



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Idolen van de klinisch psycholoog

Spinhoven, P.

Citation

Spinhoven, P. (1999). *Idolen van de klinisch psycholoog*. Leiden: Leiden University Press. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/5372>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/5372>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Idolen van de klinisch psycholoog

Rede uitgesproken door

Ph. Spinhoven

bij de openlijke aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de faculteit der Sociale Wetenschappen en de faculteit der Geneeskunde om werkzaam te zijn op het vakgebied van de klinische psychologie aan de Universiteit Leiden op vrijdag 10 september 1999.

Het mensbeeld en zijn eigenschappen wordt pas tot idool wanneer het in de wetenschap als vanzelfsprekende vooronderstelling gaat fungeren. De psychologie, die mensengedrag door mensengedrag onderzoekt, is in deze zelfbetrokkenheid voor idolen dubbel kwetsbaar.¹

Johannes Linschoten
1925-1964

Ter nagedachtenis aan mijn moeder

Inleiding

Zelfbetrokkenheid van de (klinisch) psycholoog

De centrale vraag die ik in deze rede wil behandelen is waarom klinisch psychologen bij de behandeling van psychische stoornissen zo weinig gebruik maken van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de behandeling van deze stoornissen en of klinisch psychologische verklaringen van psychische stoornissen wel anders en beter zijn dan die van de common sense? Deze vraag klinkt u wellicht triviaal in de oren, maar het is hierbij goed te beseffen dat de psychologie het twijfelachtige voorrecht geniet een gebied te bestrijken waar vrijwel iedereen zich bevoegd acht. Het is niet te hopen dat het sinds enige jaren niet langer wettelijk beschermd zijn van de titel psycholoog het standpunt van de overheid op dit punt uitdrukt. In zijn nog steeds magistrale boek *'Idolen van de psycholoog'*¹ uit 1964 bracht Linschoten een voor de psychologie fundamenteel probleem naar voren, namelijk: niets menselijks is de psycholoog vreemd en als alle anderen deelt hij voor een groot gedeelte de common sense psychologie van alledag. Ik citeer: *'De psychologie onderzoekt verschijnselen zoals waarnemen, denken, enz., die in het onderzoek tegelijkertijd object van onderzoek en onderzoeksmiddel zijn'*. Hij noemde dit de zelfbetrokkenheid van de psychologie.

Wij hebben allen bepaalde gemeenschappelijke of persoonlijke overtuigingen over menselijk gedrag. Zo kan de common sense psycholoog in ons allen van mening zijn dat als iemand depressief wordt in aansluiting op ontslagen worden op zijn werk en een pijnlijke echtscheiding, deze combinatie van ingrijpende levensgebeurtenissen wel de oorzaak van de depressie zal zijn. Als behandeling kunnen we als common sense psycholoog na een korte of langere periode van vriendschappelijke gesprekken ter *'verwerking'* van deze verlieservaringen adviseren om nieuwe levensdoelen te stellen en na te streven, zoals het zoeken van een nieuwe betrekking of eventueel een nieuwe partner. De vraag hierbij is of de professionele klinisch psycholoog in deze meer of iets anders te bieden heeft dan de common sense psycholoog?

Common sense psychologie is echter geen wetenschappelijke kennis. De juistheid ervan kan eventueel wetenschappelijk worden geverifieerd of gefalsificeerd, geheel of ten dele. De psychologie als wetenschap vraagt hierbij van haar beoefenaars een besef van hun dubbele rol van gewoon mens en onderzoeker en een methodische bezinning op de verhouding van die twee rollen.¹ In de psychologie als wetenschappelijke discipline kan het mensbeeld van de common sense als vanzelfsprekende vooronderstelling gaan fungeren en hierdoor tot idool van de psycholoog worden. Doordat de

psychologie mensengedrag door mensengedrag onderzoekt, is de psychologie dubbel kwetsbaar voor idolen. Met deze probleemstelling van de dubbele kwetsbaarheid voor vanzelfsprekende vooronderstellingen vanuit de common sense, voor idolen, wil ik nader ingaan op de vraag waarom klinisch psychologen bij de behandeling van psychische stoornissen zo weinig gebruik maken van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en of klinisch psychologische verklaringen van psychische stoornissen wel anders en beter zijn dan die van de common sense?

Voordat ik op deze centrale vraag kan ingaan, zal ik eerst kort enige gegevens presenteren, die zeker voor de toehoorder die minder vertrouwd is met de klinische psychologie een noodzakelijke achtergrond voor de bespreking van mijn centrale vraag vormen. Het gaat om de volgende drie onderwerpen:

- a) hoe vaak komen psychische stoornissen voor?;
- b) bestaan er op grond van wetenschappelijk onderzoek effectief gebleken behandelingen voor psychische stoornissen?; en
- c) passen klinisch psychologen deze empirisch ondersteunde behandelingen ook daadwerkelijk in hun behandelpraktijk toe?

Vóórkomen van psychische stoornissen

Psychische stoornissen komen ook in Nederland veelvuldig voor.^{2,3} 41 % Van de volwassenen Nederlanders heeft ooit tenminste één stoornis gehad, terwijl het vóórkomen over de voorgaande 12 maanden 23 % en de afgelopen maand 16 % is. Stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholmisbruik of -afhankelijkheid komen ongeveer even vaak voor, namelijk bij één op de 5 volwassen Nederlanders ooit in het leven. In de geestelijke gezondheidszorg gaat jaarlijks f 5 miljard om, waarvan f 3,5 miljard voor intramurale zorg en f 1,5 miljard voor semi- en extra-murale zorg. Dit lijkt wellicht veel, maar het is goed om u te realiseren dat dit ongeveer hetzelfde bedrag is als we in Nederland in de private en publieke sector jaarlijks besteden aan de aanschaf van computers en terminals.⁴ Ruim 85% van de personen die de afgelopen 12 maanden een psychiatrische diagnose hadden, heeft géén hulp gezocht bij of is niet doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ. Het aantal mensen dat wel behoefte heeft aan enigerlei vorm van hulp, maar zich niet tot de hulpverlening wendt, bedraagt jaarlijks ongeveer 400.000.⁵

Rechtvaardigt de grootte van deze nog steeds toenemende vraag naar hulp bij psychische problemen echter een groter aanbod van GGZ-voorzieningen door psychiaters, klinisch psychologen of psychotherapeuten? Met andere woorden: bestaan er wel empirisch ondersteunde effectieve behandelingen voor deze problemen?

