



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

Herstelondersteunende zorg binnen de curatieve ggz?

Een klinische beschouwing van waarom ik het niet zou doen

KEES KORRELBOOM

Op de radio was een tijd lang een reclame te horen die begon met de boodschap: 'Pas op, hier volgt een mening.' Ik heb nog steeds geen idee waarover die reclame ging, maar ik vond de waarschuwing vooraf wel grappig. 'Pas op, hier volgt een mening' zou in de inleiding van veel klinische beschouwingen als melding moeten worden opgenomen. Zij geeft een kader aan het gewicht dat men aan de beschouwing moet toekennen.

'Pas op, hier volgt een mening' geldt ook voor deze bijdrage. Het is een klinische beschouwing die een persoonlijke mening weerspiegelt. De mening is dat herstelondersteunende zorg (of 'herstelgerichte zorg'; de termen worden door elkaar gebruikt) vooralsnog geen belangrijke leidraad zou moeten zijn voor de behandelingen die worden aangeboden in de curatieve geestelijke gezondheidszorg.

Herstelondersteunend werken staat de laatste tijd erg in de belangstelling. Het wordt op een aantal plaatsen naar voren gebracht als een werkwijze die op diverse terreinen vruchten zou kunnen afwerpen. Niet alleen in de langdurige, chronisch psychiatrische en verslavingszorg (waar herstelgericht werken in feite is ontwikkeld en waar het al langer deel uitmaakt van het reguliere zorgaanbod), maar in toenemende mate ook bij het organiseren van teams, het onderwijs, sportverenigingen en de curatieve ggz. Een aantal grote ggz-instellingen lijkt herstelgerichte zorg in de armen te hebben gesloten. Zij lijken nu te willen doorpakken door deze werkwijze ook binnen de curatieve ggz breed en op ruime schaal te gaan implementeren.

Mijn mening richt zich uitsluitend op de onwenselijkheid om herstelgerichte zorg een belangrijke plaats te geven binnen die laatste sector, de curatieve ggz. Ik ben dus niet tegen herstelgerichte zorg bij patiënten met chronische psychiatrische problemen, de

sector die ook als *care* bekendstaat, en evenmin tegen herstelgericht werken binnen het onderwijs, sportverenigingen en andere organisaties, en al helemaal niet tegen de herstelondersteunende werkwijze op zichzelf. Mijn bezwaren gelden uitsluitend de dreigende prominente inpassing van herstelgericht werken binnen de curatieve zorg. Het gaat daar om patiënten die (in verreweg de meeste gevallen ambulante) behandeld worden vanwege emotionele stoornissen als angsten, depressies, somatoforme problemen en verslavingen. Het is problematiek waarvoor al vele jaren bewezen effectieve behandelingen bestaan. Deze patiënten maken ongeveer 70% uit van het totale aantal patiënten dat binnen de ggz wordt behandeld (Keijsers, 2015).

Hieronder zal ik betogen (1) dat er weinig goeds valt te verwachten van de prominente introductie van herstelgerichte zorg binnen de curatieve ggz, en (2) dat zo'n introductie gemakkelijk een aantal uitgesproken negatieve effecten met zich mee kan brengen. Herstelgerichte zorg is binnen de *cure* dus niet alleen onnodig, zij is er ook ongewenst.

Omdat herstelgerichte zorg en *evidence-based* behandelingen de kernpunten uitmaken van mijn betoog, ga ik er hier eerst kort op in.

HERSTELGERICHTE ZORG

Herstelgerichte zorg is allereerst een benadering van de zorg die is geïnitieerd door en voor patiënten binnen de chronische psychiatrie. Wanneer eenmaal is vastgesteld dat 'genezing' van de aandoening waarvoor men hulp binnen de ggz heeft gezocht geen realistisch behandeldoel meer is, zou de focus op 'herstel' moeten worden gericht. Het is daarbij wel een probleem dat de woorden 'herstel' en 'genezing' voor de meeste Nederlanders min of meer hetzelfde betekenen (zie ook de 12de druk van het *Groot Woordenboek der Nederlandse Taal*, de Dikke Van Dale), terwijl de herstelgerichte zorg een verschillende betekenis geeft aan die twee woorden. Daarbij komt nog dat men binnen de herstelgerichte zorg een aantal specifieke dimensies aan het woord 'herstelgericht' heeft verbonden.

