

Grenzen aan evidence-b(i)ased psychiatrie?

J. VANDENBERGHE

‘There are more things in heaven and earth, Horatio,
than are dreamt of in your philosophy.’
(Shakespeare, Hamlet, Act 1, Scene V)

SAMENVATTING Evidence-based medicine (EBM) is een algoritme om informatietechnologie en resultaten van effectonderzoek te integreren in klinisch werk. Goed begrepen EBM is een waardevolle en kritische bottom-upmethode, die een dialectisch proces stimuleert om tot een gefundeerde behandelingskeuze te komen, uitgaande van en in samenspraak met de individuele patiënt en in discussie met de literatuur. EBM dreigt echter een ideologie te worden als men zich niet bewust is van haar premissen en epistemologie. Ze is niet waardevrij, maar wordt gestuurd door een impliciet objectivistisch mensbeeld. Bij EBM plaatst men biomedische wetenschappen boven menswetenschappen, empirie boven hermeneutiek en kwantitatief boven kwalitatief onderzoek. Bij EBM ligt de nadruk op interne validiteit en werkzaamheid; het risico daarvan is veronachtzamen van kwalitatieve, moeilijk meetbare veranderingen, ecologische validiteit, doeltreffendheid en generaliseerbaarheid van onderzoeksgegevens naar de praktijk. In de context- en waardegevoelige psychiatrie stuit men nog meer op de beperkingen van EBM. EBM is waardevol bij kritisch gebruik, met oog voor de grenzen en de onderliggende filosofie, en als ze aangevuld wordt met andere value-based medicine (VBM). EBM leert niet wat zinvol of waardevol is, terwijl VBM de explicitering en de afweging ondersteunt van de waarden die in het geding zijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 377-385]

TREFWOORDEN effectonderzoek, evidence-based medicine/psychiatrie, objectivisme/subjectivisme, ideografisch/nomothetisch paradigma, value-based medicine/psychiatrie

In dit artikel wil ik wijzen op de grenzen van evidence-b(i)ased psychiatrie – de formulering van de titel is geïnspireerd op Melander e.a. (2003). Daarbij streef ik een zorgvuldige afweging na: wat is de waarde van evidence-based medicine (EBM) voor de psychiatrie? Wat zijn de beperkingen ervan? Hoe kunnen wij komen tot een optimale integratie van kennis en kunde uit verschillende tradities en contexten? Maar eerst kijken wij wat EBM precies inhoudt.

WAT IS EBM?

EBM is een klinisch algoritme waarbij men op een nauwgezette, expliciete en oordeelkundige manier de beste beschikbare onderzoeksgegevens gebruikt bij het nemen van klinische beslissingen in de zorg voor individuele patiënten (Sackett e.a. 2000). Met dit algoritme integreert men gegevens uit systematisch klinisch onderzoek met klinische ervaring en kennis en met de waarden en verwach-

