

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)

.....

## *Van VGcT naar EST? Overpeinzingen bij een retorische vraag*

---

Reactie op de discussie over de  
voorgestelde grondslagverbreding van de  
VGcT

---

JAN VAN DEN BOUT<sup>1,2</sup>

### *Samenvatting*

.....

Het bestuur van de VGcT is voornemens de grondslag van de vereniging te verbreden. Het wil de VGcT maken tot een vereniging van EST's, en op termijn wellicht komen tot een federatie of fusie met andere verenigingen die deze grondslag delen. In deze bijdrage wordt beargumenteerd dat er geen reden is voor een grondslagverbreding, omdat de grondslag al breed is. Daarnaast kan het onderhavige voorstel eerder als een grondslagversmalling worden gekenschetst die negatieve gevolgen zal hebben. Ten slotte wordt gesteld dat dit voorstel haaks staat op belangrijke wereldwijde nieuwe ontwikkelingen binnen CGT.

*Trefwoorden: empirically supported treatments (EST), evidence-based practice (EBP), cognitieve gedragstherapie, process-based CBT, netwerktheorie*

- 1 De auteur had geen kennis van eerdere reacties op de voorgenomen grondslagverbreding van de VGcT, zoals die verschenen in het decembernummer van 2018 van dit tijdschrift (van den Hout, 2018; van der Pas, 2018).
- 2 De auteur is Luk Gijs (KU Leuven), Ineke Kienhorst en Rien van Uden (UvT) erkentelijk voor commentaar op een eerdere versie van deze bijdrage.

## HET BESTUURSVORSTEL: VAN CGT NAAR EST

Volgens een apocrief verhaal heeft de beroemde Duitse dichter Heinrich Heine ooit gezegd: 'Als er weer een zondvloed losbreekt, ga ik naar Holland, want daar gebeurt alles vijftig jaar later.' Mogelijk met deze bekende uitspraak in het achterhoofd heeft het VGCT-bestuur besloten om door hen kennelijk verwachte ontwikkelingen voor te zijn: als eerste CGT-vereniging in de wereld wil zij de grondslag van de VGCT op een bijzondere manier verbreden. Men wil naar een vereniging van *empirically supported treatments* (EST's), zo is in het desbetreffende 'VGCT-Beleidsplan 2018-2020' (VGCT, 2018a; hierna aangeduid als 'Beleidsplan') te lezen. Men zoekt samenwerking met andere verenigingen, die op termijn kan leiden tot een federatie of zelfs een fusie van verenigingen, ook met bijvoorbeeld een vereniging voor kortdurende psychodynamische therapie. Alle leden van de VGCT ontvingen een uittreksel van dat Beleidsplan: de enkele pagina's tellende 'Special Beleidsplan 2018-2020' (VGCT, 2018b), die opent met de groot afgedrukte kop: 'Van CGT naar EST'. De Ledenraad, het hoogste besluitvormende orgaan van de VGCT, heeft ingestemd met dit plan.

De redactie van dit tijdschrift heeft mij uitgenodigd te reflecteren over het vraagstuk of de VGCT als zodanig moet blijven bestaan of uiteindelijk een vereniging voor EST's moet worden, in welk laatste geval de vereniging dus zelfs zou kunnen opgaan in een vereniging van EST's.

In de voornoemde 'Special Beleidsplan' komt niet minder dan zestien keer de afkorting EST voor. Een voor de hand liggende vraag is dan: wat wordt er eigenlijk verstaan onder EST? In een invloedrijk artikel definiëren Chambless en Hollon (1998) de term EST als 'clearly specified psychological treatments shown to be efficacious in controlled research' (p. 7). Hun artikel was het resultaat van meerdere *task forces* binnen Amerikaanse verenigingen van psychologen. Achtergrond waren eerdere bevindingen uit de jaren 1970-1990 waaruit gebleken was dat *undefined* psychologische aanpakken bij *undefined* cliënten hadden laten zien dat de meerderheid van de cliënten profiteerde van deze interventies. Men wilde nu echter meer precies weten welke specifieke behandelingen effectief waren voor welke cliëntengroepen met psychische problemen of stoornissen.

Dit Amerikaanse initiatief kreeg wereldwijd brede navolging. In tal van landen vormde het een stimulans om meer gericht effectonderzoek uit te voeren, dat moest voldoen aan drie eisen: (1) De cliëntengroepen dienden zo precies mogelijk omschreven te zijn, wat de facto nagenoeg altijd leidde tot het gebruik van de DSM als indelingssysteem voor mensen met bepaalde psychische stoornissen. (2) De interventie (de onafhankelijke variabele) diende zo weinig mogelijk variatie te vertonen. Immers: als er een effect wordt gevonden, moet dat ondubbelzinnig kunnen worden toegeschreven aan de interventie. Deze eis leidde veelal tot het ontwikkelen en gebruiken van *treat-*

ment manuals. (3) Het moest gaan om gecontroleerd onderzoek, wat feitelijk inhield dat gebruikgemaakt werd van RCT's (*randomized controlled trials*), waarbij de controlegroep meerdere gedaanten kon aannemen: een andere bonafide interventie, een *treatment as usual* of eventueel een wachtlijstgroep.

In tal van landen werden vervolgens commissies van deskundigen ingesteld die oordeelden of behandelingsaanpakken al dan niet voldeden aan de criteria van een EST. De VGcT lijkt deze ontwikkeling nu verder te willen codificeren. Men wil er zelfs de nieuwe grondslag van maken. 'De tijd is er rijp voor,' zo stelt het Beleidsplan.

#### WAAROM DEZE GRONDSLAGVERBREIDING?

.....

