



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## Psychologische behandelingen: effectiviteit en gemeenschappelijke factoren

Paul M.G. Emmelkamp en Ellen Vedel

---

**SAMENVATTING** Dit artikel verschijnt eind 2010 als hoofdstuk in het Handboek voor GZ-psychologen onder redactie van M. Verbraak, S. Visser, P. Muris en K. Hoogduin bij Boom uitgeverij, Amsterdam. Het artikel beschrijft hoe non-specifieke therapeutische variabelen, zoals het creëren van hoop, het motiveren van de cliënt, het bieden van een duidelijke en geloofwaardige therapierationale, en een optimale therapeutische relatie evidence-based behandelingen effectiever maken.

---

De GZ-psycholoog heeft kennis over de indicaties en contra-indicaties voor verschillende behandelmethoden en is op de hoogte van de evidentie over de effectiviteit en doelmatigheid van deze behandelingsmethoden. De GZ-psycholoog is in staat om standaard behandelingen van de meest voorkomende psychische problemen en stoornissen toe te passen en volgt de relevante wetenschappelijke ontwikkelingen op zijn of haar vakgebied. Samengevat is de GZ-psycholoog dus een professional die zich specifiek bezighoudt met evidence-based behandelmethoden, zowel wat de uitvoering hiervan betreft alsook het bijhouden van de nieuwe ontwikkelingen op dit gebied. Hoe moet de GZ-psycholoog dit in de praktijk doen? De multidisciplinaire richtlijnen bieden enig houvast bij het beoordelen welke behandeling bij welke stoornis geïndiceerd is. Echter, ten aanzien van veel stoornissen zijn er nog geen richtlijnen verschenen en updates van de richtlijnen verschijnen slechts mondjesmaat. Het bijhouden en beoordelen van nieuwe ontwikkelingen is verre van eenvoudig. Sommige ontwikkelingen spelen zich af buiten het bereik van de klinische praktijk, in de ivoren torens van de wetenschap en er wordt over gepubliceerd in internationale wetenschappelijke tijdschriften, vaak met een taalgebruik en statistische analyses die moeilijk te doorgronden zijn door psychologen uit de praktijk. Andere ontwikkelingen dringen zich juist aan de professional op, door een overdaad aan publiciteit en voortdu-

Prof. dr. Paul M.G. Emmelkamp, akademiehoogleraar KNAW, Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam & De Waag, Amsterdam.  
Dr. Ellen Vedel, behandelcoördinator Jellinek Curatieve Verslavingszorg, Arkin, Amsterdam.

rende aanbieding van nascholingen. Dit terwijl de wetenschappelijke evidentie voor deze behandelvormen of diagnostische methoden vaak nog nihil is. Hoe scheidt men het kaf van het koren?

#### Wanneer is een interventie ‘evidence-based’?

Over het algemeen wordt gesteld dat evidentie voor de effectiviteit van een behandelmethode moet worden vastgesteld door gebruik te maken van gecontroleerd onderzoek, waarbij de zogenoemde Randomized Clinical Trial (RCT) de gouden standaard is. Het moet daarbij aannemelijk worden gemaakt dat de afname van klachten het gevolg is van de behandeling en niet het gevolg is van toevalligheden of *confounding factors* zoals spontaan herstel of verschillen tussen de patiëntgroepen die voor aanvang van de behandeling reeds aanwezig waren. Verschillende taakgroepen van de *American Psychological Association* (APA) zijn invloedrijk geweest in de discussie over evidence-based behandelingen. In 1998 werd de term *empirically supported treatment's* (EST's) geïntroduceerd. De taakgroep definiëerde specifieke voorwaarden waaraan therapie-effectstudies moesten voldoen en categoriseerde vervolgens per stoornis de evidentie voor de verschillende behandelmethoden. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen ‘effectief bewezen behandelingen’ (*efficacious*), ‘veel belovende behandelingen’ (*probably efficacious*) en behandelingen waarvan het effect (nog) niet was aangetoond (Chambles & Hollon, 1998; zie ook Chambless & Ollendick, 2001). Het predicaat *efficacious* of *probably efficacious* was vrijwel uitsluitend van toepassing op gedragstherapeutische en cognitieve interventies, wat natuurlijkerwijs weerstand opriep bij meer experiëntieel en psychodynamisch georiënteerde therapeuten (Ingram, Hayes & Scott, 2000; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Hoewel deze protesten sterk ideologisch gekleurd waren, zijn er ook terechte kanttekeningen te plaatsen bij de definiëring en weging van evidentie. Deze kanttekeningen zijn in een paar punten samen te vatten. Vanuit psychodynamische zijde wordt als bezwaar genoemd dat alleen gekeken is naar symptomatische verbetering (zie ook Björn, 2009). Daarnaast richt de kritiek zich op het feit dat alleen relatief kortdurende (6 tot 16 zittingen) en geprotocolleerde behandelingen de toets der kritiek konden doorstaan en dat bij het vaststellen welke therapie effectief was de langeretermijneffecten weinig aandacht hebben kregen (Karoly & Wheler Anderson, 2000).

