

# Psychotherapie in het tijdperk van evidence-based medicine

P. M. F. J. J. KNAPEN

**SAMENVATTING** Psychotherapie is populair als behandeling voor uiteenlopende psychische klachten en psychiatrische aandoeningen. Onderbouwing van de werkzaamheid en overbrugging van de kloof tussen onderzoek en dagelijkse praktijk vormen een uitdaging. Onderzocht wordt welke evidence inmiddels beschikbaar is voor de werkzaamheid van verschillende vormen van psychotherapie. Op basis van honderden meta-analyses met duizenden studies bleek psychotherapie effectief, met een gemiddelde effectgrootte van 0,60. Methode- en stoornisgebonden onderzoek heeft verworvenheden, maar ook beperkingen. De afgelopen jaren is heel wat meer bekend geworden over de specificiteit van diverse psychotherapieën en over andere voor toewijzing belangrijke parameters. De werkzaamheid van beschikbare therapieën bij diverse aandoeningen wordt besproken, evenals doelmatigheidsaspecten en andere relevante factoren. Voor een toekomstige ‘patient-based’ indicatiestelling is een gedifferentieerd aanbod aan evidence-based psychotherapeutische behandelingen vereist. Daarbij is integratie van werkzame elementen uit verschillende richtingen gewenst en dienen multidimensionele indicatoren voor patient-based indicatiestelling te worden ontwikkeld. Ten slotte dient men de maatschappelijke relevantie van psychotherapie te onderbouwen door kosteneffectiviteitsonderzoek.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 365-375]

**TREFWOORDEN** EBM, evidence-based medicine, psychotherapie, psychotherapie-research

Het beoefenen van *evidence-based medicine* (EBM) veronderstelt ‘integratie van individuele klinische ervaring met de best beschikbare externe bewijsvoering vanuit systematisch onderzoek’ en ‘wel-doordachte identificatie met en invoelend meewegen van toestand, rechten en voorkeuren van een individuele patiënt in de besluitvorming’ (Sackett e.a. 1996).

In dit artikel verken ik de verhouding tussen psychotherapie en EBM; daarbij ga ik in op zowel het eerste als het tweede deel van bovenstaande definitie. Wat heeft research naar psychotherapeutische behandelmethodes tot nog toe opgeleverd

en welke andere factoren zijn relevant voor indicatiestelling? Wat kunnen wij hieruit concluderen en welke aanbevelingen zijn mogelijk voor verder onderzoek en implementatie?

## ONDERZOEKSBEVINDINGEN

Een systematisch overzicht valt buiten het kader van dit artikel. In het onderstaande wordt de systematische opbouw van de evidence geschetst.

### Globale rechtvaardiging: 'werkt het?'

Op basis van honderden meta-analyses en duizenden studies kunnen wij concluderen dat psychotherapie effectief is (Lambert & Ogles 2004). Zorgvuldige analyse van data uit 475 studies uit de jaren tachtig leverde een gemiddelde effectgrootte van 0,60 op (Shadish e.a. 1997).

### Methodegebonden rechtvaardiging: 'wat werkt?'

In wisselende graad van evidentie zijn verschillende reguliere therapievormen onderbouwd. Voor cognitieve gedragstherapie (CGT) en gedragstherapie (GT) is overtuigend stoornisgebonden onderzoek beschikbaar (zie verder).

Experiëntiële en groepspsychotherapie zijn uitgebreider onderzocht dan algemeen bekend is. Groepspsychotherapie overtreft bij uiteenlopende ziektebeelden het effect van wachtlijsten en is bij gemotiveerde patiënten krachtig genoeg om als enige therapie te dienen bij diverse aandoeningen (Burlingame e.a. 2004). Omtrent de werkzaamheid van experiëntiële therapieën bij diverse aandoeningen

concluderen Elliott e.a. (2004) dat er stevige evidentie is op basis van een meta-analyse over 111 gerandomiseerde klinische trials (RCT's), waarvan de meeste uit het afgelopen decennium.

Intussen vecht de psychoanalytische wereld zich een weg terug vanuit een enkele jaren geleden verloren gewaande positie binnen EBM. Er is inmiddels onderzoek van niveau I over kortdurende psychodynamische psychotherapie (KPP): een cochrane review over 23 RCT's bij 9 stoornissen leidde tot voorzichtig positieve conclusies (Abbass e.a. 2006, zie tabel 1) en een meta-analyse van een Duitse groep over 17 RCT's (Leichsenring e.a. 2004) toonde een gunstige respons op het vlak van symptomen, probleemgebieden en sociaal functioneren. Deze respons nam toe bij langere follow-up. Naturalistisch onderzoek naar effectiviteit en kosteneffectiviteit van langer durende psychoanalytische behandelingen toonde bij 3-jaarsfollow-up een significante, dosisgebonden effectiviteit (Sandell e.a. 2000). Ook De Maat vermeldt in haar proefschrift (2007) een toenemende effectgrootte: van 0,78 bij beëindiging van de therapie tot 0,94 bij follow-up.

