



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

Denkers en doeners in de klinische psychologie

Why the twain must meet

De leeropdracht *Translationele en transdiagnostische psychologische interventies in de (geestelijke) gezondheidszorg* is een mond vol, maar de opdracht dekt daarmee een belangrijk en interessant thema. Dat thema betreft de verbintenis tussen enerzijds de experimentele psychologie, waaraan binnen universiteiten wordt gewerkt door klinisch psychologische denkers, en anderzijds de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg, zoals die door klinisch psychologische doeners wordt toegepast in allerlei ggz-instellingen. De ideeën die in het vervolg over dit thema naar voren worden gebracht zijn eerder die van een denkende doener dan van een doerende denker, aangezien de expertise van de auteur vooral in de behandelpraktijk ligt.

Het betoog komt erop neer dat klinisch psychologisch wetenschappelijk onderzoek op minstens twee gebieden noodzakelijk is om de kwaliteit van de klinisch psychologische behandelpraktijk verder te verbeteren. Ten eerste moet dergelijk onderzoek de effectiviteit vaststellen van de methodes die in de behandelpraktijk worden toegepast. Ten tweede moet wetenschappelijk onderzoek ertoe bijdragen dat nieuwe methodes van diagnostiek en behandeling voor de praktijk worden ontwikkeld, alsmede manieren om die methodes breed toepasbaar te maken voor die praktijk.

Maar het mag niet van één kant komen. Niet alleen moet het academisch klinisch psychologisch onderzoek zich met de behandelpraktijk bezighouden, het omgekeerde is eveneens noodzakelijk. De klinische doeners moeten zich ook openstellen voor academische bevindingen. Daarnaast moeten zij de academie voeden met de vragen en problemen waar zij in het dagelijks werk tegenaan lopen. Daarmee wordt ook de relevantie van het academisch onderzoek voor de praktijk verhoogd.

In die samenwerking is nog wel een weg te gaan. De verbintenis tussen de academische psychologie en de psychologische behandelpraktijk bestaat minder lang en is minder intens dan men zich dikwijls realiseert. Psychologische wetenschap en psychologische behandelpraktijk hebben lange tijd vooral langs elkaar heen geleefd en doen dat, in belangrijke mate, nog steeds. Dat is jammer. Het hel-

pen verkleinen van die kloof is de belangrijkste *raison d'être* van deze leerstoel.

GESCHIEDENIS

Voordat de wijze zal worden toegelicht waarop vanuit de leerstoel daaraan de komende jaren zal worden gewerkt, zal eerst een beknopte geschiedenis worden geschetst van de manier waarop deze kloof tussen wetenschap en praktijk is ontstaan, en hoe deze heeft kunnen voortbestaan. Daarna zal worden onderbouwd waarom wetenschap en behandelpraktijk meer behoren samen te gaan. Om die reden is het motto van de oratie *Why the twain must meet*, een variant op de beroemde woorden uit Rudyard Kiplings *The Ballad of East and West* uit 1889: 'Oh, East is East, and West is West, and never the twain shall meet.'

In 1879 richtte Wilhelm Wundt het eerste psychologisch laboratorium ter wereld op. Wundt wordt alom beschouwd als de stichter van de experimentele psychologie als zelfstandige wetenschap. Ruim tien jaar later, in de jaren negentig van de negentiende eeuw, trad Sigmund Freud naar voren met de psychoanalyse. Freud werd daarmee de belangrijkste grondlegger van de moderne psychotherapie. Tot ver in de tweede helft van de twintigste eeuw bleef de psychoanalyse de meest dominante psychotherapeutische school in de westelijke wereld. Niet alleen professionals werden gewonnen voor het psychoanalytische gedachtegoed, ook bij leken, de *man in the street*, werd de psychoanalyse populair. In de ogen van velen is de psychoanalyse nog steeds voor de psychotherapie wat Spa is voor bronwaters, Aspirine voor pijnstillers en Luxaflex voor jaloezieën: een antonomasie, een merknaam die is uitgegroeid tot soortnaam. In speelfilms en tv-series wordt psychotherapie doorgaans afgeschilderd als een soort psychoanalyse. Zij valt er min of meer mee samen. Of je nu naar Woody Allens Alvy Singer kijkt in *Annie Hall*, of naar de door James Gandolfini gespeelde Tony Soprano in *The Sopranos*, dan wel naar Robert de Niro's Paul Vitti in *Analyze This*, de therapieën waarin deze personages zijn betrokken zijn geïnspireerd op populaire opvattingen over hoe het er in inzichtgevende psychoanalytisch geïnspireerde therapieën aan toegaat (Lilienfeld, Lynn, Ruscio, & Beyerstein, 2010). Er wordt veel gepraat, er wordt vaak gepraat, het gaat grotendeels over jeugdervaringen en het duurt allemaal behoorlijk lang. En over het algemeen schiet het ook niet erg op. Meer actuele soorten psychotherapie zie je in de moderne fictie niet terug. Speelfilms waarin de hoofdpersoon gedachtereporten uitwerkt, responspreventie toepast bij het verlaten van zijn

woning, of tot gedragsactivering komt in het lokale stadspark ben ik in ieder geval nog niet tegengekomen.

Zowel de experimentele psychologie als de psychoanalyse bestaat nog steeds. Het succes van de eerste is onmiskenbaar. Al jaren is de studie psychologie een van de populairste onder nieuwe studenten. Van de sociale wetenschappen is de psychologie waarschijnlijk de bekendste en tevens de invloedrijkste.

Dit succesverhaal gaat echter niet op voor de psychoanalyse. Die leidt, althans gezien vanuit de werelden van de wetenschap en de geestelijke gezondheidszorg, een kwijnend bestaan (Routh, 2011). De methode wordt sinds enkele jaren niet meer vergoed door de zorgverzekeraars en is, in haar klassieke vorm, in geen enkele behandelrichtlijn opgenomen. Het aantal psychoanalytici onder hoogleraren psychiatrie en klinische psychologie is de laatste dertig jaar verhoudingsgewijs sterk afgenomen.

