



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

Een misverstaan misverstand

Reactie op ‘Misverstand: causaal redeneren is nodig voor een goede behandeling?’

CILIA WITTEMAN, MARLEEN GROENIER & NANON SPAANJAARS

In onze bijdrage in *De Psycholoog* hebben wij met onszelf gediscussieerd over de vraag of causaal redeneren wel of niet een plek dient te hebben in het psychodiagnostisch proces (Witte man, Groenier & Spaanjaars, 2012). Onze conclusie, na afweging van enkele argumenten voor en tegen causaal redeneren, is dat het niet onomstreden is, maar wel degelijk een rol dient te hebben: als waakhond van de in de praktijk veelgebruikte klinische intuïtie, daar waar men er zonder nadenken niet uitkomt hoe het beste te handelen.

Interessant genoeg hadden wij een reactie verwacht uit de hoek van de voorstanders van causaal redeneren, die voor uitgebreide diagnostiek zijn zoals die bij uitstek plaatsvindt in topklinische zorginstellingen (inderdaad is diagnostiek meer dan alleen classificatie; over testdiagnostiek zoals Verbraak (2007) spreken wij niet). Wij geven namelijk aan dat zoeken naar oorzaken helemaal niet altijd noodzakelijk is. Wij vinden niet dat je ‘patiënten moet lastigvallen met het vinden van oorzaken’ – tenzij je er niet uitkomt als je niet verder kijkt dan wat de klachten zijn. Hierbij brengen wij geen onderscheid aan tussen oorzaken en in stand houdende factoren. Causaal redeneren beslaat het hele proces van het analyseren van de klacht van de cliënt. Wij hebben nuance in het uitgebreide diagnostiekbetoog aangebracht door te stellen dat causaal redeneren niet noodzakelijk is, mits het probleem direct helder is, mits er een geprotocolleerde behandeling voorhanden is, en mits de klinische intuïtie voldoende ontwikkeld is.

Omdat Kuiper en Bannink in voorgaand commentaar zelf de oplossingsgerichte therapie propageren en niet geloven in causaal redeneren, kijken zij in hun reactie op ons betoog uiteraard vooral naar die alinea’s waar wij onze redenen voor zulk redeneren benoemen.

Ons eerste argument is dat wij onze studenten aanleren te diagnosticeren in een cyclus van klachtanalyse, probleemanalyse, ver-

klaringsanalyse en indicatieanalyse, om de navolgbaarheid van het proces te vergroten. Met het volgen van die cyclus wordt structuur aangebracht en wordt bevorderd dat alle mogelijk relevante informatie wordt verzameld en gebruikt. Het is volgens degenen die deze richtlijn propageren logisch en plausibel dat gestructureerd werken leidt tot betere beslissingen, of tenminste beter onderbouwde beslissingen. Helaas is het nog niet mogelijk gebleken deze veronderstelling te toetsen – puur om praktische redenen: geen onderzoeksfonds heeft er geld voor over om cliënten wel of niet volgens de cyclus te laten diagnosticeren, om te kijken of er betere beslissingen genomen worden. Tot het moment dat het belangrijke maar vooralsnog onhaalbare want onbetaalbare vergelijkende onderzoek gedaan is naar effectiviteit van behandelingen na uitgebreide versus geen of minimale diagnostiek, is dit inderdaad een niet op empirie gebaseerde overtuiging. Dit geldt echter uiteraard mutatis mutandis ook voor de overtuiging dat uitgebreide diagnostiek niet nuttig is.

Ons tweede argument wordt door Kuiper en Bannink verkeerd geciteerd. Wij zeggen niet dat er, omdat protocollaire behandelingen niet bij alle cliënten effectief zijn, altijd een causale redenering nodig is; wij schrijven: 'Sommige cliënten hebben (complexe) problemen waarvoor geen protocol voorhanden is, en waar dus altijd causale analyse nodig is om een goede behandeling te kiezen.' Een causale redenering is dus naar onze mening alleen nodig als zonder een dergelijke analyse niet tot een passend behandelvoorstel besloten kan worden.

Ons derde argument is gebaseerd op een eigen onderzoek (Berens, Witteman & van de Ven, 2011) waarin wij vonden dat psychologen een andere behandeling voorstellen als zij een andere oorzaak voor hetzelfde probleem aannemen. Natuurlijk is dit indirect bewijs. Oorzaken maken verschil in behandelbeslissingen, concluderen wij; niet meer en niet minder.

Onze conclusie is mogelijk te genuanceerd. Wij schrijven inderdaad dat wij graag onderschrijven dat psychologen causaal zouden dienen te redeneren, maar wij voegen er ogenblikkelijk aan toe dat daar een en ander op af te dingen is. Het is onze overtuiging dat het nuttig is te weten waar problemen vandaan komen, hoe ze in elkaar zitten, waar ze door in stand gehouden worden, wat voor functie ze nu hebben – om zo een cliënt beter te kunnen helpen.

Klinische intuïtie is ook een heikel onderwerp, dat niet altijd goed begrepen wordt. De klinische intuïtie die naar onze mening een plaats verdient in de psychodiagnostiek is de vaardigheid patronen te zien gebaseerd op een langdurig leerproces met adequate feedback. Wij pleiten ervoor studenten te trainen in het ontwikkelen van hun intuïtie, en die dan te gebruiken om diagnostische

hypothese te genereren. Het feit dat ervaren psychologen nu niet beter presteren, is volgens ons te wijten aan het gebrek aan adequate training: casuïstiek komt enigszins aan de orde als illustratie bij sommige vakken, en studenten lopen stage waarin ze horen wat ze goed doen en wat niet, maar dat is iets heel anders dan wat ons voorstaat. Wij pleiten namelijk voor veel ruimte voor gevalbesprekingen door ervaren klinici, zodat studenten kunnen worden begeleid in het aanleren van valide prototypes van stoornissen.

Kuiper en Bannink vergelijken de psycholoog met een tandarts die een wortelkanaalbehandeling uitvoert zonder te weten waar de ontsteking vandaan komt. Natuurlijk, prima – de patiënt heeft kiespijn, en wil daar snel vanaf. Echter, om te zorgen dat de patiënt vervolgens pijnvrij blijft, is het wel zo nuttig te bekijken of de ontsteking het resultaat is van slechte mondhygiëne, ongezonde voeding of zelfs een eerdere, slecht uitgevoerde behandeling. Analoog kan bij psychisch leed ingezet worden op slaaphygiëne zodat de cliënt goed slaapt en op krachten komt, maar om recidive te voorkomen zou een behandeling daarnaast toch aandacht dienen te besteden aan de bron van het leed. Het kan toch niet echt zo verwonderlijk zijn dat sommige hulpverleners nog steeds achterliggende factoren proberen te achterhalen.

Kortom, wij betogen niet dat er altijd bij alle cliënten diepgaarend onderzoek naar oorzaken gedaan moet worden. Onze stelling is dat een dergelijke tijdsintensieve vorm van psychodiagnostiek ingezet moet worden als het probleem van de cliënt ingewikkeld is, als er geen standaardbehandeling toepasbaar is en als de hulpverlener er op basis van klinische intuïtie niet uitkomt.

Referenties

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.

Verbraak, M. (2007). Misverstand & mythe: Persoonlijkheidstests dra-

gen bij tot betere resultaten van psychologische behandelingen. *Directieve Therapie*, 27, 205-207.

Witteman, C.L.M., Groenier, M. & Spaanjaars, N.L. (2012). Oorzaken in het psychodiagnostisch proces: Welke rol speelt klinische intuïtie? *De Psycholoog*, 47(12), 10-19.