



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

Misverstand: causaal redeneren is nodig voor een goede behandeling?

Reactie op 'Oorzaken in het psychodiagnostisch proces'

HIDDE KUIPER  FREDRIKE BANNINK

In het decembernummer 2012 van *De Psycholoog* gooien collega's Witteman, Groenier en Spaanjaars in hun artikel 'Oorzaken in het psychodiagnostisch proces: Welke rol speelt klinische intuïtie?' zoals ze zelf zeggen de knuppel in het hoenderhok. Het artikel gaat over de rol van causaal redeneren in psychodiagnostiek en indicatiestelling en de stelling is in feite: wie heeft er nog kennis over oorzaken nodig als er *evidence-based* behandelingen voorhanden zijn voor DSM-stoornissen? Wat maakt het dan uit te weten wanneer problemen ontstaan zijn, laat staan onder invloed waarvan?

De auteurs geven enkele argumenten tegen en enkele voor het nut van causaal redeneren (over oorzaken van klachten) en pleiten vervolgens voor het laatste. Als argumenten tegen causaal redeneren stellen zij dat het niet vanzelfsprekend of essentieel is om aandacht te hebben voor oorzaken van psychische problemen. Voor nut en noodzaak van causaal redeneren is in de research geen eenduidig antwoord te vinden. Ze stellen voorts dat sommige patiënten sneller geholpen zijn als er niet uitgebreid wordt stilgestaan bij de oorzaken van hun problemen. Ze stellen dat psychologen gewoon niet op zoek gaan naar oorzaken en als ze dat al wel doen, de verklaringen voor de klachten weinig adequaat en erg idiosyncratisch zijn. Dat is nogal een statement: er is geen evidentie voor het nut van causaal redeneren en het vergt bovendien onnodig veel tijd.

Hoe sterk deze argumenten tegen causaal redeneren ook zijn, het belet de auteurs niet toch ook argumenten ten faveure van causaal redeneren aan te dragen. Lees met ons mee. Ten eerste moet zoeken naar oorzaken volgens de voorschriften (van de opleidingen). Die opleidingsvoorschriften berusten volgens de auteurs op logica en plausibiliteit. We zouden causaal redeneren nodig en nuttig vinden omdat we het jonge psychologen onderwijzen en dat doen we omdat wij het logisch en plausibel vinden. De auteurs geven ruiterlijk toe

dat er opmerkelijk weinig onderzoek bestaat waaruit blijkt dat causaal redeneren van nut is voor behandeling. Ze halen het onderzoek van Schulte, Kunzel, Pepping en Schulte-Bahrenberg (1992) aan waarin een protocollaire behandeling het beter doet dan een behandeling op maat met aandacht voor oorzaken.

Dan verlaten de auteurs het pad van de logische opbouw en belijden zij een geloof (niet gebaseerd op empirie): 'Het is aannemelijk dat iets pas te behandelen is als duidelijk is hoe het veroorzaakt is.' Een wonderlijke stelling. Even later beweren ze zelfs dat ingrijpen op de oorzaken de kans van slagen van een behandeling verhoogt! Een uitnodiging om met een tijdmachine terug in de tijd te gaan en daar dan de oorzaken weg te nemen. En dan komt het tweede argument waarom een causale redenering nodig is: omdat protocollaire behandelingen niet bij alle patiënten effectief zijn, is er altijd een causale redenering nodig, zoals bij heel ernstige gedragsproblemen en bij pervasieve ontwikkelingsstoornissen. 'Het nut hiervan is voor iedereen duidelijk!' aldus de auteurs en ze baseren zich daarbij op slechts één artikel (Nelson-Gray, 2003). In dat artikel staat echter dat het nut van *functieanalyses* bij die stoornissen, een analyse van de in stand houdende factoren van het probleemgedrag (niet van de oorzaken), is aangetoond. Er staat echter ook in dat artikel 'dat veel klinische situaties een rechttoe rechtaan karakter kennen en geen uitgebreide diagnostiek vereisen om tot een succesvolle behandeling te komen'. In dat zelfde artikel stellen de auteurs dat de vraag na vijftien à twintig jaar onderzoek onbeantwoord blijft: 'In welke mate draagt diagnostiek bij aan een gunstig behandelresultaat?' De auteurs weten het antwoord niet.