In zijn bijdrage aan het themanummer over evidence-based practice in dit tijdschrift meldt van Emmerik (2018a) dat er voor die grondslagverbreding naar EST's 'veel goede inhoudelijke en strategische redenen [zijn], die ik hier niet verder zal bespreken' (p. 171/172). Richten we ons daarom tot het Beleidsplan zelf en tot van Emmeriks bijdrage in de *EABCT-Newsletter* van juni 2018. In die Newsletter wordt als eerste argument genoemd dat '... ultimately, the interests of patients go above the interests of any association or its members. Patients benefit from ESTs – whether they are CBT or not' (van Emmerik, 2018b). Dit argument behelst in feite twee stappen, namelijk dat patiënten profiteren van EST's (wat ik te positief geformuleerd acht; zie hierna) en dat zo zijnde, dient daarom prioriteit aan cliënten gegeven te worden en dient een inhoudelijke studievereniging als de VGcT dus getransformeerd te worden naar een vereniging van EST's. Toegegeven: dit argument klinkt buitengewoon sympathiek en altruïstisch, al weet ik niet of elke inhoudelijke studievereniging op het gebied van de gezondheid(szorg) zich dient te gaan ompolen richting een consumentgerichte vereniging of genootschap. Maar belangrijker: de VGt, later omgedoopt tot VGcT, begon ooit als studievereniging. Klaarblijkelijk is voor het VGcT-bestuur het primaire resultaat van die studievereniging nu de aanwezigheid van goed onderzochte EST's. Deze primair methodologische grondvorm is kennelijk zaligmakend en de er mee verkregen resultaten zijn blijkbaar zo indrukwekkend dat EST's het leidend organisatieprincipe en de nieuwe grondslag dienen te worden van de VGcT.

Bij EST is theorie(ontwikkeling) niet van belang, omdat de vraag daarbij simpelweg is: werkt deze interventie of dit interventiepakket. Tekenend hiervoor is dat in voormelde publicatie van Chambless en Hollon het woord *theory* maar één keer voorkomt. Het is lovenswaardig dat in het Beleidsplan toch het belang van theorie wordt benadrukt, al is dat – gezien de keuze voor EST's als nieuwe grondslag – eigenlijk vreemd. Minstens zo vreemd is wát er inhoudelijk over theorie(ontwikkeling) wordt gezegd en hoe die visie op

theorie(ontwikkeling) gebruikt wordt als argument om tot een grondslagverbreding te komen. Ik geef de gedachtegang weer.

Over cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt in het Beleidsplan gezegd dat ‘... het tegenwoordige onderzoek uitgaat van meerdere verklaringsmodellen en theorieën en niet enkel van de leertheorie’ (p. 4). In het voetspoor van deze uitspraak komt men tot de bewering ‘... dat in geen enkel ander gezondheidszorgberoep dan bij de psychologen/psychotherapeuten er verenigingen bestaan gebaseerd op een theorie en daarmee verbonden methodieken/therapieën’ (p. 5). Beschouwen we deze uitspraken nader.

Ging CGT tot voor kort uit van ‘de leertheorie’? Of, zoals elders in beleidstukken is toegevoegd: is cognitieve therapie (CT) gestoeld op ‘cognitieve theorie’? Beide beweringen zijn naar mijn mening feitelijk onjuist. Ik wil niet aan het citeren blijven, maar in bijvoorbeeld alle edities van het klassieke leerboek *Inleiding tot de gedragstherapie* van Orlemans c.q. Hermans en collega’s wordt iets geheel anders beweerd: ‘... gedragstherapeuten baseren zich niet zozeer op specifieke leertheorieën, als wel op algemeen aanvaarde leerwetten en leerprincipes. De GT staat of valt dus niet met de (vaak a posteriori daaronder geschoven) theorie, doch met de houdbaarheid van de diverse leerwetten’ (de Moor & Orlemans, 1972, p. 85). Ook in de nieuwe en zevende editie van dit leerboek lezen we: ‘Vanaf het begin werd de gedragstherapie, in haar kern, gedefinieerd als de *toepassing van experimenteel geverifieerde leerprincipes*’ (Hermans, Raes, & Orlemans, 2017, p. 8). Als we onze blik verruimen en Angelsaksische leerboeken bekijken, dan zien we hetzelfde beeld. In de veelgebruikte leerboeken van O’Donohue en Fisher (2012) en van Wright, Brown, Thase en Ramirez-Basco (2017) wordt nergens gesteld dat ‘de leertheorie’ of ‘cognitieve theorie’ de grondslag vormt van gedragstherapie (GT), CT of CGT. Mij lijkt het dat er binnen CGT al decennialang gebruikgemaakt wordt van meerdere modellen en theoretische formuleringen. Wat dit betreft is er geen enkele reden om tot een grondslagverbreding te komen: CGT is altijd al breed geweest en verwelkomde nieuwe visies, wat juist haar kracht is. En hiermee berust de uitspraak dat er in de gezondheidszorg alleen in dit vakgebied ‘... verenigingen bestaan gebaseerd op een theorie’ eveneens op drijfzand.

Ook wordt als aanvullende reden voor grondslagverandering genoemd ‘[d]at er meer focus komt op “outcome”’, wat van recente datum zou zijn. Die nadruk dateert echter in dit vakgebied al vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw, toen in de Amerikaanse Senaat werd aangedrongen op effectonderzoek van psychotherapeutische interventies. Eind jaren zeventig was er al zoveel effectonderzoek verricht dat de eerste meta-analyses verschenen. Kortom: mij blijft onhelder wat de kennelijke noodzaak is om, gelet op deze niet-veranderingen, de grondslagen van de VGCT nú te veranderen, laat staan dat dat zou moeten gebeuren in de richting van theorie-loze EST’s.