Anders dan men wellicht denkt, verwijst 'herstelgericht' niet naar een doel, maar naar een proces. Een kenmerk daarvan is dat uitsluitend de patiënt uitmaakt wat onder herstel moet worden verstaan en niet de behandelaar, overheid, financier of andere partijen die op een of andere manier met de zorg hebben te maken. Binnen een herstelgerichte visie kan herstel worden gerealiseerd terwijl er nog steeds sprake is van symptomen. Herstel blijkt dan bijvoorbeeld uit het feit dat de herstelde patiënt weer controle gaat ervaren over zijn eigen leven, en weer kan deelnemen aan belangrijk

geachte rollen en activiteiten, ook al is er nog steeds sprake van angsten, somberheid of waanideeën (Brouwers, van Gestel-Timmermans & van Nieuwenhuizen, 2013).

De herstelbevorderende therapeut is veel eerder een procesbegeleider en facilitator dan iemand die oplossingen aandraagt. De therapeut kan weliswaar, zij het op bescheiden en terughoudende wijze, gebruikmaken van professionele referentiekaders, maar hij is toch allereerst aandachtig en steunend aanwezig om de patiënt zijn eigen 'herstelverhaal' te laten vormgeven. Binnen herstelondersteunende zorg wordt aan de ervaringsdeskundigheid van andere patiënten dan ook even veel waarde toegekend als aan de traditionele kennis en vaardigheden van professionele hulpverleners. Hoe die ervaringsdeskundigheid kan worden ingezet binnen de herstelgerichte zorg wordt in speciale trainingen en cursussen onderwezen.

Hoewel de herstelgerichte visie op zorg al enkele tientallen jaren bestaat en de benadering populair is bij beleidsmakers, is er nog relatief weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit ervan. Bovendien heeft het onderzoek dat inmiddels wel heeft plaatsgevonden tot nu toe nog niet kunnen overtuigen. Recent verschenen de uitkomsten van de REFOCUS-studie. In Engeland werden 27 wijkteams die belast waren met de zorg voor meer dan 400 patiënten met psychotische stoornissen gerandomiseerd over twee condities. Teams in de experimentele conditie leverden, na daarvoor een speciale training te hebben ontvangen, herstelgerichte zorg, terwijl de teams in de andere conditie de gebruikelijke zorg voor deze patiënten bleven aanbieden. Na een jaar *follow-up* werden er nauwelijks verschillen gevonden tussen beide groepen op een grote hoeveelheid herstelmaten (Slade et al., 2015).

EVIDENCE-BASED BEHANDELINGEN

De publicatie van de DSM-III in 1980 heeft een belangrijke aanzet gegeven tot het ontwikkelen van tal van 'bewezen effectieve interventies' of, iets voorzichtiger en tegelijk ook ruimer geformuleerd, *evidence supported treatments* (EST's). Door op basis van DSM-criteria emotionele problemen min of meer objectief te omschrijven en door aansluitend de toe te passen interventies eveneens objectief en repliceerbaar als stappenplannen te formuleren, kon men veel beter dan voorheen in gerandomiseerde studies bepalen welke interventies bij welke emotionele stoornissen tot de meeste klachtreductie leiden.

Inmiddels bestaan er EST's voor de meeste belangrijke aandoeningen waarvoor hulp binnen de ggz wordt gezocht. Deze interven-

