

FORUM

TECHNOLOGIE ALS OPLOSSING VOOR DE WACHTLIJST- PROBLEMATIEK

In de ggz is men doorgaans terughoudend met de inzet en toepassing van nieuwe technologie om de (toegang tot) zorg te verbeteren. Gijs Coppens, Simone das Dorens en Vittorio Busato menen dat een groot deel van de wachtlijstproblematiek, en in het verlengde daarvan ook heel veel van de administratieve overlast, juist is op te lossen door het slimmer inzetten van (bestaande) technologie. Dat maakt de ggz niet alleen toegankelijker, de behandelcapaciteit kan zo ook worden verhoogd. Anneke Vinke dient hen van replek.

De kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland staat weliswaar hoog aangeschreven, dat wil niet zeggen dat er in deze sector geen hardnekkige problemen zijn. In de media zijn zeer geregeld verhalen te lezen over ellenlange wachtlijsten, ontmoedigende bureaucratie en weglappend en overbelast personeel.

De meest recente cijfers van het ministerie van vws laten zien dat 11,5% van de personen van twaalf jaar en ouder de afgelopen vier weken psychisch ongezond was.¹ Bijna twee miljoen mensen zijn in de huisartsenpraktijken bekend met gediagnosticeerde psychische problemen.² Van de instellingen voor generalistische basis-ggz heeft 14% een wachttijd die langer is dan de Treeknorm van veertien weken³; van de instellingen voor gespecialiseerde ggz heeft 22% een wachttijd die de Treeknorm overschrijdt.⁴ Dat zijn verontrustende cijfers. Een andere manier van zorg verlenen wordt dan ook steeds nijpender.

ONLINE HULPVERLENING

In de ggz is men doorgaans terughoudend bij de inzet en toepassing van nieuwe technolo-

gie om de (toegang tot) zorg te verbeteren. De ING Bank concludeert in de publicatie *Digitalisering in de ggz*⁵ evenwel dat door inzet van online technologie de zorg toegankelijker, persoonlijker, effectiever en kostenefficiënter kan worden. Maar dan moeten zorginstellingen wel investeren in vernieuwing en digitalisering. De ING heeft berekend dat de maatschappij jaarlijks 22 miljard Euro uitgeeft aan ggz-behandelingen; om die kosten terug te dringen, zonder aan kwaliteit van zorg in te boeten, is een investering in online zorgtechnologie een belangrijke stap.

De aanpak van wachttijden is complex, kent vele knelpunten en oplossingen liggen niet alleen in de invloedssfeer van de instelling, maar ook (en vooral) op regionaal en landelijk niveau. Het verkorten van de wachttijden is een prioriteit in de sector en de meeste instellingen plegen inspanningen om de wachttijden voor de individuele cliënten te verkorten. Om bijvoorbeeld de wachttijden te overbruggen maakt het merendeel van de instellingen gebruik van e-health.

Overigens is online hulpverlening binnen de ggz geen nieuw fenomeen. Bijvoorbeeld zorgverzekeraar cz breidde april vorig jaar mogelijkheden voor cliënten uit om hiervan gebruik te maken bij een reguliere ggz-behandeling. Ggz Noord-Holland-Noord introduceerde met DiSofa een initiatief om behandelingen

volledig online aan te bieden.⁶ In elk geval illustreren deze initiatieven wat Bruno Bruins, de onlangs aan het begin van de uitbraak van de coronacrisis afgetreden minister voor Medische Zorg & Sport, destijds al op Kamervragen liet weten: het aanbieden van een online behandeling aan ggz-cliënten kan een zinvolle aanvulling zijn op een reguliere behandeling, die er bovendien voor kan zorgen dat mensen minder lang hoeven te wachten op zorg.⁷

Ook wij menen dat een groot deel van de wachtlijstproblematiek, en in het verlengde daarvan ook heel veel van de administratieve overlast, juist is op te lossen door het slimmer inzetten van (bestaande) technologie. Dat maakt de ggz niet alleen toegankelijker, de behandelcapaciteit kan zo ook worden verhoogd. Uiteraard hebben we er oog voor dat er sprake is van een complex probleem waarvoor er meerdere oplossingen zijn. Wel zijn we ervan overtuigd dat actief inzetten van technologie een constructieve stap in de goede richting is. We leggen graag uit hoe de twee van ons die als behandelend psycholoog werkzaam zijn zelf vormgeven aan die digitalisering.

