

Beweren en bewijzen zijn twee

Jaargang 2014, uitgave 4

Reactie op Derksen

Tijdschrift voor Psychotherapie
© Bohn, Stafleu van Loghum 2014
10.1007/s12485-014-0041-0

Forum

Beweren en bewijzen zijn twee
Reactie op Derksen

Kees Korrelboom¹

(1)

Samenvatting

In het vorige nummer van dit tijdschrift besprak Jan Derksen de identiteit van de procesgerichte psychotherapie ('Over de identiteit van de procesgerichte psychotherapeut').
K. KORRELBOOM is klinisch psycholoog en psychotherapeut.

In het vorige nummer van dit tijdschrift besprak Jan Derksen de identiteit van de procesgerichte psychotherapie ('Over de identiteit van de procesgerichte psychotherapeut'). Die identiteit zou - onder invloed van het heersende DSM-classificatiesysteem en de overassertieve opstelling van veel klinische onderzoekers, hersenwetenschappers en cognitief gedragstherapeuten - de positie van de procesgerichte psychotherapie en haar beoefenaren binnen de ggz hebben gemarginaliseerd. Maar ook de grote verscheidenheid aan psychotherapeutische methodieken en de toenemende mondigheid van patiënten die om deze methodieken vragen ('Ik kom voor EMDR') doen de zaak van de procesgerichte psychotherapie geen goed. Derksen is ongelukkig met deze ontwikkelingen. Hij roept psychotherapeuten op om het grote (hulpzoekende) publiek in te schakelen om de positie van de procesgerichte psychotherapie te versterken. 'Wij willen psychotherapie', zou hun boodschap moeten zijn aan beleidsmakers en financiers.

De redactie heeft mij gevraagd een reactie te schrijven op dit artikel. Dat doe ik graag. Enerzijds verdedig ik, evenals Derksen, graag de waarde van de psychotherapie. Anderzijds ben ik het oneens met veel van wat hij in zijn verdediging beweert. Dat verschil van inzicht geldt zowel voor wat hij onder psychotherapie verstaat, als voor de richting die hij met het psychotherapeutisch onderzoek wil inslaan, als voor de argumenten die hij aanvoert om zijn positie in deze twee kwesties te onderbouwen. Mijn conclusie zal zijn dat de stellingname van Derksen vooral is gebaseerd op beweringen en nauwelijks op bewijzen. Ze zijn daarmee eerder propagandistisch, dan wetenschappelijk van aard.

Ik begin met het eerste punt: wat verstaat Derksen onder psychotherapie en hoe ziet hij haar rol binnen de ggz? In zowel de titel als de tekst van zijn bijdrage gaat het meestal over inzichtgevende, procesgerichte of openleggende psychotherapie. Maar af en toe wordt de term psychotherapie ook zonder nadere classificatie gebruikt. Derksen onderscheidt daarbij psychotherapieën die gebaseerd zijn op leertheorieën, cognitieve theorieën en psychodynamische theorieën. Hij hecht eraan om het woord 'psycho' te handhaven in de benaming van het beroep psychotherapeut. De benaming 'therapeut' zou de psychotherapeut niet alleen degraderen van clinicus tot technicus - en daarmee plaatsen in het rijtje mbo- of hbo-opgeleide fysiotherapeuten, logotherapeuten en cesartherapeuten - zij zou bovendien de weg voor beleidsmakers effenen om 'psychotherapieën' te laten uitvoeren door goedkope, laagopgeleide behandelaars.

