



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Overdraagbaarheid van het protocol 'cognitieve-gedragstherapie bij het chronisch vermoeidheidssyndroom'

Ellen Bazelmans, Judith Prins, Sigrid Hoogveld en Gijs Bleijenberg*

Samenvatting

Onlangs is het protocol 'cognitieve-gedragstherapie bij het chronisch vermoeidheidssyndroom' (CVS) verschenen. Met een eerdere versie van dit protocol is door dertien psychotherapeuten ervaring opgedaan in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Deze psychotherapeuten behandelden met dit protocol 82 patiënten met CVS. Uit de resultaten van dit onderzoek is gebleken dat de behandeling effectief is. Daarom is het belangrijk ook zicht te krijgen op de mogelijkheden de uitvoering van de behandeling over te dragen aan perifere behandelaars. De psychotherapeuten in dit onderzoek waren uitgebreid getraind en gesuperviseerd. Maar hebben zij ook gedaan wat zij verondersteld werden te doen? En wat vonden zij van de uitvoerbaarheid van deze protocollaire vorm van cognitieve-gedragstherapie voor CVS? Om hier antwoord op te krijgen, is aan het eind van eerdergenoemd onderzoek aan de dertien psychotherapeuten die de behandelingen uitvoerden, een vragenlijst voorgelegd. Door analyse van audio-opnamen van de sessies is nagegaan in hoeverre de therapeuten de verschillende aspecten van de behandeling ook volgens protocol hebben uitgevoerd. In 89 procent van de sessies bleek dat in voldoende mate te zijn gebeurd. Uit de vragenlijst bleek dat de psychotherapeuten vonden dat CVS-patiënten moeilijker te behandelen zijn dan patiënten met psychische klachten en patiënten met andere lichamelijke klachten. Het moeilijkste vond men het integreren van individuele problemen in de behandeling, het gebrek aan vertrouwen in de behandeling van de patiënt en het omgaan met onvoldoende motivatie. Met name voor deze aspecten lijkt, naast het ter beschikking stellen van het protocol, extra training noodzakelijk. Het protocol zal zo geschreven moeten zijn dat de therapeut het protocol kan individualiseren en handreikingen krijgt met betrekking tot het motiveren van de patiënten.

Inleiding

Protocollen voor psychotherapie, ten behoeve van zowel onderzoek als opleiding en praktijk, bestaan al ruim 25 jaar (Luborsky & De Rubeis, 1984). Door de American Psychological Association (APA) is in 1993 een taakgroep in het leven geroepen om te adviseren over het gebruik van empirisch gevalideerde behandelingen in de klinische praktijk en in de opleiding van psychotherapeuten. Naar aanleiding van het rapport van deze taakgroep, de Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological

* E. Bazelmans is GZ-psycholoog en gedragstherapeut. Zij is verbonden aan de afdeling Medische Psychologie van het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen. Correspondentieadres: mevr. E. Bazelmans, UMC St Radboud, afdeling Medische Psychologie, Postbus 9101, 6500 HB, Nijmegen. E-mail: e.bazelmans@cksmmps.azn.nl. Drs. J. Prins is klinisch psychologe. Zij is verbonden aan de afdeling Medische Psychologie van het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen. Drs. S. Hoogveld is psychologe. Zij is verbonden aan de afdeling Medische Psychologie van het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen. Drs. J. Prins is klinisch psycholoog. Hij is verbonden aan de afdeling Medische Psychologie van het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen.

Procedures (1995), is veel discussie op gang gekomen over de invoering van op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde protocollaire behandelingen in de praktijk.

Veel van de discussies waren gericht op de sterke en zwakke kanten van *evidence-based treatments* en de verschillen tussen onderzoek en praktijk (Addis, Wade & Hatgis, 1999; Visser, 1997; Wilson, 1996, 1998). Uit de discussies blijkt dat met name bij klinisch werkende psychotherapeuten weerstand bestaat tegen het gebruik van protocollen. Zij hebben het idee dat er te weinig rekening gehouden wordt met de beperkingen van wetenschappelijk onderzoek, het belang van de verschillen in cliënt- en psychotherapeutkenmerken, de rol van niet-specifieke factoren en de noodzaak om de psychotherapeutische interventies aan te passen aan de problemen van de individuele cliënt of patiënt (Castonguay, Schut, Constantino & Halperin, 1999). Bezwaren tegen protocollaire behandelingen zijn veelvuldig besproken en weerlegd (Addis, Wade & Hatgis, 1999; Heimberg, 1998; Kendall, 1998; Marques, 1998; Visser, 1997). Het gaat dan om bezwaren als:

- het geen rekening houden met comorbiditeit en de complexere problematiek in de praktijk;
- het niet flexibel of te individualiseren zijn van behandelprotocollen;
- het idee de patiënt of cliënt tekort te doen met een protocollaire behandeling;
- het geen recht doen aan de rol van de holistische theorie en de functieanalyse in protocollaire behandelingen;
- het negatieve effect van een protocollaire behandeling op de psychotherapeutische relatie;
- de negatieve consequenties voor de competentie en de werksatisfactie van psychotherapeuten;
- de slechte uitvoerbaarheid van protocollaire behandelingen.

Ondanks de mogelijke bezwaren verdedigen velen de opvatting dat in de psychotherapeutische praktijk wél moet worden gebruikgemaakt van hetgeen uit onderzoek bekend is over de effectiviteit van behandelstrategieën of protocollen, ook al blijkt verder onderzoek nodig (Addis, 1997; Barlow, 1996; Clarke, 1995; Gaston & Gagnon, 1996; Hunsley & Rumstein-McKean, 1999; Kendall, 1998).