Empirisch ondersteunde behandelingen voor psychische stoornissen

Het beschikbare onderzoek naar de effectiviteit van psychologische behandelingen laat zien dat het merendeel van de patiënten met uiteenlopende klachten en problemen

baat heeft bij enigerlei vorm van psychologische behandeling.⁶⁻¹⁰ Onmiskenbaar beïnvloeden algemene therapiefactoren¹¹ (zoals de kwaliteit van de therapeutische relatie), kenmerken van de behandelaar¹² (zoals zijn vermogen tot empathie) of kenmerken van de patiënt¹³ (zoals zijn motivatie tot verandering) het resultaat van de behandeling. Bij het evalueren van empirisch ondersteunde behandelingen gaat het echter om de vraag welke welomschreven psychologische behandelingen bij welomschreven groepen van patiënten in gecontroleerd onderzoek effectief zijn gebleken.¹⁴

De uitspraak van de dodo vogel uit 1975, dat alle therapieën even effectief zijn en dat *'It is true that everyone has won and all must have prizes'*¹⁵ stemt niet meer overeen met de resultaten van sindsdien verricht onderzoek. Hieruit blijkt, dat voor veel frequent voorkomende psychische stoornissen empirisch ondersteunde psychologische behandelingen beschikbaar zijn en bovendien dat er verschillen qua effectiviteit tussen onderscheiden behandelmethoden bestaan.¹⁶⁻¹⁸ Het gaat hierbij om empirisch ondersteunde behandelingen voor vaak voorkomende psychische stoornissen, zoals depressie, paniek, dwang, posttraumatische stress, sociale fobie, specifieke fobieën, eetstoornissen, huwelijksproblemen, en de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Hierbij is het trouwens van belang om op te merken, dat de effectiviteit van sommige psychotherapieën wel ondersteund wordt door resultaten van gecontroleerde onderzoeken, terwijl voor de effectiviteit van andere interventies geen of onvoldoende empirische gegevens beschikbaar zijn. Dit ontbreken van effectiviteitsonderzoek is niet toevallig over de verschillende therapierichtingen verdeeld. Terwijl er veel onderzoek vanuit de cognitieve en gedrags-therapie is uitgevoerd, geldt dit in veel mindere mate voor onderzoek vanuit de psychodynamische en client-centered benadering. Niet onderzocht betekent uiteraard niet niet-effectief, maar die behandelingen waarvan de effectiviteit ondersteund wordt door empirisch onderzoek verdienen de voorkeur als eerste behandeling.¹⁹ Stel dat u als patiënt met een ernstige somatische ziekte bij een arts komt. Krijgt u dan liever de behandeling waarvan de effectiviteit in verschillende gecontroleerde studies is aangetoond of de behandeling waarmee de arts vertrouwd is en goede persoonlijke ervaringen heeft opgedaan?

Toepassing van empirisch ondersteunde vormen van behandeling in de dagelijkse praktijk

Passen klinisch psychologen in hun dagelijkse behandelpraktijk wel empirisch ondersteunde behandelingen toe? Hierover is zo goed als niets bekend. Op basis van patiëntbeschrijvingen van Nederlandse psychiaters en psychotherapeuten valt hierover slechts in globale zin iets te zeggen.²⁰ Hieruit blijkt dat bij veel voorkomende stoornissen, zoals angst en depressie, empirisch ondersteunde psychologische behandelingen (d.w.z. over het algemeen meer directieve vormen van psychotherapie) door psychotherapeuten minder vaak worden toegepast dan niet of onvoldoende empirisch ondersteunde vormen van psychotherapie (d.w.z. ontdekkende vormen van psychotherapie).

Worden klinisch psychologen door hun beroepsgroep dan niet gestimuleerd om meer evidence-based te werk te gaan? Zeker niet altijd. Zo geeft de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) richtlijnen voor een min of meer gestandaardiseerde vorm van kortdurende psychotherapie voor depressie.²¹ De effectiviteit van deze behandeling is echter als zodanig nooit empirisch onderzocht. Er wordt voorgesteld om minimaal de werkzame elementen van twee wel empirisch ondersteunde therapievormen voor depressie aan te bieden (te weten cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie). Wat de werkzame ingrediënten zijn is helaas niet bekend en wordt verder ook niet aangegeven. Het lijkt het bedenken van een nieuw recept door het maken van een cocktail op basis van twee bekende recepten. Het ontwikkelen van de NVP richtlijnen lijkt een voorbeeld van het in ons land gangbare poldermodel, waarbij geen expliciete keuze voor een bepaalde behandelvorm hoeft te worden gemaakt. Richtlijnen van beroepsorganisaties voor de psychologische behandeling van andere psychische stoornissen ontbreken voornamelijk in Nederland.

Hoe zit het dan met de volgende generatie van klinisch psychologen? Voor zover mij bekend bestaat er in Nederland geen systematisch onderzoek naar pre- of postdoctorale opleidingsprogramma's om na te gaan of hierin een training wordt gegeven in die behandelmethodieken die op grond van wetenschappelijk onderzoek effectief zijn gebleken. Er is geen reden om aan te nemen dat de situatie in ons land gunstig afsteekt bij die van bijvoorbeeld de Verenigde Staten. Daar blijkt dat in het gemiddelde pre- and postdoctorale opleidingsprogramma klinische psychologie in nog niet de helft van de volgens de American Psychological Association empirisch ondersteunde behandelingen een training wordt gegeven.¹⁸

Idolen in de klinisch psychologische praktijk

Na deze inleidende informatie over het veelvuldig voorkomen van psychische stoornissen, het bestaan van empirisch ondersteunde behandelingen hiervoor en het weinig gebruik maken hiervan in de dagelijkse hulpverleningspraktijk, kom ik tot mijn centrale vraag. Waarom passen klinisch psychologen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek zo weinig toe? Volgens Linschoten¹ gaat het bij hulpverlening bij psychische problemen vaak om het gebruiken van wetenschappelijke gegevens en uitkomsten die buiten het gebied van de wetenschap in engere zin vallen en die normatieve beslissingen ten aanzien van het persoonlijk leven betreffen. Volgens Linschoten is de psychologische praktijk in dit opzicht in feite een onderdeel van het maatschappelijk werk en valt deze hiermee ten prooi aan de common sense.

In de medische wetenschap wordt het medisch handelen daarentegen vaak wel beschouwd als een vorm van toegepaste wetenschap.²² Is de tegenwerping van vele klinisch psychologen, dat de bevindingen van empirisch onderzoek niet in hun dagelijkse behandelpraktijk toepasbaar zijn geen idool, gekoesterd om die werkwijze te kunnen blijven voortzetten, die de persoonlijke voorkeur geniet en vaak overeenstemt met het mensbeeld van de behandelaar? Heeft Linschoten niet ongewild door de toepassing van psychologische procedures bij de behandeling van psychische stoornissen buiten de wetenschap te plaatsen deze idool mede gevoed?

Er zijn vele redenen te noemen waarom empirisch ondersteunde behandelingen weinig in de praktijk worden toegepast.²³ Ik beperk me hier tot twee onderbehandelaars vaak genoemde opvattingen met een mogelijk hoog idool-gehalte, te weten:

- 1) empirisch onderzoek geeft informatie over een niet bestaande gemiddelde patiënt, terwijl therapeuten behandelbeslissingen moeten nemen over specifieke, unieke patiënten;
- 2) empirisch ondersteunde behandelprotocollen geven richtlijnen voor de behandeling van milde of enkelvoudige stoornissen, terwijl de meeste patiënten complexe of meerdere stoornissen hebben.