Dit roept de vraag op wat Derksen dan ziet als de taken van de psychotherapeut. Hoewel psychotherapeuten soms ook protocollen moeten uitvoeren, heeft de psychotherapie volgens Derksen toch vooral een andere taak. De psychotherapeut zou zich moeten richten op het levensverhaal van de patiënt. Daarin zou de problematiek 'achter de DSM-classificatie' naar voren komen. Volgens Derksen liggen juist in het beïnvloeden van deze problematiek zowel de kracht als de taak van de psychotherapie: 'heel vaak als het protocol is afgewikkeld'. Zo'n inleidende protocolbehandeling als voorbereiding op de echte psychotherapie kan zowel door de psychotherapeut zelf worden uitgevoerd, maar evengoed door een andere 'therapeut', zoals een gz-psycholoog. De psychotherapeut zorgt ervoor dat er tijdens het bespreken van het levensverhaal een therapeutische hechtingsrelatie ontstaat, waardoor de patiënt bij het doorlopen van zijn levensverhaal primaire emoties durft te gaan ervaren. Vanuit die ervaringen worden op directieve, actieve en soms confronterende wijze cognities beïnvloed en wordt het bewustzijn verruimd, waar dat eerder gefixeerd was geraakt.

Dan kom ik op het door Derksen gewenste wetenschappelijk onderzoek naar psychotherapie. Volgens Derksen heeft het psychotherapeutisch onderzoek de afgelopen periode veel te veel in het teken gestaan van het effectonderzoek. We moeten deze periode zo snel mogelijk afsluiten en ons richten op het procesonderzoek. Het is inmiddels voldoende duidelijk dat diverse psychotherapieën bij diverse stoornissen helpen. Het is nodig om een stap verder te gaan en de

vraag te beantwoorden welke psychologische mechanismen onderdeel uitmaken van emotionele problemen en welke psychotherapeutische methodieken deze processen in de gewenste richting kunnen bijsturen. Derksen pleit ervoor om vanaf het begin een brede en complexe theorie op te stellen over zowel normaal menselijk emotioneel functioneren als over disfunctioneren en vervolgens, vanuit klinische ervaringen, te beschrijven welke therapeutische ingrepen dat disfunctioneren kunnen beïnvloeden. Derksen benoemt een aantal ingrediënten die deel zouden moeten uitmaken van dergelijke ingrepen (de hechting in de therapeutische relatie, het activeren van basale emoties tijdens de therapie en het bijsturen daarvan middels cognitieve en bewustzijnsveranderende interventies). Maar hoe zo'n theorie verder zou moeten worden opgebouwd, wordt in het stuk niet duidelijk gemaakt. Ik neem aan dat ook Derksen vindt dat een dergelijke theorie over functioneren, disfunctioneren het bijsturen daarvan getoetst moet worden. Terwijl het duidelijk is dat hij daarbij niet in eerste instantie denkt aan *randomized clinical trials* en dat begrippen als statistische significantie, *effect sizes* en *power analyses* geen prominente plaats zullen innemen in zijn onderzoeksprogramma, wordt niet helder hoe de complexe werkelijkheid in zijn theorievorming en toetsing daarvan dan wél een wetenschappelijk verantwoorde plaats moeten krijgen.

Dit brengt mij op het derde aspect van mijn reactie: de argumentatie. Zoals gezegd, vind ik deze eerder propagandistisch dan wetenschappelijk. Er wordt veel beweerd en weinig bewezen. Bij het lezen moest ik denken aan een symposium waarop ik een aantal jaar geleden, samen met Jan Derksen en nog enkele andere collega's, was uitgenodigd om te spreken. Het symposium had als thema de (on)mogelijkheid en (on)wenselijkheid van *evidence-based* psychologische persoonlijkheidsdiagnostiek. Jan was de laatste spreker voor de pauze en ik was de eerste erna. Tot dat moment had ik wel eens stukken van Derksen gelezen, maar ik had hem nooit horen spreken. Ik was onder de indruk. Met slechts een dia, waarop niets anders dan zijn naam en de titel van zijn voordracht vermeld stonden en zonder ondersteuning van een spiekbriefje of kaartjes, hield hij een vloeiend betoog. Geen enkele aarzeling of hapering, iedere zin een volzin, geen 'eh' of 'dusseme' of 'enne', noch enig ander stopwoordje kwam over zijn lippen: geweldig.

