



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Pleidooi voor meer placebo

## *Mogelijkheden van niet-specifieke factoren voor opleiding, werkorganisatie en praktijk van psychosociale zorg*

Francis De Groot\*

---

### **Samenvatting**

*In de geestelijke gezondheidszorg wordt steeds meer nadruk gelegd op specialisatie. In dit artikel wordt het belang van specifieke deskundigheid sterk betwist en de kracht van organisatorische en niet-specifieke factoren onderstreept. Na een aantal argumenten voor deze visie op een rij te hebben gezet, maakt de auteur een denkoefening. Als ervan uitgegaan wordt dat niet-specifieke factoren eigenlijk de belangrijkste zijn, kan hiervan dan niet beter gebruik worden gemaakt? Een waaier van mogelijkheden voor het verhogen van de kracht van niet-specifieke factoren wordt gegeven.*

### **Inleiding**

Uitgangspunt van de geestelijke gezondheidszorg is dat alle psychosociale specialismen en benaderingswijzen een unieke en onmisbare bijdrage leveren aan de zorg. Psychiaters, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, creatieftherapeuten, muziektherapeuten, psychologen, psychomotorisch-therapeuten, verpleegkundigen met diverse specialisaties en niveaus, client-centered therapeuten, systeemdenkers, gedragstherapeuten, contextuele therapeuten, psychoanalytici... allen maken een verschil, zijn onvervangbaar en vergen een gespecialiseerde opleiding. Allen leveren met andere woorden een specifieke bijdrage aan het geheel van de zorg. Deze 'verdeskundiging' van de zorg leidt tot en wordt versterkt door allerlei voortgezette opleidingen, vakverenigingen, terreindiscussies, -afbakening en -bescherming, modelconflicten, titelbescherming, modetrends, enzovoort. In dit artikel wordt een aantal argumenten aangehaald voor het omgekeerde: het grootste deel van de effecten van de zorg is toe te schrijven aan placebo- of non-specifieke effecten en vereist niet al die specifieke deskundigheden. Er worden dan ook suggesties gegeven om de niet-specifieke elementen optimaler aan te wenden.

### **Het belang van de placebo- of niet-specifieke factoren**

In de klassieke definitie van placebo gaat het vooral over medicatie. In dit artikel gaat het echter niet over medicamenteuze, doch uitsluitend over psychosociale benaderingswijzen. Essentieel is dat in een niet-placebobenadering bepaalde elementen (zoals houding, interactiestijl en interventies) systematisch aan bod komen, en in een placebobenadering niet of niet-systematisch. In deze zin staat placebo synoniem voor

---

\* DRS. F. DE GROOT is als psycholoog en adjunct-Patiëntenzorg verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen. Correspondentieadres: Provinciesteenweg 408, 2530 Boechout (België).

een niet-systematische of niet-specifieke benadering (eerder dan een niet-werkzame). Een placebo, opgevat als een niet-specifieke benadering, kan ook gewoon een niet-deskundige benadering genoemd worden. Niet-deskundig betekent hier dat de behandelaar niet specifiek getraind is, of het aangeleerde niet volgens de regels van de kunst aanwendt. Conform de in de voorgaande artikelen aangehaalde definitie van Van Dyck (1986) is een psychosociale placebo te omschrijven als een benadering die op een specifieke benadering lijkt, maar die niet de voor de werkzaamheid van die benadering specifiek geachte factoren (of technieken) bevat. De patiënt gelooft dat de benadering effectief is, omdat hij veronderstelt dat er wel specifiek werkzame bestanddelen aanwezig zijn.

Volgens deze definitie is er niet veel psychosociaal placebo-onderzoek voorhanden. Veel behandelvormen, zoals creatieve therapie, psychomotorische therapie en verpleegmodellen, zijn sowieso nog nauwelijks onderzocht; Havenaar, 2000; Van Nieuwenhuizen, Dorrepaal, Schene, & De Haan, 1999), laat staan dat er placebo-onderzoek is gebeurd. Placebo-onderzoek gebeurde vooral in de gedragstherapie en cognitieve therapie. Zoals in het artikel van Schaap al aan de orde kwam, bevestigden de meeste meta-analyses de superioriteit van psychotherapie boven placebo; Grissom, 1996; Matt & Navarro, 1997). Maar er blijven sceptici; Eysenck, 1994; Prioleau, Murdock, & Brody, 1983). Naast veel onderzoekstechnische mankementen en het ontbreken van dubbelblind onderzoek; Matt & Navarro, 1997), blijft in veel gevallen de belangrijkste vraag of het wel echt om placebo-onderzoek ging. Placebo's variëren van een placebopil tot groepsdiscussies, en betreffen slechts een enkele keer een andere specifieke benadering (bijvoorbeeld relaxatietraining). De meeste placebo's lijken in de verste verte niet op de werkzaam geachte therapie (volgens de definitie toch een vereiste) en werden (bijvoorbeeld in de informed consent) ook niet als dusdanig voorgesteld. Het lijkt vooral te gaan om controlecondities voor specifieke factoren (bijvoorbeeld het aantal contacturen).