Onderzoek gaat over een niet bestaande gemiddelde patiënt

Tegenwerping één raakt aan een fundamentele discussie, namelijk dat van klinisch oordeel versus statistisch predictie.²⁴ Vele therapeuten, vooral als zij er geen ervaring mee hebben, ervaren een gestandaardiseerd behandelprotocol als een keurslijf, dat het hen onmogelijk maakt om op grond van klinische ervaring en expertise de behandeling op maat te snijden. Het confectiepak van een standaard behandeling bij een bepaalde psychiatrische diagnose spreekt vele psychologen minder aan dan een uniek zelf ontworpen maatpak. Immers psychiatrische diagnoses betreffen heterogene individuen en verschaffen geen psychologische analyse van de factoren die de klachten veroorzaken en in stand houden en die van persoon tot persoon kunnen verschillen.²⁵

Het lijkt gerechtvaardigd de kritische vraag te stellen of deze vermeende superioriteit van het klinisch oordeel geen idool is. Recentelijk zijn enige studies verschenen waarin gevonden werd dat therapeuten, die een gestandaardiseerd behandelprotocol volgden betere behandelresultaten bereikten dan therapeuten die op grond van hun klinisch oordeel de behandeling individueel konden aanpassen aan de unieke behoeften en wensen van hun patiënten.^{26, 27} Een standaard behandeling bestaat veelal uit verschillende onderdelen en blijkbaar worden door de bank genomen die factoren die bij de meeste patiënten in wisselende mate een rol spelen bij het ontstaan en voortbestaan van hun klachten in voldoende mate bewerkt. Een standaardbehandeling is vaak te vergelijken met een schot hagel op een vrij heterogene groep van patiënten. Uiteraard werkt een standaardbehandeling niet altijd.²⁸ Dat is ook niet de vraag. De vraag is of een standaardbehandeling door de bank genomen even goed of zelfs beter werkt dan een geïndividualiseerde behandeling gebaseerd op een mogelijk te subjectief oordeel van de behandelaar.

Meer in het algemeen is herhaaldelijk aangetoond dat voorspellingen van getrainde klinische experts, die hun voorspellingen baseren op alle aanwezige informatie en deze informatie integreren op basis van hun begrip van de unieke kenmerken van een specifiek geval niet beter of zelfs slechter zijn dan statistische predicties.²⁹ Dit gaat met name ook op voor psychotherapie kenmerkende situaties, waarin complexe informatie moet worden beoordeeld en het oordeel intuïtieve en subjectieve aspecten heeft.²⁸ Een fascinerende patiënten casus met persoonlijke details spreekt vele klinici meer aan dan informatie in de vorm van *'waarschijnlijke, maar bleke'* onderzoeksgegevens.³⁰

Op grond van deze overwegingen en gegevens is het vermoeden gerechtvaardigd om in dit verband te spreken van de idool van de *'self-exeption fallacy'* (de dwaling dat wat voor allen geldt, niet voor de psycholoog geldt).¹ Ook de psychotherapeut lijkt niet immuun voor redeneerfouten zoals de *'availability heuristic'* of *'confirmatory bias'*. Hij generaliseert op grond van zijn recente ervaringen met een beperkte groep van patiënten en zoekt selectief naar bevestiging voor zijn opvattingen. De beste manier om ons als beroepsbeoefenaars te beschermen tegen de verborgen werkzaamheid van dit idool is striktheid van wetenschappelijke spelregels. Gecontroleerde studies van voldoende omvang zijn geschikt om specifieke voorspellers van behandel succes te identificeren, die een meer objectieve indicatie voor een bepaalde behandeling mogelijk maken dan op grond van een klinisch oordeel mogelijk is.³¹ Dit is een belangrijk gebied voor verder onderzoek.

Echte patiënten hebben meer complexe problemen

Tegenwerping twee betreft het onderscheid tussen enerzijds effectiviteit (efficacy) zoals blijkt uit gecontroleerd empirisch onderzoek en anderzijds doelmatigheid (effectiveness) zoals blijkt uit de dagelijkse behandelpraktijk.

Uitspraken als *'the first law of research (is): Don't use real patients'*³² suggereren

echter dat het bestaande psychotherapie effectiviteitsonderzoek niet generaliseerbaar is naar de dagelijkse therapiepraktijk. De tegenwerping, dat empirisch ondersteunde behandelprotocollen in de dagelijkse praktijk niet toepasbaar zijn heeft onder meer te maken met de vaak strenge selectie van patiënten, die in aanmerking komen voor behandeling in het kader van een gecontroleerde studie. Zo werden in de tot nu toe meest omvangrijke studie van farmacotherapie en psychotherapie bij een depressie³³ maar 45% van de eventueel geschikte patiënten met een depressie tot de studie toegelaten.

Is het inderdaad een *'uniformiteitsmythe'*³⁴ van voorstanders van gecontroleerd effectiviteitsonderzoek om te veronderstellen dat de resultaten hiervan toch zijn te generaliseren naar de dagelijkse klinische praktijk. Dit lijkt niet het geval: het effect van psychologische behandeling bij patiënten die representatief zijn voor de klinische praktijk is vergelijkbaar met het effect dat gevonden wordt bij minder representatieve groepen van patiënten.³⁵ Verder blijkt een uit gecontroleerd onderzoek effectief gebleken behandeling zonder verlies aan effectiviteit toegepast te kunnen worden in een reguliere behandelsetting met andersoortige patiënten en behandelaars.³⁶ Tenslotte blijkt de effectiviteit van een behandeling bij patiënten, die deelnamen aan een gecontroleerd onderzoek vergelijkbaar met de effectiviteit van dezelfde behandeling wanneer deze wordt toegepast bij die patiënten, die werden uitgesloten of weigerden deel te nemen aan het gecontroleerde onderzoek.³⁷

Het niet kunnen generaliseren naar de dagelijkse behandelpraktijk wordt ook vaak in verband gebracht met het probleem van co-morbiditeit, dat wil zeggen het tegelijkertijd voorkomen van meerdere psychische stoornissen bij dezelfde persoon. Zo neemt een kleine groep van 9.2% van de Nederlandse bevolking met drie of meer psychische stoornissen maar liefst eenderde van alle psychische stoornissen gedurende het afgelopen jaar voor haar rekening.² Zoals vaker in het leven is er geen sprake van distributieve rechtvaardigheid. Zo incasseert 7 % van de mensen met een hoger inkomen ruim 45 % van het totale belastingvoordeel ten gevolge van de hypotheek-aftrek. Hoe een standaard protocol voor depressie toe te passen bij een patiënt die niet alleen depressief is, maar ook nog last heeft van een angststoornis, alcoholmisbruik, ernstige huwelijksproblemen en een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis?

Het probleem van meerdere tegelijkertijd voorkomende psychische stoornissen is mijns inziens voor een aanzienlijk deel terug te voeren op de heden ten dage gangbare diagnostische gewoonten. Het gebruik van een diagnostisch classificatiesysteem van psychische stoornissen suggereert te veel het bestaan van onderscheiden en afzonderlijke psychische ziektebeelden met een eigen etiologie, beloopsvorm en reactie op behandeling.³⁸ Classificeren is echter niet gelijk te stellen met *'to carve nature at its joints'*. Classificeren is een onderlinge afspraak om de verschijnselen met een bepaald doel voor ogen te ordenen.³⁹ Het aantal psychische stoornissen in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-I, de DSM-I, uit 1952⁴⁰ bedroeg meer dan 100, terwijl in de DSM-IV uit 1994⁴¹ dit aantal is uitgegroeid tot ruim 800. Deze wildgroei aan categorieën in een periode van nauwelijks 50 jaar lijkt eerder een teken

van wetenschappelijke achteruitgang dan progressie.