Derksen begon zijn voordracht met een grappige anekdote en een vraag aan de zaal, die gevuld was met ruim honderd psychologen, allen werkzaam in de ggz. De anekdote luidde dat hij die ochtend was gebeld door zijn huisarts. Deze vertelde dat hij op een bijscholingscursus was geweest over *evidence-based* werken in de huisartsgeneeskunde. De huisarts was bekeerd en dat wilde hij Derksen mededelen: 'Derksen, omdat ik een beetje weet hoe je over deze zaken denkt, vond ik het nodig je te bellen en je de vraag voor te leggen of je nog wel patiënt bij mij wilt blijven. Ik ben namelijk óm: vanaf nu werk ik alleen nog maar *evidence-based*. Iets anders doe ik niet meer.' Derksen vroeg de zaal wie in zo'n geval van huisarts zou veranderen. Vrijwel iedereen stak de hand op: een huisarts die uitsluitend *evidence-based* behandelde, wilden deze psychologen - van wie de overgrote meerderheid werkzaam was in een instelling die *evidence-*

based werken hoog in haar vaandel had staan - niet. Toen begon Jan zijn uiteenzetting over *evidence-based* psychodiagnostiek.

Ik was verrast door zijn welsprekendheid en overtuigingskracht. Tijdens de pauze bereidde ik mij nog even voor op mijn eigen voordracht. Ik bedacht ter plekke een nieuw intro, dat ik nog steeds wel grappig vind. Voordat ik met mijn eigenlijke verhaal begon, liet ik de zaal weten dat ook ik die ochtend was gebeld door mijn huisarts. Deze was op dezelfde bijscholingscursus geweest als de huisarts van Jan Derksen. Mijn huisarts was echter niet gevallen voor de verleidingen van de *evidence-based* huisartsgeneeskunde; integendeel. 'Korrelboom', zijn mijn huisarts, 'ik heb mij na dat weekend één ding voorgenomen: hoe ik mijn patiënten voortaan ook zal bijstaan, een *evidence-based* behandeling zal ik nooit, maar dan ook werkelijk nooit meer toepassen.' Ook ik vroeg de zaal wie na zo'n mededeling van huisarts zou veranderen. Ik had wat lachers op mijn hand en kreeg zelfs een aantal handen de lucht in. Vooral hoopte ik dat mijn punt gemaakt was: *evidence-based* werken is wellicht nog lang niet ideaal, maar net zoals niet oud worden meer nadelen heeft dan wel oud worden, is niet-*evidence-based* werken nog veel minder ideaal. Vooral als je zelf de patiënt bent.

Welsprekendheid en overtuigingskracht zijn niet identiek aan bewijskracht; het artikel van Derksen is daarvan een illustratie. Bij eerste en tamelijk oppervlakkige lezing was ik geneigd te denken dat er veel waars schuilt in Derksens woorden. Natuurlijk willen we niet alleen weten welke therapeutische ingrepen werken, maar is het ook belangrijk om er achter te komen waardoor zij werken, zodat wij die werking verder kunnen verbeteren. Het spreekt vanzelf dat we ons niet moeten laten verblinden door succesjes op de korte termijn en door overwegingen van kostenefficiëntie. Het zou eveneens dom zijn om al het goede dat de klinische praktijk ons in de loop der jaren heeft gebracht zonder meer overboord te zetten en blind te vertrouwen op klinische onderzoekers die nog nooit een patiënt hebben behandeld en die nauwelijks weten hoe het er in de praktijk van ggz aan toe gaat. Maar zijn dit reëel spelende kwesties, zoals Derksen stelt? Ik denk het niet. In ieder geval niet in de mate, zoals hij die doet voorkomen.

