

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

## De kloof overbruggen: het verbeteren van de disseminatie van CGT<sup>1</sup>

Roz Shafran<sup>1</sup>, David M. Clark<sup>2</sup>, Chris G. Fairburn<sup>3</sup>, Arnoud Arntz<sup>4</sup>, David H. Barlow<sup>5</sup>, Anke Ehlers<sup>2</sup>, Mark Freeston<sup>6</sup>, Philippa A. Garety<sup>2</sup>, Steve D. Hollon<sup>7</sup>, Lars-Göran Öst<sup>8</sup>, Paul M. Salkovskis<sup>2</sup>, J. Mark G. Williams<sup>3</sup> en G.Terry Wilsons<sup>9</sup>

### SAMENVATTING

Er zijn empirisch ondersteunde psychologische behandelingen ontwikkeld voor verschillende psychiatrische stoornissen, maar er zijn aanwijzingen dat patiënten deze behandelingen in de reguliere geestelijke gezondheidszorg niet ontvangen. Daarnaast is er evidentie dat wanneer patiënten deze behandelingen wel ontvangen, ze vaak niet goed worden aangeboden. Het doel van dit artikel is het identificeren van de hindernissen bij de disseminatie van 'evidence-based' psychologische behandelingen en het voorstellen van manieren om deze hindernissen te overwinnen en zo de kloof tussen onderzoeksbevindingen en de klinische praktijk te overbruggen.

### HET PROBLEEM

In de afgelopen 30 jaar is er aanzienlijke vooruitgang geboekt bij het ontwikkelen van effectieve psychologische behandelingen voor een verscheidenheid

1 School of Psychology and Clinical Language Science, University of Reading, Berkshire RG6 6AL, UK

2 Institute of Psychiatry, University of London, SE5 8AF, UK

3 Psychiatry Department, Warneford Hospital, University of Oxford, OX3 7JX, UK

4 Department of Medical, Clinical, and Experimental Psychology, Maastricht University, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, the Netherlands

5 CAS Psychology, Boston University, One Silber Way, Boston, MA 02215, USA

6 Ridley Building School of Neurology, Neurobiology and Psychiatry Faculty of Medical Sciences, University of Newcastle, Newcastle upon Tyne Tyne and Wear NE1 7RU, UK

7 Vanderbilt University, 2201 West End Avenue, Nashville, TN 37240, USA

8 Stockholm University, SE-106 91 Stockholm, Sweden

9 Rutgers University, Busch Campus, 604 Bartholomew Rd Piscataway, NJ 08854-8002, USA

1 Dit is een vertaling van: Shafran, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G., Arntz, A. et al. (2009). *Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. Behaviour Research and Therapy*, 47, 902-909. Met toestemming van Elsevier.

aan psychiatrische stoornissen. Onder deze evidence-based behandelingen vallen vormen van cognitieve gedragstherapie (CGT) die consistent effectief zijn gebleken bij een grote groep verschillende stoornissen. Resultaten uit diverse *randomized controlled trials* (RCT's) laten zien dat stoornisgerichte vormen van CGT opzichzelfstaand sterke interventies vormen bij angststoornissen, eetstoornissen en unipolaire depressie. RCT's en meta-analyses hebben ook bewijs geleverd dat cognitieve gedragstherapieën effectief zijn bij het verminderen van psychotische symptomen en angsten, met kleine tot middel-grote effecten (bijv. Wykes, Steel, Everitt & Tarrier, 2008).

Veelbelovende onderzoeksresultaten suggereren dat CGT effectief is bij somatoforme stoornissen (Kroenke, 2007) en dat zowel schematherapie als dialectische gedragstherapie effectief zijn bij een borderline persoonlijkheidsstoornis (Farrell, Shaw & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 2006). CGT kan de effecten van medicatie bij een bipolaire stoornis versterken (Miklowitz, 2006).

Professionele organisaties en overheidsinstanties erkennen tegenwoordig de waarde van CGT en deze therapie wordt sterk aanbevolen voor de behandeling van angststoornissen, unipolaire depressies en eetstoornissen in nationale richtlijnen in bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk (bijv. NICE, 2004), de Verenigde Staten (bijv. American Psychiatric Association, 2009) en Australië (Ellis, Hickie & Smith, 2003). Er is echter bewijs dat dergelijke empirisch ondersteunde behandelingen zelden beschikbaar zijn en dat ze, ook al zijn ze beschikbaar, vaak suboptimaal worden aangeboden.

#### **BEWIJS DAT PATIËNTEN GEEN CGT ONTVANGEN**

Resultaten uit het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten tonen aan dat maar weinig patiënten met een gediagnosticeerde psychiatrische stoornis CGT ontvangen. In 1996 was psychodynamische therapie de meest voorkomende psychosociale behandeling voor algemene angststoornissen, paniekstoornissen en sociale fobieën (Goisman, Warshaw & Keller, 1999). In de verzamelde gegevens van de National Comorbidity Study (NCS-R) onder meer dan 9000 Amerikanen maken complementaire en alternatieve behandelingen met medicijnen 31,3% uit van alle psychische gezondheidsconsulten (Wang et al., 2005). De meest voorkomende behandeling die in het Verenigd Koninkrijk aan patiënten met PTSS wordt aangeboden, is ondersteunende counseling (Ehlers, Gene-Cos & Perrin, 2009), hoewel de behandelrichtlijnen in het Verenigd Koninkrijk een traumagerichte psychologische behandeling aanbevelen als behandeling van eerste keus (NICE, 2005).

Voor de behandeling van eetstoornissen geeft 35–39% van de therapeuten CGT op als hun primaire aanpak (Mussell et al., 2000; von Ranson & Robinson, 2006), maar slechts 6,9% van de patiënten met *boulimia nervosa* ontvangt CGT (Crow, Mussell, Peterson, Knopke & Mitchell, 1999). Minder dan 4% van

de huisartsen gebruikt nationale richtlijnen als leidraad bij de behandeling van hun patiënten (Currin et al., 2007) hoewel er wordt gerapporteerd dat implementatiecijfers in academische medische centra hoger zijn (McAlpine, Schroder, Pankratz & Maurer, 2004). In het geval van schizofrenie wordt aan minder dan 50% van de mensen in het Verenigd Koninkrijk die psychotisch zijn ten minste één CGT-sessie aangeboden, ondanks de klinische richtlijnen die aanbevelen dat CGT zou moeten worden aangeboden aan alle personen die psychotische symptomen vertonen (Berrt & Haddock, 2008; NICE, 2003, 2009; Healthcare Commission, 2007). Het is niet verwonderlijk dat evidence-based psychologische therapieën zo weinig beschikbaar zijn gezien het gebrek aan training in deze therapieën voor de verschillende professionele disciplines (Weisman et al., 2006). Vanwege de niet vervulde behoefte aan evidence-based psychologische behandelingen is het vergroten van de beschikbaarheid hiervan als prioriteit aangewezen in de strategische plannen van NIMH (National Institute of Mental Health) (Insel, 2009).