Het belangrijkste bezwaar is misschien wel dat de resultaten uit gerandomiseerde effectstudies niet zonder meer generaliseerbaar zijn naar de klinische praktijk. Bij patiënten die deelnemen aan therapie-

effectonderzoek is vaak sprake van een enkelvoudige stoornis; comorbiditeit resulteert vaak in exclusie van deelname. In de praktijk is comorbiditeit vaker de regel dan de uitzondering. Verder worden de therapeuten die deelnamen aan onderzoek vaak geselecteerd op grond van hun kunnen, worden zij aanvullend intensief getraind in het behandelprotocol en ontvangen ze zeer intensieve supervisie. Ook dit komt niet overeen met hoe het doorgaans in de klinische praktijk gaat. Dit is een van de redenen waarom evidence-based behandelingen vaak moeizaam geïntegreerd worden in de klinische praktijk (Powers & Emmelkamp, 2009). Tegelijkertijd lijken deze bezwaren in de praktijk ook wel weer mee te vallen. Inmiddels is een groot aantal benchmarking studies verricht waaruit blijkt dat de meeste evidence-based behandelingen die in RCT's zijn onderzocht min of meer vergelijkbaar effectief zijn in de routine klinische praktijk (Steward & Chambless, 2009).

#### Hoe nieuwe evidentie te beoordelen?

Een algemeen kritische – wellicht wat pessimistische – grondhouding bij het beoordelen van evidentie voor nieuwe behandelmethoden is wat ons betreft gepast. Slechts zeer zelden worden nieuwe behandelmethoden ontwikkeld die duidelijk betere resultaten laten zien dan de thans gangbare evidence-based behandelingen. Helaas wordt in de opleiding tot GZ-psycholoog niet of nauwelijks aandacht besteed aan het leren beoordelen van de kwaliteit van therapie-effectonderzoek. Het argument hiervoor is wellicht dat het opdoen van deze kennis thuishoort op de universiteit of binnen de opleiding tot klinisch psycholoog. Wij zouden er echter voor willen pleiten dat binnen de opleiding tot GZ-psycholoog het leren beoordelen van klinisch relevant onderzoek een duidelijker plaats verdient. Immers, een van de professionele kenmerken van de GZ-psycholoog is dat deze de relevante wetenschappelijke ontwikkelingen op zijn of haar vakgebied volgt. De volgende punten verdienen wat ons betreft extra aandacht bij het toetsen van de resultaten van therapie-effectonderzoek:

##### *1. Statistische significantie versus klinische significantie*

Bij *statistische* toetsing van het effect van een psycho- en/of farmacotherapeutische behandeling wordt in de meeste gevallen gerapporteerd in termen van statistische significantie. Nadeel van deze methode is dat er een uitspraak wordt gedaan aan de hand van gemiddelde verschillen in werkzaamheid van behandelingen rekening houdend met de standaarddeviatie en dat deze methode geen uitspraak doet

over de omvang van het aantal patiënten dat daadwerkelijk verbeterd is. Bij relatief grote aantallen patiënten per behandelconditie kan een minimaal en klinisch oninteressant verschil al statistisch significant zijn.

