



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Over de toekomst van de klinische psychologie: "Failure is success in progress"
Spinhoven, P.

Citation

Spinhoven, P. (2023). Over de toekomst van de klinische psychologie: "Failure is success in progress". *De Psycholoog*, 59(4), 36-45. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3714182>

Version: Publisher's Version

License: [Creative Commons CC BY 4.0 license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3714182>

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

Philip Spinhoven actualiseert enkele uitgangspunten in de klinische psychologie. Gezien de groeiende vraag naar psychische hulp is het niet langer haalbaar uit te gaan van face-to-face-interventies om psychisch lijden te verlichten en mentale gezondheid te stimuleren. 'We zullen anders moeten gaan nadenken over op welke wijze welke interventies aan welke personen in welke fase van hun leven optimaal kunnen worden aangeboden.'

OBVER DE TOEKOMST VAN DE KLINISCHE PSYCHOLOGIE

'FAILURE IS SUCCESS IN PROGRESS'

De aan Albert Einstein toegeschreven quote 'Failure is success in progress' drukt uit dat kritisch terugkijken behulpzaam kan zijn

om beter te beseffen waar men momenteel staat, om zo gemotiveerder een verdere richting te bepalen. In deze bijdrage wordt stilgestaan bij vier onderling met elkaar verweven opvattingen die rond de eeuwwisseling vrij gangbaar waren in de (academische) klinische psychologie:

1. de kwaliteit van psychologische hulpverlening kan worden verhoogd als behandelaars maar empirisch ondersteunde interventies toepassen;
2. empirisch onderzoek zal meer inzicht geven in risicofactoren en mechanismen specifiek voor een bepaalde stoornis;
3. de effectiviteit van psychologische interventies kan worden verbeterd door behandelingen specifiek te richten op die factoren die een rol spelen bij bepaalde vormen van psychopathologie;
4. de stilzwijgend geaccepteerde vooronderstelling is dat face-to-face behandelingen de belangrijkste psychologische interventies voor psychische stoornissen zijn (Spinhoven, 2000).

de klinische psychologie te actualiseren in het licht van de recente geschiedenis.

WORDT DE KWALITEIT VAN PSYCHOLOGISCHE HULPVERLENING VERHOOGD ALS BEHANDELAARS MAAR EMPIRISCH ONDERSTEUNDE INTERVENTIES TOEPASSEN?

Vanuit de klinische praktijk werd en wordt nog steeds naar voren gebracht dat de resultaten van therapie-effectstudies maar beperkt toepasbaar zijn. Empirisch onderzoek zou alleen informatie geven over een niet bestaande gemiddelde cliënt en empirisch ondersteunde behandelprotocollen geven enkel richtlijnen voor de behandeling van milde of enkelvoudige stoornissen.

Een sterk argument om het kind van empirisch ondersteunde behandelingen niet te snel met het badwater weg te gooien is echter te vinden in het succes van het *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)* programma in het Verenigd Koninkrijk (Clark, 2018). Dit programma begon in 2008 met als expliciet doel om empirisch ondersteunde behandelingen voor depressie en angststoornissen in de klinische praktijk toegankelijk te maken. In 2020 werden er per jaar al 1 miljoen cliënten binnen dit programma geholpen en in 2023/2024 zullen dit er al meer dan 1.9 miljoen worden. Het IAPT-programma wordt gekenmerkt

'Wie zijn geschiedenis niet kent, begrijpt zijn toekomst niet.' Met deze bijdrage wordt gepoogd enige uitgangspunten in

‘Wie zijn geschiedenis niet kent, begrijpt zijn toekomst niet’

door de volgende drie onderdelen: 1) empirisch ondersteunde behandelingen uitgevoerd door specifiek in deze empirisch ondersteunde behandelingen getrainde en geaccrediteerde behandelaars, 2) routine outcome monitoring (ROM), en 3) regelmatige en op behandelingseffect gefocuste supervisie. In de loop der jaren zijn de behandeluitkomsten van dit programma duidelijk verbeterd en vergelijkbaar geworden met die van behandelingen in het kader van gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Meer dan de helft van de cliënten herstelt en bij ongeveer tweederde van de cliënten treedt een substantiële verbetering op.

In Nederland bestaan geen plannen voor de introductie van een dergelijk programma. Integendeel. In het onlangs ingevoerde zorgprestatie-model komt het woord evidence based medicine of een equivalent hiervoor slechts een keer voor (Nederlandse Zorgautoriteit, 2019). De begin dit jaar door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) ingevoerde zorgvraagtypering is een middel om de (werkelijke) zorgbehoefte transparant te maken en een verband te leggen tussen zorgvraag en inzet van zorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021a). Welke zorg inhoudelijk het beste geboden kan worden, wordt hierbij echter niet nader gespecificeerd. Dat bij de behandeling gebruik zou moeten worden gemaakt van behandelrichtlijnen/zorgstandaarden met wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor de klinische praktijk blijft onvermeld. Terwijl bekend is dat hiervan in de praktijk relatief weinig gebruik wordt gemaakt en dat de implementatie ervan in hoge mate bepaald wordt door organisatorische en financiële randvoorwaarden.

Verder wordt nog steeds een groot deel van de behandelingen in de ggz onder supervisie uitgevoerd door niet-geaccrediteerde relatief goedkope zogenaamde basispsychologen, die niet specifiek getraind zijn in empirisch ondersteunde behandelingen voor bepaalde stoornissen. Nederland liep wereldwijd voorop met Routine Outcome Monitoring (ROM), dat wil zeggen het verplicht monitoren van ambulante en klinische behandelingen in de ggz om behandelingen op individueel, team en instellingsniveau te helpen verbeteren. Dit werd gecoördineerd door stichting benchmark ggz (SBG). De beroepsgroep zelf zag ROM echter als een dure en onwetenschappelijke bureaucratische maatregel in een

gestaag uitdijende management-registratie-controlecyclus bestierd door een door zorgverzekeraars gefinancierde stichting (van Os et al., 2012).

