

Op één been kan men niet lopen: over het gebruik van wetenschappelijke evidentie in het klinisch redeneren

Jochem Willemsen

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2023, 53(3), 219-227]

Probleemstelling

Klinisch psychologen en psychotherapeuten moeten, net als veel andere beroepsbeoefenaars, werken in contexten die gekenmerkt worden door uniciteit, onzekerheid en waardeconflicten (Schön, 1991). Dat betekent dat ze worden geconfronteerd met situaties waarvoor geen standaardoplossingen bestaan, die slechts ten dele bekend zijn en die zowel ethische als feitelijke vragen opwerpen. Hoe kan een psycholoog in een dergelijke context zijn interventies op een weloverwogen en doelgerichte wijze kiezen? Op welk soort evidentie kan de psycholoog vertrouwen bij het nemen van beslissingen wanneer hij wordt geconfronteerd met uniciteit, onzekerheid en waardeconflicten?

Volgens het *evidence-based practice* (EBP)-model (American Psychological Association [APA], 2006, 2021) moet de psycholoog zijn beslissingen baseren op een integratie van: 1. het best beschikbare onderzoek met 2. klinische expertise, in de context van 3. patiëntkenmerken, cultuur en voorkeuren. Deze driedelige structuur lijkt een solide basis te zijn voor het klinisch werk, aangezien het een plaats geeft aan wetenschap, aan professionele expertise en aan ethiek. Bij nader inzien blijkt het model echter helemaal niet driedelig te zijn, omdat het uiteindelijk altijd verwijst naar de wetenschap als enige bron van evidentie. De twee andere 'benen' van het model zijn weinig uitgewerkt en hun onderlinge relatie blijft onduidelijk. Bovendien worden klinische expertise en patiëntkenmerken, cultuur en voorkeuren gelegitimeerd en gedefinieerd door middel van empirische studies: ze krijgen maar een plaats in het model omdat wetenschappelijk onderzoek aantoonde dat ze bijdragen aan de effectiviteit van psychologische interventies (Berg, 2019a). Vanwege het scientocentrische karakter van het EBP-model lijken klinische expertise en patiëntkenmerken, cultuur en voorkeuren geen intrinsieke waarde te hebben en geen autonome basis te vormen voor klinische besluitvorming.

In deze bijdrage zal ik op basis van eerder werk (Willemsen, 2022) beargumenteren dat een dergelijk reductionistisch model de psycholoog onvoldoende ondersteuning biedt voor het werk in een context die gekenmerkt wordt door uniciteit, onzekerheid en waardeconflicten. Psychologen zijn het aan zichzelf als professionele groep verplicht om de rol van wetenschap, expertise en ethiek als de fundamenten van hun praktijk beter te beschrijven en hun onderlinge relatie beter te begrijpen.

Uniciteit aanpakken door middel van theorie en ervaring

Klinisch psychologen en psychotherapeuten werken in een context die grenzeloos is wat betreft detail, complexiteit en specificiteit. Elke patiënt is uniek en elke therapeutische ontmoeting betekent een nieuwe start. Dit houdt echter niet in dat de psycholoog hulpeloos en onwetend is wanneer hij wordt geconfronteerd met uniciteit: hij is getraind om zich door middel van het klinisch redeneervermogen een unieke situatie voor te stellen als een meer algemene situatie, terwijl hij tegelijkertijd de uniciteit ervan erkent. De rol die wetenschappelijk onderzoek daarbij kan spelen is echter niet zo eenduidig als wordt voorgesteld in het EBP-model.

Volgens het EBP-model is wetenschappelijk onderzoek in groepen de belangrijkste bron van kennis over unieke patiënten. Wetenschappelijke evidentie wordt hier opgevat als probabilistische kennis die voortkomt uit gecontroleerde groepsstudies. Om de relevantie van die kennis voor het werk met een bepaalde patiënt vast te stellen, zou de psycholoog moeten redeneren volgens een hypothetico-deductief model: stelling X is waar voor populatie Y; patiënt Z is lid van populatie Y; daarom moet propositie X waar zijn voor patiënt Z. Op deze manier wordt probabilistische kennis over populaties toegepast op leden van die populatie. Het probleem van uniciteit wordt dus aangepakt door de patiënt te conceptualiseren als lid van een populatie.