Het contrast in succes tussen de wetenschappelijke experimentele psychologie en de psychoanalyse is dus groot. Dit verschil laat zich vrij eenvoudig verklaren. Terwijl de experimentele psychologie steeds de openheid en transparantie heeft gezocht van het wetenschappelijk experiment, en zij de wetenschappelijke discussie altijd heeft omarmd als middel om nieuwe ideeën te ontwikkelen, te toetsen en te corrigeren, werd de psychoanalyse, en daarmee een groot deel van de toenmalige psychotherapie, vanaf het begin gekenmerkt door een in zichzelf gekeerde houding met sekteachtige eigenschappen. De private observaties en meningen van leermeesters en coryfeeën hebben binnen die wereld altijd zwaarder geteld dan in gedegen empirisch onderzoek verkregen bevindingen (Kernberg, 2011). Deze onwetenschappelijke, nu en dan zelfs anti-wetenschappelijke, houding is ook terug te vinden in veel andere psychotherapeutische methodieken die in de vorige eeuw zijn ontstaan vanuit, of als reactie op, de traditionele psychoanalyse.

Toch was deze anti-wetenschappelijke houding niet de enige barrière tussen de klinisch psychologische wetenschap en de klinisch psychologische behandelpraktijk. Het feit dat het psychologen lange tijd niet was toegestaan om patiënten met emotionele problemen te behandelen was ook zo'n barrière (Benjamin, 2005). Zulke behandelingen waren lange tijd voorbehouden aan medisch geschoolde artsen. Voor de klinische psychologie restte aanvankelijk slechts het psychologische testonderzoek om zich te onderscheiden (Barlow, 2011).

Ondanks deze hindernissen ontstond geleidelijk aan toch enige toenadering tussen wetenschap en behandelpraktijk. Die begon met de eerste effectstudies in de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw. De toentertijd alom toegepaste (inzichtgevende) psychotherapieën bleken, op groepsniveau gemeten, nauwelijks effectief te

zijn (Barlow, 2011). Gemiddeld genomen verbeterde de controlegroep even veel, of liever, even weinig als de groep die wel officiële psychotherapie had gevolgd. Terwijl Hans Eysenck uit dergelijke gegevens concludeerde dat psychotherapie hooguit tot placebo-effecten kon leiden (Eysenck, 1952), stelde Allen Bergin vast dat er binnen de behandeluitkomsten van patiënten die psychotherapie hadden gevolgd veel meer variantie zat dan binnen de behandeluitkomsten van de controlegroep. Hij redeneerde dat psychotherapie voor sommige patiënten kennelijk positieve effecten had gehad, maar dat deze gunstige uitkomsten in het onderzoek op groepsniveau teniet werden gedaan doordat psychotherapie bij andere patiënten juist tot negatieve effecten had geleid (Bergin, 1966). Zo besloot men dat niet zozeer de vraag moest worden gesteld 'of psychotherapie werkt', maar dat het moest gaan om de vraag 'welke specifieke therapie onder welke specifieke omstandigheden effectief is bij welk type patiënt' (Paul, 1967).

KLINISCH PSYCHOLOGISCHE WETENSCHAP EN KLINISCH PSYCHOLOGISCHE PRAKTIJK

Vanuit die laatste vraagstelling is de laatste veertig jaar een ware hausse ontstaan aan vergelijkende effectstudies. Daarin werden de specifieke interventies beschreven in uitgewerkte behandelprotocollen, terwijl DSM-classificaties de specifieke kenmerken samenvatten van de onderzochte patiëntengroep. Wanneer de verbondenheid tussen klinische wetenschap en klinische praktijk uitsluitend moest worden afgemeten aan het aantal therapie-effectstudies, is er weinig reden om te praten over een kloof tussen beide.

Toch zou dit een veel te optimistische conclusie zijn. Allereerst zijn effectstudies slechts één aspect van de gewenste verbintenis tussen wetenschappelijke denkers en klinische doeners. Een ander terrein waar *the twain must meet* betreft het ontwikkelen van nieuwe interventies en behandelstrategieën. Daar kom ik zo dadelijk op terug. Eerst moeten bij die hausse aan effectstudies enkele kritische kanttekeningen worden gemaakt.

Hoewel vanuit het effectonderzoek allerlei zogenaamde *evidence-based* behandelingen en richtlijnen zijn vastgesteld (dus behandelingen waarvan is aangetoond dat zij beter werken dan andere behandelingen, en die daarom bij voorkeur moeten worden toegepast), zijn deze nooit erg populair geworden onder praktiserende therapeuten. Veel behandelaars denken dat de patiënten die zij dagelijks in hun praktijk zien aanzienlijk ingewikkelder zijn dan de patiënten die in de effectstudies waren betrokken. De richtlijnen

zouden daarom niet van toepassing zijn op het gros van deze 'echte' patiënten. Deze opvattingen hebben ervoor gezorgd dat slechts een minderheid van de patiënten de behandeling krijgt die volgens de geldende richtlijnen als eerste voor hun problematiek is geïndiceerd (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Cowdrey & Waller, 2015). Waar het de invloed van effectstudies betreft, ontmoeten de 'twain' elkaar dus nog lang niet.

Ook op het terrein van de theorievorming en modelvorming zouden denkers en doeners volgens velen meer moeten samenwerken. Het gaat bij dergelijk onderzoek om de vraag welke psychologische mechanismen en processen psychopathologie veroorzaken en, belangrijker nog, in stand houden. Aansluitend worden vragen gesteld naar de therapeutische maatregelen waarmee deze processen en mechanismen kunnen worden gecorrigeerd.

Ook op dit terrein is de psychotherapie altijd vooral uitgegaan van haar eigen klinische modellen voor psychopathologie en verandering. Die modellen waren doorgaans niet stevig wetenschappelijk onderbouwd.