TABEL 1 Reviews in Cochrane Library medio 2007 (n = aantal opgenomen studies)		
1ste auteur, jaar	Cochranereview	Aanbeveling/Conclusie
Hay, 2003	diverse individuele PT's bij AN (n = 7)	lijken beter dan TAU
Jones, 2004	CGT bij schizofrenie (n = 19)	veelbelovend; verder onderzoeken
Hay, 2004	CGT bij boulimia en BED	beperkte evidentie voor CGT; onderzoek aanbevolen, ook naar andere en langer durende vormen
Barbato, 2006	PRT bij depressie (n = 8)	gelijk aan individuele PT of farmacotherapie
Binks, 2006	DGT en MBT bij BPS (n = 7)	positief; voorzichtig wegens beperkt aantal studies
Abbass, 2006	kortdurende psychodynamische PT (n = 23)	gematigd positief voor diverse as-I-stoornissen; beklijft
Denis, 2006	PT bij cannabismisbruik (ambulant) (n = 6)	lijkt niet effectief
Furukawa, 2007	PT, PT + AD of AD bij paniek met of zonder agorafobie (n = 23)	PT of PT + AD is eerste keuze
Hunot, 2007	CGT, psychodynamische PT of steunende PT bij GAS (n = 25)	CGT werkzaam; voor overige PT's en voor onderlinge vergelijking te weinig data
Bisson, 2007	PTSS: EMDR, individuele CGT of groeps-CGT (n = 33)	alle effectiever dan TAU
Gava, 2007	CGT en GT bij OCD (n = 8)	effectief; onderzoek kosteneffectiviteit en vergelijking andere PT's nodig
Buckley, 2007	steunende PT bij schizofrenie (n = 21)	lijkt werkzaam; heterogene studies

AD = antidepressiva; AN = anorexia nervosa; BED = binge eating disorder (vreetbuienstoornis); BPS = borderlinepersoonlijkheidsstoornis; CGT = cognitieve gedragstherapie; DGT = dialectische gedragstherapie; EMDR = eye movement desensitisation and reprocessing; GAS = gegeneraliseerde angststoornis; GT = gedragstherapie; MBT = mentalisation based treatment; OCD = obsessieve-compulsieve stoornis; PRT = partnerrelatietherapie; PT = psychotherapie; PTSS = posttraumatische stressstoornis; TAU = treatment as usual.

### Vergelijkbaarheid van behandelingen: 'wat werkt beter?'

Onderlinge vergelijking ondersteunt de stelling dat alle bonafide werkzame psychotherapieën elkaar intrinsiek weinig ontlopen inzake effectiviteit (het 'Dodo-verdict') (Luborsky e.a. 2002). De auteurs achten de waarschijnlijkste verklaring voor deze bevinding dat ze samenhangt met de zogeheten gemeenschappelijke of aspecifieke factoren ('common factors'). Daarvan acht men de impact, na uitgebreid procesonderzoek, dubbel zo groot als die van de gebruikte therapeutische technieken (Lambert & Barley 2002).

### Stoornisgebonden specificiteit: 'wat werkt waarvoor?'

De afgelopen jaren zijn omvang en kwaliteit van publicaties duidelijk toegenomen. Dat wordt onder andere weerspiegeld in de Cochrane Database: van de 12 recentste reviews op het gebied van psychotherapie dateren er 9 van het laatste anderhalf jaar (zie tabel 1).

In het tijdschrift *Evidence Based Mental Health* worden belangrijke elders gepubliceerde studies vanuit EBM-invalshoek kritisch besproken. De afgelopen jaren werden positieve conclusies doorgaans gerelativeerd of afgezwakt, maar niet verworpen.

De niveau I-bewijsvoering voor korte, protocolaire therapieën is overweldigend. CGT en interpersoonlijke therapie (IPT) bij stemmings-

