

# Hoe evident kunnen cliëntgerichte psychotherapieën zijn?<sup>1</sup>

Dr. R.J. Takens\*

## Samenvatting

*In deze bijdrage passeren enkele begrippen met betrekking tot evidence-based werken de revue. Wat verstaat men bijvoorbeeld onder evidence-based? Wat houdt een 'Randomized Controlled Trial' (RCT) in? En wat is het verschil tussen 'efficacy', 'effectiveness' en 'efficiency'? De hamvraag is natuurlijk of en in hoeverre het onderzoeksmodel van de RCT ook op cliëntgerichte psychotherapieën van toepassing is. En hoe nuttig en (maatschappelijk) noodzakelijk het is om voor psychotherapeutische behandelingen naar dit soort evidenties te streven. Bij de beantwoording van deze vragen zullen enkele actuele kwesties, zoals de twijfel aan het nut van langdurige psychotherapie en de erkenning van cliëntgerichte psychotherapie (onder andere in Duitsland) aan de orde worden gesteld. Geëindigd wordt met enkele voorstellen ten aanzien van onderzoek op het gebied van cliëntgerichte psychotherapieën in het licht van een mogelijke evidence-based-praktijk.*

## Inleiding

'Mensen met een fobie kunnen in de toekomst voor hun behandeling nog kiezen tussen gedragstherapie en gedragstherapie. Wie in vele en lange sessies over zijn moeder wil praten, moet dat zelf maar betalen. Immers, wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond, dat kortdurende gedragstherapie effectief is.' Deze uitspraak was volgens Karel Geelen, redacteur van het cliënten-tijdschrift *Deviant* (Geelen, 2001), de strekking van een artikel in *de Volkskrant* over de trend om de keuze voor behandelingen steeds meer op basis van wetenschappelijk onderbouwde protocollen en richtlijnen te laten plaatsvinden. En een 'wetenschappelijke GGZ' zou wel eens het einde van de cliënteninbreng kunnen betekenen, aldus een bezorgde Geelen. Als cliëntgerichte psychotherapeuten zijn wij dáár natuurlijk faliekant op tegen. Maar wordt de soep wel zo heet gegeten als hij wordt opgediend? En wat is er bovendien erg aan een wetenschappelijk onderbouwd psychotherapeutisch handelen? Is de cliënt daar nou juist niet het meest bij gebaat?

Waar gesproken wordt over een wetenschappelijk onderbouwd therapeu-

---

\* Dr. Roelf Jan Takens is klinisch psycholoog-psychotherapeut, opleider, supervisor en leertherapeut van de VCgP. Hij is als universitair docent verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam en daarnaast werkzaam in eigen praktijk te Ouderkerk aan de Amstel.

tisch handelen doelt men veelal op het uitvoeren van op hun effectiviteit getoetste protocollen c.q. het toepassen van (nog nauwelijks in dit vak ontwikkelde) richtlijnen. Als we ons daardoor laten leiden heet het dat we *evidence-based* werken. Overheden en zorgverzekeraars juichen een dergelijke praktijk niet alleen zeer toe, maar proberen langs die weg de psychotherapie ook aan banden te leggen. In deze bijdrage zal ik niet zozeer op de (on)wenselijkheid daarvan ingaan, maar wel op de mogelijke consequenties van deze tendens voor de cliëntgerichte psychotherapiebeoefening en de vraag stellen hoe we daar het beste op kunnen reageren. Vooreerst zal ik echter uitleggen wat *evidence-based* werken inhoudt.

## Evidence based medicine

De term *evidence based medicine* is in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontstaan aan de Mc Master Medical School in Canada, oorspronkelijk als een naam voor een nieuwe onderwijsmethode. In het model van de *evidence based medicine* wordt de informatie over de individuele patiënt, verkregen uit anamnese, voorgeschiedenis, lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek, gecombineerd met uit klinisch-wetenschappelijk onderzoek verkregen kwantitatieve gegevens over de oorzaken van ziekte, de waarde van diagnostische bevindingen, de prognose van de patiënt en de effecten van therapeutische interventies. Met andere woorden: de praktijk van *evidence based medicine* impliceert het integreren van *individuele klinische expertise* met het *beste externe bewijsmateriaal* dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, aldus stellen Offringa, Assendelft en Scholten (2000). Zij hanteren de volgende definitie (zie ook Sackett, Rosenberg, Grey, Haynes & Richardson, 1996): 'Evidence based medicine is het *gewetensvol, expliciet en oordeelkundig* gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor *individuele patiënten*.' In dit individuele beslissingsproces spelen de volgende drie factoren een rol:

- 1 de toestand van de patiënt en de prognose daarover;
- 2 alle beschikbare informatie over het natuurlijk beloop van de klachten c.q. aandoening;
- 3 de voorkeuren van de patiënt en de behandelend arts.

Ik benadruk hier graag, met Offringa et al., dat het dus gaat om individuele beslissingen over de behandeling van *individuele cliënten*. Het *gewetensvol expliciet en oordeelkundig* gebruik verwijst naar de vertaalslagen die de therapeut moet maken om 'het beste bewijsmateriaal' succesvol te gebruiken en recht te doen aan de individuele omstandigheden van de cliënt. Het begrip *individuele klinische expertise* slaat op het in de loop van de tijd vergaarde oordeelsvermogen van de practicus om effectieve klinische gegevens te verzamelen en de toestand van de cliënt accuraat in te schatten, maar ook om de behoeften, voorkeuren en de verwachtingen in kaart te brengen – hetgeen leidt tot een beter onderbouwde besluitvorming. Het begrip 'beste externe bewijsmateriaal' heeft direct te maken met de resultaten van valide en relevant klinisch-wetenschappelijk onderzoek. In de besluitvorming volgens de principes van *evidence based medicine* worden de opties aan de cliënt of zijn vertegenwoordiger voorgelegd. Na een bespreking van de (mogelijke uitkomsten van de) verschillende scenario's wordt een beslissing genomen. De *voorkeuren, wensen en verwachtingen* van de goed geïnformeerde cliënt of zijn vertegenwoordigers spelen in de besluitvorming dus een centrale rol; waarmee volgens Offringa et al. (2000) dan ook terdege rekening gehouden dient te worden.