BLENDED-CARE

De Amsterdamse zorginstelling iPractice heeft in januari 2019 een blended-care behandelvorm geïntroduceerd. Een online behandeling via een dagelijkse chat met een zogeheten chat- of

1 <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/psychisch-ongezonde-personen>

2 <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/psychische-problemen-jaarprevalentie-huisartsbezoek>

3 <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijden-de-generalistische-basis-ggz>

4 <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijden-de-gespecialiseerde-ggz>

5 <https://domotica.nl/2017/04/25/ing-e-health-ggz/>

6 <https://www.disofa.nl/voor-verwijzers/>

7 Bijv. <https://tinyurl.com/r4w4c9m>; <https://tinyurl.com/wu53yep>

onlinepsycholoog verloopt parallel aan de reguliere tweewekelijkse face-to-face gesprekken met een gz-psycholoog (desgewenst ook via video). De chatpsychologen zijn afgestudeerde studenten klinische psychologie die, onder supervisie van een BIG-geregistreerde gz-psycholoog, een geïntegreerd behandeltraject bieden.

Cliënten die bij iPractice in behandeling komen, kunnen gratis de app Wire downloaden. Deze app is van origine ontwik-

keld voor de financiële wereld en geldt als meest veilige en gebruikersvriendelijke app die er op chat-gebied verkrijgbaar is; niet alleen kan ermee worden gechat, ook kan ermee worden gebeld of een video-consult mee worden gedaan. Programmeurs van iPractice hebben slimme software ontwikkeld die via Wire communiceert met de patiënt en het elektronische patiëntendossier (EPD). De software is er onder meer op gericht om de aansluiting met

de huisartspraktijk te versoepelen. Zo krijgt een cliënt die door de huisarts via Zorgdomein naar iPractice is doorverwezen, daarvan direct een tekstbericht. Ook wordt hij of zij doorgaans dezelfde dag nog gebeld door een online-psycholoog over de intake, om een eerste afspraak te maken, of om eventueel te helpen bij de installatie van de app.

De intake kan de cliënt direct online doen met behulp van de ontwikkelde software. Naast

algemene vragen over feitelijkheden zoals iemands woonsituatie, achtergrond en middelengebruik wordt de *Symptom Questionnaire-48* (SQ-48) afgenomen. Deze vragenlijst is een door de afdeling Psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum ontwikkeld en landelijk erkend meetinstrument om psychische klachten mee in kaart te brengen. En net zoals een gz-psycholoog dat in een face-to-face intakegesprek zou doen, vraagt de software door als

iemand 'hoog' invult bij een klacht – bijvoorbeeld hoe lang iemand die bepaalde klacht al heeft en in welke mate hij of zij er door wordt belemmerd.

Het opstellen van het intake-rapport vindt eveneens geautomatiseerd plaats. Direct als de cliënt de online intake heeft afgerond, is een intake-rapport beschikbaar voor de gz-psycholoog en de chatpsycholoog. De gz-psycholoog krijgt tevens automatisch een samenvatting voor de huisarts aangeleverd. Na het face-to-face intakegesprek hoeft die samenvatting alleen hier en daar te worden gefinetuned, wat direct al voor een flinke administratieve lastenverlichting zorgt. De huisarts ontvangt binnen een week de geaccordeerde samenvatting inclusief het behandelvoorstel. Mocht er sprake zijn van te complexe problematiek die valt buiten de basis-ggz die iPractice aanbiedt, dan krijgt de huisarts een onderbouwd advies over wat nodig is elders. Ook de cliënt heeft binnen een week antwoord wat er met hem of haar aan de hand is en wat de behandeling kan zijn. Als dat zo uitkomt voor de cliënt, kan direct met de behandeling worden gestart.