#### **BEWIJS DAT CGT SUBOPTIMAAL WORDT AANGEBODEN**

Wanneer CGT wordt aangeboden, blijkt dat vaak suboptimaal plaats te vinden. In een analyse van de NCS-R-gegevens voor stemmingstoornissen alleen (Kessler, Merikangas & Wang, 2007) werd aangenomen dat niet meer dan 20,9% van alle mensen die twaalf maanden aan een ernstige depressieve stoornis lijden, adequate farmacologische/psychologische behandeling hebben ontvangen. De minimale adequate psychologische behandeling werd gedefinieerd op basis van beschikbare evidence-based richtlijnen, en er waren ten minste acht sessies vereist, wat is gebaseerd op het feit dat klinische effectstudies over het algemeen acht of meer psychotherapie sessies omvatten. In een klein onderzoek naar OCS (obsessief-compulsieve stoornis) voldeed 60% van de steekproef die verklaarde CGT te ontvangen niet aan de gedefiniëerde minimale criteria voor adequaatheid (Stobie, Taylor, Quigley, Ewing & Salkovskis, 2007).

#### **WAAROM IS CGT ZO ONBESCHIKBAAR EN WORDT HET ZO SLECHT AANGEBODEN?**

De disseminatie van de behandelingen wordt belemmerd door een combinatie van factoren. De financiering wordt in dit artikel niet behandeld, maar het is belangrijk op te merken dat er bewijs is dat CGT een kosteneffectieve behandeling is (Van Asselt et al., 2008; Layard, Clark, Knapp & Mayraz, 2007; Myhr & Payne, 2006). In de literatuur over CGT is er nog relatief weinig geschreven over obstakels voor disseminatie, met enkele opmerkelijke uitzonderingen (Addis, 2002; Barlow, 2004; Barlow, Levitt & Bufka, 1999; Carroll & Rounsaville, 2007; Chorpita & Nakamura, 2004; Stirman, Crits-Christoph & DeRubeis, 2004;



Taylor & Chang, 2008; Weingardt, 2004). De obstakels voor disseminatie kunnen in twee groepen worden verdeeld. De eerste heeft betrekking op algemene opvattingen onder clinici, zoals (1) de beperkte relevantie van onderzoeken voor de klinische praktijk, (2) de therapeut is van meer belang voor het uiteindelijke resultaat dan het specifieke protocol en (3) opvattingen over het protocol, zoals de onbruikbaarheid van diagnoses, de wenselijkheid van het combineren van geprefereerde onderdelen van verschillende interventies en de overtuiging dat zij het protocol toepassen terwijl dit niet het geval is. De tweede groep belemmeringen heeft betrekking op hiaten in onze kennis over behandelingen en de wijze van uitvoering en training. Door deze hiaten op te vullen en te zorgen voor meer direct beschikbare en verbeterde trainingsmogelijkheden voor behandelaars zal de toepassing van onderzoeksbevindingen in de dagelijkse klinische praktijk worden bevorderd.

#### ALGEMENE OPVATTINGEN

##### *Onderzoeken zijn beperkt toepasbaar op klinische praktijk*

De opvatting dat onderzoeken van beperkt belang zijn voor de klinische praktijk is gebaseerd op opvattingen over de aard van de patiënten die meedoen aan behandelonderzoek, de generaliseerbaarheid van onderzoeksbevindingen naar de dagelijkse praktijk en de tegenstrijdigheid tussen de middelen die in onderzoek en in de klinische praktijk gebruikt worden. Elk van deze opvattingen wordt hieronder besproken.

Opvattingen over patiënten die in onderzoeken werden behandeld. Vele clinici menen dat behandelingen in de reguliere gezondheidszorg niet zo effectief zijn als in behandelstudies die zijn uitgevoerd in academische settings, omdat de patiënten in behandelstudies minder ernstige en minder comorbide problemen zouden hebben door uitgebreide exclusiecriteria. Toch is er steeds meer bewijs dat de onderzoeksbevindingen gegeneraliseerd kunnen worden naar de dagelijkse klinische praktijk en dit ook daadwerkelijk doen (bijv. Weisz, Weersing & Henggeler, 2005; Wilson, 2007). De kloof tussen de klinische praktijk en onderzoek is niet zo groot als men denkt en bevindt zich niet per se in de richting van een geringere ernst bij patiënten in behandelstudies. Patiënten in de klinische praktijk voldoen vaak niet aan de minimale criteria van ernst of duur die nodig is voor behandelonderzoek (Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph & Rothman, 2005). Veel recente onderzoeken staan de meeste comorbiditeit toe en gebruiken slechts exclusiecriteria die lijken op de criteria die klinische centra gebruiken om te bepalen of patiënten geschikt zijn voor hun specifieke psychologische behandeling. In het onderzoek door DeRubeis et al. (2005) bijvoorbeeld waren psychose en middelenmisbruik de enige uitgesloten stoornissen die ernstig genoeg waren om detoxificatie noodzakelijk te achten. Circa tweederde van die steekproef voldeed aan de criteria voor

ten minste een extra DSM-stoornis, de helft voldeed voor een of meerdere As II-stoornissen en circa een derde voldeed aan de criteria voor middelenmisbruik. Het is ook belangrijk dat de aanwezigheid van comorbiditeit niet per se een slecht resultaat in de primaire stoornis voorspelt (bijv. Brown, Antony & Barlow, 1995). Een aantal onderzoeken heeft bijvoorbeeld laten zien dat comorbide persoonlijkheidsstoornissen geen negatieve invloed hebben op de effecten van CGT voor verschillende angststoornissen (Dreessen & Arntz, 1998; Dreessen, Arntz, Lutjels & Sallaerts, 1994; Dreessen, Hoekstra & Arntz, 1997; Weertman, Arntz, Schouten & Dreessen, 2005) of eetstoornissen (Grilo et al., 2007; Rowe et al., 2008). Indien men therapeuten bij patiënten met PTSS enige flexibiliteit toestaat in het aantal sessies en ze toestaat (indien nodig) de relevante CGT-interventies voor comorbide problemen te gebruiken, dan voorspelt de aanwezigheid van comorbide stoornissen geen slechtere resultaten (Duffy, Gillespie & Clark, 2007; Gillespie, Duffy, Hackmann & Clark, 2002). Indien het klinische oordeel aangeeft dat comorbide depressie de deelname van de patiënt aan de behandeling van een angststoornis belemmert, kan het nuttig zijn een protocol zoals de Beckian Behavioural Activation te gebruiken om de stemming te verbeteren (Duffy et al., 2007). Overkoepelende of transdiagnostische protocollen (zie McHugh, Murray & Barlow, 2009) voor meerdere diagnoses omzeilen veel kwesties met betrekking tot comorbiditeit en kunnen de relevantie van onderzoek voor de dagelijkse praktijk verhogen. Ondanks dat behandelstudies op deze wijze met comorbiditeit omgaan, bevatten de bij RCT's gebruikte protocollen meestal geen richtlijnen voor de behandeling van comorbiditeit. Dit neemt de opvatting niet weg dat in onderzoek comorbiditeit niet wordt aangepakt, en beperkt op die manier het nut voor klinici die vooral patiënten met meerdere stoornissen behandelen (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005). Een opmerkelijke uitzondering is de handleiding voor de verbeterde transdiagnostische behandeling van eetstoornissen (CGT-E) die zich richt op de meest voorkomende vormen van comorbiditeit (Fairburn, 2008). Er is verdere ontwikkeling nodig van verbeterde, gebruikersvriendelijke en flexibele behandelrichtlijnen die zich richten op deze begrijpelijke zorgen van behandelaars.

