

VU Research Portal

Reacties op Conceptrichtlijnen Depressie en Angststoornissen.

Takens, R.J.

published in

Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie
2004

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Takens, R. J. (2004). Reacties op Conceptrichtlijnen Depressie en Angststoornissen. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 42(1), 55-71. http://www.tcgp.nl/nl/db_detail.php?recordID=37

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Ingezonden

Reacties op Conceptrichtlijnen Depressie en Angststoornissen

Dit voorjaar publiceerde het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO een tweetal conceptrichtlijnen inzake de behandeling van depressies, respectievelijk angststoornissen. Doel van een richtlijn is zorgverleners te ondersteunen bij de klinische besluitvorming. Het zijn landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor een patiënt. Aanbevelingen in de CBO-richtlijnen pretenderen zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd (evidence based) te zijn. Hoewel het dus geen wettelijke voorschriften zijn (het zijn immers maar 'richtlijnen'), zullen ze naar alle waarschijnlijkheid niet alleen richtinggevend zijn voor de beroepsbeoefenaren, maar bijvoorbeeld ook voor verzekeraars met betrekking tot de vergoeding van bepaalde behandelingen.

De Wetenschappelijke Commissie van de VCgP meende er goed aan te doen op beide conceptrichtlijnen te reageren, uiteraard om meer aandacht voor de cliëntgerichte invalshoek bij de behandeling van depressies respectievelijk angststoornissen te vragen. Roelf Jan Takens heeft namens de wetenschappelijke commissie deze taak op zich genomen. Henk Hanekamp, Tineke Hartgers, Dagmar Teske, Johannes Stuyling de Lange en in het bijzonder Wies Verheul hebben zijn stukken van commentaar voorzien. De reacties op de richtlijnen overlappen elkaar op onderdelen, omdat ze naar verschillende commissies zijn verstuurd.

De Redactie van het *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie* vindt deze reacties van dusdanig belang dat zij ze beide hier integraal publiceert. De conceptrichtlijnen zelf zijn te downloaden via <http://www.cbo.nl/product/richtlijnen>.

Reactie op de Conceptrichtlijn Depressie

De Wetenschappelijke Commissie van de Vereniging voor Cliëntgerichte psychotherapie heeft met veel belangstelling kennis genomen van de Conceptrichtlijn Depressie.

Het is een gedegen document, waarbij de opstellers er in geslaagd zijn een omvattend overzicht te geven van de huidige stand van zaken met betrekking tot (onderzoek over) de diagnostiek en de behandeling van depressieve stoornissen.

Nochtans bestaat onzerzijds behoefte aan het plaatsen van enkele kanttekeningen bij met name de wetenschappelijke fundering van de conclusies die

de opstellers menen te mogen en moeten trekken ten aanzien van de psychotherapeutische behandeling van mensen met een depressie. Ons commentaar spitst zich toe op de volgende aspecten:

- 1 Het gekozen stoornisgerichte uitgangspunt,
- 2 Evidentie gebaseerd op 'Randomized Controlled/Clinical Trials',
- 3 De simplificering van de klinische praktijk,
- 4 De wensen van de cliënt.

1 Het gekozen stoornisgerichte uitgangspunt

In de conceptrichtlijn wordt uitgebreid aandacht aan de diagnostiek van depressieve stoornissen besteed. Dit leidt echter niet tot een gedifferentieerd psychotherapeutisch behandelaanbod op basis van een verschillende etiologie en situationele inbedding van de klacht en/of de persoon(lijkheids)kenmerken van de cliënt. Terwijl in het rapport wel staat (p. 21): 'Bij de diagnostiek van depressies moeten persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidsstoornissen in de overwegingen betrokken worden, omdat deze relevant zijn bij het ontstaan, *behandelen* en recidiveren van depressie' (cursivering RJT). Bij de psychotherapeutische uitwerking in hoofdstuk 5 zien we daar evenwel niets van terug. Daar is alles cognitieve gedragstherapie (CGT) wat de klok slaat, met Interpersoonlijke therapie (IPT) als mogelijk alternatief. Hoogstens kan er: 'als *naast* (*sic*, *RJT*) de depressieve stoornis ook relatieproblemen bestaan (gedragstherapeutische) relatietherapie overwogen worden' (p. 60).

Dat de Stuurgroep tot haar inperkende conclusie is gekomen is begrijpelijk wanneer men bedenkt dat zij haar mening uitsluitend geënt heeft op uitkomsten van RCT-onderzoeken die om methodologische redenen (zie hierna punt 2) bij voorkeur kortdurende en bij afspraak (APA, 1995, 1996, 1998, 2001) slechts geprotocolleerde *stoornisgerichte* behandelingen includeren. De getrokken conclusies ten aanzien van psychotherapeutische casu quo psychologische behandeling van depressieve stoornissen lijken aldus vooral een artefact van de gevolgde onderzoeksmethode. Onze stelling is dat indicatiestelling op basis van uitsluitend *stoorniskenmerken* casu quo bepaalde As-I symptomatologie een verschraling van het psychotherapeutisch aanbod impliceert, aangezien niet-stoornisgerichte *persoonsgerichte* behandelmethoden, zoals cliëntgerichte en psychodynamische psychotherapie, buiten beschouwing gelaten worden.

De insteek met betrekking tot zowel de indicatiestelling als de behandeling is hierbij namelijk heel *anders*: men volgt niet zozeer stoornisgerichte indelingen als de DSM-IV en ICD-10, maar let vooral op die persoon(lijkheids)kenmerken van de cliënt die een vruchtbare therapeutische behandeling zullen bevorderen of juist in de weg staan. Overigens wil dat niet zeggen dat de klacht(en) van de cliënt niet in aanmerking worden genomen. Men tracht de klacht echter vooral te plaatsen in de context van het totale functioneren van de cliënt en verbindt daar ook consequenties voor de behandeling aan. Zo verloopt, bijvoorbeeld, cliëntgerichte psychotherapie, fasegewijs. In de symptoomfase staat de klacht en de vraag om verlichting van deze klachten centraal; in de daaropvolgende probleem- of conflictfase staat het symptoom niet meer op de voorgrond, maar veel meer de situatie waarin de cliënt zich bevindt, zijn levenswijze, de problemen die hij ontmoet en de conflicten waarin hij verstrikt is geraakt (Swildens, 1988).