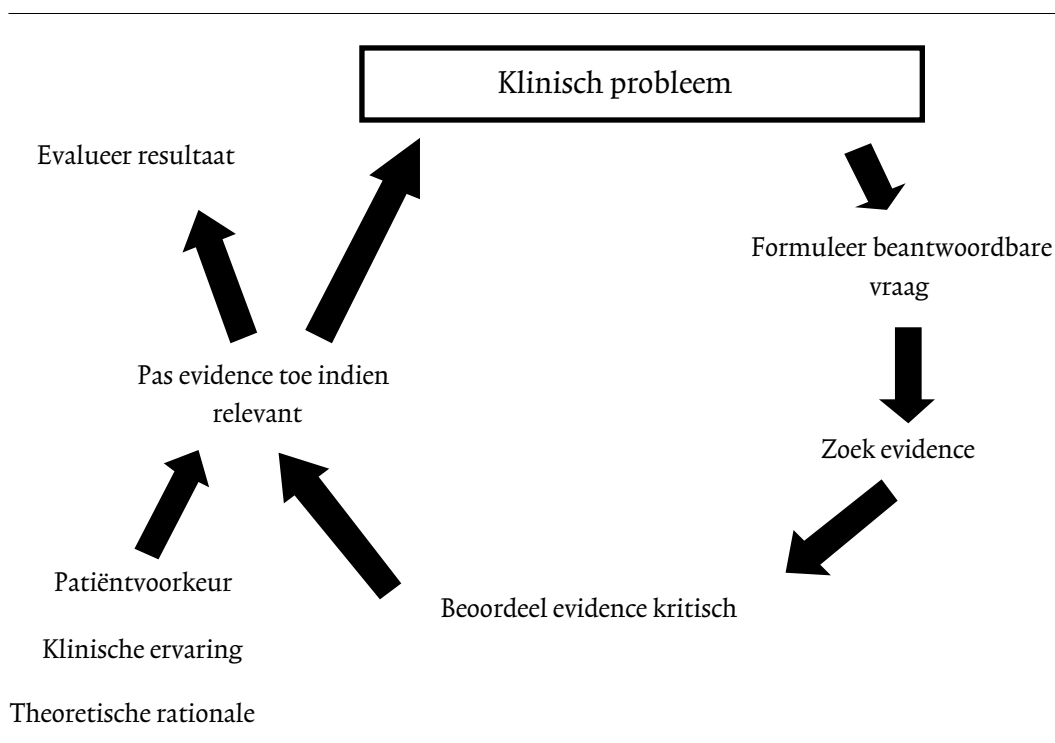
tingen van de patiënt (figuur 1). Dit algoritme maakt het mogelijk om informatietechnologie, bijvoorbeeld databanken zoals Medline, te integreren in het klinische werk. Zo kunnen wij onderzoeksgegevens die wij niet kennen, toch gebruiken om ons klinisch handelen te inspireren; een noodzaak in tijden van exponentiële kennisgroei.

Deze integratie van klinische kunde en medische wetenschap kenmerkt de moderne geneeskunde en is niet specifiek voor EBM (Tonelli 1998; Williams & Garner 2002). EBM onderscheidt zich omdat hierbij bepaald wordt welke wetenschappelijke kennis voorrang krijgt in dit algoritme: 'klinische onderzoeksdata uit systematisch onderzoek' gaan bijvoorbeeld voor pathofysiologische kennis. In die zin huldigt EBM een bepaalde epistemologie of kennistheorie: ze geeft een waardeoordeel over vormen van klinisch bruikbare kennis (Jenicek 2006a; Tonelli 2006). Dit vertaalt zich in de niveaus van bewijskracht (*levels of evidence*) of onderzoekshierarchie die men in de EBM expliciet

hanteert bij de keuze van interventies (Sackett e.a. 2000; Tonelli 2001) (zie tabel 1).

Bij EBM is de hoogste vorm van klinisch bruikbare kennis dus kwantitatief effect- of outcome-onderzoek, met de gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeksopzet (gerandomiseerde gecontroleerde trial, RCT) als gouden standaard. Kwalitatief onderzoek, pathofysiologische kennis of klinische ervaring wordt als minder sterke *evidence* of onderbouwing van interventies beoordeeld. Hiervoor heeft men goede argumenten. De ongecontroleerde klinische beoordeling is immers vertekend en gekleurd. De psychologie van de waarneming leert ons dat wij vaak zien wat wij willen zien. Wij zijn geneigd gunstige veranderingen toe te schrijven aan de behandeling en wij onderschatten de invloed van externe factoren en van het spontane beloop. Interventies op basis van theoretische argumenten of pathofysiologische kennis kunnen verrassende, onvoorziene effecten hebben, die ons confronteren met de beperkingen

FIGUUR 1 Klinisch algoritme van evidence-based medicine (naar Sackett e.a. 2000, met dank aan G. Pieters)



TABEL 1 Onderzoekshierarchie (levels of evidence) van evidence-based medicine (naar [http://www.cebm.net/en/Sackett e.a. 2000](http://www.cebm.net/en/Sackett_e.a._2000))

Bewijsklasse	Soort onderzoek
1a	Homogene systematische review (SR) of meta-analyse (MA) van meerdere gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) van 1b-niveau
1b	RCT's van goede kwaliteit en voldoende omvang en consistentie
2a	Homogene SR of MA van cohortstudies
2b	Cohortstudie(s) of RCT van mindere kwaliteit
3a	Homogene SR van patiënt-controlestudies
3b	Patiënt-controlestudie(s)
4	Niet-gecontroleerd onderzoek: case-series (en cohort- en patiënt-controlestudies van mindere kwaliteit)
5	Mening van experts, gebaseerd op pathofysiologie, niet-klinisch onderzoek, klinische ervaring

of onvolkomenheden van onze theorieën. Bij EBM beklemtoont men de empirische toetsing en toont zo respect voor de complexiteit van de (psychische) realiteit: de theorie mag nog zo uitgebalanceerd zijn, ze doet de realiteit altijd tekort.