Deze oplossing werkt echter niet in de praktijk, want onderzoek in groepen levert geen zekere kennis op over populaties, noch over individuen. Deaton en Cartwright (2018) wijzen erop dat gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep (RCT), die beschouwd worden als de gouden standaard voor het verwerven van wetenschappelijke kennis, om een aantal redenen *in het beste geval* onvertekende parameterschattingen kunnen genereren die alleen van toepassing zijn op de steekproef die voor het onderzoek is geselecteerd. In die zin kan een RCT evidentie opleveren dat een interventie *hier* (bij sommige patiënten in de onderzoeksteekproef) een bepaald effect heeft veroorzaakt. Maar dit wil niet zeggen dat *daar* (bij andere patiënten in andere contexten) eenzelfde effect kan verwacht worden. Er is zoveel variatie tussen mensen, en context bepaalt psychologische processen in zulke sterke mate, dat wetenschappelijke kennis uit RCT's slechts een beperkte praktische waarde heeft. Voor leken en voor beleidsmakers zijn RCT's zeer overtuigend, omdat ze weinig

voorkennis en weinig vooronderstellingen vereisen. De grootste waarde van dit soort onderzoek is ongetwijfeld dat het heeft bijgedragen aan de publieke geloofwaardigheid van psychologische hulpverlening. Maar voor praktiserende psychologen zijn RCT's weinig informatief en misschien zelfs contraproductief, in die zin dat RCT's 'evidenties' opleveren die schijnbaar geen verder denkproces behoeven.

Hoe gaat de psycholoog in zijn praktijk dan om met uniciteit? Bij klinisch redeneren in de praktijk komt de onderbouwing voor klinische interventies niet in de eerste plaats uit wetenschappelijk onderzoek, maar uit twee andere bronnen: gegevens over de casus zelf en beroepservaring.

Zoals een rechercheur die op een plaats delict naar bewijzen speurt, zoekt de psycholoog naar evidentie in het verbale en non-verbale gedrag van de patiënt. Kwalitatief onderzoek naar klinische redeneerprocessen tijdens therapiesessies heeft aangetoond dat psychotherapeuten informatie verwerken die afkomstig is van vier niveaus: het spreken van de patiënt, de interne toestand van de patiënt (onzichtbare, preverbale en/of onbewuste processen bij de patiënt), de eigen interne toestand van de therapeut (tegenoverdrachtelijke reacties) en het gehele therapeutische proces (hoe het spreken van de patiënt past in het therapeutische proces) (Rober et al., 2008). Verschillende scholen in de klinische psychologie en psychotherapie leggen een ander accent op elk van deze bronnen van informatie. Zo zullen cliëntgerichte therapeuten zich meer richten op het spontane empathische begrip dat ontstaat in de context van de therapeutische relatie, terwijl gedragstherapeuten meer nadruk zullen leggen op feitelijke elementen in het verhaal van de patiënt die de aard van het klinisch probleem concreet maken. De psychoanalytisch geschoolde therapeuten zullen dan weer bijzondere aandacht hebben voor aanwijzingen in het spreken van de patiënt die wijzen op onbewuste processen.

