn in settings waar de benodigde informatie makkelijk toegankelijk is of waar ze er regelmatig mee in contact komen, blijken die kennis

niet in een overeenkomstige mate te raadplegen. In weerwil van de argumenten ten gunste van het gebruik van handboeken en richtlijnen om onze kennis en vaardigheden te verbeteren en op peil te houden (Wilson, 1996), zijn er duidelijke aanwijzingen dat relatief weinig therapeuten dit ook daadwerkelijk doen (Addis & Krasnow, 2000; Tobin, Banker, Weisberg, & Bowers, 2007; Wallace & von Ranson, 2012; Waller et al., 2012). Het gaat hier lang niet altijd om simpele nalatigheid. Veel clinici hebben een negatieve houding ten aanzien van handboeken (Addis & Krasnow, 2000; Waller et al., 2013), een punt dat hieronder nader besproken wordt.

Onze overtuigingen en houdingen

Het is belangrijk om het bewijs te bekijken voor het feit dat onze overtuigingen en houdingen een rol spelen in hoe we therapie aanbieden. Zo zorgen onze negatieve overtuigingen ten aanzien van op exposure gebaseerde methoden er bijvoorbeeld voor dat we veel voorzichtiger zijn in het gebruiken van hiërarchieën wanneer we werken met patiënten met een dwangstoornis of paniekstoornis (Deacon, Farrell et al., 2013; Deacon, Lickel, Farrell, Kemp & Hipol, 2013). Zoals eerder vermeld, interageren die overtuigingen en houdingen met onze kennis. Daarnaast spelen ze een belangrijke rol in hoe we ons voelen en gedragen in de therapie die we aanbieden.

Filosofische overtuiging — We horen vaak dat psychotherapie ofwel kunst ofwel wetenschap is, afhankelijk van de overtuiging van het individu. In dezelfde geest omschrijft McHugh (1994) clinici als individuen die hun praktijk baseren op de onverzoenbare persoonlijke filosofieën van hetzij ‘romantiek’ (waarbij klinische beslissingen vooral gemaakt worden op basis van intuïtie en klinisch oordeel) of ‘empirisme’ (waarbij klinische beslissingen vooral gemaakt worden op basis van wetenschappelijk bewijs).

Overtuigingen over onszelf — Lilienfeld en collega’s (2013) hebben een aantal vertekeningen (*biases*) beschreven in hoe we onze eigen vaardigheden en impact waarnemen. Het meest onthutsende voorbeeld zijn misschien wel de vertekeningen in hoe we onszelf beoordelen. Zowel Walfish, McAlister, O’Donnell en Lambert (2012) als Parker en Waller (2015) hebben aangetoond dat therapeuten in grote meerderheid geloven dat hun vaardigheidsniveau aanzienlijk boven het gemiddelde ligt en dat slechts weinigen zichzelf tot de laagste 50% van de clinici rekenen. Verder geven we een veel hoger herstel- en verbeteringspercentage voor onze patiënten aan dan te verwachten valt op basis van gegevens uit de reguliere klinische praktijk (Hansen et al., 2002). Kortom, het lijkt erop dat we een opgeblazen beeld hebben van ons eigen kunnen, overigens net als dat op andere terreinen van menselijk handelen wordt gevonden. Het probleem dat volgt uit zulke overtuigingen is

duidelijk: waarom zouden we proberen onszelf als klinici te verbeteren als we ervan overtuigd zijn dat we al op zeer hoog niveau werken?

Klinisch oordeel — Meehl (1954), en Grove, Zald, Lebow, Snitz en Nelson (2000), hebben de evidentie die voorhanden is bekeken en er meta-analyses op uitgevoerd. Zo hebben ze aangetoond dat de klinische beoordeling door de therapeut aanzienlijk minder effectief is dan benaderingen waarbij men zich op een protocol baseert. Bovendien was er geen bewijs dat iemands klinisch oordeel meer of minder effectief afhankelijk is van zijn opleidingsniveau, aantal jaren ervaring of beroepsgroep (Grove et al., 2000). Er zijn zelfs aanwijzingen dat therapeuten minder effectief worden in de loop van de jaren die volgen op het behalen van hun kwalificaties (Shapiro & Shapiro, 1982). We moeten ons er daarom van bewust zijn dat we de neiging hebben om bewijs op een niet te verantwoorden wijze te negeren en dat we het wetenschappelijke aspect niet naast ons neer mogen leggen omdat ‘wij het toch wel het beste weten, op grond van wie we zijn’. Het klinische oordeel is weliswaar essentieel voor de flexibele toepassing van protocollen (Wilson, 1996), maar kan die protocollen niet vervangen.

Voor- en nadelen van handleidingen en behandelprotocollen

Het gebruik van evidence-based handleidingen leidt tot lagere zorgkosten en betere klinische uitkomsten dan het gebruik van ongestructureerde benaderingen (Addis & Waltz, 2002; Cukrowicz et al., 2011), zeker voor minder ervaren therapeuten (Crits-Christoph et al., 1991). Onze relatie met behandelprotocollen is echter zeer gecompliceerd en kan leiden tot therapeutische dwaling.

Addis en Krasnow (2000) hebben vastgesteld dat we zowel positieve meningen kunnen hebben over de impact van zulke handleidingen op het therapieresultaat (bijvoorbeeld: ‘ze helpen therapeuten op het juiste spoor te blijven tijdens de therapie’) als negatieve meningen over hun impact op het therapieproces (bijvoorbeeld: ‘handleidingen ondermijnen de creativiteit en het klinisch kunstenaarschap’). Vooral die negatieve ideeën zijn belangrijk om te begrijpen, want er zijn aanwijzingen dat negatieve houdingen ten aanzien van handleidingen slechtere resultaten bij CGT voorspellen (Wiborg, Knoop, Wensing, & Bleijenberg, 2012). Die houdingen worden ten dele bepaald door onze ideeën over de inhoud van handleidingen. Zo hebben klinici een negatievere houding wanneer ze geloven dat handleidingen geen aandacht besteden aan de therapeutische alliantie; wanneer ze er daarentegen van overtuigd zijn dat handleidingen gebruikmaken van casusmateriaal, is hun houding veel positiever (Addis & Krasnow, 2000; Waller et al., 2013). En ook al zijn de therapeutische alliantie en casusvoorbeelden gangbare onderwerpen in evidence-based handleidingen, als klinici geloven dat dit niet het

geval is, zullen ze die handleidingen niet gebruiken en zullen hun overtuigingen op dat vlak niet op de proef gesteld worden.

Onze implementatie van evidence-based protocollen kan beïnvloed worden door ongegronde overtuigingen en houdingen. Zo zijn we minder geneigd om evidence-based protocollen toe te passen voor specifieke stoornissen als er sprake is van comorbiditeit (Gielen, Krumeich, Havermans, Smeets, & Jansen, 2014; McAleavey et al., 2014; Meyer, Farrell, Kemp, Blakey, & Deacon, 2014), ook al ondersteunt het beschikbare bewijs zo'n afwijking niet (Karačić, Wales, Arcelus, Palmer, Cooper & Fairburn, 2011). Over het algemeen schrijven we onze keuzen om af te wijken van door een protocol ondersteunde evidence-based praktijken toe aan de betreffende patiënten (bijvoorbeeld aan hun gebrek aan motivatie, weerstand of ernst van de symptomen) of aan de omstandigheden (bijvoorbeeld aan logistieke problemen), in plaats van aan onszelf (McAleavey et al., 2014; Szkodny et al., 2014; Wolf & Goldfried, 2014).

Over het algemeen wordt de mate waarin we geneigd zijn om evidence-based therapieën toe te passen in ieder geval ten dele bepaald door de informatie over de therapieën waarover we beschikken en de houding die we hebben tegenover de therapieën (Cahill, Foa, Hembree, Marshall, & Nacash, 2006; Deacon, Farrell et al., 2013; Harned, Dimeff, Woodcock, & Contreras, 2013; Meyer et al., 2014). Zo toonde experimenteel onderzoek aan (Farrell, Deacon, Kemp et al., 2013) dat klinici die meer onderwezen werden over de negatieve gevolgen van 'exposure' meer geneigd waren om de eisen van een dergelijke therapie af te zwakken en patiënten op niet passende wijze gerust te stellen.

Hoe belangrijk is de therapeutische alliantie?

Beck, Rush, Shaw en Emery (1979) zien de therapeutische alliantie als noodzakelijk maar niet als voldoende om verandering te garanderen, en leggen meer de nadruk op therapeutische technieken als een instrument voor verandering. Daarentegen beschouwen veel anderen de relatie juist als een essentieel instrument voor verandering (bijvoorbeeld: Gilbert & Leahy, 2007). De belangrijkste vraag hierbij is of we de therapeutische waarde van de relatie niet overwaarden (Brown, Mountford & Waller, 2013a; Raykos et al., 2014), waardoor we onszelf toestaan af te wijken van evidence-based therapieën.

Een gangbare veronderstelling is dat de sterkte van de relatie de mate van therapeutische verandering voorspelt. Het is zeker zo dat beide gecorreleerd zijn, zij het veel minder sterk dan doorgaans wordt aangenomen. De meta-analyses die zijn uitgevoerd met betrekking tot dit thema (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000) geven correlaties aan van 0,22 en 0,26, wat overeenkomt met slechts 5%-6% verklaarde variantie in de behandeluitkomsten. Ook impliceren correlaties geen oorzakelijk ver-

band. Leidt de alliantie tot therapeutische verandering of is het omgekeerd? In weerwil van de gevestigde opvattingen heeft longitudinaal onderzoek (Brown, Mountford, & Waller, 2013b; Crits-Cristoph, Gibbons, & Hearon, 2006; Tang & DeRubeis, 1999; Turner, Bryant-Waugh, & Marshall, 2015) aangetoond dat vroegtijdige verandering in symptomen leidt tot verbetering van de relatie.

Ons ogenschijnlijke vertrouwen in de kracht van de therapeutische alliantie bij CGT (zie bijvoorbeeld: Gilbert & Leahy, 2007) heeft misschien te maken met het feit dat er dan minder noodzaak is om te leren over, of te focussen op, evidence-based technieken. Onze bezorgdheid dat aansturen op gedragsverandering en cognitieve verandering onze patiënten mogelijk overvraagt of van streek maakt, kan ertoe leiden dat wij als klinici gedrag gaan vertonen dat gericht is op zelfbescherming, zoals onze patiënten *niet* aansporen om te veranderen, zodat onze eigen identiteit als positief persoon in hun leven niet wordt bedreigd. Meehl (1973) verwoordde deze terughoudendheid goed toen hij zei dat sommige klinici een ‘geblazen-glastheorie van de menselijke geest’ hebben. Ze zijn namelijk bang om hun ‘fragiele’ patiënten op de een of andere manier te breken als ze van hen vragen veranderingen door te voeren, los van het feit dat de patiënt de rest van de week misschien wel doorbrengt in omstandigheden die extreme stress veroorzaken.

Definities voor een effectieve werkalliantie moeten worden overwogen (Crits-Cristoph et al., 2006) om te zorgen dat we niet ten onrechte gaan geloven dat een goede relatie met onze patiënten hetzelfde is als een goede werkalliantie. Wilson, Fairburn en Agras (1997) leggen de nadruk op een balans tussen standvastigheid en empathie bij het tot stand brengen van een functionele therapeutische alliantie. Verder moeten we het feit niet uit het oog verliezen dat ook de standpunten van onze patiënten ertoe doen. Fung en collega's (2005) toonden aan dat patiënten die de keuze geboden wordt, geneigd zijn de voorkeur te geven aan technische vaardigheden boven interpersoonlijke vaardigheden van hun eerstelijnsbehandelaar. Het is dus mogelijk dat we de gedachten van onze patiënten verkeerd inschatten wanneer we aannemen dat onze patiënten liever hebben dat we het gebruik van evidence-based technieken afzwakken.

Onze emoties

Er is al eerder gesuggereerd (Waller, 2009) dat de staat van onze emoties ons er gemakkelijk toe kan brengen afstand te nemen van evidence-based werken, maar er was destijds weinig onderzoek om die opvatting te ondersteunen. Daar is aanzienlijke verandering in gekomen nu er bewijs is dat sommige emotionele toestanden geassocieerd zijn met bepaalde therapieprocessen en -uitkomsten. In het algemeen hebben Westra, Aviram, Connors en Kertes (2012), en Nissen-Lie, Monsen, Ulleberg en Rønnestad (2013), aangetoond dat onze emotionele reacties op patiënten de therapie kunnen bevorderen

of tegenwerken. Beutler, Crago en Arizmendi (1986) hebben bijvoorbeeld geconcludeerd dat therapeuten die minder emotionele beroering ervaren consequentere patiëntenuitkomsten hebben. Het is echter waarschijnlijk niet effectief om onze emoties enkel te maskeren. Deacon en Farrell (2013) bepleiten overtuigend dat 'therapeuten die een poging doen om zichzelf te beschermen tegen emotionele beroering tijdens exposure-therapie riskeren hun patiënten de kans te ontnemen om hun pathologische angst volledig te overwinnen' (p. 370).

De meerderheid van het bewijs van de afgelopen jaren dat de emoties van klinici relateert aan therapeutische dwaling onderstreept de rol die onze eigen angsten daarin spelen. Zo zijn angstige klinici die CGT toepassen voor depressie minder geneigd tot het gebruik van evidence-based technieken (Simpson-Southward, Hardy & Waller, 2016). Onze eigen angsten zijn met name relevant om te begrijpen waarom we exposuremethoden wel of niet toepassen. Zo hebben Meyer en collega's (2014) aangetoond dat angstigere klinici de neiging hebben om het grote belang van exposuremethoden voor patiënten af te zwakken. Wat betreft eetstoornissen hebben Waller en collega's (2012) aangetoond dat klinici die hogere niveaus van angst rapporteren ook minder geneigd zijn om patiënten te vragen om essentiële CGT-taken op zich te nemen (zoals het bijhouden van een dagboek, gestructureerd eten en gedragsexperimenten). Ten slotte melden angstigere klinici dat hun patiënten bij behandeling van anorexia nervosa minder aankomen, mogelijk omdat hun angst geassocieerd is met de overtuiging dat de eerder gevestigde therapeutische alliantie bepalend is voor de uitkomst (Brown, Mountford, & Waller, 2014).

Wat ook mogelijk de rol van angst ondersteunt, is het concept van het niet tolereren van onzekerheid. Turner, Tatham, Lant, Mountford en Waller (2014) hebben aangetoond dat het niet tolereren van onzekerheid gerelateerd is aan de zorgen van klinici over het aanbieden van een aantal elementen van CGT. CGT is gebaseerd op het feit dat noch de clinicus, noch de patiënt exact weet wat er zal gebeuren als verandering tot stand wordt gebracht, maar dat beiden bereid zijn om die onzekerheid te verdragen tot er duidelijkheid is over het resultaat. Als we echter niet in staat zijn om angst te verdragen, zullen we ook geneigd zijn om veiligheidsgedrag te vertonen dat overeenkomt met het gedrag van de patiënt (zie onder). Deze conclusie komt sterk overeen met de 'geblazen-glastheorie van de menselijke geest' van Meehl (1973), zoals hierboven beschreven.

Niet alleen angst, maar ook een sombere stemming is de moeite waard om nader te overwegen. Zo hebben Waller en collega's (2013) aangetoond dat therapeuten die hogere niveaus van depressie melden vaak een negatieve houding hebben tegenover gestandaardiseerde therapiebenaderingen. Daarnaast hebben Simpson-Southward, Waller en Hardy (2016) aangetoond dat therapeuten met een lage eigenwaarde die geen evidence-based benaderingen toepassen een nog lagere eigenwaarde hebben dan therapeuten

die dat wel doen. Deze causaliteit zou uiteraard circulair kunnen zijn: klinici met lagere niveaus van zelfeffectiviteit zijn minder geneigd om evidence-based benaderingen te gebruiken, waardoor hun werk minder effectief is en hun eigenwaarde daalt. Ten slotte zijn er nog andere gemoedstoestanden zeker het overwegen waard om te verklaren waarom therapeuten afwijken, bijvoorbeeld boosheid en verveling (Morrant, 1984).

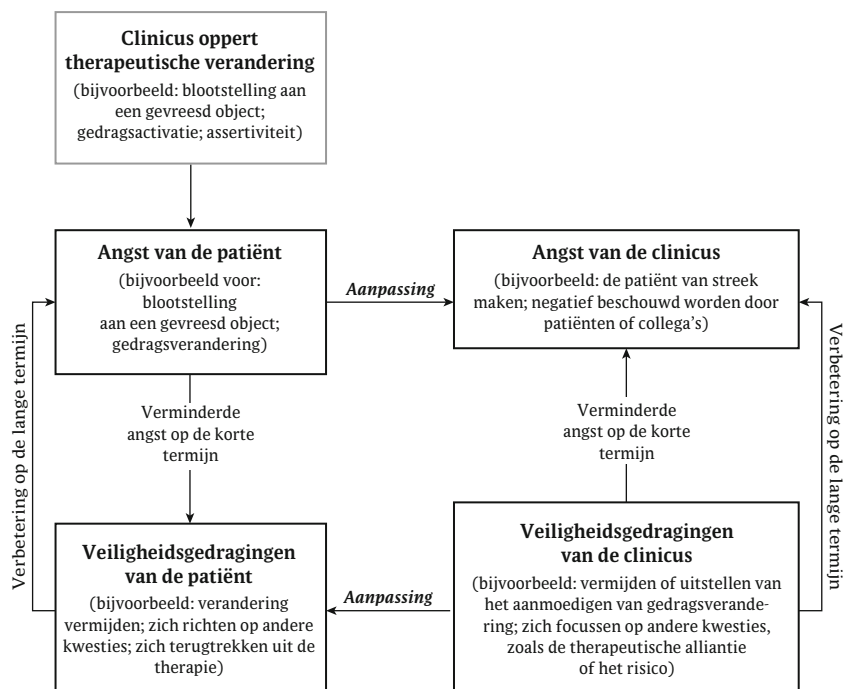
Onze persoonlijkheden

Er is een eerste indicatie dat onze persoonlijkheden gerelateerd zijn aan therapeutische dwaling. Zo hebben Peters-Scheffer, Didden, Korzilius en Sturmey (2013) aangetoond dat als we het persoonlijkheidskenmerk hebben open te staan voor ervaringen we eerder geneigd zijn om ons aan protocollen te houden. Green, Barkham, Kellett en Saxon (2014) hebben aangetoond dat klinici met meer veerkracht, organisatievermogen en zelfvertrouwen betere resultaten behalen wanneer zij kortstondige, evidence-based interventies toepassen. Dit patroon behoeft nader onderzoek, maar doet vermoeden dat de patronen van overtuigingen, gedragingen en emoties die in dit overzicht worden behandeld misschien clusters kunnen vormen in de persoonlijkheden van individuele klinici.

Ons veiligheidsgedrag

De afgelopen jaren is er meer evidentie verzameld voor de stelling dat angstigere klinici minder aansturen op gedragsverandering en huiverig zijn voor het toepassen van andere centrale therapeutische technieken (bijvoorbeeld Meyer et al., 2014; Turner et al., 2014; Waller et al., 2012). Zulke klinici hebben de neiging om de nadruk te leggen op de therapeutische alliantie als een instrument voor verandering en die alliantie te verkiezen boven therapeutische technieken die empirisch onderbouwd zijn, ook al wordt die benadering gerelateerd aan slechtere resultaten (Brown et al., 2014). Kortom, we vertonen veiligheidsgedrag om ons eigen angstniveau op de korte termijn te verlagen, maar lopen daarbij het risico om minder effectieve klinici te zijn op de lange termijn.

Het is belangrijk om te erkennen dat ons veiligheidsgedrag waarschijnlijk interageert met dat van onze patiënten. De angst van de patiënt kan angst bij de therapeut teweegbrengen en omgekeerd kunnen onze eigen angstreducerende gedragingen die van de patiënt bevorderen. Oftewel, wanneer we onze eigen acute angst denken te kunnen verminderen door die van de patiënt te verminderen, stimuleert ons vermijdingsgedrag het vermijdingsgedrag van de patiënt. Dit proces van aanpassing wordt afgebeeld in figuur 1. Het is een voorbeeld van hoe onze beste bedoelingen (dat we de angst van de patiënt ten aanzien van verandering gedurende de sessie willen verminderen) vaak juist de verstoorde gedragingen, emoties en dergelijke van de patiënt in stand houden.



FIGUUR 1 *Interagerende veiligheidsgedragingen van patiënten en clinicus, en patronen van aanpassing tussen die twee sets gedragingen*

Er zijn dus twee manieren om af te wijken van de effectiefste vorm van therapie. Ten eerste kunnen we reageren op de angst (of gevreesde angst) van de patiënt door zijn therapieopdrachten te vereenvoudigen, bijvoorbeeld door de stappen in een exposurehiërarchie te verkleinen, en de patiënt gerust te stellen (Farrell, Deacon, Kemp et al., 2013). Ten tweede kunnen we aanleren om het aansturen op verandering te allen tijde te vermijden. Het is waarschijnlijk dat hoe hoger het niveau van intolerantie voor onzekerheid in onze eigen persoonlijkheid is, hoe sterker we ernaar zullen neigen om nooit aan patiënten voor te stellen dat ze zouden moeten veranderen. Kortom, de conclusie luidt dat 'aardig zijn' op de korte termijn een averechtse benadering is, als men wil dat de patiënt het op de lange termijn goed doet, in ieder geval voor bepaalde therapieën (Nissen-Lie, Monsen, & Rønnestad, 2010; Nissen-Lie et al., 2013).

Onze interpersoonlijke omgeving

96

De meesten van ons opereren als therapeut in een bepaalde sociale context, die bestaat uit informele relaties (bijvoorbeeld met onze collega's), en uit meer formele machts- en toezichtsstructuren (bijvoorbeeld wanneer we werken voor een werkgever of verslag doen bij verwijzers). Net als bij alle andere aspecten van het begrijpen van menselijk gedrag is het belangrijk om in overweging te nemen hoe die context mogelijk van invloed is op therapeutische dwaling.

Opereren in teams en diensten — Er zijn veel manieren waarop het werken in een team en in diensten onze aandacht voor de beste aanpak en positieve resultaten kan hinderen. Sommige daarvan zijn institutioneel, andere interpersoonlijk. Voor de hand liggende voorbeelden zijn settings of diensten waarbij men niet voldoende ondersteuning biedt voor een compleet behandeltraject (omdat er een gebrek aan middelen is, ontoereikende training, korte behandeltijden, enzovoort). Er is echter ook bewijs van institutioneel verzet tegen het toepassen van evidence-based methoden (Lowe, Bunnell, Neeren, Chernyak, & Greberman, 2011) en bewijs van het feit dat we niet goed tussen verschillende settings communiceren, zelfs als dat de patiënt ten goede zou komen (Bambling et al., 2007).

Supervisie — Ook al bestaat er nagenoeg geen twijfel over het feit dat supervisie positief bijdraagt aan het bevorderen van effectieve therapie (Öst, Karlstedt, & Widén, 2012); het bewijs voor die conclusie is niettemin zeer beperkt. Het beperkte onderzoek dat wel beschikbaar is, suggereert dat supervisie positief bijdraagt aan het op peil houden van onze vaardigheden en ons zelfvertrouwen (Mannix et al., 2006; Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, 2004). De optimale focus voor supervisie is echter nog niet duidelijk (Bambling et al., 2007). Ook worden niet alle gesuperviseerden gelijk behandeld, en is er bewijs dat supervisoren mannelijke en vrouwelijke cliënten anders behandelen, afhankelijk van het angstniveau van de cliënten, maar ongeacht het geslacht van de supervisor (Simpson-Southward, Waller et al., 2016).

Nog zorgelijker is dat er misschien ook in de supervisie sprake is van een proces van dwaling, waarbij de supervisor de therapeut minder uitdaagt, ten einde het risico op verslechtering van de relatie tussen hen beiden te verkleinen. Zo overwaarderen supervisoren consequent de vaardigheden van de therapeuten die zij observeren, in vergelijking met onafhankelijke beoordelaars, maar ook in vergelijking met de opvatting van de gesuperviseerden zelf (Dennhag, Gibbons, Barber, Gallop, & Crits-Christoph, 2012; McManus, Rakovshik, Kennerley, Fennell, & Westbrook, 2012). Oftewel, opgeblazen waardering van de vaardigheden van cliënten blijft dus niet beperkt tot onszelf (Brosan, Reynolds & Moore, 2008; Parker & Waller, 2015; Walfish et al.,

2012), maar kan ook een rol spelen in onze verhouding tot degenen voor wie we ons verantwoordelijk voelen, wat het bereik van dwaling binnen het therapeutisch proces vergroot.

Samenvatting van de redenen voor therapeutische dwaling

De afgelopen jaren is uit onderzoeksresultaten gebleken dat onze neiging om af te wijken van de evidence-based praktijk het resultaat is van een verscheidenheid aan zeer menselijke ervaringen en eigenschappen. Deze factoren maken dat we veiligheidsgedrag vertonen om onze eigen angsten over het aanmoedigen van gedragsverandering te verminderen. Omdat de redenen voor dwaling zo verscheiden zijn, hebben we waarschijnlijk veelzijdige benaderingen nodig om onze eigen praktijk te veranderen. De vraag is dus wat we kunnen doen om die verandering teweeg te brengen, het risico op therapeutische dwaling te reduceren en de uitvoering van evidence-based behandelingen (waar voorhanden) te verbeteren.

TERUGDRINGEN VAN THERAPEUTISCHE DWALING

Wat kunnen we realistisch gezien doen om therapeutische dwaling te verminderen, nu we zicht hebben op de verschillende factoren die zulke dwalingen in de hand werken? Beleidsveranderingen hebben een beperkt vermogen om de invoering en uitvoering van therapieën onder klinici te regulariseren (Beidas et al., 2014; Franklin et al., 2004). Verandering vergt juist actieve interventie om bestaande systemen te destabiliseren.

Structurele verandering

Het doorvoeren van klinische richtlijnen is notoir traag en fragmentarisch, met een gemiddelde van zeventien jaar tussen de ontwikkeling van nieuwe informatie middels rigoureuze toetsing en de brede klinische invoering ervan (Institute of Medicine, 2001). Sprang, Craig en Clark (2008) bepleiten meer actieve vormen van disseminatie, in plaats van de relatief passieve vormen die momenteel overheersen (zoals circulatie van richtlijnen). Shafran en collega's (2009) schetsen gedetailleerde manieren waarop we evidence-based methoden effectief kunnen dissemineren, zoals de toegang tot handleidingen vergemakkelijken, klinici aanmoedigen om trainingen te volgen, en mechanismen voor actie- en uitkomstindicatoren identificeren. De meest relevante suggestie om therapeutische dwaling aan te pakken is dat er meer gekeken moet worden naar het effect van therapeuten. Leeftijd en ervaring zijn niet voldoende om verbetering te garanderen, en zijn mogelijk juist nauwer gerelateerd aan afwijking van evidence-based methoden en zwakkere patiëntresultaten (Grove et al., 2000; Shapiro & Shapiro, 1982). Derhalve

moeten we andere invloeden van therapeuten en systemen op disseminatie in ogenschouw nemen.

Therapeutselectie

Dit is een kwestie die zelden besproken wordt in een evidence-based context, maar het is wel een belangrijke kwestie, die we in toekomstig onderzoek in overweging moeten nemen: moeten we persoonlijkheid of andere indicatoren (bijvoorbeeld academische prestaties) gebruiken om te bepalen wie geschikt is om opgeleid te worden tot therapeut? Zijn bepaalde individuen geschikter dan andere om bepaalde therapieën aan te bieden? Een goed voorbeeld is het geslacht van de therapeut. Er zijn namelijk aanwijzingen dat vrouwelijke therapeuten meer geneigd zijn om niet-evidence-based, eclectische praktijken toe te passen (Sprang et al., 2008). Er is bij de uitvoering van CGT zelf echter geen verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het gemelde gebruik van kerntechnieken of attitudes ten opzichte van handleidingen (Waller et al., 2012, 2013). Kortom, als de persoonlijke eigenschappen van therapeuten voorafgaand aan training of werk als therapeut tot dwaling kunnen leiden (of tot absolute weigering om de meest effectieve behandeling aan te bieden), dan moet de mogelijkheid worden overwogen om therapeuten te selecteren en te 'streamen' in overeenstemming met de behoeften van de patiënt.

Training en het op peil houden van vaardigheden: competentie, naleving of resultaten?

Al lijkt het voor de hand te liggen dat therapeuten geen therapieën zouden moeten aanbieden waar zij niet in getraind zijn, toch bestaat deze situatie en wordt ze al lang getolereerd (Royal College of Psychiatrists, 2013). Tal van auteurs hebben reeds geopperd dat de training verbeterd moet worden (bijvoorbeeld: Sprang et al., 2008), waarbij de noodzaak om rekening te houden met de eigen angsten van de therapeut meegenomen wordt (Harned et al., 2013; van Minnen et al., 2010). Maar welke resultaten moeten we dan nastreven?

Competentie — Een van de suggesties is dat de nadruk zou moeten liggen op het ontwikkelen van therapeutische competentie in het aanbieden van therapieën: kunnen therapeuten de therapeutische methoden juist toepassen (Fairburn & Cooper, 2011; Koerner, 2013; Roth & Pilling, 2007)? Deze benadering vergt een grote mate van toezicht op bekwaamheid gedurende de training en is daarom relatief prijzig. De kwestie van therapeutische dwaling speelt hier een belangrijke rol: als de individuele therapeut een verscheidenheid aan interpersoonlijke eigenschappen heeft (overtuigingen, emoties, enzovoort) die kan leiden tot een hogere kans op afwijking van evidence-

based behandelingen op de lange termijn, dan wordt competentie opeens een veel moeilijkere maatstaf om te gebruiken. Behalve simpelweg bepalen of de therapeut competentie heeft *bereikt* gedurende zijn training, moet er dan ook op de lange termijn toezicht gehouden worden om te bepalen of de therapeut zijn competentie *op peil houdt*. Zulk toezicht behoeft duurdere, meer tijdrovende benaderingen (zoals het opnemen en objectief beoordelen van sessies, en het gebruik van rollenspellen; Fairburn & Cooper, 2011). Het toezicht zal mogelijk gedurende de gehele loopbaan van de therapeut moeten worden voortgezet om de daling in uitkomsten te voorkomen die gerelateerd is aan de hoeveelheid tijd dat men al werkzaam is als therapeut (Shapiro & Shapiro, 1982). Het zou echter niet moeilijk zijn om die investering te rechtvaardigen als ze daadwerkelijk zou leiden tot betere uitvoering van evidence-based behandelingen bij patiënten.