Als gevolg van het andere perspectief van persoonsgerichte benaderingen en het daarmee samenvallende aangrijpingspunt voor de psychotherapeutische behandeling is het logisch dat er met betrekking tot deze therapievormen beëindigend minder uitkomstonderzoek is verricht waarbij gehomogeniseerd is

op bepaalde *stoornissen*merken, respectievelijk bepaalde stoornissen aan een vergelijkend onderzoek worden onderworpen. Veeleer is en wordt onderzoek uitgevoerd naar bepaalde cliënt- en therapeutkenmerken die faciliterend of juist remmend kunnen werken op het therapeutische proces en daarmee de uitkomst van de therapie al dan niet in de weg staan. In dit opzicht kent de cliëntgerichte psychotherapie een lange en gedegen onderzoekstraditie (zie de bekende overzichtswerken, zoals het *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* van Bergin & Garfield, 1971, 1978, 1986, 1994, 2003).

2 Evidentie gebaseerd op RCT-onderzoek

Met betrekking tot de indicatie voor een psychotherapeutische behandeling volgt de Stuurgroep in haar rapport de criteria die de APA-Task Force (APA, 1995, 1996, 1998, 2001) aanlegde inzake empirisch ondersteunde behandelingen (EST's: Empirically Supported Treatments). De empirische onderbouwing wordt bij voorkeur verkregen uit gerandomiseerd klinisch onderzoek. Niet alleen stuit men bij de uitvoering van zogenoemde RCT's (Randomized Clinical Trials) op veel praktische problemen (zie onder andere Takens, 2003), de draagwijdte van de verkregen resultaten is om meerdere redenen beperkt (zie onder andere Seligman, 1995; Elliott, 1998; Bohart, O'Hara & Leitner, 1998; Morrison, Bradley & Westen, 2003). Enkele beperkingen van RCT-onderzoek willen we met name noemen:

- a de homogenisering van de onderzoeksgroep op een bepaalde (DSM-IV As-I) stoornis waardoor een grote groep cliënten met een comorbide stoornis casu quo complexere problematiek buiten beschouwing blijft (zie ook onder punt 3);
- b het verplichte gebruik van therapeutische handleidingen, waardoor de (verkeerde) suggestie wordt gewekt als zouden therapeuten allemaal hetzelfde doen, terwijl dat in de praktijk – gelukkig – niet het geval is;
- c daarmee samenhangend, een overwaardering van het belang van de gehanteerde therapeutische methode/techniek en een onderwaardering van de werkzaamheid van de zogenaamde 'relationele factoren' (Lambert concludeerde uit zijn overzicht in 1992 dat ongeveer 15% van het effect van therapieën toegeschreven kan worden aan 'techniek'factoren en ongeveer 30% aan de therapeutische relatie);
- d de kortdurendheid van de onderzochte therapievormen, om reden dat langerdurende therapieën om praktische redenen moeilijker in een RCT zijn te betrekken;
- e de veelal *niet* met de statistische significantie samenvallende klinische significantie van de onderzoeksresultaten (Seligman, 1995; Sechrest, McKnight & McKnight, 1996; Weston & Morris, 2001);
- f de overschatting van het therapeutische effect, omdat de non-respondenten casu quo de (vele) afhakers tijdens het gehele onderzoekstraject meestal buiten de effectmetingen gehouden worden (Hutschemaekers, 2001).

Deze beperkingen van RCT-onderzoek (er zijn meer beperkingen te noemen, zie onder andere Wampold, 1997; Elliott, 1998; Goldfried & Wolfe, 1998, werkt volgens Bohart, O'Hara en Leitner (1998) in het nadeel van onder andere humanistische psychotherapieën, die veelal een langere duur hebben, lastiger te 'manualiseren' zijn, enzovoort, waardoor vergelijkend onderzoek ernstig bemoeilijkt wordt. Andere onderzoeksmethoden zijn derhalve aangezien (Elliott, 1998; Lietaer, 2003). De Stuurgroep Richtlijnen Depressie lijkt echter weinig gevoelig voor dit soort argumentatie wanneer zij concludeert dat '*De effectiviteit van experiëntiële (onder andere body-oriented therapy, client-centered therapy, psychodrama, process-experiential therapy) en hu-*

manistische psychotherapieën onvoldoende systematisch onderzocht is om een uitspraak te kunnen doen over de werkzaamheid ervan en de bestendigheid van de effecten' (p. 59). Waarna de Stuurgroep meent deze therapievormen voor de behandeling van depressieve stoornissen maar verder buiten beschouwing te moeten laten.

Wij achten dat niet juist en wel om twee redenen:

1 Ten aanzien van de experiëntiële en humanistisch georiënteerde therapieën zien we een groeiend aantal studies, waaronder een aantal RCT-studies die tot positieve conclusies leiden wat betreft hun werkzaamheid bij de behandeling van depressieve stoornissen (Elliott, 2002; Elliott, Greenberg & Lietaer, 2003; Lietaer, 2003). In dit verband wijzen we op:

- het York I-depressieproject (Greenberg & Watson, 1998), waarin 34 cliënten gerandomiseerd toegewezen werden aan 'Process-Experiential Psychotherapy' respectievelijk 'traditionele' client-centered therapy. In het algemeen bleken beide condities even succesvol (E.S.= 2.6), maar proces-experiëntiële psychotherapie gaf een sneller en ook 'breder' effect te zien, bijvoorbeeld ten aanzien van cliënts zelfwaardering en relationele problemen.
- het York II-depressieproject (Greenberg, Goldman & Angus, 2001), waarin bovenstaand onderzoek werd gerepliceerd bij 38 cliënten met een depressieve stoornis. Ook hier werd een licht voordeel van +.71 (Comparative E.S.) ten gunste van de proces-experiëntiële psychotherapie-conditie gevonden.
- een recente studie van Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos en Steckley (in druk). Het betreft een RCT-onderzoek, uitgevoerd bij 66 cliënten met een depressieve stoornis waarin proces-experiëntiële psychotherapie vergeleken werd met een cognitief gedragstherapeutische behandeling. Beide behandelvormen bleken ongeveer even effectief (comparative E.S.: +.11) wat betreft een afname van depressieve symptomen, algemene distress en disfunctionele gedragswijzen. In beide condities werd een significante toename van de zelfwaardering bij de cliënt waargenomen, terwijl de cliënten die een proces-experiëntiële psychotherapie hadden gevolgd zelfverzekerder gedrag vertoonden en zichzelf ook minder wegcijferden dan de cliënten uit de cognitief gedragstherapeutische conditie.
- een grootschalig onderzoek van King, Sibbald, Ward, Bower, Lloyd, Gabbay en Byford (2000), waarin cliëntgerichte therapie en cognitieve gedragstherapie afgezet werd tegen 'treatment as usual' (meestal medicatie) bij depressieve patiënten in een aantal huisartsenpraktijken in het Verenigd Koninkrijk. In een van de drie deelonderzoeken werden bij 62 patiënten middels een RCT alle drie behandelmodaliteiten onderling vergeleken; in het tweede deelonderzoek bij 107 patiënten werd cliëntgerichte therapie alleen met cognitieve gedragstherapie vergeleken, terwijl in het derde deelonderzoek aan de 52 deelnemers de keuze werd gelaten voor een cliëntgerichte, danwel cognitieve gedragstherapie. Het ging hierbij steeds om kortdurende interventies (de cliëntgerichte psychotherapie, bijvoorbeeld, bestond uit gemiddeld zeven sessies). Cliëntgerichte therapie bleek steeds significante effecten op te leveren (pre-post E.S. varieerde van .88 tot 1.17), terwijl geen significante verschillen tussen cliëntgerichte therapie en cognitieve gedragstherapie konden worden vastgesteld (comparative E.S. varieerde van -.08 tot -.19).
- een tweetal onderzoeken van Brent (Brent, Holder, Kolko, Birmaher, Baugher, Roth & Johnson, 1997; Kolko, Brent, Baugher, Bridge & Birmaher, 2000), waarin bij een groep depressieve adolescenten 'non-directieve' thera-