Toch hadden Watson en Rayner al in 1920 hun beroemde en tegelijk beruchte Little-Albert-experiment uitgevoerd. De onderzoekers hadden een baby'tje ('Little Albert') bang gemaakt voor witte ratjes en andere 'pelsachtige' objecten. Zij maakten daartoe gebruik van klassieke conditionering. Telkens wanneer aan het kind een klein wit ratje werd getoond, veroorzaakten de proefleiders een akelig hard geluid door op een metalen balk te slaan. Na vijf of zes van deze gepaarde presentaties had de kleine Albert zijn onbevangenheid tegenover het ratje ingeruild voor angst. Bovendien was deze angst gegeneraliseerd naar andere 'witte ratjes-achtige objecten', zoals een konijn, een hond en een bontmantel (Watson & Rayner, 1920).

Omdat Little Albert en zijn moeder het ziekenhuis eerder verlieten dan voorzien, is de beoogde tweede fase van het onderzoek nooit tot uitvoering gebracht. In die tweede fase zou Albert met behulp van herconditionering weer van zijn angstreacties worden verlost.

Toch werden er na het Little-Albert-experiment wel behandelingen uitgevoerd die op de principes van herconditionering waren gebaseerd. Mary Cover Jones behandelde als een van de eersten angstige kinderen met behulp van zulke 'wetenschappelijke methodes'. Dit werk bezorgde haar de kwalificatie 'moeder van de gedragstherapie' (Wolpe, 1988). Maar omdat deze eerste gedragstherapeutische behandelingen plaatsvonden binnen een academische setting, was de invloed ervan op de reguliere geestelijke gezondheidszorg destijds minimaal.

Het duurde nog bijna veertig jaar voordat de bloeiperiode van de 'academische' gedragstherapie echt begon. Geïnspireerd door de

reeds vermelde magere resultaten die met (inzichtgevende) psychotherapie werden behaald, wilde een aantal onderzoekers (onder het mom van: 'dat kunnen wij beter') relevante bevindingen uit de psychologische laboratoria ook gaan toepassen binnen de geestelijke gezondheidszorg. De gedragstherapie die vanuit deze wetenschap werd ontwikkeld, was objectiverend, probleemgericht en actiegericht. Klachten werden zo veel mogelijk beschreven in gedragstermen. Deze gedragstherapeuten veronderstelden geen achterliggende ziektes, waarvan de symptomen slechts relatief onbelangrijke manifestaties waren. Voor de gedragstherapie waren emotionele problemen aangeleerde verkeerde gewoontes en gedragingen. Die gewoontes en gedragingen moesten worden gecorrigeerd. Het symptoom was de neurose, en wanneer het symptoom was verholpen, was de neurose hersteld (Eysenck, 1959).

Vanaf ongeveer 1960 was de gedragstherapie de *new kid on the block*. Al snel deden zich de eerste clashes voor tussen de traditionele inzichtgevende psychotherapeuten en de nieuwe 'wetenschappelijke' gedragstherapeuten. Men zette onder meer vergelijkende studies op om uit te maken welke methode beter was: gedragstherapie of inzichtgevende psychotherapie. In deze studies bleek gedragstherapie geregeld effectiever te zijn dan inzichtgevende therapieën (Chambless & Ollendick, 2001; Hunsley & Di Giulio, 2002; Kazdin & Wilson, 1978; Paul, 1967). Hoewel die verschillen groter waren dan sommige inzichtgevende therapeuten wilden toegeven, waren zij kleiner dan sommige gedragstherapeuten hadden gehoopt.

In het kader van deze oratie moet nu de vraag worden gesteld welke invloed de *new kid on the block*, ofwel de door de denkers in de klinische wetenschap ontwikkelde gedragstherapie, heeft gehad op de algemene wetenschappelijke attitude van de doeners in de ggz. De sterke indruk bestaat dat de klinische praktijk destijds niet heel veel wetenschappelijker is geworden door de opkomst van de gedragstherapie. Het omgekeerde lijkt eerder het geval: de gedragstherapie is 'psychotherapeutischer' geworden dan zij oorspronkelijk was. In dit verband wordt daarmee bedoeld: 'minder wetenschappelijk'. Ook bij veel gedragstherapeuten bestaat immers de nodige weerstand tegen behandelingen volgens evidence-based protocollen (Hermans, 2001; Visser, 1996). Ook om (cognitief) gedragstherapeut te worden moet een verplichte leertherapie worden gevolgd (Veeninga, 2006), een uit de traditionele psychotherapie afkomstig opleidingsonderdeel, waarvan nog nooit enig praktisch nut is aangetoond (Korrelboom, 2004). Ook cognitief gedragstherapeuten vervangen in de praktijk gemakkelijk hun wetenschappelijk onderbouwde werkwijze door methodes en technieken waarvan de werkzaamheid op zijn best dubieus is (Waller, 2009).

Er is een aantal aanwijsbare oorzaken voor deze opschuiving van de gedragstherapie richting psychotherapie. Een van de belangrijkste is de wijze waarop de opleidingen zijn geregeld. Naast al het goede dat kan worden gezegd over de post-master opleidingen die leiden tot de BIG-geregistreerde beroepen van psychotherapeut, gz-psycholoog en klinisch psycholoog, moet tegelijk worden vastgesteld dat deze opleidingen allereerst streven naar een brede therapeutische scholing (Graste, 2009). De vraag of daarbij de beste behandelingen voldoende aan bod komen, staat in die opleidingen minder centraal dan de vraag of het gehele palet van de psychotherapie voldoende wordt onderwezen. Het uitgangspunt is dat alle methodieken wel iets goed te bieden hebben (Colijn, Snijders, Thunnissen, Bögels, & Trijsburg, 2009). Met zo'n uitgangspunt raakt de vraag naar wat het beste is echter snel op de achtergrond. En met die vraag raakt ook de wetenschappelijke grondhouding die psychotherapeuten zouden moeten hebben gemakkelijk uit zicht.