Bestaande trainingsmethoden zijn niet ideaal voor clinici om competentie te verkrijgen (Sharpless & Barber, 2009). Fairburn en Cooper (2011) stellen een gefaseerde trainingsbenadering voor, waarbij online hulpmiddelen een meer alomvattende training mogelijk maken dan normaal gebruikelijk is. Maar kunnen we er wel op vertrouwen dat individuele therapeuten toezicht op zichzelf kunnen houden of dat ze onder voldoende supervisie komen te staan? Met het oog op ons beeld van onze eigen vaardigheden en die van onze gesuperviseerden, is het antwoord op die vraag waarschijnlijk ontkennend. Waarom zouden we ons druk maken over onze eigen vaardigheden als we geloven dat wijzelf (en onze gesuperviseerden) ver boven het niveau van de gemiddelde clinicus opereren (Dennhag et al., 2012; Parker & Waller, 2015; Walfish et al., 2012)?

Naleving — Als we er vanwege *therapist drift* en *supervisor drift* niet op kunnen rekenen dat competentie tot stand komt en op peil blijft, is een mogelijk alternatief om de training te focussen op het belang van trouw aan modellen en naleving van behandelingsprotocollen (Perepletchikova, 2011). Hoewel competentie en naleving absoluut op bepaalde vlakken overeenkomen, zijn er ook aanwijzingen dat ze verschillen wat betreft hun impact op resultaten (Guydish et al., 2014). Therapeutische naleving is een factor die positieve therapieresultaten beter voorspelt dan competentie op zich (Hogue et al., 2008). Kortom, wat we *daadwerkelijk* doen is mogelijk belangrijker dan wat we *kunnen* doen. Er zijn echter twee problemen als we vertrouwen op naleving als middel om evidence-based therapie te garanderen. Ten eerste kunnen onze persoonlijkheden invloed hebben op onze trouw aan behandelingen (Peters-Scheffer et al., 2013). Ten tweede is het regelmatig beoordelen van naleving een zeer intensief proces en vereist het zeer veel middelen.

Patiëntresultaten — Er is nog een voor de hand liggend alternatief voor competentie en naleving als de beste maatstaven voor de verspreiding en het

op peil houden van vaardigheden, namelijk het meten van patiëntresultaten. Fairburn en Cooper (2011) omschreven een dergelijk voorstel als ‘problematisch’ vanwege de wisselende ontvankelijkheid van patiënten voor dezelfde behandeling en het gevaar dat diensten beoordeeld zouden worden op basis van een ontoereikend kleine dataset. Het alternatief is echter een benadering waarbij automatische uitvoering van een behandeling hoog aangeschreven staat, terwijl er een gebrek is aan vermogen tot flexibele implementatie (Wilson, 1996). Resultaten van verschillende diensten kunnen onderling vergeleken worden, waarbij de bedenkingen van Fairburn en Cooper (2011) het overwegen waard zijn, maar het voorkómen van therapeutische dwaling vereist vergelijking van resultaten tussen klinici onderling: worden wij er beter of slechter in om onze patiënten te helpen beter te worden? Het gebruik van resultaten waaruit blijkt dat sommige klinici slechter en andere beter dan de norm presteren, stelt ons in staat om in te zien welke klinici als voorbeeld van goede praktijken kunnen dienen en aldus modellen vormen voor verbeterde uitvoering van evidence-based psychotherapieën (Franklin et al., 2004; Green et al., 2014).

Samenvatting — De beste benadering om evidence-based praktijken in psychologische therapieën te dissemineren zou uiteraard zijn ervoor te zorgen dat individuele klinici competent zijn, de benodigde technieken naleven, toezicht houden op de resultaten van hun patiënten en reageren op feedback over deze resultaten. Als we ons de mogelijkheid ontnemen om — al is het maar deels — op resultaten te focussen, lopen we het risico niet van onze fouten te leren, niet te leren wat voor wie werkt, en niet te leren van mensen die manieren hebben ontwikkeld om de bekende impact van bestaande therapieën te verbeteren. Het is echter belangrijk om te beseffen dat feedback alleen nuttig is voor klinici die er wat mee doen (de Jong, van Sluis, Nugter, Heiser, & Spinhoven, 2012). Welke benadering we ook kiezen, het lijkt erop dat klinici overtuigen om nieuwe evidence-based technieken te aanvaarden onderdeel moet zijn van ons doel.

COGNITIEVE GEDRAGSBENADERING VOOR CGT- (EN ANDERE) CLINICI OM DWALING TEGEN TE GAAN

.....

Om de uitvoering van evidence-based therapieën te verbeteren lijkt het nodig om de eigenschappen en gedragingen van therapeuten die resulteren in therapeutische dwaling te veranderen. Bij sommige eigenschappen die relevant zijn voor therapeutische dwaling (zoals persoonlijkheid, leeftijd en geslacht) is het een kwestie van selectie en *streaming*, zoals hierboven besproken. We weten ook dat sommige kwaliteitsindicatoren twijfelachtig zijn als het gaat om de gedegen toepassing van evidence-based therapieën, waaronder ervaringsniveau en accreditering (Brosan, Reynolds, & Moore,

2006; Grove et al., 2000). Er zijn echter andere manieren om onze neiging tot dwaling te reduceren, en wel met behulp van principes waarvan bekend is dat zij nuttig zijn om patiënten te helpen veranderen. Kortom, het is aan te raden om voor ons therapeuten zelf een CGT-benadering te aanvaarden die ervoor zorgt dat we op een optimaal niveau van effectiviteit opereren.

Cognitieve herstructurering

Ten eerste hebben we psycho-educatie nodig, die ons een goed onderliggend begrip bijbrengt van de psychologische principes die schuilgaan achter psychotherapie (Campbell et al., 2013; von Ranson, Wallace, & Stevenson, 2013b), en training in de specifieke details over hoe de pathologie van de betreffende stoornis behandeld moet worden (Farrell, Deacon, Dixon et al., 2013; Russell & Silver, 2007). Problematisch is dat handboeken voor evidence-based behandelingen moeten worden gelezen en gebruikt, in plaats van dat ze enkel op de boekenplank staan. Het is natuurlijk ook belangrijk dat handleidingen gepresenteerd worden op manieren die klinici niet tegenstaan, met andere woorden: ze moeten gepresenteerd worden op manieren die hun klinische waarde voor patiënten benadrukken, met een specifieke focus op casusmateriaal (Addis, Wade, & Hatgis, 1999; Stewart & Chambless, 2010). Verder is er duidelijk bewijs dat educatie-interventies en workshops gebruikt kunnen worden om de negatieve houdingen van klinici tegenover evidence-based benaderingen te veranderen (Deacon, Lickel, et al., 2013; Waller, D'Souza, & Wright, 2016).

Andere elementen van cognitieve herstructurering zijn onder andere leren van verandering en vermindering van cognitieve dissonantie. Behalve het gebruik van handleidingen lijkt voortdurende discussie over nieuwe kennis zeer nuttig te zijn voor de toepassing van exposuretherapie (Harned et al., 2013). Farrell, Deacon, Dixon en collega's (2013) suggereren dat klinici voorzien moeten worden van bewijs zowel op empirisch niveau als op het niveau van casusmateriaal (oftewel: getuigenissen van patiënten) teneinde de dissonantie tussen onze cognitie en onze gevoelsreactie te reduceren.

Monitoring

Zoals bij alle controle die we onze patiënten vragen uit te voeren, is het belangrijk om ervoor te zorgen dat de therapeut aandacht besteedt aan de informatie die gegenereerd wordt en dat hij er passend op reageert. Als een patiënt er niet in slaagt om een taak te voltooien op de eerste dag na een sessie, moeten wij als klinici benadrukken dat hij dit onmiddellijk corrigeert, in plaats van te wachten tot de volgende sessie. Net zo moeten wij als klinici identificeren wanneer we onze implementatie loslaten en dit onmiddellijk aanpakken. Als het protocol bijvoorbeeld stelt dat we exposureactiviteiten moeten toepassen en we merken dat we dit niet doen, moeten we uitzoeken

waarom we dit niet doen en hoe we zo snel mogelijk weer op het juiste pad terecht kunnen komen. Tijdens supervisie wordt dit proces gesteund door te focussen op trouw, maar tussen supervisiesessies door moeten therapeuten ook zichzelf beoordelen. Dit doel zal mogelijk gemakkelijker bereikt worden door het gebruik van stoornisspecifieke beoordelingsschalen die ons begeleiden bij het toepassen van evidence-based protocollen (Hartley et al., 2014). Het belangrijkste is echter dat we vaak en met vaste regelmaat resultaten meten, en vervolgens adequaat reageren op basis van die resultaten. Men kan uitkomstmetingen zien als het stempel van een collaboratieve therapiebenadering, waarin therapeut en patiënt samenwerken om problemen te begrijpen, de impact van de behandeling te bepalen en verandering in gang te zetten.

Historische rapportage

Wanneer we erachter komen dat patiënten eerder therapieën genoten hebben die men zou kunnen zien als ‘evidence-based’, moeten we behoedzaam zijn om dat label te accepteren. Het is goed mogelijk dat deze eerdere therapie feitelijk niet evidence-based was, maar dat het om een afgezwakte versie ging (Cowdrey & Waller, 2015; Stobie et al., 2007), waarbij kerntaken van de therapie zijn weggelaten of veranderd om de angst van de patiënt en de therapeut te reduceren (Deacon & Farrell, 2013). Het is daarom belangrijk om te vragen wat die eerdere therapieën precies inhielden en om te bespreken dat de eisen van de therapie dit keer misschien heel anders zijn.

Gedragsverandering

Er zijn verschillende aspecten van gedragsverandering die we in overweging moeten nemen wanneer we onze vaardigheden in het toepassen van evidence-based therapieën willen verbeteren. Ten eerste is er soms *gedragsactivatie* nodig om het risico te vermijden dat de therapeut simpelweg wacht tot verandering zich spontaan voltrekt. Ten tweede is *training van vaardigheden* absoluut essentieel. Aangezien veel clinici niet alle basiselementen van wat zij behoren toe te passen hebben aangeleerd (zie bijvoorbeeld: Royal College of Psychiatrists, 2013), moeten we voor clinici wier vaardigheden ontoereikend zijn basistraining inzetten. Tot slot moeten therapeuten worden aangemoedigd om voort te bouwen op hun cognitieve uitdagingen (zie boven) door *gedragsexperimenten* uit te voeren. Door alternatieve overtuigingen over de uitkomst van bepaald gedrag tijdens de therapie te testen, kunnen zij erachter komen welke van hun voorspellingen niet uitkomen (bijvoorbeeld het idee dat patiënten de alliantie meer of minder waarderen afhankelijk van de mate waarin zij aangemoedigd worden om te veranderen).

Exposure met responspreventie

103

Het is al eerder voorgesteld dat we klinici kunnen helpen met hun eigen angsten door exposureactiviteiten in te voeren (Farrell, Deacon, Dixon et al., 2013), bijvoorbeeld door directe training met patiënten, of door simulaties en rollenspellen, waarbij we veiligheidsgedrag achterwege laten. Dit soort lessen zou ook supervisors kunnen aanmoedigen een accurater perspectief ten opzichte van de praktijk van hun gesuperviseerden in te nemen (bijvoorbeeld over de mate waarin de therapeut de patiënt aanzet tot gedragsveranderingen), ondanks hun angsten dat dit hun werkrelatie met hun gesuperviseerden negatief zou kunnen beïnvloeden.

CONCLUSIE

Dit overzicht heeft de toenemende evidentie voor het fenomeen van therapeutische dwaling in de afgelopen jaren in ogenschouw genomen. Een aantal thema's kwam duidelijk naar voren:

- ▶ zelfs als we erin getraind zijn, is er sprake van onderbenutting van evidence-based therapieën;
- ▶ velen van ons passen zulke interventies niet accuraat toe, ook niet wanneer we zeggen en geloven dat we ze gebruiken;
- ▶ het zijn vaak de gedragsmatige methoden die we onderbenutten.

Het bewijs voor therapeutische dwaling neemt gestaag toe, ondanks de groeiende nadruk op evidence-based therapieën en de disseminatie ervan (Layard & Clark, 2014; Shafran et al., 2009). Er zijn verscheidene redenen waarom we er niet in slagen om behandelingen effectief toe te passen: onze persoonlijkheid, kennis, overtuigingen en houdingen, emoties, interpersoonlijke omgeving en veiligheidsgedrag kunnen allemaal interageren en ervoor zorgen dat we afdwalen. Zelfs supervisie biedt geen garantie voor effectieve therapie, aangezien supervisordwaling even waarschijnlijk is als therapeutische dwaling.

Hoe kunnen we therapeutische dwaling terugdringen? Beleid is een gebrekkelijk middel om wat er daadwerkelijk in de behandelkamer gebeurt te beïnvloeden. Het is belangrijk om competentie en naleving te waarborgen, maar toezicht op deze aspecten vergt veel middelen. De beste manier om ervoor te zorgen dat klinici op het juiste pad blijven is door resultaten in de gaten te houden, en adequaat te reageren wanneer individuele klinici minder effectief zijn dan anderen, of tekenen vertonen van verslechterende behandelresultaten. Dit kan door te controleren op naleving en door training aan te bieden in aansluiting op genoemde tekenen. Een gerelateerd doel moet zijn dat klinici de boodschap over therapeutische dwaling internaliseren. Een van

de voorstellen luidde om cognitieve gedragstherapie te gebruiken als middel om therapeutische dwaling te overwinnen, en om onze kennis, overtuigingen, emoties en veiligheidsgedrag te onderzoeken.

Er is nog steeds een uitgesproken behoefte aan verder onderzoek naar het verschijnsel therapeutische dwaling en de achterliggende redenen ervan dat een breder spectrum aan therapieën, stoornissen en technieken dekt. Bovenal moet de impact van voorgestelde interventies (Farrell, Deacon, Dixon et al., 2013; Shafran et al., 2009) worden bekeken. Zonder dergelijk onderzoek is het zeer waarschijnlijk dat we er niet in zullen slagen evidence-based behandelingen zo effectief mogelijk toe te passen en dat veel patiënten die baat zouden kunnen hebben bij ons werk kansen mislopen.

Dit artikel verscheen oorspronkelijk als: Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137. *Het artikel is opgenomen met toestemming van Uitgeverij Elsevier. De Nederlandse vertaling is van de hand van Vertaalbureau Perfect, Filip Raes en Kim de Jong.*

Glenn Waller is verbonden aan de Clinical Psychology Unit, Department of Psychology, University of Sheffield, Western Bank, Sheffield, S10 2NT, UK.

Hannah Turner is verbonden aan de Southern Health Eating Disorders Service, Southern Health NHS Foundation Trust, Southampton, UK.

Correspondentieadres: g.waller@sheffield.ac.uk

Summary *Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track*

Therapist drift occurs when clinicians fail to deliver the optimum evidence-based treatment despite having the necessary tools, and is an important factor in why those therapies are commonly less effective than they should be in routine clinical practice. The research into this phenomenon has increased substantially over the past five years. This review considers the growing evidence of therapist drift. The reasons that we fail to implement evidence-based psychotherapies are considered, including our personalities, knowledge, emotions, beliefs, behaviors and social milieus. Finally, ideas are offered regarding how therapist drift might be halted, including a cognitive-behavioral approach for therapists that addresses the cognitions, emotions and behaviors that drive and maintain our avoidance of evidence-based treatments.

Keywords *therapist drift, psychotherapies, evidence-based practice, training, cognitive-behavioral therapy*

Literatuur

- Addis, M. E., & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes towards psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 331-339.
- Addis, M. E., Wade, W., & Hatgis, C. (1999). Barriers to evidence based practice: Addressing practitioners' concerns about manual based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 430-441.
- Addis, M. E., & Waltz, J. (2002). Implicit and untested assumptions about the role of psychotherapy treatment manuals in evidence-based mental health practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 421-424.
- Bambling, M., Kavanagh, D., Lewis, G., King, R., King, D., Sturk, H. ... Bartlett, H. (2007). Challenges faced by general practitioners and allied mental health services in providing mental health services in rural Queensland. *Australian Journal of Rural Health*, 15, 126-130.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford.
- Becker, C. B., Meyer, G., Price, J. S., Graham, M. M., Arsena, A., Armstrong, D. A., & Ramon, E. (2009). Law enforcement preferences for PTSD treatment and crisis management alternatives. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 245-253.
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Beidas, R. S., Edmunds, J., Ditty, M., Watkins, J., Walsh, L., Marcus, S., & Kendall, P. (2014). Are inner context factors related to implementation outcomes in cognitive-behavioral therapy for youth anxiety? *Administration and Policy in Mental Health*, 41, 788-799.
- Beutler, L. E., Crago, M., & Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.) (pp. 257-310). New York, NY: Wiley.
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R. G. (2006). Factors associated with competence in cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 179-190.
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R. G. (2008). Self-evaluation of cognitive therapy performance: Do therapists know how competent they are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 581-587.
- Brown, A., Mountford, V. A., & Waller, G. (2013a). An idea worth researching: Is the therapeutic alliance overvalued in the treatment of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 46, 779-782.
- Brown, A., Mountford, V., & Waller, G. (2013b). Therapeutic alliance and weight gain during cognitive-behaviour therapy for anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 216-220.
- Brown, A., Mountford, V., & Waller, G. (2014). Clinician beliefs about what therapeutic techniques drive weight gain over the early part of outpatient cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 7, e1-e7.
- Cahill, S. P., Foa, E. B., Hembree, E. A., Marshall, R. D., & Nacasch, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 597-610.
- Campbell, B. K., Buti, A., Fussell, H. E., Srikanth, P., McCarty, D., & Guydish, J. R. (2013). Therapist predictors of

- treatment delivery fidelity in a community-based trial of 12-step facilitation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 39, 304-311.
- Cook, J. M., Schnurr, P. P., Biyanova, T., & Coyne, J. C. (2009). Apples don't fall far from the tree: Influences on psychotherapists' adoption and sustained use of new therapies. *Psychiatric Services*, 60, 671-676.
- Cowdrey, N. D., & Waller, G. (2015). Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorders? How eating-disordered patients describe their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 72-77.
- Crits-Cristoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K. ... Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.
- Crits-Cristoph, P., Gibbons, M. B. C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 280-285.
- Cukrowicz, K. C., Timmons, K. A., Sawyer, K., Caron, K. M., Gummelt, H. D., & Joiner Jr, T. E. (2011). Improved treatment outcome associated with the shift to empirically supported treatments in an outpatient clinic is maintained over a ten-year period. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 145-152.
- de Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 22, 464-474.
- Deacon, B. J., & Farrell, N. R. (2013). Therapist barriers in the dissemination of exposure therapy. In E. Storch & D. McKay (Eds.), *Treating variants and complications in anxiety disorders* (pp. 363-373). New York, NY: Springer.
- Deacon, B. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Dixon, L. J., Sy, J. T., Zhang, A. R., & McGrath, P. B. (2013). Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: The Therapist Beliefs about Exposure Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 772-780.
- Deacon, B. J., Lickel, J. J., Farrell, N. R., Kemp, J., & Hipol, L. J. (2013). Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 259-264.
- Dennhag, I., Gibbons, M. B., Barber, J. P., Gallop, R., & Crits-Christoph, P. (2012). Do supervisors and independent judges agree on evaluations of therapist adherence and competence in the treatment of cocaine dependence? *Psychotherapy Research*, 22, 720-730.
- Ehlers, A., Gene-Cos, N., & Perrin, S. (2009). Low recognition of posttraumatic stress disorder in primary care. *London Journal of Primary Care*, 1, 36-42.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378.
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Dixon, L. J., & Lickel, J. J. (2013). Theory-based training strategies for modifying practitioner concerns about exposure therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 781-787.
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Kemp, J. J., Dixon, L. J., & Sy, J. T. (2013). Do negative beliefs about exposure therapy cause its suboptimal delivery? An experimental investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 763-771.
- Franklin, M., Huppert, J., Garcia, A., Freeman, J., March, J., & Foa, E. (2004).

- Therapist effects in a randomized controlled trial for pediatric OCD*. Poster presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy (November 2004). New Orleans, LA.
- Fung, C. H., Elliott, M. N., Hays, R. D., Kahn, K. L., Kanouse, D. E., McGlynn, E. A. ... Shekelle, P. G. (2005). Patients' preferences for technical versus interpersonal quality when selecting a primary care physician. *Health Services Research*, 40, 957-977.
- Gibbons, C. R., Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Newman, C. F., & Beck, A. T. (2013). Research setting versus clinic setting: Which produces better outcomes in cognitive therapy for depression? *Cognitive Therapy and Research*, 37, 605-612.
- Gielen, N., Krumeich, A., Havermans, R. C., Smeets, F., & Jansen, A. (2014). Why clinicians do not implement integrated treatment for comorbid substance use disorder and posttraumatic stress disorder: A qualitative study. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, e1-e10.
- Gilbert, R., & Leahy, R. L. (Eds.). (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies*. London, UK: Routledge.
- Green, H., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2014). Therapist effects and IAPT Psychological Wellbeing Practitioners (PWP): A multilevel modelling and mixed methods analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 43-54.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12, 19-30.
- Guydish, J., Campbell, B. K., Manuel, J. K., Delucchi, K. L., Le, T., Peavy, K. M., & McCarty, D. (2014). Does treatment fidelity predict client outcomes in 12-Step Facilitation for stimulant abuse? *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 330-336.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychology dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 308-327.
- Harned, M. S., Dimeff, L. A., Woodcock, E. A., & Contreras, I. (2013). Predicting adoption of exposure therapy in a randomized controlled dissemination trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 754-762.
- Hartley, S., Scarratt, P., Bucci, S., Kelly, J., Mulligan, J., Neil, S. T. ... Haddock, G. (2014). Assessing therapist adherence to recovery-focused cognitive behavioural therapy for psychosis delivered by telephone with support from a self-help guide: Psychometric evaluations of a new fidelity scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 435-451.
- Hipol, L. J., & Deacon, B. J. (2013). Dissemination of evidence-based practices for anxiety disorders in Wyoming: A survey of practicing psychotherapists. *Behavior Modification*, 37, 170-188.
- Hogue, A., Henderson, C., Dauber, S., Barajas, P., Fried, A., & Liddle, H. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 544-555.
- Horvath, A., & Symonds, B. (1991). The relationship between working alliance and outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 139-149.
- Hukkelberg, S. S., & Ogden, T. (2013). Working alliance and treatment fidelity as predictors of externalizing problem behaviors in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 1010-1020.

- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Koerner, K. (2013). What must you know and do to get good outcomes with DBT? *Behavior Therapy*, 44, 568-579.
- Layard, R., & Clark, D. M. (2014). *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies*. London, UK: Allen Lane.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Brown, A. P., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). The research-practice gap: Bridging the schism between eating disorder researchers and practitioners. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 386-394.
- Long, M. E., Grubaugh, A. L., Elhai, J. D., Cusack, K. J., Knapp, R., & Frueh, B. C. (2010). Therapist fidelity with an exposure-based treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 383-393.
- Lowe, M. R., Bunnell, D. W., Neeren, A. M., Chernyak, Y., & Greberman, L. (2011). Evaluating the real-world effectiveness of cognitive-behavior therapy efficacy research on eating disorders: A case study from a community-based clinical setting. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 9-18.
- Mannix, K. A., Blackburn, I. M., Garland, A., Gracie, J., Moorey, S., Reid, B. ... Scott, J. (2006). Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliative Medicine*, 20, 579-584.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- McAleavey, A. A., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (2014). Clinical experiences in conducting cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 45, 21-35.
- McHugh, P. R. (1994). Psychotherapy awry. *American Scholar*, 63, 17-30.
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M., & Westbrook, D. (2012). An investigation of the accuracy of therapists' self-assessment of cognitive-behaviour therapy skills. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 292-306.
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Meehl, P. E. (1973). Why I do not attend case conferences. In P. E. Meehl, *Psychodiagnosis: Selected papers* (pp. 225-302). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Meehl, P. E. (1986). Causes and effects of my disturbing little book. *Journal of Personality Assessment*, 50, 370-375.
- Meyer, J. M., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Blakey, S. M., & Deacon, B. J. (2014). Why do clinicians exclude anxious clients from exposure therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 54, 49-53.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050-1062.
- Morrant, J. C. (1984). Boredom in psychiatric practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 431-434.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20, 627-646.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psy-

- chotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23, 86-104.
- Öst, L.-G., Karlstedt, A., & Widén, S. (2012). The effects of cognitive behavior therapy delivered by students in a psychologist training program: An effectiveness study. *Behavior Therapy*, 43, 160-173.
- Parker, Z., & Waller, G. (2015). Factors related to psychotherapists' self-assessment bias when treating anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 1-7.
- Pereplechikova, F. (2011). On the topic of treatment integrity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 148-153.
- Persons, J. B., Bostram, A., & Bertagnolli, A. (1999). Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 535-548.
- Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1041-1051.
- Peters-Scheffer, N., Didden, R., Korzilius, H., & Sturmey, P. (2013). Therapist characteristics predict discrete trial teaching procedural fidelity. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51, 263-272.
- Raykos, B. C., McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D., Byrne, S. M., Fursland, A., & Nathan, P. (2014). Therapeutic alliance in Enhanced Cognitive Behavioural Therapy for bulimia nervosa: Probably necessary but definitely insufficient. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 65-71.
- Roth, A. D., & Pilling, S. (2007). *Competences required to deliver effective cognitive and behaviour therapy for people with depression and with anxiety disorders*. Londen, UK: HMSO, Department of Health.
- Royal College of Psychiatrists (2013). *Report of the Second Round of the National Audit of Psychological Therapies (NAPT) 2013*. Londen, UK: Healthcare Quality Improvement Partnership.
- Russell, M., & Silver, S. M. (2007). Training needs for the treatment of combat-related posttraumatic stress disorder: A survey of Department of Defense clinicians. *Traumatology*, 13, 4-10.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A. ... Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 902-909.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Sharpless, B., & Barber, J. (2009). A conceptual and empirical review of the meaning, measurement, development, and teaching of intervention competence in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 29, 47-56.
- Simmons, A. M., Milnes, S. M., & Anderson, D. A. (2008). Factors influencing the utilization of empirically supported treatments for eating disorders. *Eating Disorders*, 16, 342-354.
- Simpson-Southward, C., Waller, G., & Hardy, G. (2016). Supervision for treatment of depression: An experimental study of the role of therapist gender and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 17-22.
- Simpson-Southward, C., Hardy, G., & Waller, G. (2016). The impact of case presentation and intra-individual factors on how supervisors guide clinicians in treatment of depressed cases. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 77, 129-137.

- Sinai, D., Gur, M., & Lipsitz, J. D. (2012). Therapist adherence to interpersonal vs. supportive therapy for social anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 22, 381-388.
- Sprang, G., Craig, C., & Clark, J. (2008). Factors impacting trauma treatment practice patterns: The convergence/divergence of science and practice. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 162-174.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2010). Interesting practitioners in training in empirically supported treatments: Research reviews versus case studies. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 73-95.
- Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S., & Salkovskis, P. M. (2007). 'Contents may vary': A pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 273-282.
- Szkodny, L. E., Newman, M. G., & Goldfried, M. R. (2014). Clinical experiences in conducting empirically supported treatments for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 45, 7-20.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894-904.
- Tobin, D. L., Banker, J. D., Weisberg, L., & Bowers, W. (2007). I know what you did last summer (and it was not CBT): A factor analytic model of international psychotherapeutic practice in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 754-757.
- Turner, H., Bryant-Waugh, R., & Marshall, E. (2015). The impact of early symptom change and therapeutic alliance on treatment outcome in cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 165-169.
- Turner, H., Tatham, M., Lant, M., Mountford, V. A., & Waller, G. (2014). Clinicians' concerns about delivering cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 38-42.
- van Ingen, D. J., Freiheit, S. R., & Vye, C. S. (2009). From the lab to the clinic: Effectiveness of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 69-74.
- van Minnen, A., Hendriks, L., & Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 312-320.
- von Ranson, K. M., Wallace, L. M., & Stevenson, A. (2013a). Psychotherapies provided for eating disorders by community clinicians: Infrequent use of evidence-based treatment. *Psychotherapy Research*, 23, 333-343.
- von Ranson, K. M., Wallace, L. M., & Stevenson, A. (2013b). *What is 'eclectic' eating disorders treatment, exactly? Alberta therapists' approaches*. Paper presented at the International Conference on Eating Disorders (May 2013). Montreal, Canada.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnel, P., & Lambert M. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110, 1-6.
- Wallace, L. M., & von Ranson, K. M. (2012). Perceptions and use of empirically-supported psychotherapies among eating disorder professionals. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 215-223.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.
- Waller, G., D'Souza, K., & Wright, C. (2016). Impact of education on clinicians' attitudes to exposure therapy

- for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 76-80.
- Waller, G., Stringer, H., & Meyer, C. (2012). What cognitive-behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive-behavioral therapy for the eating disorders? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 171-175.
- Waller, G., Mountford, V. A., Tatham, M., Turner, H., Gabriel, C., & Webber, R. (2013). Attitudes towards psychotherapy manuals among clinicians treating eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 840-844.
- Wang, P. S., Demler, O., & Kessler, R. C. (2002). Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *American Journal of Public Health*, 92, 92-98.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629-640.
- Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., & Kertes, A. (2012). Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy*, 49, 163-172.
- Wiborg, J. F., Knoop, H., Wensing, M., & Bleijenberg, G. (2012). Therapist effects and the dissemination of cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome in community-based mental health care. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 393-396.
- Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 295-314.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 67-93). New York, NY: Guilford.
- Wolf, A. W., & Goldfried, M. R. (2014). Clinical experiences in using cognitive-behavior therapy to treat panic disorder. *Behavior Therapy*, 45, 36-46.

Hoe evidence-based werken cognitief gedragstherapeuten in de praktijk?

