



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

Eens of oneens? Reactie op 'De nieuwe kleren van Colin van der Heiden'

COLIN VAN DER HEIDEN

In het decembernummer van *Dth* van 2012 verscheen een column van mijn hand over goeroes en nieuwe therapieën. Strekking was dat het ongeoorloofd is nieuwe behandelingen, waarvan de werkzaamheid onvoldoende bekend is, toe te passen en een *evidence-based* behandeling te negeren. Daarnaast betoogde ik dat het vaak maar de vraag is of die nieuwe behandelingen wel zo nieuw zijn. En dat het mijns inziens dus goed zou zijn om na te gaan wat er in behandelingen nu werkelijk gebeurt om te kunnen beoordelen of ze van elkaar verschillen. Concluderend stelde ik dat het de hoogste tijd is ons vakgebied te presenteren als een veld met een eenduidige, schooloverstijgende visie op psychotherapie en werkzame interventies.

Deze column leidde tot de reactie van Hidde Kuiper. Al lezend bemerkte ik dat ik het op een aantal vlakken met hem eens ben. Alleen vroeg ik me in die gevallen ook af waarom dat een reactie op mijn column was. Wat hij stelt, is naar mijn idee vaak geen reactie op wat ik stel. Een voorbeeld. Kuiper stelt dat we niet tevreden moeten zijn met wat we hebben en dat we nieuwe ideeën moeten gaan onderzoeken, omdat gemiddeld dertig procent van onze cliënten niet opknapt met onze standaard behandelingen. Hij stelt: 'als "beter" mogelijk is, dan is "goed niet goed genoeg"'. Ik kan me daar alleen maar bij aansluiten. Maar mijn eigen column teruglezend zie ik nergens staan dat ik tegen vooruitgang ben. En zelfs niet dat ik tegen goeroes ben, zoals Kuiper schijnt te denken. Als ik al ergens tegen ben, dan is het eerder tegen de volgelingen van goeroes: wetenschappelijk opgeleide behandelaars die op basis van enthousiasme en overtuigingskracht van een goeroe behandelingen gaan toepassen waarvan nauwelijks iets bekend is over de werkzaamheid. En zeker als dat ten koste gaat van een beschikbare bewezen effectieve behandeling. Dat is wat mij betreft zelfs onethisch. Als je zulke nieuwe behandelingen wilt toepassen, dan inderdaad bij

voorkeur in een onderzoekssetting, waarbij dus toestemming gevraagd wordt aan de patiënt en de effecten in kaart worden gebracht. En in elk geval wordt op zijn minst verteld dat een behandeling aangeboden gaat worden waarvan nog niets bekend is over de effectiviteit, terwijl er ook een behandeling (of meerdere) beschikbaar is (zijn) waarvan bekend is dat het merendeel van de patiënten er baat bij heeft. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst schrijft ons tenslotte voor dat we patiënten voorlichten over de effectiviteit en de gevaren van behandelingen die hun worden aangeboden. Daar kunnen we niet omheen, en daar moeten we ook niet omheen.

Maar dat we goeroes (of in elk geval, wetenschappers die nieuwe psychologische theorieën en behandelprogramma's ontwikkelen en toetsen) nodig hebben, dat ben ik wel met Kuiper eens. Want zoals reeds gesteld is er nog voldoende ruimte voor verbetering van de effecten van onze behandelingen. En nieuwe theorieën en behandelingen kunnen ons vooruit helpen. Maar niet iedere nieuwe theorie en behandeling helpt ons vooruit. Om daarachter te komen zullen we onderzoek moeten doen, waarin we nagaan of zo'n behandeling effectief is en hoe die effectiviteit zich verhoudt tot de behandelopties die er al zijn. Daarbij komt dat we niet blind moeten zijn voor de keerzijde van de goeroe. Zij kunnen een missionaris van hun eigen methodiek worden in plaats van een onafhankelijk onderzoeker. En dan bedrijven we pseudowetenschap, gericht op het overeind houden van eigen inzichten in plaats van het kritisch toetsen van die inzichten. En dan kan het gebeuren dat zo'n behandeling, vanwege het charisma en/of de verkoopvaardigheden van de goeroe, een hype wordt terwijl er weinig evidentie voor is. En dat zulke hypebehandelingen worden toegepast in plaats van een behandeling waarvan de werkzaamheid wel al goed gedocumenteerd is. Het is dan ook niet voor niets dat één van de vereisten om voor het predicaat evidence-based in aanmerking te komen, is dat er twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken (van goede kwaliteit) zijn gedaan. De door mij aangehaalde therapieën voldoen daar in de meeste gevallen niet aan, en zijn dan ook niet voor niets niet opgenomen in de verschillende multidisciplinaire richtlijnen. En omdat we volgens het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg dienen te handelen 'binnen de grenzen van hetgeen in de beroepsgroep als norm of standaard wordt aanvaard, rekening houdend met de stand van de wetenschap', verdienen beschikbare evidence-based behandelingen toch echt de voorkeur. Of we dat nu leuk vinden of niet.