## Evidence-based werken

Wat houdt *evidence-based* werken nu in? Hoe ga je te werk? En hoe raak je geïnformeerd over het 'beste externe bewijsmateriaal'?

In het algemeen worden vijf stappen onderscheiden:

### 1 Het formuleren van een goede vraag

In de eerste plaats dient een goede (opzoek)vraag geformuleerd te worden, waarbij het van belang is dat de vraag ook goed geformuleerd wordt. Wat wordt daarmee bedoeld en wat is een goede vraag? Een goede vraag is een goed te beantwoorden vraag, dat wil zeggen dat deze enerzijds niet te algemeen gesteld is, anderzijds ook weer niet te specifiek. Als de vraag te algemeen gesteld is, bijvoorbeeld: 'Wat is de beste therapie voor depressieve stoornissen?', krijgen we bij het opzoeken in de verschillende databases een te grote opbrengst, waardoor we door de bomen het bos niet meer zien. (In het genoemde voorbeeld krijgen we bij een 'search' in *PsychInfo*, wanneer we de opzoekterm 'psychotherapy' verbinden met 'depression', niet minder dan 7277 verwijzingen!) Als de opbrengst te groot is moet de vraag ingeperkt worden, bijvoorbeeld tot: 'Wat is de beste therapie voor dysthyme stoornissen?'. (De opbrengst is nu in de database van *PsychInfo* gereduceerd tot 150 artikelen; bij gebruik van *Science-Direct*, die in dit geval doorschakelt naar de database van *Medline*, verschijnen 'maar' 72 artikelen op het scherm). Of het nu verkregen aantal de moeite waard is c.q. te behappen om aan een systematisch onderzoek te onderwerpen, is natuurlijk ieders eigen keuze. Een te specifiek gestelde vraag resulteert, omgekeerd, in een te kleine opbrengst. Zijn we bijvoorbeeld geïnteresseerd in het effect van *client centered*-therapie als behandelingsmodaliteit voor depressieve stoornissen, dan stuiten we bij het opzoeken in *Science-Direct/Medline* op slechts vier artikelen, bij *PsychInfo* zijn dat er 17. In het algemeen zal een opbrengst van vier artikelen te gering zijn om een uitgewogen oordeel op te baseren. Zeventien is een veel aardiger aantal om op voort te borduren.

### 2 Zoeken en selecteren van de literatuur

Uit bovenstaand voorbeeld blijkt dat het belangrijk is om tot meerdere databases toegang te hebben. Vind je iets niet in de ene, dan wellicht in een andere. Er zijn vele databases die via het internet te raadplegen zijn. Voor het gebruik ervan moet je betalen, behalve als je, zoals ik, aan een universiteit werkt<sup>2</sup>. Ik noem enkele voor ons vak belangrijke bronnen:

- PiCarta
- PsychInfo
- Medline
- Embase
- Science Direct
- SwetsNet

Daarnaast kan gebruik gemaakt worden van de websites van *evidence-based*-gerichte onderzoeksclubs, zoals het Dutch Cochrane Centre (<http://www.cochrane.nl>). Op deze website zijn diverse overzichten van reeds door anderen uitgewerkte reviews te downloaden, bijvoorbeeld met betrekking tot:

- de behandeling van depressieve stoornissen:
  - Pharmacotherapy and psychotherapy for depression;
  - Long-term pharmacotherapy versus psychotherapy for elderly depression;

- Minimal contact psychotherapy for depression.
- en (de behandeling van) eetstoornissen:
  - Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing;
  - Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa;
  - The prevention of eating disorders in children and adolescents.

### 3 Kritisch beoordelen van de literatuur

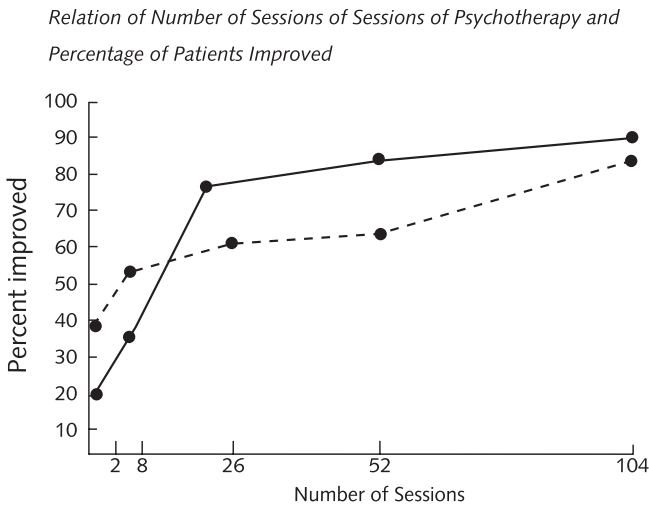
Bij het kritisch beoordelen gaat het niet alleen om een *wetenschappelijke* beoordeling ('Hoe goed zit het onderzoek in elkaar?'), maar ook om de *klinische relevantie* ('Hoe toepasbaar zijn de bevindingen in de klinische praktijk?'). In dat verband is het nuttig om het onderscheid tussen werkzaamheid (*efficacy*), doeltreffendheid (*effectiveness*) en doelmatigheid (*efficiency*) voor ogen te houden. De *werkzaamheid* van een behandeling houdt in dat uit een laboratoriumonderzoek of een onderzoek in de klinische praktijk, zo mogelijk onder optimale omstandigheden uitgevoerd, blijkt dat een bepaalde behandeling een zeker effect sorteert. Het gaat hier dus om klassiek uitkomstonderzoek, waarbij de resultaten zowel in *statistische* als *klinische* zin significant moeten zijn. Een behandeling is *doeltreffend* wanneer deze ook in de dagelijkse praktijk het beoogde effect heeft. Daarentegen is een behandeling niet doeltreffend als deze door bepaalde omstandigheden niet of nauwelijks in de praktijk gebracht kan worden, bijvoorbeeld omdat er onvoldoende hulpverleners zijn die de behandeling kunnen uitvoeren, of dat men er om de een of andere reden niet aan wil. (Een goed voorbeeld hiervan vind ik de *Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT)*, waarvan de werkzaamheid was aangetoond (Elkin et al., 1989), maar die in de – ieder geval Nederlandse – praktijk lange tijd nauwelijks werd uitgevoerd en dus niet doeltreffend was). De *doelmatigheid* van een behandeling is de optelsom van de *baten* die een behandeling kan hebben en de *kosten* die deze met zich meebrengt. Men spreekt in dit verband ook wel over de kosteneffectiviteit van een behandeling: in hoeverre loont deze? Als de kosten de baten overtreffen is er uiteraard geen sprake van een doelmatige behandeling.

