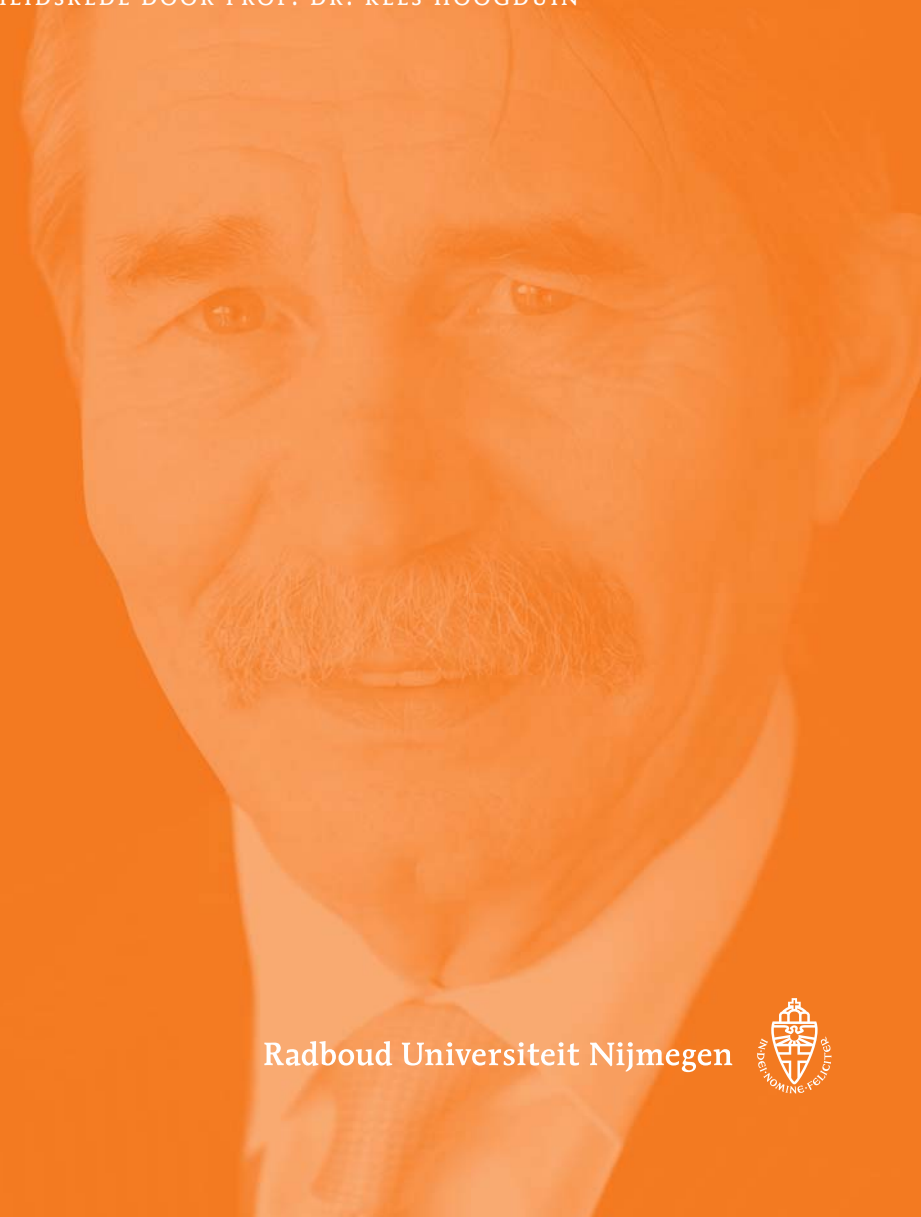


Over directieve therapie: van kunst naar kunde

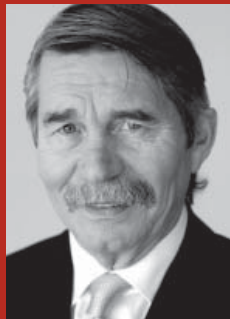
AFSCHEIDSREDE DOOR PROF. DR. KEES HOOGDUIN



Radboud Universiteit Nijmegen



AFSCHEIDSREDE VAN PROF. KEES HOOGDUIN



Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw heeft zich een grote verandering voorgedaan bij de toepassing van psychologische interventies. Tot die tijd bestond deze veelal uit non-directieve, lees psychoanalytische en Rogeriaanse benaderingen.