Tijdens dit proces van bewijsverzameling zal de psycholoog ideeën ontwikkelen om zijn observaties te begrijpen en betekenis te geven. Theorie speelt hierbij een belangrijke rol, omdat theorie toelaat om een uniek geval te conceptualiseren als iets particuliers dat in relatie staat tot iets algemener. Om William Blake te parafaseren: theorie laat toe om de wereld in een zandkorrel te zien. Het is echter belangrijk erop te wijzen dat theorie op zichzelf geen bron van bewijs is in het proces van klinisch redeneren. Zelfs de meest geldige wetenschappelijke theorie is niet noodzakelijkerwijs van toepassing op een concreet geval. In die zin moeten psychologen gewaarschuwd worden voor een te groot vertrouwen op theorie in de klinische praktijk. In plaats van de theorie van bovenaf op de casus toe te passen, moet de evidentie in de casus gezocht worden en is het de bedoeling om iets te begrijpen van de casus zelf. Subtiel gebruik van theorie is een kenmerk van klinische expertise (Storck et al., 2021).

De tweede bron van evidentie voor de psycholoog is beroepservaring. Klinische ervaring wordt door de APA (2006, 2021) erkend als het tweede been dat EBP ondersteunt.

Door klinische ervaring bouwt de behandelaar een repertoire van voorbeelden, beelden, inzichten en acties op (Schön, 1991). Nieuwe, unieke klinische situaties kunnen worden vergeleken en gecontrasteerd met eerdere ervaringen uit dit repertoire. In die zin brengt de psycholoog een unieke situatie in verband met ervaringen uit het verleden. Door te reflecteren over de eigen beroepservaring in de context van een training, supervisie of persoonlijke therapie worden ervaringen verwerkt en onderdeel van het repertoire. Door het vergelijken van ervaringen kan kennis over de ene casus relevant worden voor een andere casus (Kaluzeviciute & Willemsen, 2020). Dit betekent niet noodzakelijkerwijs dat een nieuw klinisch probleem op dezelfde manier kan worden opgelost als een eerder probleem. Integendeel, het vermogen om analogieën en verschillen te ontdekken geeft psychologen meer voeling voor de unieke problemen waarmee ze worden geconfronteerd (Schön, 1991). In die zin vereist een goed gebruik van klinische ervaring een bijna paradoxale houding, waarbij men ervaringen uit het verleden eerst toepast op een nieuwe situatie en vervolgens weer loslaat om de situatie als nieuw te benaderen. Deze complexe houding vergt training en onderhoud, en vereist een goed klinisch redeneervermogen.

Onzekerheid aanpakken door in te grijpen op causale processen

Klinisch psychologen en psychotherapeuten worden in hun werk geconfronteerd met onzekerheid: onzekerheid over de vraag of ze beschikken over alle relevante informatie om goede klinische beslissingen te nemen en onzekerheid over hoe de patiënt zal reageren op interventies. In principe kan de eerste soort onzekerheid beperkt worden door meer informatie te verzamelen. Maar in werkelijkheid kan de psycholoog natuurlijk enkel werken met wat de patiënt bereid is te delen. Voor de tweede soort onzekerheid heeft de wetenschap een oplossing ontwikkeld: de statistische studie van vele gevallen maakt het mogelijk om de waarschijnlijkheid van een bepaalde uitkomst vast te stellen. Kwantitatief onderzoek op het gebied van de klinische psychologie en psychotherapie houdt meestal het volgende in: vaststellen hoe een interventie samenhangt met de kans om een bepaald effect teweeg te brengen, of vaststellen wat de kans is op het samen voorkomen van verschillende verschijnselen. Dit soort kennis is echter van beperkt nut voor de praktiserende psycholoog die met onzekerheid wordt geconfronteerd.