Argument drie is dat het vaststellen van oorzaken van een probleem sturend kan zijn bij een behandeling. Nergens in het artikel wordt dit standpunt verder op empirische gronden onderbouwd. Al met al een wel erg magere basis voor een zo stellige uitspraak.

Om hun geloof enigszins wetenschappelijk te onderbouwen noemen de auteurs een onderzoek van Berens, Witteman en van de Ven (2011) waarin twee patiëntvignettes voorgelegd werden aan psychologen in drie versies die van elkaar verschilden in de mate en vorm waarin 'oorzaken' werden genoemd die ten grondslag zouden liggen aan de klachten. Wat bleek? Psychologen kiezen voor verschillende behandelingen op grond van verschillen in informatie over oorzaken. Daarmee is volgens de auteurs het nut van causaal redeneren binnen de diagnostische cyclus bewezen. Wonderlijk. Deze uitkomst zegt namelijk niets over het nut van causaal redeneren voor de behandeling. Het toont aan dat beslissingen over de soort behandeling manipuleerbaar zijn. Als je er andere informatie over oorzaken aan het begin in stopt, kiezen psychologen aan het eind voor een andere behandeling.

De redenering van de auteurs wordt voor ons verwarrend als zij concluderen: 'Er zijn dus meer redenen vóór causale analyse in de diagnostiek. Onze overtuiging is dat je patiënten het best kan helpen als je weet hoe hun problemen in elkaar zitten.' Hier verwarren ze probleemanalyse met het vinden van oorzaken. Vanuit het medische model is het inderdaad raadzaam dat een internist eerst constateert dat een patiënt een blindedarmontsteking heeft voordat een chirurgische ingreep wordt voorgesteld. Het zal de internist of de chirurg verder een zorg zijn wat de oorzaak is van die appendicitis. Dat is niet relevant voor een adequate behandeling.

Als de auteurs zelf ook zover zijn dat ze toegeven dat het nut van causaal redeneren niet empirisch bewezen is en onnodig tijd kost en dat ervaren psychologen het niet goed doen bij het diagnosticeren van mentale stoornissen (overigens is diagnosticeren iets anders dan het vinden van oorzaken) houden zij plots een pleidooi voor het nut van *klinische intuïtie*. Psychologen moeten de tijd nemen om beter na te denken. Zo gaan ze patronen beter herkennen, aldus de auteurs. Als boekenkennis en ervaringskennis meer gaan samen vallen is er sprake van *klinische intuïtie*. Een wonderlijke sprong als men zojuist heeft aangegeven dat ervaren psychologen het minder goed doen!

We willen in dit verband graag wijzen op een even summiere als ontnuchterende samenvatting in het artikel over *the treatment utility of assessment* (de mate waarin resultaten van persoonlijkheidstestonderzoek zouden bijdragen aan het therapieresultaat) door collega Verbraak (2007). Hij beschrijft het enige (!) onderzoek (Lima et al., 2005) waarin gekeken werd naar hoe MMPI-2-uitslagen bijdragen aan therapieresultaten. Patiënten met verschillende DSM-IV-stoornissen werden over twee condities verdeeld: de ene groep kreeg therapeuten die wel informatie hadden ontvangen over de MMPI-uitslagen en -interpretaties van hun patiënten en de andere groep therapeuten ontbeerde deze informatie. Wat bleek? De patiënten van wie men kennis had van de MMPI-2-uitslag waren er na de behandeling slechter (!) aan toe op één uitkomstmaat. Verder werden er geen verschillen gevonden op de andere maten tussen de twee condities.

CONCLUSIE

Er zijn de laatste decennia gelukkig grote stappen gemaakt in het achterwege laten van (al te uitgebreide) probleemanalyses en het zoeken naar oorzaken. Het blijft echter verwonderlijk hoe sterk sommige hulpverleners blijven hameren op de noodzaak van het in alle gevallen achterhalen van oorzaken van psychische problemen.