TABEL 2 Besprekingen in tijdschrift <i>Evidence Based Mental Health</i> , januari 2001-augustus 2007		
auteur, jaar	Conclusie bespreking	1ste auteur, tijdschrift, jaar besproken artikel
Truax, 2001	groepspsychotherapie is effectief bij depressie	McDermut, <i>Clin Psych</i> , 2001
House, 2002	kortdurende psychodynamische interpersoonlijke therapie na auto-intoxicatie reduceert suïcidale ideatie en automutilatie	Guthrie, <i>BMJ</i> , 2001
Ellis, 2003	sertraline met of zonder IPT reduceert symptomen van dysthymie meer dan psychotherapie alleen	Wampold, <i>JAD</i> , 2002
Lam, 2003	AD en PT zijn vermoedelijk even effectief om remissie van MDD te bereiken	Casacalenda, <i>AJP</i> , 2002
Crow, 2003	IPT in groep is vermoedelijk even effectief als CGT bij de behandeling van vreetbuienstoornis	Wilfley, <i>AGP</i> , 2002
Hazell, 2003	de therapeutische relatie is matig gecorreleerd met de behandelresultaten bij PT met kinderen en adolescenten	Shirk, <i>JCCP</i> , 2003
Bisson, 2003	traumabehandeling in groep is niet effectief voor PTSS bij Vietnamveteranen	Schnurr, <i>AGP</i> , 2003
Perry, 2004	psychodynamische psychotherapie en CGT zijn effectief als behandeling van persoonlijkheidsstoornissen	Leichsenring, <i>AJP</i> , 2003
Keel, 2004	individuele PT is waarschijnlijk effectief als behandeling voor boulimia nervosa	Thompson-Brenner, <i>CPSP</i> , 2003
Starling, 2005	IPT via de school vermindert depressie bij oudere adolescenten	Mufson, <i>AGP</i> , 2004
Terry, 2005	LPT in combinatie met AD verbetert therapietrouw en responspercentage bij depressie	Pampallona, <i>AGP</i> , 2004
Kennedy, 2005	laagfrequente PT vermindert het risico op MDD bij mensen met subklinische depressie	Willemse, <i>BJP</i> , 2004
Pilling, 2005	KPT is een effectieve behandeling voor psychiatrische stoornissen	Leichsenring, <i>AGP</i> , 2004
Mitte, 2006	PT plus AD verhoogt het responspercentage bij paniekstoornis meer dan beide afzonderlijk	Furukawa, <i>BJP</i> , 2006
McMain, 2007	DGT vermindert het aantal suïcidepogingen meer dan TAU bij BPS	Linehan, <i>AGP</i> , 2006
Mitchell, 2007	farmacotherapie en PT zijn even effectief voor depressie bij ouderen	Pinquart, <i>AJP</i> , 2006
Parashar, 2007	Citalopram verbetert MDD bij hartpatiënten, IPT niet	Lespérance, <i>JAMA</i> , 2007

AD = antidepressiva; BPS = borderlinepersoonlijkheidsstoornis; CGT = cognitieve gedragstherapie; DGT = dialectische gedragstherapie; IPT = interpersoonlijke therapie; KPT = kortdurende psychotherapie; LPT = langer durende psychotherapie; MDD = major depressive disorder; PT = psychotherapie; PTSS = posttraumatische stressstoornis; TAU = treatment as usual.

stoornissen, CGT bij angst- en eetstoornissen, gedragstherapie bij obsessieve-compulsieve stoornis, CGT en *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR) bij posttraumatische stressstoornissen blijken effectief (zie o.a. Hollon & Beck 2004; De Maat 2007; zie ook tabel 1 en 2). CGT komt prominent voor in alle hoofdstukken van het handboek *What works for whom?* (Roth & Fonagy 2005), met uitzondering van persoonlijkheidsstoornissen, en in nagenoeg alle cochrane reviews over psychotherapie (zie tabel 1).

CGT en KPP doen het even goed als farmacotherapie bij angst- en stemmingsstoornissen (zie o.a. Hollon & Beck 2004; De Maat 2007; zie ook tabel 1 en 2).

In een literatuuronderzoek over LPT vonden men niveau I-onderzoek bij diverse stoornissen, waaronder CGT en KPP bij cluster C-stoornissen (Daenen e.a. 2005).

Er zijn sterke aanwijzingen dat de effectiviteit van de volgende therapieën bij borderlinepersoonlijkheidsstoornissen als aangetoond kan worden beschouwd. Deze behandelingen zijn voortgekomen uit de klassieke richtingen, maar ze zijn in toenemende mate integratief opgebouwd: dialectische gedragstherapie (DGT) van Linehan, schemagerichte therapie (*schema-focussed therapy*, SFT) ontwikkeld door Young, de overwegend psychodynamische *mentalisation-based treatment* (MBT) van Bateman en Fonagy en overdrachtsgerichte psychotherapie (*transference-focussed psychotherapy*, TFP) van de groep van Kernberg en Yeomans (Binks e.a. 2006; Giesen-Bloo 2006).

*Andere specificiteitsaspecten: 'wat werkt bij wie?'*

Door de stoornisgebonden oriëntatie van EBM-onderzoek raken andere specificiteitsaspecten onderbelicht; deze zijn echter in hoge mate bepalend voor de uitkomst van psychotherapie.

