

# Kees Korrelboom: 'Ik ben een denkende doener'

Onlangs aanvaardde Kees Korrelboom zijn benoeming tot bijzonder hoogleraar, met als leerstoel: *'Translationele en transdiagnostische psychologische interventies in de (geestelijke) gezondheidszorg'* (Tilburg University). Een gesprek over een van zijn drijfveren: het bevorderen van de wisselwerking tussen wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk.

GERARD VAN DER VEER, WETENSCHAPSJOURNALIST

## **Wat belemmert de wisselwerking tussen wetenschap en praktijk?**

'Het begint met de historie. Klinische psychologie als wetenschap en klinische psychologie als toepassing hebben zich onafhankelijk van elkaar ontwikkeld. Met de oprichting van het *Psychologisches Institut* legde de Duitse psycholoog en psychiater Wilhelm Wundt (1832-1920) de basis voor de experimentele psychologie. Een tiental jaren later stortte Sigmund Freud zich op de toegepaste klinische psychologie, de psychoanalyse werd geboren. Psychologen waren lange tijd geen behandelaar en werkten niet in de gezondheidszorg, maar waren veelal werkzaam als testpsycholoog, assistent van de arts; ze hielden zich vooral bezig met diagnostiek.'

## **Freud heeft toch ook aan wetenschappelijk gefundeerde theorieën gewerkt?**

'Weinig. Freud had nauwelijks belangstelling voor de experimentele toetsing van zijn theorieën en hield het vooral bij gevalsbeschrijvingen. Het heeft psychoanalytici lange tijd ontbroken aan een open wetenschappelijke houding. Latere therapeutische stromingen, vaak ontstaan in reactie op

de psychoanalyse, hebben deze enigszins sektarische, onwetenschappelijke houding overgenomen. Pas met de intrede van het effectonderzoek, in de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw, ging men zich bezighouden met de empirische toetsing van de vraag: welke therapie helpt het best voor welke patiëntengroep en onder welke omstandigheden? Dat leidde tot een eerste toenadering en confrontatie van wetenschap en praktijk.'

## **Inmiddels is voor tachtig procent van de gangbare GGZ-problematiek behoorlijk wat empirisch bewijs geleverd over de meest effectieve interventies.**

'Niettemin hebben de meeste behandelaars nog altijd geen echte wetenschappelijke houding, dat blijkt wel uit het ontstellend geringe percentage behandelaars dat de *evidence based* protocollen en richtlijnen volgt.'

## **Hoe verklaart u die ongerijmdheid?**

'De belangrijkste reden dat behandelaars te weinig een wetenschappelijke houding hebben, is de inrichting van de huidige opleiding. Daarnaast spelen vooringenomenheid en eigenzinnigheid

van de therapeut en het toegeven aan (verkeerde) maatschappelijke verwachtingen.

Veel inzicht gevende therapeuten vonden de gedragstherapie te simpel en beschouwden die als 'symptombestrijding'. Eenzelfde houding bespeur ik in de actuele discussies over de mogelijkheid om sommige interventies te laten uitvoeren door basispsychologen of hbo-psychologen. Daar is veel weerstand tegen, maar volgens mij moet dat kunnen. Het is op zijn minst een onderzoek waard.'

## **Welke maatschappelijke verwachtingen hinderen een wetenschappelijke verantwoorde uitoefening van psychotherapie?**

'Verwachtingen die een erfenis zijn van de inzicht gevende en steunende therapieën en die nog steeds beeldbepalend zijn. Ook in films en televisieseries bieden therapeuten vooral een luisterend oor en gaan de behandelingen overwegend over de jeugd van de patiënt.

En *major life events* zoals een echtscheiding zijn voor mij niet zonder meer een reden voor therapie. Toch menen veel patiënten dat ook hun actuele problemen, - zoals moeilijkheden in het gezin, de relatie »



of het werk -, onderwerp voor de therapie zijn, al komen ze bijvoorbeeld voor een angststoornis. Veel therapeuten menen op hun beurt dat je patiënten bij wie de behandeling niet aanslaat, - patiënten die bijvoorbeeld angstig of somber blijven -, niet zomaar kunt laten gaan. Maar dat kan heel vaak wel! Volgens mij is steunend contact geen psychotherapie; in psychotherapie worden zo veel mogelijk wetenschappelijk geverifieerde veranderingsstrategieën toegepast op iemands betekenisverlening en gedrag, zodat de patiënt leert om anders met problemen om te gaan.'