Resultaten van een enquête

ANJA GREEVEN & NIENKE VAN SAMBEEK

Samenvatting

In dit artikel beschrijven we de uitkomsten van een verkennende enquête naar *evidence-based practice* onder 865 Vlaamse en Nederlandse cognitief gedragstherapeuten. Hieruit komt naar voren dat een meerderheid van de respondenten aangeeft meestal evidence-based behandelingen in te zetten. Dit betekent niet altijd dat zij protocollen naar de letter volgen. Slechts 3% werkt volledig volgens protocol. Cliëntfactoren worden het meeste genoemd als reden om van het protocol af te wijken. Tevens lijken respondenten wat betreft de effectiviteit van de behandeling het belang van de werkrelatie hoger in te schatten dan een nauwgezette uitvoering van het protocol.

Trefwoorden: evidence-based practice, protocollair werken, cognitief gedrags-therapeuten, therapeutische dwaling

INLEIDING

Evidence-based practice (EBP) vraagt veel van therapeuten. De Presidential Task Force van de APA (2006) geeft dan ook een uitgebreide beschrijving van de verschillende vaardigheden die therapeuten tot hun beschikking moeten hebben om evidence-based te kunnen behandelen. Zo moeten zij in staat zijn om de behandelingen met de meeste evidentie op maat aan te bieden aan hun cliënten. Technische vaardigheden, zoals het opstellen van een casusconceptualisatie met aandacht voor de persoonlijkheid, veranderingsbereidheid, levensfase, persoonlijke voorkeuren en sociaal-culturele context van de cliënt zijn hierbij van belang. Verder zijn de vaardigheid om concrete

en haalbare behandelplannen op te stellen, en om herhaalde metingen uit te voeren teneinde de effectiviteit van de behandeling te toetsen onmisbaar bij het opzetten en evalueren van het behandeltraject (zie ook: Hermans, Raes, & Orlemans, 2018, pp. 277-279). Daarnaast dienen therapeuten over interpersoonlijke vaardigheden te beschikken die hen in staat stellen om een therapeutische relatie aan te gaan, kritisch op zichzelf te reflecteren en zich bewust te zijn van factoren die hun klinische oordeel kunnen vertroebelen. Tot slot zijn wetenschappelijke vaardigheden van belang om de vakliteratuur, waarin recente ontwikkelingen worden beschreven, bij te houden en toe te passen.

Technische, interpersoonlijke en wetenschappelijke vaardigheden moeten dus gecombineerd worden om de algemene kennis en resultaten vanuit wetenschappelijk onderzoek te vertalen naar de individuele cliënt in de spreekkamer, om zo optimale zorg op maat te kunnen verlenen (APA Presidential Task Force, 2006). Daarbij krijgen therapeuten ook tegenstrijdige signalen: aan de ene kant roepen onderzoekers op om bewezen effectieve protocollen zo getrouw mogelijk te volgen en vooral niet te gaan 'dwalen', anderzijds moeten therapeuten gepersonaliseerde zorg bieden, terwijl het onderzoek hiernaar nog in de kinderschoenen staat.

In dit themanummer beschrijven wetenschappers vanuit verschillende invalshoeken hun ideeën over hoe EBP kan worden vormgegeven, en hoe een brug geslagen kan worden tussen de wetenschappelijke wereld en de klinische praktijk. Om te voorkomen dat EBP eenzijdig vanuit de visie van wetenschappers wordt belicht, hebben we ervoor gekozen therapeuten ook te vragen naar hun ervaringen en expertise met EBP. We hebben in het najaar van 2017 een korte verkennende enquête van dertien vragen uitgezet onder Nederlandse en Vlaamse cognitief gedragstherapeuten, met als belangrijkste onderwerpen welke componenten volgens hen bijdragen aan een effectieve behandeling, hoe vaak zij een evidence-based behandeling hebben ingezet, hoe vaak zij protocollen volgen en wat volgens hen redenen zijn om van een protocol af te wijken.

RESULTATEN

.....

Alle leden van de Nederlandse Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT) en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie (VVGCT) hebben een persoonlijke mailing ontvangen met een link naar de online-enquête. Uiteindelijk hebben 865 mensen deelgenomen, onder wie 734 leden van de VGCT (13% van de 5584 leden) en 90 leden van de VVGCT (15% van de 612 leden).

Het merendeel was vrouw (78%), met een gemiddelde leeftijd van 45 jaar ($SD = 11,8$). Het grootste deel van de respondenten was werkzaam bij een instelling (67%) en is gz-psycholoog (42%) van beroep. Gemiddeld hadden res-

pondenten 16 jaar ervaring ($SD = 10,1$). Respondenten werkten het meest met cliënten met angststoornissen (25%), stemmingsstoornissen (22%), PTSS (17%) en persoonlijkheidsproblematiek (16%).

Effectiviteit van de behandeling

Wij vroegen de respondenten onder meer: 'Wat maakt een behandeling volgens u effectief?' Van de vier antwoordopties was de meeste overeenstemming over het belang van een goede werkrelatie: 96% van de respondenten was het (geheel) eens met de stelling dat een goede werkrelatie de behandeling effectief maakt. Daarnaast was 86% van de respondenten het er (geheel) mee eens dat de motivatie van de cliënt bijdraagt aan de effectiviteit van de behandeling. 68% van de respondenten was het (geheel) eens met de stelling dat een goede uitvoering van het protocol een behandeling effectief maakt. De relatie tussen de ervaring van de therapeut en behandel-effectiviteit was minder eenduidig: 61% van de respondenten is het hier (geheel) mee eens, maar bijna een derde van de therapeuten is het eens noch oneens met deze stelling.

TABEL 1 *Overzicht van antwoorden op de vraag: 'Wat maakt een behandeling effectief?'*

Antwoordoptie	(Geheel) mee oneens % (N)	Niet mee eens/ niet mee oneens % (N)	(Geheel) mee eens % (N)
Goede uitvoering van het protocol	10 (85)	22 (191)	68 (587)
Goede werkrelatie	2 (22)	2 (16)	96 (826)
Gemotiveerde cliënt	4 (33)	10 (86)	86 (745)
Ervaring van de therapeut	10 (88)	29 (249)	61 (526)

Noot. De categorieën 'geheel mee oneens' en 'mee oneens' zijn voor het overzicht samengenomen, evenals de categorieën 'geheel mee eens' en 'mee eens'.

Een deel van de respondenten ($n = 199$) gaf ook aanvullingen op de genoemde opties. De meeste antwoorden hadden betrekking op het leveren van maatwerk, waarbij het belang van het formuleren van een passend verklaringsmodel (door bijvoorbeeld een goede casusconceptualisatie, als uitgangspunt voor het bepalen van heldere en concrete behandel-doelen) regelmatig terugkwam:

- ‘Op basis van de casusconceptualisatie beargumenteerd kunnen afwijken van het protocol indien nodig.’
- ‘Flexibiliteit en creativiteit om het protocol zo over te brengen en door zo te werken dat het past bij betreffende cliënt.’
- ‘De behandeling — al dan niet geprotocolleerd — dient aan te sluiten bij (het niveau) van de cliënt en diens draaglast/draagkracht.’

115



FIGUUR 1 Wordcloud van de gecodeerde antwoorden, naar frequentie weergegeven, op de vraag: 'Wat maakt een behandeling effectief?'

Protocollair werken

Het gebruik van bewezen effectieve behandelingen vormt een belangrijk onderdeel van EBP. Effectief bewezen behandelingen worden veelal vastgelegd in protocollen, met als doel het klinisch werken te systematiseren en te vereenvoudigen. In de klinische praktijk is het echter niet altijd even eenvoudig om een protocol goed te volgen, bijvoorbeeld omdat het profiel van de cliënt niet eenduidig aansluit op de inhoud en de vorm van zo'n behandelprotocol. Die zijn immers vaak onderzocht binnen de context van *randomized controlled trials*, waarbij om de werkzaamheid van de therapie te kunnen evalueren cliënten aan stringente in- en exclusiecriteria moesten voldoen.

De resultaten van de vraag naar hoe vaak therapeuten een protocol volledig volgen, bevestigen het vermoeden van een discrepantie tussen wetenschap en praktijk. Hoewel een ruime meerderheid (64%) aangeeft bij ten minste 60% van hun cliënten een evidence-based behandeling in te zetten, geeft minder dan 3% aan een protocol bij (bijna) alle cliënten volledig te volgen. Een even klein aantal geeft aan het protocol helemaal niet te volgen. Een derde van de respondenten volgt bij een beperkt deel van hun cliënten het protocol volledig (zie tabel 2 voor een beschrijving van de resultaten).

TABEL 2 Overzicht van antwoorden op de vraag: 'Geef een schatting van het percentage cliënten waarbij u een protocol volledig heeft gevolgd zoals beschreven'

Percentage cliënten bij wie respondenten het protocol naar eigen schatting volledig hebben gevolgd (N = 865)	Aantal respondenten dat dit percentage opgaf, in N en percentage
0%-20%	293 (33,6%)
21%-40%	218 (25,0%)
41%-60%	183 (21,0%)
61%-80%	123 (14,1%)
81%-100%	24 (2,8%)
Niet van toepassing, want ik heb geen protocollaire behandelingen gegeven	24 (2,8%)

Een vervolgvraag betrof de geschatte duur van de gemiddelde CGT-behandeling. 54% gaf aan dat hun CGT-behandelingen tussen de tien en twintig sessies in beslag namen, terwijl 32% van de respondenten aangaf meer dan twintig sessies te benutten voor CGT.

Een interessante vervolgvraag is dan natuurlijk *waarom* therapeuten afwijken van een protocol. Wij stelden een aantal antwoordopties op, die onder andere uit onderzoek naar *therapist drift* naar voren zijn gekomen (Waller, 2016, 2018). We lieten de respondenten beoordelen hoe vaak die opties redenen voor hen waren om af te wijken van een protocol (zie tabel 3).

Clïëntfactoren speelden een belangrijke rol bij de afweging om van een protocol af te wijken. Zo rapporteerde 42% van de respondenten dat het 'geregeld' en 18% dat het 'heel vaak' voorkwam dat het protocol onvoldoende aansloot bij de hulpvraag van de cliënt. Verder rapporteerde 33% dat het 'geregeld' en 22% dat het 'heel vaak' voorkwam dat de problematiek te complex was voor een protocollaire behandeling. Ook acute klachten staan protocollair behandelen in de perceptie van de respondenten 'geregeld' in de weg (30%). Protocolonderdelen te belastend vinden voor de cliënt bleek een minder herkenbare reden voor therapeuten om van het protocol af te wijken. Slechts 10% gaf aan dat dit 'geregeld' voorkwam. Therapeutfactoren speelden volgens de respondenten een ondergeschikte rol bij behandelinhoudelijke besluitvorming om het protocol niet volledig te volgen. 20% gaf aan 'geregeld' eigen inzicht te laten prevaleren boven de boeken, en een kleine minderheid (4%) gaf aan zich 'geregeld' niet bekwaam te voelen om protocolonderdelen uit te voeren. Ook niet ondersteund worden door de werkomgeving om protocollair te werken lijkt voor veel cognitief gedragstherapeuten niet van toepassing: voor 62% van de respondenten is dit nooit een reden om

TABEL 3 Meest voorkomende redenen om van een protocol af te wijken

Antwoordoptie	Nooit % (N)	Soms % (N)	Geregeld % (N)	Heel vaak % (N)
Protocol sluit onvoldoende aan bij de unieke hulpvraag van mijn cliënt. (N = 837)	5 (39)	36 (300)	42 (348)	18 (150)
De problematiek van mijn cliënten is te complex om protocolair te behandelen. (N = 835)	8 (69)	37 (310)	33 (274)	22 (182)
Ik word in mijn werkomgeving onvoldoende ondersteund om protocolair te werken. (N = 832)	63 (523)	23 (190)	9 (78)	5 (41)
Ik werk liever op basis van mijn eigen inzicht en ervaring. (N = 835)	23 (188)	54 (450)	19 (158)	5 (39)
Sommige protocolonderdelen zijn te belastend voor mijn cliënten. (N = 835)	40 (335)	49 (406)	10 (80)	1 (10)
Ik voel me niet bekwaam om alle protocolonderdelen uit te voeren. (N = 834)	58 (483)	38 (315)	4 (30)	< 1 (6)
Er spelen bij mijn cliënten vaak acute klachten waar ik tijdens de sessie op moet inspelen. (N = 832)	5 (43)	58 (483)	30 (250)	7 (56)
Het is niet alleen aan mij, want vaak maken cliënten hun opdrachten niet, waardoor de behandeling vastloopt. (N = 828)	11 (89)	67 (557)	19 (160)	3 (22)

af te wijken van een protocol en slechts 5% van de respondenten loopt hier 'heel vaak' tegenaan.

Respondenten konden ook zelf redenen opgeven om af te wijken van een protocol. We beperken ons hier tot het bespreken van de drie meest genoemde redenen. Op nummer één staat *tijdgebrek*. Dit wordt met name genoemd door mensen die werkzaam zijn in de basis-ggz: 'Het protocol is negen van de tien keer langer dan het aantal sessies dat ik in de basis-ggz tot mijn beschikking heb. Ik moet dus wel afwijken en die interventies kiezen die het belangrijkst lijken. Het liefst zou ik volledig protocollair werken.'

Op de tweede plek staat de eerdergenoemde voorkeur van therapeuten om *maatwerk* te leveren, wat twee van de respondenten als volgt samenvatten: 'Het protocol is een goede basis, maatwerk is effectiever.' 'Aansluiting en soepelheid staan voor mij voorop. Sommige mensen kunnen niet uit de voeten met cognities, sommige mensen schrijven nooit, sommige mensen moeten überhaupt nog ontwikkelen dat ze weten wat ze denken en voelen.' Afwijken van een protocol om maatwerk te leveren gebeurt om verschillende redenen en op verschillende manieren. Comorbiditeit wordt vaak genoemd als reden om meerdere protocollen te combineren. Sommige doelgroepen vragen volgens de respondenten ook om een verlaging van tempo bij de uitvoering van het protocol (bijvoorbeeld bij ouderen, mensen met autisme of mensen met een lager IQ). Daarnaast geven respondenten aan op basis van hun casusconceptualisatie maatwerk te leveren: 'Uit mijn analyse van de klachten middels BA/FA komt naar voren dat behandelonderdelen moeten worden toegevoegd, of dat bepaalde behandelonderdelen juist geen toegevoegde waarde hebben.'

Op de derde plaats staat het *ontbreken van protocollen*. Niet voor alle doelgroepen zijn goede protocollen beschikbaar. Dit werd vooral genoemd door mensen die werkzaam zijn in de forensische ggz of ziekenhuiszorg, en door therapeuten die werken met mensen met een lichte verstandelijke beperking, met hele jonge of juist met oudere cliënten.

DISCUSSIE

.....

Met behulp van een korte verkennende enquête onder Nederlandse en Vlaamse cognitief gedragstherapeuten (N = 865) hebben wij een poging gedaan om te inventariseren in hoeverre volgens EBP wordt gewerkt in de dagelijkse praktijk van de hulpverlening.

Wat waren de meest in het oog springende resultaten? Ten eerste valt op dat hoewel de meerderheid van de respondenten een evidence-based behandeling inzet, een zeer kleine minderheid van hen (3%) een protocol volledig volgt. Cliëntfactoren, zoals een protocol dat onvoldoende aansluit op de hulpvraag en de complexiteit van de klachten, zijn de meest genoemde redenen voor een dergelijk besluit. Daarnaast duurt de gemiddelde behandeling van de respondenten ook langer dan in de meeste protocollenboeken beschreven

staat, namelijk uit meer dan twintig sessies. Een tweede opvallend resultaat is dat cognitief gedragstherapeuten het belang van de werkrelatie voor de effectiviteit van de behandeling hoger lijken in te schatten dan die van een nauwgezette uitvoering van het protocol.

Hoe kunnen we deze resultaten duiden? In ieder geval kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de respondenten tot op zekere hoogte lijken te werken volgens de principes van evidence-based practice. Op hun effectiviteit onderzochte methodieken worden immers op maat aangeboden, en wel door rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden en de kenmerken van de individuele cliënt. Ook wordt bevestigd dat EBP en protocollair werken twee verschillende praktijken zijn. Wat betreft dat laatste ligt het gevaar van *therapist drift* op de loer, want in hoeverre is complexe problematiek altijd een valide reden om van een protocol af te wijken? Onderzoek heeft immers uitgewezen dat ook in het geval van ernstige en complexe comorbiditeit, zoals in het geval van een psychotische stoornis, een traumabehandeling veilig en effectief kan worden uitgevoerd (van den Berg et al., 2015). Ook in het geval van comorbide alcoholafhankelijkheid kan een succesvolle protocollaire behandeling voor angststoornissen worden ingezet (Schade et al., 2005). Toch is het bij EBP van groot belang dat therapeuten zelf blijven nadenken, gebruikmaken van gedragsanalyses en creatief inspelen op unieke situaties, zo lang ze de werkzame principes van een behandeling maar kennen en gebruiken. Een relevante vraag voor onderzoek zou zijn *hoe* therapeuten afwijken van een protocol en hoe dat de werkzaamheid van hun behandeling verandert.

De uitkomsten kunnen ook geïnterpreteerd worden als een ontkrachting van het vooroordeel dat cognitief gedragstherapeuten louter op afstandelijke wijze een protocol afwerken, zonder aandacht te besteden aan het opbouwen van een relatie met de persoon voor hen. Een kanttekening uit wetenschappelijk onderzoek is wel dat het belang van de therapeutische relatie regelmatig wordt overschat en dat zij zelfs negatieve bijeffecten kan hebben. De therapeut kan geneigd zijn om zelf (bijvoorbeeld in het geval van angstproblematiek) veiligheidzoekend gedrag te vertonen, waardoor er minder of geen exposureoefeningen uitgevoerd worden, of de kwaliteit van de oefeningen achterblijft, resulterend in een teleurstellend effect (Waller & Turner, 2016, 2018).

Uiteraard dienen de resultaten met de grootst mogelijke voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Zo vulde slechts een klein percentage van de Nederlandse (13%) en de Vlaamse (15%) geregistreerde gedragstherapeuten de enquête in. Hoewel we uiteindelijk een omvangrijke steekproef tot onze beschikking hadden, is onduidelijk in hoeverre deze selectie een goede representatie geeft van de totale groep. We hebben geprobeerd het concept 'EBP' te vangen met behulp van een niet-gevalideerde vragenlijst onder een heterogene groep hulpverleners, die werken met verschillende cliëntenpopulaties. Wij realiseren ons terdege dat we het brede concept 'evidence-based practice'

smal hebben geoperationaliseerd door ons vooral te richten op de mate van protocollair werken. Onze beschrijving van de resultaten kan de suggestie wekken dat het rücksichtslos volgen van protocollen de impliciete norm is, wat niet de primaire boodschap is die we willen uitdragen. Immers, juist op de persoon en de context toegespitste empirisch ondersteunde methodieken vormen het hart van EPB. Desondanks hopen we dat de uitkomsten aanzetten tot reflectie.

Anja Greeven werkt als cognitief gedragstherapeut en senior onderzoeker aan de afdeling angststoornissen van PsyQ in Den Haag. Tevens is zij als docent verbonden aan de Universiteit Leiden en is zij specialismeleader angststoornissen van PsyQ.

Nienke van Sambeek is gz-psycholoog en medisch antropoloog. Zij is werkzaam als projectmedewerker kennis en ROM bij de VGCT.

Correspondentieadres: N.vansambeek@vgct.nl

Summary *How evidence based is the practice of cognitive-behavioral therapist? Results of a survey*

In this article we summarize the findings of an explorative survey on evidence-based practice. Respondents were 865 Flemish and Dutch cognitive behavioral therapists. A majority of the respondents reported to apply evidence-based treatments regularly. This doesn't imply that they follow the protocol completely. On the contrary: only 3% of the respondents reported to adhere strictly to the treatment protocol. According to the respondents, patient characteristics are the most important motivation to deviate from the protocol. The respondents also seemed to value therapeutic alliance over protocol-compliance as a factor associated with treatment effectiveness.

Keywords *evidence-based practice, protocol compliance, cognitive behavioral therapist, therapist drift*

Literatuur

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2018). *Inleiding tot de gedragstherapie* (7de herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Schade, A., Marquenie, L. A., van Balkom, A., Koeter, M. W. J., de Beurs, E., van den Brink, W., & van Dyck, R. (2005). The effectiveness of anxiety treat-

ment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: A randomized controlled trial. *Alcoholism — Clinical and Experimental Research*, 29, 794-800.

van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized

- clinical trial. *Jama Psychiatry*, 72, 259-267.
- Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137.
- Waller, G., & Turner, H. (2018). Het terugdringen van therapeutische dwaling: Waarom goedwillende clinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen. *Gedragstherapie*, 51, 85-111.

Van artikel tot klinische praktijk

Praktische aanbevelingen voor kritische beoordeling van wetenschappelijke evidentie

KRISTOF HOORELBEKE, ELIEN PIETERS, LAURA DE PUTTER 
ERNST KOSTER

Samenvatting

In de klinische praktijk kan men niet langer voorbijgaan aan de maatschappelijke vraag tot evidence-based werken. Dit houdt in dat hulpverleners wetenschappelijke evidentie voor een interventie dienen op te zoeken en integreren in de therapeutische praktijk. Kritische evaluatie van wetenschappelijke evidentie vormt daarbij een cruciale vaardigheid, die inzicht vereist in onder andere wetenschappelijke onderzoeksdesigns, statistische technieken en publicatiekanalen. Met dit artikel beogen we concrete richtlijnen te bieden om hulpverleners te helpen de wetenschappelijke evidentie op verschillende niveaus te evalueren en zo de kwaliteit van hun evidence-based werken te optimaliseren.

De kernboodschap van het artikel luidt: (1) kritische beoordeling van wetenschappelijke evidentie vormt een belangrijke vaardigheid voor evidence-based practice; (2) verschillende hulpmiddelen zijn voorhanden om deze vaardigheid te ontwikkelen; (3) we bieden concrete richtlijnen voor evaluatie van behandelonderzoek.

Trefwoorden: evidence-based practice, wetenschappelijke evidentie, kritische beoordeling, evaluatie

INLEIDING

De jaarlijkse stijging in wetenschappelijke publicaties en de toenemende uitbouw van initiatieven waarmee wetenschappelijke evidentie beschik-

baar gesteld wordt, stellen hulpverleners voor de uitdaging om op de hoogte te blijven van recente evoluties in behandelonderzoek. Op de hoogte blijven is nochtans van belang voor een wetenschappelijk onderbouwde praktijkvoering, waar implementatie van recente inzichten uit behandelonderzoek kan bijdragen tot betere behandeluitkomsten. Daarbij wordt in sterke mate een beroep gedaan op de vaardigheid om wetenschappelijke bevindingen kritisch te evalueren. Dit houdt onder meer in een kritische beoordeling van de kwaliteit, validiteit en toepasbaarheid van de bronnen, wat van hulpverleners heel wat expertise vergt. Verschillende hulpmiddelen en indicatoren kunnen daarbij gebruikt worden om tot een relatief snelle inschatting van de kwaliteit van de evidentie te komen. Om dit proces te faciliteren bieden wij in dit artikel specifieke richtlijnen aan voor de *kritische evaluatie van wetenschappelijke evidentie*. Dergelijke evaluaties kunnen plaatsvinden op verschillende niveaus, waaronder: (a) *type bron*; (b) *wetenschappelijk tijdschrift*; (c) *impact van de publicatie binnen de onderzoekslijn*; en (d) *corpus van het manuscript*. Hieronder bieden we een aantal aandachtspunten aan voor de evaluatie van publicaties op elk van deze niveaus.

EVALUATIE OP BASIS VAN HET TYPE BRON

.....

Afhankelijk van de vraag zal gebruikgemaakt worden van *gefilterde* of *ongefilterde* bronnen (voor een overzicht van de relatie tussen type bron en type onderzoeksvraag, zie: APA Presidential Task Force, 2006). Los van de inhoudelijke kwaliteit kunnen deze bronnen hiërarchisch geordend worden op basis van kracht van evidentie, waarbij voor de vraag naar behandel-effectiviteit een belangrijke rol weggelegd is voor klinische trials die gebruikmaken van randomisering en adequate controlecondities (*randomized controlled trials*, RCT's). Tabel 1 biedt een samenvatting van een dergelijke ordening door de Australian National Health and Medical Research Council (2015), die in grote mate overeenkomt met de ordening van de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Working Group (2011) voor de vraag rond behandel-effectiviteit. Daarbij dient echter steeds rekening gehouden te worden met de kwaliteit van de individuele studies en de gerapporteerde resultaten, op basis waarvan de bronnen al dan niet sterke evidentie kunnen bieden voor een bepaalde interventie (Guyatt et al., 2008; Tolin, McKay, Forman, Klonsky, & Thombs, 2015). Men spreekt over 'zeer sterke evidentie' indien er: (a) in hoogkwalitatieve studies een klinisch betekenisvol effect van de interventie gerapporteerd wordt op de aan te pakken symptomatologie, alsook op (b) functionele uitkomstmaten; (c) deze effecten behouden blijven tot minstens drie maanden na beëindiging van de behandeling; en (d) dergelijke effecten tevens geobserveerd werden buiten een onderzoeksetting. Er is sprake van 'sterke evidentie' indien er aan minstens één van volgende criteria voldaan wordt: (a) matig tot hoogkwalitatieve evidentie dat de in-

terventie leidt tot een klinisch betekenisvol effect op symptomatologie of (b) functionele uitkomstmaten. Indien daarentegen effecten gerapporteerd worden die niet klinisch betekenisvol zijn of afkomstig zijn van studies die niet aan hoge methodologische standaarden voldoen, spreekt men over 'zwakke evidentie'. Hieronder bieden we een overzicht van verschillende indicatoren voor de kwaliteit van een wetenschappelijke publicatie.

TABEL 1 *Kracht van evidentie op basis van type bron*

Niveau	Type bron
1	Wetenschappelijke evidentie verkregen uit een systematische review, bestaande uit alle beschikbare relevante RCT's (onder andere klinische richtlijnen, meta-analyses en reviewartikelen)
2	Wetenschappelijke evidentie verkregen uit minstens één RCT
3a	Wetenschappelijke evidentie verkregen uit klinische trials waarin gebruikgemaakt wordt van pseudorandomisatie (dat wil zeggen: afwijkend van de random-allocatie per conditie)
3b	Wetenschappelijke evidentie verkregen uit cohortstudies (bijvoorbeeld in het kader van onderzoek rond etiologische factoren), <i>case-control</i> -studies of quasi-experimenten, zoals onderbroken <i>time-series</i> -designs met een controleconditie
3c	Wetenschappelijke evidentie verkregen uit studies met een historische controlegroep, twee of meer studies zonder controleconditie, of onderbroken <i>time-series</i> -designs met een parallelle controleconditie
4	Wetenschappelijke evidentie verkregen uit gevalsstudies

EVALUATIE OP BASIS VAN HET WETENSCHAPPELIJKE TIJDSCHRIFT

.....

Een eerste ruwe inschatting van de kwaliteit van de publicatie kan gemaakt worden op niveau van het wetenschappelijke tijdschrift waarin het artikel gepubliceerd werd. Men kan bijvoorbeeld nagaan of het tijdschrift gebruikmaakt van *peerreview*, de beoordeling van manuscripten door onafhankelijke experts. Daarnaast kan het aanzien van het tijdschrift geëvalueerd worden door de *impactfactor* op te zoeken en zijn positionering in de lijst van tijdschriften relevant voor het onderzoeksveld. De impactfactor vormt een indicator voor de frequentie waarmee wetenschappelijke werken uit het geselecteerde tijdschrift geciteerd worden. Deze waarde is echter erg relatief. Tijdschriften uit grotere wetenschappelijke disciplines, zoals oncologisch medisch onderzoek, zullen vaker geciteerd worden en beschikken hierdoor

mogelijk over een hogere impactfactor dan toptijdschriften uit het veld van de klinische psychologie of psychiatrie. Beoordeling van de kwaliteit van wetenschappelijke tijdschriften op basis van de impactfactor van een tijdschrift dient dus steeds plaats te vinden binnen het eigen onderzoeksveld, waarbij men gebruikmaakt van een *rangschikking* van impactfactoren. Deze informatie is — mits men er een abonnement op heeft — beschikbaar via de Journal Citation Reports op de online verzameling citatie-indices Web of Science (WoS). Echter, er is heel wat kritiek op het gebruik van de impactfactor als maat voor kwaliteit.

EVALUATIE OP BASIS VAN DE IMPACT VAN HET ARTIKEL BINNEN HET ONDERZOEKSVELD

.....

Vervolgens kan de kwaliteit van een artikel ingeschat worden op basis van de impact van het artikel op de onderzoekslijn. Hierbij kan gekeken worden naar het aantal *citaties* dat een bepaald artikel heeft. Deze informatie is terug te vinden via verschillende kanalen, waaronder WoS, GoogleScholar en ResearchGate. Deze laatste twee zijn interessant voor klinici, omdat ze citatierapporten van artikelen vrij online beschikbaar stellen. Daarbij geldt dat — rekening houdend met de *recentheid* van een publicatie — een hoger aantal citaties door collega's in het werkveld gezien kan worden als indicator voor impact en erkenning van het artikel binnen het veld. Citaties kunnen echter tevens wijzen op *kritiek* op de studie. Een indicatie hiervan kan worden verkregen via ResearchGate, waarop men gratis full-text artikelen kan raadplegen of opvragen, inclusief de context waarin het artikel geciteerd werd.

EVALUATIE OP BASIS VAN HET CORPUS VAN HET MANUSCRIPT

.....

Het corpus van het manuscript laat de meest verfijnde evaluatie van een artikel toe. Daarbij kunnen specifieke aanbevelingen gemaakt worden voor de verschillende luiken van de publicatie, achtereenvolgens te onderscheiden: de inleiding, de methodesectie, de resultatensectie en de discussiesectie. Dit dient zich tevens te weerspiegelen in het abstract van het artikel. Bovendien is het belangrijk om na te gaan of de auteurs van de publicatie strijdige belangen rapporteren (*conflict of interest*). Tabel 2 biedt een overzicht van aandachtspunten bij de evaluatie van de kwaliteit van ongefilterde bronnen, zoals RCT's, aangezien deze een centrale positie innemen in behandelonderzoek.