De directieve therapie heeft zich vervolgens stormachtig ontwikkeld en de zoektocht

naar wetenschappelijk evidentie heeft ertoe geleid dat in de actuele richtlijnen voor behandelingen de directieve benaderingen, zoals cognitieve gedragstherapie veelal als strategie van keus te vinden is. Het gaat dan om een evidence-based protocollaire therapie met het accent op klachtenreductie, meting van het resultaat na behandeling en bij follow-up, benchmarking en meting van patiënten- en verwijzersvoldoening en met daarnaast specifieke toepassing van motiveringsstrategieën en verbetering van de therapeutische relaties om patiënten te helpen de moeilijke behandelrichtlijnen uit te voeren.

Kees Hoogduin (1942) studeerde geneeskunde en specialiseerde zich in de psychiatrie en neurologie (zenuwarts). Hij promoveerde in 1984 op een proefschrift over de effecten van gedragstherapie bij de obsessief-compulsieve stoornis. Na werkzaam te zijn geweest als medisch specialist in een algemeen ziekenhuis volgde in 1986 de benoeming tot hoogleraar met als leeropdracht de psychopathologie. Hij is oud-voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Hypnose en oud-voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Cognitieve Gedragstherapie. Vanaf 1991 is hij oprichter en directielid van een geprivatiseerde instelling in de geestelijke gezondheidszorg de HSK Groep BV.

OVER DIRECTIEVE THERAPIE: VAN KUNST NAAR KUNDE

Over directieve therapie: van kunst naar kunde

Rede uitgesproken bij het afscheid als hoogleraar Psychopathologie van de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen op vrijdag 15 februari 2008

door prof. dr. Kees Hoogduin

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen
Fotografie omslag: Bert Beelen
Drukwerk: Thieme MediaCenter Nijmegen

ISBN 978-90-9022937-9

© Prof. dr. Kees Hoogduin, Nijmegen, 2008

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Meneer de rector, dames en heren,

PSYCHOTHERAPIE IS EEN KUNST

Gaarne wil ik u meenemen op de reis waarin de creatieve, op maat gesneden psychotherapie veranderde in een evidence-based, protocollaire psychologische interventie.

Jay Haley bedacht in 1963 de term 'directieve therapie' om de door hem gepropageerde psychologische interventiestrategie nadrukkelijk te onderscheiden van de in die tijd meestal toegepaste non-directieve therapieën, zoals de psychoanalytische psychotherapie.

Een directieve benadering was niet nieuw in Nederland. De meeste psychologen en psychiaters, niet opgeleid in een specifieke therapierichting, gaven voortdurend adviezen en richtlijnen. Deze waren vooral gebaseerd op gezond verstand en ervaring. Wat de Haleyaanse directieve therapie zo bijzonder maakte, was de golf van optimisme die ontstond door de publicaties over de wel zeer spectaculaire resultaten die behaald werden. Patiënten die jarenlang met ernstige klachten hadden rondgelopen, bleken na één zitting bij Milton Erickson – de meest prominente vertegenwoordiger – dikwijls niet alleen hersteld, maar sloten ook vrij snel daarna een gelukkig huwelijk en bleken bij follow-up vaak twee of drie gezonde kinderen te hebben gekregen. Het was de psychotherapeut en kunstschilder Kees van der Velden die de directieve therapie in Nederland introduceerde. Na jarenlange non-directieve therapie zonder aantoonbaar effect was het helder: het roer moest om en de directieve therapie leek de oplossing.

Intermezzo

Halverwege de jaren zeventig van de vorige eeuw vond er een bijzondere bijeenkomst plaats op de werkkamer van professor Richard Van Dyck. Naast Richard Van Dyck en Kees van der Velden waren drie oud-assistenten psychiatrie van Richard Van Dyck – Leen Joele, Dick Oudshoorn en Kees Hoogduin – en twee psychotherapeuten uit Amsterdam – Alfred Lange en Onno van der Hart – aanwezig. Van Dyck had kort daarvoor in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* een aantal artikelen gepubliceerd over directieve therapie. Tijdens die vergadering werd de grondslag gelegd voor de pléiade van de directieve therapie, een enige club van jonge psychiaters en psychologen die vonden dat het voortaan anders moest en dat het ook anders kon. In 1981 kwam uit dit initiatief een vaktijdschrift voort dat recent zijn zevenentwintigste verjaardag heeft gevierd onder de naam *Directieve Therapie* (Dth). Tevens verschenen er vier boeken waarvan de hoofdstukken voor het merendeel door de deelnemers van de eerder gemelde bijeenkomst werden geschreven (Van der Velden e.a.; 1977, 1980, 1989 en 1992).