Gegevens over de generaliseerbaarheid van RCT-resultaten naar de dagelijkse praktijk. Het is een empirische vraag hoe goed de resultaten van RCT's replicerbaar zijn voor populaties die minder exclusiecriteria voor patiënten hebben. Er is behoefte aan onderzoeken die nagaan of CGT al dan niet minder effectief is in ongeselecteerde populaties dan in de meeste RCT's. In de recente transdiagnostische RCT van CGT-E (Fairburn et al., 2009), die zeer weinig uitsluitingscriteria had, waren de resultaten goed en mogelijk zelfs beter dan in eerdere onderzoeken met meer exclusiecriteria (Crow & Peterson, 2009). Grotere steekproeven zijn nodig om de invloeden van specifieke exclusiecriteria na te gaan. Het is echter noemenswaardig dat de enkele onderzoeken die

generaliseerbaarheid hebben onderzocht en daarbij trouw zijn gebleven aan het behandelingsprotocol veelbelovende resultaten hebben behaald. Zo was 87 % van de 110 patiënten in een ggz-instelling met een primaire diagnose van paniekstoornis met of zonder agorafobie aan het eind van het vijftien sessies durende CGT-protocol paniekvrij (Wade, Treat & Stuart 1998). Evenzo liet een onderzoek met 416 ongeselecteerde patiënten met een primaire diagnose van paniekstoornis met agorafobie (behandeld door 52 therapeuten in drie poliklinieken) significante verbetering zien in symptomen. Evenmin werden er verschillen gevonden in effectgroottes en gemiddelden in meta-analyses naar gecontroleerde efficiëntieonderzoeken (Hahlweg, Fiegenbaum, Frank, Schroeder & von Witzleben, 2001). Een onderzoek door Addis et al. dat is uitgevoerd aan de 'frontlinie' van de geestelijke gezondheidszorg bereikte goede lange termijn resultaten voor patiënten die de behandelingen voor paniekstoornissen hadden afgerond (Addis et al., 2006). Dit komt overeen met gegevens die aangeven dat dergelijke interventies uitvoerbaar zijn in een groot aantal settings, waaronder de eerste lijn (Roy-Byrne et al., 2005). CGT voor sociale fobie kan ook effectief worden toegepast in de dagelijkse praktijk (Lincoln et al., 2003) net als CGT voor psychoses (Morrison et al., 2004). Er zijn ook resultaten gevonden die vergelijkbaar zijn met RCT's bij zelfstandig gevestigde psychologen (Persons, Roberts, Zalecki & Brechwald, 2006). Bij eetstoornissen is gevonden dat patiënten die meededen aan een behandelstudie met bijna geen exclusiecriteria vergelijkbare resultaten hadden als patiënten die meededen aan behandelstudies met strengere criteria (Fairburn et al., 2009; zie Wilson, 2009). Bij de behandelstudies van PTSS na de aanslag in Omagh (Gillespie et al., 2002) waren er zeer weinig exclusiecriteria, maar de ongecontroleerde effectgrootte (voor/na) voor cognitieve therapie was 2.47.

Dit lijkt heel sterk op ongecontroleerde effectgroottes voor cognitieve therapie in strikter gedefinieerde populaties in behandelstudies bij onderzoeksinstituten, die 2.46 was in een onderzoek naar recente PTSS door verkeersongelukken (Ehlers et al., 2003) en 2.69 in een onderzoek naar chronische PTSS door verschillende trauma's (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus & Fennell, 2005). Gelijksortige goede behandelresultaten zijn verkregen in een 'outreach' programma, waarbij overlevenden werden behandeld die na de aanslagen in Londen de diagnose PTSS hadden gekregen (Brewin et al., 2008). Op exposure gebaseerde behandelingen voor PTSS zijn ook generaliseerbaar; counsellors die verkrachtingslachtoffers behandelden, behaalden na een korte training plus regelmatige supervisie resultaten die vergelijkbaar waren met resultaten die door CGT-deskundigen werden verkregen. De toevoeging van cognitieve herstructurering verbeterde de uitkomst van de behandeling niet en werd dus niet beschouwd als behandelcomponent die van belang is voor de disseminatie (Foa et al., 2005).

Op basis van deze onderzoeken kan worden geconcludeerd dat bij verschillende angst- en eetstoornissen, en met enig bewijs ook bij schizofrenie,

voldoende getrainde therapeuten uitstekende resultaten hebben behaald in grotendeels onbeperkte patiëntenpopulaties als de integriteit van de behandeling wordt bewaakt. Over het algemeen blijkt er een methodologische uitdaging te zitten in dit gebied van disseminatie-onderzoek. Het populaire onderscheid tussen studies naar efficiëntie en effectiviteit is niet nuttig gebleken. De meeste effectiviteitsonderzoeken verschillen van efficiëntieonderzoeken zowel in de kwaliteit van de behandeling als in de patiënten die de behandeling ondergaan. Het werkveld heeft behoefte aan onderzoeken die per keer slechts een van deze factoren variëren, om voldoende in te gaan op de gegronde zorgen van klinici die in de frontlinie werken.

**Voordelen van extra middelen.** Een andere reden dat sommige klinici geloven dat behandelstudies niet van toepassing zijn op de klinische praktijk is dat deze beter gefinancierd zijn, therapeuten een lagere werklust en een veel hoger niveau aan deskundige en voortdurende supervisie hebben.

Deze zorgen zijn waarschijnlijk gegrond. Daarnaast bevorderen de extra middelen een systematische (vaak sessie per sessie) meting van klinische resultaten, wat nog steeds relatief ongebruikelijk is in de dagelijkse ggz. Indien niet bekend is of patiënten in de dagelijkse klinische praktijk beter worden of niet, of dat de resultaten niet aan de verwachtingen op basis van de literatuur voldoen, zijn therapeuten zich er waarschijnlijk niet van bewust dat er een probleem is dat opgelost moet worden. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg betreffende de routinematige registratie van resultaten zouden deze situatie moeten verbeteren. Zelfs wanneer gestandaardiseerde methoden worden gebruikt, ontbreken er meestal veel gegevens (bijv. Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper, 2006). De dataverzameling hangt namelijk af van patiënten die aan het einde van de therapie gegevens verschaffen, en een beduidende subgroep patiënten laat verstek gaan bij de laatste sessie.

Ontbrekende gegevens vormen een probleem bij de evaluatie van de resultaten. Aangezien de resultaten van afwezige patiënten vaak slechter zijn (Clark, 2008), leiden ontbrekende gegevens tot de onjuiste indruk dat patiënten beter werden dan doorgaans het geval was. Gebrek aan gegevens verhindert dat resultaten vergeleken kunnen worden met resultaten van RCT's. Een oplossing voor dit probleem is de verzameling van eenvoudige resultaatmetingen tijdens elke sessie. Dit zorgt ervoor dat de gegevens beschikbaar zijn voor het laatste contactmoment. Disseminatie-onderzoek na de aanslagen in Omagh en Londen toonde echter aan dat meer dan 90% van de volledige uitkomstdata kan worden verkregen in de dagelijkse praktijk, indien klinici vinden dat de metingen nuttig zijn bij het plannen van therapie en bij elke sessie worden gedaan (Brewin et al., 2008; Gillespie et al., 2002). De metingen moeten gevoelig zijn voor verandering en normen hebben voor niet-klinische steekproeven zodat herstelpercentages kunnen worden vastgesteld. Dit systeem kan mogelijk worden uitgebreid naar andere settings en metin-

gen kunnen worden verricht via de computer of op papier (zie ook Aarons, Sommerfeld, Hecht, Silovsky & Chaffin, 2009).