TABEL 2 *Evaluatie van wetenschappelijke artikelen*

126

Niveau	Aandachtspunten
Abstract	1. Beknopte rationale, overzicht van de voornaamste methodologische kenmerken, hoofdbevindingen, en passende interpretatie en conclusie 2. Eventuele vermelding van pre-registratie (identificatiecode)
Inleiding	3. Duidelijke rationale 4. Gaat het om exploratief of om confirmatorisch onderzoek? 5. Heldere onderzoeksvragen en bijbehorende hypothesen 6. Conform gegevens van eventuele pre-registratie
Methode	7. Laat replicatie van de studie toe 8. Bevat uitgebreide beschrijving van steekproefgrootte, steekproefkarakteristieken, rekruteringsstrategie en uitval tijdens de studie 9. Bevat uitgebreide beschrijving van diagnostische instrumenten en uitkomstmaten, en van psychometrische kwaliteiten 10. Evalueer de relevantie van de gebruikte steekproef voor individuele patiënten 11. Bevat uitgebreide beschrijving van vergelijkingscondities 12. Randomisatie: worden participanten random toegewezen aan de interventiecondities? 13. Controlegroep: laten de vergelijkingscondities het toe om te controleren voor placebo-effecten of effecten van tijd? 14. Is er sprake van 'blinding' en zo ja, bij welke partijen? 15. Voor psychotherapeutische interventies: bevat een beschrijving van hoe behandelaars getraind werden, alsook van wat er ondernomen werd om te evalueren of behandelaars zich aan het protocol hielden 16. Conform gegevens van eventuele pre-registratie of een duidelijke argumentatie waarom er van de oorspronkelijk geplande methode/procedure werd afgeweken
Resultaten	17. Logische opbouw en selectie van toetsen 18. Werd er rekening gehouden met eventuele schending van assumpties van statistische toetsen? 19. Worden descriptieve waarden voor de verschillende condities weergegeven (gemiddelden, standaarddeviaties)? 20. Worden grootte van effecten en betrouwbaarheidsintervallen gerapporteerd? 21. Wordt uitval in rekening gebracht (bijvoorbeeld met intent-to-treat analyses)? 22. Bevat de studie voldoende power voor de uitgevoerde analyses en verwachte effecten (vergelijk: steekproefgrootte)? 23. Werd eventueel gecontroleerd voor meervoudig toetsen? 24. Maak onderscheid tussen statistische versus klinische significantie

	25. Conform gegevens van eventuele pre-registratie <i>of</i> een duidelijke argumentatie waarom er van de oorspronkelijk voorziene analysestrategie werd afgeweken
Discussie	26. Zijn interpretaties in lijn met de bevindingen uit de resultatensectie? 27. Kunnen de interpretaties gemaakt worden op basis van het onderzoeksdesign? 28. Bevindingen gekaderd binnen de bredere literatuur 29. Kritische basishouding, met oog voor de beperkingen van de studie en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek 30. Conclusie afgestemd op de resultaten
Verklaring strijdige belangen	31. Houdt u rekening met eventuele strijdige belangen

Inleiding van het artikel

De inleiding van het artikel dient heldere *hypothesen* te presenteren, die voldoende specifiek en logisch onderbouwd zijn. Deze zijn meestal terug te vinden aan het einde van de inleiding. Daarbovenop zijn hypothesen van interventiestudies idealiter vooraf geregistreerd. *Pre-registratie* van een studie houdt in dat de onderzoeker, vooraleer over te gaan tot dataverzameling, de hypothesen, de onderzoeksopzet, de uitkomstmaten en de analysestrategie vastlegt, en die deelt met de wetenschappelijke gemeenschap (bijvoorbeeld via ClinicalTrials.Gov of Open Science Framework). Wanneer er sprake is van pre-registratie, wordt dit standaard vermeld onder aan het abstract van een publicatie, aan het einde van de inleiding of aan het begin van de methodesectie, al dan niet in de vorm van een referentiecode.

Methodesectie

Voor de methodesectie van een artikel zijn er eveneens verschillende aandachtspunten die het evalueren van de kwaliteit van een interventiestudie — en de relevantie voor de onderzoeksvraag — kunnen faciliteren. Zo dient deze sectie een duidelijke beschrijving te bevatten van de *steekproef*, de *interventie(s)*, de *vergelijkingscondities*, de *uitkomstmaten* en het *verloop* van de studie. Deze dienen dusdanig gedetailleerd te zijn dat een onafhankelijke onderzoeker het proces zou moeten kunnen repliceren op basis van de beschrijvingen in het artikel. De *steekproefgrootte* en de *karakteristieken* ervan dienen afgestemd te zijn op de onderzoeksvraag. Zo wordt in het geval

van klinische vraagstellingen idealiter gebruikgemaakt van een passende klinische populatie. Daarnaast dient nagegaan te worden of de steekproefkarakteristieken overeenkomen met die van de individuele patiënt.

In het geval van behandelonderzoek is er bij voorkeur sprake van verschillende *vergelijkingscondities* die toelaten om te controleren voor ‘placebo’-effecten, alsook voor effecten van tijd (bijvoorbeeld spontaan herstel). Daarnaast dient beschreven te zijn of participanten gerandomiseerd werden over deze vergelijkingscondities, en hoe deze randomisatie en eventuele *blinding* van participanten plaatsvond. Bij randomisatie worden participanten random toegewezen aan de verschillende interventiecondities om op deze wijze eventuele variatie tussen de vergelijkingscondities voorafgaand aan de experimentele interventie uit te filteren. Blinding beoogt te voorkomen dat men op de hoogte is van de experimentele conditie waaraan participanten zijn toegewezen. Blinding kan plaatsvinden op het niveau van de participanten, van de behandelaars en van de onderzoekers. Idealiter is er sprake van een dubbelblinde procedure, waarbij zowel de participanten als de overige betrokkenen bij het onderzoek niet op de hoogte zijn van de interventieconditie waarnaar een participant gerandomiseerd werd. Dit laat toe om de invloed van (onbewuste) vertekeningen op de resultaten langs zowel de zijde van de participanten als van de onderzoekers te minimaliseren. Afhankelijk van het type behandelonderzoek en de gebruikte vergelijkingscondities is een dubbelblinde procedure echter niet altijd mogelijk.

Wat betreft klinische interventies dient tevens vermeld te zijn hoe de *behandelaars getraind werden* en welke maatregelen genomen werden om te garanderen dat zij zich hielden aan het *behandelprotocol*. Andere relevante vragen zijn hoe tijdens de hele studie omgegaan werd met *uitval* (bijvoorbeeld door *intention-to-treat*-analyses of door na te gaan of er rekening werd gehouden met participanten die niet meer kwamen opdagen of die de interventie niet voltooiden). Tevens moet men nagaan wat de *psychometrische kwaliteiten* zijn van de uitkomstmaten. In geval de studie gebruikmaakt van *pre-registratie*, kan ook nagegaan worden of de condities en uitkomstmaten die gerapporteerd worden in de publicatie overeenstemmen met die in de pre-registratie.

Resultatensectie en discussiesectie

Basiskennis rond statistische proeven en principes is van belang bij zowel het beoordelen van de kwaliteit van de resultatensectie als de bijbehorende interpretaties in de discussiesectie. In dit kader bieden de opleidingen klinische psychologie, orthopedagogie en geneeskunde een aantal statistiekvakken aan die de hulpverlener kunnen bijstaan bij het herkennen van veelvoorkomende statistische vraagstellingen, het identificeren van de bijbehorende statistische proeven en het interpreteren van de resultaten. Om de statistische besluitvorming tijdens het onderzoeksproces te kunnen volgen, is het belangrijk dat *descriptieve waarden* (zoals gemiddelden en standaard-

deviaties) voor de verschillende condities weergegeven zijn. Daarnaast dienen ook de *grootte van effecten* (*effect size*) en de *stabiliteit* van de bevindingen gerapporteerd te worden (bijvoorbeeld betrouwbaarheidsintervallen). Een veelgebruikte maat voor effectgrootte is Cohen's *d* (Cohen, 1988), waarbij een score van 0,20-0,49 overeenstemt met een klein effect, 0,50-0,79 met een medium effect en er vanaf 0,80 gesproken wordt van een groot effect.

Andere belangrijke vragen in deze context zijn of er gecontroleerd werd voor *meervoudig toetsen* en of de studie voldoende *power* had om de effecten in kaart te brengen. Zo wordt de kans op het vinden van statistisch significante bevindingen groter naarmate er meer toetsen uitgevoerd worden. Hiervoor kan gecontroleerd worden door gebruik te maken van aangepaste en conservatievere normen voor statistische significantie. Wat betreft power, oftewel de kans om een bestaand effect te observeren als zijnde statistisch significant, dient men zich af te vragen of gebruikgemaakt werd van een voldoende grote steekproef om het verwachte effect te observeren. Idealiter wordt hiertoe een poweranalyse in de methodesectie of eventuele pre-registratie gerapporteerd. Daarnaast is het goed om te weten dat de kans op statistisch significante bevindingen tevens groter wordt naarmate er wordt gebruikgemaakt van zeer grote steekproeven. Deze zijn echter niet noodzakelijkerwijs klinisch betekenisvol. In geval van een klinische vraagstelling wordt idealiter tevens gekeken naar de *klinische waarde* van een bevinding. In de psychiatrische en klinisch-psychologische literatuur worden hiertoe verschillende maten naar voor geschoven, waaronder het *number needed to treat*. Deze waarde geeft het aantal patiënten weer die met een interventie behandeld dienen te worden vooraleer die behandeling een positief effect oplevert, zoals het uitblijven van een ongunstige uitkomst. In geval van pre-registratie kan opnieuw nagegaan worden of de gepresenteerde analyses in het manuscript overeenstemmen met de pre-registratie.

Bij kritische lezing van de discussiesectie ten slotte is het van belang om na te gaan of de *interpretaties* en *conclusies* getrokken kunnen worden op basis van het gebruikte onderzoeksdesign (zo zijn uitspraken rond *causaliteit* enkel mogelijk in geval van experimentele designs), en of ze overeenstemmen met de gerapporteerde resultaten. Hierbij dient opnieuw de vraag gesteld te worden naar de toepasbaarheid voor de individuele patiënt.

BIJKOMENDE HULPBRONNEN BIJ KRITISCHE BEOORDELING VAN PUBLICATIES

.....

Kritische evaluatie van wetenschappelijke artikelen is een vaardigheid die initieel heel wat oefening en investering vergt van de clinicus. Echter, na voldoende oefening maakt deze vaardigheid snelle en efficiënte evaluatie van wetenschappelijke bevindingen mogelijk. Een aantal hulpmiddelen kunnen het verder ontwikkelen van deze vaardigheid faciliteren (zie tabel 3).

TABEL 3 *Hulpmiddelen*

Type	Inhoud
Trainings-modules	Centre for Evidence-Based Behavioral Practice biedt handleidingen en oefeningen voor evidence-based werken in de praktijk (http://ebbp.org/training.html)
	National Registry of Evidence-based Programs and Practices biedt hulpmiddelen om te leren selecteren tussen, en stapsgewijs implementeren van, evidence-based behandelingen (https://nrepp-learning.samhsa.gov/samhsa-evidence-based-practice-kits)
Checklists	Kritisch beoordelen van informatie via het Critical Appraisal Skills Programme (CASP; http://www.casp-uk.net/checklists)
	Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT-criteria; Moher et al., 2010) ter beoordeling van de kwaliteit van RCT's
	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA-richtlijnen; Moher et al., 2015) ter beoordeling van reviews/meta-analyses
	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation instrument (www.agree.trust.org) ter evaluatie van behandelrichtlijnen

CONCLUSIE

.....

De vraag naar evidence-based practice confronteert hulpverleners met de behoefte aan specifieke kennis en vaardigheden gericht op het kritisch beoordelen van wetenschappelijke evidentie. Dit artikel beoogde concrete richtlijnen te bieden die toelaten een eerste inschatting te maken van de kracht, alsook de kwaliteit van de evidentie, en wel op niveau van het type bron, van het tijdschrift en van het specifieke artikel. Daarbij focusten we ons op de evaluatie van ongefilterde bronnen, zoals RCT's, aangezien deze in behandelonderzoek een centrale positie innemen. Daarnaast stelden we verschillende hulpmiddelen voor die hulpverleners kunnen gebruiken bij de evaluatie van andere bronnen.

Kristof Hoorelbeke, Elien Pieters, Laura de Putter en Ernst Koster zijn verbonden aan de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Gent.

Correspondentieadres: Kristof Hoorelbeke, Henri-Dunantlaan 2, 9000 Gent, België.

E-mail: Kristof.Hoorelbeke@UGent.be

Summary *From publication to clinical practice: Practical guidelines for critical appraisal of scientific evidence*

Clinicians are assumed to implement scientific findings into clinical practice, often referred to as 'evidence-based practice'. This implies the need for critical appraisal skills, allowing clinicians to evaluate scientific evidence stemming from interventional studies. This requires a specific skill set, including extensive knowledge regarding research designs, statistics, and type of publications. We aim to provide specific guidelines allowing clinicians to critically appraise scientific evidence on several levels, which we believe is crucial for evidence-based practice.

Keywords *evidence-based practice, scientific evidence, critical appraisal, evaluation*

Literatuur

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Australian National Health and Medical Research Council (2015). *NHMRC levels of evidence*. Retrieved from <https://lifeinthefastlane.com/cccl/levels-and-grades-of-evidence/>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Utter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 336, 924-926.
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gotzsche, P. C., Devereaux, P. J. ... Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 Explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *British Medical Journal*, 340, c869.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M. ... Stewart, L. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1-9.
- Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence Working Group (2011). *The Oxford 2011 levels of evidence*. Retrieved from www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-levels-of-evidence-2.1.pdf
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology Science and Practice*, 22, 317-338.

Evidence-based werken binnen de klinische psychologie

Efficiënt informatie zoeken 2.0

ERNST KOSTER, ELIEN PIETERS, KRISTOF HOORELBEKE 
LAURA DE PUTTER

Samenvatting

Opzoeken van wetenschappelijke bevindingen vormt een belangrijke voorwaarde tot evidence-based werken in de klinische praktijk. Toch blijkt dit niet vanzelfsprekend voor heel wat klinici, die zich geconfronteerd zien met een steeds groter wordend aantal publicaties en diverse kanalen waarlangs wetenschappelijke informatie gedissemineerd wordt. In het verleden boden we hiertoe verschillende praktische aanbevelingen aan, die erop gericht waren het opzoeken van wetenschappelijke evidentie in de klinische praktijk te faciliteren. Gezien het feit dat bestaande databases snel evolueren en inmiddels heel wat nieuwe initiatieven het daglicht zagen, beogen we met het huidige artikel een update te bieden van deze praktische richtlijnen. Daarbij zijn we ervan overtuigd dat klinici, mits ze deze vaardigheid enigszins oefenen, op deze manier in staat zijn om de meeste diagnostische en behandelvragen binnen vijf tot tien minuten te beantwoorden.

Trefwoorden: evidence-based werken, databases, richtlijnen, open access journals

INLEIDING

Evidence-based werken is van cruciaal belang om kwalitatieve zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg te garanderen. Dit omvat zowel klinisch-psychologische interventies die een wetenschappelijke onderbouwing hebben (vaak aangeduid als empirisch-ondersteunde behandelingen; *empirically supported treatments*; EST's), alsook een specifieke set van vaardigheden

waarbij onderzoeksbevindingen gebruikt worden in de klinische besluitvorming (ook wel benoemd als vaardigheden in het kader van *evidence-based practice*; EBP).

De laatste decennia is er een toename te zien in behandelonderzoek en initiatieven gericht op disseminatie van klinische bevindingen (Koster, Stein, & Soetens, 2009). Dit biedt klinici de mogelijkheid om een antwoord te vinden op zeer specifieke vragen, zoals welke behandeling het meest aangewezen is voor een specifieke patiënt (bijvoorbeeld aan de hand van leeftijd, ernst van de klachten en comorbiditeit). Desondanks blijkt dat interventies in de geestelijke gezondheidszorg nog steeds vaak niet gebaseerd zijn op empirische gegevens, met een blijvende kloof tussen onderzoek en praktijk tot gevolg (voor een overzicht, zie: Shafran et al., 2009). Hulpverleners beschikken met name niet over de tijd en vaardigheden om wetenschappelijke informatie op te zoeken (Sturmey & Hersen, 2012), wat ten koste gaat van de behandel-effectiviteit. Om hieraan tegemoet te komen, publiceerden Koster en collega's (2009) praktische aanbevelingen rond het gebruik van onlinebronnen.

Gezien de snelle evolutie in dit veld is een herwerking van deze richtlijnen aangewezen. Het huidige artikel biedt bijgevolg een overzicht van de voornaamste onlinebronnen en initiatieven die zich richten op de disseminatie van wetenschappelijke evidentie. Hiertoe richten we ons achtereenvolgens op: (1) *het formuleren van gerichte onderzoeksvragen*, (2) *de selectie* en (3) *het gebruik van wetenschappelijke databases en overige onlinebronnen* die relevant zijn voor de klinische praktijk. Zodra deze stappen doorlopen zijn, dient de clinicus vervolgens over een aantal specifieke vaardigheden te beschikken waarmee hij de wetenschappelijke evidentie kritisch kan beoordelen, alvorens de bevindingen toegepast kunnen worden in de klinische praktijk. Deze laatste stap staat buiten de scope van dit artikel, maar vormt de focus van de bijdrage van Hoorelbeke, Pieters, de Putter en Koster in dit nummer van het *Tijdschrift voor Gedragstherapie*.

FORMULEREN VAN DE ONDERZOEKSVRAAG

.....

Een eerste stap bij het opzoeken van wetenschappelijke evidentie is het omzetten van de informatiebehoefte (bijvoorbeeld rond diagnosestelling, prognose of behandeling) in een zowel goed opzoekbare als beantwoordbare vraag. Bij richtlijnsites volstaat vaak een diagnostisch kernwoord. Echter, bij grotere databases is de PICO-methode aangewezen, waarbij 'P' staat voor *patient*, 'I' voor *intervention*, 'C' voor *comparison* en 'O' voor *outcome* (zie tabel 1). De kernwoorden van elk van de vier componenten worden samen opgezocht door combinaties te maken van de Booleaanse operatoren (AND, OR en NOT), die het mogelijk maken de vraag verder te specificeren.

TABEL 1 Kerncomponenten van een (PICO-)onderzoeksvraag

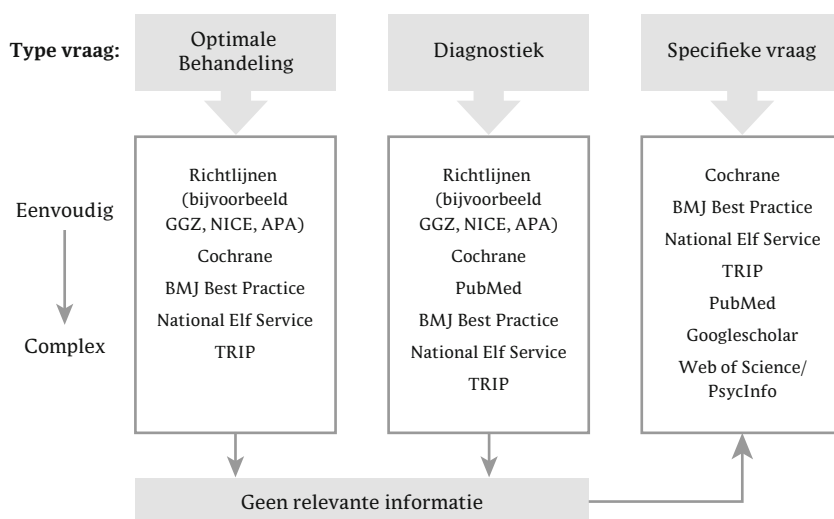
Patiënt (P)	Intervention (I)	Comparison (C)	Outcome (O)
Ziekte of aandoening van patiënt	Voorgestelde vorm van behandeling (concreet)	Alternatieve behandeling als vergelijking	Gewenste uitkomst <i>in het belang van</i> patiënt (bijvoorbeeld symptomen of kwaliteit van leven)
<i>Zouden bij een volwassen gemotiveerde roker...</i>	<i>... acht of zestien sessies van gedragstherapie...</i>	<i>... in vergelijking met één sessie...</i>	<i>... meer kans hebben om te leiden tot stoppen met roken?</i>

SELECTIE EN GEBRUIK VAN ONLINEBRONNEN

.....

Na het formuleren van de onderzoeksvraag dient men een adequate match te maken tussen het type vraag en het type internetbron. Daarom is het voorafgaand aan elke zoekactie belangrijk te bepalen om welk *type* vraag het gaat (algemeen of specifiek). Zo is het voor een algemene vraag vaak voldoende en noodzakelijk om een beroep te doen op gefilterde bronnen, die veel tijd en moeite besparen. In gefilterde bronnen zijn primaire studies reeds vooraf gescreend en geselecteerd op kwaliteit en klinische relevantie. Voorbeelden hiervan zijn beknopte samenvattingen gebaseerd op klinische richtlijnen en systematische reviews (vergelijk: infra — zie verderop). Voor specifieke vragen is het daarentegen vaak nodig om primaire bronnen te raadplegen. In dat geval gaat het om originele onderzoeksartikelen. Voor zowel gefilterde als ongefilterde bronnen zijn er metazoekmachines, die proberen te zorgen voor *one stop shopping*.

In figuur 1 presenteren we een beslissingsboom, die per type vraag de meest aangewezen bronnen weergeeft. Indien voor een vraag geen algemene richtlijnen bestaan, dient men over te stappen op primaire bronnen. In de volgende paragrafen bespreken we achtereenvolgens de meest bruikbare gefilterde en ongefilterde bronnen voor EBP in de psychologie. Het gebruik van deze bronnen leidt tot een efficiënter zoekproces met een betrouwbaar resultaat. In de tabellen 2 en 3 wordt een overzicht gegeven van de beschikbare klinische richtlijnen, wetenschappelijke zoekmachines en databases. In de tekst beperken we ons tot de meest relevante bronnen voor de klinische praktijk.



FIGUUR 1 Selectie van type internetbron op basis van het type vraag

Gefilterde bronnen

Klinische richtlijnen — Klinische richtlijnen zijn de meest geschikte instrumenten om de wetenschappelijke evidentie wat betreft diagnostiek en behandeling voor een klinische stoornis snel te consulteren. Ze worden doorgaans ontwikkeld door breed samengestelde multidisciplinaire werkgroepen, bestaande uit zorgverleners, patiënten en andere betrokkenen. Behandelrichtlijnen zijn gratis beschikbaar voor regulier voorkomende stoornissen en geven de stand van zaken weer op basis van reviews van de wetenschappelijke literatuur. Daarnaast bieden behandelrichtlijnen informatie over screening en diagnostiek, alsook informatie voor patiënten. Dergelijke richtlijnen maken het mogelijk om snel na te gaan wat de meest geschikte behandeling is voor een klinische stoornis. Tevens worden deze richtlijnen regelmatig geactualiseerd. Een uitgebreid overzicht van beschikbare kwalitatieve richtlijnen is te vinden in tabel 2.

Tijdens de afgelopen jaren bleven behandelrichtlijnen echter niet gespaard voor kritiek. Belangrijke kanttekeningen bij het gebruik van klinische richtlijnen zijn bijvoorbeeld dat ze (a) niet allemaal ontwikkeld werden op basis van dezelfde methode en (b) gebaseerd zijn op diagnostische labels. Dit genereert soms problemen met betrekking tot implementatie van de interventie. Patiënten hebben immers vaak complexe aandoeningen en meerdere gezondheidsproblemen, terwijl de beschikbare richtlijnen gebaseerd zijn op de behoeften van de typische, hypothetische patiënt met een duidelijk afge-

TABEL 2 Overzicht van de meest relevante websites met empirische richtlijnen

Naam richtlijn	Organisatie	Voordelen	Nadelen
Zorgstandaarden www.ggzstandaarden.nl (www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)	Multidisciplinair netwerk voor kwaliteitsontwikkeling in de ggz. Een samenwerkingsverband van zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en naasten.	▶ Uitgebreide richtlijnen ▶ Nederlandstalig ▶ Gebruiksvriendelijk ▶ Voor educatie van patiënten wordt mede verwezen naar www.thuisarts.nl	▶ Voorlopig beperkt aantal stoor-nissen
NICE www.nice.org.uk	NICE is een onafhankelijke organisatie, die gelieerd is aan de National Health Service (NHS) dat gefinancierd wordt door de Engelse overheid.	▶ Uitgebreide richtlijnen met wetenschappelijke verantwoord-ing ▶ Patiëntenversies beschikbaar ▶ Vrij brede range stoornissen en behandelingen	▶ Materiaal is Engelstalig
Centre for Clinical Interventions www.cci.health.wa.gov.au/	Onafhankelijke instelling, die gelieerd is aan het Department of Health van Western Australia.	▶ Uitgewerkte protocollen beschikbaar ▶ Zelfhulpprogramma's vrij beschikbaar ▶ Veel interessant oefenmate-riaal	▶ Materiaal is Engelstalig ▶ Minder informatie over diag-nostische instrumenten ▶ Verantwoordingen van de verschillende behandel-programma's niet altijd dui-delijk

Evidence-Based-Behavioral-Practice (EBBP) www.ebbp.org/	Project dat wordt gefinancierd door Northwestern University. Samenwerkingsverband van experts uit de belangrijkste gezondheidsdisciplines.	▶ Richtlijnen met specifieke vaardigheden per behandeling en zelfbeoordelingsformulieren voor deze vaardigheden ▶ Demonstratievideo's, verwijzingen naar handleidingen en verwijzingen naar diagnostisch materiaal beschikbaar	▶ Materiaal is Engelstalig ▶ Voor sommige demonstratievideo's moet betaald worden.
American Psychological Association (APA) ▶ Society of Clinical Psychology (SCP): www.div12.org/ ▶ Society of Clinical Child and Adolescent Psychology (SCCAP): www.clinicalchildpsychology.org/	Belangrijkste wetenschappelijke beroepsvereniging van psychologen in de Verenigde Staten.	▶ Richtlijnen met inhoudelijke informatie over behandelingen ▶ Verwijzingen naar trainingen en handleidingen ▶ Richtlijnen worden zowel per stoornis als per specifieke behandeling aangeboden ▶ Beoordeling van kwaliteit van de evidentie (op basis van sterkte van behandel-effect)	▶ Voor sommige handleidingen moet betaald worden
National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP) www.nrepp.samhsa.gov/	Onafhankelijke organisatie, waarin interventie-ontwikkelaars ervoor kiezen om deel te nemen.	▶ Mogelijkheid om te zoeken naar behandelingen voor specifieke populaties ▶ Beoordeling van zowel kwaliteit van de evidentie als van geschiktheid voor disseminatie (op basis van zowel sterkte van behandel-effect als kwaliteit van studies)	

lijnde diagnose en een beperkte comorbiditeit. Desondanks kunnen richtlijnen — in combinatie met het klinische oordeel van de hulpverlener — een belangrijke leidraad vormen bij professionele keuzen. Naarmate vragen specifieker en complexer worden, schieten richtlijnen echter vaak tekort (vergelijk: figuur 1). We bespreken in de volgende paragrafen beknopt enkele gefilterde en ongefilterde bronnen die benut kunnen worden bij het beantwoorden van dergelijke vragen.

Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) en de Campbell Collaboration (C2) — Een iets specifiekere vraag is bijvoorbeeld de vraag naar de evidentie voor een specifieke behandeling. Hiertoe kan gebruikgemaakt worden van de Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR). Deze database wordt beheerd door de Cochrane Collaboration, een non-profitorganisatie. Cochrane-reviews vormen het hoogste niveau van evidentie om beslissingen inzake klinische behandeling op te baseren. Daarnaast werd in 2000 een zusterorganisatie van de Cochrane Collaboration opgericht, de Campbell Collaboration (C2). Terwijl de Cochrane Collaboration zich richt op de (bio)medische sector, biedt C2 eerder aanbevelingen voor het veld van de pedagogie, en voor de juridische en sociale sector.

Overige gefilterde bronnen — Naast bovenstaande initiatieven zijn er nog talrijke andere gefilterde bronnen beschikbaar die relevant zijn voor de klinische praktijk (zie tabel 3 voor een overzicht). Zo biedt BMJ Best Practice klinici snelle toegang tot de meest recente evidence-based informatie over diagnose, prognose, behandeling en preventie van stoornissen. Andere voorbeelden zijn de websites van Evidence-Based Mental Health (EBMH) en National Elf, waarop klinici kritische samenvattingen van klinisch relevante artikelen kunnen raadplegen. Tevens is het mogelijk om een *email alert* in te stellen, om up-to-date te blijven wat betreft de inhoudstabel van het tijdschrift of enkel rond specifieke onderwerpen (bijvoorbeeld psychose). Daarnaast biedt National Elf Service georganiseerde onlinediscussies aan met experts over verschillende onderwerpen (bijvoorbeeld suïcidepreventie bij jongeren). In tegenstelling tot de klinische behandelrichtlijnen die hierboven besproken werden, moet er voor dergelijke gefilterde bronnen echter vaak betaald worden.