Recent is in Amerika een onderzoek uitgevoerd naar de houding van psychotherapeuten ten opzichte van protocollen (Addis & Krasnow, 2000). Van de 2970 psychologen, allen lid van de APA, die waren aangeschreven, stuurde dertig procent de toegestuurde vragenlijst terug. Een respons van dertig procent is laag te noemen. Aan de representativiteit van de verzamelde gegevens kan dan ook worden getwijfeld. Opvallend was echter dat het merendeel van de respondenten wel een mening had over behandelprotocollen, terwijl een kwart van hen nog nooit van behandelprotocollen had gehoord en bijna de helft nog nooit met een behandelprotocol had gewerkt. De auteurs concluderen hieruit dat de houding van psychotherapeuten ten aanzien van protocollen meer gebaseerd lijkt te zijn op wat men erover heeft gehoord of gelezen, dan op eigen ervaring met behandelprotocollen. Wat betreft de houding van de respondenten ten opzichte van behandelprotocollen kon een onderscheid worden gemaakt tussen degenen die het negatieve proces en degenen die een goed behandelresultaat benadrukten. Degenen die het negatieve proces benadrukten, karakteriseerden een behandelprotocol als ontmenselijkend voor het psychotherapeutisch proces en als iets dat de techniek benadrukt, ten koste van de flexibiliteit en de psychotherapeutische relatie. De psychologen die het positieve

behandelresultaat benadrukten, zagen protocollen meer als richtlijnen om de psychotherapeut te helpen om empirisch ondersteunde interventies te gebruiken (Addis & Krasnow, 2000).

Op grond van de discussies over het al of niet werken met protocollen in de klinische praktijk, zijn ook suggesties gedaan over hoe een protocol eruit zou moeten zien. Veel van deze suggesties hebben te maken met de mogelijkheid het protocol te kunnen individualiseren en flexibel met een protocol te kunnen omgaan. Zo is het in de ogen van Schulte (1996) vooral van belang dat het gebruik van bepaalde behandeltechnieken bij bepaalde problematiek zo veel mogelijk gestandaardiseerd is. Het vertalen van de algemene methode naar een concrete interventie voor een bepaalde persoon blijft volgens hem echter individueel maatwerk, waarbij rekening moet worden gehouden met de specifieke instandhoudende factoren van iedere patiënt of cliënt. Dit geldt volgens Schulte (1996) ook voor het bevorderen van een goede basishouding bij de patiënt en het motiveren van de patiënt, zodat interventies succesvol kunnen worden toegepast. Davison (1998) pleit ervoor interventies te baseren op zowel het behandelprotocol als de individuele functieanalyse. Volgens Eifert, Schulte, Zvolensky, Lejuez & Lau (1997) zou een behandelprotocol modules moeten bevatten die al of niet kunnen worden gebruikt, afhankelijk van de functieanalyse van de patiënt. Wilson (1998) vindt dat veel protocollen gebruiksvriendelijker kunnen worden gemaakt door het geven van praktische voorbeelden en door ook de non-specifieke factoren te specificeren.

Kendall, Chu, Gifford, Hayes & Nauta (1998) stellen dat een behandelprotocol een algemeen kader moet bieden, waarin de behandeling en de doelen per sessie worden geschetst, dat een protocol moet voorzien in strategieën en hulpmiddelen om deze doelen te bereiken, en de psychotherapeut een leidraad moet bieden bij de problemen die de psychotherapeut tijdens de behandeling tegenkomt. Ook voorbeelden van hoe de behandeling is te individualiseren zijn wenselijk. Addis (1997) betoogt dat het ook in het protocol opnemen van een systematische beschrijving van de niet-specifieke factoren (zoals de werkrelatie en het genereren van positieve verwachtingen) en van de te gebruiken klinische strategieën behulpzaam zou zijn bij het goed kunnen overdragen van een behandelprotocol.

Sommigen lijken van mening dat het leren werken met een behandelprotocol eenvoudiger is dan andere manieren om psychotherapie te bedrijven. Zo zijn Vakoch en Strupp (2000) bang dat wanneer er in opleidingen te veel nadruk ligt op het trainen in behandelprotocollen, dit ten koste gaat van de ontwikkeling van het meer complexe klinische oordeel. Heimberg (1998) stelt echter dat het werken met behandelprotocollen juist meer training vraagt. Aan de ene kant moet de therapeut proberen om zijn taken binnen het behandelprotocol uit te voeren, terwijl hij aan de andere kant moet improviseren binnen de grenzen van dat kader. Om hiertoe in staat te zijn, is ervaring met de te behandelen problematiek, de behandeling zelf en het theoretisch kader noodzakelijk. Addis (1997) geeft de suggestie om trainingen te geven op verschillende niveaus: voor de meer technische aspecten van de behandeling én voor de non-specifieke factoren. Iwamasa en Orsillo (1997) stellen dat alvorens therapeuten met een protocol kunnen gaan werken, zij eerst algemene cognitief-gedragstherapeutische vaardigheden nodig hebben. Tot slot noemen Addis, Wade en Hatgis (1999) het inventariseren van de bezwaren van psychotherapeuten tegen het werken met protocollen een belangrijk

onderdeel van de te geven trainingen. Behalve het trainen van technieken zal er ook aandacht moeten zijn voor de therapeutische relatie.

Onlangs is het behandelprotocol 'cognitieve-gedragstherapie voor het chronisch vermoeidheidssyndroom' (Bazelmans & Bleijenberg, 2000) verschenen. Met een eerdere versie van dit protocol (Bleijenberg, Vercoulen & Bazelmans, 1996) is in het kader van wetenschappelijk onderzoek veel ervaring opgedaan. In een *multicenter* gerandomiseerd onderzoek is individuele cognitieve-gedragstherapie vergeleken met lotgenotencontactgroepen en het natuurlijk beloop (Prins, et al.). Aan het onderzoek namen 270 CVS-patiënten deel. *Intention to treat*-analyses laten zien dat cognitieve-gedragstherapie (CGT) effectiever is dan beide andere onderzoekscondities, zowel voor wat betreft vermoeidheid als voor wat betreft de functionele beperkingen, de twee belangrijkste uitkomstmaten.

Omdat de behandeling effectief is gebleken, is het ook van belang zicht te krijgen op de overdraagbaarheid van het protocol. Twee vraagstellingen zijn daarbij relevant. Ten eerste, in hoeverre hebben de therapeuten, die uitgebreid getraind en gesuperviseerd zijn, de verschillende aspecten van de behandeling ook daadwerkelijk volgens het behandelprotocol uitgevoerd? Ofwel, hebben ze gedaan wat ze geacht werden te doen? Dit is de zogenaamde *integrity check*. Ten tweede, wat is het oordeel van deze therapeuten ten aanzien van de overdraagbaarheid van het protocol? Wat zijn volgens hen moeilijke en minder moeilijke aspecten van de behandeling, wat zijn de tekortkomingen van het gebruikte protocol, en welke aspecten van de behandeling denken zij dat een therapeut ook zonder training goed kan uitvoeren? Om hier antwoord op te krijgen, is de therapeuten, nadat alle behandelingen waren afgerond, een vragenlijst voorgelegd.

