

Wie kaatst kan de bal verwachten

DOOR KEES KORRELBOOM

In de rubriek *Opinie* van het vorige nummer van *GZ-psychologie* (december, 2016) schreven hoofdopleider Sjoerd Colijn (PDO-GGz Leiden/Rotterdam, Utrecht) en voormalig hoofdopleider Liesbeth Eurelings (PDO-GGz Leiden/Rotterdam) dat zij vinden dat ik mij in een eerder interview in *GZ-Psychologie* oude stijl (*Ik ben een denkende doener*, augustus, 2016) ongenueanceerd, ongefundeerd en eenzijdig heb uitgelaten over psychotherapie en de psychotherapie-opleiding. Daarmee zou ik het imago van de psychotherapie ernstig hebben beschadigd, aldus de opleiders. De critici hebben zeker een punt. Mijn uitspraken in het besproken interview zijn inderdaad ongenueanceerd en eenzijdig. Maar ongefundeerd zijn ze niet, al wordt die onderbouwing niet in het interview vermeld. Interviews zijn nu eenmaal geen wetenschappelijke beschouwingen met referentielijsten. Een interview is het gezamenlijk product van een interviewer en een geïnterviewde. Ik ben akkoord gegaan met de publicatie, ik heb gezegd wat er staat. In deze reactie geef ik een onderbouwing van wat ik in het desbetreffende interview heb gezegd.

KLOOF WETENSCHAP EN BEHANDELPRAKTIJK

Aanleiding voor het interview was de oratie die ik uitsprak bij de officiële aanvaarding van mijn bijzondere leerstoel aan Tilburg University.¹ Deze leerstoel is ingesteld om een door mij veronderstelde kloof tussen klinisch psychologische wetenschap en klinisch psychologische praktijk te helpen overbruggen. Het interview is een weerslag van mijn mening dat binnen de psycho-

therapie (ik gebruik deze term als equivalent van 'psychologische behandelingen') onvoldoende gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijke psychologische kennis. Al eerder is vastgesteld dat evidence-based behandelingen veelal niet worden toegepast waar dat volgens de richtlijnen wel zou moeten gebeuren.² Waar behandelaars zeggen dat zij deze behandelingen wel toepassen, gebeurt dat soms in een onherkenbare vorm.³ Bijvoorbeeld: van een groep patiënten met angststoornissen in een grote polikliniek in Los Angeles die met psychologische methodes werden behandeld, kreeg slechts een minderheid een evidence-based psychologische behandeling. De meerderheid van hen kreeg 'andere vormen van psychotherapie'.⁴ Andere hoogleraren signaleerden recent ook kloven tussen onderzoek en behandelpraktijk⁵⁻⁷ en ook ik heb deze kloven al eerder aan de orde gesteld.^{8,9} Mijn mening over de relatie tussen wetenschap en behandelpraktijk is dus niet zo bijzonder en evenmin erg nieuw. Het suboptimaal toepassen van de welbekende evidence-based interventies is niet het enige onwetenschappelijke aspect van de behandelpraktijk. Het frequent en regulier terugkoppelen van ROM-gegevens aan de patiënt en behandelaar ter bewaking van het behandelplan gebeurt eveneens onvoldoende, ondanks de wetenschappelijke aanwijzingen dat zo'n tussentijdse terugkoppeling van behandelresultaten de effectiviteit van behandelingen kan verhogen.¹⁰ Dat behandelingen het grootste effect hebben in de eerste tien tot twintig sessies terwijl er daarna gemiddeld genomen weinig effect meer bij komt, is ook al

lang geleden wetenschappelijk vastgesteld.¹¹ In de behandelpraktijk wordt echter weinig met deze kennis gedaan. Een aanzienlijk deel van de behandelingen neemt meer dan tien tot twintig sessies in beslag, vooral wanneer de patiënt onvoldoende opknaapt. Psychotherapeuten hebben blijkbaar moeite met het begrenzen en afsluiten van ineffectieve behandelingen.¹²