RCT: MOEILIK TE GENERALISEREN

EBM is daarom een kritische methode, waarbij men vertrekt vanuit een gezond wantrouwen tegenover theorie en waarneming. Een RCT toetst overtuigingen door gecontroleerde waarneming van de feiten, met een methodologische rigueur die vertekening (bias) minimaliseert. De onderzochte interventie mag het enige verschil zijn tussen beide groepen, zodat wij veranderingen in de interventie- en niet in de controlegroep op een valide manier in verband kunnen brengen met de interventie zelf.

Uit de onderzoekshierarchie blijkt verder dat men binnen EBM vooral een onderzoeksopzet met hoge interne validiteit waardeert. Dit betekent hoge reproduceerbaarheid door een rigoureuze methodologie die vertekening door versturende factoren (*confounding factors*) minimaliseert, zoals in de RCT. Onderzoeksontwerpen die ecologische of externe validiteit (grote generaliseerbaarheid) beklemtonen, zijn daar ondergeschikt aan volgens de EBM-logica. Onderzoeksontwerpen met hoge interne validiteit leveren informatie over de intrinsieke werkzaamheid (*efficacy*) van de interventie, maar zijn slechts beperkt generaliseerbaar naar de klinische praktijk. Het is aangetoond dat van 293 opeenvolgende patiënten met een niet-

psychotische unipolaire depressie 86% als gevolg van exclusiecriteria (vooral comorbiditeit) niet in een klassieke RCT zou terechtkomen (Zimmerman 2002). Strikt genomen zijn de bevindingen van RCT's dus moeilijk te generaliseren naar de meerderheid van de patiënten, tenzij wij ons beroepen op analogie en theoretische rationale, waar men zich binnen de EBM juist zo tegen afzet. Een meer naturalistische onderzoeksopzet met hoge ecologische validiteit leert ons meer over de doeltreffendheid (*effectiveness*) van de behandeling in de klinische praktijk. Bij EBM kiest men dus voor werkzaamheid en maakt men onderzoek over effectiviteit daaraan ondergeschikt (Biswas e.a. 2007; Morrison e.a. 2003; Slade & Priebe 2001).

HOGE INTERNE VALIDITEIT HEEFT EEN PRIJS

Maar zelfs als in een RCT dezelfde patiënten onderzocht worden als degenen die wij zien in de klinische praktijk, kunnen wij de bevindingen ervan niet vanzelfsprekend naar de praktijk generaliseren, omdat de context sterk verschillend is. De context van een RCT is immers een wetenschappelijke, en die van de praktijk een klinische. Met EBM erkent men onvoldoende dit onderscheid tussen geneeskunde en wetenschap en men spreekt zelfs de hoop uit de kloof tussen beide te dichten: 'EBM (...) can be used to close the gulf between good clinical research and clinical practice' (Rosenberg & Donald 1995).

Het spanningsveld tussen geneeskunde (psychiatrie) en wetenschap lijkt ons echter onvermij-

delijk en zelfs wenselijk, juist omdat beide verschillende doelen hebben en verschillende methoden gebruiken (Kenny 1997). Goede geneeskunde of psychiatrie is geen wetenschap. In de psychiatrie willen wij de mentale gezondheid van een patiënt bevorderen door middel van therapie binnen een unieke, individueel aangepaste therapeutische relatie; bij wetenschap streeft men een zo groot mogelijke overeenkomst na tussen waarneming en werkelijkheid (validiteit) door middel van rigoureuze methodologie, gestandaardiseerde setting en gecontroleerde observatie.

Door deze verschillen in doel en middelen zijn een wetenschappelijke en een klinische context zeer verschillend, zoals klinici ervaren die als onderzoeker in een RCT participeren.