Het IAPT-voorbeeld leert dat het naïef is vanuit de ivoren toren van de academie te denken dat implementatie van wetenschappelijke kennis min of meer vanzelf gaat en dat beleidsmakers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, behandelaars en cliënten de vruchten van wetenschappelijk onderzoek gretig zullen afnemen. In het verleden is het accent hierbij te veel gelegd op de interactie tussen onderzoekers en klinici. Deze laatste kregen het verwijt dat ze meer op hun klinische intuïtie dan op wetenschappelijke evidentie varen en ook de waarde van deze wetenschappelijke evidentie niet op de juiste wijze weten in te schatten (Lilienfeld et al., 2013). De oorzaken van de kloof tussen wetenschap en praktijk zijn echter veel complexer gebleken; met name de rol van beleidsmakers is hierbij onvoldoende onderkend. In het IAPT-programma was naast de beschikbare wetenschappelijke evidentie over psychologische behandelingen van depressie en angst de rol van lord Richard Layard cruciaal. Deze hoogleraar sociale economie aan de London School of Economics wist de Labour party te overtuigen dat Mental Health het grootste sociale probleem van het land was. Ongeveer 15% van de bevolking zal op enig moment in hun leven behandelbare angst en depressie ervaren, waarvan slechts 5% adequaat behandeld wordt – terwijl de persoonlijke en maatschappelijke gevolgen in termen van arbeidsproductiviteit en zorgkosten enorm zijn. Door de transparante wijze waarop de geaggregeerde en geanonimiseerde behandelresultaten van het IAPT-programma ook publiekelijk gedeeld worden is het onder Tony Blair gestarte programma ook door conservatieve regeringen voortgezet en zelfs uitgebreid. ‘Waar voor je geld aantonen’ werkt overtuigend.

Concluderend: IAPT illustreert treffend dat het goed zou zijn als de overheid mentale gezondheid niet primair overlaat aan de marktwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en decentraliseert naar lagere niveaus. De omvang en impact van het silo-denken en handelen op het gebied van de geestelijke gezondheid waarbij relevante stakeholders als onderzoekers, beleidsmakers, zorgverzekeraars, zorginstellingen, klinici en cliënten zich ieder in hun eigen cirkel bewegen zonder communicatie tussen de afzonderlijke silo's is veel groter dan vaak gedacht. Brede implementering van empirisch ondersteunde interventies vraagt om een daadkrachtige centrale aansturing met aanpassingen op verschillende fronten en van verschillende betrokkenen (Herrman et al., 2022). Alleen dan valt te

verwachten dat de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek in de vorm van empirisch onderbouwde interventies worden opgenomen in een zorgstelsel en dat hierdoor kwaliteit van de zorg voor veel voorkomende mentale stoornissen sterk zal verbeteren.

HEEFT EMPIRISCH ONDERZOEK MEER INZICHT GEGEVEN IN RISICOFACTOREN EN MECHANISMEN SPECIFIEK VOOR EEN BEPAALDE STOORNIS?

Door therapie-effect studies ondersteunde behandelingen voor welomschreven stoornissen blijken in de klinische praktijk dus goed toepasbaar. Maar zijn de resultaten van experimenteel psychopathologisch onderzoek naar factoren die een rol spelen bij psychopathologie ook relevant voor de dagelijkse praktijk in de ggz? Moet de tegenwerping van klinici dat de meeste cliënten complex zijn en zich kenmerken door meerdere stoornissen waardoor onderzoeksresultaten naar een specifieke vorm van psychopathologie moeilijk te generaliseren zijn, niet serieus worden genomen?

Binnen de experimentele psychopathologie wordt een theoretisch model voor een bepaalde vorm van psychopathologie ontworpen (zoals de paniekstoornis of obsessief-compulsieve stoornis). Door experimentele manipulatie van hypothetische oorzaken wordt in het laboratorium onder gecontroleerde omstandigheden achterhaald wat het effect is van die veronderstelde oorzaak op de te verklaren vorm van psychopathologie (Forsyth & Zvolensky, 2002). Dit onderzoek werd – in ieder geval in het verleden – sterk gedomineerd door het zogeheten single disorder denken, dat wil zeggen het onderzoeken van specifieke processen die uniek met een bepaalde psychische stoornis samenhangen. Voorbeelden hiervan zijn de catastrofale misinterpretatie van lichamelijke sensaties zoals hartkloppingen als een teken van een naderend hartinfarct bij cliënten met een paniekstoornis (Clark et al., 1997). Het experimenteel manipuleren van deze cognities resulteert in het optreden van paniek en biedt ondersteuning aan het theoretische model.

Vaak vinden er eerst cross-sectionele of longitudinale observationele studies plaats om potentiële factoren te identificeren, die het ontstaan en in stand blijven van bepaalde vormen van psychopathologie kunnen verklaren. Longitudinale naturalistische cohortstudies waarin de etiologie, het beloop en de gevolgen van psychopathologie worden onderzocht, zoals de Nederlandse Studie van Depressie en Angst (NESDA; Penninx & Spinhoven, 2022)

laten echter overduidelijk zien dat comorbiditeit van psychische stoornissen in meer dan driekwart van de gevallen voorkomt en dat risicofactoren voor depressie en angst veelal geen unieke relatie met depressie of een specifieke angststoornis hebben. Risicofactoren zijn transdiagnostisch met beide groepen stoornissen verbonden en helpen vooral de comorbiditeit tussen stoornissen en de overlap in symptomen te verklaren (ter Meulen et al., 2021).

