

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

Mechanisch toepassen van behandelprotocollen: een doodlopende weg?

Arend Veeninga¹

In het 'redactioneel' van het uitstekende themanummer van Gedragstherapie over stemming (jaargang 43; nummer 1) oppert de voorzitter van de Sectie Stemming van de VGCT om te overdenken of wij ons bezig moeten blijven houden met 'noodzakelijke' vernieuwing op het gebied van de CGT of dat de huidige ontwikkelingen meer het karakter hebben van de kleren van de keizer. Enkele pregnante conclusies noem ik nog eens, aangevuld met wat prikkelende overwegingen, in de hoop dat het tot enige reflectie op ons functioneren leidt.

Het enorme succes van de cognitieve gedragstherapie (CGT) is in hoge mate te danken aan de productieve instelling van gedragstherapeuten die duidelijk omschreven behandelmethoden hebben ontwikkeld die zich gemakkelijk laten toetsen in randomized controlled trials (RCT's). Deze methoden zijn geruime tijd (soms gedeelde) eerste keus geweest bij diverse probleemgebieden; lees er de multidisciplinaire richtlijnen maar op na. Daar komt nu duidelijk verandering in: heel verschillende psychotherapeutische behandelingen blijken grosso modo voor hetzelfde klinische probleem ongeveer even effectief te kunnen zijn (zie bijvoorbeeld Cuijpers, Van Straten, Van Oppen & Andersson, 2010). Toch blijft onder ons cognitief gedragstherapeuten de opvatting populair dat onze methoden het meest effectief zijn gebleken. Als wij zulke effectieve methoden al lang in huis hebben is het des te merkwaardiger dat wij geneigd zijn om elke nieuwe behandelhype, al dan niet effectief gebleken, enthousiast en kritiekloos te omarmen. Cuijpers, Bockting, Van Oppen en Huibers (2010) opperen hiervoor een verklaring, met als voorbeeld de populariteit van de 'derde generatie' cognitieve gedragstherapieën. De auteurs suggereren dat het overgaan op nieuwe methoden voor therapeuten stimulerend werkt, waardoor zij hun patiënten overtuigender benaderen; in feite een aspect van het placebofenomeen. Niet alleen het geloof van de patiënt maar ook de overtuiging van de therapeut draagt hieraan bij. Nu zou het verdedigbaar kunnen zijn om nieuwe ontwikkelingen in de gedragstherapie welwillend te bekijken: zij kunnen ook werkzaam zijn. Maar er zijn redenen waarom de stroom aan nieuwe ontwikkelingen met

1. Dr. Arend Veeninga is psychiater-psychotherapeut, supervisor van de VGCT en lid van de opleidingscommissie. Hij is werkzaam bij Altrecht GGZ Den Dolder, divisie curatieve zorg en voorzitter van de NVP

enige terughoudendheid zou moeten worden beschouwd. In de eerste plaats is het nagenoeg onmogelijk geworden om te bewijzen dat zij beter zijn dan beproefde methoden omdat dit studies met een omvang vereist die nauwelijks haalbaar is (Cuijpers, Bockting, Van Oppen & Huibers, 2010). Bovendien is de psychologisch - theoretische onderbouwing van sommige nieuwe methoden tamelijk gebrekkig te noemen. Een sprekend voorbeeld is mindfulness. Er is nog een bedenkelijke kant aan al deze die nieuwe therapieën. Nederlandse cognitief gedragstherapeuten nemen deze nieuwe therapieën vaak blindelings over van de meestal charismatische Amerikaanse bedenkers. Middels soms met veel aplomb aangekondigde symposia en workshops zetten deze therapeuten zichzelf al snel neer als experts die cursussen en toelatingscriteria verplicht stellen om de nieuwe methode te mogen gebruiken, onder het mom van kwaliteit en verantwoorde toepassing. Een schoolvoorbeeld hiervan is de introductie van EMDR in Nederland. Het is ook bekend dat deze nieuwe behandelmethoden, meestal *power treatments*, zelf weer 'vernieuwd', 'aangevuld' en 'geoptimaliseerd' worden, zodra de aanvankelijke effectiviteitsclaims blijken tegen te vallen. Die 'innovaties' staan weer garant voor extra na- en bijscholing(eisen).

Omdat patiënten via de media al snel op de hoogte zijn van de 'effectiviteit' van nieuwe therapeutische methoden, die later vaak overgewaardeerd blijken, kunnen collega's zich gedwongen voelen zich in deze nieuwe methoden te 'bekwamen'. Voorbeelden zijn ACT en Mindfulness. Welke instelling of praktijk kan zich tegenwoordig nog permitteren om die niet in het behandel aanbod op te nemen?

In deze mijns inziens twijfelachtige behoefte van het volgen van steeds maar nieuwe, overigens soms empirisch ondersteunde behandelingen (EST's) zit een merkwaardige paradox: waarom is er zo'n behoefte om in de praktijk steeds nieuwe methoden te bedenken als lang beproefde, traditionele methoden zoals bijvoorbeeld exposure behandelingen, sociale vaardigheidstraining en cognitieve therapieën hun werkzaamheid al ruimschoots hebben bewezen? De belangrijkste reden zou wel eens kunnen zijn dat de kwaliteit van de uitvoering van CGT in de praktijk vaak zo tegenvalt (zie Huibers, Bockting, Van Oppen & Cuijpers, 2010). Als cognitief gedragstherapeuten effectief gebleken behandelmethoden niet goed weten te gebruiken, dan zijn die behandelmethoden in de praktijk inderdaad minder werkzaam dan in de RCT's en zullen cognitief gedragstherapeuten op grond van die ervaring eerder naar iets nieuws (maar niet noodzakelijk beters) grijpen. Recent verschenen er twee publicaties in het Maandblad Geestelijke volksgezondheid (MGv, nummer 5-2010) die met dit onderwerp te maken hebben. Hutschemaekers (2010) lijkt op het eerste gezicht een serieuze poging te doen om dit probleem te analyseren, maar komt uiteindelijk niet verder dan de constatering dat het in de afgelopen decennia niet is gelukt om de kloof tussen wetenschap en praktijk te dichten, dat wetten en praktische bezwaren in de weg staan en dat mediators het gat zouden kunnen dichten! Keijsers, Vissers, Hutschemaekers en Witteman (2010) suggereren dat

er in de behandelpraktijk sprake is van een dichotomie tussen EST's en traditionele, individuspecifieke behandeling. Zij veronderstellen dat met name ervaren therapeuten ten onrechte meer op hun klinisch oordeel vertrouwen dan op de bewezen werkzaamheid van protocollen. Opvallend is dat deze auteurs tamelijk mild oordelen over het gebruik van individuspecifieke behandelingen. Beide behandelvormen zouden volgens hen een plek moeten hebben in de behandelpraktijk. Indicatiestelling voor EST's willen zij koppelen aan bewezen werkzaamheid bij diagnostische (DSM-IV) categorieën; bij andere categorieën zou een vrije insteek mogelijk moeten zijn. Overigens ontkrachten zij de door hun veronderstelde dichotomie weer door te zeggen dat de verschillen tussen beide methoden minder sterk zijn dan vaak wordt beweerd. Al met al een weinig consistente onderbouwing voor het toepassen van bewezen effectieve cognitief- gedrags-therapeutische behandelmethoden. Een probleem vind ik dat zij ervan uitgaan dat behandelingen aan categorale diagnostiek moet worden gekoppeld. Het is afdoende bekend dat er, met name in de tweede en derde lijn, zelden sprake is van één goed omschreven stoornis en dat angst- en stemmingsstoornissen vaak worden gecompliceerd door persoonlijkheidsstoornissen. Als supervisor (en ook zelf als therapeut) heb ik de ervaring dat veel cognitief gedragstherapeuten hun behandelingen (proberen te) beginnen met goed omschreven procedures en pas als de aanpak door de complexiteit van de problematiek op problemen stuit een minder consistente en meer pragmatische aanpak gaan volgen.

Willen de cognitieve gedragstherapeuten echt mee blijven doen in de ontwikkelingen in de psychotherapie, dan zal er een ingrijpende visieverandering moeten plaatsvinden. Met alleen blijven parafraseren op het toetsen van steeds nieuwe behandelprotocollen en procedures is de echte vernieuwing er zo langzamerhand wel uit. Zinvoller zou kunnen zijn om aandacht te gaan besteden aan andere mechanismen die de effectiviteit van lang beproefde methoden kunnen verbeteren. Te denken valt aan persoonsgerichte aspecten in behandelingen. Zo langzamerhand kunnen we er niet meer omheen dat 'bewezen werkzame' relationele aspecten een belangrijke rol spelen in de effectiviteit van behandelingen; zie bijvoorbeeld Hafkenscheid en Gundrum (2010) in het vorige nummer van dit tijdschrift.

Tot nu toe is er binnen de gedragstherapie nog weinig onderzoek verricht naar het effect hiervan, maar dat hoeft toch niet zo moeilijk te zijn. Vanuit de leertheorie is al jaren geleden een methode beschreven (Kohlenberg & Tsai, 1991) waarmee behandelingen geoptimaliseerd kunnen worden door gebruik te maken van functieanalyses van therapeutische interacties. Daarmee zou overigens de FA iets terugwinnen van haar gemarginaliseerde positie in het behandelproces, iets wat begrijpelijk door sommigen wordt toegejuicht (zie bijvoorbeeld de boekbespreking van Francis de Groot in dit nummer).

Verder is – onder meer – gesuggereerd om de *preferenties van patiënten* (Cuijpers, Van Straten, Van Oppen & Andersson, 2010) eens serieus te gaan nemen, zodat de behandeling beter aansluit bij wat de patiënt eigenlijk vraagt.

Dit is tot nu toe een verwaarloosd onderdeel van behandelingen gebleven (Veeninga & Hafkenscheid, 2004; Veeninga & Hafkenscheid, ongepubliceerd manuscript). Op zich merkwaardig omdat al jaren geleden in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) is vastgelegd dat zorg patiëntgericht moet worden verleend en afgestemd moet worden op reële behoeften van de patiënt. Voor het systematisch inventariseren van verwachtingen van patiënten over behandelingen zijn eenvoudige, praktische methoden beschreven (Veeninga & Hafkenscheid, 2004). Het ligt voor de hand dat als de behoefte om 'inzicht' (een denkkader aanbieden waar problemen door veroorzaakt worden) op de voorgrond staat een behandeling andere resultaten zal opleveren dan wanneer vooral om hulp bij gedragsverandering wordt gevraagd. Overigens betekent dit niet dat (expliciete) wensen zonder meer moeten worden ingewilligd. Bij sommige problemen kan het buitengewoon heilzaam werken eerst tijd te besteden aan motivatie voor effectief geachte gedragstherapeutische behandelingen, waartegen soms wat weerstand kan bestaan!

De laatste jaren wordt er in de GGZ meer en meer aandacht besteed aan vaardigheden / competenties waarover therapeuten zouden moeten beschikken om specifieke patiëntencategorieën te kunnen behandelen. Tevens gaan er stemmen op om ook te toetsen of die, middels cursorisch onderwijs en supervisie, ook feitelijk aangeleerd worden. Tot nu toe weten we dat verschillen in persoonlijke kwaliteiten wel degelijk van belang zijn voor behandelresultaten, maar ook dat onduidelijk is of het huidige onderwijsprogramma (cursorisch onderwijs zowel als supervisie) hier wel zo'n invloed op heeft (Veeninga & Hafkenscheid, 2009). Onderzocht zou ook kunnen worden wat het verwerven van deze vaardigheden bijdraagt aan het uitvoeren van bestaande cognitief – gedragstherapeutische behandelingen.

Bovengenoemde 'aanvullingen' op bestaande behandelingen en onderzoek naar het effect ervan kunnen een nieuwe impuls geven aan CGT, anders dan het uitproberen van de zoveelste hype die, als u het mij vraagt vaak niet meer dan oude wijn in nieuwe zakken is.

LITERATUUR

- Cuijpers, P., Bockting, C., Oppen, P. van, & Huibers, M., (2010). De derde golf van psychotherapie bij depressie: Noodzakelijke vernieuwing of de kleren van de keizer? *Gedragstherapie*, 34, 25-34.
- Cuijpers, P., Straten, A. van, Oppen, P. van, & Andersson, G. (2010). Welke psychologische behandeling, uitgevoerd door wie is het meest effectief bij depressie? *Gedragstherapie*, 34, 79-108.
- Hafkenscheid, A., & Gundrum, M. (2010). De therapeutische relatie als onderhandelingsproces: het resolutiemodel voor alliantiebarsten van Safran. *Gedragstherapie*, 43, 127-147.
- Huibers, M., Bockting, C., Oppen, P. van, & Cuijpers, P. (2010). De kwaliteit van cognitieve therapie in Nederland. *Gedragstherapie*, 43, 115-118.

- Hutschemaekers, G. (2010). Wetten in de weg en praktische bezwaren. Mediators gewenst tussen wetenschap en (zorg)praktijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 65, 349-363.
- Keijsers, G. P.J., Vissers, W., Hutschemaekers, G.J.M., & Wittemen, C.L.M. (2010). Empirische ondersteunde psychologische behandelingen. Moeten we dat nu wel doen? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 65, 364-376.
- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, Plenum Press.
- Veeninga, A.T., & Hafkenscheid, A. (2004). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van psychotherapie: voorspellers van drop-out? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 187-195.
- Veeninga, A., & Hafkenscheid, A. (2009). Persoonsgerichte supervisie in de psychotherapieopleiding. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 108-119.
- Veeninga, A., & Hafkenscheid, Anton. Wensen en behoeften van patiënten. Een verwaarloosd onderwerp in de GGZ. Manuscript, ingediend voor publicatie.