Uitgangspunten van de directieve therapie zijn onder andere dat de patiënten en hun klachten centraal staan. Er moeten symptomen zijn; de benadering van de patiënt is

hoffelijk; de symptomen worden in een positieve context geplaatst en er wordt aangesloten bij de verwachtingen van de patiënt. De behandeling is pragmatisch: wat werkt bij deze klacht? De therapeut geeft richtlijnen en adviezen, de doelstellingen zijn concreet en ook voor de patiënt duidelijk en de behandeling is beperkt in tijd. Kortom: een benadering gericht op actie en op veranderingen

Intermezzo

In een supervisie met Van Dyck kwam de behandeling van een zogenaamd *fighting couple* aan de orde. Het ging om een echtpaar dat heftige ruzies afwisselde met koppig zwijgen. De ruzies escaleerden soms in ordinaire slagenwisselingen. Op de vraag hoe deze problematiek te behandelen, deed Van Dyck het volgende voorstel: zeg tegen het echtpaar dat ruziemaken een teken is van een sterke affectie voor elkaar (positieve context). Laat hen doorgaan met ruziemaken, maar alleen op een vast tijdstip, bijvoorbeeld 's avonds van 19.30 uur tot 20.00 uur. Bovendien moeten de partners tijdens het ruziemaken gelegenheid hebben elkaars argumenten aan te horen. Leg uit dat dit bij ruziën vaak moeilijk is omdat, wanneer de een aan het woord is, de ander al druk bezig is een afdoende repliek te verzinnen. Dus: eerst de één vijf minuten aan het woord en daarna de ander vijf minuten, tot het half uur voorbij is. Daarna is er koffie. Mochten er overdag nog ruzies dreigen te ontstaan dan dient naar de vaste ruzietijd te worden verwezen. Het paar was verrast, maar raakte overtuigd van de mogelijkheden van het advies. Veertien dagen later tijdens de volgende sessie vertelden zij vol trots geen enkele ruzie meer gehad te hebben.

De groep rond Van Dyck bracht in Nederland eind jaren zeventig en in de jaren tachtig een stroom van publicaties op gang waarin zeer succesvolle strategieën en de meest wonderbaarlijke genezingen werden gerapporteerd: een ware stroom van innoverende, creatieve hoogstandjes. Het roer was om, alles zou anders en beter gaan (Van der Velden, 1977, 1980, 1989 en 1992).

Intermezzo

In 1977 verscheen het boek *Directieve therapie*. Een van de auteurs ging in de universiteitsboekhandel in zijn stad op zoek naar het boek. Tot zijn verbazing lagen er drie stapels van wel vijftien boeken hoog. Hij vroeg de verkoper of het boek een beetje liep: 'Meneer, dit boek is een echte bestseller', was het antwoord. De verkoper had het goed ingeschat; van dit boek dat tot 2000 te koop was, werden tienduizenden exemplaren verkocht.

VAN KUNST NAAR KUNDE

Binnen de groep nam onder invloed van vooral Lange de belangstelling voor de gedragstherapie toe. Gedragstherapeuten waren minder geïmponeerd door de spectaculaire successen bij individuele patiënten dan door gegevens uit vergelijkend effectonderzoek. De beoefenaren van de directieve therapie kwamen daardoor enigszins in een spagaat terecht.

Allengs groeide het besef dat men niet op de resultaten van gevalsbeschrijvingen kon vertrouwen als bewijs voor de effectiviteit van een behandelingstrategie. Waren de successen misschien geen werkelijke successen? Van Dyck (1986) publiceerde een overzicht van de gemeenschappelijke therapiefactoren en gaf daarmee een alternatieve verklaring voor de fraaie resultaten van de directieve therapie. Het grootste deel van de effecten van psychotherapie konden vanuit gemeenschappelijke therapiefactoren begrepen worden. Deze gemeenschappelijke, niet bij een specifieke strategie behorende factoren – zoals de aanwezigheid van een intense relatie, een therapeutische context, een geloofwaardige rationale en een procedure die verwachting wekt – bleken alleen al voldoende voor relevante resultaten van welke psychologische interventie dan ook.