Ongefilterde bronnen

Hoewel gefilterde bronnen zeer handig zijn bij het bepalen van de optimale behandeling, is het vaak nodig om wanneer zich specifieke voorgrondvragen aandienen ongefilterde bronnen te consulteren. Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn deze terug te vinden in diverse databases, waaronder Medline (PubMed), Google Scholar, PsycInfo, CINAHL en EMBASE

TABEL 3 Overzicht van de websites van databases die voor de ggz het meest relevant zijn

Bron	Beschrijving	Beschikbaarheid	Voordelen	Nadelen
PsycINFO www.apa.org/psycinfo/	Elektronische database waarin > 2000 tijdschriften zijn opgenomen vanuit psychologie, psychiatrie en sociale wetenschappen.	Abonnement	▶ Toegang tot primaire bronnen ▶ Uitgebreide inclusie van psychologie- en psychiatrietijdschriften	▶ Gerichte zoekstrategie noodzakelijk
Web of Science http://isiknowledge.com	Elektronische database waarin > 10.000 tijdschriften zijn opgenomen vanuit alle wetenschappelijke disciplines.	Abonnement	▶ Toegang tot primaire bronnen ▶ Uitgebreide inclusie van psychologie- en psychiatrietijdschriften	▶ Gerichte zoekstrategie noodzakelijk
PubMed www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	Elektronische data waarin voornamelijk biomedische tijdschriften zijn opgenomen, met een goede dekking van psychiatrie en klinisch psychologische tijdschriften.	Vrij: Samenvattingen	▶ Zeer handige zoekfuncties ▶ Zeer uitgebreide database	▶ Gerichte zoekstrategie noodzakelijk ▶ Er is geen kwaliteitscontrole op de abstracts
Cochrane Database of Systematic Reviews www.cochrane.org	Uitgebreide elektronische database over evidence-based geneeskunde en gezondheidszorg. Binnen Cochrane ligt de nadruk op systematische reviews.	Vrij: Samenvattingen	▶ Zeer goed gestructureerde abstracts van systematische reviews ▶ Abstracts zijn peer-reviewed ▶ Gebruiksvriendelijk ▶ Hoge normen voor de evaluatie van behandelingen en programma's, evenals hoge normen voor de uitvoering van systematische reviews	▶ Is vooral medisch georiënteerd

Bron	Beschrijving	Beschikbaarheid	Voordelen	Nadelen
Campbell Collaboration www.campbellcollaboration.org/	Uitgebreide elektronische database over educatieve en sociale programma's. Net als binnen Cochrane ligt de nadruk op systematische reviews.	Vrij: Samenvattingen	▶ Hoge normen voor de evaluatie van behandelingen en programma's, evenals hoge normen voor de uitvoering van systematische reviews	▶ Reviews bevatten ook niet-gerandomiseerde studies in hun meta-analyse
BMJ Evidence-Based Mental Health http://ebmh.bmj.com	Elektronische database over de geestelijke gezondheid. Het tijdschrift <i>Evidence-Based Mental Health</i> biedt samenvattingen van de belangrijkste gegevens uit een vijftigtal tijdschriften, waarbij evidence-based werken centraal staat.	Vrij: Artikelen drie jaar na publicatie	▶ Refereren naar interessante andere bronnen omtrent evidence-based werken ▶ Er wordt een selectie gemaakt van de bevindingen die een directe klinische relevantie hebben	▶ Beschikt niet over de meest up-to-date informatie ▶ Werkt met <i>extracts</i> in plaats van <i>abstracts</i>. Enkel beschikking over de eerste 150 woorden van artikelen maar geen abstract
BMJ Best Practice http://bestpractice.bmj.com/best-practice/welcome.html	Elektronische database met informatie die kan helpen bij de selectie van diagnose en behandeling.	Abonnement	▶ Gebruiksvriendelijk ▶ Flexibel toegankelijk (zowel online, als via iOS (iPad/iPhone) en Android mobiele toestellen) ▶ Overzichtelijke presentatie van publicaties	

Bron	Beschrijving	Beschikbaarheid	Voordelen	Nadelen
National Elf Service www.nationalelf-service.net/	Elektronische database die gericht is op het toegankelijker maken van klinisch relevante artikelen.	Abonnement	► Bruikbare en betrouwbare samenvattingen van nieuwe evidentie ► Mogelijkheid tot onlinediscussies met experts	
Google Scholar https://scholar.google.nl	Algemene wetenschappelijke website van Google. Toegang tot samenvattingen en andere relevante artikelen.	Vrij; Samenvattingen	► Gebruiksvriendelijke zoekmachine gelieerd aan Google ► Geeft voor specifieke onderwerpen de meest geciteerde werken	► Niet bedoeld als database voor klinici. Geeft niet alleen praktisch relevante informatie ► Laat geen specifieke zoekopdrachten toe ► Er is geen kwaliteitscontrole op de abstracts
TRIP (Turning Research Into Practice) www.tripdatabase.com/	Elektronische database die gebruikmaakt van meerdere informatiebronnen.	Vrij, hoewel voor sommige volledige teksten abonnement vereist is	► Toegankelijk ► Overzichtelijk	

(voor een overzicht van de overige ongefilterde bronnen, zie tabel 3). Met uitzondering van PubMed en Google Scholar zijn ze echter enkel beschikbaar met een abonnement. Bij PubMed is de functie 'Clinical Queries' bijzonder interessant, aangezien deze toelaat de resultaten te beperken tot onderzoeksmethoden die relevant zijn voor behandelvragen (bijvoorbeeld RCT's). Technisch gezien is Google Scholar geen database, maar een zoekmachine. Dit gaat gepaard met een aantal interessante voordelen: (1) Google Scholar biedt artikelen, scripties, boeken, samenvattingen, enzovoort, aan uit verschillende disciplines en bronnen, waaronder academische uitgevers, beroepsverenigingen, onlinearchieven, universiteiten en andere websites; (2) het ordent artikelen op relevantie met behulp van een eigen algoritme, dat informatie weegt uit de volledige tekst van elk artikel, de auteur, het tijdschrift en het aantal keren dat het artikel geciteerd werd in de wetenschappelijke literatuur; en (3) het biedt een grotere toegang tot gratis fulltextpublicaties (bijvoorbeeld manuscripten die via websites van universiteiten worden aangeboden). Google Scholar verschaft voor snelle klinische zoekopdrachten tweemaal zoveel relevante artikelen als PubMed (Shariff et al., 2013). Daarbij dient echter opgemerkt te worden dat PubMed specifiek lijkt te zijn dan Google Scholar voor het vinden van primaire artikelen die relevant zijn voor het beantwoorden van farmaceutische vragen.

AANDACHTSPUNTEN EN NIEUWE ONTWIKKELINGEN

.....

Zoals blijkt uit de uitgebreide hoeveelheid bronnen, is de zoektocht naar wetenschappelijke informatie in toenemende mate belangrijk en tracht men, via heel wat initiatieven, die zoektocht gemakkelijker te maken voor de hulpverlener. Echter, de vaardigheid van het zoeken vergt oefening en systematische integratie binnen het klinische takenpakket. In ons artikel uit 2009 (Koster et al.) bespreken we heel wat concrete tips waardoor evidence-based werken in de klinische praktijk gefaciliteerd kan worden. Graag verwijzen we hiernaar, om hieronder nog een aantal essentiële ontwikkelingen te bespreken.

Gezien de aanhoudende kritiek op het denken in categoriale diagnoses (zoals in de DSM gebeurt), worden er momenteel wetenschappelijke initiatieven genomen die trachten om transdiagnostische processen te identificeren die aan de basis liggen van klinische problemen. Eén van die initiatieven is het Research Domain Criteria (RDoC) project van het National Institute of Mental Health (Insel, 2014). De benadering die RDoC voorstaat stapt af van het idee dat één bepaald behandelpakket het meest aangewezen is voor één bepaalde stoornis. Hierdoor zullen we de komende jaren waarschijnlijk een tendens zien waarbij wetenschappers onderzoeken of er evidence-based interventies zijn voor processen die van cruciaal belang zijn gebleken bij het

ontstaan en de instandhouding van klinische problemen (zie bijvoorbeeld: Hayes & Hoffman, 2017).

Een tweede belangrijke ontwikkeling betreft het onderzoek naar persoonlijk relevante uitkomstmaten. Tot nu toe ging onderzoek na wat de effectiviteit is van een behandeling op vooraf door de onderzoekers vastgelegde uitkomstmaten. Echter, dit zijn niet altijd de uitkomsten van therapie waarin een patiënt is geïnteresseerd. Voorbeelden van individueel relevante uitkomstmaten (*patient-oriented evidence that matters*; POEM's) zijn functionele prognose en levenskwaliteit, in plaats van symptomen (*disease-oriented evidence*; DOE's).

Een laatste recente ontwikkeling zijn metazoekmachines als Turning Research Into Practice (TRIP) en SUMSearch. Dit zijn hybride zoekmachines die gebruikmaken van verschillende gefilterde en ongefilterde bronnen. De resultaten worden ofwel verschaft als één lijst, ofwel weergegeven volgens de oorspronkelijke bron. Omdat metazoekmachines tools zijn die putten uit veel verschillende bronnen, zijn ze nuttig voor het beantwoorden van zowel achtergrond- als voorgrondvragen. Huidige metazoekmachines zijn echter vooral gericht op medische informatie, en bijgevolg — hoewel zeer bruikbaar en toegankelijk — minder relevant voor de psychotherapie.

CONCLUSIE

.....

In 2009 publiceerden Koster en collega's praktische aanbevelingen rond het gebruik van onlinebronnen. In de afgelopen jaren ondergingen verschillende onlinebronnen significante veranderingen en kwamen nieuwe initiatieven tot stand die relevant zijn voor de klinische praktijk. In dit artikel hebben we een overzicht geboden van de belangrijkste internetbronnen in de context van evidence-based werken anno 2017. Daarbij beoogden we niet uitputtend te zijn, maar vooral dieper in te gaan op de meest bruikbare en toegankelijke bronnen die relevant zijn voor evidence-based werken in de klinische praktijk. Wij overwegen nieuwe strategieën om deze informatie up-to-date te houden en op regelmatige basis te herzien, zoals een specifieke website. Hierbij is input vanuit het klinische werkveld vanzelfsprekend onontbeerlijk.

Ernst Koster, Elien Pieters, Kristof Hoorelbeke en Laura de Putter zijn verbonden aan de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Gent, België.

Correspondentieadres: Ernst Koster, Henri-Dunantlaan 2, 9000 Gent, België. *E-mail:* Ernst.Koster@UGent.be

Summary *Evidence-based practice in clinical psychology: Searching information efficiently 2.0*

Access to scientific evidence is essential to evidence-based clinical practice. However, many clinicians experience difficulties managing the increasing amount of scientific output and diverse channels through which scientific evidence gets disseminated. As a result, we published practical recommendations in order to facilitate the process of searching for scientific evidence in clinical practice. Since our previous publication, several databases have undergone significant changes and new initiatives emerged. As a result, there is a strong need for an update of these practical recommendations. Hence, the current article provides state-of-the-art recommendations which, given practice, should allow clinicians to address clinical questions within 5 to 10 minutes, if an adequate search strategy is deployed.

Keywords *evidence-based practice, databases, guidelines, open access journals*

Literatuur

- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16, 245-246.
- Hoorelbeke, K., Pieters, E., de Putter, L., & Koster, E. H. W. (2018). Van artikel tot klinische praktijk: Praktische aanbevelingen voor kritische beoordeling van wetenschappelijke evidentie. *Gedragstherapie*, 51, 122-131.
- Insel, T. R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) project: Precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171, 395-397.
- Koster, E., Stein, E. J., & Soetens, B. (2009). Evidence-based werken binnen de klinische psychologie: Op zoek naar wetenschappelijke informatie. *Gedragstherapie*, 42, 149-167.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A. ... & Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 902-909.
- Shariff, S. Z., Bejaimal, S. A., Sontrop, J. M., Iansavichus, A. V., Haynes, R. B., Weir, M. A., & Garg, A. X. (2013). Retrieving clinical evidence: A comparison of PubMed and Google Scholar for quick clinical searches. *Journal of Medical Internet Research*, 15, e164.
- Sturmey, P., & Hersen, M. (2012). *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology, child and adolescent disorders* (Vol. 1). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Gepersonaliseerde psychotherapie voor depressie

De zwarte doos van CGT

MARCUS HUIBERS

Samenvatting

Personalized medicine is een populair begrip in de gezondheidszorg. Met cognitieve gedragstherapie voor depressie als voorbeeld beschrijf ik in dit artikel twee aspecten van gepersonaliseerde psychotherapie: (1) het kiezen van de meest effectieve behandeling voor de individuele patiënt en (2) het afstemmen of aanpassen van de behandeling zelf op de individuele patiënt. Ons onderzoek en dat van collega's binnen dit nog jonge wetenschapsgedebiet hebben al veelbelovende resultaten opgeleverd, maar of gepersonaliseerde psychotherapie uiteindelijk in de praktijk kan worden toegepast zal in de toekomst moeten blijken.

De kernboodschappen van dit artikel zijn: (1) op basis van de persoonlijke eigenschappen van de patiënt kan voorspeld worden welke therapie het beste resultaat zal geven; (2) of gepersonaliseerde psychotherapie in de toekomst mogelijk wordt, moet nog blijken.

Trefwoorden: gepersonaliseerde psychotherapie, CGT, depressie

INLEIDING

Wie de literatuur over de effectiviteit van interventies bijhoudt, treft in de discussie vaak als laatste een zin aan als: 'Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welke patiënten baat hebben bij deze vorm van behandeling.' In een zin als deze klinkt een beroemde uitspraak van Gordon Paul door: '*The question towards which all outcome research should ultimately be directed is the following: what treatment, by whom, is most effective for this individual with that specific problem, and under which set of circumstances?*' (Paul, 1967). De voor-wie-werkt-wat-vraag is dus bepaald niet nieuw, zoals ook Filip Raes memoreerde in dit tijdschrift naar aanleiding van het VGCT-jubileum (Raes,

2016), met de toevoeging dat, naar zijn indruk, er pas de laatste jaren echt werk van wordt gemaakt om een antwoord te formuleren.

De basis voor de beantwoording van de voor-wie-werkt-wat-vraag is predictieonderzoek, waarbij de kenmerken van de deelnemende patiënten worden geassocieerd met de uitkomsten van de behandeling. Vaak gaat het dan om kenmerken die voorspellen wie een grotere kans heeft om beter te worden tijdens de behandeling, ongeacht het soort behandeling. Die kenmerken noemen we '(algemene) predictoren', die wijzen op een betere prognose. Maar soms gaat het juist om kenmerken die voorspellen dat patiënten met bepaalde kenmerken een betere kans hebben om te herstellen in de ene therapie dan in een andere therapie. Als bijvoorbeeld zou blijken dat depressieve mannen een betere kans hebben om op te knappen met antidepressiva, terwijl vrouwen een betere kans hebben om op te knappen met een vorm van psychotherapie, noemen we geslacht een 'moderator', een prescriptieve voorspeller die het differentiële effect van pillen versus praten markeert. Moderatoren zijn ingewikkelde dingen, zowel statistisch (het gaat altijd om een interactie met een hoofdeffect) als klinisch (het differentiële effect kan allerlei gedaanten aannemen).

Is iemand daarnaast ook een liefhebber van de literatuur over moderatieonderzoek, dan treft hij daar ter afsluiting van de discussie vaak een zin als de volgende aan: 'Behandelaren doen er goed aan om deze kennis te gebruiken bij het indiceren van de juiste behandeling voor patiënten.' *Hoe* wij als behandelaren die informatie precies dienen te gebruiken, wordt er meestal niet bij vermeld.

De laatste jaren horen we steeds meer over *personalized medicine* of *precision medicine* (Hamburg & Collins, 2010), ook wel 'gepersonaliseerde zorg' genoemd. Het doel ervan is een betere afstemming van de behandeling op basis van de kenmerken van de individuele patiënt. 'Personalized medicine' is een hip containerbegrip voor een hoop onbeantwoorde vragen geworden, maar in de meeste wetenschapsgebieden (waaronder dat van de geestelijke gezondheid) is er nog maar weinig bereikt binnen deze aantrekkelijke tak van sport, met als uitzondering misschien de oncologie (Rosell et al., 2012).

In dit artikel bespreek ik twee aspecten van *gepersonaliseerde psychotherapie* voor de depressieve patiënt: (1) het kiezen van de meest effectieve behandeling voor de individuele patiënt en (2) het afstemmen of aanpassen van de behandeling zelf op de individuele patiënt. Dat laatste zal voor veel therapeuten een gotspe zijn: zijn we niet voortdurend bezig onze interventies af te stemmen op de persoon die voor ons zit? Daar zit wat in, maar als we dat doen, doen we het vaak op basis van onze (klinische) intuïtie.

KLINISCHE INTUÏTIE VERSUS STATISTISCHE BESLISKUNDE

.....

Elke therapeut kent de situatie: een patiënt wordt besproken tijdens de intakestaf of een multidisciplinair overleg, en op basis van zijn of haar individuele kenmerken wordt een behandeladvies geformuleerd. Dat doen we op basis van onze klinische intuïtie bij de casus, omdat we daar verwachtingen bij hebben, maar ook omdat we maar weinig empirische data hebben die ons kunnen helpen in het proces. Perlis (2016) kwam als eerste met het begrip *artisanal medicine*: klinische besliskunde op een niet-systematische manier, op basis van theorie of persoonlijke ervaring, die niet wordt ondersteund door empirische onderbouwing.

147

Voor zover klinische besliskunde in onderzoek is vergeleken met statistische besliskunde, wint de laatste altijd (Grove, 2005). Niet zo vreemd, als men zich bedenkt dat er vaak meerdere factoren zijn aan te wijzen die bepalen of iemand goed reageert op een bepaalde behandeling. Stel, iemand doet onderzoek naar de moderatoren van pillen versus praten voor depressie. Hij vindt twee van zulke voorspellers, namelijk dat ‘mannelijk geslacht’ een betere uitkomst met pillen voorspelt en ‘jonge leeftijd’ een betere uitkomst met praten. Niet alleen is het moeilijk om deze ‘kennis’ in zijn eigen hoofd te combineren, de kans is ook groot dat niet elk kenmerk van een patiënt richting dezelfde therapie wijst. Want wat adviseert hij als er een jonge man voor hem zit?

MODERATOREN VAN PSYCHOTHERAPIE VOOR DEPRESSIE

.....

Graag zou ik hier een eenduidig overzicht willen geven van alle moderatoren die de effectiviteit van de verschillende behandelvormen voor depressie bepalen, maar zo’n overzicht valt niet te maken. Als er iets is dat de meeste predictieonderzoeken gemeen hebben, dan is het wel dat ze allemaal met andere uitkomsten op de proppen komen. Ook dat is niet vreemd, aangezien deze studies doorgaans verschillen wat betreft design, populatie, interventies, meetmomenten, meetinstrumenten en statistiek. Men vergelijkt dus appels met peren.

Een recent overzichtsartikel over de moderatoren van interpersoonlijke therapie (IPT) is een treffend voorbeeld. De auteurs bekeken 57 predictiestudies waarin IPT werd vergeleken met een andere vorm van psychotherapie, met medicatie of met een (inactieve) controlegroep. Ze vonden geen consistente moderatoren die op een differentieel effect van IPT ten opzichte van andere behandelingen wijzen, behalve misschien de superioriteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) ten opzichte van IPT bij patiënten met een ontwijkende-persoonlijkeheidsstoornis (Bernecker, Coyne, Constantino, & Ravitz, 2017). Ook eerdere pogingen om de moderatoren van depressiebehandelingen op een rijtje te zetten, leverden weinig op. Simon en Perlis

(2010) concluderen in hun review dat de variatie in behandelresultaat tussen individuen zeer groot is, maar dat deze variatie op voorhand grotendeels niet valt te voorspellen. Cuijpers en collega's publiceerden onlangs een systematische review van de moderatoren in behandelstudies, waarin twee vormen van psychotherapie voor depressie werden vergeleken. Ze vonden dat CGT (iets) effectiever is dan andere vormen van therapie bij ouderen, studenten, en patiënten met (comorbide) verslaving (Cuijpers, Ebert, Acarturk, Andersson, & Cristea, 2016). Houdt het dan hier een beetje op, qua personalized medicine?

Ik denk van niet. Allereerst zouden we grote vooruitgang kunnen boeken als predictieonderzoek beter gestandaardiseerd zou worden, waarmee de replicatie van onderzoek mogelijk wordt. Het is natuurlijk wel zo dat predictoren en moderatoren die in een bepaalde populatie worden gevonden wel degelijk iets zeggen over die specifieke populatie. Zo deden wij onderzoek naar de predictoren van de effectiviteit van ons zorgprogramma depressie bij de voormalige Academische Riagg Maastricht (Huibers et al., 2014), en vonden een predictor (agorafobie) en een moderator (fysiek functioneren). Deze factoren zullen wellicht weinig voorspellend zijn voor depressieve patiënten die in Amsterdam worden behandeld; voor nieuwe patiënten die zich in Maastricht aanmelden is dat een stuk aannemelijker. Een belangrijke voorwaarde voor de toepassing van gepersonaliseerde zorg is dus populatiespecifiek predictieonderzoek.

Bovendien gloort er licht aan de horizon. Nieuwe analysetechnieken maken het mogelijk om de resultaten van verschillende behandelstudies aan elkaar te koppelen in een zogenaamde *individual patient data meta-analysis* (voor een voorbeeld, zie: Weitz et al., 2015). Daardoor kunnen de data van grote groepen patiënten worden bestudeerd en dat is — vanwege de statistische power — precies wat je nodig hebt om moderatoren te kunnen ontdekken.

GEPERSONALISEERDE BEHANDELSELECTIE: WELKE THERAPIE WERKT HET BESTE?

.....

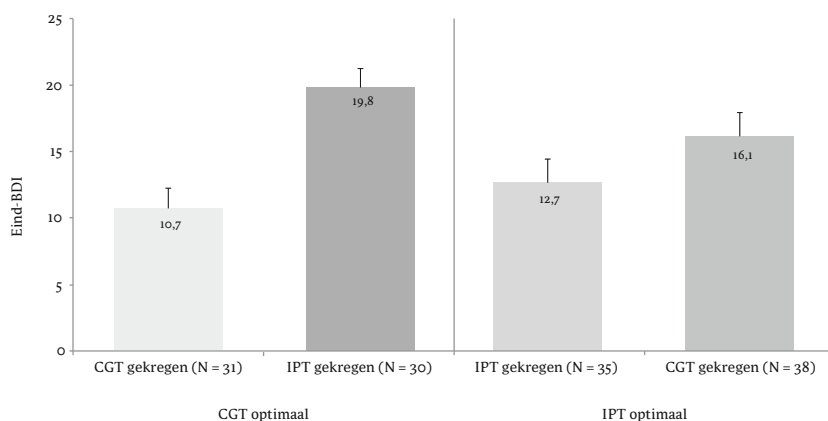
Wat doe je als je voor een specifieke populatie meerdere moderatoren voor het effect van twee even effectieve behandelingen hebt gevonden, en je wilt die informatie gebruiken om een behandeladvies te bepalen dat is afgestemd op de individuele patiënt? Deze vraag heeft geleid tot de ontwikkeling van de *Personalized Advantage Index* (PAI), een geavanceerd behandelselectiesysteem waarin meerdere moderatoren worden gecombineerd (DeRubeis et al., 2014).

DeRubeis en Hollon hebben een aantal toonaangevende behandelstudies uitgevoerd waarin CGT met antidepressiva werd vergeleken (DeRubeis et al., 2005; DeRubeis et al., 2017). Zij vonden een aantal moderatoren die wijzen op een verschillend effect in CGT versus medicatie (Fournier et al., 2009). De techniek achter de PAI is best ingewikkeld, maar komt in feite op twee stap-

pen neer. Eerst identificeert men de moderatoren van het effect van twee behandelingen in het kader van een gerandomiseerde behandelstudie (RCT), waarbij ook moderatoren die niet 'statistisch significant' zijn kunnen worden meegenomen, als ze voldoende informatie toevoegen. Vervolgens stopt men alle gevonden moderatoren met hun eigen 'gewicht' in een regressievergelijking, waarmee voor elke individuele patiënt kan worden uitgerekend wat het voorspelde effect is in de beide therapieën, gegeven zijn kenmerken aan het begin van het onderzoek. De waarde van de PAI reflecteert het voorspelde verschil in resultaat (bijvoorbeeld de ernst van depressie) in beide behandelingen. Een hoge PAI betekent dus dat het voor een individuele patiënt veel uitmaakt welke behandeling hij krijgt.

DeRubeis en collega's testten de PAI als indicatie-instrument met de vijf moderatoren die ze eerder al hadden gevonden. Voor iedere individuele patiënt werd een PAI berekend, die aangeeft of die patiënt volgens het predictiemodel een betere kans op herstel had met CGT of met medicatie. Meer dan 60% van de groep had volgens de voorspelling een 'klinisch relevant voordeel' bij een van beide behandelingen ten opzichte van de andere behandeling, ondanks het feit dat CGT en medicatie gemiddeld even effectief waren (DeRubeis et al., 2014). Bovendien hadden de patiënten uit deze 'voordeelgroep' die daadwerkelijk de behandeling hadden gekregen die volgens de voorspelling hun optimale behandeling zou zijn, significant minder depressieve klachten na afloop van de behandeling dan de groep die door loting juist hun niet-optimale behandeling had gekregen.

Samen met medewerkers van de DeRubeis-groep herhaalden we de PAI-methode (Huibers et al., 2015), deze keer met data uit onze Maastrichtse behandelstudie waarin we de effecten van CGT met IPT vergeleken (Lemmens et al., 2015). Eerst onderzochten we de moderatoren in onze studie en vonden zo zes verschillende factoren. Een hoge mate van somatische klachten, paranoïde symptomen, interpersoonlijke zelfopoffering en het aantal negatieve levensgebeurtenissen in het afgelopen jaar voorspelden een betere uitkomst van CGT ten opzichte van IPT, terwijl louter de aanwezigheid van cognitieve problemen een betere uitkomst van IPT ten opzichte van CGT voorspelde. Vervolgens berekenden we de PAI voor individuele patiënten en vonden we in deze groep een gemiddelde PAI van bijna 9 punten op de BDI. Dat is hoog, als men zich bedenkt dat 5 punten op de BDI al klinisch relevant zijn. We vergeleken ook de depressieve klachten na afloop van de therapie tussen de mensen die volgens het model een optimale en zij die een niet-optimale behandeling hadden gekregen. In figuur 1 is te zien dat de patiënten die volgens het model CGT zouden moeten krijgen en ook daadwerkelijk CGT hadden gekregen veel minder depressief waren na de behandeling (een gemiddelde BDI van 10,7) dan de patiënten die volgens het model CGT zouden moeten krijgen maar IPT hadden gekregen (een gemiddelde BDI van 19,8). Eenzelfde verschil zien we in de groep die volgens het model beter IPT had gekregen, zij het iets kleiner dan in de CGT-optimaal-groep.



FIGUUR 1 *Geobserveerde depressiescores na afloop van behandeling (eind-BDI) van patiënten die ofwel hun voorspelde optimale behandeling hebben gekregen (CGT of IPT), ofwel hun voorspelde niet-optimale behandeling (CGT of IPT)*

Wat zeggen deze resultaten? Allereerst dat het voor veel patiënten wel degelijk veel uitmaakt welke type behandeling ze krijgen, ook als de beschikbare behandelingen gemiddeld even effectief zijn. Maar als we naar de moderatoren in onze CGT-IPT-studie kijken, valt op dat patiënten met meerdere problemen het op verschillende gebieden beter doen in CGT, terwijl patiënten zonder dit soort problemen juist meer aan IPT lijken te hebben. Moderatoren wijzen namelijk ook in de richting van een verschillend werkingsmechanisme dat verklaart *waarom* de therapie werkt (Kazdin, 2007). Als mannen en vrouwen andere effecten laten zien in twee verschillende behandelingen, moet er een reden zijn waarom dat zo is. De moderatoren in ons onderzoek zijn een eerste aanwijzing dat de causale paden die tot de vermindering van depressie leiden mogelijk verschillen tussen CGT en IPT.

Het PAI-model dat we hebben ontwikkeld bewijst pas echt zijn waarde als het ook voor nieuwe patiënten die zich aanmelden voor behandeling een voorspellende waarde blijkt te hebben. Daar is een nieuwe gerandomiseerde behandelstudie voor nodig. Samen met collega's uit het buitenland (het ADMIT-D-consortium) werken we aan plannen om de PAI-methode prospectief te testen. Tot het zover is, moeten we het doen met de bemoedigende resultaten die ik zojuist heb beschreven. Wie zich wil verdiepen in de wondere wereld van *personalized treatment selection* kan ik het recente overzichtsartikel van Cohen en DeRubeis (2018) van harte aanbevelen.

Heb ik het tot nu toe vooral gehad over het kiezen van bestaande behandelingen voor de individuele patiënt, nu ga ik over naar het tweede aspect van gepersonaliseerde psychotherapie: het afstemmen van de behandeling zelf op de kenmerken van de patiënt.

WERKINGSMECHANISMEN VAN PSYCHOTHERAPIE

.....

151

Willen we op een empirische manier onderzoeken hoe we de therapie zelf kunnen aanpassen op het profiel van de patiënt, dan zullen we eerst de vraag moeten beantwoorden *hoe* therapie werkt. Allereerst is er de kwestie van de aspecifieke (*common*) versus de specifieke (*specific*) factoren, die ik hier niet uitvoerig zal bespreken. Het zogeheten *dodo bird verdict*, de bevinding dat de meeste vormen van psychotherapie gemiddeld even effectief zijn, is vaak ten onrechte opgevoerd als bewijs dat het effect van alle therapieën via dezelfde universele factoren tot stand komt (Raes, 2016), waarbij met name de therapeutische relatie als helend element op het schild werd gehesen. Het meest waarschijnlijk is dat zowel specifieke als aspecifieke factoren een rol spelen, maar dat empirisch bewijs voor hoe het echt zit ontbreekt (Huibers & Cuijpers, 2015)

Nemen we het voorbeeld van CGT voor depressie, dan zegt de theorie van Beck dat de verandering van negatieve gedachten en gedragsmatige (her)activatie de werkingsmechanismen zijn die maken dat mensen beter worden door CGT (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Voor CGT'ers klinkt dat aanneemelijk, maar het bewijs dat het ook echt zo werkt, is gemengd. Zo ontdekten DeRubeis en Tang zogenaamde *sudden gains*, plotselinge verbeteringen van depressieve klachten tussen twee therapiesessies in, waarbij een verandering van negatieve gedachten voorafging aan de verbetering in depressie (Tang & DeRubeis, 1999) wat erop zou kunnen wijzen dat deze cognitieve verandering inderdaad de drijvende factor is. Wij repliceerden dit onderzoek in onze CGT-IPT-studie en vonden vergelijkbare resultaten (Lemmens, DeRubeis, Arntz, Peeters, & Huibers, 2016). Maar er zijn ook studies die aantonen dat verandering van negatieve gedachten ook in andere behandelingen is waar te nemen, zelfs bij gebruik van antidepressiva, waaruit blijkt dat cognitieve verandering niet iets specifiek voor CGT is (Garratt & Ingram, 2007). Ook wij deden een duit in het zakje door de werkingsmechanismen van CGT en IPT te onderzoeken, maar geen enkele factor die wij bekeken kwam als een statistische mediator uit de bus, een voorwaarde om van een werkingsmechanisme te kunnen spreken (Lemmens et al., 2017). Wat bovendien ontbreekt in de meeste studies is een duidelijke tijdslijn van herhaalde metingen tijdens de behandeling, waarmee kan worden vastgesteld of de verandering in de onderzochte factor (in ons geval negatieve gedachten) ook daadwerkelijk voorafgaat aan de verandering in het effect (in ons geval depressieve klachten; Lemmens, Müller, Arntz, & Huibers, 2016).