Als laatste voorbeeld van het te beperkte wetenschappelijk gehalte van de behandelpraktijk noem ik in het interview de *therapist drift*: de neiging van therapeuten om hun oorspronkelijke doelstellingen en aanpak tijdens het behandelproces los te laten. Hoewel structuur en doelgerichtheid belangrijke transdiagnostische predictoren zijn voor succesvolle behandelingen^{13,14}, raken deze dikwijls gemakkelijk uit zicht.¹⁵

P-OPLEIDINGEN

Ik doel onder andere op de bovengenoemde aspecten wanneer ik zeg dat ik een kloof tussen de praktijk van de klinische psychologie en de wetenschappelijke psychologie signaleer. Mijn critici storen zich echter vooral aan mijn opmerkingen over de opleiding. Mijn uitspraak dat de (P-) opleidingen er nooit op waren gericht om behandelaars op te leiden in de wetenschappelijk best onderbouwde therapieën noemen zij een ‘ultieme gotspe’, uitgesproken in een ‘warrig betoog’. Dat is natuurlijk hun goed recht, maar ik vind mijn uitspraak helemaal geen gotspe, al is het wel grappig om als zestigplusser weer eens van ‘onbeschaamde brutaliteiten’ te worden beschuldigd. Traditie- en consensus-based overwegingen zijn voor het samenstellen van de curricula van de P-opleidingen vanaf het begin namelijk inderdaad veel meer leidend geweest dan ‘evidence-based’ overwegingen. Dat in die curricula vooral de grote psychotherapeutische methodieken evenwichtig aan bod moesten komen, blijkt uit het *Besluit Psychotherapeut* (1998) (zie ook: Graste¹⁶). Dat was niet omdat die methodieken allemaal zo evidence-based waren. Consensus- en traditie-based principes spelen nog steeds een te belangrijke rol in het vak, ook in de opleidingen. In een werkelijk wetenschappelijk onderbouwde opleiding moet men bijvoorbeeld niet alleen onderwijzen ‘wat de wetenschap ons leert’; daaruit dient men tevens thema’s te weren waarvan de ‘evi-

dence’ niet sterk is of waarvan die zelfs (grotendeels) ontbreekt. Maar dat doet men niet. Zo is nog nooit aangetoond dat behandelaars dankzij de leertherapie effectiever behandelen dan behandelaars zonder ervaring met de leertherapie.^{17,18} Toch is de leertherapie nog steeds een omvangrijk en kostbaar onderdeel van het curriculum. Dat lijkt me onwenselijk. Leertherapie is niet alleen ineffectief, maar ook misleidend omdat jonge psychologen daarvan meekrijgen dat mensen met nauwelijks bestaande emotionele problemen minimaal vijftig sessies nodig hebben om de boel weer een beetje op orde te brengen.

Vergelijkbare kritiek kan worden ingebracht tegen de buitenproportionele aandacht die er in de GZ- en KP-opleidingen is voor vormen van diagnostiek die niet evidence-based zijn. Het weinige wetenschappelijk onderzoek naar de bijdrage die dergelijk diagnostisch onderzoek levert aan het verhogen van de behandel-effectiviteit¹⁹ wijst in ieder geval niet op een meerwaarde van deze vormen van diagnostiek.²⁰ Mijn belangrijkste bezwaar tegen de huidige opleidingen is dat deze het kaf onvoldoende van het koren scheiden. Men doet alsof ‘alles wel goed is’. Dat geldt bijvoorbeeld voor de in de opleidingen psychotherapie dominante integratieve psychotherapie. De uitgangspunten van de integratieve psychotherapie zijn: 1) therapiescholen moeten elkaar niet bestrijden; 2) van alle scholen kan men iets leren; 3) het beste daarvan moet men gebruiken.²¹ Hoe die integratie wetenschappelijk verantwoord kan plaatsvinden, is echter nog onduidelijk, en dat is geen ‘big issue’ in de opleiding. Anders dan de hoofdopleiders in het vorige nummer van *GZ-psychologie* beweren, schets ik dus geen onjuist beeld van de onwetenschappelijke aspecten van de postmasteropleiding. Het lijkt mij onweerlegbaar dat de opleidingen (ook) een aantal niet wetenschappelijk bewezen lesonderdelen kennen, alsmede enkele (bewezen) ineffectieve onderdelen. Overigens reken ik dat niet in de eerste plaats de opleiders aan, dat wijt ik vooral aan de wettelijke kaders waarbinnen zij moeten werken.