In dit licht moet ook de opdracht die de Gezondheidsraad aan de werkgroep 'Langdurige Psychotherapie' gaf om de effectiviteit en doelmatigheid van langdurige psychotherapie te onderzoeken, gezien worden. De betreffende werkgroep kon overigens geen duidelijke antwoorden op de gestelde vragen geven omdat er niet of nauwelijks (goed opgezet) wetenschappelijk onderzoek voorhanden blijkt (Bolhuis & Trijsburg, 2001). Het niet onverwachte advies van de werkgroep was dan ook om alsnog onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van langdurige psychotherapie te doen. Dit advies is alleen daarom al interessant, aangezien er een forse discrepantie blijkt te bestaan tussen de gemiddelde duur van een psychotherapeutische behandeling in de praktijk (Hutschemaekers & Camp, 1999; zie tabel 1) en de relatie die volgens Howard, Kopta, Krause en Orlinsky (1986) bestaat tussen de duur van een behandeling en het effect ervan (de zogenaamde *dose-effect*-relatie, zie figuur 1). Volgens Howard et al. heeft ongeveer 50% van de cliënten genoeg aan acht zittingen, terwijl 75% na 26 zittingen (= twee jaar behandeling) als hersteld beschouwd kan worden. Hoewel er bij de (interpretatie van de) gegevens van Howard et al. kritische kanttekeningen geplaatst kunnen worden (onder anderen Schagen, 1998), worden zijn cijfers door anderen, onder anderen MacKenzie (2002) bevestigd en zijn ze in ieder geval veelzeggend!

**Tabel 1: Duur therapie (Hutschemaekers & Camp, 1999)**

aantal contacten	% van de cliënten bij	
	psychiaters	psychotherapeuten
1-9	6	6
10-19	16	16
20-49	32	44
50-99	31	24
>100	15	10

**Figuur 1: Het verband tussen het aantal sessies en de uitkomst van therapie (Howard et al., 1986) <sup>4</sup>**



*Bij figuur 1: de ononderbroken lijn geeft de mening van de therapeuten weer; de stippellijn de mening van de cliënten.*

#### *4 Bevindingen toepassen in de praktijk*

In de omschrijving van *evidence-based* werken (Offringa et al., 2000) wordt gesproken over het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor *individuele* patiënten. Hoe maak je nou de vertaalslag van het beste bewijsmateriaal naar de individuele omstandigheden van de cliënt? In de eerste plaats moet worden beoordeeld of de eigen cliënt wel voldoet aan de in- en exclusiecriteria die bij de gerefereerde onderzoeken gehanteerd zijn (bijvoorbeeld de ernst van de pathologie, eventuele co-morbiditeit, sekse en leeftijd van de cliënt, enzovoort). Wanneer men daar heel strikt in is, zal de toepasbaarheid zeer waarschijnlijk gering zijn: het zal namelijk niet vaak voorkomen dat een onderzoek beschikbaar is waarin juist deze specifieke cliëntkenmerken aan de orde zijn gesteld. Men is derhalve genoodzaakt in dit opzicht een kwalitatieve afweging

te maken. Dat geldt al evenzeer ten aanzien van de haalbaarheid van het toepassen van de beoogde behandeling in de eigen praktijksituatie. Is er bijvoorbeeld wel tijd en gelegenheid en voldoende geschoold personeel voorhanden om de behandeling zoals gewenst uit te voeren? En wat zijn de eventuele (extra) kosten? Ten slotte zal de cliënt, nadat deze zo goed mogelijk is geïnformeerd over (onder andere de inhoud van) de behandeling, moeten instemmen met de gekozen therapie. Wanneer de cliënt de (mogelijke uitkomsten van de) geopteerde therapie anders waardeert dan de therapeut (bijvoorbeeld de cliënt wil louter van zijn klacht af, terwijl de therapeut met zijn behandeling veeleer uit is op *empowerment*) heb je natuurlijk een probleem.

### *5 Evaluatie van veranderingen in de praktijk*

Net als bij het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek is het sluitstuk van *evidence-based* werken in de praktijk een systematische evaluatie van de resultaten van de uitgekozen behandeling. 'In hoeverre heeft het geholpen?', 'Wat had beter gekund?' Van belang hierbij zijn zowel tussentijdse 'metingen' (teneinde de behandelstrategie zodanig onderweg nog aan te kunnen passen), als metingen na het beëindigen van de therapie, inclusief een of meerdere follow-ups. De resultaten daarvan zijn niet alleen van onmiddellijk belang voor deze ene behandeling, maar evenzeer voor eventuele toekomstige behandelingen van andere cliënten in soortgelijke omstandigheden.

### **Niveaus van evidentie**

In 1994 formuleerde een Canadese Task Force drie niveaus van evidentie, waarbij het middelste niveau nog weer in een drietal subniveaus werd onderverdeeld:

- 1 Evidentie aangetoond middels een RCT (Randomized Controlled Trial). Het neusje van de zalm voor de therapieonderzoeker, maar in de praktijk vaak moeilijk haalbaar, overigens niet alleen vanwege uitvoeringsproblemen (zie verderop).
- 2 a Evidentie aangetoond in goed opgezette gecontroleerde studies, echter zonder een gerandomiseerde toewijzingsprocedure.  
b Evidentie aangetoond in goed opgezette cohort-studies of in *case-control*-studies, bij voorkeur op meerdere plaatsen of door verschillende onderzoeksteams uitgevoerd.  
c Evidentie aangetoond door vergelijkingen met momenten waarop de behandeling nog niet werd gegeven, of met plaatsen waar een dergelijke behandeling (nog) niet wordt gegeven.
- 3 Meningingen van autoriteiten op het betreffende vakgebied, gebaseerd op klinische ervaring, of een rapportage door experts.