BEZINNING

Het is tijd voor enige bezinning. Waarom is het zo belangrijk om de klinisch psychologische wetenschap en de klinisch psychologische behandelpraktijk meer op elkaar te betrekken? *Why must the twain eigenlijk meet?* Het antwoord dat hier wordt gegeven is tweërléi.

Allereerst zijn er zaken die wel bekend zijn, maar die hun weg naar de behandelpraktijk nog onvoldoende hebben gevonden. Het gaat erom dat de bevindingen van de denkers worden gedissemineerd en geïmplementeerd in de beroepsuitoefening van de doeners. Naast het al eerder genoemde feit dat slechts een minderheid van de patiënten de behandeling krijgt die op basis van wetenschappelijk onderzoek voor hun aandoening is geïndiceerd, zijn er meer bevindingen die onvoldoende in de behandelpraktijk worden toegepast. Er zijn bijvoorbeeld sterke aanwijzingen dat het effect van behandelingen toeneemt wanneer tijdens de therapie wordt gebruikgemaakt van feedback over de vorderingen van die therapie (Carlier, et al., 2012; Knaup, Koesters, Schoefer, Becker, & Puschner, 2009). Die feedback wordt daarbij ontleend aan routinematig en regelmatig afgenomen meetinstrumenten in het kader van Routine Outcome Monitoring, ofwel ROM. Onder dreiging van financiële sancties wordt ROM inmiddels in toenemende mate gebruikt om het eindresultaat van ggz-behandelingen te evalueren, maar het gebruik van ROM tijdens de behandeling (waarvoor geen financiële stimulansen bestaan) is nog steeds minimaal (de Beurs & Emmelkamp, 2013).

Daarnaast moet worden gewezen op de reeds lang bestaande bevinding dat het effect van therapie een vertraagde versnelling volgt: de meeste verandering vindt plaats in het begin; daarna voegt iedere extra sessie steeds minder toe aan het al gerealiseerde behandel-effect (Lambert & Ogles, 2004). Bovendien is de verwachting van therapeuten over de duur van therapieën van invloed op de feitelijke duur van die behandelingen (Lowry & Ross, 1997). Deze kennis zou consequenties moeten hebben voor de duur en opbouw van psychotherapieën. In de behandelpraktijk spelen deze wetenschappelijke inzichten opnieuw nauwelijks een rol.

Ten slotte moet worden gewezen op het belang van de formulering van concrete therapiedoelen. Wanneer zulke doelen bepalend zijn voor de opzet en het beloop van de therapie, is de behandeling eerder succesvol (Arts & Reinders, 2012).

Het andere gebied waarop winst valt te halen uit een nauwere verbintenis tussen wetenschap en klinische praktijk heeft betrekking op zaken die nog niet vaststaan. Er bestaan tegenwoordig veel interventies waarvan de effectiviteit is aangetoond. Toch laten ook de beste van die interventies nog steeds ruimte over voor verbetering. Een illustratie is de geschiedenis van een van de grote succesverhalen uit de psychotherapie: *exposure in vivo*. *Exposure in vivo* is een interventie waarbij angstpatiënten systematisch worden geconfronteerd met de situaties en omstandigheden waarvoor zij een irrealistische angst hebben ontwikkeld. Grofweg heeft zo'n zeventig tot tachtig procent van de met *exposure* behandelde angstpatiënten baat bij deze interventie (Craske & Mystkowski, 2006). Die uitkomsten zijn aanleiding voor optimisme, maar nog zeker niet voor volledige tevredenheid. Een flink deel van de met *exposure in vivo* behandelde angstpatiënten heeft immers onvoldoende baat bij zo'n behandeling. Klinisch psychologische onderzoekers gaan na of het nog beter kan.

In het verlengde van het eerdergenoemde Little-Albert-experiment en de daarop aansluitende, ook al eerdergenoemde, behandelingen van angstige kinderen door Mary Cover Jones, had Joseph Wolpe de systematische desensitisatie, ofwel *SD*, ontwikkeld (Wolpe, 1958). Vanuit de gedachte dat je niet ontspannen en angstig tegelijk kunt zijn, leert de patiënt bij *SD* zich eerst te ontspannen. Daarna moet hij zich in ontspannen toestand een mentale voorstelling maken van de situaties die hij vreest. Deze mentale blootstelling gebeurt stapsgewijs, van de minst angstwekkende naar de meest bedreigende situatie. Door de combinatie van imaginatie van gevreesde situaties en ontspanning neemt de angst voor die situaties geleidelijk aan af.

Toen bleek dat *SD* weliswaar goed werkte bij specifieke fobieën, maar veel minder goed bij klinisch meer relevante angststoornis-

sen, zoals paniekstoornis, agorafobie en dwangstoornis, zette men het onderzoek voort. Er werden ontmantelingsstudies opgezet, waarbij systematisch onderdelen van de procedure werden weggelaten. Zo ontdekte men dat de exposure-component in de SD-procedure verreweg de belangrijkste was. Om die reden werd SD vervangen door exposure in vivo (Marks, 1987). Bij deze interventie wordt de patiënt daadwerkelijk geconfronteerd met de feitelijke, levens-echte situaties die hij vreest. De patiënt krijgt daarbij de opdracht om net zo lang in de gevreesde situatie te verblijven 'totdat de angst is gezakt'. Men veronderstelde dat habituatie, een soort gewenning, verantwoordelijk was voor de geobserveerde angstdaling.

Maar men onderzocht de werkingsmechanismes van exposure in vivo nog weer verder. Inmiddels houden de meeste onderzoekers habituatie niet langer verantwoordelijk voor die werkzaamheid. Michelle Craske en anderen stelden vast dat de effecten van exposure in vivo moeten worden toegeschreven aan een inhibitorisch proces. Oorspronkelijke angstwekkende associaties die het klinisch beeld domineren, worden tijdens exposure in vivo als het ware overdekt door nieuwe, niet angstwekkende associaties (Craske, Liao, Brown, & Vervliet, 2012). De voor de sociaal fobische patiënt oorspronkelijk dominante associatie tussen enerzijds 'contacten met onbekende mensen', en anderzijds 'afwijzing' of 'falen', wordt tijdens exposure in vivo geleidelijk aan naar de achtergrond verdrongen door andere, niet angstwekkende associaties rondom 'contacten met onbekende mensen'. Het onderzoek van Craske en haar collega's is nog tamelijk nieuw en heeft zijn weg naar de klinische praktijk nog nauwelijks gevonden. Toch lijkt dit onderzoek nieuwe wegen te openen om de effectiviteit van exposure-in-vivo-procedures verder te verhogen.