*Patiëntvariabelen* Bij depressies zouden CGT en IPT respectievelijk beter werken bij vermijdende en bij obsessieve patiënten. Psychologiserende patiënten reageren beter op psycho-

dynamische psychotherapie; symptoomgerichte patiënten op steunende therapievormen. Mannen zouden meer baat hebben bij expressieve therapievormen; vrouwen bij cognitieve therapie. Hechtingsgraad, kwaliteit van objectrelaties en copingstijl zijn belangrijk. Agressief-impulsieve coping leent zich beter voor symptoomgerichte aanpak, introverte-zelfreflectieve coping voor ontdekkende therapie (Roth & Fonagy 2005, p. 470 e.v.). Subgroepen patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis lijken gebaat bij verschillende vormen van behandeling. Iemands visie op zichzelf en zijn problematiek (Trijsburg e.a. 2005, p. 101) is van belang, evenals voorkeuren voor een referentiekader of setting (bijvoorbeeld groepstherapie).

*Procesvariabelen* Goede matching is belangrijk. Hier spelen specifieke factoren een grote rol, zoals rolmodelaspecten, identificatiemogelijkheden en kwaliteit van de werkrelatie (Castelnuovo e.a. 2004).

*Therapeutvariabelen* Begrip, empathie, een niet-oordelende attitude, betrouwbaarheid, toewijding en congruentie worden vaak als positieve factoren genoemd (o.a. Trijsburg e.a. 2005); in negatieve zin noemt men: overmatig zwijgen, overmatig structureren, te frequente overdrachtsduidingen en dito zelfonthullingen (Roth & Fonagy 2005). Hoe zwaar ervaring weegt, is niet overtuigend aangetoond; wel is duidelijk dat bij toenemende ervaring adherentie aan handboeken minder belangrijk wordt.

*Doelmatigheid: 'hoeveel is nodig, wat kost het en wat levert het op?'*

*Dosis-effectstudies* In 1986 verscheen een klassiek geworden dosis-effectstudie (Howard e.a. 1986). In 1994 werd deze herhaald, gedifferentieerd naar acute, chronische en karakterologische klachten, die respectievelijk 5, 14 en 104 sessies vergden voor een responscore van 50% (Kopta e.a. 1994). Volgens recent veldonderzoek

zou 15% onvoldoende baat hebben bij een kortdurende aanpak (Boer & Croon 2006).

**Kosteneffectiviteitsonderzoek** De kosteneffectiviteit van MBT is onderbouwd (Bateman & Fonagy 2003). In Nederland wordt multicenteronderzoek gedaan naar kosteneffectiviteit van behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen (Soeteman & Busschbach 2007). In Duitsland leidde kosteneffectiviteitsonderzoek en onderzoek naar terugvalpercentages na kortdurende behandeling tot ruime vergoeding van psychotherapie (Hau 2007). De Maat e.a. berekenden dat als gevolg van langer durende psychotherapie (LPT) ziekteverzuim en medische consumptie met 66% daalden in het laatste jaar van de therapie en in de eerste 3 jaar erna. Na drie jaar werden de kosten gecompenseerd door de baten (De Maat e.a. 2007).

**Monitoring** Studies in de VS (Lueger e.a. 2001; Lambert e.a. 2001) toonden aan dat monitoring in de klinische praktijk leidt tot een doelmatiger verdeling van beschikbare middelen: sommige behandelingen kan men zonder nadelige gevolgen eerder afsluiten; met de vrijkomende middelen kan men andere behandelingen langer voortzetten, met beter resultaat. Het percentage patiënten dat verslechtert tijdens therapie nam sterk af. Dergelijk onderzoek wordt momenteel in Nederland herhaald.

## DISCUSSIE

*Wat te onderzoeken?*

Het is essentieel dat psychotherapieën systematisch onderzocht worden volgens de uitgangspunten van EBM. De resultaten zijn veelbelovend, maar er is nog veel werk te doen. Onderzoek leidt idealiter tot een systematiek waarin per doelgroep inzichtelijk wordt welke behandelingen onderbouwd zijn. De grote vraag is hoe doelgroepen het best gedefinieerd kunnen worden. Dat moet empirisch zijn, maar niet noodzakelijk fenomenologisch.

In *What works for whom?* (Roth & Fonagy 2005) bieden de auteurs alvast een handzaam overzicht waarin de huidige stand van zaken stoornisgebonden geordend wordt. Er zitten nog grote zichtbare en onzichtbare lacunes in deze systematiek: sommige beelden zijn onvoldoende bestudeerd, en therapieën die vermoedelijk mettertijd hun effectiviteit zullen bewijzen, ontbreken nu nog. Langer follow-up moet uitwijzen of de stelling dat psychotherapieën met heel specifieke doelen effectiever zijn (Pilling 2005) berust op werkelijkheid of op bias van stoornisgebonden onderzoek.