Bij *klinische* significantie wordt het aantal afzonderlijke cliënten gerapporteerd die klinisch verbeterd zijn. Deze verbetering kan op verschillende manieren gedefinieerd worden, bijvoorbeeld een nameting die tenminste twee standaarddeviaties buiten het gemiddelde van de psychiatrische normgroep valt, of een nameting die tenminste binnen twee standaarddeviaties van het gemiddelde van de ‘gezonde’ normgroep valt (Jacobson, Follette & Revenstorf, 1984). Voor een overzicht van andere methoden om klinische significantie te bepalen, zie Atkins, Bedics, McGlinchey & Beauchaine (2005).

### 2. Evidence voor effect van de behandeling versus evidence voor het theoretisch model van de behandeling

De gouden standaard voor het toetsen van de effectiviteit van behandeling vindt plaats door middel van een randomized controlled trial (RCT). Helaas wordt nog al eens de denkfout gemaakt dat door dit soort onderzoek ook de evidentie voor het onderliggend theoretisch model bevestigd is. Niets is minder waar. Ter illustratie, cognitieve therapie is een effectieve behandelmethode bij verschillende stoornissen. In hoeverre echter het uitdragen en veranderen van cognities het effectieve mechanisme is achter het effect van de behandeling is maar de vraag (Emmelkamp, Ehring & Powers, 2009).

### 3. Interpretatie van effectgrootte

De effectgrootte (*effect size*) is een maat voor hoe sterk het effect is van een interventie vergeleken met een andere groep. De bekendst *effect size* is die van Cohen (1988). Wat betreft de interpretatie van de omvang van het effect kan de volgende vuistregel gehanteerd worden:  $d > 0.20$  = klein effect,  $d > 0.50$  matig effect en  $d > 0.8$  groot effect (Cohen, 1988). De valkuil echter bij het interpreteren van deze *effect sizes* is dat het nogal wat uitmaakt welke groepen en welke meetmomenten met elkaar vergeleken worden. Zo kunnen *effect sizes* gerapporteerd worden waarbij de voormeting en nameting met elkaar worden vergeleken (*within group effect size*), waarbij een actieve behandeling wordt vergeleken met een wachtlijst of placebo (*between group effect size*), of waarbij een actieve behandeling wordt vergeleken met een andere effectieve behandeling (*between group effect size*). *Within group effect sizes* voor het verschil tussen voor en nameting vallen doorgaans hoger uit dan *between group effect sizes* voor het

verschil in effect van verschillende behandelcondities. Een kleine *effect size* waarbij twee actieve behandelingen met elkaar worden vergeleken, heeft een andere betekenis dan wanneer er een kleine *effect size* wordt gevonden in de vergelijking van een actieve behandeling en een wachtlijst.

#### Omvang van evidentie: een zwaluw maak nog geen zomer

Zodra een behandelmethode in gecontroleerd onderzoek effectief is gebleken, wordt al snel door voorstanders van de methode met de term *evidence-based* geschermd. In sommige gevallen lijkt het bijna alsof de populariteit van de nieuwe behandelmethode meer in een behoefte van de behandelaar voorziet en voldoet aan zijn of haar wens om weer eens nieuwe technieken te kunnen toepassen, dan dat het nu gaat om een behandelprogramma dat voor de patiënt duidelijke meerwaarde heeft boven meer gangbare interventies. De meerwaarde van een nieuwe behandelmethode is eigenlijk pas getoetst wanneer hij vergeleken is met een andere actieve behandeling (en dus niet met een wachtlijst of routinezorgconditie). Dit resultaat dient in verschillende onderzoeken te zijn aangetoond, door onafhankelijke onderzoeksgroepen.

Richtlijnen voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) lijken er ook van uit te gaan dat een of twee RCT's naar een bepaalde behandelmethode de behandeling al *evidence-based* maakt. Dit geldt zowel voor de klinische richtlijn voor BPS, die recent is uitgegeven in Engeland door het *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2009) als voor de Nederlandse richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. De waarheid gebiedt echter te melden dat de meeste zogenaamde *evidence-based* behandelingen voor BPS die in Nederland populair zijn, zoals *schema-focused therapie*, *mentaliseren bevorderende therapie* en *transference-focused therapie* slechts in een zeer beperkt aantal RCT's onderzocht zijn (Emmelkamp & Kamphuis, 2007). Alleen van *dialectische gedragstherapie* (DGT) kan feitelijk gesteld worden dat deze behandeling *evidence-based* is omdat deze behandeling inmiddels in een groot aantal RCT's onderzocht en effectief gebleken is (Vedel & Emmelkamp, 2010).