#### *Niet-specifieke therapeutische effecten*

Er is gesuggereerd dat de wetenschappelijke gegevens de superioriteit van specifieke interventies niet aantonen en dat therapeuteffecten belangrijker zijn dan de therapie; derhalve wordt er gesuggereerd dat er geen behoefte is aan het toepassen van de specifieke protocollen die worden geassocieerd met RCT's (zie House & Loewenthal, 2008; Parker & Fletcher, 2007; Wampold, 2001). De evidentie wijst echter op de rol van de training van de therapeut om goede behandelresultaten te krijgen in plaats van op de persoonlijke eigenschappen en stijl van de therapeut. Onderzoeken tonen aan dat naarmate therapeuten beter worden in het behandelen, de resultaten ook verbeteren (bijv. DeRubeis et al., 2005). Aangezien de persoonlijke eigenschappen en stijl van de therapeut niet zijn veranderd, houdt dit in dat de actieve elementen voor verandering binnen het protocol liggen en niet moeten worden toegeschreven aan niet-specifieke effecten van de therapeut. In een recent onderzoek dat is uitgevoerd aan de University of Pennsylvania, de thuisbasis van cognitieve therapie (CT), en Vanderbilt University (DeRubeis et al., 2005) waren de resultaten van de patiënten van onervaren therapeuten slechter dan die van de ervaren therapeuten. Het verbeteren van de bekwaamheid van de therapeuten om het behandelingsprotocol uit te voeren, leidde tot een verbetering van de resultaten. Bij eetstoornissen is er een toenemende daling van het uitvalpercentage bij dezelfde therapeut na intensieve training (Fairburn, 2009, persoonlijke communicatie). Bij paniekstoornissen zijn de slagingspercentages na training gestegen van 10% naar 60% (Grey, Salkovskis, Quigley, Clark & Ehlers, 2008). Ander onderzoek heeft een redelijke grote invloed aangetoond van de mate van ervaring van de therapeut op de resultaten van de cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen (Cohen's  $d = .73$ ; Weertman & Arntz, 2007).

Er kan daarom worden geconcludeerd dat therapeuteffecten geen onveranderlijke kenmerken zijn maar dat naarmate de competentie verbetert ook het resultaat verbetert.

Verder bewijs tegen het argument dat niet-specifieke factoren belangrijker zijn dan specifieke interventies komt uit onderzoek naar de kwaliteit van de therapeutische relatie tijdens de duur van de behandeling. In depressieonderzoeken zorgt de therapeutische relatie niet voor een verdere afname van de depressie, maar verandert de relatie door eerdere verbetering in symptomen (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis & Gelfand, 1999). Dit suggereert wederom dat verandering in cognitieve therapie meer een gevolg is van vasthouden aan modaliteitspecifieke therapiestrategieën dan van de kwaliteit van de therapeutische relatie, die vooral een gevolg blijkt te zijn van eerdere verandering in symptomen.

Ten slotte kunnen niet-specifieke factoren zelfs minder niet-specifiek zijn dan sommige theoretici denken. In een RCT voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis bleek de therapeutische alliantie opmerkelijk hoger te liggen in de CGT-conditie dan in de psychodynamische conditie (Spinhoven, Giesen-Bloo, Van Dyck, Kooiman & Arntz, 2007).

Over het geheel genomen doen de beschikbare gegevens veronderstellen dat de effectgrootte van therapeuteffecten in CGT-onderzoeken met getrainde therapeuten klein is. De gegevens bij de paniekstoornis suggereren dat een variantie van 10% in de resultaten toe te schrijven is aan therapeuteffecten voor zowel CGT als medicatie, en dat 40% op rekening komt van de techniek (Huppert et al., 2001; door de methodes te gebruiken die Crits-Christoph in 1990 in zijn meta-analyse van therapeuteffecten gebruikte om de door therapeuten veroorzaakte variantie te berekenen en vervolgens de respons van behandeling versus placebo te meten om de effecten van de behandeling te berekenen; Crits-Christoph, Beebe & Connolly, 1990). Na bestudering van meer dan 6000 patiënten in de klinische praktijk is een variantie van 5% in resultaten toe te schrijven aan de therapeut (Wampold & Brown, 2005). Er zijn geen therapeuteffecten gevonden in grote RCT's bij boulimia nervosa (bijv. Loeb et al., 2005; Wilson et al., 1999).

Er bevindt zich echter een hiaat in de literatuur wat betreft veel CGT-onderzoeken om geen therapeuteffecten analyseren en wij raden aan dat zij dat in de toekomst wel doen. Om goede resultaten te behalen, is er behoefte aan het vaststellen en betrouwbaar beoordelen van het vereiste vaardigheidsniveau van een therapeut en dit kan per stoornis of behandeling verschillen.

#### *Meningen over het protocol*

Clinici melden vaak het gebruik van CGT en cliënten melden dat zij die behandeling krijgen, terwijl de inhoud van de sessies niet overeen komt met het evidence-based protocol (Carroll & Rounsaville, 2007; Stobie et al., 2007) maar aanzienlijk is aangepast. Er zijn minstens drie redenen voor dit probleem. De eerste is dat veel medici onwillig zijn om diagnostische labels te gebruiken en/of niet getraind zijn in het diagnosticeren van cliënten op dezelfde formele en gestandaardiseerde manier als in experimentele onderzoeken. Veel patiënten met PTSS krijgen bijvoorbeeld in de klinische praktijk CGT-behandelingen voor paniekaanvallen of depressies zonder dat het trauma wordt behandeld.

De tweede is dat veel medici geloven dat er geen nadeel zit aan het selecteren van delen van de behandelprotocollen die zij bruikbaar vinden en deze op basis van persoonlijke voorkeur te combineren met andere interventies. Dit kwam naar voren bij bijna alle 2281 praktiserende psychologen in de VS die aangeven dat zij een verscheidenheid aan methodes gebruiken (Taylor & Chang, 2008), wat consistent is met eerdere bevindingen dat slechts een minderheid van de medici CGT gebruikt als primaire behandeling bij eetstoornissen (von Ranson & Robinson, 2006). Clinici hebben vaak hun bedenkingen bij

de veiligheid van exposuretherapie waardoor zij dat onderdeel van het protocol niet gebruiken, ondanks gegevens die het tegendeel beweren (Becker, Zayfert & Anderson, 2004).

Het is begrijpelijk dat deze klinici vaak stellen dat hun persoonlijke ervaring met hun cliëntengroep in hun eigen werkomgeving belangrijker is dan bewijs dat middels een goed gefinancierd experimenteel onderzoek in een universiteitsomgeving is verzameld over een bepaalde stoornis. Zulke opvattingen dragen waarschijnlijk bij aan een 'therapist drift' van protocollen, hetgeen de therapie negatief kan beïnvloeden (Waller, 2009), en die het moeilijk maken om de behandelingsintegriteit te bewaken (Perepletchikova, Hilt, Chereji & Kazdin, 2009).

Elders wordt echter gesuggereerd dat het noodzakelijk is om beperkte wijzigingen binnen protocollen toe te staan om hun disseminatie te bevorderen en tegelijkertijd de efficiëntie van de behandeling te behouden (Ruzek & Rosen, 2009). Dergelijke beperkte modificatie biedt klinici de mogelijkheid zich vrij te voelen in het maken van professionele beslissingen en vergroot mogelijk hun bereidheid om hun gewoontes te veranderen. Door vast te houden aan het protocol, indien vergezeld van gepaste supervisie om de nodige aanpassing op lokaal niveau toe te staan, lijkt het personeelsverloop te verminderen (Aarons et al., 2009). Het balanceren tussen verschillende wensen en verlangens is een behoorlijke uitdaging. Onderzoekers moeten behandelaars richtlijnen geven die lokale aanpassing bevorderen zonder efficiëntie te verliezen.