Dit kan aangetoond worden aan de hand van klinische situaties waarbij er een risico is op destructieve handelingen, waarbij de psycholoog geconfronteerd wordt met zowel epistemische onzekerheid (beschikt men over alle relevante informatie?) als onzekerheid over de uitkomst (wat is het risico?). De onderzoeksliteratuur biedt wel informatie over empirisch afgeleide risicofactoren voor agressie of automutilatie, maar deze risicofactoren staan eerder in een correlatieve verband dan in een causaal verband met het uitkomstgedrag. In het klinisch werk is het nuttiger om vast te stellen wat de triggers zijn voor deze patiënt, hoe de

patiënt in het verleden heeft gereageerd, wat hem kwetsbaar maakt, et cetera. De relevante evidentie valt dus te ontdekken in het spreken van die patiënt. Daarom is er in de klinische praktijk een alternatieve oplossing voor het omgaan met onzekerheid ontwikkeld: een complex, onduidelijk of onvoorspelbaar fenomeen is mogelijk niet willekeurig als de onderliggende psychische causaliteit kan worden geïdentificeerd zoals die in het individuele geval werkzaam is. Het causale mechanisme kan opgespoord worden door de casus nader te bestuderen en te zoeken naar patronen als onderdeel van een casusformulering (Vanheule, 2017). Dit proces van klinisch redeneren kan worden omschreven als abductief. Abductief redeneren gaat over het formuleren van causale verklaringen op basis van beschrijvingen van waarnemingspatronen (Haig, 2018). Het prototype van abductief redeneren vindt men bij Sherlock Holmes die op basis van subtiele aanwijzingen de dader van het misdrijf kan identificeren. Binnen de klinische psychologie gaat het dan om een casusformulering waarin psychologische processen als oorzaak van een bepaalde uitkomst worden beschreven. Dit is een redeneerproces dat doorgaans wordt gebruikt in disciplines waar causale processen niet direct kunnen worden bestudeerd of gemanipuleerd omdat ze zich in het verleden bevinden (bijvoorbeeld archeologie), niet direct waarneembaar zijn (bijvoorbeeld geneeskunde) en/of ingebed zijn in complexe contexten (bijvoorbeeld antropologie). Wanneer oorzaken niet direct kunnen worden waargenomen, is de beste optie om ze af te leiden uit hun gevolgen. Abductief redeneren is 'evidence-based', in die zin dat het gebaseerd is op elementen uit de casus. De causale verklaring stelt de psycholoog vervolgens in staat een interventie te kiezen met als doel de causale keten te doorbreken.

Dit betekent niet dat casusformuleringen leiden tot absolute zekerheden over de patiënt. Er is een constante noodzaak om nieuwe aspecten van de casus te onderzoeken, veronderstellingen af te toetsen, observaties te integreren en formuleringen aan te passen. De kracht van het klinisch redeneren ligt precies in deze flexibiliteit. In de context van klinisch werk zijn diverse reflexieve methodieken, zoals supervisie, ontwikkeld om de eigen denkprocessen te beheersen.

Waardeconflicten aanpakken door middel van praktische wijsheid (*phronesis*)

Psychisch lijden heeft altijd een ethisch aspect omdat het te maken heeft met de relatie tot onszelf, tot ons lichaam, tot anderen en tot de taal (Ricoeur, 2013). Een patiënt die aan een depressie lijdt, vraagt zich af waarom zijn leven is vastgelopen, klaagt over het verlies van zijn zelfvertrouwen en voelt zich schuldig jegens zijn naasten omdat hij niet voor hen kan zorgen. Deze patiënt evalueert zijn huidige toestand aan de hand van een ethisch idee over wat een goed leven inhoudt. Net als vele andere patiënten, zal deze patiënt de vraag stellen naar de betekenis van zijn lijden, waarom het hem overkomt, en ervaart daarbij

schuld en schaamte. De psycholoog of therapeut die deze patiënt behandelt, werkt ook vanuit een idee over het goede leven: hij zou kunnen werken aan het accepteren van negatieve gevoelens, het vergroten van het gevoel van keuzevrijheid en het bevorderen van een meer medelevende houding ten opzichte van zichzelf. Acceptatie, vrijheid en medeleven zijn ook ethische categorieën. In de klinische psychologie en psychotherapie zijn feiten zo sterk verweven met waarden dat ethisch neutrale interventies onmogelijk zijn.