Methodie

Behandelprotocol

Het behandelprotocol 'CGT bij CVS' was gebaseerd op kennis uit wetenschappelijk onderzoek en de klinische ervaring opgedaan met CVS-patiënten. Belangrijke basis voor de interventie was het model over instandhoudende factoren bij CVS (Bleijenberg, Vercoulen & Bazelmans, 1996; Vercoulen, Swanink, Fennis, Galama, VanderMeer & Bleijenberg, 1996; Vercoulen et al. 1998). Uit dit model blijkt dat een negatieve *self-efficacy* (het idee zelf geen invloed op de klachten te hebben), sterke somatische attributies, een laag activiteitsniveau en het gericht zijn op lichamelijke sensaties een negatieve invloed hebben op de vermoeidheid en de beperkingen van CVS-patiënten. Het toeschrijven van klachten aan een somatische oorzaak (somatische attributies) leidt tot een laag niveau van activiteit, terwijl het niveau van lichamelijke activiteit van invloed is op de ernst van de vermoeidheid. Een negatieve *self-efficacy* en sterke aandacht voor lichamelijke sensaties hebben volgens het model een rechtstreekse invloed op de mate van vermoeidheid. De cognitieve-gedragstherapie voor CVS was dan ook gericht op het doorbreken van de somatische attributies, het vergroten van de *self-efficacy*, en het herstellen van de activiteitenbalans. Uitgangspunt hierbij was dat we niet weten hoe de klachten zijn ontstaan, maar wel wat de factoren zijn die ertoe bijdragen dat de klachten niet meer overgaan. De behandeling was gericht op de

instandhoudende factoren. Doel van de behandeling was dat de patiënt herstelt, en weer zijn normale werkzaamheden oppakt.

Tabel 1 Het protocol in grote lijnen.

STAP ¹	SESSIE	METHODIEK	HUISWERK
1. Verwijzing en eerste contact	1	kennismaking / rapport bespreken / verwachtingen afstemmen / rol partner / werkwijze	
2. Voorbereiding van de behandeling en uitleg van het doel	1, 2	doel bespreken / werkhervatting	
3. Uitleg van het model	1, 2	opvattingen over somatische factoren / rol van denken en doen	
4. Oefenen om de moeheid niet erger te maken	1, 2, 3 ... (blijvend)	anders leren denken: accepterende gedachtenstopoefening	gedachtenregistratie stopoefening
5. Leren eigen grenzen te kennen, deze te respecteren, en zich er naar te gedragen	2, 3, 4 ... (blijvend)	stopoefening — leren rusten — basisniveau rationale activiteitenprogramma omgaan met de omgeving: leren nee zeggen minder hoge eisen stellen: anders denken	
gedachtenregistratie stopoefening basisniveau opschrijven			
6. Oefenen in het stapsgewijs verleggen van de grenzen	5, 6, 7 ... (blijvend)	activiteitenprogramma: grafieken plan maken voor werkhervatting	stopoefening activiteitenprogramma: grafieken plan voor werkhervatting
7. Verandering van leefstijl en terugvalpreventie	8, 9, 10, 11, 12, ... (blijvend)	eerste stap werkhervatting, belemmerende omstandigheden, omgevingsfactoren, cognities en andere mogelijke problemen bespreken activiteitenprogramma: grafieken stappen werkhervatting	
	13, 14, 15, 16	omgaan met tegenslag, voorbereiden op einde therapie, evaluatie	

Deze stappen verwijzen naar hetgeen beschreven staat op pagina 14-17 in het hoofdstuk 'Chronische vermoeidheid' uit het Handboek Klinische Psychologie (Bleijenberg, Vercoulen & Bazelmans, 1996)

In het protocol werden eerst de grote lijnen van de behandeling weergegeven (tabel 1). Vervolgens werd per sessie beschreven wat het doel was van die sessie, met de daarbij behorende doelcognities voor de patiënt, het doel van de therapeut voor die sessie, en het programma voor de sessie. Hierbij werd ook een tijdsindicatie gegeven voor het aantal minuten dat daaraan besteed zou kunnen worden. De tekst bevatte verder uitleg over hoe de verschillende interventies vorm te geven, soms met letterlijke teksten en met uitgebreide voorbeelden van twee patiënten die in het protocol steeds terugkwamen. De behandeling bestond uit zestien sessies, verdeeld over acht maanden. De eerste sessies vonden wekelijks plaats, met daarna een afnemende frequentie naar tweewekelijks, driewekelijks en tot slot maandelijks. De opzet van de eerste acht sessies was gestructureerd. Na de achtste sessie was er meer vrijheid om de sessies af te stemmen, afgestemd op de individuele patiënt. Het protocol besloeg 79 pagina's. Aan het protocol werden voorbereidings- en evaluatieformulieren toegevoegd. Door deze te gebruiken, werden de therapeuten gestimuleerd om voor en na een sessie na te denken over hoe de problematiek van de individuele patiënt en het protocol konden worden geïntegreerd.

Therapeuten, training en supervisie

Aan het onderzoeksproject 'Cognitieve-gedragstherapie bij het chronisch vermoeidheidssyndroom, een multicenter gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek' (Prins et al., submitted) namen dertien psychotherapeuten deel. De psychotherapeuten werkten op drie locaties, namelijk in Leiden, Maastricht en Nijmegen. De psychotherapeuten waren psycholoog, psychiater of gezondheidswetenschapper en allen gedragstherapeut of gedragstherapeut in opleiding. Aan het begin van het onderzoek had geen van hen ervaring met cognitieve-gedragstherapie bij CVS. De psychotherapeuten kregen, voor zij met de behandelingen startten, een uitgebreide training in het protocol 'CGT bij CVS'. De training duurde twee keer twee dagen, gevolgd door enkele follow-up bijeenkomsten. Voorafgaand aan de trainingen hadden de psychotherapeuten het protocol bestudeerd en literatuur over CVS en de cognitief-gedragstherapeutische behandeling gelezen (Bleijenberg, Vercoulen & Bazelmans, 1996). In de trainingen en de supervisies werd onder andere gewerkt met video's, cassettebandjes, 'papieren problemen', simulatiepatiënten en eigen casuïstiek van de psychotherapeuten. De lokale supervisies vonden aanvankelijk wekelijks en later tweewekelijks plaats. Om de twee maanden werd een centrale supervisie georganiseerd, om thema's die bij de psychotherapeuten problemen opleverden, te bespreken. De psychotherapeuten van een van de drie locaties bepaalden deze thema's, in overleg met de supervisor. De psychotherapeuten zorgden hierbij voor inbreng van eigen casuïstiek. Voorts werd tijdens de centrale supervisies extra geoefend met rollenspelen of bracht de supervisor discussiepunten in op grond van de ervaring van de afgelopen maanden. Er hebben in het totaal acht centrale supervisies plaatsgevonden in een periode van anderhalf jaar. De belangrijkste thema's die in de centrale supervisies aan de orde kwamen, staan in tabel 2. De psychotherapeuten hebben samen 82 CVS-patiënten behandeld.