Ook ander onderzoek van klinisch psychologische denkers kan helpen om de praktijk van de klinisch psychologische doeners verder te verbeteren. Reinout Wiers bijvoorbeeld tracht de effectiviteit van behandelingen voor onder meer verslavingsproblematiek verder te verhogen door *cognitieve-bias-modificatie-trainingen* in te zetten (Wiers, Eberl, Rinck, Becker, & Lindenmeyer, 2011). Marcel van den Hout onderzocht hoe het controlegedrag van dwangpatiënten, dat juist is bedoeld om hun onzekerheid te verminderen, paradoxaal genoeg die onzekerheid juist versterkt (van den Hout, 2010). Dergelijke bevindingen hebben consequenties voor de behandelpraktijk, of zouden dat in ieder geval moeten hebben. Marcus Huibers liet onlangs zien hoe het onderzoek naar moderatoren en predictoren van verschillende depressiebehandelingen tot een differentiële indicatiestelling zou kunnen leiden, en dus tot betere behandelresultaten voor depressieve patiënten in het algemeen (Huibers, 2015). Peter de Jong beschrijft walging als de stiefkinderlijke emotie

in de psychopathologie (Verwoerd, van Hout, & de Jong, 2016). Is walging niet te vaak gelabeld als angst? En zijn er dan niet te vaak ten onrechte anti-angstbehandelingen ingesteld, waar een anti-walgingbehandeling wellicht meer op haar plaats was geweest?

Deze vier voorbeelden zijn slechts een greep uit de vele bijzonder interessante klinisch wetenschappelijke onderzoeksthema's die de klinische praktijk verder kunnen helpen. Allemaal redenen *why the twain must meet*.

DE LEERSTOEL

Het is in de lijn van Craske, Wiers, van den Hout, de Jong, Huibers en vele anderen dat wordt gehoopt om ook vanuit deze bijzondere leerstoel een zinvolle bijdrage te kunnen leveren aan de verdere wetenschappelijke onderbouwing van de praktische klinische psychologie. Die bijdrage zal worden vormgegeven in nauwe samenwerking met collega-onderzoekers en collega-psychotherapeuten. Vanuit de leerstoel zijn drie onderzoeksprojecten opgezet.

Het eerste is het project *Zelfwaardering*. Hierin wordt de rol onderzocht van zelfwaardering binnen de psychopathologie. Ook wordt onderzoek gedaan naar de wijze waarop lage zelfwaardering kan worden verbeterd. Zo'n methode werd, jaren geleden alweer, ontwikkeld aan de afdeling persoonlijkheidsstoornissen van PsyQ. Veel patiënten daar bleken een lage zelfwaardering te hebben. Dikwijls verbeterde deze niet automatisch wanneer de patiënt gedurende de reguliere behandeling beter ging functioneren. Er werd daarom besloten een nieuwe interventie te ontwikkelen, die specifiek gericht was op het versterken van de zelfwaardering. Het bleek een succes. Op basis van diverse bevindingen in de experimentele psychologie werd een praktisch uitvoerbaar stappenplan samengesteld voor patiënten met lage zelfwaardering. Tot nu toe heeft dat stappenplan de toets van wetenschappelijk effectonderzoek goed weten te doorstaan. Daartoe geïnspireerd door een publicatie van Chris Brewin werd de interventie uiteindelijk *Competitive Memory Training* genoemd, ofwel COMET (Brewin, 2006; Korrelboom, 2011a, 2011b). Patiënten moeten persoonlijke positieve eigenschappen identificeren die incompatibel zijn met hun dominante negatieve zelfopvattingen. Vervolgens moeten zij als huiswerk korte verhaaltjes schrijven over concrete levenservaringen waarin die positieve eigenschappen aan het licht zijn getreden. In de volgende stappen wordt de emotionele saillantie van die verhaaltjes verhoogd. De patiënt moet daartoe die ervaringen imagineren, en deze imaginaties ondersteunen met een bijpassende lichaamshouding en

gelaatsuitdrukking, in combinatie met passende zelfspraak en muziek. In de laatste fase van COMET wordt met behulp van contra-conditionering het inmiddels beter toegankelijk geworden positieve zelfbeeld gekoppeld aan triggers die voordien juist een negatief zelfgevoel oproepen.

In gerandomiseerde studies bleek COMET effectiever dan controledcondities bij patiënten met eetstoornissen (Korrelboom, de Jong, Huijbrechts, & Daansen, 2009), depressieve stoornissen (Korrelboom, Maarsingh, & Huijbrechts, 2012), persoonlijkheidsstoornissen (Korrelboom, Marissen, & van Assendelft, 2011) en angststoornissen (Staring et al., *submitted*). Varianten op het COMET-protocol voor lage zelfwaardering bleken ook werkzaam bij het behandelen van patiënten met een paniekstoornis (Korrelboom, Peeters, Blom, & Huijbrechts, 2014) en bij ruminerende depressieve ouderen (Ekkers et al., 2011). Psychotische patiënten met auditieve hallucinaties bleken minder depressief te worden door COMET, waarbij de klachtvermindering geheel werd gemedieerd door een verbeterde zelfwaardering en een minder angstige houding tegenover de stemmen (van der Gaag, van Oosterhout, Daalman, Sommer, & Korrelboom, 2012). Zojuist is in Engeland de inclusie afgesloten van een studie naar de werkzaamheid van COMET bij depressieve psychotische patiënten (Steel et al., 2015). Tot nu toe is één negatieve bevinding gerapporteerd bij een gerandomiseerde COMET-studie: een zelfhulpvariant van een weer iets ander COMET-protocol bleek niet effectief bij het behandelen van dwangstoornis (Schneider, Wittekind, Talhof, Korrelboom, & Moritz, 2015).

