



[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)

## Was al het werk de moeite waard?

MAURITS VERSTER

**K.T. Mueser, D.L. Noordsy, R.E. Drake & L. Fox (2011).** *Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose: Een richtlijn voor effectieve behandeling* (Sonja van Rooijen, Anneke van Wamel & Christien Muusse, Red., Vert.). Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom. 600 pp., € 58,-, ISBN 978 90 5898 186 8

In 2003 hebben Mueser, Noordsy, Drake en Fox een boek over geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose geschreven. Een lijvig werk dat vooral de bedoeling had om het heen en weer sturen van patiënten tussen verslavingszorg en psychiatrie te voorkomen. De auteurs beschrijven een hulpverleningsaanbod waarin de verslaving en de psychiatrische stoornis geïntegreerd worden behandeld. Het aanbod bevat een systematische opbouw in verschillende fasen waarbij de motiverende gespreksvoering een hoofdrol heeft. Het boek kent drie pijlers: individuele behandeling, groepsaanbod en veel aandacht voor de familie of naasten. De geïntegreerde behandeling van patiënten met een dubbele diagnose wordt in het algemeen aangeduid met 'IDDT'. Dit boek is door enkele medewerkers van het Trimbosinstituut vertaald. Deze boekbespreking gaat over die vertaling.

### MEERWAARDE

Ik zal het maar meteen opbiechten: ik was vooraf bevooroordeeld. Ik had een duidelijke mening over het oorspronkelijke boek: dat is van grote toegevoegde waarde voor de zorg voor mensen met een dubbele diagnose verslaving en een psychiatrische stoornis, maar erg op de Amerikaanse situatie geënt. Het bevat ook enkele zwakheden die ik nergens in de lovende recensies terug kan vinden. Toen ik begreep dat een vertaling in de maak was, vroeg ik me dan ook van tevoren af of er in die vertaling aanvullingen zouden komen voor de Nederlandse situatie, enkele kritische kanttekeningen geplaatst zouden worden en ook of de omissies zouden worden signaleerd en worden aangevuld. Toen ik gevraagd werd de boekbespreking te

maken heb ik mijn taak zwaar opgevat: kritisch bestuderen, met open blik en met de genoemde vragen in mijn achterhoofd. Ik heb dan ook beide boeken parallel nog eens volledig doorgelezen en kom tot de volgende beschouwing.

Het oorspronkelijke boek dat Mueser, Noordsy, Drake en Fox in 2003 schreven, heeft zoals gezegd een grote toegevoegde waarde voor de behandeling van patiënten met een dubbele diagnose. Heen en weer gestuurd worden en onenigheid tussen instellingen over het 'primaire probleem' waren niet wat je een geïntegreerde, effectieve en klantvriendelijke benadering kunt noemen. De fasegewijze ordening van het behandelproces dat Mueser en zijn medeauteurs in het boek presenteren, helpt de hulpverlener op koers te blijven en niet door de complexiteit en interactie van de problemen in paniek te raken. Immers: het behandelen van mensen met een gecombineerde stoornis is geen sinecure. Heb je na veel moeite het verslavingsgedrag een beetje onder controle, dan nemen angst, vermijding en depressie veelal toe. Vaak zie je tussentijds weer terugval: gebruik en andere psychiatrische klachten nemen weer toe. Enige handvatten voor de behandeling zijn daarbij broodnodig en prettig, voor cliënt en behandelaar. Daar heb je meer aan dan aan een voortdurende wedijver om inclusiecriteria aan te scherpen en naar de andere sector te verwijzen.

Het vertalen van het werk, met alle bijbehorende overwegingen rond termen, zinsneden en ordeningsprincipes moet een enorme klus geweest zijn. Daarvoor alle lof. Naar mijn oordeel is het uiterst zorgvuldig gedaan. Meer dan dat zelfs. Er zijn enkele ordeningsprincipes net iets helderder en consequenter weergegeven dan in het originele werk en soms zijn enkele zinsneden en passages net iets begrijpelijker weergegeven. Daarmee is het een zeer toegankelijk werk voor de Nederlandse markt van mensen die iets met de behandeling van dubbele diagnose (DD) van doen hebben. Gezien de omvang van het werk een monnikenwerk.

Er zijn ook wat aspecten die mij tegenvielen. Zo is het voorwoord van Minkoff, toch niet de eerste de beste, weggelaten. Hij geeft in het oorspronkelijke werk in het voorwoord op heldere wijze het ontstaan van de rationale van de hele *Integrated Dual Disorder Treatment* (kortweg IDDT) weer. Ook zijn er in de vertaling enkele bijlagen weggelaten, terwijl die in educatieve zin beslist een meerwaarde hadden. Er wordt niet uitgelegd waarom beide zaken zijn weggelaten.