Van Emmerik (2018a) laat zich in voornoemd themanummer in vergelijkbare termen uit als in het Beleidsplan gebeurt. Hij vertrekt vanuit de

vraag wat CGT precies is en schrijft dan: ‘Het eenvoudige antwoord op die vraag is natuurlijk: een toepassing van de leertheorie (gedragstherapie) en cognitieve theorie (cognitieve therapie) ...’ (p. 172). Dat antwoord is inderdaad eenvoudig, maar mijns inziens ook onjuist. De relatie tussen theorie en therapie of interventie is in dit vakgebied tamelijk onhelder, zoals door meerdere auteurs (bijvoorbeeld Emmelkamp, Ehring, & Powers, 2010) is opgemerkt, en dat geldt nog sterker voor cognitieve therapie dan voor gedragstherapie (bijvoorbeeld Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006, p. 4: ‘The link between cognitive therapy and basic cognitive science continues to be weak. Looking at the array of popular techniques developed in CBT, none are known to have emerged directly from the basic cognitive science laboratories’). Van Emmerik vervolgt zijn betoog door (terecht) aannemelijk te maken dat die relatie tussen theorie en praxis toch wat ingewikkelder ligt dan dat eenvoudige antwoord suggereert. In dat laatste heeft hij gelijk, maar de redenering die hiertoe leidt is van een bijzondere lenigheid: eerst wordt een onjuist beeld van de grondslag van CGT gecreëerd en vervolgens wordt dit onjuiste beeld als reden opgevoerd om de noodzaak van veranderingen in de grondslag(en) aan te tonen. CGT en de VG(C)t heeft al vijftig jaar een grondslag die het Beleidsplan in feite bepleit.

Als ander argument voor de grondslagverbreding wordt in de newsletter genoemd ‘the problematic proliferation of associations for a wide variety of psychologic interventions in the Netherlands, but probably also elsewhere’ (van Emmerik, 2018b, p. 1). Genoemd worden interventies als *schema focused therapy* (SFT), interpersoonlijke therapie (IPT), *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), *mindfulness based cognitive therapy* (MBCT) en *acceptance and commitment therapy* (ACT). Ik kan niet in de hoofden van het VGCT-bestuur kijken, maar vermoed dat dit kennelijke probleem de belangrijkste reden is voor de nieuwe koers. CGT is het laatste decennium inderdaad zeer uitgewaaierd, waardoor de vraag kan opkomen welke van die nieuwe loten behoren tot CGT. Het was wellicht prettiger voor de VGCT geweest als die nieuwere loten zich hadden geschaard onder de vleugels van de brede CGT in plaats van dat ze ervoor kozen eigen organisatieverbanden op te tuigen. Persoonlijk had ik het beter gevonden als al die clubs onder de CGT-vlag waren gebleven, omdat de verschillen met traditionele CGT veel kleiner zijn dan de protagonisten van die richtingen doorgaans denken. In mijn tijd als voorzitter van de VGt/VGCT heb ik aan enkele vertegenwoordigers van die nieuwe loten meermalen de vraag gesteld of het geen betere optie was een sectie te worden binnen de VGt/VGCT. De reactie op die vraag was veelbetekenend: ik kreeg nimmer antwoord. Er waren kennelijk niet gemakkelijk te openbaren overwegingen en/of andere belangen, die ik kon vermoeden en zelfs nog kon billijken ook.

Het VGCT-bestuur ziet deze ontwikkeling kennelijk als een probleem of bedreiging, maar in feite gaat het om een in essentie praktisch probleem, als

het al een probleem is. Neem het voorbeeld van EMDR. Er is in Nederland een bloeiende EMDR-vereniging met een eigen congres, en tegelijkertijd zijn er vaak bijdragen over EMDR op het jaarlijkse congres van de VGCT en de (Vlaamse) VVGT. Voor zover ik daar zicht op heb, is er in de Verenigde Staten een soortgelijke situatie ontstaan met betrekking tot ACT: er is een aparte ACT-vereniging en daarnaast zijn er binnen de Amerikaanse CGT-vereniging (de ABCT) bijeenkomsten over ACT. In het Verenigd Koninkrijk is er binnen de Britse CGT-vereniging (de BABCP) een Special Interest Group over ACT, die 1200 leden telt. Het motto lijkt te zijn: 'laat duizend bloemen bloeien', binnen of buiten het verband van de 'eigenlijke' CGT-vereniging. Dergelijke samenwerking zou aldaar maar ook in Nederland desgewenst kunnen leiden tot bijvoorbeeld wederzijdse erkenning van sommige opleidingsonderdelen. Maar in plaats van dergelijke ontwikkelingen af te wachten c.q. te stimuleren lijkt het VGCT-bestuur als oplossing voor dit kennelijke 'probleem' te kiezen voor het paardenmiddel van een grondslagverandering naar EST's, dat, als het al een probleem oplost, naar mijn stellige verwachting aanzienlijke problemen gaat creëren.

#### TE VERWACHTEN GEVOLGEN BIJ INVOERING VAN EST ALS GRONDSLAG

.....

#### *De DSM: een goede gids?*

.....

Zoals hierboven al genoemd, is de EST-benadering formeel niet, maar feitelijk wel gestoeld op het DSM-classificatiesysteem: nagenoeg altijd worden op grond daarvan 'gelijksoortige' groepen van cliënten samengesteld. In voornoemd artikel sommen Chambless en Hollon (1998) in dit verband expliciet de voordelen van de DSM op, zoals dat veel klinici vertrouwd zijn met deze nomenclatuur omdat ze die gebruiken bij hun eigen diagnostiek en bij hun declaraties bij verzekeraars (zoals dat kennelijk toen al het geval was in de VS). De afgelopen paar jaar is er door meerdere auteurs in toenemende mate fundamentele kritiek op deze DSM-geïnspireerde aanpak geuit. Dat is veel eerder ook al gedaan door ondergetekende, laatstelijk nog in dit tijdschrift (van den Bout, 2016). Aan die laatste publicatie ontleen ik hieronder enkele argumenten.

