



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Over goede vragen en goede instrumenten

Does, A.J.W. van der

Citation

Does, A. J. W. van der. (2024). Over goede vragen en goede instrumenten. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 50(4), 299-301. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4105112>

Version: Publisher's Version
License: [Leiden University Non-exclusive license](#)
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4105112>

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

Over goede vragen en goede instrumenten

Willem van der Does

Pim Cuijpers schreef in nummer 2 van dit tijdschrift (Cuijpers, 2024) een interessante en constructieve kritiek op mijn bijdrage, en ik maak graag gebruik van de gelegenheid om kort te reageren. Ik doe dit puntsgewijs, in de volgorde waarin Cuijpers de punten te berde brengt.

Allereerst wil ik graag een misverstand rechtzetten. Cuijpers schrijft dat het nogal flauw is om preventieve interventies (cholesterolverlaging) bij mensen die niet ziek zijn te vergelijken met de behandeling van depressie. Die vergelijking heb ik echter niet gemaakt. De NNT = 39 geldt voor secundaire preventie, dus voor patiënten die al een hartinfarct overleefd hebben of een keer gedotterd zijn. Om één herhaling te voorkomen, moeten 39 hartpatiënten vijf jaar lang statines slikken. Opmerkelijk genoeg, in een recent artikel in NRC (Van der Does, 2023b) maakte ik dezelfde vergelijking en van meerdere kanten kreeg ik hetzelfde commentaar dat Cuijpers nu geeft. Ik meen dat ik het toch duidelijk had opgeschreven. Kennelijk is de hoge NNT van veelgebruikte behandelingen zo onverwacht dat men eroverheen leest dat het om patiënten gaat, niet om primaire preventie. Zoals bij voorbaat al toegegeven, Cuijpers heeft gelijk: dan nog blijft het appels met peren vergelijken. En voor alle zekerheid: als u zich afvraagt of u statines moet (blijven) gebruiken volgt u beter het advies van uw huisarts of cardioloog dan van een klinisch psycholoog. Ik zou wel benieuwd zijn of uw behandelend arts zich realiseren hoe hoog de NNT's zijn van hun voorgeschreven behandelingen.

Hoe communiceer je de effectgrootte naar een patiënt? Inderdaad liever niet dat de respons 25 procent is. (Die 25 procent is overigens juist niet de relatieve, maar de absolute stijging). Relatieve effecten zijn wat medisch specialisten plegen te communiceren. Als een risico daalt van 10 procent naar 7 procent krijgt u als patiënt te horen dat die pillen uw risico met 30 procent doen afnemen. Dat voorbeeld volgend kunt u tegen uw depressieve patiënten zeggen dat hun kans op verbetering met behandeling meer dan 100 procent toeneemt! Hopelijk versterkt u daarmee een positieve verwachting. Misschien is het echter realistischer om patiënten te zeggen dat de kans dat de behandeling aanslaat zo'n 60 procent is – het effect van non-specifieke factoren krijg je er gratis bij en ik zie geen reden om dat in de voorlichting af te trekken van het totale effect.

Cuijpers maakt een interessant punt door te wijzen op de trend dat de prevalentie van depressie lijkt te stijgen, met name onder jongeren – hetgeen je niet zou verwachten als behandeling zo effectief is. Behandeling komt echter pas in beeld als het probleem al is ontstaan, tenzij de behandeling als primaire preventie wordt ingezet. Dat gebeurt nog vrij weinig of is te recent.

Willem van der Does, Universiteit Leiden Leids Universitair Behandel- en Expertisecentrum (LUBEC).

✉ vanderdoes@fsw.leidenuniv.nl

Wat betreft ‘gebruikelijke zorg’ als controleconditie in klinische trials, ben ik het met Cuijpers eens dat dat een aantrekkelijke optie is – mits goed uitgevoerd. Ik gaf twee voorbeelden van gebruikelijke zorg, waaronder ‘*applied relaxation*’ bij het eerste onderzoek naar cognitieve therapie van paniekstoornis. Vandaag de dag zou ‘gebruikelijke zorg’ een goed uitgevoerde en gemonitorde richtlijnbehandeling moeten inhouden. Al te vaak echter schiet dat tekort, of, zoals ondiplomatiek uitgedrukt door Kazdin (2010, p. 196): “... *routine treatment at many clinics is administered sloppily, inconsistently and with great therapist discretion as to what to include.*”

