

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

Wat psychotherapeuten kunnen leren van honkbal, hockey en Van Gaal¹

PATRICIA VAN OPPEN

Samenvatting

Psychotherapie is een effectieve behandelmethodede voor het verminderen van psychische klachten en problemen. Een groot aantal onderzoeken heeft de effectiviteit van verschillende psychotherapeutische behandelingen voor psychische problemen aangetoond, zoals angst, depressie, psychose en post-traumatische stressstoornis. Echter, op dit moment zijn we nog niet in staat om te voorspellen welke mensen wel en welke mensen niet opknappen van een behandeling.

In deze inaugurele rede worden verschillende redenen te berde gebracht waarom patiënten met stoornissen binnen de ggz vaak geen *evidence-based* psychotherapie krijgen. Psychotherapeuten volgen bijvoorbeeld graag hun eigen voorkeuren, en gebruiken vooral de hun bekende en vertrouwde methoden, waardoor evidence-based psychotherapie te vaak genegeerd wordt in de klinische praktijk. Om dit te verbeteren moet men in Nederland beter opleiden. Tijdens de opleiding van psychotherapeuten zou het leren toepassen van effectief gebleken psychotherapeutische behandelingen voor specifieke stoornissen centraal moeten staan, in plaats van de psychotherapiestromingen. Wetenschappelijke onderbouwing is hierbij het sleutelbegrip. Dit gebeurt ook steeds vaker tijdens de trainingen binnen de honkbal- en hockeywereld. Een therapeut moet leren om soms geheel tegen de eigen intuïtie in beslissingen te nemen, zoals Van Gaal als trainer deed met zijn cruciale keeperswissel tijdens het WK voetbal in 2014. Verder is het van belang dat er meer waardering komt voor de implementatie van effectief gebleken behandelingen in de praktijk. Binnen de wetenschappelijke wereld is het zinvol gebruik te maken van anekdotische vertellingen, aangezien die de klinische

1 Rede uitgesproken bij de aanvaarding van de leeropdracht 'Psychotherapie in de psychiatrie', bij de afdeling Psychiatrie van het VU Medisch Centrum te Amsterdam, op 20 maart 2015.

praktijk meer beïnvloeden dan de wetenschappelijke artikelen of rapporten waarmee onderzoekers gewend zijn te communiceren.

Trefwoorden: psychotherapie, richtlijnen, klinische intuïtie, anekdotische verhalen, evidence-based

Mijnheer de rector, dames en heren,

Zelf behoor ik tot de een op de vijf Nederlanders die ooit in haar leven een angststoornis heeft gehad. Ik had vliegangst. Ik was een jaar of tien, en we zouden met het vliegtuig naar Zuid-Spanje gaan, met mijn broer, vader en oma. Twee dagen hiervoor kreeg ik erge buikpijn. Huisarts erbij. Men dacht aan een blindedarmontsteking. Dit was er niet aan de hand, maar er leek sprake te zijn van heel veel zenuwen. Ik kreeg valiumtabletten. Ik moest die medicatie maar een tijdje gebruiken, was het advies van mijn huisarts. Ondanks de valium was de vliegreis een hel voor mij. Totale paniek en veel tranen. De vakantie in Spanje vond ik niks, want die stond in het teken van de vliegreis terug. Pas jaren later had ik mijn eerste behandelsessie. Deze kan ik mij nog goed herinneren: ze begon met een vliegreis met mijn Maastrichtse collega's van Geestelijke Gezondheidskunde naar mijn eerste congres in Oxford. Nu, ruim 25 jaar verder, ben ik min of meer genezen van mijn vliegangst. Vliegen is nog steeds niet mijn grote hobby, maar inmiddels ben ik in staat om zonder begeleiding naar congressen op andere continenten te vliegen. Alleen vliegen in sportvliegtuigen, zweefvliegtuigen en in heftige turbulentie of onweer zorgt nog voor angstige momenten. U ziet dat psychotherapie in mijn geval veel effect heeft gehad.

Daar denkt minister Schippers van Volksgezondheid kennelijk anders over. De geestelijke gezondheidszorg (ggz) moet van haar flink bezuinigen. Psychiatrische patiënten moeten hulp dichterbij huis krijgen, vindt de minister. 'Hulp zoeken in de buurt', noemt ze dat, oftewel: praten met je burens over je psychisch lijden. Met deze uitspraak bevestigt Schippers de reeds lang bestaande vooroordelen dat psychische ziekten geen echte ziekten zijn en dat praten met de burens net zo goed helpt als hulp in de ggz. Over dat laatste wil ik uiteraard graag wat meer kwijt.

WAT IS PSYCHOTHERAPIE?

.....

Psychotherapie is een behandelmethode die wordt toegepast bij psychische klachten en problemen. Mensen bespreken in de therapie hun problemen met een psychotherapeut, met als doel om deze op te heffen, te verminderen of er beter mee om te leren gaan. In de geschiedenis van de psychotherapie is Sigmund Freud ongetwijfeld een van invloedrijkste mensen geweest. Rond 1900 begon hij wat we nu een psychotherapiepraktijk zouden noemen.

Freud bedreef de door hem ontwikkelde psychoanalyse, een van de eerste echte vormen van psychotherapie (Freud & Breuer, 1895).

We zijn nu ruim honderd jaar verder. In Nederland worden op dit moment meer mensen behandeld met antidepressiva dan met psychotherapie (Verweij & Houben-van Herten, 2013). Dit is verbazingwekkend, aangezien er wereldwijd bij patiënten een sterke voorkeur is voor praten boven pillen. Onderzoek van mijn collega Anneke van Schaik in 2004 (van Schaik et al., 2004) en ook recenter grootschalig onderzoek toont aan dat de meeste mensen met een depressie of een angststoornis sterke voorkeur hebben voor een psychotherapeutische behandeling (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013; Moradveisi, Huibers, Renner, & Arntz, 2014; Patel & Simpson, 2010).

Maar mensen kunnen wel een voorkeur hebben, de vraag die hierbij natuurlijk van belang is, is of psychotherapie helpt. En als psychotherapie helpt, krijgen mensen dan ook daadwerkelijk de effectiefste behandeling die voorhanden is? Over deze beide vragen wil ik het graag met u hebben.

HELPT PSYCHOTHERAPIE?

.....

Eerst iets over de vraag of psychotherapie helpt. Een belangrijke methode voor evaluatie van het effect van behandeling in de psychiatrie is het in kaart brengen van een positieve uitkomst: het voorkómen van een psychose, of het voorkómen van een terugval of van een opname binnen de ggz. Op deze manier kunnen we onderzoeken hoeveel mensen we moeten behandelen (*number needed to treat*) om bij één persoon een terugval te voorkómen, er één beter te maken of een positief herstel te zien.

Ik noem u een voorbeeld. Het gaat over de resultaten van de behandeling met psychotherapie van de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Een stoornis die ieder van u wel kent, al was het maar uit een tv-serie zoals *Homeland* met Brody. Brody was militair geweest in Afghanistan. Inmiddels weten we uit onderzoek dat onder de VS-militairen die in Irak en Afghanistan gediend hebben er meer doden gevallen zijn door suïcides dan op het slagveld zelf. Het is bekend dat gerichte traumabehandeling noodzakelijk is voor een goede behandeling van de posttraumatische stoornis. Zonder behandeling zullen de nachtmerries en nare beelden van de trauma's blijven. Voor de posttraumatische slachtoffers geldt dat er statistisch twee tot drie mensen behandeld moeten worden met een effectieve traumabehandeling om er één beter te maken (Jonas et al., 2013). Ter vergelijking: om één cardiovasculair incident te voorkomen bij patiënten met een hoge bloeddruk (binnen de hoogste risicogroep) moeten er 26 mensen behandeld worden met bloeddrukverlagende middelen (Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration, 2014).

Psychotherapie werkt, maar kan het misschien nog beter? In de medische wereld, en dus ook binnen de psychiatrie, wordt momenteel steeds meer on-

derzoek gedaan naar *personalized medicine*, oftewel ‘precisiegeneeskunde’, om daarmee behandelingen te verbeteren en meer af te stemmen op de individuele patiënt. De term geeft bijna achttienduizend hits in de medische literatuur en is dus *hot* in onderzoeksland. Het begrip ‘personalized medicine’ spreekt veel mensen aan, want wie wil niet dat de behandeling van bijvoorbeeld kanker of psychische klachten op hem als individu is afgestemd en met precisie gebeurt?

Het begrip ‘personalized medicine’ komt oorspronkelijk uit de oncologie (Xian & McKeon, 2011). Er is binnen de oncologie veel onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om behandelingen op de individuele patiënt af te stemmen. Dit gebeurt bijvoorbeeld door te onderzoeken of mensen met een bepaalde variant van een gen beter of juist minder goed op een oncologische behandeling reageren. Maar wat heeft onderzoek naar deze precisiebehandelingen opgeleverd tot nu toe? Peter Huijgens, voorzitter van het Integraal Kankercentrum, geeft aan dat momenteel bij minder dan 5% van de oncologiebehandelingen precisiegeneeskunde toegepast wordt. Voor de overige 95% van de mensen met kanker is dat dus niet mogelijk.

En hoe zit het dan met de precisie van de psychotherapie? De eerlijkheid gebiedt ons toe te geven dat ook wij hierin de laatste twintig jaar weinig vooruitgang geboekt hebben. Ik geef u enkele voorbeelden van onze pogingen. We hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen genetische factoren en behandelresultaat. Daarbij hebben we nog geen resultaten geboekt die in de buurt komen van die in de oncologie. Ook onderzoek naar andere, niet-genetische kenmerken van mensen, en naar de relatie van die kenmerken met het resultaat van behandelingen, heeft nog weinig opgeleverd. Regelmatig worden er tegenstrijdigheden gevonden. Zo is er een aantal studies dat vindt dat de groep patiënten die jong dwangklachten ontwikkelt het minder goed doet als ze behandeld worden met cognitieve gedragstherapie dan de patiënten die laat dwangklachten hebben ontwikkeld (Jakubovski et al., 2013; Sharma, Thennarasu, & Reddy, 2014). Onze eigen onderzoeksgroep kan deze gegevens echter niet repliceren, niet in de klinische trials (Kempe et al., 2007), maar ook niet in onze grote longitudinale dwangstudie (van Oppen, Eikelenboom, Hoogedoorn, & van Balkom, 2015). Uit onderzoek blijkt dat eigenschappen als neuroticisme en introversie een minder goed effect van psychotherapie voorspellen (Wardenaar, Conradi, Bos, & de Jonge 2014). Maar het is goed om te weten dat dit slechts gaat over het voorspellen van het effect van de geprotocolleerde psychotherapeutische behandelingen die in de onderzoeken werden gebruikt. Daarnaast is het vaak lastig om deze bevindingen te vertalen naar de klinische praktijk. Zo kan men niets meer veranderen aan vroeg of laat ontstane dwangklachten, en bovendien hebben veel patiënten die vroeg dwangklachten ontwikkelen toch baat bij cognitieve gedragstherapie. En het is de vraag of het veranderen van een eigenschap als introversie haalbaar is (Renner, Penninx, Peeters, Cuijpers, & Huibers, 2013).

Kortom, onderzoek binnen de precisiepsychotherapie levert tot nu toe weinig op. We zijn nog niet veel verder dan in 1992, toen uit Duits onderzoek bleek dat een standaard psychotherapie (= *exposure*) voor mensen met een fobie effectiever was dan een geïndividualiseerde behandeling (Schulte, Künzel, & Pepping, 1992).

Hoe dan wel? Met welk type onderzoek kunnen we de resultaten van psychotherapie dan verder verbeteren? We kunnen, vooral op basis van het onderzoek naar voorspellers van behandelresultaat, kansrijke toevoegingen aan een bestaande psychotherapie of nieuwe behandelingen onderzoeken. Zo bleek dat mensen met een depressie in combinatie met traumatische jeugdervaringen minder goed reageren op behandeling dan mensen zonder deze jeugdtrauma's (Hovens et al., 2012). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de groep met traumatische jeugdervaringen zich interpersoonlijk minder goed heeft kunnen ontwikkelen en hierdoor ook lastiger opknapt van hun depressie. Naar aanleiding hiervan is een specifieke psychotherapie ontwikkeld: *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP). In deze behandeling staat het interpersoonlijk functioneren van de patiënt centraal. Deze behandeling is onderzocht in een aantal klinische trials (Keller et al., 2000; Kocsis et al., 2009; Nemeroff et al., 2003), onder andere in de VS, maar ook binnen onze Academische werkplaats depressie van GGZ inGeest te Amsterdam. In het promotieonderzoek van Jenneke Wiersma is deze therapie effectief gebleken (Wiersma et al., 2014). Inmiddels bieden wij deze behandeling binnen onze academische depressiepoli aan voor chronisch depressieve mensen (Wiersma, van Schaik, & van Oppen, 2015a; 2015b). Maar voor de duidelijkheid: het gaat hier over een standaardbehandeling voor de subgroep van mensen met chronische depressie, en niet over precisiepsychotherapie, waarin een echt individueel, op de persoon afgestemd behandelplan gebruikt wordt.

Verder zullen we natuurlijk ook blijven onderzoeken of sommige toevoegingen in therapie effectief zijn. Een voorbeeld hiervan is de vraag of een combinatie van *face to face* behandeling en online behandeling bij depressie net zo effectief is als een *face to face* behandeling alleen binnen onze poliklinieken (Kooistra et al., 2014).

Een andere mogelijkheid voor nieuw onderzoek is dat een we grote cohortstudie opzetten van patiënten die standaard op één manier behandeld worden, waarbij we de patiënten uitvoerig in kaart brengen om te kijken of we hierdoor beter kunnen voorspellen welke mensen niet reageren en welke mensen juist goed reageren op de aangeboden psychotherapie.

KRIJGEN MENSEN DE EFFECTIEFSTE PSYCHOTHERAPEUTISCHE
BEHANDELING DIE VOORHANDEN IS?

.....

Behalve de vraag hoe we de effecten van psychotherapie verder kunnen verbeteren had ik u beloofd ook een tweede vraag met u te behandelen, namelijk of patiënten de psychotherapeutische behandelingen die effectief zijn ook daadwerkelijk ontvangen. Mijn stelling is dat dit onvoldoende gebeurt. De klinische praktijk is momenteel gebaat bij de systematischere toepassing van de zaken die we nu al weten uit onderzoek. En soms vrees ik dat het concept ‘personalized medicine’ door psychotherapeuten gebruikt wordt als excuus om de standaard richtlijnen te negeren.

Hoe gaat het nu met de toepassing van richtlijnen in de praktijk? We weten bijvoorbeeld dat cognitieve gedragstherapie werkt bij patiënten met schizofrenie. Dit staat in de richtlijnen, zowel in de Nederlandse (Werkgroep Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie, 2012) alsook in de buitenlandse richtlijnen (NICE, 2009; Thase, Kingdon, & Turkington, 2014). Een studie in de zomer van 2014 in Engeland laat zien dat binnen een grote instelling slechts circa 5% van de patiënten met schizofrenie cognitieve gedragstherapie heeft gekregen (Haddock et al., 2014). En als we kijken naar de Verenigde Staten, dan gaat het daar niet beter. In een gespecialiseerde militaire veteranenkliniek voor militairen met een PTSS werd onderzocht hoeveel van de PTSS-slachtoffers behandeling kreeg die specifiek gericht was op het trauma. Van de bijna tweeduizend patiënten kreeg maar 6% deze best onderzochte en effectieve behandeling, en dus 94% niet (Watts et al., 2014). Dichter bij huis, in onze eigen angstpolikliniek, waar ik als therapeut werk, onderzocht Maarten van Dijk samen met mijn collega Ton van Balkom welk percentage van de angstpatiënten volgens richtlijnen met psychotherapie behandeld werd. Terwijl ik ervan overtuigd was dat wij echt volgens de richtlijnen behandelen, bleek 60% van de mensen geen exposure-behandeling te krijgen, de eerstekeuzebehandeling in de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van angststoornissen (van Dijk et al., 2015).

De eerste vraag die zich dan opdringt, is: ‘Wat en waar gaat het mis tussen het overbrengen van de bevindingen uit het onderzoek naar de klinische praktijk?’ Met andere woorden, hoe komt het dan dat er nog steeds veel te weinig gewerkt wordt met behandelingen waarvoor veel empirische ondersteuning is? En waar kan het dus beter?

Allereerst weten we dat mensen zich veelal laten leiden door hun intuïtie. Maar sommigen doen dit anders. Neem nou de kwartfinale van het WK voetbal in 2014. Jasper Cillessen keepte een geweldige wedstrijd en had nog in de 116de minuut een cruciale redding. Toch wisselde Van Gaal vlak voordat de beslissende strafschoppenserie zou beginnen Cillessen voor Tim Krul. Ik had er buikpijn van op de bank en dacht nog: *Never change a winning team*. Het leek mij intuïtief een slecht plan. Maar Van Gaal baseerde zich volledig op de

statistieken: Cillessen had nog nooit een penalty gehouden in zijn voetbalcarrière. Bovendien hadden de Costa Ricanen zich voorbereid op het penaltygedrag van de keeper Cillessen. Reden genoeg voor Van Gaal om de keepers te wisselen. En ik neem aan dat iedereen weet hoe dit uitpakte.

Ook bij psychotherapeuten lijkt de klinische intuïtie een belangrijke rol te spelen in de beslissing over welke behandeling zij gaan inzetten. Ik heb er niet alleen last van als ik naar sport kijk, maar ook als clinicus. Zo kwam er kort geleden een traditioneel geklede Turkse vrouw bij mij in behandeling, die ik volgens het onderzoek waaraan zij en ik (als therapeut) meededen moest behandelen met een combinatie van internetbehandeling en face to face cognitieve gedragstherapie. Het leek mij gedoemd te mislukken. Ik zag deze Turkse vrouw niet gemotiveerd achter de computer gaan zitten om haar opdrachten uit te werken. Het tegendeel bleek snel. Zij ging met de behandelmodule via internet zeer gemotiveerd aan de slag, pakte het internetgedeelte ook goed op en haar depressieve klachten verminderden tijdens deze behandeling in grote mate.

Sommigen van u zullen denken: 'Maar ik heb zoveel ervaring en mijn klinisch oordeel klopt vaak wel.' Dit denken mag, maar besef hierbij dat ook u om de tuin geleid wordt. Uit onderzoek blijkt dat wij als klinici helaas echt niet kunnen voorspellen welke mensen wel en welke mensen niet opknappen. Toch denkt ook de voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten hier anders over. Zijn standpunt is dat evidence-based werken inmiddels achterhaald is en hij spreekt in dit kader over de psychotherapie als de automatiek met hapklare zorgproducten (van Buuren, 2015). Hij vindt dat je als psychotherapeut zelf het beste kunt bepalen welke behandeltechnieken je moet inzetten op welk moment. Mijn standpunt is dat we dit juist te veel doen en dat we ons moeten gaan richten op gemiddelde effecten van de behandelingen die tot op heden zijn onderzocht, ook volledig tegen onze eigen klinische intuïtie in, op zijn Van Gaals zal ik maar zeggen.

En hoe krijgen we het voor elkaar dat psychotherapeuten meer Van Gaal worden? Laat ik de vergelijking maken met honkbal. Honkbal is een weinig populaire sport in Nederland. We hebben maar vijftienduizend honkballers en toch staat Nederland op de vijfde plek van de wereldranglijst. Waarom zijn deze sporters zo goed? Dat is denk ik ook mede dankzij de wetenschap. In samenwerking met onder anderen VU-bewegingswetenschappers wordt er op topniveau binnen de Nederlandse honkbalwereld volledig wetenschappelijk getraind. Het gaat om gemiddelden en berekeningen, over waar je precies moet staan in het veld, maar ook achter alles wat de catcher en de pitcher doen zit een berekening. Alle gegevens van de spelers worden onderzocht en opgeslagen, en in de trainingsprogramma's gebruikt.

Ook binnen het hockey heeft men goed begrepen hoe belangrijk de wetenschap kan zijn voor het verbeteren van prestaties. Coach Marc Lammers werd met zijn vrouwenteam in 2008 Olympisch kampioen in Peking. Wat ging hieraan vooraf? Hij deed met zijn vrouwenhockeyteam mee aan veel

wetenschappelijk onderzoek, in samenwerking met bewegingswetenschappers in Groningen. Een van de bevindingen was dat er getraind werd op een te lange sprint. Op grond van metingen in wedstrijden bleek dat de sprint in het veld veel korter was dan de lengte van de sprint waarop getraind werd. Dit werd door Lammers op grond van dit onderzoek aangepast naar een kortere sprint. Dit soort bevindingen hebben een belangrijke rol gespeeld in het trainingsaanbod van Marc Lammers, die zijn trainingen graag met empirisch materiaal wilde onderbouwen en die met een gouden Olympische medaille terugkwam uit Peking.

GOED OPLEIDEN

.....

Mijn stelling is dat door de sterk op wetenschappelijk onderzoek gestoelde trainingen deze sporten in ons kleine Nederland qua prestaties zo groot zijn. Goed opleiden lijkt hierbinnen het sleutelbegrip. Immers, door goed opleiden zal men betere honkballers, maar ook betere therapeuten krijgen. Ook dit wordt ondersteund met onderzoeksgegevens. Zo blijkt dat psychotherapeuten die sterk psychodynamisch geschoold zijn, therapeuten op leeftijd en psychotherapeuten die niet geschoold zijn in wetenschappelijk effectief bewezen behandelingen minder goed zijn in het leren van die effectieve behandelingen (Stewart, Chambless, & Baron, 2012).

Hoe is het op dit moment gesteld met de Nederlandse opleidingen tot psychotherapeut? Wordt daar al een beetje honkbalachtig of hockeyachtig geopereerd? Ik denk dat dit te weinig het geval is. Het is bijvoorbeeld opmerkelijk dat het onderwijs binnen deze opleidingen tot op heden nog steeds gebaseerd is op de verschillende psychotherapiescholen (psychodynamische psychotherapie, cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie en cliëntgerichte therapie). Afhankelijk van waar men in opleiding gaat, krijgt men ander onderwijs. Het westen was in het verleden sterk psychodynamisch georiënteerd. In Limburg is men van oudsher meer gedragstherapeutisch georiënteerd. In het zuiden van Nederland hoeft de psychotherapeut in opleiding bijvoorbeeld geen psychodynamische psychotherapie te kiezen. In Amsterdam moet een van onze psychotherapeuten in haar opleiding voornamelijk psychodynamische psychotherapie gaan geven. Maar een patiënt met PTSS in Amsterdam is niet anders dan die in Limburg, en heeft baat bij dezelfde vorm van psychotherapie.

We weten inmiddels ook uit onderzoek in de klinische praktijk dat effectief bewezen geprotocolleerde behandelingen meer klachtenreductie geven dan de gebruikelijke zorg (wat psychotherapeuten gewend zijn te doen) (van Dijk, Oosterbaan, Verbraak, & van Balkom, 2013). Ik vind dat we ons derhalve binnen het psychotherapieonderwijs moeten gaan richten op het leren van bepaalde effectief gebleken psychotherapeutische behandelingen. We moeten daarom de bestaande verzuiling van de 'therapiescholen' verlaten. Een in-

tensieve samenwerking tussen de opleidingsinstituten en de universiteiten ligt in het kader hiervan zeker voor de hand, om op deze manier gezamenlijk ervoor zorg te dragen dat we de psychotherapeuten in opleiding *up to date* en goed opleiden.

Naast opleiden is de vertaalslag die wetenschappers moeten maken vanuit onderzoek richting de klinische praktijk heel belangrijk en tot nu toe onderbelicht. Als wetenschappers worden wij immers vooral afgerekend op publiceren in hoogwaardige tijdschriften, op het aantal keren dat we geciteerd worden, het aantal publicaties en het aantal subsidies dat we binnenhalen. Het zou helpen als ook het implementeren van nieuwe behandelmethoden in de praktijk meer gewaardeerd wordt, en het zou ook een belangrijk criterium moeten worden waar we als wetenschappers op beoordeeld worden.

Behalve de noodzaak van meer waardering uit de wetenschappelijke wereld, moeten we ons ook afvragen hoe we onze onderzoeksbevindingen beter kunnen laten landen in de praktijk. Uit onderzoek blijkt dat psychotherapeuten die een helder anekdotisch verhaal over één patiënt voorgeschoteld kregen meer bereid waren om te veranderen qua behandelstrategie dan een groep psychotherapeuten die een literatuuroverzicht kregen met mooie data en tabellen die de betreffende behandeling wetenschappelijk ondersteunden (Stewart & Chambless, 2009; 2010). En dit is niet alleen maar waar voor psychotherapeuten (Fagerlin, Wang, & Ubel, 2005). Ook onderzoek bij arts-assistenten binnen de cardiologie wijst uit dat zij zich meer door een anekdotisch verhaal laten beïnvloeden dan door de resultaten en statistiek van een mooi opgezet wetenschappelijk onderzoek (Ubel, Jepson, & Baron, 2001).

Niet voor niets is Freud de invloedrijkste psychotherapeut geworden. Hij is begonnen met veel mooie anekdotische vertellingen en heeft daarmee tot op de dag van vandaag een groot stempel kunnen drukken op de klinische praktijk. Dat naderhand bleek dat Freud het met de waarheid van zijn anekdotische verhalen niet zo nauw nam heeft de impact van zijn werk niet minder gemaakt.

Wij moeten als onderzoekers hieruit lering trekken en in onze presentaties op congressen meer gebruik gaan maken van goede casusbeschrijvingen bij onze onderzoeksresultaten. Verder kunnen wij als wetenschappers vaker meewerken aan het creëren van anekdotisch beeldmateriaal, zoals in het tv-programma *Levenslang met dwang*, maar ook in *Geef mij nu je angst*.

TOT SLOT

.....

Ik kom hiermee aan het slot van mijn verhaal. Waarschijnlijk heeft mijn eigen vlieg angst en de behandeling hiervan in 1989 door de cognitieve gedragstherapeuten uit Maastricht meer invloed gehad op mijn carrière dan ik destijds heb kunnen bevroeden. Door dit anekdotisch bewijs heb ik mij in mijn loopbaan beziggehouden met een groot aantal studies naar de effectiviteit van psychotherapie voor psychische problemen. Ik zou het ove-

rigens een uitdaging vinden om ook eens te onderzoeken of praten met de buurvrouw net zo goed werkt als bewezen effectieve psychotherapeutische behandelmethoden of als psychotherapeut werken op basis van je klinische intuïtie.

Ik heb gezegd.

Patricia van Oppen is met haar onderzoek verbonden aan de afdeling Psychiatrie van het VUmc. Daarnaast is zij als clinicus werkzaam binnen GGZ inGeest.
Correspondentieadres: Patricia van Oppen, afdeling Psychiatrie GGZ inGeest/VUmc, A.J. Ernststraat 1187, 1081 BL Amsterdam. E-mail: p.vanoppen@ggzingeest.nl

Summary Psychotherapy is helpful in reducing psychological problems. A large number of studies have demonstrated the effectiveness of different psychotherapeutic treatments for psychological problems such as anxiety, depression, post-traumatic stress disorder and schizophrenia. Unfortunately, research emphasise that we are still not able to predict treatment failures. In this inaugural lecture several reasons are mentioned why patients with mental health problems are deprived of evidence based psychotherapy. For example, psychotherapists apply their own preferences and make often use of their clinical intuition. So, 'evidence based' psychotherapy seems neglected in clinical practice. Several opportunities are mentioned to solve this problem, for example to improve the training during educational programme of psychotherapists. Research findings are also used during the workouts within the national selection of baseball and hockey players in the Netherlands. Therapists must learn to make 'evidence based' decisions that are not in accordance with their clinical intuition. Such as Louis van Gaal did with the crucial keepers exchange during the World Cup Soccer in 2014. Within the universities, it is important to obtain more appreciation for implementation of effective treatments in clinical practice. Furthermore, research has demonstrated that utilisation of anecdotal case reports have more affect on clinical practice than commonly used scientific research articles.

Key words: *psychotherapy, guidelines, clinical intuition, anecdotal cases, evidence based*

Literatuur

Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration: Sundström, J., Arima, H., Woodward, M., Jackson, R., Karmali, K., Lloyd-Jones, D., ... Neal, B. (2014). Blood pressure-lowering treatment based on cardiovascular

risk: A meta-analysis of individual patient data. *Lancet*, 384, 591-598.
 Fagerlin, A., Wang, C., & Ubel, P. A. (2005). Reducing the influence of anecdotal reasoning on people's health care decisions: Is a picture worth a thousand statistics? *Medical Decision Making*, 25, 398-405.

- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. Leipzig/Wien: Franz Deuticke.
- Haddock, G., Eisner, E., Boone, C., Davies, G., Coogan, C., & Barrowclough, C. (2014). An investigation of the implementation of NICE-recommended CBT interventions for people with schizophrenia. *Journal of Mental Health, 23*, 162-165.
- Hovens, J. G., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 126*, 198-207.
- Jakubowski, E., Diniz, J. B., Valerio, C., Fossaluza, V., Belotto-Silva, C., Gorenstein, C., ... Shavitt, R. G. (2013). Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety, 30*, 763-772.
- Jonas, D. E., Cusack, K., Forneris, C. A., Wilkins, T. M., Sonis, J., Middleton, J. C., ... Gaynes, B. N. (2013). *Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD)* (2013 Apr. Report). USA: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., ... Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *The New England Journal of Medicine, 342*, 1462-1470.
- Kempe, P. T., van Oppen, P., de Haan, E., Twisk, J. W., Sluis, A., Smit, J. H., van Dyck, R., & van Balkom, A. J. (2007). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder: Logistic regression versus Cox regression for recurrent events. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*, 201-210.
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., ... Thase, M. E. (REVAMP Investigators) (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: The REVAMP Trial. *Archives of General Psychiatry, 66*, 1178-1188.
- Kooistra, L. C., Wiersma, J. E., Ruwaard, J., van Oppen, P., Smit, F., Lokkerbol, J., ... Riper, H. (2014). Blended vs. face to face cognitive behavioural treatment for major depression in specialized mental health care: Study protocol of a randomized controlled cost-effectiveness trial. *BMC Psychiatry, 14*, 290.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry, 74*, 595-602.
- Moradveisi, L., Huibers, H., Renner, F., & Arntz, A. (2014). The influence of patients' preference/attitude towards psychotherapy and antidepressant medication on the treatment of major depressive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*, 170-177.
- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, A. J., Schatzberg, A. F., ... Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 100*, 14293-14296.
- NICE. (2009). *Guidelines Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management in schizophrenia in adults primary and secondary*. UK: Nationale Institute for Health and Care Excellence.
- Patel, S. R., & Simpson, H. B. (2010). Patient preferences of obsessive-com-

- pulsive disorder treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1434-1439.
- Renner, F., Penninx, B. W., Peeters, F., Cuijpers, P., & Huibers, M. J. (2013). Two-year stability and change of neuroticism and extraversion in treated and untreated persons with depression: Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 150, 201-208.
- Schulte, D., Künzel, R., & Pepping, G. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- Sharma, E., Thennarasu, K., & Reddy, Y. C. (2014). Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder in adults: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 1019-1027.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 595-606.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2010). Interesting practitioners in training in empirically supported treatments: Research reviews versus case studies. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 73-95.
- Stewart, R. E., Chambless, D. L., & Baron, J. (2012). Theoretical and practical barriers to practitioners' willingness to seek training in empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 8-23
- Thase, M. E., Kingdon, D., & Turkington, D. (2014). The promise of cognitive behavior therapy for treatment of severe mental disorders: A review of recent developments. *World Psychiatry*, 13, 244-250.
- Ubel, P. A., Jepson, C., & Baron, J. (2001). The inclusion of patient testimonials in decision aids: Effects on treatment choices. *Medical Decision Making*, 21, 60-68.
- van Buuren, A. A. D. (2015). *Presentatie tijdens praktijkopleidersoverleg ggz-psycholoog*. Amsterdam: RINO.
- van Dijk, M. K., Oosterbaan, D. B., Verbraak, M. J., Hoogendoorn, A. W., Penninx, B. W., & van Balkom, A. J. (2015). Effectiveness of the implementation of guidelines for anxiety disorders in specialized mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132, 69-80.
- van Dijk, M. K., Oosterbaan, D. B., Verbraak, M. J., & van Balkom, A. J. (2013). The effectiveness of adhering to clinical-practice guidelines for anxiety disorders in secondary mental health care: The results of a cohort study in the Netherlands. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19, 791-797.
- van Oppen, P., Eikelenboom, E., Hoogendoorn, A., & van Balkom, A. J. L. M. (2015). *Two year course in OCD*. Presentation EABCT Jerusalem, 31 august-3 september.
- van Schaik, D. J., Klijn, A. F., van Hout, H. P., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., de Haan, M. & van Dyck, R. (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 26, 184-189.
- Verweij, G., & Houben-van Hertten, M. (2013). *Bevolkingstrends 2013: Depressiviteit en antidepressiva in Nederland*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Wardenaar, K. J., Conradi, H. J., Bos, E. H., & de Jonge, P. (2014). Personality modulates the efficacy of treatment in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 916-923.
- Watts, B. V., Shiner, B., Zubkoff, L., Carpenter-Song, E., Ronconi, J. M., & Coldwell, C. M. (2014). Implementation of evidence-based psychotherapies for posttraumatic stress disorder in VA specialty clinics. *Psychiatric Services*, 65, 648-653.

- Werkgroep Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie). (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Wiersma, J. E., van Schaik, D. J., Hoogendorn, A. W., Dekker, J. J., Van, H. L., Schoevers, R. A., ... van Oppen, P. (2014). The effectiveness of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 263-269.
- Wiersma, J. E., van Schaik, D. J., & van Oppen, P. (2015a). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy voor de behandeling van chronische depressie. In M. Pijnenborg & W. Scholten (Eds.), *Protocolen voor de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wiersma, J. E., van Schaik, D. J., & van Oppen, P. (2015b). Neem de regie over je depressie. Werkboek voor de patiënt. In M. Pijnenborg & W. Scholten (Eds.), *Protocolen voor de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Xian, W., & McKeon, F. (2011). The challenges and hopes of personalized cancer medicine. *Genome Medicine*, 3, 22.