Als de RCT de hoeksteen is van de evidence van EBM, is de impliciete premisse dat werkzaamheid in een onderzoekscontext veralgemeend kan worden naar de zeer verschillende klinische context; met andere woorden: dat van de invloed van de context op de werkzaamheid een abstractie gemaakt kan worden. Deze premisse is allesbehalve evident, en is dat zeker niet in de psychiatrie en de psychotherapie. De mate waarin effecten van interventies contextafhankelijk zijn, beperkt de generaliseerbaarheid naar andere situaties, bijvoorbeeld van een RCT-context naar die van de klinische praktijk.

Omdat in psychiatrie taal, betekenis en symbolische en relationele context van groot belang zijn, zijn psychiatrische interventies sterk context- en waardeafhankelijk (Milders 2007). De setting van een RCT leidt tot een ander soort interactie en therapeutische relatie. Daarom geldt een aantal beperkingen van EBM a fortiori voor evidence-based psychiatrie (EBP). Het is goed denkbaar dat sterk contextafhankelijke interventies wel werken in de ene context (die van de kliniek), en niet of anders werken in de andere context (die van onderzoek).

Om hoge interne validiteit te bereiken, betaalt men met de RCT dus een prijs: de context wordt ingrijpend veranderd ten opzichte van de klinische context. De premisse is dat de werkzaam-

heid van de interventie intrinsiek is, en niet tot stand komt in interactie met een bepaalde context, of als er al een interactie is, dat die context in voldoende mate gereproduceerd kan worden in de onderzoekssetting.

Maar hoge interne validiteit vergt nog een andere prijs: informatieverlies. Men moet het doel van de onderzochte interventie operationaliseren en een – vaak kwantitatieve – onderzoeksmethode kiezen, waarbij onvermijdelijk informatie verloren gaat, mogelijk ook over effecten die mijn patiënt juist interesseren (Biswas e.a. 2007).

In de klinische praktijk gaan wij na of wij met een interventie het gewenste doel bereiken op basis van gesprek en observatie, eventueel aangevuld met psychometrische instrumenten. Deze klinische beoordeling interfereert minimaal met het therapeutische proces, integreert *verstehen*, *erklären* en *einfühlen* en biedt zo een rijke, ideografische – maar mogelijk vertekende en gekleurde – totaalindruk in een betekenisvolle, symbolische en relationele context. Een RCT zal het effect veel scherper in beeld brengen dan deze totaalindruk, maar daarvoor moeten de onderzoekers wel inzoomen en dus de blik vernauwen.

Een RCT met negatieve bevindingen toont dus aan dat een interventie in de gegeven onderzoekscontext geen effect heeft op de primaire uitkomstmaat. Of diezelfde interventie in een andere context of op andere uitkomstvariabelen ook geen effect heeft, is daarmee niet bewezen.

KENNISTHEORIE EN MENSBEELD VAN EBM

EBM is dus geen neutrale, atheoretische benadering, maar ze is gebaseerd op een bepaalde kennistheorie (epistemologie) en premissen, en men hecht meer belang aan interne dan aan ecologische validiteit (Polychronis e.a. 1996). Bovendien is EBM niet waarde vrij, maar ze houdt een aantal impliciete veronderstellingen en keuzes in (Norman 1999). EBM is impliciet gebaseerd op een objectivistisch mens- en wereldbeeld (Bensing 2000; Miller 1999; Tonelli 1998; Wilson 2000). Bij het

objectivisme gaat men ervan uit dat mens en wereld het beste begrepen worden door wetmatigheden te zoeken (nomothetische benadering) op objectieve, analytische wijze, die het beste geoperationaliseerd wordt in kwantitatief onderzoek (erklären). Wetmatigheden zijn volgens het objectivisme te veralgemenen naar andere contexten. Met de objectivistische bril ziet en waardeert men vooral wat meetbaar is.

Met evenveel recht kan men echter een subjectivistisch mensbeeld aanhangen waarin de realiteit gezien wordt als een geheel, gevormd door waarden en door zijn waarnemer, die daarom nooit echt objectief kan zijn. Vooral de ideografische benadering, zichtbaar in kwalitatieve onderzoeksdesigns, helpt ons de realiteit te begrijpen (verstehen). Deze subjectivistische visie sluit nauw aan bij de klinische praktijk, vooral in de psychiatrie (Shea 2000). EBM sluit aan bij de globale overstap van het ideografische naar het nomothetische paradigma in de geneeskunde, waardoor alles wat moeilijk grijpbaar, niet meetbaar of meerzinnig is, uit beeld dreigt te verdwijnen (Nelson-Gray 1996).