Psychiaters en klinisch psychologen moeten ervoor waken van de DSM geen idool te maken. Sommige psychiaters en klinisch psychologen schijnen wel eens te vergeten, dat het huidige dominante classificatiesysteem, de DSM⁴¹, niet alleen op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar bovenal op openbaring door de 27 leden van de DSM- Task Force en de verschillende workgroups van de American Psychiatric Association is gebaseerd. Of dit zogenaamde a-theoretische classificatiesysteem van psychische stoornissen met het oog op effectiviteitsonderzoek en indicatiestelling voor psychische behandeling optimaal is valt sterk te betwijfelen. De tijd lijkt rijp voor het ontwikkelen en toetsen van meer theoretisch gebaseerde multidimensionele benaderingen van psychopathologie, die betere aangrijpingspunten voor indicatiestelling en behandeling zouden kunnen bieden.⁴²

Anderzijds roept het bestaan van meerdere psychische stoornissen de vraag op wat de focus van de behandeling moet zijn en op welke wijze en in welke volgorde meerdere gestandaardiseerde behandelcomponenten in de tijd kunnen worden toegepast. Het vóórkomen van meerdere stoornissen hoeft trouwens niet automatisch te betekenen, dat de behandeling minder succesvol zal verlopen. Zo blijkt bij de behandeling van paniek dat de aanwezigheid van andere psychische stoornissen⁴³ of een persoonlijkheidsstoornis⁴⁴ niet van invloed is op het behandelresultaat. Desalniettemin blijft staan dat de beschikbare empirisch ondersteunde behandelprotocollen zich vrij exclusief op één bepaalde stoornis richten. Er zou meer aandacht moeten worden gegeven aan het behandelen of hanteren van gelijktijdig aanwezige andere psychische stoornissen. Er bestaat een duidelijke behoefte aan onderzoek naar de doelmatigheid van empirisch ondersteunde vormen van behandeling in de dagelijkse praktijk ten einde de bestaande behandelprotocollen verder te ontwikkelen en te verfijnen. In principe is dit een voor empirisch onderzoek toegankelijke vraag.

Het ideaal van empirisch ondersteunde behandeling in de klinische praktijk

Hopelijk heeft het voorgaande voldoende duidelijk gemaakt dat naar mijn oordeel opleiders en behandelaars hun gedrag niet primair door idolen moeten laten leiden, maar zich sterker zouden moeten richten op empirische evidentie aangaande de effectiviteit van behandelprotocollen voor bepaalde psychische aandoeningen. Dit is niet hetzelfde als het klakkeloos toepassen van in gecontroleerd onderzoek empirisch ondersteunde behandelingen in de klinische praktijk. Sackett et al.²² parafraserend zou evidence-based psychologische behandeling als volgt gedefinieerd kunnen worden: *‘Evidence-based psychologische behandeling is het zorgvuldig, expliciet en weloverwogen gebruik maken van de beschikbare beste evidentie in het nemen van beslissingen over de zorg van individuele patiënten’*. Evidence-based werken is derhalve een manier van werken, waarbij primair gezocht wordt naar wat op een bepaald moment de wetenschappelijk meest gefundeerde gegevens rond een bepaald probleem zijn ten einde deze toe te passen bij een individuele patiënt. Evidence-based werken wantrouwt

overgeleverde kennis en gezond verstand en heeft eveneens weinig vertrouwen in ongesystematiseerde klinische ervaring in de vorm van een *'klinische blik'* of *'klinische intuïtie'*.

Hier wordt vaak tegen ingebracht dat in de praktijk evidence-based werken geen haalbaar ideaal is. Is deze tegenwerping terecht? Zoals zonet genoemd zijn er nog veel open en relevante vragen voor indicatiestelling en protocolontwikkeling op dit gebied. Verder spreekt wetenschap weliswaar over de volle werkelijkheid, maar niet over de werkelijkheid in haar volheid, zoals psychotherapeuten dat graag doen.⁴⁵ De wetenschappelijk psycholoog tracht met behulp van onderzoek algemeen geldige kennis te verwerven. Wordt deze algemene kennis toegepast op een enkele proefpersoon, dan fungeert deze als exemplaar van een type. Therapeuten spreken echter niet over proefpersonen, maar over personen of cliënten. Omgekeerd fungeert de psycholoog die wetenschappelijke principes toepast idealiter als instrument die op grond van een classificatie van formele, liefst kwantitatieve kenmerken vervolgens als experimentator een therapie toepast. Maar therapeuten spreken niet over zichzelf als *'sorteermachines'*⁷¹ of experimentatoren, maar onderkennen het belang van hun persoonlijke kwaliteiten in het kader van de therapeutische relatie.

Wordt de toegepaste klinische psychologie inderdaad geplaagd voor de keuze voor een wetenschappelijke, maar onmenselijke psychologie of een menselijke, maar onwetenschappelijke psychologie.⁴⁶ Het gebruik van empirisch ondersteunde behandelingen vraagt van de behandelaar meer dan technische competentie in het toepassen van specifieke behandelmethoden.²⁴ In empirisch ondersteunde behandelingen zijn algemene therapiefactoren zoals de kwaliteit van de therapeutische relatie van even groot belang als in niet-gestandaardiseerde behandelingen. Behandelprotocolen beschrijven vooral de toe te passen specifieke technieken. Maar het blijft een kunst responsief te blijven voor de veranderlijke emotionele behoeften van de patiënt bij het systematisch toepassen van gestructureerde interventies. Het streven naar een wetenschappelijke basis voor de toepassing van psychologische kennis in de klinische praktijk lijkt derhalve een streven naar een nooit of alleen tijdelijk te bereiken ideaal. De klinisch psycholoog die zijn academisch wetenschappelijke roeping in de klinische praktijk trouw blijft, lijkt veroordeeld tot eeuwige *'sisyphusarbeid'*⁷⁷

Idolen in klinisch psychologische theorieën

Ik kom nu toe aan het tweede deel van mijn vraag: zijn klinisch psychologische verklaringen van psychische stoornissen wel anders en beter dan die van de common sense? Hippocrates zei: *'Wie geneest heeft gelijk'*. Maar het is in de medische wetenschap al lang bekend, dat het gevaarlijk en onjuist is om op grond van de empirisch aangetoonde effectiviteit van een behandeling conclusies te trekken over de oorzaken van klachten. In de medische wetenschap zijn eeuwenlang met wisselend succes uiteenlopende procedures toegepast, zoals het zetten van bloedzuigers om het bloed van de zieke te reinigen zonder dat de hieraan ten grondslag liggende modellen over de oorzaken van de ziekte houdbaar bleken.