EMPATHIE

Inmiddels zijn bij iPractice ruim driehonderd behandeltrajecten succesvol afgerond, met een significante afname van psychische klachten en een hoge patiënttevredenheid. De gemiddelde duur van de trajecten bedraagt vier maanden, met daarin acht face-to-face consulten met een gz-psycholoog. Dat is minder dan

de gemiddeld tien, elf gesprekken die er in de reguliere basis-ggz worden gevoerd. Daar staat tegenover dat een cliënt bij iPractice er dagelijks chatcontact bij krijgt. Al het chatcontact wordt opgeslagen in de app en is altijd toegankelijk voor cliënt, online-psycholoog en gz-psycholoog. Stel een cliënt gaat tijdens de behandeling aan de slag met een thema als het aangeven van grenzen. De online psycholoog zorgt dan bijvoorbeeld dat de juiste psycho-educatie wordt aangeboden (bijvoorbeeld met inspirerende filmpjes) of geeft feedback op opdrachten die een cliënt geacht wordt uit te voeren. Hij of zij kan de cliënt ook stimuleren de opdrachten toch uit te voeren als die om wat voor reden wat minder gemotiveerd is en daar ook op doorvragen in de chat.

Die informatie is via de app allemaal direct beschikbaar voor de gz-psycholoog. Die hoeft tijdens het face-to-face-gesprek bijvoorbeeld niet eerst door te vragen hoe het de afgelopen twee weken is gegaan, maar kan heel gericht op de situatie van de cliënt ingaan. De uitkomsten van de face-to-face-sessies worden eveneens direct opgeslagen in het EPD. De cliënt kan daarvan altijd een samenvatting nalezen.

Volgens meer traditionele opvattingen is een empathisch face-to-face contact essentieel voor een goede therapeutische relatie en voor het slagen van een therapie.⁸ Het is goed mogelijk dat chattherapie een oude(re) generatie minder aanspreekt dan

8 Anton Hafkenscheid (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: de Tijdstroom.



De gz-psycholoog van de toekomst zal geïntegreerd samenwerken met technologie

een jonge(re) generatie die bijna niet anders gewend is dan via sociale media te communiceren. We merken echter graag op dat de Amerikaanse psychiater Irvin Yalom (geboren in 1931), die als supervisor is verbonden aan het Amerikaanse platform voor chattherapie Talkspace, het inmiddels als achterhaald idee beschouwt dat goede therapie via chat, skype of video niet goed mogelijk zou zijn. Was hij aanvankelijk nogal sceptisch over deze moderne ontwikkelingen binnen de therapie, op basis van eigen ervaring ontdekte Yalom tot zijn eigen verbazing juist hoe open en intiem het therapiecontact via die nieuwe media kan zijn.⁹ Deze communicatiemiddelen hebben kwalitatief natuurlijk ook een enorme ontwikkeling doormaakt. Chattherapie blijkt in Amerika overigens niet per se een opmaat tot traditioneel therapiecontact. Op Talkspace geven heel veel cliënten aan genoeg te hebben aan chattherapie om klachten op te lossen en weer vooruitgang in het leven te ervaren.¹⁰ Digitale therapie is ook therapie!

VERANDERING MINDSET

Uiteraard staat dit onderzoek nog in de kinderschoenen. Wij bieden de behandeling dan ook standaard 'blended' aan, maar dit zijn

hoopvolle signalen die het idee van Yalom ondersteunen. Het is inderdaad zo dat de werkalliantie een zeer bepalende factor is in therapiesucces maar het is niet de enige factor. Evenmin is gezegd dat er online geen therapeutische relatie tot stand kan komen.¹¹

Tijden veranderen, wijze van therapie geven verandert, manieren van contact maken en communiceren veranderen. De blended behandelvorm van iPractice zorgt voor nogal een taakdifferentiatie in het therapieproces. De software en online-psychologen doen kort gezegd het minder complexe werk zoals allerlei administratieve handelingen en het – bijvoorbeeld – inzetten van een e-health-module. De gz-psycholoog kan zich veel meer focussen op de face-to-face-behandeling van een cliënt en houdt dus ook meer tijd over om meer cliënten te behandelen. Bij iPractice is de capaciteit per gz-psycholoog verhoogd met veertig procent, inzet van de technologie heeft gezorgd voor een halvering van de administratietijd.