Maar nogmaals, ik bedoel daar niet mee (en heb dat ook niet bedoeld) dat we 'zelfgenoegzaam op onze CGT-berg moeten blijven zitten en minzaam op nieuwe ontwikkelingen moeten neerkijken'.

Integendeel zelfs. Want terecht stelt Kuiper dat (te) veel patiënten niet opknappen van onze standaard behandelingen. Nog afgezien van het feit dat er voor veel stoornissen geen evidence-based behandelingen bestaan en dat de terugvalpercentages soms teleurstellend hoog zijn. Er is dus flinke ruimte voor verbetering. De vraag is alleen of verbetering gezocht moet worden in de ontwikkeling (en toetsing!) van nog meer varianten van psychotherapie. Waarbij het dan ook nog de vraag is of die varianten echt nieuw zijn. Want zoals bleek uit het door mij aangehaalde artikel van Tolin (2009), vertoonden drie verschillende vormen van behandeling van dwangproblematiek meer overeenkomsten dan verschillen toen een nadere analyse werd gemaakt van wat er daadwerkelijk in de behandeling gebeurde. Ik denk dat we vooruitgang moeten zoeken in het vergroten van de effectiviteit van onze bestaande standaard behandelingen. Bijvoorbeeld door de toevoeging van een nieuwe generatie psychofarmaca (zoals D-cycloserine) om leereffecten van interventies als *exposure* te vergroten. Of door de toevoeging van aanvullende interventies als *motivational interviewing* voorafgaand aan een standaard behandeling, waardoor het effect van die standaard behandeling vergroot wordt (Westra, Arkowitz & Dozois, 2009). Zoiets stelt Kuiper zelf in de laatste alinea ook voor, waarbij hij adviseert: 'Laten we het gaan onderzoeken.' En dan zijn we het dus weer eens, want dat is nu precies een van de punten die ik wilde maken. Laten we het onderzoeken. En als een methode dan blijkt te werken, dan wordt deze vanzelf opgenomen in de richtlijnen. Zoals met metacognitieve therapie voor GAS, waarvan Kuiper mij (met dank) als de grootste pleitbezorger in Nederland omschrijft. Dat is nu een mooi voorbeeld van mijn punt. Voor GAS waren de resultaten van de standaard behandelingen, CGT of antidepressiva, matig. En ook slechter dan bij andere angststoornissen het geval was. Tijd voor verbetering dus. Verschillende onderzoekers (sommigen ook goeroe) ontwikkelden GAS-specifieke theoretische modellen. En op basis daarvan specifieke behandelprogramma's. Zo ontwikkelde Adrian Wells de metacognitieve therapie (MCT) op basis van zijn metacognitieve model van GAS (Wells, 1995). Echter, in een kleine twintig jaar publiceerde hij wel talloze artikelen, boeken en boekhoofdstukken over de theorie en behandeling, maar slechts twee daarvan deden verslag van onderzoek naar de werkzaamheid van MCT. En op de kwaliteit van die onderzoeken viel ook nog wel flink wat af te dingen, zoals gebrek aan een controlegroep en het kleine aantal deelnemers (acht respectievelijk tien in de MCT-groep). Op basis van die bevindingen zou MCT wat mij betreft inderdaad 'geen plaats naast of in plaats van de gewone standaard CGT-technieken verdienen', zoals Kuiper zich afvraagt. En zou de methode niet buiten een onderzoekssetting toegepast mogen worden. Inmiddels is er onafhankelijk onderzoek van

