



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Resultaten van gecontroleerd psychotherapieonderzoek zijn niet bruikbaar in de dagelijkse klinische praktijk

Marc Verbraak*

Het misverstand

De resultaten van gecontroleerd psychotherapieonderzoek (de zogenaamde randomized controlled trials; RCT's) en de daarin geëvalueerde behandelprotocollen zouden slecht te vertalen zijn naar de klinische praktijk. 'De patiënten in de RCT's komen niet overeen met patiënten uit de "echte" dagelijkse praktijk; de laatste zijn complexer, zieker en heterogener' (Persons & Silberschatz, 1998). Dit suggereert dat alleen patiënten met relatief milde en ongecompliceerde klachten in onderzoek worden geïncludeerd. Deze kritiek op de generaliseerbaarheid van protocollaire behandelingen is echter gebaseerd op een globale indruk en niet op systematisch onderzoek (Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph, & Brody, 2003).

Het onderzoek

Interessant in dit verband is dat Stirman en collega's (2003, 2005) in een tweetal studies hebben bekeken of, en waarin, patiënten uit de dagelijkse praktijk verschillen van patiënten die deelnemen aan RCT's. Zij vergeleken daartoe de diagnostische informatie van patiënten uit de dagelijkse praktijk met de inclusie- en exclusiecriteria van verschillende RCT's. Daarnaast hielden ze de redenen bij waarom deze patiënten niet in aanmerking zouden komen voor deelname aan enige RCT.

De eerste studie vond dat 42% van 347 patiënten een diagnose had, die ook voorkwam in de RCT-literatuur. Daarvan kwam 80% voor deelname aan minimaal één gepubliceerde RCT in aanmerking. De belangrijkste reden waarom de overige 20% niet in aanmerking kwam voor potentiële deelname aan een van de gepubliceerde RCT's was een 'te geringe ernst' van de stoornis. Slechts voor een minderheid gold dat ze uitgesloten zouden worden op basis van comorbiditeit (3%) of te ernstige klachten (1%). De overige 58% van de 347 patiënten had een primaire diagnose, die niet in de RCT-literatuur voorkomt, meestal een aanpassingsstoornis of een dysthyme stoornis (Stirman et al., 2003).

De tweede studie leverde vergelijkbare resultaten op: 75% van 220 patiënten voldeed aan de criteria van een diagnose voorkomend in de RCT-literatuur. Daarvan werd 95% geschikt geacht voor deelname aan minimaal één van de reeds gepubliceerde RCT's. Ongeschiktheid had te maken met een diagnose in gedeeltelijke remissie, klachten die niet ernstig genoeg geacht werden, het gebruiken van een antidepressivum, of het hebben van een andere primaire diagnose. In geen enkel geval was comorbiditeit op

* DR. M.J.P.M. VERBRAAK, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is hoofd onderzoek van de HSK Groep. Tevens is hij hoofdopleider GZ-psychologen van het SPON/ACSW Radboud Universiteit, Nijmegen, en behandelteamcoördinator van het team Angststoornissen te Almelo bij Adhesie GGz Midden-Overijssel. Correspondentieadres: dr. M.J.P.M. Verbraak, HSK Groep, St. Annastraat 174, 6524 GT Nijmegen. E-mail: m.verbraak@hsk.nl

as-I of as-II een reden voor uitsluiting, terwijl bij 49% van de patiënten in dit onderzoek op as-II een persoonlijkheidsstoornis was gediagnosticeerd (Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph, & Rothman, 2005).

Conclusie

RCT's werken met inclusie- en exclusiecriteria. Dat wekt de indruk van een strenge selectie. Vanuit een methodologisch oogpunt zijn deze criteria vooral bedoeld om de te onderzoeken populatie duidelijk te omschrijven. In de regel is het inclusie criterium de primaire DSM-IV-diagnose, waarop de te evalueren behandeling is toegesneden. Het exclusie criterium in dit type onderzoek is bijna altijd ernstige psychopathologie in de vorm van een psychotische stoornis, een organisch syndroom of middelafhankelijkheid (Keijsers, Van Minnen, & Hoogduin, 2004); klachten waarop ook in de dagelijkse klinische praktijk wordt gereageerd met een ander hulpaanbod.

Kortom, systematisch onderzoek laat een grote overeenkomst zien tussen patiënten die behandeld worden tijdens RCT's en patiënten in de dagelijkse klinische praktijk. De resultaten van gecontroleerd psychotherapieonderzoek zijn dan ook goed voor de dagelijkse praktijk bruikbaar, zelfs voor de patiënten met ernstigere klachten en comorbide diagnoses.

Referenties

- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (2004). Protocollaire behandelingen in de ambulante GGZ. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I. Tweede, herziene druk* (pp. 1-31). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Persons J.B., & Silberschatz, G. (1998). Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 126-135.
- Stirman, S.W., DeRubeis, R.J., Crits-Christoph, P., & Brody, P.E. (2003). Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 963-972.
- Stirman, S.W., DeRubeis, R.J., Crits-Christoph, P., & Rothman, A. (2005). Can the randomized controlled trial literature generalize to non-randomized patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 127-135.