Op een visuele kleinigheid na (een titel weggefallen en een figuur met de *time-line-follow-back* zonder onderschrift) kan ik, wat de vertaling betreft, geen serieuze omissies vinden. Een compliment waard lijkt mij.

#### EEN GEMISTE KANS?

Ik vroeg mij vervolgens af wat de toegevoegde waarde van een vertaling van het Engelstalige werk is voor de Nederlandse DD-werker en zijn of haar organisatie. Is deze vooral gemaakt omdat we te lui zijn om Engels te lezen? Dat lijkt me stug, want wie deze uitgebreide uitgave tot zich kan nemen moet ook met het originele werk een eind kunnen komen. Hooguit kan een vertaling iets gemakkelijker opgenomen worden als verplichte literatuur in verschillende opleidingen.

Er is bij deze vertaling geen gebruikgemaakt van het momentum om aanvullingen en verwijzingen naar Nederland te maken, hoewel men zich in het voorwoord wel degelijk lijkt te realiseren dat de verschillen aanzienlijk kunnen zijn. Is de mogelijkheid om toevoegingen en kritische noten in de vertaling mee te nemen tijdens de auteursrechtelijke onderhandelingen geofferd? Of worden ons die pas gegund met de in het begin van de vertaling aangekondigde nieuwe uitgave over DD-behandelingen in 2012? Juist met betrekking tot zaken als dwang en drang, huisvestingskwesaties en arbeidswetgeving is er een groot verschil met de Amerikaanse situatie. Deze vertaling had voor mij pas echt een duidelijke toegevoegde waarde gehad als daar de nodige aandacht aan was besteed. Af en toe een klein alineaatje of ergens een hoofdstuk over de Nederlandse situatie had men toch op zijn minst ergens moeten toevoegen.

Wat ook opvalt, is dat de *fidelity* schaal, het instrument waarmee je meet in welke mate echt geïntegreerd wordt behandeld, uit het boek is weggelaten. Je moet apart het Trimbosinstituut benaderen om deze op te vragen. Waarom is deze niet meegenomen in het boek, zoals in de oorspronkelijke versie?

Nu is het werk alleen bedoeld voor de Nederlander die niet van plan is de moeite te nemen het in het Engels te lezen of om studenten toch zover te krijgen dat zij de inhoud tot zich nemen.

#### WAT IS GEÏNTEGREERD BEHANDELEN?

Wat de feitelijke inhoud van het oorspronkelijke boek betreft hadden ook enkele aanvullingen en verbeteringen niet misstaan. Zo wordt niet duidelijk genoeg wat 'geïntegreerde behandeling' exact betekent. Geïntegreerd behandelen moet, aldus de auteurs, vanuit één organisatie. Maar de auteurs leggen daarna impliciet, maar voor mij onvoldoende helder, uit dat dat niet betekent dat je daarbij even goed verschillende problemen sequentieel, parallel of geïntegreerd kunt behandelen. Na elkaar, naast elkaar of in verwevenheid. Dat is juist waar ik zo veel mensen in de praktijk mee zie worstelen en behandelingen mis zie gaan. De geïntegreerde behandeling moet vooral voorkomen dat patiënten heen en weer worden geschoven tussen teams en organisaties. Er wordt door de

auteurs steeds duidelijk aangegeven dat er vanuit een holistische theorie gekeken moet worden naar de behandelaanpak. Het is van groot belang om van daaruit een behandeling op te zetten die, afhankelijk van het probleem, de fase en voortgang van de behandeling of de context, sequentieel, parallel of geïntegreerd kan worden uitgevoerd. Bovendien kun je daarbij weer onderscheid maken tussen probleemgebieden en interventies, die beide afzonderlijk na elkaar, naast elkaar of geïntegreerd kunnen worden uitgevoerd. Een voorbeeld: stoned exposure doen is niet zinvol. Maar door alle spanning die iemand bij de exposureoefeningen ervaart, wordt blowen wel weer heel aantrekkelijk. In dit voorbeeld: beter eerst wat nuchterder, dan exposure gelijktijdig met het vasthouden aan de vermindering van drugsgebruik en ten slotte het behaalde succes als geheel consolideren. Dus hier eerst na elkaar (sequentieel), dan naast elkaar (parallel) en ten slotte geïntegreerd. Dat is nu juist wat de behandeling zo ingewikkeld maakt: je moet voortdurend afwegen waar het accent ligt, en voorkomen dat je blijft pingpongen van ene probleem naar het andere. Een geïntegreerde blik is onontbeerlijk. Het moet leiden tot een goed behandelplan, waaruit de keuze voor sequentiële, parallelle of geïntegreerde interventies en probleemgebieden moet voortvloeien. De grote meerwaarde van de DB-behandeling moet zijn dat dit zoveel mogelijk vanuit één team gebeurt.