Als gzg-behandelaars en gzg-instellingen de nijpende wachtlijstproblematiek echt willen oplossen, dan is een verandering

van mindset noodzakelijk. Om antwoord te geven op de toenemende vraag om zorg vanuit cliënt en samenleving, kunnen gzg-aanbieders niet om een snellere digitalisering van bedrijfsvoering en cliëntbenadering heen. Het is van belang om het implementatieproces van e-health samen met behandelaars en cliënten op maat vorm te geven. E-health-toepassingen en face-to-face zorg zullen volledig moeten worden vermengd en naadloos op elkaar moeten aansluiten om aan die groeiende vraag te voldoen. De gz-psycholoog van de toekomst zal geïntegreerd samenwerken met technologie. Administratietijd en relatief simpele handelingen worden gedaan door software en pas afgestudeerde chatpsychologen. Als gz-psychologen op deze *blended* manier gaan werken, dan kan de wachtlijstproblematiek en heel veel van de administratieve overlast verdwijnen waardoor er meer tijd komt voor goede en tijdige therapie.

OVER DE AUTEURS

Drs. ir. Gijs Coppens is gz-psycholoog en algemeen directeur van iPractice. Drs. Simone das Dore is klinisch psycholoog en hoofd behandeling bij iPractice. Zowel Coppens als das Dore zijn geregistreerd BIG-psycholoog. Dr. Vittorio Busato is psycholoog, auteur en journalist.¹² Correspondentie over dit artikel: gijs@ipractice.nl.

¹¹ Door de coronacrisis heeft e-health noodgedwongen een enorme vlucht genomen. Over een tijdje zal er wellicht meer bekend zijn wat dat heeft betekend voor de online therapeutische relatie.

¹² Vittorio Busato is hoofdredacteur van *De Psycholoog* maar heeft op persoonlijke titel meegeschreven aan deze forumbijdrage. Conform het redactiestatuut is hij niet betrokken geweest bij de beoordeling van het stuk.

REACTIE E-HEALTH IS NIET DE OPLOSSING

Is technologie echt de oplossing voor wachtlijstproblematiek in de ggz? Coppens, Das Dore en Busato presenteren in hun forumbijdrage technologie als de manier om de zorg 'toegankelijker, persoonlijker, effectiever en kostenefficiënter' te maken. Het betoog is duidelijk: zorgtechnologie is een belangrijke stap voorwaarts.

Inzetten van meer technologie kan zeker een zinvolle aanvulling zijn op hoe we normaal gesproken werken binnen de ggz en het verhoogt behandelcapaciteit. Tijdrovende stappen kunnen worden geautomatiseerd, de behandeling kan worden geïntensiverd onder andere via dagelijks chat-contact. Daarmee kan tijdswinst behaald worden. Aldus zal hierdoor de wachtlijstproblematiek verminderen. Het is de hoogste tijd dat we massaal e-health omarmen en zo ervoor zorgen dat de ggz tegemoet kan komen aan de vraag van cliënten en samenleving. Voorwaarde is wel een verandering van mindset van de behandelaars.

CORONA

Het forumstuk is geschreven voor de grote Corona/COVID-19 gedreven zorg-revolutie die iedereen – voor en tegenstanders –

zonder pardon in de armen van de e-health gedreven heeft. Nu we massaal met beeldbellen, chatfuncties, online-platforms en wat dies meer zij werken, is de mindset ineens aanwezig om dit door te zetten. Het ligt dan in de lijn der verwachting van Coppens c.s. dat wachtlijsten tot het verleden gaan behoren.

Zou dat echt zo zijn? Ik waag het te betwifelen. Vooropgesteld moge zijn dat vriend en vijand van e-health zijn overvallen door de nieuwe werkelijkheid van het moeten werken op afstand, het devies is thuis te blijven. Daarmee heeft de ggz noodgedwongen het beeldbellen en alle vormen van e-health omarmd. Massaal werden webinars gevolgd in de avonduren en e-health blijkt een verrijking en verrassend veelzijdig bruikbaar voor velen. Dat is goed nieuws. Daarmee krijgen Coppens c.s. ineens de positieve mindset die ze zo graag zien in de schoot geworpen.

Maar is het echt allemaal zo prachtig? Kloppen de hoge pretenties: toegankelijker, persoonlijker, effectiever en kostenefficiënter? Ik loop ze even na.