Ten derde is het geen vereiste om aan te geven of het aangeboden protocol onderzocht is en aanbevolen wordt in praktijkrichtlijnen. Clinici die CGT-workshops volgen, zullen denken dat zij verstand hebben van de empirisch ondersteunde protocollen terwijl ze dat niet hebben. Er zijn geen richtlijnen voor advertenties voor trainingen. Een inhoudsanalyse van 261 advertenties voor psychotherapie-workshops die elke twee maanden in de *vs* in medische tijdschriften verschijnen, gaf aan dat slechts 8% (19/261) van de advertenties vermeldde of de aangeboden behandeling evidence-based was (Cook, Weingardt, Jaszka & Wiesner, 2008).

#### HIATEN IN KENNIS OVER CGT

Hiaten in onze huidige kennis over de training, het meten van competentie, het werkingsmechanisme van CGT en de vereiste minimale dosis die nodig is voor behandeling beperken de toepassing van protocollen in klinische settings.

*Gebrek aan kennis over hoe men effectief CGT-vaardigheden kan gebruiken*  
Hier boven werd gesuggereerd dat de resultaten van de patiënten verbeteren door verbeterde klinische training en toenemende competentie. De

meeste RCT's die grote effectgroottes lieten zien, maakten intensief gebruik van getrainde therapeuten die gedurende het experiment voortdurend onder supervisie stonden. Indien dit wordt verzuimd, kan dit serieuze implicaties opleveren voor het onderzoek (Jacobson & Hollon, 1996). Verdere disseminatie van behandelprocedures wordt vaak gedaan door middel van korte workshops van de ontwikkelaars van de behandeling of als onderdeel van algemene CGT-cursussen.

Er is een grote toename van workshops en cursussen die verbonden zijn met de beroepsverenigingen, maar er is slechts weinig onderzoek gedaan naar de beste manier om therapeutische vaardigheden bij te brengen. Ook is onduidelijk wat voor soort verbetering kan worden verwacht na korte of langere trainingsworkshops, en evenmin met of zonder voortdurende supervisie na de gevolgde workshops.

Daarom is er grote behoefte aan onderzoek naar efficiënte manieren om behandelprocedures te verspreiden. De empirische vraag hoe therapeuten het best kunnen worden getraind, is zelden behandeld. Het minimale onderzoek tot nu toe geeft aan dat supervisie belangrijk is bij de verbetering van CGT-competentie bij middelenmisbruik (Sholomskas et al., 2005; zie Walters, Matson, Baer & Ziedonis, 2005 voor een terugblik), palliatieve zorg (Mannix et al., 2006) en het leren van motiverende gespreksvoering (Carroll & Rounsaville, 2007; Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004). De dringende behoefte aan onderzoek naar efficiënte manieren om behandeling te verspreiden blijft bestaan (zie bijvoorbeeld het onderzoek door Dimeff et al., 2009).

Disseminatie zou in ieder geval worden bevorderd door behandelraaiboeken van RCT's eenvoudig beschikbaar te maken tegen een redelijke prijs.

Het is aannemelijk dat voor verschillende interventies een verschillende hoeveelheid training nodig is. Er is zowel onderzoek nodig naar de trainingsmethode (d.w.z. handleidingen, workshop door deskundige, cursussen op langere termijn met supervisie, programma's via het internet) als naar het trainingsniveau. Waarschijnlijk is een eenvoudige training voldoende voor sommige interventies (bijv. een training in gedragsactivatie voor gediplomeerd GGZ-personeel), maar voor complexere interventies zoals traumagerichte CGT, schematherapie of CGT voor psychoses is verdere training nodig. Rollinson et al. (2007) maakte gebruik van een adherence-schaal die speciaal voor CGT voor psychoses (Rollinson et al., 2008) was ontwikkeld en ontdekte dat clinici die getraind waren in de dagelijkse praktijk niet het volledige repertoire aan vaardigheden lieten zien die in de behandelraaiboeken werden aangeraden. Dit was in tegenstelling tot degenen die specifiek getraind waren om therapie te geven in een behandelstudie. Het is opmerkelijk dat in de in een aantal onderzoeken twintig uur aan training onvoldoende was om de dialectische vaardigheden van clinici op het gebied van gedragstherapie enigszins op een tenminste middelmatig niveau te krijgen (Dimeff et al., 2009). Na vijftig uur waren clinici echter



competent genoeg om schematherapie te geven (Nadort et al., 2009). Dergelijk onderzoek zal de resultaten bij patiënten moeten meten (wordt nagenoeg nooit gedaan in bestaande trainingsprogramma's) en zou het gebruik van nieuwe trainingsmethodes moeten onderzoeken.

In de behandelstudie van Giesen-Bloo et al. (2006) werd een andere aanpak gebruikt. Therapeuten waren reguliere GGZ-therapeuten, patiënten werden geworven en behandeld in hun eigen kliniek en het aantal therapeuten was groot (meer dan twintig in elke conditie). Veel therapeuten waren ook betrokken bij de reguliere training en supervisie van stagiaires. Dit betekende dat deze studie een mengeling was van onderzoek naar efficiëntie en effectiviteit. Hoewel de effecten kleiner waren dan in een meer gecontroleerde omgeving, is een van de voordelen van een dergelijke aanpak dat er een geheel nieuwe generatie aan trainers en supervisors wordt gecreëerd die de nieuwe behandeling snel kunnen verspreiden. 'Blended learning' (systematisch integreren van diverse methoden van informatievoorziening) en het opzetten van samenwerkingsverbanden met GGZ-instellingen ten behoeve van onderzoek zijn beiden vernieuwende suggesties die training en disseminatie bevorderen (Andersson, 2009; Becker, Stice, Shaw & Woda, 2009; Cucciare, Weingardt & Villafranca, 2008).

#### *Problemen bij het meten van de kwaliteit van de therapie*

Instrumentarium voor het bepalen van de mate waarin therapeuten zich houden aan een therapie en hoe goed zij de therapie uitvoeren heeft verdere ontwikkeling nodig. De potentiële waarde van dergelijke metingen werd goed geïllustreerd door het recente onderzoek naar CGT versus psychodynamische behandeling voor borderline persoonlijkheidsstoornis van Amtz, waarin betere adhesie betere resultaten met CGT en slechtere resultaten met psychodynamische behandeling voorspelde (Giesen-Bloo et al., 2006). Het meten van de kwaliteit van CGT is niet gemakkelijk. De kwaliteit van de behandeling kan worden bevorderd door metingen van adhesie of competentie. Adhesie verwijst naar de mate waarin de therapie wordt uitgevoerd zoals bedoeld (doen de therapeuten wat zij moeten doen), terwijl competentie verwijst naar de kwaliteit waarmee de therapie wordt uitgevoerd (geven de therapeuten de therapie goed). Adhesie kan bepaald worden door niet-experts die getraind zijn om de verschillende onderdelen van de behandeling te herkennen, terwijl competentie alleen bepaald kan worden door klinici die deskundig zijn op het betreffende gebied. De Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS) die bestaat uit items die onder ander cognitieve therapie, interpersoonlijke psychotherapie en het klinische managementonderdeel van farmacotherapie vaststellen, is een veelgebruikte meting van adhesie met betrekking tot verschillende behandelingen van depressie (Hollon, Evans, Elkin & Lowery, 1984). In een reeks onderzoeken hebben DeRubeis et al. aangetoond dat adhesie met betrekking tot modaliteitsspecifieke cognitieve en gedragsstrategieën

vroeg in de cognitieve therapie leiden tot verdere vermindering van depressie (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley et al., 1999).