De DSM is een prototypisch medisch model. Dit 'ziekte-als-entiteit'-model is erop gericht symptomen onder te brengen in afzonderlijke categorieën van aandoeningen die worden verondersteld werkelijk te bestaan. Psychische stoornissen worden dus gereïficeerd, tot een 'ding' gemaakt. Steeds meer wint de opvatting veld dat dit een misvatting is met grote gevolgen. Het medisch ziektebegrip (een achterliggende ziekte-entiteit als oorzaak van symptomen) past simpelweg niet op ons vakgebied, het ging uit van een verkeerde analogie. In de woorden van Robert Spitzer (in Wilson, 1993), die zeer belangrijk

is geweest bij de ontwikkeling van het DSM-denken: DSM-classificaties c.q. -diagnoses waren *hypotheses to be tested* en het is inmiddels genoegzaam duidelijk geworden dat psychische ziektes volgens de DSM in die zin geen ziektes zijn. DSM-entiteiten zijn *gemodelleerd* naar somatische ziekte-entiteiten, maar *zijn* het niet. Een treffend voorbeeld: bij afwezigheid van ‘symptomen’ kan bij de meeste somatische ziektes toch een diagnose gesteld worden (bijvoorbeeld op grond van bloedonderzoek of door een CT-scan). Bij psychische ziektes is dat nooit mogelijk: bij ontstentenis van depressieve symptomen zal nooit de diagnose of classificatie ‘depressieve stoornis’ gesteld worden. Het DSM-systeem, dat uitgaat van ‘oppervlakteverschijnselen’, leidt dan ook veelal tot tautologische ‘verklaringen’, en verklaart dan dus niets.

Leidt de DSM-aanpak tot de identificatie van ‘gelijksortige’ groepen van cliënten? Hoewel de criteria voor wat een symptoom is, tamelijk helder zijn, is het nettoresultaat van de DSM-systematiek dat er binnen een bepaalde stoorniscategorie vele verschillende klinische beelden kunnen zijn. Dit komt doordat er bijvoorbeeld aan slechts vier van de acht criteria hoeft te worden voldaan, en die acht criteria kunnen zeer verschillend zijn. Hierdoor kan het gebeuren dat twee patiënten eenzelfde stoornis krijgen toegedicht, terwijl ze niet of nauwelijks dezelfde symptomen gemeen hebben. Er is dus een diversiteit aan klinische beelden binnen één stoornis en dat geldt in het bijzonder voor de ‘grote’ stoorniscategorieën als depressie en schizofrenie. Galatzer-Levy en Bryant (2013) lieten zien dat er 79.794 unieke combinaties van DSM-IV-symptomen mogelijk zijn die allemaal vallen binnen de stoornis posttraumatische-stressstoornis. Past men de DSM-5-criteria toe, dan leidt dat tot meer dan 600.000 combinaties.

Hierboven citeerde ik van Emmerik: ‘Patients benefit from ESTs’ (van Emmerik, 2018b). Is dat zo? Globaal gesproken wijst EST-onderzoek uit dat CGT in 60% van de gevallen werkt, wat goed nieuws is, maar anderzijds is de resterende 40% toch nog een aanzienlijk percentage. Bovendien veranderen die percentages al enkele decennia niet noemenswaardig. Door sommigen (onder anderen Hofmann, 2014) is opgemerkt dat we aan een soort van plafond lijken te zitten, mogelijk vooral een ‘DSM-geïnduceerd plafond’. Met een classificatiesysteem als de DSM, dat louter gebaseerd is op symptomen ofwel oppervlakteverschijnselen, zijn de grenzen van wat bereikt kan worden inderdaad tamelijk gauw bereikt, zoals in feite hiervoor al is duidelijk gemaakt: binnen een bepaalde stoorniscategorie kunnen heel verschillende klinische beelden verscholen liggen, waardoor het weinig verwondering hoeft te wekken dat bijbehorende interventies vaak niet trefzeker zijn. Daar komt bij: doordat de DSM alleen kijkt naar oppervlakteverschijnselen, zullen er gemakkelijk meerdere ‘stoornissen’ worden vastgesteld, terwijl het goed mogelijk is dat het onderliggende verklarende proces (bijvoorbeeld perfectionisme of *need for certainty*) bij die ‘stoornissen’ identiek is en er dus maar één probleem is (van den Bout, 2016).



Het NIMH (het Amerikaanse Nationale Instituut voor geestelijke gezondheid) is in de periode 1980-2010 de grote stimulator geweest van een DSM-gestuurde aanpak met RCT's. Het deed dit door zeer veel onderzoek te financieren. Duidelijk is geworden dat ondanks vele miljoenen geïnvesteerde dollars deze syndromale aanpak in ons vakgebied niet geleid heeft tot de identificatie van echte psychische ziekten. In 2013 meldde de directeur van het NIMH Insel (2013) dat men er klaar mee was: men wil geen dollar meer uitgeven voor DSM-gestuurd onderzoek. Men wil naar een nieuw classificatiesysteem toe (Cuthbert & Insel, 2013). De DSM-gestuurde aanpak bij de ontwikkeling van EST's lijkt daarmee grotendeels op een fiasco uitgelopen te zijn. EST lijkt daarmee een bedenkelijke nieuwe grondslag te zijn voor de VGCT.

### *Protocollair behandelen*

Een tweede kanttekening. Bij interventieonderzoek dient vanuit wetenschappelijk oogpunt de gekozen interventie zo eenduidig mogelijk te zijn. Dikwijls neemt dit de vorm aan van een geprotocolleerde behandeling, waarbij nogal eens per sessie wordt uitgeschreven wat de behandelaar geacht wordt te doen. Protocollaire leerboeken, zoals in ons taalgebied de boeken van Keijsers, van Minnen, Verbraak, Hoogduin en Emmelkamp (2017), zijn er een illustratie van. Dergelijke geprotocolleerde behandelingen bestaan soms uit 'interventiepakketten': psycho-educatie, een snufje GT, een snufje CT, enige gedragsactivering en mogelijk mindfulnessoefeningen. Als een RCT voor zo'n pakket positieve uitkomsten laat zien, heet het pakket dus 'wetenschappelijk bewezen effectief'. Dan is overigens nog steeds niet bekend is welke ingrediënten leiden tot die werking, al kan dat in principe door *dismantling*-onderzoek worden achterhaald.

