

Samenvatting Inleiding klinische psychologie

0. Inleiding (eerste slides + cursustekst)

0.1 Inleiding cursus

- Psychologie kan vaak opgedeeld worden in verschillende takken (bedrijfs, sociale, ...)
 - o Deze subdisciplines verschillen vaak van invulling tussen instituten en landen)
- Klinische psychologie kent meer consistentie over landen
- Psychologie tot 20^e eeuw: te vergelijken met experimentele psychologie vandaag
 - o onderzoeken van psychische functies en processen in de academische context
- Behandelen van problemen eerder in medische context
- 1896: Lightner Witmer (doctor in psychologie) sticht eerste kliniek aan Univ van Pennsylvania.
 - o voor het eerst psychologie als wetenschap doelgericht hanteren in context van psychische problemen
 - o 1907: introductie van term 'klinische psychologie' →
“studie van de individuen, door observatie of experimenten, met de intentie verandering te bewerkstellingen”

0.2 Klinische psychologie definiëren

- Veld van klinische psychologie zeer breed uitgebreid in verschillende richtingen.
 - o verschillende dingen met verschillende doelen voor verschillende mensen.
- We hebben dus gedifferentieerde definities nodig
- Definitie van Division 12 van de APA (divisie klinische psychologie)

“The field of clinical psychology integrates science, theory, and practice to understand, predict, and alleviate maladjustment, disability, and discomfort as well as to promote human adaptation, adjustment, and personal development. Clinical psychology focuses on the intellectual, emotional, biological, psychological, social and behavioral aspects of human functioning across the lifespan, in varying cultures, and at all socioeconomic levels. ”

- Een andere, gerelateerde definitie:

“Clinical psychology refers to the development and application of theories, methods and techniques of scientific psychology and related disciplines in the assessment, prevention and intervention of health problems, that can be the result of somatic and/ or psychological variables, that manifest themselves by means of psychological and/or physical symptoms in persons of all ages.”

- o deze definitie omvat niet het idee van aanpassing (adaptatie): dit gegeven van aanpassing zorgt voor debat in de klinische psychologie omdat het onder andere het hele vraagstuk van wat normaliteit is aan de orde stelt.

0.3 Wat moet een klinisch psycholoog kunnen: basiscompetenties

- In 2014: de wet die het beroep van klinisch psycholoog, psychotherapeut en klinisch orthopedagoog erkent wordt goedgekeurd
 - o In andere landen is dit al zo: reeds meer werk gebeurd rond opleidingsvereisten, afbakening tav andere gezondheidsberoepen, definiëring van competenties
- Formuleren van competenties kadert binnen bredere Europese visie
 - o Op vlak van onderwijs: reeds veel gebeurd rond internationalisering (nav de Bolognaverklaring, 1999)
 - o Voor beroepsbeoefenaars: steeds grotere mobiliteit, vraagt een kader dat ervoor kan zorgen dat eenzelfde beroep over landen heen aan gelijkaardige kwaliteitseisen voldoet.
- Definiëren van competenties die noodzakelijk zijn om een Europees certificaat van zelfstandig psycholoog te kunnen verwerven.
 - o = European Certificate in Psychology (EuroPsy)
 - o = European Federation of Psychologist’s Associations (EFPA)
- Definitie van EFPA over competentie van psychologen:

“Het algehele doel van de praktijkuitoefening als psycholoog is de ontwikkeling en toepassing van psychologische principes, kennis, modellen en methodes, op een ethische en wetenschappelijke manier, om de ontwikkeling, het welzijn en de effectiviteit van individuen, groepen, organisaties en de samenleving te bevorderen’

- Toevoegingen:
 - o Omtrent de wijze waarop: ethisch en wetenschappelijk
 - o Competenties zijn gebaseerd op kennis, inzicht en vaardigheden, die op ethische wijze worden toegebracht en in praktijk gebracht.

- Twee soorten competenties:
 - o Primaire competenties: psychologische inhoud van praktijkproces (assessment, interventies ontwikkelen, plannen, ...)
 - o Competenties die de psycholoog in staat stellen om effectief diensten te verlenen (bijscholing, beroepsrelaties onderhouden, ...)
- Competenties kunnen verworven worden binnen 4 werkterreinen:
 - o Klinisch en gezondheid
 - o Onderwijs
 - o Arbeid en organisatie
 - o Overig

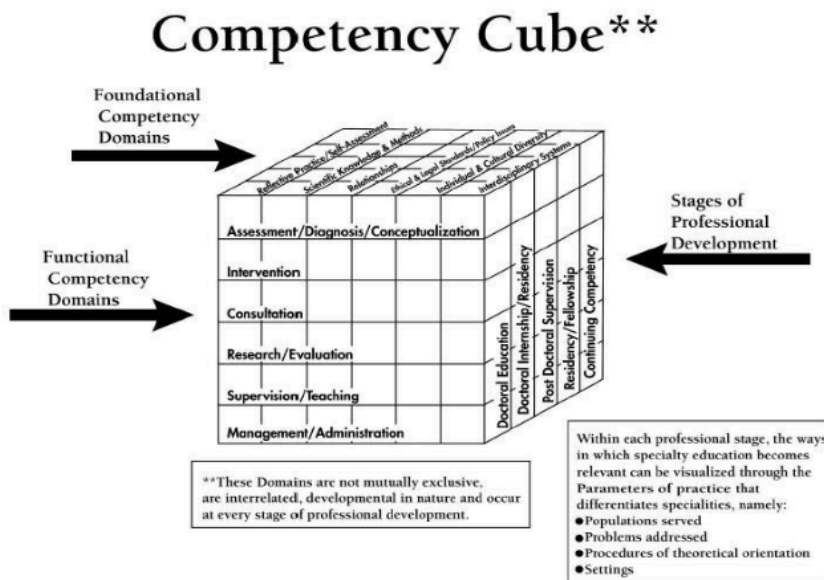
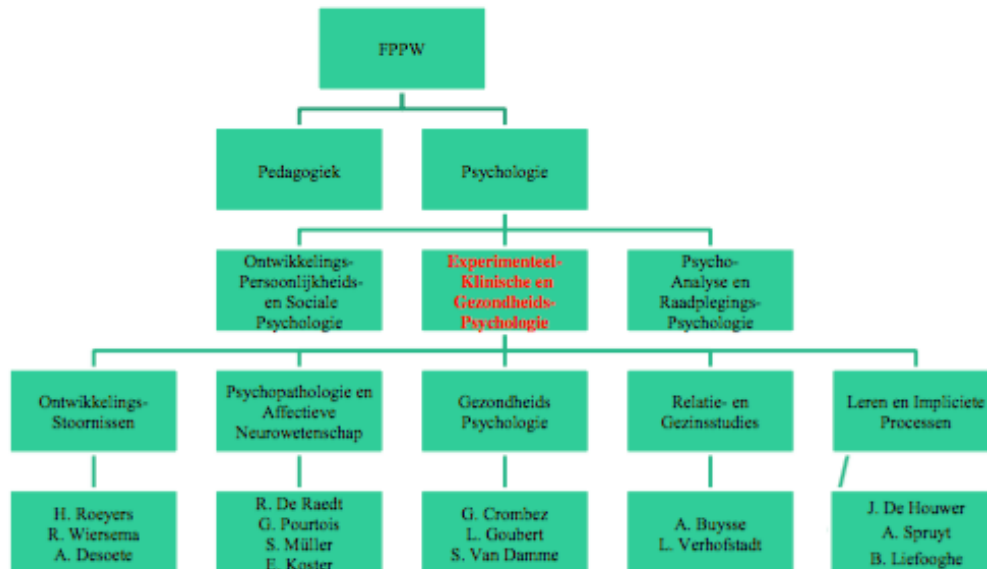


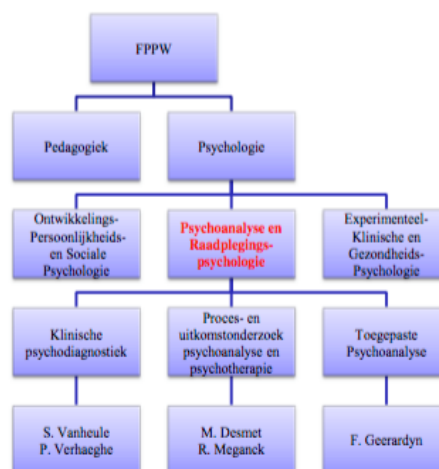
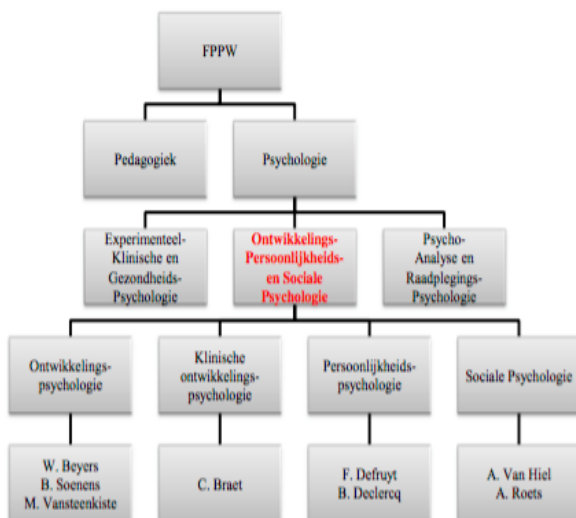
Figure 1. Cube model describing competency development in professional psychology.

- Model definieert fundamentele en functionele competentiedomeinen & stadia van professionele ontwikkeling (= de mogelijke beheersingsniveaus van die competenties)
- Fundamentele competenties
 - o vormen intellectuele en interpersoonlijke basis voor functionele competenties
- Functionele competenties
 - o representeren de kennis en vaardigheden die noodzakelijk zijn om het concrete dagelijks werk van een psycholoog te kunnen uitoefenen.
- Derde as:
 - o Competenties kunnen ook verschillen naar gelang stadia in de professionele ontwikkeling.
- Model illustreert dat we verschillende niveaus van competentieverwerving kunnen onderscheiden naargelang het punt waarop iemand zich bevindt in zijn opleiding, verdere vorming en ervaring in bep. praktijkveld

0.4 Situering binnen de faculteit



- Drie vakgroepen die het onderwijs in de klinische psychologie doceren en hierover ook het meeste onderzoek doen:
 - o Experimentele, Klinische en Gezondheidspsychologie:
 - Ontwikkelingsstoornissen (autisme, ADHD, ...)
 - Psychopathologie en affectieve neurowetenschappen: angst en depressie en cognitieve/neurowetenschappelijke theorieën en interventies daarvoor
 - Gezondheidspsychologie: sterke focus op pijnklachten, andere gezondheidsklachten
 - Relatie- en gezinsstudies: echtscheiding, nieuw samengestelde zinnen, adoptie, seksualiteit
 - Leren en impliciete processen



- Psychoanalyse- en raadplegingspsychologie
 - Klinische psychodiagnostiek: individuele diagnostiek en maatschappelijke invloed tov mentaal welzijn
 - Proces- en uitkomstenonderzoek, psychoanalyse en psychotherapie: binnen psychoanalytisch kader, sterke focus op case-studies maar ook uitgebreide onderzoeken → onderzoek naar uitkomsten in psychotherapie
 - Toegepaste psychoanalyse: psychoanalyse toepassen in de kunst, in relatie tot allerlei verschijnselen.

- Ontwikkelings-, persoonlijkheids- en sociale psychologie
 - Klinische ontwikkelingspsychologie: focus op kinderen en adolescenten, specifiek: eetstoornissen, hechting, ...
 - Ontwikkelingspsychologie
 - Persoonlijkheidspsychologie
 - Sociale psychologie



1. Het werkveld van de klinische psychologie

1.1 Introductie

- Wat doet de klinische psycholoog? Binnen het idee over gezondheidszorg van de WHO:

“Health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity”

- Heel algemene definitie, overkoepelend voor zowel somatische als psychische gezondheid
- Cijfers geven aan dat veel mentale problemen ook ergens gerelateerd zijn aan somatische problemen
- Gezondheid is niet enkel de afwezigheid van negatieve dingen, maar ook het bevorderen van welzijn op zowel somatisch als psychisch vlak.

“Mental health is not just the absence of mental disorder. It is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community”

- Deze definitie is meer gespecificeerd naar geestelijke gezondheid
- Het gaat niet louter om de afwezigheid en het behandelen van mensen met problemen, maar om mensen maximaal in staat te stellen een bevredigend leven te leiden.

1.1.1 Psychische stoornissen: setting the stage

- De uitdaging voor het brede gebied van de klinische psychologie (als we kijken naar het cijfermateriaal) is gigantisch
- Het voorkomen van psychische problemen in de populatie: op grond van cijfermateriaal, wanneer we kijken naar de hoeveelheid mensen die enige vorm van zorgbehoefte hebben, als we die willen behandelen met het huidige aanbod aan klinisch psychologen en modaliteiten van behandeling schieten we enorm tekort. We zijn op dit moment niet in staat een goed aanbod te bieden voor de grote populatie die op één of andere manier problemen ervaart.
- Ongeveer de helft van de psychische stoornissen begint voor het 14e jaar
- Wereldwijd sterven er ca. 800.000 mensen door suïcide
- Psychische stoornissen kunnen het risico op somatische stoornissen vergroten
- Er bestaat nog altijd veel stigma met betrekking tot psychische stoornissen waardoor mensen vaak lang wachten om hulp te zoeken

1.1.2 Wat kosten psychische stoornissen?

- Maatschappelijk gezien: kosten van mensen met psychische problemen
- Bv. bij depressie zijn er niet enkel kosten die te maken hebben met de behandeling, maar ook o.a. wegvallen van het werk, ...
- In 2010 in Europa, wordt er €461 miljard gespendeerd aan psychische stoornissen (Gustavsson et al., 2011)
 - o Directe kosten voor de GZ (bv. diagnose en behandeling)
 - o Directe niet medische kosten (bv. sociale voorzieningen)
 - o Indirecte kosten (bv. Verminderde productiviteit of vroege pensionering)
- WHO Global burden of disease:
 - o De impact op functioneren door psychische stoornissen is enorm
 - o Het aantal 'verloren jaren' door een bepaalde psychische ziekte/stoornis:
 - De hoeveelheid beperking door depressie is niet veel verschillend van beperking op grond van zeer ernstige lichamelijke aandoening

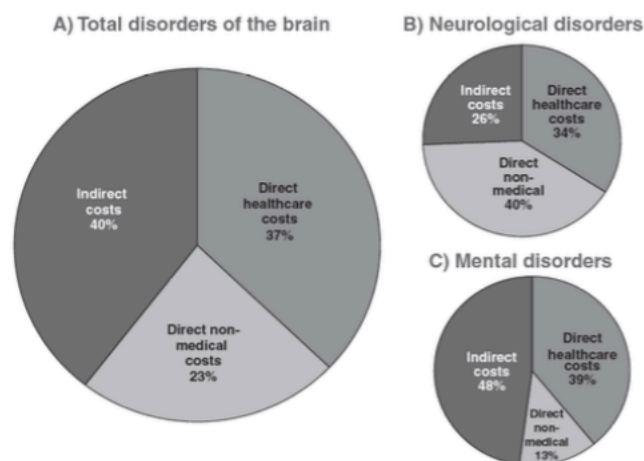


Figure 5 Distribution of costs.

- Hoeveel wordt er geïnvesteerd in onderzoek naar somatische/psychische aandoeningen, en in de patiënt individueel somatisch vs. psychisch?
 - o Geen balans! Psychische stoornissen in het nadeel

1.1.3 Het werkveld van de klinische psychologie

Definitie volgens de APA (American Psychological Association):

“The field of Clinical Psychology integrates science, theory, and practice to understand, predict, and alleviate maladjustment, disability, and discomfort as well as to promote human adaptation, adjustment, and personal development. Clinical Psychology focuses on the intellectual, emotional, biological, psychological, social, and behavioral aspects of human functioning across the life span, in varying cultures, and at all socioeconomic levels”

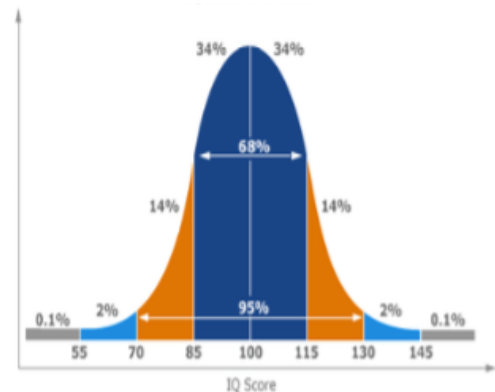
- Belangrijkste elementen:
 - o Wetenschap: Klinische Psychologie is gebaseerd op psychologische theorieën en principes;
 - o Enerzijds: Gericht op het reduceren van ongewenste condities zoals stress, problemen en beperkingen;
 - o Anderzijds: Gericht op het verbeteren van gewenste condities zoals welbevinden en persoonlijke groei
 - o Integratief: Is niet enkel gericht op de psychologische component, maar bekijkt het geheel van functioneren (Biopsychosociaal model).

1.2 Psychische stoornissen

- Wat wordt onder een psychische stoornis verstaan?
- Verschillende criteria die gehanteerd zijn om een onderscheid te maken tussen normaal/abnormaal, vele situaties waarbij één criterium opgaat en een ander niet → complex om te oordelen!
- Afwijkend van de norm; 'ab-normaal'

1.2.1 Statistisch criterium

- 'Ab' (weg van) 'norma' (norm)
- Statistisch afwijkend op een normaalverdeling
- Je weet enkel iets over zaken die je heel duidelijk kan meten → normgegevens nodig
- Elke cut-off die we maken is arbitrair: wie zegt dat een bepaalde trek hebben die anders is dan 95% van de populatie afwijkend of een stoornis is?
- Het statistisch criterium an sich is dus onvoldoende



1.2.2 Persoonlijk Lijden criterium

- Belangrijk criterium
- Wordt in veel verschillende stoornissen gehanteerd als één van de belangrijkste criteria
 - o Stoornis met PL: depressie
 - o Stoornis zonder PL: antisociale persoonlijkheidsstoornis
 - o Normaal gedrag met PL: rouw → wel lijden, geen stoornis
- Moet dus altijd in combinatie voorkomen met één van de andere criteria

1.2.3 Beperkingen criterium

- Bepaalde stoornissen brengen beperkingen met zich mee in het functioneren.
- Is vaak een criterium van bepaalde stoornissen
 - o bv. alcoholmisbruik, middelenafhankelijkheid
- Niet alle stoornissen zijn direct gerelateerd aan beperkingen, dus ook niet enkel dit criterium toepassen
- Middelenafhankelijkheid wordt deels bepaald door sociale en werkgerelateerde beperkingen
- Niet alle beperkingen zijn mentale stoornissen, bijv. blindheid.

1.2.4 Overtreden van sociale normen criterium

- Sociale normen zijn gedeelde waarden door mensen van een samenleving/cultuur. Dit is een moeilijk en eveneens fel bediscussieerd criterium:
 - o Het afwijken van de sociale norm in positieve zin (bv. veel succesvoller zijn dan iemand anders) wordt vaak genegeerd, terwijl er wel aandacht aan geschonken wordt indien dit afwijken in de negatieve zin is → morele component, wat men beoogt wel of niet te doen binnen onze maatschappij
 - o Contextueel, cultureel: bv. homoseksualiteit heeft een tijd in DSM gestaan
 - o Te breed toegepast: crimineel gedrag of afwijkende politieke visies zijn geen mentale stoornis
 - o Te nauw: mensen met angstklachten overtreden de sociale norm niet, maar hebben toch een stoornis

1.2.5 Normatief: wat is afwijkend?

- De presentatie van bepaalde klachten wordt in de ene cultuur als heel anders gezien als in de andere → onderzoek naar multiculturele hulpverlening, hierin schiet de DSM te kort
- Sociaal of cultureel onaanvaardbaar gedrag (context afhankelijk)
 - o Gender rollen
 - o Cultureel relativisme
 - o Sommige syndromen komen enkel voor in sommige culturen
 - vb. Japan: Taijin kyofusho → intense fear that one's body displeases, embarrasses, or is offensive to other people

- Gevaar voor stigmatisatie en controle
 - Szasz (?)
 - Homoseksualiteit
- Experiment van Rosenhan (1973) → Minerva, “on being sane in insane places”
 - Uit de algemene populatie hebben ze mensen naar verschillende psychiatrische klinieken gestuurd met een opdracht: pretendeer alsof je last hebt van stemmen die dingen zeggen zoals ‘leeg’, zodat men daar het idee krijgt dat de proefpersonen last hebben van een psychotisch-achtige aandoening die existentieel lijkt en zorg dat je in de kliniek binnengeraakt. Daarna, als ze binnen waren, moesten de proefpersonen stoppen met de symptomen en kijken op welke manier ze benaderd werden. De essentie van de paper is dat, om betrouwbaar abnormaliteit te identificeren, we in staat moeten zijn normaliteit te identificeren. Op het moment dat zij zich terug normaal gaan gedragen zou je verwachten dat zij terug als ‘normaal’ geïdentificeerd werden. De ‘patiënten’ die binnen geraakten, voelden zich gedehumaniseerd en minder als normale gesprekspartner gezien (opgelet voor context: 40 jaar geleden). Door het etiket ‘gestoord’ te krijgen, werd daar niet meer van afgeweken. Heel normale gedragingen werden geëtiketteerd binnen het diagnostisch label → op die manier zie je dat een diagnostisch label geen waardenvrij iets is. Op moment dat die mensen ontslagen werden hadden zij die stoornis ‘in remissie’ (verbeterd) maar zijn nooit als gezond verklaard.
 - Deze paper is meer dan 40 jaar oud, maar het debat hierrond is nog zeer levendig
 - De beschrijving van de zorg in de paper is wel sterk veranderd de dag van vandaag
- Handboek voor diagnostische labeling: DSM
 - Nu 5e editie, enorm veel kritiek ondanks hij niet zo verschillend is van 4e editie
 - Kritieken komen voor een belangrijk stuk vanuit de wetenschap: probleem: onderzoek gaat kijken naar de instandhoudende factoren van bv. depressie, reïficatie: omdat we er een naam voor hebben wordt het een ding in de realiteit en kijken we of we mechanismen kunnen vinden of neurobiologie kunnen ontdekken die dit construct ondersteunen
 - Dit is niet de beste basis om op zoek te gaan naar biologische/psychologische markers omdat we niet weten of het construct echt zo bestaat in de realiteit
 - Bepaalde instituten gaan niet meer uit van DSM

1.2.6 Psychische stoornissen: voor- en nadelen

- Voordelen:
 - Een classificatiesysteem faciliteert het spreken over pathologieën
 - Momenteel heel veel behandelliteratuur gevormd op grond van classificaties, (is op bepaalde punten veranderd en blijft veranderen)
 - Zoeken naar bepaalde behandeling en reviews tussen literatuur gaat ook niet zonder te spreken in deze termen
 - Communicatie multidisciplinair team → psychiater gaat vaak spreken in termen van classificaties, helpt bij het uitwisselen van informatie tussen een team dat is samengesteld uit verschillende soorten hulpverleners
 - Systeem is bedacht door internationale experts ter zake die hebben nagedacht over differentiaal diagnostiek
 - Bv. wanneer spreken we van depressie ipv dementie bij ouderen?
 - Basis van deze categorieën is nodig om later in het beroep bepaalde pathologieën te kunnen herkennen

- Nadelen:
 - Labels zijn 'plakkeriger' dan we zouden hopen: zie expert van Rosenhan
 - Een aantal van die labels kunnen stigmatiserend zijn
 - bv. 'iemand heeft een borderline persoonlijkheidsstoornis' heeft geen positieve connotatie
 - men kan minder geneigd zijn naar het unieke van dat individu te kijken, we zijn vaak te veel afgeleid door het label
 - Wetenschappelijk heel veel discussie over de validiteit van zo'n label

1.3 Populaties en settings in de klinische psychologie

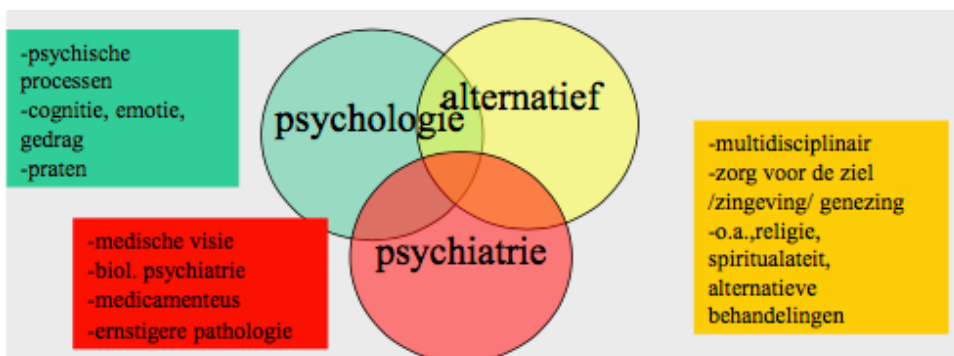
- Populaties:
 - Kinderen
 - Adolescenten
 - Volwassenen
 - Ouderen
 - Komen steeds meer in de focus omdat er wordt ingezien dat we met een vergrijzende bevolking zitten die gemakkelijker praten over psychische problemen terwijl de expertise over ouderen niet zo groot is
 - Gezinnen, koppels

1.3.1 Settings & taken van de klinisch psycholoog

- De taken van een klinisch psycholoog zijn veel meer dan diagnostiek en behandeling in een één-op-één relatie.
- Indicatiestelling zit daar zeker bij, maar dit kan op veel manieren gaan: bv voor forensische doelstellingen, persoonlijkheidsonderzoek doen.
- Therapie en revalidatie: allerlei vormen zoals begeleiding (meer coachend, zoals sportpsychologie, teambegeleiding, ...)
- Advies: gaat vaak over een stuk preventie, binnen preventieve acties is het vaak mogelijk om grotere populaties te bereiken, klinisch psychologen zijn bezig met onderzoek naar welke boodschappen de juiste doelgroep bereiken
 - o bv. op een pakje sigaretten: de boodschappen die daar staan en de manier waarop die de mensen bereiken
- Heel erg breed domein: klinische psychologie is niet enkel mensen met bepaalde zware psychische ziektes en problematieken, is ook mogelijk zonder zwaar emotioneel belast te worden
- Daarnaast zijn er ook zeer veel instellingen die nood hebben aan een klinisch psycholoog, op de meest uiteenlopende domeinen.



1.4 Beroepen in de klinische psychologie



- Psychologen en psychiaters hebben geen alleenheerschappij bij de zorg voor de lijdende mens: psychologie is iets meer dan 100 jaar betrokken, maar lange tijd ook sterk in de schaduw van de psychiatrie gebleven. Vóór de psychiaters betrokken werden lag het hele stuk van de zorg voor de lijdende mens in handen van het 'alternatieve circuit': een verzamelnaam voor geloof, genezers, alternatieve behandelingen, etc.
- Op het moment dat er ernstige klachten zijn dit meestal niet de eerste plaatsen waar mensen naartoe gaan, maar dat alternatief circuit is nog steeds 'levend' en kan nog steeds aan bod komen bij mensen die op consultatie komen.
- Binnen de psychiatrie is er een grote overlap met psychologie, maar zij vertrekken per definitie vanuit een medisch kader waarbij sterk het idee gehanteerd wordt dat psychische stoornissen worden gezien als ziekte en hun benadering sluit hierbij aan. Vaak medicamenteus of op een andere manier biologisch interveniëren (dit beeld is wel al sterk veranderd vandaag)
- De klinische psychologie heeft daar vaak een wat andere benadering in, waarbij de invalshoek veel minder biologisch van aard is maar meer gestoeld is op de psychologische theorievorming (psychoanalyse, leertheorie, ...) en er wordt veel meer gewerkt met gesprekstherapie.
- Binnen de psychologie en de psychiatrie hier zitten verschillende manieren van kijken naar o.a. 'wat is een probleem', 'hoe benader je de mens in die context', ... kortom de medische visie vs. de meer contextuele-psychologische visies.

1.4.1 Differentiatie

- Heel vaak ook een multidisciplinaire context: wat is de rol van de klinisch psycholoog ?
- Klinische psychologie: heel breed, zorg voor mensen met een of ander psychisch probleem of de zorg naar welbevinden, kan gaan over heel veel verschillende actoren (psychiaters, assistenten, ..)
- Klinisch psycholoog: titel na masterdiploma, heel breed inzetbaar in de context van de verschillende settings, breed takenpakket: diagnostiek, preventie en behandeling.
- Psychotherapie: de hulpverlening die te maken heeft met een of andere vorm van de gesprekstherapie gebaseerd op een aantal van de klassieke psychotherapeutische scholen, gaat over de gespecialiseerde behandeling die daarbinnen plaatsvindt..
 - o "Therapeut" wordt gebruikt als verzamelnaam voor iemand die beroepsmatig een methode toepast ter genezing van lichamelijke of geestelijke gezondheidsproblemen. Iedereen kan zich echter therapeut noemen, ook zonder diploma of werkervaring.

Klinische psychologie:

- Ruim praktijkveld
- Multidisciplinair werken → biopsychosociaal model (soms zijn mensen zelfstandig maar vaak is een klinisch psycholoog onderdeel van een groep)
 - psychiater (vaak aan het hoofd + eindverantwoordelijkheid)
 - maatschappelijk werker
 - ergotherapeut
 - psychiatrisch verpleegkundige

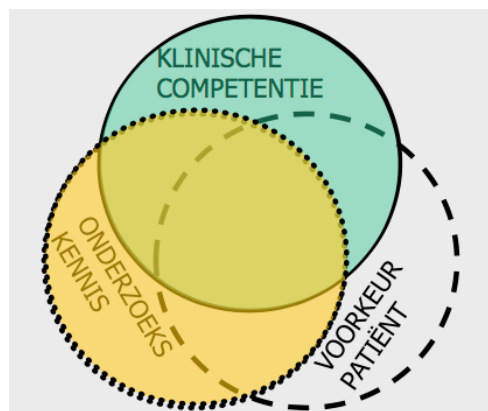
- Waarom is onderscheid relevant?
 - De wetgeving is recent gewijzigd: wie kan zich klinisch psycholoog noemen en wie psychotherapeut?
 - Als je afstudeert als psycholoog → beschermde titel, titel van klinisch psycholoog is niet beschermd en psychotherapeut ook niet
 - Als je bv. sociaal assistent bent en denkt dat je heel wat psychotherapie doet bij de uitvoering van je beroep, mag je je psychotherapeut noemen
 - Recent wetgeving die titels als beschermd aanziet, nu is men bezig met 'wie mag zich klinisch psycholoog noemen en wie psychotherapeut?'
 - Gaat waarschijnlijk de volgende kant uit: mensen die afstuderen als klinisch psycholoog + een jaar gesuperviseerde stage volgen zijn klinisch psycholoog en psychotherapeut is een soort verdere specialisatie, na de opleiding nog 4 jaar maar combinatie praktijk (job) + leren (omdat praktijkoefening ook nodig is om dit te leren ipv louter theorie)

- Gezien het feit dat er een wettelijke bescherming gaat komen voor de klinisch psycholoog en psychotherapeut, gaat het statuut duidelijker worden. Nu is er heel weinig terugbetaling, vooral individuele psychotherapie, mensen kunnen wel terecht in centra voor geestelijk gezondheidszorg waar dit goedkoper is maar individuele therapie is zeer duur. Terugbetaling zal misschien geregeld worden binnen de huidige legislatuur, minister Maggie De Block is hier mee bezig en dit is erg belangrijk voor mensen met een psychische problematiek.
- Psychotherapeut is dus de meest 'gespecialiseerde' in de context van de behandeling: binnen de basisopleiding al veel info over diagnostiek en behandeling maar nog niet aan het werken → als therapeut ga je veel dingen tegenkomen en ga je kunnen specialiseren.

2. Wetenschappelijke kennis

2.1 Inleiding

- Binnen de basis van wetenschappelijk werken in de klinische psychologie ligt een overheersend, dominant model: Evidence-Based Practice
 - o Vraagt van de clinicus om continu de vraag van de cliënt te relateren aan de huidige stand van onderzoek op een klinisch verantwoorde wijze;
 - o Benadrukt de relevantie van het informeren van patiënten gebaseerd op de beste beschikbare onderzoeksevidentie over geëigende opties voor diagnostiek, preventie of interventiemogelijkheden
 - o In de context van specifieke individuele vragen naar diagnostiek en behandeling of andere wetenschappelijke vragen die je tegenkomt tijdens de behandeling, contact maken met wetenschappelijke literatuur en in functie van de vragen zo goed mogelijk je behandeling stoelen op de meest aangewezen diagnostiek, de meest ondersteunde behandeling, waarvoor je duidelijke wetenschappelijke evidentie hebt.
 - o Investeren om de relevante literatuur bij te houden en in te kunnen schakelen in het traject van een cliënt. Persoonlijk traject voor clinicus van levenslang leren in functie van de vragen die je tegenkomt.



- Kernmodel van evidence-based werken:
 - o Niet zozeer 'alleen wetenschappelijk werken'
 - o Integratie van klinische competentie, onderzoekskennis en de voorkeur van de patiënt
 - Het één kan nooit zonder het ander
 - Stel: wetenschappelijk goed zijn, maar niet goed in klinische competentie (band opbouwen met patiënt, ...) → komt niet goed
 - o Voorkeur van de patiënt is essentieel: als die aangeeft dat praten goed helpt, of men kan bepaalde opties voorleggen waaruit de patiënt kan 'kiezen'

2.1.1 Artikel McFall: Manifesto for a Science of Clinical Psychology

- Eerste artikel McFall: (zie minerva, examenleerstof)
 - o Waarom moet klinische psychologie per definitie wetenschappelijk zijn?
 - o Hij stelt: de enige legitieme vorm van aan klinische psychologie doen is wetenschappelijk werken.

“Scientific clinical psychology is the only legitimate and acceptable form of clinical psychology”

- o Een aantal gevolgtrekkingen daaraan (first corollary):
 - Op het moment dat je niet kunt voldoen aan één van de volgende 4 criteria dan moet je als klinisch psycholoog/hulpverlener hulp verstrekken, want dan heb je geen idee waar je mee bezig ben.

“Psychological services should not be administered to the public (except under strict experimental conditions) until they have met four minimal criteria:”

1. Exact nature of the service clearly described
Wat is het type evidentie?
 2. Claimed benefits explicitly stated
Evidentie van wat duidelijke voordelen zijn (is deze behandeling beter gebleken of evenwaardig aan andere goed ondersteunde behandelingen?)
 3. Claimed benefits scientifically validated
Waarop gaat dit werken? Op welke facetten van het functioneren kan je als therapeut verbetering verwachten?
 4. Possible negative side effects that might outweigh any benefits empirically ruled out
Er moet onderzoek zijn naar negatieve bijwerkingen (heel lang de visie gehanteerd: baat het niet dan schaad het niet → klopt in veel contexten, maar in sommige gevallen kunnen we wel kwaad doen.)
- o Tweede gevolgtrekking (second corollary): vaak wordt er een onderscheid gemaakt tussen onderzoekers en klinici, op het moment dat je psychologie studeert, moet iedereen wetenschappelijk leren denken in functie van de kliniek

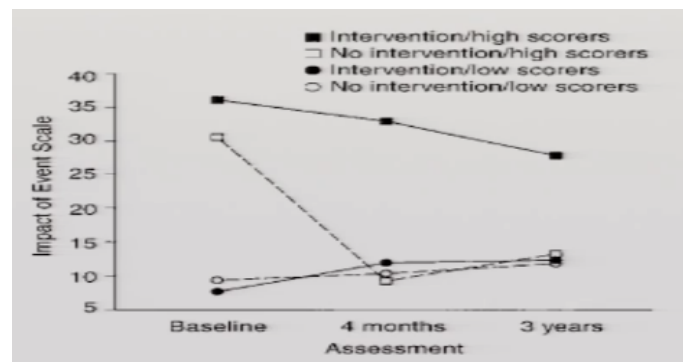
“Primary and overriding objective doctoral programs in clinical psychology must be to produce the most competent clinical scientists possible”

2.1.2 Kritiek op EBP perspectief in de klinische psychologie

- Groepsdata kan niet toegepast worden op een individu
 - o Heel veel data over behandeluitkomstonderzoek is data op groepsniveau, niet op individueel niveau → kan ik dit doortrekken naar individuele cliënt?
- Problemen van cliënten zijn nog niet altijd onderzocht en we kunnen niet wachten tot er onderzoek is: voor sommige problemen bestaat nog geen uitgebreide wetenschappelijke achtergrond, dan kunnen we moeilijk wachten met behandelen tot er meer onderzoek bestaat
- Elk individu is een unieke constellatie van ervaringen, cultuur en sociale context dus niet te begrijpen door algemene psychologische wetmatigheden
- Klinische ervaring en intuïtie zijn relevanter dan wetenschap
 - o Het is zeker zo dat je binnen je klinische praktijk je intuïtie nodig hebt, om bepaalde dingen aan te voelen. Langs de andere kant moet je ook blijven wetenschappelijk werken. Hoe moet je je daarin verhouden?

2.1.3 Gedachtenexperiment

→ Gedachtenexperiment: stel, je bent afgestudeerd als klinisch psycholoog, je hebt een postgraduaatopleiding gedaan en je hebt een eigen praktijk. Er vindt een treinramp plaats vlakbij de praktijk. Er zijn geen doden gevallen, wel gewonden, er is veel chaos, wel veel mensen blijven ontredderd en overstuur achter. Je krijgt telefoon van de politie om hulp te bieden op een avond. Je gaat naar de plek van de ramp en organiseert een briefing. Daar kunnen de slachtoffers ventileren, onder begeleiding van een psycholoog. De mensen die telkens vertrekken zijn dankbaar dat ze hun hart hebben kunnen luchten. Je gaat naar huis met het gevoel dat je het juiste hebt gedaan.



- Onderzoek waarbij mensen die slachtoffer waren van auto-ongeluk dit soort type traumainterventie hebben gehad: traumadebriefing gefocust op emoties.
- Twee condities: ofwel traumainterventie ofwel niks
- mensen opgevolgd meteen na het ongeluk, 4 maand, 3 jaar na het ongeluk.
- Y-as: hoeveel heeft die gebeurtenis indruk gemaakt ?
- Onderscheid tss mensen die nauwelijks klachten hadden: daar maakt het niks uit wat het werd gedaan, blijven laag qua symptomen.

- Bij de groep met redelijk wat klachten en geen interventie → gaat een pak beter!
Bij interventie-conditie → geïnterfereerd met het normale herstel achter een heel schokkende gebeurtenis.
- Op grond van je intuïtie had je dit nooit kunnen voorspellen, je deed wat je dacht dat juist was, en de feedback was blij en dankbaar, je had dit echt niet kunnen weten.
- Opgelet: Niet elke vorm van traumadebriefing is problematisch! (vooral gericht op emoties is af te raden, maar er is ook onderzoek met negatieve en geen resultaten dus ..)