Tabel 2 De belangrijkste thema's uit de centrale supervisies.

—	herkennen van individuele cognities, formuleren van nieuwe (doel-) cognities, en bereiken van de gewenste cognitieverandering (socratische dialoog)
—	self-efficacy van de patiënt vergroten
—	gebruik van een rolstoel
—	gebruik van medicatie
—	slaapproblemen en slapen overdag
—	basisniveau en stop-oefening: afwisseling tussen rust en activiteit
—	wat is een goede activiteitenopbouw, en hoe te reageren op activiteitengrafieken
—	passieve patiënten
—	bedrijfsartsen en werkgerelateerde problematiek
—	wat is beter worden, wat is herstel?
—	hoe flexibel kun je/mag je omgaan met het protocol
—	functieanalyses maken
—	integreren van nevenproblematiek en comorbiditeit in de CVS behandeling
—	schipperen tussen permissiviteit en directiviteit
—	cognities van de therapeut over de behandeling
—	emoties die patiënten bij de therapeuten los kunnen maken
—	weerstand en motivatie van therapeut en patiënt

Controle op de uitvoering

Om na te gaan of de therapeuten hebben gedaan wat ze geacht werden te doen, zijn alle therapie sessies op audiocassette opgenomen. In totaal hebben 1097 therapie sessies plaatsgevonden. Een *random* steekproef van 61 cassettebandjes (ruim vijf procent) is door een onafhankelijk beoordelaar geanalyseerd. In 49 gevallen betrof het een volledige sessie, 12 opnames waren incompleet. Het protocol werd onderverdeeld in de volgende aspecten: cognitieve herstructurering, grenzen stellen, activiteitenopbouw, werkhervatting (of het bereiken van andere persoonlijke doelen) en overig CGT. De sessies werden geanalyseerd met behulp van de bandopnames, de aan de hand hiervan uitgewerkte *verbatim*s, en een checklist. Voor alle aspecten van de behandeling werd genoteerd hoeveel tijd daar in een sessie aan werd besteed. In de checklist werd verder ook per sessie op een vijfpuntsschaal (minimaal, enigszins, redelijk, aanzienlijk, uitgebreid) aangegeven in welke mate de therapeut de aspecten uit het protocol voor die bepaalde sessie aan bod liet komen. Een globaal oordeel over de sessie in zijn geheel werd gegeven op een driepuntsschaal (onvoldoende, voldoende, goed). Voor iedere geanalyseerde sessie werd ook het percentage tijd besteed aan de verschillende aspecten geregistreerd.

Vragenlijst voor psychotherapeuten

Om de psychotherapeuten vragen te kunnen stellen over de behandeling, is het protocol onderverdeeld in dezelfde aspecten als bij de integrity check, namelijk cognitieve herstructurering, grenzen stellen, activiteitenopbouw, werkhervatting/andere persoonlijke doelen en overig CGT. Deze aspecten zijn voor de vragenlijst nog verder onderverdeeld in subcategorieën (tabel 3).

Aan de psychotherapeuten is gevraagd het protocol CGT voor CVS op deze subcategorieën te beoordelen op een schaal van 1 (mee eens) tot 6 (mee oneens) op de volgende punten:

- vind ik belangrijk voor een goede behandeling;
- kan ik zelf goed uitvoeren;
- de bedoeling hiervan wordt naar mijn mening door patiënten goed begrepen (niet gevraagd bij de vragen met betrekking tot 'overig CGT');
- kan, naar mijn mening, door een ongetrainde psychotherapeut, waaronder wordt verstaan een (cognitief-)gedragstherapeut die louter het protocol ter beschikking heeft, goed worden uitgevoerd;
- hoe dit uit te voeren, vind ik voldoende beschreven staan in het protocol.

Daarnaast waren de volgende uitspraken opgenomen:

- 'CVS-patiënten zijn moeilijker te behandelen dan andere patiënten met lichamelijke klachten.'
- 'CVS-patiënten zijn moeilijker te behandelen dan patiënten met psychische klachten.'

Ook op deze uitspraken werd gereageerd op een schaal van 1 (mee eens) tot 6 (mee oneens).

De psychotherapeuten gebruikten van de schaal van 1 tot 6 met name de 1 (40 procent van de antwoorden). In veel mindere mate werden de 2 (26 procent van de antwoorden),

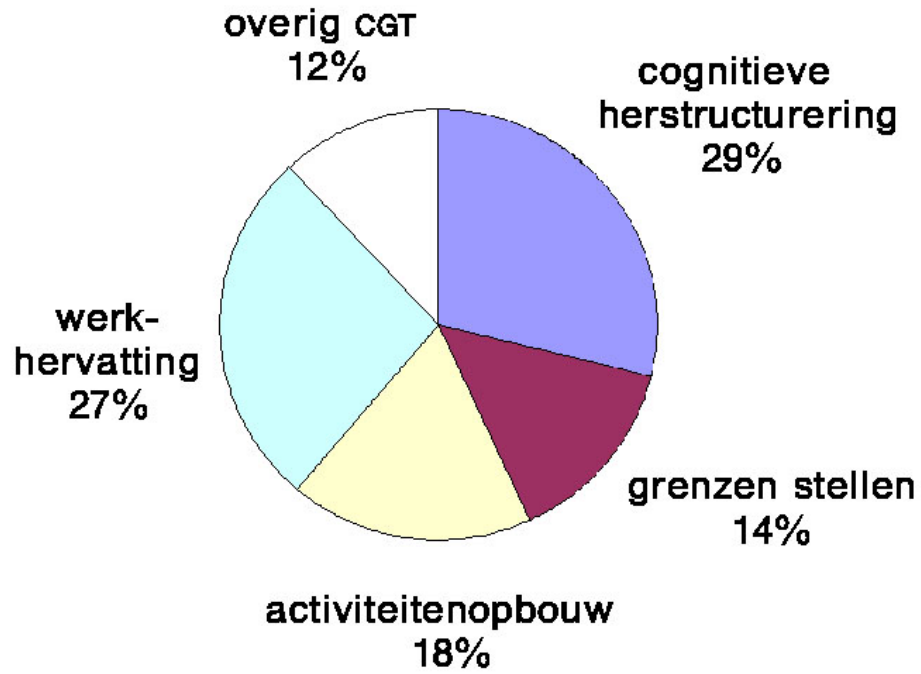
de 3 (17 procent van de antwoorden) of de 4, 5 of 6 gebruikt (samen 17 procent van de antwoorden). Om die reden is, bij het weergeven van de therapeutoordelen, behalve bij het algemene oordeel, ervoor gekozen het percentage weer te geven dat een 1 scoorde, en het dus eens was met de betreffende uitspraak.