ANDERE KRITIEKPUNTEN

De opleiders noemen in hun brief nog andere kritiekpunten. Zo zou ik de mij ‘welgevallige CGT’ afzetten tegen de mij ‘onwelgevallige inzichtgevende thera-



pieën'. Dat klopt niet. In feite zet ik het (mij welgevallige) 'wetenschappelijke' af tegen het (mij onwelgevallige) 'onwetenschappelijke' in de beroepsuitoefening. Het is mij dus niet om de tegenstelling 'CGT versus inzichtgevend' te doen. Elders wijzen de critici mij op de multidisciplinaire richtlijnen waarin ook 'allerlei' evidence-based inzichtgevend behandelingen staan vermeld. Hoewel ik het woordje 'allerlei' niet zonder meer zou overnemen, ben ik de laatste om dat tegen te spreken. Ik zie dan ook niet in welke foute opmerking van mij de opleiders hier willen herstellen.

Volgens de opleiders zou ik niet alleen 'in slaap zijn gedommeld', maar maak ik me ook schuldig aan 'framen'. De critici vinden dat ik eerst zelf een imaginaire tegenstander creëer om die daarna denigrerend weg te zetten. Ook daarin herken ik me niet. Voor zover ik al sliep, ben ik inmiddels wakker geschud door de ingezonden brief. Maar ook in waaktoestand weet ik niet op welke zelfgecreëerde imaginaire tegenstander mijn critici doelen. Als ik al een tegenstander heb dan is dat de 'relatieve onwetenschappelijkheid' waarmee het vak psychotherapie wordt toegepast. Op een aantal punten doen de opleiders alsof ik iets tegen de therapeutische relatie heb, maar dat ligt toch net wat genuanceerder. In mijn ogen a) is de therapeutische relatie belangrijk; b) maar wordt het relatieve belang ervan door veel behandelaars overtrokken; c) en is nog onduidelijk welke aspecten van de therapeutische relatie relevant zijn voor een succesvolle behandeling.

Bij het lezen van opmerkingen als 'van veel empirisch ondersteunde behandelvormen weten we niet hoe het werkt', 'de effectiviteit van sommige behandelingen bleek later minder groot dan eerst werd gedacht' of 'de wetenschappelijke literatuur besteedt veel aandacht aan patiënten die onvoldoende opknappen', raak ik het spoor van de critici bijster. Deze opmerkingen zijn bedoeld, zo zeggen de hoofdopleiders, om de door mij veroorzaakte schade te beperken. Ik begrijp echter niet welke schade ik rondom deze thema's heb aangericht. De gemaakte opmerkingen onderschrijf ik namelijk van harte en in het interview zeg ik er niets naars over.

De kritiek van de opleiders is stevig en soms persoon-

lijk. Ik snap en respecteer de inhoudelijke kanten ervan, al ben ik het er grotendeels mee oneens. Er is echter één passage die mij mateloos ergert en dat is de volgende:

'Wat Korrelboom beweegt om dit ongenueanceerde en niet gefundeerde betoog te houden, is ons onduidelijk. In een tijd waarin buitenstaanders, zoals instellingsmanagers en ziektekostenverzekeraars, meekijken is beeldvorming heel belangrijk. Wij vinden dit tendentieuze en onwetenschappelijke betoog in een blad voor professionals zeer schadelijk voor de beeldvorming over psychotherapie en de psychotherapie-opleiding (ook in de opleiding tot klinisch psychologen).'