#### *Gebrek aan kennis over het werkingsmechanisme van CGT*

Tot nu toe heeft CGT-onderzoek zich vooral gericht op de ontwikkeling en evaluatie van behandelingsprogramma's. Hoewel de ontwikkelaars van de behandeling aannemen dat hun behandelingen werken omdat zij zich richten op belangrijke factoren in de etiologie of instandhouding van de behandelde stoornis, is er relatief weinig over bekend of deze factoren echt werkingsmechanismen zijn. Dit is betreurenswaardig omdat kennis over mechanismen onderzoekers kan helpen bij de ontwikkeling van efficiëntere behandelingen. Definitieve analyses van mechanismen vereisen regelmatige metingen van veronderstelde mediërende variabelen en symptomen tijdens de loop van de behandeling. Zo kan worden vastgesteld of verandering in een potentiële mediërende variabele voorafgaat aan symptoomverandering (Murphy, Cooper, Hollon & Fairburn, 2009). Dit kan dan in het volgende stadium helpen bij de verbetering van een behandeling en het kan de disseminatie bevorderen door het mogelijk maken van efficiëntere en kosteneffectieve behandelingen.

#### *Gebrek aan kennis over de voor patiënten vereiste minimumdosis*

Onderzoekers zijn begonnen met het ontwikkelen en evalueren van versies van empirisch gevalideerde CGT-programma's waarbij weinig inbreng nodig is van de therapeut, met enkele veelbelovende resultaten. Voorbeelden zijn CGT ondersteund door zelf-studie, gecomputeriseerde CGT, en CGT via het internet. Op dit terrein is verder onderzoek met krachtige design nodig. Hoewel behandelingen met een lage intensiteit een overduidelijke oplossing lijken te zijn voor het disseminatieprobleem, zijn zij wellicht niet zo nuttig als men denkt. Wat is de evidentie voor de werking van zulke behandelingen? Er is veelbelovend bewijs dat een CGT ondersteund door zelfstudie (met een volledig gekwalificeerde therapeut) en minder individuele sessies, aangevuld met zelfstudie/gecomputeriseerde CGT, net zo goed kan zijn als een volledige CGT (zie Andrews & Titov, 2009; Mitchell et al., 2008). Begeleide zelfhulp zonder het raadplegen van een deskundig therapeut op het gebied van PTSS levert over het algemeen echter slechtere resultaten (Ehlers et al., 2003). Een onderzoek naar de efficiëntie van gecomputeriseerde CGT en CGT via het internet suggereert dat deze benaderingen mogelijk een rol gaan spelen in het bieden van behandeling, voornamelijk bij milde tot gemiddelde gevallen (Andrews & Titov, 2009). Het totale herstelpercentage lijkt echter lager te zijn dan bij een CGT-programma onder begeleiding van een therapeut. De Graaf et al. (2009) ontdekten dat CGT via het internet voor depressies zonder ondersteuning door een therapeut teleurstellende effecten opleverde en niet beter was dan reguliere zorg door de huisarts. Het is niet alleen nodig om verbetering te melden maar het is voor een aanzienlijk aantal patiënten ook belangrijk dat zij

dezelfde goede resultaten behalen als patiënten met een volledige behandeling (d.w.z. herstel). Enkele onderzoeken vertonen een laag aanmeldings- of hoog uitvalpercentage wat suggereert dat de gecomputeriseerde CGT alleen geschikt is voor een subgroep patiënten (bijv. De Graaf et al., 2009). Hoewel groeps- en individuele CGT soms even effectief is (bijv. voor OCS; Anderson & Rees, 2007), lijkt de individuele variant voor depressie, sociale fobie en complexere cognitieve interventies effectiever (bijv. Mortberg et al., 2007; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach & Clark, 2003). Er lijkt geen enkel verschil in resultaat te zijn als aanvullend materiaal wordt geboden (Hirai & Clum, 2006). Gezien het feit dat er behandelingen zijn met weinig therapeutische inbreng die voor sommige patiënten werken, moet nog steeds worden vastgesteld hoe zij binnen het systeem van de gezondheidszorg het best kunnen worden gebruikt. Belangrijke vragen blijven, zoals wanneer patiënten moeten worden opgeschaald naar intensievere behandelingen (zogenaamde 'stepped care'). Heeft een niet-intensieve interventie een negatieve invloed op verdere interventies? Het antwoord voor eetstoornissen lijkt 'nee' te zijn (Mitchell et al., 2008), hoewel er lagere aanmeldingspercentages zijn voor therapieën die in de tweede fase worden aangeboden nadat de eerste-fase-interventies niet effectief waren. De kostenimplicatie van een dergelijke gefaseerde aanpak moet ook nog worden vastgesteld omdat men in omstandigheden met een lage intensiteit vaak andere externe hulpmiddelen gebruikt (Treasure et al., 1996). De gefaseerde aanpak die gebruikt wordt binnen de gezondheidszorg is voortgekomen uit gebrek aan kennis omdat het nog niet mogelijk is om een persoon aan een behandeling te koppelen. Het vinden van methoden om vast te stellen welke patiënten voordeel halen uit interventies met een lage intensiteit en welke meer persoonlijk contact nodig hebben met zeer deskundige therapeuten is een belangrijk gebied voor toekomstig onderzoek.

#### **BELANGRIJKE AANBEVELINGEN**

Een aantal belangrijke aanbevelingen worden gedaan om het gebruik van empirisch ondersteunde CGT-protocollen in de dagelijkse praktijk te bevorderen.

- De ontwikkelaars van behandelingen zouden moeten aangeven hoe de bestaande behandelstudies omgaan met comorbiditeit, en zij zouden behandelingsrichtlijnen en handleidingen moeten opstellen. Dergelijke handleidingen zouden gemakkelijk toegankelijk en verkrijgbaar moeten zijn tegen een redelijke prijs.
- Clinici zouden gemakkelijk trainingen moeten kunnen krijgen in diagnostische beoordeling en 'routine outcome' meetinstrumenten. Ze moeten worden gestimuleerd om de resultaatmetingen tijdens de behandeling regelmatig te gebruiken om zo de vooruitgang te volgen.

- Effectiviteitstudies zouden moeten voorzien in adequate training en supervisie voor therapeuten als ze onderzoeken hoe goed behandelingen werken in de dagelijkse klinische praktijk.
- In CGT-behandelstudies en effectiviteitstudies zouden therapeuteffecten geanalyseerd moeten worden, en ook zouden de effecten van het trainingsniveau op klinische competentie en patiëntresultaten vastgesteld moeten worden.
- Het vereiste vaardigheidsniveau van een therapeut om goede resultaten te behalen, zou moeten worden vastgesteld. Dit vereist een betrouwbare beoordeling van competentiemetingen.
- Er is behoefte aan meer onderzoek naar efficiënte manieren voor de disseminatie van behandelprocedures.
- De werkingsmechanismen van effectieve behandelingen zouden moeten worden onderzocht.
- Er zijn methoden nodig om vast te stellen welke patiënten baat hebben bij interventies met een lage intensiteit en welke meer face-to-face contact nodig hebben.