Dit laagste niveau (3) van evidentie zal door velen niet als zodanig worden aangemerkt. Sterker nog, aanhangers van *evidence-based* werken verzetten zich hier juist tegen. Toch is een groot deel van de vigerende psychotherapeutische praktijk erop gebaseerd, met name waar het gaat om de meer 'dynamische' behandelingen. Bedenk hierbij bovendien dat het psychotherapeutische ambacht inmiddels honderd jaar oud is en het psychotherapie onderzoek 'pas' vijftig jaar geleden op gang is gekomen!

Met de verwetenschappelijking van de psychotherapeutische praxis ligt het evenwel voor de hand dat er andere eisen gesteld worden ten aanzien van gebleken effectiviteit. Met name de (cognitief-)gedragstherapeuten hechten grote waarde aan 'harde' onderzoeksresultaten, naar het lijkt in tegenstelling

tot cliëntgerichte therapeuten, ofschoon de laatsten op het gebied van psychotherapieonderzoek een rijke historie kennen. Misschien wist u het niet of was u het vergeten, maar Rogers werd door de APA (*American Psychological Association*) niet alleen onderscheiden met de Distinguished Professional Contribution Award, maar (als eerste psychotherapeut) ook met de Distinguished Scientific Contribution Award voor zijn pionierswerk op het gebied van psychotherapieonderzoek. Hij legde daar inderdaad de bakermat voor door zijn gesprekken met cliënten fonografisch vast te leggen (Rogers, 1942), hetgeen vervolgens in de jaren vijftig van de vorige eeuw een keur aan onderzoeken op gang heeft gebracht (Rogers & Dymond, 1954). Helaas keerde Rogers zich in de jaren zestig, na de teleurstellende resultaten van het Wisconsin-project (Rogers, Gendlin, Kiesler & Truax, 1967), van het psychotherapieonderzoek af en richtte zijn aandacht volledig op de verspreiding van zijn gedachtegoed in andere contreien. Daarmee raakte het onderzoek op het gebied van de cliëntgerichte psychotherapie trouwens behoorlijk in het slop. Er volgde veeleer een periode van theoretische herbezinning door Rogers' navolgers (ik noem in dit verband Gendlins experiëntiële psychotherapie; Wexler en Rice met hun cognitieve invalshoek, Kieslers interactionele therapie). Pas de laatste twee decennia lijkt er weer geregeld onderzoek plaats te vinden (zie de overzichten van Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994; Cain & Seeman, 2001; Elliott, Greenberg & Lietaer, 2002), vooral in Duitsland (Eckert, Biermann-Ratjen, Sachse, Speierer en Teusch), maar toch ook nog wel in de Verenigde Staten en Canada, met name op het gebied van de proces-experiëntiële psychotherapie (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Ik verwijs voor de uitkomsten daarvan graag naar de bijdrage van Lietaer elders in dit tijdschrift (2003).

## Erkenning van psychotherapeutische behandelingen

Voor de erkenning en daarmee de vergoeding van psychotherapeutische behandelingen stellen overheden en financiers meer en meer de eis dat de behandeling evidence-based moet zijn, waarmee men vooral bedoelt te zeggen dat de effectiviteit (= werkzaamheid) ervan in voldoende mate moet zijn aangetoond. De APA (*American Psychological Association*), in het bijzonder haar divisie 12 (*Psychotherapy Division*), vertaalde dit 'in voldoende mate' in 1995 in gebleken effectiviteit bij de uitvoering van:

- tenminste twee RCT's (of gecontroleerde analogiestudies) in een bepaald stoornisgebied,
- bij een homogene populatie cliënten,
- volgens een tevoren vastgelegd protocol (*treatment manual*).

In Duitsland is men wat strenger. Een methode is pas volledig erkend als in tenminste vier hoofddomeinen van de ICD-9/10 uit tenminste drie Randomized Clinical Trials het effect van de behandeling is aangetoond. Wanneer dat op minder dan vier gebieden het geval is, kan eventueel een gedeeltelijke erkenning plaatsvinden. Op grond van het vele onderzoek dat destijds door Rogers en zijn medewerkers was uitgevoerd, werd aan de (cliëntgerichte) gesprekstherapie enige dispensatie verleend. Deze therapievorm behoefde zijn effectiviteit 'maar' door middel van twee RCT's aan te tonen. Dat de vroegere onderzoeken van Rogers op zich niet meetelden heeft te maken met het feit dat ze niet stoornisgericht waren. (Zoals bekend heeft Rogers nooit aandacht besteed aan – de behandeling van – specifieke stoornissen; hij was immers van mening dat zijn therapievorm zich voor de behandeling van alle cliënten leende, ongeacht hun 'stoornis' en/of persoonskenmerken – ik verwijs in dit

verband naar zijn klassieke artikel uit 1957: *'The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change'*.

In eerste instantie wilde men in Duitsland volgens de gestelde norm de (cliëntgerichte) gesprekstherapie maar in drie hoofddomeinen erkennen, namelijk op het gebied van Stemmingsstoornissen, Angststoornissen en Somatoforme stoornissen/ Psychosomatiek.

In een vierde hoofddomein, dat der Persoonlijkheidsstoornissen, werd aanvankelijk slechts één studie erkend. Waarschijnlijk betreft dat een onderzoek van Eckert en Biermann-Ratjen (1990), hoewel er in dat onderzoek geen *no-treatment*-controlegroep was geïncludeerd. Aangezien de Erkenningscommissie geen mededelingen over haar overwegingen doet, blijft die kennis in de boezem van de commissie bewaard. Lange tijd werd gestecheld over een tweede onderzoek van Paivio en Greenberg (1995), omdat de onderzochte behandelvorm als 'proces-experientieel' was gedenomineerd en daarmee volgens de commissie niet als een cliëntgerichte therapie beschouwd kon worden. Uiteindelijk is men daar op teruggekomen en is ook die studie erkend, zodat men thans in Duitsland in de gelukkige omstandigheid verkeert dat de cliëntgerichte gesprekstherapie niet langer als een *Zweitverfahren* gezien wordt, maar als een volledig erkende psychotherapievorm. Dat kan niet gezegd worden van bijvoorbeeld de Gestalttherapie en de systeemtherapie, die beide buiten de boot dreigen te vallen, omdat er ten aanzien van deze methoden onvoldoende RCT's zijn uitgevoerd. In de kantlijn hiervan merk ik op dat men aan de psychoanalytische psychotherapie niet deze vereisten van gecontroleerd onderzoek heeft gesteld. Er lijkt dus nog steeds met verschillende maten te worden gemeten!