ties zijn opgenomen in diverse richtlijnen en bepalen in toenemende mate het gezicht van de ggz. Geen ggz-instelling kan het zich nog veroorloven om niet te vermelden dat hun patiënten volgens richtlijnen en met EST's worden behandeld. Dat neemt echter niet weg dat veel patiënten die binnen deze instellingen worden behandeld in de dagelijkse praktijk niet of onvoldoende de EST krijgen die volgens die richtlijnen en de bestaande aanvullende evidentie het best bij hun problematiek past (zie o.a. Becker, Zayfert, & Anderson, 2004). Daarmee lopen deze patiënten een serieus risico onderbehandeld te worden, terwijl zorgvuldige en gerichte implementatie van richtlijnen en de bijbehorende EST's in de dagelijkse praktijk tot grotere effectiviteit, efficiëntie en tevredenheid van patiënten kan leiden (van Dijk, Verbraak, Oosterbaan, & van Balkom, 2014). Niet alleen krijgen te veel patiënten niet de behandeling die volgens de richtlijnen voor hen het meest is geïndiceerd, maar wanneer die richtlijnen wel worden toegepast verlaat de therapeut nogal eens (te) snel het spoor van de richtlijn. De interventie wordt in die gevallen te kort of onvoldoende intensief toegepast, of zij wordt 'verdund' met allerlei andere, aanvullende interventies die niet in de richtlijnen worden genoemd en waarvan niet is vastgesteld of ze een waardevolle bijdrage aan de richtlijnbehandeling kunnen leveren (Arts & Reinders, 2012; Korrelboom, 2014; Waller, 2009).

Hoewel de implementatie van de bestaande EST's binnen de ggz dus nog wel een weg heeft te gaan, staat bij de klinische onderzoekers 'EST 2.0' al op de stoep. Sommige auteurs menen dat de traditionele evidence-based golf binnen de ggz haar natuurlijk eindpunt inmiddels wel min of meer heeft bereikt. Het zou niet veel zin meer hebben om nog verder nieuwe interventies voor stoornissen te ontwikkelen. Veel beter zou men ook binnen de klinische psychologie de weg kunnen inslaan van wat in de geneeskunde bekendstaat als *personalized medicine*. Daarbij gaat men op zoek naar patiëntkenmerken die kunnen voorspellen welke patiënt wel baat zal hebben bij een bepaalde behandeling en welke niet (Huibers, 2014). Het gaat dus vooral om een nadere verfijning van de indicatiestelling, niet om een uitbreiding van de bestaande interventies met weer nieuwe methodes.

Zonder ook maar enigszins te willen ontkennen dat een *personalized medicine*-benadering binnen de ggz erg zinvol kan zijn, denk ik persoonlijk dat er ook nog steeds ruimte moet zijn voor het ontwikkelen en toetsen van nieuwe psychologische interventies. Naar mijn idee is de race om tot effectievere (in de zin van 'genezingsbiedende') interventies te komen nog lang niet gelopen, en kan het voorlopig nog steeds lonen om energie te steken in pogingen om die methodes verder te verbeteren en uit te breiden. Betere kennis over werkingsmechanismen kan bovendien aanzetten geven

om belangrijke verbeteringen door te voeren in de indicatiestelling voor, en de uitvoering van, dergelijke behandelmethodes. Van veel behandelingen is inmiddels wel bekend dat ze werken, maar nog lang niet hoe ze werken. Veel onderzoek richt zich tegenwoordig dan ook op het achterhalen van zulke werkingsmechanismen. Deze ontwikkelingen kunnen ertoe leiden dat de verschijningsvorm van een stoornis zoals die naar voren komt in de DSM-classificatie over een poosje niet meer de voornaamste ingang zal zijn naar de meest effectieve interventie, zoals nu nog voor de meeste EST's geldt. Wellicht zorgt een beter begrip van de cognitieve processen en mechanismen die deze symptomatologie aansturen op den duur voor beter op die mechanismen toegesneden en daarmee effectievere interventies.

Er zijn dus verschillende wegen die kunnen leiden tot een verdere verbetering van de genezingskansen binnen de curatieve ggz. Naast een betere implementatie van bestaande richtlijnen, *personalized psychological medicine* en het zoeken naar en met aangepaste interventies aansluiten op de mechanismen achter psychopathologie, kan de werkzaamheid van bestaande behandelmethodes wellicht ook worden verbeterd door deze methodes beter toe te passen (Korrelboom, 2014). Daarnaast is het nog veel te vroeg om nu al af te zien van een verdere en betere inzet van *e-health*, hoewel moet worden vastgesteld dat deze route in de reguliere behandelpraktijk nog niet tot grote doorbraken in effectiviteit en efficiëntie heeft geleid.

De vraag moet nu worden gesteld of er binnen dit scala aan wegen waarlangs men de huidige effectiviteit van de zorg voor patiënten in de curatieve ggz nog kan verbeteren en meer mensen kan genezen, ook plaats moet zijn voor herstelgerichte zorg.