Het werk rondom COMET en zelfwaardering is nog niet klaar. Diverse vragen wachten nog op een antwoord. Enkele studies naar deze vragen lopen nu en plannen voor weer andere zijn in de maak. Zo wordt geschreven aan een onderzoek waarin is nagegaan welke rol expliciete en impliciete zelfwaardering spelen bij eetstoornissen. Een vergelijkbaar onderzoek bij patiënten met sociale fobie is eveneens bijna afgerond. Daarnaast bestaan er al langer plannen om na te gaan of de COMET-voor-craving-interventie een zinnige bijdrage kan leveren aan de behandeling van verslavingsproblemen. Ook een meta-analyse en een mediatie-analyse rondom COMET staan op het to-do-lijstje.

Het project *Intrusie* is een tweede lijn van onderzoek waarmee deze leerstoel zich de komende jaren wil bezighouden. Het is bekend dat pijnlijke, dikwijls angstwekkende intrusies een rol spelen in emotionele stoornissen als PTSS en dwangstoornis, evenals bij nachtmerries. Intrusies maken niet alleen deel uit van de manifestatie van deze psychopathologieën, maar houden de pathologie ook mede in stand. Inmiddels heeft onderzoek uitgewezen dat nega-

tieve intrusies ook bij andere stoornissen voorkomen. Sociaal fobici hebben geregeld flashbacks over pijnlijke afwijzingen en blunders in sociale situaties (Hackmann, Clark, & McManus, 2000). Depressieve patiënten hebben soms intrusieve beelden van hun eigen suicide. Soms zijn die beelden angstwekkend, maar in andere gevallen juist weer aanlokkelijk (Holmes, Crane, Fennell, & Williams, 2007). Gokverslaafden kennen aanlokkelijke fantasieën over grote winsten die men in casino's en op gokkasten maakt (Scoboria & Wilson, 2011). Bij andere verslavingen, maar ook bij agressie en seksuele delinquentie, lijken dergelijke 'lustvolle maar disfunctionele fantasieën en beelden' ook geregeld voor te komen, en mogelijk een rol te spelen bij het voortbestaan van de pathologie (Hackmann, Bennett-Levy, & Holmes, 2011).

Op dit moment zijn met betrekking tot dwangstoornis, nachtmerries, maar vooral met betrekking tot PTSS enkele bewezen effectieve interventies beschikbaar om dergelijke intrusies te behandelen. Het gaat bij PTSS allereerst om imaginaire exposure (IE) en *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR). Vooral rondom EMDR is er de laatste jaren veel onderzoek gedaan naar het werkingsmechanisme achter deze methode. Uit dat onderzoek is *dual tasking* tot nu toe als de beste verklaring naar voren gekomen (van den Hout & Engelhard, 2012). *Dual tasking* maakt gebruik van de beperkte capaciteit van het werkgeheugen. Door tegelijk met het oproepen van een traumatische herinnering een afleidende taak uit te voeren, wordt het werkgeheugen zodanig belast dat beide activiteiten niet gelijktijdig optimaal kunnen worden uitgevoerd. Hierdoor nemen emotionaliteit en helderheid van de traumatische herinnering af, waarna deze qua emotionele impact gedeformeerde herinnering weer wordt 'teruggeschreven' naar het langetermijngeheugen. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat niet alleen horizontale oogbewegingen (zoals die traditioneel worden toegepast in de EMDR-procedure) voor zo'n reductie in emotionaliteit kunnen zorgen, maar ook verticale oogbewegingen, zoals bij het doen van een simpel computerspelletje of het maken van eenvoudige puzzels.

Op een aantal aspecten van dit onderzoek hopen we vanuit Tilburg een relevante aanvulling te kunnen leveren. Tot nu toe is verreweg het meeste onderzoek rondom *dual tasking* uitgevoerd bij analoge populaties, waarbij de blootstellingsduur aan de traumatische herinnering aanzienlijk korter was dan in een klinische setting gebruikelijk is. Om die redenen moeten de bevindingen voornamelijk vooral als een *proof of concept* worden beschouwd. Of — en zo ja, hoe goed — *dual tasking* ook werkt in een meer therapeutische dosering bij hulpzoekende patiënten is een nog grotendeels onbeantwoorde vraag. Op die vraag wordt wellicht een antwoord gegeven in een

onderzoek dat op het ogenblik bij PsyQ Brabant en Delft Westland plaatsvindt. Patiënten met PTSS die zich hebben aangemeld voor behandeling worden daarbij in een ‘enigszins therapeutische dosering’ blootgesteld aan verschillende varianten van een dual-tasking-procedure. Ook in de dual-tasking-procedure zelf is een element aangebracht waarnaar nog niet veel onderzoek is gedaan. Tot nu toe heeft men zich vooral gericht op de omvang van de afleidende taak; deze moet voor succesvolle dual tasking niet te groot en niet te klein zijn (Engelhard, van den Hout, & Smeets, 2011; van den Hout et al., 2012). In het huidige onderzoek wordt nagegaan of naast omvang ook de emotionele valentie van de afleidende taak ertoe doet. Tijdens het oproepen van hun traumatische herinneringen moeten de patiënten achtereenvolgens zowel een in emotioneel opzicht positieve afleidende taak uitvoeren als een neutrale. In een pilotstudie van deze opzet, die vorig jaar werd uitgevoerd bij studenten van de Erasmus Universiteit en van Tilburg University, bleek dat de positieve conditie het iets beter deed dan de neutrale conditie (Jiskoot, 2015). Dit dual-tasking-onderzoek bij studenten wordt op het ogenblik in een enigszins aangepaste vorm voortgezet.

