

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) 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).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

.....

De juiste kennis versterkt de zelfregie

Een reactie op de reactie van Karbouniaris
en collega's (2023)

AGNES VAN MINNEN, INEKE WESSEL, NATHAN BACHRACH, MARLOES
EIDHOF, CHRIS HOEBOER, MIRIAM LOMMEN, SUZY MATTHIJSEN,
TRUDY MOOREN, MAARTJE SCHOORL ✉ RAFAËLE HUNTJENS

Samenvatting

.....

In dit artikel reageren we op de reactie van Karbouniaris en collega's (2023). We delen het doel om de zorg voor patiënten zo effectief mogelijk maken, waarbij de patiënt optimale zelfregie heeft en kan kiezen uit een breed palet aan effectieve behandelingen. De huidige zorgstandaard voor traumagerelateerde stoornissen bevat een breder palet dan CGT en EMDR, houdt rekening met ervaringskennis van de patiënt en is gebaseerd op goed onderzoek naar effectiviteit. We zien het als taak van de behandelaar om de patiënt goed voor te lichten over de behandelingen die opgenomen staan in de zorgstandaard, inclusief de voor- en nadelen, de mate van bewezen effecten en de doelmatigheid van die behandelingen. Tegelijkertijd dient voorlichting de patiënt te beschermen tegen behandelingen die (nog) niet (voldoende) bewezen effectief of – erger nog – schadelijk kunnen zijn. Met de juiste kennis op zak staat de patiënt het sterkst en komt zelfregie het meest tot zijn recht. *Trefwoorden: zorgstandaard traumagerelateerde stoornissen, evidence-based (be)handelen, zelfregie, voorlichting*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Hoewel de huidige zorgstandaard voor traumagerelateerde stoornissen naast de voorkeursbehandelingen CGT en EMDR ruimte biedt voor meer effectieve behandelmethoden, kunnen de voorkeursbehandelingen ook effectief worden ingezet wanneer er sprake is van bijkomende problematiek.
- ▶ Optimale traumabehandeling houdt in dat patiënt en behandelaar keuzes baseren op een combinatie van kenmerken en voorkeuren van de patiënt en up-to-date wetenschappelijke bewijsvoering.
- ▶ De behandelaar is verantwoordelijk voor het volledig voorlichten van de patiënten over het gehele aanbod van behandelingen.

Wij danken Karbouniaris en collega's voor hun reactie, waarin ze belangrijke onderwerpen aansnijden. We maken graag van de gelegenheid gebruik om een aantal van onze punten nader toe te lichten en hier en daar wat misverstanden uit de weg te ruimen. Maar ook willen we een – naar wij aanemen – gedeeld doel uitspreken: dat we de zorg voor patiënten zo effectief mogelijk willen maken, waarbij de patiënt optimale zelfregie heeft en kan kiezen uit een breed palet aan behandelingen.

Karbouniaris en collega's (2023) zijn bezorgd dat het toepassen van de huidige zorgstandaard voor traumagerelateerde stoornissen een *one size fits all*-benadering met zich meebrengt, omdat die zorgstandaard te smal op PTSS-klachten gericht zou zijn en de keuze tussen behandelingen te beperkt zou zijn (voornamelijk CGT of EMDR). De auteurs merken op dat een (groot) deel van de patiënten die zich aanmelden last heeft van andere problemen dan PTSS-klachten, of van klachten die het gevolg zijn van complexe, vroegkinderlijke traumatisering. Bij zulke problematiek zouden 'non-specifieke factoren (raamwerk, rationale, relatie, ritueel, *allegiance*) in de behandeling van aanzienlijke invloed en doorslaggevend' zijn (Karbouniaris et al., 2023, p. 349). Bovendien, zo stellen de auteurs, is de nadruk op wetenschappelijke onderbouwing doorgesloten: gerandomiseerde klinische trials zijn duur, veel (alternatieve en integratieve) behandelingen zijn ongeschikt voor toetsing en vasthouden aan wetenschappelijke onderbouwing kan zelfs 'kwalijke neveneffecten' (p. 349) hebben. Karbouniaris en collega's (2023) pleiten daarom voor creatieve maatwerkoplossingen, in samenspraak met de patiënt.