## De situatie in Nederland

In Nederland kennen we op dit moment (nog) niet de eis van gebleken effectiviteit ten aanzien van de toepassing van diverse vormen van psychotherapie. Wel wordt, ook in opleidingen zoals die van de gezondheidszorgpsycholoog, steeds meer gefocused op geprotocolleerde behandelingen en is men in de gezondheidszorg druk doende richtlijnen voor diverse stoornisgebieden te ontwikkelen (stemmingsstoornissen, angststoornissen, schizofrenie, adhd bij kinderen en jeugdigen, eetstoornissen en alcoholverslaving). Maar officiële regels ten aanzien van de toepassing van bepaalde vormen van psychotherapie bestaan er niet. Indirect valt wel iets af te leiden uit de Wet-BIG, die aan de (te registreren) psychotherapeut bepaalde opleidingsvereisten stelt (artikel 26) en (in artikel 27) het deskundigheidsgebied van de psychotherapeut omschrijft als '... het onderzoeken en het volgens *bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen methoden* beïnvloeden van stemmingen, gedragingen en houdingen van een persoon met een psychische stoornis, afwijking of klacht, teneinde deze te doen verdwijnen of te verminderen' (*cursivering RJT*). Welke methoden zijn bij algemene maatregel van bestuur nu aangewezen en op grond waarvan is dat gebeurd? Op basis van gebleken effectiviteit? Niet dus. Net als bij de erkenning van de specialistische psychotherapieverenigingen destijds door de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie lijkt het *referentiekader*, oftewel 'een welomschreven gebied of methodiek binnen het veld van de psychotherapie' (artikel 21, lid 2a, statuten NVP), in dit opzicht van doorslaggevende betekenis te zijn geweest. De erkende referentiekaders die dan ook in het Besluit Psychotherapeut (1998) genoemd worden, zijn de psychoanalytische therapie, de gedragstherapie, de rogeriaanse therapie en de systeem-



therapie, gebaseerd op respectievelijk de psychoanalytische, de leer- en cognitieve, de experiëntiële en de systeemtheorieën.

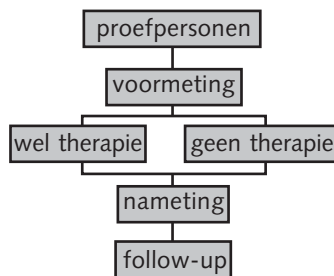
Artikel 27 van de Wet-BIG laat natuurlijk wel ruimte om 'bij algemene maatregel van bestuur' ook andere methoden aan te wijzen 'voor de beïnvloeding van stemmingen, gedragingen en houdingen van een persoon met een psychische stoornis, afwijking of klacht, teneinde deze te doen verdwijnen of te verminderen'. Mogelijk dat de nu in ontwikkeling zijnde richtlijnen daartoe aanleiding geven. Het lijkt me daarom zaak voor cliëntgerichte psychotherapeuten om hun stem bij deze ontwikkelingen duidelijk te laten horen!

### Lastigheid van RCT-onderzoek

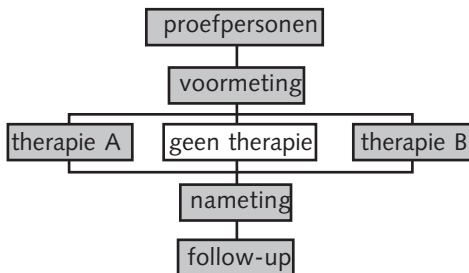
In het voorgaande is steeds gesproken over *Randomized Controlled Trials*, ook wel *Randomized Clinical Trials* genoemd. Wat zijn RCT's en waarom is het zo lastig om deze uit te voeren en zo aan voldoende onderzoeksresultaten te komen?

Een *Randomized Controlled Trial* wordt als de onderzoeksvorm bij uitstek beschouwd om de werkzaamheid van een therapeutische behandeling vast te stellen. Door de proefpersonen willekeurig over de condities wel/geen therapie te verdelen, kan een vergelijking gemaakt worden tussen de groep die wel en de groep die geen behandeling heeft gekregen. Metingen vinden voor en na de behandeling plaats en zo mogelijk ook nog daarna middels follow-ups (zie figuur 2). Het onderzoeksmodel leent zich ook goed voor een vergelijking *tussen* verschillende therapieën (zie figuur 3), bijvoorbeeld tussen een experimentele behandeling en een groep die de gebruikelijke behandeling krijgt (*treatment as usual*).

Figuur 2



Figuur 3



Aan (de uitvoering van) RCT's kleven nogal wat bezwaren en moeilijkheden. Zonder hierin volledig te willen zijn noem ik er enkele:

- *Ingewikkelde vraagstelling*  
In principe zien we ons steeds voor de vraag gesteld (Paul, 1967): 'Welke therapie gegeven door welke therapeut in wat voor setting in welke omstandigheden helpt welke cliënt(en) met wat voor klachten/problemen het meest?' Om deze vraag te kunnen beantwoorden moeten er heel wat variabelen onder controle gehouden worden. Dat valt natuurlijk niet mee. En als het al lukt, impliceert het een veelheid aan onderzoeken waarbij steeds andere variabelen (cliëntfactoren, therapeutfactoren, enzovoort) in het geding zijn. Alleen al als we rekening houden met de belangrijkste variabelen komen we op meer dan 1 miljoen onderzoeken uit (Beutler, 1994).
- *Medewerking van betrokkenen*  
Om dit soort onderzoek in de praktijk uit te voeren moet medewerking van (directies van) instellingen, alsook van de direct betrokkenen (therapeuten en cliënten) verkregen worden. Het vergt doorgaans veel tijd en overleg alvorens de *informed consent*-brieven naar de cliënten gestuurd kunnen worden. Uit eigen ervaring weet ik dat het juist *niet* de cliënten zijn die de meeste barrières opwerpen (Takens, 2001).
- *Samenstelling onderzoeksgroepen*  
Waar kiezen we voor: een homogeen of juiste heterogeen samengestelde steekproef? Een homogene steekproef heeft als voordeel dat er weinig, in ieder geval minder, ruis in de cliëntfactor optreedt zodat er duidelijkere resultaten te verkrijgen zijn; het nadeel is evenwel dat het doorgaans (veel) langer duurt vooraleer men voldoende proefpersonen heeft verzameld. Het voordeel van een heterogene steekproef is dat de verkregen resultaten beter gegeneraliseerd kunnen worden. Zoals hiervoor werd aangegeven stelt men ten aanzien van RCT-onderzoek de eis dat de steekproef homogeen is samengesteld en opteert men vervolgens voor replicatieonderzoek in andere populaties. Een lastige zaak blijft het samenstellen van adequate controlegroepen. Cliënten die in (acute) psychische nood verkeren kan men moeilijk een behandeling (tijdelijk) onthouden. Maar goed, zolang we in de gezondheidszorg nog met wachtlijsten zitten, lost dit probleem zich tot op zekere hoogte vanzelf op. Voor onderzoek ten aanzien van langdurige psychotherapie biedt het evenwel geen soulaas. Zou dat een van de redenen zijn waarom onderzoek op het gebied van (het effect van) therapie vooral op kortdurende therapie gericht is?
- *Operationalisering begrippen*  
Wat verstaan we onder het succes van een behandeling? Wat houdt verbetering precies in? Is duidelijk wat onder een bepaalde behandeling begrepen wordt? (de ene cliëntgerichte psychotherapie is de ander niet!). Lastige vragen waarop nooit een eenduidig antwoord gegeven kan worden, maar waarvan niet voorbijgegaan kan worden.
- *Meten met matige maten*  
Waar meten we het succes van een behandeling aan af? Wie stelt de verbetering vast? Het meest relevante 'meetinstrument' lijkt het oordeel van betrokkenen zelf (cliënt/ therapeut) te zijn, maar we weten tegelijkertijd dat dit soort subjectieve oordelen weinig betrouwbaar zijn. Het oordeel van de cliënt en dat van de therapeut correleert doorgaans niet boven de .20, wat er op wijst dat therapeuten en cliënten andere criteria ten aanzien van verbetering hanteren. Meer objectieve meetinstrumenten, zoals vragenlijsten, zijn nauwelijks voorhanden, doorgaans weinig betrouwbaar en voor dit doel niet altijd relevant. We moeten onze metingen dus verrichten met 'matige maten' (Schagen, 1983).
- *Bijstellingen van behandelingsdoel en behandelstrategie*

Tijdens een therapie komt het nogal eens voor dat men de behandeling wenst aan te passen aan veranderende omstandigheden, of dat men er in de loop van de therapie achter is gekomen dat het probleem, waarvoor de cliënt zich aanvankelijk aanmeldde, anders is ingebed (achter de fobische klacht blijkt een relationeel probleem schuil te gaan), waardoor het doel van de therapie wijzigt en navenant de *treatment of choice* (bijvoorbeeld relatie-therapie in plaats van individuele therapie).

- *Contaminerende factoren*

In de loop van de therapeutische behandeling kunnen zich allerhande gebeurtenissen voordoen die van invloed zijn op de uitkomst van de therapie, maar die niet (in ieder geval niet rechtstreeks) als een resultaat van de therapie beschouwd kunnen worden. Te denken valt aan het krijgen of juist het verliezen van werk, het ontmoeten van een levenspartner, het overlijden van een dierbare, of... noem maar op. Ook een *dropping out of treatment* kan als een contaminerende factor beschouwd worden. Verlaat men de therapie voortijdig omdat die niet aanslaat, of juist omdat men het gevoel heeft reeds voldoende te zijn geholpen? Het antwoord daarop is vaak moeilijk te achterhalen. Als de ex-client al bereid is om hierop te antwoorden, is diens antwoord niet altijd betrouwbaar (Schagen, 1994).

- *'Uniformity myth'*

Kiesler stelde al in 1966 dat het onder controle kunnen houden van de verschillende onderzoeksvariabelen een mythe is. Behandelingen zijn nooit uniform, want zullen altijd per therapeut verschillen. Daarbij komt nog eens het feit dat therapeuten vaak niet doen wat zij wel zeggen te doen (Schagen, 1985). Een mooi voorbeeld daarvan is het onderzoek van De Wolf (1991) naar kortdurende analytische therapieën, waaruit bleek dat 'Malan'-therapeuten niet zozeer openlegend bezig waren (wat van hen juist verwacht zou mogen worden) alswel steunegend en in mindere mate explorerend. Ook de toepassing van geprotocolleerde behandelingen is geen garantie voor een uniforme behandeling van cliënten. Gelukkig maar voor de cliënt, zou ik willen opmerken, maar wel jammer voor het onderzoek natuurlijk.

Deze 'beren op de weg' van de onderzoeker vragen vanzelfsprekend om een kritische opstelling ten aanzien van de uitkomsten van RCT-onderzoek. Mijns inziens mag dat echter niet leiden tot een totale afkeer van dit type onderzoek, zoals ik die tijdens een discussie van de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek op een vorig congres van de VCgP in Antwerpen over (de noodzaak van) RCT's in enkele stellingen vervat, aantrof. Ik citeer: 'Een RCT is niet de meest geschikte onderzoeksmethode om de werking van een therapie vast te stellen en al helemaal niet van een cliëntgerichte psychotherapie.' En: 'RCT's geven geen inzicht in de werking van cliëntgerichte psychotherapie; daarom is dit type onderzoek nutteloos.' Ten slotte nog: 'Beleidsmakers dienen overtuigd te worden van de zinloosheid van RCT-onderzoek om de effectiviteit van een therapievorm vast te stellen en hun beleid ten aanzien van erkenning en financiering daarop af te stemmen.'