TOEGANKELIJKER

Iedereen heeft internet, althans veel cliënten zullen internet hebben. Dag en nacht bereikbaar, dag en nacht kan je de therapeut een (beveiligde) mail of app sturen. Dat is toegankelijkheid ten top. Maar wat betekent dat voor de responstijd? Wordt van de therapeut verwacht dat hij of zij binnen een bepaald aantal uren antwoordt? Altijd bereikbaar voor de client, kan extra druk geven voor de therapeut.

Toegankelijkheid is verder afhankelijk van de techniek. Deze is niet volledig betrouwbaar. Helaas lees ik niets over de noodzaak van een stabiele internetconnectie die onmisbaar is voor goede e-health. De realiteit is vaak weerbarstiger: er zijn haperingen, het beeld bevriest, er is een vertraagd of zelfs geen geluid, of de verbinding wordt op onverwachte momenten verbroken. Dat heeft zijn gevolgen voor de therapie en voor de relatie voor de inhoud van het contact.

Therapie vanuit huis lijkt toegankelijker maar... hoe veilig is het daar? Wie luistert of kijkt mee? Welke onverwachte situaties kunnen zich voordoen, zoals wanneer de hond, de poes, het kind, de partner onverwachts

⁹ Zie bijv. <https://tinyurl.com/yjbhtfc6>
¹⁰ [Research.talkspace.com](https://research.talkspace.com)

Therapie vanuit huis lijkt toegankelijker maar... hoe veilig is het daar? Wie luistert of kijkt mee?

even binnenloopt en de sessie verstoort.

PERSOONLIJKER¹³

Het beeldbelbeeld is niet volledig: de cliënt ziet alleen het gezicht en de schouders van de therapeut, de therapeut ziet evenmin het hele lijf van de cliënt. Er is sprake van een ander contact. Dit zou ik nooit labelen als persoonlijker. Kan tweedimensionaal werken gezien worden als persoonlijker dan live contact? Moet je dat zo willen kwalificeren? Het is een andere vorm van persoonlijk contact, dat evenzo diep en waardevol kan zijn. Maar de term 'persoonlijker' is, denk ik, niet passend.

Zowel therapeuten, software-ontwikkelaars als cliënten delen deze mening. E-health en face to face zijn twee verschillende entiteiten, elk op eigen wijze waardevol.

EFFECTIEVER

Over effectiviteit van zorg en het inzetten van bewezen effectieve behandelmethoden kan een artikel op zich geschreven worden. Zoals het er nu uitziet, zijn er goede aanwijzingen dat met name *blended care* een zinvolle metho-

diek is die naast allerlei andere methoden van therapie ingezet kan worden. Ook ik laat me, net als Coppens en collegae, graag inspireren door Irvin Yalom, die het heeft over 'to create new therapy for each client.'¹⁴ Dat zal soms meer via het internet en op andere momenten meer face-to-face zijn.

KOSTENEFFICIËNTER

Of e-health in alle gevallen kostenefficiënter is, zal nog moeten blijken. Onderzoek wijst weliswaar in die richting, maar daar is nog wel wat werk te doen.¹⁵ Zo zal gekeken moeten worden naar de therapeutbelasting. Wat ik lees op social media, wat ik hoor en zie om me heen in intervisie en bij supervisanten, is dat therapeuten e-health ongelooflijk inspannend en vermoeiend vinden. Ik hoor van collegae dat zij niet meer dan vier sessies op een dag kunnen beeldbellen omdat het zo veel

vraagt. Dit zijn ervaren collegae die normaliter hun hand niet omdraaien voor acht tot negen intensieve therapieën op een dag. Zou e-health kunnen leiden tot meer vermoeidheids- of op termijn burn-out klachten bij behandelers? Ik vraag het me af.

Het is wellicht wel goedkoper om een basispsycholoog als tweede behandelaar in te zetten, voor de app- en mailcontacten. Maar daarbij rijst de vraag hoe passend dat is en hoezeer dit extra afstemming tussen de ggz-psycholoog en basispsycholoog vraagt om ervoor te zorgen dat de lijn in de behandeling behouden blijft. Als de ggz-psycholoog het app-contact moet doorlezen voor elke sessie, wordt in feite door twee mensen tijd besteed aan hetzelfde onderwerp. Appen, mailen en overleggen kost net zo goed tijd. De facto zou het wel eens op hetzelfde uit kunnen komen in uren die face to face besteed worden versus de tijd die nodig is om schriftelijk te reageren. Dat verdient op zijn minst nader onderzoek.