Frost, Laska en Wampold (2014) merken op dat bij grondige lezing van protocollen blijkt dat er nogal eens aanzienlijke variaties zijn in hoe een bepaalde protocollaire behandeling wordt uitgevoerd. Daarnaast is er vooral in het Verenigd Koninkrijk een traditie om binnen een protocollaire aanpak toch individueel maatwerk te leveren (zie ook Hermans et al., 2017, p. 278). Ook worden protocollen regelmatig geactualiseerd, waardoor niet altijd duidelijk is welke 'versie' werd gebruikt. Zo uniform zijn de behandelprotocollen dus niet altijd.

Voor zover verzekeraars geïnteresseerd zijn in werkzame zorg, zijn ze er vaak enthousiast over: er wordt immers een 'bewezen werkzame' verstrekking verschaft, waarmee aan hun zorgplicht voldaan is. Onder behandelaars zijn er voor- en tegenstanders van dergelijke EST's. Bij voorstanders kan spelen dat ze het kader waarderen dat EST's en protocollaire behandelingen hun bieden. Daarnaast menen ze 'wetenschappelijk onderbouwde' behandelingen uit te voeren, wat enige zekerheid c.q. zelfverzekerdheid kan geven.

Er is enige discussie over de vraag of een dergelijk protocol ‘naar de letter of ‘naar de geest’ dient te worden uitgevoerd. Maar ook als men het alleen naar de geest uitvoert, dienen in dat geval wel de in het protocol voorgeschreven technieken te worden gebruikt en dienen geen andere technieken te worden gebruikt. Althans: zo zien de voorstanders van dergelijken protocolaire aanpakken dat (Keijsers et al., 2017). Omdat voor sommigen alleen een protocollaire behandeling bij een DSM-classificatie ‘wetenschappelijk verantwoord’ of ‘bewezen effectief’ heet te zijn, heeft de laatste twee decennia bij nogal wat CGT-behandelaars (en met name bij jongere behandelaars) de opvatting postgevat dat een behandelaar bij voorkeur of uitsluitend op deze geprotocolleerde wijze dient te werken (uiteraard voor zover er een dergelijk EST-protocol beschikbaar is).

Deze opvatting is echter niet onomstreden. Emmelkamp en collega’s (2010) contrasteren fraai de voor- en nadelen van dergelijke EST-benaderingen met *individualized, theory-based* benaderingen. Deze laatstgenoemde benadering, die oorspronkelijk dominant was in de vroege CGT, wordt wel *theory-based* genoemd, omdat de behandelaar als het ware een idiosyncratische theorie over déze cliënt ontwerpt en die probeert te toetsen bij de cliënt, en niet, zoals bij de EST-benadering, een stoornisspecifiek behandelprotocol toepast. Ook Hermans (2018) benadrukt het belang van dergelijke theorievorming, bijvoorbeeld bij de individuele casusconceptualisatie. Auteurs als Persons (2008), DiGiuseppe, Doyle, Dryden en Backx (2014) en ook Beck (2013) pleiten al jaren voor een geïndividualiseerde aanpak. Laatstgenoemd kersvers erelid van de VGCT zegt hierover (in een interview met de VGCT in november 2018): ‘... some people ... have learned to use CBT through the use of treatment manuals. Now, treatment manuals are very important to conduct RCT’s, but in actuality, in practice, we don’t use treatment manuals. We develop an individualized conceptualization of the client.’

Om deze verschillende benaderingen heel scherp te contrasteren: mag men bij een cliënt wiens psychische problemen perfect vallen binnen een bepaalde DSM-classificatie en waarvoor een bewezen effectief protocol beschikbaar is, op een idiografische wijze aan de gang gaan? Er zijn richtlijnen c.q. auteurs die stellen dat dit niet mag: als men dat toch doet, dan vertoont men *therapist drift*. Ik beken het hier maar: ik doe zulks wel, en meen daar goede redenen voor te hebben. Eén zo’n goede reden vloeit direct uit het bovenstaande voort, namelijk de meer dan grote beperkingen c.q. tekorten die de DSM-systematiek heeft voor cliënten en waarop bijna al het RCT-onderzoek is gebouwd. Het voorgaande suggereert op zijn minst dat kiezen voor EST als grondslag bepaald niet onproblematisch is. *Therapist drift* kan ook inhouden dat een therapeut zich te veel aantrekt van de bevindingen van EST’s, die niet of onvoldoende zijn toegesneden op een specifieke cliënt en voor een groot deel op drijfzand zijn gebouwd. Het voorgaande suggereert op zijn minst dat kiezen voor EST als grondslag bepaald niet onproblematisch is.

*Organisatorische kwesties*

Andere gevolgen van het kiezen van EST als grondslag betreffen ‘organisatorische’ kwesties. Ik noem er drie. Bij invoering van EST’s als grondslag voor bijvoorbeeld een federatie van verenigingen dient vastgesteld te worden of een interventie of interventiepakket effectief is. Daarbij dienen beslissingen te worden genomen over statistische zaken (zoals statistische en klinische significantie) en over de vraag na hoeveel positieve bevindingen (met welk onderzoeksdesign) een bepaald interventiepakket EST genoemd mag worden. Dit lijken relatieve details, maar er kan stevig over geruzied worden. Veel ingewikkelder wordt het wanneer ook het criterium van de mate van inhoudelijke wetenschappelijke onderbouwing van de interventie (formeel een niet-EST criterium) erbij betrokken wordt. Verhitte discussies binnen de federatie of fusievereniging zijn gegarandeerd.