Ongeachte het antwoord op de vraag of het wel om echt placebo-onderzoek gaat, blijkt uit gecontroleerd psychotherapieonderzoek dat het juist de niet-specifieke factoren zijn die het succes verklaren; Dijkhuis, 1992). Welke deze factoren zijn, is nog geen uitgemaakte zaak. Lietaer (1999) stelt vast: 'De dimensies waarop praktisch geen verschillen tussen de oriëntaties te bespeuren zijn, correleren het hoogst met het resultaat van therapie' (p. 66). Vandaar ook het dodo-oordeel: 'Ze hebben allemaal gewonnen, en ze verdienen allemaal een prijs.' Zelfs niet-getrainde niet-professionelen blijken dezelfde resultaten te kunnen halen als professionele hulpverleners. De specifieke benaderingswijzen lijken dus een specifiek effect te hebben en dat zet meteen alle onderliggende specifieke verklaringsmodellen op de helling. Er zijn echter nog meer redenen om te twijfelen aan het bestaansrecht van allerlei specifieke benaderingswijzen.

Ten eerste: in de geestelijke gezondheidszorg zijn verschillende beroepsgroepen actief, en dit in verschillende functies. Nu blijkt dat deze groepen in de loop der jaren hun werkterrein sterk hebben uitgebreid; Hutschemaekers, 1999). Er is een spontane domeinexpansie, met als gevolg toenemende domeinoverlapping en verwarring: wat is nu eigenlijk specifiek aan welk beroep? Denk hierbij aan de grote discussie- en bezinningsmomenten rond de eigenheid van psychiatrische verpleegkunde. Deze kent ook een enorme domeinexpansie, en als het van deze beroepsgroep alleen afhing, ging deze expansie nog veel verder en werden oorspronkelijke taken afgeschud; Martens &

Plaetinck, 1996). Het gevolg is een territoriumstrijd: men wil een bepaald domein liefst wettelijk voor zichzelf gereserveerd zien; Bosmans, 1999; Delhaas, 1999; Kraaimaat, 1999). In België woedt momenteel de zuivere territoriumstrijd rond het domein 'psychotherapie'; Van Eeckhout, 2001).

Ten tweede is het standpunt van cliënten interessant. De Jonge (1999) stelt dat cliënten nauwelijks geïnteresseerd zijn in het beroep van hun hulpverlener. Vaak weten ze het niet eens. Voor hen zijn de werkzame factoren dan ook die bestanddelen van het contact die door professionals niet-specifiek worden genoemd: eerlijkheid, bereikbaarheid, betrokkenheid, enzovoort.

Ten derde lijken recente, niet op specifiek therapeutische factoren gerichte vormen van hulpverlening het goed te doen. Zo wordt met het vijf-gesprekkenmodel in de Nederlandse RIAGG's ernaar gestreefd om zo veel mogelijk behandelingen af te sluiten in maximaal vijf gesprekken, zonder dat hierbij een specifieke methodiek wordt gehanteerd; Stoffer, 1994). Een belangrijke doelstelling hierbij is het herwinnen van werkplezier. Dit model lijkt succesvol en wordt tegenwoordig op ruime schaal toegepast, ook bij zwaardere, meervoudige problematiek; Beenackers, 1996).

Ook uit ander onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de cliënten met kortdurende hulpverlening is gebaat; Schaefer, Schene, & Koeter, 1999) en dat de opnameduur vaak zonder negatieve gevolgen kan worden ingekort; Van Hezewijk & Sijben, 1990).

Een ander voorbeeld is de 'blinde versterking'; Beenackers, Bruins, & Prins, 1996), waarbij niet op problemen wordt ingegaan, maar recent voorgekomen, niet-probleemgebonden situaties worden verkend en uitgebreid. De eerste resultaten wijzen erop dat deze methode zeker niet minder effectief is dan andere behandelingsvormen. Tot dezelfde categorie behoort de 'positieve zelfverbalisatie'; Posthuma & Lange, 1999). Als mensen regelmatig positieve dingen zeggen over zichzelf, kan dit gunstige effecten hebben op het zelfbeeld en op bepaalde symptomen.

Ten slotte heeft bij langdurige, ernstige problemen de laatste jaren het rehabilitatiedenken veld gewonnen. Er zijn verschillende rehabilitatiemodellen, maar allemaal vertrekken ze van een bondgenootschap met de individuele patiënt; McCrory, 1998; Petry, 1999). Het is een zeer breed veld, waar uitdrukkelijk afgestapt wordt van specialismen, en waar bij uitstek een beroep wordt gedaan op niet-specifieke factoren. Sommigen gaan hierin ver en pleiten voor het effectief betrekken van niet-professionals als hulpverleners: 'Het zouden verstandige non-professionals moeten zijn die woonvoorzieningen beheren of tewerk zijn gesteld als maatschappelijke ondersteuners of als werkbegeleiders'; Bennett, 1997, p. 73). Het is duidelijk dat persoonlijk aanvoelen of intuïtie hier een belangrijk instrument is; Baas, 1999).