2.1.4 Feedback in de klinische psychologie

Feedback die je krijgt als klinisch psycholoog, de validiteit van die feedback is vrij beperkt:

- Als je iemand 10 sessies in behandeling hebt gehad, en je hebt vriendelijk en empatisch naar die mensen geluisterd, gaan ze dankbaar zijn, zelfs als de klachten niet of nauwelijks verholpen zijn, of blijven gewoon weg → sociale wenselijkheid
- Patiënten hebben vaak weinig ervaring met wat goede geestelijke gezondheidszorg is: hoe kunnen ze weten dat ze goeie zorg krijgen of dat die ondermaats is? (De psycholoog zelf ook niet: als je 1-op-1 met mensen werkt weet je niet of je in vgl met collega's goed bezig bent of net niet)
- Confirmatiebiases: op het moment dat iemand wegblijft van therapie, ga je dit voor jezelf rationaliseren. ('ik voelde dat hij/zij niet klaar was voor verandering', 'mensen moeten eerst een stuk achteruit gaan voor het beter gaat')
- Een manier voor het gebrek aan feedback: wetenschappelijke methode hanteren waarbij je initieel een voorkeur hebt voor het gebruik van wetenschappelijk goed ondersteunde behandelingen → je gaat niet voor elke patiënt dezelfde groepsniveau-effecten vinden, maar de waarschijnlijkheid dat je beter aan het doen bent is wel groter + heel wat ontwikkelingen naar feedback voor therapeuten, iedere sessie is er een meting naar 'hoe vindt de cliënt het gaan' en met feedback voor de therapeut (zodat eventueel de behandeling kan worden aangepast) → zonder wetenschappelijk werken ga je een probleem hebben qua iets weten over je eigen effectiviteit
- Kernboodschap: er zijn geen sterke excuses om te zeggen 'het is oké om je behandelliteratuur te negeren'
- Het duidelijk in rekening brengen van je wetenschappelijke methode is het belangrijkste onderscheid tussen een goeie klinische psycholoog en een kwakzalver.

2.2 Basisprincipes: metamodellen

2.2.1 Inleiding wetenschappelijk werken

- Essentie: we moeten verdiepend ingaan op wetenschap bij de uitoefening van de klinische psychologie, wat is de plaats van wetenschap en wat is de manier van denken over wetenschap?
- De reden van de nadruk op wetenschappelijk werken is primair vanuit ethisch perspectief naar hetgeen wat de cliënt verdient. Men moet de meest verantwoorde (per definitie wetenschappelijk verantwoord) vorm van hulpverlening kunnen bieden.
- Het beroep van klinisch psycholoog heeft heel veel evoluties gekend: het statuut binnen de geestelijke gezondheidszorg zal duidelijker worden en er worden stappen gezet in de richting van terugbetaling. Voor een cliënt die bv. reeds 2-3 jaar in behandeling is, ga je je moeten kunnen wetenschappelijk verantwoorden voor de duur van de therapie en gaat efficiëntie een rol spelen (een probleem verhelpen in 10 sessies terwijl je er 50 sessies over doet) → wetenschappelijk denken en werken is niet enkel belangrijk voor onszelf, maar voor de hele groep betrokken bij hulpverlening, zoals voor de terugbetaling.
- Er zijn een aantal aspecten die wetenschappelijk werken steeds meer mogelijk maken:
 - De hoeveelheid kennis die we hebben over stoornissen, pathologie, ... is gigantisch → hoeveelheid gepubliceerde artikelen is enorm groot
 - 2-3 decennia terug was er amper uitkomstenonderzoek, er was wel iets maar op het moment dat het gaat om een complexere stoornis of bij recidive, ... was er geen literatuur beschikbaar.
 - Gedifferentieerde kennis: hoe exotisch de stoornis ook is, er zal ergens wel iets beschikbaar zijn
 - Initiatieven om die kennis naar de clinicus te brengen: discussie over wetenschappelijk publiceren en de kosten daarvan
 - voor lange periode default dat wetenschappers onderzoek deden met geld van de maatschappij, en publiceerden die in tijdschriften, die heel veel geld vragen voor abonnement, niemand had dus bijna toegang tot die info als je niet verbonden was aan een (rijk) wetenschappelijk instituut. De beschikbaarheid was dus gelimiteerd tot westerse landen of mensen binnen academische settings.
 - Artikels werden geregistreerd in databases waar opnieuw abonnementskosten moeten voor betaald worden
 - Die situatie is sterk aan het kantelen de laatste 10j en dit blijft duren, hierdoor zijn twee belangrijke ontwikkelingen:

- enerzijds zijn er databases ontwikkeld voor medici zodat zij snel toegankelijk info hebben over behandelingen, ... en die databases maken die informatie ook zo dat je snel de juiste informatie hebt zonder alle daarrond gepubliceerde artikels moet doornemen.
 - ten tweede: meer en meer wetenschappelijke data worden vrij beschikbaar aangeboden, later als je als clinicus heb je niet alle abonnementen die je nu hebt (verbonden met uGent), dus je kan aan heel wat info niet aan → open access initiatieven, de lezer moet niet betalen maar de wetenschappers moeten zelf betalen om in een tijdschrift te publiceren. Die open access beweging zorgt er nu voor dat die kennis veel meer beschikbaar is, dus later in een klinische praktijk kan je veel gemakkelijker wetenschappelijk werken.
- Leren denken binnen concept van 'just in time knowledge': het idee dat inzichten over hoe psychopathologie in elkaar steekt, wat de meest optimale diagnostiek en behandeling is, ... verandert over tijd →
 - voorbeeld: paar jaar geleden onderzoek rond antidepressiva, wordt vaak voorgeschreven bij ernstige en milde vorm van depressie → heranalyse: heel veel data ging hierover, ipv enkel kijken naar alle gepubliceerde artikels, kijken naar alle studies die geregistreerd werden → effectiviteit van antidepressiva bij milde depressie is nauwelijks beter dan placebo, dus hierdoor zijn die voorschriften sterk veranderd.
- Het predicaat 'wetenschappelijk bewezen' wordt tegenwoordig heel gemakkelijk gebruikt als kwaliteitslabel voor heel veel dingen, met bijzonder grote claims, maar je moet in staat zijn om kritisch te denken over wetenschappelijke data in het algemeen.
- Eén vd redenen om kritisch te zijn tov wetenschappelijke data: de afgelopen jaar is er heel wat te doen om de kwaliteit van onderzoek binnen de (klinische) psychologie.
- Heel sterke richtlijnen waaraan onderzoeken moeten voldoen: studies moeten op voorhand geregistreerd worden, je moet specifiek zijn in wat je bestudeert, wat je verwacht, welke uitkomsten je gaat zien, hoe groot de steekproef moet zijn. Je kan dus geen onderzoek doen, geen uitkomsten vinden omtrent je hypothese/onderzoeksvraag maar wel een artikel publiceren over andere effecten die je wél gevonden hebt.
- Richtlijnen omtrent pre-registratie van studies nog maar een paar jaar heel actief, waardoor je vaak ziet dat heel wat van de studies binnen de psychologie niet van tevoren geregistreerd zijn waardoor mensen heel gemakkelijk aan het einde nog

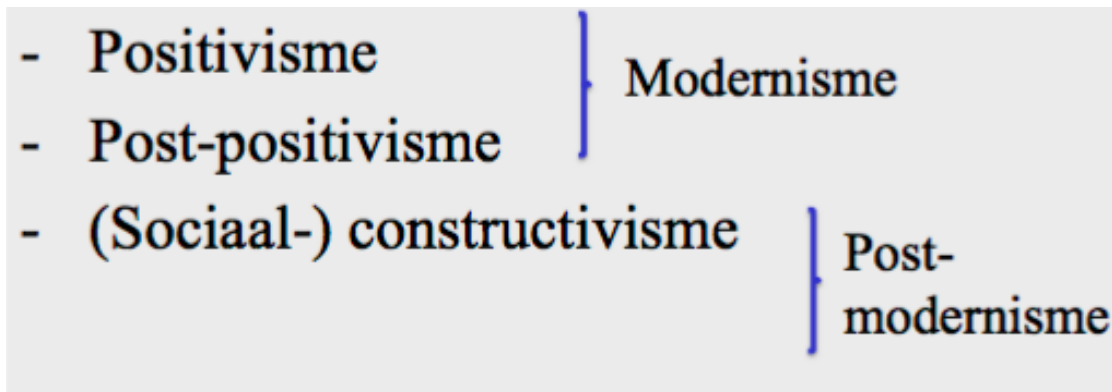
iets kunnen veranderen of dat er een te beperkte sample was om sterke conclusies te kunnen trekken.

- Op grond daarvan is het artikel 'why most published research findings are false' verschenen → het is niet omdat er ergens een studie is, dat dat écht een bewijs is van een bepaald fenomeen.
- Sommige van de effecten binnen de psychologie zijn niet zo gemakkelijk replicerbaar
- De mogelijkheid bestaat voor sterke publicatie-bias: op het moment dat je een studie doet en je sterke resultaten vindt en die zijn significant, dan kan je dat vrij gemakkelijk gepubliceerd krijgen, moet wel onder peer review gaan – collega's gaan dit nagaan en kijken of de kwaliteit goed is – maar als dat spectaculaire bevindingen zijn zal dat vrij goed te doen zijn. Als je niets vindt – je doet een studie bv. naar effect van AD in vergelijking met cognitieve gedragstherapie, je hebt 0 bevindingen, is heel wat minder spectaculair – is de kans om dat gepubliceerd te krijgen wat kleiner dan wanneer je echt significante resultaten hebt.
- Op grond van de bezorgdheid dat binnen het veld van de psychologie er wel heel wat valse positieven zouden kunnen zijn (effecten vinden binnen bepaalde proefgroep, maar die in de gehele sample toch niet aanwezig zijn) hebben een aantal onderzoekers een gezamenlijke effort gedaan en geprobeerd om een heel aantal van de belangrijkste psycho-artikelen te repliceren, heel exacte replicaties te doen
 - bevindingen niet zo positief: behoorlijk wat studies die niet gerepliceerd konden worden (ongeveer de helft!); dat betekent dus dat er veel geschreven werd over de replicatie-crisis, er zijn nu veel initiatieven die proberen de kwaliteit van onderzoek binnen de psychologie te verbeteren.
- Het is niet omdat er ergens een wetenschappelijke publicatie is over iets (behandeling, diagnostiek) dat dat zaligmakend is: het is van groot belang dat je als klinische psychologie-student leert kritisch denken en kijken: is bepaalde evidentie overtuigend genoeg om te verantwoorden dat ik dit ga gebruiken voor mijn cliënt? Heel belangrijk in het vervolgtraject: wat zijn de belangrijkste aspecten van klinisch onderzoek en hoe kan ik dat kritisch evaulueren?

2.2.2 Epistemologie & Klinische psychologie

- Er bestaan heel wat visies op wetenschappelijk werken binnen de klinische psychologie, de modellen die besproken worden hebben een sterke invloed op de verschillende visies en therapiestromingen die vandaag bestaan.
- De modellen zijn algemene denkkaders: je moet niet argumenteren welke goed en welke fout zijn, er zijn belangrijke aspecten binnen elk kader.

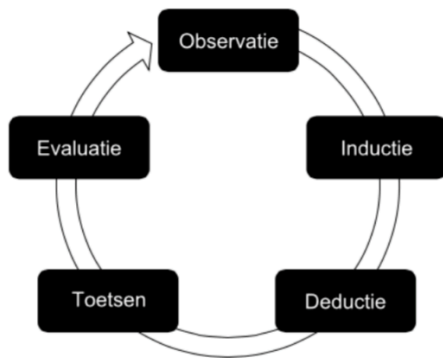
- Epistemologie: de kennisleer over op welke manier we over kennis denken, studie van de aard, oorsprong, voorwaarden voor en reikwijdte van kennis.



Positivisme: uitgangspunten

- Er is één werkelijkheid waar we rechtstreeks toegang toe hebben, enkel via empirische gegevens
 - o Er bestaat een werkelijkheid waar we met onze zintuigen (subj waarneming) niet direct toegang toe hebben: we hebben empirische gegevens nodig om te kijken hoe de dingen in elkaar zitten.
- De werkelijkheid is bevattelijk, identificeerbaar en meetbaar
 - o Facetten van die werkelijkheid bevattelijk en meetbaar maken om op die manier empirische gegevens te kunnen verzamelen die een aantal van die ideeën omtrent de werkelijkheid te kunnen toetsen
- Alle verschijnselen zijn onderworpen aan onveranderlijke natuurwetten
- Alleen empirische wetenschap levert werkelijke kennis op
 - o Empirische wetenschap: verzamelen van gegevens is de belangrijkste toetssteen om iets te kunnen bevatten van de werkelijkheid, waarbij het idee is dat er een universele werkelijkheid bestaat die we kunnen leren kennen op het moment dat we empirische gegevens gaan verzamelen.
- Onderzoeker en onderzoeksobject zijn onafhankelijke entiteiten
 - o Als onderzoeker kan je op geen enkele manier een invloed uitoefenen op die gegevens, de onderzoeker staat dus neutraal tov die gegevens en probeert zo objectief mogelijk de data te verzamelen
- Hypothetisch-deductieve methode:
 - o Er wordt gewerkt met hypothese-deductief idee, waarbij je ideeën gaat formuleren en gaat kijken: als dit idee klopt, welke gegevens zouden dat kunnen bevestigen? Hierbinnen heb je sterke focus op universele wetmatigheden: als er causale relatie is tussen X en Y, dan moet de experimentele manipulatie van X leiden tot een verandering in Y

- Gericht op het ontdekken van universele wetmatigheden (nomothetische methode)
- Verificatie: welke ideeën worden daar ondersteund door empirische waarneming? Wetenschappelijke uitspraak kan worden getoetst door na te gaan of deze in overeenstemming is met zintuiglijke (empirische) waarnemingen
- Kennis is waardenvrij
- Empirische cyclus: begint met observaties van fenomenen (mensen met bepaalde klinische pathologie, schizofrenie bv. → ik zie veel drugsgebruik bij die populatie)
 - op grond daarvan idee afleiden (inductie): misschien is drugsgebruik om met moeilijke interne gewaarwordingen om te gaan? → als dat zo is, welk type empirische gegevens zou dat onderzoeken? → toetsen adhv dataverzameling → evalueren: wat zeggen data over initieel idee → aanpassen of wordt idee ondersteund door empirische gegevens?



Positivisme en klinische psychologie

- Psychologie gaat op zoek naar algemene wetmatigheden, oorzaken van pathologie
 - o Op het moment dat je klinische fenomenen aanziet en je hebt onderzoek gedaan naar de oorzakelijke en instandhoudende factoren, kan je in theorie je behandeling daarop gaan richten → met name de instandhoudende factoren zijn cruciaal, het is niet altijd zo dat de processen die betrokken zijn bij de veroorzaking (slechte jeugd, genetica, ..) dingen zijn die je gemakkelijk kan veranderen.
- Een specifieke en juiste behandeling voor een specifiek probleem: kijken naar technieken waarbij je effectiviteit kunt evalueren

- Als je bv zegt: 'dit is een instandhoudende factor van psychopathologie', op het moment dat je die factor kan veranderen, dan heb je eigenlijk een experimentele test van je hypothese, omdat als je dat verandert en er verandert niks in je psychopathologie, dan is dat geen instandhoudende factor, als dat wel zo is dan heb je een stukje evidentie voor je hypothese.
- In deze context wordt er vaak gekeken naar de wetmatigheden binnen specifieke fenomenen, waarbij je ziet dat uitkomsten omtrent mentale gezondheid en wat verandering betekent, dat dat redelijk gelijkaardig is voor iedereen.
 - Dat betekent bij bv. depressie ga je kijken wat een behandeling oplevert in termen van symptoomreductie of verbeteren van kwaliteit van leven, daar moet je dus heel specifieke goed gevalideerde uitkomsten hebben om dit te kunnen meten over verschillende mensen.
- Het ultieme doel is predictie en controle: op grond van wetenschappelijk onderzoek naar een vorm van psychopathologie - als je daar heel duidelijk blootlegt wat de verschillende (complexe) interacties zijn tussen veroorzakende en instandhoudende mechanismen - kunnen voorspellen dat als er bij iemand trek X, Y en Z aanwezig zijn en op een welbepaalde manier in interactie treden, dat er dan bv. depressie ontstaat.

Postpositivisme

- Modificaties die zijn aangebracht op grond van een aantal problematische assumpties binnen het positivisme
- Er is één ware werkelijkheid maar we kunnen die moeilijk bevatten, we zijn aan het zoeken naar hoe dit in elkaar steekt maar het is een complexe realiteit.
- Verschuiving vanuit het idee: 'we moeten zeker weten hoe het zit', naar 'binnen bepaalde operationalisaties, binnen het onderzoek, wat zijn plausible ideeën omtrent de werkelijkheid'
- Sterkere rol voor falsificatie ipv verificatie
- Onderzoeker blijft objectief en onafhankelijk

(Post-)positivisme en klinische psychologie

- Dominantie kwantitatief onderzoek in de psychologie vaak geassocieerd met positivisme
 - Sterke nadruk op kwantitatieve onderzoeksmethoden: onderzoeksmethoden waarbij je meestal uitgaat van wat grotere steekproeven en waarbij je probeert heel wat facetten van menselijk bestaan te kwantificeren (meetbaar te maken) zodat je gemakkelijk empirische gegevens kunt verzamelen.
 - Bv. depressieve klachten: werken met zelfrapportage, gestandaardiseerde interviews, ... om complexe fenomenen meetbaar te krijgen

- Echter: verband niet noodzakelijk: zelfs al is kwantitatief onderzoek de meest dominante onderzoeksmethode binnen de psychologie, in principe kan je heel wat dingen afleiden uit kwalitatief onderzoek waarbij je niet zozeer uitgaat van dingen zo meetbaar mogelijk proberen te kwantificeren, maar waarbij je ook kijkt naar bv. beleving (hoe is iets ervaren?)
- Binnen psychologisch onderzoek heb je sterk de hypothese-deducerende methode: altijd vertrekken vanuit idee om die dan te proberen toetsen aan empirische gegevens/de realiteit

Kritieken op (post-) positivisme

Interne kritieken: vanuit mensen die bezig zijn met onderzoek binnen klinische psychologie

- Dominantie kwantitatieve methodes → verlies mogelijks andere belangrijke variabelen
 - Dominantie van kwantitatieve methodes gaat soms ten koste van andere methodes waarbij je soms rijkere gegevens krijgt over de ervaring, perceptie van mensen tov een bepaald fenomeen, je kan depressie prima kwantificeren met klachtenlijst, maar op het moment dat je met mensen spreekt is depressie veel rijker, dus dat verliezen we misschien
- Beperkte aandacht voor betekenis en motivatie van mensen, op het moment dat je depressie enkel kwantificeert als een ziektebeeld en dat ziet op die manier negeer je misschien het feit dat mensen op heel verschillende manieren in een depressie belanden. Minder aandacht voor de individuele niveaus van betekenisverlening, geschiedenis, ...
- Artificiële onderzoekscontext doet relevantie voor onderzochte populatie dalen:
 - Het experiment is een vd belangrijkste methodes om causaliteit te kunnen aantonen.
 - Alle andere onderzoeksdesigns die je gebruikt , zoals bv. longitudinaal onderzoek waarbij je voorspelt of iemand op grond van een variabele (bv. warmte in de thuissituatie) die je meet 10 jaar op voorhand meer risico heeft op het ontwikkelen van psychopathologie, dan kan je wel predicties doen maar je kan nooit alle verstoringe variabelen in rekening brengen. Het kan zijn dat die mindere warmte in ouderlijk milieu gerelateerd is aan gen kwetsbaarheid voor psychopathologie bij ouders die zorgt voor minder warmte en die gelinkt is aan psychopathologie, maar kan ook verklaard worden door 3^e var. (gen kwetsbaarheid?) → je kan nooit echte causale conclusies trekken

- Die experimentele methode is binnen de klinische psychologie een stuk beperkt omdat heel veel dingen die voorafgaan aan psychopathologie (bv gebrekkige ouderlijke warmte) kan je niet manipuleren, maar zelfs als je daar wel toe in staat ben heb je wel zeer gecontroleerde artificiële settings, kun je daar die informatie wel gebruiken om te generaliseren?
- Niet toepasbaar zijn van algemene resultaten op individuele gevallen:
 - algemene wetmatigheden over risico voor depressie, maar cliënt is toch uitzondering
- Verwijnen van exploratieve dimensie van onderzoek:
 - het feit dat je altijd hypothese-gedreven werkt betekent dat je minder openstaat om je data exploratief te bekijken. Stel dat je iets wil onderzoeken over relatie therapeut-client en of dat invloed heeft op uitkomst, bij de hypothese-gedreven methode moet je dan een idee ontwikkelen op basis van eerdere literatuur dat je specifiek kan testen, terwijl eigenlijk je ook kan zeggen we gaan daar info over verzamelen en we zien wat de info ons vertelt (exploratief)

(Sociaal)- constructivisme

- Sociaal constructivisme valt binnen de postmodernistische traditie, ontstaan in de jaren '60 van de 20^E eeuw.
- Het postmodernisme is sterk in respons op de positivistische visie
- Er is niet één simpele waarneembare realiteit is, maar realiteiten worden geconstrueerd, en meerdere visies op de werkelijkheid zijn mogelijk.
- Het idee van in staat te kunnen zijn om universele wetmatigheden te leren kennen komt veel minder aan bod, we kunnen enkel uitspraken doen over contextueel bepaalde factoren en associaties maar veel verder gaan we daar niet mee komen.
- Taal wordt aanzien als heel essentieel instrument: de manier waarop we in staat zijn om talig te begrijpen wat de fenomenen zijn die we om ons heen hebben, die bepalen heel sterk hoe wij naar die werkelijkheid kunnen kijken, en die werkelijkheid is heel vaak vormgegeven door context
- De realiteit (de sociale realiteit die heel erg belangrijk is voor klinische fenomenen) is iets wat sociaal geconstrueerd wordt in interactie van mensen met mensen. Iemands wereldvisie zal sterk bepaald worden door interactie met belangrijke anderen.

Constructivisme en sociaal constructionisme

- Constructivisme: de mens wordt aanzien als een organisme dat continu bezig is met het proberen begrijpen en betekenis verlenen aan zijn/haar ervaringen en omgeving
 - o Cognitieve processen die te maken hebben met perceptie, betekenis, hoe ervaar je dingen in functie van een specifieke ervaring worden centraal gezet.
- Dat wordt ook een heel belangrijk stuk sociaal gemedieerd: die sociale processen die je in de context hebt zijn essentieel bij hoe jij jouw werkelijkheid gaat waarnemen = sociaal constructionisme
 - o Belang van relaties en interacties

(Sociaal) Constructivisme

- Welke invloed heeft dat naar de manier waarop je naar onderzoek gaat kijken:
- Onderzoek moet veel meer kijken naar betekenisverlening, onderzoek moet i.p.v te kijken naar droge empirische gegevens, mee kijken naar sociale constructie door in interactie te treden. Dialectiek is daar bijzonder belangrijk.
 - o Methodologie is hermeneutisch en dialectisch
- Het doel is niet fenomenen perfect voorspellen en beïnvloeden, de interactie kan een stuk gebruikt worden om te kunnen verstaan op welke manier mensen bv. psychopathologie ervaren, wat hun idee is over de depressie die ze gekregen hebben, wat voor hen daarbinnen belangrijk is.
- Veel meer accent op idiografische methode: ipv kijken naar steekproeven meer kijken naar individu + kwalitatief onderzoek
- De onderzoeker staat in interactie met het onderzoeksobject, als onderzoeker oefen je continu een invloed uit op wat je van antwoorden gaat ontlokken.
- Daarbinnen is een belangrijke notie dat binnen het sociale construct je geen echte wetmatigheden hebt over hoe iemand in een depressie geraakt, dat gebeurt binnen een sociale constructie. De visies verschillen daar: als je extreme visies hierbinnen hebt zeggen ze zelfs dat je nauwelijks duidelijk in beeld kunt hebben hoe de ander iets beleeft: je kan daar een idee over krijgen, maar omdat het zo sterk sociaal geconstrueerd is gaan we altijd maar een stukje kunnen ervaren of bekijken.

Implicaties voor klinische psychologie

- Stoornissen worden haast altijd sociocultureel bepaald
- Bijna nooit definities over abnormaal en normaal: op grond van sociale constructies kan je uitkomen op gedrag wat gemakkelijk getypeerd wordt als abnormaal maar je hebt daar geen absolute grens voor
- Belang van subjectief beleven, van belang dat je in therapie bezig bent met sociale constructies aan te brengen waarbij je niet zozeer bezig moet zijn met de instandhoudende factoren maar je kijkt naar de constructie die die persoon voor zichzelf heeft gemaakt, omtrent bv. depressie (bv iemand maakt constructie: alles wat ik doe mislukt) kan van belang zijn dat je in therapie kijkt of je samen andere constructies kan exploreren, dat je die bv. kan laten inzien dat een aantal dingen mislukt zijn omdat die persoon zelf daar weinig grip op had en het dus niet allemaal zijn/haar schuld is.
- Geen of geen absolute voorspelbaarheid van het therapeutisch proces

Postmodernisme: kritiek (extra slide, niet op Minerva)

- Kritieken op postmodernisme: kritieken zoals Lilienfeld (iemand die bezig is om klinische psychologie sterker wetenschappelijk onderbouwd te krijgen) ze heeft geformuleerd: heeft een artikel geschreven over klinische psychologie als wetenschap waarin een 5-tal bedreidingen voor de klinische psychologie als wetenschap worden geïdentificeerd.
- De wetenschap wordt niet aanzien wordt als een unieke manier om kennis te vergaren, binnen deze visie vindt men wetenschap ook een vorm van sociale constructie en vindt men enige andere manier van kennis vergaren even belangrijk (itt positivisme)
- Veel pessimisme over hoeveel progressie die wordt gemaakt waarbij heel kritisch wordt gekeken naar huidige stand van zaken, er wordt van uit gegaan dat we nog maar weinig weten
- Wetenschappelijke info extreem gerelativeerd

Slide 'implicaties voor onderzoek': niet gezien in de les.

Wetenschapsfilosofische achtergrond

- In heel wat contexten ga je zien dat die wetenschapsfilosofische achtergronden, zeker in de medische vs contextuele visie, impliciet een stuk aanwezig zijn. Daarbinnen zie je wel dat onderzoek vaak gebruik kan maken van één positie maar ook kan kijken naar zowel empirische gegevens omtrent verandering binnen bv. depressie, naar vragenlijsten, kwantificeerbare gegevens, maar dat daarbij ook kwalitatieve data kunnen en rol spelen dus dat is niet altijd een zwart-wit verhaal.

- Specifieke sterke en zwake kanten van verschillende manieren van kijken naar psychologische fenomenen waarbij er waarschijnlijk niet één correcte visie bestaat
- Heel veel vd debatten binnen klinische psychologie vinden grond binnen deze discussies

2.2.3 Medische versus Contextuele visie

Heel veel vd discussies die er momenteel gaande zijn over wat de beste manier is om de psychopathologie te conceptualiseren, of om te denken over verandering, gaan terug op een onderscheid tussen een medische versus een contextuele visie

Kenmerken van het medisch model

- Het is goed te weten dat als je gaat kijken naar literatuur, zie je dat binnen de klinische psychologie dit één vd meest dominante visies is.
- Kenmerken van een medisch model:
 - Patiënt met een ziekte of een stoornis
 - Binnen het medisch model wordt er vaak gepoogd om te zoeken naar biologische oorzaken of risicofactoren, maar een medische visie is wel breder dan enkel en alleen focus op biologie, medisch model kan denken hanteren op een aantal andere belangrijke facetten.
 - De afgelopen decennia is het meeste onderzoeksgeld ingepompt, binnen het begrijpen van pathologie, in de context vd genetica en de neurowetenschap
 - Er wordt heel duidelijk van uit gegaan dat er een bepaalde ziekte, een stoornis is waarbij we moeten gaan onderzoeken wat de onderliggende factoren zijn en waarbij toch een heel sterke focus ligt op een zoektocht die te maken heeft met biologische factoren.
 - Als je gaat kijken naar wat die decenia onderzoek hebben opgeleverd, dan zijn heel wat mensen redelijk sceptisch daarover: we hebben ondanks enorme investeringen genetica van depressie, ... nog niet duidelijk.
 - Sterke focus op syndromen en symptomen: klachten worden vaak aanzien als een expressie van een onderliggend probleem, dus op het moment dat je stemmen hoort, veranderingen hebt in affect, hallucinaties, ... dan zijn dat symptomen van het misschien hebben van psychose, schizofrenie, .. dat is dan een onderliggende ziekte-entiteit.
 - Veel kritiek: momenteel bestaan er netwerkmodellen waarbij wordt gesteld dat er niet zoiets bestaat als een onderliggende ziekte , psychopathologie is eigenlijk een expressie van een

bepaalde interactie tussen die symptomen of klachten en dat is geen onderliggende ziekte, dat is een fenomeen dat we willen beschrijven, en netwerkmodellen kijken dan vooral naar clusters en de interactie tss symptomen ipv op zoek gaan naar onderliggende ziekte-entiteit.

- Heel relevant om een goeie diagnose te stellen, waarbij je diagnose stelt op individueel niveau en kijkt naar wat de belangrijkste oorzakelijke en instandhoudende factoren zijn. Als je die instandhoudende factoren hebt, dan is dat hetgene waarop je je behandeling gaat richten.
- Je ziet ook dat er binnen dit denkkader een heel sterke link is: een welbepaalde diagnose geeft aanleiding tot een welbepaalde behandeling.

Medische visie: oorzaken

- Op welke manier denken ze daar over de oorzaken?
- Naar mentale stoornissen gaat het niet over puur biologische factoren, maar over complexe interacties tussen biologie (genetica, neurotransmissie) in een relatie tot sociale factoren (omgeving, stressoren, maatschappij,...) en de psychologische factoren (hoe vaardig ben je op een aantal vlakken, congitiieve aspecten, ...)
- Het idee dat psychopathologie vaak een combinatie is van biologische, psychologische en sociale factoren, het gaat over complexe interacties. Dat noemen ze vaak de interactie tussen kwetsbaarheid en stress ofwel 'diathese-stressmodel'
 - Daar is één vd ideeën dat je vaak een soort biologische kwetsbaarheid hebt of dat er vroeger slechte levensgebeurtenissen zijn geweest die ervoor zorgen dat je permanente kwetsbaarheid hebt, zowel op biologisch als psychologisch vlak, en dat geeft in interactie met stressoren aanleiding tot ontwikkeling van psychopathologie, op het moment dat mensen niet geconfronteerd worden met stresserende situaties of gebeurtenissen kan je zelfs met een bepaalde kwetsbaarheid perfect gezond blijven.

Medische visie: behandeling

Behandeling in de context vd medische factoren zie je dat dat in de context van psychotherapie niet erg gemakkelijk is, omdat het ultieme doel binnen medische behandeling is inwerken op heel specifieke factoren die onderliggend zijn aan de

problematiek. Omdat te kunnen doen moet je kunnen kijken naar het “werkzame ingrediënt” en dat proberen differentiëren van een placebo.

Binnen de medische context: de manier waarop dan verandering geoperationaliseerd wordt, gaat vaak over symptoomreductie, binnen de klinische hoek is dat vaak samengegaan met het focussen op de manier waarop een behandeling ervoor zorgt dat klachten verminderd worden.

Dat is een onderdeel van veel debat, omdat als je kijkt naar een gemiddeld leven, dat is niet zozeer een leven waarin je nooit angstig bent, nieuwe en spannende dingen doen is soms ook een beetje beangstigend en dat is heel gezond dus vandaar hebben heel wat mensen problemen met volledig wegwerken van angst. Je zou veel meer moeten kijken naar kwaliteit van leven of meer aspecten die te maken hebben met op een positieve manier je leven vorm kunnen geven.

De differentiatie die daar moet gebeuren is binnen de psychotherapie vooral heel moeilijk, als je moet kijken naar welk stuk van je behandeling essentieel is om verandering te bekomen, dan wil je eigenlijk proberen placebo ‘lostrekken’ van je actieve ingrediënten maar binnen psychotherapie is dat heel moeilijk, zeker aangezien we weten dat voor veel mensen die in therapie komen, sociale interacties een voorwaarde zijn dat ze stoornis hebben ontwikkeld, dan kan een gezonde therapeutische relatie, een persoon die op een betere manier reageert dan de sociale omgeving vroeger heeft gedaan, al een belangrijk therapeutisch ingrediënt zijn, dat is dan heel moeilijk te differentiëren van een placebo.

Conceptuele problemen van het medisch model

Zeker als we kijken naar onderzoek geeft dat aan dat er geen gemakkelijk uniforme oorzakelijke, instandhoudende mechanismes zijn, dat gaat over heel complexe interacties en kan ook over heel variërende interacties gaan, de ene persoon met een depressie kan op een heel andere manier ziek vallen dan een andere persoon. Behandeling kan soms aanslaan zonder een directe invloed op de cruciale instandhoudende factoren: als je een adolescent hebt die allerlei slecht gedrag vertoont, kan je daar een hele analyse van maken van oorzaken en instandhoudende factoren, maar dan kan het zijn dat op het moment dat die in een realiteit komt, dat heel veel van die psychopathologie direct verdwijnt zonder direct in te werken op die etiologische mechanismes.

En dus er is veel discussie of het correct om puur en alleen te focussen op symptomen en syndromen.

2.3 Designs

2.3.1 Inleiding

POP QUIZ: welke vragenlijst bestaat echt?

- a) Koala Fear Questionnaire
 - b) Odor Awareness Scale
 - c) Chocolate Craving Questionnaire
-
- Ze bestaan alle drie. Essentieel: kijken naar psychopathologie is een heel complexe puzzel. De reden dat dit interessant is is omdat dat 'probleem', nl. de hoeveelheid psychopathologie in de samenleving, waarvan we iets willen verstaan om het beter te kunnen begrijpen en behandeling, een fenomeen is wat je langs heel veel manieren kan draaien en begrijpen.
 - Is depressie begrijpen een interessante puzzel?
 - o In 2010 hebben een aantal Zweedse onderzoekers die beschikken over een groot tweelingenregister, kunnen kijken naar de genetische invloed op depressieve klachten. Ze hebben die mensen decennia lang gevolgd en hebben informatie over stresserende levensgebeurtenissen. Ze hebben alle info bij elkaar gelegd en gekeken naar wat de mogelijkheden zijn om depressieve klachten te ontwikkelen of waardoor mensen in een depressie raken. Ze kijken naar mensen die rond 40-50 jaar in een depressie raken.
 - o De basisbevindingen (zie slides): zeer complexe figuur, eerst gekeken naar kindertijdaspecten o.a. genetische factoren. Vervolgens aspecten binnen de jeugd (ouderlijke warmte, ...) daarna risicofactoren tijdens adolescentie (neuroticisme? gedragsproblemen?) dan hebben ze verder gewerkt naar volwassenheid, tot een jaar voordat mensen depressieve klachten ontwikkelden (echtscheiding, ...). gaan kijken naar de interactie: wat zijn de verschillende factoren?
 - o Hier leren we uit dat je te maken hebt met heel complexe interacties tussen genetica, temperament, gebeurtenissen, gebeurtenissen dichtbij de ontwikkeling van de depressie, en dat er veel verschillende mogelijkheden zijn waarmee die factoren met elkaar interageren.

2.3.2 Onderzoeksbenadering

- Sudoku is een manier om te begrijpen waarop je best naar psychopathologie kijkt. Gezien de complexiteit van het fenomeen is het zeer onwaarschijnlijk dat langs één richting kijken afdoende zal zijn om de complexiteit van het probleem te bevatten. Zoals in een moeilijker sudoku moet je dus gebruik maken van

verschillende onderzoeksbenaderingen (kwalitatief, kwantitatief, biologisch, psychologisch, sociaal, ...) om stukjes van die puzzel bij elkaar te proberen leggen.

Elk type onderzoek stelt verschillende vragen.

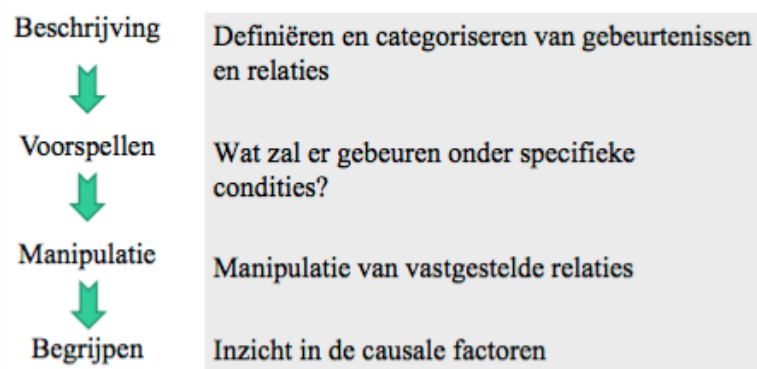
- Epidemiologisch: wat is het voorkomen van bepaalde stoornissen in de populatie?
 - o Relevantie: op grond van dit soort zaken kan je brede fenomenen identificeren die je misschien moet verklaren.
 - o Stel bv. eetstoornissen toename in verloop van decennium: kan ik met psychologische, maatschappelijke, ... factoren verklaren?
 - o Bij depressie: op volwassen leeftijd een ratio tussen mannen en vrouwen van 1 op 2. Interessante observatie: we moeten dit binnen onze verklaringsmodellen proberen duidelijk krijgen hoe dit komt. Heeft dit te maken met hormonen? Rolverschillen? Persoonlijkheidstrekken?
- Etiologisch: wat zijn de factoren die ten grondslag liggen aan het ontstaan van een psychische stoornis?
 - o Zweedse studie inleiding: proberen duidelijk krijgen wat de factoren zijn die aan het begin staan
- Instandhouding (& verergering)
 - o Het meest interessant (binnen de klinische psychologie), omdat dat de factoren zijn die we het gemakkelijkst vanuit de psychologie kunnen beïnvloeden (gericht op behandeling)
- Behandeling
 - o Wat is de meest optimale behandeling?
 - o Een vraag die zorgt voor terugkoppeling naar de mechanismes van psychopathologie
 - o Als je een behandeling hebt op een bepaald gebied in de hersenen kan je theorieën beginnen bedenken of dit eventueel betrokken is bij de instandhouding of verergering van het probleem?
 - o bv. verklaringsmodellen schizofrenie en depressie: het feit dat SSRI's een invloed hebben op depressieve klachten doet theorieën ontstaan of serotonine betrokken zijn bij het ontstaan of instandhouden
 - o Opgepast: moeilijk om te doen, want als je bv. hoofdpijn hebt en je neemt aspirine is dat niet door een 'aspirinetekort', dan moet je kijken: waarop werkt dit medicijn in? → maakt het zeer complex
- Preventie: proberen op een breed niveau in te werken op de factoren die psychopathologie doen ontstaan of instandhouden.

Doelstellingen

- Beschrijving
- Predictie: kunnen we op grond van verzamelde data en inzichten voorspellen wat er zal gebeuren met één persoon/een groep personen?
- (Experimentele) manipulatie: vanuit de kennis omtrent predictief onderzoek, kunnen we variabelen daarvan manipuleren? Verbale therapie, medicatie, elektroconvulsieve therapie, ...

Op het moment dat je wat informatie hebt (beschrijvend) ga je kijken: hoe zit het in elkaar? Dan ga je toetsen, en heel vaak ga je zien dat je bij een aantal van de ideeën die je hebt, vaak terug moet om nieuwe informatie te observeren omdat de werkelijkheid complex in elkaar zit. Binnen die stap in het proces heb je vaak geleerd hoe je beter kan observeren: wat zijn de vragen die we moeten stellen om het te leren begrijpen?