Elke theoretische stroming binnen de klinische psychologie hanteert bepaalde normatieve vooronderstellingen over wat een goed leven inhoudt en wat ethisch wenselijk is. In de cliëntgerichte therapie en de psychoanalyse is deze ethiek expliciet aanwezig en uitgediept, maar ze is ook aanwezig in andere stromingen. De grondleggers van de cognitieve gedragstherapie, Albert Ellis en Aaron Beck, stelden bijvoorbeeld dat sommige van de centrale principes van hun therapie terug te voeren waren op de stoïcijnse idealen van rationaliteit en gelijkmoedigheid. Zulk ethisch kader vormt de essentie van een therapeutische stroming en moet ook als zodanig geëxpliciteerd en erkend worden. Deze ethische houding kan niet afgeleid worden uit wetenschappelijke evidentie, want wetenschap gaat over hoe de dingen zijn, terwijl ethiek gaat over hoe de dingen zouden moeten zijn. In die zin is het onzinnig om voor te stellen om therapiescholen te integreren of zelfs af te schaffen en te vervangen door psychologische interventies die enkel gebaseerd zijn op wetenschappelijke evidentie (Van Broeck, 2022).

In het EBP-model heeft ethiek een plek gekregen als het derde been, waar wordt bevestigd dat bij de behandeling van de patiënt rekening moet worden gehouden met 'patiëntkenmerken, cultuur en voorkeuren' (APA, 2006, 2021). Er zijn echter grote tekortkomingen in de uitwerking van dit deel van het model. Ten eerste is het niet duidelijk hoe patiëntkenmerken, cultuur en voorkeuren zich verhouden tot de andere twee benen van het model. Hoe moeten conflicten tussen patiëntvoorkeuren en wetenschappelijk bewijs opgelost worden? Wat als een patiënt niet de behandeling wil die volgens de behandelrichtlijn het meest aangewezen is? Ten tweede is de rechtvaardiging van het derde been in het EBP-model gebaseerd op wetenschappelijk bewijs: er moet rekening worden gehouden met patiëntkenmerken, cultuur en voorkeuren, *omdat* uit onderzoek is gebleken dat psychologische interventies hierdoor effectiever worden. Dit type rechtvaardiging maakt het ethische aspect van de klinische praktijk afhankelijk van en inferieur aan het wetenschappelijke aspect. Het opnemen van patiëntvoorkeuren moet een doel op zich zijn en niet slechts een middel voor andere doelen als verbeterde efficiëntie of werkzaamheid (Berg, 2019a). Een derde punt van kritiek betreft het feit dat de EBP-model enkel spreekt van 'patiëntkenmerken, cultuur en voorkeuren', maar niet over een ethiek van de behandelaar. Het EBP-model wordt gepresenteerd als ethisch neutraal, terwijl het dat eigenlijk niet is. Berg (2019b) toonde aan dat EBP-model niet zozeer een ethisch neutrale praktijk is, maar

een impliciete fundering van de klinische praktijk op een utilitaristische ethos. Utilitarisme is een ethisch kader volgens het welke de ethische waarde van een actie bepaald wordt door de gevolgen van een actie, eerder dan door de intrinsieke kenmerken ervan. Acties die leiden tot het grootste geluk voor het grootste aantal mensen zijn ethisch superieur. Binnen deze benadering zijn kosten-batenanalyses van groot belang, want deze geven een schatting van hoeveel van een vooraf gedefinieerd goed (bijvoorbeeld verbeterde geestelijke gezondheid) iemand ontvangt per geldeenheid die wordt uitgegeven. Zorgen over efficiëntie en kosten-baten moeten een plaats krijgen in de overwegingen van de psycholoog, en de betaler (of het nu de patiënt is of de overheid) zal hem daaraan herinneren. Maar psychologen werken met een pluraliteit aan ethische kaders die niet helemaal met elkaar in harmonie zijn (Liégeois, 2020). De psycholoog moet zich autonoom kunnen bewegen in dit spanningsveld tussen verschillende overwegingen en verschillende belangen, zonder dat het criterium van kosten-baten de overhand krijgt.