Cognitieve psychologie en common sense

Wanneer we terugkeren naar ons voorbeeld van de psychologische behandeling van psychische stoornissen dringt zich ook de vraag op of -ondanks de aantoonbare effectiviteit van procedures zoals cognitieve therapie- het model, dat ten grondslag ligt aan deze behandeling wel klopt. Kort samengevat wordt in de cognitieve modellen van psychopathologie⁴⁸ aangenomen dat psychologisch (dis)functioneren begrepen moet worden vanuit de betekenis die een persoon geeft aan zijn omgeving en zijn relatie tot deze omgeving. De functie van deze betekenisgeving (zowel op een niet-bewust automatisch niveau als op een meer bewust en gecontroleerd niveau) is het activeren van allerlei psychologische systemen (zoals die van emotie, aandacht, geheugen en gedrag) die aanpassing aan de omgeving beïnvloeden. Psychopathologie is het resultaat van een disfunctionele betekenisgeving met betrekking tot het zelf, de ervaren omgeving en persoonlijke toekomstige doelen. Iedere vorm van psychopathologie heeft kenmerkende vormen van disfunctionele betekenisgeving. Zo is er bij angstklachten sprake van een onzekere toekomst, een als gevaarlijk ervaren omgeving en een zelf dat als ontoereikend wordt ervaren om de situatie adequaat het hoofd te bieden.

Dit model van de cognitieve psychologie lijkt erg veel op dat van de common sense, waarin gedrag eveneens verklaard wordt in termen van bepaalde opvattingen en doelen.⁴⁹ Deze vorm van psychologische verklaring wordt klaarblijkelijk in alle culturen gebruikt, zelfs voordat er zoiets als psychologie als wetenschap bestond. Betekent dit dat het voorwetenschappelijk zo niet onwetenschappelijk is om gedrag te verklaren in termen van betekenisvolle mentale toestanden?¹ Klinisch psychologen stellen hun patiënten regelmatig vragen, zoals welk aspect van de situatie maakt je met name bang of wat maakt het dragen van dit verlies juist zo moeilijk voor je. Maar zijn dit soort zelf-rapportages wel een valide maat van de mentale processen die ze verondersteld worden te beschrijven. Volgens Linschoten¹ wordt bij het stellen van deze vragen impliciet uitgegaan van een idool: de mens als beeld Gods. Tot de trekken van het beeld Gods behoren onder meer, dat de mens een onpartijdige

universele beoordelaar is en wordt gekenmerkt door rede en inzicht. Mensen houden echter gemakkelijk hun motiveringen waarmee ze hun gedrag achteraf verklaren of rechtvaardigen in het licht van hun persoonlijk waardensysteem voor een beschrijving van hun daadwerkelijke motieven.⁵⁰ Zoals Spinoza reeds in 1677 schreef, gelooft de mens dat hij vrij is omdat hij zich bewust is van zijn handelingen, maar zich niet bewust is van de oorzaken van zijn handelingen.⁵¹

We zijn hier weer aanbeland bij het probleem van de zelfbetrokkenheid van de psychologie bij de verklaring van menselijk gedrag. Linschoten¹ zocht hiervoor een oplossing door een strikt onderscheid te maken tussen onze eerste aangeboren, biologische natuur, die voornamelijk door onze genen wordt bepaald en onze tweede natuur, ons aangeleerde, culturele gedrag, die volgens hem een schepping is van de per cultuur wisselende common sense. Doordat de wetenschappelijke psychologie zich richt op de eerste natuur en de tweede natuur overlaat aan de common sense kan ze onbevooroordeeld, zonder beïnvloed te worden door de idolen van de common sense streven naar algemeen geldende kennis over het gedrag van alle mensen van alle tijden.

Volgens Linschoten zijn alle verklaringen en voorspellingen van gedrag in termen van interpretaties en intenties dus pseudo- wetenschappelijke en het domein van de common sense.¹ Maar deze voorspellingen van gedrag in termen van betekenisvolle mentale toestanden zijn over het algemeen genomen wel erg effectief in ons dagelijks sociale leven. Gelukkig leven we in een wereld waarin we het gedrag van onszelf en onze medemensen met redelijk succes kunnen voorspellen. De cognitieve (leer)theorie heeft duidelijk gemaakt dat het gedrag van mensen en hogere diersoorten 'intelligent' is, dat wil zeggen niet alleen een automatische en mechanische reactie op de omgeving. Menselijk en ook dierlijk gedrag is doelgericht en veelal plastisch in plaats van niet-doelgericht en stereotiep.⁵² Ook ratten die geleerd hebben in een doolhof naar een bepaald doel te gaan doen dit zwemmend als het doolhof onder water wordt gezet. De term 'informatie' is uitermate relevant in dit verband.⁵³ Voor het verklaren van doelgericht en plastisch gedrag is het nodig om te veronderstellen dat informatie over de omgeving wordt verworven en verwerkt en dat deze representatie van de omgeving het gedrag stuurt. In de cognitieve psychologie en neurowetenschappen wordt aangenomen dat hersenprocessen gecodeerde informatie dragen, die de rol van de hersenen bij het reguleren van gedrag verklaart. Hierdoor wordt het onderscheid tussen de eerste en tweede natuur minder absoluut dan door Linschoten werd gesteld. Causaliteit en intentionaliteit sluiten elkaar niet wederzijds uit.⁵³

Het probleem van introspectie

Het in principe accepteren van intentionele mentale toestanden als mogelijke causale verklaringen van gedrag impliceert niet dat personen zich ook per definitie bewust zijn van deze toestanden. Patiënten met angst geven bijvoorbeeld aan dat het niet rationeel is om bang te zijn voor een bepaalde situatie of ontkennen zelfs hier

angstverwekkende gedachten over te hebben. Blijkbaar kan informatie over de omgeving worden gecodeerd en kan deze representatie of wel deze informatie het gedrag sturen zonder dat de persoon hiervan volledig of gedeeltelijk bewust hoeft te zijn.

Een mooi voorbeeld om dit te illustreren aan de hand van experimenteel neuro-cognitief psychologisch onderzoek is angst. Cognitief psychologen veronderstellen dat personen met een angststoornis een bedreiging in de omgeving anders verwerken dan personen zonder een angststoornis. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen automatische en strategische manieren van informatieverwerking. Automatische informatieverwerking vraagt géén cognitieve capaciteit (dat wil zeggen inspanning, energie, hulpbronnen), kan buiten het bewustzijn om plaatsvinden en vindt onwillekeurig plaats. De term *'cognitief onbewuste'* wordt heden ten dage gebruikt om die mentale structuren en processen te beschrijven, waarvan de persoon zich niet bewust is, maar die desalniettemin de bewuste ervaring, gedachten en handelingen bepalen.⁵⁴ Strategische manieren van informatieverwerking daarentegen vragen aandacht en verwerkingscapaciteit, vinden bewust plaats en zijn intentioneel ofwel willekeurig. Ons bewustzijn lijkt het topje van een ijsberg van informatieverwerking te zijn. Bij angst lijken onwillekeurige en veelal niet-bewuste processen van belang. Zo richt een persoon met een paniekstoornis selectief zijn aandacht op die lichamelijke sensaties die een mogelijk gevaar inhouden en is hij geneigd deze als gevaarlijker te interpreteren dan objectief het geval is: hartkloppingen kunnen een naderend hartinfarct aankondigen of een gevoel van onwerkelijkheid een verlies van controle. Dit gebeurt zonder dat hij hierover controle heeft en zonder dat hij zich hiervan bewust hoeft te zijn.