De bovenstaande aanbevelingen zijn gemakkelijk uitvoerbaar en vereisen niet allemaal extra financiering. Implementatie van de aanbevelingen zal ervoor zorgen dat mensen die het nodig hebben de empirisch ondersteunde vormen van CGT krijgen die hun de grootste kans geeft om hun psychische problemen te overwinnen.

#### DANKBETUIGING

De aanleiding voor deze paper was een bijeenkomst over de Dissemination of Psychological Treatments in de Wellcome Trust in Londen (december 2006) georganiseerd door David M. Clark en Christopher G. Fairburn. Wij zijn de Wellcome Trust dankbaar voor het financieren van deze bijeenkomst en bedanken Carolyn Black Becker voor het nuttige commentaar op een eerdere versie van deze paper.

#### SUMMARY

##### *Mind the gap: Improving the dissemination of CBT*

Empirically supported psychological treatments have been developed for a range of psychiatric disorders but there is evidence that patients are not receiving them in routine clinical care. Furthermore, even when patients do receive these treatments there is evidence that they are often not well delivered. The aim of this paper is to identify the barriers to the dissemination of evidence-based psychological treatments and then propose ways of overcoming them, hence potentially bridging the gap between research findings and clinical practice.

**Key words:** dissemination of CBT, empirically supported psychological treatment, clinical practice, bridging the gap

#### LITERATUUR

- Aarons, G.A., Sommerfeld, D.H., Hecht, D.B., Silovsky, J. F., & Chaffin, M.J. (2009). The impact of evidence-based practice implementation and fidelity monitoring on staff turnover: evidence for a protective effective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 270–280.
- Addis, M.E. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidence-based practice: promises, obstacles and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 367–378.
- Addis, M.E., Hatgis, C., Cardemil, E., Jacob, K., Krasnow, A.D., & Mansfield, A. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorder versus treatment as usual in a managed care setting: 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 377–385.
- American Psychiatric Association. (2009). *Treatment of patients with panic disorder* (2nd ed.). APA Practice Guidelines.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 175–180.
- Anderson, R.A., & Rees, C.S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 123–137.
- Andrews, G.A., & Titov, N. (2009). Hit and miss: innovation and the dissemination of evidence based psychological treatments. *Behaviour Research and Therapy, 47*(11), 974–979.
- Asselt, A.D.I. van, Dirksen, C.D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J.H., van Dyck, R., Spinhoven, Ph., et al. (2008). *British Journal of Psychiatry, 192*, 450–457.
- Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *The American Psychologist, 59*, 869–878.
- Barlow, D.H., Levitt, J.T., & Bufka, L.F. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: a view to the future. *Behaviour Research and Therapy, 37*(Suppl. 1), S147–S162.
- Becker, C.B., Stice, E., Shaw, H., & Woda, S. (2009). Use of empirically supported interventions for psychopathology: can the participatory approach move us beyond the research-to-practice gap? *Behaviour Research and Therapy, 47*, 265–274.
- 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.
- Berry, K., & Haddock, G. (2008). The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice, 81*, 419–436.
- Brewin, C.R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P., & Ehlers, A. (2008). Promoting mental health following the London bombings: a screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 3–8.
- Brown, T.A., Antony, M.M., & Barlow, D.H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal Consulting and Clinical Psychology, 63*, 408–418.
- Carroll, K.M., & Rounsaville, B.J. (2007). A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction, 102*, 850–862.
- Chorpita, B.J., & Nakamura, B.J. (2004). Four considerations for dissemination of intervention innovations. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 364–367.
- Clark, D.M. *Improving access to psychological therapies in England: a government initiative*. Presentation, Symposium 57, 42nd Annual Convention, Association of Behavioral and Cognitive Therapy, Orlando, 13–16 November, 2008.

- Cook, J.M., Wiengardt, K.R., Jaszka, J., & Weisner, M. (2008). A content analysis of advertisements for psychotherapy workshops: implications for disseminating empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 296–307.
- Crits-Christoph, P., Beebe, K.L., & Connolly, M.B. (1990). Therapist effects in the treatment of drug dependence: implications for conducting comparative treatment studies. *NIDA Research Monograph, 104*, 39–49.
- Crow, S., Mussell, M.P., Peterson, C., Knopke, A., & Mitchell, J. (1999). Prior treatment received by patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 25*, 39–44.
- Crow, S., & Peterson, C.B. (2009). Refining treatments for eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 166*, 266–267.
- Cucciare, M.A., Weingardt, K.R., & Villafranca, S. (2008). Using blended learning to implement evidence-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*, 299–307.
- Curran, L., Waller, G., Treasure, J., Nodder, J., Stone, C., Yeomans, M., et al. (2007). The use of guidelines for dissemination of 'best practice' in primary care of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 476–479.
- DeRubeis, R.J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy & Research, 14*, 469–482.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*, 409–416.
- Dimeff, L. A., Koerner, K., Woodcock, E. A., Beadnell, B., Brown, M. Z., Skutch, J. M., et al. (2009). Which training method works best? A randomized controlled trial comparing three methods of training clinicians in dialectical behavior therapy skills. *Behaviour Research and Therapy, 47*(11), 921–930.
- Dreessen, L., & Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: best-evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 483–504.
- Dreessen, L., Arntz, A., Luttels, C., & Sallaerts, S. (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry, 35*, 265–274.
- Dreessen, L., Hoekstra, R., & Arntz, A. (1997). Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 503–521.
- Duffy, M., Gillespie, K., & Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomized controlled trial. *British Medical Journal, 334*(7604), 1147.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 413–431.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., et al. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*, 1024–1032.
- Ehlers, A., Gene-Cos, N., & Perrin, S. (2009). Low recognition of posttraumatic stress disorder in primary care. *London Journal of Primary Care, 1*, 36–42.
- Ellis, P. M., Hickie, I., & Smith. (2003). Summary of guideline for the treatment of depression. *Australasian Psychiatry, 11*(1), 34–38.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry, 166*, 311–319.
- Farrell, J. M., Shaw, I., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 317–328.

- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal Consulting and Clinical Psychology, 67*, 578–582.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S., Feeny, N. C., et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for PTSD with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 955–964.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 63*, 649–658.
- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 345–357.
- Goisman, R. M., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder and social phobia, 1991–1996. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1819–1821.
- de Graff, L. E., Gerhards, S. A. H., Arntz, A., Riper, H., Metsemakers, J. F. M., Evers, S. M. A. A., et al. (2009). Clinical effectiveness of online computerized cognitive behavioural therapy without support for depression in primary care: a randomized trial. *British Journal of Psychiatry, 195*, 73–80.
- Grey, N., Salkovskis, P., Quigley, A., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2008). Dissemination of cognitive therapy for panic disorder in primary care. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 509–520.
- Grilo, C. M., Pagano, M. E., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., Gunderson, J. G., et al. (2007). Natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 738–746.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B., & von Witzleben, I. (2001). Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 375–382.
- Hirai, M., & Clum, G. A. (2006). A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behavior Therapy, 37*, 99–111.
- Hollon, S. D., Evans, M. D., Elkin, I., Lowery, A. *System for rating therapies for depression*. Paper presented at the 92nd Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada, August 1984.
- House, R., & Loewenthal, D. (2008). *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* Hertfordshire, UK: PCCS Books.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables and cognitive behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 747–755.
- Insel, T. R. (2009). Translating scientific opportunity into public health impact: a strategic plan for research on mental illness. *Archives of General Psychiatry, 66*, 128–133.
- Jacobson, N. S., & Hollon, S. D. (1996). Prospects for future comparisons between drugs and psychotherapy: lessons from the CBT-versus-pharmacotherapy exchange. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 104–108.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12 month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617–627.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., & Wang, P. S. (2007). Prevalence, comorbidity and service utilization of mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 137–158.
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine, 69*, 881–888.