Hoewel psychotherapieresearch een aantal effectief gebleken behandelingen voor een (beperkt) aantal stoornissen heeft opgeleverd, zijn hierbij ook enige kanttekeningen te maken. Een belangrijk bezwaar is dat de onderzoeken waarop de bovengenoemde opvattingen gebaseerd zijn, steeds betrekking hebben op de *gemiddelde resultaten* van vaak *grote groepen therapeuten* bij nogal *globale categorieën stoornissen of moeilijkheden* (Emmelkamp & Van Dyck, 2006). Echter, niet

alle therapeuten zijn even effectief (Luborsky et al., 1988; Beutler et al., 1994) en dat geldt ook voor therapeuten die evidence-based behandelingen toepassen (Blatt, Sanislow, Zuroff & Pilkonis, 1996). Uit een meta-analyse bleek dat negen procent van de variantie in effect van psychotherapie verklaard kan worden door verschillen tussen therapeuten. Wel bleek dit effect geringer naarmate de therapeuten meer ervaren waren en meer gebruikmaakten van geprotocolleerde behandelingen (Christs-Christoph & Mintz, 1991).

De overeenkomsten zijn groter dan de verschillen:  
non-specifieke factoren

Bij de meeste therapie-effectonderzoeken en richtlijnen die behandeling classificeren op grond van bewezen effectiviteit, staan de verschillen tussen de behandelvormen centraal: de ene behandeling is beter dan de andere. Hierbij wordt expliciet gefocust op de verschillen in de therapeutische methoden. Echter, in 1936 stelde Rosenzweig al dat psychotherapeutische behandelingen hun werkzaamheid wellicht niet danken aan hun specifieke – theoriegestuurde – behandeltechnieken maar dat de werkzaamheid ervan verklaard wordt door de overeenkomsten van de behandelingen. Sindsdien is er veel onderzoek verricht dat deze visie in belangrijke mate ondersteunt (Lambert & Barley, 2002; Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001). Ondanks verschillen in rationale hebben de diverse vormen van behandeling belangrijke structurele en procedurele overeenkomsten. Essentiële ingrediënten zijn: een maatschappelijk erkende genezer die met zijn patiënt een *assumptive world* of referentiekader deelt en die een hierop gebaseerde genezingsceremonie toepast, waarbij suggestie een belangrijke rol speelt (Emmelkamp & Van Dyck, 2006). In de onderzoeksliteratuur worden gemeenschappelijke therapiefactoren vaak aangeduid met de niet geheel gelukkige term ‘non-specifiek’; zij zijn niet specifiek voor het theoretisch behandelkader dat bestudeerd wordt. Dit betekent niet dat hun effect niet meetbaar zou kunnen zijn of dat hun aard niet specificeerbaar is. Het gaat hierbij om de therapeutische relatie, en een rationale waarmee de klachten van de patiënt verklaard kunnen worden en die voor de cliënt geloofwaardig is en de verwachting wekt dat de behandeling tot verbetering of herstel zal leiden. Het gaat hierbij dus niet zozeer om de *geldigheid* van de rationale, maar om de *geloofwaardigheid* ervan. Als de waarschijnlijk belangrijkste gemeenschappelijke factor in verschillende behandelingen noemt Frank (1976) het versterken van de *sense of mastery*: een besef van zelfcontrole, competentie en effectiviteit. Uit veel onderzoek blijkt inderdaad dat verschillende psychotherapieën leiden tot een vergro-

ting van de self-efficacy van de cliënt (Greenberg et al., 2006; Westra et al., 2007).