Een mooie illustratie hiervan is onderzoek naar de proximale, dat wil zeggen mogelijk direct op de mentale gezondheid betrekking hebbende risicofactor repetitief negatief denken. Repetitief denken betreft zich herhalende en intrusieve gedachten rond problemen en negatieve ervaringen. In depressie neemt dit de vorm aan van rumineren over depressieve gevoelens en hieraan ten grondslag liggende problemen. Bij angst neemt het de vorm aan van piekeren over toekomstige problemen waarover men geen of onvoldoende controle heeft (Ehring & Watkins, 2008). Repetitief negatief denken hangt sterk samen met de ernst van enkelvoudige angst en enkelvoudige depressie, maar belangrijk in dit verband ook met het samen voorkomen van angst en depressie en het voorspellen van het ontstaan van angst na depressie en omgekeerd depressie na angst. Daarmee lijkt het een belangrijke transdiagnostische factor voor het ontstaan, voortduren en het verergeren van angst en depressie. Hiermee in lijn blijkt uit een recent overzicht van meer dan zestig studies naar ook andere binnen NESDA onderzochte proximale psychologische risicofactoren voor angst en depressie dat voor de meeste psychologische risicofactoren geldt dat ze niet stoornisspecifiek zijn (Struijs et al., 2021).

Hetzelfde gaat op voor de distale, dat wil zeggen mogelijk meer indirect op de mentale gezondheid betrekking hebbende risicofactoren. Een goed voorbeeld hiervan is het hebben meegemaakt van traumatische ervaringen in de jeugd. Jeugdtrauma's hebben betrekking op emotioneel misbruik, lichamelijke mishandeling, seksueel misbruik en emotionele of lichamelijke verwaarlozing. De minder zichtbare vormen van emotioneel

Voor de meeste psychologische risicofactoren geldt dat ze niet stoornisspecifiek zijn

misbruik en emotionele verwaarlozing zijn relatief weinig onderzocht alhoewel hun impact minstens even groot is (Gilbert et al., 2009). Uit 37 NESDA-studies komt naar voren dat het ervaren hebben van jeugdtrauma's een verhoogd risico vormt op het ontwikkelen van depressie en angststoornissen en met name de comorbiditeit tussen beide. Het meegemaakt hebben van jeugdtrauma's voorspelde niet alleen het ontstaan en het beloop van deze stoornissen, maar was ook geassocieerd met disfunctionele persoonlijkheidskenmerken en wijzen van denken, disregulatie van stresssystemen, sterkere biologische veroudering, een ongezonde levensstijl, achteruitgang van lichamelijke gezondheid en veranderingen in het brein (Kuzminskaite et al., 2021).

Meer in het algemeen geldt dat onderzoek gedaan naar biologische (Goodkind et al., 2015; Sullivan et al., 2013), psychologische (Sharma et al., 2017) en omgevingsfactoren (Keyes et al., 2012) die mogelijk een uniek relatie met een bepaalde stoornis zouden kunnen hebben, hoegenaamd geen consistente bevindingen voor stoornis-specifieke relaties heeft opgeleverd. In het verlengde hiervan hebben in verschillende wetenschapsgebieden belangrijke veranderingen plaatsgevonden die de beperkingen van diagnostische classificaties en klinische interventies voor een enkele stoornis proberen te ondervangen (Dagleish, 2020). Als aanvulling op of zelfs vervanging van het slechts voor een deel op empirische data gebaseerde classificatiesysteem van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* zijn volledig empirische benaderingen ontwikkeld om de kwantitatieve structuur van symptomen van mentale gezondheid te bepalen. Dit heeft bijvoorbeeld geresulteerd in het Hiërarchische Taxonomie van Psychopathologie (het zogenaamde HiTOP) model waarin psychische problemen gezien worden als hiërarchisch geordende continua (Kotov et al., 2022). Ook zijn netwerkmodellen van psychopathologie ontwikkeld waarin psychische stoornissen gezien worden als een complex systeem van dynamisch met elkaar interacterende symptomen (Borsboom, 2017).

Concluderend: de stelling van klinici dat in onderzoek meer recht moet worden gedaan aan de immense heterogeniteit van psychische stoornissen en het meestal samen voorkomen van verschillende stoornissen en dat fundamenteel en klinisch wetenschappelijk onderzoek niet automatisch te generaliseren is naar de klinische praktijk vormt momenteel een boeiend en veelbelovend onderzoeksgebied. Daarbij is in toenemende mate aandacht voor transdiagnostische factoren.

KAN DE EFFECTIVITEIT VAN PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES WORDEN VERBETERD DOOR BEHANDELINGEN SPECIFIEK TE RICHTEN OP DIE FACTOREN DIE EEN ROL SPELEN BIJ BEPAALDE VORMEN VAN PSYCHOPATHOLOGIE?

Een belangrijk doel van experimenteel psychopathologisch onderzoek is om door een beter begrip van cruciale stoornis-specifieke of transdiagnostische mechanismen die bij psychopathologie een rol spelen interventies te ontwikkelen of te verbeteren die specifiek op deze mechanismen aangrijpen. Dit roept allereerst de vraag op of we eigenlijk wel weten hoe of waarom de bestaande psychologische interventies werken. En vervolgens de vraag of we bestaande interventies kunnen verbeteren op grond van een beter begrip van mechanismen die bij psychopathologie een rol spelen.