Bevindingen van neuro-psychologisch onderzoek zijn hiermee in overeenstemming.⁵⁵ In het menselijk brein is met name de amygdala betrokken bij angstreacties. De amygdala is het amandelvormige zenuwknooppunt dat zich in tweevoud onder de hersenschors aan iedere van de slapen bevindt en onderdeel is van het limbische systeem. Informatie over de omgeving bereikt de amygdala via twee hersenbanen: één corticaal en één subcorticaal. De subcorticale baan is kort en snel, maar weinig specifiek. Geprikkeld via deze *'quick and dirty'* route dreigt dit onbewuste hersendeel bij angst de macht over het lichaam over te nemen ten koste van de pre-frontale hersenschors, waarin de meer bewuste en rationele beslissingen worden genomen. De kern van een emotie is niet altijd een via introspectie toegankelijke bewuste cognitieve representatie.⁵⁶⁻⁵⁸ Blijkbaar heeft de natuur ons zo uitgerust dat in eerste instantie op niet-bewust niveau een situatie als gevaarlijk of als bedreigend voor het overleven of het welzijn van de persoon kan worden ingeschat, zodat angst optreedt en er een actiebereidheid tot vechten of vluchten wordt opgeroepen. De biologische aanpassing van de mens aan zijn omgeving is voor een groot deel afhankelijk van automatisch verlopende veelal niet-bewuste processen van informatieverwerking.⁵⁹

Maar is hiermee de rol van de Homo sapiens uitgespeeld? Er zijn toch ook strategische manieren van informatieverwerking, die aandacht en verwerkingscapaciteit vragen, bewust plaatsvinden en intentioneel ofwel willekeurig zijn.

Er bestaat toch ook een corticale verbinding van de cortex naar de amygdala (ook al is die zwakker dan die van de amygdala naar de cortex)? Heeft zich in het brein van de Homo sapiens tijdens de evolutie niet een bewust controle systeem ontwikkeld. Een systeem, dat onder meer verantwoordelijk is voor het formuleren van bewuste intenties, het stellen en behalen van lange termijn doelen en het kunnen oplossen van problemen.^{52,60} Een systeem dat zelfs in staat wordt geacht om meer automatische vormen van informatieverwerking te deactiveren en een meer constructieve en reflectieve manier van denken te versterken.⁶¹ Bewuste opvattingen van een persoon zijn toch niet alleen onbelangrijke eindproducten of neveneffecten van automatische informatieverwerking? Wat heeft gesprekstherapie voor zin als psychische stoornissen het gevolg zijn van automatische vertekeningen in de informatieverwerking, die niet-bewust zijn en niet onder willekeurige controle kunnen komen?

Uitgaande van verschillende fasen in de informatieverwerking bij emoties (een meer automatisch verlopende, subcorticale gevolgd door een meer strategische, neocorticale fase), zullen therapeutische interventies om met succes emoties te kunnen beïnvloeden moeten aansluiten bij de dominante vorm van informatieverwerking. Bij een patiënt met een paniekstoornis kunnen bewust toegankelijke catastofale interpretaties van op zich onschuldige lichaamssensaties de paniek onderhouden. Het leren identificeren van deze gedachten en het vervolgens bewust en uitgebreid cognitief uitdagen en vervangen van deze gedachten kan hierbij zinvol zijn.⁶¹ Het lijkt erop dat de cortex de amygdala kan beteugelen.⁵⁵ Zo komt uit vele experimentele studies naar voren, dat het langs farmacologische weg oproepen van paniekaanvallen bij patiënten met paniek niet goed lukt, als hun angstverwekkende opvattingen over de aard van, de controle over en de gevolgen van de lichamelijke sensaties die bij deze provocaties optreden in gunstige zin experimenteel worden bijgesteld.⁶²

Wanneer echter negatieve emoties minder uitgesproken lijken samen te hangen met voor de betrokken persoon bewust toegankelijke opvattingen dan kunnen meer experiëntele technieken aangewezen zijn.^{48,57,63,64} Ook van ervaring kan men wijzer worden. Niet zozeer door de *'koele en rationele'* rede als wel door de *'directe en subjectieve ervaring'* kunnen meer automatische vormen van betekenisgeving worden geblokkeerd en worden vervangen door meer functionele vormen van betekenisgeving.⁵⁸ Een slachtoffer van een verkrachting op straat kan bijvoorbeeld rationeel beseffen dat alleen veilige plekken opzoeken op zich niet gevaarlijk is, maar deze situaties uit angst voor herhaling toch vermijden. Aangemoedigd dergelijke situaties alleen op te zoeken kan door de afname van angst bij herhaalde blootstelling en de ervaring dat de gevreesde gevolgen niet optreden de cognitieve representatie van deze situaties en zijn gevolgen in positieve zin worden bijgesteld.^{63,65}

Experimentele psychopathologie

De vraag is echter hoe dergelijke meer complexe modellen van emoties en

psychische stoornissen, waarin automatische alsmede strategische manieren van informatieverwerking een rol spelen onderzocht kunnen worden zonder hierbij uitsluitend een beroep te doen op middels introspectie en zelfrapportage verkregen gegevens. Ten einde meer inzicht te krijgen in de oorzaken van psychopathologie is experimenteel onderzoek nodig waarbij geprobeerd wordt elementen van stoornissen experimenteel op te roepen. Prospectief en gecontroleerd onderzoek, waarbij ook cognitieve modellen van psychopathologie getoetst kunnen worden zonder dat primair een beroep gedaan hoeft te worden op zelf-gerapporteerde cognitieve processen.⁶⁶

Dit type onderzoek wordt de experimentele psychopathologie genoemd.⁶⁷ Alhoewel dit type onderzoek mogelijk extravagant en onethisch in de oren klinkt, blijkt het goed uitvoerbaar en informatief met betrekking tot oorzaken van psychopathologie. Experimenteel psychopathologen ontwerpen een model voor een bepaalde vorm van psychopathologie en door experimentele manipulatie van hypothetische oorzaken proberen ze in het laboratorium onder gecontroleerde omstandigheden te achterhalen wat het effect van die veronderstelde oorzaak op de te verklaren vorm van psychopathologie is. Dit type onderzoek heeft tot nu toe duidelijk aangetoond dat het bij de verklaring van psychische stoornissen vruchtbaar is om het brein als een complex informatie-verwerkingsstelsel te beschouwen. De zoeven genoemde bevindingen over onwillekeurige en veelal niet-bewuste verwerking van bedreigende prikkels vanuit de omgeving zijn een voorbeeld van middels deze wijze van onderzoek verkregen bevindingen. Maar ook het aantonen van de causale rol van bewuste opvattingen van patiënten met paniek bij het optreden van paniekaanvallen is hiervan een voorbeeld.