Op grond van diverse overzichtsstudies komen Lambert & Barley (2002) tot de volgende globale schattingen van de relatieve bijdrage van diverse bestanddelen van psychotherapie aan het eindresultaat:

- Ongeveer 40 procent van de verbetering zou kunnen worden toegeschreven aan spontaan herstel. Dit is niet meer dan een grove indicatie, omdat dit percentage een gemiddelde vormt van de herstelratio van een breed gamma van stoornissen, waarvan sommige voorbijgaand zijn en andere bijzonder hardnekkig.
- Specifieke therapeutische technieken lijken voor circa vijftien procent van het eindresultaat verantwoordelijk gesteld te kunnen worden. Voor zover er verschillen gevonden worden tussen technieken die uit afzonderlijke scholen afkomstig zijn, zijn die verschillen doorgaans in het voordeel van gedragstherapeutische en cognitieve interventies (Emmelkamp, 2004; Lambert & Ogles, 2004).
- Een bijdrage van eveneens vijftien procent van de vooruitgang zou te danken zijn aan zogenaamde placebo-elementen als positieve verwachting en geloofwaardigheid van de behandeling.
- De overige 30 procent van de vooruitgang hangt samen met andere gemeenschappelijke factoren, waarvan de therapeutische relatie wellicht de belangrijkste is (Hovart & Bedi, 2002; Martin, Graskie & Davis, 2000; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004; Shelef & Diamond, 2008). Dit geldt niet alleen voor psychotherapie bij volwassenen, maar ook voor psychotherapie bij kinderen en adolescenten (Shirk & Karver, 2003).

Als men spontaan herstel buiten beschouwing laat, is het op grond van het effectonderzoek aannemelijk dat het leeuwendeel van het resultaat van psychologische interventies te danken is aan de combinatie van gemeenschappelijke elementen, waaronder de therapeutische relatie, en de positieve verwachting en geloofwaardigheid van de behandeling. Dit neemt uiteraard niet weg dat het zoeken naar specifieke effectieve technieken altijd zinvol zal blijven, maar deze bevindingen vormen een sterk argument om in opleidingen meer aandacht te besteden aan hoe deze algemene therapiefactoren rationeel en gericht geoptimaliseerd kunnen worden.

Beïnvloedbare factoren: de therapeutische relatie en het placebo-effect

Veel onderzoek in de psychotherapie heeft zich gericht op de kwaliteit van de therapeutische relatie. Van oudsher hebben therapeutische



stromingen als psychodynamische therapie en experiëntiële therapie het belang van de therapeutische relatie benadrukt, maar dit geldt ook voor andere therapiemethoden. Onderzoek laat zien dat een goede therapeutische relatie ook een belangrijke rol speelt bij cognitieve en gedragstherapie zowel bij volwassenen (Blaauw & Emmelkamp, 1994; Leahy, 2008; Schaap, Bennun, Schindler & Hoogduin 1993; Raue & Goldfried, 1994; Trepka, Rees, Shapiro, Hardy & Barkham, 2004) als bij adolescenten (Shirk et al., 2008) en kinderen (Kazdin, Whitley & Marciano, 2006). Ook bij een primair door techniek gestuurde behandeling als *virtual reality exposure* therapie bleek de kwaliteit van de therapeutische relatie van invloed op het effect van de behandeling (Meyerbröker & Emmelkamp, 2008). Verder blijkt uit onderzoek dat met name in de eerste zittingen de kwaliteit van de therapeutische relatie meer bijdraagt aan verbetering dan de specifieke therapeutische methode (Emmelkamp & Van Dyck, 2006). Specifieke aspecten van de therapeutische relatie die een goed therapieresultaat voorspellen, zijn de rogeriaanse elementen warmte, empathie en congruentie van de therapeut (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002; Klein, Kolden, Michels & Chisholm-Stockard, 2002). Overeenkomsten tussen therapeut en patiënt, onder andere met betrekking tot attitudes, sociale achtergrond en waardensystemen blijken ook met een goed therapieresultaat samen te hangen (Emmelkamp & Van Dyck, 2006).