### **Wat schort er aan de opleiding?**

'In de opleiding krijgen behandelaars onvoldoende mee hoe relevant de wetenschap is voor hun vak. Vraag je ze naar die relevantie, - hoe bepalen we nou wat de beste behandeling is? -, dan kijken veel behandelaars de andere kant op. En niemand spreekt ze daarop aan. Integendeel, een beginnend psycholoog ontmoet nog steeds ervaren collega's die zeggen: "De behandeltechniek verklaart maar weinig van de verandering, het gaat om de therapeutische relatie".

De houding van behandelaars is ambivalent. Alle therapeuten willen hun patiënten met de beste methodes helpen, maar over wat het beste is verschillen de meningen. Merkwaardig genoeg zijn de methodes waarvan we weten dat ze tot de beste behoren, - de *evidence based* methodes -, weinig populair. De huidige opleidingen, zoals die voor de integratieve psychotherapie (Colijn e.a.), houden deze ambivalente situatie in stand. Die leggen te veel nadruk op aspecten van de 'ontdekkende behandelwijze'; terwijl wat we echt uit onderzoek weten, - bijvoorbeeld over de effectiviteit van bepaalde behandelprotocollen -, onderbelicht blijft.

### **Hoe bedoelt u dat laatste?**

'De studenten krijgen tegenstrijdige boodschappen. Waar sommige docenten pleiten voor *evidence based* werken, geven andere hoog op van de therapeutische relatie en wijzen weer andere op het gewicht van de leergeschiedenis. De impliciete boodschap lijkt te zijn: alles heeft zijn waarde en recht van bestaan. Kortom, het beleid van de opleidingen was er nooit op gericht om behandelaars op te leiden in de best gefundeerde therapieën, en dat is het nog steeds niet. Een breed palet vindt men belangrijker dan het beste palet.'

### **Wie gooit de knuppel in het hoenderhok?**

'Ik ben geen actievoerder. Ik heb verbeterideeën, maar vraag aan mij geen *plan de campagne* voor een

revolutie in het werkveld. Bovendien voltrekken de meeste veranderingen zich druppelsgewijs. De verandering zal in elk geval niet worden geïnitieerd door de beroepsgroep, is mijn indruk.

Maar ik zie interessante bewegingen, sommige meer sympathiek dan andere. Neem de zorgverzekeraars, ik vind het helemaal niet zo erg dat zij eisen stellen. Natuurlijk moeten die zich niet te veel bemoeien met de bevoegdheden van de beroepsgroep en de invulling van de behandeling, maar ik begrijp goed dat die zeggen: 'Ja maar we hoeven toch niet alles zomaar goed te keuren?'

### **Kunt u een voorzet geven voor een betere samenwerking tussen wetenschap en praktijk binnen de opleiding?**

'Volgens mij zou een aantal universitaire docenten in de klinische psychologie behalve over wetenschappelijke kennis ook over een ruime praktijkervaring moeten beschikken. Daaraan schort het vaak. Verder zouden alle opleidingen, - van de masteropleiding tot opleidingen in de BIG-beroepen -, meer aandacht moeten besteden aan het *evidence based* behandelen, en minder aan de huidige brede- of integratieve aanpak.

Tot zo'n *evidence based* pakket behoren niet alleen de onderzochte behandelprotocollen, maar bijvoorbeeld ook het stelselmatig gebruik van feedback over de vooruitgang, het formuleren van concrete therapiedoelen en het hanteren van die doelen als 'kompas' voor de behandeling.

### **Wat heeft de GGZ aan een experimenteel klinisch psycholoog met praktijkervaring?**

'Praktijkervaring levert, - heel praktisch -, meer onderzoeksoptellingen op waarvan de uitvoering te combineren is met het geven van therapie, bijvoorbeeld doordat patiënten geen ellenlange vragenlijsten voorgelegd krijgen.

Verder vergroot de wetenschap daarmee haar draagvlak in het behandelveld, omdat een onderzoeker met praktijkervaring voor veel behandelaars geloofwaardiger is. Tot slot denk ik dat de onderzoeksvragen van een experimenteel klinisch psycholoog met praktijkervaring relevanter zijn voor de praktijk.'