Ten vierde is er een grote kloof tussen theorie en praktijk. Het is niet zo dat het allemaal eender is wat er gedaan wordt. Er zijn benaderingsvormen waarvan bekend is dat ze beter werken dan andere. Maar... hiermee wordt in de praktijk weinig rekening gehouden; Lange, 1994). Men zou verwachten dat het weinige dat duidelijk is, strikt wordt opgevolgd. Niets is minder waar. Hulpverleners handelen in de praktijk vaak alsof alles even goed is. Men vertrekt met andere woorden ongewild vanuit een placebo positie. Holleboom (1996) verwoordt het als volgt: 'Wie zijn oren goed te luisteren legt, kan menig behandelaar in de kantine horen verzuchten dat ook hij maar

gewoon wat doet.' Principiëler is Schout (1999), die de effectiviteit en doelmatigheid van veel verpleegkundige interventies betwist, en afdoet als 'deskundologie'. Hij pleit in essentie voor een herwaarderen van het intuïtieve handelen en het opbouwen van kennis vanuit de praktijk en ervaring. De actuele praktijk is veel vaker op intuïtie gebaseerd dan literatuur wel doet doorschijnen. Sterker nog: veel, zo niet de meeste practici van de meeste disciplines zijn nauwelijks op de hoogte van onderzoeksresultaten, richtlijnen en wetenschappelijke onderbouwing van hun handelen. 'Geschat wordt dat slechts tien procent van de interventies waarvan de effectiviteit werd aangetoond ook in de praktijk worden toegepast'; Delespaul, 1999, p. 96). Scherp gesteld: de meeste practici legitimeren hun handelen door een opleiding, om vervolgens te vervallen in placebo-handelen. Helderder dan Lietaer (1999, p. 63) in zijn openingszin kan het moeilijk worden verwoord: 'Het is een publiek geheim dat het onderzoek in de psychotherapie tot nu toe bijzonder weinig invloed heeft gehad op de praktijk van psychotherapeuten.'

Samenvattend kan er worden gesteld dat niet-specifieke factoren in de praktijk een veel grotere rol lijken te spelen dan specifieke. Ondanks vele specifieke opleidingen en een waaier van beroepsgroepen wordt in de praktijk, onder het mom van specificiteit, meestal aspecifiek gewerkt. Als er al kennis is over specifiek werkzame factoren, dan wordt deze nauwelijks gebruikt. Het wel gebruiken van beproefde specifieke benaderingen zou nochtans tot grotere effecten kunnen leiden. Het eigenaardige is dat cliënten dit alles prima lijken te vinden. De markt vraagt dus om niet-specifieke factoren en het aanbod lijkt daar heimelijk ook uit te bestaan. Het lijkt daarom verstandig om niet alleen maar door te gaan met het zoeken naar specifieke factoren en met het afbakenen van specifieke disciplines, maar om het roer om te gooien.

## Nadelen van deskundigen

Het belang van de verschillende specialismen, de onmisbaarheid van specifieke opleidingen, de correctheid en relevantie van de behandelmodellen en filosofieën als hoekstenen van de zorg lijken illusies. Opvallend in de lijn van de hier verkondigde stellingen is een aantal uitspraken uit de serie 'Opleiders van het eerste uur' in het *Tijdschrift voor Psychotherapie*. Jongerius; Anzion, 1999) beklemtoont het oog hebben voor non-specifieke elementen en het belang van het ritueel. Zelf werkte hij vanuit een psychoanalytisch model, waarvan hij meteen zegt: 'Het is geen waarheid... Als je het relativiseert, dan wordt die hele scholenstrijd overbodig' (p. 268). Pierloot; Anzion, 2000) citeert Frank en stelt: 'Alle methodes hebben een resultaat, maar... het enthousiasme en het geloof van de therapeut in zijn eigen mogelijkheden (veroveren) het succes, ongeacht de toegepaste methode' (p. 25). 'Bovendien wordt de opleiding van elke specialistische vereniging steeds langer, terwijl er geen aanwijzingen zijn dat de lengte van de opleiding in positieve zin correleert met de kwaliteit en de effecten van de behandelingen. Er zijn zelfs aanwijzingen dat het andersom is'; Lange, 1994, p. 6).

In de geestelijke gezondheidszorg passen we onder het mom van een specifieke professionaliteit met een aspecifieke attitude interventies toe die zowel inhoudelijk, formeel als methodisch vooral aspecifieke effecten hebben. Onze geestelijke gezondheidszorg wordt gedragen door deskundigen, 'deskundologen' volgens sommigen,

die er best mogen zijn, maar waarschijnlijk niet echt nodig zijn en ook een aantal nadelen met zich meebrengen.