Lorenzo-Luaces, German en DeRubeis (2015) maakten een mooi overzicht van de werkingsmechanismen van CGT voor depressie. Ze komen tot een rijtje van methodologische problemen in mechanismeonderzoek, waarvan ik alleen de top drie noem:

- 1 Het meeste mechanismeonderzoek wordt gedaan in het kader van een RCT, terwijl experimentele studies waarbij het beoogde mechanisme direct gemanipuleerd wordt meer informatie verschaffen.
- 2 Er wordt te weinig onderscheid gemaakt tussen therapeutische procedures (bijvoorbeeld cognitieve herstructurering) en de verandering in intrapersonlijke processen (bijvoorbeeld negatieve gedachten) die daarop volgt.
- 3 Een temporele tijdslijn van herhaalde metingen is nodig om te bepalen of de verandering van het mechanisme (bijvoorbeeld negatieve gedachten) voorafgaat aan de verandering in de behandeluitkomst (bijvoorbeeld depressie).

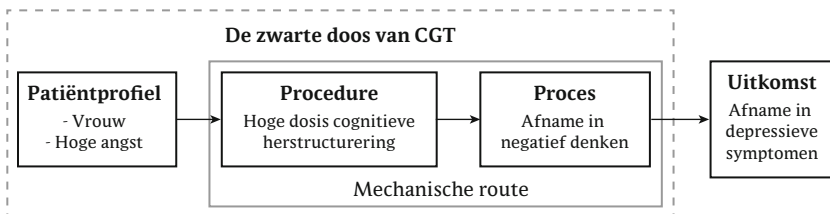
Het is een deprimerende conclusie, maar op basis van het bestaande onderzoek naar de werkingsmechanismen van CGT bij depressie valt er weinig te concluderen. Goed mechanismeonderzoek is complex, zoveel is duidelijk. Hoe CGT voor depressie écht werkt, is in feite een zwarte doos, laat staan dat we van de meeste andere vormen van psychotherapie weten hoe ze werken.

GEPERSONALISEERDE CGT VOOR DEPRESSIE

.....

Willen we dus op een empirische manier onderzoeken hoe CGT werkt, dan zullen we oplossingen moeten bedenken voor de genoemde methodologische tekortkomingen in eerder onderzoek naar werkingsmechanismen.

Ik schets hier de contouren van een nieuwe onderzoeksaanpak die we op dit moment aan het uitwerken zijn. In figuur 2 heb ik CGT weergegeven als een zwarte doos, omdat we nog maar weinig weten over de causale keten van verandering die ertoe leidt dat patiënten opknappen in therapie. Elke therapeut zal herkennen dat verschillende personen verschillend reageren op wat er gebeurt in de therapie, en dat het proces van verbetering verschilt van persoon tot persoon. De empirische hamvraag is of we deze causale keten door onderzoek in beeld kunnen krijgen en daarmee het gewenste antwoord op de voor-wie-werkt-wat-vraag.



FIGUUR 2 Causale keten van verandering: het hypothetische pad waarin patiëntprofiel, therapeutische procedure, intrapersonlijk proces en therapie-uitkomst causaal aan elkaar verbonden zijn. Merk op dat de temporele sequentie ('wat gaat vooraf aan wat?') hier belangrijk is.

Het zal ingewikkeld zijn, maar ik denk dat het kan. Allereerst door alle relevante factoren vaak te meten, zodat we tijdig ontdekken wanneer er een verandering ontstaat en welke verandering in andere factoren daar mogelijk op volgt. Een temporele sequentie is geen *bewijs* van een causaal verband, maar wel een *voorwaarde* voor causaliteit. Meten kunnen we doen door om de zoveel tijd een reeks vragenlijsten af te nemen. Maar een veel krachtigere methode van dataverzameling is *experience sampling* (Trull & Ebner-Priemer, 2013), waarbij de patiënt elke dag op willekeurige momenten een paar korte vragen over zijn gevoelens, gedachten en gedrag beantwoordt. In dat kader is ook de netwerktheorie van psychopathologie die Borsboom ontwikkelde interessant (Borsboom & Cramer, 2013). Hij stelt dat psychische stoornissen worden gekenmerkt door de causale wisselwerking tussen individuele symptomen, waarbij die symptomen elkaar versterken of juist verzwakken in een soort feedbackcyclus. Samen met de Borsboom-groep ontwikkelden we een netwerk van BDI-symptoomveranderingen tijdens CGT en IPT, en vonden dat een paar symptomen een centrale plek in het netwerk innemen (Bringmann, Lemmens, Huibers, Borsboom, & Tuerlinckx, 2015). Daaruit volgt dat men klachten effectiever kan behandelen door therapeutische procedures in te zetten die zijn gericht op deze ‘centrale’ symptomen. Volgens Borsboom lijkt juist CGT daar uitermate geschikt voor (Borsboom & Cramer, 2013). Wat als we ook symptomen en intrapersonlijke processen op deze manier met elkaar in verband kunnen brengen, en vervolgens onderzoeken wat de impact van therapeutische procedures is op deze onderlinge netwerkverbindingen? Ook dat willen we de komende jaren onderzoeken.

Wat ook beter kan, is het ‘meten’ van therapeutische procedures die in therapie worden toegepast. In het bestaande mechanismeonderzoek is er veel aandacht voor de intrapersonlijke processen (vaak ‘mediatoren’ genoemd) en worden de therapeutische procedures meestal overgeslagen, waarschijnlijk omdat het tijd kost om therapeutische procedures te meten. Het betekent namelijk dat men therapiesessies moet laten opnemen en vervolgens moet laten scoren door onafhankelijke experts, teneinde te bepalen welke therapeutische procedures tijdens die ene sessie zijn uitgevoerd door de therapeut. Het is naar mijn mening een cruciale stap om de zwarte doos van CGT open te breken.

Stel dat we het simpele en hypothetische voorbeeld uit figuur 1 daadwerkelijk ontdekken in een observationele studie waarbij we een groep depressieve patiënten die CGT krijgen nauwgezet volgen. Hoe kunnen we die informatie gebruiken om tot gepersonaliseerde CGT te komen? Het antwoord luidt: door in een vervolgstudie gepersonaliseerde CGT op basis van het (potentiele causale) pad te vergelijken met ‘gewone’ CGT. In ons voorbeeld gaan we op zoek naar vrouwelijke patiënten met zowel depressie als angstklachten, en randomiseren we hen over twee behandelingen. In de ‘gewone’ CGT-groep ontvangen deelnemers CGT volgens het protocol van Beck, met gedragsmatige en cognitieve interventies. In de gepersonaliseerde CGT-groep ontvangen

deelnemers een veel hogere 'dosis' aan cognitieve interventies (want volgens onze voorspelling is dat de procedure die bij deze specifieke groep patiënten veel effect heeft) en laten we de gedragsmatige interventies achterwege. Doet gepersonaliseerde CGT het beter dan gewone CGT, dan is dat een eerste aanwijzing dat ons hypothetische pad ook daadwerkelijk een causale keten van verandering vormt waarop de therapie kan worden gebaseerd.

EVIDENCE-BASED PERSONALIZED PRACTICE?

.....

Ik hoor het u denken: allemaal leuk en aardig, maar wat kunnen we hiermee? Is die gepersonaliseerde CGT nu echt iets waarmee ik volgende week in mijn eigen behandelkamer aan de slag kan?

Zoals gezegd, is personalized medicine enorm in de mode, met name in de onderzoekswereld, maar concrete uitkomsten of toepassingen ontbreken vooralsnog. Dat geldt niet alleen voor CGT voor depressie, maar voor de meeste andere behandelingen en stoornissen. De afgelopen tientallen jaren is er vanuit de psychiatrie enorm veel biomedisch onderzoek uitgevoerd, met als doel die ene (genetische) biomarker te vinden waarop de behandeling van die ene patiënt kan worden toegespitst, maar zonder succes (Sadler & Foster, 2011).

Het risico bestaat dat ook personalized medicine de zoveelste hype blijkt te zijn: een prachtig en zelfs voor de hand liggend idee, maar de toepassing ervan lukt niet of biedt geen meerwaarde. Maar zoals ik hier heb proberen te betogen hebben we, ondanks de uitdagingen, eerst een hoop uit te zoeken, zowel wat betreft de keuze voor een bestaande therapie als het aanpassen van de therapie zelf op basis van de kenmerken van de patiënt. Tot we zover zijn, zult u het nog even met uw klinische intuïtie moeten doen.

Met dank aan mijn collega's in Maastricht (Lotte Lemmens, Suzanne van Bronswijk, Frenk Peeters), Philadelphia (Rob DeRubeis, Zachary Cohen, Lorenzo Lorenzo-Luaces en Jack Keefe) en Amsterdam (Arnoud Arntz, Sanne Bruijniks, Ellen Driessen en Pim Cuijpers).

Marcus Huibers is verbonden als hoogleraar Klinische Psychologie aan de Faculteit der Gedrags- en bewegingswetenschap, Sectie Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit, Amsterdam. Tevens is hij werkzaam als psychotherapeut bij GGZ InGeest in Amsterdam.

Correspondentieadres: Marcus Huibers, De Boelelaan 1105, 1081 HV Amsterdam.

E-mail: m.j.h.huibers@vu.nl

Summary *Personalized psychotherapy for depression: The black box of CBT*

The concept of personalized medicine attracts a lot of attention in modern health care. Using cognitive behavior therapy for depression as an example, I describe two aspects of personalized psychotherapy: choosing the most effective treatment for a given individual patient, and tailoring the therapy itself to the individual patient. Our research and that of affiliated colleagues within this upcoming field holds promise, but whether personalized psychotherapy will eventually be applied in the future remains an empirical question.

Keywords *personalized psychotherapy, CBT, depression*

Literatuur

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bernecker, S. L., Coyne, A. E., Constantino, M. J., & Ravitz, P. (2017). For whom does interpersonal psychotherapy work? A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 56, 82-93.
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121.
- Bringmann, L. F., Lemmens, L. H., Huibers, M. J., Borsboom, D., & Tuerlinckx, F. (2015). Revealing the dynamic network structure of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Medicine*, 45, 747-757.
- Cohen, Z. D., & DeRubeis, R. J. (2018). Treatment selection in depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. In press.
- Cuijpers, P., Ebert, D. D., Acarturk, C., Andersson, G., & Cristea, I. A. (2016). Personalized psychotherapy for adult depression: A meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 47, 966-980.
- DeRubeis, R. J., Cohen, Z. D., Forand, N. R., Fournier, J. C., Gelfand, L. A., & Lorenzo-Luaces, L. (2014). The Personalized Advantage Index: Translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PLoS One*, 9, e83875.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M. ... Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Zajecka, J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Fawcett, J. ... Gallop, R. (2017). Prevention of recurrence of major depressive disorder following recovery with antidepressant medications plus CBT vs medications alone: Findings from phase II of a two-phase randomized trial. In preparation.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., & Gallop, R. (2009). Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 775-787.
- Garratt, G., & Ingram, R. E. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 224-239.
- Grove, W. M. (2005). Clinical versus statistical prediction: The contribution of Paul E. Meehl. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1233-1243.

- Hamburg, M. A., & Collins, F. S. (2010). The path to personalized medicine. *New England Journal of Medicine*, 363, 301-304.
- Huibers, M. J., Cohen, Z. D., Lemmens, L. H., Arntz, A., Peeters, F. P., Cuijpers, P., & DeRubeis, R. J. (2015). Predicting optimal outcomes in cognitive therapy or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the personalized advantage index approach. *PLoS One*, 10, e0140771.
- Huibers, M. J. H., & Cuijpers, P. (2015). Common (non-specific) factors in psychotherapy. In R. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1-6). New York: Wiley & Sons.
- Huibers, M. J., van Breukelen, G., Roelofs, J., Hollon, S. D., Markowitz, J. C., van Os, J. ... Peeters, F. (2014). Predicting response to cognitive therapy and interpersonal therapy, with or without antidepressant medication, for major depression: A pragmatic trial in routine practice. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 146-154.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Lemmens, L. H., Arntz, A., Peeters, F., Hollon, S. D., Roefs, A., & Huibers, M. J. (2015). Clinical effectiveness of cognitive therapy vs. interpersonal psychotherapy for depression: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-16.
- Lemmens, L. H., DeRubeis, R. J., Arntz, A., Peeters, F. P., & Huibers, M. J. (2016). Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behavior Research and Therapy*, 77, 170-176.
- Lemmens, L. H. J. M., Galindo-Garre, F., Arntz, A., Peeters, F., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Huibers, M. J. H. (2017). Exploring mechanisms of change in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behavior Research & Therapy*, 94, 81-92.
- Lemmens, L. H., Müller, V., Arntz, A., & Huibers, M. J. H. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review*, 50, 96-107.
- Lorenzo-Luaces, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J. (2015). It's complicated: The relation between cognitive change procedures, cognitive change, and symptom change in cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review*, 41, 3-15.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Perlis, R. H. (2016). Abandoning personalization to get to precision in the pharmacotherapy of depression. *World Psychiatry*, 15, 228-235.
- Raes, F. (2016). De toekomst van CGT: Een zaak van preciezer afstemmen en beter richten? *Gedragstherapie*, 49, 332-342.
- Rosell, R., Carcereny, E., Gervais, R., Vergnenegre, A., Massuti, B., Felip, E. ... Paz-Ares, L. (2012). Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (EORTC-AC): A multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncology*, 13, 239-246.
- Sadler, J. Z., & Foster, D. W. (2011). Psychiatric molecular genetics and the ethics of social promises. *Journal of Bioethical Inquiry*, 8, 27-34.
- Simon, G. E., & R. H. Perlis (2010). Personalized medicine for depression: Can we match patients with treatments? *American Journal of Psychiatry*, 167, 1445-1455.

- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894-904.
- Trull, T. J., & Ebner-Priemer, U. (2013). Ambulatory assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 151-176.
- Weitz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., van Straten, A., Huibers, M. J., David, D. ... Cuijpers, P. (2015). Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy vs pharmacotherapy: An individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72, 1102-1109.

Single-case experimentele designs in cognitieve gedragstherapie

MARIJA MARIC

Samenvatting

De laatste jaren zien we toegenomen aandacht voor single-case experimentele designs (SCED's) als alternatief voor het toetsen van de effecten van cognitieve gedragstherapie (CGT). Door middel van SCED's kan onderzoeksmethodologie geïntegreerd worden in de praktijk en kunnen therapeuten ondersteund worden bij het empirisch toetsen van het cognitief-gedrags-therapeutische proces. In dit artikel bespreek ik de definitie en de belangrijkste kenmerken van single-case studies: de onderzoeksvragen die ermee beantwoord kunnen worden, kwesties rond design, en de mogelijkheden tot meting en data-analyse. Deze thema's worden geïllustreerd aan de hand van een voorbeeldcasus, waarbij zowel de effectiviteit als een potentieel mechanisme van CGT bestudeerd worden. Onderzoekers, clinici, methodologen en ICT'ers streven er tegenwoordig gezamenlijk naar om de SCED-methode en het eenvoudige gebruik ervan te optimaliseren.

Trefwoorden: single-case designs, cognitieve gedragstherapie, routinematig meten, single-case data-analyse, evidence-based praktijk

INLEIDING

Hermans, Raes en Orlemans (2018) geven aan dat elke cognitief-gedrags-therapeutische behandeling (CGT) gezien kan worden als een empirische cyclus. Therapeuten stellen zich in essentie dezelfde vragen als onderzoekers met betrekking tot effectiviteit van een behandeling (Maric, 2017): 'Heeft de CGT gewerkt? Hoe heeft ze gewerkt? Wat is er veranderd? Voor welke cliënten werkt ze wel op deze manier en voor welke cliënten niet? Welke onderdelen van het protocol zijn het meest effectief?' Therapeuten stellen deze vragen meestal op het niveau van één cliënt en baseren hun conclusies op

subjectieve analyses, dat wil zeggen: op hun eigen interpretaties, zonder die formeel te toetsen. Onderzoekers daarentegen proberen deze vragen meestal te beantwoorden door middel van *randomized controlled trials* (RCT's). Daarbij vergelijken ze de gemiddelde effecten van een groep cliënten die een experimentele behandeling krijgt met de gemiddelde effecten in een groep cliënten die een controlebehandeling krijgt.

De laatste jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor het gebruik van single-case experimentele designs (SCED's) als alternatief voor het toetsen van therapie-effecten. Voordelen van SCED's zijn onder meer het kunnen onderzoeken van de effectiviteit van CGT in heterogene populaties (bijvoorbeeld populaties waarin zich zeldzame vormen van comorbiditeit voordoen) en het kunnen toetsen van de effectiviteit van innovatieve behandelmethoden voordat die getoetst worden in tijdsintensieve en kostbare RCT's (Gaynor & Harris, 2008; Maric, Heyne, MacKinnon, van Widenfelt, & Westenberg, 2012; Norell-Clarke, Nyander, & Jansson-Fröjmark, 2011). In de klinische praktijk stellen organisaties steeds hogere eisen aan evidence-based werken (van Yperen & Veerman, 2008), wat maakt dat het des te belangrijker is dat onderzoek gebruikmaakt van methoden die aansluiten bij de klinische praktijk.

Een van de belangrijkste uitdagingen voor evidence-based werken in de praktijk is de implementatie van behandelprotocollen die reeds effectief zijn gebleken in RCT's. Er bestaan tot dusver weinig richtlijnen over hoe deze protocollen het beste gebruikt kunnen worden in de standaard CGT-praktijk, waar men een andere doelgroep van cliënten tegenkomt dan in een RCT, met bijvoorbeeld een heterogene problematiek. Het is in deze situatie voor de therapeut geen gemakkelijke taak om te beslissen welke technieken hij bij welke cliënten moet implementeren. Therapeuten worden gestimuleerd om de protocollen flexibel toe te passen, aangepast aan de kenmerken van hun individuele cliënten, zonder dat deze protocollen aan *evidence base* 'verliezen'. Dit is een bijna onmogelijke taak voor de therapeut. Single-case methoden kunnen de therapeut juist ondersteunen bij het toetsen van reeds gemaakte keuzen voor technieken. Nadat de therapeut een paar cliënten met gelijksoortige kenmerken heeft gevolgd, ontstaat er als het ware een aggregatie van kennis. Op deze wijze kan de therapeut bij toekomstige, soortgelijke cliënten, beslissingen nemen die meer evidence-based zijn. Single-case methoden maken het op deze manier mogelijk om onderzoek en praktijk te integreren, en om routinematige behandelingen aan de hand van de empirische cyclus te toetsen.

In dit artikel probeer ik antwoorden te bundelen op de vele vragen die ik krijg van collega-onderzoekers en collega's uit de praktijk. Achtereenvolgens bespreek ik de definitie en de belangrijkste kenmerken van SCED's, namelijk: onderzoeksvragen waarbij men single-case studies kan gebruiken; typen single-case designs; metingen; en mogelijkheden tot data-analyse. Vervolgens illustreer ik mijn betoog met een single-case onderzoek, waarbij er zowel

gekeken wordt naar de effecten als naar de mechanismen van CGT bij een angstige cliënte. Tot slot bespreek ik de huidige stand van zaken wat betreft het gebruik van single-case methoden in de CGT-praktijk.

SINGLE-CASE EXPERIMENTELE DESIGNS (SCED'S): DEFINITIE EN KENMERKEN

.....

Hoewel de term 'single case' doet vermoeden dat het bij dergelijk onderzoek gaat om de analyse van één cliënt, kan het ook gaan om een (doorgaans kleine) groep cliënten. Over het algemeen worden de resultaten van de behandeling per casus geanalyseerd en onderzocht, al zijn er tegenwoordig ook methoden die de resultaten bundelen op groepsniveau. Zelfs zijn er tegenwoordig meta-analyses mogelijk over meerdere SCED's (zie bijvoorbeeld: Manolov, Guilera, & Sierra, 2014; Onghena, Michiels, Jamshidi, Moeyaert, & van den Noortgate, 2017). In tegenstelling tot onderzoek op groepsniveau (bijvoorbeeld in een RCT) gaat het bij een SCED om een *within-subject design*. Daarbij kent elke behandeling een controlefase en een experimentele fase, en vormt de deelnemer dus in feite zijn eigen 'controlegroep' (Smith, 2012).

Voorbeelden van onderzoeksvragen

.....

SCED's kunnen doorgaans gebruikt worden voor twee doeleinden: het toetsen van het effect van CGT en het toetsen van de mechanismen die dat effect verklaren. In het kader van het eerste doel zijn verschillende vraagstellingen mogelijk, bijvoorbeeld:

- 1 Is CGT effectiever dan niets doen?
- 2 Is standaard CGT effectiever dan mindfulness?
- 3 Is cognitieve therapie effectiever dan exposure of vice versa?

Bij vragen over de mechanismen gaat het vooral over *hoe* de behandeling heeft gewerkt. Voorbeelden zijn:

- 1 Werkt exposure vooral via een daling in negatieve cognities of eerder door een afname van vermijdingsgedrag?
- 2 Hangt de flexibiliteit in aanpak van de therapeut samen met minder depressieve klachten aan het einde van de behandeling?
- 3 Veranderen tijdens de behandeling van kinderen met comorbide ADHD en angststoornissen eerst de ADHD-symptomen of eerst de angstsymptomen?

Wat betreft de vraag naar effectiviteit kijkt men naar de verandering in één symptoom over de tijd. Bij de vraag naar de mechanismen kijkt men tege-

lijkertijd naar de verandering over de tijd in symptomen en processen: het potentiële mechanisme en de uitkomstvariabele. Deze en soortgelijke vragen kunnen beantwoord worden met behulp van verschillende single-case designs.

161

Mogelijke designs

Een onontbeerlijk onderdeel van elk SCED is het gebruik van *fasen*, wat wil zeggen dat er bij elke deelnemer een vergelijking wordt gemaakt tussen ten minste twee experimentele tijdsperiodes. Doorgaans wordt de eerste periode dan de *baseline-fase* genoemd, die wordt gevolgd door een *behandelfase* (het zogenaamde AB-design). Variaties op dit design zijn uiteraard mogelijk (Barlow, Nock, & Hersen, 2009). Het experimentele karakter van een SCED neemt af op het moment dat er sprake is van slechts één fase in het onderzoek (uitsluitend de behandelfase), waarbij men alleen binnen deze fase kijkt naar de veranderingen in een bepaald symptoom. Men komt meer in de richting van een experimentele single-case studie op het moment dat er meerdere fasen met elkaar vergeleken worden. Variaties op het AB-design zijn bijvoorbeeld een ABC-design (A = baseline, B = behandeltechniek 1, C = behandeltechniek 2) of een $A_1B_1A_2B_2$ design. Bij deze laatste variatie wordt na een eerste periode van baseline (A_1) en behandeling (B_1) de behandeling tijdelijk stopgezet (A_2) om te zien of de behandeling tijdens periode B_1 (en later B_2) heeft geleid tot vermindering in klachten. Verder is het wenselijk als verschillende cliënten gerandomiseerd kunnen worden naar een baseline van verschillende duur (het zogenaamde *multiple baseline single-case design*), zodat bijvoorbeeld drie cliënten willekeurig een baseline-periode van vier weken toegewezen krijgen, drie andere cliënten een baseline-periode van vijf weken en weer drie andere cliënten een periode van zes weken. Als in al deze negen cliënten tijdens hun baseline de klachten stabiel blijven, maar verbetering zich wel voltrekt op het moment dat de behandeling plaatsvindt, dan weten we met meer zekerheid dat de verandering door de behandeling komt, en niet door verloop van tijd of rijping. Het voert hier te ver om alle mogelijke single-case designs te bespreken; de geïnteresseerde lezer kan voor een volledig overzicht bijvoorbeeld Barlow en collega's (2009) raadplegen.

De hier genoemde voorbeelden zijn SCED's die mij haalbaar lijken in de CGT-praktijk. In werkelijkheid is het de vraag of iedereen wel aan een dergelijk experimenteel design toekomt. In dat geval kan een natuurlijke periode tussen de intake en de eerste behandelsessie als de baseline-periode dienen, ook al dient men rekening te houden met de duur van de baseline-fase en het aantal observatiepunten die nodig zijn voor het analyseren van de data. Het onderbreken van behandeling (ABAB-design) zou natuurlijkerwijs kunnen plaatsvinden bij verloop van de cliënt of de therapeut. De keuze voor een

design zal uiteraard niet alleen afhangen van praktische overwegingen, maar ook van de inhoudelijke vragen die men zich stelt over de effectiviteit.

Metingen

Het volgende belangrijke kenmerk van SCED's is het inzetten van regelmatige metingen tijdens alle fasen. Die kunnen plaatsvinden per uur, dagelijks, wekelijks of maandelijks. Terwijl sommige traditionele data-analysemethoden tot meer dan zeventig observatiepunten per fase vereisen (Barlow et al., 2009), kunnen we dankzij innovatieve analysetechnieken voor single-case studies nu ook betrouwbare resultaten verkrijgen met minder observatiepunten per fase (bijvoorbeeld vijf tot twintig; Heyvaert et al., 2017; Manolov & Moeyaert, 2017; Maric, de Haan, Hogendoorn, Wolters, & Huizenga, 2015). Desondanks moet men bedenken welke meetinstrumenten, met welke frequentie het meest passend zijn voor de inhoudelijke onderzoeksvraag, met inachtneming van praktische overwegingen. In de keuze voor metingen kan de onderzoeker, in samenspraak met de cliënt of deelnemer, generieke en specifieke metingen inzetten.

Een generieke meting van internaliserende en externaliserende symptomen bij jongeren is bijvoorbeeld de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991). Een meer specifieke vragenlijst zou bijvoorbeeld een gestandaardiseerde vragenlijst zijn die angst of ADHD-symptomen meet. Omdat het voor single-case designs belangrijk is dat men regelmatig meet, is het ook nodig om over verkorte metingen na te denken die bijvoorbeeld wekelijks of dagelijks afgenomen kunnen worden. Soms kiezen onderzoekers ervoor om een subschaal van een vragenlijst regelmatig af te nemen. Dit is een handige optie mocht men homogeniteit van klachten vermoeden bij geteste cliënten. Wanneer men meer heterogeniteit in de steekproef verwacht of maar een paar items kan afnemen (bijvoorbeeld dagelijks), zijn idiosyncratische metingen een interessant alternatief. Gebaseerd op de intake-informatie kiest men dan per cliënt de items waarop de cliënt het meest afwijkend scoort of die de specifieke doelen van de behandeling representeren. Weisz en collega's (2011) hebben bijvoorbeeld in hun studie bij jongeren met externaliserende problemen aan de ouders gevraagd om op intake uit de CBCL drie 'topproblemen' te kiezen, dat wil zeggen: drie CBCL-items die illustreren wat de grootste problemen van hun kind zijn. Vervolgens werden deze drie items wekelijks afgenomen. In een recente studie naar multidisciplinaire behandeling van kindermishandeling nemen ook wij idiosyncratische metingen af op wekelijkse basis, bij verschillende informanten (kinderen en ouders). Deze metingen betreffen de frequentie van specifieke vormen van mishandeling, veranderingen in de veiligheid in het gezin en ouderlijke stress (Sepers, van der Werff, Mooren, de Roos, & Maric, *submitted*).

Naast het meten van CGT-specifieke uitkomsten en processen (bijvoorbeeld angst en negatieve cognities) is het interessant om de niet-CGT-spe-

cifieke constructen te meten, zoals therapeutische alliantie en motivatie, omdat ook deze kunnen bijdragen aan de effectiviteit van een behandeling (Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006).

Mogelijkheden tot data-analyse

Zoals eerder aangegeven, is het met recente statistische methoden mogelijk om met vijf tot twintig observatiepunten per fase single-case data aan data-analyse te onderwerpen (Borckardt et al., 2008; Gaynor & Harris, 2008; Heyvaert & Onghena, 2014; Jarrett & Ollendick, 2012; Manolov & Moeyaert, 2017; Maric et al., 2015). Deze methoden kunnen gebruikt worden mits de single-case studie ten minste twee fasen omvat. In geval men maar één fase heeft ingebouwd, of alleen op de voor- en nameting een generieke, gestandaardiseerde vragenlijst heeft afgenomen, kan met behulp van de criteria voor *klinische significantie* (Jacobson & Truax, 1991) bekeken worden in hoeverre het verschil in scores tussen voor- en nameting een klinisch relevante verandering weergeeft.

De statistische methoden om mechanismen bij individuele cliënten te onderzoeken zijn nog volop in ontwikkeling. Een van de beste beschikbare methoden is om met *cross-lagged* correlaties te kijken naar de samenhang (richting en tijdsrelatie) tussen twee variabelen over de tijd (Joos, Onghena, & Pieters, 1996). Het gebruik van deze methode om de mechanismen te bestuderen wordt verderop in dit artikel geïllustreerd. Tevens is een voorbeeld te vinden in Jarrett en Ollendick (2012). In hun onderzoek bij kinderen met comorbide ADHD en angststoornissen was de hoofdvraag of verandering in ADHD-symptomen *voorafging* aan verandering in angstsymptomen, of *vice versa*.

De volgende paragraaf beschrijft een (deels) fictief voorbeeld van een single-case studie, inclusief een bespreking van de metingen en de resultaten van de data-analyse.

CASUS: EEN 17-JARIG MEISJE MET EEN SOCIALE- EN GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS

Achtergrond van het onderzoek en inhoudelijke vragen

CGT is de meest evidence-based behandeling bij kinderen en jongeren met angststoornissen (Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012). In een single-case onderzoek bij tien cliënten met angst zijn we geïnteresseerd in de potentiële effectiviteit van afzonderlijke CGT-componenten (Maric et al., 2015). Voor deze casus kijken we naar een 17-jarig meisje met een sociale- en gegeneraliseerde angststoornis. De vraagstelling is of zij met exposure-

therapie voldoende vooruitgang boekt, of dat cognitieve therapie nog een aanvullend effect heeft, bovenop de exposure. Daarnaast zijn we benieuwd hoe CGT werkt bij deze cliënte. Hiervoor kijken we naar de verandering in negatieve cognities (een potentieel mechanisme) in relatie tot veranderingen in angstsymptomen (uitkomstvariabele).