Stappen in onderzoek



Dimensies van onderzoek

- Individu – populatie
 - o steekproeven trekken uit een brede populatie en vanuit die steekproef (bv. 100 depressieve mensen, representatief) proberen conclusies te trekken.
 - o het onderzoek dat je doet op populatieniveau: hoe kan je inferenties maken voor individuele patiënt, of hoe relevant is dat voor een individuele casus?
 - op grond van populatieniveau/steekproefniveau heb je redelijk wat indicatoren waardoor je de sterkte van het effect kan nagaan en dus ook de waarschijnlijkheid van relevantie voor de individuele casus kan inschatten.
- Beschrijvend – manipulatief
- Kwalitatief – kwantitatief
- Exploratief – hypothesetoetsend

Types onderzoek

- Case study
 - Beschrijving van een cliënt waarbij de clinicus gedetailleerde informatie verzamelt over een individu met symptoombeschrijving, familie-achtergrond, historische context, etc.
 - binnen de klinische psychologie was dit het 'begin', bv. Freud's theorieën obv casusbeschrijvingen, historische relevantie
 - tot op heden nog steeds interessant: de mogelijkheid om sterk in de diepte informatie te vergaren door interviews, door bv. interacties (met een hulpverlener), genereert rijke beschrijving naar ervaringen en percepties (kwalitatief of kwantitatief)
 - Veel info over casestudies worden meestal exploratief gebruikt om hypothesen te genereren, je kan niet gemakkelijk theorieën bevestigen op grond van één casus.
 - Ook binnen een case-study kun je ook experimentele manipulatie doen (ipv louter beschrijvend): het uitproberen van een nieuwe behandeling op één of verschillende casussen en kijken naar evolutie.
 - Vanuit case-study niet zo gemakkelijk generaliseerbare uitspraken doen: wanneer we bv. een succesvolle nieuwe therapie vinden die getest werd op één persoon, kan je dit niet meteen generaliseren omdat het succes ook aan andere variabelen kan worden toegeschreven (bv. placebo-effect door enthousiasme over studie door therapeut, toevallig bij deze persoon werkt het goed, ...
 - Kan niet gebruikt worden om hypothesen te ondersteunen/weerleggen, wel assumpties uitdagen maar vormt geen bewijs voor principes wegens beperkte objectiviteit en generaliseerbaarheid.

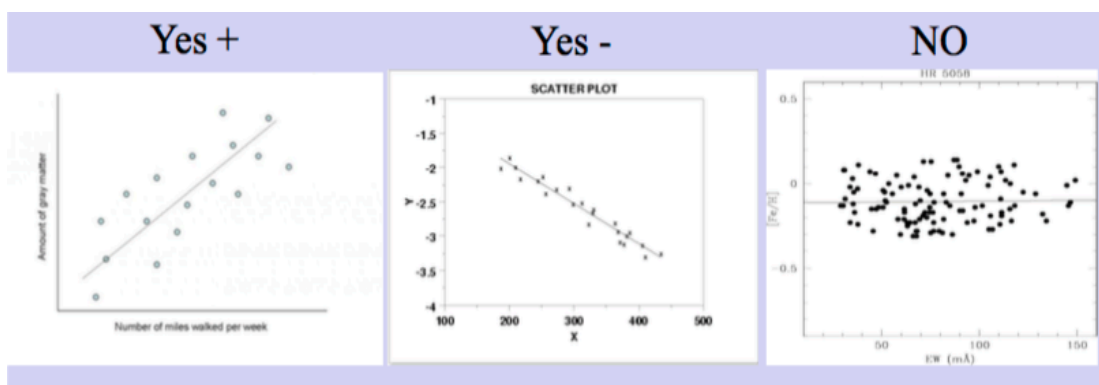
- Observationele studies
 - Observeren van gedrag, psychofysiologie, neuropsychologie, cognitie, emotie, ...
 - Belangrijke bron aan info over de wijze waarop problemen zich manifesteren
 - Kunnen we op grond van die observationele data fenomenen voorspellen?
 - Bv. paniek: het feit dat paniekaanvallen oncontroleerbaar en onvoorspelbaar opkomen, door het monitoren van psychofysiologie kan je verschillen vinden voor en na een paniekaanval en proberen voorspellen

- Experience sampling
 - Qua beschrijving zeer interessant gezien de mogelijkheden om psychofysiologie te monitoren
 - Elektronische dagboeken

- GSM's, computerlogs
 - een aantal keer per dag bepaalde dingen registreren (emotie, ruminatie, ...)
 - veel grotere ecologische validiteit dan traditioneel met vragenlijsten
 - computerlogs: bijvoorbeeld adolescenten met depressie, kijken naar hoe vaak mensen bezig zijn met sociale media
 - voorbeeld: onderzoek naar mensen met voorheen depressieve klachten en zonder depressieve klachten. Eerdere depressie is een goeie voorspeller voor nieuwe depressieve klachten. ESM studie: op 10 momenten in de tijd moeste ze aangeven hoe ze zich voelen en mate van ruminatie (piekerend nadenken over problemen).
 - In combinatie met psychofysiologische maten
- Interview/Focus groep
 - Binnen klinische context is de beleving van cliënten of hulpverleners vaak essentieel
 - Kwalitatieve methode om data te bekijken
 - Grote hoeveelheid interviewmethoden beschikbaar (meer en minder gestructureerd)
 - Rijke bron van informatie omdat getuigenissen aanleiding kunnen geven tot veel nieuwe ideeën/inzichten binnen verklaringsmodellen
 - van belang om kwantitatieve gegevens te combineren met meer diepgaande kwalitatieve gegevens

Correlationeel onderzoek

- Associaties tussen verschillende variabelen
- Hangen variabele X en Y samen? (bv. is er een relatie tussen depressie en inkomen?)



- Nuttig en gemakkelijk beginpunt voor onderzoek
 - o vind ik een 'basis-samenhang' tussen 2 variabelen?
 - o als 2 dingen niet correlatieel samengaan, kijken naar redenen waarom dit niet samengaat: rapporteren mensen dit niet graag? (→ geen goede rapportage) als onderzoek goed in elkaar zit en betrouwbare rapportage geeft dan moet je geen verder onderzoek doen want dan geeft de correlatie aan dat de twee variabelen niet samengaan en heb je de test gecontroleerd.
- Laat geen uitspraken toe over de causale rol van factoren!
 - o 3^e variabelen zijn niet uit te sluiten
- 3 soorten correlatieve onderzoek
 1. Cross-sectioneel/transversaal
 - o op 1 punt in de tijd een meting doen van verschillende variabelen
 - o beginpunt van onderzoek
 2. Prospectief
 - o is een bepaalde variabele gemeten op tijdstip 1 predictief voor variatie in een andere variabele gemeten op tijdstip 2?
 - o bv. meting op tijdstip 1 voor cannabisgebruik en later op tijdstip 2 kijken naar ontwikkeling van psychose
 - o meer voorspellend
 - o hangt sterk af van de mate waarin je controleert voor allerlei derde variabelen hoe zeker je bent van een associatie
 - o bv. een associatie tussen cannabis en psychoses kan zijn omdat cannabisgebruik vooral voorkomt bij jongeren met een slechte jeugd, dan kan eventueel een slechte jeugd een voorspeller zijn van psychoses
 - o controleren voor een aantal derde variabele, meestal heb je grotere steekproef nodig, de waarschijnlijkheid dat er een predictieve relatie is wordt dan groter (zeker zijn van causaliteit kan nog steeds niet!)
 3. Longitudinaal
 - o tijdspanne: in functie van bepaalde theorieën langer onderzoek nodig om een bepaalde associatie te kunnen waarnemen
 - o bv. vragenlijst over ruminatie (predictor depressieve klachten) + over een week kijken naar depressieve klachten: in die week zijn er niet genoeg stressoren geweest → in klinische context veel van dit onderzoek
 - o een vorm van prospectief onderzoek maar met langer tijdsverloop
 - o Waarom zijn longitudinale studies van cruciaal belang?
 - complexe interacties tss variabelen
 - etiologische variabelen zijn mogelijks al vroeg aanwezig

Experimentele designs:

- Manipulatie doen van je onafhankelijke variabele en kijken of dat effect heeft op andere relevante afhankelijke variabelen, je moet enkel zien dat dat een proces is dat op de een of andere manier manipuleerbaar is, met random toewijzing van de proefpersonen
- Verder in literatuur: vooral quasi-experimentele designs, kijken hoe mensen reageren op een bepaalde stimulatie, stressor, inductie, in functie van pathologie-groep te zijn of controlegroep (= zonder random toewijzing van pp) bv. reageren mensen met depressie anders op sociale afwijzing (die exp geïnduceerd wordt) in vgl met de controlegroep

Is ruminatie altijd negatief? (Kross et al.)

- Onder welke conditie is nadenken over jezelf goed en voordelig en onder welke problematisch?
- Experimentele studie bij mensen met depressieve klachten: 'kunnen mensen met depressieve klachten verschillende perspectieven tov zichzelf aannemen', waarbij ze experimentele manipulatie hebben gedaan van 2 verschillende condities:
 - o self-immersed perspective: terug nadenken over een situatie en zich voorstellen dat je daar zelf inzit, gevoelens ervaren zoals ze gebeurden
 - o self-distanced perspective: afstand nemen van jezelf en nadenken over jezelf als ware je 'een vlieg aan de muur', kijken hoe jij je daar bij voelt
- Depressieve mensen vragen heel neg gebeurtenis in hun hoofd te nemen en daar op één van beide manieren over na te denken (exp manipulatie van de denkstijl)
- Bevindingen:
 - o Op het moment dat je gaat nadenken: 'waarom is mij dat overkomen, waarom zat ik dan in die situatie, ...', dan ontlokt dat veel meer negatieve emoties dan op het moment dat je gaat nadenken over die situatie vanuit een wat meer afstandelijk perspectief. Er is ook een onderzoek geweest naar onder welke conditie je het meest wijze beslissingen neemt en daar was ook de afstandsconditie in het voordeel.

➔ ruminatie is niet altijd negatief

Experimentele manipulatie

- voordelen:
 - Direct causale conclusies kunnen trekken
 - (als we zien: depressieve mensen zijn ook in staat op een constructieve manier over zichzelf na te denken, dan zie je dat dat meteen heel veel voordelen heeft omdat je kan zeggen: als dat zo is, en we kunnen dat induceren, dan kunnen we dat integreren in een behandeling? geeft veel ideeën over de mechanismes)

- nadelen
 - Niet in elke situatie mogelijk of gunstig: de hoeveelheid experimentele controle die je hebt (de mate waarin je causale relaties kan identificeren) is essentieel: als er heel veel mogelijke verstorende variabelen zijn, kan je ook op grond van experimentele manipulaties onlogische conclusies trekken
 - vb.: stel dat we nog niks zouden weten over het effect van roken op longkanker en we zouden experimenteel onderzoek doen met 2 condities: een groep gaat maanden op café en een andere groep niet, en de café-groep ontwikkelt meer longkanker, dan zouden we kunnen concluderen dat op café gaan meer longkanker veroorzaakt, maar dan houden we geen rekening met alle andere variabelen
 - Meer experimentele controle: reductionisme → variabelen heel erg uit de context te halen om steeds meer vernauwd te laten bestuderen. Intern heel valide uitspraken doen, maar is het dan naar extern te generaliseren?
 - Ethische aspecten: heel veel factoren die je niet gemakkelijk kan manipuleren (bv ellende in de kindertijd)
 - Klinische/analoge populaties: mensen met ernstig depressieve klachten kan je moeilijk manipuleren in een onderzoek naar sociale krenking etc, soms worden daarvoor klinisch analoge participanten gebruikt, die hebben verhoogde scores maar niet volledige psychopathologie. Ook hier vraag naar generalisatie.

- Ook therapie kan aanzien worden als een soort vorm van manipulatie.
 - Als je bij 1 groep antidepressiva voorschrijft en bij andere een placebo is dat een exp. manipulatie
 - Die mensen zijn vaak ook gerandomiseerd
 - Wat is de daarvan invloed op je afhankelijke variabele? kun je met behulp van je behandeling ook causale mechanismes blootleggen?

2.3.3 Het biopsychosociaal model

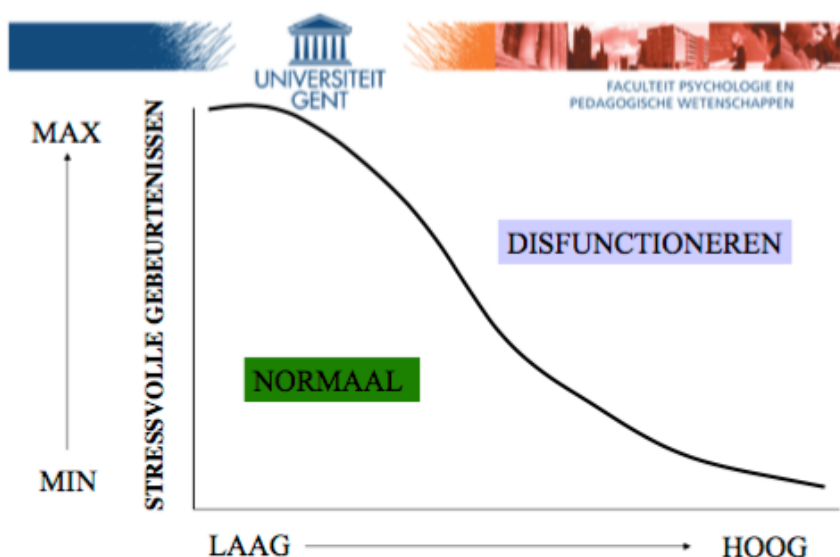
In heel wat contexten is het zo dat ook het onderzoek veel meer naar een geïntegreerde biopsychosociale visie gaat omtrent het begrijpen van psychopathologie. Kennis van de biologie kan behulpzaam zijn bij het begrijpen van de psychologische stoornissen.

Biologische psychiatrie:

- Grote investeringen binnen de biologische psychiatrie: farma-industrie heeft heel veel te winnen met die inzichten binnen die biologische psychiatrie
 - niet altijd wantrouwend kijken naar de farma, het is een goeie zaak dat er heel veel investeringen worden gedaan in hoog kwalitatief onderzoek naar psychische stoornissen
- Benaderingen:
 - Functioneel hersenonderzoek: op het moment dat iem bv stemmen hoort, wat zijn de neuropsychische mechanismes? of bv bij mensen met psychotische kwetsbaarheid, kijken naar verschil tussen zelf genereren van een statement (“ik ben waardeloos”) en het horen van een statement, in de scanner, kijken of ze het onderscheid tussen interne en externe infobronnen goed kunnen maken.
 - Met FMRI's en ERP
 - Structurele hersenafwijkingen: bv grootte hippocampus bij mensen met ene conditie vs met andere conditie, verschillen in grijze massa, ...
 - Biochemische afwijking: neurotransmitters
 - Voor belangrijk stuk betrokken bij pos en neg affect, en heel wat psychofarmaca werken in op neurotransmissiesysteem, van daaruit zijn veel hypotheses gegenereerd en is er heel veel onderzoek naar de werkzame mechanismes van psychotrope medicatie
 - Endocrinologie: onderzoek naar hormonale aspecten
 - Genetica:
 - moeilijk om specifieke biologische substraten of markers te vinden van psychopathologie (de ‘genen voor depressie’ identificeren) voor een stuk heeft dit te maken voor het feit dat onze labels van stoornissen misschien een beperkte validiteit hebben; verder zie je ook bij bv. depressie dat er bijzonder veel heterogeniteit is bij de manier waarop mensen in een depressie kunnen geraken en het zou raar zijn als dat op hersenniveau dan allemaal binnen de amygdala of rond de frontale structuur zou zitten, heel vaak is er

ook op hersenniveau een stuk heterogeniteit in de verschillende manieren waarop klachten uitgedrukt worden binnen het hersenfunctioneren.

- De hoeveelheid verklaarde variantie van biologische factoren is niet altijd zo groot omdat psychopathologie vaak ontstaat in functie van zowel biologie maar ook voor belangrijk stuk sociale omgeving, meemaken v stressoren, intrapsychische factoren, hier moet je altijd denken aan interactiemodellen.
- Het diathesis-stressmodel: de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van psychopathologie uitdrukken in functie van hoeveelheid kwetsbaarheid
 - o x-as - kwetsbaarheid is biologische kwetsbaarheid (bv allebei ouders depressieve klachten → familiale predispositie om verhoogd risico te hebben op ontwikkelen depressieve klachten)
 - o Verhoogde kwetsbaarheid heeft pas expressie in functie van de hoeveelheid stress die je ervaart in je bestaan, waarbij zelfs als je heel hoge niveaus van kwetsbaarheid hebt, als je in een warme omgeving zit en niet te veel sterke stressoren meemaakt, zal je geen psychopathologie ontwikkelen en blijf je in de range van het normaal functioneren. Ook mensen met lage kwetsbaarheid kunnen dan heel veel stress aan, en dan is er geen disfunctioneren (bv soldaten die naar midden-oosten trekken, ondanks hele grote angstaanjagende gebeurtenissen, zijn er niet veel die PTSD ontwikkelen).
 - o Kwetsbaarheid is meestal biologisch, echter weten we uit veel onderzoek dat trauma op vroege leeftijd ook heel veel van de biologie en neurobiologie kan veranderen, dus veel ellende op jonge leeftijd kan er ook voor zorgen dat je ook een biologische kwetsbaarheid hebt, dus het gaat niet enkel over genetica



- Theoretisch idee, oversimplificatie
- Is het soms niet gezond om toch een beetje geconfronteerd te worden met stress, om er sterker uit te komen?
 - o Uiteraard, dit gaat over gemiddelden, er is onderzoek dat aangeeft dat als je kijkt naar optimaal functioneren, lijkt dat plaats te vinden als je een beetje in aanraking bent geweest met milde stressoren, als je ernstige stressoren meemaakt zit je meer in het risicogebied maar iéts van stressoren kan zorgen voor sterkere weerbaarheid.
- Daarnaast, binnen deze manier van denken is het zo dat je kan denken: er is genetische kwetsbaarheid en wanneer er familiale belasting is van depressie of psychose is dat per definitie een soort 'erfenis' aan potentiële problematiek, daar zijn ook visies die daarvan verschillen en stellen: als het bv gaat over de genen die betrokken zijn bij de kwetsbaarheid voor depressie, dat op het moment dat je te maken hebt met zekere genetische kwetsbaarheid voor depressie, dat eigenlijk op het moment dat je in een pos omgeving zit, dat deze mensen wat sterker gevoelig zijn aan hun sociale context, waardoor wanneer er een beschermende omgeving en weinig stresserende gebeurtenissen aanwezig zijn dat deze mensen soms beter functioneren op grond van die genetische aanleg dan mensen die geen kwetsbaarheid hebben voor depressie, en waarbij dus enkel wanneer de omgeving negatief is en er weer neg dingen worden meemaakt, dat mensen dat dan meer op zich pakken en daar meer moeite mee hebben.
- In se, als je een sterke sociale gevoeligheid dat op een goede manier kan gebruiken dat je daar voordelen aan kan hebben! dat is dus geen alleen maar een kwetsbaarheid genetisch verhaal, maar eigenlijk bepaalt het een stukje openheid en responsiviteit tov je omgeving, in een positieve omgeving kan je meer bereiken.
- Binnen het kwetsbaarheid-stressmodel zie je dan dat je zowel biologische, sociale als psychologische factoren kunt gaan bekijken, sociale factoren ook (opvoeding, sociaal milieu, sociale omgeving, armoede, ...) en psychologische factoren (gedachten , gevoelens) daar is het idee dat op het moment dat je met die kwetsbaarheid te maken krijgt met stressoren, en die kunnen op een heel aant verschillende nivaus plaatsvinden, dan heb je een verhoogd risico op het ontwikkelen van een stoornis.

Empirische ondersteuning:

- Klassiek onderzoek, een van de meest geciteerde onderzoeken naar diathese-stressmodel: in functie van vss genetische expressies (gen dat te maken heeft met transport van serotonine in het brein) zijn er 3 varianten waarbij we weten dat die verschillend gerelateerd zijn aan het risico voor depressie, elk van die lijntjes staat voor een zekere genetische variant
- Grafieken: x-as = aantal neg levensgebeurtenissen (chtscheiding, ontslag, dood van andere, ...) en het risico voor een of andere depressieve uitkomst (bv kans op suicidale ideatie of poging, ...) zonder significante gebeurtenissen zie je dat die 3 groepen niet of nauwelijks van elkaar verschillen en soms zie je dat ss-groepen zelfs beter functioneren bij lagere stressniveaus. Op het moment dat er meer stressoren zijn zie je dat de kans op depressieve klachten verhoogt in functie van gen. kwetsbaarheid.
- Illustratie (niet te kennen) waar het onderzoek omtrent neurowetenschappen, genetica, biopsychiatrie, ... zich ergens bevindt. Dit biedt een overzicht van de huidige stand van zaken. We hebben wel wat ideeën en hypothesen over de betrokkenheid van welke types genen bij depressieve klachten, maar depressie is een enorm heterogeen construct, de symptoomexpressie verschilt heel sterk. Hier wordt uitgebeeld dat er interacties zijn van de genetische factoren die een invloed hebben op neurotransmitters, waarbij verschillende neurotransmitters een invloed hebben op verschillende facetten van symptomen of symptoomprofielen zoals je die kan tegenkomen in de context van depressie. bv. dopamine en serotonine hebben vaak veel invloed op het beloningssysteem en problemen op dit vlak kan gerelateerd zijn aan zelfgerapporteerde aspecten van anhedonia (het nergens meer van kunnen genieten).

Feedbackloop biopsychosociaal model

- Het feit dat er heel wat recursieve loops ontstaan op grond van interacties tussen biologie, psychologie en sociale factoren. In de context van depressie:
- Op het moment dat er een sterkere genetische kwetsbaarheid is en sterkere emotionele reactiviteit en sterkere reactiviteit tov sociale afwijzing, op het moment dat je dan de pech hebt van in een neg sociale situatie te zitten kan je op grond daarvan neg cognities ontwikkelen. Op grond van dat soort cognities kan het zijn dat je gedragsrepertoires gaat ontwikkelen die problematisch zijn (bv sociale vermijding is een vd meest essentiële ingrediënten van depressie) en waardoor je sterk negatieve visie op het leven, jezelf en de wereld ontwikkelt. Op het moment dat je op grond daarvan depressieve klachten ontwikkelt, zie je ook dat die depressieve klachten vervolgens aanleiding gaan geven tot heel wat sociale consequenties: niet meer in staat te gaan werken, minder sociale contacten, verminderde financiën, verminderde bevrediging, ... vervolgens zie je

ook dat er ook heel wat onbegrip is, depressieve mensen vertellen vaak dat de sociale omgeving hen vaak niet begrijpt, dus misschien verminderd contact met familie en vrienden. Ook heel veel schuldvraag (ouders die vragen of het hun schuld is?) relatieproblemen, echtscheiding vergroot in context van depressie, interactie met kinderen is soms problematisch... dit soort zaken voeden die andere zaken; ook als klinisch psycholoog moet je dus aandacht hebben voor de verschillende facetten van die vicieuze cirkel die bestaat uit meerdere niveaus.

3. Proces- en uitkomstenonderzoek

3.1 Inleiding

- Dingen niet vanzelfsprekend nemen, maar nadenken over die zgn. vanzelfsprekendheden.
- Kennis gaat vooruit doordat er altijd mensen blijven die iets niet kritiekloos aannemen maar daar vragen over stellen.
- Ook in de klinische praktijk: goed nadenken over onderzoek, over wat je aangereikt wordt, aangezien dat geen consistent kennisgegeven is, dat bestaat uit vele verschillende facetten, ook zaken die elkaar tegenspreken, je moet daar op een of andere manier een positie tegenover innemen en daarom is het belangrijk dat je daarover kan nadenken.
- We bevinden ons als klinisch psycholoog in een moeilijke situatie dat er zelden een eenduidig juist antwoord is over wat we moeten doen, er is niet één richting hoe je met moeilijke situaties in de kliniek omgaat
 - o bv. als iemand je zaken vertelt zoals misdaden of onwettelijkheden, hoe ga je daar mee om? Er zijn uiterste situaties waarin het duidelijk is om te beslissen, maar andere situaties zijn niet absoluut juist of fout en daar is het aan de clinicus om een beslissing te nemen en daar een verantwoording rond te brengen
- Draagt bij tot een reflectieve praktijk, waarbij je jezelf kan ondervragen of je een beargumenteerde reden kan geven waarom je bepaalde interventies doet.
- Hoe kunnen we de klinische praktijk verbeteren? We willen die praktijk onderbouwen.
- Na wat er de laatste jaren in de media komt zouden we niet zo'n optimistisch beeld hebben over de wetenschap in de klinische psychologie en moeten we ons de vraag stellen: wat gebeurt er, hoe gaan we daar mee om, wat zijn de implicaties en wat moeten we daar verder mee doen? Wat zijn de implicaties voor een student en iemand die al werkt?
- De kranten raken een probleem aan dat in de wetenschap aanwezig is, waar er berichten verschijnen over fraude. Een bekend geval is Stapel (sociaal psycholoog, vond zijn eigen data uit en paste het zo uit dat hij bevindingen had die spectaculair hoog waren) → dat hij dit kon en dat niemand dit doorhad, heeft wat teweeggebracht in de wetenschap.
- Vragen rond transparantie, hoe gaan we met data om? Het geval Stapel zijn uitzonderingen, meestal gaat het om kleine dingen. Dat heeft een beweging op gang gebracht die vraagt van onderzoek om meer transparant te zijn, om bv hypothesen ergens op voorhand te publiceren, ook data opener beschikbaar te maken voor zover dat mogelijk is (ethisch) om onderzoek eerlijker te maken wat er ook toe leidt dat we ergens moeten onderkennen dat wetenschap niet zo'n

rechtlijnig proces hebben als we zouden willen. Wetenschap is een proces dat heen en weer gaat : tussen theorie en hypothese, observeren, theorie aanpassen aan wat we observeren, dat is op zich niet slecht maar het is goed om hier open over te zijn aangezien we veel leren uit het proces van onderzoeken en daar komt veel nieuw materiaal uit.

- Fraude toont dat we de conclusie van een onderzoek niet mogen nemen alsof het voor zichzelf spreekt maar dat we nadenken: hoe zijn die onderzoekers tot resultaten gekomen? En vind ik die methode geloofwaardig, zijn die data geloofwaardig?
- Ander probleem in de media: het probleem om resultaten te repliceren, we hebben te maken met een moeilijk onderzoeksdomein, de psychologie is een discipline die nog niet zo oud is maar die ook gaat om wat misschien één van de meest complexe disciplines is, nl. het menselijk psychisch functioneren.
- Het blijkt niet zo evident om bevindingen te reproduceren (met dezelfde methode dezelfde resultaten opnieuw vinden). Wat blijkt, als onderzoek opnieuw gedaan wordt lijken de resultaten veel minder sterk. Als we bevindingen niet kunnen herhalen en in een andere studie iets anders vinden, dan zijn de gevolgtrekkingen die we aan iets koppelen misschien wel te voorbarig?
- Het is enerzijds belangrijk dat onderzoek herhaald kan worden, dat we dingen opnieuw kunnen vinden, en anderzijds toont het ook dat de bevindingen die er zijn in de psychologie, dat we daar bescheiden in moeten zijn, we hebben al veel onderzocht, we kunnen daar veel uit leren maar dat is niet absoluut, dat toont opnieuw dat die kennis niet consistent is en dat we voorzichtig moeten zijn met de stemmigheid waarmee we onze uitspraken doen.
- Naast die problemen van onderzoek, komt er de laatste tijd wel wat in de media over dat psychologische hulp of hulpverlening ook niet zo goed werkt als wordt gedacht. Dat heel wat mensen helemaal niet tevreden zijn over de hv die ze krijgen, dat psychotherapie niet zo effectief is als gedacht.
- Ook in de publicaties van resultaten van psych interventies zit er bias: resultaten die gepubliceerd raken zijn eerder de positieve en onderzoeken die niet zozeer iets vinden raken niet gemakkelijk gepubliceerd. Daardoor overschatten we hoeveel effect iets heeft.
- Dit is iets wat er ons opnieuw toe brengt enige voorzichtigheid aan de dag te leggen
- Mensen willen graag dat het eenduidig is en dat we kunnen zeggen 'het werkt voor iedereen', we moeten beseffen dat een therapie kan werken maar hoe het werkt en voor wie wel en voor wie niet daar hebben nog heel wat over te leren.
- Het is belangrijk dat we al het onderzoek goed kunnen lezen en de beperkingen ervan in acht nemen. Er zijn veel vragen over klinisch onderzoek en we willen daar een antwoord op geven door te zoeken via wetenschappelijk onderzoek,

- Wetenschappelijk onderzoek is niet de enige vorm van kennis maar onderzoek is in deze opleiding tot professional wel zeer belangrijk, en het is vooral belangrijk dat je daar op een goeie manier gebruik van maakt en niet op een dogmatische manier.

3.1.1 Algemene definitie van onderzoek

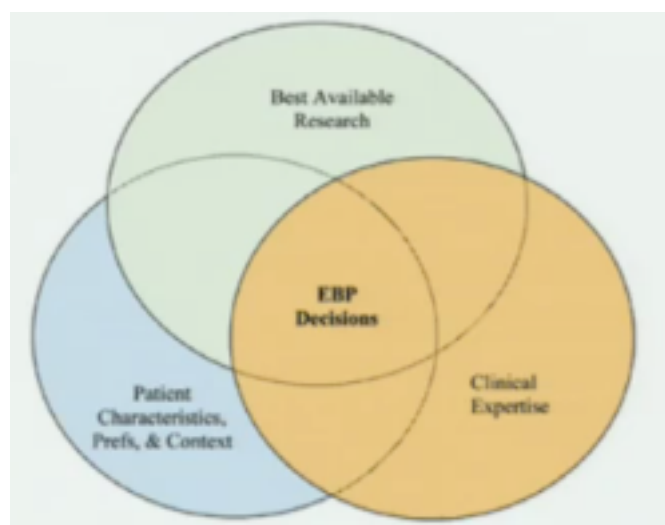
“A systematic process of critical inquiry leading to valid propositions and conclusions that are communicated to interested others” – McLeod (2013)

- belangrijke componenten:
 - o Een definitie van onderzoek die niet gebonden is aan één specifieke epistemologische assumptie → vat een aantal algemene componenten die een stuk los staan van die epistemologische kaders,
 - o vertrekken van **critical inquiry** → kritisch ondervragen, we willen graag weten hoe iets werkt, we hebben veel vragen die we willen onderzoeken, in onderzoek doen we dat via systematisch proces. Een proces omdat er verschillende stappen zijn in onderzoek, we vertrekken van een kader, we formuleren vragen en hypothesen, eventueel onderzoeken die met een bepaalde methode, koppelen dat terug, dat is niet zo'n rechtlijnig proces als dat er idealiter wordt voorgesteld maar het is hoe dan ook een proces met verschillende stappen.
 - o Het is **systematisch**, omdat we gebruik maken van methoden, methoden om de manier waarop we iets bevragen te systematiseren, is ook systematisch omdat we vertrekken vanuit een bepaald kader, we vertrekken altijd vanuit een bepaald (theoretisch systeem), onze vraag komt nooit uit een vacuum maar die komt omdat we vanuit bepaalde modellen denken en de bedoeling daarvan is dat dat leidt tot valid propositions
 - o **Valid propositions**: uitspraken die als valide kunnen beoordeeld worden, uitspraken over de vragen die we ons stelden aan het begin, iets dat geloofwaardig is, dat overtuigingskracht heeft, als iets dat waar is, dat verschilt wel tussen verschillende epistemologische kaders die daar andere opvattingen over hebben, omdat ze andere opvattingen hebben over met welke methodes we iets over ons onderzoeksobject kunnen leren hebben ze ook andere opvattingen over wat een valide uitspraak is aan het einde van een onderzoeksproces,
 - o **Communicatie naar de buitenwereld**: hoe dat gebeurt kan ook op verschillende manieren, doorheen tijd zijn daar andere opvattingen over, wat wij vandaag beschouwen als wetenschappelijke publicatie is dat niet altijd geweest, dus die opvattingen zijn geen natuurlijk gegeven, verschillende kaders kunnen daar ook een ander idee over hebben maar het

is wel belangrijk voor de manier waarop dat gecommuniceerd wordt naar een breed publiek.

3.1.2 Evidence-Based Practice

- In klinische psychologie net zoals in andere hv wordt de vraag gesteld om onze praktijk op de evidentie te baseren (= evidence based practice);
 - niet vanzelfsprekend: het is een concept, een op evidentie gebaseerde praktijk, wat kan dat zijn, hoe kunnen we dat invullen?
 - Het is iets dat moet worden igevuld, net zoals elk concept.
 - Stel onderzoek doen naar rouw, dan moeten we eerst nadenken: wat verstaan we onder rouw? Wie beschouwen wij als iemand die in rouw is? We moeten dat definiëren, in kaart brengen, operationaliseren.
 - Voor EBP is dat hetzelfde, het is een concept, en een concept moeten we operationaliseren. Dat wil ook zeggen dat dat op verschillende manieren kan:
 - bv. We kunnen over rouw, als we eenmaal weten wat we daarmee bedoelen, een vragenlijst afnemen of spreken met mensen, we gaan vragen aan ouders om over kinderen te spreken, enz. We kunnen dat op verschilende manieren doen, en die verschillende invullingen zijn niet op zich juist of fout, ze kunnen wel leiden tot andere kennis
 - Verschillende invullingen van EBP kunnen leiden tot een andere praktijk, over anders denken over hoe we onderzoek doen, en dat concept en het feit dat we dat op vss manieren kunnen invullen de basis is voor heel wat debat, zoals ook in andere disciplines.



- Figuur: EBP vandaag:
 - Wetenschappelijk onderzoek
 - Karakteristieken en voorkeuren van de patient
 - De therapeut met zijn expertise, ervaring, achtergrond, enz.
 - In de kruising van de 3 wordt EBP gesitueerd,
 - Moet ingevuld worden: hoe bepalen we wat de best beschikbare evidentie is? Geen natuurlijk gegeven maar dat brengt een bepaalde opvatting met zich mee over het onderwerp binnen de klinische psych, nl. mensen en psychisch functioneren.
 - Afh van hoe we dat beschouwen en over die aspecten denken zal onze invulling van EBP ook verschillen, het is geen gegeven hoe we dat moeten invullen, het is altijd iets dat we moeten concretiseren en dat concretiseren vraagt ons bewustzijn vanuit welke assumpties we vertrekken.

3.2 Structuur

- We kunnen de lessen ophangen aan 3 'lijnen'

3.2.1 Historisch en socio-cultureel perspectief

- Historisch perspectief op wetenschappelijk onderzoek ons kan toelaten om de ruimere situatie, hoe er vandaag gedacht wordt over wetenschappelijk onderzoek in de brede context te plaatsen.
- Om te begrijpen waarom bepaalde veranderingen of verschuivingen in onderzoeksparadigma's hebben plaatsgevonden
- Begin ong. 100 jar geleden, bij het begin v/h onderzoek in klinische psych, in de psychotherapie,
 - Geeft een context
 - Kan laten nadenken over hoe komt het dat er iets veranderd is, dat er andere vormen van onderzoek ontstaan zijn en waarom precies die vormen.
 - Heeft enerzijds te maken met interne problemen, welke moeilijkheden zijn met bepaalde methodes, anderzijds zijn er ook externe factoren bv veranderingen in het ruimere wetenschapsveld
 - die factoren zijn belangrijk om daar over na te denken omdat het ons los maakt van de intuïtieve gedachte dat wat ouder is slechter is en nieuwer beter, en het geeft ons een context om de actuele situatie en de huidige debatten beter te begrijpen

Citaat van wetenschapsfilosoof Feyerabend:

“Om voor een theorie te kunnen kiezen zonder dat ze een dogma wordt is het belangrijk de geschiedenis ervan te kennen, de afwikkeling van argumenten, van de vervangen alternatieven, van de kracht van oude zienswijzen en de zwakten van de nieuwe...”

- iets wat we niet vaak doen: we denken vaak dat wat we nu doen het beste zal zijn en wat vroeger was slechter is, dingen zijn vaak ook veranderd oiv van externe factoren, dat wil niet zeggen dat we zomaar terug moeten naar vroegere perioden als ze dan toch ook bruikbaar bleken, maar het wil wel zeggen dat we van die oude methoden vaak veel kunnen leren dat ons kan helpen om nieuwe methoden te ontwikkelen en dat we dat niet zomaar afdoen als onbruikbaar.

3.2.2 Epistemologisch perspectief

- Hoe verhoudt de wetenschap zich tav van haar studieobject, hoe beschouwen wij de realiteit of de werkelijkheid die we bestuderen, wat zijn onze opvattingen daarover en wat brengt dat met zich mee? Over het soort kennis dat we daarover kunnen verwerven en de methodes die we dan moeten gebruiken om die werk te bestuderen?
- De vraag die daarbij komt is welk soort kennis we kunnen verwerven en wat de relatie is tss wetenschap en praktijk. Hoe vinden wetenschap en praktijk een aansluiting, en waar niet? Niet altijd gemakkelijk binnen klinische veld

Wetenschap en realiteit

- Wetenschap wordt vaak beschouwd als iets dat de werkelijkheid die gegeven is bestudeert en objectief overbrengt, de natuur zoals ze gegeven is, dat het een soort passief aanschouwen is van de natuur, de werkelijkheid, de realiteit.
 - o bv. biologen die een mierenkolonie bestuderen en die daar op geen enkele manier in tussen komen en die vooral voorzichtig zijn en die enkel proberen te observeren wat er gebeurt, sluit dicht aan bij een idee van wetenschap die de natuur bestudeert zoals ze gegeven is, zoals ze verschijnt.
- Wetenschap vandaag staat daar redelijk ver af, wetenschap geeft de werkelijkheid altijd meer vorm, we observeren de werkelijkheid niet zomaar, we zijn daar actieve vormgevers van, binnen de psych is het wel duidelijk dat we die werkelijkheid niet passief observeren maar dat we die vormgeven, en dat we dus met wetenschap een werk creëren, dat we een effect hebben op mensen.
 - o bv. buiten de psychologie, de wetenschap die gaat rond voeding en genetisch manipuleren van voeding, dat is geen werk observeren, dat is

- dat naar onze hand zetten. Daar is veel kritiek op, het is wel zo dat de wetenschap ook met minder spectaculaire dingen een werk creert
- bv. binnen de psychologie: we grijpen in op een mensenlichaam en veranderen op die manier die mens.
 - We grijpen in en veranderen, zelfs al kennen we de wetten waarvolgens die natuur werkt eigenlijk niet zo goed.
 - bv. bij medicatie voor depressie is 'toevallig ontdekt' dat dat groot effect had op gemoedstoestanden, en achteraf wordt een verklaring gegeven waarom het zo werkt maar eigenlijk werken we in op iets waarvan we de wetmatigheden niet volledig begrijpen.
 - Niet noodzakelijk een probleem, maar het is wel belangrijk dat we beseffen dat we met onze categorisaties, met ons ingrijpen, dat we de werkelijkheid vormgeven en dat dat een effect heeft.
 - We kunnen niet per definitie zeggen dat wetenschap die ingrijpt op de realiteit iets slecht is maar we moeten er wel kunnen over nadenken en ons bewust zijn van het feit dat wetenschap de werkelijkheid vorm geeft.
 - Als wij bepaalde eigenschappen van mensen benoemen met een bepaalde diagnose, maken wij een keuze om bepaald gedrag als stoornis te bestempelen, is geen probleem maar heeft wel een effect.
 - De laatste tijd in de media ook wat rond te doen dat er o.a. te snel diagnoses en labels worden gekleefd, de vraag is hoe ver we gaan in het problematiseren of pathologiseren van emoties en gedrag van mensen.
 - Belangrijk dat we bewust zijn van de effecten van de keuzes die we daar in maken en ook wie daarin bepalend is
 - bv. in onderzoek naar psychofarmaca speelt de farmaindustrie een grote rol; in hoeverre vinden we het oke dat zij mee bepalen wat pathologisch is en wat niet?
 - Andere vraag: de aard van de kennis, welke kennis gebruiken we in de klinische praktijk? En hoe is die opgebouwd?
 - In de klinische praktijk gebruiken we kennis om te beslissen hoe we met mensen omgaan, hoe we met hen spreken, welke interventies we stellen, hoe we reageren op bepaalde dingen waar sommigen mee komen,
 - Onderscheiden:
 - Formeel denken, wat de formele wetten van de logica, de wiskunde, de abstracte algemene kennis die een stuk contextonafhankelijk is
 - Praktisch-situationeel denken
 - Wat een clinicus in een klinische situatie moet doen,
 - In een concrete situatie met een concreet ander mens voortdurend beslissingen nemen
 - Proces verloopt grotendeels buiten het bewustzijn, maar als er iets foutloopt of als iemand helemaal anders

reageert dan je gedacht had of als het effect negatief is, dan word je je wel bewust van je beslissingsproces dat daaraan vooraf gaat, dan kan je je bevragen over: wat gebeurt er, waarom heb ik dit gedaan of zo gereageerd?