In 2007 stelde Kazdin dat na decennia van psychotherapie-onderzoek er nog steeds geen empirisch onderbouwde verklaring bestond voor hoe of waarom zelfs onze best onderzochte interventies verandering veroorzaken, dat wil zeggen voor de mechanismen waardoor behandelingen werken (Kazdin, 2007). Vaak wordt de samenhang tussen klachtenvermindering na behandeling en het tijdens behandeling aanleren van een mogelijk werkzaam mechanisme als bewijs voor een werkzaam mechanisme gezien. Van een werkzaam mechanisme mogen we echter pas spreken als we ook in staat zijn de oorzakelijke relatie aan te tonen tussen verandering in een mechanisme en de daaropvolgende veranderingen in klachten.

Het is opmerkelijk dat dit soort onderzoek bijna niet wordt uitgevoerd. In een recente meta-analyse van mogelijke werkzame mechanismen voor het effect van mindfulness bij angst, depressie en psychisch welzijn werd op basis van de elf beschikbare studies geconcludeerd dat in geen van deze studies werd onderzocht dat veranderingen in mindfulness ook daadwerkelijk voorafgingen aan veranderingen in klachten (Maddock & Blair, 2021). In een recent onderzoek gebeurde dit wel. Bij cliënten met therapieresistente angststoornissen bleek dat het aanleren van mindfulness-vaardigheden voor deze cliënten effectiever was vergeleken met een reguliere terugval preventie behandeling (Spinhoven et al., 2022). Evenals in eerder onderzoek hing de mate waarin ze na afloop van de behandeling minder angstklachten rapporteerden samen met de mate waarin ze betere mindfulness-vaardigheden rapporteerden. Maar veranderingen in mindfulness gingen niet vooraf aan veranderingen in angst en waren ook niet voorspellend voor veranderingen in angst. De kip-of-eivraag bleef onbeantwoord. Deze resultaten zijn niet specifiek

Weten we wel hoe of waarom de bestaande psychologische interventies werken?

voor onderzoek naar mindfulness. Bijvoorbeeld in meta-analyses of veranderingen in repetitief negatief denken voorspellend zijn voor het verminderen van depressieve klachten (Spinhoven et al., 2018) of angstklachten (Monte-regge et al., 2020) na behandeling blijken 81 van de in totaal 82 studies alleen de samenhang van gelijktijdige veranderingen in repetitief negatief denken enerzijds en depressie- of angstklachten anderzijds te onderzoeken en konden er derhalve geen causale conclusies worden getrokken.

Het lijkt erop dat de conclusie van Kazdin uit 2007 in 2022 nog steeds geldig is. In de literatuur worden veel suggesties gedaan om het onderzoek op dit gebied te verbeteren (zoals veel fijnmaziger en frequenter meten van mogelijk werkzame mechanismen en behandel-effecten met gebruikmaking van ecologisch valide maten in de thuissituatie; Lemmens et al., 2016). Mogelijk is mediatie een intra-individueel proces dat niet voor alle personen hetzelfde hoeft te zijn, omdat personen verschillen in hun reacties op een interventie en de mediators die door de interventie worden veranderd. Maar psychotherapie blijft een multi-dimensioneel en slecht af te pellen fenomeen dat waarschijnlijk werkzaam is door een complexe interactie tussen verschillende mechanismen op verschillende niveaus (Lemmens et al., 2016). En naar alle waarschijnlijkheid zijn psychologische interventies – naar analogie van een schaker die een bepaald stuk wil verplaatsen maar hierbij onbedoeld een ander stuk omgooit – *fat-handed*. Psychologische interventies hebben de neiging meerdere processen tegelijkertijd te beïnvloeden waardoor vragen naar oorzaak en gevolg moeilijk zijn te beantwoorden (Eronen, 2020).

Maar als onze kennis over werkzame mechanismen van psychologische interventies nog steeds zo beperkt is, klopt het standaard narratief dan wel dat er betere behandelingen ontwikkeld worden of kunnen worden op grond van hieraan voorafgaand basaal wetenschappelijk onderzoek? Met ander woorden: in hoeverre hebben experimenteel getoetste theoretische modellen of behandelprincipes geholpen bij de ontwikkeling of verbetering van interventies? Er lijkt een steeds grotere kloof te ontstaan tussen fundamenteel onderzoek en klinische behandelontwikkeling. In een recente review werden volgens de *American Psychological Association* (APA) Division 12 en het Engelse *National Institute*

for Health and Care Excellence (NICE) empirisch ondersteunde interventies nader geanalyseerd. Het betrof veertig interventies voor vijf onderscheiden probleemgebieden (angst, depressie, drugsverslaving, alcoholverslaving en schizofrenie). Hierbij werd nagegaan of ze ontwikkeld waren op grond van basaal wetenschappelijk onderzoek (Ehring et al., 2022). Maar bij 43% van de empirisch ondersteunde interventies bleek er een duidelijke vertaling te zijn van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek naar de inhoud van de interventies; dat betrof bijna uitsluitend oude interventies gebaseerd op conditioneringstheorieën.

De hierbij gebruikte therapieprocedures zijn analoog aan de conditioneringsprocedures zoals deze in het laboratorium werden onderzocht. Ze hebben betrekking op het gericht manipuleren van niet-psychologische variabelen zoals externe bekrachtiging bij operante conditionering en herhaalde blootstelling aan vrees-gerelateerde stimuli bij exposure. Recente uitzonderingen zijn Acceptance and Commitment Therapie en Mindfulness-Based Cognitieve Therapie, die zich richtten op processen (zoals experiëntiële vermijding en rumineren), die centraal staan in theoretische modellen zoals eerder getoetst in basaal onderzoek. Doordat recente behandelingen zich meer richten op *processen* die binnen een theorie centraal staan (zoals repetitief negatief denken, selectieve aandacht, dysfunctionele gedachten, emotioneel geheugen, et cetera) is de relatie met procedures om deze processen te beïnvloeden veel minder direct gegeven dan in op leertheorie gebaseerde oudere vormen van gedragstherapie. Hierdoor is de vertaling van fundamenteel wetenschappelijk onderzoek naar klinische procedures om deze processen te beïnvloeden niet meer vanzelfsprekend (Clark, 2004).