Deze experimentele bevindingen vergroten niet alleen ons wetenschappelijk inzicht in bepaalde vormen van psychopathologie. Mogelijk zijn ze in de toekomst eveneens van belang voor het ontwikkelen van meer effectieve vormen van psychologische behandeling. Het beoordelen van de waarde van dit type onderzoek vanuit het oogpunt van onmiddellijke praktische toepassing doet echter onvoldoende recht aan de (klinische) psychologie als wetenschappelijke discipline. Linschoten¹ waarschuwde reeds in 1964 terecht voor een te sterke oriëntatie op toepassing en gebruik in de opleiding tot psycholoog. Ruim 35 jaar later met een toenemende druk op de universiteit om zijn maatschappelijke functie op het gebied van onderwijs en onderzoek waar te maken lijkt dit nog sterker het geval. De roep om primair maatschappelijk relevant onderzoek gaat gemakkelijk ten koste van het voor een ontwikkeling van een vakgebied noodzakelijke meer basale en fundamentele onderzoek.

Conclusie

Tot slot keer ik terug naar mijn oorspronkelijke vraag: waarom klinisch psychologen bij de behandeling van psychische stoornissen zo weinig gebruik maken van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en of klinisch psychologische verklaringen van psychische stoornissen wel anders en beter zijn dan die van de common sense? Mijn conclusie is, dat de toepassing van wetenschappelijk onderzoek naar de behandeling van psychische stoornissen in de dagelijkse behandelpraktijk wel degelijk mogelijk is, ook al heeft dit streven veel weg van een eeuwige sisyphusarbeid. Argumenten om deze kennis niet toe te (kunnen) passen hebben een redelijk hoog idool-gehalte en vragen op zijn minst verdere studie. Verder loopt de klinische psychologie het gevaar ten prooi te vallen aan de idool van de mens als beeld Gods wanneer zij de toetsing van cognitieve verklaringen van gedrag uitsluitend baseert op middels introspectie en zelf-rapportage verkregen gegevens. Mensen zeggen soms meer dan ze eigenlijk kunnen weten en zitten soms gewoonweg fout. Maar het moet benadrukt worden: zeker niet altijd.

Dankwoord

Aan het einde gekomen van mijn rede rest mij het genoegen mijn dank uit te spreken aan het College van Bestuur, het bestuur van de Faculteit der Sociale Wetenschappen en het bestuur van de Faculteit der Geneeskunde voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik beschouw het als een voorrecht om in beide faculteiten van de Universiteit Leiden benoemd te zijn. De Raad van Bestuur van het LUMC dank ik voor de steun voor de onlangs ontwikkelde initiatieven om interfacultair vorm te geven aan experimenteel en toegepast wetenschappelijk onderzoek en ik hoop dat deze beleidslijn de komende jaren zijn vruchten zal afwerpen. Psychopathologie is niet het exclusieve domein van de psychologie en juist het verkennen van raakvlakken tussen de psychologie, de psychiatrie en andere medische specialismen kan de noodzakelijke synergie voor innoverend onderzoek op dit gebied opleveren.

Collega proximus van de sectie Klinische en Gezondheidspsychologie - Hooggeleerde Maes, beste Stan, het afgelopen jaar heb ik je leren kennen als een zowel wetenschappelijk als bestuurlijk dynamische en voortvarende collega. Ik hoop dat we de ingezette integratie van de sectie verder kunnen vorm geven zonder de eigen identiteit van de klinische psychologie en de gezondheidspsychologie onrecht aan te doen. Beste medewerkers van de sectie Klinische en Gezondheidspsychologie. Vanaf het moment dat ik verleden jaar op de afdeling werkzaam was hebben jullie me het gevoel gegeven welkom te zijn. Ik dank jullie voor de bereidheid om met me samen te werken.

De afgelopen jaren heb ik met vele medewerkers van verschillende afdelingen van deze universiteit, het LUMC, Stichting Valk, de onderzoeksschool Experimentele Psychopathologie, de onderzoeksschool Psychology and Health en de regionale GGZ-partners op een plezierige en productieve wijze mogen samenwerken. Dit geldt vooral voor de medewerkers van de Jelgersmapolikliniek en de afdeling Psychiatrie waarmee ik al ruim twintig jaar met veel plezier samenwerk. Als binnenkort het pre-MFE gebouw gelegen voor het Pieter de la Court gebouw gereed is zijn jullie allen weer de gehele dag in mijn gezichtsveld.

Dames en heren studenten, ook jullie zullen de ideeën, normen en waarden van de common sense kritisch moeten beoordelen om te voorkomen dat ze tot idolen van de psycholoog worden. Ik hoop dat sommige van jullie dat niet alleen als praktiserend psycholoog, maar ook als onderzoeker zullen doen door door te stromen naar een AIO-plaats. De klinische psychologie heeft dringend behoefte aan scientist-practitioners.

Ten slotte wil ik graag enige woorden richten aan hen die persoonlijk aan mijn opleiding en vorming hebben bijgedragen:

Hooggeleerde Rooijmans, beste Harry, je principiële grondhouding gekoppeld aan je nuchtere en pragmatische opstelling zal ik ook in mijn huidige functie nooit vergeten; Hooggeleerde Van Dyck, beste Richard, ik hoop in onze samenwerking nog lang te kunnen blijven genieten van je fundamentele wetenschappelijke nieuwsgierig-

heid en humoristisch relativierungsvermogen.

Ten slotte mijn familie. Lieve vader, door de inzet en toewijding van jou en moeder om ons zo goed mogelijk toegerust de volwassen wereld in te laten gaan hebben zowel Kris als ik werk gevonden op een gebied waaraan wij zeer veel plezier en voldoening beleven. Wetenschap en kunst liggen misschien toch minder ver van elkaar af dan de inhoud van deze rede suggereert. Vooral mama zou intens van deze dag genoten hebben. Aan haar nagedachtenis draag ik deze rede op.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- ¹ Linschoten J. *Idolen van de psycholoog*. Utrecht: Erven J. Bijleveld; 1964.
- ² Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned.Tijdschr.Geneeskd.* 1997; 141: 2453-60.
- ³ Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A, et al. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden. *Ned.Tijdschr.Geneeskd.* 1997; 141: 2448-52.
- ⁴ CBS. *Statistical yearbook of the Netherlands*. Voorburg/Heerlen: Statistics Netherlands; 1998.
- ⁵ Bijl RV, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschr.Gezondheidswetenschappen* 1998; 76: 446-57.
- ⁶ Shapiro DA, Shapiro D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychol.Bull.* 1982; 92: 581-604.
- ⁷ Landman JT, Dawes RM. Smith and Glass' conclusions stand up under scrutiny. *Am. Psychol.* 1982; 7: 504-16.
- ⁸ Andrews G, Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients: a re-analysis of the Smith, Glass & Miller data. *Arch.Gen.Psychiatry* 1981; 38: 1203-8.
- ⁹ Smith ML, Glass GV, Miller TI. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1980.
- ¹⁰ Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am.Psychol.* 1977; 32: 752-60.
- ¹¹ Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and outcome in psychotherapy-noch einmal (pp. 270-376). Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth ed. New York: John Wiley & Sons; 1994.
- ¹² Beutler LE, Machado PPP, Allstetter Neufeldt S. Therapist variables (pp. 229-69). Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavioral change*. Fourth ed. New York: John Wilrey & Sons; 1994.
- ¹³ Garfield SL. Research on client variables in psychotherapy (pp. 190-228). Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavioral change*. Fourth ed. New York: John Wiley & Sons; 1994.
- ¹⁴ Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J.Consult.Clin.Psychol.* 1998; 66: 7-18.
- ¹⁵ Luborsky L, Singer B. Comparative studies of psychotherapies: is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Arch.Gen.Psychiatry* 1975; 32: 995-1008.
- ¹⁶ Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, et al. Update on empirically validated therapies. II. *The Clin.Psychol.* 1998; 51: 3-15.
- ¹⁷ Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, et al. An update on empirically validated therapies. *The Clin.Psychol.* 1996; 49: 5-18.

