



[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)

## Kant-en-klaar

*Jolanthe de Tempe\**

Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L., & Minnen, A. van (red.) (2004). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, deel I en II*. Tweede, herziene druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. 384 en 366 blz.; per deel € 32,50 (gebonden € 39,50).

De ontwikkeling van protocollen – stap-voor-stapscenario's van complete behandelingen voor welomschreven klachten - komt voort uit het psychotherapeutisch effectonderzoek. Effecten kunnen beter beoordeeld worden als de interventies zo veel mogelijk gestandaardiseerd zijn. Met de opkomst van *evidence based medicine* werd ook de behandelpraktijk beïnvloed door deze protocollen. Gedrags- en cognitief-therapeutische uitgangspunten en technieken domineren hierin.

De twee dikke delen van *Protocollaire behandelingen in de GGZ*, een herziene versie van de eerste uitgaven uit respectievelijk 1997 en 1999, beslaan een groot aantal psychische stoornissen. Voor wie vertrouwd is met de gedragsmatige en cognitieve methoden, zoals de lezers van *Dth*, bundelt het de stand van zaken. Therapeuten die de voorkeur geven aan een geïndividualiseerde werkwijze of aan andere stromingen kunnen het gebruiken om hun gereedschap uit te breiden of aan te scherpen. Geen therapeut kan zich veroorloven de robuuste resultaten van exposure, responspreventie en cognitieve herstructurering te negeren. Maar maatwerk zal in de praktijk altijd nodig blijven. Zo blijken mensen met paniekstoornis of depressie gemiddeld veel meer zittingen nodig te hebben dan protocollen bieden (De Beurs, Lange, Van Balkom & Van Dijk, 1999).

Na een inleidend hoofdstuk van de redacteurs over de geschiedenis, de voor- en nadelen van en de misvattingen over protocollen, volgen behandelingen voor paniekstoornis met of zonder agorafobie, obsessieve-compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angst, acute stress, depressie, onverklaarde lichamelijke klachten, migraine en spanningshoofdpijn, ongewenste gewoonten, tics en het syndroom van Gilles de la Tourette, daders van pedoseksuele delicten, echtparen (dit alles in deel I), posttraumatische stress, sociale fobie, specifieke fobie (spinnen en bloed), nogmaals depressie, hypochondrie, chronische vermoeidheid, conversieve fluisterspraak, burn-out, alcoholproblemen, boulimia nervosa (deel II).

De protocollen weerspiegelen de beste tradities van de directieve therapie: *evidence based*, pragmatisch, heldere doelen, veel aandacht voor motiveringstechnieken, concrete taken en veel competentieverhogende zelfwerkzaamheid, dit alles ingebed in een bemoedigende en respectvolle werkrelatie. Een voorbeeld is het protocol voor alcoholproblemen, waarin matig drinken als haalbaar doel wordt toegestaan, een ontwikkeling die inmiddels rijkelijk door internationaal effectonderzoek wordt ondersteund en waardoor veel meer mensen bereikt kunnen worden dan met een beleid van volledige onthouding (Saladin & Santa Ana, 2004).

---

\* J. DE TEMPE is socioloog en systeemtherapeut, verbonden aan MoleMann Mental Health Clinics, vestiging Almere.

Vier hoofdstukken zijn nieuw toegevoegd: dat over acute stress-stoornis, over tics en Gilles de la Tourette, over fluisterspraak en over daders van pedoseksuele delicten. Het protocol voor boulimie, dat in de eerste uitgave op cue-exposure was gebaseerd, is in zijn geheel vervangen door een bredere cognitief-gedragstherapeutische behandeling. Aan de overige protocollen is meestal niet veel veranderd, afgezien van recentere onderzoeksgegevens en een grotere aandacht voor motiveringstechnieken.

Maar dat is eigenlijk verbazend. In de vijf tot zeven jaar sinds de eerste uitgave moet de protocolontwikkeling zowel in onderzoek als in praktijk een hoge vlucht hebben genomen. Reeds bestaande protocollen zullen zijn bijgesteld. Nieuwe protocollen zijn ontwikkeld en getoetst, zoals de time-out procedure voor ruziemakende partners (Lange, Van der Wal & Emmelkamp, 2000) of de gestructureerde schrijfpdracht voor de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen (Van de Ven, Lange, Schrieken & Emmelkamp, 2000), een voor therapeut en cliënt minder belastende werkwijze dan imaginaire exposure. Voor groepen zijn veel goede protocollen ontwikkeld; in *Protocollaire behandelingen* zijn echter geen groepen te bekennen, behalve de daders van pedoseksuele delicten. Een veelbelovende ontwikkeling, op internet gebaseerde protocollen, is niet vertegenwoordigd (Lange, Van de Ven, Schrieken & Smit, 2003; Saladin & Santa Ana, 2004; Van de Ven et al., 2000). Wat betreft de cognitieve therapie die in het effectonderzoek zo'n dominante positie is gaan innemen, vind ik het jammer dat deze is versmald tot één type interventie, namelijk het ABC-schema met disfunctionele gedachten en het uitdagen ervan. Deze methode slaat in mijn ervaring lang niet aan bij alle cliënten die ervoor geïndiceerd zijn, en dan zijn er allerlei alternatieve interventies met een cognitief herstructurerend effect mogelijk.