pie met twee vormen van cognitieve gedragstherapie (individuele respectievelijk gezinstherapie) werd vergeleken. Non-directieve therapie fungeerde in deze onderzoeken als een soort controleconditie (= ondersteunende relationele contacten). Na beëindiging van de therapie en een follow-up na 24 maanden kon voor deze groep een bescheiden vooruitgang worden vastgesteld (overall E.S.= .72), Van de aanvankelijk gerapporteerde superioriteit van de cognitieve gedragstherapeutische conditie (Brent, et al, 1997) bleef bij de follow-up na 24 maanden (Kolko, et al, 2000) niets meer over (comparative E.S.= -.13).

- een niet-vergelijkend, maar wel grootschalig 'naturalistisch', in Duitsland uitgevoerd onderzoek van Mestel en Votsmeier-Röhr (2000). 412 cliënten die leden aan een milde tot ernstige depressie kregen een integratieve proces-experientiële therapie aangeboden in een klinische setting. Er traden duidelijke verbeteringen op met betrekking tot de symptomatologie en het interpersoonlijk functioneren. Na ontslag en een follow-up na 22 maanden bleek een gemiddelde pre-post effectgrootte van 1.05.

Al met al lijken de resultaten uit deze onderzoeken een inzet van cliëntgerichte, met name proces-experientiële psychotherapie, bij de behandeling van cliënten met een depressieve stoornis te rechtvaardigen.

- 2 Indien inzake een bepaalde therapievorm (nog) onvoldoende uitkomststudies bekend zijn impliceert dat *niet* dat deze behandelingswijze *ineffectief* is. Pas wanneer de *ineffectiviteit* van een bepaalde behandeling is aangetoond zou men deze als niet werkzaam terzijde mogen schuiven. In dit verband is de opmerking van de APA Task Force in 1996 veelzeggend: '*This list (of EST's, RT) is far from complete and should not be employed as the basis for decisions concerning reimbursable treatments by third party payers... That a treatment is not on our list in no way means that it has been shown to be ineffective*' (Chambless et al., 1996, p. 5). Niet voor niets hanteren Chambless en Ollendieck later (in 2001) het criterium 'promising' voor die therapievormen die nog onvoldoende op hun effectiviteit onderzocht zijn, maar wel veelbelovend lijken.

3 De simplificering van de klinische praktijk

Als men zich bij de besluitvorming inzake de toepassing van bepaalde psychotherapeutische methoden voor de behandeling van depressieve stoornissen geheel laat leiden door de uitkomsten van gerandomiseerd klinisch onderzoek, gaat men vooreerst voorbij aan de essentie van een evidence based praktijkvoering. Die veronderstelt namelijk een integratie van (a) de klinische expertise van de hulpverlener met (b) het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, waarbij (c) volop rekening gehouden wordt met de voorkeuren van de cliënt (Offringa, Assendelft & Scholten., 2000; Takens, 2003). Dus niet alleen het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is doet er toe, evenzeer de klinische expertise van de hulpverlener en de voorkeuren van de cliënt. In de tweede plaats negeert men dan de vaak beperkte waarde van de uitkomsten van gerandomiseerd uitgevoerd onderzoek voor de klinische praktijk (Weston & Morrison, 2001). Zo weet men zich in de dagelijkse praktijk bijna nooit geconfronteerd met zuivere As-I-problematiek, in casu een depressieve stoornis in engere zin. Veelal is er sprake van co-morbiditeit met andere As-I-problematiek (bijvoorbeeld een angststoornis) en vooral ook As-II-problematiek (persoonlijkheidsstoornis). De Stuurgroep maakt daar ook terecht melding van (p. 21), maar dit leidt niet tot een opschortend oordeel ten aanzien van de werkzaamheid van bepaalde therapievormen, in het bijzonder de cognitieve

gedragstherapie en de Interpersoonlijke therapie. Toch zou dat toepasselijk geweest zijn, omdat in betreffend RCT-onderzoek, vanwege de eis van homogenisering van de steekproefkenmerken, een (groot) deel van de beoogde klinische populatie buiten het onderzoek wordt gelaten. Bovendien valt een groot deel van de wel geïncludeerde proefpersonen tijdens de rit om diverse redenen af. Van het met uiterste zorg omklede NIHM-onderzoeksproject met betrekking tot depressie (Elkin, Parloff, Hadley & Autry, 1985) haalden slechts 155 van de 239 cliënten waarmee begonnen was de eindstreep (Elkin et al, 1989) Dat is zo'n 65%.

Uitsluiting van die groepen cliënten die niet in het protocol passen levert dus wel mooie onderzoeksresultaten op, maar deze hebben dan onvoldoende betrekking op de populatie die doorgaans in de praktijk wordt aangetroffen.

Een andere kwestie betreft de lengte van de therapieën. In de praktijk wordt meestal langer behandeld dan het onderzoeksprotocol voorschrijft (zie Morrison, Bradley & Westen, 2003). Om onderzoekstechnische (en economische!) redenen valt er veel voor kortdurende therapieën te zeggen. De klinische praktijk is echter weerbarstig. Effecten van kortdurende therapie beklijven dan ook veelal niet, vooral niet bij depressieve stoornissen. Een goed voorbeeld daarvan levert het eerder gerefereerde NIHM-onderzoek inzake depressie (Elkin et al., 1985), waar bij de follow-up na 18 maanden bleek dat slechts 20% van de oorspronkelijke 239 cliënten volledig hersteld en niet teruggevallen was (Shea et al., 1992).

Ten slotte kunnen vragen gesteld worden bij het gebruik van handleidingen bij de uitvoering van een bepaalde therapie. Voor onderzoeksdoeleinden mag dat van belang zijn in verband met het homogeniseren van de therapeutische methode (voor de eerder genoemde APA Task Force is het een *conditio sine qua non* voor goed opgezet onderzoek), in de klinische praktijk met al zijn variaties zijn ze meestal nauwelijks bruikbaar (Henry, 1998).