Resultaten

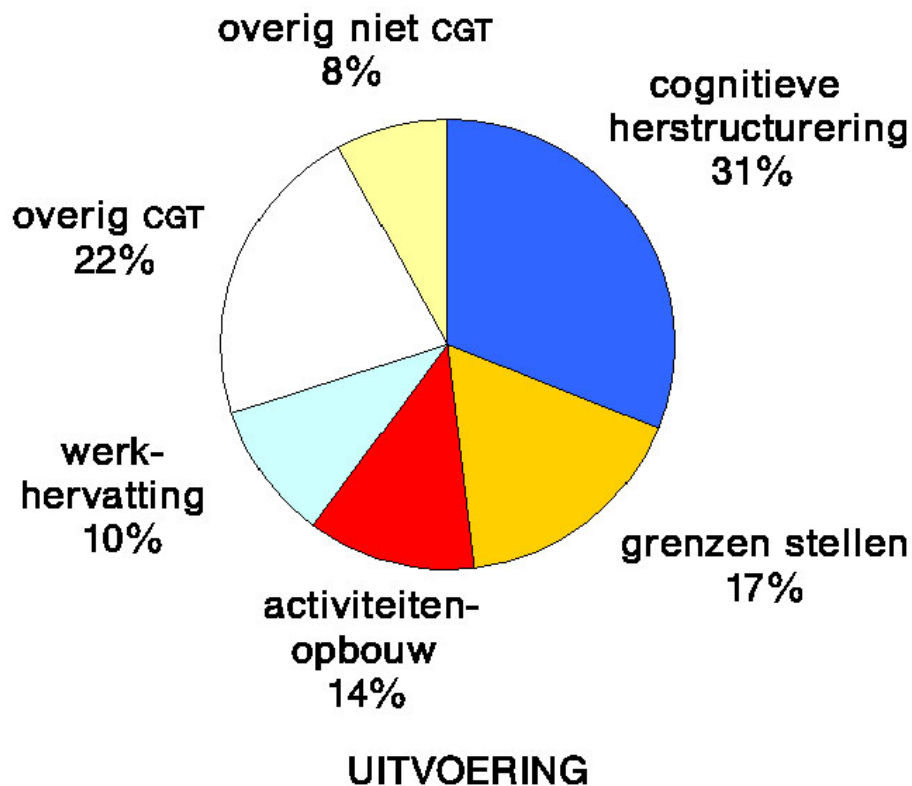
Hebben de therapeuten gedaan wat ze moesten doen?

Tijdens alle sessies zijn thema's uit het protocol behandeld. In 89 procent van de sessies was dat in voldoende mate. Tijdens 25 procent van de sessies zijn ook onderwerpen behandeld die niet relevant waren voor CGT bij CVS (overig niet CGT). Het percentage tijd besteed aan deze niet-relevante onderwerpen was gemiddeld acht procent. De *overall*-beoordeling liet zien dat 87 procent van de sessies door de beoordelaar als voldoende of goed werd beschouwd.

Wordt het percentage van de tijd dat volgens het protocol aan de verschillende onderwerpen had moeten worden besteed, vergeleken met hetgeen daadwerkelijk heeft plaatsgevonden, dan waren er veel overeenkomsten, met name ten aanzien van het percentage tijd besteed aan cognitieve herstructurering, grenzen stellen en activiteitenopbouw (figuur 1). Grotere verschillen waren er met betrekking tot het percentage van de tijd dat werd besteed aan werkhervatting en overig CGT. Aan werkhervatting werd minder tijd besteed dan in het protocol staat, en aan overig CGT meer dan in het protocol staat.



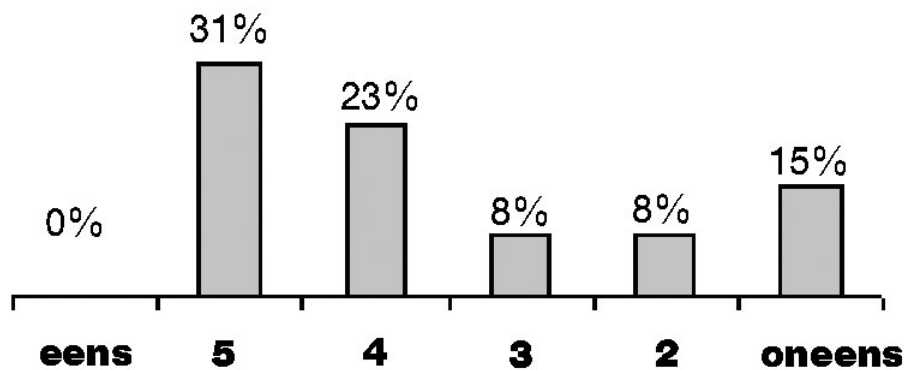
PROTOCOL



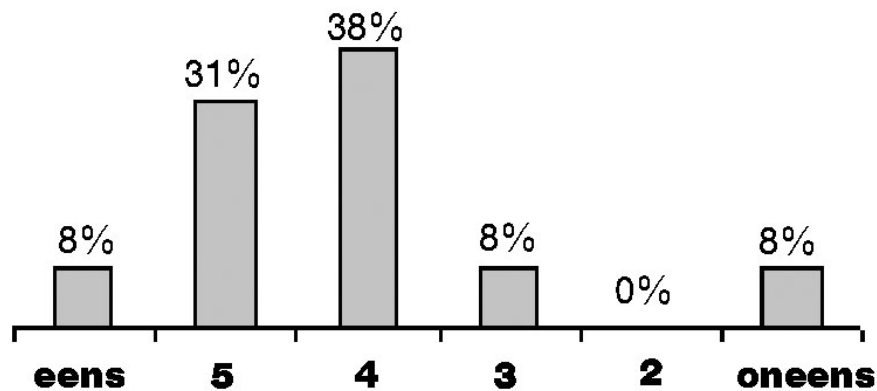
Figuur 1 Discrepantie tussen wat de therapeuten hebben gedaan en wat in het protocol stond.