Ten eerste is het zo dat hulpverleners in de loop der jaren wel meer deskundigheid verwerven, maar ook vaak inboeten aan placebokracht (zoals enthousiasme en inzet). Hierdoor worden ze misschien minder effectief dan zuivere placebo's. Dat zowat elk onderzoek vaststelt dat experimentele behandelingen beter zijn dan oudere standaardbehandelingen (niet te verwarren met gestandaardiseerde behandelingen), heeft hier vermoedelijk alles mee te maken.

Een ander boeiend verschijnsel kan hiermee verband houden. Nieuwe therapievormen oogsten vaak spectaculaire successen. Doorgaans zijn het vooral de *founding fathers* die de grootste resultaten boeken; dikwijls slagen de volgelingen er niet meer in deze te evenaren. Dit zou wel eens het gevolg kunnen zijn van een verkeerdelijk focussen op de methodologie of specifieke therapeutische houding, van een verdeskundiging, waarbij wordt vergeten dat deze van ondergeschikt, misschien zelfs van geen enkel belang is.

Ten tweede geldt dat te grote deskundigheid op bepaalde terreinen en te zorgvuldig diagnosticeren tot ongewenste effecten zou kunnen leiden, zoals een te grote nadruk op pathologie en zelfs iatrogenese: een langere behandelduur en het versterken van klachten door er te zeer naar op zoek te gaan; Bosmans, 1999; Crombag & Merckelbach, 1997; Stoffer, 1994).

Ten derde vindt binnen behandelcentra vaak een selectie plaats in de benaderingsvormen die een plaatsje worden gegund. Zo vindt mogelijk een verlies aan 'geneeskraft' plaats. In dit verband kan onder meer verwezen worden naar de transpersoonlijke psychologie; Lang, 1998) en de alternatieve hulpverlening (zie o.a. Van Reenen, Vandermeersch, & Hutschemaekers, 1997) waarop door zeer veel mensen met tevredenheid een beroep wordt gedaan, maar die door de meeste erkende hulpverleners vaak smalend worden bekeken. Denk hierbij aan handoplegging, paranormale geneeswijzen, *therapeutic touch*; Wolf, 1999). Het gaat hierbij waarschijnlijk vaak om voorbeelden met een zuivere, maar sterke placebowerking.

## **Suggesties voor een betere toepassing van niet-specifieke factoren**

Geen van de tot nu toe gepresenteerde bevindingen en standpunten is nieuw. Alleen worden er tot nu toe weinig praktische consequenties aan verbonden. Dit wél doen, zou nochtans de hulpverlening zeer ten gunste kunnen komen. Vermoedelijk zitten we in de praktijk grotendeels in een dubbelblindsituatie. Hulpverleners én patiënten geloven dat ze zich van een werkzame specifieke benadering bedienen, terwijl dit vaak niet zo is: de therapie zal dikwijls wel werkzaam zijn maar niet door het specifieke. Dit is geen ramp (integendeel), maar het is wel wenselijk dat ten minste (of misschien ook hoogstens) enkele verantwoordelijken zich hiervan bewust zijn om het geheel optimaal te kunnen besturen en niet in een volledig-blindsituatie te vervallen.

Het voorafgaande versterkt de indruk dat een degelijke geestelijke gezondheidszorg zeker niet alleen op specialismen gestoeld dient te zijn. Organisatorische ingrepen en

niet-specifieke factoren zijn vaak minstens even werkzaam. Acties om de werking van het niet-specifieke te verbeteren, kunnen gericht zijn op het personeel, op de patiënt of op de zorgorganisatie. In wat volgt, wordt louter een opsomming gegeven van mogelijke interventies. Kenmerkend hierbij is dat het gaat om niet-inhoudelijke, maar zuiver formele benaderingen.

*Zoek mensen die overtuigd zijn van wat ze doen, of bezorg hun het gevoel van meesterschap; kies mensen die er absoluut zin in hebben.*

Selecteer personeel niet op diploma, opleiding of objectieve deskundigheid, maar op zaken zoals werklust, overtuiging en uitstraling van vertrouwen. Werf eender wie aan, maar zorg dat ze er absoluut zin in hebben. Een diploma of opleiding biedt niet meer voorsprong dan een halfjaar ervaring. (Uiteraard zeggen diploma's iets over interesses en mogelijkheden, maar dit moet niet worden overdreven. Zaken zoals sociale vaardigheden, menselijk aanvoelen en intelligentie spelen een veel belangrijker rol.)

Plaats nieuwkomers het eerste jaar in een leermeester-gezelverhouding, zodat ze geen stomiteiten kunnen begaan en een gevoel van meesterschap kunnen verwerven. In die periode wordt makkelijk duidelijk voor wie werken in deze sector niet is weggelegd. Geef nieuwkomers de kans om dingen uit te proberen; ook zaken waarin meer ervaren medewerkers niet meer geloven.