betere kwaliteit verricht, wat ertoe heeft geleid dat MCT in de laatste update van de richtlijnen in Engeland een plaats naast CGT heeft gekregen (NHS, 2012). En dus breed toegepast mag worden. Maar let wel: alleen voor GAS, niet voor andere stoornissen waarvoor een metacognitieve behandeling ontwikkeld is. Daarvan moet eerst de effectiviteit nog maar aangetoond worden. En dat is volgens mij de weg die gevolgd moet worden met al die nieuwe behandelingen. En dat gebeurt dus gelukkig ook. Zoals blijkt uit de passage van Kuiper over oplossingsgerichte therapie (SFBT). Op basis van de door hem beschreven onderzoeksgegevens zou je toch mogen verwachten dat in de komende updates van de richtlijnen SFBT voor een of meer stoornissen als aanbevolen behandeling naast CGT, IPT en/of psychofarmaca wordt opgenomen. En dat sluit weer helemaal aan bij de voorgestelde lijn: er wordt een nieuwe theorie opgesteld en een nieuwe behandelmethode ontwikkeld, die wordt onderzocht in onderzoekssettings, en op basis van de gebleken effectiviteit wordt deze methode opgenomen in de richtlijnen. Dus volgens mij zijn we het wederom met elkaar eens.

Toch geldt dan wat mij betreft nog steeds dat het zinvol is na te gaan of die behandelingen nu echt zo van elkaar verschillen, door te beoordelen wat er in die behandelingen nu daadwerkelijk gedaan wordt door zowel de behandelaar als de patiënt. Kijken we weer naar het voorbeeld van MCT voor GAS, dan kan geconcludeerd worden dat wat er in de behandeling gebeurt nauwelijks verschilt van standaard CGT. Er wordt een rationale gegeven en de ernst van de klachten wordt dagelijks geregistreerd. Er worden op socratische wijze gedachten onderzocht en er worden gedragsexperimenten uitgevoerd om na te gaan of de disfunctionele gedachten juist zijn. Dit gebeurt zowel binnen de sessies als in de vorm van huiswerk. Het enige verschil zit hem in de gedachten waarop die cognitief-gedragstherapeutische interventies gericht zijn: op metacognities in plaats van de zorgelijke gedachten zelf. En dat geeft goede resultaten. Maar is het daardoor ineens geen vorm van CGT meer? Naar mijn mening is MCT wel een vorm van CGT, en geen hele nieuwe vorm van therapie. Maar wel een CGT-variant die effectiever lijkt dan de varianten die we al hadden. En als dat op basis van meer vergelijkend onderzoek daadwerkelijk het geval blijkt, dan zou MCT geen plaats naast andere vormen van CGT (of beter: psychotherapie in het algemeen) verdienen, maar in plaats van. En nog mooier zou zijn als er werkzame interventies in plaats van therapieën in de richtlijnen zouden worden opgenomen, zodat we daadwerkelijk een schooloverstijgende visie op psychotherapie zouden kunnen gaan ontwikkelen.

Hoewel ik de reactie van Kuiper toejuich (daar zijn columns tenslotte voor bedoeld: om te prikkelen en uit te nodigen tot debat) vond ik het wel verwarrend dat de eerste vijf alinea's vooral over een artikel van Cuijpers en collega's (2010) gingen. Dat maakte het soms wat lastig om te reageren, omdat ik niet de behoefte voelde stellingen van anderen te verdedigen. Bovendien lijken soms beweringen aan mij toegeschreven te worden, die niet door mij gedaan zijn. Zo heb ik niet beweerd, en naar mijn idee ook niet gesuggereerd, dat 'goeroes zorgen voor vertekende data door hun publicatiebias'. Ik had het prettig gevonden als de auteur daarin duidelijker was geweest, maar dat terzijde.

Referenties

- Cuijpers, P., Bockting, C., van Oppen, P. & Huibers, M. (2010). De derde golf van psychotherapie bij depressie: Noodzakelijke vernieuwing of nieuwe kleren van de keizer? *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 43, 25-34.
- NHS (2012). Evidence. Generalised anxiety disorder in adults: Evidence Update September 2012. www.evidence.nhs.uk.
- Tolin, D.F. (2009). Alphabet soup: ERP, CT, and ACT for OCD. *Cognitive Behavioral Practice*, 9, 1-9.
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Westra, H.A., Arkowitz, H. & Dozois, D.J.A. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1106-1117.