Dat terwijl de moderne mens het volstrekt aanvaardbaar vindt dat de tandarts een kanaalbehandeling doet zonder een idee te hebben van de oorzaak van de ontsteking; of een computernerd een computerprogramma herinstalleert en daarmee een computer weer tot leven brengt zonder zich te bekommeren om de reden van de crash. Op het moment van psychisch leed menen sommige collega's echter nog steeds de oorzaak te moeten weten. Het nut is nooit aangetoond, er lijkt eerder bewijs voor het tegendeel.

In de jaren tachtig ontstond de oplossingsgerichte therapie (Bannink, 2009, 2012), een aanpak waarbij het oorzaak-gevolgmodel is losgelaten, probleemanalyse vervangen is door doelmanalyse ('Wat wilt u voor het probleem in de plaats?') en er helemaal niet naar oorzaken van problemen gezocht wordt om patiënten te helpen hun gewenste toekomst te bereiken. Er wordt zelfs weinig aandacht besteed aan klachten. Uit onderzoek blijkt dat oplossingsgerichte therapie het even goed (of slecht) doet als probleemgerichte therapie (Franklin, Trepper, Gingerich & McCollum, 2012; Gingerich & Peterson, 2013), waarbij aangetekend dient te worden dat men ook in probleemgerichte therapieën in lang niet alle gevallen aan causaal redeneren doet. Binnen de cognitieve gedragstherapie blijkt het bij een groot aantal stoornissen niet noodzakelijk oorzaken op te sporen. Bijvoorbeeld bij de dwangstoornis, paniekstoornis en piekerstoornis. Ook bij depressie kiest men zonder analyse van mogelijke oorzaken voor de meest effectieve aanpak, de gedragsactivering. Bij traumaverwerking en schemagerichte therapie wordt wel vaker uitgebreid stilgestaan bij (mogelijke) oorzaken.

Auteurs Witteman, Groenier en Spaanjaars komen tot aanbevelingen als: 'Vind altijd oorzaken voor de klachten' en 'Gebruik je klinische intuïtie'. Wij verbazen ons erover dat er collega's zijn die vinden dat ze hun patiënten moeten lastigvallen met het vinden van oorzaken of uitgebreide diagnostiek van het probleem, wat vooralsnog niet bijdraagt aan een betere behandeling. De auteurs maken de indruk dat een belangrijk deel van de moderne literatuur en research aan hen voorbij is gegaan.

Referenties

- Bannink, F.P. (2009). *Oplossingsgerichte vragen: Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2012). *Practicing positive CBT: From reducing distress to building success*. Oxford: Wiley.
- Berens, C., Witteman, C.L.M. & van de Ven, M.O.M. (2011). Is understanding why necessary for treatment choices? *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 81-87.
- Franklin, C., Trepper, T.S., Gingerich, W.J. & McCollum, E.E. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. Oxford: Oxford University Press.

- Gingerich, W.J. & Peterson, L.T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23, 266-283.
- Lima, E.N., Stanley, S., Kaboski, B., Reitzel, L.R., Richey, A., Castro, Y., ... Joiner, T.E. jr. (2005). The incremental validity of the MMP1-2: When does therapist access not enhance treatment outcome? *Psychological Assessment*, 17, 462-468.
- Nelson-Gray, R. (2003). Treatment utility of psychological assessment. *Psychological Assessment*, 5, 521-531.
- Schulte, D., Kunzel, R., Pepping, G. & Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- Verbraak, M. (2007). Misverstand & mythe: Persoonlijkheidstests dragen bij tot betere resultaten van psychologische behandelingen. *Directieve Therapie*, 27, 205-207.
- Witteaman, C., Groenier, M. en Spaanjaars, N. (2012). Oorzaken in het psychodiagnostisch proces: Welke rol speelt klinische intuïtie? *De Psycholoog*, 47(12), 10-19.