- Waarom is dat praktisch-sit denken: is in een concrete situatie waarin een context is die telkens anders is en altijd verandert, de interactie tussen twee mensen is iets wat complex en dynamisch is, we kunnen niet absoluut voorspellen van hoe iemand zal reageren, we kunnen daar vermoeden over hebben maar is nooit zeker, is voortdurend in beweging doordat jij reageert op iemand verandert er iets, die persoon reageert enz.
- Het denken dat we als klinisch psycholoog voortdurend doen, is zeer complex en dat gebeurt een deel automatisch, maar we moeten daar kunnen bewust over reflecteren, zo kunnen we ook leren: waar loopt het fout, waar kunnen we beter doen, en waar bots ik op iets waar ik geen antwoord op heb?
- Die kennisbasis, de kennis die we gebruiken om die voortdurende beslissingen te nemen, om in een klinische situatie te denken, die is ook meervoudig, ingewikkeld en veranderlijk. Dat is gelaagde informatie: die bestaat niet uit één gegeven, theorie, model, die bestaat uit alles wat zich in je hersenen bevindt, dat is je eigen achtergrond, de cultuur waar in je bent opgegroeid, zorgt ervoor dat je dingen op een bepaalde manier hoort, dat geeft je een bepaalde achtergrond en kennis, maar ook de specifieke cultuur van de opleiding, de ervaring die je gaat opdoen, de theorieën en teksten waarin je je gaat verdiepen, de ervaring op stage, ...
- Wetenschappelijk onderzoek in de breedste zin van het woord maakt daar ook deel van uit, alle vormen kunnen daar een rol in hebben waarbij het belangrijk zal zijn hoe we dat vertalen naar de klinische praktijk.
- Niet elke vorm van wetenschappelijk onderzoek laat ons toe om een vertaling te maken naar de concrete klinische situatie, vandaar wordt er ook gesproken over een kloof tussen kliniek en wetenschappelijk onderzoek, hetgeen wetenschappelijk onderzoek naar voor kan brengen, op welke manier kunnen we dat gebruiken om in een klinische situatie betere beslissingen te nemen?
- De ervaring, die i/h begin beperkt is en alsmaar uitbreidt, zowel je eigen levenservaring en stage, door je eigen therapie, maar we kunnen ook iets leren door ervaringen van anderen.
- Je kunt het je voorstellen als een vage massa waarin je niet veel kan onderscheiden, en obv kennis leer je onderscheid maken, dat is een proces dat gebeurt vanaf je kind bent. De kennis die je hebt organiseert je ervaring, wordt altijd maar fijnmaziger raster waarmee je naar de werkelijkheid kunt kijken. In een klinische situatie is dat hetzelfde, dat zorgt ervoor dat je iets hoort in wat de

mensen zeggen, dat je altijd meer een onderscheid kunt maken in wat dat betekent, dat als mensen ervaringen vertellen dat je vanuit een bepaalde theorie kan begrijpen wat daar verschijnt.

3.2.3 Inhoudelijk perspectief

- Het laatste perspectief is het inhoudelijke: onderzoeksbevindingen, wat wordt gevonden over uitkomsten en processen (uitkomsten gaat over wat er verandert door een interventie) gaande van een kortdurende therapie/eenmalig gesprek, preventiecampagne, langdurige psychotherapie, bij al die zaken kunnen we ons afvragen wat het effect is.
- Procesonderzoek gaat over alle zaken die binnen de therapie gebeuren, hoe werkt therapie, hoe gaan die interacties tss patiënt en therapeut, ...
- De stapels onderzoek die bestaan, dat is onmogelijk voor iemand om dat allemaal te lezen, je zal dat selecteren in functie van je eigen vragen en achtergrond, en daar is het belangrijk om die studies goed te kunnen lezen en daar niet in te verdwalen, het is belangrijk dat je die achtergrond hebt, dat je daarover kan denken en dat je de twee vorige vragen kunt bijhouden: hoe moet ik dat situeren in de tijd en wat zijn de implicaties daarvan en met welke wetenschapopvattingen gaat dit samen en wat zijn daar de implicaties van?

3.3 Historisch overzicht

- Historisch en socio-cultureel perspectief gaan we opdelen in 4 periodes,
 - o Artificiële opdeling, niet met vaste begin- en einddata is, het ene loopt door en het andere begint maar we zien wel verschuivingen in wat dominant wordt,
 - o Verandert doorheen de tijd en de ideeën uit die verschillende periodes werken wel door, die hebben nog een invloed, die methodes worden soms op een of andere manier gerecupereerd maar er zijn wel dominante verschuivingen.

3.3.1 Vroege geschiedenis: klinische gevalsstudies als basis voor kennisopbouw

- Eind 19e eeuw, begin 20e eeuw, de start van de psychotherapie als nieuwe discipline
- Informeel gepraktiseerd doorheen de eeuwen

- Voorheen in het westen: morele, neurologische, ... aanpak van mentale stoornissen
- Via de klinische gevalsstudie, op dat moment de traditie via de medische discipline
 - De eeuw daarvoor had de medische wetenschap enorm veel vooruitgang gemaakt obv zo'n gedetailleerde klinische observaties.
 - Gevalsstudie ligt aan de basis van bijna alle grote sprongen die de wetenschap gemaakt heeft, het is door het nauwkeurig bestuderen van één geval, typische, extreme, ... gevallen dat theorie werd opgebouwd.
- Kenmerkend voor die klinische gevalsstudies in de psychologie, is het narratieve karakter: het leest als een verhaal
- Duidelijk een interpretatie van de clinicus: het is de clinicus zelf die zijn interpretatie, zijn synthese van het verhaal brengt.

- Sterktes:
 - Rol in innovatie
 - Rijke, gedetailleerde beschrijvingen
 - Outcome in context van proces
 - Klinisch herkenbaar

- Kritieken:
 - Subjectief
 - Het feit dat het een interpretatie is en dus een synthese en dat we weten dat het menselijk geheugen niet altijd 100% objectief en correct werkt, als we iets zien verlenen we daar betekenis aan en we gebruiken onze bestaande schema's om zaken te interpreteren die we zien. In die zin wordt er vaak gezegd dat klinische gevalsstudies problematisch zijn
 - Geen systematisatie
 - Is niet gesystematiseerd en we kunnen niet nagaan of iemand anders tot dezelfde conclusie zouden komen
 - Geen controle mogelijk
 - Generalisatieprobleem
 - We kunnen niet generaliseren obv een single case, maar is het zo vanzelfsprekend dat we niet kunnen generaliseren obv een gevalsstudie maar wel obv de andere vormen van onderzoek die we doen? Is er geen enkele generalisatie mogelijk obv een gevalsstudie? Wilt dat zeggen dat bevindingen obv een gevalsstudie niets zeggen buiten dat ene geval? → Als we kijken naar het feit gevalsstudies eigenlijk aan de basis liggen van theorieontwikkeling moeten we zeggen dat op een of andere

manier gevalsstudies wel gebruikt worden om kennis te produceren die buiten het geval wel een rol speelt, maar generalisatie zoals we dat gebruikelijk kennen kunnen we niet doen obv een gevalstudie.

→ Beperkingen lijken geen reden om de gevalstudie zomaar af te voeren, ze is cruciaal geweest ah begin van de ontwikkeling van de psychologie en ze is op een aantal punten nog steeds cruciaal en we kunnen zien dat ze vandaag de dag gerecupereerd wordt op een andere manier. Daarnaast, is ander onderzoek gevrijwaard van subjectiviteit?

- Eerste pogingen om outcome in kaart te brengen door follow-up informatie verzamelen van patiënten.
- In eerste instantie gebeurde dat weinig systematisch: verschillende instellingen, probeerden in kaart te brengen wat er met de mensen die bij hen kwamen gebeurde, materiaal over hoeveel mensen verbeterden, elke kliniek had zijn eigen systeem en wist van elkaar niet wat de ander begrijpt onder 'verbetering' etc.
- In '52: zeer geruchtmakend artikel v Eysenck dat heel wat in beweging zette in het veld en dat de gecontesteerde conclusie trekt dat psychotherapie niet effectief is.
 - Eysenck brengt al die studies die al gebeurd zijn en materiaal dat al gepubliceerd is samen en probeert ook zicht te krijgen op hoe veel spontaan herstel er is.
 - Hij concludeert: remissie is minstens even hoog door spontaan herstel als door psychotherapie. Eigenlijk besluit hij zelfs dat psychotherapie misschien niet effectief is. De cijfers zijn slechter van mensen die in therapie gaan dan mensen die een andere behandeling of geen behandeling kregen.
 - Hij trekt die conclusie maar nuanceert: eigenlijk kunnen we niet uitsluiten dat therapie werkt, want er is een groot probleem met de manier waarop we dit onderzoeken. Vult een psychiatrische kliniek die psychotherapie aanbiedt verbetering op dezelfde manier in als een kliniek waarin mensen bv. gesedeerd worden en medicatie krijgen? We kunnen dat niet zomaar vergelijken en misschien weten we het dus niet zo zeker.
- Er is een groot probleem met onderzoek naar effectiviteit, maar eigenlijk is er ook écht een probleem met de effectiviteit van psychotherapie. Wat hij voorstelt is dat er meer onderzoek moet komen dat systematisch gebeurt en daarbij

- schuift hij heel erg een medisch model voorop waarbij we via experimenteel design problemen onderzoeken wat de uitkomsten zijn van therapie.
- Artikel lokt zeer veel protest en kritiek uit vanuit de psychotherapeutische wereld, die bekritisieren dat Eysenck de data niet goed interpreteert, dat hij veel te kortzichtig was met de groepen waarin hij patiënten onderverdeelt
 - Bv. hij voegt in 1 groep niet-verbeterde patiënten, patiënten die gestopt zijn, die verdwijnen, die sterven, ... het is moeilijk om over zo een groep een uitspraak te doen,
 - Kritiek dat wat vanuit bepaalde psychotherapeutische opvattingen wordt gedacht als verbetering veel verder gaat dan de verbetering die beschreven wordt door algemene ziekenhuizen
 - Dat zorgt ervoor dat er een hele beweging op gang komen, dat er een debat in beweging komt, een debat over: wat is eigenlijk de uitkomst van psychotherapie, hoe kunnen we dat op een systematische manier onderzoeken?
 - Twee verschillende standpunten: medisch debat vs contextueel debat
 - Eysenck is een aanhanger van het idee om psychopathologie te benaderen naar analogie van een medische aandoening, dat dat dus een ziekte is die op zich bestaat, waarop we via een specifiek behandelingsmodel kunnen inwerken, waarbij het belang is om specifieke interventies te onderzoeken via experimentele designs.
 - In '63 verschijnt er een artikel dat daar een stuk tegeningaat (Strupp) die aangeeft dat er wel meer onderzoek moet komen naar de uitkomsten van psychotherapie, maar we kunnen dat niet zomaar onderzoeken aangezien er een groot probleem is met: wat is eigenlijk de uitkomst van therapie en wat is therapie? Hij geeft aan: we moeten onderzoek doen naar waarover gaat dat en expliciteren wat we daaronder begrijpen.
 - Als we willen aangeven dat een bepaalde behandeling werkt, moeten we kunnen expliciteren wat die behandeling juist is. (= de OV)
 - Wat is 'de uitkomst van therapie' (= de AV) ? Verminderen van symptomen? Verandering op vlak van persoonlijkheid? Mensen die zelf zeggen dat ze zich beter voelen?
 - We kunnen dat niet zomaar bestuderen zonder zicht te hebben welke variabelen allemaal een invloed hebben, wat de eigenschappen zijn van therapeuten die beïnvloeden, maar ook de patiënt heeft invloed op wat gebeurt in therapie, op welke manier kan dat allemaal een invloed hebben? Als we daar geen zicht op hebben kunnen we moeilijk onderzoek en uitspraken doen over effectiviteit.

→ Die 2 polen (Eysenck en Strupp) situeren de start van de meer medische en meer contextuele opvattingen van psychotherapie.

3.3.2 De ontwikkeling van systematisch onderzoek

- Het was al duidelijk voor WO II dat er vraag kwam naar meer manieren om dat meer systematisch te onderzoeken, manieren om psychotherapie te bestuderen, niet op de losse manier zoals daarvoor: zeer anekdotisch, gebonden aan specifieke instellingen,...
- Een belangrijke trigger in dat proces was WOII, veel soldaten komen getraumatiseerd terug en de vraag kwam: hoe gaan we die behandelen?
 - Voor het eerst dat effecten van oorlog vanuit een psychologisch perspectief werden benaderd, tot daarvoor bestond zoiets als trauma niet en er werd daar zeer medisch over gedacht (bv. dat de symptomen die ze observeerden bij soldaten het gevolg waren van granaatscherven die in de hersenen terechtgekomen waren)
 - Het is in deze periode dat er een psychische verklaring verschijnt, en dat de vraag naar behandeling en hulp komt.
- Een andere factor die een rol gespeeld heeft in het systematiseren van onderzoek, was het ontstaan van een nieuwe vorm van therapie: de cliëntgerichte therapie, een therapievorm die in deze opleiding niet zo aanwezig is, maar die voor een groot stuk aan de basis ligt aan de algemene factoren die we in een therapie vanzelfsprekend vinden, zoals een goede band opbouwen met de patient, empathie, ...
 - Ontstond met Carl Rogers als de grondlegger van die therapeutische strekking
- Ook meer middelen, meer financiering om onderzoek te doen, en binnen de universitaire wereld heel veel openheid of er waren toch een aantal plekken waar ruimte was om met iets helemaal nieuw te starten.
 - De onderzoeksgroep rond Rogers, is zeer productief geweest in het ontwikkelen van allerlei methodes om therapie te bestuderen, die eigenlijk voorlopers zijn voor zowat alle vormen van onderzoek die later in de klinische psychologie tot op heden gebruikt worden. Zo zijn zij de eerste om echt systematisch instrumenten te ontwikkelen, van vragenlijsten tot ratingschalen, als eerste zijn zij begonnen met het opnemen van sessies vanuit de vragen 'wat gebeurt er in therapie? Hoe is de interactie tussen therapeut en patiënt?'
 - Waren ook de eerste die begonnen met niet gewoon op het einde te beoordelen of iemand verbeterd of verslecht is, door vooraf en achteraf patiënten te bevragen, ze dachten ook voor het eerst in termen van

controlegroepen (mensen die gevolgd werden maar die geen behandeling kregen of op wachtlijst stonden)

- Daarnaast zien we dat er veel gedacht werd over de moeilijkheden: hoe kan je patiënten in onderzoek houden, er 'verdwijnen' veel mensen: welke implicaties heeft dat?

→ Pioniersperiode, periode van ontdekken en zoeken en data verzamelen.

- Waarover ging dat onderzoek?

- Vertrok dat voor een groot deel van wat we vandaag 'common factors' of algemene factoren zouden noemen, dus de kernprocessen van client centered therapie zoals een empathische therapeut, goeie therapeutische relatie → common factors als verklarende factoren voor verandering
 - de client centered therapie ging erg uit van de mogelijkheid tot groei die inherent is aan elke mens, van daaruit vertrok heel wat van het onderzoek,
- Formuleerden de hypothese niet op basis van één theorie maar focussen zich op een transtheoretisch perspectief op werkzame factoren,
- Vooral voor een groot stuk geïnteresseerd in de therapeutische relatie en gingen er van uit dat de factoren die zij onderzochten, dat dat factoren waren die cruciaal waren in elke vorm van therapie.
- Geen focus was op specifieke diagnoses, we vinden dat vanzelfsprekend om te denken in termen van bepaalde diagnoses en mensen op te delen op grond van die diagnoses maar dat is een bepaalde verschuiving die samenhangt met een meer medisch model en de vraag is dat ofdat wel zo vanzelfsprekend is?
 - Op dat moment gebeurde dat niet, er was onderzoek naar patiënten zoals ze zich aanmeldden in de kliniek, er werd wel gedacht dat er bepaalde fundamentele verschillen maar toch werden patiënten als grotere groep bestudeerd en gebruikten ze diagnose niet als een variabele om mensen te categoriseren.
- Ook in deze periode werd de vraag gesteld naar outcome en was er veel focus op hoe dat interageerde met het proces. Daarnaast werd er gezocht naar 'hoe kunnen we outcome definiëren?', en daar werd ook geprobeerd om de verandering van een patiënt in termen van zijn eigen probleemdefinitie te bestuderen: hoe beschrijft een patiënt zijn eigen problematiek aan het begin en hoe verandert dat? dus naast het ontwikkelen van instrumenten die gebruikt konden worden voor groepen werd er ook geprobeerd om de ervaring van patiënten zelf daarmee in rekening te brengen.

- Focus op therapeutische relatie → sluit sterk aan bij contextueel model van psychotherapie, geen focus op psychopathologie als entiteiten, als ziektes
- Onderzoek gecentreerd in een paar grote universiteiten waar eigenlijk vanuit vss theoretische achtergronden onderzoek werd gedaan naar gelijkaardige factoren, er werd heel veel de vraag gesteld naar 'in hoeverre is therapie werkzaam omwille van de specificiteit van de therapie en in hoeverre is de relatie tss patient en therapeut van belang?'
 - Bv. aan Vanderbilt univ is er een bepaalde studie waarbij ze studenten met depressieklachten ofwel bij ervaren psychotherapeut stuurden ofwel bij professoren die bekend stonden omwille van empathisch vermogen en goeie band met studenten, onderzochten het verschil.
 - Er is heel weinig verschil naar vermindering van klachten wat ze interpreteerden als evidentie voor het belang van een goeie therapeutische relatie → De therapeutische relatie als belangrijkste factor voor het begrijpen van verandering.
- De Gloria interviews: experiment waarbij 3 therapeuten, drie grondleggers van therapeutische modellen (client centered, gestalttherapie en rationeel emotioneel therapie) → verwant aan cogn gedragstherapie) alle 3 dezelfde patiënte hebben geïnterviewd.

1) Wat merk je op?

- *Ze begint elke keer over iets anders (scheiding en dochter, angst in het aangevallen worden in de interactie met de therapeut, hoe omgaan met mannen en het alleen blijven) dit kan te maken hebben met de therapeut en de kaders van waaruit ze werken*
 → *refereert terug naar hoe een probleem geen neutraal gegeven is. Het wordt geconstrueerd in interactie met de therapeut, Gloria komt ook met een bepaalde verwachting, het is heel duidelijk hoe een psychisch probleem niet iets is dat op zich bestaat, dat buiten de verhouding met een ander bestaat: dit wordt vormgegeven binnen de interactie met de ander.*

2) Hoe zou je het probleem van de vrouw formuleren?

- *het is niet zo dat de klachten waarmee ze komt willekeurig zijn, wat telkens terugkeert is dat het gaat over hoe ze overkomt: naar haar dochter, naar de therapeut, naar andere mannen...*
- *er is een meer onderliggend patroon waarrond iets draait, die problemen zijn geen losgeschakelde elementen*

- *het toont ook iets over de therapeutische techniek: vanuit een theoretisch kader reageer je op een bepaalde manier en dat beïnvloedt waar je naartoe gaat en zal uitkomen met je gesprek. Bv. Perls reageert erg op haar lichaamstaal en gebruikt hij als aanknopingspunt*
- Die periode waarin heel veel beweegt in onderzoek en waar heel veel gedaan wordt, daar komen ook een aantal kritieken op:
 - o Steekproeven niet zo groot
 - o Onvoldoende standaardisatie is
 - o Steekproeven die niet homogeen genoeg zijn
- Als we kijken naar dergelijke kritieken terugkerend op de meer wetenschapsfilosofische achtergrond, 'vanuit welke assumpties gebeurt wetenschap', → kritieken gebeuren niet neutraal, elke kritiek komt vanuit een bepaald referentiekader.
- Dergelijke kritieken kunnen we vooral lezen vanuit de volgende periode, waarin een meer experimenteel kader met een medisch model wordt gehanteerd waarbij er vanuit gegaan wordt: er moeten grote random steekproeven zijn, standaardisatie is cruciaal, want enkel als we alles strikt controleren kunnen we een uitspraak doen over iets, dat is noodzakelijk om kennis te vergaren

3.3.3 De therapie-oorlogen

- In de jaren 70-80 zien we dan die andere lijn, die ook al aanwezig was in dat artikel van Eysenck, meer op de voorgrond treden. Die periode wordt 'de therapie-oorlogen' genoemd omdat op dat moment wordt er één vraag centraal gesteld: is therapie effectief?
- Twee vragen die gesteld worden:
 - o Werkt therapie beter dan geen therapie (vraag naar absolute effectiviteit)? Dus is een psychotherapeutische behandeling voor een bepaald probleem beter dan geen?
 - o Werkt bepaalde behandeling beter dan een andere? (relatieve effectiviteit)
- We zien dat dat gebeurt in een zeer competitief karakter: op het moment dat de focus naar die vraag verschuift wordt er heel veel ingezet om te proberen aantonen dat in eerste instantie psychotherapie werkt en dan al heel snel dat bepaalde therapieën beter werken dan andere.

- Die verschuiving komt als gevolg van een aantal factoren die zowel inherent zijn aan de methodologie als aan externe contextuele factoren en maatschappelijke veranderingen die ertoe leiden dat de focus daar meer op komt.

Context

- Ten eerste, omwille van de voorgaande periode en de ontwikkeling van al die instrumenten en ook het testen van allerlei onderzoeksdesigns, krijgt men de mogelijkheid om dergelijk onderzoek te doen, om meer experimenteel onderzoek op grote groepen te doen waarbij strikt gecontroleerde designs worden toegepast.
- Daarnaast is er een grotere economische druk (vooral USA)
 - o Na WOII komt psychotherapie een beetje op de markt, maakt deel uit van de consumptie, moet terugbetaald worden, en er komt de vraag naar kortdurende en efficiënte behandelingen voor psychopathologie.
 - o Is dus een externe factor, komt vanuit de maatschappij
- In de jaren '60 zien we ook dat in de medische wereld RCT's (randomised controlled trials) dé methode is die gebruikt wordt om effectiviteit te onderzoeken
 - o Het vergelijken van twee groepen waarbij de ene groep behandeling krijgt en de andere niet, en waar mensen willekeurig aan toegewezen worden, dit werd common practice in medisch effectiviteitsonderzoek, dus het onderzoeken van de werkzaamheid van medicatie wordt vanaf dan veel meer daaraan gekoppeld, medicatie moet in een bepaald aantal gerandomiseerde studies bewezen effect gehad hebben voor dit bv op de markt mag komen
- Het ontstaan van de cognitieve gedragstherapie die meer gestructureerd was en waarbij de therapie duidelijker afgebakend was en dus meer geschikt om op systematischere manier te onderzoeken. Dat was dus ook een contextuele factor die ervoor zorgde dat dergelijke onderzoeksdesigns meer ingang vonden.
- Dat is doorheen de tijd geëvolueerd, waar men in het begin begon met te proberen aantonen dat therapie werkt verschoof dat naar relatieve effectiviteit en werden designs altijd maar meer gesofisticeerd.
 - o Waar bv. in het begin van de RCT in het veld van de psychologie behandelingen die onderzocht werden niet zo strikt omschreven waren, werd er meer gebruik gemaakt van strikt beschreven manuals/therapieprotocollen waarin altijd maar meer gericht werd op controle dus het meer standaardiseren van het design om duidelijker uitspraken te kunnen doen over causaliteit.
- In de jaren '90 zien we dan een beweging die opnieuw onder druk van de context gebeurt

- Het opmerken dat de biologische psychiatrie zeer veel invloed krijgt (= het behandelen van pathologie met psychofarmaca) en dat heel veel onderzoeksgeld daar naartoe ging
- Oproep vanuit de APA dat, om daar een antwoord op te kunnen geven, de psychologie volgens hetzelfde model haar effectiviteit van interventies moet aantonen dus eigenlijk zich gaan profileren naar analogie met medische behandeling
- Op dat moment wordt evidence based practice ingevuld als empirically supported treatments, die moeten voldoen aan dezelfde criteria als medicatie.
 - Dwz. dat we een specifieke manual nodig hebben om te zeggen wat die behandeling is: die interventie moet gedetailleerd beschreven worden, moet op bepaalde manier onderzocht worden (met name adhv OFWEL 2 RCT's die tonen dat het beter werkt dan een placebo of medicatie OFWEL dat het ten minste even goed werkt als een al gevestigde therapie, dus die al de status van empirically supported heeft gekregen, OFWEL een grote reeks single case experimenten maar dat is eigenlijk nooit gebeurd) en dus die behandeling moet aan een aantal elementen voldoen, dat moet volgens manuals gebeuren, de karakteristieken van de cliënten moeten goed gespecificeerd zijn: dwz het gaat om specifieke behandeling voor specifiek probleem, opnieuw zien we analogie met de biologische psychiatrie.
- Er komt een nadruk op de invulling van evidence based practice: die wordt een groot stuk gereduceerd tot empirically supported treatments en dat zijn behandelingen die op een bepaalde manier onderzocht zijn.

Table 1

CRITERIA FOR EMPIRICALLY-VALIDATED TREATMENTS

Well-Established Treatments

- I. At least two good between group design experiments demonstrating efficacy in one or more of the following ways:
 - A. Superior (statistically significantly so) to pill or psychological placebo or to another treatment.
 - B. Equivalent to an already established treatment in experiments with adequate sample sizes.
 - OR
 - II. A large series of single case design experiments ($n > 9$) demonstrating efficacy. These experiments must have:
 - A. Used good experimental designs and
 - B. Compared the intervention to another treatment as in IA.
- FURTHER CRITERIA FOR BOTH I AND II:
- III. Experiments must be conducted with treatment manuals.
 - IV. Characteristics of the client samples must be clearly specified.
 - V. Effects must have been demonstrated by at least two different investigators or investigating teams.

Probably Efficacious Treatments

- I. Two experiments showing the treatment is superior (statistically significantly so) to a waiting-list control group.
- OR
- II. One or more experiments meeting the Well-Established Treatment Criteria IA or IB, III, and IV, but not V.
- OR
- III. A small series of single case design experiments ($n \geq 3$) otherwise meeting Well-Established Treatment

Empirically supported treatments (EST)

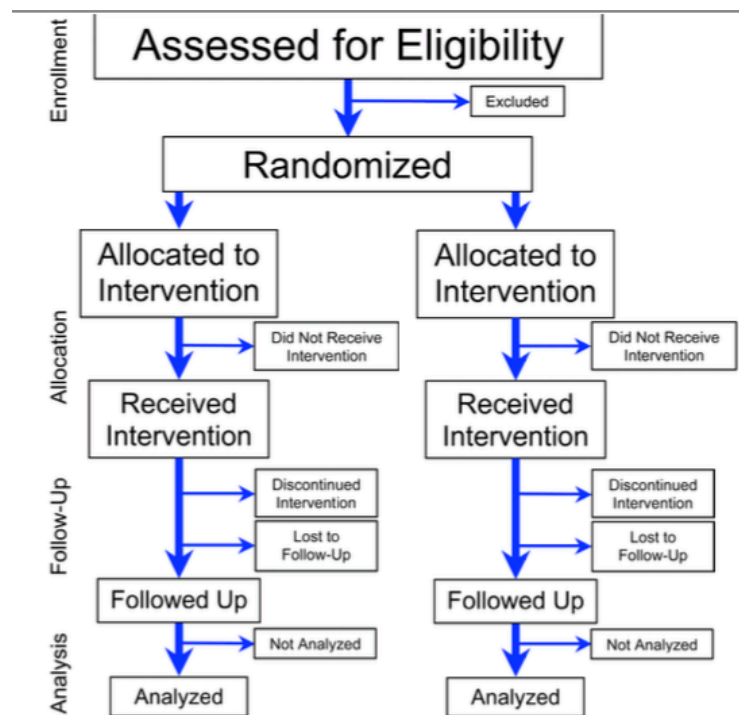
- Empirically supported treatment en hoe dat gedefinieerd wordt, brengt een zeer specifiek idee over wat een op evidentie gebaseerde praktijk is.
 - o Gaat er van uit dat we een specifieke behandeling voor een specifiek probleem kunnen definiëren, onderzoeken op een bepaalde manier en dat we die dan moeten implementeren, dus dat we eigenlijk maar goed werken als we die bepaalde behandelingen implementeren.
- In navolging van de verschillende lijnen die door de cursus lopen: op welke manier vormen we de werkelijkheid met een dergelijke invulling? Dat is een bepaald discours dat ook een aantal dingen impliceert bv. als we omwille van de controleerbaarheid altijd kortdurende behandelingen onderzoeken, creëren we daarmee een bepaalde werkelijkheid, namelijk dat psychopathologie snel moet opgelost zijn, dat psychologische processen makkelijk veranderbaar zouden zijn, maar dat is eigenlijk een keuze die ingegeven is op grond van de methodologie, omwille van pragmatische redenen eerder dan omwille van inherente redenen waarom we denken dat bv. 16 sessies effectief een probleem kunnen oplossen. Er wordt een bepaalde werkelijkheid gecreëerd en het is goed om daarbij stil te staan. Er worden ook maar bepaalde behandelingen onderzocht: wil dat dan zeggen dat die behandelingen die niet onderzocht worden niet valide zijn? Die opvatting die wordt gecreëerd is geen neutraal gegeven.
- Van die empirically supported treatments kan je op internet allerlei lijsten vinden, er zijn ook verschillende landen die bepaalde richtlijnen uitvaardigen hoe bepaalde problemen moeten behandeld worden (bv NICE-guidelines voor depressie, die specificeren welke behandelingen geprefereerd worden bij een vorm van depressie)
- Ergens gaat het uit van het idee dat 'one size fits all', dat die behandeling de belangrijkste voorspeller is van verandering bij mensen met psychologische klachten, dat is een bepaalde assumptie maar intuïtief kunnen we zeggen dat dat een vreemde gedachte is dat voor iedereen een uniforme behandeling mogelijk is.
 - o Vanuit medisch model klopt dat, daar verwachten we: het is een ziekte, we werken daarop in met bepaalde medische interventies, de ziekte verdwijnt.
 - o Ook in de geneeskunde zien we dat dat idee van één behandeling voor één probleem meer en meer verdwijnt, we zien hier meer aandacht voor individuele geneeskunde waarbij gekeken wordt naar veel meer factoren en dat er eigenlijk een soort behandeling op maat ontstaat.
 - o bv. groot onderzoek aan Israelische univ blijkt dat we zelfs over voeding geen uitspraken kunnen doen over 'wat is gezonde voeding?'. Ze hebben 800 mensen over lange tijd gevolgd en voor sommige mensen is zgz

‘gezond’ voedsel schadelijker dan ‘on gezond’ voedsel. Er is dus geen ‘gezond’ dieet dat voor iedereen werkt, in functie van heel veel parameters moeten we een model maken om te proberen voorspellen wat voor iemand werkt.

Methode: randomized controlled trial (RCT)

- De methode waarmee dat onderzocht wordt is de Randomised Controlled Trial, een experimentele methode om de effectiviteit van een behandeling voor een bepaald probleem na te gaan
- Dat kunnen we maar doen als we veronderstellen dat we specifiek kunnen afbakenen wat een probleem of stoornis is, we vertrekken vanuit een entiteitsmodel en dat een behandeling werkt omwille van specifieke interventies die inwerken op een gekend specifiek causaal psychisch mechanisme; in het geval van psychotherapie veronderstellen we dat er specifieke psychische mechanismen zijn die een probleem veroorzaken waarop we via specifieke interventies inwerken waardoor het probleem verdwijnt.
- In de RCT proberen we dat zo gecontroleerd mogelijk te onderzoeken, in een experimenteel design waarbij we een experimentele groep vergelijken met een controlegroep, een groep die een bepaalde behandeling krijgt vs een groep die geen/een andere behandeling krijgt, dat we daar dezelfde verandering in kaart brengen. We meten voornamelijk verandering in symptomen.
- Als we mensen selecteren voor een studie, dan heeft iedereen evenveel kans om in een van beide groepen terecht te komen, er wordt gerandomiseerd, dat zorgt ervoor dat we de kans maximaliseren dat als we een verandering vinden dat die toe te schrijven aan de behandeling en niet aan systematische verschillen tussen de twee groepen.
 - o Doordat die groepen willekeurig verdeeld worden veronderstellen we dat verschillen die er zijn tss mensen uitgemiddeld worden, dat er geen systematisch verschil is tussen de groepen.
- Eigenlijk is alles in de RCT gericht op zo veel mogelijk controle zodanig dat we de kans maximaliseren dat we effectief de verandering kunnen toeschrijven aan de behandeling.
- Binnen een groep moet er zo weinig mogelijk verschil zijn, dwz de behandeling moet zo gelijk mogelijk zijn over patiënten, vandaar ook de afgebakende tijdsduur want als je een therapie laat lopen zo lang ze nodig is dan is dat een verschil binnen de groep, als je bv. 16 sessies hebt voor iedereen is dat gecontroleerd.
- In de medische RCT is het de bedoeling dat zowel de therapeut als de patiënt niet weet aan welke conditie een patiënt is toegewezen, dus de arts weet niet of

de patient een placebo-pil krijgt of een echte pil, omdat als de arts dat weet kan er een placebo-effect of het effect van suggestie optreden. Om dat uit te sluiten wordt getracht om dat dubbel blind te doen. In psychotherapie is dat niet mogelijk: het is onmogelijk dat de patienten niet weten welke behandeling ze krijgen en dat therapeuten niet weten welke behandeling ze geven. Therapeuten moeten weten wat ze moeten doen.



- Afbeelding: een studie, een van de grootste en een van de modernste RCT's
- Treatment of Depression Collaborative Research Program is een RCT die in verschillende centra heeft plaatsgevonden en waar 4 behandelingscondities voor depressie met elkaar vergeleken werken:
 - o CBT (cognitieve gedragstherapie),
 - o IPT (interpersoonlijke therapie),
 - o Medicatie met clinical counseling (gesprekken met arts die medicatie voorschrijft)
 - o Placebo, met clinical counseling.
- Elk 16 tot 20 sessies.
- Hoe gebeurt zo'n studie? patiënten worden aangemeld en dan worden ze gescreend om te kijken of ze voldoen aan de criteria, vooraf worden in- en exclusiecriteria vooropgesteld (= aan wat moet de patiënt voldoen, welke diagnoses mogen er zijn, welke mogen er niet zijn?)

- In deze studie zijn er ongeveer 45% van de mensen die aangemeld worden opgenomen in de studie: voldeden aan de criteria voor majeure depressie en vertoonden geen psychotische symptomen, verslaving ed., dus een hele reeks exclusiecriteria die verondersteld worden de homogeniteit van de groep in gevaar te brengen.
- Dan worden mensen gerandomiseerd, gebeurt meestal adhv een computerprogramma zodat dat zeker blind gebeurt. Dat is onafhankelijk van patiënt-karakteristieken of voorkeuren van patiënten.
- Dan krijgen mensen een behandeling en die behandeling wordt gestandaardiseerd adhv een manual zodanig dat die behandeling zo veel mogelijk gelijk verloopt.
 - o Kan dat, is dat mogelijk om een behandeling gelijk te maken of zitten daar moeilijkheden?
- Er zijn ook verschillende punten waarop mensen stoppen of uit de studie vallen, nadat mensen toegewezen zijn is er altijd een groep mensen die verdwijnen, die toch niet komen opdagen voor de eerste sessie en die geen therapie krijgen. Er zijn mensen die tijdens de therapie stoppen of die na de therapie niet meer te contacteren zijn voor follow-up.
- Waarom doen we follow-up: om te kijken of de effecten blijven op lange termijn, hoeveel herval is er, ... maar follow-up is niet altijd vanzelfsprekend geweest en is ook heel moeilijk te realiseren, in heel weinig studies wordt er gesproken over hoeveel mensen bijkomende therapie zoeken, dat blijken er heel veel te zijn en dat zijn bemoeilijkende factoren.
- Daarna analyseren we de data en dat kan op verschillende groepen: we kunnen de hele groep bestuderen, of we kunnen de groep bestuderen die therapie tot het einde uit doet: als we enkel die bestuderen hebben we een overschatting omdat de mensen die stoppen vaak niet tevreden zijn maar we hebben wel een onderschatting als we alle mensen die gerandomiseerd werden vergelijken.

Maten voor effectiviteit in een RCT

- Zo'n resultaten worden uitgedrukt in termen van effect size, om te spreken van de grootte van het effect van een therapie.
- In zo'n RCT wordt er een score op een symptomenmaat voor de therapie vergeleken met een score na de therapie, dus een verschilscore voor elke patiënt.
- Als een therapie effect heeft moet het gemiddeld verschil groter zijn dan wat we per toeval kunnen verwachten.
- Effect size geeft iets weer van de sterkte van dat verband, we weten over significantie: als je je steekproef groot genoeg maakt is het kleinste verschil significant.

- Er zijn ook nog maten voor klinische significantie: hoeveel mensen herstellen? Ze kunnen wel significant dalen op een bepaalde symptomenmaat maar is dat klinisch relevant, stelt dat iets voor? Wilt dat echt zeggen dat mensen zich beter voelen?
- Interpretatie (verschillende mogelijkheden)
 - o Groot effect: $d = .80$
 - o Medium effect: $d = .50$
 - o Klein effect: $d = .30$

TABLE 4.8
Comparison of Cognitive-Behavioral Treatment and Interpersonal Psychotherapy for Depression—NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program

Measure	Cognitive-Behavioral Treatment			Interpersonal Psychotherapy			Effect Size ^a
	N	M	SD	N	M	SD	
Completer Clients							
HRSD	37	7.6	5.8	47	6.9	5.8	-0.12
GAS	37	69.4	11.0	47	70.7	11.0	-0.12
BDI	37	10.2	8.7	47	7.7	8.6	-0.29
HSCL-90 T	37	0.47	0.43	47	0.48	0.43	0.02
Aggregate ^b							-0.13
End Point 204 Clients							
HRSD	50	9.0	7.0	55	9.1	7.0	0.01
GAS	50	66.5	12.6	55	67.2	12.6	-0.06
BDI	50	11.5	9.7	55	10.6	9.7	-0.09
HSCL-90 T	50	0.60	0.49	55	0.60	0.50	0.00
Aggregate ^b							-0.03
End Point 239 Clients							
HRSD	59	10.7	7.9	61	9.8	7.9	-0.11
GAS	59	64.4	12.4	61	66.3	12.4	-0.15
BDI	59	13.4	10.6	61	12.0	10.6	-0.13
HSCL-90 T	59	0.73	0.57	61	0.71	0.57	-0.03
Aggregate ^b							-0.11

Note. HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression; GAS = Global Assessment Scale; BDI = Beck Depression Inventory; HSCL-90 T = Hopkins Symptom Checklist-90 Total Scores.
From "National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General Effectiveness of Treatments," by I. Elkin, T. Shea, J. T. Watkins, S. D. Imber, S. M. Sokely, J. F. Collins, D. R. Glass, P. A. Pilkonis, W. R. Leber, J. P. Docherty, S. J. Frierster, and M. B. Parloff, 1989, *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.