4 De wensen van de cliënt

Zoals hiervoor gesteld houdt evidence based werken, als het goed is, in de praktijk in dat de klinische expert zijn kennis integreert met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, waarbij bovendien rekening gehouden wordt met de voorkeuren van de cliënt (Offringa, Assendelft & Scholten, 2000; Takens, 2003). Het gaat dus niet aan om wetenschappelijk gefundeerde behandelingen zonder meer te implementeren in de klinische praktijk. Behalve dat rekening gehouden moet worden met de persoonlijke voorkeuren van de cliënt, speelt de houding van de behandelaar ten aanzien van een bepaalde therapievorm ook een rol. Diens 'commitment' aan een bepaalde methode draagt bij aan de wijze waarop hij de therapie aan zijn cliënt 'verkoopt', hetgeen een positieve invloed heeft op de therapeutische relatie en daarmee op de uitkomsten van de therapie (Addis & Carpenter, 2000). Ook de Stuurgroep beveelt bij de keuze voor behandeling (psychotherapie, antidepressivum, combinatie) bij patiënten met een lichte tot matige depressie aan rekening te houden met de voorkeur van de patiënt (p. 39), maar trekt deze aanbeveling niet door met betrekking tot de soort psychotherapie (klachtgericht/persoonsgericht) waarnaar de voorkeur van de cliënt mogelijk uitgaat. Op pagina 60 lezen we namelijk dat 'indien gekozen wordt voor psychotherapie, geadviseerd wordt patiënten met een depressieve stoornis als eerste keuze cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie aan te bieden. Als naast de depressieve stoornis ook relatieproblemen bestaan kan (gedragstherapeutische) relatietherapie overwogen worden'. Cliënten mogen kennelijk niet kiezen voor een lang(er)durende persoons-

gerichte behandeling van hun klachten. Dat is opmerkelijk tegen de achtergrond van een grootschalig consumentenonderzoek dat in de jaren negentig in de Verenigde Staten plaatsvond, waaruit naar voren kwam dat cliënten die een langdurige therapie hadden gevolgd zich het meest tevreden toonden (Seligman, 1995). Het past bovendien niet in een geestelijke gezondheidszorg die vraaggericht in plaats van aanbodgericht wil zijn.

Enkele conclusies

Door het gekozen stoornisgerichte uitgangspunt van de Stuurgroep met betrekking tot de waardering van psychotherapeutische behandelingen van depressieve stoornissen ontstaat een eenzijdig beeld inzake de behandelbaarheid van mensen met een depressie. Persoonsgerichte psychotherapieën dreigen uit de boot te vallen omdat men daarvoor niet zozeer stoornisgericht indiceert, maar veeleer de persoon(lijkheid) van de cliënt in beschouwing neemt. Daarmee hangt samen een onderzoekstraditie waarin tot nog toe minder aandacht was voor (vergelijkend) outcome-onderzoek, maar die meer gericht was (en is) op het vaststellen van cliënt- en therapeutfactoren welke, mede in hun onderlinge relatie, bevorderend op het psychotherapeutisch *proces* zouden kunnen werken. Nochtans is er wat betreft de cliëntgerichte psychotherapie, in het bijzonder de proces-experientiële benadering, op het gebied van depressieve stoornissen in het laatste decennium enig gerandomiseerd klinisch uitkomstonderzoek op gang gekomen. Uit onze opsomming, waarbij wij ons, net als de auteurs van het rapport van de Stuurgroep, beperkt hebben tot onderzoeken die na 1995 zijn uitgevoerd, blijkt cliëntgerichte psychotherapie een effectieve behandeling voor mensen met een depressie. Het gesorteerde effect is vergelijkbaar met dat van cognitieve gedragstherapie. Het equivalentiecriteria van Chambless en Hollon (1998) indachtig, kan dat tenminste uit een tweetal studies met een voldoende omvangrijke steekproef (> 25 per groep; King et al., 2000; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Stekley, 2003) geconcludeerd worden. Het valt dan ook niet te begrijpen dat de Stuurgroep cliëntgerichte casu quo experientiële psychotherapie als een onvoldoende onderzochte behandelingsmodaliteit in haar rapport terzijde schuift.

Aandacht wordt gevraagd voor de wensen van de cliënt ten aanzien van het type behandeling dat deze krijgt aangeboden. Veel cliënten prefereren een (vaak langerdurende) explorerende inzichtgevende psychotherapie boven een kortdurende klachtgerichte behandeling. Een vraaggericht zorgaanbod dient daarop in te spelen. Hopelijk bedoelt de Stuurgroep dat ook als gesteld wordt dat: *'Voorop staat dat het ontwikkelen van richtlijnen geen doel op zich is, maar op de eerste en de laatste plaats de kwaliteit van zorg moet dienen. De patiënt moet er beter van worden en de hulpverlener moet er daadwerkelijk steun aan ondervinden. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling een bureaucratisch keurslijf van regelgeving te ontwerpen dat in iedere spreekkamer een blok aan het been is en waarin ook patiënten zich niet herkennen. Om ontsporingen te voorkomen, zo stelt de Stuurgroep voor, zal dit uitgangspunt geregeld met evaluatieonderzoek getoetst worden'* (p. 6).

Wellicht kan deze reactie op het rapport van de Stuurgroep als een eerste evaluatie gezien worden.

Reactie op de Conceptrichtlijn Angststoornissen

De Wetenschappelijke Commissie van de Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie heeft met veel belangstelling kennis genomen van uw Conceptrichtlijn Angststoornissen. Het is een gedegen document, waarbij de opstel-

lers er in geslaagd zijn een zeer omvattend overzicht te geven van de huidige stand van zaken met betrekking tot (onderzoek over) de diagnostiek en de behandeling van angststoornissen.

Nochtans bestaat onzerzijds behoefte aan het plaatsen van enkele kanttekeningen bij met name de wetenschappelijke fundering van de conclusies die de opstellers menen te mogen en moeten trekken ten aanzien van de psychotherapeutische behandeling van mensen met een angststoornis. Ons commentaar spitst zich toe op de volgende aspecten:

5 Het gekozen stoornisgerichte uitgangspunt.

6 Evidentie gebaseerd op 'Randomized Controlled/Clinical Trials'.

7 De simplificering van de klinische praktijk.

8 Het onvoldoende in aanmerking nemen van de wensen van de cliënt met betrekking tot diens psychotherapeutische behandeling.