Een redactionele verantwoording voor de selectie van protocollen ontbreekt. Zo moet de lezer maar blind vertrouwen dat de selectie inderdaad een representatief en actueel beeld geeft. Voor twee stoornissen, PTSS en depressie, worden meerdere protocollen gegeven, maar zonder dat de verhouding tussen deze wordt besproken. Er wordt niet uitgelegd waarom bij boulimie de cue-exposure benadering geheel verdwenen is, terwijl ze toch geenszins is achterhaald (zie bijvoorbeeld Havermans et al., 2003).

De nieuwe toevoegingen zijn niet allemaal even relevant voor de gemiddelde GGZ-praktijk, waar fluisterspraak of groepsgewijze dadertherapie voor pedoseksuelen niet echt aan de orde van de dag is (al is het protocol voor fluisterspraak wel leuk om te lezen). Technieken uit de dadertherapie als zelfcontrole, het analyseren van risicofactoren en het opstellen van een delictscenario voor terugvalpreventie, zijn goed bruikbaar voor andere stoornissen in de impulscontrole, maar dat moet de lezer zelf bedenken; een protocol voor geweldplegers binnen en buiten het gezin had meer voor de hand gelegen.

De systeemtherapie komt er bekaaid af. Het echtparenprotocol is een combinatie van *behavioral marital therapy* en individuele stresshantering. Behavioral marital therapy wordt als aparte stroming gepresenteerd, maar is in feite niets anders dan wat de meeste directieve systeemtherapeuten doen. En individuele stresshantering hoort mijns inziens niet thuis in dit hoofdstuk, alleen al omdat het genoeg aan de orde komt in andere hoofdstukken. In de overige protocollen wordt slechts hier en daar verwezen naar het bij de behandeling betrekken van de sociale omgeving, hoewel nogal wat onderzoek de meerwaarde van relatie- en gezinstherapie aantoont (Sprenkle, 2002). Nadat gedragstherapie en systeemtherapie samen aan de wieg van de directieve therapie

hebben gestaan, lijken ze nu steeds verder uit elkaar te groeien (Van der Velden, 1989). Van beide partijen is het de gedragstherapie het meest aan te rekenen dat ze weinig gebruikmaakt van de inzichten en technieken uit de systeembenadering (Lange & Duurland 1996).

Al met al vind ik het jammer dat de uitgever en de redacteurs niet hebben gekozen voor een grondiger actualisering en verantwoording.

Ook zou een strakkere hand van redigeren geen kwaad gekund hebben. De keuze voor protocollen specifiek voor één stoornis leidt tot veel herhaling, vooral van cognitieve procedures. Dat is handig voor een naslagwerk, maar storend voor een studieboek. Sommige auteurs stippen meer generieke thema's aan, die nu moeilijk terug zijn te vinden en daarom beter in een stoornisoverstijgend hoofdstuk hadden kunnen worden opgenomen, zoals een overzicht van de logische denkfouten in disfunctionele gedachten; een overzicht van socratische uitdagingstechnieken; of belangrijke kwesties zoals hoe lang een exposuresessie moet duren; of het aandeel van cognitieve herstructurering in de effectiviteit van exposure. Het zou de toegankelijkheid van de twee delen ook hebben vergroot wanneer verwante stoornissen bij elkaar zouden zijn geplaatst, in omvattender rubrieken geordend en redactioneel 'aan elkaar gepraat' door gemeenschappelijke elementen te belichten.

Niettemin blijft *Protocollaire behandelingen* in de oude of nieuwe versie een overzichtswerk dat in geen psychotherapeutische boekenkast mag ontbreken.

## Referenties

- Beurs, E. de, Lange, A., Balkom, A. van, & Dijk, R. van (1999). Hoe effectief zijn 'evidence based' behandelingen voor paniekstoornis met agorafobie? *Directieve therapie*, 19(1), 40-57.
- Havermans, R., Mulken, S., Franken, I., Vanwingh, M., Sandersen, R., & Jansen, A. (2003). Cue exposure met responspreventie bij de behandeling van verslaving. *Directieve therapie*, 23(3), 347-262.
- Lange, A., & Duurland, C. (1996). Gezinstherapie en gedragstherapie: Het perfecte huwelijk. *Systeemtherapie*, 8(1), 16.
- Lange, A, Wal, C. van der, & Emmelkamp, P.M.G. (2000). Time-out bij ruziemakende paren; de effecten van kortdurende behandeling. *Systeemtherapie*, 12(2), 111-125.
- Lange, A., Ven, J.-P. van de, Schrieken, B., & Smit, M. (2003). Interapy Burn-out: preventie en behandeling van burn-out via het internet. *Directieve therapie*, 23(2), 121-145.
- Saladin, M.E., & Santa Ana, E.J. (2004). Controlled drinking: more than just a controversy. *Current Opinions in Psychiatry*, 17(3), 175-187.
- Sprenkle, D.H. (Ed.) (2002). *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: AAMFT.
- Velden, K. van der (1989). Inleiding: Ontwikkelingen in de directieve therapie. In K. van der Velden e.a. (red.), *Directieve therapie 3* (pp. 13-23). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Ven, J.-P. van de, Lange, A., Schrieken, B., & Emmelkamp, P.M.G. (2000). Interapy: de resultaten van een gecontroleerde studie naar de behandeling van posttraumatische stress via internet. *Directieve therapie*, 20(4), 345-361.