Placebowerking stimuleren betekent de betekenis die therapeuten geven of overbrengen, beïnvloeden. De beste placebo's zijn die waarvan men zelf gelooft dat het gespecialiseerde therapieën zijn. Laat mensen dus hun overtuiging, tenzij onomstotelijk is vastgesteld dat de consequenties schadelijk zijn. Stop discussies rond overtuigingen wanneer deze in absoluutheden voor anderen dreigen te vervallen. Een creatieftherapeut mag best ervan overtuigd zijn dat je bepaalde kleuren bij psychotici niet mag gebruiken. Zorg er evenwel voor dat hij of zij dit andere creatieve werkers niet gaat verbieden. Elke overtuiging is belangrijk omwille van haar overtuigingswaarde, maar ook niet meer dan dat. Er moeten overtuigingen zijn en deze mogen best compleet tegengesteld zijn. Anders geformuleerd: het is goed om absoluutheden te hebben, maar de absoluutheid mag slechts gelden binnen de eigen werking (afdeling, dienst).

Zorg ervoor dat in elk team en elke dienst een aantal mensen een founding father-gevoel heeft: stimuleer mensen tot nieuwigheden, of integratie van geïsoleerd bestaande benaderingen. Onderstreep het fantastische van hun aanpassingen en implementatiepogingen en stel hoge verwachtingen in hun verdere werk. Zorg dat de rest van het team de founding fathers steunt, ernaar opkijkt en zich gedraagt als bewonderende eerste leerlingen. Criticasters en klagers horen er niet thuis. Nieuwkomers dienen met andere woorden te vernieuwen om te vernieuwen (om een founding father-gevoel te krijgen).

Investeer niet in dure of langdurige opleidingen, maar kies voor korte, krachtige, inspirerende opleidingen (zie ook: Lange, 1994). Empirische onderbouw ervan is hierbij volledig irrelevant. Het enige effect dat beoogd wordt, is een subjectief gevoel van meesterschap. Kennis over echte of vermeende specifieke factoren en protocollen is niet alleen van belang voor cliënten, maar misschien nog meer voor therapeuten; ze bieden houvast, waardoor ze zich zekerder gaan voelen en meer vertrouwen uitstralen, denk aan het 'Interapy-project'; Van de Ven, Lange, Schrieken, Bredeweg, &

Emmelkamp, 1999). Naar de opleidingen toe: verlies jezelf niet te veel in details, deze doen er toch niet toe. Houd het kernachtig en inspirerend.

Nodig af en toe (niet te vaak) een externe deskundige uit die de werking bevestigt en die de eigen founding fathers erkent in hun deskundigheid. Externe deskundigen hebben, met andere woorden, twee functies: inspiratie bieden (nieuwe ideeën, passend binnen de eigen werking; gevoel van versterkt meesterschap), maar ook en vooral, onderstrepen van het meesterschap van de eigen meesters. Haal dus geen externe deskundigen in huis die de eigen visie ondergraven, of die de eigen meesters negeren.

*Zorg dat er een functioneel wij-gevoel ontstaat (functioneel = professioneel; geen vriendenkring, wel mensen die vooral komen om te werken, samen te werken)*

Koppel functies los van (beroeps)opleidingen. Organiseer diensten dan ook liever niet volgens opleidingen (psychologische dienst, dienst ergotherapie, maatschappelijk werk, enz.), maar volgens functies: werkbegeleiding, verbale begeleiding ('psychotherapie' klinkt eveneens te zeer opleidingsgebonden), creatieve expressie, vrije tijd, enzovoort.

Geef criticasters en zeurkousen de kans te verhuizen naar een team of functie naar keuze, waar ze moeten bewijzen dat ze zich ook anders kunnen opstellen. Stimuleer de afdelingen en diensten om regelmatig activiteiten naar buiten toe te ondernemen, zoals artikelen schrijven en lezingen verzorgen. Externe erkenning verhoogt de interne placebo-waarde. Zorg ervoor dat afdelingen het gevoel behouden dat ze zich moeten bewijzen: geef steun en bewondering, maar bevraag hen ook voldoende kritisch (niet te kritisch).

Binnen elke afdeling moet eensgezindheid bestaan over hoe men patiënten benadert, welk type relatie men aangaat, zodat men elkaar niet gaat ondergraven. De behandeling moet systematisch en professioneel worden uitgevoerd; Dijkhuis, 1992).