5 Het gekozen stoornisgerichte uitgangspunt

Casus: mevrouw X meldt zich bij het RIAGG vanwege agorafobische klachten met paniekgevoelens. Sinds ongeveer drie jaar durft zij nauwelijks haar huis te verlaten; slechts in het bijzijn van echtgenoot of van moeder gaat ze nog wel eens uit. Met echtgenoot maakt ze soms een wandelingetje in de omgeving (liefst 's avonds als het donker is), met moeder gaat ze een doodeenke keer de stad in om kleding te kopen. Echtgenoot doet de dagelijkse boodschappen; ook kookt moeder wel eens. Het echtpaar heeft geen kinderen. Zodra mevrouw X buiten is raakt ze bevangen door paniekgevoelens: ze voelt de grond onder zich wegzakken, is bang flauw te vallen en gaat dan hevig transpireren; ze denkt dat mensen de angstgevoelens aan haar afzien, wat haar alleen nog maar gespannener maakt.

Geheel volgens de richtlijn krijgt mevrouw X in eerste instantie een farmacotherapeutische behandeling (SSRI) in combinatie met exposure in vivo aangeboden. Na vijftien weken wordt het therapeutische contact met succes afgerond. Mevrouw doet nu zelf de dagelijkse boodschappen en durft ook zonder begeleiding de stad in te gaan. Een half jaar daarna vindt een follow-up-gesprek plaats. Cliënte rapporteert een redelijk behoud van de verworven vaardigheden (ze gaat op eigen gelegenheid naar haar moeder toe; alleen winkelen doet ze eigenlijk nooit: 'want dat vind ik niet leuk'). Wel is sprake van enige terugval wat betreft haar angstklachten ('af en toe nog wel eens last, maar gelukkig niet zo erg'). Het gevoel van onvrede met haar leven is echter blijven bestaan en ze noemt een toegenomen irritatie over wat zij noemt het beschikbaar moeten zijn voor zowel moeder als echtgenoot. Ze vraagt de hulpverlener die het follow-up-gesprek voert of ze nog enkele gesprekken kan krijgen om uit dit probleem te komen. De hulpverlener zegt toe deze hulpvraag aan het psychotherapie-team voor te leggen. Na ruggespraak wordt besloten mevrouw X een cliëntgerichte therapie aan te bieden. Dan blijkt dat cliënte een vrouw is, die vooralsnog de stap naar volwassenheid niet heeft kunnen zetten en de bescherming van het ouderlijk huis ingeruild heeft voor die van haar huwelijk, zonder moeder los te laten overigens. Ze heeft geen baan buitenshuis aangedurfd en stelt het krijgen van kinderen uit, omdat ze nu 'haar handen nog vol heeft aan zichzelf'. Na een voor haar bedreigende situatie in een drukke winkel waar ze onhebbelijk te woord werd gestaan, heeft ze zich gaandeweg steeds minder buitenshuis gewaagd, in ieder geval niet alleen en langzamerhand ontwikkelde ze een fobie.

In de cliëntgerichte therapie kreeg ze gehoor voor zowel haar angst zelfstandig dingen te ondernemen, als haar verlangen om iets voor zichzelf te hebben, los van moeder of echtgenoot. Niet moeder of echtgenoot beletten haar zozeer

haar vleugels verder uit te slaan, zelf hield ze haar wereld klein. Gedurende de therapie kreeg haar verlangen naar 'iets voor zichzelf' meer gestalte en maakte ze op een gegeven moment ook concrete plannen. Ze leerde de angst die het zetten van nieuwe stappen met zich meebrengt te verdragen. Angst die haar voorheen vanuit het niets leek te overvallen was nu voor haar te begrijpen, waardoor deze ook minder bedreigend werd. Ondertussen bleef ze zelf oefenen zich zonder beschermend gezelschap buitenshuis te bewegen.

Wat leert deze op zichzelf niet ingewikkelde casus ons ten aanzien van een mogelijk gebruik van de (concept)richtlijn Angststoornissen? In de eerste plaats dat de inzet van een farmacotherapeutische behandeling in combinatie met een gedragstherapeutische aanpak (exposure in vivo) vrij direct soelaas bood wat betreft de klachten van mevrouw X. In dit opzicht was de behandeling *effectief*; achteraf is het echter de vraag of deze ook *efficiënt* is geweest. Want waarom werd niet onmiddellijk tot een cliëntgerichte psychotherapie besloten?

Het antwoord is snel gegeven en in zekere zin ontluisterend: *het staat zo niet in de (concept)richtlijn angststoornissen*. Volgens de (concept)richtlijn angststoornissen mogen in een *stepped-care*-procedure in eerste instantie alleen evidence based-behandelingen aangeboden worden. En cliëntgerichte psychotherapie staat daarin niet genoemd als effectieve behandeling; er zouden althans te weinig RCT's bekend zijn die aantonen dat cliëntgerichte therapie specifiek effectief is voor een paniekstoornis met agorafobie.

Vanwege de *persoonsgerichtheid* van deze therapievormen, kiest men voor een andere insteek met betrekking tot de indicatiestelling en de behandeling. In tegenstelling tot *klachtgerichte* benaderingen, zoals (cognitieve) gedragstherapie, wordt vooral gelet op die persoon(lijkheid)skenmerken van de cliënt die een vruchtbare therapeutische behandeling kunnen bevorderen of juist in de weg zullen staan. Persoonsgerichte benaderingen, zoals cliëntgerichte en psychoanalytische psychotherapie, volgen daarmee niet stoornisgerichte indelingen zoals de DSM-IV en ICD-10. Men indiceert minder op basis van de klacht casu quo stoornis, maar veeleer op basis van relevant geachte persoon(lijkheid)skenmerken van de cliënt. Het perspectief is dus *anders*.

Als gevolg van dit andere perspectief en het daarmee samenvallende aangrijpingspunt voor de therapeutische behandeling is het logisch dat er met betrekking tot deze therapievormen geen, althans beduidend minder, uitkomstonderzoek is uitgevoerd waarbij gehomogeniseerd is op bepaalde *stoornis*skenmerken, respectievelijk bepaalde stoornissen aan een vergelijkend onderzoek worden onderworpen. Veeleer is en wordt onderzoek uitgevoerd naar bepaalde cliënt- en therapeutkenmerken die faciliterend of juist remmend kunnen werken op het therapeutische proces en daarmee de uitkomst van de therapie al dan niet in de weg staan. In dit opzicht kent de cliëntgerichte psychotherapie een lange en gedegen onderzoekstraditie (zie de bekende overzichtswerken, zoals het *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* van Bergin & Garfield, 1971, 1978, 1986, 1994, 2004).