EBM ÉN VBM

De overtuiging dat wetenschappelijke kennis een objectieve, rationele motivatie voor ons (klinisch) handelen kan bieden, sluit aan bij het objectivistische mensbeeld. Binnen EBM erkent men wel dat patiëntvoorkeur een belangrijke plaats heeft in de klinische besluitvorming, maar men herleidt ethische keuzes (*wat is het goede handelen?*) tot voorkeuren waarbij de betrokken waarden, de arts en de relatie tussen arts en patiënt in de schaduw komen te staan.

Wetenschap kan ons niet zeggen wat goed, zinvol of waardevol is. De empirische feiten spreken niet voor zich, maar zijn functie van waarden. Wetenschap biedt ons geen evaluatieve kennis, terwijl klinische beslissingen ook ethische beslissingen zijn en het afwegen van waarden steeds moeilijker wordt in onze complexe geneeskunde. Onder anderen de filosoof Fulford bepleit een inte-

gratie van EBM in VBM (Fulford e.a. 2005; Petrova e.a. 2006).

Zoals EBM een antwoord biedt op de toenemende complexiteit van onderzoeksgegevens, biedt VBM een antwoord op de toenemende complexiteit van waarden die in het geding zijn. VBM is nuttig bij het afwegingsproces om tot goede, ethische beslissingen te komen, en ontwikkelt de vaardigheden en attitudes die daarvoor nodig zijn bij hulpverlener en patiënt: kennis en bewustmaking van (vaak impliciete) waarden, afwegen van en redeneren over waarden, communiceren over waarden in een overlegmodel, respect voor waardesystemen van anderen en voor beslissingen die daaruit voortvloeien. Fulford stipt aan dat de psychiatrie hierbij een voortrekkersrol kan spelen. Nu al komen liaisonpsychiaters in bijvoorbeeld fertiliteit- of transplantatiecentra vaak in consult wegens ethische problemen, eerder dan wegens psychiatrische of psychologische vragen. Zoals wij bij EBM kritische vragen moeten stellen over de empirische grond van onze interventies, zo moeten wij bij VBM – en bij filosofie in het algemeen – kritische vragen stellen naar de ethische grond van onze klinische besluitvorming (Fulford e.a. 2004; Vandenberghe 2006).

EVIDENCE HEEFT HAAR PRIJS

Met EBM lopen wij ook het risico dure interventies te bevoordelen als gevolg van het arbeidsintensieve – en dus dure – karakter van RCT's. In een context van beperkte overheidsinvesteringen, loont een RCT vooral voor dure interventies met terugverdienkans. Met EBM geven wij dus ongewild macht aan wie geld heeft en zo dreigen wij de economische logica in de geneeskunde te versterken, waarbij niet kosteneffectiviteit, maar winst de drijvende kracht is (Timio & Antiseri 2000). Weesgeneesmiddelen of *orphan drugs* (bijvoorbeeld lithium), waarmee weinig te verdienen valt omdat het patent verlopen is of omdat de markt te beperkt is, ontberen vaak goede studies omdat de investering in RCT's niet loont (Berk & Janet 1999). Afwezigheid van evidence betekent dus niet noodzake-

lijk evidence van afwezigheid van effect. Evidence die niet rendeert, komt er vaak niet. Met onafhankelijk onderzoek door overheden en universiteiten kan EBM wel in evenwicht gebracht worden. Daarbij komt dat grootschalig effectonderzoek kleine voordelen van producten kan staven, zonder aan te tonen dat dat marginale voordeel de hogere kostprijs rechtvaardigt.

EBM EN PSYCHOTHERAPIE

Met EBM lopen wij ook het risico psychotherapie te benadelen, en niet alleen door het niet-commerciële karakter van psychotherapie. *Empirically supported therapy* is als equivalent van EBP wel degelijk een realiteit, ondanks de kostprijs van effectonderzoek. Psychotherapie kampt vooral met de modelincongruentie met EBP en met moeilijkere toepasbaarheid van een RCT voor psychotherapeutische interventies (Fensterheim & Raw 1996; Wallerstein 1995).