WAAROM GEEN HERSTELGERICHTE ZORG BINNEN DE CURATIEVE GGZ?

Naar mijn mening moet de vraag hierboven met nee worden beantwoord: er is geen plaats voor de herstelgerichte zorg. Althans, niet binnen de curatieve ggz. Die plaats is er mogelijk wel binnen de care, al zullen de collega's in die sector niet heel blij zijn geworden van de uitkomsten van de eerder gerefereerde REFOCUS-studie, waarin herstelgerichte zorg binnen de doelgroep waarvoor zij bij uitstek is geïndiceerd nauwelijks tot positieve resultaten heeft geleid. Er zijn geen redenen om te denken dat de herstelondersteunende werkwijze in die sector veel positiefs zal opleveren; er zijn daarentegen wel redenen om te vermoeden dat herstelgerichte zorg binnen deze sector van de ggz tot een aantal negatieve effecten kan leiden. Voor beide redenen voer ik hieronder argumenten aan.

¶ *Reden 1: Herstelgerichte zorg heeft de curatieve ggz weinig positiefs te bieden*

Dat er vrijwel geen onderzoek bestaat dat op mogelijke voordelen van herstelgerichte zorg binnen de cure wijst, is een belangrijk argument. Gebrek aan bewijs is in dit stadium dan ook niet doorslaggevend, al is het dat op termijn natuurlijk wel. Het gaat er veel meer om dat de werkwijze binnen, en de doelstellingen van, de klacht- en genezingsgerichte therapieën die in de curatieve ggz gebruikelijk zijn op gespannen voet staan met de in herstelgerichte zorg toe te passen werkwijze en na te streven behandeldoelen. Dat kan een optimaal nastreven en bereiken van deze curatieve doelen schaden.

Met betrekking tot de therapeutische doelstellingen maakt het nogal wat uit of naar genezing wordt gestreefd (waarbij men tracht de klachten en symptomen zo veel mogelijk te reduceren, zodat de patiënt ruimte krijgt om zijn normale leven weer op te pakken en nader in te vullen) of dat men ernaar streeft de patiënt zo goed mogelijk te leren functioneren ondanks de bestaande klachten en symptomen die tezamen de handicap vormen. Waar voor een herstelgerichte oriëntatie een zekere acceptatie van de handicap noodzakelijk lijkt, zal de klachtveranderende therapeut de energie van zijn patiënt juist willen mobiliseren tegen die klachten. Er is niets mis met het leren accepteren van klachten en problemen zodra men heeft vastgesteld dat deze toch niet verder te beïnvloeden zijn en dat de patiënt 'ermee zal moeten leren leven'. Een dergelijke acceptatie zal een doelgerichte, op bestrijding en reductie van die klachten gerichte behandeling echter serieus frustreren. Het omgekeerde lijkt mij ook waar te zijn: een strijdvaardige opstelling tegen klachten die toch niet zullen weggaan staat een beoogde acceptatie van die klachten doorgaans meer in de weg dan dat zij die acceptatie helpt bevorderen.

Elk van beide therapeutische doelstellingen (herstelgericht of genezingsgericht) vereist dan ook een geheel andere opstelling van de behandelaar. De opstelling van de herstelgerichte therapeut in het herstelproces van de care-patiënt is anders dan die van de veranderingsgerichte behandelaar in het genezingsproces van de cure-patiënt. In de ene benadering (klacht-, stoornis- of genezingsgericht) wordt de therapeut geacht zich op te stellen als een veranderingsdeskundige, die weet welke methodes moeten worden toegepast om de kansen op symptoom- en klachtreductie te optimaliseren, en die initiatieven neemt, waarbij hij de patiënt zo nodig bij de hand kan en wil nemen. Daarentegen volgt en stimuleert de herstelgerichte begeleider vooral het proces van de patiënt zelf, en stuurt daarbij met mate, en dan nog voornamelijk op de achtergrond. Zijn professionaliteit weerspiegelt zich in de deskundigheid waarmee hij dat proces begrijpt en waar nodig enigszins kan rich-

ten. Het optimisme dat de herstelgerichte therapeut geacht wordt te demonstreren heeft betrekking op de verwachting dat de patiënt goed in staat zal zijn om zijn eigen weg te vinden binnen de mogelijkheden waarmee hij nu eenmaal wordt geconfronteerd. Het optimisme van de veranderingsgerichte therapeut heeft juist betrekking op de veronderstelde mogelijkheden van de patiënt om uit die mogelijkheden te komen, met behulp van een aantal daartoe geëigende en door de therapeut te introduceren, als effectief bekend staande technieken.