De ontwikkeling van een derde generatie therapieën verveelvoudigt de onderzoeksopdracht. In hoeverre zijn bijvoorbeeld de resultaten van CGT extrapolieerbaar naar *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) als terugvalpreventie bij depressies? Of die van IPT naar 'interpersoonlijke en sociaalritmeth therapie' (IPSRT) bij bipolaire stoornissen? Procesonderzoek zou ook overeenkomstige werkzame elementen kunnen identificeren en zo gefundeerde extrapolatie mogelijk maken.

Het systematisch in kaart brengen van in- en externe validiteit vergt zware inspanningen en is niet vanzelfsprekend voor minder voorkomende stoornissen. Zolang er hierdoor nog grote lacunes in de 'matrix' bestaan, dient op basis van ervaring en expert opinion te worden geëxtrapolieerd. Ook dit valt onder de EBM-definitie (Sackett e.a. 1996).

Vergelijkend onderzoek tussen medicatie en psychotherapie verdient aanmoediging. Daarbij zou men een verdeelsleutel kunnen voorstellen om vanuit de industrie beschikbare middelen hiervoor aan te wenden.

*Welk onderzoek is het wenselijkst?*

Het meest gewenst zijn RCT-onderzoek, naturalistisch onderzoek en kosteneffectiviteitsonderzoek. Wetenschappelijk wordt RCT-onderzoek als gouden standaard beschouwd. Beleidsmakers en behandelaars daarentegen hebben behoefte aan naturalistisch onderzoek, respectievelijk vanwege de voorspellende waarde inzake doelmatigheid van bestede middelen (Westen e.a. 2004) en

vanwege grotere gelijkheid met de populaties waarmee behandelaars geconfronteerd worden. Zeker bij nieuwe vormen van bestaande therapieën zou daarom naturalistisch onderzoek kunnen volstaan. Het is belangrijk met deze tegenstrijdigheid rekening te houden in de omgang met beleidsmakers. Om de bruikbaarheid van richtlijnen te optimaliseren zou de weging van naturalistisch onderzoek verhoogd kunnen worden.

Voor langer durende psychoanalytische psychotherapieën en psychoanalyse wordt beargumenteerd dat, op basis van overtuigend naturalistisch onderzoek, randomiseren met placebocondities in verband met de lange duur onethisch zou zijn. Bovendien zou de betrokken doelgroep op basis van therapiemotivatie geen genoegen nemen met deze conditie (De Maat 2007). De mogelijkheid tot randomiseren beperkt zich derhalve tot onderlinge vergelijking van deze beide of met andere aangetoond werkzame therapieën, wat alleen het geval is bij borderlinestörungen; hiernaar wordt inderdaad een RCT verricht. Bovendien is gezien de hoge graad van chroniciteit, complexiteit en comorbiditeit van de doelgroep naturalistisch onderzoek relevanter (Leichsenring 2005).

Voor andere psychodynamische psychotherapieën geldt deze stelling niet, hoewel het onmiskenbaar is dat het bedenken van een goede onderzoeksopzet moeilijker wordt naarmate een therapie langer duurt en minder gefocuseerd is. Bij langer durende therapieën wordt voornamelijk gemikt op recidiefpreventie door structurele veranderingen. Effectmeting zal dan ook eerder op structureel niveau dan op symptoomniveau moeten plaatsvinden.

Uit het oogpunt van kosteneffectiviteit is langetermijnfollow-up aangewezen. Bovendien dient men rekening te houden met transgenerationale aspecten van psychiatrische beelden, maar ook van factoren zoals verwaarlozing, mishandeling en misbruik.

## Tendensen in het veld

Integratie van psychotherapie in zorgprogramma's leidt tot brede beschikbaarheid. Dat is een goede ontwikkeling. Velen geven de voorkeur aan psychotherapie boven farmacotherapie. Verontrustend daarbij is dat het overwicht van CGT in de literatuur leidt tot een marginalisering van overige therapieën in richtlijnen, protocollen (ook van bijvoorbeeld bedrijfsartsen) en dientengevolge in de praktijk. Daardoor kan het aanbod versralen. Patiënten zijn gebaat bij een breed scala aan beschikbare (kosten)effectieve behandel mogelijkheden, en bij professionals die hen helpen daar een keuze in te bepalen. Dat veronderstelt bij deze laatsten, naast kennis van multidimensionele diagnostiek en behandelmethodes, tevens kunde bij het vertalen van de hulpvraag van patiënten in een behandelplan, besef van dosering en inzicht in toewijzingsbias op basis van eigen kunde en voorkeuren. Zij hebben eveneens een triagefunctie: is behandeling zowel nuttig als nodig, en zo ja, welke dosering volstaat? Dat laatste is een moeilijk punt: er is beter onderzocht of een bepaalde dosis werkzaam is dan welke dosis in de praktijk noodzakelijk is (Barkham & Mellor-Clark 2003).