*Zorg dat er verschillen zijn in aanbod en stijl*

Zorg voor grote verschillen tussen afdelingen, een gevarieerd aanbod in benaderingswijzen. Binnen de waaier van stijlen, zijn de volgende het meest evident:

- volledig individuerichte afdelingen, bestaande uit specialisten die intensief overleggen en telkens een individueel gefundeerde benadering afspreken;
- doe-het-zelfafdelingen waar de patiënt vrij is en de kans krijgt om zelf zijn leven in handen te nemen: de verantwoordelijkheid wordt bij hem gelegd;
- afdelingen gericht op knusheid en warmte;
- programmagerichte afdelingen: een deskundig programma wordt overtuigend aangeboden;
- afdelingen steunende op autoriteit, statusgericht ('de geneesheer komt en zal beslissen');
- uitdagende afdelingen (werkend met bijvoorbeeld paradoxen);
- volledig alternatieve, modernistische afdelingen.

Meer variaties en combinaties zijn mogelijk. Het uitgangspunt is dat de meeste benaderingen voor de meeste patiënten helpen. Een gevarieerd aanbod verhoogt de kans om voor patiënten de beste combinatie te vinden. Bovendien verhoogt de aanwezigheid van verschillende benaderingswijzen ('concurrentie') de cohesie en



prestatiedrang. Dit houdt in dat eenzelfde patiënt of probleem op verschillende plaatsen behandeld kan worden. Zorg ervoor dat op deze plaatsen niet dezelfde trekkers werken: niet dezelfde depressiespecialist op alle depressieafdelingen, dit vermindert de variatie.

Zorg dat er binnen de teams eveneens een variatie in het aanbod is: verbale en non-verbale benaderingen of verschillende soorten verbale benaderingen, ook al blijft de achtergrondvisie dezelfde. Zorg dat er binnen ieder team verschillende persoonlijkheidsstijlen aanwezig zijn. 'Klikken' heeft mogelijk meer te maken met stijl dan met deskundigheid.

Heb oog voor het 'behagen' (placebo) van patiënten. Houd rekening met hun smaak en voorkeuren. Laat hen meekiezen in behandelingsvorm en begeleider, ook al betekent dit niet noodzakelijk letterlijk vragen wat of wie ze willen. Er zitten soms pathologische keuzen bij, maar zeker niet altijd (terwijl er nu vaak wel zo naar gekeken wordt). Engageer alternatieve genezers, zoals handopleggers en geef hun een zichtbare, afgebakende plaats, zowel ambulante als residentieel.

#### *Zorg voor verandering*

Maak jobrotatie aantrekkelijker. Te lang op dezelfde plaats blijven werken, kan vastroesten in de hand werken. Na twee jaar kunnen mensen optimaal renderen en creatief zijn. Drie jaar later dreigt routinevorming. Nodig mensen vanaf dan jaarlijks uit om hun werkplaats te bespreken. Er kunnen ernstige argumenten zijn om niet te roteren, maar in principe wordt iedereen uitgenodigd om te roteren, eventueel partieel. Nu is het meestal omgekeerd: men roteert slechts als daar ernstige, haast steeds negatieve redenen voor zijn. Een ernstige reden om niet te roteren, kan zijn: nog volop met veranderingsplannen bezig zijn, nog overlopen van enthousiasme. Geef mensen ook de kans om te roteren naar andere functies (bijv. een verpleegkundige naar sportbegeleiding). Minstens elke vijf jaar worden ernstige hervormingen ingevoerd op iedere afdeling. Veranderen om te veranderen. Verandering geeft steeds nieuwe hoop en een subjectief gevoel van verbetering.

Blijf oog hebben voor het resultaat. Als resultaat uitblijft, verander dan van richting of plaats de patiënt over. Installeer op behandelafdelingen een maximum verblijfsduur van zes maanden of minder. Daarna moeten er ernstige veranderingen aangebracht worden, liefst ook een verandering van setting en milieu.

#### *Organiseer een op verandering gericht kader*

Creëer een zogenaamd gespecialiseerd aanbod voor moeilijke problemen, ook al is er objectief geen sprake van deskundigheid. Subjectief geeft dit en voor het team en voor de patiënten de boodschap: wij kunnen helpen.

Creëer, om hospitalisatie tegen te gaan, niet-gehospitaliseerde specialisaties: therapeutische straathoekwerkers, mobiele crisisopvang, conflictoplossers, achterdochtbezweerders of -begrijpers, enzovoort.

Voor de overheid: erken alle alternatieven, alle placebo's als (psychosociale) therapie. Houdt de terugbetalingstarieven laag en de terugbetalingduur kort. Betaal enkel goedkope benaderingen terug. Het is eveneens wenselijk dat daarnaast dure (niet

terugbetaalde) elitebehandelingen blijven. Mogelijk dankt een aantal benaderingen slechts hieraan effectiviteit. Er mogen ook rustig nieuwe, dure elitebehandelingen gecreëerd worden. Bescherm geen titels meer (psychotherapeut, creatieftherapeut, enz.).

Laat mensen uit de ambulante sector een tijdlang in ziekenhuizen werken, met als opdracht te zoeken naar mogelijkheden om hospitalisatie te verkorten.

## Grenzen aan de werking van het niet-specifieke

Het opzetten van een behandelorganisatie vanuit 'het niet-specifieke' kent twee grenzen.