^aPositive values indicate superiority of cognitive-behavioral treatment.
^bAggregate formed assuming correlations among dependent measures was .50 (see Wampold, Mondin, Moody, Stich, et al., 1997, for explanation).

- Als we kijken naar die studie, dan zien we dat het verschil tussen de twee psychotherapeutische behandelingen dat er geen sign verschil is tussen CBT en IPT, en eigenlijk ook niet voor de andere condities, dus als ze alle condities samennemen dan zien ze in die studie het grootste effect van medicatie met counseling maar dat was niet significant beter dan CBT en IPT. IPT en CBT waren beter dan alleen counseling met placebo maar ook niet significant. Dus eigenlijk wordt er weinig verschil gevonden tussen die verschillende behandelingsmodaliteiten.
- Verschilende groepen: mensen die volledige therapie gedaan hebben, die gestopt zijn voor 3,5 weken en mensen die gestopt zijn voor de start vd therapie.

- De volgende tabel gaat over herstel, de klinische significantie: hoeveel mensen herstellen, maw hoeveel mensen hebben na een behandeling een score die niet meer in de klinische range valt, bv. hier bij depressie: hoeveel mensen scoren niet of heel licht op een depressieschaal?

TABLE 4.9
Comparison of Recovery Rates for Completers for Cognitive-Behavioral Treatment and Interpersonal Psychotherapy for Depression—NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program

Scale	Cognitive-Behavioral Treatment (N = 37)		Interpersonal Psychotherapy (N = 47)	
	Number Recovered	Percentage Recovered	Number Recovered	Percentage Recovered
HRSD ≤ 6	19	51	26	55
BDI ≤ 9	24	65	33	70

Note. For HRSD, $\chi^2(1, N = 84) = 0.13, p = .72$. For BDI, $\chi^2(1, N = 84) = 0.27, p = .60$. HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression; BDI = Beck Depression Inventory. From "The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where We Began and Where We Are," by I. Elkin. In A. E. Bergin, and S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (p. 121), 1994, New York: Wiley. Copyright © 1994 by John Wiley and Sons. Adapted by permission of John Wiley & Sons, Inc.

- De laatste decennia duizenden RCT's gedaan voor verschillende stoornissen, het meeste voor depressie (als meest gediagnosticeerde en onderzochte stoornis).
- Hoe wordt getracht al die bevindingen een stuk samen te brengen en waarop wordt beroep gedaan om naar beleid toe uitspraken te doen of om effectiviteit op een grotere schaal te zetten? Verschillende studies vinden verschillende resultaten en de vraag wordt dan gesteld: als we al die studies samennemen, is er dan evidentie voor absolute en relatieve effectiviteit?

→ Dat is wat in meta-analyses op systematische manier gebeurt. Dat is niet gewoon een review-studie met een overzicht maar daar worden effect-sizes samengenomen en dat wordt statistisch onderzocht wat de uiteindelijke bevinding is.

- Wordt gezien als een oplossing voor enkelvoudige studie omdat je daar ook vaak verschillende resultaten in terugvindt en dat sommige studies klein zijn, andere groot, het is ander moeilijk om je weg daar in te vinden.
- Meta-analyse kan een aantal bevindingen bundelen maar anderzijds zijn er een aantal beperkingen.

- Bijvoorbeeld over RCT's naar depressie, als er een publicatiebias is ga je in een meta-analyse onvermijdelijk ook een selectiebias hebben: publicatiebias als studies met positieve resultaten meer kans hebben gepubliceerd te worden en studies met negatieve resultaten verdwijnen, als je dan meta-analyse doet dan kan je dat niet weten, als je alle gepubliceerde studies verzamelt, heb je geen zicht op niet-gepubliceerde studies en dat is moeilijk te verhelpen. Er is een studie verschenen waarin ze gegevens opgevraagd hebben van geregistreerde trials (RCT) en dan hebben ze gekeken hoeveel er daarvan gepubliceerd zijn, en ze hebben van al diegene die niet gepubliceerd waren de data opgevraagd en wat bleek: de effect-size zakte substantieel als de niet gepubliceerde studies erbij werden genomen. Dat blijkt toch wel een bestaand probleem te zijn.
- Een ander probleem is als je basisstudie slecht van kwaliteit is dan kan je dat niet verhelpen door dat samen te gooien met andere studies, als de studie niet goed uitgevoerd is dan blijft dat zo en zijn de resultaten niet betrouwbaar of je die nu samenneemt of niet.
- Heel verschillende studies die heel verschillende maten worden samengenomen, vergelijken we dingen die niet kunnen vergeleken worden?

Voorbeeld van een meta-analyse

- Voorbeeld: meta-analyse die vindt dat als we zo veel patiënten in een RCT samennemen dat verschillende therapieën (ze hebben er 7 vergeleken) vergelijkbare effecten hebben, maar dat er wel een verschil is in de robuustheid van de evidentie: dwz dat er naar bepaalde therapeutische modellen veel meer onderzoek gedaan is dan naar andere, maar dat er globaal genomen geen verschil wordt gevonden.
- Wel een verschil met wachtlijsten en mensen die niet behandeld worden, dus opnieuw wordt gevonden: psychotherapie effectief maar geen verschil tussen therapieën.
- Zie slides voor tabellen en figuren
- Als we nu al die bevindingen samennemen van onderzoek naar absolute effectiviteit dan zien we globaal dat psychotherapie een groot effect heeft, met gemiddelde effect size van .80, en dat komt systematisch terug.
- De relatieve effectiviteit (dus het verschil tss therapieën) is zeer klein: een effect size tussen 0 en .20.
- We zien kleine verschillen tussen verschillende behandelingen, wat we wel zien zijn grote verschillen binnen groepen: bij mensen die binnen een studie in één conditie zitten zien we dat gemiddeld een therapie effect heeft maar binnen die

groep zien we mensen die zeer veel verbeterd zijn, mensen die een beetje verbeteren en mensen die zelfs verslechteren.

- Dat is iets wat niet wordt meegenomen in dergelijk onderzoek of in behandelrichtlijnen, als een behandeling werkt moet ze geïmplementeerd worden (logica van de empirically supported treatment) maar binnen zo'n groep zien we een heel groot verschil en is dat iets wat zeer veel vragen oproept.

Interpretatie van bevindingen effectiviteitsonderzoek

- Hoe worden bevindingen van effectiviteitsonderzoek eigenlijk geïnterpreteerd?
- Opnieuw komt het debat naar voor tussen medisch en contextueel model: het gegeven dat er tussen therapieën bijna geen verschil wordt gevonden in uitkomsten ondanks het feit dat die therapieën echt niet equivalent te noemen zijn, dat therapieën erg verschillen maar dat de uitkomsten hetzelfde zijn. = equivalentieparadox = dodo bird verdict.
- Met al dat RCT onderzoek is dat iets wat opnieuw opkomt, dus blijkbaar is er weinig evidentie, alle psychotherapieën die bedoeld zijn om te werken die blijken te werken. Hoe interpreteren we dat nu en wordt dat dodo bird verdict zo aanvaard? (→ Daarover gaan 2 artikels in de syllabus)

	Medisch model	Contextueel model
Absolute effectiviteit	psychotherapie is effectief	psychotherapie is effectief
Relatieve effectiviteit	verschil ts behandelingen (dodo bird effect klopt niet)	geen verschil ts behandelingen (dodo bird effect)
Specifieke factoren	evidentie voor effect specifieke factoren	geen evidentie voor effect specifieke factoren
Algemene factoren	algemene factoren < specifieke factoren	algemene factoren > specifieke factoren
Allegiance & adherence	adherence cruciaal allegiance onbelangrijk	adherence onbelangrijk allegiance cruciaal
Therapeuteffecten	relatief kleine effecten	relatief grote effecten

Handwritten notes: Wampold (circled), DeRubeis (circled)

- Artikels gaan allebei over die bevinding, dat er zo weinig verschil wordt gevonden tussen verschillende vormen van therapie, en eigenlijk gaat dat terug op het debat tss medisch en contextueel model, die modellen willen allebei op grond van hun assumpties verschillende voorspellingen doen over wat er zou gevonden worden in een psychotherapie.
- Ze voorspellen allebei dat psychotherapie effectief is, maar een medisch model verwacht wel dat er een verschil is tussen behandelingen, want een medisch model gaat er van uit dat een interventie werkt op grond van zijn specifieke factoren die inwerken op specifiek probleem, dus als therapie werkt is dat omdat dat inwerkt op specifiek onderliggend probleem en moet er dus een verschil zijn.
- Zij verwachten dus ook dat we evidentie moeten vinden voor de specifieke factoren van een model en dat de algemene factoren (therapeutische relatie, verwachting patient, ...) dat die wel een effect kunnen hebben maar dat dat veel kleiner is dan de specifieke effecten omdat dat randfenomenen zijn.
- Allegiance is niet belangrijk: het doet er niet toe waar de onderzoeker in gelooft, het is de behandeling, het technische, iets objectief → medisch model sluit aan bij positivistische opvatting
- Adherence: het is belangrijk dat je manual volgt want het zijn de interventies die bepalen of een therapie werkt
- Daarnaast verwachten ze dat de verschillen tussen therapeuten relatief klein zijn want het gaat om het toedienen van een technisch te specificeren interventie.

- Een contextueel model aan de andere kant doet heel andere voorspellingen en die bespreekt Wampold in zijn artikel, en hij geeft argumenten waarom hij vindt dat een contextueel model meer te verdedigen valt, meer in lijn is met de bevindingen die gedaan worden in RCT-onderzoek dan een medisch model; dus hij geeft argumenten op verschillende niveaus.
- In dat artikel staan de argumenten mooi geordend die zeggen dat de resultaten die we in onderzoek vinden meer evidentie bieden voor een contextueel model dan voor een medisch model.
- In het artikel van DeRubeis, stelt hij dat een stuk in vraag: er zijn andere mogelijke interpretaties die toch evidentie geven voor specifieke factoren en die evidentie voor algemene factoren is vanzelfsprekend.

Wampold (2007): Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment (artikel)

- Wampold/het contextueel model vertrekt vanuit een belangrijk gegeven: een therapeutische situatie → wat daar belangrijk is, is de vertrouwensband tussen therapeut en patiënt, dus affectief geladen vertrouwensband tussen 2 mensen.
- Belangrijk om te verklaren dat er iets verandert: welke 'rationale' heeft een patiënt voor zijn eigen problemen? Belangrijke om te weten, dus dat heeft een belangrijke invloed en psychotherapie is iets dat een nieuwe verklaring aanreikt: die problemen niet als onontkoombaar ziet, waar de rationale van de patient (=hoe hij zijn problemen ziet) vaak iets van wanhoop is, biedt psychotherapie een verklaring die het wel als 'veranderbaar' voorstelt, maar die wel nog in voldoende mate aansluit bij de patient zijn rationale zodanig dat je die daar kan in meetrokken om daarmee aan de slag te gaan.
- Daarnaast is het belangrijk dat die rationale gekoppeld wordt aan bepaalde interventies, dus er is iets wat we moeten doen in therapie om iets te veranderen aan dat probleem en dat is gekoppeld aan de verklaring hoe dat probleem eigenlijk in elkaar zit. Wat daar belangrijk aan is, is dat die verklaring zowel voor therapeut als voor patiënt iets is waar ze in kunnen geloven eerder dan dat ze juist is.
 - Voor een medisch model is de juistheid van de verklaring cruciaal, het gaat over de juistheid van het onderliggend causaal mechanisme waarop we rechtstreeks inwerken met ons technische interventie. Voor een contextueel model gaat het niet zozeer over: 'is dat juist' maar wel 'is dat iets waar de therapeut kan achterstaan en waar de patiënt in kan geloven', dus de aanvaarding van die rationale is een heel belangrijk kenmerk van psychotherapie volgens het contextueel model. Voor die aanvaarding is dan ook de therapeutische relatie van belang.
- Hij bespreekt in dat artikel wat er wordt gevonden in onderzoek, drie argumenten voor het contextueel model:
 1. Psychotherapie is werkzaam, (sluit aan bij zowel medisch als contextueel model)
 2. De relatieve effectiviteit, dus de bevinding dat er weinig verschil tussen behandelingen is, sluit aan bij contextueel model. Het is niet zozeer de specifieke behandeling die zorgt dat iets werkt, het zijn andere factoren die zorgen dat iets werkt.
 3. Het onderzoek dat gebeurt naar specifieke factoren.
 - Vaak wordt aangehaald als argument voor specifieke factoren dat een behandeling beter werkt dan een placebo-behandeling.

- Een placebo behandeling: daar veronderstellen we dat er enkel de algemene factoren zijn, dus er is een therapeutische relatie, er zijn bv. ondersteunende gesprekken (supportive counseling wordt vaak als placebo-interventie gehanteerd) en dan wordt er gezegd als de effectieve behandeling beter werkt is dat evidentie voor de specifieke factoren omdat je gecontroleerd hebt voor de algemene effecten, wat gelijk is tussen 2 groepen zijn de algemene effecten en wat verschillend is zijn de specifieke.

Group I	Group II
Complete Treatment	Treatment without Critical Specific Ingredient
<ul style="list-style-type: none"> • All specific ingredients, including critical specific ingredients • All incidental aspects 	<ul style="list-style-type: none"> • All other specific ingredients • All incidental aspects

Groups for Dismantling Study

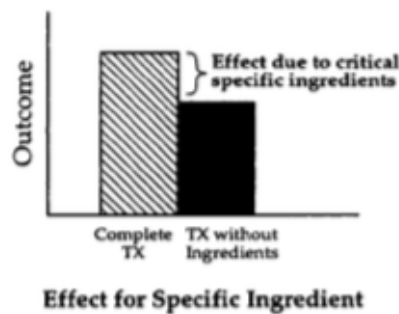


Figure 1. Dismantling study illustrated. Tx = treatment.

- Wampold argumenteert: dat is niet correct, want er is een cruciaal element van psychotherapie dat ontbreekt in een placebo-conditie, nl. de rationale, er is een verklaring voor het probleem waar de therapeut en de patient zich in kunnen vinden en waaraan een aantal interventies gekoppeld zijn die daarop inwerken. Onafhankelijk van of ze nu juist zijn of niet maar die rationale ontbreekt in gewoon ondersteunende gesprekken. Om dat te onderzoeken moeten we volgens Wampold niet een behandeling-groep met placebogroep vergelijken maar moeten we een behandeling met dezelfde behandeling maar zonder één cruciale interventie vergelijken,
 - bv. onderzoek bij cognitieve gedragstherapie voor paniekstoornis waar bij de ene groep relaxatie wordt gebruikt en in de andere niet. Dat zijn interventies die gedacht worden cruciaal te zijn in het behandelen van paniek. Hij vat die studies samen, de hypothese is vanuit een medisch model dat als je de volledige behandeling vergelijkt met de behandeling zonder specifiek ingrediënt, dat er een verschil is in effectiviteit. Er wordt gevonden dat dat verschil er niet is, dat de outcome hetzelfde is voor het vergelijken van twee groepen (= therapie-ontmantelingsdesign, waarbij de therapie wordt ontmanteld in zijn componenten, er wordt één uitgehaald die gedacht wordt belangrijk te zijn en we kijken of dat die noodzakelijk blijkt voor het effect). Wat blijkt, daar is geen evidentie voor te vinden.

DeRubeis et al. (2005): A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument

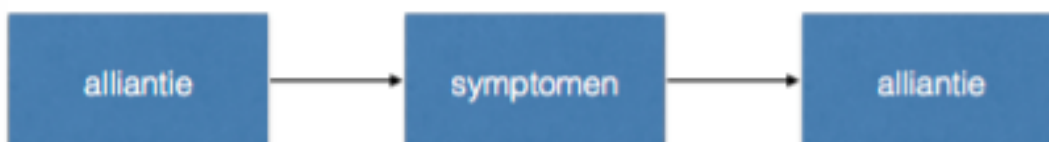
→ Pleidooi voor belang specificiteit (medisch model)

In het volgende artikel (derubeis) stelt hij dat in vraag. Zijn pleidooi is voor de werkzaamheid van specifieke factoren dus voor een meer medisch model.

- Hij haalt argumenten aan om te zeggen dat het Dodo Bird Verdict niet klopt. Hij zegt dat het niet waar is dat er geen superioriteit wordt gevonden voor bepaalde behandelingen en hij geeft een aantal voorbeelden. Het eerste stuk van het artikel geeft hij een aantal voorbeelden van studies waar geen equivalentie gevonden wordt, als we dat vinden dan moeten we dat tenminste serieus nemen, dan moeten er blijkbaar toch specifieke effecten zijn voor sommige behandelingen?
 - Eigenlijk in lijn met Wampold's argumentatie zijn de voorbeelden die hij geeft weinig overtuigend. Eigenlijk kunnen we over bijna al die studies die hij aanhaalt besluiten dat de behandeling waarmee vergeleken wordt niet voldoet aan die criteria die psychotherapie uitmaken. Dus een psychologische behandeling met een duidelijke rationale enz. Dit eerste argument is dus niet zo sterk, als je die studies leest met Wampold zijn artikel kan je dat eigenlijk weerleggen. (Probeer als je dat leest of je zelf kunt beargumenteren waarom dat geen sterk argument is.)
- Zijn tweede punt is dat ookal hebben twee behandelingen hetzelfde effect, dat is eigenlijk niet zomaar een reden om te zeggen dat dat effect verklaard wordt door de algemene factoren. Dat kan nog altijd zeggen dat dat zelfde resultaat het resultaat is van verschillende specifieke factoren. Dat is waar, op basis van RCT-onderzoek op zich kunnen we dat besluit niet trekken, daar moeten we ander onderzoek voor doen. Dat beargumenteert ook dat we zouden moeten bestuderen langs welke weg zo'n effect bestudeerd wordt om uitspraken te doen over hoe dat bereikt wordt en of er sprake is van al dan niet verschillende wegen, mechanismen langs waar verandering bewerkstelligd wordt. Met andere woorden, eigenlijk is daar procesonderzoek voor nodig.
- Het derde punt dat hij wil maken is op het gegeven dat de therapeutische relatie vaak als belangrijkste algemene factor naar voor wordt geschoven en als belangrijkste verklarende variabele om te begrijpen waarom er geen verschillen zijn tussen verschillende therapieën.
 - We moeten daar dieper op ingaan ofdat de therapeutische relatie wel zo effectief is.
 - Ten eerste stelt hij: de variantie die verklaard kan worden door de therapeutische relatie blijkt niet zo groot te zijn, hij geeft daar een correlatie die vaak gevonden wordt (.26) tussen uitkomst en

therap relatie. 0.26 is niet zo hoog, maar het is veel hoger dan de hoeveelheid variantie die verklaard wordt door de behandeling op zich. Dus met andere woorden, we moeten het ook niet zomaar van tafel vegen want er is bijna geen evidentie voor relatieve effectiviteit, de hoeveelheid variantie die verklaard wordt door specifieke factoren is veel kleiner dan de variantie die verklaard wordt door de therapeutische relatie.

- Daarnaast stelt hij de vraag: dat verband, hoe moeten we dat interpreteren? Is dat door de therapeut dat er een betere relatie is? Is dat door de patiënt of door de interactie tussen beide? Want als de therapeut verantwoordelijk is voor een goeie therapeutische relatie, dan wil dat zeggen dat we moeten bestuderen hoe een therapie zo'n goeie relatie installeert en we moeten ons afvragen: kunnen we dat aanleren? Als het de patiënt is hebben we daar weinig aan te doen, maar de meest plausibele verklaring is dat het de interactie is tussen beiden die verklaart of er een goeie therapeutische relatie is of niet, en dat is niet makkelijk te bestuderen. Daar is nog heel weinig onderzoek naar.
- Ten slotte zegt hij: het is niet omdat de therapeutische relatie gevonden wordt samen te hangen met outcome, dat dat de oorzaak is van veranderen, misschien is het wel zo dat omdat symptomen veranderen door specifieke factoren bv dat de therapeutische relatie verbetert en is het verband dus omgekeerd.
- Daar is ondertussen al meer onderzoek naar gedaan, want in het artikel van DeRubeis zegt hij dat er geen onderzoek is dat iets kan aantonen over de volgorde van de verschillende factoren. Ondertussen is dat er wel, dat toont dat een goeie therapeutische alliantie in het begin verandering in symptomen voorspelt en dat dat op zijn beurt een goeie alliantie voorspelt. Het is niet zo dat symptomen de alliantie voorspellen maar het is eigenlijk in een proces dat het een het andere versterkt.



➔ Dat wil niet zeggen dat we hier geen vragen kunnen bij stellen, dat is grootschalig onderzoek, je kan daar ook vragen bij stellen, maar het is wel zo zoals DeRubeis aanhaalt, er is meer onderzoek nodig naar die processen maar de evidentie voor die specifieke factoren blijft toch zeer beperkt. Wat weten we eigenlijk over die

algemene factoren? De therapeutische relatie is reeds besproken en blijkt belangrijk. Wat ook belangrijk blijkt te zijn, zijn de voorkeuren van de patiënt, wat een patient op voorhand denkt dat voor hem gaat helpen en waar hij voorkeur voor heeft, bepaalt of voorspelt heel erg of mensen door die eerste vaak moeilijke periode van therapie geraken en dus niet snel stoppen en voorspelt ook een betere uitkomst. Mensen hebben zeker sterke voorkeuren en het is ook moeilijk om daar geen rekening mee te houden, mensen voelen zich niet comfortabel in de therapeutische relatie als hun vraag op een heel andere manier benaderd wordt.

Therapeuteffecten

- Wat zijn verschillen tussen therapeuten? Verschillen therapeuten in hoe effectief ze zijn in het werken met mensen? Dat is een delicate vraag want als therapeut kom je in een kwetsbare positie, het is niet makkelijk om daar onderzoek naar te doen, er wordt gekeken naar hoe effectief jouw praktijk is in vgl met de praktijk van iemand anders. Daar is wel al wat onderzoek naar gedaan, niet vanuit systematisch onderzoek, maar vanuit observatie in centra. In de psychotherapeutische wereld wordt soms wel opgemerkt dat er therapeuten zijn die blijkbaar zeer grote effecten hebben & waarbij patiënten heel veel veranderen, dat wordt vooral in instellingen opgemerkt waar vss therapeuten werken, dat patiënten die door een bepaalde therapeut behandeld worden er blijkbaar veel beter aan toe zijn. Er zijn blijkbaar die uitzonderlijke therapeuten bij wie mensen spectaculair verbeteren, veel meer dan bij anderen.
- Voorbeeld van een studie bij 91 therapeuten die samen ongeveer meer dan 1800 patiënten gezien hebben, waarbij ze keken naar uitkomsten, en globaal genomen is dit het verloop van de scores op de outcome-questionnaire (uikomstenonderzoek) die patiënten elke week hadden ingevuld, we zien gemiddeld een daling (van ong. 75 naar 63)

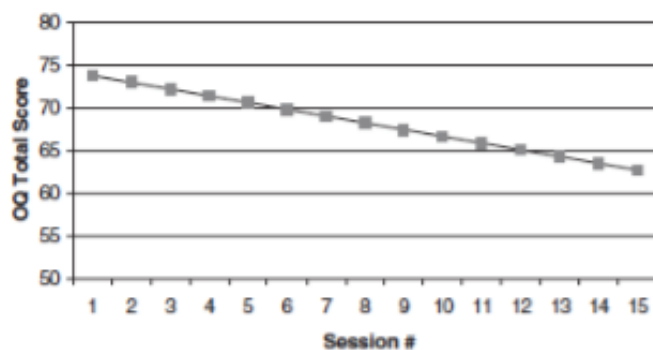


Figure 1. HLM growth curve for the entire client sample

- Daarna hebben ze dat per therapeut opgesplitst. We zien dat er een gigantisch

verschil is. Lijnen van therapeuten verschillen nogal. Daarnaast zien we ook dat er een verschil is voor soorten pathologie. Die effecten blijken heel groot en dat is interessant, maar dat is ook niet vanzelfsprekend want hoe komt dat ?

- Het is niet dat we dat zomaar mogen aannemen, we kunnen ons de vraag stellen: er zijn altijd maar een paar sessies, het effect dat je daar meet is dat lange termijn-effect? Kan je dat zelfs bereiken over 9 sessies?
- Is de verandering die ih begin van een therapie gebeurt, is dat iets dat substantiële verandering is of is dat verandering als gevolg van de opluchting om in therapie te zijn en is er dan bv. een verschil in hoe goed therapeuten mensen in het begin hoop kunnen geven? Blijkt dat kunnen geven van hoop aan mensen zeer belangrijk is om ze in therapie te houden, en om aan de slag te gaan met moeilijke onderwerpen. Je merkt in de praktijk: De eerste 5-6 sessies is er vaak een grote verbetering en dan als mensen langer komen zie je dat het vaak terug moeilijker gaat. Het is voor mensen echt een gigantische stap om naar een therapeut te komen, er rust nog steeds een groot taboe op en heel veel mensen die komen spreken dat ze al jaren denken over therapie maar dat ze beschaamd zijn om hulp te vragen, dus als ze die moeilijke stap hebben gezet heeft dat vaak al een effect omdat er vooruitzicht is naar verandering. Dat effect komt ook door in die eerste sessies, mensen kunnen voor het eerst vaak een verhaal doen, dus dat heeft zeker een effect en creëert hoop en opluchting die we hierin ook kunnen weerspiegeld zien. Het is van belang dat we dit in zijn context kunnen plaatsen en dat we daar ook de minpunten van kunnen zien.

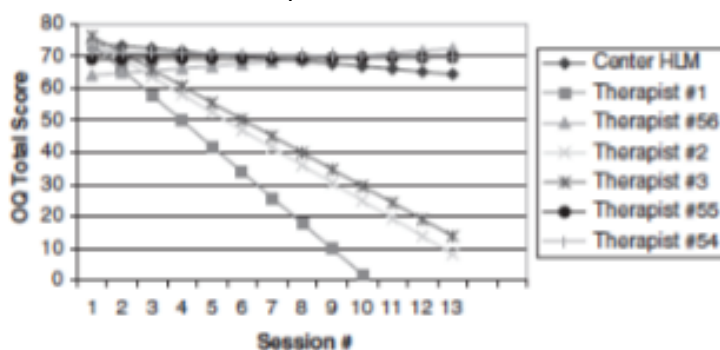
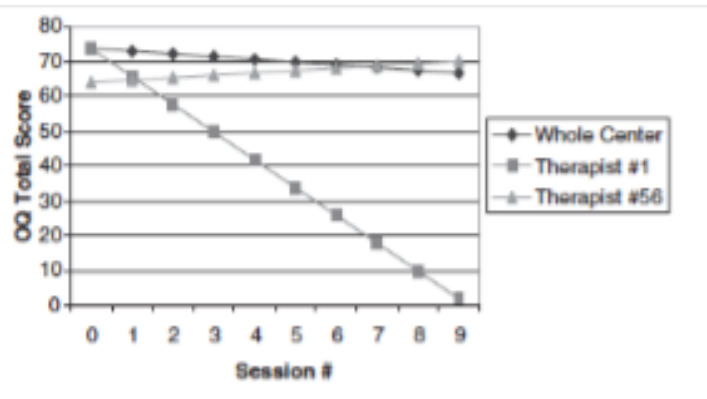


Figure 3. HLM growth curves for top three versus bottom three therapists



- Als we alles samennemen wat we overlopen hebben, dan hebben we een hele hoop onverklaarde variantie en wat blijkt nu, eigenlijk het grootste deel van de uitkomsten is toe te schrijven aan factoren die bij de cliënt liggen, dus dat gaat over ernst van de pathologie, context, demografische variabelen, heel veel zaken die we deels kunnen bestuderen en die deels onvoorspelbaar zijn.
- Het diagram is één van de schattingen die soms gemaakt wordt met één van de opdeling waar bv. de verwachting, de hoop die patiënten hebben als los wordt beschouwd van common factors maar soms wordt dat samengenomen, soms zijn therapeuteffecten apart, dus dat is geen absoluut of waar gegeven, er zijn verschillende schattingen over het relatieve belang van de verschillende factoren, de schattingen variëren van 1% van de variantie tot 15% (maar dat is zowat de bovengrens). Meestal zijn de schattingen veel kleiner.
- De algemene factoren hebben een matig tot groot effect, daarnaast vinden we grote verschillen tussen therapeuten
- Het grootste veld, dat soms tot 70% wordt geschat, zijn de cliëntkarakteristieken.

**Percentage verbetering bij
psychotherapiepatiënten in functie van
therapeutische factoren (Lambert, 1992)**



-
- Terugkerend op het voorbeeld van de studie naar voeding en wat voor iemand gezonde voeding is: er zijn heel veel parameters, om een individuele aanpak te bepalen moeten we weten welke parameters relevant zijn dus zouden we ook hier meer zicht op moeten hebben.
 - De vraag die we ons stellen is: heel die periode waarin zoveel geïnvesteerd is in RCT-onderzoek, in het proberen bewijzen dat de ene behandeling beter werkt dan de andere, was dat naast de kwestie? Hebben we daar niet heel veel geïnvesteerd in het onderzoeken van die relatieve effecten die maar van zo'n klein belang lijken? Moeten we dus niet meer die andere factoren onderzoeken en kunnen we daar niet meer leren over hoe we behandeling moeten denken?

- Er is heel wat van het klinisch veld buiten beschouwing gelaten, daar is onderzoek naar, we hebben ook bevindingen besproken maar dat onderzoek is veel beperkter. Waar er duizenden RCT's zijn zijn er geen duizenden studies naar die andere factoren waar we misschien meer uit zouden kunnen leren voor behandeling. Het maat natuurlijk een stuk de behandeling moeilijker maar vandaar de vraag of we niet hebben ingezet op iets wat ons misschien niet of nauwelijks gaat helpen.

Predicties medisch vs. contextueel model (herhaling)

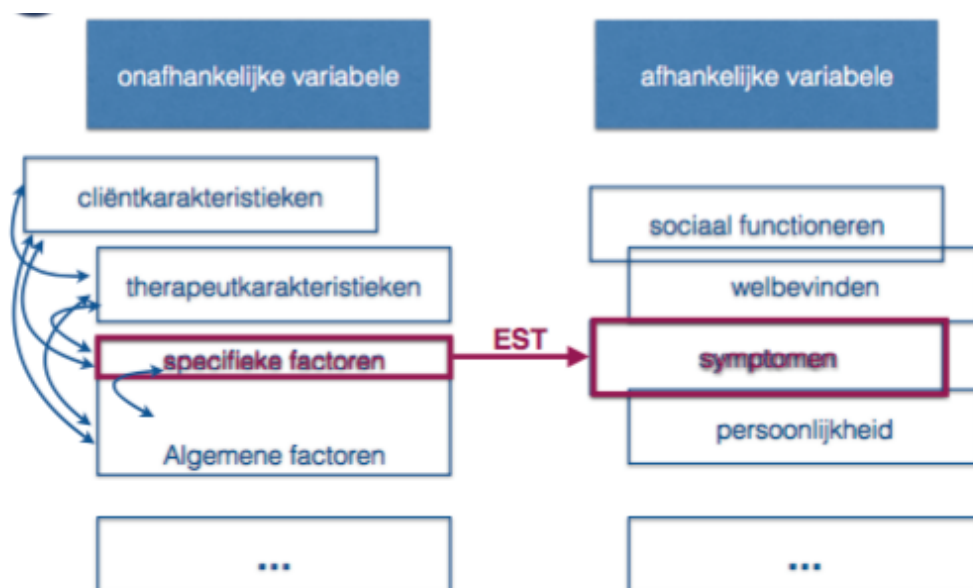
- Wat verwachten we eigenlijk vanuit die 2 opvattingen over psychotherapie, kunnen we therapie best begrijpen vanuit medische of contextuele opvattingen, → trekken beiden een aantal andere variabelen van een aantal andere kenmerken van psychotherapie naar voor als cruciaal om te begrijpen waarom psychotherapie werkt
- Als we kijken naar absolute effectiviteit ('werkt psychotherapie?' in vergelijking met geen behandeling), dan wordt gevonden dat therapie effectief is.
 - Daar gebeurt nu nog weinig onderzoek naar omdat het niet evident is om mensen die psychisch problemen of een vraag naar behandeling hebben niet te behandelen, dat is ethisch problematisch. Het is ook moeilijk om goeie controlegroepen samen te stellen want bv. als mensen op wachtlijst komen kunnen heel wat andere variabelen dat onderzoek verstoren: frustratie, of omgekeerd: de verwachting dat ze geholpen gaan worden, dat is moeilijk om zo'n onderzoek te doen → heel snel is het onderzoek verschoven naar het verschil tss therapieën.
 - Werkt de ene therapie nu beter dan de andere? Globaal heel weinig verschil getoond, hier en daar zijn studies die iets van verschil tonen maar eigenlijk niet meer dan dat je bij toeval zou verwachten dat er wel eens een verschil gevonden wordt, er wordt meestal en zeker als studie samengenomen worden nagenoeg geen verschil gevonden tss de verschillende soorten ookal zijn die behandelingen zelf wel heel verschillend.
- Een andere veronderstelling van een medisch model is dat een behandeling werkt omdat we specifieke interventies doen en dat we inwerken op een causaal mechanisme dus dat impliceert dat we zouden moeten evidentie vinden dat het weglaten van zo'n cruciaal veronderstelde elementen de werkzaamheid onderuithaalt. In die context hebben we het therapie-ontmantelingsdesign gezien en gezien dat daar heel wienig evindentie voor gevonden is, als er interventies uit een bepaalde behandeling gehaald worden die gedacht worden zeer belangrijk te zijn dat dat eigenlijk geen verschil maakt met effectiviteit.

- Nog een veronderstelling van medisch model is dat therapeutische relatie en verwachtingen vd patiënt wel een rol kunnen spelen maar dat die ondergeschikt is aan de werkzaamheid vd technische factoren.
 - Het contextueel model zegt dat de therapeutische relatie, de verwachting, de rationale, vooropgesteld wordt als veel belangrijker dan de juistheid van die interventies, het is de mate waarin iemand dat kan hanteren als een kader om problemen in te begrijpen, en dat is dan de manier om verandering te bewerkstellingen.
 - We hebben ook gezien dat er heel wat evidentie is voor het belang van die algemene factoren zoals verwachting, rationale, therapeutische relatie en dat die meer variantie verklaren van uitkomsten dan specifieke factoren (technische interventies)
- Therapeut-effecten: heel grote verschillen zijn tss therapeuten, niet bij elke therapeut verbeteren mensen even sterk.
 - Ook iets is dat het medisch model niet voorspelt, omdat zij zeggen dat trainingen vaardigheden kunnen verbeteren en het is belangrijk dat behandelingen juist wordt toegepast, maar als je dat optimaliseert zou iedereen vergelijkbare effecten moeten hebben want het is de behandeling zelf die belangrijk is en niet zozeer de persoon, maar zoals we gezien hebben zijn er wel verschillen tss therapeuten onderling.

➔ Als je alles samenneemt zijn er verschillende inschattingen van het relatieve belang van die verschillende factoren. We de vraag gesteld naar het effect van decennialang zoveel te investeren in het proberen bewijzen dat de ene therapie beter werkt dan de andere. Hebben we daar niet veel vragen die belangrijk zijn of veel processen & veel aspecten van een therapeutische situatie verwaarloosd ten koste van het zoeken naar empirically supported treatment? Hebben we daar niet ingezet op het verkeerde?

“Just as there is nothing so practical as a good theory, there is nothing so causally decisive as a good experiment (or, more accurately, a meta-analytic aggregation of a body of such experiments). The major question is the extent to which RCT’s as they have been conducted to date provide answers to the questions most important to everyday clinical practice. “

- Hebben we daarmee dan een antwoord op de vragen die ons kunnen helpen om de psychotherapeutische praktijk te verbeteren? Want is na die decennia onderzoek de psychologische hv nu werkelijk zo veel verbeterd, helpen we nu zoveel mensen? Daar lijkt het niet op, en er zijn een heel deel factoren die ons meer zouden kunnen leren over hoe we beter kunnen werken in klinische praktijk dan focus op specifieke factoren en symptomen.
 - Eigenlijk veronderstellen we vanuit de logica van empirically supported treatment dat het zinvol is om vooral in te zetten op een bepaalde behandeling die werkt op een bepaalde stoornis of bepaalde symptomen en dat dat het meest zinvol is om daarop in te zetten en dat we er niet van moeten uitgaan dat die zaken interageren met al die andere factoren.
 - Als we zo inzetten op behandelpakketten, globale behandeling die inwerkt op bepaalde symptomen dan veronderstellen we eigenlijk als we dat apart en in een experimenteel design onderzoeken waarbij we er van uitgaan (als we al de rest ongeveer gelijk houden of controleren en we laten tussen twee groepen enkel dit verschil), dat we dan een causale conclusie kunnen trekken over het effect van die behandeling op die symptomen en zo moeten we onze praktijk oriënteren, daarop moeten we ons baseren om beslissingen te nemen over wat we doen in klinische praktijk.
 - Gaat er van uit dat al die pijltjes niet bestaan, dat er dus geen interactie is tussen therapeut en behandeling die ze gebruiken, tss therapeut en cliënt, tussen algemene factoren en specifieke factoren, en dat we een stoornis kunnen opvatten op die manier en dat dat ook een beetje op zich bestaat.



- Eigenlijk gaat dat er van uit, vandaar dat figuur, dat dat een lineair systeem is, dat we kunnen reduceren tot een beperkt aantal variabelen die op elkaar inwerken zonder dat er sprake is van complexe interactie met andere variabelen, dat één plus één twee is altijd voor iedereen. Dan beweegt dat in bepaalde richting, dat is eenduidig te voorspellen en loopt altijd hetzelfde, in een lineair systeem kunnen we het effect van het ene op het andere voorspellen en dat is altijd hetzelfde.