Ook voor de meeste bestaande transdiagnostische interventies geldt dat deze niet altijd een directe vertaling van fundamenteel onderzoek naar de klinische praktijk zijn. Alhoewel het bestaande nog beperkte onderzoek suggereert dat ze vergelijkbare en soms zelfs betere effecten hebben dan controle condities (zoals diagnose-specifieke interventies, behandeling zoals gebruikelijk of een wachtlijst; Newby et al., 2015, 2016). Het lijkt een vruchtbare richting om een betere vertaalslag te maken van transdiagnostische risicofactoren naar transdiagnostische behandelingen.

Zijn bestaande interventies te verbeteren op grond van een beter begrip van mechanismen die bij psychopathologie een rol spelen?

In 2019 werd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) een Zwaartekracht-subsidie toegekend aan het *New Science of Mental Disorders* (NSMD)-consortium (Roefs et al., 2022). Deze beurs maakt het mogelijk om transdiagnostische dynamische netwerken van symptomen te onderzoeken en hierop gebaseerde behandelingen. Dergelijk translationeel onderzoek vraagt om basale studies, experimentele analogie studies in niet-klinische en subklinische onderzoeksgroepen en vraagt derhalve om een brede expertise in zowel basaal als klinisch onderzoek. Gezien de hoge mate van specialisatie in ons vakgebied bezitten niet alle onderzoeksgroepen de expertise en faciliteiten om deze vertaalslag te kunnen maken. En zelfs in groepen die beide expertises bezitten is de combinatie van basaal met toegepast onderzoek schaars. Het valt toe te juichen dat NWO deze prestigieuze beurs aan dit breed samengestelde consortium heeft toegekend. Het is ook om deze reden dat een paraplu-discipline van mental-health sciences is voorgesteld om deze ongelukkige verkokering in ons eigen vakgebied te doorbreken en interdisciplinaire samenwerking met aanpalende disciplines te faciliteren (Holmes et al., 2014).

Concluderend: de vertaling van basale kennis naar ontwikkeling van nieuwe of betere behandelingen is minder vanzelfsprekend dan vaak gedacht. Een vruchtbare richting voor verder onderzoek lijkt om resultaten van transdiagnostisch onderzoek naar risicofactoren voor psychopathologie systematischer te vertalen naar hierop toegesneden behandelingen. Interdisciplinaire kennis en samenwerking en academische werkplekken om deze vertaling vorm en inhoud te geven zijn hiervoor essentieel.

ZIJN FACE-TO-FACE BEHANDELINGEN DE MEEST BELANGRIJKE PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES VOOR PSYCHISCHE STOORNISSEN?

In 2020 werden ruim vier op de tien arbeidsongeschiktheidsuitkeringen verstrekt op grond van psychische klachten (CBS, 2020). Als we kijken naar de verwachte zorguitgaven per zorgsector, dan blijkt volgens het RIVM de geestelijke gezondheidszorg in relatief opzicht het meest te groeien. In 2015

werd er 6,5 miljard euro aan geestelijke gezondheidszorg uitgegeven. In 2060 is zal dat mogelijk meer dan 30 miljard bedragen (Vonk et al., 2020).

Daarbij komt dat het personeelstekort in de ggz zo groot is dat ggz-klinieken lange wachtlijsten aanhouden of zelfs moeten sluiten. Deze personeelstekorten zullen de komende jaren in de geestelijke gezondheidszorg meer dan twee keer zo groot zijn als nu. In 2022 gaat het om een tekort van 4.200 ggz-professionals en in 2031 om een tekort van 9.300 (Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt, 2022). Kortom, in de geestelijke gezondheidszorg piept en kraakt het. De houdbaarheid van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid ervan is in het geding.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat verschillende auteurs benadrukken dat een herstart ('rebooting') van onderzoek naar psychotherapie en van de praktijk van psychologische hulpverlening nodig is om de ziektelast van mentale gezondheidsproblemen te reduceren (Kazdin & Base, 2011). Het is gewoonweg niet haalbaar om aan deze grote en nog steeds groeiende vraag om hulp bij psychische problemen te voldoen door de default van face-to-face-interventies gericht op curatie. We zullen anders moeten gaan nadenken over op welke wijze welke interventies aan welke personen in welke fase van hun leven optimaal kunnen worden aangeboden waarbij het accent meer moet komen te liggen op preventie en vergroten van veerkracht en weerbaarheid (Arango et al., 2018).

Hiernaast is het van belang om een portfolio van wijzen van toediening van interventies te ontwikkelen (Kazdin, 2019). We hebben daarvoor een taxonomie van interventies nodig gebaseerd op inhoudelijk aspecten van de interventie (gedrags-, cognitieve-, emotieve-, farmacotherapie), maar ook op de vorm van toediening (individueel, groep, eHealth, virtual reality (VR), artificiële intelligentie (AI)) en andere aspecten zoals de frequentie van zittingen, de intensiteit en de duur. De effectiviteit van begeleide eHealth-interventies en face-to-face-behandelingen lijkt vergelijkbaar (Carlbring et al., 2018). De effecten van ongeleide universele preventieve interventies (Deady et al., 2017) en ook eHealth-interventies om angst en depressie in de algemene bevolking te

voorkomen (Massoudi et al., 2019) zijn echter relatief bescheiden. Maar ook als interventies op andere dan face-to-face manieren toegediend minder effectief blijken zijn ze niet per definitie minder geschikt dan interventies met een groter effect. Een interventie met een klein maar betrouwbaar effect, die een grotere groep van personen weet te bereiken kan als eerste stap in de behandeling te verkiezen zijn boven een moeilijk op te schalen maar meer effectieve interventie.