Algemeen oordeel over CGT bij CVS

Veel psychotherapeuten gaven aan dat zij CVS-patiënten moeilijker te behandelen vinden dan andere patiënten met lichamelijke klachten en patiënten met psychische klachten (figuur 2a en b).



Figuur 2a CVS-patiënten zijn moeilijker te behandelen dan andere patiënten met lichamelijke klachten.



Figuur 2b CVS-patiënten zijn moeilijker te behandelen dan patiënten met psychische klachten.

Wat konden de psychotherapeuten goed uitvoeren?

Opvallend is dat het uitleggen van de rationale, de activiteitenopbouw en grenzen de minste problemen opleverde, terwijl bij het laten hanteren van de stopoefening en activiteitenopbouw al door minder psychotherapeuten werd aangegeven dat ze dit goed konden uitvoeren. Daarnaast werd bij het uitdagen en inventariseren van cognities, het concretiseren van het doel en het maken en laten uitvoeren van een plan voor werkherhaling, het integreren van individuele problemen en het omgaan met gebrek aan vertrouwen nog slechts door een derde van de psychotherapeuten gesteld dat ze dat goed konden uitvoeren. Van het omgaan met onvoldoende motivatie en comorbiditeit vond slechts 18 procent dat ze dat goed konden uitvoeren.

Wat begrepen de patiënten goed?

Ook hier staat het uitleg geven over rationale, grenzen en activiteitenopbouw bovenaan, gevolgd door het hanteren van de stopoefening en activiteitenopbouw, het concretiseren van doelen en het maken en laten uitvoeren van een plan voor werkhervatting. Het opvallendste is dat slechts 8 procent (één psychotherapeut) het idee had dat de patiënten het inventariseren en uitdagen van cognities goed begrepen.

Welke aspecten vonden de psychotherapeuten belangrijk voor een goede behandeling?

Kijkend naar welke aspecten van de behandeling de psychotherapeuten belangrijk of minder belangrijk vonden voor een goede behandeling, is het opvallendst dat zelfs het minst belangrijk gevonden aspect van de behandeling nog door 62 procent van de psychotherapeuten als belangrijk voor een goede behandeling werd beschouwd. Verder werd, naast het geven van uitleg over de behandeling, ook het omgaan met onvoldoende motivatie, het omgaan met comorbiditeit en het integreren van individuele problemen door driekwart belangrijk gevonden voor een goede behandeling. In verhouding tot de andere aspecten van de behandeling werden met name het inventariseren en uitdagen van de cognities en het maken en het laten uitvoeren van een plan voor werkhervatting door minder psychotherapeuten belangrijk gevonden voor een goede behandeling.

Wat stond voldoende in het protocol?

Alleen van het geven van uitleg over grenzen, rationale en activiteitenopbouw vond nog 31 tot 46 procent van de psychotherapeuten dat dit voldoende in het protocol stond. Voor wat betreft het laten hanteren van de stopoefening en activiteitenopbouw, alsook voor wat betreft de aspecten rondom werkhervatting, cognitieve herstructurering, en de aspecten die we hebben gerangschikt onder 'overig CGT', vond slechts één enkele psychotherapeut dat dat voldoende in het protocol stond.

Wat zou een ongetrainde psychotherapeut niet goed uit kunnen voeren?

In tabel 3 staat het percentage psychotherapeuten dat vond dat het betreffende aspect niet door een ongetrainde psychotherapeut kan worden uitgevoerd. Met name het omgaan met een gebrek aan vertrouwen, onvoldoende motivatie, en het uitdagen van cognities zou volgens de helft van de psychotherapeuten door een ongetrainde psychotherapeut niet goed kunnen worden uitgevoerd. Slechts twee psychotherapeuten (15 procent) waren ervan overtuigd dat een ongetrainde psychotherapeut het geven van uitleg over activiteitenopbouw, het laten hanteren van de stopoefening en het concretiseren van doelen niet zou kunnen uitvoeren.

Tabel 3 De mening van de therapeuten over de protocollaire behandeling cgt bij cvs

	kan ik goed uitvoeren	wordt door patiënt goed begrepen	vind ik belangrijk voor een goede behandeling	staat voldoende in het protocol	kan een onge-trainde psychotherapeut niet goed uitvoeren
COGNITIEVE HERSTRUCTURERING:					
uitleg rationale	85%	54%	100%	39%	23%
inventariseren cognities	31%	8%	62%	15%	23%
uitdagen cognities	39%	8%	69%	8%	46%
GRENZEN STELLEN:					
uitleg grenzen	69%	62%	92%	46%	23%
laten hanteren stopoefening	54%	46%	62%	15%	15%
ACTIVITEITENOPBOUW:					
uitleg activiteitenopbouw	69%	62%	85%	31%	15%
laten hanteren activiteitenopbouw	46%	31%	77%	15%	23%
WERKHERVATTING / ANDERE PERSOONLIJKE DOELEN:					
concretiseren doelen	39%	31%	77%	23%	15%
maken plan werkhervatting/persoonlijke doelen	31%	23%	62%	8%	23%
uit laten voeren plan werkhervatting/persoonlijke doelen	31%	23%	69%	15%	31%
OVERIG CGT:					
gebrek aan vertrouwen	31%		85%	8%	54%
onvoldoende motivatie	23%		92%	8%	46%
integreren individuele problemen	31%		77%	8%	39%
omgaan met comorbiditeit	18%		85%	0%	31%

Beschouwing

De therapeuten hebben, blijkens de integrity check, de behandeling grotendeels uitgevoerd zoals in het protocol stond en, zoals uit de effectstudie blijkt, met succes (Prins et al., submitted). Maar de protocollaire behandeling CGT bij CVS werd door psychotherapeuten op verschillende aspecten wel moeilijk gevonden.