Overigens wil dat niet zeggen dat de klacht(en) van de cliënt bij een persoonsgerichte benadering niet in aanmerking worden genomen. Men tracht de klacht echter vooral te plaatsen in de context van het totale functioneren van de cliënt en verbindt daar ook consequenties voor de behandeling aan. Zo verloopt, bijvoorbeeld, cliëntgerichte psychotherapie, fasegewijs. In de symptoomfase staat de klacht en de vraag om verlichting van deze klachten centraal, wordt psycho-educatie gegeven en wordt de cliënt gemotiveerd buiten de therapiesituatie te oefenen aan de rand van wat hem angstig maakt, om zo zijn actieradius uit te breiden; er wordt overeengekomen dat de cliënt

de problemen die hij daarbij tegenkomt in de therapie ter sprake brengt. In de daarop volgende probleem- of conflictfase staat het symptoom niet meer op de voorgrond, maar veel meer de situatie waarin de cliënt zich bevindt, zijn levenswijze, de problemen die hij ontmoet en de conflicten waarin hij verstrikt is geraakt (Swildens, 1988).

6 Evidentie gebaseerd op RCT-onderzoek

In hun rapport volgt de Werkgroep met betrekking tot de indicatie voor een psychotherapeutische behandeling de criteria die de APA-Task Force (APA, 1995, 1996, 1998, 2001) aanlegde met betrekking tot empirisch ondersteunde behandelingen (EST's: Empirically Supported Treatments). De empirische onderbouwing wordt bij voorkeur verkregen uit gerandomiseerd klinisch onderzoek. Niet alleen stuit men bij de uitvoering van zogenoemde RCT's (Randomized Clinical Trials) op veel praktische problemen (zie onder andere Takens, 2003), de draagwijdte van de verkregen resultaten is om meerdere redenen beperkt (zie onder andere Seligman, 1995; Elliott, 1998; Bohart, O'Hara & Leitner, 1998; Morrison, Bradley & Westen, 2003). Enkele beperkingen van RCT-onderzoek willen we hier met name noemen:

- g de homogenisering van de onderzoeksgroep op een bepaalde (DSM-IV As-I) stoornis waardoor een grote groep cliënten met een co-morbide stoornis casu quo complexere problematiek buiten beschouwing blijft (zie ook onder punt 3);
- h het verplichte gebruik van therapeutische handleidingen, waardoor de (verkeerde) suggestie wordt gewekt als zouden therapeuten allemaal hetzelfde doen, terwijl dat in de praktijk – gelukkig – niet het geval is;
- i daarmee samenhangend, een overwaardering van het belang van de gehanteerde therapeutische methode/techniek en een onderwaardering van de werkzaamheid van de zogenoemde 'relationele factoren' (Lambert concludeerde uit zijn overzicht in 1992 dat ongeveer 15% van het effect van therapieën toegeschreven kan worden aan 'techniek'factoren en ongeveer 30% aan de therapeutische relatie);
- j de kortdurendheid van de onderzochte therapievormen, om reden dat langerdurende therapieën om praktische redenen moeilijker in een RCT zijn te betrekken;
- k de veelal *niet* met de statistische significantie samenvallende klinische significantie van de onderzoeksresultaten (Seligman, 1995; Sechrest, McKnight & McKnight, 1996; Weston & Morris, 2001);
- l de overschatting van het therapeutische effect, omdat de non-respondenten casu quo de (vele) afhakers tijdens het gehele onderzoekstraject meestal buiten de effectmetingen gehouden worden (Hutschemaekers, 2001).

Deze beperkingen van RCT-onderzoek (er zijn meer beperkingen te noemen, zie onder andere Wampold, 1997; Elliott, 1998, Goldfried & Wolf, 1998) werkt volgens Bohart, O'Hara en Leitner (1998) in het nadeel van onder andere humanistische psychotherapieën, die veelal een langere duur hebben, lastiger te 'manualiseren' zijn, enzovoort, waardoor vergelijkend onderzoek ernstig bemoeilijkt wordt. Andere onderzoeksmethoden zijn derhalve aangewezen (Elliott, 1998; Lietaer, 2003).

Wellicht verklaart dit het ontbreken van andere dan cognitief gedrags-therapeutische benaderingen in de door de Werkgroep gerefereerde literatuur met betrekking tot psychotherapeutische casu quo psychologische behandelingen van de verschillende angststoornissen.

Wij achten dit een tekortkoming en wel om twee redenen.

- 3 Als inzake een bepaalde therapievorm (nog) onvoldoende uitkomststudies bekend zijn impliceert dat *niet* dat deze behandelingswijze *ineffectief* is. Pas wanneer de *ineffectiviteit* van een bepaalde behandeling is aangetoond zou men deze als niet werkzaam terzijde mogen schuiven. In dit verband is de opmerking van de APA Task Force in 1996 veelzeggend: '*This list (of EST's, RJT) is far from complete and should not be employed as the basis for decisions concerning reimbursable treatments by third party payers... That a treatment is not on our list in no way means that it has been shown to be ineffective*' (Chambless & Hollon, 1998, p. 5). Niet voor niets hantieren Chambless & Ollendieck later (in 2001) het criterium 'promising' voor die therapievormen die nog onvoldoende op hun effectiviteit onderzocht zijn, maar wel veelbelovend lijken.
- 4 Ten aanzien van de experiëntiële en humanistisch georiënteerde therapieën zien we een groeiend aantal studies die tot positieve conclusies leiden wat betreft hun werkzaamheid bij de behandeling van angststoornissen (zie Elliott, 2002; Elliott, Greenberg & Lietaer, 2003; Lietaer, 2003). In dit verband attenderen wij op de volgende publicaties:
- Böhme, H., Finke, J., & Teusch, L. (1999). Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48, 20-29.
 - Borkovec, R., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
 - Borkovec, T.D., & Mathews, A. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorders: A comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 877-884.
 - Borkovec, T.D., Mathews, A.M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883-888.
 - Johnson, W.R., & Smith, E.W.L. (1997). Gestalt Empty-Chair Dialogue versus systematic desensitization in the treatment of a phobia. *Gestalt Review*, 1, 150-162.
 - Shear, K.M., Pilkonis, P.A., Cloitre, M., & Leon, A.C. (1994). Cognitive behavioral treatment compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 395-401.
 - Teusch, L., & Böhme, H. (1991). Results of a one-year follow up of patients with agoraphobia and/or panic disorder treated with an inpatient therapy program with client-centered basis. *Psychotherapie-Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 41, 68-76.
 - Teusch, L., Böhme, H., & Gastpar, M. (1997). The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 66, 293-301.
- Elliott, Greenberg en Lietaer (2003) berekenden een gemiddelde *effect size* (E.S.) van 1.30 (sd: .52) voor de experiëntiële therapieën in deze onderzoeken. Inzake de behandeling van posttraumatische stressstoornissen kwamen zij tot een gemiddelde effectgrootte van 1.15 (sd: .46), op grond van de volgende studies:
- Clarke, K.M. (1993). Creation of meaning in incest survivors. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7, 195-203.
 - Elliott, R., Davis, K., & Slatick, E. (1998). Process-experiential therapy for

post-traumatic stress difficulties. In: L. Greenberg, G. Lietaer, & J. Watson (Eds.), *Handbook of experiential Psychotherapy* (pp. 249-271). New York: Guilford.