## Patient-based indicatiestelling

Er dienen indicatoren te worden ontwikkeld om patient-based indicatiestelling beter te onderbouwen. *Stepped care* zou voor lichte angstklachten en depressieve klachten ongeveer even effectief zijn als *matched care*, maar wel beduidend goedkoper (Van Straten e.a. 2007). Wel stroomt 20% na de eerste fase door. Wanneer men de groep met dergelijke klachten 'aan de voordeur' zou identificeren, kan men patiënten een faalervaring besparen en doelmatigheid bevorderen onder het motto 'kort als het kan, lang als het moet' in plaats van 'kort voor iedereen, tot het tegendeel (pijnlijk) ervaren is'.

Identificatie van subgroepen anders dan op fenomenologische gronden kan de weg wijzen naar patient-based indicatiestelling. Er is al veel bekend en deze kennis zou geoperationaliseerd

kunnen worden. Wellicht zal de multidimensionaliteit van de DSM-V hiertoe meer ruimte bieden, maar met nieuwe ontwikkeling moet men daar niet op wachten; ook dient men integratief te werk te gaan.

Indicatiestellers moeten meer kennis krijgen van resultaten van procesonderzoek, demografische en epidemiologische factoren. Meer (hernieuwd) bewustzijn van het belang van de gemeenschappelijke factoren ('common factors') is van belang. Daarnaast kunnen nieuwe technieken allicht bijdragen tot het identificeren van subgroepen die meer of minder baat hebben bij onderscheiden vormen van psychotherapie, farmacotherapie of combinaties van beide (al dan niet in gescheiden behandeling of *split treatment*).

Sommige contouren tekenen zich reeds af. Het identificeren van subgroepen met (combinaties van) psychodiagnostisch (ook neuropsychologisch) onderzoek en beeldvormende onderzoeken bij intensieve (hooggedoseerde) therapieën komt binnen bereik. Zo lokaliseerden Zweedse onderzoekers hersengebieden die veranderden door behandeling van sociale fobie (Furmark e.a. 2002) en is met positronemissietomografie (PET) aangetoond dat behandeling van depressie met CGT metabole veranderingen teweegbrengt in andere hersenregio's dan behandeling met antidepressiva (Goldapple e.a. 2004). Een volgende stap wordt hopelijk het identificeren van subgroepen voor de behandeling begint.

De EBM-invloed heeft ook beperkingen en nadelen: niet-positivistische werkzaamheidsaspecten dreigen aan de aandacht te ontsnappen en de grenzen van multidimensionaliteit zijn nog lang niet afdoende verkend. De oplossing ligt echter niet in het bestrijden van EBM, maar in het integreren van verschillende aspecten in een samenhangend geheel, waarbij kennis en kunde hand in hand gaan. Goede training, inclusief leertherapie, blijft voor dat laatste onmisbaar.

## CONCLUSIE

Naarmate de effectiviteit beter onderbouwd wordt, zal het accent verschuiven naar patient-based indicatiestelling en kosteneffectiviteit. Bij dat laatste dienen langetermijneffecten meer te worden bestudeerd dan tot nog toe het geval is. Een gedifferentieerd aanbod aan evidence-based psychotherapeutische behandelingen wordt evidenter naarmate: (a) verdere integratie van de werkzame elementen uit de verschillende richtingen plaatsvindt en bijdraagt aan het overbruggen van de kloof tussen onderzoek en behandelrealiteit; (b) multidimensionele indicatoren voor patient-based indicatiestelling worden ontwikkeld; en (c) de maatschappelijke relevantie van psychotherapie wordt onderbouwd door kosteneffectiviteitsonderzoek.

## LITERATUUR

- Abbass, A.A., Hancock, J.T., Henderson, J., e.a. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4*, CD004687.
- Asselt, Th. van, Dirksen, C., Severens, J., e.a. (accepted). Cost-effectiveness of schema-focused therapy and transference-focused therapy for borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*.
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2006). Marital therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*. CD004188
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice & practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 319-327.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 169-171.
- Binks, C.A., Fenton, M., McCarthy, L., e.a. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*. CD005652.
- Bisson, J. (2003). Trauma-focused group psychotherapy is not effective for posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Evidence Based Mental Health*, 6, 124.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-trau-