Assumpties medisch model – EST onder de loep

- Als we dieper ingaan op een aantal van die assumpties en veronderstellingen, doen we dat om twee redenen:
 - o Zoals gezegd, de vraag ‘sluit dat aan bij het studie-object’, bij hetgene dat we willen bestuderen? Door ons vragen te stellen: vanuit welke assumpties doen we dat eigenlijk, leren we heel veel over hetgene we bestuderen? Dat zijn assumpties die meestal niet in vraag gesteld worden dus we willen ergens gevalideerde behandelingen, we willen behandelingen onderzoeken zodanig dat die behandelingen gevalideerd zijn en dat we kunnen zeggen dat die werken en dat we die kunnen toepassen in de praktijk. Wat er niet gebeurt is de assumpties waarmee we die valideren, die zijn vaak niet gevalideerd, die nemen we impliciet aan, maar die hebben wel een groot effect en als we dat stuk gewoon afsluiten dan komen we misschien wel in de situatie dat we onderzoek doen dat een stuk voorbij gaat aan veel cruciale elementen of een aantal problemen die er zijn negeert.
 - o Anderzijds, als we in de praktijk stappen, in dat diagram van EBP: dat zijn verschillende factoren, dat zijn ook therapeut- en cliëntvoorkeuren maar daarnaast wordt er heel vaak een hiërarchie naar voren geschoven, waarbij een methode vooropgesteld wordt, de RCT en de meta-analyse, waarbij eigenlijk gedacht wordt in de logica van: we kunnen methoden categoriseren naar wat ons nu de best bruikbare evidentie levert, los van onze onderzoeksvraag. Dat is een heel vreemde redenering want eigenlijk is een methode iets wat je selecteert in functie van onderzoeksvraag. Afhankelijk van bepaalde OV ga je bepaalde methode hanteren, sommige vragen willen kwalitatieve benadering, andere kwantitatief, sommige groepsdesign... dus in functie van vraag kan methode verschillen, er is niet zomaar één methode die inherent de beste methode is. Dat zit wel in het discours, ook in bv. de hiërarchie van evidentie die door de APA wordt toegevoegd aan model met diagram voor EBP waar eigenlijk een contradictie inzit. Dus van daar uit, omdat het wel iets is wat heel dominant aanwezig is en waar zoals gezegd heel weinig vragen bij gesteld

worden. Die assumpties zijn impliciet, worden niet in vraag gesteld maar hebben wel grote effecten. We creëren een bepaalde werkelijkheid en we moeten ons de vraag stellen: welke effecten heeft dat en in hoeverre vinden we dat oke dat die effecten er zijn?

We gaan in op de volgende assumpties:

- Specifieke behandeling voor specifieke stoornis die op zich bestaat
- Objectiviteit onderzoeksmethode
- Meetbaarheid psychische fenomenen

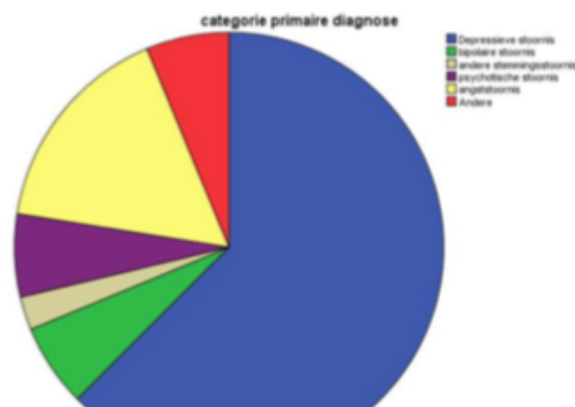
Specifieke behandeling voor specifieke stoornis

- De eerste assumptie is dat het medisch model, en bij uitbreiding de benadering van EST en het idee van de RCT, er van uit gaan dat we psychische problemen op zich kunnen beschouwen, en dat we daarop kunnen inwerken met een specifieke behandeling.
 - Dat gaat over het entiteitsmodel van psychopathologie, dat is een stuk verwant aan een realistische opvatting: dingen zijn door de natuur gegeven en wij observeren de natuur, onbemiddeld, wat er uit de natuur oprijst observeren we en de wetenschap is de spreekbuis vd natuur, dat is de impliciete assumptie van deze opvatting.
 - Hoe wordt daarmee omgegaan, waar komt dat concreet op neer: we beschouwen stoornissen als op zich bestaand en apart van elkaar, zoals een ziektemodel, dus maw als mensen 2 diagnoses krijgen dan staan die los van elkaar, dat is het idee van additiviteit,
 - als iemand verslavingsproblematiek en PTSD heeft moeten we beschouwen als los van elkaar en moeten die sequentieel kunnen behandelen. Dan kijken we naar wat er prioritair is, dan gaan we naar een behandeling voor het ene, en daarna een behandeling voor het andere.
 - Het andere idee is dat wij eigenlijk een label kleven op symptomen die vaak samen voorkomen, maar dat dat niet zo iets is. Dat is een ziekte die op zich bestaat maar voor ons is dat een bruikbare categorie om daarover te denken wat niet wil zeggen dat die categorie niet samenhangt met andere of daar onafhankelijk van is.
 - Om een behandeling voor zo'n specifieke stoornis te onderzoeken proberen we een homogene steekproef te verzamelen:
 - gaat over de interne validiteit van de RCT, om die te maximaliseren moeten we zo veel mogelijk controleren en moet dus alles gelijk zijn, enkel willekeurige verschillen behalve de

behandeling, dus we willen dat die groep patiënten zo homogeen mogelijk is

- het meeste onderzoek is gebaseerd op DSM-diagnostiek , stoornissen zoals beschreven in DSM, veelal as 1-stoornissen, af en toe as 2
- Die steekproeven stellen we samen door diagnoses te stellen en op voorhand te bepalen wat de in- en exclusiecriteria zijn, bv. bij depressie gaat dat vaak over geen comorbide stoornissen of slechts zeer beperkt, geen verslavingen, geen psychose... bv. bij depressie mag er meestal geen suïcidaliteit zijn.
 - interne en externe factoren die bepalen waarom we in- en exclusiecriteria hanteren, het kan zijn dat die de methode bemoeilijkt, of het kan zijn omwille van inhoudelijke, theoretische redenen, dat we veronderstellen dat als een bepaalde problematiek erbij komt dat het dan over iets anders gaat. De redenering die vaak gehanteerd wordt: middelenmisbruik kan in zo'n mate de depressie beïnvloeden, je kan daar eigenlijk niet rond werken, dat is een inhoudelijke reden om te veronderstellen dat dat dan echt over iets anders gaat.
- Men heeft mensen geïnterviewd in kader van een onderzoek in een psychiatrische populatie waarbij ongeveer tussen 80 en 90 patiënten drie keer uitgebreid zijn geïnterviewd en daar is een diagnostisch interview afgenomen om te bepalen wat de diagnoses volgens de DSM zijn. Stel dat we een onderzoek doen naar depressie, hoeveel patiënten uit die groep zouden dan in aanmerking komen?
 - Diagram van de primaire diagnose, dus de eerste diagnose die de mensen hebben gekregen, daar zien we dat ongeveer 70 procent een depressieve stoornis heeft gekregen en daarnaast dan nog een reeks andere.

Een voorbeeld

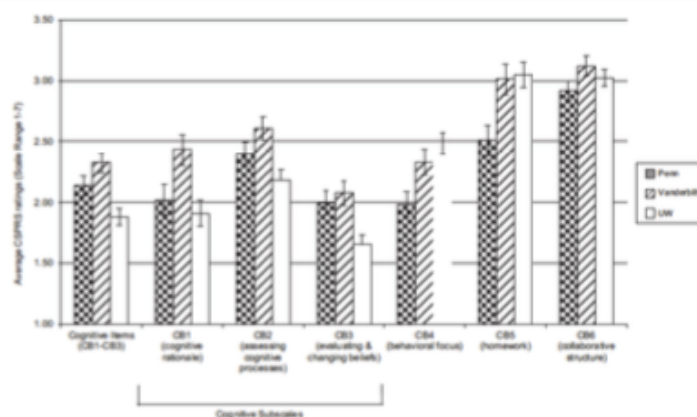


- Als we nu de in- en exclusiecriteria zouden toepassen die gangbaar zijn in RCT-onderzoek dan zien we dat er eigenlijk maar 2 patiënten overblijven die in aanmerking zouden komen. Alle andere patiënten die diagnose van stemmingsstoornis hadden, hadden ofwel een andere diagnose die in zo'n onderzoek niet aanwezig mag zijn of was er sprake van suïcidegevaar en komen die ook niet in aanmerking in het meeste onderzoek naar depressie. Dus blijven er van die 80 twee mensen over.
- Die twee mensen, zouden we zeggen dat dat hetzelfde probleem is, dat je daar op dezelfde manier mee kan omgaan?
- Twee patiënten die overblijven van de 80, dat kan ons vragen doen stellen bij: de mate waarin we dergelijk onderzoek dan wel kunnen generaliseren, als we zo'n groep patiënten hebben en daar komt bijna niemand van in aanmerking, kunnen we dan zeggen dat onze steekproef representatief is? We hebben het al vaak gehad over de interne validiteit van de rct die we proberen maximaliseren via controle van zo veel mogelijk variabelen, maar daarnaast is er ook zoiets als externe validiteit: in welke mate kunnen we dat vertalen naar de praktijk? In welke mate is onze steekproef representatief en kunnen we dus onze conclusie over de behandeling extrapoleren naar de populatie van mensen met een diagnose van depressie?
 - Daar is al veel onderzoek naar gedaan waaruit blijkt dat tot 75% van mensen met majeure depressie, angststoornis, ... worden uitgesloten van RCT-onderzoek omwille van strikte in- en exclusiecriteria. Van daaruit kunnen we dan de vraag stellen in hoeverre dat representatief is en of we daar wel zo makkelijk kunnen generaliseren.
 - Het is problematisch om te generaliseren van één geval naar een grote groep mensen, de bedoeling van dit onderzoek is net wel om dat te doen, maar daar botsen we op een ander probleem, nl. als onze steekproef niet representatief is hebben we evengoed moeilijkheden om te generaliseren en om dat dus te vertalen naar de praktijk.
- Die twee patiënten, is dat een gelijkaardig beeld of probleem? Eigenlijk zijn ze vrij verschillend, die twee mensen hebben een diagnose van depressie maar die depressie, als je dat bekijkt dan verschijnt dat op een heel andere manier. Bij de ene man zie je symptomen van een gebrek aan energie, tot niks meer komen, geen plezier. Bij die andere is het meer iets van lage zelfwaarde, de symptomen verschillen dus: in die zin is het niet dezelfde depressie en de inbedding in de context en het ruimere psychisch functioneren lijken ook heel erg te verschillen.
- We kunnen ons dan de vraag stellen: als we zo'n homogene steekproeven samenstellen op grond van diagnostiek, die zich baseert op het inventariseren van symptomen, hebben we dan wel een homogene steekproef, of is het zo dat daar heel wat heterogeniteit onder schuilgaat?

- De moeilijkheden met de DSM, ten aanzien van het idee van EST is het relevant enerzijds te weten dat er veel discussie is over categorieën en die diagnoses blijken niet altijd even betrouwbaar gesteld te worden, we kunnen ons ook de vraag stellen: hoeveel mensen die komen met een probleem, die zich aanmelden bij HV, kunnen wij een DSM-diagnose geven en vat een DSM-diagnose klinische problemen waar mensen mee komen?
- Blijkt dat in naturalistisch onderzoek, waar ze onderzoeken hoeveel mensen die zich aanmelden in de klinische praktijk een DSM-diagnose kan gegeven worden, dat dat maar 1/3 tot de helft is, de andere groep mensen komen heel vaak met meer interpersoonlijke problemen, heel veel mensen komen met vragen rond moeilijkheden in relaties, met vage klachten die soms moeilijk te definiëren zijn en waar dat een tijd duurt om daar greep op te krijgen waarover het gaat en hoe dat probleem in elkaar zit.
- In die zin het is ook niet zo verwonderlijk dat er veel onderzoek naar depressie gebeurt, veel mensen die met dergelijke problemen komen (bv. vragen die rond relatie gaan, moeilijkheden met kinderen, ..). Dat geeft wel aanleiding tot je niet goed voelen, tot minder energie hebben, en al snel wordt dan diagnose depressie geplakt, maar in die zin is depressie een noemer die wel het meest gebruikt wordt omdat dergelijke klachten wel verschijnen in veel contexten maar de vraag is: is dat een diagnose van majeure depressie of niet?
- Al die dingen die we al gezegd hebben, gaat er ergens ook over dat het niet evident blijft om psychopathologie op als 1-stoornissen los te koppelen van persoonlijkheidsfunctioneren, dat is daar in ingebed.
 - Bv. als we het hebben over verslaving en PTSD: die verslaving zal in veel gevallen niet losstaan van die traumatische geschiedenis en die geschiedenis hangt samen met die identiteitsontwikkeling van iemand, afhankelijk van wat met dat trauma is gebeurd.
 - Die zaken staan dus niet los van elkaar, de punten waarom iemand depressief wordt verschillen afhankelijk van hoe iemand zijn persoonlijkheid gevormd is,
 - wat bv. op iemand's werk ervoor zorgt dat het niet meer gaat en instort, en dat die diagnose van burn-out krijgt, staat niet los van wie iemand is en wat voor hem of haar punten zijn waarop er een kwetsbaarheid is
 - Dus het idee van een stoornis als op zich bestaand, los van persoon of context is niet zo vanzelfsprekend, die persoonlijkheid heeft ook invloed op vele andere zaken zoals bv. de therapeutische relatie, dus eigenlijk zitten we daar met een in elkaar haken van heel veel interagerende factoren en is het heel moeilijk om dat idee van die aparte stoornissen die we apart kunnen behandelen te denken.

- Het andere deel van die logica is die specifieke behandeling.
- Opnieuw het belang van controle in een dergelijk design, als we willen uitspraak doen over de werkzaamheid van behandeling dan moeten we kunnen zeggen wat die behandeling is. We hebben het gehad over die artikels van Eysenck en Strupp waarbij aangegeven wordt dat als we onderzoek willen doen naar outcome moeten we de OV, de behandeling, kunnen specificeren, we moeten kunnen expliciteren wat dat eigenlijk is, op dat moment was dat iets wat niet gebeurde, er gebeurde onderzoek, die therapieën kregen een naam: psychoanalyse, cognitieve therapie, .. maar er was niks wat beschreef welke lading dat dekte, dus als je dat wilt vergelijken over studies had je geen idee wat je vergeleek want wat de ene cognitieve therapie noemt is misschien niet wat de andere daaronder begrijpt.
- In de decennia daarop is daar heel wat werk rond gebeurd door manuals of protocollen uit te werken en, daarin wordt beschreven hoe je eigenlijk precies te werk gaat in een therapie, dus de technieken, de principes waarvolgens je werkt, welke interventies je moet stellen om verandering te bewerkstelligen, ...
 - Dat gaat van principe-gebaseerde manuals waar eigenlijk vooral een aantal principes geëxpliciteerd worden tot een boek waar stap voor stap en sessie voor sessie beschreven staat wat je moet doen.
 - Probeert daar te expliciteren wat een behandeling doet en zorgt bv. naar training en vorming toe in een RCT dat we kunnen zorgen dat therapeuten dezelfde soorten behandeling gaan toepassen
 - De redenering is hetzelfde: door zo veel mogelijk te standaardiseren, zorgen we ervoor dat het verschil zich tss de groepen situeert, de ene groep krijgt behandeling en de andere niet, en dat er binnen de groepen zo weinig mogelijk verschil is: iedereen zelfde behandeling, want als iedereen andere behandeling zou krijgen, dan kunnen we geen uitspraak doen over het effect van die behandeling dus vanuit die logica en vanuit het kunnen een uitspraak doen over effect van behandeling moet die behandeling over patiënten zo gelijk mogelijk zijn.
- Dat wordt onderzocht in welke mate therapeuten zich effectief aan die manual houden en dat wordt **adherence** genoemd. Die manuals zijn ontwikkeld in de context van onderzoek maar het is ergens ook klinisch bruikbaar omdat het een goed vertrekpunt is voor onder andere vorming en ook om te expliciteren: wat doen wij?
 - Daarvoor gebeurde daar eigenlijk weinig rond, mensen deden iets en dachten dat ze hetzelfde deden, het helpt om na te denken over wat we doen in de praktijk en volgens welke principes men te werk gaat. Als ik een interventie stel tav een patiënt, waarom doe ik dat eigenlijk?
- De vraag is: die manuals kunnen zeer bruikbaar zijn, maar is er zoiets mogelijk als het strikt toepassen van bepaalde behandelingsrichtlijnen?

- Predictie van het medisch model dat dat ook cruciaal is voor de uitkomst, want volgens het medisch model zijn specifieke factoren belangrijk dus die moeten correct worden toegepast en als dat zo is gaat onze behandeling werken.
- Vanuit een contextueel model zeggen we dat die technische adherence, dus die getrouwheid aan de manual niet zo cruciaal is, wel cruciaal is dat we een consistent verhaal kunnen brengen dus dat we een consistente rationale aan de patiënt kunnen brengen waar de patiënt ook kan achterstaan.
- Vanuit contextueel model verwachten we flexibiliteit in functie van die patiënt zodanig dat we die patiënt ergens kunnen meekrijgen in de therapie, dus die technische adherence is niet noodzakelijk vanuit een contextueel model.
- Wat wordt er gevonden: is dat een belangrijke voorspeller?
 - De meeste studies vinden dat adherence of getrouwheid aan de manual geen voorspeller (integendeel, soms negatief) is van de uitkomst.
 - In een RCT hebben ze dat ook onderzocht en daar vinden ze indicaties dat hoe meer een therapeut dat strict volgt, hoe minder flexibel die met die manual, omgaat hoe slechter de uitkomsten.
 - Er zijn ook af en toe studies die wel evidentie vinden maar in overkoepelende studies wordt dan weer opnieuw gevonden dat daar geen of negatieve samenhang is tss adherence en outcome.
- Als we kijken naar: in hoeverre gebeurt dat eigenlijk? Als we naar een RCT kijken en we bestuderen die behandelingen op zich, in welke mate houden therapeuten zich effectief aan zo'n manual?



- Grafiek van een RCT die in 3 verschillende settings (3 centra) plaatsvond, en dan vonden ze dat de verschillende technieken en de mate waarin die toegepast werden, dat die verschillen over de settings.
- Daarnaast vonden ze ook dat er tussen de therapeuten ook verschillen waren en dat ook tussen de algemene adherence nogal een verschil was tussen die centra.

- Een ander onderzoek dat ons iets kan leren over hoe bruikbaar die manual eigenlijk is, is het two-way bridge project:
 - Grote studie die vertrekt vanuit de observatie, het is de bedoeling dat onderzoek naar de praktijk geraakt dus dat behandelingen onderzocht worden en geïmplementeerd worden maar in hoeverre kunnen therapeuten daarmee werken in de praktijk en in welke barrières ervaren zijn in het toepassen van EST?
 - Eigenlijk gaat dat ook over: in welke mate kunnen zij zo'n manual volgen?
 - Wat blijkt: er worden heel veel barrières gerapporteerd waardoor een behandeling niet loopt zoals voorzien in de manual, dwz dat therapeuten voortdurend aanpassingen moeten doen. Als je kijkt naar de inhoud van die items, komt het er op neer dat je voor elke patiënt al een aanpassing moet doen,
 - Als dat gaat bv. over een problematiek die al lang duurt, dan kan je niet zomaar een manual toepassen, maw dat er voor elke patiënt een stuk maarwerk nodig is.
- Dat maatwerk is wat we kunnen benoemen onder responsiviteit, dat gaat er over dat mensen hun gedrag aanpassen in functie van de ander, van wat er in de context gebeurt. We reageren op andere mensen, dat is een logisch kenmerk van interactie tussen mensen, dat is als psycholoog zeer belangrijk: daar ga je niet de 'gewone' communicatie doen maar dan reageer je in functie van wat een patiënt brengt, je gaat daar mee om.
 - In de therapeutische setting probeer je adequaat responsief te zijn.
 - In een gewone interactie kan dat ook helemaal fout lopen, dat kan de relatie verstoren, wat je in therapeutische relatie probeert is dat patient aan het werk gaat met zijn probleem, met de problematiek waarmee hij komt, om verandering te bewerkstelligen.
 - Maar, dat verwacht dan ook dat je niet zomaar strikt kan zaken toepassen die voorgeschreven staan, mensen laten dat ook niet toe. Als mensen komen en in je manual staat bv. 'ik moet rond dit thema werken', en er is op dat moment iets ernstig gebeurd waarover ze beginnen te spreken ga je daarmee iets doen.
 - Onvermijdelijk gaat je behandeling verschillen van patient tot patient, van sessie tot sessie van minuut tot minuut,
 - Een therapeut gaat dus met elke patiënt een stuk anders om, omwille van responsiviteit, die ook in manuals trouwens voorgeschreven wordt: je moet patiënt inschatten, afweging maken van beste interventie
 - Botst met experimentele logica waar dat eigenlijk de mogelijkheid tot conclusies te trekken ondergraaft, want als je behandelingen verschillen over elke patiënt, dan dekt de vlag de lading niet meer,

- Er zijn verschillen over behandelingen binnen één groep en dat is klinisch noodzakelijk maar problematisch voor de interne validiteit van de studie, dus vandaar is er eigenlijk een conflict want in een RCT veronderstellen we dat er enkel willekeurige verschillen zijn binnen een groep maar die responsiviteit is niet willekeurig want je verandert wat je doet in functie van wat je patiënt brengt, als die zich defensief opstelt ga je anders doen dan als patient zich heel afhankelijk opstelt. Die verschillen zijn niet willekeurig maar afhankelijk van patiënt, context vd patient, wat gebeurt er in diens leven gedurende therapie, in welke context is die ingebed, ...
 - Gebeurt ook in functie van de veranderde uitkomst, als iemand veel verbetert dan ga je daar anders in volgende sessies mee omgaan dan als je geen verandering ziet. Hoe je je opstelt is afhankelijk van de uitkomst
- Opnieuw zitten we daar met al die factoren die ergens causaal met elkaar verbonden zijn, het een heeft effect op het andere, waardoor het idee van daar een eenvoudige conclusie over te kunnen trekken, een stuk gecompromiteerd wordt.

Objectiviteit onderzoeksmethode: is onderzoek(er) neutraal?

- Gaat terug op het klassiek positivisme: het idee dat we als onderzoekers onafhankelijke objectieve observatoren zijn van wat zich afspeelt, dat we die onbemiddeld kunnen observeren en dat we daar geen invloed op hebben.
- Zijn onderzoekers neutraal, is een onderzoeksprocedure toepassen een neutraal gegeven en indien niet, welke invloed heeft dat, kunnen we dat een stuk controleren, ...
- Belangrijk begrip is **allegiance**: vanuit een medisch model, een meer positivistische benadering is allegiance van de onderzoeker niet zo belangrijk. Dat gaat over de opvattingen van een onderzoeker, of van een therapeut, je affiniteit met een bepaald theoretisch kader of model, de mate waarin jij dat een overtuigende verklaring vindt voor menselijk gedrag en verandering in de context van psychotherapie.
 - Die overtuigingen, dat staat niet los van wat we al besproken hebben over de rationale (belangrijk element van het contextueel model) waarbij we het gehad hebben over de therapeut: daar wordt verondersteld, het is belangrijk dat een therapeut achter de behandeling kan staan die hij doet, dat hij gelooft in de principes van verandering, in het kijken naar psychopathologie en het kijken dat samenhangt met een bepaald model.

- In de oude RCT's was het regelmatig zo dat therapeuten binnen één studie de twee of drie behandelingen uitvoerden, dus bv. getrainde analytici die ook gedragstherapie deden, of getrainde cogn therapeuten die ook psychodynamische therapie deden.
 - Problematisch, want een therapie waar je niet achter staat bevindt altijd slechtere effecten. Vandaag wordt er zeer veel belang besteed aan de therapeuten die in een studie een bepaalde therapie geven dat dat mensen zijn die geschoold zijn in bepaald model.
 - Dat is ook niet zo moeilijk om voor te stellen, als er iemand langskomt en die vraagt naar concreet advies of wil bv. werken rond huiswerkopdrachten en liever hier en nu problemen oplost en weinig context rond problemen en dynamieken wil, eigenlijk concrete tips en tools om daar beter mee om te gaan: dat is een legitieme vraag, maar als dat niet de manier is waarop jij werkt en niet jouw theoretisch kader is, is dat moeilijk om mensen daar op een adequate manier in te begeleiden. Als mensen een zeer specifieke vraag hebben, kan je misschien beter doorverwijzen.
 - Dat is iets om in het begin helder te krijgen. Het geloof dat dat een weg kan zijn om verandering te bewerkstelligen, is een belangrijke factor in het verklaren van uitkomsten: als dat een overtuiging is dat dat een manier is om je te helpen, zorgt dat ervoor dat je je engageert in een therapeutisch proces, je kan in grote mate proberen een weg te zoeken met je patiënt en je moet flexibel zijn maar het is onmogelijk om met het hele scala van therapeutische technieken met alle verschillende theoretische modellen te werken, veel therapeuten werken eclecticisch maar vaak is er toch een overwicht van een bepaald model of visie
- Ook voor onderzoekers speelt dat, bijvoorbeeld bij gerandomiseerde studie, waarin ook 2 condities opgenomen zijn, cognitieve gedragstherapie en psychodynamische therapie, als je zo'n studie opzet als onderzoekers is het belangrijk dat er ook onderzoekers zijn die affiniteit hebben met de behandeling die je onderzoekt, zodanig dat de onderzoeker zijn affiniteit niet gaat bepalen wat je vindt
- Daarover gaat allegiance, dat het niet vanzelfsprekend is dat je onderzoek neutraal is: je moet in een onderzoek veel keuzes maken en hoe je die maakt kan er voor zorgen dat je vindt wat je zoekt, maw het is belangrijk dat je instrumenten gebruikt die aansluiten bij beide richtingen, dat je nadenkt hoe je training en supervisie denkt, want in verschillende modellen wordt daar anders over gedacht, en dat je therapie kunt begeleiden vanuit hun kader, dat beide condities zelfde ondersteuning en omkadering krijgen.

- Strict geredeneerd van een medisch model zouden we veronderstellen dat er geen verband hoeft te zijn tussen allegiance en de uitkomsten die gevonden worden, omdat vanuit dat model gedacht dat er eigenlijk niet toe doet.
 - De behandeling op zich werkt, de manier waarop je dat in kaart brengt en organiseert heeft daar niet zo veel effect op zo lang er een goeie training is en die behandeling correct wordt uitgevoerd gaat dat effect niet zo groot zijn.
- Heel wat onderzoek gedaan naar het effect van allegiance van onderzoekers, en wat blijkt: allegiance verklaart meer variantie in de uitkomsten dan de specifieke behandeling die je onderzoekt, dus als 2 behandelingen vergeleken worden, het verschil dat we daartussen vinden (is meestal zeer klein) is kleiner dan het effect dat verklaard wordt door allegiance van de onderzoekers.
 - Veel studies, als ze uitgevoerd werden door cognitieve onderzoekers was het CBT die er best uitkwam, etc.. die allegiance-effecten blijken zeer groot.
- Van daaruit besteed men daar vandaag de dag wel aandacht aan en er wordt getracht in onderzoek te zorgen dat de hoofdonderzoekers niet tot één stekking behoren maar dat je interdisciplinair werkt en met mensen uit verschillende therapeutische stromingen.
 - In die zin is dat een stuk te controleren: je kan het effect van allegiance een stuk minimaliseren door te zorgen dat onderzoekers uit verschillende stromingen betrokken zijn, maar het is wel iets om te onthouden als je een RCT leest ofdat daar aandacht aan besteed wordt of dat die bevinding eerder een reflectie is van onderzoekers die per se willen vinden wat ze denken dat de waarheid is; maar dat op zich meer bepaald wordt door de manier waarop zij hun onderzoek hebben in elkaar gezet.
- Hoe gebeurt dat? Het opzetten van het onderzoek, het uitwerken van een design vraagt veel beslissingen: op veel punten keuzes maken, op al die punten kan die keuze een invloed hebben op wat men vindt. Initieel begint dat al bij therapieën die we onderzoeken waar een bias zit,
 - dat is een stuk ingegeven niet alleen door allegiance maar eerder door de pragmatiek van een experimentele studie waar controle zo belangrijk is, en een korte behandeling kunnen we makkelijker controleren dan een langdurige, hoe langer een behandeling, hoe meer factoren dat er kunnen verschijnen, hoe meer invloeden die je niet meer onder controle hebt, hoe korter een behandeling hoe meer je dat kunt structureren of met een manual kan werken en hoe meer je principes strikt kan bepalen, vandaar vaak de keuze voor korte behandelijng.
 - Maar, het is niet omdat een behandeling niet onderzocht is dat ze daarom ook niet effectief is bevonden. In de keuze voor therapieën toont het al ergens dat onderzoek niet neutraal is: de wetenschap kiest voor

bepaalde therapieën die gemakkelijker te onderzoeken zijn, maw dat is geen neutraal gegeven, we kiezen niet om bepaalde therapie te onderzoeken omdat we denken dat die beter werken, we kiezen daarvoor omdat dat makkelijker is.

- In relatie daarmee, wat wordt er bv. gevonden rond korte behandeling, zijn die nu effectief zo werkzaam? Als we kijken naar onderzoek met tijdsgelimiteerde behandelingen, zijn er heel weinig studies waarin gesproken wordt over hoeveel mensen nadien nog verder therapie zoeken.
 - Follow-up wordt vandaag de dag meestal gedaan en dan wordt er gekeken naar hoeveel mensen hervallen en hoeveel mensen verbeteren. Dat is belangrijke informatie, want het is niet omdat onze behandeling werkt op het einde, dat die effecten op langere termijn niet kunnen vervagen en dan blijkt die therapie toch niet zo effectief.
- Naast herval is het ook de vraag als mensen zo'n behandeling krijgen, wat doen ze daarna? Is die voldoende of zoeken ze bijkomende behandeling? Er blijkt heel veel herval en ook veel mensen die verdere behandeling zoeken
 - een paar weken terug is er een grote studie verschenen van een grote RCT in Finland waar ze mensen 10 jaar gevolgd hebben en ze hebben daar 2 kortdurende behandelingen vergeleken met een langdurige behandeling: bij die mensen die een kortdurende behandeling gehad hebben zoekt meer dan de helft van de mensen bijkomende therapie, en in grote mate, gemiddeld 100 sessies bijkomend. Kunnen we stellen dat die 20 sessies geholpen hebben als mensen nadien nog gemiddeld 100 sessies bijkomende behandeling zoeken? Dan moeten we misschien de vraag stellen naar: het idee van die kortdurende therapie, moeten we daar niet meer nuanceren en blijkt het niet zo dat heel veel mensen nood hebben of vraag hebben voor langduriger therapie of andere vormen van behandeling?
- Daarnaast is ook het installeren van de tijdslimiet geen neutraal proces: mensen die in een studie deelnemen worden gezegd dat hun therapie maximaal x aantal sessies zal duren, dat is geen gewone feitelijke info die je overbrengt, dat heeft een effect op mensen
 - mensen verlenen betekenis, en interpreteren dat dus, als mensen komen voor zo'n studie horen we heel vaak dat ze ergens verwachten dat het op 20 sessies moet opgelost zijn. Voor sommige mensen creëren die 20 sessies een soort opluchting, een idee dat ze er ook mee kunnen stoppen dan na die 20 sessies, een manier om er uit te geraken. Voor mensen die meer geneigd zijn tot afstand nemen of die moeite hebben met uit iets stappen creëert dat iets van een externe grens dat ervoor zorgt dat zij in

therapie kunnen gaan zonder het gevoel dat ze zelf moeten aangeven dat het stopt. Voor andere mensen creëert dat het omgekeerde: frustratie, kwaadheid dat die grens er is, dat daarmee bv. de booschap is gegeven 'het moet beter zijn na 20 sessies' Dit zijn dingen die je niet zo leest in een studie maar waar we veel uit kunnen leren, want welke mensen zijn dat dan die daar gefustreerd door worden of welke mensen vinden dat net bevrijdend? Die dingen leren ons heel veel over de praktijk maar die lezen we niet in RCT's, en alleszins toont: het is niet neutraal wat we daar doen, we hebben wel een impact en het is belangrijk om daarover na te denken.

- Impact experimentele situatie op de participant: een ander voorbeeld is bv. dat wij merken dat at mensen die komen voor een behandeling vaak al een heel traject achter de rug hebben en die verschillende therapeuten en psychiatrische instellingen doorlopen hebben, die niet geholpen raken, en die ergens komen met de verwachting: dit is verbonden aan de universiteit, daar gaan ze het weten, een soort 'mirakeloplossing' waardoor je ergens een groep krijgt die mss niet zo representatief is voor de populatie die zich aanmeldt met bv. depressie, de mensen die daarin terecht komen zijn mss niet zomaar vergelijkbaar met mensen die bv. bij de huisarts gaan omwille van psychische klachten, de mensen die komen zitten vaak al met ernstige problematiek,
 - o die verwachting creëert ook iets, dat kan dan een teleurstelling zijn dat die therapie toch ook geen mirakel is of het kan een verwachtingseffect zijn, kunnen heel positieve verwachtingen zijn over wat er gaat gebeuren wat dan voor een deel opluchting teweegbrengt en zo een stuk wel een positief effect heeft dus dat heeft wel een impact.
 - o Net zoals het feit dat mensen onderzocht worden, dat zij gemeten worden door vragenlijsten, interviews, dat geeft sommige mensen een gevoel van serieus genomen te worden, voor anderen creëert dat een gevoel fan frustratie. Dat is niet iets dat neutraal verloopt, daar zijn mensen bij betrokken en mensen interpreteren wat hen overkomt. Ze geven betekenis aan wat de ander doet en de info die we krijgen en elke mensen doet dat op zijn manier en vanuit zijn achtergrond en persoonlijkheid, en in die zin is dat dus niet zo dat dat een eenduidig effect is dat we kunnen zeggen: onderzoek heeft dit bepaald effect op mensen en dat dat in de praktijk dan zo gaat zijn → het heeft een effect maar dat is voor iedereen een stuk ander.

In die zin kan het ook een bron van informatie zijn, we kunnen daar heel veel uit leren, dat een stuk kan bijdragen aan die kennis die ons helpt om beslissingen te nemen in een klinische situatie.

Meetbaarheid psychische fenomenen

- Meten heeft een impact op mensen, dat meten op zich brengt ons bij de laatste grote assumptie: meten op zich is iets wat we gezien hebben dat dat in de jaren '60 als probleem gesteld werd: we moeten eerst weten wat we onder uitkomsten begrijpen, en we moeten die kunnen meten, toen waren er nog niet veel instrumenten, die zijn wel al ontwikkeld ondertussen, maar ook daar moeten we in nuanceren.
- De beperkingen van dat meten, meten in de zin van kwantificeren van psychische fenomenen, daar moeten we bij stilstaan. Gaat een stuk terug op het artikel in de syllabus van Hill.
- Outcome = symptomen? Het beschouwen van een stoornis als op zich bestaand, waarover gaat dat eigenlijk? Dat doet ons de vraag stellen: wat is dat eigenlijk, een therapie die succesvol is? Wilt dat zeggen dat de symptomen verdwijnen? Dus met andere woorden beschouwen we een stoornis als gekenmerkt door een aantal symptomen, als die symptomen weg zijn is de psychische problematiek dan opgelost?
 - o bv. als mensen komen in relatietherapie, en het resultaat van de therapie is een echtscheiding, is dat succesvol? Dat is moeilijk op zich te bepalen. Binnen een bepaald koppel kan een constructieve echtscheiding misschien een goeie uitkomst zijn, in een ander koppel is het dat niet. Voor de familie kan dat beschouwd worden als een goeie uitkomst, het koppel zelf kan dat beschouwen als een mislukking.
 - o Of omgekeerd: bij sommige mensen verdwijnen bepaalde symptomen maar voelen ze zich nog meer miserabel.
- Verbetering in een therapie is geen gegeven in iets, het is niet zo evident om te zeggen: als symptomen weg zijn is het beter, als die er nog zijn is het niet beter.
 - o Bij sommige problematieken is het zo dat sommige symptomen echt destructief zijn en daar moet in eerste instantie iets mee gebeuren, maar dan nog zijn er andere factoren en is het heel moeilijk om dat los van een context te bekijken. Als we alleen symptomen meten, zoeken we dan niet daar waar het licht schijnt omdat het gemakkelijk is om dat te meten en omdat de rest complexer is en we dat niet zo gemakkelijk kunnen meten?
- Dus we kunnen iets zeggen over symptomen en we kunnen iets zeggen over algemeen welbevinden, dat is een indicatie maar dat is een klein onderdeelje.
- We trachten ook andere zaken te meten maar in een RCT is de primaire uitkomstenmaat vaak wel symptomen. Meer en meer wordt aandacht besteed aan andere maten, er wordt geprobeerd om andere bronnen - dus niet enkele zelfrapportage maar ook andere maten - te betrekken en meerdere domeinen

(ook interpersoonlijk functioneren, etc) maar als je zo'n effect size leest is dat meestal gebaseerd op het verschil in symptomen.

- Dat wil niet zeggen dat dat niet belangrijk is, maar dat is slechts een onderdeel, dat is een aspect en dat is dus beperkt.
- Daarnaast zijn er ook wel wat moeilijkheden met dat meten, want symptomen meten, teruggaand naar die allegiance, als wij kiezen welke maat we afnemen, dan heeft dat een invloed.
- Als onderzoeker bepaal je welke vragen mensen kunnen beantwoorden. Als je een vragenlijst geeft, dan vraagt dat niet wat de therapie heeft betekend en wat is veranderd, dat kan je vragen in een interview, maar bij een vragenlijst bepaal je zelf wat je vraagt.
 - o Maw je kan ook daar maar info over krijgen, je kan geen info krijgen over aspecten die mss voor iemand belangrijk kunnen zijn maar die niet in die vragenlijst aan bod komen, dus ergens weerspiegelen die vragen de assumpties van de onderzoekers eerder dan van de patiënt, de assumpties van de onderzoeker over: wat zijn de problemen waarmee iemand komt en wat moet er veranderen? Wat geef ons indicatie dat er een effect is van therapie
 - o Ook ruimer: gaat niet alleen over therapie-onderzoek, als we onderzoek doen met vragenlijsten is het oké dat we daar een stuk bepalend in zijn maar het is goed dat we er bewust van zijn dat mensen ook maar kunnen antwoorden op wat we hen vragen.
 - o Daarnaast, als mensen vragen beantwoorden dan doe je dat vanuit een bepaald kader, en dat kader verschilt over groepen
 - bv. ooit is in de krant verschenen '2% van de studenten zijn psychopaat', er was een grote vragenlijststudie gedaan met een instrument om psychopathie te meten bij studenten, wat bleek: dat percentage ligt niet veel lager dan in gevangenispopulatie, dus dat leek alarmerend, want dat zijn misschien allemaal potentiële criminelen? Maar als je kijkt naar die instrumenten waarmee dat bevestigd wordt, dan lijkt het erop dat het vooral gaat om een ander referentiekader.
 - Als ze jou een vragenlijst voorleggen en ze vragen of je impulsief bent, dan gaat voor jou een 3 op 5 iets anders betekenen dan voor iemand die bv. in de gevangenis zit en een heel andere levensloop heeft gekend
 - Ook: wat voor de ene impulsief is, is in referentie met hoe je gewoonlijk bent, maar wie je gewoonlijk bent verschilt wel eens. Als je een vragenlijst invult en ze vragen 'in vgl met hoe je gewoonlijk bent, was je de afgelopen week vermoeid, verdrietig, ...?' Als dat iets is zoals je je gewoonlijk voelt, zou je

laag moeten scoren terwijl je misschien al maanden uitgeput voelt, maar iemand die zich anders opgewekt voelt en net deze week iets zwaar heeft meegemaakt gaat dat anders beoordelen.