Binnen een *stepped care*-model is ruimte voor goed schaalbare en gestandaardiseerde empirisch ondersteunde interventies die binnen de somatische en geestelijke gezondheidszorg, het onderwijs en andere contexten kunnen worden geïmplementeerd naast meer intensieve en meer geïndividualiseerde vormen van behandeling voor meer complexe cliënten door gespecialiseerde hulpverleners. Deze meer intensieve behandelingen zijn dan voorbehouden aan complexe cliënten die meer persoonlijke zorg behoeven en door het huidige zorgsysteem vaak niet of onvoldoende bereikt worden. Het gaat hierbij niet primair om gepersonaliseerde zorg in de vorm van het individualiseren van de behandeling zodat deze optimaal aansluit bij unieke kenmerken van een specifieke cliënt (*precision medicine*; Spinhoven et al., 2020).

Op dit moment bestaan er geen individuele indicatoren in de vorm van biomarkers, klinische observaties of zelfinval-metingen die het mogelijk maken om betrouwbaar te voorspellen welke behandeling het meest geschikt is voor welke cliënt (Kessler, 2018). De term *gepersonaliseerde zorg* wordt heden ten dage veel te gemakkelijk gebruikt. Het is maar de vraag of klinisch psychologen met hun fat-handed interventies ooit in staat zullen zijn te bereiken wat een chirurg met *precision medicine* wel weet te bereiken. Belangrijker lijkt *persoonlijke zorg* te bevorderen door het meer centraal stellen van de cliënt in het kader van shared-decision making (SDM; Langer et al., 2014). Shared-decision making in het plannen maar ook bijsturen van behandeling is een interactief proces waarin clinici en cliënten samen de behandeling vorm te geven. Essentieel hierbij is dat niet alleen de behandelaar maar ook de cliënt geïnformeerd wordt over welke empirisch ondersteunde behandelingen relevant zijn en de clinicus ook de waarden en voorkeuren van de cliënt kent en mee laat spelen in het besluitvormingsproces.

Ook het gezamenlijk evalueren van de voortgang van de behandeling met behulp van herhaalde ROM-metingen vormt hierbij een belangrijk onderdeel (de Jong et al., 2021).

Het vaak weinig systematisch betrekken van de cliënt bij het vormgeven van de behandeling lijkt op een werkwijze van de 'dokter die het het beste weet', terwijl juist persoonlijke 'patient-centered'-care betrokkenheid bij de behandeling, therapietrouw en behandeluitkomsten positief zou kunnen versterken (Menear et al., 2022).

De noodzakelijke beweging van een zorgstelsel naar een gezondheidsstelsel, met meer aandacht voor preventie aan de voorkant, zal zeker niet vanzelf gaan. Voor primaire universele preventie en secundaire selectieve of geïndiceerde preventie is brede domein-overstijgende samenwerking essentieel (Herrman et al., 2022; Ormel & VonKorff, 2021). De huidige versnipperde financiering werkt deze benodigde integrale samenwerking tegen. Zo is er binnen het in 2022 ingevoerde Zorgprestatiemodel, waarin 'prestaties' (bijvoorbeeld een consult) bepalen welke vergoeding een zorgaanbieder krijgt, alleen ruimte voor preventie zonder aparte bekostiging zolang de preventie valt onder het verzekerde ggz-pakket en gericht is op de individuele cliënt (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021b). Laagdrempelige voorzieningen binnen het publieke, sociale en zorgdomein worden niet vergoed, terwijl juist deze zouden kunnen helpen om mensen mentaal gezond te houden en psychische klachten te voorkomen.

Het valt in dit verband toe te juichen dat de samenwerkende ministeries van nvws, szw en ocw onlangs gezamenlijk het rapport 'Mentale gezondheid: van ons allemaal' (Bewindslieden van nvws, szw en ocw, 2022) hebben gepresenteerd. Ervaringen in het buitenland leren dat juist het integreren van preventie, gezondheidszorg en welzijnszorg en het verbeteren van de coördinatie tussen verantwoordelijke actoren binnen deze domeinen afwenteling zou kunnen helpen voorkomen – doordat verschillende actoren gezamenlijk verantwoordelijk worden voor diensten en financiën, en effecten (gedeeltelijk) op dezelfde plek terecht komen (Heijink & Struijs, 2016). Helaas blijft onduidelijk hoe de Nederlandse overheid deze nieuwe aanpak gaat organiseren en financieren.

Concluderend: er tekent zich een herstart van onderzoek naar psychotherapie en van de praktijk van psychologische hulpverlening af waarbij het accent minder exclusief op curatie van psychische stoornissen ligt en meer aandacht is voor primaire en secundaire preventie en het verhogen van weerbaarheid. Deze ontwikkeling kan alleen een reductie van de ziektelast van mentale gezondheidsproblemen opleveren als aan domein-overstijgende samenwerking en adequate bekostiging als noodzakelijke randvoorwaarden

wordt voldaan. Om een zorginfarct te voorkomen is meer nodig dan een afwachtende overheid die uitgaat van tijdige en adequate zelfregulering.