Gelukkig biedt de huidige zorgstandaard voor traumagerelateerde stoornissen ruimte voor een breder palet aan effectieve behandelmethoden dan CGT of EMDR, waaronder ook psychodynamische en eclecticische behandelprogramma's. En we snappen wel dat – door de sterk geprotocolleerde manier van werken in onderzoeken – het lijkt alsof deze behandelingen een *one size fits all*-formaat hebben, maar anders dan het woord 'protocol' doet vermoeden, veronderstellen bestaande protocollen juist maatwerk. Het protocol verschaft bij wijze van spreken de buitenmuren, het theoretische kader,

maar op basis van dat kader worden bij elke patiënt de binnenmuren en het interieur opnieuw ontworpen. Dat kan ook niet anders, want elke patiënt is anders.

Toch herkennen we uit de praktijk wel dat zowel therapeuten als patiënten een nog breder palet aan behandelingen wensen. Dan gaat het om behandelingen die meer recht zouden doen aan bijkomende problematiek, zoals problemen met emotieregulatie of dissociatie, en die niet direct gericht zijn op het verwerken van het trauma. Dat is een belangrijk thema, en de studies zoals beschreven in ons artikel hebben hier ook specifiek naar gekeken. Sommige behandelingen zijn bijvoorbeeld speciaal ontwikkeld voor mensen die vroegkinderlijk interpersoonlijk getraumatiseerd zijn en veel comorbide klachten hebben. In een van deze behandelingen (STAIR) wordt niet meteen traumagericht behandeld, maar worden eerst vaardigheden aangeleerd op gebieden waar tekorten zijn ontstaan door of tijdens de nare ervaringen in de (vroeg) jeugd. Denk daarbij aan interpersoonlijke en emotieregulatievaardigheden, waarbij ook veel aandacht is voor non-specifieke factoren, zoals empathie, vertrouwen en de therapeutische relatie. De combinatie van STAIR en een eerstekeuzebehandeling bleek echter in diverse onderzoeken niet effectiever dan enkel een eerstekeuzebehandeling, zoals exposure, imaginaire rescripting of EMDR (Oprel et al., 2021; Raabe et al., 2022; van Vliet et al., 2021). Al met al goed nieuws, omdat eruit geconcludeerd kan worden dat voor deze doelgroep (mensen met vroegkinderlijk trauma met veel comorbiditeit) een directe traumabehandeling zowel heel effectief, snel als veilig kan zijn, en dat een stabilisatiefase niet nodig is. De ene patiënt zou dan naar eigen voorkeur de meer *slow and steady*-behandeling kunnen aangaan, terwijl de andere een korte en intensieve therapie verkiest. Overigens is het belangrijk te vermelden dat bij behandelingen die vooral gericht zijn op traumaverwerking en PTSS-klachten ook andere klachten sterk afnemen, ook al is de behandeling daar niet specifiek op gericht. Denk daarbij aan zowel symptomen van paranoia, depressie, dissociatie (de Bont et al., 2016; Boterhoven-de Haan et al., 2020; Hagens et al., 2010) en algehele angst (van Minnen et al., 2015), als complexe PTSS-kenmerken: zelfbeeld, interpersoonlijke en emotieregulatieproblemen (Oprel et al., 2021; Raabe et al., 2022; van Vliet et al., 2021), en schuld- en schaamtegevoelens over de traumatische gebeurtenissen (Boterhoven-de Haan et al., 2020). Dit wil overigens niet zeggen dat traumabehandeling een toverstaf is die alle problemen totaal laat verdwijnen en dat er geen andere zorg of nazorg meer nodig zou zijn. Maar het kan na zo'n behandeling wel veel helderder worden op welke andere (levens)gebieden en klachten nog aanvullende behandeling noodzakelijk is.