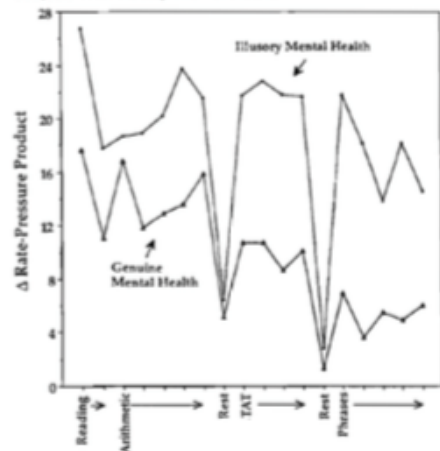
- Dus het referentiekader verschilt tss mensen, over tijd, en bepaalt ook de antwoorden.
- Hoe je vragen interpreteert verschilt en ook hoe je antwoordschalen interpreteert. Een 3 voor de ene is niet hetzelfde als een 3 voor de andere maar die worden dan wel samengeteld en daar wordt een gemiddelde van genomen.
- Dat heeft dus wel een aantal beperkingen: dat gemiddelde is niet zaligmakend, het is niet omdat een getal is dat het objectief en juist is. Het is belangrijk om te zien hoe al die vss ervaringen kunnen onderzitten.
- Wat ook gezien wordt is dat hoe je de antwoordschaal formuleert, dat dat bepaalt wat mensen antwoorden
 - Als ze in een groep mensen met psychosomatische klachten vragen een reeks klachten geven en vragen 'hoe vaak heeft u daar de afgelopen week last van gehad' en de schaal is gaande van 0 tot meer dan 2x per maand vs. een schaal van 2 keer per maand of minder en die dan zo opbouwt, uiteindelijk kan je daar hetzelfde in zeggen, het begint alletwee van niets tot veel, maar het verschil in gerapporteerde klachten was gigantisch, de mensen met als max 2 per maand of meer, daar zijn er bijna geen mensen die dat aanduiden. In de andere groep, had bijna iedereen meer dan 2 keer per maand.
 - Dus hoe je de schalen formuleert heeft een effect op hoe mensen antwoorden.
 - Ook in het verband tss variabelen: bv. ze hebben experiment gedaan in welke mate tevredenheid binnen huwelijk algemene levenstevredenheid voorspelt. De ene vragenlijst peilde naar 'hoe tevreden bent u in uw huwelijk' en daarna 'hoe gelukkig bent u in het algemeen'. In de andere vragenlijst hebben ze de volgorde omgewisseld. Wat blijkt: de correlatie tss twee items was veel lager in tweede geval dan in eerste, dus de mate waarin huwelijkssatisfactie algemene satisfactie voorspelde, was veel sterker in het ene dan in het andere. Doordat je mensen eerst doet denken over hun huwelijk, geef je als onderzoeker al een context, mensen gaan dat anders interpreteren, dus het referentiekader waarin je vragen interpreteert verandert ook door de vragen die je al gekregen hebt.
- Daarnaast worden in het artikel een aantal specifieke vertekeningen die optreden in vragenlijstonderzoek in de context van psychotherapie besproken

die er ook voor zorgen dat het niet zo vanzelfsprekend is om kwantitatieve data eenduidig te interpreteren als een effect van, en om zomaar die scores van al die individuele patiënten samen te nemen en daar een gemiddelde van te nemen.

- Drie zaken die daarin besproken worden:
 - het 'hello-goodbye'-effect
 - als mensen een therapie starten en ze vullen zo'n vragenlijst in dan willen ze eigenlijk communiceren dat ze lijden. Mensen zullen eerder geneigd zijn om dat lijden een beetje in de verf te zetten, als je start met therapie is dat omdat iets echt niet meer gaat, als je dan een vragenlijst voorgeschoteld wordt reflecteer dat dat ook.
 - Als mensen dan in therapie gaan, dan worden die problemen hoe dan ook een beetje in een andere context geplaatst, er komt een stuk verklaring, er wordt rond gewerkt, dus die problemen komen in een ander verhaal en zelfs als voel je je niet zo veel beter, toch heeft dat vaak een effect op hoe je op het einde de vragenlijst gaat invullen, als mensen dan stoppen is er ergens het idee dat er iets veranderd is, ookal zijn de symptomen of de last niet zo veel verminderd, dat gaat er gewoon om dat mensen anders reageren als ze toekomen dan als ze vertrekken, dat speelt niet voor iedereen op dezelfde manier maar dat kan wel een rol hebben
 - Dit effect is gerelateerd aan 'demand effecten':
 - mensen passen zich ergens ook aan aan de verwachtingen die ze ervaren, als je in therapie gaat verwacht je dat dat effect heeft en in die zin zijn niet alleen therapeuten responsief tav hun cliënten, maar cliënten ook responsief tav hun therapeut/de onderzoekers, op grond van dat gegeven kan je verwachten dat een aantal mensen beter gaan scoren zonder dat er effectief veel verbetering is of dat die verbetering groter is dan dat ze misschien werkelijk is, alleen kan je obv die score niet afleiden of dat dat voor iemand zo is of niet, dat zijn geen zaken van bewuste vertekening, mensen proberen dat wel in te vullen naar beste vermogen, en het is ook niet dat dat helemaal niets zegt, dat geeft ons een indicatie maar het is niet altijd makkelijk om dat te interpreteren zonder context.
 - Defensive mental health
 - gaat erover dat een aantal patiënten de neiging hebben om bij het begin van een therapie een probleem een stuk te minimaliseren, mensen overleven vaak al een hele tijd in moeilijke omstandigheden en houden zichzelf recht aan het idee 'het is allemaal zo erg niet'

- Daar is ook onderzoek naar gedaan waarbij ze mensen vragenlijsten lieten invullen naar welbevinden, daarnaast was er ook een klinische beoordeling door therapeuten en dan onderzochten ze reactiviteit (biologisch: hart, ..) waarbij de groep die ze gecategoriseerd hadden als 'defensive mental health' veel meer biologische reactiviteit blijkt te tonen. Een vragenlijst kan daar op zich geen onderscheid in maken: als mensen laag scoren is dat zo, wil dat zeggen dat iemand werkelijk beter is dan?

Figure 2
Mean Coronary Reactivity During Various Laboratory Tasks for Subjects With Genuine Mental Health and Subjects With Illusory Mental Health

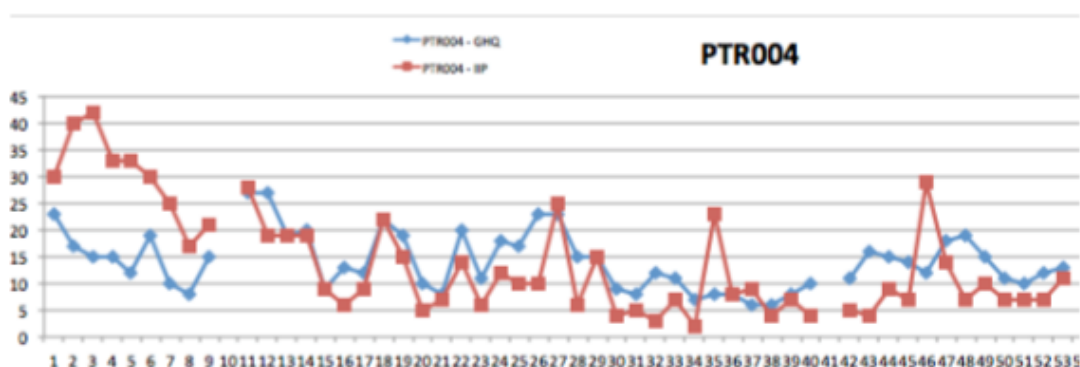


Een aantal voorbeelden:

- Een studie waarin er heel veel contextmateriaal is, dus waarin er naast vragenlijsten (niet alleen vooraf en na maar ook doorheen de behandeling) ook andere zaken zijn zoals biologische maten, ook interviews, opnames van sessies, verslagen van therapeuten, dus veel contextinfo om het verloop vd therapie en het proces in kaart te brengen.
1. De eerste patiënt is een man die komt met tinnitus, angstklachten, een hele reeks andere fysieke symptomen die heel erg onderhevig zijn aan stress, en relatiemoeilijkheden.
 - De rode lijn is IIP: inventory of interpersonal problems; dat meet interpersoonlijk functioneren en problemen op verschillende dimensies maar de globale score is een algemene indicatie voor interpersoonlijke stress, dus hoe hoger de score hoe moeilijker in relaties met andere mensen.
 - De GHQ (general health questionnaire) is een korte vragenlijst naar algemeen welbevinden (stress, angst, depressieklachten) die twee instrumenten zijn hier elke sessie afgenomen.
 - We zien dat die scores van begin naar einde dalen, en dat is eigenlijk wat we in RCT doen: het pre- en het postverschil. Alleen is een RCT geen open-ended therapie (dus het einde is vooraf bepaald, bv. 10 sessies) waardoor

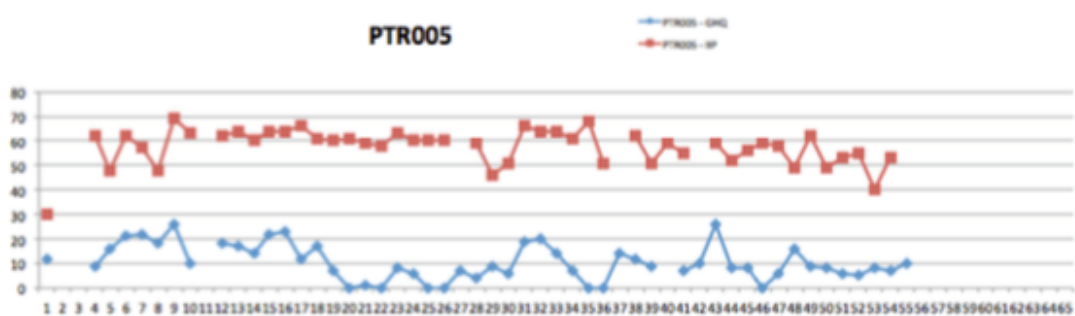
we ook zien dat moesten we het einde meten op sessie 10, dan zouden we kunnen zeggen: therapie is succesvol.

- Die man is een stuk gedaald en dat is zelfs bijna nul op een punt dus dat is zeker klinisch significant, als we die scores bekijken in de context van de populatie van een pathologische groep naar een gezonde populatie (= clinically significant change) → dus afhankelijk van het meetmoment zouden we iets anders vinden, want moesten we na 4 sessies meten zouden de resultaten slechter zijn.
- Pre-post verschil: die man is verbeterd op die schalen en dat is ook een relatief adequate reflectie van het therapeutische proces, wat die man vertelt tijdens de follow-up interviews, wat hij aangeeft in de therapie, zijn lichamelijke klachten zijn een stuk verminderd, de angst is weg waardoor hij er helemaal geen last meer van heeft, er zijn fundamentele verschuivingen in het omgaan in relaties,
- We zien ook hoe die zaken fluctueren en dat dat geen lineair proces is, maar dat het stilletjesaan alsmaar beter gaat.

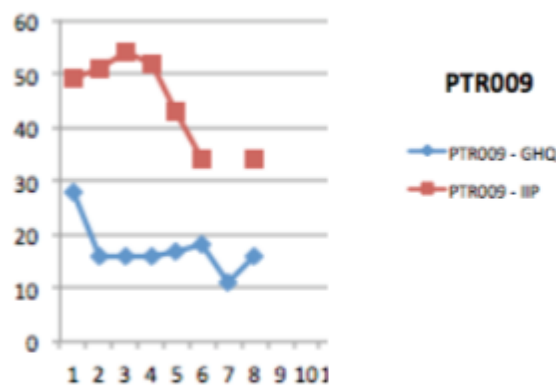


2. Een tweede patiënte is een vrouw die zich aanmeldt met dwangklachten, heel agressieve gedachten dat ze anderen zou pijn doen, zware paniekaanvallen, aantal hypochondrische angsten en claustrofobie
 - Als we daar naar kijken doorheen die therapie zouden we eigenlijk zeggen dat dat niet verbeterd is. Dat fluctueert een beetje, maar dat verbetert eigenlijk niet, daarnaast zien we dat ze eigenlijk in het begin heel laag scoort, dat zou kunnen dat die vrouw in het begin iets had van niet te veel bloot te geven en dat dat voor haar een onmogelijkheid was om te onderkennen hoe moeilijk het was.
 - Dat komt heel snel in de therapie wel, maar in het begin lijkt dat een plausible hypothese, als zo iemand in een RCT meting zit en we hebben de pre- en postmeting zouden we moeten zeggen dat er geen verbetering is.

- Als we dan naar het narratief materiaal kijken (zonder te zeggen dat dat het laatste woord heeft want ook daar kan je zeggen: moeten we een patiënt geloven op wat hij zegt? Is die altijd eerlijk?) zijn er een aantal zaken in haar leven waaruit we kunnen afleiden dat het er niet op lijkt dat dat een proces is waar niks veranderd is, die vrouw is weggegaan uit een problematische relatie en heeft een andere job gezocht waar ze zeer veel voldoening uithaalt, ze contacteert de therapeut na een aantal maand om te zeggen dat het heel goed gaat met haar, dus wat we zien en horen in haar verhaal: haar symptomen zijn weg, de dwanggedachten zijn weg, de angsten ook, maar dat heeft plaatsgemaakt voor de gewone moeilijkheden die in een dagelijks leven verschijnen wat er voor zorgt dat zij het soms moeilijk en soms gemakkelijk heeft zoals bij elke mens, maar dat ze geen symptomen meer heeft waarvan ze het gevoel heeft dat ze er niet alleen mee overweg kan en niet kan functioneren.
- Daar zien we dus een grote discrepatie tussen wat de vragenlijsten lijken te suggereren en het verhaal van die vrouw, het lijkt dat die symptomen niet veranderd zijn, een stuk van de verklaring daarvoor is mogelijk dat haar referentiekader waarmee ze die items interpreteert verandert, omdat die context van die symptomen, dat enorm lijden voor haar weg is en dat maakt plaats voor de gewone dingen des levens die ook moeilijk kunnen zijn maar die van een heel andere orde zijn. Dat is een hypothese, we weten dat niet altijd, die vrouw heeft daarover gesproken maar we kunnen daar geen sluitende verklaring over geven, alleen toont dit wel dat het niet zo eenduidig is en makkelijk te interpreteren.

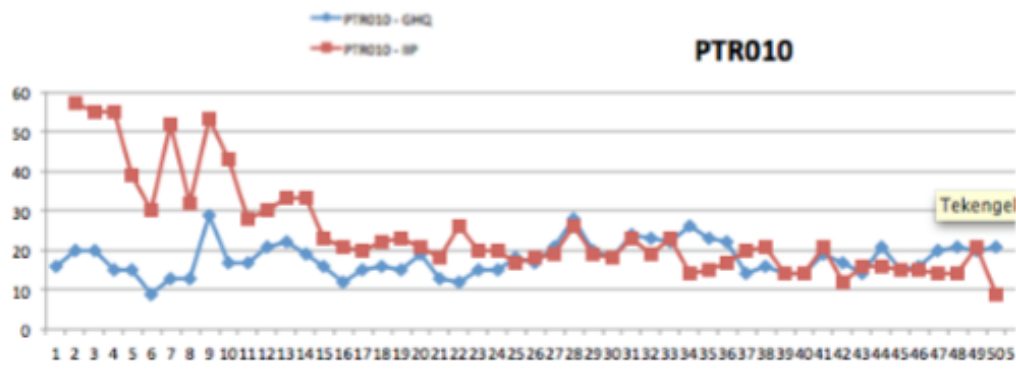


3. Bij deze vrouw is het een heel korte therapie, zij heeft de ziekte van Crohn en huwelijksproblemen.
- Een heel korte therapie met grote verbetering wat zij zelf ook aangeeft, die vrouw geeft echt weer dat zij veel minder last heeft van haar ziekte die een fysieke problematiek is maar ze voelt zich ook gewoon veel beter, bij die langere therapie-voorbeelden kan je een aantal punten aanduiden in het proces waar er verandering optreedt en zie je een meer onderliggende verandering optreden in bv. interpers verhouding. Bij deze vrouw is dat moeilijk om dat aan te duiden: als je die sessies bestudeert zie je dat ze opgelucht is dat ze haar verhaal kan doen maar is het niet zo duidelijk wat er eigenlijk gebeurd is waardoor er iets veranderd is buiten dat het een opluchting was dat ze haar verhaal kon doen, dat is geen probleem, mensen veranderen op allerlei manieren en als mensen daarmee voortkunnen is dat prima, mensen komen soms ook voor een bepaald probleem, kunnen dan verder en komen dan later terug omdat er een ander probleem is waar ze het moeilijk mee hebben er is geen uitspraak over wat het einde van een therapie moet zijn, dat is iets wat je in elke therapie vormgeeft en voor die vrouw was er een grote verbetering en die wordt weerspiegeld in de vragenlijsten.



4. Het laatste voorbeeld is een meisje die komt met diabetes die moeilijk onder controle is omwille van psychische problemen zoals verslaving, moeilijkheden in relaties, zich isoleren, eenzaamheid.
- Een lange therapie waarbij het lijkt dat de interpersoonlijke problemen (rode lijn) in het begin heel hevig zijn, en die dalen heel vlug. Dit lijkt op een spectaculaire verbetering en daarna is dat eigenlijk stabiel. Wat er in de eerste sessies van de therapie gebeurt is dat zij progressief terugtrekt uit relaties met anderen, dus zij rapporteert geen problemen meer maar ze heeft ook geen contact meer met andere mensen. In die zin kan je zeggen dat er zijn geen problemen meer zijn maar het is omwille van een radicale

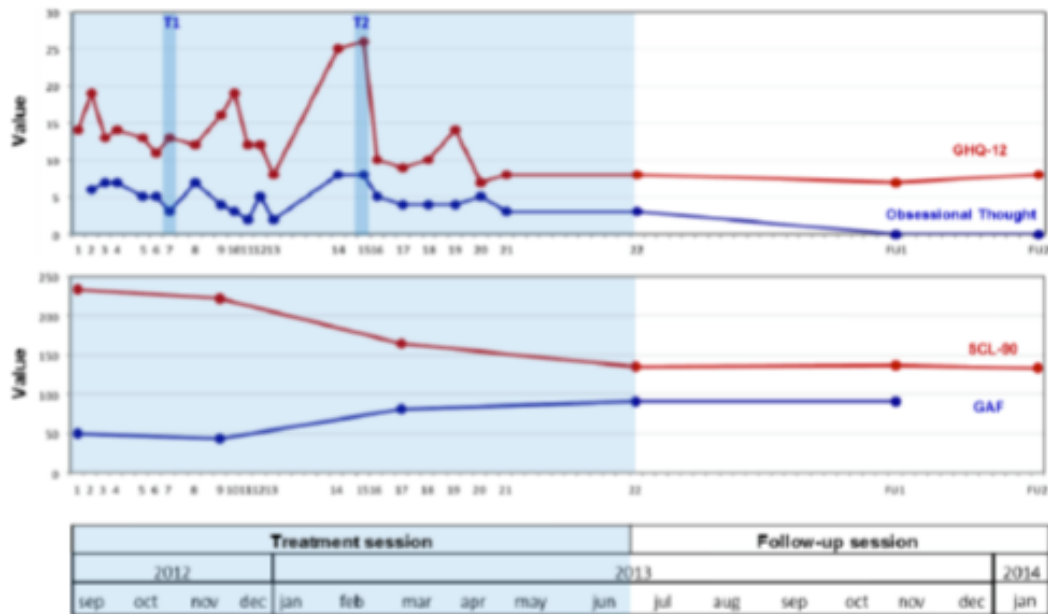
isolatie. Dus die zgz verbetering is een evolutie die eigenlijk iets afdekt, nl dat het veel slechter gaat want op dat moment is er suïcidegevaar en is het zeer problematisch.



Dit zijn illustraties van hoe vragenlijsten ons een indicatie kunnen geven van een algemeen welbevinden (of onwelbevinden) maar dat dat niet voor iedereen een adequate weerspiegeling is en dat daar vaak andere zaken onder zitten en dat zonder context het moeilijk is om te interpreteren.

- Dat is ook iets wat blijft als we meerdere perspectieven op outcome in acht nemen. Op één van de eerste slides over outcome stond 'in een ideale wereld hebben we meerdere metingen, meerdere bronnen van info die we naast elkaar kunnen leggen' dat geeft ons een genuanceerder beeld en meer info, maar ook daar zien we dat verschillende maten niet altijd hetzelfde zeggen en ergens toont het eerder iets van de complexiteit van wat uitkomsten zijn dan dat we moeten zoeken naar hét finale antwoord over 'is die therapie nu succesvol of niet.'
- Therapie is een complex proces, uitkomsten ook: sommige dingen veranderen, andere niet, wat mensen verwachten dat verandert is ook verschillend, waar in verschillende therapieën aan gewerkt wordt is ook verschillend dus uitkomsten weerspiegelen verschillende dingen.

Multi-methode perspectief op outcome



- Dit is een patient die komt met dwanggedachten dat hij zijn vriendin zou neersteken en dat lokt een dermate grote angst uit dat hij niet meer kan werken of bij zijn vriendin kan wonen.
- Therapie duurt 27 sessies en die man zijn dwanggedachten verdwijnen, hij vult elke sessie een item in over die dwanggedachten, die gaan naar 0, daarnaast hebben we een aantal andere maten, de GHQ (hier de rode lijn), de SCL (symptom checklist, een algemene maat voor welbevinden die verschillende domeinen bevraagt maar de globale score wordt beschouwd als de global severity index, de ernst van psych. klachten.) We zien dat dat een stuk verbetert.
- Die therapieën die worden ook op andere manieren gevolgd, bv om de 8 sessies metingen van cortisol via speeksel (het stresshormoon, een indicatie van psychische spanning)
 - o Over groepen heen zegt dat niet altijd veel omdat mensen een verschillend basisniveau hebben maar het verloop over patienten geeft ons wel info omdat dat binnen het referentiekader van de patiënt is, dat verlaagt hier ook doorheen de sessies (grijze vak is therapie, wit is follow-up) daar zien we dat dat helemaal omhoog gaat. Dat stijgt heel hoog maar die vragenlijsten blijven laag: hoe moeten we dit dan interpreteren?
- Grafiek van de ziektekosten, alle medische consultaties, gebruik van medicatie, werkonbekwaamheid, in het onderzoek wordt dat opgevraagd van 2 jaar voor de behandeling tot 2 jaar na behandeling (wit voor en na, grijs tijdens) daar zien we dat bv medicatie en consultaties na de therapie redelijk hoog blijven en op het

einde pieken in zitten, opnieuw is dat een stuk informatie die we zonder narratieve context moeilijk kunnen interpreteren. Wat blijkt uit een fijnere analyse: deze man is terug AD gaan nemen, ook cortisol is omhoog maar op de vragenlijsten en in het interview geeft hij aan dat alles goed gaat. Dat vertelt hij, maar anderzijds hebben we ook deze gegevens, waar hij niet over spreekt (het nemen van AD) dit is een voorbeeld dat uitkomsten zijn niet eenduidig zijn, en we hebben veel indicatie om te zeggen dat deze man veel verbeterd is maar daaronder zit wel een complexere situatie waarbij niet alle indicatoren in dezelfde richting wijzen.

Enkele besluiten

- We zijn begonnen met dat er een periode is ingezet waarbij de focus heel erg naar effectiviteit verschoof en het opkomen van de empirically supported treatment.
- We hebben daar een aantal bevindingen van overlopen en de implicaties daarvan, we hebben ook een aantal assumpties ondervraagd en dus een aantal problemen met het rechtstreeks interpreteren van bevindingen uit een RCT waar bv al die zaken die patiënten met verschillende onderliggende problematieken en verschillende manieren om een vragenlijst te beantwoorden samen worden genomen en dat daar een gemiddelde van wordt genomen, we hebben daar een aantal beperkingen van aangehaald, het is niet zo evident om dat te interpreteren maar dat neemt niet weg dat dat zeer belangrijk is geweest en nog is in de psychologie.
- Zonder dit was er misschien wel nooit de vraag gekomen naar 'wat doen wij nu in de praktijk?' het heeft ervoor gezorgd dat er een veel reflectievere houding is tav waar we mee bezig zijn, we proberen iets te onderzoeken van wat we doen, we nemen niet zomaar aan dat het werkt, maar aan de andere kant hebben we ook gezien dat het een beperkte visie is die ons over een aantal dingen info kan geven maar over heel veel zaken ook niet.
- In het eerste stuk hebben we gezien dat bv heel wat factoren rond cliënten (wat hun voorkeuren zijn, rationale, overtuigingen, verwachting) een heel belangrijke rol spelen in het verklaren van uitkomsten, dat er heel grote verschillen zijn tss therapeuten zodat we ons kunnen afvragen wat iemand tot een therapeut maakt, dit zijn zaken die niet aan bod komen.
- Daarnaast hebben we de vraag gesteld naar in hoeverre die assumpties van het medisch model houdbaar zijn, en als die niet houdbaar zijn welke implicaties heeft dat voor de conclusies die we kunnen trekken uit RCT-onderzoeken? kunnen we zomaar zeggen dat RCT de gouden standaard is voor de psychologie? dat lijkt op zijn minst iets dat we moeten nuanceren. Het lijkt er niet op dat we er kunnen vanuit gaan dat we iets gaan vinden dat voor iedereen past, er zullen

altijd verschillende behandelingen nodig zijn voor verschillende mensen, mensen zijn geen passief recipient voor een therapie, voor een behandeling, de patiënt neemt een actieve positie en heeft een invloed op de therapie en je kan je therapie daar niet los van denken

- Het heeft ons wel een aantal dingen getoond over dat psychotherapie wel lijkt te werken, dat we daar een aantal behandelingen toch diepgaand onderzocht hebben en het heeft veel verdere vragen opgeroepen die nu ook aandacht voor onderzoek krijgen.
- Beperkingen: die balans tussen interne en externe validiteit, we zetten heel erg in op controle dus op het maximaliseren van de interne validiteit maar in hoeverre kunnen we dat nog vertalen naar de praktijk, in hoeverre is dat nog van toepassing op de praktijk, daar wordt ook onderzoek naar gedaan, behandelingen worden onderzocht in naturalistische settings, maar ook daar is de vraag: in hoeverre passen therapeuten behandelingen toch nog altijd aan?
- In een RCT is dat wat voor alle therapeuten (zowel cbt als psychodynamische) een zeer belangrijke: moeten heel vaak iets aanpassen, ze kunnen dat niet doen zoals het in de manual staat want ze moeten de behandeling aanpassen aan de context vd patiënt, eerder dan te doen alsof die behandelingen altijd strikt gevolgd worden kunnen we daar misschien veel uit leren, wanneer passen therapeuten iets aan en waarom, op welke punten gaan ze iets anders doen, en op welke punten beslissen zij dat een interventie niet geschikt lijkt voor een bepaalde patiënt? Dat is info die ons heel veel kan bijdragen om concrete beslissingen te nemen in de praktijk.
- Op die manier kan een RCT wel een bron zijn van klinisch bruikbare kennis door net naar al die dingen te kijken die daar een stuk onder verdwijnen
- ook bij de pre-post meting, wat een stuk meer en meer gebeurt, is metingen op verschillende momenten, dan kan je bestuderen hoe trajecten van verandering lopen want daar zijn interessante patronen in te ontdekken, bv wat er gezien wordt is dat er vaak sprake is van sudden gains, dat er een plotse verandering is, dat het niet geleidelijk is maar dat er een markante sprong is. Hoe komt dat en op welk punt gebeurt dat? Andere mensen hebben niet dat patroon en vertonen andere patronen.

3.3.4 Op weg naar methodologisch en epistemologisch pluralisme

- We zien een verschuiving in de laatste periode die we kunnen benoemen naar meer methodologisch en epistemologisch pluralisme: er komt een verschuiving naar een openheid voor meer methoden, meer visies die een stuk naast mekaar, en een stuk kunnen geïntegreerd worden, zonder dat die spanningsvelden verdwijnen.

- De context: een stuk de beperkingen met een eenzijdige focus op 'welke behandeling werkt best', een focus op specifieke factoren, korte protocolaire behandelingen en zijn problemen, externe validiteit, die zaken zorgen ervoor dat er ook terug de vraag komt naar ander onderzoek en dat ander onderzoek is er een stuk geweest maar de RCT was dominant
- Anderzijds kan je ook zeggen dat die vorige beweging (die probeert zeer strikt een aantal zaken te onderzoeken, van die experimentele logica die nog steeds wel een belangrijke plaats heeft) dat die dat ook gefaciliteerd heeft, als je kijkt naar die bevindingen en studies komen er heel wat vragen en die beweging heeft een stuk doorbroken van het 'laten gebeuren en iedereen doet maar wat', naar het meer ondervragen naar wat er gebeurt en hoe we daar kunnen zorgen voor een betere praktijk, want dat is ook de vraag, in die decennia RCT onderzoek is heel veel geïnvesteerd, in hoeverre heeft dat nu ook iets opgeleverd dat navenant is met de middelen en de mankracht die we daarin gestoken hebben? Daar wordt wel kritiek op gegeven dat de effecten op de praktijk eigenlijk relatief beperkt zijn.
- Dat gaat een stuk samen met die beperkingen van EST en het model daarachter, een medisch model om naar psychopathologie en behandeling te kijken, dat hangt een stuk samen met een aantal belangrijke methodologische beperkingen van nomothetisch onderzoek, dus als we vertrekken van de groep om op basis daarvan uitspraken te doen, dat is een stuk problematisch, als we bv vragenlijsten afnemen en kwantificeren en we berekenen een gemiddelde, zegt dat gemiddelde iets? Bestaat er zoiets als de gemiddelde mens? Stelt dat gemiddelde iets werkelijk voor? Vanuit die problemen of beperkingen komt er vraag naar andere vormen van onderzoek.
- In relatie daarmee wordt ook onderzoek naar gedaan in welke mate wetenschappelijk onderzoek gebruikt wordt in de klinische praktijk, in hoeverre maken psychologen gebruik van de output, de wetenschappelijke publicaties en literatuur? Blijkt zeer beperkt, klinici lezen niet vaak ws studies of meta-analyses maar daarnaast kaarten zij ook een stuk aan dat dat niet altijd zoveel relevantie heeft voor hen, dat zij daar niet veel concrete houvasten vinden om te werken met een client, dat dat maw niet zo bruikbaar is om in de complexe situatie van een therapie daar een beslissing te nemen, dat zij in een therap. situatie een stuk uitgaan van andere opvattingen over de mens, en dat zij moeilijk die vertaling kunnen maken naar een klinische praktijk, dat ze altijd in een gecontextualiseerde situatie zitten waar dingen niet zomaar toe te passen zijn en weten dat iets gemiddeld werkt, daar hebben ze niet zo veel aan bij specifieke patiënten.
- Het is dus ergens ook een stuk onvrede met een top-down model van onderzoek, onderzoek dat gebeurt in de academische wereld door onderzoekers die vaak geen contact hebben met klinische praktijk of weinig patienten zien en dan als

het ware hun bevindingen opleggen in de praktijk, dat is de ervaring van clinici dat zij al zo lang hun werk doen en dat die klinische ervaring aan de kant wordt gezet alsof het irrelevant is, dus er is een spanningsveld, een kloof tss ws en praktijk die ervoor zorgt dat er niet zo veel gebruikt van gemaakt wordt.

- Wat clinici ook aangeven is een vraag naar onderzoek die meer gedetailleerd en klinisch processen beschrijft dus dat dat meer iets is wat zij klinisch kunnen vertalen naar hun praktijk.

Methode

- Enerzijds zien we in deze periode dat niet één bepaalde methode dominant is maar dat er een stuk terugkeer is naar meer openheid, maakt het verschil dat er natuurlijk ondertussen veel meer methoden ontwikkeld zijn; dat er veel meer mogelijkheden zijn en dat die methodes ook vanuit verschillende epistemologische kaders kunnen vertrekken en een stuk naast elkaar elk zijn waarde hebben meer in functie van: wat is eigenlijk onze onderzoeksvraag en welke methode sluit daar dan best bij aan, eerder dan een soort methode a priori als beter te beschouwen.
- Ook toenemend belang van externe validiteit, de vertaalbaarheid naar praktijk, er gebeurt meer onderzoek in naturalistische settings, dat neemt niet weg dat er bepaalde debatten blijven bestaan en dat die twee stromingen een stuk blijven (en dat er langs een kant meer nadruk is op de empirically supported treatment vanuit dat medisch model) en de vraag blijft over wat ons de beste evidentie levert over psychopathologie en werken in klinische praktijk. Die 2 dimensies in onderzoek blijven dus bestaan maar hier en daar gebeuren er vertalingen en zijn er ook dingen die samenkomen.
- Naast EBP wordt een nieuwe term geplaatst: Practice based evidence, dat toont het verschil tss een top-down benadering aan in academisch onderzoek, daar worden dingen uitgedacht en onderzocht en dan poogt men dat te implementeren in de praktijk. In de kliniek is veel ervaring, veel kennis, van daaruit kunnen we ook de omgekeerde beweging maken en die praktijk bestuderen en daaruit leren wat wel en niet werkzaam is en wel of niet goed loopt, dat vertrekt meer vanuit onderzoek in naturalistische settings en betreft clinici meer actief in onderzoek.
- Waar in de jaren '90 de EST als de manier voor EBP naar voor geschoven werd, zien we verschuiving naar model met 3 cirkels: men wil een integratie van evidentie op verschillende fronten



en dat integreren met ook expertise in andere domeinen. Daarnaast vraag het van psychologen om beperkingen en sterkten van verschillende vormen van onderzoek te onderkennen, maar daar wordt wel ergens vertrokken van een hiërarchie van evidentie los van de onderzoeksvraag wat een stuk paradoxaal daarmee is. Als je een onderzoeksmethodologie an sich vooropstelt als de beste evidentie, koppel je dat ergens los van welke vraag er gesteld werd en welke methode daarvoor aangewezen is → we zien grote invloed van EST maar het concept is breder en er is ook een duidelijk onderkennen dat we andere vormen van onderzoek moeten hebben want er is veel kennis die anders niet kan vergaard worden en er zijn heel veel dingen waar we geen zicht op kunnen krijgen dan.

- De focus verschuift ook van de exclusieve focus op behandeling naar evidentie voor werkzaamheid van bepaalde vormen van assesment, een goede casusformulering, therapeutische relatie, wat er precies binnen therapie werkt eerder dan therapie als pakket te beschouwen, men over therapie meer te kijken naar wat werkzame factoren zijn die verschillend of gelijk zijn in de therapeutische praktijken.

Opkomst kwalitatief onderzoek

- 3 belangrijke evoluties in het veld van onderzoekstradities, die terug of nu pas meer aandacht krijgen in het veld en die een stuk meer ruimte innemen en belangrijker worden: de eerste is de opkomst van kwalitatief onderzoek, in andere wetenschappen is kwalitatief onderzoek veel meer aanwezig, in de psychologie niet maar dat verschijnt nu meer en meer. Het vertrekt niet zozeer van het cijfer maar van het narratieve en beoogt veel meer gecontextualiseerde kennis; fenomenen bestuderen in een context, nadruk op betekenisverlening, ervaringen, ...
- Dit leent zich bij uitstek voor onderzoek naar wat patiënten zelf ervaren als helpen, komt veel meer in de aandacht omdat het veel belangrijker geacht wordt om ook dat als vertrekpunt te nemen om iets te leren over wat werkt: processen in de diepte bestuderen, wat gebeurt er in therapie, ...
- Veel vaker een vorm van kwalitatief onderzoek of combinatie: wat we zien is dat kwalitatief onderzoek enerzijds op zich een plaats krijgt in de psychologie, maar anderzijds dat het ook vaak gecombineerd wordt met kwantitatief onderzoek, kwalitatief onderzoek kan vanuit verschillende epistemologische kaders gebeuren, leunt veel minder aan bij klassieke positivistische opvatting, maar dat wil niet zeggen dat we bij kwalitatief onderzoek we geen hypothese kunnen testen of geen wetmatigheden kunnen testen.
- Daarnaast, kwalitatief onderzoek laat ons toe een aantal vragen te beantwoorden die we obv kwantitatieve data niet kunnen beantwoorden,

- DeRubeis kaart in zijn artikel aan dat we misschien wel gelijke effecten vinden van verschillende behandelingen, maar dat die effecten misschien niet langs dezelfde weg tot stand komen, hij pleit voor een kwantitatieve benadering daarvan, maar we kunnen ons ook op een andere manier afvragen: hoe gebeurt dat eigenlijk? welke verandering komt er eigenlijk tot stand en gebeurt die langs dezelfde weg? Dat is iets wat hij hier in vraag stelt, hij zegt dat we gelijkaardige effecten vinden, komen die wel langs dezelfde weg tot stand? We kunnen ons ook de vraag stellen of die gelijkaardige effecten op die verschillende groepen obv die symptomenmaten wel dezelfde verandering is?

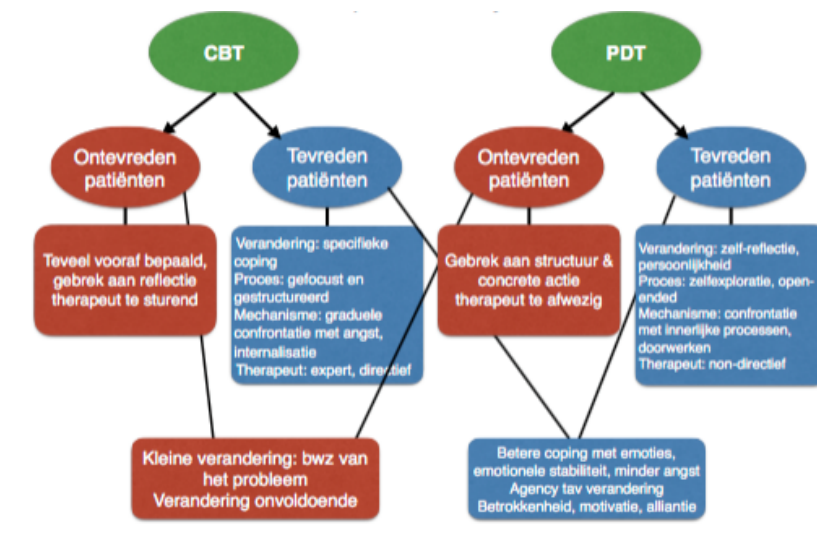
Voorbeeldstudie: *Patients' experiences of change in cognitive- behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study (Nilsson et al., 2007)*

- Patiënten die in bepaald centrum kwamen voor verschillende soorten problemen,
 - 31 patiënten onderzocht
 - Hebben tussen de 6 maand en een jaar na afronden behandeling alle patiënten die in het centrum waren geweest gecontacteerd om deel te nemen aan een interview.
- Kwalitatief onderzoek is vaak op kleinere groepen omdat dat veel intensiever proces van data-analyse is: waar je als je iemand een vragenlijst laat invullen 1 score hebt voor 1 persoon, heb je bij kwalitatief onderzoek heel veel materiaal wat heel veel werk vraagt om dat grondig te analyseren want kwalitatief onderzoek heeft methoden om dat systematisch te doen, dat is een systematisch proces van die data te analyseren.
- Zij hebben 31 patiënten geïnterviewd die ofwel cognitieve gedragstherapie ofwel psychodynamische therapie hadden gekregen, niet in de context van gerandomiseerde studie, gewoon in een centrum, en dus ook niet met vaste behandelduur
- Hadden in elke groep patiënten die ontevreden waren en patiënten die tevreden waren, een verhouding die ongeveer gelijk was in de twee groepen.
- Dan hebben ze gekeken: wat zijn nu de veranderingen die de mensen ervaren en waar schrijven ze dat aan toe?
 - Wat er komt uit die interviews is dat de tevreden patiënten in beide groepen een aantal gemeenschappelijke ervaringen hebben en een aantal unieke,
 - De mensen die tevreden waren over hun therapie zeiden in beide groepen dat ze gevoel hadden dat ze meer coping tools hadden om met moeilijkheden in hun leven om te gaan en vooral met emoties in moeilijke situaties en dat er minder angst was.