Design en metingen

Het design dat in deze studie gebruikt wordt is een ABC-design. In overleg met de deelnemende instelling is de baselineperiode bepaald op tussen de twee en vier weken (A-fase). Daarna wordt de B-fase ingezet, die bestaat uit vijf wekelijkse sessies van exposuretherapie (EXP), gevolgd door vijf wekelijkse sessies van cognitieve therapie (C-fase). Omdat de C-fase niet los gezien kan worden van de mogelijke verlengde effecten van de B-fase, noemen we de C-fase 'exposure + cognitieve therapie' (EXP + CT). Voor de illustratie in dit artikel gebruiken we alleen informatie die bekend is over de fasen B en C. Voor het wekelijks meten van angstgevoelens is de angstschaal van de ASICA gebruikt (Anxiety Severity Interview for Children and Adolescents; Hogendoorn et al., 2013). Om de aanwezigheid van negatieve cognities te bepalen werd wekelijks een idiosyncratische meting afgenomen bestaande uit vijf items¹ van de CATS-N/P (Children's Automatic Thoughts Scale - Negative/Positive; Hogendoorn et al., 2010).

Er zijn in totaal tien observaties gedaan (vijf per fase) die meegenomen worden in de analyses.

Data-analyse en resultaten

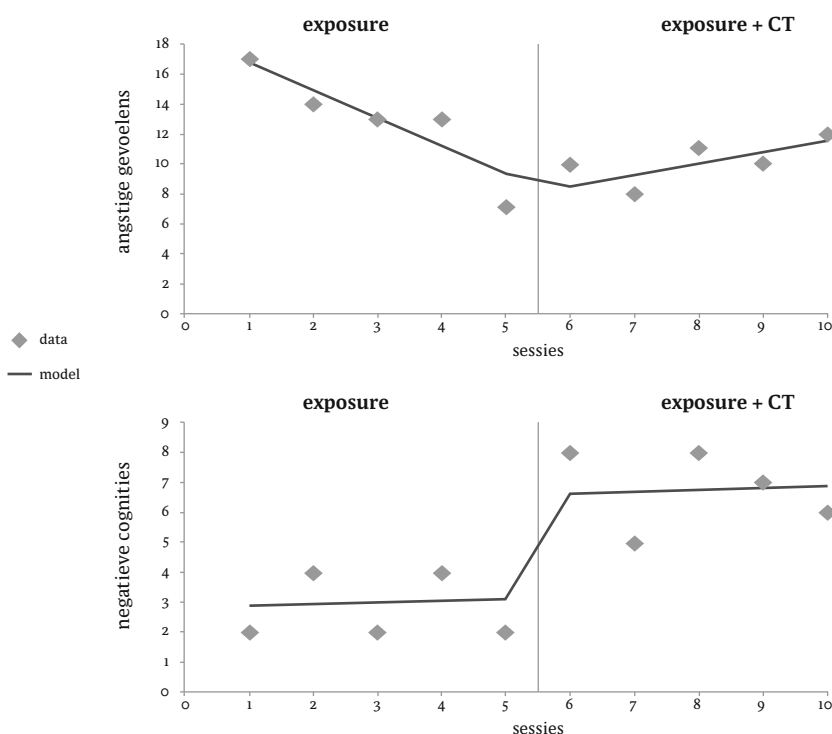
Om de vraag te toetsen of cognitieve therapie een aanvullend effect heeft bovenop exposure is een multilevel-analyse uitgevoerd in SPSS (IBM Corporation, 2016). Deze methode maakt het mogelijk om de veranderingen in angstgevoelens en negatieve cognities tussen het einde van de EXP+CT-fase (C-fase) en het einde van de EXP-fase (B-fase) te vergelijken. Daarnaast geeft deze methode informatie over de snelheid van verandering in symptomen over de twee fasen heen. Vier relevante parameters die we uit de analyses verkregen zijn:

- 1 b_0 = scores van symptomen aan het einde van eerste fase, de EXP;
- 2 b_1 = verschil in scores tussen einde EXP+CT en einde EXP;
- 3 b_2 = snelheid van verandering in scores in de eerste fase (EXP);
- 4 b_3 = verschil in snelheid van verandering in scores tussen EXP+CT-fase en EXP-fase.

- 1 1. Anderen begrijpen mij goed, 2. Ik ben bang om controle te verliezen, 3. Alleen goede dingen zullen me overkomen, 4. Ik ben bang over wat andere kinderen van mij denken, 5. Ik ben bang dat ik mezelf voor gek zet.

Voor meer statistische details over deze methode wordt de lezer verwezen naar Maric en collega's (2015). De twee belangrijkste parameters voor onze inhoudelijke vraag zijn de parameters b_1 en b_3 , omdat we hiermee informatie krijgen over een vergelijking tussen de twee fasen. Bij ongeveer vijf of minder observatiepunten per fase wordt aangeraden om een p -waarde van 0,01 te gebruiken (Maric et al., 2015). Omwille van de illustratie rapporteer ik hier ook resultaten met een p -waarde van 0,05.

Uit de resultaten (zie figuur 1) blijkt dat de niveaus van angstgevoelens significant lager zijn aan het einde van de EXP-fase dan aan het einde van de EXP+CT-fase ($b_1 = 2,21$, $t = 3,02$, $p < 0,05$). Er is ook een significant sterkere verandering in angstgevoelens in de EXP-fase ten opzichte van de EXP+CT-fase ($b_3 = -2,59$, $t = -8,53$, $p < 0,01$). De exposurefase was bij deze cliënte dus effectiever dan de cognitieve-therapiefase; in deze laatste fase lijken de angstsymptomen zelfs te verslechteren. Hetzelfde lijkt te gebeuren met veranderingen in de tweede uitkomstmaat. Aan het einde van de EXP-fase zijn significant lagere niveaus van negatieve cognities te zien dan aan het einde van de EXP+CT-fase ($b_1 = 3,75$, $t = 6,98$, $p < 0,01$). Er zijn echter geen significante verschillen gevonden in de snelheid van de verandering in cognities tussen de twee fasen.



FIGUUR 1 *Zelfgerapporteerde angstgevoelens en negatieve cognities van de deelnemer*

Om de tweede inhoudelijke vraag te onderzoeken — of de negatieve cognities een potentieel mechanisme vormen — gebruiken we cross-lagged correlaties in SPSS (IBM Corporation, 2016). Met deze analyse kunnen we bijvoorbeeld nagaan of de daling in negatieve cognities voorafgaat aan de daling in angstgevoelens over het hele behandeltraject (tien sessies, in het geval van onze casus). In de output van deze analyses is informatie te vinden over de *lags* (de maat voor samenhang tussen de twee tijdreeksen), en over de correlaties tussen negatieve cognities en angst. Doorgaans kiest men in de analyses voor een test met een standaard aantal *lags* van vijf (Borckardt et al., 2008), en wordt de samenhang vooruit en achteruit in de tijd tussen de twee variabelen bestudeerd.

Resultaten van de analyses voor het huidige voorbeeld zijn te vinden in tabel 1. Twee hoge en significante correlaties zijn gevonden op *lag* + 1 en + 2. Wij zien dat bij deze cliënte verandering in angstgevoelens voorafgaat aan verandering in negatieve cognities. Beide correlaties zijn negatief: stijging van angst is gerelateerd aan daling in negatieve cognities, of daling van angst is gerelateerd aan stijging in negatieve cognities. Nog één significante, positieve correlatie wordt gevonden op *lag* - 4. Dit resultaat betekent dat verandering in negatieve cognities voorafgaat aan verandering in angst. De correlatie is positief: daling in negatieve cognities gaat vooraf aan daling in angstgevoelens, of stijging in negatieve cognities gaat vooraf aan stijging in angstgevoel.

TABEL 1 *Cross-lagged correlaties tussen negatieve cognities en angstgevoelens over het hele behandeltraject (tien sessies)*

Lag	<i>r</i>
-05	+0,13
-04	+0,47*
-03	+0,05
-02	+0,28
-01	-0,31
0	-0,31
+01	-0,72**
+02	-0,48*
+03	-0,44
+04	-0,22
+05	+0,33

Noot. Negatieve lag betekent dat de verandering in negatieve cognities voorafging aan de verandering in angstgevoelens; positieve lag betekent dat de verandering in angstgevoelens voorafging aan de verandering in negatieve cognities. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Bij deze cliënte blijkt cognitieve therapie dus geen aanvullend effect te hebben bovenop vijf sessies exposure. Angstgevoelens en negatieve cognities nemen zelfs toe tijdens cognitieve therapie. Stijging in negatieve cognities tijdens deze tweede fase kan verklaard worden door het feit dat de cliënte tijdens deze sessies zich meer bewust werd van de aanwezigheid van cognitieve vertekeningen en deze gemakkelijker rapporteerde dan tijdens exposure. De verwachting dat negatieve cognities een belangrijk mechanisme zijn achter CGT-uitkomsten voor angst wordt bij deze cliënte gedeeltelijk bevestigd, want het sterkste resultaat laat een ongewoon patroon zien: angst verandert voordat negatieve cognities veranderen, en hogere angst is gerelateerd aan minder negatieve cognities. De resultaten van deze casus zijn weliswaar niet in lijn met de cognitieve gedragstheorie voor angst (Stallard, 2009), maar ze zijn niet verrassend. Single-case resultaten laten vaak veel individuele variabiliteit in effecten zien. Nog belangrijker is dat er veel variatie is in de verklaringsmechanismen tussen de verschillende cliënten. Terwijl voor de ene cliënt CGT werkt omdat zijn vermijdingsgedrag erdoor is verminderd, is voor de andere cliënt vooral van belang geweest dat hij een warme en luisterende therapeut had. Recente inzichten laten dan ook zien dat het belangrijk is om de effectiviteit van behandelingen op single-case niveau te onderzoeken, teneinde het maximale potentieel van deze behandelingen volledig te kunnen begrijpen.

TOT SLOT

.....

Het lijkt niet realistisch om van therapeuten te verwachten dat ze deze analyses zelf per cliënt gaan uitvoeren, zowel met het oog op de aanwezige faciliteiten bij de instellingen als op de tijdsinvestering. Een manier om het toepassen van single-case methoden toegankelijk te maken voor therapeuten is door middel van een app. Zo is de multilevel-analyse die we in dit artikel hebben uiteengezet (Maric et al., 2015) geïmplementeerd in een app (<http://www.eclip-apps.eu/n1/>). Een voorbeeld van een onderzoek waarin deze app is gebruikt is te vinden in Wagemaker, Dekkers, van Rentergem, Volkens en Huizenga (2017). Ook Onghena en collega's (Bulté & Onghena, 2013; <https://ppw.kuleuven.be/mesrg/software-and-apps/shiny-scda>) hebben een app ontwikkeld (<https://tamalkd.shinyapps.io/scda/>) waarmee men verschillende single-case analyses kan uitvoeren. Cross-lagged correlaties kunnen eenvoudig berekend worden met behulp van software ontwikkeld door Borckardt en collega's (2008), genaamd *Simulation Modelling Analysis*.² Het meest efficiënt zou uiteindelijk een eenvoudig onlinesysteem zijn dat zowel de uitvoer van de regelmatige metingen als de data-analyse en gemakkelijke rapportage zou ondersteunen (Versluis, Maric, & Peute, 2014).

2 <http://www.clinicalresearcher.org/software.htm>

De huidige ROM-systemen ondersteunen therapeuten onvoldoende in het cognitief-gedragstherapeutische proces. Er zou een systeem moeten komen dat specifiek wordt aangedreven door kennis uit onderzoek en de klinische praktijk, gebaseerd op innovatieve single-case methodologie.

Door de single-case methode te gebruiken kunnen therapeuten eenvoudig effecten van hun behandelingen empirisch toetsen en kunnen zij de uitkomsten ervan gebruiken om behandeltrajecten bij te stellen. Momenteel doen onderzoekers, clinici, methodologen en ICT'ers een gezamenlijke inspanning om de uitdagingen van het gebruik van SCED's in de CGT-praktijk op te pakken. De vragen die zich voordoen zijn: Wat doen we met missing data? Hoe gebruiken we rapportages van meerdere informanten? Hoe toetsen we mechanismen het beste op het single-case niveau? Desondanks is er reeds voldoende kennis beschikbaar over het gebruik van de single-case methode in de praktijk. Die kennis kan direct geïmplementeerd worden in onlinesystemen, gebruikt worden door professionals én geïntegreerd worden in bestaande opleidingen voor therapeuten.

Marija Maric is universitair docent klinische ontwikkelingspsychologie aan de Universiteit van Amsterdam en cognitief gedragstherapeut VGCT. *Correspondentie-adres:* Afdeling Ontwikkelingspsychologie, Universiteit van Amsterdam, Nieuwe Achtergracht 129B, 1018 WT Amsterdam. E-mail: M.Maric@uva.nl

Summary *Single-case experimental designs in cognitive-behavioral therapy*

Single-case experimental designs (SCEDs) are increasingly recognized as useful methods in clinical research practice to investigate individual clients' progress and to determine whether and how an intervention works. Single-case methods can also assist therapists in their use of evidence-based methods in the regular clinical practice. In this article, the definition and the most important features of SCEDs are discussed, including potential research questions that can be tested, and possibilities with regard to design, measurement, and data-analysis. A case example is presented of a single-case study in which effectiveness and potential therapy mechanism are tested. Multidisciplinary collaborations between researchers, clinicians, methodologists, and ICT workers are ongoing, and directed at making SCED methods more user-friendly. In this way, SCEDs are aimed to become an important part of clinical research and practice.

Keywords *single-case designs, cognitive-behavioral therapy, routine outcome monitoring, single-case data-analysis, evidence-based practice*

Literatuur

Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and*

TRF profiles. University of Vermont: Department of Psychiatry.
Barlow, D. H., Nock, M. K., & Hersen, M. (2009). *Single case experimental*

- designs. Strategies for studying behaviour change* (3rd edition). Boston: Allyn and Bacon.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research. *American Psychologist*, 63, 77-95.
- Bulté, I., & Onghena, P. (2013). The single-case data analysis package: Analysing single-case experiments with R software. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 12, 450-478.
- Gaynor, S. T., & Harris, A. (2008). Single-participant assessment of treatment mediators: Strategy description and examples from a behavioral activation intervention for depressed adolescents. *Behavior Modification*, 32, 372-402.
- Hogendoorn, S. M., de Haan, E., Wolters, L. H., Vervoort, L., Prins, P. J. M., de Bourgraaf, A. ... Goodman, W. K. (2013). The Anxiety Severity Interview for Children and Adolescents: An individualized repeated measure of anxiety severity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 525-535.
- Hogendoorn, S. M., Wolters, L. H., Vervoort, L., Prins, P. J. M., Boer, F., Kooij, E., & de Haan, E. (2010). Measuring negative and positive thoughts in children: An adaption of the Children's Automatic Thoughts Scale (CATS). *Cognitive Therapy and Research*, 34, 467-478.
- Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, J. W. G. (2018). *Inleiding tot de gedragstherapie* (7de herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Heyvaert, M., Moeyaert, M., Verkempynck, P., van den Noortgate, W., Vervloet, M., Ugille, M., & Onghena, P. (2017). Testing the intervention effect in single-case experiments: A Monte Carlo simulation study. *Journal of Experimental Education*, 85, 175-196.
- Heyvaert, M., & Onghena, P. (2014). Analysis of single-case data: Randomization tests for measures of effect size. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24, 507-521.
- IBM Corporation (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corporation.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jarrett, M. A., & Ollendick, T. H. (2012). Treatment of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety in children: A multiple baseline design analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 239-244.
- Joos, S., Onghena, P., & Pieters, G. (1996). Het effect van een interventie nagaan: Een illustratieve casus met toepassing van tijdreeksanalyse en randomiseringstoetsen. *Gedragstherapie*, 29, 93-110.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65.
- Manolov, R., Guilera, G., & Sierra, V. (2014). Weighting strategies in the meta-analysis of single-case studies. *Behavior Research Methods*, 46, 1152-1166.
- Manolov, R., & Moeyaert, M. (2017). How can single-case data be analyzed? Software resources, tutorial, and reflections on analysis. *Behavior Modification*, 41, 179-228.
- Maric, M. (2017). Het overbruggen van de kloof tussen klinisch onderzoek en praktijk van kinder- en jeugdpsycho-

- therapie: Hoe nu verder? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 3, 204-215.
- Maric, M., de Haan, E., Hogendoorn, S. M., Wolters, L. H., & Huizenga, H. M. (2015). Evaluating statistical and clinical significance of intervention effects in single-case experimental designs: An SPSS method to analyze univariate data. *Behavior Therapy*, 46, 230-241.
- Maric, M., Heyne, D. A., MacKinnon, D. P., van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2012). Cognitive mediation of cognitive-behavioral therapy outcomes for adolescent school refusal. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41, 549-564.
- Norell-Clarke, A., Nyander, E., & Jansson-Fröjmark, M. (2011). Sleepless in Sweden: A single subject study of effects of cognitive therapy for insomnia on three adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 367-374.
- Onghena, P., Michiels, B., Jamshidi, L., Moeyaert, M., & van den Noortgate, W. (2017). One by one: Accumulating evidence by using meta-analytical procedures for single-case experiments. *Brain Impairment*, 1-26.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 251-262.
- Sepers, A. J. W., van der Werff, V., Mooren, T., de Roos, C., & Maric, M. (submitted). The effectiveness of the Resolutions Approach, a multidisciplinary intervention to enhance safety in families with child abuse: A single-case experimental design study. *BMC Psychiatry*.
- Smith, J. D. (2012). Single-case experimental designs: A systematic review of published research and current standards. *Psychological Methods*, 17, 510-550.
- Stallard, P. (2009). *Anxiety: Cognitive behavioural therapy with children and young people*. Londen, UK: Bruner Routledge.
- van Yperen, T. A. van, & Veerman, J. W. (red.). (2008). *Zicht op effectiviteit: Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in jeugdzorg*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Versluis, A., Maric, M., & Peute, L. (2014). N=1 studies in onderzoek en praktijk. *De Psycholoog*, 3, 10-20.
- Wagemaker, E., Dekkers, T. J., van Rentergem, J. A. A., Volkers, M., & Huizenga, H. M. (2017). Advances in mental health care: Five N = 1 studies on the effects of the robot seal Paro in adults with severe intellectual disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 10, 309-320.
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Frye, A., Ng, M. Y., Lau, N., Bearman, S. K. ... Hoagwood, K. E. (2011). Youth Top Problems: Using idiographic, consumer-guided assessment to identify treatment needs and to track change during psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 369-380.

FORUM

.....

Evidence-based practice en de VG(C)t

ARNOLD VAN EMMERIK

Samenvatting

.....

De VG(C)t wil intensiever samenwerken met andere verenigingen die een *evidence-based practice* in de ggz voorstaan en actief bevorderen, ook als het geen cognitieve gedragstherapie betreft. Deze bijdrage gaat nader in op de waarde en beperkingen van een aantal grondslagen voor verenigingen en voor een dergelijke samenwerking.

Trefwoorden: evidence-based practice, leertheorie, cognitieve theorie, gedrags-therapie, cognitieve therapie, cognitieve gedragstherapie

De VG(C)t gaat de komende jaren intensiever samenwerken met andere verenigingen en organisaties die een *evidence-based practice* (EBP) voorstaan. Dat doen we omdat cliënten en hun naasten baat en belang hebben bij behandelingen die effectief zijn gebleken in gedegen wetenschappelijk onderzoek. Zo veel mogelijk afgestemd op de kenmerken, omstandigheden en voorkeuren van de cliënt. En met een plausibel, eveneens door wetenschappelijk onderzoek ondersteund, verklaringsmodel. Vaak is dat cognitieve gedragstherapie, maar niet altijd. In het laatste geval is het beter om als verenigingen samen de waarde van EBP uit te dragen dan ieder voor zich de eigen specifieke behandelvorm. Cliënten zijn immers — terecht — vooral geïnteresseerd in behandelingen die werken, niet in cognitieve gedragstherapie per se.

Kortom, EBP als nieuwe, bredere grondslag dan louter cognitieve gedragstherapie (of gedragstherapie en cognitieve therapie, zie verder) voor zo'n samenwerking en op termijn wellicht voor een nieuwe federatie of zelfs fusie. Daar zijn veel goede inhoudelijke en strategische redenen voor, die ik hier

niet verder zal bespreken. Ik grijp de gelegenheid aan om eens wat verder te filosoferen over een inhoudelijk aspect, losjes geformuleerd als: ‘Hoe zit dat theoretisch?’ Tussen de overwegend positieve reacties op dit initiatief zit namelijk soms ook een bezorgde of kritische noot, met als strekking: ‘Gooi je de cognitieve gedragstherapie daarmee niet overboord?’ Voor de goede orde: het gaat er niet om de cognitieve gedragstherapie of haar theoretische grondslagen zelf te veranderen of verbreden. Dat zou een wat te grote en te pretentieuze broek zijn voor een verenigingsbestuur. Maar ik begrijp de vraag en ga er graag op in, vertrekkend vanuit een wedervraag: ‘Wat is dat dan precies: cognitieve gedragstherapie?’

Het eenvoudige antwoord op die vraag is natuurlijk: een toepassing van de leertheorie (gedragstherapie) en cognitieve theorie (cognitieve therapie), vaak gecombineerd (cognitieve gedragstherapie), op de problemen van onze cliënten. U hoeft echter alleen maar wat terug te bladeren in alleen al dit tijdschrift om te ontdekken dat het zo eenvoudig niet is. Dat geldt zowel voor de toepassingen als voor de genoemde theoretische grondslagen. Van der Heiden (1999) beschrijft bijvoorbeeld al de ontwikkeling en huidige veelkleurigheid van de cognitieve therapie, waarbij ‘*enigszins kunstmatig*’ getracht is puur cognitieve technieken te onderscheiden van gedragstherapeutische behandelingsmethoden’ (p. 27, cursivering toegevoegd). Recenter beschrijft Arntz (2016) hoe de ook onder onze leden razend populaire schematherapie ‘werd [...] ontwikkeld vanuit de cognitieve (gedrags)therapie’ (p. 194). Een variant van cognitieve therapie dus, waar echter ook veel psychodynamisch georiënteerde therapeuten zich thuis bij voelen. Mijn voorganger als voorzitter en gewaardeerde theoretische scherpstlijper Jan van den Bout (2016) uit zijn grote twijfels of *acceptance*- en *mindfulness*interventies wel voldoende van cognitieve therapie verschillen om het predicaat ‘derde generatie’ cognitieve gedragstherapie te rechtvaardigen, met andere woorden: of zij niet beter ook tot de cognitieve therapie gerekend kunnen worden. Hij bepleit een scherp onderscheid tussen gedragstherapie en cognitieve therapie, maar beschrijft ook hoe die laatste therapievorm om deels strategische redenen een expliciete plek kreeg binnen onze vereniging. Een eerdere grondslagverbreding van formaat dus, die echter snel en breed geaccepteerd is geraakt en onze vereniging bepaald geen windeieren heeft gelegd. En hoe zit het met de metacognitieve therapie? En zijn cognitieve therapie en theorie eigenlijk dwingend beperkt tot ‘verbaliseerbare’ cognities, of strekken zij zich ook uit tot processen en interventies op het gebied van aandacht, interpretatie en geheugen? EMDR bijvoorbeeld maakt gebruik van de beperkte capaciteit van het werkgeheugen — een cognitief construct. En zijn leertheorie en — vooruit — psychodynamische theorie dan ‘niet-cognitief’? Wat ik maar wil zeggen: cognitieve therapie en theorie zijn geen vastomlijnde constructen, maar kennen vele verschijningsvormen, hebben poreuze omtrekken, en zijn voortdurend in beweging en ontwikkeling.

Voor leertheorie en gedragstherapie als toepassing daarvan geldt iets vergelijkbaars. Het aanleren van nieuwe, inhibitoire associaties (extinctie) met behulp van exposure vinden we zonder meer gedragstherapie. Maar als we de oorspronkelijke problematische geheugenrepresentaties zelf direct kunnen beïnvloeden, farmacologisch of met bijvoorbeeld rescripting (waar steeds meer aanwijzingen voor zijn), is dat dan geen leertheorie en dus geen gedragstherapie? En dan is er nog de zienswijze op gedragstherapie als proces of empirische cyclus, waarin problemen worden geïnventariseerd, tentatief verklaard, beïnvloed en geëvalueerd, zoals beschreven in bijvoorbeeld de diverse edities van het klassieke *Inleiding tot de gedragstherapie*. Het is op dit moment goed gebruik om bijvoorbeeld die tentatieve verklaring de vorm te geven van een betekenis- en functieanalyse (vaak met cognitieve elementen!), en voor de beïnvloeding van de problemen te putten uit een arsenaal van gedragsmatige en cognitieve interventies. Maar dat is niet altijd zo geweest, en nergens staat dat die interventies daartoe dwingend beperkt zijn, of dat de ontwikkeling van deze ziens- en werkwijze momenteel haar eindpunt heeft bereikt.

Op die veelkleurigheid van interventies en 'beweeglijkheid' van theorieën zijn grofweg twee reacties mogelijk: (1) strak definiëren wat leertheorie, cognitieve theorie en cognitieve gedragstherapie wel en niet zijn, of (2) accepteren dat dit niet mogelijk is en openstaan voor nieuwe ontwikkelingen daarin. Het eerste is zeker mogelijk, en ik begrijp zelfs de wens of behoefte daaraan (het is immers duidelijk en geeft houvast), maar het komt me ook voor als een schijnzekerheid en een vorm van dogmatisch denken. En dogmatisch denken brengt ons in het algemeen weinig goeds.

Het moge duidelijk zijn dat de tweede reactie mijn voorkeur heeft, en belangrijker: dat ik vind dat die beter beschrijft hoe het de cognitieve gedragstherapie en onze vereniging tot op heden feitelijk is vergaan. We kunnen veel ophef maken over wat wel of geen cognitieve gedragstherapie is, maar het simpele feit dat we de letter 'C' in onze naam hebben opgenomen impliceert dat we allang openstaan voor andere theoretische en therapeutische modellen, mits deze in gedegen wetenschappelijk onderzoek effectief zijn gebleken en beschikken over een plausibel, eveneens door wetenschappelijk onderzoek ondersteund, verklaringsmodel. Het alternatief is dat je moet uitleggen waarom we ons zouden moeten beperken tot bepaalde theoretische en therapeutische modellen, tot welke dan precies, en waarom juist tot die en niet tot andere. Kortom, laten we niet doen alsof onze huidige grondslag wel helder is en een eindpunt heeft bereikt.

Is theorie daarmee overbodig? Nee! Theorie is buitengewoon belangrijk, nuttig, en heeft ook de cognitieve gedragstherapie en daarmee de VGCT veel gebracht. Praktisch gezien zorgt theoretische standvastigheid voor slagkracht in onderzoek en praktijk, en voor een kader voor opleiding. Maar we moeten ook de beperkingen ervan onderkennen. Geen enkele theorie verklaart alle problemen van onze cliënten, ook de leertheorie en cognitieve theorie niet. Theorieën zijn bedoeld om verfijnd, bijgesteld en soms verworpen te worden.

Inherent aan theorieën is een bepaalde mate van onzekerheid (dat blijkt alleen al uit het feit dat er over één klacht of probleem vaak meerdere theorieën zijn), anders zouden het feiten of dogma's zijn.

Moeten verenigingen als de VGCT of VVGT dan maar allemansvrienden worden? Nee! Reiki en klankschalen komen er niet in, al gaan er duizend 'therapeuten' en cliënten op hun kop staan. Het zij nog maar eens gezegd: een plausibel, door wetenschappelijk onderzoek ondersteund verklaringsmodel is een essentiële voorwaarde. Voorlopig betreft de 'grondslagverbreding' naar EBP vooral een intensivering van de samenwerking met zusterverenigingen en andere organisaties, een samen effectiever opkomen voor gedeelde belangen van leden (en cliënten!). In de Nederlandse situatie gaat het dan bijvoorbeeld om een duidelijker positionering van secundaire registraties, zoals die van de VGCT ten opzichte van het BIG-beroepengebouw, en een betere publieke erkenning en financiële waardering van de meerwaarde van deze registraties, en dus van de leden. Of en wanneer zo'n samenwerking resulteert in (nadere) federatievorming of fusies, valt nog maar te bezien, en aan de leertheorie, cognitieve theorie of cognitieve gedragstherapie zelf komen we niet.

Ik sluit dus af met de stelling dat EBP een betere grondslag zou zijn voor verenigingen als de VGCT en de VVGT dan 'louter' leertheorie, cognitieve theorie of cognitieve gedragstherapie, eenvoudigweg omdat we niet goed weten wat dat precies zijn. En omdat zij er nu anders uitzien dan vijftig jaar geleden, en er ongetwijfeld over vijftig jaar ook anders zullen uitzien dan tegenwoordig.

Arnold van Emmerik is voorzitter van de VGCT. *Correspondentieadres:* info@vgct.nl

Summary *Evidence-based practice and the VG(C)t*

Our association pursues a more intensive collaboration with other associations that actively promote evidence-based practices in mental health care. This contribution elaborates on the value and limitations of a number of foundations for associations and for such a collaboration.

Keywords *evidence-based practice, learning theory, cognitive theory, behaviour therapy, cognitive therapy, cognitive-behavioural therapy*

Literatuur

- | | |
|--|--|
| <p>Arntz, A. (2016). Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. <i>Gedragstherapie</i>, 49, 194-207.</p> <p>van den Bout, J. (2016). (Cognitieve) gedragstherapie en cognitieve (gedrags)therapie: Omzien en vooruit-</p> | <p>zien in verwondering. <i>Gedragstherapie</i>, 49, 222-236.</p> <p>van der Heiden, C. (1999). De cognitieve therapie van Beck. <i>Gedragstherapie</i>, 32, 3-32.</p> |
|--|--|

FORUM

.....

Komaan zeg, mannekes!

Wat is nu (cognitieve) gedragstherapie?
Een reactie op van Emmerik

DIRK HERMANS

Samenvatting

.....

Gedragstherapie is voortdurend in ontwikkeling. Soms verlopen deze veranderingen vloeiend, maar op andere momenten lijkt er een ‘paradigmashift’ plaats te vinden. Dat was zo bij de intrede van de cognitieve technieken enkele decennia geleden, en nu opnieuw met de entree van diverse ‘derde generatie’-interventies. Dit lijkt samen te gaan met enige verwarring. Onder meer over wat nu (cognitieve) gedragstherapie is en wat niet. Daarbij wordt te veel gekeken naar eerder oppervlakkige aspecten, en gaat men voorbij aan de grondslagen van ons domein. Het evidence-based werken hoort daarbij, maar is slechts één element. De andere grondslagen worden in herinnering gebracht. Samen zijn zij het uitgangspunt voor een uniforme visie en slagvaardige voortzetting van onze missie.