Ook wij vinden het belangrijk dat de patiënt, conform de zorgstandaard voor traumagerelateerde stoornissen (GGZ Standaarden, 2020), kan kiezen uit een breed palet aan behandelingen. Tegelijkertijd willen we de patiënt beschermen tegen een wildgroei aan behandelingen die (nog) niet (vol-

doende) bewezen effectief of – erger nog – schadelijk kunnen zijn. Werken vanuit een theoretisch gezien dubieus perspectief (bijvoorbeeld vanuit het idee van een reptielenbrein: Cesario et al., 2020; of vanuit de polyvagaaltheorie: Verkuil, 2023) lijkt werken met een onschuldige metafoor, maar kan – zoals wij eerder betoogden – ongewenste neveneffecten hebben. Nieuwe behandelingen verdienen nader onderzoek van goede kwaliteit, ook als het gaat om niet-traumagerichte behandelingen. Een voorbeeld hiervan is het recent gestarte onderzoek PT-STRESS naar de effectiviteit van interventies die na het volgen van een traumagerichte eerstekeuzebehandeling worden aangeboden. In dat project wordt een niet-traumagerichte therapie (in dit geval interpersoonlijke therapie) afgezet tegen het volgen van een andere traumagerichte therapie (voor meer informatie, zie Dimence Groep, 2023).

Wat betreft de nadruk op dure en grootschalige RCT's die Karbouniaris en collega's bezwaarlijk vinden, merken we graag op dat onderzoeksprogramma's naar effectieve behandeling idealiter uit een combinatie van methodieken bestaan. Om te beginnen hebben methoden voor goed gecontroleerde casestudies de laatste jaren een sterke ontwikkeling doorgemaakt (*single-case experimental designs*, SCED's; zie Vlaeyen et al., 2020). Het is relatief eenvoudig om zulke casestudies in de klinische praktijk uit te voeren en op een wetenschappelijk verantwoorde wijze de (bij)effecten van behandelinterventies vast te stellen. Als eerste stap kunnen ze dus van grote waarde zijn (Nikles et al., 2021). Het blijft echter wel belangrijk om RCT's uit te voeren, met name met actieve controlecondities, omdat deze methode een hoge interne validiteit heeft. We kunnen met een RCT dus beter zeggen dat het gevonden effect toe te schrijven is aan de onderzochte interventie en niet aan andere storende invloeden. Verder kunnen de theoretische uitgangspunten van een behandeling goed en relatief eenvoudig in experimentele studies worden getoetst. Ten slotte blijft gelden dat het kritisch bekijken van het *level of evidence* van alle studies van groot belang is bij het wegen van het beschikbare empirische bewijs voor een bepaalde behandeling.

Een ander belangrijk punt is de rol van ervaringskennis van (ex-)patiënten. In ons eerdere artikel verwezen we naar de behandelingen voor PTSS die in de zorgstandaard voor traumagerelateerde stoornissen worden geadviseerd. Ten onrechte wekken Karbouniaris en collega's de indruk dat patiënten niet betrokken zouden zijn bij deze adviezen voor bepaalde voorkeursbehandelingen. In een zorgstandaard beschrijven juist patiënten en zorgprofessionals *samen* wat goede zorg is. Met andere woorden: patiëntenverenigingen hebben actief meegedacht over de adviezen en staan daar achter.

Voor de duidelijkheid: niet alle richtlijnen zijn vergelijkbaar. De door Karbouniaris en collega's genoemde Australische (Blue Knot-)richtlijnen en de richtlijnen van de ISSTD zijn ontwikkeld door een groep behandelaars met een eigen *practice-based* visie. De zorgstandaard daarentegen, beveelt een 'standaard behandelroute' aan, op basis van internationale evidence-

based consensusrichtlijnen, practise-based kennis en het principe van *matched care*. De behandelingen die wij noemen in onze inleiding worden in de zorgstandaard als eerstekeuzebehandelingen geadviseerd. Bij non-respons wordt een andere eerstekeuzebehandeling voor trauma aanbevolen. Is er opnieuw sprake van non-respons, dan wordt een eerstekeuzebehandeling geïntensiveerd en/of een medicamenteuze behandeling of een aanvullende therapie toegevoegd. Pas als laatste stap kan een innovatieve of experimentele behandeling worden overwogen. Patiënt en behandelaar beslissen samen welke behandeling gepast en gewenst is, waarbij nadrukkelijk rekening wordt gehouden met onderzoeksbevindingen ten aanzien van effectiviteit en doelmatigheid. In overleg kan besloten worden om van de standaard behandelroute af te wijken. Het is dan ook van groot belang om patiënten goed voor te lichten over de aanbevolen behandelingen die zijn opgenomen in de zorgstandaard, de voor- en nadelen ervan, en de mate van bewezen effecten en doelmatigheid van behandelingen. Met de juiste kennis staat de patiënt het sterkst en komt zelfregie het meest tot haar recht.