Kortom, herstelgericht en veranderingsgericht werken laten zich niet in een en dezelfde behandeling combineren. Waar het ene type behandeling om vraagt, is voor de andere methode juist een belemmering. Sterker, het lijkt mij niet goed mogelijk om beide behandelingen in het hoofd van een en dezelfde behandelaar te combineren. Herstelgericht werken zal dus moeilijk kunnen worden ingepast binnen de gangbare, op symptomatische vermindering en zelfs op genezing gerichte cure-behandelingen.

¶ *Reden 2: Herstelgerichte zorg binnen de curatieve ggz zal de kwaliteit van de cure verlagen*

Hierboven werd een lans gebroken voor de verworvenheden van de evidence-based, klachtgerichte benadering binnen de curatieve ggz. De kansen van veel patiënten op een relatief duurzame en relevante klachtreductie zijn dankzij de huidige evidence-based behandelingen aanzienlijk groter dan veertig jaar geleden. Voor veel emotionele stoornissen bestaan redelijk effectieve behandelingen, die redelijk duurzame effecten lijken te hebben. Niet het ontbreken van dergelijke interventies is op het ogenblik het grote probleem binnen de ggz, maar de suboptimale toepassing ervan. Veel patiënten met een stoornis waarvoor een evidence-based behandeling bestaat, krijgen zo'n behandeling niet. Van de patiënten die haar wel krijgen, ontvangt een gedeelte deze slechts in een suboptimale dosering of in een mengvorming, tezamen met allerlei andere interventies, waardoor de effectiviteit van de primaire evidence-based interventie waarschijnlijk wordt aangetast.

Diverse verklaringen voor dit suboptimale gebruik van bestaande evidence-based interventies zijn inmiddels aangevoerd. Een belangrijke reden is de weerzin die veel therapeuten nog steeds hebben tegen 'protocolbehandelingen'. Deze behandelaars vinden onder andere dat de kwaliteit van de therapeutische relatie een belangrijkere succesfactor is dan de in het protocol beschreven klachtgerichte interventies. Zij vinden bovendien dat de evidence-based protocollen niet zijn geïndiceerd voor de echte patiënten die zij dagelijks behandelen (Stewart, Chambless, & Baron, 2012). Daar komt bij dat zelf ontdekken door en zelfontdekking van de patiënt

thema's zijn die bij veel psychotherapeuten (zeker wanneer zij inzichtgevend of integratief zijn opgeleid) traditioneel hoog in het vaandel staan. Deze behoefte om de autonomie van patiënten te versterken door hen zelf van alles te laten ontdekken leeft niet uitsluitend bij inzichtgevende en integratieve therapeuten. Ook veel cognitief gedragstherapeuten lijken terughoudend te zijn in hun directiviteit naar de patiënt. Liever dan de patiënt te vertellen wat hij moet doen en laten om zijn geestelijke gezondheid te verbeteren, stimuleert men in die gevallen de patiënt om zelf te ontdekken wat hij daarvoor moet ondernemen. Naast (en geregeld zelfs: in plaats van) de introductie van klachtgerichte procedures zien veel therapeuten het (ook) als hun taak de patiënt te helpen begrijpen wie hij eigenlijk is en wat hij eigenlijk wil in het leven.

Deze traditioneel psychotherapeutische terughoudende non-directieve opstelling, deze neiging om de autonomie van de patiënt niet alleen te respecteren maar zelfs te stimuleren en dit automatisme om de kwaliteit van de therapeutische relatie voorop te stellen in de behandeling (met name door therapeuten die hun patiënten niet graag evidence-based behandelen) vertonen ogenschijnlijk veel overeenkomsten met de werkwijze die in de herstelgerichte zorg wordt voorgestaan. Introductie van herstelgerichte zorg binnen de cure zal het reeds bestaande suboptimale gebruik van EST's waarschijnlijk dan ook niet verminderen. Het tegendeel valt eerder te vrezen: men ziet er gemakkelijk een rechtvaardiging in om het zelf laten ontdekken door de patiënt en het eenzijdig investeren in de therapeutische relatie voort te zetten en misschien wel te versterken.