Derksen voert bij nadere beschouwing nauwelijks bewijzen aan voor zijn stellingname. Hij volstaat doorgaans met de beschrijving hoe men in de (procesgerichte) psychotherapie werkt en met de mededeling dat 'ervaren psychotherapeuten in hun dagelijkse werk zien hoe effectief een en ander is'. Dit argument is op zijn zachts gezegd niet ijzersterk. Zoals het geloof van vele miljoenen mensen dat de Lieve Heer ooit uit zijn graf is herrezen de wederopstanding zelf nog niet tot een historisch feit maakt, bewijst de positieve ervaring van allerlei procesgerichte psychotherapeuten nog niet dat de procesgerichte psychotherapie werkzaam is. Derksen ziet dat echter anders. Illustratief is de zin: 'Zo belangrijk is dus die [therapeutische; KK] relatie, al het empirisch onderzoek wat daarvan afwijkt ten spijt.' De klinische blik van de procesgerichte psychotherapeut zegt hem meer dan het wetenschappelijk onderzoek.

Zelf hecht ik, in algemene zin, wat meer waarde aan de uitkomsten van zulk onderzoek. Ik laat mij bijvoorbeeld leiden door enkele bevindingen die tegen de klinische blik van Derksen pleiten. Zo wordt in toenemende mate 'ecologisch-relevant' klinisch onderzoek gedaan. Effectstudies worden daarbij niet meer uitsluitend in academische centra met subklinische 'patiënten' uitgevoerd. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat binnen onderzoekssettings effectief gebleken interventies dat ook zijn in klinisch meer relevante settings (Craske & Barlow, [2008](#)). Procesonderzoek waarbij wordt uitgegaan van in de experimentele psychologie aangetoonde normale psychologische processen, en waarbij wordt gezocht naar de werkzame mechanismen achter effectief gebleken interventies die abnormaal verlopende processen bijsturen, vindt steeds vaker plaats. Ik kan de verleiding niet weerstaan om hier te verwijzen naar mijn eigen werkzaamheden omtrent *competitive memory training* (COMET) voor het versterken van lage zelfwaardering (Korrelboom, [2011](#)). Daarnaast bestaan er inmiddels uitgewerkte, door wetenschappelijk onderzoek ondersteunde theorieën over de werkzame mechanismen achter al veel langer effectief gebleken interventies, zoals EMDR (Van den Hout e.a., [2011](#)) en *exposure in vivo* (Craske e.a., [2008](#)).

Hoewel het altijd beter kan, komen er steeds meer gegevens over de effectiviteit van interventies op de langere termijn, zowel in termen van behandel-effectiviteit als in die van kosteneffectiviteit. Hoewel er op dit punt ook minder gunstige resultaten worden gerapporteerd (zie o.a. Durham e.a., [2012](#)) lijken de effecten van (protocollair uitgevoerde) psychotherapieën in veel gevallen duurzaam te zijn (Resick e.a., [2012](#)).

Traditionele klinische expertise wordt in allerlei onderzoeken naar de werkzaamheid van diverse therapeutische procedures betrokken. Zo wordt binnen *schema-focused therapy* nagegaan in hoeverre bepaalde aspecten van de (traditioneel binnen psychotherapie belangrijk geachte) therapeutische relatie al dan niet van belang zijn voor het behandel-effect (Nadort e.a., [2009](#)).

Er is nog een ander punt waarin ik Derksen niet wil volgen. Dat betreft zijn voostel om (procesgerichte) psychotherapie in veel gevallen uit te voeren nadat de aanmeldingsklachten van de patiënt middels een - *evidence-based*, eventueel door een gz-psycholoog uit te voeren - protocollaire behandeling zijn gereduceerd. Psychotherapeuten zouden op dat moment in de regel een achterliggende, in de ogen van Derksen nog veel belangrijker hulpvraag van de patiënt te horen krijgen, dikwijls op het gebied van identiteitsproblematiek. Juist daar zou de procesgerichte psychotherapie zijn waarde hebben bewezen. Ik heb twee problemen met dit standpunt. Ten eerste vraag ik mij af op welke bevindingen die kennelijke superioriteit van de procesgerichte psychotherapie op het gebied van identiteitsproblemen is gebaseerd. Principiëler is echter de vraag of het behandelen van een dergelijke hulpvraag wel in het reguliere zorgpakket van de ggz thuishoort. Ik realiseer mij dat de grens tussen enerzijds door de ziektekostenverzekering terecht te vergoeden zorg voor het behandelen van emotionele stoornissen en anderzijds onterecht uit dergelijke fondsen te vergoeden hulp bij het bevorderen

van persoonlijke groei, niet altijd helder te trekken is. Maar ik vermoed dat bij navolging van het voorstel van Derksen het laatste dikwijls het geval zal zijn.