Het Beleidsplan stelt verder dat men bij het overgaan tot een federatie of fusie met andere verenigingen geen ‘geen allemansvriend wil worden’ (p. 10). Los van de vraag waarom men dat überhaupt niet zou willen in een ‘louter EST-club’: het zal lastig worden om, gezien de criteria van EST’s, bepaalde verenigingen buiten de federatie of fusie te houden. Van Emmerik (2018) schrijft: ‘Reiki en klankschalen komen er niet in, al gaan er duizend “therapeuten” en cliënten op hun kop staan’ (p. 174). Maar hoezo kunnen of zullen die er niet in komen? Ik weet niets van Reiki en nog minder van klankschalen, maar a priori valt niet uit te sluiten dat deze interventies in RCT’s effectief blijken en dat ze ook nog, als we een volgend criterium nemen, een plausibel verklaringsmodel hebben waarvoor evidentie bestaat. Mogelijk klinkt deze mogelijkheid de lezer als uiterst onwaarschijnlijk in de oren, maar het is goed te bedenken dat zulks ooit even onwaarschijnlijk leek in het geval van EMDR. Er is enkele decennia geleden binnen bepaalde CGT-kringen wat afgeketterd over EMDR. Inmiddels is het tij gekeerd en kan zelfs de vraag gesteld worden of EMDR dan wel (klassieke) CGT een betere *track record* heeft wat betreft effectiviteit en onderzochte werkingsmechanismes. Het kan verkeren.

Een derde organisatorische kwestie. CGT is een wereldwijde beweging. Organisatorisch maakt de VGCT deel uit van de European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, de EABCT. Wat zal deze koepelvereniging van 53 verenigingen, die alle *behavioural* en/of *cognitive* in hun verenigingsnaam hebben staan, hiervan vinden? Zal de VGCT met deze grondslagverbreding nog wel als lid van de EABCT gehandhaafd worden?

In dit verband nog een laatste kanttekening. Voornoemd themanummer in dit tijdschrift handelde over ‘evidence-based practice’ (EBP). Dit begrip is ontleend aan de geneeskunde, waar zo’n twintig jaar geleden de beweging van *evidence based medicine* ontstond, die geleidelijk overwaaide naar de klinische psychologie. Het begrip EBP is veel breder dan EST. In de woorden van de APA: ‘... ESTs are specific psychological treatments that have

been shown to be efficacious in controlled clinical trials, whereas EBP encompasses a broader range of clinical activities' (APA, 2006, p. 273). EBP start namelijk bij de cliënt en gaat na welke evidentie relevant is voor déze cliënt. Dat kunnen EST's zijn, maar kan ook kennis zijn op het gebied van diagnostiek (zoals een gedegen casusconceptualisatie), klinische expertise en cliëntkenmerken. Het APA-document over EBP vertoont trekken van een compromis: een bepaalde aanpak is al gauw evidence-based, zeker gelet op het lastig te operationaliseren begrip 'klinische expertise'. Vandaar ook dat Amerikaanse leerboeken over CBT (zoals Dobson & Dobson, 2017) vaak zelfs in de titel de term 'evidence-based' gebruiken, terwijl in dergelijke boeken alleen in de marge wordt gewezen op EST's. Hoe dit ook zij: de VGcT kiest voor EST's als grondslagverbreding. In zijn bijdrage in voornoemd themanummer van dit tijdschrift over EBP heeft van Emmerik (2018a) het echter consequent over EBP. In deze bijdrage heb ik me gehouden aan het officiële VGcT-bestuursstandpunt.

#### WERELDWIJDE ONTWIKKELINGEN IN CGT

.....

Als ik recente literatuur lees in het vakgebied van de CGT, dan zie ik juist heel andere ontwikkelingen dan de richting waarop het bestuur van de VGcT aankeerst. Die ontwikkelingen komen vanuit verschillende invalshoeken, zijn nu al invloedrijk en wijzen grosso modo in één richting, zodat van een heuse paradigmaverandering kan worden gesproken (voor goede overzichten, zie Borsboom, 2017; Hofmann & Hayes, 2019). Kenmerken hiervan zijn: (1) er wordt met kracht afstand genomen van het medische stoornis- c.q. syndroomdenken en daarmee ook van het DSM-denken; (2) er is een hernieuwde, maar nu meer stevige nadruk op empirisch onderbouwde werkingsmechanismes die bij meerdere DSM-stoornissen werkzaam zijn; (3) er is meer nadruk op gepersonaliseerde benaderingen, waarin het individu het object van studie is, waarmee samengaat weer meer nadruk op de N=1-benadering. Ik illustreer deze paradigmaverandering met enkele voorbeelden.

Stefan Hofmann en Steve Hayes, niet de minsten binnen CGT en auteurs die menig robbertje met elkaar hebben uitgevochten, publiceerden recent een boek met de titel *Process-Based Therapy* (Hayes & Hofmann, 2018), een titel die in feite al genoeg zegt. Ze zijn van mening dat we af moeten van *protocols for syndroms* (Hofmann & Hayes, 2019), en dat in de eerste plaats omdat het medische 'ziekte-als-entiteit'-concept niet past op psychische aandoeningen (zoals hierboven ook al uiteengezet is). Ze memoreren ook het besluit van het NIMH om te stoppen met DSM-geïnspireerd onderzoek en voortaan alleen onderzoek naar onderliggende werkingsmechanismes te financieren, al heeft het NIMH daarbij een voorkeur voor neurobiologische 'markers' (Insel & Cuthbert, 2015). Hofmann en Hayes (2019) onderschrijven de forse kritiek op de DSM, benadrukken ook het belang van werkingsmechanismes, maar

kiezen meer voor psychologische werkingsmechanismes. Ze proberen ‘... to reorganize CBT interventions around known processes of change’ (p. 47). De aandacht dient te verschuiven naar ‘evidence-based processes linked to evidence-based procedures’. Een procesgerichte transdiagnostische aanpak dus.