Op pagina 49 van de vertaling (17 van de originele versie) had eerlijkheidshalve dan ook een veel genuanceerder beeld moeten staan van de voor- en nadelen van sequentiële en parallelle behandeling. Bovendien had er onderscheid tussen organisatie of teams en interventies en probleemgebieden gemaakt moeten worden.

#### IS MGV IETS ANDERS DAN CGT?

Verwarrend is de wijze waarop in het boek het onderscheid wordt beschreven tussen motiverende gespreksvoering (MGV) en cognitieve gedragstherapie (CGT). Volgens de schrijvers is MGV iets anders dan CGT en kan dan toch ook weer 'als een soort cognitieve gedragstherapie worden opgevat'. Onnatuurlijk ingewikkeld lijkt mij.

Zowel MGV als CGT zijn gebaseerd op de leertheorie. MGV is onderdeel van de cognitieve gedragstherapie. De leertheorie is de theorie die verklaart hoe gedrag wordt geleerd, in stand blijft en verandert. Op basis van de leertheorie zijn allerlei interventies mogelijk die het uiteindelijke doel 'verandering in het doen en laten' nastreven. Daaronder zijn vele cognitieve interventies, waarvan MGV er één is.

Waarom de auteurs er zo'n onduidelijk verhaal van maken, begrijp ik niet. Het lijkt of ze hun best doen om aan te geven dat

MGV iets anders dan CGT is. MGV is als interventie uitstekend uitgewerkt, goed beschreven, goed trainbaar en aangetoond effectief gebleken. Daarmee is MGV voor het behandelen van mensen met complexe problemen van grote toegevoegde waarde. Kunstmatige verbijzondering ten opzichte van CGT lijkt mij daarbij echt overbodig.

#### WAT IS MOTIVATIE?

Over het begrip 'motivatie' heb ik me verbaasd. Het wordt eerst gedefinieerd als 'wat iemand doet'. Daarna gebruiken de auteurs het begrip om een beweegreden aan te geven. De eerste definitie lijkt mij onjuist, de wijze waarop ze het begrip vervolgens zelf gebruiken vele malen treffender.

Motivatie is volgens de Van Dale: 'Het geheel van factoren (ook aandriften en beweegredenen) waardoor gedrag gestimuleerd en gericht wordt.' Motief: 'beweegredenen', en motiveren: 'van argumenten voorzien'. Geen gedrag dus.

Het is ook jammer dat de auteurs hierbij geen leertheoretisch kader betrekken. In leertheoretische termen is iemands motivatie het resultaat van afweging van voor- en nadelen. Mensen zijn gemotiveerd datgene te doen waarvan men de meeste positieve consequenties verwacht. Behandeling is dan ook vooral de balans verschuiven, zodat mensen gezonder, assertiever, minder schadelijk of acceptabeler gedrag zullen verkiezen.

#### LANGE EN KORTE TERMIJN

Ik heb in het werk ook gemist dat er een onderscheid gemaakt wordt tussen de lange- en de kortetermijnconsequenties van gedrag. Ook hier had de leertheorie daarbij veel verheldering kunnen bieden. Maar helaas, dat is niet ingebracht. Juist bij verslavingen is het kortetermijneffect (de kick en het afnemen van ellendige gevoelens) zo krachtig. De langetermijnvoordelen moeten het uiteindelijk van de krachtige kortetermijneffecten gaan winnen. Volgens mij is dat een belangrijke toevoeging die de methodiek en veranderingsrichting verheldert.

#### IS CASEMANAGEMENT EEN INTERVENTIE?

Ten slotte lijkt mij casemanagement geen interventie. De casemanager doet, net als alle behandelaren, verschillende interventies. Hopelijk doet hij dat op leertheoretische grondslag. Bij het behandelen van dubbelediagnoseproblematiek kan uit de vele leertheoretische interventies worden gekozen. Het is aan te raden uit de categorie van interventies die tot de CGT behoren, vaak en vooral de MGV kiezen.

## SAMENVATTEND

Het Engelse boek *Integrated treatment for dual disorders* is beslist een boek met meerwaarde voor de behandeling van patiënten met een dubbele diagnose. De geïntegreerde behandeling, de fasegewijze aanpak, het naar voren halen van verschillende levensgebieden en de systematische opbouw geven het boek een meerwaarde voor de DD-werker en zijn organisatie. Het boek *Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose* is als vertaling goed geslaagd. Vanwege het ontbreken van verwijzingen en aanvullingen voor de Nederlandse situatie en het nalaten van een kritische bespreking van enkele omissies, heeft de vertaling echter beperkte meerwaarde. Je hoeft alleen geen Engels te lezen. Ik schat in dat wie dit werk tot zich kan nemen, ook met het originele werk ver was gekomen. Jammer, want als er iets meer moeite was gedaan was al het werk dat erin gestoken is, pas echt de moeite waard geweest.

## Referentie

Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E.

⊕ Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: The Guilford Press.