Daarnaast zullen zowel voor de implementatie van herstelgerichte zorg als voor een betere implementatie van EST's extra inspanningen moeten worden geleverd op het gebied van opleiding en training. Omdat de middelen voor opleiding en training beperkt zijn en iedere euro maar één keer kan worden uitgegeven, zal introductie van herstelgerichte zorg binnen de curatieve ggz ten koste gaan van middelen die beschikbaar zijn voor de training in, en verdere implementatie van, de noodzakelijke genezingsgerichte zorg.

BESCHOUWING

Hierboven werd de verwachting uitgesproken dat er een beweging op gang begint te komen om herstelondersteunende zorg als zorgmethodiek binnen de curatieve ggz te introduceren. Die verwachting is vooralsnog meer gebaseerd op enkele persoonlijke observaties, ervaringen en mededelingen, die via verschillende, in de meeste gevallen relatief informele kanalen tot mij kwamen, dan op allerlei

vastgestelde voorschriften. Er bestaat behalve voor de langdurige chronische psychiatrie (nog?) geen ander vastgesteld overheidsbeleid om een dergelijke introductie ook in de curatieve ggz te bewerkstelligen. Het is wel zo dat instellingen als het Trimbos-instituut en diverse ggz-instellingen in hun beleidsstukken en op hun websites die richting lijken uit te gaan. Ook de eis van zorgverzekeraars om in toenemende mate ervaringsdeskundigen in te zetten in de ambulante zorg wijst in die richting. Daarbij komt dat herstelgerichte zorg op het eerste gezicht heel goed lijkt te passen in een participatiemaatschappij met een forse bezuinigingsdoelstelling voor de ggz.

Hoewel aan mijn verwachting hier dus wellicht wat te voorbarig uiting is gegeven, heb ik hierboven wel mijn zorg uitgesproken voor wanneer zo'n ontwikkeling zich in werkelijkheid zou voordoen. Herstelgerichte zorg beschreef ik als een benadering die op gespannen voet staat met de traditionele doelstellingen van en de gangbare werkwijzen binnen de curatieve ggz. De benadering is veel meer gericht op de acceptatie van problemen dan op het overwinnen ervan, en heeft een veel a-professionelere (misschien wel een enigszins anti-professionele) attitude dan binnen de cure doorgaans wordt voorgestaan. Ik kwam tot de conclusie dat herstelgerichte zorg binnen de curatieve ggz niet alleen geen toegevoegde waarde heeft, maar dat zij zelfs gemakkelijk een aantal negatieve effecten zou kunnen veroorzaken. Bij een daadwerkelijke introductie binnen de cure zou zij immers beslag leggen op een gedeelte van de toch al beperkte opleidings- en trainingscapaciteit, en op de bijbehorende financiële middelen. Die capaciteit zou beter kunnen worden besteed aan het verstevigen en verder implementeren van genezingsgerichte, klachtveranderende interventies en van een therapeutische opstelling die deze benadering ondersteunt. Daarnaast zou introductie van herstelgerichte zorg binnen de curatieve ggz behandelaars die toch al niet erg geneigd zijn om evidence-based te werken gemakkelijk stimuleren om die neiging te bestendigen en zelfs te verstevigen. Dit zou verder afbreuk doen aan de effectiviteit van de (curatieve) zorg.

Tot slot wil ik in deze discussie nog op twee kwesties ingaan. Allereerst maak ik een paar opmerkingen over het onderscheid tussen genezing en herstel, waarbij ik met betrekking tot herstel de betekenis hanteer die binnen de herstelgerichte zorg gebruikelijk is. Herstel is dan een toestand waarin één of meer psychiatrische symptomen die als ongeneeslijk worden beschouwd blijven voortbestaan en waarbij de behandeling zich richt op enerzijds het accepteren van dat voortbestaan en anderzijds op het nastreven van doelen die niet tot symptoomreductie behoren, maar die de patiënt wel belangrijk vindt voor de kwaliteit van zijn leven.