Welnu, het is niet al te ingewikkeld om de grote overeenkomst tussen de kenmerken van de directieve therapie en deze factoren vast te stellen. Het aansluiten bij de verwachtingen van de patiënt, het plaatsen van de klacht in een positieve context, het concreet formuleren van de doelstellingen en voor de patiënt ook duidelijk maken wat de doelen zijn, met daarbij het enthousiasme en de bevologenheid van de therapeut, maken dat patiënten zeer positieve verwachtingen zullen krijgen over de effecten van de behandeling en dat blijkt nu juist van belang voor het bereiken van die effecten. Bovendien werd, wanneer uit wetenschappelijk onderzoek was gebleken dat een bepaalde behandelingsstrategie effectief was bij een bepaalde klacht, deze door directieve therapeuten in hun benadering geïncorporeerd.

Naarmate het onderzoek naar effectiviteit vorderde en het aantal strategieën waarvan de effectiviteit wetenschappelijk was vastgesteld toenam, verminderde de behoefte aan creatieve hoogstandjes navenant. Het motto was niet langer: 'Wat werkt bij deze patiënt met deze klachten', maar 'Van welke aanpak bestaat wetenschappelijke evidentie dat bij deze patiënt met deze diagnose die aanpak ook effectief zal zijn'. Zo ontstond de hedendaagse behandeling: evidence-based, protocollair, zonder wachttijden, met effect- en follow-upmetingen, benchmarking en onderzoek naar tevredenheid bij de patiënt en de verwijzer.

Verbraak e.a. (2006) bijvoorbeeld onderzochten de effecten van een protocollaire, evidence-based behandeling bij patiënten met een angststoornis, depressieve stoornis of een ongedifferentieerde somatoforme stoornis (burn-out). Het behandelingsresultaat werd gemeten met de *Symptom Checklist 90* (SCL-90), een lijst van negentig vragen

die klachten en welbevinden meet. De Nederlandse bevolking heeft een gemiddelde score op deze lijst van 113 tot 123 (gemiddeld 118). Voor de groep (angststoornis, depressieve stoornis of burn-out) bedroeg de score op de SCL-90 bij aanvang van de behandeling 180, bij nameting 121 en bij follow-up 122. Samengevat betekent dit dat voor de gehele groep van 157 patiënten de klachtenscore na de behandeling zich bevond binnen de normen zoals vastgesteld voor de Nederlandse bevolking.

Dit voorbeeld vat de ontwikkeling goed samen. De betekenis van wetenschappelijk effectonderzoek was sterk toegenomen. Ook binnen de groep van de directieve therapie ontstond in de jaren tachtig deze belangstelling voor wetenschappelijke evidentie van behandelingsstrategieën. Vrij snel achter elkaar werden vier vertegenwoordigers van deze stroming benoemd tot hoogleraar, Van Dyck, Lange, Van der Hart en ook ik zelf stortten zich vervolgens op onderzoek naar de effecten van behandeling in de meest ruime zin.

PSYCHOTHERAPIE WORDT EEN KUNDE

Een relevante vraag is of er wel voldoende wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn om te kunnen besluiten tot een behandeling van voorkeur in de geestelijke gezondheidszorg. Voor de behandeling van lichamelijke aandoeningen bestaat er voor hooguit 30 procent van de ziekten wetenschappelijke evidentie voor de te volgen behandelingsstrategie, bij psychiatrische aandoeningen waarschijnlijk nog minder, misschien maar voor 10 tot 20 procent. Maar er bestaat in de psychiatrie wel voldoende evidentie voor de keuze van psychologische interventies voor de meest voorkomende aandoeningen, met name voor de angst- en depressieve stoornissen. Dat betekent dat protocollaire behandelingen waarvan de effecten zijn aangetoond in gerandomiseerde gecontroleerde studies voor het merendeel van de patiënten beschikbaar zijn. Dat betekent ook dat die protocollen die bij die studies onderzocht zijn, moeten worden gebruikt bij de behandeling in het veld. Gelukkig zijn die ook beschikbaar, niet alleen voor genoemde stoornissen, maar ook voor vele andere zoals hypochondrie, relatieproblemen, boulimie, ongewenste gewoonten en alcoholafhankelijkheid.