De slinger slaat wat mij betreft dan te ver door. Ik zou daarentegen juist een respectvolle houding bepleiten jegens die onderzoekers die er, vaak na lang zwoegen, toch in slagen een 'mooie' RCT uit te voeren, zoals Sloane, Staples, Cristol, Yorkston en Whipple (1975), die uit hun klassiek vergelijkings-onderzoek concludeerden dat gedragstherapie en (psychodynamische) gesprekstherapie in effectiviteit nauwelijks voor elkaar onderdoen. Hier te lande werd dit onderzoek een tiental jaren op zeer elegante wijze gerepliceerd door Eijmael (1987), die tot eenzelfde conclusie kwam wat betreft de vergelijking tussen gedragstherapie en cliëntgerichte psychotherapie.

Een studie die een grote impact heeft gehad, is het onderzoek naar de behandeling van depressieve stoornissen, in Amerika groots door het National Institute for Mental Health opgezet (en gefinancierd) (Elkin, Parloff, Hadley & Autry, 1985). In dit onderzoek werden cognitieve gedragstherapie respectievelijk interpersoonlijke psychotherapie met farmacotherapie vergeleken en afgezet tegen twee controlegroepen, waarvan één placebogroep (*Clinical Management*). Enkele opvallende bevindingen uit dit onderzoek:

- Van de 239 patiënten waarmee begonnen was, voltooiden 162 de behandeling, dat wil zeggen 67,7%, hetgeen natuurlijk niet veel is voor een dergelijk met veel zorg omgeven onderzoek;
- Cognitieve gedragstherapie (CGT), Interpersoonlijke therapie (IPT) en farmacotherapie (Imipramine) bleken ongeveer even effectief;
- De uitkomsten tussen de behandelgroepen en de controlegroepen was significant verschillend, in het voordeel van de behandelgroepen;
- Afgaand op de scores op de HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) bleken de CGT-, IPT- en Imipramine-groepen alle een positief klinisch effect te sorteren op de depressieve stoornis (HDRS-scores zakten bij ongeveer eenzelfde aantal patiënten onder de score 6);
- Bij patiënten met een aanvankelijk ernstige depressie was dit effect in de CGT-conditie minder groot dan in de andere twee behandelcondities;
- Na de laatste follow-up (na 18 maanden) was slechts 20% van de starters hersteld en niet teruggevallen (Shea et al., 1992).

Ondanks de heldere uitkomsten van dit onderzoek heeft het niet onmiddellijk geleid tot een toepassing van de interpersoonlijke psychotherapie bij de behandeling van depressies. Daarmee bleek deze therapievorm dus *werkzaam*, maar niet *doeltreffend*.

### **Terug naar de vraag: 'Hoe evident kunnen cliëntgerichte psychotherapieën zijn?'**

Als men u vraagt hoe succesrijk u bent met uw therapieën, antwoordt u misschien: 'Natuurlijk ben ik succesvol, want ik ben een officieel erkende cliëntgerichte psychotherapeut en behandel mijn cliënten als het even kan cliëntgericht, dus wat wil je meer?'

Voor leden van deze vereniging geldt dit antwoord wellicht als een wettig en overtuigend bewijs voor *good practice*, voor een buitenstaander is dat niet altijd even vanzelfsprekend. Uw gedragstherapeutische collega zal u mogelijk zelfs wat meewarig aankijken en bij zichzelf denken: 'Die heeft nog heel wat te leren' (maar dat zullen gedragstherapeuten vanuit hun referentiekader natuurlijk al snel denken).

Niettemin, anno 2002 lijkt u met een dergelijk antwoord niet meer te kunnen volstaan. Er moeten meer argumenten geleverd worden om uw cliëntgerichte psychotherapeutische praktijk in stand te houden. Wat u om te beginnen zou kunnen doen, is iets aan outcome-onderzoek te doen. Heel cliëntgericht zou zijn als u na afloop van de therapie aan uw cliënten zou vragen wat hun bezoeken aan u hebben opgeleverd. Wanneer u hun antwoorden zou systematiseren kunt u tenminste iets zeggen over de tevredenheid van uw excliënten en mogelijk ook over eventuele drop-outs. Het viel mij bij de laatste wetenschappelijke bijeenkomst in december in Utrecht over de praktijkvoering van cliëntgerichte therapeuten op dat maar weinigen aan follow-up doen (Takens & Duinkerken, 2003). Ik vind dat een gemis. Wanneer wij met elkaar in de vereniging er in zouden slagen alleen al dit soort basale gegevens te

verzamelen en op centraal niveau vast te leggen, te bewerken en te publiceren, zouden we ons therapeutisch handelen op meer dan 'geloofsniveau' kunnen stoelen.

Op een iets hoger niveau van *empirische evidentie* zouden we onze opleidingen in het kader van de door hen te beschrijven casus op systematische wijze voor, tijdens en na de therapie onderzoeksgegevens kunnen laten verzamelen, om die vervolgens op centraal niveau te bundelen en statistisch te bewerken; ik deed daarvoor destijds een voorstel vanuit de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek (Takens, 1996).

Naast dit soort onderzoek in de dagelijkse praktijk zouden we er mijns inziens goed aan doen om toch ook (meer) aan wetenschappelijk onderzoek in engere zin te (gaan) doen. Daarbij valt in de eerste plaats te denken aan participatie aan lopende onderzoeksprojecten die gericht zijn op het vaststellen van de werkzaamheid van bepaalde therapievormen. Wellicht kunnen we ergens aanhaken om de door ons voorgestane cliëntgerichte psychotherapie(ën) op zijn merites te onderzoeken. Ik wijs in dit verband op de in gang gezette RCT inzake langdurige psychotherapie bij borderliners (samenwerking tussen universiteiten Maastricht, Leiden en Amsterdam)<sup>8</sup>. Vanwege de gebleken effectiviteit van met name de meer proces-experientiële methoden (Greenberg, Elliott en Lietaer, 1994; Elliot, Greenberg & Lietaer, 2002) zou vanuit onze invalshoek een vergelijking tussen een traditionele rogeriaanse therapie en therapieën waarin proces-experientiële methodieken, zoals focusing, evoceren en expliciteren worden gebruikt, interessant zijn. En waarom ook niet zelf, in samenwerking met onze Vlaamse collega's, een RCT opgezet om de effectiviteit van *pre-therapie* bij schizofrene patiënten vast te stellen? Dergelijk onderzoek zou helpen de cliëntgerichte psychotherapie beter op de kaart te zetten dan nu het geval is.