Daarnaast zal vanuit de leerstoel worden nagaan of varianten op de dual-tasking-procedure ook in staat zijn disfunctionele lustvolle intrusies en fantasieën te beïnvloeden. Ook zijn er plannen om te onderzoeken of dual-tasking-procedures ook in een e-health-context kunnen worden aangeboden. Inmiddels is rond het thema intrusies een promotietraject gecreëerd, waarbinnen een aantal van de zojuist genoemde aspecten zal worden onderzocht.

Het derde en laatste project van deze leerstoel dat hier zal worden genoemd is het project *Wetenschappelijk Verantwoord Behandelen*. Al eerder kwam in deze oratie ter sprake dat een aantal procedures en werkwijzen waarvan de klinische waarde inmiddels door wetenschappelijke denkers is aangetoond of minstens aannemelijk is gemaakt, in de praktijk van veel doeners niet of suboptimaal worden toegepast. Het is de vraag in hoeverre een werkelijk wetenschappelijk verantwoorde behandelwijze, waarbij een aantal van deze procedures consequent wel adequaat worden toegepast, tot een grotere effectiviteit en kosteneffectiviteit kan leiden (Arts & Reinders, 2012; Korrelboom, 2014; Verbraak & Hoogduin, 2013; Waller, 2009). Die vraag zal worden onderzocht. Het onderzoek komt neer op een cluster-gerandomiseerde studie, waarbij teams van therapeuten worden gerandomiseerd over twee condities. In de ene conditie wordt de gangbare, *state-of-the-art* werkwijze uitgevoerd die bijna iedere moderne ggz-instelling zegt toe te passen. In de andere, experimentele conditie krijgen de therapeuten een korte training

en een aantal supervisies in wat een *consequent doorgevoerde state-of-the-art* werkwijze kan worden genoemd. Beide groepen zullen dus in principe werken aan de hand van wat de wetenschap leert over effectief en efficiënt behandelen, maar in de experimentele groep zal deze werkwijze extra zorgvuldig worden toegepast. In deze studie wordt dus niet zozeer de effectiviteit van een nieuwe interventie of procedure onderzocht, maar er wordt bestudeerd in hoeverre een adequate toepassing van reeds bekende werkwijzen tot betere behandelresultaten leidt.

De wetenschappelijke klinische kennis die in het onderzoek zal worden betrokken, omvat onder meer de volgende aspecten. Vooraf worden realistische en concrete behandeldoelen geformuleerd. Deze bepalen het succes criterium van de behandeling. Zij zijn de koers waarop de therapeut vaart. Vanaf het begin zijn de interventies op het bereiken van het behandeldoel gericht. De therapeutische relatie is daarbij een hulpmiddel, niet meer en niet minder. De gebruikte interventies worden volgens evidence-based richtlijnen geïndiceerd en uitgevoerd. Er wordt consequent gebruik gemaakt van tussentijdse ROM-data om de uitvoering van het behandelplan te evalueren en waar nodig aan te passen. Aan een onvoldoende inzet van de patiënt worden consequenties voor de voortzetting van de behandeling verbonden. Deze worden vormgegeven met behulp van stopregels en regels met betrekking tot therapiepauzes en therapeutwisselingen. Dergelijke regels worden ook toegepast wanneer de behandeling om andere redenen onvoldoende succesvol is.

Dit artikel is een bewerking van de oratie Denkers en doeners in de klinische psychologie. Why the twain must meet, die prof. dr. Kees Korrelboom op 1 april 2016 uitsprak bij de officiële aanvaarding van zijn leerstoel Translationele en transdiagnostische psychologische interventies in de (geestelijke) gezondheidszorg aan het Departement voor Medische en Klinische Psychologie van Tilburg University.

PROF. DR. KEES KORRELBOOM is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Hij werkt als senior onderzoeker, klinisch psycholoog en 'boegbeeld' voor de TOP-GGZ afdeling Angststoornissen van PsyQ Haaglanden, onderdeel van de Parnassia Groep. Daarnaast is hij als bijzonder hoogleraar klinische psychologie verbonden aan het Departement Medische en Klinische Psychologie van Tilburg University.

Referenties

- | | |
|---|--|
| Arts, W., & Reinders, M. (2012). Het afsluiten van eindeloze behan- | delingen. <i>Gedragstherapie</i> , 45, 405-416. |
| | Barlow, D. H. (2011). A prolegomenon to clinical psychology: Two 40-year |

- odysseys. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford handbook of clinical psychology* (pp. 3-23). Oxford: Oxford University Press.
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Benjamin, L. T., Jr. (2005). A history of clinical psychology as a profession in America (and a glimpse of its future). *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 1-30.
- Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235-246.
- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Carlier, I. V. E., Meuldijk, D., van Vliet, I. M., van Fenema, E. M., van der Wee, N. J. A., & Zitman, F. G. (2012). Empirische evidentie voor de effectiviteit van routine outcome monitoring. Een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 121-128.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Colijn, S., Snijders, H., Thunnissen, M., Bögels, S., & Trijsburg, W. (2009). Psychotherapie, het beste van vele werelden. In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnissen, S. Bögels & W. Trijsburg (Eds.), *Leerboek psychotherapie* (pp. 13-25). Utrecht: De Tijdstroom.
- Cowdrey, N. D., & Waller, G. (2015). Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorders? How eating-disordered patients described their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 72-77.
- Craske, M. G., Liao, B., Brown, L., & Vervliet, B. (2012). Role of inhibition in exposure therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 322-345.
- Craske, M. G., & Mystkowski, J. L. (2006). Exposure therapy and extinction: Clinical studies. In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications* (pp. 217-235). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- de Beurs, E., & Emmelkamp, P. (2013). Routine Outcome Monitoring. In P. Emmelkamp & K. Hoogduin (Eds.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 69-93). Amsterdam: Boom.
- Ekkers, W. D. J., Korrelboom, K., Huijbrechts, I. P. A. M., Smits, N., Cuijpers, P., & van der Gaag, M. (2011). Competitive Memory Training for treating depression and rumination in depressed older adults: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 588-596.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & Smeets, M. A. M. (2011). Taxing working memory reduces vividness and emotional intensity of images about the Queen's day tragedy. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 32-37.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H. J. (1959). Learning theory and behaviour therapy. *Journal of Mental Science*, 105, 61-75.
- Graste, J. (2009). De opleiding tot psychotherapeut. In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnissen, S. Bögels, & W. Trijsburg (Eds.), *Leerboek psychotherapie* (pp. 907-919). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J., & Holmes, E. A. (2011). *Oxford guide to imagery in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601-610.
- Hermans, D. (2001). De protocolbepaling als paard van Troje: Over de valse tegenstelling tussen op maat gesneden en protocollaire behandelings. *Gedragstherapie*, 34, 163-171.
- Holmes, E. A., Crane, C., Fennell, M. J. V., & Williams, J. M. G. (2007). Imagery about suicide in depression