- ¹⁸ Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. *The Clin.Psychologist* 1995; 48: 3-23.
- ¹⁹ Agency for Health Care Policy and Research.U.S.Public Health Service. Depression in primary care: Vol. 2. Treatment of major depression (Clinical Practice Guideline No. 5). Rockville, MD: Author; 1993.
- ²⁰ Hutschenmaekers G, van de Kamp K. Psychotherapie in getallen (Concept). Utrecht: Trimbos-instituut/ZorgOnderzoek Nederland; 1999.
- ²¹ Werkgroep Consensus en Protocollering Psychotherapie bij Depressie. Richtlijnen voor de psychotherapeutische behandeling van depressie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie; 1997.
- ²² Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, et al. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.
- ²³ Persons JB. Why practicing psychologists are slow to adopt empirically-validated treatments (pp. 141-61). Hayes SC, Follette VM, Dawes RM, Grady KE, editors. Scientific standards of psychological practice: issues and recommendations. Reno, NV: Context Press; 1995.
- ²⁴ Wilson GT. Empirically validated treatments as a basis for clinical practice: problems and prospects (pp. 163-96). Hayes SC, Follette VM, Dawes RM, Grady KE, editors. Scientific standards of psychological practice: issues and recommendations. Reno, NV: Context Press; 1995.
- ²⁵ Barlow DH, Hayes SC, Nelson RO. The scientist-practitioner: research and accountability in clinical and educational settings. New York: Pergamon Press; 1984.
- ²⁶ Emmelkamp PM, Bouman TK, Blaauw E. Individualized versus standardized therapy: a comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clin.Psychol.Psychother.* 1994; 1: 95-100.
- ²⁷ Schulte D, Kunzel R, Pepping G, et al. Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Adv.Behav.Res.Ther.* 1992;14:67-92.
- ²⁸ Wilson GT. Manual-based treatments: the clinical application of research findings. *Behav.Res.Ther.* 1996; 34: 295-314.
- ²⁹ Dawes RM, Faust D, Meehl PE. Clinical versus actuarial judgment. *Science* 1989; 243: 1668-74.
- ³⁰ Nisbett R, Ross L. Human inference. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.
- ³¹ Beutler LE. Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *J.Consult.Clin.Psychol.* 1991; 59: 226-32.
- ³² Goldfried MR, Wolfe B. Psychotherapy practice and research: repairing a strained alliance. *Am.Psychol.* 1996; 51: 1007-16.
- ³³ Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch.Gen.Psychiatry* 1989; 46: 971-82.
- ³⁴ Kiesler DJ. Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm.

- Psychol.Bull. 1966; 65: 110-36.
- ³⁵ Shadish WR, Matt GE, Navarro AM, et al. Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *J.Consult.Clin.Psychol.* 1997; 65: 355-65.
- ³⁶ Wade WA, Treat TA, Stuart GL. Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: a benchmarking strategy. *J.Consult.Clin.Psychol.* 1998; 66: 231-9.
- ³⁷ Juster HR, Heimberg RG, Engelberg B. Self selection and sample selection in a treatment study of social phobia. *Behav.Res.Ther.* 1995; 33: 321-4.
- ³⁸ Blashfield RK. The classification of psychopathology: Neo-Kraepelian and quantitative approaches. New York: Plenum Press; 1984.
- ³⁹ Wittgenstein L. Philosophical investigations. Oxford: Basil Blackwell; 1976.
- ⁴⁰ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: Author; 1952.
- ⁴¹ American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: Author; 1994.
- ⁴² Follette WC, Houts AC. Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: a case study of the DSM. *J.Consult.Clin.Psychol.* 1996; 64: 1120-32.
- ⁴³ Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *J.Consult.Clin.Psychol.* 1995; 63: 408-18.
- ⁴⁴ Dreessen L, Arntz A, Luttels C, et al. Personality disorders do not influence the results of cognitive-behavior therapies for anxiety disorders. *Compr.Psychiatry* 1994; 4: 265-74.
- ⁴⁵ Van Kalmthout M. *Persoonsgerichte psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 1997.
- ⁴⁶ Duijker HCJ. *De problematische psychologie en andere psychologische opstellen*. Meppel: Boom; 1979.
- ⁴⁷ Derksen M. *De erfenis van Linschoten*. *De Psycholoog* 1999; 34: 197-200.
- ⁴⁸ Alford BA, Beck AT. *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press; 1997.
- ⁴⁹ Stich S. *From folk psychology to cognitive science*. Cambridge, Mass.: MIT Press; 1983.
- ⁵⁰ Nisbett RE, Wilson TD. Telling more than we can know: verbal reports on mental processes. *Psychol.Rev.* 1977; 84: 231-59.
- ⁵¹ Spinoza B. *Ethica*. Amsterdam: Rieuwertz; 1677.
- ⁵² Miller GA, Galanter E, Pribram KH. *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1960.
- ⁵³ Bolton D, Hill J. *Mind, meaning and mental disorder. The nature of causal explanation in psychology and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
- ⁵⁴ Kihlstrom JF. The cognitive unconscious. *Science* 1987; 237: 1445-52.
- ⁵⁵ LeDoux J. *The emotional brain*. London: Weidenfeld & Nicolson; 1998.

- ⁵⁶ Williams JMG, Watts FN, MacLeod C, et al. Cognitive psychology and emotional disorders. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 1997.
- ⁵⁷ Power M, Dalgleish T. Cognition and emotion. From order to disorder. Hove: Psychology Press; 1997.
- ⁵⁸ Teasdale JD, Barnard PJ. Affect, cognition and change: Remodelling depressive thought. Cambridge: Lawrence Erlbaum; 1992.
- ⁵⁹ Frijda NH. The emotions. Cambridge: Cambridge University Press; 1986.
- ⁶⁰ Carver CS, Scheier MF. On the self-regulation of behavior. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
- ⁶¹ Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behav.Res.Ther.* 1997; 35: 49-58.
- ⁶² Clark DM. Cognitive mediation of panic attacks induced by biological challenge tests. *Adv.Behav.Res.Ther.* 1993; 15: 75-84.
- ⁶³ Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychol.Rev.* 1996; 103: 670-86.
- ⁶⁴ Teasdale JD. Emotion and two kinds of meaning: cognitive therapy and applied cognitive science. *Behav.Res.Ther.* 1993; 31: 339-54.
- ⁶⁵ Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol.Bul.* 1986; 99: 20-35.
- ⁶⁶ MacLeod C. Cognition in clinical psychology: measures, methods or models? *Behav.Change* 1993; 3: 169-95.
- ⁶⁷ Jansen A, Merckelbach H, Van den Hout M. Experimentele psychopathologie: een inleiding. Assen: Van Gorcum; 1992.