De psychotherapeuten konden goed uit de voeten met het uitleggen van de rationale en het hanteren van grenzen en activiteitenopbouw. Wat betreft het bereiken van gedragsverandering en cognitieverandering bij de patiënt, alsook voor wat betreft het maken van een plan voor en het realiseren van werkhervatting (of het bereiken van andere persoonlijke doelen), vonden al minder therapeuten dat ze dat goed konden uitvoeren. De psychotherapeuten hadden de meeste problemen met het integreren van individuele problemen en het omgaan met een gebrek aan vertrouwen en onvoldoende motivatie. Vooral over het omgaan met comorbiditeit en het omgaan met onvoldoende motivatie zou volgens de psychotherapeuten meer in het protocol moeten worden opgenomen. Dit zijn, samen met het uitdagen van cognities, ook de aspecten waarvan de therapeuten vonden dat deze zonder training in het protocol niet goed uit te voeren zijn. Omdat deze aspecten van de behandeling lastig in een protocol te beschrijven zijn, zullen ze onzes inziens vooral ook door training en supervisie moeten worden geleerd. De gegevens uit het vragenlijstonderzoek sluiten overigens

aan bij de thema's die in de centrale supervisies zijn besproken. Hierbij ging het vaak over cognitieve herstructurering, individualisering, en de interactie tussen patiënt en therapeut.

Het onderzoek kent een aantal methodologische beperkingen. Zo kon de vragenlijst alleen aan de dertien psychotherapeuten die aan het onderzoek deelnamen worden voorgelegd, waardoor de onderzoeksgroep klein is. Verder is van de vragenlijst slechts een beperkt deel van de schaal van 1 tot 6 gebruikt. Mogelijk heeft dit te maken met het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Anderzijds wordt wel duidelijk aangegeven dat het protocol op een aantal punten te beperkt was. De beantwoording van de verschillende vragen laat verder ook steeds een consistent beeld zien van wat de psychotherapeuten beoordelen als moeilijke en minder moeilijke aspecten van de behandeling. Ondanks de beperkingen lijken de antwoorden op de vragenlijst dan ook een goede aanvulling op de klinische ervaring die is opgedaan met het protocol en de bijbehorende training en supervisie.

Dat het inventariseren en uitdagen van cognities problematisch was, kan ook te maken hebben met de vooropleiding van de psychotherapeuten. Zij waren geselecteerd op grond van hun ervaring met gedragstherapie, maar hadden niet allemaal evenveel ervaring met cognitieve therapie. Ook hun therapeutische ervaring met patiënten met lichamelijke klachten varieerde sterk, namelijk van nul tot 24 jaar. Verder kan het feit dat de psychotherapeuten het uitvoeren van het protocol niet altijd gemakkelijk vonden, te maken hebben met het feit dat de eerste versie van het protocol waarmee zij werkten, nog geen onderscheid maakte tussen passieve en actieve CVS-patiënten (Van der Werf, Prins, Vercoulen, Van der Meer & Bleijenberg, 2000). Uit de effectstudie (Prins et al., submitted) is gebleken dat het behandelprotocol vooral geschikt was voor de relatief actieve CVS-patiënten, en nauwelijks voor de passieve CVS-patiënten. Passieve CVS-patiënten worden gekarakteriseerd door een angst voor en het vermijden van activiteit. Het hanteren van grenzen blijkt voor passieve CVS-patiënten niet zinvol. Bij deze groep moet veel sneller met activiteitenopbouw worden begonnen, weten we nu. Voor actieve CVS-patiënten geldt wel dat zij nog regelmatig te actief zijn. Zij overschrijden hun grenzen en het leren deze te hanteren is voor hen zinvol. Passieve CVS-patiënten doen al zo weinig, dat het hanteren van grenzen het klachtenpatroon verder instandhoudt. Dat in dit onderzoek het hanteren van grenzen ook bij passieve CVS-patiënten werd uitgevoerd, kan het therapeutisch proces hebben bemoeilijkt.

Op grond van de ervaringen van de dertien psychotherapeuten, de hieraan gekoppelde supervisies en de resultaten van de effectstudie is het behandelprotocol aangepast. In de nieuwste versie van het protocol (Bazelmans & Bleijenberg, 2000) is een onderscheid gemaakt in de behandeling voor passieve en actieve CVS-patiënten. Ook wat betreft de flexibiliteit zijn er aanpassingen gemaakt. De therapeut zal steeds zelf moeten nagaan wat de belangrijkste factoren zijn bij het instandhouden van de klachten voor *deze* patiënt. Gaat het om een passieve of een actieve CVS-patiënt? Is er sprake van comorbiditeit? Gedurende de behandeling kan een functionele analyse met de patiëntspecifieke instandhoudende factoren worden gemaakt. Het protocol kan hierbij helpen om hoofd- en bijzaken van elkaar te onderscheiden. Het geeft de grote lijnen van de behandeling aan en geeft, op grond van wetenschappelijk onderzoek, suggesties over hoe de invulling voor wat betreft cognities, gedrag en bijbehorende interventies en mogelijke problemen eruit kunnen zien. Primaire taak blijft echter om aan te sluiten bij de patiënt.

Onzes inziens geeft een goed behandelprotocol inzicht in de functieanalyse van de groep als geheel, de specifieke cognities en gedragingen van de patiënten- of cliëntenpopulatie, de interventies die aansluiten bij deze problematiek, inzicht in allerlei mogelijke motivatie- en interactieproblemen, alsook strategieën, interventies en andere suggesties over hoe hiermee om te gaan. De functieanalyse en de specifieke cognities en gedragingen van de groep als geheel dienen gebaseerd te zijn op wetenschappelijk onderzoek. Een protocol biedt voorts een raamwerk en houvast, en is voor psychotherapeuten goed voorwerk voor de individuele functieanalyse en de hierop gebaseerde interventies (Prins & Bleijenberg, 1998, 1999). Hierdoor wordt de behandeling voor de psychotherapeut vergemakkelijkt. De therapeut zal de behandeling echter steeds moeten aanpassen aan de individuele patiënt. Het moeilijke hierbij is dat door het integreren van de individuele functieanalyse en het protocol de psychotherapeut twee dingen tegelijk moet doen: hij moet zowel protocollair als individueel aan de slag in een in grote lijnen vastgelegd programma. Dit vergt mogelijk aparte vaardigheden van de psychotherapeut en stelt in elk geval hoge eisen aan technische en interactionele basisvaardigheden, alsook aan voorbereiding en evaluatie van de sessies.

Het uitvoeren van een protocollaire behandeling lijkt gemakkelijk. Alles is al voorgekauwd, en als je maar doet wat er in het protocol staat, dan loopt de behandeling vanzelf. Niets is minder waar. Hoewel de grote lijnen zijn aangegeven, is het belangrijk dat de therapeut zorgt dat het protocol aansluit bij de individuele patiënt. Voor protocolontwikkelaars is het van belang dat het protocol de therapeut niet alleen de vrijheid geeft om te individualiseren, maar dat het ook dusdanige vrijheden bevat dat het kan aansluiten bij de verschillen tussen therapeuten. Het kunnen werken met het hier besproken protocol vergt van de therapeuten goede cognitief-gedragstherapeutische en interactionele vaardigheden, alsook grondige kennis van de wetenschappelijke stand van zaken rondom CVS. Een protocollaire behandeling maakt psychotherapie niet zozeer gemakkelijker, maar vooral beter.

Abstract

Recently, the 'Standardised cognitive behavioural treatment for Chronic Fatigue Syndrome' (CFS) was published. An earlier version of this standardised treatment was used by thirteen therapists in a treatment research program. They treated 82 CFS-patients and the results of this study showed that the treatment is effective. Hence it is important to look into the possibility of transferring this treatment to peripheral therapists. The therapists in the research program were thoroughly trained and supervised. But did they actually do what they were supposed to do? And what did they think of the usability of the standardised treatment? In order to find some answers, the thirteen therapists were asked to complete a questionnaire. Also, analyses of audiotaped sessions were conducted to find out whether the therapists had stuck to the standardised treatment. In 89% of the sessions this appeared to be the case. The questionnaire revealed that the therapists found it more difficult to treat CFS-patients than patients with psychological or other physical problems. The most difficult task was integrating individual problems into the standardised treatment, patients' lack of confidence in the treatment and handling insufficient motivation. For these aspects, extra training seems necessary. The new standardised treatment will have to be written in such a way, that

therapists can individualise the interventions and are supplied with interventions aimed at motivating their patients.

Referenties

- Addis, M.E. (1997). Evaluating the treatment manual as a means of disseminating empirically validated psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 1-11.
- Addis, M.E., & Krasnow, A.D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 331-339.
- Addis, M.E., Wade, W.A., & Hatgis, C. (1999). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 430-441.
- Barlow, D.H. (1996). The effectiveness of psychotherapy: Science and policy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 236-240.
- Bazelmans, E., & Bleijenberg, G. (2000). *Protocol cognitieve gedragstherapie bij het chronisch vermoeidheidssyndroom*. Nijmegen: UMC St. Radboud, afdeling Medische Psychologie.
- Bleijenberg, G., Vercoulen, J., & Bazelmans, E. (1996). Chronische vermoeidheid. In W.T.A.M. Everaerds e.a. (red.), *Handboek Klinische Psychologie* (C2000). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Castonguay, L.G., Schut, A.J., Constantino, M.J., & Halperin, G.S. (1999). Assessing the role of treatment manuals: Have they become necessary but insufficient ingredients of change? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 449-455.
- Clarke, G.N. (1995). Improving the transition from basic efficacy research to effectiveness studies: Methodological issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 718-725.
- Davison, G.C. (1998). Being bolder with the Boulder model: The challenge of education and training in empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 163-167.
- Eifert, G.H., Schulte, D., Zvolensky, M.J., Lejuez, C.W., & Lau, A.W. (1997). Manualized behavior therapy: Merits and challenges. *Behavior Therapy*, 28, 499-509.
- Gaston, L., & Gagnon, R. (1996). The role of process research in manual development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 13-24.
- Heimberg, R.G. (1998). Manual-based treatment: An essential ingredient of clinical practice in the 21st century. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 387-390.
- Hunsley, J., & Rumstein-McKean, O. (1999). Improving psychotherapeutic services via randomized clinical trials, treatment manuals, and component analysis designs. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1507-1517.
- Iwamasa, G.Y., & Orsillo, S.M. (1997). Individualizing treatment manuals as a challenge for the next generation: Commentary on 'Manualized behavior therapy: Merits and challenges'. *Behavior Therapy*, 28, 511-515.
- Kendall, P.C. (1998). Directing misperceptions: Researching the issues facing manual-based treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 396-399.
- Kendall, P.C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 177-198.
- Luborsky, L., & DeRubeis, R.J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Marques, C. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 400-402.
- Prins, J., Bleijenberg, G., Bazelmans, E., Elving, L., Boo, T. de, Severens, H., Wilt, G. van der, Spinhoven, P., & Meer, J. van der (2001). *Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicenter randomised controlled trial*. *Lancet*, 357, 841-847.
- Prins, J.B., & Bleijenberg, G. (1998). Cognitieve gedragstherapie bij een patiënte met het chronische-vermoeidheidssyndroom. *Gedragstherapie*, 31, 117-139.
- Prins, J.B., & Bleijenberg, G. (1999). Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: A case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 325-339.

- Schulte, D. (1996). Tailor-made and standardized therapy: Complementary tasks in behavior therapy: A contrarian view. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 119-126.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Vakoch, D.A., & Strupp, H.H. (2000). The evolution of psychotherapy training: Reflections on manual-based learning and future alternatives. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 309-318.
- Vercoulen, J.H., Swanink, C.M., Fennis, J.F., Galama, J.M., Meer, J.W. vander, & Bleijenberg, G. (1996). Prognosis in chronic fatigue syndrome: a prospective study on the natural course. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 60, 489-494.
- Vercoulen, J.H., Swanink, C.M., Galama, J.M., Fennis, J.F., Jongen, P.J., Hommes, O.R., Meer, J.W. vander, & Bleijenberg, G. (1998). The persistence of fatigue in chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis: development of a model. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 507-517.
- Visser, S. (1997). Behandelprotocollen: karikaturen en praktijk. *Gedragstherapie*, 29, 267-287.
- Werf, S.P. van der, Prins, J.B., Vercoulen, J.H.M.M., Meer, J.W.M. van der, & Bleijenberg, G. (2000). Identifying physical activity patterns in chronic fatigue syndrome using actigraphic assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 347-379.
- Wilson, G.T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 295-314.
- Wilson, G.T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 363-375.