- matic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, CD003388.
- Boer & Croon (2006). De pakketmaatregel psychotherapie heeft niet het gewenste effect: evaluatie-onderzoek pakketmaatregel psychotherapie. Onderzoek in opdracht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Projectnummer 26-037. Amsterdam: Boer & Croon.
- Buckley, L.A., Pettit, T., & Adams, C.E. (2007). Supportive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, CD004716.
- Burlingame, G.M., Fuhrman, A., & Mosier, J. (2004). The differential effectiveness of group psychotherapy: a meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 7, 3-12.
- Casacalenda, N., Perry, C., & Looper, K. (2002). Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1354-60.
- Castelnuovo, G., Faccio, E., Molinari, E., e.a. (2004). A critical review of empirically supported treatments (ESTs) and common factors perspective in psychotherapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review*, 1, 1-20.
- Crow, S.J. (2003). Group interpersonal psychotherapy may be as effective as group cognitive behavioural therapy for overweight people with binge eating disorder. *Evidence-Based Mental Health*, 6, 56.
- Daenen, E.W.P.M., van Reekum, A.C., Knapen, P.M.F.J.J., e.a. (2005). Langerdurende ambulante psychotherapie is effectief. Een kritisch literatuuroverzicht per stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 603-611.
- Denis, C., Lavie, E., Fatséas, M., e.a. (2006). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, CD005336.
- Elliott, R., Greenberg, L.S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behavior change*. (pp. 493-539). New York: John Wiley and Sons.
- Ellis, P.M. (2003). Cognitive therapy may be no more effective for depression than other bona fide psychological therapies. *Evidence-Based Mental Health*, 6, 25.
- Furmark, T., Tillfors, M., Marteinsdottir, I. e.a. (2002). Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, 59, 425-433.
- Furukawa, T.A., Watanabe, N., Churchill, R. (2007). Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, CD004364.
- Furukawa, T.A., Watanabe, N., & Churchill, R. (2006). Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 305-312.
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E., e.a. (2007). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, CD005333.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., e.a. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Goldapple, K., Segal, Z., & Garson, C. (2004). Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 61, 34-41.
- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., e.a. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*, 323, 135-138.
- Hau, S. (2007). Inadequate methods in psychotherapy research and the scientific status of psychodynamic psychotherapies. *Insikten*, 16, 9-15.
- Hay, P.P.J., Bacaltchuk, J., Claudino, A.M., e.a. (2003). Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, CD003909.
- Hay, P.P.J., Bacaltchuk, J., Stefano, S. (2004). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, CD000562.
- Hazell, P. (2003). Review: therapeutic relationship is modestly correlated with treatment outcome in child and adolescent psychotherapy. *Evidence-Based Mental Health*, 6, 122.
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In M.J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behavior change*. (pp. 447-492). New York: John Wiley and Sons.
- House, A. (2002). Brief psychodynamic interpersonal therapy after deliberate self poisoning reduced suicidal ideation and deliberate self harm. *Evidence-Based Mental Health*, 5, 14.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., e.a. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V., e.a. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Sys-*



- tematic Reviews, Issue 1, CD001848.
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J.I., e.a. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4*, CD000524.
- Keel, P.K. (2004). Review: individual psychotherapy may be an effective treatment for people with bulimia nervosa. *Evidence-Based Mental Health*, 7, 11.
- Kennedy, N., & Sherazi, R. (2005). Minimal contact psychotherapy reduces the risk of major depression in people with subthreshold depression. *Evidence-Based Mental Health*, 8, 39.
- Kopta, S.M., Howard, K.I., Lowry, J.L. e.a. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009-1016.
- Lam, R.W. (2003). Review: antidepressants and psychotherapy may be equally effective for promoting remission in major depressive disorder. *Evidence-Based Mental Health*, 6, 45.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Nordcross (Red.). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients.* (pp. 17-32). Oxford: Oxford University Press.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B. & Finch, A.E. (2001). Patient-focussed research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159-172.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behavior change.* (pp. 139-193). New York: John Wiley and Sons.
- Leichsenring, F., & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Leichsenring F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytical therapies effective?: A review of empirical data. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-868.
- Lespérance, F., Frasur-Smith, N., Koszycki, D., e.a. for the CREATE Investigators. (2007). Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease. The Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) Trial. *JAMA*, 297, 367-379.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., e.a. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Digue, L., e.a. (2002). The dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2-12.
- Lueger, R.J., Howard, K.I., Martinovich, Z., e.a. (2001). Assessing treatment progress of individual patients using expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 150-158.
- Maat, S. de, Dekker, J., Schoevers, R., e.a. (2007). The effectiveness of long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17, 59-65.
- Maat, S. de, Philipszoon, F., Schoevers, R., e.a. (2007). Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: changes in health care use and work impairment. *Harvard Review of Psychiatry*, 15, 289-300.
- Maat, S. de (2007). *Over de effectiviteit van psychoanalytische therapie: kort als het kan, lang als het moet?* (Proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit.
- McDermut, W., Miller, I.W., & Brown, R.A. (2001) The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98-116.
- McMain, S. (2007). Dialectic behaviour therapy reduces suicide attempts compared with non-behavioural psychotherapy in women with borderline personality disorder. *Evidence-Based Mental Health*, 10, 18.
- Mitchell, A.J. (2007). Review: pharmacotherapy and psychotherapy similarly effective for depression in older adults. *Evidence-Based Mental Health*, 10, 50.
- Mitte, K. (2006). Review: psychotherapy plus antidepressant therapy increases response rate in people with panic disorder more than either treatment alone. *Evidence-Based Mental Health*, 9, 98.
- Mufson, L., Dorta, K.P., Wickramaratne, P., e.a. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61, 577-584.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., e.a. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression. A systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61, 714-19.
- Parashar, S., & Rumsfeld, J.S. (2007). Citalopram, but not interpersonal psychotherapy, improves major depression in people with coronary artery disease. *Evidence-Based Mental Health*, 10, 80.
- Perry, J.C. (2004). Review: psychodynamic therapy and cognitive be-