De vaak gehoorde opvatting dat patiënten het niet prettig zouden vinden om protocollair te worden behandeld, lijkt eerder de mening van therapeuten dan van patiënten weer te geven. Op de vraag aan patiënten of zij een zeer strakke protocollaire aanpak een juiste aanpak vonden, antwoordde 94 procent van de aldus behandelde patiënten bevestigend. Op de vraag of zij ook andere mensen zouden adviseren een dergelijke behandeling te ondergaan, gaf 97 procent van de patiënten een bevestigend antwoord (Hoogduin, 2007a). Niet protocollair behandelen houdt het gevaar in dat patiënten niet adequaat worden behandeld worden.

Voor diverse stoornissen zijn onderzoeksgegevens beschikbaar waarmee de uitspraak, dat de individuele patiënt bij een gestandaardiseerde behandeling tekort zou komen, is te ontkrachten. Schulte e.a. (1992) hebben deze vraagstelling onderzocht op een wijze

die zeker ethische vragen opwerpt, maar waarvan de resultaten zeer opmerkelijk zijn. De vraagstelling van het onderzoek luidde of een op maat gesneden behandeling een beter resultaat te zien geeft dan een standaardbehandeling die volgens een protocol wordt uitgevoerd. Zij voerden het onderzoek uit bij 120 fobische patiënten. De patiënten werden door loting in drie groepen verdeeld. De eerste groep kreeg een behandeling volgens het protocol (*exposure in vivo*; ofwel blootstelling aan de gevreesde angstwekkende situaties). De tweede groep kreeg een op grond van diagnostisch onderzoek op maat gesneden gedragstherapie. De derde groep kreeg een op maat gesneden gedragstherapie die echter op maat gesneden was voor iemand anders. De resultaten waren opmerkelijk: de groep die was behandeld met de geprotocolleerde behandeling boekte een beter resultaat dan de andere twee groepen. De groep met de op maat gemaakte behandeling liet geen beter resultaat zien dan de groep die behandeld was met een voor een andere patiënt gecomponeerde behandeling op maat. Dit resultaat is niet alleen gevonden bij patiënten met fobische stoornissen of een dwangstoornis, maar ook bij patiënten met een depressie, sociale fobie of relatieproblemen (zie Emmelkamp e.a., 1994).

Het negeren van richtlijnen en protocollen kan ernstige gevolgen hebben voor patiënten. Het volgende voorbeeld maakt dat op een naargeestige manier duidelijk. Van der Wurff e.a. (2004) onderzochten onder andere de behandel-effecten bij patiënten ouder dan zestig jaar met een depressieve stoornis. De patiënten werden op drie verschillende afdelingen behandeld: een psychiatrische kliniek, een psychiatrische polikliniek en een Riagg. In totaal werden de gegevens van 203 depressieve patiënten bij het onderzoek betrokken. Interessant is het verschil in resultaten. In de kliniek herstelde 86 procent, op de polikliniek 70 procent en bij de Riagg 37 procent. Eveneens interessant is de duur van de behandeling: in de kliniek bedroeg deze 23 weken, op de polikliniek 87 weken en bij de Riagg 25 weken. Uitgangspunt bij de richtlijn voor de 'biologische behandeling van depressie' is dat een stapsgewijze benadering wordt gevolgd, waarbij er zes stappen beschikbaar zijn: van moderne antidepressiva tot en met de laatste stap, de elektroconvulsietherapie (behandeling door middel van elektroshock). Uit de gegevens blijkt dat de Riagg en de polikliniek bij de patiënten die niet herstelden niet meer dan twee, hooguit drie stappen van de richtlijn hadden toegepast. Ook is vastgesteld dat noch op de polikliniek, noch bij de Riagg effectmetingen zijn gedaan. Ook op de klinische afdeling werd slechts driekwart van de patiënten onderzocht met een gevalideerd meetinstrument. Weinig belangstelling voor een richtlijn of een protocol dus - en met een bijzonder zorgwekkend behandelresultaat op de Riagg. Dit laatste wordt nog pijnlijker omdat ook bleek dat patiënten op de Riagg voor de behandeling minder ernstig depressief waren dan de patiënten die op de polikliniek of de kliniek werden behandeld (Van der Wurff e.a., 2004).