Aanbevolen evidence-based behandelingen kennen uiteraard ook nadelen. In onderzoek naar traumagerichte behandelingen is zeker ook aandacht voor eventuele verslechtering bij de patiënt. In een Nederlands onderzoek naar traumagerichte behandeling bij patiënten met zowel PTSS als een psychotische stoornis – een kwetsbare patiëntengroep waarin vroegkinderlijk misbruik of geweld veel voorkomt – werd gevonden dat 14,3% van deze patiënten een verslechtering vertoonde in de vorm van een toename van PTSS-klachten, paranoïde klachten en/of depressie (van den Berg et al., 2016). Interessant was echter dat in de wachtlijstgroep, die *treatment as usual* voor de psychotische klachten kreeg maar geen traumabehandeling, dit percentage in dezelfde periode 30,8% was, veel hoger dus. Daarnaast leerden we ook uit onderzoek (Burger et al., 2023) dat afname van klachten tijdens traumabehandeling voor sommige patiënten lineair verloopt, maar voor andere patiënten grilliger is. Bij deze laatste groep wisselen verslechtingen en verbeteringen elkaar sprongsgewijs af, met uiteindelijk gelukkig voor beide groepen een goed eindeffect. Zulke onderzoeken laten zien dat er nuances aan te brengen zijn als we het hebben over verslechtingen tijdens traumabehandeling, maar vaststaat dat verslechting inderdaad soms optreedt bij een reguliere, evidence-based traumabehandeling. Sommige mensen worden bovendien niet beter van deze behandelingen, andere vallen na een aanvankelijk effect terug en weer andere hebben na een ‘snelkookpanbehandeling’ nazorg nodig voor aanverwante klachten. Karbouniaris en collega’s stellen terecht dat voor deze mogelijke uitkomsten van een traumabehandeling doorgaans te weinig aandacht is.

Wij ondersteunen van harte het standpunt dat patiënten betere voorlichting verdienen over de nadelen van eerstekeuzebehandelingen voor trauma. Tegelijkertijd verdienen patiënten ook een eerlijke voorlichting over de behandelmethoden die wij eerder onder de loep hebben genomen. Het is

belangrijk voor professionals om met een kritische blik naar deze behandelmethoden te kijken en ze beter te onderzoeken, inclusief de mogelijk nadelige gevolgen ervan. Dit allemaal ten behoeve van ons gezamenlijke doel, waar volgens ons geen discussie over bestaat: de beste, veiligste en meest passende zorg voor elke individuele patiënt.

Agnes van Minnen is verbonden aan het Psychotrauma Expertise Centre (PSYTREC) te Bilthoven en aan het Behavioural Science Institute (BSI) van de Radboud Universiteit, Nijmegen.

Ineke Wessel, Miriam Lommen en Rafaële Huntjens zijn werkzaam bij de afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Rijksuniversiteit Groningen.

Nathan Bachrach is verbonden aan GGZ Oost Brabant te Helmond en aan Tilburg University.

Marloes Eidhof is verbonden aan Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, Reinier van Arkel, Den Bosch en aan het Behavioural Science Institute (BSI), Radboud Universiteit, Nijmegen.

Chris Hoeboer is werkzaam bij de afdeling Psychiatrie, Amsterdam Universitair Medische Centra, locatie AMC, Amsterdam.

Suzy Matthijssen is verbonden aan Altrecht Academisch Angstcentrum, Utrecht, en aan de afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht.

Trudy Mooren is werkzaam bij ARQ Centrum '45, Diemen, en bij de afdeling Klinische Psychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.

Maartje Schoorl is werkzaam bij de afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Leiden, en bij het Leids Universitair Behandel- en Expertise Centrum.

Correspondentieadres: Ineke Wessel, Rijksuniversiteit Groningen, Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. E-mail: j.p.wessel@rug.nl.

Summary *The right knowledge strengthens self-management: A response to the response of Karbouniaris et al. (2023)*

In this article we respond to the response of Karbouniaris and colleagues (2023). We share the goal of making care for patients as effective as possible, in which the patient has optimal self-management and can choose from a wide range of effective treatments. The current standard of care for trauma-related disorders contains a broader palette than CBT and EMDR, takes into account the patient's experiential knowledge and is based on good research into effectiveness. We see it as the practitioner's task to properly inform the patient about the treatments included in the standard of care, including the advantages and disadvantages, the degree of proven effects and the effectiveness of those treatments. At the same time, information should protect the patient against treatments that have not (yet) been (sufficiently) proven to be effective or – even worse – may be harmful. The right knowledge optimizes self-management in patients.