In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, blijken placebo-effecten, zoals positieve verwachting en geloofwaardigheid van de psychologische behandelingen, vooral met variabelen van de therapeutische relatie samen te hangen en nauwelijks met persoonlijkheidskenmerken van de patiënt, zoals intelligentie, neuroticisme of extraversie. Placebo-effecten worden in de hand gewerkt door de wetenschap 'in therapie' te zijn. Reeds in de jaren zeventig werd aangetoond dat een interventie meer effect heeft als zij wordt toegediend met de informatie dat het om een therapie gaat dan wanneer de interventie in het kader van een 'onderzoek' wordt gegeven (Emmelkamp, 1975; Emmelkamp & Walta, 1978). Ook recenter onderzoek toont aan dat verwachtingen over het effect van therapie de uitkomst positief beïnvloeden (Greenberg et al., 2006; Price, Anderson, Henrich & Rothbaum, 2008; Westra et al., 2007). Een therapie die door de patiënt als geloofwaardig wordt beoordeeld en die positieve verwachtingen wekt, heeft meer effect dan een behandeling waarbij deze kenmerken ontbreken. Het zijn deze effecten van verwachting en geloofwaardigheid die door Lambert & Barley (2002) op vijftien procent van het totale psychotherapie-effect worden geschat.

Een vriendelijke, betrokken en deskundige therapeut zijn kun je leren

Hoewel non-specifieke factoren dus veel invloed hebben op de uitkomst van een behandeling wordt binnen de GZ-opleiding relatief weinig aandacht besteed aan deze factoren. Mogelijk wordt tijdens een reflectief practicum de therapeutische relatie besproken maar de therapeutische relatie wordt toch al snel (volstrekt onterecht) als het werkerterrein van de psychotherapeut beschouwd. De GZ-opleiding en dus ook de GZ-psycholoog kenmerkt zich in principe als de deskundige op het gebied van specifieke behandelfactoren/interventies. Gezien de grote invloed van non-specifieke factoren op de behandeluitkomst kan gesteld worden dat er sprake is van een grote leemte in de kennis en kunde van de GZ-psycholoog. In de opleiding tot GZ-psycholoog zou het beïnvloeden van non-specifieke factoren een belangrijk onderdeel moeten uitmaken van het curriculum. En niet alleen kennis, maar juist de kunde, zou hierbij centraal moeten staan. Non-specifieke factoren zijn te vertalen in specifieke interventies of gedragingen, die aan te leren zijn. Door systematisch in rollenspelen te oefenen, kunnen therapeuten leren de hoop van de cliënt positief te beïnvloeden, een empathische en door de cliënt positief beoordeelde werkrelatie op te bouwen en de self-efficacy van de cliënt te vergroten.

Specifieke interventies voor het beïnvloeden van non-specifieke factoren

Het is een misverstand om te veronderstellen dat factoren of specifiek of non-specifiek zijn; wat in de ene behandelvorm een non-specifieke factor is kan in een andere behandelvorm een specifieke factor zijn. Ter illustratie, het versterken van de hoop op verandering en het vergroten van de self-efficacy van cliënt (sense of mastery) zijn factoren die een positief effect hebben op de behandeluitkomst. Binnen sommige behandelvormen maken bovenstaande factoren onderdeel uit van het theoretische model of worden specifieke interventies ingezet om hoop op verandering en de self-efficacy te vergroten. Een voorbeeld hiervan is motiverende gespreksvoering, een behandelvorm die directieve interventies combineert met relatieopbouwende principes afkomstig uit de rogeriaanse non-directieve therapie. Deze relatieopbouwende principes zijn bij motiverende gespreksvoering vertaald in concrete interventies. De therapeutische houding wordt expliciet gemaakt, waarbij de therapeut empathie uitdrukt en meebeweegt met de weerstand voor verandering van de cliënt. De

therapeutische relatie wordt gekenmerkt door gelijkwaardigheid en samenwerking, waarbij de perceptie van de cliënt, diens waarden en doelen centraal staan en de autonomie van de cliënt steeds weer bevestigd wordt. Om de hoop op verandering te vergroten en de self-efficacy te versterken, worden bijvoorbeeld eerder persoonlijke succeservaring van de cliënt besproken.

Opvallend is dat motiverende gespreksvoering vooralsnog vooral gezien wordt als techniek bij verslavingsproblemen (voor overzicht effectiviteit van motiverende gespreksvoering, zie Emmelkamp & Vedel, 2007). Het ligt echter voor de hand om motiverende gespreksvoering veel breder als basistechniek in te zetten. Zo zijn er aanwijzingen dat het toevoegen van motiverende gespreksvoering het effect van evidence-based behandelingen bij andere stoornissen zoals gegeneraliseerde angststoornis en sociale fobie kan vergroten (Buckner & Schmidt, 2009; Westra, Arkowitz & Dozois, 2007). Training in motiverende gespreksvoering zou daarom in het curriculum van de GZ-psycholoog een plaats moeten krijgen.