De verdachtmaking ('tendentieuze') neem ik op de koop toe. Ik heb in het interview stelling genomen tegen de onwetenschappelijke tendensen in ons vak. Ik vind het nodig daar tegenin te gaan. Dat is geen tendentieuze beweegreden. Maar als ik mijn stelling niet in vrijheid mag innemen omdat de 'vijand meeluistert' raken we ver van huis. Openheid en kritiek horen bij een volwassen vak dat ruimte laat voor discussie, zonder zich daarbij op te sluiten in bangelijkheid met verdachtmakingen en buitensluiting. Wie daarentegen de beeldvorming centraal stelt kan beter een reclamebureau in de arm nemen.

LITERATUUR

1. Korrelboom, K. (2016). Denkers en doeners in de klinische psychologie; why the twain must meet. *Directieve Therapie*, 36, 96-112.
2. Becker, C.B., e.a. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
3. Cowdrey, N.D., e.a. (2015). Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorders? How eating-disordered patients described their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 72-77.
4. Wolitzky-Taylor, K., e.a. (2015). Has evidence-based psychosocial treatment for anxiety disorders permeated usual care in community mental health settings? *Behaviour Research and Therapy* 72, 9-17.
5. Scholing, A. (2016). *Over de psychotherapeut en de buurvrouw. Psychotherapie in relatie tot wetenschap, werkveld en opleiden*. Oratie Open Universiteit: Heerlen.
6. Heiden, C. van der (2016). *Behandeling angststoornissen kan beter. Doen we de goede dingen en doen we de goede dingen goed?* Oratie Erasmus Universiteit: Rotterdam.
7. Keijsers, G.P.J. (2014). Het grote psychotherapie-debat. Waarom zijn specifieke behandeltechnieken belangrijk voor het resultaat van psychotherapie en waarom de werkrelatie? *Gedragstherapie*, 47, 148-173.
8. Korrelboom, C.W. (2004). Heeft de Psychotherapie nog toekomst? *Directieve Therapie*, 24, 238-251.
9. Korrelboom, C.W., e.a. (2014). *Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie; handboek voor theorie en praktijk*. 2e geheel herziene druk. Bussum: Coutinho.
10. Knaup, C., e.a. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental health care: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 195, 15-22.
11. Howard, K.I., e.a. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
12. Arts, W., e.a. (2012). Het afsluiten van eindeloze behandelingen. *Gedragstherapie*, 45, 405-416.
13. Bateman, A.W., e.a. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
14. Hellenbrand, I., e.a. (2007). Lange behandelingen ontberen scherpe behandeldoelen: Een exploratief onderzoek naar mogelijkheden voor verkorting van de wachtlijst. *Psychopraxis*, 9, 84-87.
15. Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.
16. Graste, J. (2009). De opleiding tot psychotherapeut. In S. Colijn, e.a. (red.) *Leerboek psychotherapie* (pp. 907-919). Utrecht: De Tijdstroom.
17. Pols, J. (2009). Leertherapie. In: S. Colijn, e.a. (red.), *Leerboek psychotherapie* (pp. 931-941). Utrecht: De Tijdstroom.
18. Visser, S. (2006). De onzin van de verplichte gedragstherapeutische leertherapie (van wel 50 zittingen!). *Gedragstherapie*, 39, 221-227.
19. Hunsley, J., & Mash, E.J. (2011). Evidence-based assessment. In: D.H. Barlow (ed.), *The Oxford handbook of clinical psychology* (pp 76-98). Oxford University Press: Oxford.
20. Verbraak, M. (2007). Misverstand: Persoonlijkheidstests dragen bij tot betere resultaten van psychologische behandelingen. *Directieve Therapie*, 27, 205-208.
21. Colijn, S., e.a. (2003). Wat is integratieve psychotherapie? In: S. Colijn, e.a. (red.), *Leerboek integratieve psychotherapie* (pp. 9-31). Utrecht: De Tijdstroom.



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. Hij was en is als opleider betrokken bij vele opleidingen tot gz-psycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en cognitief gedragstherapeut. Hij is lid van de visitatiecommissie TOPGGz. In 2004 werd hij benoemd tot lid van verdienste van de VGCT. In 2016 volgde het erelidmaatschap van deze vereniging.