Keywords *standard of care trauma-related disorders, evidence-based treatment, self-direction, education*

Literatuur

- Boterhoven-de Haan, K. L., Lee, C. W., Fassbinder, E., van Es, S. M., Menniga, S., Meewisse, M. L., Rijkeboer, M., Kousemaker, M., & Arntz, A. (2020). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: Randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 217, 609-615. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.158>
- Burger, S. R., Hardy, A., van der Linden, T., van Zelst, C., de Bont, P. A. J., van der Vleugel, B., Staring, A. B. P., de Roos, C., de Jongh, A., Marcelis, M., van Minnen, A., van der Gaag, M., & van den Berg, D. P. G. (2023). The bumpy road of trauma-focused treatment: Posttraumatic stress disorder symptom exacerbation in people with psychosis. *Journal of Traumatic Stress*, <https://doi.org/10.1002/jts.22907>
- Cesario, J., Johnson, D. J., & Eisthen, H. L. (2020). Your brain is not an onion with a tiny reptile inside. *Current Directions in Psychological Science*, 29, 255-260. <https://doi.org/10.1177/0963721420917687>
- de Bont, P. A. J. M., van den Berg, D. P. G., van der Vleugel, B. M., de Roos, C. J. A. M., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. M. (2016). Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: Effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychological Medicine*, 46, 2411-2421. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001094>
- Dimence Groep. (2023). *PT-STRESS Studie: Gerandomiseerde, gecontroleerde studie in 2 fasen gericht op non-respons bij de behandeling van PTSS door de aanbevolen traumagerichte behandelingen af te wisselen of door over te schakelen op IPT als niet-traumagerichte behandeloptie*. <https://onderzoek.dimencegroep.nl/wetenschappelijk-onderzoek/pt-stress-studie-gerandomiseerde-gecontroleerde-studie-2-fasen-gericht-op>
- GGZ Standaarden. (2020). *Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, A. L. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.001>
- Karbouniaris, S., Bronsink, C., de Jager, J., Knapen, S., Kromhout, S., van de Luijngaarden, A., Oostindiër, A., van Os, J., Ruijpers, P., & Steentjes, D. (2023). Effectiviteitsstudies als doorgeschoten streven: Een reactie op Huntjens en collega's (2023). *Gedragstherapie*, 56, 347-352.
- Nikles, J., Onghena, P., Vlaeyen, J. W., Wicksell, R. K., Simons, L. E., McGree, J. M., & McDonald, S. (2021). Establishment of an international collaborative network for N-of-1 trials and single-case designs. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 23, 100826. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100826>
- Oprel, D. A. C., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., de Kleine, R. A., Cloitre, M., Wigard, I. G., van Minnen, A., & van der Does, W. (2021). Effect of prolonged exposure, intensified prolonged exposure and STAIR + prolonged exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1851511. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851511>

- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Arntz, A., & Kindt, M. (2022). Imagery rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *77*, 101769. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101769>
- van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2016). Trauma-focused treatment in PTSD patients with psychosis: Symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophrenia Bulletin*, *42*, 693-702. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv172>
- van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: A literature review. *Current Psychiatry Reports*, *17*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0549-1>
- van Vliet, N. I., Huntjens, R. J., van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M. L., & de Jongh, A. (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: Randomised clinical trial. *BJ-Psych Open*, *7*, e211. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>
- Verkuil, B. (2023). Opinie: Hoe een complexe traumatheorie een sterk verhaal bleek. *GZ-Psychologie*, *2*, 26-29. www.gzpsychologie.nl/magazine-artikelen/hoe-een-complexe-traumatheorie-een-sterk-verhaal-bleek
- Vlaeyen, J. W. S., Wicksell, R. K., Simons, L. E., Gentili, C., De, T. K., Tate, R. L., Vohra, S., Punja, S., Linton, S. J., Sniehotta, F. F., & Onghena, P. (2020). From Boulder to Stockholm in 70 years: Single case experimental designs in clinical research. *The Psychological Record*, *70*, 659-670. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00402-5>