Daarnaast is er de netwerktheorie (Borsboom, 2017), die een vernieuwend licht werpt op psychopathologie. In deze theorie worden psychische problemen niet meer gezien als syndromen waaruit bepaalde symptomen voortspuiten, maar als netwerken van symptomen die elkaar opjagen. Deze benadering heeft potentieel grote klinische implicaties, zoals het (empirisch) identificeren van centrale beïnvloedende symptomen in zo’n netwerk, die bijvoorbeeld als eerste een ‘target’ zouden kunnen zijn bij therapeutische interventies (Hofmann, Curtiss & McNally, 2016). Ook binnen deze netwerkbenadering is er een meer persoonsgerichte aanpak aanwijsbaar, al zijn er nog stappen te maken bij dergelijke *within-person networks* (Epskamp et al., 2018; Fried & Cramer, 2017).

Ik sprak hierboven van een heuse paradigmaverandering. Fried en Cramer (2017) beginnen hun tussentijdse ‘state-of -the-art’-artikel over de netwerktheoriebenadering met de zin dat: ‘The last few years have witnessed a revolution in the field of clinical psychology and psychiatry’, en zijn zo fideel om direct hierna te melden dat: ‘What has long been common knowledge among clinicians – that psychological problems interact with each other in complex ways – is finally acknowledged among researchers studying mental disorders.’ Dat is een vriendelijke opmerking jegens clinici, die kennelijk relevante zaken eerder zagen dan onderzoekers. Daar kan nog aan toegevoegd worden: in eerdere tijden waren die onderzoekers nagenoeg altijd clinici, wat in dit licht gezien geen gering voordeel was.

Zijn ontwikkelingen als bovenstaande onbekend binnen de boezem van de VGCT? Dat lijkt me onwaarschijnlijk, want bijvoorbeeld Borsboom gaf recent een keynote op het jaarlijkse congres van de VGCT en de Vlaamse VVGT, terwijl Hofmann een keynote gaf op het EABCT-congres in Den Haag. Maar op de een of andere manier lijken de consequenties van dergelijke majeure paradigmaveranderingen niet voldoende door te dringen bij het bestuur.

De hierboven genoemde paradigmaverandering is een echte verandering voor hen die relatief kort in dit vak werkzaam zijn. In feite is deze paradigmaverandering echter primair een voortzetting van eerdere paradigma's uit de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw (van den Bout, 2016). Zo merkt de oude rot in dit vakgebied Gerald Davison (2019) in zijn commentaar op het voornoemde artikel van Hofmann & Hayes op dat de RCT-aanpak klinisch psychologen afhoudt van hun primaire missie, namelijk ‘... to explain why a given intervention effects beneficial change’ (p. 52). Ook memoreert hij dat onder invloed van het RCT-denken het aloude onderscheid tussen de nomothetische en de idiografische denkwijze op de achtergrond is geraakt ten faveure van de eerstgenoemde denkwijze, mogelijk onder invloed van de ‘... excitement that the [RCT-]paradigm was generating in our efforts to be

regarded as scientific' (p. 53). CGT-protagonisten zijn ook maar mensen. Het is in dit verband goed en passend dat Hermans (2018) de wijze woorden van Paul Eelen citeert: 'If you want new ideas, read old books', die deze wijsheid – dixit Hermans – aan Pavlov ontleende.

#### UITLEIDING

.....

Het VGct-bestuur heeft besloten tot een grondslagverbreding. In het licht van de bovenstaande beschouwing acht ik dit een onbegrijpelijk voorstel c.q. besluit, in de eerste plaats omdat die grondslag altijd al breed was en nog steeds is. Men is hiertoe gekomen door een karikatuur te geven van de huidige grondslag(en) van CGT, zonder overigens dit standpunt met een aantal literatuurreferenties te verduidelijken of te verantwoorden. Op zijn neutraalst gezegd: mijn perceptie van de omvangrijke CGT-literatuur is kennelijk een geheel andere dan die van het bestuur. In plaats van die al brede grondslag te handhaven kiest men voor 'empirically supported treatments' (EST's) als grondslag van de VGct. Daarmee kiest men in feite voor een grondslag*versmalling*. Immers: bij EST's gaat het louter om de vraag of een bepaalde interventie werkt of niet, en is bijvoorbeeld de vraag *waarom* een interventie werkt c.q. wat de werkingsmechanismes zijn, nauwelijks een relevante vraag. Daar komt bij dat het huidige EST-onderzoek sterk op door de DSM geïnspireerde stoornisspecifieke protocollaire behandelingen is gestoeld, waar steeds meer vraagtekens bij gezet worden. Door vernieuwende inzichten zoals hierboven genoemd (die overigens voor een aanzienlijk deel ontstaan zijn buiten het strikte CGT-veld) zijn er de laatste jaren ontwikkelingen aan de gang die als een heuse *paradigm shift* kunnen worden gekenschetst. Het zijn ontwikkelingen die de vigerende EST-benaderingen mijns inziens achterhaald maken.

Voor zover die beoogde grondslagverandering voorkomt uit praktische 'lastigheden', zoals de snelle vermenigvuldiging van CGT-achtige nieuwere benaderingen (soms ook wel ten onrechte als 'derde generatie' CGT aangeduid; van den Bout, 2016; zie ook Raes, 2015), dienen die problemen opgelost te worden op het niveau waarop ze zich afspelen. Praktische oplossingen dus. De recente minieme naamsverandering van de VGct naar een meervoudsvorm ('therapieën') juich ik in dit verband toe en ik wijs erop dat de koepelorganisatie EABCT die meervoudsaanduiding al heeft sinds 1992. En wat mij betreft gaat de VGct – zonder deze onnodige grondslagverandering – een samenwerkingsvorm aan met die (in feite) CGT-achtige verenigingen, waarbij als overkoepelende naam mij 'zomaar' de meervoudsvorm van VGct te binnen schiet, al zie ik dat nog niet zo gauw gebeuren.