CONCLUSIE

Laten we niet doen alsof e-health de oplossing is voor de enorme problemen die de ggz heeft. Een enorm probleem is het capaciteitsprobleem dat tot uiting komt via lange wachtlijsten. En verder heeft

e-health net zo goed behandelaars nodig als face-to-face zorg. Kwalitatief goede zorg vraagt dat behandelers niet meer mensen behandelen dan verantwoord is. Overschakelen naar e-health betekent niet dat er ineens meer psychologen zijn of dat er ineens meer mensen in kunnen stromen. Wachtlijsten zullen er voorlopig nog wel blijven. E-health kan, als het goed is ingebed in een therapieproces, waardevol zijn ter overbrugging van de wachtlijst – denk bijvoorbeeld aan psychoeducatie of eenvoudige regulerende oefeningen. Dat zou al grote winst zijn.

Dan het relationeel werken. Dit is anders via de computer, maar niet per se meer of minder waardevol. Laten we aandacht hebben voor het andere karakter en ontdekken bij welke groepen cliënten en/of welke problematiek het meer of minder passend is zonder het een beter te noemen dan het ander. Effectief is dat waar de cliënt zich aan kan en wil committeren, waarbij hij of zij zich prettig voelt. Het kan zijn dat er cliënten zijn waarvoor e-health passender is dan therapie op locatie van de therapeut.

Voor alles zou ik willen vermijden dat we in een competitie terecht komen tussen e-health of face-to facebehandeling. Beide

zijn zinvol en wellicht wordt, in het post-corona tijdperk, blended care wel de standaard, tenzij de cliënt anders wil. Want er is niet 'one size fits all'¹⁶; en als wij als psychologen, psychotherapeuten en psychiaters onze cliënten goed willen helpen, bieden we cliënten een keuzemenu. Dat menu wordt bepaald door zo veel mogelijk evidence based-interventies, maar ook moeten keuzes voor andere vormen van therapie mogelijk blijven. Op individueel niveau stemmen we af, besluiten we in dialoog welke therapievorm, welk protocol, welke contactfrequentie en welke therapeut(en) met de cliënt mee mogen lopen om ervoor te zorgen dat hij of zij verder kan zonder psychologische hulp. Maatwerk leveren we, en daarbij is e-health een van de vele mogelijke in te zetten middelen. Niet meer, niet minder.

Is technologie de oplossing voor de wachtlijstproblematiek in de ggz? Nee. Was het maar zo simpel. Ter afsluiting een citaat ter onderbouwing daarvan: 'No form of psychotherapy can presently claim to be the gold standard, suggesting the need for plurality in treatment and research, i.e., a

variety of different psychotherapeutic approaches. All evidence based therapies have their strengths, be it a focus on cognitive, emotional, interpersonal, or unconscious processes. Only plurality allows for bridging the gap between the different approaches and for learning from each other to further improve the treatment of patients with mental disorders.'¹⁷

OVER DE AUTEUR

Dr. Anneke Vinke is ggz-psycholoog/Orthopedagoog Generalist/Registerpsycholoog Kind & Jeugd. Zij is lid van de redactieraad van *De Psycholoog*. E-mail: av@adoptiepraktijk.nl.



¹³ https://www.linkedin.com/posts/marco-essed_ggz-standaarden-activiteit-6662415291085049856-mwjb

¹⁴ <https://tinyurl.com/r4w4c9m>; <https://tinyurl.com/wu53yep>

¹⁵ De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R. & De Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22(1), 1-8; Thase, M., Wright, J., Eells, T., Barrett, M., Wisniewski, S., Balasubramani, G., ... Brown, G. (2018). Improving the Efficiency of Psychotherapy for Depression: Computer-Assisted Versus Standard CBT. *American Journal of Psychiatry*, 175(3), 242-250.

¹⁶ Dr. Bruce D. Perry, keynote EUSARF conference 3-7 Sept 2012 Glasgow Scotland

¹⁷ Leichsenring, F., & Steinert, C. (2017). Is Cognitive Behavioral Therapy the Gold Standard for Psychotherapy?: The Need for Plurality in Treatment and Research. *JAMA*, 318(14), 1323-1324.