- 'Flash forwards'? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 423-434.
- Huibers, M. J. H. (2015). Voorbij het oordeel van de Dodo. Over werkingsmechanismen en andere kwesties in de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 41, 174-186.
- Hunsley, J., & Di Giulio, G. (2002). Dodo bird, Phoenix, urban legend? The question of psychotherapy equivalence. *The Scientific Review of Mental Health Practice: Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*, 1, 11-22.
- Jiskoot, L. (2015). Het effect van een positieve afleidende taak op het reduceren van de emotionaleiteit en levendigheid van de herinnering van stressvolle levensgebeurtenissen bij studenten (Ongepubliceerde masterthese). Tilburg: Tilburg University.
- Kazdin, A. E., & Wilson, G. T. (1978). *Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence and research strategies*. Oxford: Ballinger.
- Kernberg, O. F. (2011). Psychoanalysis and the university: A difficult relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92, 609-622.
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental health care: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 195, 15-22.
- Korrelboom, K. (2004). Heeft de psychotherapie nog toekomst? *Directieve Therapie*, 24, 238-251.
- Korrelboom, K. (2011a). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K. (2011b). *Verbeter uw zelfbeeld in zeven stappen: Werkboek voor de cliënt*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K. (2014). Beter, sneller en goedkoper behandelen: Kan dat? *Directieve Therapie*, 34, 289-300.
- Korrelboom, K., de Jong, M., Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009). COMET for treating low self-esteem in patients with eating disorders. A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 974-980.
- Korrelboom, C. W., Maarsingh, M., & Huijbrechts, I. (2012). Competitive Memory Training (COMET) for treating low self-esteem in patients with depressive disorders: A randomized clinical trial. *Depression and Anxiety*, 29, 102-110.
- Korrelboom, K., Marissen, M., & van Assendelft, T. (2011). Competitive memory training (COMET) for low self-esteem in patients with personality disorders: A randomized effectiveness study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 1-19.
- Korrelboom, K., Peeters, S., Blom, S., & Huijbrechts, I. (2014). Applied relaxation and competitive memory training are equally effective in the treatment of panic disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, 183-190.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th edition) (pp. 139-194). New York: John Wiley and Sons.
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Ruscio, J., & Beyerstein, B. L. (2010). *50 Great myths of popular psychology: Shattering widespread misconceptions about human behavior*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Lowry, J. L., & Ross, M. J. (1997). Expectations of psychotherapy duration: How long should psychotherapy last? *Psychotherapy*, 34, 272-277.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals: Panic anxiety and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Routh, D. K. (2011). A history of clinical psychology. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford handbook of clinical psychology* (pp. 23-34). Oxford: Oxford University Press.
- Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Talhof, A., Korrelboom, K., & Moritz, S. (2015). Competitive Memory Training (COMET) for OCD: A self-treat-

- ment approach to obsessions. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44, 142-152.
- Scoboria, A., & Wilson, T. (2011). Memory for future gamble wins. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 565-572.
- Staring, A. B. P., van den Berg, D. P., Cath, D. C., Schoorl, M., Engelhard, I. M., & Korrelboom, K. (submitted). Self-esteem treatment in anxiety: A randomised controlled cross-over trial of Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) versus Competitive Memory Training (COMET) in patients with anxiety disorders.
- Steel, C., van der Gaag, M., Korrelboom, K., Simon, J., Phiri, P., Baksh, M. F., ... Kingdon, D. (2015). A randomised controlled trial of positive memory training for the treatment of depression within schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 15, Artis 85.
- van der Gaag, M., van Oosterhout, B., Daalman, K., Sommer, I. E., & Korrelboom, C. W. (2012). Initial evaluation of the effects of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 158-171.
- van den Hout, M. (2010). Even checken. In A. Jansen, M. van den Hout, & H. Merckelbach (Eds.), *Gek: Experimentele psychopathologie* (pp. 44-60). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van den Hout, M. A., & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 724-738.
- van den Hout, M. A., Rijkeboer, M. M., Engelhard, I. M., Klugkist, I., Hornsveld, H., Toffolo, M. J. B., & Cath, D. C. (2012). Tones inferior to eye movements in the EMDR treatment of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 275-279.
- Veeninga, A. (2006). Leertherapie: Over het kind en het badwater. *Gedrags therapie*, 39, 217-221.
- Verbraak, M., & Hoogduin, K. (2013). Management van de behandeling. In P. Emmelkamp & K. Hoogduin (Eds.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 93-113). Amsterdam: Boom.
- Verwoerd, J., van Hout, W. J. P. J., & de Jong, P. J. (2016). Disgust- and anxiety-based emotional reasoning in non-clinical fear of vomiting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 83-89.
- Visser, S. (1996). Behandelprotocollen: Karikaturen en praktijk. *Gedrags therapie*, 29, 267-289.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2011). Retraining automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychological Science*, 22, 490-497.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1988). Obituary: Mary Cover Jones 1896-1987. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 19, 3-4.