De eerste en belangrijkste is die van de specifieke factoren. Wanneer het duidelijk is dat een specifieke benadering (omgangsstijl, behandelpakket, therapeutkenmerken) beter is dan andere (of slechter), is het ethisch niet verantwoord deze niet (of in het omgekeerde geval wel) te gebruiken. Wat bekend is, moet ingebouwd worden binnen de niet-specifieke benadering. Niet alles is toe te schrijven aan onbenoembare niet-specifieke factoren. Het is evenwel niet de opzet van dit artikel om uit te maken welke specifieke benaderingen *incontournable* zijn. Dit kan alleen gelden voor zaken waarover een ruime consensus bestaat. Ook voor effectieve specifieke factoren blijven echter de niet-specifieke kenmerken belangrijk; afwezigheid ervan kan vermoedelijk de werking van specifieke factoren verzwakken en omgekeerd; Anderson & Strupp, 1996).

De tweede beperking is de paradox: de werkzaamste bestanddelen uit onze benaderingen zijn niet-specifieke bestanddelen. Wanneer deze als dusdanig wordt benoemd, de placebo's ontmaskerd worden, werken ze niet meer of veel minder. Het is belangrijk dat het denken in termen van niet-specifieke factoren bekend is bij hogere leidinggevendenden, omdat het bewust hanteren van dit idee uiterst heilzaam, therapeutisch is. Het is even belangrijk dat dit denken beperkt blijft tot deze leidinggevendenden, omdat anders de kracht ervan verdwijnt.

## Besluit

Een 'placebo-organisatie' keert de uitgangspunten om: de grootste basis van een goede behandeling is niet specialisatie, deskundigheid door opleiding, aangevuld door een deel gemeenschappelijke, niet-specifieke factoren; de basis wordt gevormd door de niet-specifieke factoren, slechts voor een beperkt deel aangevuld door specifieke factoren. Op deze manier kan van de schijnbare zwakte van de sector (we krijgen de specifieke factoren niet te pakken) een sterkte gemaakt worden: we gaan bewust met niet-specifieke factoren werken.

Sommigen zullen beweren dat de huidige geestelijke gezondheidszorg eigenlijk een grote placebo-organisatie is. Dit is slechts gedeeltelijk waar en als het waar is, is het een dubbelblindsituatie. De meeste partijen zijn immers overtuigd dat ze specifiek werken. Dit leidt tot het niet optimaal benutten van de mogelijkheden van niet-specifieke factoren. Een doorgedreven niet-specifiek denken daarentegen biedt verfrissende mogelijkheden die en optimaal therapeutisch zijn voor de patiënt, en

werkvregde bieden aan het personeel. Het paradoxale is dat een placebobenadering een niet-inhoudelijk gebonden benadering is, die evenwel grotendeels steunt op inhoudelijke overtuigingen van de gezondheidswerkers. Essentieel is dat mensen inhoudelijk overtuigd zijn van wat ze doen en zich meester voelen op een bepaald terrein. De exacte aard van deze inhoud is onbelangrijk, tenminste tot op de grens van de specifieke factoren waarover een consensus bestaat.

Dit brengt ons ten slotte terug bij de beginvraag: is specialisatie wel zo nodig? Het antwoord hierop is: ja en nee. Nee, specialisatie, zoals we die nu zien, is niet nodig. Maar: ja, mensen moeten wel een gevoel van specialisatie hebben, een gevoel van 'ik heb wat te bieden'.

---

### Abstract

*In mental health care is a growing demand for specialization. This article disputes the importance of specific expertise and underlines the power of organizational and non-specific factors, commonly referred to as placebo-factors. After having adduced arguments in support of this vision, the author develops a new line of reasoning.*

*If we accept that placebo-factors are in fact the most important therapeutic factors, it should be possible to make a better use of them. A series of possibilities for heightening the placebo-power is suggested.*