Met veel nadruk is door het bestuur en de Ledenraad van de VGct gecommuniceerd dat men de grondslag van de VGct wil verbreden naar EST: 'De tijd is er rijp voor.' Bovenstaande beschouwing suggereert dat de tijd er he-

lemaal niet rijp voor is. Hoogstens zou men kunnen zeggen dat ‘de tijd overrijp is’, omdat pakweg vijftien jaar geleden een dergelijke grondslagverandering meer in de lijn had gelegen: toen was EST voor velen een nieuwe en veelbelovende ontwikkeling. De dichter Heinrich Heine had meer gelijk dan ongelijk: Nederland hobbelt met deze te betreuren en ontijdige grondslag-‘verbreding’ achteraan.

**Jan van den Bout** is emeritus hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit Utrecht. Hij was acht jaar voorzitter van de VGt, later VGcT, en evenzoveel jaren president van de EABCT. *Correspondentieadres*: J. van den Bout, Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht. E-mail: j.vandenbout@uu.nl.

**Summary** *From VGcT to EST? Reflections on a rhetorical question*

The Board of the (Dutch) Association for Behavioural and Cognitive Therapies (VGcT) intends to broaden the foundation of this association. The plan is to come to an association of ‘empirically supported treatments’ (EST’s), which in time might lead to a federation or even fusion with other associations which share this foundation. In this contribution it is argued that there is no reason for this broadening of the foundation, because the foundation is already broad. In addition, the proposal of the Board can be characterized as a narrowing of the foundation which will have negative consequences. Finally, it is argued that the proposal conflicts with important worldwide new developments within cognitive-behavioural therapy.

**Keywords** *empirically supported treatments (EST), evidence-based practice (EBP), cognitive-behavioural therapy, process-based CBT, network theory*

**Literatuur**

- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Beck, J. (2013). *Cognitieve gedragstherapie – theorie en praktijk* (2e ed.). Amsterdam: Nieuwezijds.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5-13.
- Chambless, D., & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Cuthbert, B. & Insel, T. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Medical*, 11, 126.
- Davison, G. C. (2019). A return to functional analysis, the search for mechanisms of change, and the nomothetic-idiographic issue in psychosocial interventions. *Clinical Psychological Science*, 7, 51-53.
- de Moor, W., & Orlemans, J. W. G. (1972). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- DiGiuseppe, R., Doyle, K., Dryden, W., & Backx, W. (2014). *A practitioner’s guide to rational-emotive therapy* (3rd

- ed.). New York: Oxford University Press.
- Dobson, D., & Dobson, K. (2017). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford.
- Epskamp, S., van Borkulo, C. D., van der Veen, D. C., Servaas, M. N., Isvoranu, A., Riese, H., & Cramer, A. O. J. (2018). Personalized network modeling in psychopathology: The importance of contemporaneous and temporal connections. *Clinical Psychological Science*, 6, 416-427.
- Emmelkamp, P. M. G., Ehring, T., & Powers, M. (2010). Philosophy, psychology, causes, and treatments of mental disorders. In N. Kazantzis, M. Reinecke, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive and behavioral theories in clinical practice* (pp. 1-27). New York: Guilford.
- Fried, E. I., & Cramer, A. (2017). Moving forward: Challenges and directions for psychopathological network theory and methodology. *Perspectives on Psychological Science*, 12, 999-1020.
- Frost, N., Laska, K., & Wampold, B. (2014). The evidence for present-centered therapy as a treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 1-8.
- Galatzer-Levy, I., & Bryant, R. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 651-662.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hermans, D. (2018). Komaan zeg mannekies! Wat is nu (cognitieve) gedragstherapie? Een reactie op van Emmerik. *Gedragstherapie*, 51, 175-183.
- Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2017). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hofmann, S. G. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, 45, 576-587.
- Hofmann, S. G., Curtiss, J., & McNally, R. (2016). A complex network perspective on clinical science. *Perspectives on Psychological Science*, 11, 597-605.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7, 37-50.
- Insel, T. (2013, 29 april). Post by former NIMH director Thomas Insel: Transforming diagnosis. Geraadpleegd op: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Insel, T., & Cuthbert, B. (2015). Brain disorders? Precisely. *Science*, 348, 499-500.
- Keijsers, G., van Minnen, A., Verbraak, M., Hoogduin, K., & Emmelkamp, P. (red.). (2017). *Protocollaire behandelings voor volwassenen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom.
- O'Donohue, W., & Fisher, J. (Ed.). (2012). *Cognitive behavior therapy: Core principles for practice*. Hoboken N.J.: Wiley.
- Persons, J. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: Guilford.
- Raes, F. (2015). De derde generatie CGT: een vloek of een zegen? *Gedragstherapie*, 48, 61-69.
- van den Bout, J. (2016). (Cognitieve) gedragstherapie en cognitieve (gedrags)therapie – Omzien en vooruitzien in verwondering. *Gedragstherapie*, 49, 222-236.
- van den Hout, M. (2018). Evidence-based practice – Kanttekeningen bij de discussie tussen Arnold van Emmerik en Dirk Hermans over grondslagen en



- toekomst van de CGT. *Gedragstherapie*, 51, 282-290.
- van der Pas, Y. (2018). Grondslag of visie? *Gedragstherapie*, 51, 291-296.
- van Emmerik, A. (2018a). Evidence-based practice en de VG(C)t. *Gedragstherapie*, 51, 171-174.
- van Emmerik, A. (2018b). Unite, not divide! Inclusion of all effective therapies in the Netherlands Association. *EABCT News*, June 2018.
- VGCT (2018a). *VGCT Beleidsplan 2018-2020*. Geraadpleegd op <https://www.vgct.nl/beleidsplan>
- VGCT (2018b). *VGCT Special Beleidsplan 2018-2020*. Geraadpleegd op <https://www.vgct.nl/beleidsplan>
- Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry – A history. *American Journal of Psychiatry*, 150, 399-410.
- Wright, J., Brown, G., Thase, M., & Ramirez Basco, M. (2017). *Learning cognitive-behavior therapy – an illustrated guide* (2nd ed.). Arlington: American Psychiatric Association.