Dit onderscheid tussen genezing en herstel is echter niet absoluut, en raakt al snel aan de aloude vraag naar wat 'normaal' is en dus naar wat 'genezen' is. Eerder dan normaal en genezen (wat neerkomt op 'terugkeren naar normaal') te definiëren in algemene en absolute termen (bijvoorbeeld door 'normaal' te definiëren als 'functioneren binnen één standaarddeviatie rondom het algemene gemiddelde') is men veelal geneigd (en met recht) om bij zulke definities aspecten te betrekken als lijdensdruk, afwijking van de omgeving waarin men leeft en de tolerantie van de omgeving voor deze afwijkingen. Wie meent contact te hebben met engelen, zal eerder als normaal worden beschouwd wanneer zijn ervaringen passen binnen een religieuze opvatting die hij met anderen in zijn omgeving deelt dan wanneer hij werkzaam is als secretaris van de Vereniging tegen de Kwakzalverij. Wie meent te communiceren met zijn overleden partner en deze communicatie als steunend en prettig ervaart, zal minder snel abnormaal worden gevonden dan iemand die doodsbang is voor de stem van zijn overleden vrouw.

Het is dus niet zo heel moeilijk om als genezen of normaal te worden beschouwd en toch niet helemaal gemiddeld te zijn (+ of - 1 standaarddeviatie).

Wie problemen heeft ervaren (en daardoor een poosje ziek of niet normaal is geweest) en vervolgens die problemen heeft kunnen loslaten (en toen dus genezen was en weer normaal), kan opnieuw ziek worden. Afhankelijk van het tijdsverloop tussen genezen en opnieuw ziek worden, en van de persoon die zijn oordeel geeft, wordt zo'n genezing soms als een 'werkelijke' genezing gezien ('Jammer genoeg werd hij later weer ziek') of als een 'onechte' genezing ('Eigenlijk is hij er nooit meer overheen gekomen, al wist hij het een poosje aardig te onderdrukken').

Kortom, mijn punt is dat 'genezing' en 'niet ziek zijn' relatieve begrippen zijn. Voor 'herstel' gold dat al vanaf het begin. Herstel is immers het realiseren van doelen die de patiënt belangrijk acht, ongeacht het gelijktijdig voortbestaan van klachten en kwetsbaarheden. Zo bezien is het onderscheid tussen de doelstellingen van genezingsgericht en herstelgericht werken eerder relatief dan absoluut.

Ten tweede wil ik kort stilstaan bij de vraag of herstelgerichte zorg de curatieve ggz dan helemaal niets goeds te bieden heeft. Mijn antwoord op deze zelfgestelde vraag is dat herstelgerichte zorg een aantal uitgangspunten en doelstellingen heeft die ook binnen de genezingsgerichte zorg zeer relevant zijn, maar dat die relevante uitgangspunten en doelen niet via herstelgerichte zorg hoeven te worden gerealiseerd. Het gaat mij vooral om het begrip 'commitment aan de therapie'.

In iedere therapie is het belangrijk dat de patiënt zich inzet voor de behandeling. De patiënt moet het meeste werk doen. Hij moet therapeutische oefeningen binnen en buiten de sessies uitvoeren, hij dient vragenlijsten in te vullen en registraties bij te houden. Dit vraagt niet alleen om inspanning, het vereist ook geregeld moed, wanneer de patiënt in het kader van zijn behandeling confrontaties moet aangaan met aspecten van zijn leven die hij al jaren als bedreigend en gevaarlijk ervaart. De hiervoor benodigde inzet levert zo'n patiënt alleen wanneer hij zich voldoende in de doelstellingen en werkwijze van de therapie herkent en er voldoende op vertrouwt dat zijn inspanningen hem wat kunnen opleveren. Dit betekent dat de therapeut moet investeren in de context waarbinnen de behandeling plaatsvindt. Het volstaat niet om een fobische patiënt uitsluitend te vertellen dat hij de confrontatie moet aangaan met de zaken die hij vreest in plaats van ze stelselmatig uit de weg te gaan. De depressieve patiënt moet niet alleen te horen krijgen dat hij ondanks zijn vermoeidheid en lusteloosheid uit zijn bed of stoel moet komen om weer dagelijkse activiteiten te ondernemen. Dergelijke gedragsveranderende therapeutische adviezen moeten worden ingebed in een therapeutisch contact dat de patiënt voldoende structuur, feedback en stimulansen biedt om deze stappen ook daadwerkelijk te kunnen en durven gaan zetten.