### Referenties

- Anderson, T., & Strupp, H. (1996). The ecology of psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 776-782.
- Anzion, P. (1999). Van ervaren naar kennis. Jongerius over de opleiding tot psychotherapeut. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 25, 262-276.
- Anzion, P. (2000). Van het onbewuste naar de affectieve uitwisseling. Pierloot over de opleiding tot psychotherapeut. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 26, 20-35.
- Baas, E.M. (1999). Leven of overleven. Rehabilitatie als open-eind programma in de chronische psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 54, 884-891.
- Beenackers, A.A.J.M. (1996). De opkomst van het vijf-gesprekkenmodel. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 51, 168-171.
- Beenackers, A.A.J.M., Bruins, B.E.E., & Prins, F.S. (1996). Blinde versterking: klachten verhelpen zonder erop in te gaan. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 51, 607-618.
- Bennett, D. (1997). Rehabilitatie is mensenwerk. De ontwikkeling van een visie. *Passage*, 6, 68-74.
- Bosmans, E.G. (1999). Sociaal-agogisch werkers. Een netwerk voor patiënten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 54, 380-384.
- Crombag, H., & Merckelbach, H. (1997). Tocht door de psychotherapeutische wildernis: een casus over MPS en iatrogenese. *Directieve Therapie*, 17, 271-291.
- Delespaul, P. (1999). Naar een empirisch gebaseerde klinische psychologie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 29, 93-98.
- Delhaas, J.L.M. (1999). Vaktherapeuten: wat kan en wat moet? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 54, 365-368.
- Dijkhuis, J.H. (1992). Psychotherapie: een vak apart. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 22, 154-171.
- Dyck, R. van (1986). *Psychotherapie, placebo en suggestie*. Academisch Proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden.
- Eckhout, J.-P. van (2001). Psychotherapeut of counselor? Niet-universitair geschoolden willen erbij. *Psyche*, 13, 7-9.
- Eysenck, H.J. (1994). The outcome problem in psychotherapy: what have we learned? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 477-495.

- Grissom, R.J. (1996). The magical number .7+.2: meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 973-982.
- Havenaar, J. (2000). Programma's, casemanagement en werkdruk. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 55*, 625-633.
- Hezewijk, W. van, & Sijben, N. (1990). Kortdurende residentiële psychiatrische behandeling. Een overzicht van de literatuur over onderzoek naar de verkorting van de opnameduur. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 32*, 674-692.
- Holleboom, R.W. (1996). Rationeel of intuïtief. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 51*, 299-303.
- Hutschemaekers, G. (1999). Chaos in het beroepenveld. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 54*, 355-364.
- Jonge, M. de (1999). Cliëntenperspectief. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 54*, 402-404.
- Kraaimaat, F. (1999). Psychotherapie opnieuw in beweging: herstructureren en investeren. *Gedragstherapie, 32*, 217-220.
- Lang, Y.M.C. (1998). *Geestelijke verzorging. De existentiële begeleiding in de psychiatrische hulpverlening*. Utrecht: S.W.P.
- Lange, A. (1994). *De verzuiling in de psychotherapie. Over de noodzaak om systeemtherapieën en individuele therapievormen te integreren*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lietaer, G. (1999). Vergelijkend proces- en effectonderzoek in de psychotherapie: een pleidooi voor integratie? *Tijdschrift voor Psychotherapie, speciale uitgave*, 63-75.
- Martens, B., & Plaetincq E. (1996). Wat doen ze nu eigenlijk? Het takenpakket van verpleegkundigen in de GGZ. *Psyche, 8*, 5.
- Matt, G.E., & Navarro, A.M. (1997). What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects: a review and future directions. *Clinical Psychology Review, 17*, 1-32.
- McCrary, D.J. (1998). Rehabilitatie, het bondgenootschap. *Passage, 7*, 4-12.
- Nieuwenhuizen, C. van, Dorrepaal, E., Schene, A., & Haan, R. de (1999). Depressiebehandeling: richtlijnen voor psychomotorische therapie en ergotherapie. *Tijdschrift Klinische Psychologie, 29*, 99-109.
- Petry, D. (1999). Psychosociale rehabilitatie. "Wonen als een burger, leven met ruggensteun." In J.P. Wilken & D. den Hollander, *Psychosociale rehabilitatie – een integrale benadering* (pp. 11-14). Utrecht: S.W.P.
- Posthuma, D., & Lange, A. (1999). Positieve zelfverbalisatie bij opgenomen patiënten. *Directieve therapie, 19*, 134-145.
- Prioleau, L., Murdock, M., & Brody, N. (1983). An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *The behavioural and brain sciences, 6*, 275-310.
- Reenen, H.H.J. van, Vandermeersch, P., & Hutschemaekers, G. (1997). Alternatieve GGZ en New Age. Verslag van een enquête onder alternatieve hulpverleners. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 52*, 1207-1218.
- Schaefer, B., Schene, A., & Koeter, M. (1999). Kortdurende hulpverlening in de gespecialiseerde ambulante GGZ. Een onderzoek onder alle Riaggs. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 54*, 901-915.
- Schout, G. (1999). Tussen bondgenootschap en 'deskundologie'. Verkenning van uitgangspunten voor methodiekontwikkeling in de (sociaal)psychiatrische verpleegkunde. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 54*, 269-283.
- Stoffer, R. (1994). Het vijf-gesprekkenexperiment. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 49*, 142-158.
- Ven, J.-P. van de, Lange, A., Schrieken, B., Bredeweg, B., & Emmelkamp, P. (1999). Interapy: de resultaten van een kortdurende geprotocolleerde behandeling van posttraumatische stress via Internet. *Directieve therapie, 19*, 5-39.
- Wolf, M. (1999). Aromatherapie, healing touch en yoga: dat kun jij ook! *Maandblad Activiteitssector, 20*, 30-33.