Alles bij elkaar genomen, denk ik dat het met de klinische psychologie - waarvan de psychotherapie een onderdeel is - helemaal niet zo slecht gaat. Naast het grote aantal effectstudies, die altijd de ultieme maatstaf behoren te zijn op een toegepast gebied als de ggz, vindt er ook steeds meer procesonderzoek plaats. Deze studies zijn weliswaar gericht op een kleinschaliger soort theorievorming dan de theorieën waarvoor Derksen pleit, maar ze leveren wel nuttige en direct in de klinische praktijk toepasbare kennis op. De argumenten die ik voor dit optimisme heb aangevoerd, zullen waarschijnlijk niet veel indruk maken op Derksen. Mijn 'bewijzen' komen immers grotendeels voort uit het type onderzoek dat voor Derksen nu juist de dood is in de pot van de psychotherapie: *randomized clinical trials* die gebruik maken van significantieniveaus en *effect sizes*. Als dat inderdaad het geval is: het zij zo. Mijn vraag is dan wel wat Derksen hier, naast zijn weliswaar welsprekende maar niet erg valide beweringen, tegenover stelt. Niet alleen is hij hierover weinig gedetailleerd, zijn idee om eerst globale, het gehele emotionele leven van de mens omvattende theorieën te formuleren is bovendien al eens eerder beproefd; door de psychoanalyse, bijvoorbeeld. Die poging tot theorievorming heeft niet goed uitgekapt. Veel onderdelen van de theorie bleven onbewezen en leenden zich zelfs principieel niet voor wetenschappelijk onderzoek.

Het is dan ook niet in de eerste plaats de schuld van hersenonderzoekers, de DSM en de cognitieve gedragstherapie dat de procesgerichte psychotherapie in de loop der jaren is gemarginaliseerd binnen de ggz. De belangrijkste reden voor haar teruggang is dat deze therapiemethoden niet hebben 'geleverd', zowel in hun theorievorming, als in hun onderzoek naar effectiviteit en kosteneffectiviteit. Op beide terreinen is vooralsnog onvoldoende bewijskracht geleverd. Derksen lijkt dan ook met zijn voorstellen opnieuw een doodlopende weg te willen inslaan. Zijn pleidooi om de procesgerichte psychotherapie meer ruimte te geven is voorbarig, zolang de waarde voor de ggz van deze benadering slechts met beweringen en onvoldoende met bewijzen wordt ondersteund. Met die bewijzen zal men eerst moeten komen. Zolang die er niet zijn, kan beter worden vertrouwd op de grote stroom van onderzoeken die plaatsvindt binnen de huidige klinische psychologie, ook al is niet alles wat daar gebeurt even relevant voor de klinische praktijk.

Literatuur

Craske, M.G. & Barlow, D.H. (2008). Panic disorder and agoraphobia. In D.H. Barlow (ed.), *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step manual* (4th ed.). New York: Guilford Press.

Craske, M.G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.

Durham, R.C., Higgins, C., Chambers, J.A., Swan, J.S. & Dow, M.G.T. (2012). Long-term outcome of eight clinical trials of CBT for anxiety disorders: Symptom profile of sustained recovery and treatment-resistant groups. *Journal of Affective Disorders*, 136, 875-881.

Hout, M.A. van den, Engelhard, I.M., Rijkeboer, M.M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., Toffolo, M.B.J. & Akse, N. (2011). EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 92-98.

Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., Asselt, T. van, Wensing, M. & Dyck, R. van (2009). Implementation of outpatient schema focused therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.

Resick, P.A., Williams, L.F., Suvak, M.K., Monson, C.M. & Gradus, J.L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 201-210.