Het *drug metaphor model* suggereerde dat psychotherapie, evenals de psychische verandering die ze nastreeft, onderzocht kan worden alsof het een geneesmiddel is dat wordt toegediend (Margison e.a. 2000; Stiles & Shapiro 1994). Maar dat model maakt een abstractie van de actieve rol die de patiënt zelf speelt in psychotherapie, van de persoon van de therapeut, van de relatie en van de wetenschappelijke bevindingen dat psychotherapie vooral werkt via contextgebonden niet-specifieke factoren (Elkin 1999; Omer & London 1989).

Een andere vorm van modelincongruentie tussen EBP en psychotherapie (met uitzondering misschien van cognitieve gedragstherapie) is de niet-eenduidige relatie tussen probleemomschrijving, diagnose (die vaak eerder op structurele, onderliggende probleemgebieden focust), behandeling en effect (Walsh 2004).

EVIDENCE HEEFT HAAR BEPERKINGEN

Publicatiebias vertekent de evidence waarop wij ons baseren: vele, vooral negatieve, onderzoeken worden nooit gepubliceerd. Dit euvel wordt

door de verplichte registratie van onderzoeken steeds meer verholpen (Feinstein & Horwitz 1997; Wilmshurst 2001). Alle rigoureuze methodologie en *peer review* ten spijt blijft evidence bovendien gebaseerd op vertrouwen in eerlijke rapportering door onderzoekers (Jette 2005). Evidence geeft ook geen zekerheid, maar waarschijnlijkheid. De statistische uitdrukking van resultaten staat ver van de kliniek: significantie is een maat van waarschijnlijkheid dat bevindingen overeenkomen met de realiteit, maar niet van klinische relevantie (Barker & Gilbert 2000).

Tot slot: zelfs als de onderzoekers te goeder trouw zijn, volstaan de huidige standaarden van EBP, met de RCT op kop, niet om bijvoorbeeld de invloed van sponsoring op de resultaten te voorkomen (Heres 2006; Melander 2003; Vandenberghe 2006). De bronnen van vertekening zijn vaak subtiel: dosering- en titratieschema, definiëring en afbakening van onderzoekspopulatie, onderzoeksopzet, statistische methoden, enzovoort. Ook de keuze van bijvoorbeeld een bepaalde depressieschaal kan voor vertekening zorgen (Demyttenaere & De Fruyt 2003). EBM ontwikkelt zich continu om aan deze beperkingen tegemoet te komen (Van Leemput & Vandenberghe 2006).

BESLUIT

In de context- en waardegevoelige psychiatrie stuiten wij nog meer dan in andere disciplines op de beperkingen van EBM. EBM biedt bovendien een klinisch algoritme en geen kennismodel. Men is meer geïnteresseerd in een antwoord op de vraag of een bepaalde interventie werkt, dan hoe ze werkt. Met EBM doet men dan ook geen uitspraak over wetenschappelijk gehalte van theorieën, maar over de werkzaamheid van interventies die al dan niet zijn afgeleid van die theorieën. De interventie wordt als een zwarte doos beschouwd, die niet door effectonderzoek, maar door neurobiologisch en psychologisch procesonderzoek ontleed wordt. In de psychiatrie is de interventie te vaak daadwerkelijk een zwarte doos, bij gebrek aan een omvattend kennismodel voor het mentaal

(dis)functioneren. In de overige medische domeinen is de pathofysiologie meestal nauwkeuriger bekend.

Wetenschapsfilosofisch kan men stellen dat de psychiatrie in zekere zin nog preparadigmatisch is, en om dat te overstijgen hebben wij naast effectonderzoek en EBM complementaire strategieën nodig. Om de psychiatrie recht te doen, moet kwalitatief en naturalistisch onderzoek opgewaarderd worden in EBP. Dan integreren wij meer verstandende kennis, bijvoorbeeld op basis van hermeneutiek en fenomenologie. EBM in het algemeen moet aangevuld worden met VBM en ethische analyse en met inzichten uit patiëntcommunicatie, besliskunde (*shared decision-making*) en kritische analyse (Cohen e.a. 2004; Gupta 2003; Henry e.a. 2007; Jenicek 2006b en c; Lambert 2006; Mykhalovskiy & Weir 2004; Widder 2004).