De klinisch psycholoog moet ethische beslissingen nemen door rekening te houden met de specifieke kenmerken van de klinische situatie. Aristoteles noemde dit vermogen de intellectuele deugd van praktische wijsheid of voorzichtigheid (*phronesis*). Praktische wijsheid is een rationeel vermogen om te handelen in overeenstemming met kennis over bepaalde feiten, en in relatie tot wat ethisch goed is voor jezelf of anderen in unieke situaties en zonder voorspelbare uitkomst. Dit betekent dat een handeling die wordt ingegeven door praktische wijsheid haar ethische rechtvaardiging in zichzelf vindt, en niet in enig effect of gevolg. Volgens Aristoteles wordt praktische wijsheid verworven door het opdoen van praktische ervaring in verschillende contexten (het tweede been van het EBP-model). De kennis die op deze manier wordt gecreëerd, gaat niet over wat altijd zal werken (universele kennis) of wat waarschijnlijk zal werken (statistische kennis), maar veeleer over het vermogen om de feitelijke en ethische complexiteit van concrete klinische situaties te begrijpen. Dit is niet enkel een methodologische uitdaging, maar ook een ethische uitdaging: het vereist de moed om de situatie te benaderen, de voorzichtigheid om dit zorgvuldig te doen, het geduld om zichzelf en de patiënt de tijd te gunnen, de waarachtigheid om objectief te zijn, en de bescheidenheid om de grenzen van het eigen begrip te erkennen. In dit opzicht is professionele ontwikkeling door training, supervisie en persoonlijke therapie niet alleen een traject waarbij kennis verworven wordt en vaardigheden getraind worden, maar evenzeer een ethisch project.

Tot slot

De huidige invulling van de verhouding tussen wetenschap, expertise en ethiek in het EBP-model legt te eenzijdig de nadruk op wetenschappelijke evidentie. Op die manier

draagt het model bij aan de kloof tussen wetenschap en praktijk. De beroepsgroep heeft behoefte aan een kader dat rekening houdt met het eigene van het klinisch psychologisch en therapeutisch werk. Met betrekking tot het eerste been moet duidelijk zijn dat evidentie in de eerste plaats gevonden wordt in het werk met de patiënt zelf en in de professionele ervaring. Met betrekking tot het tweede been moet erkend worden dat klinische expertise de klinische praktijk kan oriënteren zolang de psycholoog een reflectieve en zelfkritische houding aanneemt. Met betrekking tot het derde been moet erop gewezen worden dat klinische psychologie en psychotherapie ook ethische praktijken zijn en dat kenmerken, cultuur en voorkeuren van patiënten niet mogen gebruikt worden als middel voor andere doeleinden. Wetenschappelijke onderzoek blijft natuurlijk een cruciale bron van informatie voor de praktijk. Maar als het aankomt op het klinisch werk moet de hiërarchie van bewijsvoering, traditioneel met RCT's en meta-analyses bovenaan en klinische observaties en meningen van experts onderaan, omgekeerd worden. Om de kloof tussen wetenschap en praktijk te verkleinen is het nodig om te denken in termen van een pluraliteit aan wetenschappelijke evidentie met waardering van de veelheid aan methoden (Oddli et al., 2022).

Psychologen worden in hun werk geconfronteerd met de grote maatschappelijke uitdagingen van de 21e eeuw, zoals de rol van technologie in ons leven, vertrouwen en vertrouwelijkheid, de gevolgen van discriminatie en ongelijkheid, psychisch lijden, het belang van een goed leven. Voor dit werk gaat de psychologie meer en meer de samenwerking met de overheid aan. Een goede psycholoog moet echter niet alleen zijn werk kunnen doen, maar hij moet ook in staat zijn om zelf te definiëren wat het werk eigenlijk is: wat is de aard van het werk, wie dienen we daarmee, en waarom doen we dit? Dit vereist een besef van de ethische en maatschappelijke rol van de psychologie in de samenleving. In het themanummer “Klinische psychologie onder review” van het *Tijdschrift Klinische Psychologie* (april-juni 2022) werd de uitbouw van de klinische psychologie als gezondheidszorgberoep vergeleken met het bouwen van een huis. De klinische psychologie is nu misschien wel een druk bewoond huis, maar om Freud te parafrasen: blijft de psycholoog wel baas in eigen huis?