Binnen de herstelgerichte zorg, die in feite eerder een emancipatoire beweging is dan een wetenschappelijk onderbouwde therapeutische methodiek, ziet men dit ook in. Daar heeft dit inzicht ertoe geleid dat men de rol van de behandelaar erg bescheiden heeft gemaakt. Deze volgt immers vooral het proces van de patiënt zelf, en deelt zijn professionele inzichten en kennis slechts sporadisch met de patiënt, en dan nog vanuit de achtergrond. Binnen de klachtgerichte benadering (en misschien ook wel binnen enkele andere benaderingen) is deze keuze niet alleen ongewenst, maar ook niet nodig. Het reduceren van de professionele inbreng van de therapeut is ongewenst, omdat juist de therapeut weet welke interventies bij welke problemen op welke wijze moeten worden uitgevoerd en omdat hij weet welke alternatieven beschikbaar zijn wanneer er onverhoopt stagnaties optreden. Het doelbewust reduceren van de therapeutische professionele inbreng is bovendien niet nodig in de curatieve ggz. Door het therapeutisch proces te beschouwen als een gelaagd proces, waarbij de therapeut soms afwisselend en geregeld gelijktijdig op meerdere niveaus bezig is, kan op het niveau van het therapeutisch aangrijpingspunt aan de klacht- en veranderingsgerichte strategie worden gewerkt, terwijl op het niveau van de therapeutische context stappen worden gezet om het commitment van de patiënt vast te houden en te versterken (Korrelboom & ten Broeke, 2014).

Vanwege alle hierboven genoemde redenen moeten herstelondersteunende behandelingen binnen de curatieve ggz in mijn ogen pas worden overwogen wanneer het duidelijk is geworden dat de oorspronkelijke genezingsgerichte behandeldoelen onhaalbaar zijn. Dat is dus het geval wanneer is gebleken dat de oorspronkelijk geïndiceerde cure heeft gefaald. Pas dan kan de vraag aan de orde komen welke doelen wellicht nog wel bereikbaar zijn. In zo'n situatie kan men kiezen voor een herstelgerichte werkwijze. Omdat men dan in feite niet meer bezig is met cure, maar met care, ligt het voor de hand om bij een dergelijke switch van doelstellingen (van genezingsgericht naar herstelgericht) ook van behandelaar te veranderen: van een genezingsgerichte therapeut naar een herstelgerichte.

Referenties

- Arts, W., & Reinders, M. (2012). Het afsluiten van eindeloze behandelingen. *Gedragstherapie*, 45, 405-416.
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Brouwers, E. P. M., van Gestel-Timmermans, H., & van Nieuwenhuizen, C. (2013). Herstelgerichte zorg in Nederland: modegril of daadwerkelijke verandering? *Psychopraktijk*, 5, 4, 14-17.
- Huibers, M. (2014). Voorbij het oordeel van de dodo. Over werkingsmechanismen en andere kwesties in de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 41, 174-186.
- Keijsers, G. P. J. (2015). Het grote psychotherapie-debat. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 41, 157-173.
- Korrelboom, K. (2014). Beter, sneller en goedkoper behandelen: kan dat? *Directieve Therapie*, 34, 289-300.
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2014). Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. *Handboek voor theorie en praktijk* (Tweede, geheel herziene druk). Bussum: Coutinho.
- Slade, M., Bird, V., Clark, E., Le Bouthillier, C., McCrone, P., Macpherson, P., ... Leamy, M. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): A multisite, cluster, randomized, controlled trial. *The Lancet*, Published online May 6, 2015. doi:10.1016/S2215-0366(15)00086-3
- Stewart, R. E., Chambless, D. L., & Baron, J. (2012). Theoretical and practical barriers to practitioner's willingness to seek training in empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 8-23.
- van Dijk, M., Verbraak, M., Oosterbaan, D., & van Balkom, T. (2014). De multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen. De toepasbaarheid en effectiviteit in de dagelijkse klinische praktijk. *Directieve Therapie*, 34, 268-282.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.