Protocollair behandelen is geen keuze meer. Toch blijkt een rigoureuus doorvoeren van deze benadering nog nauwelijks plaats te vinden. Nog steeds beschouwen psychotherapeuten de patiënt nog te veel als een individu, waardoor zij te veel belangstelling

aan de dag leggen voor de particuliere expressie van de stoornis. Dit, terwijl smetvrees bij de Chinezen in Hong Kong dezelfde symptomatologie laat zien als bij West-Europeanen.

De ambitie om stoornissen te behandelen met evidence-based protocollen confronteert de professional direct met het gegeven dat voor veel aandoeningen nog onvoldoende wetenschappelijke evidentie bestaat om een bepaalde behandeling te kiezen. Zo verging het ons niet anders (zie Hoogduin, 2007b). Met veel enthousiasme accepteerden we de daaruit voortvloeiende consequenties. Wanneer er geen wetenschappelijke evidentie voor de effecten van een bepaalde behandeling bestaat, is het interessant onderzoek naar die evidentie uit te voeren. Zo is het ook gegaan; onderzoek is door ons gestart naar de effectiviteit van behandeling van bepaalde stoornissen, onder andere ziekelijk haartrekken, het syndroom van Gilles de la Tourette, de conversiestoornis en focale dystonieën.

Twee voorbeelden illustreren deze speurtocht naar wetenschappelijke evidentie: ten eerste de behandeling van ziekelijk haartrekken. Deze stoornis met de poëtische naam trichotillomanie bestaat eruit dat patiënten zich de haren uittrekken. Een merkwaardige stoornis die voor deze patiënten met enige lust- en roesbeleving gepaard gaat. Na het haren trekken hebben zij, onder meer door zichtbare kale plekken, daar vanzelfsprekend weer spijt van. Omdat de stoornis nogal vaak wordt verward met een dwangneurose, zoals bijvoorbeeld dwangmatig handen wassen, en onze groep was gespecialiseerd in de behandeling van dwang, meldden zich regelmatig patiënten met dit dwangmatig haartrekken aan. Een experimentele behandeling met behulp van zelfcontroleprocedure (een gedragstherapeutische strategie) bleek af en toe bij sommige patiënten succesvol. De patiënt slaagde er soms in om van zijn hardnekkige gewoonte (gemiddelde duur van de klachten voor behandeling: ongeveer twintig jaar) af te komen (Hoogduin e.a. 1983).

Intermezzo

Eind jaren negentig van de vorige eeuw werkten we mee aan een tv-programma, genaamd *Lieve Martine*. In dit programma vertelde een jonge vrouw hoe ze sinds haar jeugd zich de wimpers, wenkbrauwen en hoofdharen uittrok. Martine vroeg aan ons of wij haar wilden behandelen. Vier maanden later liet zij in hetzelfde programma zien hoe haar haren waren teruggekeerd, nadat ze met succes de klacht had overwonnen. Na dit programma meldden meer dan honderd patiënten zich aan voor behandeling.

Bij deze patiënten is vervolgens de zelfcontroleprocedure wetenschappelijk onderzocht in een zogenaamde gerandomiseerde, gecontroleerde, vergelijkende studie. Eén groep werd behandeld met gedragstherapie, één groep met een antidepressivum (fluoxetine) en een wachtlijstconditie (geen behandeling).

Na de behandeling werd duidelijk dat de behandeling met de gedragstherapie effectief was en een significant groter effect liet zien dan de behandeling met het antidepressivum en de wachtlijstconditie (*effect sizes*: gedragstherapie 3.8, fluoxetine 0.42, wachtlijstconditie 1.09) waarbij een *effect size* boven 0.8 als een betekenisvolle klachtenreductie wordt aangemerkt (Van Minnen e.a., 2003). Het behandelingsprotocol is vervolgens gepubliceerd en beschikbaar gesteld voor alle professionals (Hoogduin e.a., 2004a, b, c).

Een ander voorbeeld is de behandeling van het syndroom van Gilles de la Tourette.

Het syndroom van Gilles de la Tourette is gekenmerkt door tics. Tics zijn plotse optredende snelle vaak herhaalde bewegingen van een spiergroep zonder duidelijk doel. Ook bestaan er vocale tics, gekenmerkt door het uitstoten van geluiden en, meer bekend, obscene taal. De gepropageerde, aangetoond effectieve behandeling met anti-psychoptica stemt niet tot vrolijkheid. Ongeveer bij de helft van deze patiënten is de behandeling effectief, maar het merendeel van de patiënten stopt weer met de behandeling als gevolg van de bijwerkingen. Anders gezegd: slechts één of twee van de tien patiënten hebben ten slotte baat bij die behandeling.