- Je hebt angst als stoornis maar angst als affect is iets wat bij heel veel mensen die komen in de kliniek aanwezig is en therapie heeft daar een dempend effect op. Die angst gaat liggen en er is veel meer vertrouwen en stabiliteit om met zaken om te gaan, het is minder beangstigend wat hen overkomt of gebeurt.
- Nog iets anders is een gevoel van zelf verantwoordelijkheid te hebben voor hun verandering, daar is het ook belangrijk dat de therapeut professioneel is en dat die daarin bekwaam is maar ze hadden allemaal een gevoel van agency tav hun eigen verandering en zelf verantwoordelijk te zijn en daar samen met therapeut aan te kunnen werken, van daar samen actief in te zijn, dus grote betrokkenheid en motivatie van patiënt en therapeut en dat binnen een goede werkrelatie.
- Dat zijn dingen die beide groepen patiënten gemeenschappelijk ervaren en die duidelijk niet alleen gaan over symptomen maar die gaan over een bredere verandering die zich vertaalt in hun leven en die ze een stuk koppelen aan een bepaalde verhouding met een therapeut, de manier waarop het werkt en hoe ze daar samen betrokken en actief instaan.
- Daarnaast zien we in twee tevreden groepen een verandering gekoppeld aan therapie en die niet in beide groepen terug te vinden is.
 - In PDT groep, ervaren de patiënten verandering in hun persoonlijkheid, in interpersoonlijk functioneren, hoe ze in het leven staan tov relaties met anderen, en hoe ze daar ook een meer zelfreflecterende houding in hebben, hoe ze doorheen de therapie gaan door een proces van exploreren bij zichzelf en patronen zien. Wat die mensen belangrijk vonden in de therapie, was dat ze ergens geconfronteerd werden met die processen, dat de therapeut daar ook ergens een belangrijke rol in speelt maar dat die daarin ondersteunend is maar niet een zeer sturende positie inneemt, het is de patient die gevolgd wordt maar de therapeut die daar wel actief in betrokken is en de patiënt helpt.
 - De CBT-patiënten beschrijven een meer specifieke verandering: waar bij de patiënten in psychodynamische therapie het iets breder maar moeilijker vast te pinnen is, zien we bij CBT-patiënten dat zij meer specifieke verandering omschrijven van het aanleren van copingmanieren om met hun problematiek om te gaan en ook dat dat zich installeert door een proces van herhaling, maar dat proces is meer gefocust en meer gestructureerd door de therapeuten die daarin meer een expertpositie inneemt, maar ook daar beschrijven die patienten iets van een herhaling doorheen de therapie en zo wordt het geïnternaliseerd

- Die twee groepen zijn alletwee tevreden over therapie, rapporteren alletwee verandering, in RCT zouden we niet zo veel verschil zien maar de aard van verandering is een stuk gedeeld en een stuk specifiek.
- Bij de ontevreden patienten zien we dat er als gemeenschappelijk punt tss twee groepen dat zij allebei wel iets van verandering ervaren, dus er is een kleine verandering en dat draait meestal rond iets meer bewustzijn van het probleem maar die verandering is verre van voldoende en ze zijn fundamenteel niet tevreden met de verandering die gebeurd is door de therapie.
 - Ook daar zien we specifieke zaken waar ze ontevreden over zijn en het toont ivm de rationale dat patienten misschien een andere vraag hebben want waar we zien dat ze ontevreden over zijn is een stuk wat de andere therapie meer lijkt te bieden.
 - De ontevreden patienten in de psychodynamische groep geven bv. meer aan dat dat er te weinig structuus, was dat het niet gefocust genoeg was en zeggen ook meer dan ze een concreet probleem hadden, hadden geen vraag om daar meer op die context in te gaan.
 - Ook iets wat bij die ontevreden pateitnen kwam was de therapeut die te afwezig en niet voldoende betrokken en onvoldoende helpend of structurerend was.
 - Bij ontevreden patiënten bij CBT zien we het omgekeerde: patiënten die zeggen: ik ben iemand die wil nadenken over mijn problemen en ik wil reflecteren over de context en daar was weinig ruimte voor, het leek de bedoeling dat ik concreet aanpakte. Ook die patiënten gaven aan moeite te hebben met de therapeut die meer expertpositie aannam en vonden dat te sturend
 - We zien daar dat die ontevreden CBT-patienten meer baat lijken te hebben bij psychodynamische behandeling waar die ontevreden psychodynamische patienten meer baat zouden hebben bij CBT.
- In die studie lijkt wel inderdaad dat het niet zomaar allemaal hetzelfde is, die uitkomsten die zo gelijk zijn, zijn niet voor alle patienten hetzelfde. Mensen die een verschillend veranderingsproces doorgemaakt hebben kunnen even tevreden zijn met die verandering, dus allebei geven ze aan dat zich dat vertaalt in hun verdere leven, dat zij daardoor met nieuwe moeilijkheden beter om kunnen gaan maar een stukje op een verschillende manier.
- Die patiënten die niet tevreden waren zien we dat de match met therapeut en therapeutische aanpak niet zo goed ging, en die mensen dachten op een manier anders over hun probleem dan het model dat ze aangereikt kregen in die therapie.
- Daarnaast heeft dat onderzoek uiteraard ook zijn beperkingen:
 - het is een kleine groep

- het is retrospectief
- ...



Voorbeeldstudie: *“Spinning one’s wheels”*: non improved patients view their psychotherapy (Werbart et al.)

- Doet kwalitatief onderzoek bij jongeren die in een centrum voor laatadolescenten in therapie gaan voor verschillende problemen waarbij ze de vraag stellen waarom sommige patiënten niet verbeteren.
- Wat zijn categorieën of ervaringen van patiënten die niet verbeteren?
 - o Een groep die in een effectiviteitsonderzoek grotendeels buiten beschouwing blijft, want daar hebben we een gemiddeld effect, dat lijkt redelijk goed maar die groep mensen die daar ook inzit (op vlak van interind. verschillen) daar wordt weinig vraag naar gesteld.
 - o Hier vragen ze mensen die wel in therapie gebleven zijn, dan zijn er op het einde patiënten die ofwel geen verbetering vertonen of patiënten die verslecht waren, die waren ze dan gaan bevragen. Ze focussen op de groep die niet significant verbeterd of verslecht is. Ze zijn wel een hele tijd in therapie gebleven maar er is geen verbetering.
 - o Wat ze vooral vinden wat bij alle patiënten terugkomt is een ervaring van geen vooruitgang, ter plaatse blijven trappelen, het is wel ondersteunend,

- maar ik blijf ter plaatse: vertaling van spinning one's wheels, daar komt het op neer die ervaring van weinig verandering.
- zijn enerzijds positief over therapie, dus dat ze die band als positief ervaren dat ze ook vooral de moment dat de therapeut iets van actieve interventie doet, advies geeft of confronteert, als helpend ervaren dat ze vonden dat dat te weinig gebeurt. Ook bij die patiënten dat ze ergens moeite hadden om te begrijpen wat de bedoeling was van die methode, dat er soms te veel afstand was, dat de therapeut er wel was maar dat het een beetje praten was zonder doel, ze hadden het gevoel dat ze gesteund en gehoord werden en omdat dat positieve ervaring was bleven ze in therapie.
 - Er zijn een aantal veranderingen, maar zeggen vooral dat therapie onvoldoende was, dat er cruciale problemen blijven en het emotioneel niet loopt zoals het hoort. We zien dat er ook andere zaken invloed hebben maar de ervaring van therapie is vooral dat.
 - In de discussie van de bevindingen:
 - ten eerste dat er misschien wel aantal therapeuten bij waren die die nogal afwezige houding innamen, want de patiënten die verslecht waren, waren bij een aantal therapeuten hoofdzakelijk;
 - anderzijds ook een aantal eigenschappen van patiënten: misschien zouden die patiënten ook elders niet verbeterd zijn, we zien ook in de praktijk mensen die zeer lang in behandeling gaan een waarbij niet veel verbetert, in elke groep gaan er patiënten zijn bij wie geen verbetering is maar het heeft ook geen zin om die zomaar aan de kant te schuiven, we kunnen daar wel veel uit leren.

Case-based evidence: de gevalstudie herbekeken

- Tweede belangrijke evolutie, opnieuw gaan kijken naar wat we kunnen doen met gevalstudie. Nu is er een stuk een herdenken van de gevalstudie als methode net omwille van die vraag naar meer ideografische benaderingen, meer studies naar processen, interacties tussen therapeuten, microprocessen, wat gebeurt er zeer concreet in interactie tussen therapeut en patient, nonverbaal gedrag etc
- Daar laat bestuderen van individueel geval toe om net die dingen een stuk in kaart te brengen en daarin zien we dat er methodes uitgewerkt worden waarin gevalstudies meer gesystematiseerd gedaan worden waardoor het niet meer de therapeut is die een interpretatie geeft van materiaal. Dat is nog steeds niet volledig uitgesloten, maar er zijn methoden zodat we verschillende bronnen van data hebben maar ook verschillende onderzoekers, verschillende therapeuten, dat er vanuit verschillende perspectieven naar materiaal gekeken wordt en dat we zo dat proces systematiseren en zodat de conclusies die we kunnen trekken

obv een gevalsstudie een stuk kunnen beter funderen en dat de kennis die dat oplevert of de conclusies meer betrouwbaar en geloofwaardig zijn.

- Experimentele gevalsstudies bestaan ook al zeer lang, dat is de logica van een experiment maar toegepast op één proefpersoon ipv een groep mensen waarbij je eerst een baseline meting doet, dan stel je interventie en daarna heb je terug metingen, en zo wordt gekeken of interventie iets toevoegt buiten de baseline.
- Het is bij uitstek iets wat kennis kan opleveren om processen beschreven te krijgen of voor onderzoek dat processen beschrijft in de context van concrete interventies.
- Net zoals kwalitatief onderzoek gebeurt die gevalsstudie op zich of geïntegreerd in ander onderzoek, bv in RCT waar patiënten met verschillende profielen als casus bestudeerd worden, om zicht te krijgen op interindividuele verschillen
- Rond gevalsstudies wordt dan ook de vraag gesteld, terugrefererend naar generalisatie, ofdat dat problematisch, dat is niet vanzelfsprekend, het probleem met externe validiteit beperkt de mogelijkheden tot generalisatie, er wordt nagedacht over hoe we daar toch uitspraken over kunnen doen die ruimer geldend zijn want als we ideografisch onderzoek doen dan hebben we (misschien niet altijd, maar toch vaak) ook de bedoeling om iets te zeggen over grotere groep mensen dus om uiteindelijk te komen tot nomothetische uitspraken vertrekkend van een idiografische uitspraak.
 - o dat kan binnen een geval door veel observaties te doen (en door herhaalde observatie binnen één patient over de tijd kan je ook zeggen dat je evidentie hebt voor bepaald verband)
 - o kan ook door gevallen te aggregeren (samen te brengen), dat kan o.a. door een multiple case study, en te kijken of patronen terugkeren: welke gemeenschappelijk, welke uniek? op die manier wordt ook gewerkt naar kennis die breder is dan een geval.
- Gevalsstudies is iets wat klinici vaak aangeven als iets dat hen kan helpen, maar is vaak niet zo toegankelijk en gemakkelijk te vinden, er zijn heel veel gevalsstudies gepubliceerd, vandaar dat er meer aandacht komt om gevalsstudies te aggregeren in databanken waar mensen toegang toe kunnen krijgen, dus dat is een databron om onderzoek op te doen maar ook om gevallen op te zoeken.

Voorbeeld van een mixed-method gevalsstudie

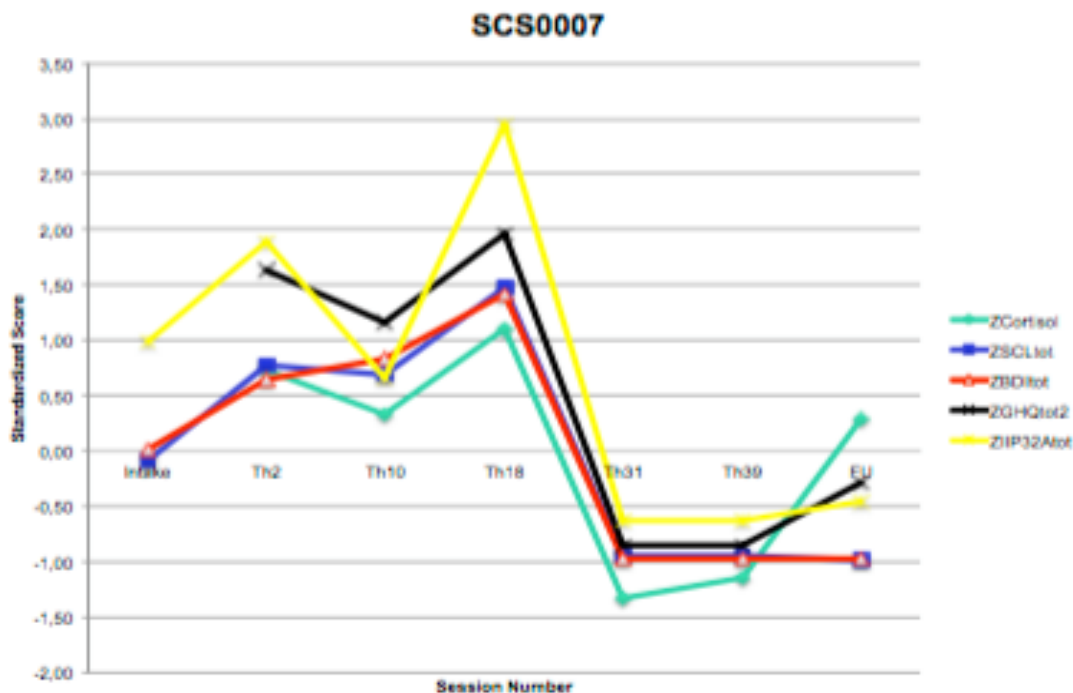
- Men geeft hier eigenschappen van patiënt-therapeut-therapie. Het kan zeer belangrijk zijn om net meer of een betere descriptie te geven van steekproef van onderzoeksproces omdat we daar veel uit kunnen leren en het maakt ook de vertaling mogelijk naar klinische praktijk, zowel voor verder onderzoek (dus om gevalsstudies te bundelen of om evidentie naast elkaar te leggen) als voor klinici

om van een gevalstudie gebruik te maken, is een goeie situering van de casus zeer belangrijk, dat betreft zowel objectieve kenmerken als om goede casusformulering: op welke manier presenteert die persoon zich, welke klachten, context,... allemaal belangrijke info om vertaling te kunnen maken naar praktijk en om gevallen te kunnen vergelijken. Als je gevallen vergelijkt kan die info je toelaten om verschillen en gelijkenissen te interpreteren of om daar een hypothese over op te stellen

- Hier gaat het over een jongeman die zich aanmeldt.
- Eerst was hij in relatietherapie omdat er in zijn relatie een aantal zaken zijn waarmee zijn vriendin heb geconfronteerd heeft, gedrag dat hij stelt, dingen die hij doet waar hij zelf geen herinnering aan heeft.
- Zij confronteert hem met chatgesprekken op zijn computer waaruit blijkt dat hij haar bedriegt, dat hij 's nachts weggaat en een relatie heeft met iemand anders, in de kamer lijken allerlei spullen op te duiken die gekocht zijn maar waar hij geen herinnering meer aan heeft.
 - o Het is gemakkelijk te zeggen dat je het je niet herinnert, maar op het moment dat hij geconfronteerd wordt daarmee kan hij zichzelf niet herkennen in wie hij blijkt te zijn in die chats, hij moet constateren dat hij anders kan zijn dan dat hij denkt dat hij is, waar hij anders beleefd en welopgevoed is en iemand die veel belang hecht aan voorkomen en omgaan met andere mensen, is hij daar eerder vulgair, bespreekt seksueel dingen die hij anders nooit zou bespreken, heeft hij een affaire met een vrouw waartoe hij zich nooit zou aangetrokken voelen, etc.
- Dat veroorzaakt een gigantische angst, hij durft niet meer slapen uit angst voor wat er zou gebeuren, van daaruit komt hij in therapie, de relatietherapie vergemakkelijkt een aantal zaken maar 2j later duiken een aantal symptomen weer op en dan komt hij individueel in therapie.
- Die man krijgt diagnose dissociatieve identiteitsstoornis, wat gekenmerkt wordt volgens DSM door bestaan van afgespliste fragmenten van de persoonlijkheid, waarbij er geheugenverlies is van het ene voor het andere, dingen gedaan worden die niet herinnerd worden, waar de persoon weinig heeft van eigenschappen, gedrag, emoties, die in zijn gewone bewuste toestand niet zo aanwezig zijn.
 - o Zo'n diagnose toont terugkoppelend naar 1^e les als we het hadden over de werkelijkheidsvorm, de waarden van wetenschap, hoe diagnoses producten zijn van een keuzeproces van mensen om bepaalde eigenschappen te categoriseren als een stoornis of problematisch, het is onvermijdelijk dat mensen daar in tussenkomen, we beslissen bepaalde eigenschappen als problematiek te bestempelen en andere niet, maar wat bv. vandaag de dag onder dissociatieve identiteitsstoornis valt is niet wat daaronder viel in DSM-IV, en nog grotere verandering tov DSM-III waar het nog multiple

persoonlijkheidsstoornis heette. Dat verschuift dus doorheen de tijd omdat clinici beslissen om die kenmerken een stuk anders in te delen maar dat heeft ook effect op mensen, bv. de hoeveelheid mensen die een bepaalde diagnose kunnen krijgen, afh. van de striktheid van criteria valt er een andere groep mensen onder, dat is geen punt van kritiek maar het is een punt om bij stil te staan om te zien hoe wij met ons diagnostiek een stuk werkelijkheid creëren die effect heeft.

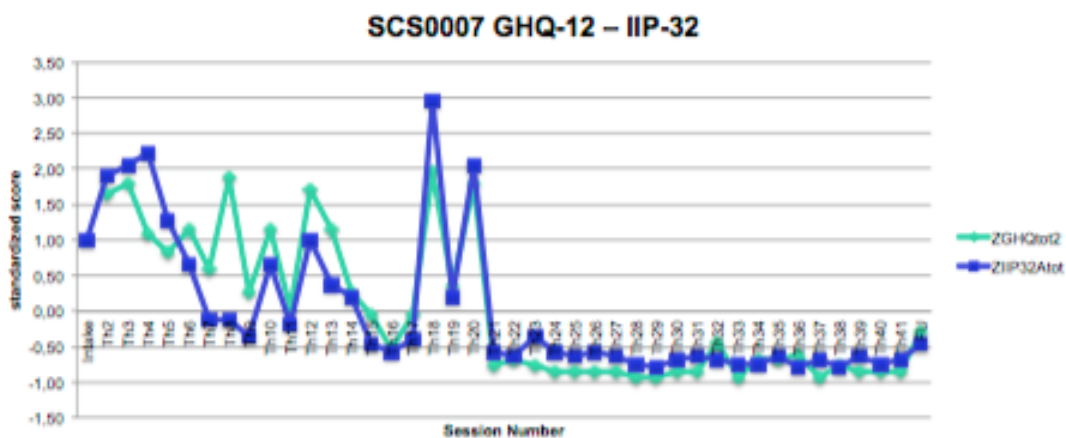
- Die man komt ongeveer een jaar in therapie, bij psychoanalytisch therapeut, en op het einde van dat jaar is zijn geheugen ongeveer geïntegreerd: kan zich terug zelf voorstellen hoe die vrouw eruitzag etc, er is geen enkele evidentie dat er nog symptomen zijn rond kopen, ... de dissociatieve symptomen zijn weg, de angst ook, we kunnen dus zeggen dat dat een succesvolle therapie is.
- Bestudeerd op verschillende manieren, en al die manieren doen een poging om de mate waarin we kunnen systematiseren te vergroten, en om verschillende perspectieven op zowel uitkomst als proces toe te laten, dat is niet altijd eenduidig en net daarom belangrijk om verschillende zaken te combineren.
- Verschillende onderzoekers kijken naar hetzelfde materiaal, alles wordt opgenomen, er worden vragenlijsten ingevuld (zowel elke sessie als om de 8 sessies - een maat voor algemeen welbevinden en interpers. functioneren), daarnaast schrijft een therapeut elke sessie verslag, zodat we kunnen zien hoe therapeut naar proces kijkt en hoe heeft patiënt dat ervaren? Patiënt wordt geïnterviewd een tijd na therapie, elke 8^e sessie ook cortisolmetingen (indicaties voor stress, biologische maat) dus we hebben zowel zelfrapportage, observatie, mogelijkheid om narratief materiaal te bestuderen, biologische maten, beoordelingen van therapeut, dus kwalitatief en kwantitatief en men gaat beide zaken met elkaar combineren om de uitkomsten en conclusies rijker te maken.
- Terugkomend op vragenlijsten: de moeilijkheden die we daarbij aangehaald hebben zijn niet volledig weg op individueel niveau, er zijn er een aantal die verdwijnen (zoals als we het hadden over dat 3 omcirkelen bij een item voor een patient niet hetzelfde is als een 3 voor een andere, als we daar een gemiddelde van berekenen beschouwen we 2 termen als hetzelfde die niet hetzelfde zijn): bij één patient heb je dat minder, je hebt een evolutie over de tijd, waarbij we verwachten dat de betekenis van een 3 op een item consistent is over tijd binnen persoon dan op 1 moment over personen, maar het is het te verwachten dat voor sommige patiënten dat referentiekader waarbinnen ze items interpreteren verandert doorheen therapie waardoor die 3 ook niet meer helemaal hetzelfde betekent maar het zal in mindere mate zijn dan op groepsniveau.



- Dit is zo'n grafiek van al die vss maten die om de 8 sessies worden afgenomen, een verloop dat door de verschillende maten nogal gelijk wordt beschouwd met sterke verbetering, vooral naar de 18^e sessie: tss 18^e en 31^e moet er grote verandering geweest zijn, daarnaast zien we bij follow-up dat de zelfrapportagematen (geel rood blauw zwart) in zelfde richting richting wijzen, symptomen blijven laag maar GHQ (algemeen welbevinden – symptomenlast) en cortisol stijgen een stuk terug → toont dat uitkomst niet eenduidig is, we kunnen hypothesen hebben maar die zijn moeilijk te maken als we geen narratief materiaal hebben.
- Bij die patient bleek bv. uit follow up dat de 2j na therapie alles goed ging en dat beschrijft hij ook, dat symptomen weg zijn, dat functioneren in familie en gezin beter loopt, wat zeer moeilijke situatie was, dat die verhoudingen beter lopen, ook in relatie, geen angst meer voor dissociatie.
 - o Heeft ondertussen ook 2 kinderen en 3^e kind dat tijdens geboorte gestorven is, wat een zeer pijnlijke ervaring is geweest en hij beschrijft dat moest hij zoiets meegemaakt hebben voor therapie dat voor hem onmogelijk zou geweest zijn om daarin overeind te blijven. Hij heeft bv als jongere zware drugsproblemen gehad, moest hij dit meegemaakt hebben voor therapie was hij ongetwijfeld verzeild geraakt in drugs, medicatie, .. hij vindt nu wel een manier om daarmee om te gaan. Hij weet zich staand te houden in die moeilijke gebeurtenis, maar terzelfdertijd betekent dat toch wel een verdriet waar hij dagelijks mee moet omgaan, en hij beschrijft dat ook hoe combinatie van werk en gezin en verwerken van verlies niet zo

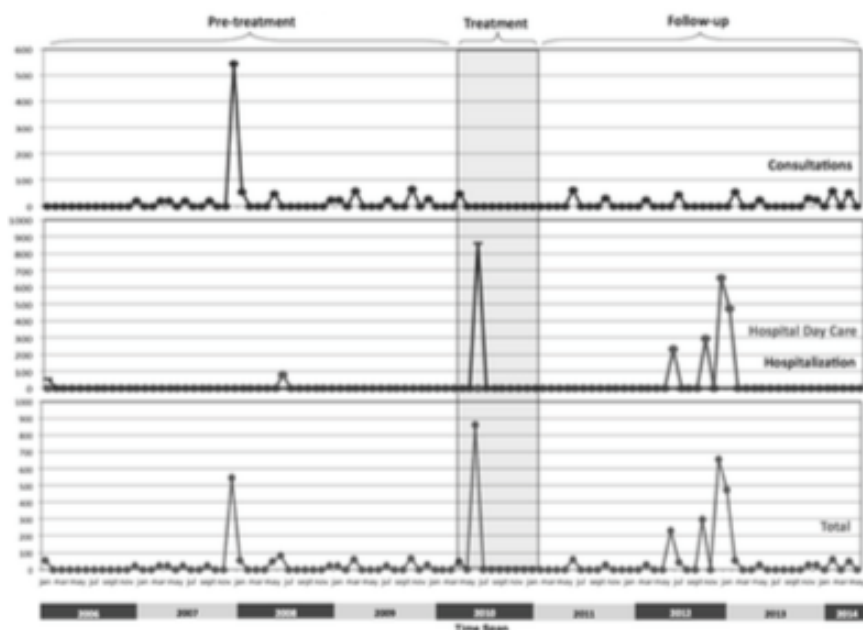
vanzelfsprekend is, dat dat zwaar is, het zou kunnen dat we dat hier in de grafiek weerspiegeld zien maar dat is slechts een hypothese.

- Opvallend zien we wel, waar bv. in groepsstudies biologische maten niet zo veel correleren met zelfrapportage, dat over tijd binnen en individuen daar wél gigantisch hoge correlaties te vinden zijn, wat een stuk kan verklaard worden door biologische cortisolniveaus: er is heel moeilijk een referentiepunt vast te stellen omdat mensen zijn daar zeer verschillend in, maar binnen een mens blijkt dat wel een betekenisvol patroon te zijn.
- Waar we in groepsonderzoek het idee krijgen dat verandering in psychotherapie een lineair proces is, een langzame afname van symptomen, blijkt in individuele veranderingstrajecten dat dat verre van het geval is. Meer en meer onderzoek gebeurt ook in groepen waarbij individuele veranderingstrajecten bestudeerd worden en gekeken wordt in hoeverre dat lineair patroon wel te verwachten is, is dat niet een gemiddelde waar misschien geen enkele patient aan voldoet dus een gemiddelde dat niet bestaat?



- Hier zien we rond een bepaalde sessie in heel grote daling in scores en dat is iets wat vaak geobserveerd wordt. Er is al wat onderzoek in cognitieve gedragstherapie waar ze zien dat de aanwezigheid van zo'n sprongen ten eerste niet zo makkelijk te voorspellen is, dus niet makkelijk op voorhand in therapie te zien dat dat er zit aan te komen, maar wel dat de aanwezigheid van zo'n verandering wel voorspellend blijkt te zijn voor goeie uitkomst op lange termijn.

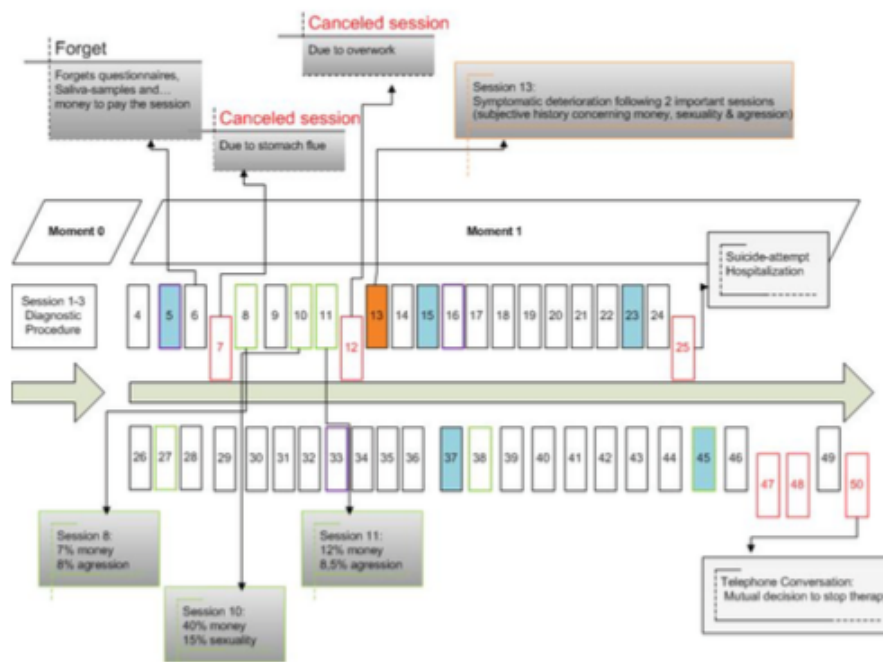
Kwantitatieve resultaten: ziektekosten



- Ziektekosten: lijkt op een soort objectieve barometer van herstel; als mensen minder beroep moeten doen op gezondheidszorg na therapie dan is dat een groot bewijs voor effectiviteit van therapie maar ook daar zien we dat we dat moeten interpreteren. Op basis van narratief materiaal blijkt dat die piek op het einde een periode is waar genetische testen zijn gedaan voor het kindje dat stierf, dus in die zin blijkt het weinig te maken te hebben met psychische problemen maar met dure onderzoeken die gebeuren in die situaties.
 - o Toont opnieuw de vruchtbaarheid van verschillende factoren in rekening te brengen en hoe complex verandering in elkaar zit en hoeveel factoren daar een rol in spelen.
- Met de kwalitatieve analyses gaan we meer in op hoe iets gebeurt, hoe verandert iemand, je kan heel veel vragen stellen met kwalitatieve studies, je kan vragen stellen naar hoe uitkomsten tot stand komen, naar betekenis van kwantitatieve maten, processen bevragen bv. hoe verandering gebeurt: via eerst verandering in persoonlijkheid voordat symptomen veranderen of omgekeerd? welke rol heeft therapeutische relatie?
- Binnen deze casus hebben we bestudeerd op welke punten de dissociatie optrad, en een bewerking van die thema's leidt tot verandering. Eerst is men de cruciale thema's waarrond de dissociatie draaide gaan bevragen en waarrond dan ook zijn verder spreken draaide en dat bleek te gaan over geld, wat we zien in het kopen, seksualiteit en agressie die een stuk vermengd verschijnen in het

bedriegen, de aard vd seksualiteit en ook in een aantal andere sytomen of klachten waar hij zelf mee komt (bv woede-uitbarstingen enz.)

- Wat men daarna gedaan heeft is kijken hoe die thema's doorheen therapie aan bod kwamen en hoe dat daarop geïntervenieerd werd en hoe dat eigenlijk in sessies waar een grote verandering is (sessies waar een grote daling is in sympt) bewerkt wordt.
- Figuur toont het verloop van de therapie: hoe vaak wordt over die thema's gesproken, wat gebeurt er in welke sessie en welke gebeurtenissen zijn er buiten therapie die daar misschien invloed op hebben?



Patient-focused research

- Het derde grote evolutiekader binnen PBE waar een stuk onderzoek in de praktijk zelf gebeurt, vanuit de praktijk, vertrekt van het idee: we hebben nu al die instrumenten ontwikkeld voor onderzoek, kunnen we die niet gebruiken om concreet in praktijk iets van verloop therapie & uitkomsten te monitoren en te voorspellen?
- Routinematig een aantal instrumenten afnemen bij patiënten en daar de vooruitgang monitoren of te vergelijken met verwachte vooruitgang obv meer grootschalige studies.
- Vertrekpunt is dat therapeuten niet zo goed in staat blijken in schatten hoeveel verbetering er is bij een patient, dat patiënten bv niet tegen therapeut durven zeggen dat ze de therapie niet oke vinden of dat ze zich eigenlijk slechter voelen, of dat ze bv. angstig worden eerder dan te verbeteren. Wat patienten dan ook soms doen is wegblijven. In een RCT-onderzoek merken we dat omdat die patiënten eerder dan therapeut te vertellen of weg te blijven, ze allemaal naar

de onderzoeker bellen: ze hebben allemaal een onderzoeker bij wie ze terecht kunnen, en die patiënten nemen daarmee contact op omdat dat een heel andere verhouding is, dat geeft info over hoe mensen omgaan met geen verbetering of niet tevreden zijn met therapie, of gevoel hebben dat het niet klikt.

- Wat mensen wel doen, is dat als ze bij een andere therapeut gehad, dat ze het daar vertellen. Patiënten in de praktijk komen vaak zeggen dat ze al ergens anders zijn geweest en dat mensen dat niet durfden zeggen.
- Vanuit die observatie, dat therapeuten vaak niet zo'n goed zicht hebben op hoe het eigenlijk gaat met patiënten, wordt dit soort feedbacksystemen geïmplementeerd.
 - o Een aantal instrumenten die daarvoor gebruikt worden, waaronder (oq 45) dat meet algemene dingen rond depressief voelen, welbevinden, ...
 - o Wordt dan elke sessie afgenomen, zeker in instellingen of centra die gesubsidieerd worden van de overheid, in Engeland bv geeft dat aanleiding tot een enorme databank waar dan grootschalig onderzoek nr praktijk kan gedaan worden, waaruit blijkt dat effectiviteit obv zo'n vragenlijst zoals ook in rct gedaan wordt ong even groot is, globaal genomen, dus dat soort vragenlijsten wordt dan afgenomen op sessiebasis.
- Wat daarmee gebeurt is dat therapeuten feedback krijgen over hoe het gaat met patient in relatie tot een te verwachten behandelingsrespons. Hoe wordt die verwachting bepaald? Ze hebben eerst zo'n instrument afgenomen doorheen therapie bij duizenden patiënten, en obv daarvan is er voor verschillende ranges van beginscores, dus niet één traject voor iedereen, bv. de verwachte herstelcurve voor patiënten die starten met score van 97 – 98, en dan wordt er een gemiddeld verloop getekend, wat de te verwachten daling is en therapeuten krijgen dan feedback, bv. een soort code (groen als het binnen te verwachten range is, geel als bepaalde mate van afwijkt, het is misschien te overwegen of er iets fout loopt in therapie, en rood is in grote mate afwijken, dan moeten we vragen stellen).
- De clinicus dat moet integreren met de andere info die hij heeft, het is niet zomaar een rechtstreekse vertaling te maken van een dergelijke code naar wat jij moet doen in de praktijk. Het is niet zo omdat de patient op een bepaald moment afwijkt van gemiddeld traject, dat het onmiddellijk wil zeggen dat therapie foutloopt. We hebben gezien dat patiënten fluctueren, dat trajecten niet zo lineair verlopen als dat gemiddelden representeren, wat belangrijk is is dat proberen interpreteren in de context. Het kan een bron van kennis zijn die je indicaties geeft, het kan je info opleveren die je anders niet krijgt, maar wat telkens in de context van die patient moet geïnterpreteerd worden om te weten of er werkelijke reden is om bv aanpassingen te doen aan therapie of door te verwijzen. Bv als iemands familielid overleden is, is dat niet zo vreemd dat die

code dan rood is omwille van de extra lijdensdruk maar dat wil dan zeker niet zeggen dat je je therapie moet aanpassen.

- Er is ook wel wat onderzoek gedaan naar de implementatie van dergelijke praktijken, dus de implementatie van zo'n feedbacksystemen, van patient focused research, de patient zelf wordt eigenlijk een stuk onderzoeksobject maar het wordt als directe feedback gebruikt om de therapie zelf te monitoren. Ook daar hebben ze al RCT's naar gedaan: als we groepen vgl waarbij er geen feedback is en groepen met wel feedback geeft dat een verschil in uitkomst, maw soms zorgt feedback ervoor dat we onze therapie beter kunnen oriënteren op de patient, en dat de uitkomst beter is.
- Dus we hebben drie groepen: geen monitoring, noch feedback, een groep waarin therapeut feedback krijgt, en een groep waarin zowel therapeut als patient feedback krijgt. Opnieuw doen ze pre- en postmeting van drie groepen.

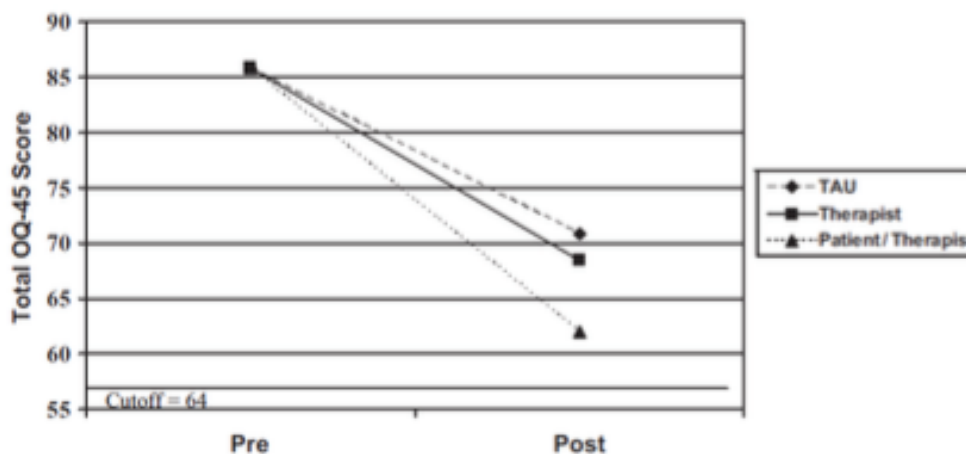


FIGURE 2. Adjusted pre- and posttreatment means of treatment as usual, therapist feedback, and patient–therapist feedback conditions.

- Wat zien we: blijkt wel een effect te hebben maar dat verschil is eerder klein, maar enige voorzichtigheid in het interpreteren: als we patienten ook feedback geven over zo'n vragenlijst, kunnen we ons de vraag stellen in hoeverre we daarmee een soort demand-effecten installeren, dat we suggereren aan mensen dat het beter of slechter gaat, en dat ze daar dan gemakkelijker met de therapeut kunnen over spreken, als de daling een stuk vertekende weergave is omdat patienten zelf denken dat ze zich meer aanpassen aan der verwachting dat dat een effect heeft, het zou dus interessant zijn om een groep te hebben die fb krijgt over hun progressie, die niet in overeenstemming is, dus dat zij bv het bericht krijgen dat het beter gaat terwijl het niet zo is. Dat is ethisch niet verantwoord, maar dat zou ons wel een beter idee geven. In hoeverre creëren we zelf een soort uitkomst?

- Los daarvan lijkt het een instrument dat zowel therapeuten als patienten een stuk input kan geven die bruikbaar kan zijn, zoals werd gezegd, als patienten bv door feedback te krijgen het makkelijker vinden om met therapeut over bepaalde zaken te spreken, vooral die zaken die niet goed gaan dan, is dat een grote vooruitgang. Dat laat toe om met bepaalde dingen anders om te gaan, als mensen systematisch aangeven dat ze zich angstig voelen door therapie dan is het goed om je te bevragen over hoe dat komt, waar je interventies misschien niet afgestemd zijn op het tempo vd patient.

3.3.5 Honderd jaar onderzoek...

- Onderzoeksubject van de klinische psychologie:
 - o Therapeutische situatie: systematisch gebruiken van menselijke relatie voor therapeutische doeleinden
 - o Complexe en non-lineaire processen
 - o Gelaagde fenomenen
- Vertrekpunt: hoe beschouwen we en gaan we om met een klinisch probleem?
 - o Basisassumpties: wetenschapsfilosofische kaders als achtergrond voor verschillende benaderingen
 - o Evidence-Based Practice: verschillende operationalisaties
 - o Uitkomst- en procesonderzoek doorheen de tijd.
- Veelzijdigheid opvattingen en onderzoeksbenaderingen weerspiegelen complexiteit
 - o Medisch vs. contextueel
 - o Specifiek vs. algemeen
 - o Absolute kennis vs. kennis-in-context, know-how
 - o Top-down vs. bottom-up
 - o Nomothetisch vs. idiografisch perspectief