Literatuur

- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychological Association. (2021). *Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care*. Geraadpleegd op 4 mei 2022, via <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care.pdf>
- Berg, H. (2019a). Evidence-based practice in psychology fails to be tripartite: A conceptual critique of the scientocentrism in evidence-based practice in psychology. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 2253. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02253>

- Berg, H. (2019b). How does evidence-based practice in psychology work? As an ethical demarcation. *Philosophical Psychology*, 32(6), 853-873. <https://doi.org/10.1080/09515089.2019.1632424>
- Deaton, A., & Cartwright, N. (2018). Understanding and misunderstanding randomized controlled trials. *Social Science & Medicine*, 210, 2-21. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.005>
- Haig, B.D. (2018). An abductive perspective on clinical reasoning and case formulation. In B.D. Haig (Ed.), *Studies in applied philosophy, epistemology and rational ethics: Vol. 45. Method matters in psychology* (pp. 109-133). Springer.
- Kaluzeviciute, G., & Willemsen, J. (2020) Scientific thinking styles: The different ways of thinking in psychoanalytic case studies. *The International Journal of Psychoanalysis*, 101(5), 900-922. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1796491>
- Liégeois, A. (2020). Deontologie en ethiek voor psychologen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 50(2), 84-96. <https://vvpk.be/deontologie-en-ethiek-voor-psychologen>
- Oddi, H.W., Stänicke, E., Halvorsen, M.S., & Lindstad, T.G. (2022). Causality in psychotherapy research: Towards evidential pluralism. *Psychotherapy Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2161433>
- Ricoeur, P. (2013). La souffrance n'est pas la douleur. In C. Marin & N. Zaccai-Reyners (Red.), *Souffrance et douleur: Autour de Paul Ricoeur* (pp. 13-34). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.marin.2013.01.0013>
- Rober, P., Elliott, R., Buysse, A., Loots, G., & De Corte, K. (2008). What's on the therapist's mind? A grounded theory analysis of family therapist reflections during individual therapy sessions. *Psychotherapy Research*, 18(1), 48-57. <https://doi.org/10.1080/10503300701324183>
- Schön, D.A. (1991). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Ashgate Publishing.
- Storck, T., Volkert, J., Brauner, F., & Sell, C. (2021). Psychotherapeutische Arbeitsmodelle in unterschiedlichen Verfahren: Skizze einer konzeptvergleichenden Psychotherapieforschung. *Forum der Psychanalyse*, 37(2), 149-163. <https://doi.org/10.1007/s00451-021-00435-8>
- Van Broeck, N. (2022). Klinische psychologie in de gezondheidszorg in België: van voorontwerp tot druk bewoond huis in volle expansie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 52(2), 93-103.
- Vanheule, S. (2017). *Psychiatric diagnosis revisited: from DSM to clinical case formulation*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-44669-1>
- Willemsen, J. (2022). The use of evidence in clinical reasoning. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52(4), 293-302. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09544-9>

Personalia

Jochem Willemsen is docent klinische psychologie aan de Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation en het Institut de recherche en sciences psychologiques van de Université catholique de Louvain. Als coördinator van de Louvain Psychotherapy Research Group leidt hij onderzoek naar processen in psychoanalytische therapie. Hij werkt tevens als psychoanalytisch therapeut in het CPS Prise en charge psychanalytique et centrée sur la personne. E-mail: jochem.willemsen@uclouvain.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.