Trefwoorden: gedragstherapie, evidence-based practice, grondslagen van gedragstherapie

De forumbijdrage van Arnold van Emmerik in dit nummer van TvG is een boeiend stuk, dat de discussie rond *evidence-based practice* (EBP) naar een hoger plan trekt en die discussie meteen koppelt aan beleidsimplicaties voor de beroepsverenigingen. Van Emmerik start zijn stuk ‘vertrekkend vanuit een wedervraag: “Wat is dat dan precies, cognitieve gedragstherapie?” en

concludeert aan het eind ervan dat ‘EBP een betere grondslag zou zijn voor verenigingen als de VGCT en de VVGT dan “louter” leertheorie, cognitieve theorie of cognitieve gedragstherapie, eenvoudigweg omdat we niet goed weten wat dat precies zijn’. De tekst die tussen deze twee citaten vervat zit, is boeiend, maar doet ook een aantal keren de wenkbrauwen fronsen. Ik zal proberen dit toe te lichten.

Vele jaren geleden heb ik me een tijdlang verdiept in de emotieliteratuur. Destijds werd op een congres over emoties een symposium georganiseerd onder de titel *What is an emotion?* Er volgden twee uur van boeiende, diepgaande discussie, geleid door coryfeeën uit het domein. Als jonge onderzoeker keek ik er met enige verbazing naar. Al die topwetenschappers, die al jaren onderzoek hadden gedaan naar emoties, maar ondanks alles eigenlijk niet bleken te weten wat een emotie nu precies is. Ze voerden er discussie over en maakten haast ruzie. Nadien bleek deze discussie overigens helemaal niet beperkt tot dit congres, maar ook gevoerd te worden op andere bijeenkomsten, en op te duiken in keynotes, themanummers en theoretische artikelen. Wat voor mij als buitenstaander aanvankelijk een beetje grappig leek, voelde al snel aan als vervelend. Ik vond het leuk gefilosofeer voor aan de bar, maar dacht verder: ‘Komaan zeg, mannekes, wees het eens en *get on with the job!*’ Rond die tijd las ik een boek van Strongman (1996) over theorieën omtrent emoties (Hermans, 1998). Dat maakte veel duidelijk. Het probleem lijkt op dat van een groep blinde deskundigen aan wie gevraagd wordt wat voor dier een olifant is. Elke blinde voelt aan slechts één stukje van de olifant: de een aan de slurf, de ander aan de staart, en weer een ander aan de oren. Daardoor kreeg ieder van hen een heel eigen beleving van wat een olifant is. Vervang ‘olifant’ door ‘emoties’ en ‘blinde deskundigen’ door ‘psychologen’, en het probleem met uitvinden wat emoties zijn, wordt duidelijk. Het boek van Strongman bood een overzicht van tientallen emotietheorieën vanuit telkens een ander perspectief: fysiologie, ontwikkeling, cognitie, gedrag, moraliteit en waarden, neurowetenschap, enzovoort. Elke theorie leverde een eigen, waardevolle bijdrage, een eigen waarheid. Vaak waren deze complementair, maar soms ook tegenstrijdig.

Binnen het domein van de cognitieve gedragstherapie ervaar ik regelmatig iets van eenzelfde orde. Dit geldt ook voor het forumstuk van van Emmerik. Want ja, wat is nu eigenlijk cognitieve gedragstherapie? Het is een onderwerp van discussie op najaarscongressen, in ons vakblad, of op de EABCT-meeting in Den Haag (Raes, 2015). Is *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) nu wel of niet gedragstherapie? En *acceptance and commitment therapy* (ACT)? Het lijkt soms op de oeverloze discussies die men vroeger voerde over het geslacht der engelen. Voor de ene persoon gaat het om gedrag, voor de ander is cognitie de basis van alles, weer een ander vindt dat ‘waarden’ de kern zijn. Mogen experiëntiële technieken gebruikt worden? Hoe zit het met werkzame behandelingen waarvan de mechanismen nog niet helemaal duidelijk zijn (zoals *eye movement desensitization and reprocessing*; EMDR)? Voor de ene per-

soon moeten we de basis zoeken in de leerpsychologie, voor een ander in de cognitieve psychologie, en weer anderen menen dat de *relational frame theory* de ultieme grondslag is van alles. Het betreft discussies die aanvankelijk leuk en onderling verbindend zijn, maar die naarmate standpunten sterker worden ingenomen al snel leiden tot meer verdeeldheid. Een mens zou van minder al moe worden. Ook zou je voor minder al een eigen vereniging oprichten, wanneer je merkt dat er onenigheid blijft bestaan over de vraag of je favoriete methodiek nu wel of niet deel mag uitmaken van ‘de gedragstherapie’. Opnieuw ontlokt dit alles bij mij de reactie: ‘Komaan zeg, mannekens, wees het eens en *get on with the job!*’ Want ook wat dit betreft wordt aan een groep blinden gevraagd wat een olifant is. Blijven vasthouden aan de staart of de oren, en discussie voeren vanuit dat ene, innig gekoesterde, maar benauwde perspectief, biedt geen weg vooruit. Hoe waardevol en doordacht van Emmeriks bijdrage ook mag zijn, ik ben het daarom niet met hem eens dat EBP een betere grondslag is voor verenigingen als VGct en VVGT. EBP is belangrijk — versta me niet verkeerd — maar EBP is slechts een deel van het geheel.

De algemene discussie over de grondslagen van de cognitieve gedragstherapie vind ik persoonlijk erg belangrijk. Al sprekend en schrijvend heb ik gepoogd er wat visie op te ontwikkelen (zie bijvoorbeeld: Hermans, 2001, 2013, 2014). Samen met anderen ben ik getuige van een veld dat onrustig is en soms verdeeld raakt. Er lijkt zich een herhaling voor te doen van de polemiek van 25 jaar geleden, toen cognitieve therapeuten zich niet meteen erg welkom voelden in gedragstherapeutische omgevingen, en eigen vakbladen en verenigingen gingen oprichten. Plots was er onrust en discussie, en een beetje paniek ook. De oplossing voor het dreigende schisma lag uiteindelijk in het eenvoudigweg toevoegen van de letter ‘C’ aan de namen van beroepsverenigingen. EABT werd EABCT (1992), VGT werd VGct (2002) en AABT werd ABCT (2005). Een schoonheidsoperatie, en volgens mij een verkeerde keuze. Het omarmen van de cognitieve vrienden binnen de oude gedragstherapeutische beroepsverenigingen gebeurde destijds niet op basis van een grondig doordachte en algemeen gedeelde visie op de grondslagen van de gedragstherapie, anders waren we nu niet opnieuw verzeild geraakt in haast identieke discussies.

Mijn promotor en mentor, Paul Eelen, gebruikte wel eens het adagium: ‘*If you want new ideas, read old books.*’ Deze in oorsprong van Pavlov afkomstige uitspraak is ook in de huidige discussie geldig. Daarom grijp ik nu even terug op de voorvaderen van de gedragstherapie, die kern en grondslagen van ons vakgebied doordacht hebben omschreven. De keuze die er ooit gemaakt is voor de naam ‘gedragstherapie’ dient goed begrepen te worden binnen de context van die tijd. Het was in eerste instantie een keuze van verzet tegen de introspectiemethode, die destijds zo gangbaar was in de psychotherapie, maar ook in de psychologie als wetenschap. In plaats van introspectie centraal te plaatsen, kwam — in lijn met het behaviorisme van die tijd — de aandacht te liggen op wat observeerbaar is: het gedrag van het individu en de

context waarin dat gedrag plaatsheeft. Hoewel men aanvankelijk nog even de benaming *conditioning therapy* overwoog (Wolpe, 1997), is men toch resoluut gegaan voor de naam *behavior therapy*. Maar — en dit is belangrijk — deze benaming heeft *nooit* geïmpliceerd dat cognities, emoties, waarden of wat dan ook niet een focus van behandeling zouden mogen zijn. We hebben immers alleen maar gedrag (en context) om mee aan de slag te gaan. Ook al beweert een behandelaar dat hij vooral met emoties of cognities werkt, hij zal dat steeds moeten doen via de toegangspoort van het gedrag (of de context). Zelfs de rabiate cognitieve wetenschapper die beweert het geheugen te bestuderen, zal dit moeten doen via gedrag en context: hij zal stimuli aanbieden en het gedrag observeren ten aanzien van die stimuli, zoals het aantal woorden dat zijn proefpersoon na een uurtje nog kan noemen. Het geheugen zal hij nooit rechtstreeks kunnen observeren of wijzigen; zijn onderzoek verloopt steeds via context en gedrag. Gedragstherapeuten, of ze nu afkomstig zijn uit de eerste, tweede of derde generatie, zijn allen gedoemd om met (context en) gedrag te werken. In die zin zijn we, zoals oorspronkelijk bedoeld door de voorvaderen uit ons domein, allen ‘gedragstherapeut’. Door contexten te wijzigen (bijvoorbeeld in mediatietherapie), ogen te laten bewegen (bijvoorbeeld in EMDR) of te spreken over metaforen (zoals in ACT) kunnen we trachten belevingen, gedachten of emoties te wijzigen, maar dat doen we steeds via de ingangspoort van gedrag.

Toen twintig jaar geleden de discussie werd gevoerd over de plaats van cognitieve therapie binnen de ‘gedragstherapie’, is men voorbijgegaan aan dit basisaxioma. Men heeft zich toen blindgestaard op de *verschillen* in de methoden die de oorspronkelijke gedragstherapeuten (eerste generatie) en cognitieve therapeuten (tweede generatie) hanteerden, maar vergat daarbij dat dit bijzaak is in het licht van de *overeenkomsten*: dat al deze methoden gedrag (en context) gebruiken als toegangspoort. Dat geldt eveneens voor alle behandelvormen waarvan men zich nu afvraagt of het wel of niet (cognitieve) gedragstherapie is. Sterker nog, dit geldt voor alle therapievormen. Daarbij is cruciaal om te blijven beseffen dat geen enkele interventie zich van een andere onderscheidt doordat ze een bijzondere ingangspoort heeft. Dit kan nooit een basis vormen om te beslissen of een methode wel of niet tot onze club kan behoren.

Waar liggen dan wel eventuele verschillen? Een eerste verschil ligt in de opinies over de causale mechanismen die aan klachten ten grondslag liggen. Een cognitief therapeut plaatst die bij maladaptieve gedachten, basisassumpties of schemata. Kort door de bocht: volgens cognitieve therapeuten zijn problemen dáárop terug te voeren, en dient men die te wijzigen als men iets wil bereiken voor zijn patiënten. Los van het feit dat een behandelaar deze assumpties en schemata nooit rechtstreeks kan aanpakken, en steeds context en gedrag als basis zal moeten nemen, is deze visie niet meer of minder dan een theoretische aanname. Men kan dan wel beweren dat een behandelaar eerst overtuigingen moet wijzigen — zodat bijvoorbeeld vermijdingsgedrag

kan afnemen — maar het omgekeerde kan ook waar zijn. Theorieën zijn hulpmiddelen in de wetenschap, en dienen getoetst, gewijzigd en uiteindelijk verworpen te worden. Nooit kan men van een theorie zeggen dat ze ‘waar’ is, alleen dat ze getoetst dient te worden, en dat bepaalde bevindingen haar meer of minder plausibel maken. Dat is een empirische kwestie. De theorieën die de grondslag vormen van EMDR, MBCT, schematherapie of ACT kunnen geen basis zijn voor ‘integratie’ of ‘uitsluiting’ van die therapievormen in een vereniging. Elke theorie dient verwelkomd te worden en vervolgens getoetst te worden in wetenschappelijk onderzoek. Een theorie is een hulpmiddel en kan nooit een dogma zijn. Theorieën zijn per definitie vergankelijk. Voor wetenschappers is het zaak om na te gaan welk model bepaald gedrag het beste beschrijft en voorspelt. Voor behandelaars geldt iets vergelijkbaars: welke theorie leidt tot effectievere interventies? Zelfs voor een empirisch relatief goed onderbouwde visie kan het best zijn dat haar meerwaarde voor de praktijk teneenvalt.

Wat zijn dan wel de grondslagen van de (cognitieve) gedragstherapie? Teruggrijpend naar de oude leermeesters zien we vier kenmerken die we als grondslag of axioma naar voren kunnen schuiven.¹ Een *eerste kenmerk* is dat de (cognitieve) gedragstherapie haar aangrijpingspunt heeft in het gedrag. Gedrag beschouwen we als een zinvolle reactie op een betekenisvolle stimulus of gebeurtenis. Ook piekeren, herinneren, verbeelding of een hartslagverhoging bij het zien van een spin is gedrag. Gedrag is alles wat geen reflex is. Het geheugen is geen gedrag, want het is geen respons, maar een theoretisch construct, dat deel is van een theoretisch model om bijvoorbeeld ‘herinneren’ als gedrag te verklaren. En omdat het een theoretisch construct is, is het overbodig. Er zijn theoretische modellen denkbaar die ‘herinneren’ verklaren zonder een beroep te doen op een concept als het geheugen. De *relational frame theory* is daarvan een voorbeeld. Waarden en emoties zijn gedrag voor zover men ze vertaalt in responsen: verbaal, fysiologisch, motorisch. Automatische gedachten zijn gedrag, maar schemata niet. Schemata zijn theoretische constructen die door sommigen gezien worden als basis voor gedrag. Het is belangrijk om gedrag duidelijk te definiëren, en een onderscheid te maken tussen wat observeerbare responsen zijn en wat een theoretisch construct is. De brede definiëring van gedrag laat veel ruimte in de wereld van de (cognitieve) gedragstherapie. Gedrag is steeds observeerbaar, al is het in sommige gevallen alleen observeerbaar voor de persoon zelf (bijvoorbeeld negatieve gedachten). In dat geval kan deze daarover rapporteren. Voor sommigen voelt zulke introspectie niet wetenschappelijk genoeg. Anderzijds is het ook niet zo dat iemand die zich beperkt tot extern observeerbaar gedrag *wel* wetenschappelijk bezig is. Ook dan gelden er vereisten van betrouwbaarheid en validiteit van observaties.

1 Zie ook hoofdstuk 5 uit de *Inleiding tot de gedragstherapie* (Hermans, Raes, & Orlemans, 2017).

Een *tweede kenmerk, axioma of grondslag* van de (cognitieve) gedragstherapie is dat ze onderschrijft dat alle gedrag aangeleerd is. Tenzij het om een reflex gaat (bijvoorbeeld de kniepeesreflex) is de respons steeds aangeleerd en door leerwetten gestuurd. De band tussen gedragstherapie en leerpsychologie was van begin af aan sterk aanwezig en sluit aan bij dit axioma. Het geeft de leerpsychologie een bijzondere plaats, maar geen unieke. Immers, naast de leerpsychologie bestaan er nog andere wetenschapstakken die ons helpen om menselijk gedrag te begrijpen: van de ontwikkelingspsychologie en de sociale psychologie via de neurowetenschappen naar de sociologie, antropologie en dergelijke. De leerpsychologie blijft hoe dan ook een kernstuk, omdat ze zich bij uitstek richt op de vraag hoe contextfactoren (stimuli en gebeurtenissen) die aan het gedrag voorafgaan en erop volgen dit gedrag sturen.

Een *derde kenmerk* van de (cognitieve) gedragstherapie is haar verankering in gedegen wetenschappelijk onderzoek. Die verankering uit zich op twee wijzen: (1) allereerst kan fundamenteel onderzoek ons informeren over het begrijpen van menselijk gedrag, in het bijzonder van problematisch menselijk gedrag. Wilson (1997, p. 548) omschrijft dit als volgt: *'The second, and probably most promising, feature of behavior therapy was that theoretical and experimental work emerging from basic psychological science could inform our understanding of human behavior, and that these developments from the laboratory could be extrapolated to clinical problems.'* (2) Daarnaast is er het praktijkgericht onderzoek, dat ingezet wordt om behandelingen die resulteren uit de kennis van het menselijk gedrag meteen aan een grondige analyse te onderwerpen. Deze verankering in gedegen fundamenteel wetenschappelijk onderzoek en de toetsing in de praktijk van de daaruit ontwikkelde behandelingen is van begin af aan kenmerkend geweest voor de gedragstherapie. Sommigen beschrijven gedragstherapie als toegepaste leerpsychologie en cognitieve therapie als toegepaste cognitieve psychologie (zie ook de forumbijdrage van van Emmerik in dit nummer van TvG). Dit is evenwel (historisch) incorrect. De band met de leerpsychologie was er aanvankelijk vooral omdat deze tak van de psychologie destijds dominant was, maar in de filosofie van de eerste gedragstherapeuten heeft de gedragstherapie zich nooit tot leerpsychologie beperkt. Gedragstherapie is toegepaste wetenschappelijke psychologie in haar geheel. Of een methodiek behoort tot de (cognitieve) gedragstherapie mag dus niet afgemeten worden aan haar band met bepaalde subdisciplines van de wetenschap. Een techniek die verankerd is in de leerpsychologie is niet méér gedragstherapeutisch dan een techniek die haar basis vindt in de ontwikkelingspsychologie. Wel cruciaal is de combinatie van de twee eerdergenoemde soorten onderzoek: uitsluitend effectonderzoek doen is niet wenselijk. Stel, dat in de behandeling van paniekstoornis het gebruik van oorkaarsen aantoonbaar effectief zou blijken, dan is dat nog geen gedragstherapie. Maar als een psychologisch model op empirische gronden verklaart waarom die oorkaarsen effectief zijn, kunnen we wel degelijk spreken van gedragstherapie. Hier knelt de schoen soms, want maar al te vaak

wordt de werkzaamheid van een methode als een voldoende voorwaarde beschouwd om die methode te incorporeren in ons vakgebied.

Een *vierde en laatste kenmerk* van de (cognitieve) gedragstherapie is dat het praktijkwerk zelf de vorm aanneemt van een empirische cyclus. Met andere woorden, een gedragstherapeut gaat te werk als een wetenschapper. Er is een vraagstelling (de aanmeldingsklacht), een fase van informatie verzamelen en theorieën opstellen (holistische theorie en functieanalyse), op basis waarvan voorspellingen worden gedaan (behandelplan), welke getest worden (toepassing van behandeltechnieken), waarna wordt nagegaan of de voorspelde veranderingen zich hebben voorgedaan (evaluatie). Deze empirische cyclus vormt het gedragstherapeutische proces, zoals dat voor het Nederlandse taalgebied aanvankelijk is uitgewerkt door Brinkman (1978). Eigenlijk is dit gedragstherapeutische proces niet meer dan een cyclus van probleemoplossing: wat is het probleem, hoe ziet het probleem er precies uit, hoe kan het gegeven deze kennis geremedieerd worden en heeft de aanpak gewerkt? Het is een werkwijze die ook gehanteerd wordt door een garagehouder die geconfronteerd wordt met een auto die niet meer start. Niks bijzonders dus, en toch! Want net hierin verschilt de gedragstherapie behoorlijk van andere therapeutische oriëntaties. Het is een kernstuk van onze identiteit. Dit wordt weleens vergeten, bijvoorbeeld wanneer gedragstherapie wordt gelijkgesteld met het toepassen van evidence-based technieken, wat hoogstens één fase is van het gedragstherapeutisch proces (met name het toetsen van de hypothese). Gedragstherapie beperken tot dit laatste zou een geweldige verarming inhouden. Gelukkig komt men ook in Angelsaksische landen hier steeds meer van terug en krijgt de fase van de theorievorming (bijvoorbeeld individuele casusconceptualisaties) weer meer aandacht.

181

Samenvattend lijkt het mij dat er (te) veel gepraat wordt over wat nu wel en wat niet (cognitieve) gedragstherapie is, maar dat in dit discours een grondige discussie over de grondslagen van de (cognitieve) gedragstherapie ontbreekt. Wat (cognitieve) gedragstherapie is, kan niet afgemeten worden aan het centraal stellen van overt versus covert gedrag, emotie, waarden of cognities. Noch kan het afgemeten worden aan het type wetenschap dat men centraal stelt. Gedrag is immers voor alle behandelaars de enige ingangspoort, en (cognitieve) gedragstherapeuten dienen zich te laten inspireren door alle wetenschap die ertoe bijdraagt menselijk gedrag te begrijpen. De (cognitieve) gedragstherapie stelt een brede definitie van gedrag voorop, is verankerd in de wetenschap, en volgt zelf een wetenschappelijke cyclus.

Met deze uitgangspunten komen we al een heel stuk verder, bijvoorbeeld wat betreft de vraag: is EMDR gedragstherapie? Welnu, een techniek op zich is geen gedragstherapie, maar hoogstens een onderdeel van een gedragstherapeutisch proces. Ze heeft daarin slechts een plaats (a) indien er redenen zijn om aan te nemen dat voor deze patiënt deze techniek zinvol kan worden ingezet, wat moet blijken uit de individuele probleemanalyse, (b) indien

er goede aanwijzingen zijn uit onderzoek om aan te nemen dat de techniek effectief kan zijn, en (c) indien er ook een empirisch ondersteund theoretisch kader is dat helpt begrijpen waarom de techniek effectief kan zijn. Als de toepassing van EMDR daaraan voldoet, dan is het gedragstherapie. Moet er een aparte vereniging zijn voor ACT of voor schematherapie? Indien deze vormen van aanpak vertrekken vanuit de hierboven genoemde vier grondslagen, dan behoren ze eigenlijk tot het domein van de gedragstherapie, en dient men de theorievorming, de toetsing ervan, de methodieken en hun effectiviteitsonderzoek te verwelkomen in VVGT of VGCT. Aparte verenigingen kunnen zinvol zijn voor eigen identiteitsvorming, maar zorgen onnodig voor *ingroup/outgroup*-verschijnselen. Iets soortgelijks geldt voor het onnodige gebruik van het epitheton 'therapie': door iets als een aparte therapie te omschrijven creëert men marktaandeel, wat goed is voor de portemonnee, maar de verwarring vergroot.

Wellicht is de naam 'gedragstherapie' niet de beste keuze, maar bij gebrek aan beter doen we het er maar mee. Net als 'emotie' is het een olifant. Om het geheel te zien, kan men maar het beste wat afstand nemen, anders staart men zich blind op een bepaald onderdeel (leerpsychologie, emotie, waarden, bepaalde technieken, evidence-based werken). Elk onderdeel is zinvol, maar vormt nooit het geheel. Een focus op evidence-based practice, zoals voorgesteld door van Emmerik, is in die zin wel zinvol, maar beperkend als leidraad voor een beroepsvereniging. Het zijn hoogstens de longen, maar niet de hele olifant.

Dirk Hermans is als hoogleraar gedragstherapie verbonden aan de KU Leuven. *Correspondentieadres:* Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie, KU Leuven, Tiensestraat 102, 3000 Leuven, België. E-mail: dirk.hermans@kuleuven.be

Summary *Come on and get on with the job! What is (cognitive) behaviour therapy? A response to van Emmerik*

Behaviour therapy is in a continuous evolution. Sometimes it changes fluently, but at times a 'paradigm-shift' changes things more drastically. This was the case when cognitive techniques entered the field some decades ago, and now again with the entrée of 'third generation' interventions. These paradigm shifts apparently induce some consternation and concern; among other things about what can be counted as (cognitive) behaviour therapy and what not. In these discussions, rather superficial differences are all too often taken into account, and the foundations of our domain are overlooked. Evidence-based practice is part of these foundations, but is merely one element. The other fundamentals are brought back to memory. Together they are a point of departure for a united framework and a firm continuation of our mission.

Keywords *behaviour therapy, evidence-based practice, foundations of CBT*

Literatuur

- Brinkman, W. (1978). Het gedragstherapeutisch proces. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen, & W. P. Haaijma (red.), *Handboek voor gedragstherapie* (A.1 t/m A.14). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hermans, D. (1998). Book review: Strongman, K. T. (1996). The psychology of emotion. Theories of emotion in perspective. *Psychologica Belgica*, 38, 50-51.
- Hermans, D. (2001). De protocolbenadering als paard van Troje: Over de valse tegenstelling tussen op maat gesneden en protocollaire behandelingen. *Gedragstherapie*, 34, 163-169.
- Hermans, D. (2013). *Over de basis van de gedragstherapie*. Lezing op uitnodiging, naar aanleiding van de 32ste Studiedag Theorie en Praktijk van de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Antwerpen, België.
- Hermans, D. (2014). *The central role of learning principles is our basic postulate! Or can CBT really evolve without?* Lezing op uitnodiging, naar aanleiding van het 44ste Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT). Den Haag, Nederland.
- Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2017). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Raes, F. (2015). De derde generatie CGT: Een vloek of een zegen? *Gedragstherapie*, 48, 61-69.
- Strongman, T. K. (1996). *The psychology of emotion: From everyday life to theory*. New York: John Wiley and sons.
- Wilson, K. G. (1997). Science and treatment development: Lessons from the history of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 28, 547-558.
- Wolpe, J. (1997). Thirty years of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 28, 633-635.

**Boeken, tests en
vragenlijsten voor psychologie
& psychiatrie professionals**

DSM-5 ONLINE

GEBRUIK DE DSM-5 OP UW MANIER



**PROBEER
GRATIS
1 WEEK UIT**



DSM-5 Online

- Eenvoudig stoornissen en classificatiecriteria opzoeken en bewaren
- De verschillen tussen DSM-IV en DSM-5 uitgelicht
- Met handige hulpmiddelen voor elk ervaringsniveau

**Lees meer en neem een proefabonnement op:
www.dsm5online.nl**

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Actieprijzen gelden
o.v.v. wijzigingen.

Aanwijzingen voor auteurs

Dit is een samenvatting. Uitgebreide instructies vindt u op www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Aanbieden van kopij

- Dien uw manuscript in via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/artikel_indienen. Voor het eventueel re-produceren van eerder gepubliceerd materiaal moet alle benodigde toestemming zijn bijgesloten.
- Wilt u uw manuscript per e-mail indienen dan dient kopij vergezeld te gaan van een begeleidende brief van de auteur, die voor de verdere correspondentie over het stuk verantwoordelijk is. De begeleidende brief moet een verklaring bevatten dat het manuscript is goedgekeurd door alle auteurs, dat het niet elders is aangeboden en dat het om oorspronkelijk materiaal gaat. Stuur uw manuscript naar redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl of naar het redactiesecretariaat: t.a.v. J.L. Wolters, Suikerplein 65, 1013 CJ Amsterdam.

Vorm van het manuscript

- Op het *titelblad* moet staan: de volledige titel, beknopt maar informatief; de naam en voorna(m)en van de auteur(s); van elke auteur de werkkring met een adres; en één correspondentieadres.
- *Artikelen* worden onderverdeeld in paragrafen, afhankelijk van het soort artikel. Bijvoorbeeld: Inleiding, Methoden, Resultaten en Discussie. In lange artikelen zal een paragraaf ter verduidelijking van de inhoud soms verder moeten worden onderverdeeld.
- Willen *gevalsbeschrijvingen* voor publicatie in aanmerking komen, dan moet het gaan om bijzondere probleemgedragingen, behandelingsmethoden en/of resultaten.
- Cliëntgegevens als namen (of afkortingen daarvan), beroepen, plaatsen en tijden dienen veranderd te worden. Eventuele klachten van cliënten die zich in beschrijvingen herkennen komen uitsluitend ten laste van de auteur(s).
- Artikelen, gevalsbeschrijvingen en bijdragen voor Kort Instrumenteel worden gevolgd door een samenvatting met trefwoorden en referenties in de Nederlandse taal, en een *summary* inclusief titel en *keywords* in de Engelse taal. Deze omvatten maximaal 150 woorden en vermelden

het doel van of de aanleiding tot de studie, de gevolgde werkwijze en de belangrijkste bevindingen en conclusies.

- Bijdragen voor de rubriek *Kort instrumenteel* moeten voldoen aan een aantal voorwaarden. Zie hiervoor de uitgebreide richtlijnen. Belangrijkst is dat het beschreven instrument zijn nut moet hebben voor gedragstherapie en gedragsdiagnostiek.
- Bij *boekbesprekingen* dient aan een aantal punten aandacht geschonken te worden. Zie hiervoor eveneens de uitgebreide auteursrichtlijnen. Het voornaamste is dat duidelijk wordt wat de sterke en zwakke kanten van het boek zijn, alsmede in hoeverre het boek een aanvulling is op bestaande literatuur.

Literatuur

Bij het vermelden van literatuurverwijzingen in de tekst en in de literatuurlijst gelden de richtlijnen van de zesde editie van de *Publication Manual* van de American Psychological Association (APA, 2009).

Figuren en tabellen

Figuren en tabellen moeten logisch aansluiten bij de tekst. Door middel van een aanwijzing in de tekst moet worden aangegeven waar de figuur of tabel bij voorkeur moet worden ingevoegd. Illustraties en grafieken worden aangeduid als figuren.

GEDRAGSTHERAPIE

Eenenvijftigste jaargang, nummer 2, juni 2018

Pagina 61– 184

- 61 *Redactioneel*
- 62 *Voorwoord*
-
- 64 **Theo Bouman, Filip Raes & Kim de Jong** — Evidence-based practice — De verhouding tussen clinicus, patiënt en wetenschap
- 72 **Bea Tiemens** — Omgeven door relaties — Evidence-based werken in de geestelijke gezondheidszorg
- 85 **Glenn Waller & Hannah Turner** — Het terugdringen van therapeutische dwaling — Waarom goedwillende clinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen
- 112 **Anja Greeven & Nienke van Sambeek** — Hoe evidence-based werken cognitief gedragstherapeuten in de praktijk? — Resultaten van een enquête
- 122 **Kristof Hoorelbeke, Elien Pieters, Laura de Putter & Ernst Koster** — Van artikel tot klinische praktijk — Praktische aanbevelingen voor kritische beoordeling van wetenschappelijke evidentie
- 132 **Ernst Koster, Elien Pieters, Kristof Hoorelbeke & Laura de Putter** — Evidence-based werken binnen de klinische psychologie — Efficiënt informatie zoeken 2.0
- 145 **Marcus Huibers** — Gepersonaliseerde psychotherapie voor depressie — De zwarte doos van CGT
- 158 **Marija Maric** — Single-case experimentele designs in cognitieve gedragstherapie
- 171 **Arnold van Emmerik** — Evidence-based practice en de VG(C)t
- 175 **Dirk Hermans** — Komaan zeg, mannekes! — Wat is nu (cognitieve) gedragstherapie? Een reactie op van Emmerik