- havioural therapy are effective in the treatment of personality disorders. *Evidence-Based Mental Health*, 7, 16.
- Pilling, S. (2005). Review: short term psychotherapy is an effective treatment for psychiatric disorders. *Evidence Based Mental Health*, 8, 84.
- Pinquart, M., Duberstein, P.R., & Lyness J.M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1493-1501.
- Roth, A. (1998). Review: bona fide psychotherapies are similar in effectiveness. *Evidence Based Mental Health*, 1, 78.
- Roth, A., & Fonagy, P. (Red.). (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. (2de druk). New York: Guilford Press.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., e.a. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., e.a. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *The International Journal of Psychoanalysis*, 81, 921-942.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Foy, D.W. e.a. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder. Results from a Department of Veterans Affairs cooperative study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 481-489.
- Shadish, W.R., Navarro, A.M., e.a. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 355-365.
- Shirk, S., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Soeteman, D.I., & Busschbach, J.J.V. (2007). Beleidsvorming voor psychotherapie: van willekeur tot economische modellen. In R. Verheul & J.H. Kamphuis (Red.), *De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen*. (pp.189-200). Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- Starling, J. (2005). School-based interpersonal psychotherapy improves depression in older adolescents. *Evidence-Based Mental Health*, 8, 11.
- Straten, A. van, Meeuwissen, B., & Tiemens, L. (2007). Is gangbare zorg net zo effectief als getrapte zorg voor mensen met angst- en stemmingsstoornissen? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 23-38.
- Terry, C.M., & Kohlenberg, R.J. (2005). Review: long term psychotherapy in combination with antidepressants increases compliance and response rates in people with depression. *Evidence-Based Mental Health*, 8, 12.
- Thompson-Brenner, H., Glass, S., & Westen, D. (2003). A multi-dimensional meta-analysis of psychotherapy for bulimia nervosa. *Clinical Psychology Science & Practice*, 10, 269-287.
- Trijsburg, R.W., Colijn, S., & Holmes, J. (2005). Psychotherapy integration. In G. Gabbard, J. Beck & J. Holmes (Red.) *Oxford Textbook of Psychotherapy* (pp. 95-110). Oxford: Oxford University Press.
- Truax, P. (2001). Review: group psychotherapy is effective for depression. *Evidence-Based Mental Health*, 4, 82.
- Wampold, B.E., Minami, T., Baskin, T., e.a. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165.
- Westen, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Wilfley, D., Welch, R., Stein, R., e.a. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 713-721.
- Willemse, G.R.W.M., Smit, F., Cuijpers, P., e.a. (2004). Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care-randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 416-421.

## AUTEUR

P.M.F.J.J. KNAPEN is als psychiater-psychotherapeut werkzaam bij Psychotherapiepraktijk Eindhoven Centrum (PEC) te Eindhoven.

Correspondentieadres: P.M.F.J.J. Knapen, Raiffeisenstraat 5, 5611 CH Eindhoven.

E-mail: knapen@peceindhoven.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-3-2008.

## SUMMARY

Psychotherapy in the era of evidence-based medicine – P.M.F.J.J. Knapen –

Psychotherapy is a popular treatment for many psychiatric symptoms and disorders. Finding evidence for the effectiveness of therapies and bridging the gap with daily practice are a challenge. The current state of psychotherapy is explored from the perspective of evidence-based medicine. Hundreds of meta-analyses, based on thousands of studies, showed an average effectsize of 0.60. Discussion in this paper focuses on the achievements and limitations of research into methods and specific disorders. Much is known about the specificity of psychotherapies and about other issues relevant to service delivery. If patient-based indication is to be a goal for the future, we will need to have a differentiated spectrum of evidence-based psychotherapies. This approach will require the integration of effective elements taken from a variety of methods, the development of multi-dimensional indicators for patient-based indication, and research into cost-effectiveness to underpin the relevance of psychotherapy for the community at large.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 365-375]

**KEY WORDS** EBM, evidence-based medicine, psychotherapy, psychotherapy research