- Layard, R., Clark, D. M., Knapp, M., & Mayraz, G. (October 2007). *Cost-benefit analysis of psychological therapy*. Centre for Economic Performance Discussion Paper No. 829. Web site. The Centre for Economic Performance Publications Unit. <http://cep.lse.ac.uk>.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schroeder, B., et al. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1251-1269.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 757-766.
- Loeb, K. L., Wilson, G. T., Labouvie, E., Pratt, E. M., Hayaki, J., Walsh, B. T., et al. (2005). Therapeutic alliance and treatment adherence in two interventions for bulimia nervosa: a study of process and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 1097-1107.
- McAlpine, D. E., Schroder, K., Pankratz, S., & Maurer, M. (2004). Survey of regional health care providers on selection of treatment for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *35*, 27-32.
- McHugh, R. K., Murray, H. W., & Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: the promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(11), 946-953.
- Mannix, K. A., Blackburn, I. M., Garland, A., Gracie, J., Moorey, S., Reid, B., et al. (2006). Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliative Medicine*, *20*, 579-584.
- Miklowitz, D. J. (2006). A review of evidence-based psychosocial interventions for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(Suppl. 11), 28-33.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 1050-1062.
- Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., et al. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 581-592.
- Morrison, A. P., Renton, J. C., Williams, S., Dunn, H., Knight, A., Kreutz, M., et al. (2004). Delivering cognitive therapy to people with psychosis in a community mental health setting: an effectiveness study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*, 36-44.
- Mörberg, E., Clark, D. M., Sundin, O., & Aberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*, 142-154.
- Murphy, R., Cooper, Z., Hollon, S. D., & Fairburn, C. G. (2009). How do psychological treatments work? Investigating mediators of change. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 1-5.
- Mussell, M. P., Crosby, R. D., Crow, S., Knope, A. J., Peterson, C. B., Wonderlich, S. A., et al. (2000). Utilization of empirically supported psychotherapy treatments for individuals with eating disorders: a survey of psychologists. *International Journal of Eating Disorders*, *27*, 230-237.
- Myhr, G., & Payne, K. (2006). Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy for mental disorders: implications for public health care funding policy in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, *51*, 662-670.
- Nadort, M., van Dyck, R., Smit, J., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Wensing, M., et al. (2009). Three preparatory studies for promoting implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in General Mental Health Care. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(11), 938-945.
- NICE. (2003). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. [Full guideline]. London: Gaskell and The British Psychological Society.



- NICE. (2004). London. *NICE Clinical Guideline No. 9. Eating disorders – Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. National Institute for Clinical Excellence/Gaskell and The British Psychological Society.
- NICE. (2005). *Clinical guideline 26: Posttraumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Gaskell and The British Psychological Society. <http://guidance.nice.org/CG26>.
- NICE. (2009). *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. NICE Clinical guideline 82*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Parker, G., & Fletcher, K. (2007). Treating depression with the evidence-based psychotherapies: a critique of the evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*, 352–359.
- Perepletchikova, F., Hilt, L. M., Chereji, E., & Kazdin, A. E. (2009). Barriers to implementing treatment integrity procedures: survey of treatment outcome researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 212–218.
- Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behavior Research and Therapy*, *44*, 1041–1051.
- Ranson, K. M. von, & Robinson, K. E. (2006). Who is providing what type of psychotherapy to eating disorder clients? A survey. *International Journal of Eating Disorders*, *39*, 27–34.
- Rollinson, R., Haig, C., Warner, R., Garety, P., Kuipers, E., Freeman, D., et al. (2007). The application of cognitive behavioural therapy for psychosis in clinical and research settings. *Psychiatry Services*, *58*, 1297–1302.
- Rollinson, R., Smith, B., Steel, S., Jolley, S., Onwumere, J., Freeman, D., et al. (2008). Measuring adherence and competence in CBT for psychosis: a psychometric analysis of an adherence scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*, 163–178.
- Rowe, S. L., Jordan, J., McIntosh, V., Carter, F. A., Bulik, C. M., & Joyce, P. R. (2008). Impact of borderline personality disorder on bulimia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*, 1021–1029.
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., et al. (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 290–298.
- Ruzek, J. I., & Rosen, R. C. (2009). Disseminating evidence-based treatments for PTSD in organizational settings: a high priority focus area. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(11), 980–989.
- Sholomskas, D. E., Syracuse-Siewert, G., Rounsaville, B. J., Ball, S. A., Nuro, K. F., & Carroll, K. M. (2005). We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 106–115.
- Spinhoven, Ph, Giesen-Bloo, J., Dyck van, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 104–115.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 991–1007.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J., & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, *36*, 555–566.
- Stirman, S. W., Crits-Christoph, P., & DeRubeis, R. J. (2004). Achieving successful dissemination of empirically supported psychotherapies: a synthesis of dissemination theory. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 343–359.
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., & Rothman, A. (2005). Can the randomized controlled trial literature generalize to nonrandomized patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 127–135.

- Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S., & Salkovskis, P. M. (2007). 'Contents my vary': a pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 273–282.
- Taylor, C. B., & Chang, V. Y. (2008). Issues in the dissemination of cognitive-behavior therapy. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(Suppl. 47), 37–44.
- The Healthcare Commission and Commission for Social Care Inspection. (July 2007). Improvement review of adult community mental health services 2005/2006. [www.healthcarecommission.org.uk](http://www.healthcarecommission.org.uk).
- Treasure, J., Schmidt, U., Troop, N., Tiller, J., Todd, G., & Turnbull, S. (1996). Sequential treatment for bulimia nervosa incorporating a self-care manual. *British Journal of Psychiatry*, 168, 94–98.
- Wade, W. A., Treat, T. A., & Stuart, G. L. (1998). Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: a benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231–239.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119–127.
- Walters, S. T., Matson, S. A., Baer, J. S., & Ziedonis, D. M. (2005). Effectiveness of workshop training for psychosocial addiction treatments: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 283–293.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914–923.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve month use of mental health services in the USA. Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629–640.
- Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: a controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2133–2143.
- Weertman, A., Arntz, A., Schouten, E., & Dreesen, L. (2005). Influences of beliefs and personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 936–944.
- Weingardt, K. R. (2004). The role of instructional design and technology in the dissemination of empirically supported, manual-based treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 313–331.
- Weissman, M. M., Verdelli, H., Gameroff, M. J., Beldsoe, S. E., Betts, K., Mufson, L., et al. (2006). National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology and social work. *Archives of General Psychiatry*, 63, 925–934.
- Weisz, J. R., Weersing, V. R., & Henggeler, S. W. (2005). Jousting with straw men: comment on Westen, Novotny and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 131, 418–426, discussion 427–433.
- Wilson, G. T. (2007). Manual-based treatment: evolution and evaluation. In T. A. Treat, R. R. Bootzin, & T. B. Baker (Eds.), *Psychological clinical science: Papers in honor of Richard M. McFall*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wilson, G. T. (2009). What BN research is needed. In C. M. Grilo, J. E. Mitchell (Eds.), *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*. The Guilford Press.
- Wilson, G. T., Loeb, K. L., Walsh, B. T., Labouvie, E., Petkova, E., Liu, X., et al. (1999). Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nervosa: predictors and processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 451–459.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523–537.