#### Tot slot

In tien jaar tijd is in het curriculum van de opleiding tot GZ-psycholoog in toenemende mate aandacht gekomen voor evidence-based behandelingen. Zoals we hierboven hopen te hebben aangetoond, verdienen non-specifieke variabelen naast deze evidence-based behandelingen meer aandacht te krijgen. Evidence-based behandelingen zijn effectief in de context van non-specifieke therapiefactoren zoals het creëren van hoop, het motiveren van de cliënt, het bieden van een duidelijke en geloofwaardige therapierationale en een optimale therapeutische relatie. Het beïnvloeden van deze variabelen uitsluitend tot het terrein van de psychotherapeut rekenen is niet terecht en naïef. Training in hoe deze meer algemene therapiefactoren te optimaliseren verdient een duidelijker plaats in het curriculum van de GZ-psycholoog te krijgen. Daarnaast pleiten wij ervoor dat binnen de opleiding tot GZ-psycholoog het leren beoordelen van klinisch relevant onderzoek een duidelijke plaats verdient, om het kaf van het koren te kunnen scheiden.

---

**ABSTRACT** This article will be published at the end of 2010 as a chapter in the Dutch treatment manual voor Healthcare psychologists (Handboek voor GZ-psychologen) under editorial staff of M. Verbraak, S. Visser, P. Muris en K. Hoogduin at Boom uitgeverij, Amsterdam. The article describes how non-specific therapeutic vari-

ables (creating hope, motivating, giving a clear and trustworthy rationale and creating a good therapeutic relationship) make evidence-based treatments more effective.

---

#### Referenties

- Atkins, D.C., Bedics, J.D., McGlinchey, J.B., & Beauchaine, T.P. (2005). Assessing clinical significance: Does it matter which method we use? *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 73*(5), 982-989.
- Beutler, L.E., Machado, P.P., & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4e druk), pp. 229-269. New York: John Wiley.
- Björn, P. (2009). Comparing apples and oranges: How do patient characteristics and treatment goals vary between different forms of psychotherapy? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82*, 323-336.
- Blaauw, E., & Emmelkamp, P.M.G. (1994). The therapeutic relationship: A study on the value of the Therapist Client Rating Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 22*, 25-35.
- Blatt, S.J., Sanislow, C.A., Zuroff, D.C., & Pilkonis, P.A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analysis of data from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 64*, 1276-1284.
- Bohart, A.C., Elliott, R.L., Greenberg, L.S., & Watson, J.C. (2002). Empathy. In J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work*, New York: Oxford University Press.
- Buckner, J.D. & Schmidt, N.B. (2009). A randomized pilot study of motivation enhancement therapy to increase utilization of cognitive-behavioral therapy for social anxiety. *Behaviour research & Therapy, 47*, 710-715.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2e druk). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Chrits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 59*, 20-26.
- Emmelkamp, P.M.G. (1975). Effects of expectancy on systematic desensitization and flooding. *European Journal of Behavioural Analysis and Modification, 1*, 1-11.
- Emmelkamp, P.M.G. (2004). Behavior therapy with adults. In M. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5e druk), pp. 393-446. Wiley: New York.