Wat betreft de effecten en het werkingsmechanisme van EMDR heb ik tweemaal, in 2011 en in 2020, een discussie mogen voeren met Marcel van den Hout. Geïnteresseerde lezers verwijs ik graag naar die artikelen (Van den Hout & Engelhard, 2011; Van der Does, 2011; Van den Hout & Van der Does, 2020). Mijn conclusie uit de elegante serie Utrechtse studies is dat EMDR het equivalent is van wat in farmacotherapie een ‘*me-too-compound*’ wordt genoemd: een kleine variatie op een bestaand molecuul (in dit geval: techniek), waarmee een fabrikant een patent kan omzeilen. Van de oorspronkelijke claims (veel beter en sneller) is niks meer over en nog steeds is niet aangetoond dat belasting van het werkgeheugen tijdens exposure klinisch een goed idee is. Cuijpers heeft overigens gelijk met zijn stelling dat onderzoek naar werkingsmechanismes een moeizame onderneming is (zie ook Rosen & Davison, 2003).

Ik denk dat we moeten ‘*agree to disagree*’ over de vraag hoe spaarzaam we moeten omgaan met het instrument van de klinische trial. Het is een krachtig instrument, maar ook tijdrovend en duur. En trials zijn te manipuleren, zoals in een amusant artikel uitgelegd door Cuijpers en Cristea (2016). De kwestie van de sequentie van behandelingen is inderdaad klinisch van belang, maar het probleem is dat de mogelijke combinaties al gauw exponentieel toenemen. Als een eerste poging cognitieve therapie niet werkt, wat is dan de volgende stap: interpersoonlijke therapie, activatie – of lijken die te veel op cognitieve therapie? Gaan we de frequentie van de sessies intensiveren of eerst over op farmacotherapie? Een SSRI, tricyclisch middel of een MAO-remmer? In combinatie met psychotherapie? Zou het effect niet afhangen van de vraag of de eerste poging een eerste episode betrof of een recidief? Moet lichttherapie niet eerst, of moeten ketamine of ECT wat eerder een kans krijgen? Een klinische trial is geen geschikt instrument om hieruit te kiezen – het leven is te kort. Andere vormen van onderzoek, startend met dossieronderzoeken en *single case experimental design (SCED) studies* zijn nodig om uit de vele opties de meest veelbelovende voor te selecteren. De combinaties die uit eenvoudiger studies boven komen drijven, zijn geschikt om vervolgens te testen in rigoureuze uitgevoerde en goed gecontroleerde klinische trials (Vandenbroucke, 2008).

Tot slot, de portee van mijn betoog over effectgroottes is dat we enigszins zijn doorgeschoten in het relativeren van wat er bereikt is. Pim Cuijpers heeft een grote bijdrage geleverd in het zichtbaar maken van de vooruitgang via meta-analyses en door het beschikbaar maken van databases voor toekomstige meta-analyses. Een blik op de recente geschiedenis leert dat de vooruitgang groot is (Van der Does, 2023a). De vooruitgang relativeren kan een functie hebben in de inleiding van een subsidieaanvraag voor onderzoek naar een nieuwe behandeling. De bijwerking echter is dat de beroepsgroep zich al te bescheiden opstelt en zich daarmee kwetsbaarder maakt in het politieke krachtenveld.

LITERATUUR

- Cuijpers, P. (2024). Waarom klinische trials zo hard nodig blijven; maar dan wel met de goede vragen. Forum. *Tijdschr Psychother*, 50, 160-164.
- Cuijpers, P., & Cristea, I.A. (2016). How to prove that your therapy is effective, even when it is not: a guideline. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 25, 428-435.
- Does, A.J.W. van der (2011). Hoe het werkt met EMDR. *Directieve Therapie*, 31, 24-31.
- Does, A.J.W. van der (2023a). *De magie van genezing*. Alfabet Uitgevers.
- Does, A.J.W. van der (2023b). Honderden soorten psychotherapie? Welnee. NRC opiniepagina. Geraadpleegd van: <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/08/15/honderden-soorten-psychotherapie-welnee-a4171964>
- Hout, M.A. van den, & Engelhard, I.M. (2011). Hoe het komt dat EMDR werkt. *Directieve Therapie*, 31, 5-23.
- Hout, M.A. van den, & Does, A.J.W. van der (2020): Hoe de scepsis uit het lab verdween & De scepsis niet voorbij. *Psycholoog*, 55, 23-30. Geraadpleegd van: <https://www.tijdschriftdepsycholoog.nl/artikelen/hoe-de-scepsis-uit-het-lab-verdween/>
- Kazdin, A.E. (2010). *Research design in clinical psychology*. 4th edition. Allyn and Bacon.
- Rosen, G.M., & Davison, G.C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behav Modif*, 27, 300-312.
- Vandenbroucke J. P. (2008). Observational research, randomised trials, and two views of medical science. *PLoS Med*, 5, e67.