*Ger Keijsers is bijzonder hoogleraar 'Psychologische behandelingen in het bijzonder ten behoeve van de specialistische beroepsopleiding tot klinisch psycholoog', aan de University Maastricht. Hij trekt de discussies over het belang van de therapeutische relatie vlot door die onderwerp van onderzoek te maken, met de sociale*

*psychologie van beïnvloeding als theoretisch kader. Hij stelt dat de therapeutische relatie van belang is om patiënten te motiveren voor de behandeling, iets waar ze vaak ambivalent tegenover staan.*

'Dat is ook belangrijk, maar je hoeft de patiënt ook niet met zijden handschoenen aan te pakken. Als je huisarts vraagt "Doe je broek uit", dan doe je dat doorgaans. Met andere woorden: je kunt je het probleem ook te moeilijk voorstellen. Ook hier beïnvloeden de verwachtingen die een patiënt van de therapeut en zijn behandeling heeft zijn of haar medewerking. In de praktijk kan ik de meeste patiënten ervan overtuigen dat ze registratieopdrachten moeten doen, of ander huiswerk. Daarvoor laat ik ze zien welk wetenschappelijk bewijs er is voor de effectiviteit van de voorgestelde interventie.'

### **Is de moeilijkheid van deze discussie niet ook dat hij op meerdere niveaus wordt gevoerd? Zo gaat het hierin over wetenschap, over welke onderzoeksmethoden passen bij psychotherapie, over hoe de mens in elkaar zit, hoe gekte ontstaat en voortduurt, wat daaraan te doen, enzovoorts.**

'De meeste publieke woordvoerders in ons vakgebied nemen naar eer en geweten een positie in. Toch zou ik graag zien dat ze daarbij meer letten op welke wetenschappelijke grondslagen hun beweringen gestoeld zijn.

Kritiek op de methodiek van effectonderzoek imponeert mij doorgaans niet. Het kan altijd beter, maar dit is momenteel het beste dat we hebben. Je kunt prima discussiëren zonder daarbij filosofisch of hoog theoretisch te worden. Ik heb persoonlijk weinig op met onderzoekers die vanuit persoonlijkheidspsychologische theorieën praktijktoepassingen bedenken, zonder die toepassingen vervolgens te toetsen; dat heeft voornamelijk weinig opgeleverd. Wetenschap en praktijk horen meer samen te gaan. Dat mag van beide kanten komen: theoretische overwegingen die leiden tot praktische toepassingen en praktische toepassingen die van een theoretisch kader worden voorzien.'

### **Uw transdiagnostische COMET-protocollen richten zich op de behandeling van een lage zelfwaardering. Waarin verschillen deze van het voorstel van sommige van uw collega's om de DSM-classificaties te vertalen naar een neuroticismeschaal (N-schaal) met de sterkste empirische evidentie?**

'Het concept lage zelfwaardering is meer beschrijvend dan 'neuroticisme' dat ik dikwijls wat vaag omschreven vind. Een lage zelfwaardering speelt een rol bij de (ontwikkeling van) verschillende



psychische stoornissen. Behalve dat het hebben van een lage zelfwaardering heel onprettig is, is wetenschappelijk aangetoond dat een lage zelfwaardering het succes van behandeling van andere klachten belemmert. Dat neemt niet weg dat een getoetste neuroticismeschaal (N-schaal) op termijn wellicht een goed alternatief kan zijn voor een reeks DSM-classificaties.

Overigens speelt hier vaak een andere discussie doorheen, over het nut van de DSM en de protocollen. Veel behandelaars hebben een simplistisch beeld van protocollen, alsof ze DSM-classificaties behandelen. Dat denken vooral therapeuten die zelf niet met die protocollen werken. Ze hebben ongelijk. Bovendien werken mijns inziens alle therapeuten vanuit een protocol, ook psychoanalytici. Voor mij als behandelaar is de DSM alleen interessant vanwege de daaraan gekoppelde interventies. Die vraag stel ik me ook bij de eventuele neuroticismeschaal: leidt deze tot andere en betere interventies dan er nu worden toegepast op basis van de DSM, al dan niet in combinatie met functie- en betekenisanalyses?

**Wat vindt u van het idee van de beweging van 'de nieuwe GGZ', om afscheid te nemen van de DSM en protocollen, en om de vraag van de cliënt centraal te stellen?**

'Ik volg psychiater Jim van Os in zijn pogingen om – in elk geval voor schizofrenie – te onderzoeken hoe symptomen met elkaar samenhangen en hoe die zich verbinden tot ziektebeelden, als alternatief voor de DSM; met in het verlengde daarvan voorstellen voor een andere behandeling van die nieuwgevormde ziektebeelden.

Ik houd het voor mogelijk dat deze symptoomclusters op termijn de rol van de DSM zullen overnemen, als een volgende stap op de met de DSM ingezette weg. *Proof of the pudding* is of zo'n clusterbenadering inderdaad tot effectievere en/of efficiëntere behandelingen leidt.'