BESLUIT

Deze terugblik op vrij gangbare uitgangspunten in de klinische psychologie rond de eeuwwisseling geeft aanleiding om bepaalde uitgangspunten te herformuleren om in de toekomst beter te kunnen voldoen aan de primaire taak van de klinische psychologie: psychisch lijden te verlichten en mentale gezondheid te bevorderen:

- Het opschalen en systematisch implementeren van empirisch ondersteunde interventies door specifiek daartoe opgeleide en begeleide hulpverleners met transparante effectmetingen als spiegelinformatie zou de hulp aan veel voorkomende mentale stoornissen sterk kunnen verbeteren. Dit vraagt om een zorgstelsel waarin naast kostenbeheersing ook de uitkomsten van wetenschappelijk therapieonderzoek worden opgenomen.
- Epidemiologisch en experimenteel psychopathologisch onderzoek moet zich meer gaan richten op beïnvloedbare transdiagnostische risicofactoren voor het ontstaan, in stand blijven en verergeren van mentale gezondheidsproblemen in het algemeen (in plaats van enkelvoudige stoornissen).
- Deze kennis is nodig om breder en gemakkelijker toepasbare empirische ondersteunde preventieve en curatieve transdiagnostische interventies te ontwikkelen.
- Teneinde te kunnen voldoen aan de toenemende vraag voor hulp bij mentale gezondheidsproblemen dient ons zorgstelsel zich te ontwikkelen naar een gezondheidsstelsel. Dit zal niet lukken zonder centrale regie en adequate financiering voor de verschillende stakeholders op meerdere maatschappelijke domeinen en met inzet van de nodige technologie.

Failure is success in progress. Door van de ervaringen in de klinische psychologie en de toepassing van de klinische psychologie in de maatschappij te leren, kunnen we hopelijk gericht lijnen naar de toekomst uitzetten.

OVER DE AUTEUR

Philip Spinhoven is emeritus-hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit Leiden. Dit artikel is een verkorte en bewerkte versie van de rede getiteld 'Idolen van een klinisch psycholoog revisited', die hij uitsprak bij zijn afscheid op 4 november 2022.

E-mail: spinhoven@fsw.leidenuniv.nl.

Literatuur

- Arango, C., Díaz-Caneja, C.M., McGorry, P.D., Rapoport, J., Sommer, I.E., Vorstman, J.A., McDavid, D., Marin, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R. & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*, 5, 591-604.
- Bewindslieden van VWS, OCW en SZW (2022). *Aanpak "Mentale gezondheid: van ons allemaal."* <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/06/10/aanpak-mentale-gezondheid-van-ons-allemaal>.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5-13.
- Carlbriing, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47, 1-18.
- CBS (2020). *42 procent van uitkeringen arbeidsongeschiktheid door psychische klachten.* <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/11/42-procent-van-uitkeringen-arbeidsongeschiktheid-door-psychische-klachten>.
- Clark, D.M. (2004). Developing new treatments: On the interplay between theories, experimental science and clinical innovation. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1089-1104.
- Clark, D.M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 159-183.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Goran, L., Breitholtz, E., Koehler, K.A., Westling, B.E., Jeavons, A. & Gelder, M. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 203-213.
- Dalgleish, T. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88, 179-195.
- de Jong, K., Conijn, J.M., Gallagher, R.A.V., Reshetnikova, A.S., Heij, M. & Lutz, M.C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85:102002.
- Deady, M., Choi, I., Calvo, R.A., Glozier, N., Christensen, H. & Harvey, S.B. (2017). eHealth interventions for the prevention of depression and anxiety in the general population: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17, 310.
- Ehring, T., Limburg, K., Kunze, A.E., Wittekind, C.E., Werner, G.G., Wolkenstein, L., Guzey, M., & Cludius, B. (2022). (When and how) does basic research in clinical psychology lead to more effective psychological treatment for mental disorders? *Clinical Psychology Review*, 95, 102163.
- Ehring, T. & Watkins, E.R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192-205.
- Eronen, M.I. (2020). Causal discovery and the problem of psychological interventions. *New Ideas in Psychology*, 59, 100785.
- Forsyth, J.P. & Zvolensky, M.J. (2002). Experimental psychopathology, clinical science, and practice: An irrelevant or indispensable alliance? *Applied & Preventive Psychology*, 10, 243-264.
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D. & Webb, E. (2009). Child Maltreatment 1 Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81.
- Goodkind, M., Eickhoff, S.B., Oathes, D.J., Jiang, Y., Chang, A., Jones-Hagata, L.B., Ortega, B.N., Zaiko, Y.v., Roach, E.L., Korgaonkar, M.S., Grieve, S.M., Galatzer-Levy, I., Fox, P.T. & Etkin, A. (2015). Identification of a common neurobiological substrate for mental illness. *JAMA Psychiatry*, 72, 305-315.
- Heijink, R. & Struijs, J. (2016). Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland? <https://www.rivm.nl/publicaties/preventie-in-zorgstelsel-wat-kunnen-we-leren-van-buitenland-eerste-inventarisatie-op>.

- Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., Berk, M. ... Wolpert, M. (2022). Time for united action on depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. *Lancet*, 399, 957-1022.
- Holmes, E.A., Craske, M.G., & Graybiel, A.M. (2014). A call for mental health science. *Nature*, 511, 287-289.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kazdin, A.E. (2019). Expanding mental health services through novel models of intervention delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 60, 455-472.
- Kazdin, A.E. & Base, S.L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 21-37.
- Kessler, R.C. (2018). The potential of predictive analytics to provide clinical decision support in depression treatment planning. *Current Opinion in Psychiatry*, 31, 32-39.
- Keyes, K.M., Eaton, N.R., Krueger, R.F., McLaughlin, K.A., Wall, M.M., Grant, B.F. & Hasin, D.S. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 200, 107-115.
- Kotov, R., Cicero, D.C., Conway, C.C., DeYoung, C.G. ... Wright, A.G.C. (2022). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in psychiatric practice and research. *Psychological Medicine*, 52, 1666-1678.
- Kuzminskaite, E., Penninx, B.W.J.H., van Harmelen, A.L., Elzinga, B.M., Hovens, J.G. & Vinkers, C.H. (2021). Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: An integrated review on psychological and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of Affective Disorders*, 283, 179-191.
- Langer, D.A., Mooney, T.K. & Wills, C.E. (2014). Shared decision-making for treatment planning in mental health care: Theory, evidence, and tools. In: *Oxford Handbook Topics in Psychology*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199935291.001.0001>
- Lemmens, L.H.J.M., Muller, V.N.L.S., 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, 95-107.
- Lilienfeld, S.O., Ritschel, L.A., Lynn, S.J., Cautin, R.L. & Lutzman, R.D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883-900.
- Maddock, A. & Blair, C. (2021). How do mindfulness-based programmes improve anxiety, depression and psychological distress? A systematic review. *Current Psychology*. *Advanced online publication*.
- Massoudi, B., Holvast, F., Bockting, C.L.H., Burger, H. & Blanker, M.H. (2019). The effectiveness and cost-effectiveness of e-health interventions for depression and anxiety in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 728-743.
- Meneer, M., Girard, A., Dugas, M., Gervais, M., Gilbert, M. & Gagnon, M.-P. (2022). Personalized care planning and shared decision making in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: A systematic review. *PLOS ONE*, 17, e0268649.
- Monteregge, S., Tsagkalidou, A., Cuijpers, P. & Spinhoven, P. (2020). The effects of different types of treatment for anxiety on repetitive negative thinking: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27, e12316.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2019). *Advies zorgprestatie model ggz en fz*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_274450_22/1/
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2021a). *Handleiding Zorgvraagtypering (versie juli 2021)*. <https://www.zorgprestatie model.nl/shared/content/uploads/2021/07/Handleiding-Zorgvraagtypering-juli-2021.pdf>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2021b). *Passende zorg: Hoe organiseer je dat?* *NZa Magazines*. <https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/02/samen-voor-mentale-gezondheid>
- Newby, J.M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. & Dalgleish T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110.
- Newby, J.M., Twomey, C., Yuan Li, S.S., & Andrews, G. (2016). Transdiagnostic computerised cognitive behavioural therapy for depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 199, 30-41.
- Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt, Z. & W. (AZW). (2022). *De ontwikkeling van de arbeidsmarkt van de geestelijke gezondheidszorg De nieuwste prognoses 2021-2031 nader toegelicht*. <https://www.azwinfo.nl/wp-content/uploads/2022/05/azw-infographic-prognosemodel-ggz.pdf>
- Ormel, J. & VonKorff, M. (2021). Reducing common mental disorder prevalence in populations. *JAMA Psychiatry*, 78, 359-360.
- Penninx, B.W. & Spinhoven, P. (2022). Fifteen years of the Netherlands study of anxiety: An introduction to the special issue. *Journal of Affective Disorders*, 298, 355-356.
- Roefs, A., Fried, E.I., Kindt, M., Martijn, C., Elzinga, B., Evers, A.W.M., Wiers, R.W., Borsboom, D. & Jansen, A. (2022). A new science of mental disorders using personalised, transdiagnostic, dynamical systems to understand, model, diagnose and treat psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 153, 104096.
- Sharma, A., Wolf, D.H., Ciric, R., Kable, J.W. ... Satterthwaite, T.D. (2017). Common dimensional reward deficits across mood and psychotic disorders: A connectome-wide association study. *American Journal of Psychiatry*, 174, 657-666.
- Spinhoven, P. (2000). *Idolen van de klinisch psycholoog*. *De Psycholoog*, 35, 160-166.
- Spinhoven, P., Cuijpers, P. & Hollon, S. (2020). Cognitive-behavioural therapy and personalized treatment: An introduction to the special issue. *Behaviour Research and Therapy*, 129, 103595
- Spinhoven, P., Hoogerwerf, E., van Giezen, A. & Greeven, A. (2022). Mindfulness-based cognitive group therapy for treatment-refractory anxiety disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. *Advanced online publication*.
- Spinhoven, P., Klein, N., Kennis, M., Cramer, A.O.J., Siegle, G., Cuijpers, P., Ormel, J., Hollon, S.D., & Bockting, C.L. (2018). The effects of cognitive-behavior therapy for depression on repetitive negative thinking: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 106, 71-85.
- Struijs, S.Y., de Jong, P.J., Jeronimus, B.F., van der Does, W., Riese, H. & Spinhoven, P. (2021). Psychological risk factors and the course of depression and anxiety disorders: A review of 15 years NESDA research. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1347-1359.
- Sullivan, P.F., Daly, M.J., Ripke, S., Lewis, C.M. ... Viktorin, A. (2013). A meta-analysis of genome-wide association studies for major depressive disorder. *Molecular Psychiatry*, 18, 497-511.
- ter Meulen, W.G., Draisma, S., van Hemert, A.M., Schoevers, R.A., Kupka, R.W., Beekman, A.T.F. & Penninx, B.W.J.H. (2021). Depressive and anxiety disorders in concert—A synthesis of findings on comorbidity in the NESDA study. *Journal of Affective Disorders*, 284, 85-97.
- van Os, J., Kahn, R., Denys, D., Schoevers, R.A. ... Leentjes, A.F.G. (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 245-253.
- Vonk, R.A.A., Hilderink, H.B.M., Plasmans, M.H.D., Kommer, G.J. & Polder, J.J. (2020). *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060 Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 1: toekomstprojecties*. <https://www.rivm.nl/publicaties/toekomstverkenning-zorguitgaven-2015-2060-quantitatief-vooronderzoek-in-opdracht-van>