Door de bekendheid van onze groep met behandeling van conversieve bewegingsstoornissen werden regelmatig patiënten met het syndroom van Gilles de la Tourette verwezen, omdat de verwijzers ten onrechte van mening waren dat deze neurologische aandoening onder de psychogene conversiestoornis viel.

Reeds in de jaren tachtig van de vorige eeuw (Hoogduin & De Haan, 1983) publiceerden wij de resultaten van een aantal van deze patiënten die met meer of minder succes met gedragstherapie waren behandeld. De behandeling was experimenteel met dien verstande dat er geen gecontroleerd onderzoek bestond over de effecten van deze behandeling. Na jarenlange ervaringen met deze benadering werd in de jaren negentig een gerandomiseerde gecontroleerde studie opgezet waarbij gedragstherapie (*exposure* aan de gevoelens die voorafgaan aan de tics en responspreventie van de tics) vergeleken werd met een eveneens veelbelovende behandeling, bekend als *habit control* (waarbij de patiënt een met de tic niet verenigbare spiercontractie uitvoert). Uit dit onderzoek bleken beide behandelingen effectief op de diverse *outcome*-maten, waarbij de *exposure* en responspreventie voor patiënten met veel tics een kleine meerwaarde had (*effect sizes*: ER 0.88 - 1.42; HC 0.73 - 1.06) (Verdellen e.a., 2004a). Ook deze protocollen zijn vervolgens gepubliceerd en ter beschikking gekomen van de professionals in de geestelijke gezondheidszorg (Verdellen e.a., 2004 b en c).

Loopt onderzoek altijd zo voorspoedig? Helaas niet. Zo verliep een jarenlang onderzoek naar de effectiviteit van gedragstherapie bij focale dystonieën, zoals schrijfkramp of de scheefhals teleurstellend. Een focale dystonie is een neurologische stoornis die gekenmerkt wordt door een aanvalsgewijs of voortdurend krampachtig aanspannen van spiergroepen waardoor het normaal functioneren niet goed meer mogelijk is. Bij schrijf-

kramp bijvoorbeeld komt het voor dat patiënten binnen één of twee minuten nadat zij zijn begonnen met schrijven, last krijgen van een pijnlijke verkramping van de spieren van de hand of onderarm waardoor zij niet langer in staat zijn te schrijven. Bij de scheefhals, *torticollis spasmodica*, ontstaat een pijnlijke verkramping van de nekspieren waardoor de nek de voorkeur heeft in een bepaalde scheve, afwijkende stand te gaan staan.

Bij sommige patiënten lukte het om met behulp van gedragstherapie een betekenisvolle verbetering te verkrijgen (Hoogduin e.a., 1985). Om het effect van deze strategie te onderzoeken werd een open, niet gecontroleerde studie opgezet. Uit deze studie bleek een significante verbetering van de scheefstand en op de score van een specifiek meetinstrument ($p < .01$ en een *effect size* van 0.89 resp. 0.86 (Reinders, 1996a). Hierop volgde een gecontroleerde studie waarbij de resultaten van gedragstherapie werden vergeleken met trihexyphenidyl, een anti-Parkinsonmiddel – dat, zo bleek uit gevalbeschrijvingen een effect zou kunnen hebben – en een placebobehandeling. De resultaten waren zeer teleurstellend. Vergeleken met de effecten van de behandeling met placebomedicatie kon er noch voor de trihexyphenidyl, noch voor de gedragstherapie een significant verschil worden gevonden (Reinders, 1996b).

Intermezzo

Dat placebobehandeling bij dystonie ook enig effect had, wisten we al uit een overigens matig uitgevoerd onderzoek naar een wel erg buitenissige behandeling, uitgevoerd in de Mayokliniek in de Verenigde Staten.

In die tijd, 1932, ging men er ten onrechte vanuit dat de scheefhals een gevolg was van infectiehaarden in tonsillen of tanden en kiezen. De hier uit voortkomende behandeling kunnen we gerust als nogal drastisch omschrijven: men besloot deze lichaamsdelen te verwijderen. