

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# (Cognitieve) gedragstherapie en cognitieve (gedrags-) therapie

Omzien en vooruitzien in verwondering

---

JAN VAN DEN BOUT<sup>1</sup>

## *Samenvatting*

---

Gedragstherapie en cognitieve therapie, heden ten dage veelal aangeduid met de overkoepelende term CGT, hebben de afgelopen vijf decennia het psychotherapeutische veld drastisch veranderd. Begonnen als nauwelijks getolereerde nieuwe psychotherapeutische benadering(en) geldt CGT anno 2016 nationaal en internationaal als de meest invloedrijke en best onderzochte psychotherapeutische stroming. In dit artikel worden vanuit een historisch overzicht een aantal kritische kanttekeningen gemaakt bij dit enorme succes. Deze omvatten onder meer de vraag (1) of CGT kan worden gezien als een waarlijk geïntegreerde therapievorm, (2) of het in de jaren negentig van de vorige eeuw stilzwijgend aanvaarden van het ziektemodel van de DSM en dus van een stoornisgerichte benadering een wetenschappelijk verantwoorde strategie is geweest, en (3) of de RCT inderdaad als de gouden standaard voor vergelijkend therapie-effectonderzoek kan worden gezien. Ten slotte worden enkele recente ontwikkelingen becommentarieerd, waaronder de transdiagnostische benadering en de netwerkanalyse van psychische klachten.

*Trefwoorden: GT, CT, CGT, REBT, geschiedenis, DSM, transdiagnostisch, RCT; netwerk-analyse*

- 1 Deze bijdrage is mede gebaseerd op het afscheidscollege dat de auteur hield bij zijn emeritaat als hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit Utrecht. De auteur is Ineke Kienhorst en Rien van Uden (UvT) erkentelijk voor commentaar op eerdere versies van deze bijdrage.

INLEIDING

.....

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is van ver gekomen. In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw werd gesproken van ‘psychotherapie en gedragstherapie’. Gedragstherapie was dus geen (echte) psychotherapie, ze was een tweederangsbenadering. Op zijn positiefst gezegd: ze werd gedoogd. Maar een betere beschrijving is: er werd op neergekeken. Nu, vijftig jaar later, is CGT de leidende psychotherapeutische stroming. Parallel hieraan is de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT) de grootste psychotherapievereniging van Nederland, met bijna vijfduizend leden. En minstens zo belangrijk: ook in grote delen van Europa en andere werelddelen bloeit de CGT.

Vanuit de VGCT kan en mag met tevredenheid worden teruggekeken op wat er in de afgelopen vijf decennia tot stand is gebracht. Maar het zou verkeerd zijn om op de lauweren te gaan rusten. Als voorbeeld: weliswaar treedt de VGCT naar buiten met de bewering dat CGT een *evidence-based* benadering is, dat het ‘de therapie [is] die werkt,’ maar dergelijke uitingen dienen genuanceerd te worden. Globaal gesproken werkt CGT in 60% van de gevallen, wat goed nieuws is, maar anderzijds is 40% toch nog een aanzienlijk percentage. Bovendien veranderen die percentages al enkele decennia niet noemenswaard. In deze bijdrage benoem ik enkele ontwikkelingen die mij al langere tijd verbazen en soms zorgen baren.

EEN GESCHIEDENIS EN PLAATSBEPALING

.....

*Gedragstherapie*

.....

Gedragstherapie ontstond in de jaren vijftig van de vorige eeuw. Het was een reactie op het toen zeer dominante psychoanalytische en ook *client-centered* gedachtegoed. Belangrijk was daarnaast een publicatie van Eysenck (1952), die in een overzichtsartikel concludeerde dat de effecten van psychotherapie feitelijk nihil waren. De vroege gedragstherapie was sterk leertheoretisch georiënteerd. Centraal stonden de (toepassing van de) leerprincipes klassieke conditionering (Pavlov) en operante conditionering (Skinner). Bij beide leerprincipes ging en gaat het om relaties tussen problematisch gedrag (en emoties) en omgevingsstimuli (antecedente en consequente stimuli). Cognitieve processen werden niet van belang gedacht, maar tussen haakjes gezet en als epifenomenen gezien. Het behoeft geen betoog dat vanuit psychoanalytische en ook client-centered kringen deze nieuwe benadering als radicaal anders werd gezien.

*Cognitieve therapie*

224

Iets later in die jaren vijftig ontwikkelde Albert Ellis de rationele therapie, door hem wat later aangeduid als rationeel-emotieve therapie (RET) en nog later als *rational emotive behavior therapy* (REBT). Ellis was opgeleid als psychoanalyticus en had een aantal jaren als zodanig gepraktiseerd. Hij raakte gaandeweg teleurgesteld in de effecten die met psychoanalyse bereikt werden. Hij ontwikkelde zich later tot een geharnast criticus van de psychoanalyse. Hoe fel en lezenswaardig zijn kritiek op de psychoanalyse ook was, gezegd moet worden dat hij toch schatplichtig is aan de psychoanalyse: het cliënten bewust laten maken van 'voorbewuste' denkinhouden is in essentie een freudiaanse notie. Ellis heeft zich naar eigen zeggen bij de ontwikkeling van zijn benadering laten inspireren door de Stoa, door het boeddhisme, maar ook bijvoorbeeld door Kelly's psychologie van de *personal constructs*.

Aaron (Tim) Beck ontwikkelde in de jaren zestig zijn cognitieve therapie, aanvankelijk alleen voor depressie. Er zijn overeenkomsten tussen REBT en Becks cognitieve therapie, maar er zijn ook aanmerkelijke verschillen. Die verschillen hebben met name betrekking op de aard van de cognities die verondersteld worden van betekenis te zijn voor emotionele en gedragsmatige problemen. Het is hier niet de plaats om in te gaan op deze verschillen (zo zijn kernopvattingen à la Beck geen kernopvattingen à la REBT), maar het is wel van belang om te vermelden dat naar mijn inzicht de consequenties van deze verschillen voor de feitelijke therapeutische praxis groot zijn. Als voorbeeld: men kan aan een patiënt met hypochondrie via meerdere technieken (bijvoorbeeld de taartpunttechniek) duidelijk maken dat hij de kans om een dodelijke ziekte te krijgen grotelijks overschat (benadering à la Beck), maar ook in het geval dat hij daardoor wordt gerustgesteld, leert de klinische praktijk nogal eens dat hij vrij snel daarna met verdere hypochondrische angstklachten komt (en soms ook nieuwe klachten), vergezeld met opmerkingen als: 'Je weet het maar nooit. Ik kan (toch) heel goed een dodelijke ziekte krijgen. Ik vind de (nieuwe) kans daarop nog steeds niet echt klein.' In dergelijke gevallen (of misschien wel altijd) lijkt het therapeutisch raadzaam (althans, dat zou REBT bij voorkeur doen) ook diepere (kern)opvattingen te exploreren en te bewerken (zoals: 'Het mag mij gewoon niet overkomen'), en dus in te gaan op de situatie dat de persoon wel degelijk een dodelijke ziekte krijgt (*assuming the worst*).

Het is inmiddels gebruikelijk om de term cognitieve therapie (CT) in twee betekenissen te gebruiken. De enge betekenis is de CT van Beck. De brede betekenis is een overkoepelende aanduiding voor meerdere cognitieve therapieën, waarvan dan de belangrijkste die van Beck en Ellis zijn. Beide benaderingen zijn ontstaan in de Verenigde Staten en pas later in Nederland geïntroduceerd. In Nederland werd RET geïntroduceerd in het begin van de jaren zeventig, waarbij vooral Diekstra een belangrijke rol heeft gespeeld.

Becks benadering werd pas veel later in Nederland geïntroduceerd, naar mijn inschatting in het midden van de jaren negentig.

*CT: een geïntegreerde benadering?*

De lotgevallen van deze twee belangrijke cognitief-therapeutische stromingen zijn in Nederland verschillend geweest. REBT is in essentie een diepgaande, radicaal-filosofische aanpak, en ontmoette nogal wat weerstand. De introductie van Becks benadering gebeurde in mijn herinnering tamelijk geruisloos en geleidelijk. Deze verschillende ontvangst heeft meerdere achtergronden. De beide protagonisten van CT zijn sterk verschillende persoonlijkheden. Ellis was te karakteriseren als een rouwdouwer, wiens gebruik van schuttingwoorden niet meehielp. Beck komt veel vriendelijker over en zijn therapeutische boodschap is minder controversieel. Een aspect waarvan het belang mogelijk is onderschat, is dat de psychiater Beck zich aanvankelijk uitsluitend richtte op één klacht: depressie. Pas veel later paste hij zijn benadering toe op andere klachten en stoornissen. De ‘stoornisgerichte’ aanpak was dus bij Beck van het begin af aan prominent en die coïncideerde met de opkomst van het DSM-stoornisdenken (zie hierna) en min of meer parallel hieraan met de RCT-aanpak (zie eveneens hierna) als de onderzoeksmethode die bij uitstek hoort bij het evidence-based denken. Daarentegen richtte Ellis zijn theorie en therapeutische aanpak op het gehele scala van psychopathologische klachten. Zijn theoretische concepten waren niet of nauwelijks expliciet op één stoornis gericht.

Het stoornisdenken maakt het goed mogelijk om onderzoek te doen. Daarnaast zijn de concepten van REBT moeilijk te operationaliseren. Het gevolg is geweest dat er inderdaad veel meer ‘stoornis’-gericht effectonderzoek is gedaan naar Becks CT dan naar REBT.

In Nederlandstalige leerboeken is het heden ten dage gebruikelijk om REBT zeer kort te noemen en vervolgens over te gaan op een bespreking van Becks benadering, zoals voornamelijk verwoord in de schrifturen van Judith Beck en van Padesky. CT wordt dus min of meer gelijkgesteld met Becks benadering. Korrelboom en ten Broeke (2014) zijn in hun bekende leerboek zelfs van mening dat ‘op het niveau van het therapeutisch aangrijpingspunt er geen principiële verschillen bestaan tussen de beide benaderingen’ (p. 46). CT en REBT zijn mijns inziens echter fors verschillend. En anders dan de communis opinio in therapeutisch Nederland is REBT een veel diepgravender benadering dan Becks benadering en primair op filosofische veranderingen gericht als middel tot gewenste gevoels- en gedragsveranderingen.

In het voorbijgaan zij nog vermeld dat het in navolging van Hayes (2004) inmiddels gebruikelijk is om te spreken van een CGT van de derde generatie, met GT als eerste generatie en CT als tweede generatie. Hayes benadrukt met name *acceptance*- en *mindfulness*-interventies, die zodanig anders zouden zijn dan de eerste generatie (GT) en tweede generatie (CT) dat ze de term

‘derde generatie’ verdienen. Met Hofmann en Asmundson (2008), en Fruzetti en Erikson (2010), heb ik daar grote twijfels over, maar bespreking van deze kwestie laat ik buiten deze bijdrage.

### *CGT: een geïntegreerde therapievorm van GT en CT?*

---

In de laatste drie decennia van de vorige eeuw werd binnen GT het belang van cognities telkens meer benadrukt. Mede daardoor kwam er meer aandacht voor de benaderingen van Ellis en Beck. In de loop van de tijd is CT nauwelijks veranderd, maar is GT sterk veranderd. Zijn GT en CT inmiddels zodanig geïntegreerd dat er echt van CGT gesproken kan worden? De titel van het voornoemde leerboek van Korrelboom en ten Broeke luidt: *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. De term ‘geïntegreerd’ slaat hier op de in-nige verbondenheid van CGT met de psychologische wetenschap. De auteurs achten GT en CT al zodanig geïntegreerd dat die integratie geen vermelding meer behoeft. In dit verband melden ze zelfs: ‘CGT, GT of CT: er wordt hetzelfde mee bedoeld’ (p. 33), wat feitelijk onjuist is. In een toenemend aantal leerboeken dat de term ‘CGT’ in de titel voert, staat bijvoorbeeld geen letter over leertheorieën, terwijl die toch algemeen als het kernstuk van de GT worden gezien.

Volgens Korrelboom en ten Broeke zijn GT en CT geïntegreerde benaderingen: ‘De integratie komt het best tot uitdrukking in de diverse evidence-based interventies die inmiddels voor diverse ziektebeelden zijn ontwikkeld’ (p. 61). Het is een verbluffend argument. Dergelijke evidence-based interventies, veelal in de vorm van geprotocolleerde behandelingen, zijn nage-nog altijd samengesteld uit diverse *packages*: een snufje GT hier, een snufje CT daar, in wisselende combinaties. Het zijn op zijn hoogst samenvoegingen, die het predicaat ‘geïntegreerd’ mijns inziens niet verdienen.

### *Van VGt naar VGct*

---

In 2002 werd de naam VGt veranderd in VGct: Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie. Aanleiding voor die door het VGt-bestuur voorgestelde naamsverandering was tweemaal: presentaties op congressen en artikelen in de relevante vaktijdschriften raakten in overgrote mate CT-georiënteerd. Daarnaast waren er beginnende initiatieven om tot een eigen organisatie van CT te komen, dan wel aansluiting te zoeken bij andere al gevestigde psychotherapieverenigingen. Na veel discussies stemden uiteindelijk ook (of juist) geharnaste GT’ers in met deze naamswijziging, omdat daarmee werd benadrukt dat GT en CT duidelijk onderscheiden zaken zijn. Let wel, de naamgeving werd GT *en* CT, niet CGT, al komt het nog geregeld voor dat leden spreken en schrijven over de ‘Vereniging voor Cognitieve Gedragstherapie’. De gekozen nieuwe naam sloot aan bij internationale ontwikkelingen. De Europese koepelvereniging had al eerder haar naam veran-

derd in European Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Ook daar dus het woordje *and*. Opmerkelijk is daarnaast dat de meervoudsvorm wordt gebruikt.

De gevolgen van de naamsverandering naar VGCT zijn mijns inziens nog steeds niet voldoende uitgekristalliseerd. Zo veranderden weliswaar de basisdiscussies van naam (het woordje 'cognitief' werd toegevoegd), maar niet of nauwelijks van inhoud. CT wordt nog steeds stiefmoederlijk bedeed. Daarnaast is er de sterke tendens dat CT min of meer wordt ingevoegd in het dominante GT-kader.

'TRANSDIAGNOSTISCH': DE GOTSPE VAN DE EEUW

.....

*De DSM en het medisch model*

.....

Hoe keek in de jaren zeventig van de vorige eeuw een gedragstherapeut aan tegen psychische klachten? Bekijken we daartoe het klassieke leerboek *Inleiding tot de gedragstherapie* van de Moor en Orlemans (1972). Enkele citaten: 'De wetenschappelijke opvattingen die men huldigt over het abnormale gedrag en over wat therapie daaraan kan veranderen, werden tot voor kort geïnspireerd door het *medisch model* ofwel het *ziektemodel*' (p. 116). De auteurs maken duidelijk hoe bij het medisch model abnormaal gedrag wordt gezien als een symptoom van een dieper liggende oorzaak. Hoe anders ligt dat bij het [...] *psychologisch model*, dat met de opkomst van de gedragstherapie sterk de aandacht krijgt [...] Er is in zich geen verschil tussen normaal en abnormaal gedrag [...] Het heeft in deze opvatting geen zin om te spreken over symptomen en de dieper liggende oorzaak. Het symptoom *is* de *neurose*' (p. 116).

Contrastreren we deze toen radicaal nieuwe visie van GT met huidige (inter)nationale leerboeken over klinische psychologie en CGT. Gray start in zijn op veel universiteiten gebruikte inleidende psychologieleerboek in het hoofdstuk over *mental disorders* direct met de DSM. Hij geeft de DSM-definitie van mental disorders weer en schrijft: '*This definition treats mental disorders as analogous to medical diseases and borrows from medicine the terms symptom and syndrome*' (Gray, 2002, p. 611). In Nederland zijn de protocollaire boeken van Keijsers, van Minnen en Hoogduin zeer bekend en worden in veel CGT-opleidingen gebruikt. Ook deze gaan uit van het medische model, en dus van ziekte-entiteiten. Keijsers, Vossen en Keijsers (2013) zeggen het buitengewoon duidelijk: 'Protocollaire behandelingen passen bij psychotherapeutische stromingen die het niet erg vinden om in termen van classificeerbare psychische stoornissen en stoornisgerichte behandelingen te denken zoals dat in een medisch model het geval is' (p. 29). Ik vermoed dat jongere lezers hier niet van op kijken. Zij zijn als het ware opgevoed binnen

het kader van de DSM. En ik vermoed ook dat veel oudere lezers hier niet van opkijken, al is dat in feite zeer opmerkelijk. Kenmerkend voor GT (en voor CT) was in de jaren zeventig juist een radicale afwijzing van het medisch model. Nu, bijna vijftig jaar later, is dit medisch model voor psychische stoornissen kennelijk algemeen aanvaard en wordt het door vooraanstaande CGT'ers omhelsd. Hoe is dat zo veranderd? En heeft dit gevolgen gehad, ten goede of ten kwade? In het volgende doe ik een poging tot verduidelijking.

De DSM-I verscheen in 1952. De DSM-II in 1968, de DSM-III in 1980. In mijn opleiding en in mijn eerste werkjaren heb ik er nooit van gehoord. Ergens in de jaren tachtig van de vorige eeuw hoorde ik er voor het eerst van. Wat was er gebeurd? In de psychiatrische epidemiologie was een sterke beweging op gang gekomen om te komen tot eenduidige beschrijvingen van psychische stoornissen. Dat was een begrijpelijke ontwikkeling. Onderzoekers dienen te tellen en te meten, en dan helpt het niet echt om te beweren dat elk mens uniek is. Onderzoekers hadden niet-ambigue criteria nodig om psychische stoornissen vast te stellen, en dat geldt helemaal als men gezamenlijk onderzoek doet in verschillende landen. Daarnaast was het voor hulpverleners prettig dat tussen landen dezelfde diagnostische termen werden gebruikt voor dezelfde psychische verschijnselen. Aldus ontstonden de *Research Diagnostic Criteria* en de DSM-III werd in de lijn van die oppervlaktecriteriën gemodelleerd.

De DSM is een prototypisch medisch model. Dit 'ziekte-als-entiteit'-model is erop gericht 'symptomen onder te brengen in afzonderlijke categorieën van aandoeningen die worden verondersteld werkelijk te bestaan' (van den Bout, Kleber, & Brom, 1991, p. 81). Stoornissen worden als het ware gereïficeerd, tot een 'ding' gemaakt. Maar in het geval van psychische problemen dient hierbij wel een belangrijke kanttekening te worden gemaakt: *'[T]his disease model is a premise, not an empirically based concept. The premise holds that disturbances of the psychic "apparatus" manifest themselves as discrete entities'* (van Praag, 2000, p. 151). Kortom, psychische klachten zijn geen ziekten, maar men gaat er even van uit dat ze ziekten zijn. Ze zijn *bij wijze van spreken* ziekten. Of in de woorden van Robert Spitzer, die zeer belangrijk is geweest bij de ontwikkeling van het DSM-denken: DSM-classificaties en -diagnoses zijn in dit verband *hypotheses to be tested*.

Het DSM-systeem is vervolgens overgenomen door werkers in de ggz bij het classificeren en diagnosticeren van hun cliënten. Zij deden dit overigens zelden vrijwillig, maar werden daartoe aangestuurd door het management, dat codes en getallen wil zien, en verzekeraars die data wensen die naadloos in hun vergoedingssystemen passen. Het DSM-systeem is ook geleidelijk aan overgenomen binnen de CGT/VGCT. Het zou interessant zijn om te onderzoeken hoe en wanneer deze ontwikkeling zich heeft voltrokken, en waarom deze benadering vooral aangeslagen lijkt te zijn bij CGT. Mijn vermoeden is dat het vooral is aangeslagen omdat het psychische klachten zo prettig on-



derzoekbaar maakt. De CGT heeft zeer geprofiteerd van het DSM-denken. Het DSM-denken leidt ertoe dat psychische problemen ‘hapklaar’ worden gemaakt tot ogenschijnlijke entiteiten, waar gestandaardiseerde interventies op los kunnen worden gelaten en op werkzaamheid kunnen worden onderzocht. Omdat in vergelijking met andere psychotherapeutische referentiekaders CGT meer gelieerd is aan onderzoek, pakte dat goed uit. CGT werd de evidence-based benadering, omdat in talloze RCT’s positieve effecten van CGT werden gevonden.

Maar de DSM-manier van bezien van psychische klachten had gevolgen die als problematisch moeten worden aangemerkt. Ik beperk me hier tot een drietal:

- 1 *Selectief luisteren*. De eerste taak in de ggz-hulpverlening lijkt heden ten dage ervoor te zorgen dat er een passend etiket van een DSM-stoornis wordt gevonden. Men dient dus te letten op die symptomen die relevant zijn voor de classificatie van één of meerdere stoornissen. Dit kan impliceren dat men voor de classificatie ‘niet-relevante’ symptomen terzijde schuift. De hulpverlener filtert het verhaal van de cliënt en luistert selectief. In de woorden van psychiater Tucker, die daar in een *editorial* in een psychiatrisch tijdschrift al vroeg aandacht voor vroeg: ‘*By using DSM, sometimes clinicians are treating the diagnosis and not the patient [...] We are not looking at or studying the patient’s phenomenology anymore, but are looking for the symptoms needed to make the diagnosis*’ (Tucker, 1998, p. 161).
- 2 *Comorbiditeit*. De DSM kijkt alleen naar symptomen, naar oppervlakteverschijnselen. De verschijnselen die bij een depressieve stoornis horen zijn geheel anders dan de verschijnselen die bij een angststoornis horen. Het gebeurt nogal eens dat patiënten voldoen aan de criteria voor een angststoornis, maar ook aan die voor een depressieve stoornis. Bij een ggz die stoornisgericht is opgezet is dan de vraag welke stoornis het eerst behandeld moet worden. Als binnen een ggz-instelling deze DSM-classificatie geïnstitutionaliseerd is in termen van aparte afdelingen of teams, zal de cliënt naar het team ‘angst’ moeten of naar de afdeling ‘depressie’. De realiteit kan zijn dat hij enkele keren heen en weer geschoven wordt tussen de verschillende afdelingen en de daarbij behorende behandelingen. Hoe komt dit? Doordat de DSM alleen kijkt naar oppervlakteverschijnselen en hier twee ‘stoornissen’ vaststelt, terwijl het goed mogelijk is dat het onderliggende verklarende proces (bijvoorbeeld perfectionisme) bij beide ‘stoornissen’ identiek is en er dus maar één probleem is. Daarnaast geldt dat, omdat er met de DSM twee stoornissen zijn gediagnosticeerd, er sprake is van comorbiditeit, waardoor de cliënt al gauw wordt gezien als een ‘complexe casus’. Echter, mogelijk is de problematiek van de cliënt niet complex, maar leidt een ondoordacht indelingssysteem, casu quo een indelingssysteem dat uitgaat van een forse

veronderstelling – namelijk dat psychische klachten eigenlijk identiek zijn aan medische ‘ziekte-entiteiten’ – tot onnodige complexiteit.

Cliënten ontwikkelen na herstel nogal eens een andere stoornis. Vanuit het hier geschetste onderliggende verklarende proces is dat niet verwonderlijk. De bovengenoemde hypochondriepatiënt, die in feite eist dat hem geen ellende of dodelijke ziekte mag overkomen, is buitengewoon vatbaar voor andere DSM-stoornissen, zoals gegeneraliseerde angststoornis (GAS) of obsessieve-compulsieve stoornis (OCS). Vanuit de DSM gezien zijn dit allemaal aparte stoornissen, terwijl het in feite slechts gaat om één buitengewoon onhandig onderliggend proces of onderliggende kernopvatting.

- 3 *Diversiteit van klinische beelden binnen één ‘stoornis’.* Hoewel de criteria voor wat een symptoom is tamelijk helder zijn, is het nettoresultaat van de DSM-systematiek dat binnen een bepaalde stoorniscategorie (zoals depressie of schizofrenie) er vele, zeer verschillende klinische beelden kunnen zijn. Dit komt doordat er bijvoorbeeld aan slechts vier van de acht criteria hoeft te worden voldaan, en die acht criteria kunnen zeer verschillend zijn (van den Bout & Kleber, 2013; van Os, 2015). Hierdoor kan het gebeuren dat twee patiënten eenzelfde stoornis krijgen toegedicht, terwijl ze niet of nauwelijks dezelfde symptomen gemeen hebben. Galatzer-Levy en Bryant (2013) lieten zien dat er 79.794 unieke combinaties van DSM-IV-symptomen mogelijk zijn, die allemaal vallen binnen de stoornis PTSD. Past men de DSM-5-criteria toe, dan leidt dat tot meer dan 600.000 combinaties.

Bij dit alles is natuurlijk de cruciale vraag of psychische klachten inderdaad als medische ‘ziekte-entiteiten’ te karakteriseren zijn. Sinds kort valt hieromtrent een omslag in het denken te bespeuren (McNally et al., 2015; van Os, 2015). Ondanks vele jaren onderzoek en miljarden uitgegeven dollars zijn de resultaten van onderzoek naar neurobiologische substraten of genen van psychische stoornissen zeer teleurstellend. Er zijn nauwelijks verbanden gevonden, en als er iets gevonden is, is de verklaarde variantie zeer gering. Het ‘DSM-paradigma’ is dan ook aan het wankelen. Het Amerikaanse Nationale Instituut voor Geestelijke Gezondheid, dat zeer veel onderzoek financiert, gooide drie jaar geleden bij monde van zijn directeur Insel een grote steen in de vijver. Enkele weken voor het verschijnen van de DSM-5 schreef hij onomwonden: *‘While DSM has been described as a “Bible” for the field, it is, at best, a dictionary, creating a set of labels and defining each’* (Insel, 2013). Hij vindt dat het tijd is voor een paradigmaverschuiving. Hij wil naar een nieuw classificatiesysteem toe, dat niet meer op louter uiterlijke symptomen is gebaseerd. En hij heeft besloten geen dollar meer uit te geven voor onderzoek dat uitgaat van de DSM.

*Transdiagnostisch denken*

Psychische ziekten volgens de DSM zijn geen ziekten, ook al zijn we dat zo gaan zien door het ‘ziekte-als-entiteit’-denken. In recentere literatuur valt in dit verband de term ‘transdiagnostisch denken’: het denken over psychische problemen, en van daaruit over oplossingen, *voorbij het diagnostische denken van de DSM* (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004). Ik ben daar zeer voor, maar kan niet nalaten daaraan toe te voegen dat de term ‘transdiagnostisch denken’ binnen CGT mijns inziens de *canard* dan wel de *gotspe* van de eeuw is. Er werd immers al ‘transdiagnostisch’ gedacht voordat de DSM zo invloedrijk werd. Het is met andere woorden geen nieuwe manier van denken, maar simpelweg een voortzetting van denken dat er al was en dat een tijdlang door het DSM-denken op de achtergrond is geraakt of, zo men wil, verdrongen is.

Ik wil niet verheugen te zijn over deze ontwikkeling. In mijn stukjes als voorzitter van de VG(C)t heb ik vaak op het DSM-aambeeld gehamerd, zoals blijkt uit het volgende citaat: ‘Het heeft mij zeer verbaasd dat hulpverleners zo makkelijk zijn meegegaan met deze ontwikkeling. Dat geldt in het bijzonder voor gedragstherapeuten, omdat die toch geneigd zijn (als het goed is) klachten, c.q. stoornissen, niet te zien als vaststaande entiteiten, maar als zijnde onderhevig aan stimuli. Dit soort denken staat naar mijn idee haaks op wat de essentie is van de gedragstherapeutische optiek’ (van den Bout, 2002).

Niet elke CGT-therapeut is blij met deze ontwikkeling. ‘De psychotherapie wordt bedreigd en kan zich in deze tijd niet veroorloven om de DSM-5 af te wijzen’ (Keijsers, 2014, p. 316). En er doemen lastige vragen op, zoals: Hoe dienen we om te gaan met de voornamelijk DSM-gestuurde evidence-based protocollaire behandelingen, nu de grondslag daarvan zwaar onder vuur ligt?

## DE RANDOMIZED CLINICAL TRIAL: DE ‘GOUDEN STANDAARD’?

CGT heet een evidence-based benadering te zijn. De belangrijkste onderbouwing voor die bewering is het vele onderzoek dat is uitgevoerd naar de werkzaamheid van CGT. Bij dat onderzoek wordt gebruikgemaakt van een onderzoeksvorm die algemeen gezien wordt als de ‘gouden standaard’: de *randomized clinical trial* (RCT), die ik hier als bekend veronderstel.

RCT’s komen uit de geneeskunde, in het bijzonder uit de farmacologie. Zoals we hierboven al zagen, is kenmerkend voor de geneeskunde dat er (met recht en met succes) gedacht wordt in termen van ziekte-entiteiten. Daarnaast is een vereiste dat de onafhankelijke variabele zo weinig mogelijk variatie vertoont. Immers, als er een effect wordt gevonden, moet dit effect ondubbelzinnig kunnen worden toegeschreven aan de interventie en mag deze dus niet variëren. In de farmacologie kan in verreweg de meeste geval-

len gemakkelijk aan die twee voorwaarden worden voldaan. Er is sprake van een duidelijk omschreven ziekte(entiteit) en de interventie is helder, bijvoorbeeld precies 20 mg van een of ander geneesmiddel.

Wordt aan die beide voorwaarden voldaan bij RCT-onderzoek naar psychische klachten en stoornissen? Hierboven zagen we dat het buitengewoon dubieus is of aan de eerste voorwaarde is voldaan. DSM-entiteiten zijn *gemodelleerd* naar somatische ziekte-entiteiten, maar *zijn* het niet. Of aan de tweede voorwaarde voldaan wordt, is evenzeer dubieus. Er lijkt wel degelijk aan voldaan te worden, omdat er in dergelijk RCT-onderzoek vrijwel altijd protocollair gewerkt wordt. De te onderzoeken interventie is dus min of meer uniform. Toch heb ik daar twijfels over. Bekijken we bijvoorbeeld de veelgebruikte ‘protocollaire’ boeken van Keijsers, van Minnen en Hoogduin (2011). De bijlagen van de protocollaire behandelingen betreffen nogal eens een G-schema (of een ABC-schema). Hoe men dergelijke schema’s gebruikt, kan zeer verschillen, en evenzeer kan de aard of ‘diepte’ van de te bewerken cognities verschillen. De protocollaire aanpak van de ene hulpverlener kan dus fors verschillen van die van de andere hulpverlener, wat een grote tegenstelling vormt tot de uniforme aanpak bij het toedienen van een geneesmiddel.

Kortom, het is twijfelachtig of RCT’s in ons vakgebied mogen worden toegepast, en dit geldt a fortiori als het psychische klachten betreft waarvan de uitingsvorm zo verschillend kan zijn (bijvoorbeeld depressie of schizofrenie). Het is dan ook geen toeval dat in recente onderzoeksliteratuur weer meer en meer gebruikgemaakt wordt van N=1-designs.

Er kleven daarnaast andere nadelen aan RCT’s. In een lezenswaardig artikel sommen Cuijpers en Cristea (2015) een aantal manieren op (‘trucs’, zo men wil) waarop een onderzoeker in een RCT kan aantonen dat zijn therapie methode effectief is, ook al is dat niet het geval. Voorbeelden zijn het gebruiken van kleine steekproeven, van wachtlijstcontrolegroepen en van veel uitkomstmaten. (Het valt zeer te waarderen dat de auteurs expliciet melden dat ook zij weleens gebruik hebben gemaakt van sommige van deze methoden). Kortom, het is echt niet zo moeilijk om te ‘bewijzen’ dat een therapie methode effectief is. Parallel hieraan zien we de laatste jaren dan ook een ontwikkeling dat een toenemend aantal psychotherapeutische stromingen zichzelf evidence-based (mogen) noemen.

#### VOORUITBLIK

.....

Hoe zal CGT er in pakweg 2050 uitzien? Ik schets hieronder enkele ontwikkelingen die ik verwacht en maak daarbij vervolgens enkele kanttekeningen.

Gelet op het bovenstaande zal het geen verwondering wekken dat ik verwacht dat ons veld zich geleidelijk zal ontworstelen aan het DSM-juk. ‘Transdiagnostisch’ werken heeft de toekomst, een toekomst die zoals gezegd eerder

een doorstart had kunnen krijgen. Een veelbelovende nieuwe ontwikkeling, die hierop naadloos aansluit, is de *netwerkbenadering* (Borsboom, 2016). De essentie ervan is dat bij het leeuwendeel van de psychische klachten geen onderliggend syndroom aanwezig is, geen 'ziekte-entiteit'. Psychische klachten *zijn* simpelweg de 'symptomen', die elkaar als in een netwerk opjagen. Die klachtenpatronen zijn goed te detecteren, ook longitudinaal bij één persoon. Borsboom en Cramer (2014) leveren er ook passende analysemethoden bij, zowel toepasbaar bij een groep personen als binnen een persoon. Het resultaat is empirisch gevonden netwerken van symptomen, die men desgewenst 'stoornissen' kan noemen. Empirisch kan verder blijken dat er 'brug'-symptomen zijn, die deel uitmaken van twee 'stoornissen'.

Is deze benadering nieuw? Voor iedereen die ondergedompeld is in het DSM-denken is deze benadering zonder enige twijfel volstrekt nieuw en geeft ze talloze nieuwe perspectieven. De invloedrijke onderzoeker McNally is dan ook enthousiast over deze benadering en schrijft dat hiermee het *'comorbidity problem that has vexed our field'* is opgelost (McNally et al., 2015, p. 845), een probleem overigens dat ooit is ontstaan door het omarmen van de DSM-benadering. Zonder iets aan het innoverende karakter van Borsbooms bijdrage te willen afdoen, lijkt het mij dat zijn benadering sterk doet denken aan de werkwijze van de GT en CT voordat de DSM werd omarmd. De netwerkbenadering dwingt de CGT als het ware om het wiel opnieuw uit te vinden. Het opstellen van een holistische theorie à la Brinkman (1978) en vervolgens aan de hand van bepaalde criteria inzoomen op het als eerste 'te bewerken probleem' zou zomaar een werkwijze kunnen zijn die ook uit de netwerkbenadering voortspuit. Een belangrijk verschil is natuurlijk wel dat bij de netwerkbenadering de centraliteit van een symptoom primair statistisch-empirisch wordt vastgesteld, terwijl dat bij de holistische theorie gebeurt op grond van persoonlijke afwegingen door de therapeut. Een ander verschil is dat in de tot nu toe verrichte empirische 'netwerk'-exercities de keuze van de symptomen nog steeds gestuurd is vanuit de DSM, maar dat kan ook anders.

Een andere nieuwe ontwikkeling is *e-health*, die vele vormen kan aannemen. Online assessment en therapie kan onmiskenbaar voordelen hebben. Mensen kunnen bijvoorbeeld op ecologisch meer valide manier rapporteren wat op een bepaald moment hun gevoelens zijn en de intensiteit daarvan aangeven. Ze kunnen aangeven welk gedrag ze vertoonden. Die gegevens kunnen gekoppeld worden aan online verkregen fysiologische metingen.

Een derde potentieel belangrijke ontwikkeling lijkt *personalized medicine*, recentelijk voor ons vakgebied omgedoopt in *personalized mental health*. De term 'personalized medicine' is overigens afkomstig uit het neurobiologisch onderzoek, waar getracht wordt op grond van kennis over met name genen te komen tot voorspellingen over wat de beste aanpak is voor een individuele patiënt. Getransformeerd naar ons gebied houdt deze benadering in dat voor elke cliënt op grond van predictoren en mediators bepaald wordt welke psychotherapie de beste kansen biedt. Gegeven dat soort kenmerken

blijkt bijvoorbeeld goed voorspeld te kunnen worden of CT dan wel IPT de optimale behandeling is voor een bepaalde cliënt (Huibers, 2015). De term 'personalized' klinkt sympathiek, maar bedenk wel dat die term betrekking heeft op 'externe' persoonlijke kenmerken, zoals geslacht, kwaliteit van leven en aantal meegemaakte *life events*. De term impliceert niet dat dieper op de innerlijke gedachte- en belevingswereld van de betreffende persoon wordt ingegaan.

Deze drie recente ontwikkelingen zijn zinnig en bieden nieuwe perspectieven. Toch heb ik een kanttekening, die van toepassing is op elk van deze benaderingen. Vanuit de netwerkbenadering leggen McNally et al. (2015) uit hoe het elkaar opjagen van symptomen eruit kan zien: *insomnia* > *fatigue* > *feelings of worthlessness* > *insomnia*. Echter, de stap van *fatigue* > *feelings of worthlessness* is logisch niet dwingend. Het hangt af van cognities of vermoeidheid zal resulteren in opvattingen en gevoelens van waardeloosheid. Een persoon die denkt: 'Jammer dat ik vandaag zo moe ben, maar het is even niet anders,' zal zichzelf niet waardeloos achten of voelen. Met andere woorden, de symptomen waarop in de netwerkbenadering de facto de analyses worden losgelaten, zijn vooral gevoelens en gedragingen, maar zelden cognities, terwijl die wel degelijk van belang zijn en wellicht cruciaal in termen van interventies. Een soortgelijke kanttekening valt te maken bij e-health, voorzover die betrekking heeft op het met smartphones aftappen van informatie van cliënten. Ook die informatie zal primair betrekking hebben op gevoelens en gedrag. Maar wat betreft het rapporteren van wat cliënten eigenlijk denken is een empathische therapeut nodig, of op zijn minst een gerichte experiëntiële training in het identificeren van hun eigenlijke gedachten.

Deze kanttekening geldt ook voor het toepassen van (standaard) CT binnen personalized mental health. Op grond van mijn ervaring met honderden postmastercursisten denk ik te mogen beweren dat er veelal onvoldoende geluisterd wordt naar cliënten. Er wordt vaak te weinig doorgevraagd, en men neemt te snel genoegen met het 'begrijpen' van het verband tussen bepaalde cognities en daarmee samenhangende gevoelens en gedrag. En dat heeft gevolgen. De cliënt wordt onvoldoende gehoord, terwijl die wel degelijk gehoord en begrepen wil worden. Minstens zo belangrijk is dat als de behandelaar niet echt begrijpt hoe een cliënt zich door precies welke betekenisgevingen van streek maakt, de interventies ook navenant minder in de roos zullen zijn. Als de term 'personalized' meer letterlijk zou worden genomen, is daar grote winst te boeken. Daarom pleit ik voor waarlijk gepersonaliseerde, transdiagnostische CGT (zie bijvoorbeeld DiGiuseppe, Doyle, Dryden, & Backx, 2014), waarbij de soms idiosyncratische betekenisgevingen worden blootgelegd en bewerkt, teneinde de gewenste gevoelens en het beoogde gedragsdoel te bereiken.

**Jan van den Bout** is emeritus hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit Utrecht: Postbus 80.140, 3508 TC Utrecht. E-mail: j.vandenbout@uu.nl

**Summary** Nowadays commonly denoted with the generic term CBT, behavior therapy and cognitive therapy have dramatically changed the psychotherapeutic field in the previous five decennia. Initially a hardly tolerated new psychotherapeutic approach, CBT anno 2016 is viewed internationally as the most influential and thoroughly investigated psychotherapeutic approach. In this article, starting with a historical overview, critical comments are made on this huge success. These include (1) whether CBT can be conceptualized as a truly integrated approach, (2) whether during the nineties of the last century the tacit adoption of the DSM disease model and thus a disorder-focused approach has been a scientifically justified strategy, and (3) whether the RCT can indeed be conceptualized as the golden research standard for comparing the efficacy of different psychotherapeutic modalities. Finally, some recent developments are commented, such as the transdiagnostic approach and the network analysis of psychological complaints.

**Keywords:** *behavior therapy, cognitive therapy, CBT, REBT, history, DSM, transdiagnostic, RCT, network analysis*

#### Literatuur

- Borsboom, D. (2016). Bodemschatten. *De Psycholoog*, 51, 11-20.
- Borsboom, D., & Cramer, A. (2014). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121.
- Brinkman, W. (1978). Het gedrags-therapeutisch proces. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen, & W.P. Haaijman (Red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Cuijpers, P., & Cristea, I. A. (2015). How to prove that your therapy is effective, even when it is not: A guideline. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, September 2015, 1-8.
- de Moor, W., & Orlemans, J. W. G. (1972). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- DiGiuseppe, R., Doyle, K., Dryden, W., & Backx, W. (2014). *A practitioner's guide to rational-emotive behavior therapy* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fruzzetti, A. E., & Erikson, K. R. (2010). Mindfulness and acceptance interventions in cognitive-behavioral therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.) (pp. 347-372). New York: Guilford.
- Galatzer-Levy, I., & Bryant, R. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 651-662.
- Gray, P. (2002). *Psychology* (4th ed.). New York: Worth Publishers.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational

- frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hofmann, S., & Asmundson, G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16.
- Huibers, M. (2015). Voorbij het oordeel van de dodo. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 41, 174-186.
- Insel, T. (2013). Director's blog: Transforming diagnosis (April 29, 2013). Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Keijsers, G. (2014). Reactie op Derksen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40, 316-318.
- Keijsers, G., van Minnen, A., & Hoogduin, C.A.L. (Red.). (2011). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten. Deel I en II*. Amsterdam: Boom.
- Keijsers, G., Vossen, C., & Keijsers, L. (2013). Patiënten motiveren tot het uitvoeren van protocolaire behandelingen. In P. Emmelkamp & C. Hoogduin (Eds.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedrags therapie*. Bussum: Coutinho.
- McNally, R. J., Robinaugh, D., Wu, G., Wang, L., Deserno, M., & Borsboom, D. (2015). Mental disorders as causal systems: A network approach to posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science*, 3, 836-849.
- Tucker, G. J. (1998). Putting DSM-IV in perspective. *American Journal of Psychiatry*, 155, 159-161.
- van den Bout, J., & Kleber, R. (2013). Lessons from PTSD for complicated grief as a new DSM mental disorder. In M. Stroebe, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.), *Complicated grief* (pp. 115-128). London: Routledge.
- van den Bout, J., Kleber, R. J., & Brom, D. (1991). Traumaverwerking en rouw: Eenheid in verscheidenheid? In J. Winnubst, P. Schnabel, J. van den Bout & M. J. M. van Son (Eds.), *De metamorfose van de klinische psychologie* (p. 73-85). Assen: Van Gorcum.
- van Os, J. (2015). *De DSM-5 voorbij!* Leusden: Diagnosis.
- van Praag, H. M. (2000). Nosologomania: A disorder of psychiatry. *World Journal of Psychiatry*, 1, 151-158.