- Emmelkamp, P.M.G., Ehring, T., & Powers, M.B. (2009). Philosophy, psychology, causes, and treatments of mental disorders. In Kazantzis, N., Reinecke, M.A., & Freeman, A. (eds.), *Cognitive and Behavior Theories in Clinical Practice*, pp. 1-27. New York: Guilford Press.
- Emmelkamp, P.M.G., & Kamphuis, J.H. (2007). *Personality Disorders*. Hove/ New York: Psychology Press/Taylor & Francis.
- Emmelkamp, P.M.G., & Dyck, R. van. Psychotherapie: effectiviteit en indicatiestelling. (2006). In Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (red.). *Handboek Psychopathologie*, deel II: Klinische Praktijk, pp. 83-98. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Emmelkamp, P.M.G., & Vedel, E. (2007). *Alcohol en drugsgebruik: Een gids voor effectief gebleken behandelingen*. Nieuwezijds: Amsterdam.
- Emmelkamp, P.M.G., & Walta, C. (1978). The effects of therapy-set on electrical aversion therapy and covert sensitization. *Behaviour Therapy*, 9, 185-188.
- Frank, J.D. (1976). Psychotherapy and the sense of mastery. In R.L. Spitzer & D.F. Klein (Eds.), *Evaluation of psychotherapies*, pp. 47-56. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Greenberg, R.P., Constantino, M.J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26, 657-678.
- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). *The alliance*. In J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy Relationships that work* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Ingram, R.E., Hayes, A., & Scott, W. Empirically supported treatments: A critical analysis. In C.R. Snyder & R.E. Ingram (red.), *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy processes & practices for the 21<sup>st</sup> century*, pp. 40-60. New York: Wiley.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Karoly, P., & Wheeler-Anderson, C. (2000). The long and short of psychological change: Towards a goal-centered understanding of treatment durability and adaptive success. In C.R. Snyder & R.E. Ingram (red.), *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy processes & practices for the 21<sup>st</sup> century*, 154-176. New York: Wiley.
- Kazdin, A.E., Whitley, M., & Marciano, P.L. (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 436-445.
- Kendall, P.C., Comer, J.S., Marker, C.D. Creed, T.A., Puliafico, A.C., Hughes, A.A., Martin, E.D., Suveg, C., & Hudson, J. (2009). In-session exposure tasks and therapeutic alliance across the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 517-525.
- Klein, M.H., Kolden, G.G., Michels, J.L., & Chisholm-Stockard, S. (2002).

- In J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp.17-32). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5e druk), pp. 139-193. Wiley: New York.
- Luborsky, L., Crist-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?* New York: Basic Books.
- Martin, D.J., Graskie, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Meyerbröker, K., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Therapeutic processes in virtual reality exposure therapy: The role of cognitions and the therapeutic alliance. *Journal of CyberTherapy & Rehabilitation*, 1, 247-257.
- NICE guideline (2009). CG 78: *Borderline personality disorder: treatment and management*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5e druk), pp. 307-390. Wiley: New York.
- Powers, M.B., & Emmelkamp, P.M.G. (2009). Dissemination of research findings. In D.C.S. Richard & S.K. Huprich (eds.), *Clinical psychology: assessment, treatment and research*, (pp. 495-524). New York: Academic Press.
- Price, C., Anderson, P., Henrich, C.C., & Rothbaum, B.O. (2008). Greater expectations: using hierarchical linear modeling to examine expectancy for treatment outcome as a predictor of treatment response. *Behavior Therapy*, 39, 398-405.
- Raue, P.J., & Goldfried, M.R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (red.), *The working alliance*, pp. 131-152. New York: John Wiley.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L., & Hoogduin, C.A.L. (1993). *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. New York: John Wiley.
- Shelef, K. & Diamond, G.M. (2008). Short form of the revised vanderbilt therapeutic alliance scale: Development, reliability, and validity. *Psychotherapy Research*, 18, 433-443.
- Shirk, S.R., Gudmundsen, G., Kaplinski, H.C., & McMakin, D.L. (2008). Alliance and outcome in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 631-639.
- Shirk, S.R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from

- relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 71*, 452-464.
- Stewart, R.E., & Chambless, D.J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 595-606.
- Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D.A., Hardy, G.E. and Barkham, M. (2004). Therapist competence and outcome of cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 143-157.
- Vedel, E. & Emmelkamp, P.M.G. Psychological treatments for borderline personality disorder: Are all treatments equal or are some treatments more equal than others? *Personality and Mental Health, 4*, 50-54.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Westen, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin, 130*, 631-663.
- Westra, H.A., Arkowitz, H., & Dozois, D.J.A. (2007). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 1106-1117.
- Westra, H.A., Dozois, D.J.A., & Marcus, M. (2007). Early improvement, expectancy, and homework compliance as predictors of outcome in cognitive behavioural therapy for anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 363-373.