



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Reactie op Van Oenen en Hutsebaut & Feenstra

Van der Does A.J.W.

Citation

Reactie op Van Oenen en Hutsebaut & Feenstra. (2024). Reactie op Van Oenen en Hutsebaut & Feenstra. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 50(4), 318-319.
Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4105114>

Version: Publisher's Version
License: [Leiden University Non-exclusive license](#)
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4105114>

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

Reactie op Van Oenen en Hutsebaut & Feenstra

Willem van der Does

In mijn eerdere bijdragen aan deze interessante forumdiscussie heb ik gepoogd twee punten te maken. Ten eerste, dat we onnodig bescheiden zijn over de grootte van het effect van psychotherapie. Ten tweede, dat het belangrijke instrument van de klinische trial misbruikt kan worden door handige entrepreneurs, met als *case in point* EMDR en de vele opvolgers ervan. Hiermee meende ik de beroepsgroep een hart onder de riem te hebben gestoken, maar ook knuppels in hoenderhokken te hebben gegooid. Met uitzondering van Cuijpers gaan de commentaren hier niet echt op in. Op het gewaardeerde commentaar van Cuijpers heb ik elders in dit tijdschrift gereageerd, dus ik beperk me hier tot enkele feitelijke correcties van de andere commentaren, voor zover betrekking hebbend op mijn bijdragen. Van Oenen stelt dat het huidige beleid ertoe leidt dat “steeds meer mensen op wachtlijsten komen te staan en steeds meer mensen (vier van de vijf) aan het einde van een behandeling zullen concluderen dat ze er niet mee opgeschoten zijn.” Dit is echter een misinterpretatie van het *Number Needed to Treat* (NNT). NNT = 5 betekent niet dat maar één van de vijf mensen opknapt, maar dat je vijf mensen moet behandelen om één extra positief resultaat te zien. Na psychotherapie zullen dus drie van de vijf patiënten concluderen dat ze er wel mee opgeschoten zijn. Dat ook twee van de vijf in een controleconditie opknappen doet daar weinig aan af. Bovendien steekt het NNT dus gunstig af tegen dat van veel medische ingrepen. Het volgende citaat getuigt van dezelfde misvatting: “Van der Does lijkt geneigd te kiezen voor het eerste scenario, als hij zegt dat hij liever niet aan patiënten vertelt dat de responskans 25 procent is. Waarmee hij eigenlijk zegt: liever de huidige (deels valse) hoop levend houden dan een realistisch beeld schetsen.” Geen fijne weergave van mijn positie, maar gelukkig incorrect. Afhankelijk van de uitkomstmaat is de responskans 48 tot 62 procent. De responskans is circa 25 procent als je niks doet.

De badinerende toon van Hutsebaut & Feenstra maakt hun commentaar helaas weinig professioneel. Daar kan men nog overheen stappen, maar niet over de manier waarop deze auteurs inhoudelijk uit de bocht vliegen. Bevindingen worden uit context gehaald, waardoor de betekenis verandert en beter bij het betoog past. Twee voorbeelden. Volgens Hutsebaut & Feenstra moeten we meer kijken naar de verschillen (in effect) *binnen* methodes dan naar de verschillen *tussen* methodes, want “dan zijn de verschillen plots immens”. Om dit te onderbouwen, worden twee studies aangehaald. Uit de eerste studie – uitgevoerd in hun eigen instelling – bleek dat MBT in sommige periodes twee tot drie keer effectiever was dan in andere periodes. Dit wordt als een raadselachtig gegeven gepresenteerd: “Het programma – MBT dus – was hetzelfde, de instelling en afdeling ook. De behandelaars kregen dezelfde training en opleiding, de dosis, frequentie en duur van de behandeling

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

✉ vanderdoes@fsw.leidenuniv.nl

waren dezelfde en zelfs de meeste behandelaars waren doorheen de tijd dezelfde. En toch observeerden we enorme verschillen in cliëntuitkomsten.” Einde citaat. In deze samenvatting is weggelaten het feit dat de instelling in een reorganisatie verkeerde tijdens de tweede periode. En dat de reorganisatie negatief was gerelateerd aan therapietrouw op alle niveaus (organisatie, team en behandelaar). Is dat ‘dezelfde dosis behandeling’?

Ook een andere studie wordt door Hutsebaut & Feenstra verkeerd samengevat. Hierin werd schematherapie (ST) onderzocht. “Omdat er problemen waren met de inclusie binnen de ST-conditie werd een tweede cohort van schematherapeuten getraind. Uiteindelijk bleek ST effectiever dan [de controleconditie]. Alleen: dat effect was volledig te danken aan deze tweede cohort en het verschil tussen de eerste en tweede cohort bleek minstens even groot als het verschil tussen ST en [de controleconditie].” Einde citaat. Hier wordt opnieuw gesuggereerd dat onderzoek doen iets futiels heeft. Op mysterieuze wijze werkt de ene keer een therapie veel beter dan een andere keer. Weggelaten is echter dat de twee cohorten op een verschillende manier waren opgeleid, respectievelijk voornamelijk via lezingen of via workshops. Dan hoeft het niet te verbazen dat er een verschil in effectiviteit ontstaat. Kansrijke hypothese om in een volgende klinische trial te bevestigen. Ik laat het bij deze twee nogal problematische voorbeelden.