– Paivio, S.C., & Greenberg, L.S. (1995). Resolving 'unfinished business': Efficacy of experiential therapy using empty chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 419-425.

– Paivio, S.C., & Nieuwenhuis, J.A. (2001). Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: A Preliminary Study. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 115-133.

– Ragsdale, K.G., Cox, R.D., Finn, P., & Eisler, R.M. (1996). Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder: A role for adventure-based counseling and psychodrama. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 269-283.

Alles bij elkaar zijn er inmiddels voldoende onderzoeken die de werkzaamheid van een cliëntgerichte behandeling van angststoornissen aantonen en de inzet daarvan rechtvaardigen. Tot die conclusie kwam de Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in Duitsland ook en besloot daarom de 'Gesprächspsychotherapie' (= cliëntgerichte psychotherapie) als specifiek werkzaam voor angststoornissen volledig, dat wil zeggen zonder enig voorbehoud, te erkennen.

7 De simplificering van de klinische praktijk

Indien men zich bij de besluitvorming inzake de toepassing van bepaalde psychotherapeutische methoden voor de behandeling van angststoornissen geheel laat leiden door de uitkomsten van gerandomiseerd klinisch onderzoek, gaat men vooreerst voorbij aan de essentie van een evidence based praktijkvoering. Die veronderstelt namelijk een integratie van (a) de klinische expertise van de hulpverlener met (b) het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, waarbij (c) volop rekening gehouden wordt met de voorkeuren van de cliënt (Offringa, Assendelft & Scholten, 2000; Takens, 2003). Dus niet alleen het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is doet er toe, evenzeer de klinische expertise van de hulpverlener en de voorkeuren van de cliënt. In de tweede plaats negeert men dan de vaak beperkte waarde van de uitkomsten van gerandomiseerd uitgevoerd onderzoek voor de klinische praktijk (Weston & Morrison, 2001). Zo weet men zich in de dagelijkse praktijk bijna nooit geconfronteerd met een enkelvoudig As-I-stoornis, in casu een angststoornis zonder meer. Zoals de Werkgroep zelf ook onderkent is vaak sprake van comorbiditeit met andere As-I-problematiek, zoals een depressieve stoornis. Wat de Werkgroep niet zozeer onderkent is de daarnaast veel voorkomende co-morbiditeit met As-II-problematiek (persoonlijkheidsstoornis). Aldus wordt de dagelijkse werkelijkheid van psychotherapeuten geweld aangedaan. Anders gesteld, uitsluiting van groepen cliënten die niet in het protocol passen levert wel mooie onderzoeksresultaten op, maar die hebben dan onvoldoende klinische relevantie.

Een ander kwestie betreft de lengte van de therapieën. In de praktijk wordt meestal langer behandeld dan het onderzoeksprotocol voorschrijft (zie Morrison, Bradley & Westen, 2003). Om onderzoekstechnische (en economische!) redenen valt er veel voor kortdurende therapieën te zeggen. De klinische praktijk is echter weerbarstig. Effecten van kortdurende therapie beklijven dan ook veelal niet, althans minder dan bij langerdurende therapieën (referentie).

Ten slotte kunnen vragen gesteld worden bij het gebruik van handleidingen bij de uitvoering van een bepaalde therapie. Voor onderzoeksdoeleinden mag

dat van belang zijn in verband met het homogeniseren van de therapeutische methode (voor de eerder genoemde APA Task Force is het een *conditio sine qua non* voor goed opgezet onderzoek), in de klinische praktijk met al zijn variaties zijn ze meestal nauwelijks bruikbaar (Henry, 1998).

8 De wensen van de cliënt

Zoals hiervoor gesteld houdt evidence based werken, als het goed is, in de praktijk in dat de klinische expert zijn kennis integreert met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, waarbij bovendien rekening gehouden wordt met de voorkeuren van de cliënt (Offringa, Assendelft & Scholten, 2000; Takens, 2003). Het gaat dus niet aan om wetenschappelijk gefundeerde behandelingen zonder meer te implementeren in de klinische praktijk. Behalve dat rekening gehouden moet worden met de persoonlijke voorkeuren van de cliënt, speelt de attitude van de behandelaar ten aanzien van een bepaalde therapievorm ook een rol. Diens commitment aan een bepaalde methode draagt bij aan de wijze waarop hij de therapie aan zijn cliënt 'verkoopt', hetgeen een positieve invloed heeft op de therapeutische relatie en daarmee op de uitkomsten van de therapie (Addis & Carpenter, 2000).

In dit verband is de uitkomst van het in de jaren negentig uitgevoerd consumentonderzoek in de Verenigde Staten interessant (Seligman, 1995). Cliënten die in therapie waren geweest toonden zich in het algemeen tevreden over de behandeling die zij hadden gekregen. Het meest tevreden was evenwel de groep die een langdurige therapie had gevolgd.

In een geestelijke gezondheidszorg die vraaggericht in plaats van aanbodgericht wil zijn een uitkomst om rekening mee te houden!

Enkele conclusies

Door het gekozen stoornisgerichte uitgangspunt van de Werkgroep met betrekking tot de waardering van psychotherapeutische behandelingen van angststoornissen ontstaat een eenzijdig beeld inzake de behandelbaarheid van angstige mensen. Persoonsgerichte psychotherapieën dreigen uit de boot te vallen, omdat zij niet zozeer stoornisgericht indiceren, maar veeleer de persoon(lijkheid) van de cliënt in beschouwing nemen. Daarmee hangt samen een onderzoekstraditie waarin minder aandacht is voor (vergelijkend) outcome-onderzoek, maar meer voor de cliënt- en therapeutfactoren welke, mede in hun onderlinge relatie, bevorderend op het psychotherapeutische *proces* zouden kunnen werken. Niettemin zijn er wat betreft de cliëntgerichte psychotherapie enkele onderzoeken op het gebied van angststoornissen uitgevoerd die de Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in Duitsland er toe heeft gebracht 'Gesprächspsychotherapie' (= cliëntgerichte psychotherapie) als specifiek werkzaam voor angststoornissen volledig, dat wil zeggen zonder enig voorbehoud te erkennen.

