



[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)

## Over goeroes en nieuwe therapieën

COLIN VAN DER HEIDEN

De afgelopen decennia zijn we binnen het veld van de psychotherapie bestookt met een wildgroei aan ‘nieuwe therapievormen’; *mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT), metacognitieve therapie (MCT), dialectische gedragstherapie (DGT), positieve psychotherapie (PPT), *acceptance and commitment therapy* (ACT), interpersoonlijke psychotherapie (IPT), *cognitive behavioral analysis system of psychotherapy* (CBASP), schemagerichte therapie (SFT), *well-being therapy* (WBT), en ga zo maar door. Deze nieuwe therapieën kunnen vaak op een enthousiast onthaal rekenen van een deel van het veld. Mogelijk doordat ‘nieuw’ gewoon leuk en afwisselend is. Maar niet in de laatste plaats doordat de nieuwe behandelingen vaak ontwikkeld zijn door charismatische onderzoekers met een hoog goeroe-gehalte. En eerlijk is eerlijk: als je bijvoorbeeld Steven Hayes een keer enthousiast en energiek over ACT hebt zien spreken, dan ontkom je er bijna niet aan zelf enthousiast te worden. Dat ondervond ik enige tijd geleden aan den lijve, ondanks dat ik weinig begreep van de door hem gepresenteerde *relational framing theory* (met ook weer zo’n prachtige afkorting, RFT) waarop ACT gebaseerd is. Met de verkoopvaardigheden zit het dus meestal wel goed. Maar, om maar in verkooptermen te

blijven, zijn de ‘producten’ die ze verkopen ook wel als beste getest? Bestaat er met andere woorden voldoende wetenschappelijke evidentie die het geoorloofd maakt de behandeling toe te passen en een wel *evidence-based* behandeling te negeren? Het antwoord luidt ‘nee’. Want de meeste van de nieuwe behandelingen zijn de experimentele status nog niet ontgroeid. En dan is het simpelweg niet toegestaan deze behandelingen buiten een onderzoekssetting uit te voeren. Gewoon niet doen dus.

Maar ook als er wel bewijs zou zijn voor de werkzaamheid van die nieuwe behandelmethoden, is het nog maar de vraag of ze wel zo nieuw zijn. En of al die boeken en artikelen over de theoretische achtergrond en de toe te passen interventies, al die speciale trainingen, en in sommige gevallen aparte registers, wel zo gerechtvaardigd zijn. Om dat te beoordelen is de invalshoek van David Tolin (2009) verfrissend. Tolin, als psychiater en hoogleraar verbonden aan het Institute of Living en de Yale University, stelt dat om te bepalen of therapieën van elkaar verschillen beoordeeld moet worden wat er tijdens de toepassing van die nieuwe behandelingen nu werkelijk gebeurt, in plaats van te kijken naar de gegeven redenen om een therapie aan te

bieden (ofwel: de veronderstelde mechanismen). Zo bleken drie verschillende behandelingen voor dwangproblemen (*exposure met responspreventie, cognitieve therapie, en acceptance and commitment therapy*) veel meer overeenkomsten dan verschillen te hebben. En in alle drie de behandelingen leken vooral interventies die directe gedragsverandering stimuleerden, het werkzame ingrediënt te zijn. Alleen de manier waarop die gedragsverandering gestimuleerd wordt, bleek min of meer verschillend.

Nu zou u kunnen denken: wat maakt het eigenlijk uit? Als al die behandelingen werken, en dan ook nog via ongeveer dezelfde weg, dan laten we het toch gewoon zo? Kan iedereen doen wat hij leuk vindt, terwijl de cliënten toch ongeveer dezelfde vooruitgang boeken. Dat zou je inderdaad kunnen denken, maar het is absoluut onwenselijk. Naast wetenschappelijke redenen, is daar een erg actueel tegenargument voor aan te voeren. Stel, u bent verzekeraar of minister en u voert een gesprek met vertegenwoordigers van de ggz. Die presenteren goed nieuws: 'Wij hebben voor een

aantal psychische klachten werkzame behandelingen. Sterker nog, voor verschillende stoornissen hebben we wel zeven of acht behandelingen. En die zijn allemaal ongeveer even effectief.' Een relatieve buitenstaander met niet al te veel kennis van inhoudelijke zaken (lees: de minister) zou dan kunnen denken: 'Zie je wel, het maakt dus eigenlijk niet uit wat je doet. Had ik toch gelijk, dat je psychische problemen ook gewoon met je familie of goede burens kunt bespreken.'

Het lijkt dus ook om puur pragmatische redenen de hoogste tijd onszelf serieus te nemen en ons (dus) te presenteren als een veld met een eenduidige, schooloverstijgende visie op psychotherapie en werkzame interventies. Nieuwe ontwikkelingen in de psychotherapie? Ja graag, maar wel eerst even nagaan wat er nu echt gebeurt in die 'nieuwe' behandelingen. Is dat wel zo nieuw? Nee, laat u dan maar zitten. Zo wel, prachtig! Maar ook dan: wel nog even aantonen dat ze effectiever zijn dan bestaande behandelingen. Waarbij wederom geldt: als dat niet het geval is, laat u dan maar zitten.

#### Referentie

Tolin, D.F. (2009). Alphabet soup: ERP, CT, and ACT for OCD. *Cognitive Behavioral Practice*, 9, 1-9.