**Maar zelf heeft u geen moeite met de DSM?**

'Nee, want ik beschouw het als een zich evoluerend systeem. Zo gaf de DSM III een belangrijke aanzet tot het ontwikkelen van *evidence based* behandelingen. De DSM-classificatie 'sociale fobie' geeft mij goede aanwijzingen voor hoe ik die moet behandelen. Dan is er nog wel sprake van enige variatie, – bijvoorbeeld tussen patiënten wiens fobie is ingegeven door een negatieve verwachting en patiënten die sociaal angstig zijn door intrusies van herinneringen aan traumatische ervaringen –,

maar daar kun je ook met aanvullende diagnostiek onderscheid in maken. Laat ik zeggen dat ik vooral ook een pragmaticus ben; ik werk in een ggz-instelling die alleen behandelt met een DSM-classificatie, anders vergoedt de verzekeraar niet.'

**In uw handboek *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (2014) bespreekt u een behandelmodel dat bruikbaar zou zijn voor de hele GGZ. Wat houdt het model in?***

'Veel emotionele problemen en psychische stoornissen hebben te maken met problematisch gedrag en/of betekenisverlening. Problematische gedrag is in kaart te brengen met een schema dat gebaseerd is op operante conditionering. Vertaling naar de klinische praktijk gebeurt via *functie- en betekenisanalyse*. Met een functieanalyse verkennen we welke functies het problematische gedrag voor de patiënt heeft, zodat het zich blijft herhalen. Aan de uitkomsten van de functieanalyse zijn specifieke therapeutische interventies te verbinden. De betekenisanalyse sluit aan op een andere oorzaak van emotionele problemen: het toekennen van problematische betekenissen aan specifieke situaties, gebeurtenissen, gedachten of gevoelens. We bevinden ons hiermee op het terrein van de klassieke conditionering. De betekenisanalyse biedt handvatten voor het beïnvloeden van deze betekenisverlening.' Wij zien onze functie- en betekenisanalyses (FA's en BA's) als een aanvulling op- en (specifieke) uitwerking van de evidence-based behandelprotocollen die op basis van de DSM-stoornissen zijn ontwikkeld.'

**Wat zijn uw ambities als bijzonder hoogleraar?**

'Allereerst ga ik door met COMET (zie kader). Daarvoor onderzoek ik de rol van zelfwaardering in uiteenlopende psychopathologie en werk ik aan de verdere optimalisatie van de behandeling. Een tweede transdiagnostisch onderzoeksproject gaat over intrusies: ongewenste, opdringerige en zich herhalende dwanggedachtes, of soms ook aangenane fantasieën. Intrusies komen voor bij veel psychiatrische stoornissen. Ze houden soms de pathologie in stand, soms niet. Ik onderzoek onder andere of 'dual tasking', - het werkingsmechanisme van EMDR -, ook werkt in een klinische setting en of varianten op dual tasking de effectiviteit ervan kunnen verhogen.'

Dan is er nog het project *Wetenschappelijk Verantwoord Behandelen*, waarin wij met een *clustergerandomiseerde RCT* nagaan of consequent behandelen volgens de kennis die de wetenschap ons biedt tot hogere effectiviteit en kosteneffectiviteit leidt. In de controleconditie veronderstellen we dat de therapeut naar de richtlijn handelt, maar in de experimentele conditie geven we de behandelaar een korte inleidende training en enkele sessies supervisie, waarin we de behandelaar in zijn werkwijze consequent op de richtlijn wijzen. Daarnaast wil ik, samen met Edwin de Beurs en Colin van der Heiden, in dit project ook experimenteren met de invoering van enkele waardevolle andere wetenschappelijke bevindingen die de praktijk tot dusverre laat liggen.' ■

### COMET

Kees Korrelboom is de ontwikkelaar van COMET, een protocol voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg die cliënten met zelfbeeldproblematiek behandelen. Het protocol richt zich op het veranderen van een negatief zelfbeeld in een meer realistisch zelfbeeld, door kennis over positieve eigenschappen te versterken, zodat deze competitiever worden ten opzichte van de overheersende negatieve zelfopvattingen. Lage zelfwaardering wordt daarbij niet alleen gezien als een symptoom van bijvoorbeeld een onderliggende depressie of angststoornis, maar soms ook als een apart probleem dat behandeling verdient. Het protocol is gebaseerd op de principes en uitgangspunten van Competitive Memory Training (COMET). COMET is een evidence based interventie die toepasbaar is in verschillende probleemgebieden.

### Kees Korrelboom

Kees Korrelboom (1951) is bijzonder hoogleraar in de klinische psychologie aan Tilburg University en klinisch psycholoog en senior onderzoeker bij PsyQ Den Haag Centrum. Daarnaast is hij lid van de visitatiecommissie TOPGGz. In 2004 werd hij benoemd tot lid van verdienste van de VGCT.