Op grond hiervan zou ook in Nederland de situatie moeten ontstaan dat de keuze voor het type therapie (meer) in handen gelegd wordt van de cliënt, die in plaats van een klachtgerichte behandeling voor een persoonsgerichte aanpak zou kunnen opteren. Naar ons bekend is prefereren veel cliënten een (vaak langerdurende) explorerende inzichtgevende psychotherapie boven een kortdurende klachtgerichte behandeling. Een vraaggericht zorgaanbod dient daarop in te spelen. Hopelijk bedoelt de Stuurgroep dat ook als zij stelt dat:

Voorop staat dat het ontwikkelen van richtlijnen geen doel op zich is, maar op de eerste en de laatste plaats de kwaliteit van zorg moet dienen. De patiënt moet er beter van worden en de hulpverlener moet er daadwer-

kelijk steun aan ondervinden. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling een bureaucratisch keurslijf van regelgeving te ontwerpen dat in iedere spreekkamer een blok aan het been is en waarin ook patiënten zich niet herkennen. Om ontsporingen te voorkomen, zo stelt de Stuurgroep voor, zal dit uitgangspunt geregeld met evaluatieonderzoek getoetst worden (p. 6).

Wellicht kan deze reactie op het rapport van de Stuurgroep als een eerste evaluatie gezien worden.

Correspondentieadres

Dr. R.J. Takens
Boomvalk 6
1191 SB Ouderkerk aan den Amstel
e-mail: rj.takens@psy.vu.nl

Literatuur

- Addis, M.E., & Carpenter, K.M. (2000). The treatment rationale in cognitive behavioral therapy: Psychological mechanisms and clinical guidelines. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*, 147-156.
- Bergin, A., & Garfield, S. (1971, 1978, 1986, 1994). *Handbook of Psychotherapy and behaviour change* (4 edition). New York: Wiley.
- Beutler, L.E., Kim, E.J., Davison, E., Karno, M., & Fisher, D. (1996). Research contributions to improving managed health care outcomes. *Psychotherapy, 33*, 197-206.
- Bohart, A.C., O'Hara, M., & Leitner, L.M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other therapies. *Psychotherapy Research, 8*, 141-157.
- Böhme, H., Finke, J., & Teusch, L. (1999). Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 48*, 20-29.
- Borkovec, R., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 611-619.
- Borkovec, T.D., & Mathews, A. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorders: A comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 877-884.
- Borkovec, T.D., Mathews, A.M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 883-888.
- Brent, D.A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., & Johnson, B. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive treatment. *Archives of General Psychiatry, 54*, 877-885.
- Chambless, D.L., et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist, 49*, 5-18.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psycho-

- logical treatments. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Clarke, K.M. (1993). Creation of meaning in incest survivors. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7, 195-203.
- Elkin, I., Parloff, M.B., Hadley, S.W., & Autry, J.H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.
- Elkin, I., e.a. (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-983.
- Elliott, R. (1998). Editor's introduction: A guide to the empirically-supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8, 115-125.
- Elliott, R. (2002). Research on the effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In: D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57-81). Washington, D.C.: APA.
- Elliott, R., Davis, K., & Slatick, E. (1998). Process-experiential therapy for post-traumatic stress difficulties. In: L. Greenberg, G. Lietaer, & J. Watson (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 249-271). New York: Guilford.
- Elliott, R., Greenberg, L.S., & Lieater, G. (2003). Research on experiential therapies. In: M. Lambert, A. Bergin, & S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behaviour change* (5th edition). New York: Wiley.
- Goldfried, M.R., & Wolfe, B.E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 143-150.
- Greenberg, L.S., Goldman, R., & Angus, L. (2001). *The York II psychotherapy study on experiential therapy of depression*. Toronto: York University (unpublished manuscript).
- Greenberg, L.S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210-224.
- Greenberg, L.S., Watson, J.C., & Goldman, R. (1998). Process-experiential therapy of depression. In: L.S. Greenberg, J.C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 227-248). New York: Guilford.
- Henry, W.P. (1998). Science, politics, and the politics of science: The use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research*, 8, 126-140.
- Hutschemaekers, G. (2001). *Onder professionals: Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen: SUN.
- Johnson, W.R., & Smith, E.W.L. (1997). Gestalt Empty-Chair Dialogue versus systematic desensitization in the treatment of a phobia. *Gestalt Review*, 1, 150-162.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M., & Byford, S. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling. Cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technology Assessment*, 4 (19).
- Kolko, D.J., Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J., & Birmaher, B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation, and moderation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 603-614.
- Lambert, M.J. (1992). The implications of outcome research for psychotherapy integration. In: J.C. Norcross & M.R. Goldstein (Eds.), *Handbook of*

- psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Lietaer, G. (2003). De empirische ondersteuning van experiëntieel-humanistische psychotherapieën: Stand van zaken en taken voor de toekomst. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 41, 5-24.
- Mestel, R., & Vothmeier-Röhr, A. (2000). *Longterm follow-up study of depressive patients receiving experiential psychotherapy in an inpatient setting*. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago, Illinois.
- Morrison, K.H., Bradley, R., & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 109-132.
- Offringa, M., Assendelft, W.J.J., & Scholten, R.P.J.M. (2000). *Inleiding in de evidence-based medicine*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Paivio, S.C., & Greenberg, L.S. (1995). Resolving 'unfinished business': Efficacy of experiential therapy using empty chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 419-425.
- Paivio, S.C., & Nieuwenhuis, J.A. (2001). Efficacy of Emotion Focused Therapy for Adult Survivors of Child Abuse: A Preliminary Study. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 115-133.
- Ragsdale, K.G., Cox, R.D., Finn, P., & Eisler, R.M. (1996). Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder: A role for adventure-based counseling and psychodrama. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 269-283.
- Sechrest, L.B., McKnight, P., & McKnight, K. (1996). Calibration of measures for psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 51, 1065-1071.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shea, M. et al. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Shear, K.M., Pilkonis, P.A., Cloitre, M., & Leon, A.C. (1994). Cognitive behavioral treatment compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 395-401.
- Sechrest, L.B., McKnight, P., & McKnight, K. (1996). Calibration of measures for psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 51, 1065-1071.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Swildens, J.C.G. (1988). *Procesgerichte gesprekstherapie*. Amersfoort: Acco.
- Takens, R.J. (2003). Hoe evident kunnen cliëntgerichte psychotherapieën zijn? *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 41, 25-40.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Teusch, L., & Böhme, H. (1991). Results of a one-year follow up of patients with agoraphobia and/or panic disorder treated with an inpatient therapy program with client-centered basis. *Psychotherapie-Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 41, 68-76.
- Teusch, L., Böhme, H., & Gastpar, M. (1997). The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 66, 293-301.

- Wampold, B.E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21-43.
- Watson, J.C., Gordon, L., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (in druk).
- Weston, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875-899.