Als wij ons niet bewust zijn van haar grenzen en beperkingen, dreigt EBP *evidence-biased* psychiatrie te worden.

LITERATUUR

- Barker, J., & Gilbert, D. (2000). Evidence produced in evidence based medicine needs to be relevant. *BMJ*, 320, 515.
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39, 17-25.
- Berk, M., & Janet, M.L. (1999). Evidence-based psychiatric practice: doctrine or trap? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5, 149-152.
- Biswas, R., Umakanth, S., Strumberg, J., e.a. (2007). The process of evidence-based medicine and the search for meaning. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 529-532.
- Cohen, A.M., Stavri, P.Z., Hersh, W.R. (2004). A categorization and analysis of the criticisms of Evidence-Based Medicine. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 35-43.
- Demyttenaere, K., & De Fruyt, J. (2003). Getting what you ask for: on the selectivity of depression rating scales. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 61-70.
- Elkin, I. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research: disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology*, 6, 10-32.
- Felstein, A.R., & Horwitz, R.I. (1997). Problems in the 'evidence' of 'evidence-based medicine'. *The American Journal of Medicine*, 103, 529-535.
- Fensterheim, H., & Raw, S.D. (1996). Psychotherapy research is not psychotherapy practice. *Clinical Psychology*, 3, 168-171.
- Fulford, K.W., Broome, M., Stanghellini, G., e.a. (2005). Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? *World Psychiatry*, 4, 78-86.
- Fulford, K.W., Stanghellini, G., Broome, M. (2004). What can philosophy do for psychiatry? *World Psychiatry*, 3, 130-135.
- Gupta, M. (2003). A critical appraisal of evidence-based medicine: some ethical considerations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9, 111-121.
- Henry, S.G., Zaner, R.M., Dittus, R.S. (2007). Viewpoint: Moving beyond evidence-based medicine. *Academic Medicine*, 82, 292-297.
- Heres, S., Davis, J., Maino, K., e.a. (2006). Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 185-194.
- Jenicek, M. (2006a). Evidence-based medicine: fifteen years later. Golem the good, the bad, and the ugly in need of a review? *Medical Science Monitor*, 12, RA241-251.
- Jenicek, M. (2006b). The hard art of soft science: Evidence-Based Medicine, Reasoned Medicine or both? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 410-419.
- Jenicek, M. (2006c). Towards evidence-based critical thinking medicine? Uses of best evidence in flawless argumentations. *Medical Science Monitor*, 12, RA149-153.
- Jette, A.M. (2005). Without scientific integrity, there can be no evidence base. *Physical Therapy*, 85, 1122-1123.
- Kenny, N.P. (1997). Does good science make good medicine? Incorporating evidence into practice is complicated by the fact that clinical practice is as much art as science. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 33-36.
- Lambert, H. (2006). Accounting for EBM: notions of evidence in medicine. *Social Science and Medicine*, 62, 2633-2645.
- Leemput, L. van, & Vandenberghe, J. (2006). Verband tussen de studiesponsor en de conclusies in vergelijkende onderzoeken van tweedegeneratie-antipsychotica. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 667-668.
- Margison, F.R., Barkham, M., Evans, C., e.a. (2000). Measurement and psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- Melander, H., Ahlquist-Rastad, J., Meijer, G., e.a. (2003). Evidence b(i)-ased medicine - selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *BMJ*, 326, 1171-1173.