Naast of in plaats van RCT-onderzoek, waartegen diverse bezwaren in te brengen zijn (zie hiervoor) en dat ons klaarblijkelijk ook minder goed ligt, zouden we vergelijkend onderzoek kunnen initiëren, waarbij steeds twee groepen cliënten met elkaar gecontrasteerd worden. En dan niet op basis van DSM-IV As 1- of As 2-classificaties, maar op grond van onderscheidingen die ertoe doen, bijvoorbeeld:

- cliënten waarbij wel/niet eenvoudig een zelfexploratatieproces op gang gebracht kan worden;
- cliënten met verschillende hechtingsstijlen, enzovoort.

In het verlengde hiervan zouden we vervolgens middels procesonderzoek na kunnen gaan wat nu precies nodig is om een zelfexploratatieproces (beter) op gang te krijgen c.q. te houden en een vruchtbare therapeutische werkrelatie te vestigen met onveilig c.q. ambivalent gehechte cliënten, enzovoort.

Kortom, er valt nog heel wat onderzoek te verrichten om de cliëntgerichte psychotherapie uit te laten groeien tot een volwaardige *evidence-based* behandeling, waarvoor behalve in psychotherapeutische kring ook bij zorgverzekeraars de nodige belangstelling bestaat, zodat we de laatsten met recht kunnen houden aan hun uitgangspunt van een vraaggerichte zorg, dat wil zeggen dat cliënten in de gelegenheid worden gesteld om ook lang(er)durende persoonsgerichte therapieën te volgen. Indien we bereid zijn om met elkaar de schouders eronder te zetten moet het mogelijk zijn om van de cliëntgerichte psychotherapie een pronkjuweel in de schatkamer van de psychotherapie te maken. Het behaalde resultaat in Duitsland is bemoedigend en vraagt zeker om een vervolg.

## Correspondentieadres

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

## Noten

- <sup>1</sup> Voordracht op het wetenschappelijk congres van de Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie, 25 januari 2002.
- <sup>2</sup> Sommige GGZ-instellingen stellen voor hun medewerkers ook toegang tot deze sites gratis ter beschikking.
- <sup>3</sup> Inmiddels is er een voornemen om in een RCT schema-focused therapie te vergelijken met cliëntgerichte interactionele therapie bij persoonlijkheidsstoornissen, m.u.v. borderliners (samenwerking RIAGG/Universiteit Maastricht en Vrije Universiteit).
- <sup>4</sup> Figuur 1 is overgenomen uit het artikel 'The dose-effect relationship in psychotherapy' van K.I. Howard, S.M. Kopta, M.S. Krause en D.E. Orlinsky. Verschenen in *American Psychologist*, 1986, jrg. 41, p. 160.

## Literatuur

- Beutler, L.E., Machado, P.P., & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (4th ed., pp. 229-269). New York: Wiley.
- Bolhuis, P.A., & Trijsburg, R.W. (2001). Doelmatigheid van langdurige psychotherapie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 56, 521-536.
- Cain, D.J., & Seeman, J. (2001). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Eckert, J., & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990). Client-centered therapy versus psychoanalytic psychotherapy; Reflections following a comparative study. In: G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the Nineties* (pp. 457-468). Leuven: Leuven University Press.
- 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., Greenberg, L.S., & Lietaer, G. (2002). Research on experiential psychotherapy. In: M.J. Lambert, A.E. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Eijmael, J. (1987). *Gedragstherapie en client-centered therapie vergeleken*. Amersfoort: Acco.
- Geelen, K. (2001). Wetenschappelijke GGZ: Einde van de cliënteninbreng? *Deviant*, 30, 4-7.
- Greenberg, L., Elliott, R., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential

- psychotherapies. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509-539). New York: Wiley.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change*. New York: Guilford.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Hutschemaekers, G., & Camp, K. (1999). *Psychotherapie in getallen*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Kiesler, D.J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- Lietaer, G. (2003). De empirische ondersteuning van experiëntieel-humanistische psychotherapieën: stand van zaken en taken voor de toekomst. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 41 (1), n?-n?.
- MacKenzie, K.R. (2002). *Augmenting clinical practice with brief measurement instruments*. Invited address at the 18th World Congress of Psychotherapy, Trondheim.
- Offringa, M., Assendelft, W.J.J., & Scholten, R.P.J.M. (2000). *Inleiding in de evidence based medicine*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Paul, G.L. (1967). Outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- 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.
- Rogers, C.R. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Cambridge, Mass.: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C.R., & Dymond, R.F. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J., & Truax, C.T. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: a study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Grey, J.A.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What is it and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Schagen, S. (1983). *Het effect van psychotherapie: Meetbaarheid en resultaten*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Schagen, S. (1985). *De praktijk van psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Schagen, S. (1994). *Over de waarde van psychotherapie*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Schagen, S. (1998). Een geschiedenis van het psychotherapieonderzoek: Legitimeren en vernieuwen. In: R.W. Trijsburg, S. Colijn, E.C.A. Collumbien & G. Lietaer (Red.), *Handboek Integratieve Psychotherapie; Inventarisatie en perspectief* (I.1.3.1 - I.1.3.29). Utrecht: De Tijdstroom.
- 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.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Harvard University Press.
- Takens, R.J. (2001). *Een vreemde nabij*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Takens, R.J., Moolen, C.R. van der, & Waaldijk-Holl, O. (1996). *De gevalsstudie in opleiding en onderzoek*. Workshop tijdens congres VCgP 'Vraag en Aanbod', Ede.
- Takens, R.J., & Duinkerken, N. (2003). 'Gaat u zitten'; Over de praktijkvoering van cliëntgerichte psychotherapeuten. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie* (in voorbereiding).
- Wolf, M.H.M. de (1991). *Hoe psychoanalytisch zijn Malan-therapieën?* Muiderberg: Coutinho.