- Milders, C.F.A. (2007). Psychiatrie op de kop? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 873-876.
- Miller, E. (1999). Positivism and clinical psychology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 1-6.
- 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 (Pt 2), 109-32.
- Mykhalovskiy, E., & Weir, L. (2004). The problem of evidence-based medicine: directions for social science. *Social Science and Medicine*, 59, 1059-1069.
- Nelson-Gray, R. (1996). Treatment outcome measures: Nomothetic or idiographic? *Clinical Psychology*, 3, 164-167.
- Norman, G.R. (1999). Examining the assumptions of evidence-based medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5, 139-147.
- Omer, H., & London, P. (1989). Signal and noise in psychotherapy. The role and control of non-specific factors. *The British Journal of Psychiatry*, 155, 239-245.
- Petrova, M., Dale, J., Fulford, B.K. (2006). Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *The British Journal of General Practice*, 56, 703-709.
- Polychronis, A., Miles, A., Bentley, P. (1996). Evidence-based medicine: reference? Dogma? Neologism? New orthodoxy? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2, 1-3.
- Rosenberg, W., & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ*, 310, 1122-1126.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., e.a. (2000). *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Shea, P. (2000). Psychiatry and the scientific method. *Australasian Psychiatry*, 8, 226-229.
- Slade, M., & Priebe, S. (2001). Are randomised controlled trials the only gold that glitters? *The British Journal of Psychiatry*, 179, 286-287.
- Stiles, W.B., & Shapiro, D.A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.
- Timio, M., & Antiseri, D. (2000). [Evidence-based medicine: reality and illusions. Extension of epistemological reflexions]. *Italian Heart Journal Supplement*, 1, 411-414.
- Tonelli, M.R. (1998). The philosophical limits of evidence-based medicine. *Academic Medicine*, 73, 1234-1240.
- Tonelli, M.R. (2001). The limits of evidence-based medicine. *Respiratory Care*, 46, 1435-1440.
- Tonelli, M.R. (2006). Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 248-256.
- Vandenberghe, J. (2006). Filosofie en evidence-based medicine. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 267-269.
- Wallerstein, R.S. (1995). The effectiveness of psychotherapy and psychoanalysis: conceptual issues and empirical work. In Shapiro, T. & Emde, R.N. (Red.). *Research in Psychoanalysis: Process, Development, Outcome* (pp. 299-311). Madison, Connecticut, VS: International Universities Press.
- Walsh R. (2004). What is good psychotherapy? *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 455-467.
- Widder, J. (2004). The origins of medical evidence: communication and experimentation. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7, 99-104.
- Williams, D.D., & Garner, J. (2002). The case against 'the evidence': a different perspective on evidence-based medicine. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 8-12.
- Wilmshurst, P. (2001). How sound is the evidence in the era of evidence-based medicine? *Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 255-259.
- Wilson, H.J. (2000). The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm? *Family Practice*, 17, 203-209.
- Zimmerman, M., Mattia, J.I., & Posternak, M.A. (2002). Are subjects in pharmacological treatment trials of depression representative of patients in routine clinical practice? *The American Journal of Psychiatry*, 159, 469-473.

AUTEUR

J. VANDENBERGHE is psychiater verbonden aan UPC KU Leuven, campus Gasthuisberg en aan het universitair CGG Leuven, CGG-VBO.

Correspondentieadres: dr. J. Vandenberghe, Liaisonpsychiatrie, Gasthuisberg, UZ Leuven, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België.

E-mail: joris.vandenberghe@uzleuven.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-03-2008.

SUMMARY

Does evidence-b(i)ased psychiatry have its limitations? – J.Vandenberghe –

Evidence-based medicine (EBM) is an algorithm that integrates information technology and the results of outcome research into clinical work. EBM, if well understood, is a valuable and critical bottom-up method that promotes a dialectical process by which the practitioner is able to arrive at an informed treatment choice; the method starts from the individual patient and involves discussion with the patient and critical reading of the relevant literature. However, there is a risk that EBM will become an ideology unless we are aware of its assumptions and epistemology. It is not value-free, but is driven by an implicit objectivist view of man. EBM attaches greater value to biomedical sciences than to the humanities, to empiricism than to hermeneutics and to quantitative research than to qualitative research. EBM focuses on internal validity, but is in danger of neglecting factors such as qualitative changes that are difficult to measure, ecological validity and effectiveness and may hinder the generalisation of research results to clinical practice. The limitations of EBM are even more poignant in psychiatry, because psychiatry is highly sensitive to context and values. EBM is a blessing if we use it critically and remain aware of its limitations and underlying philosophy and if we supplement it with strategies such as value-based medicine (VBM). EBM, however, does not teach us what is useful or valuable, whereas VBM helps us to explain and weigh up the values that are at stake.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)6, 377-385]

KEY WORDS evidence-based medicine/psychiatry, ideographic/nomothetic paradigm, objectivism/subjectivism, outcome research, value-based medicine/psychiatry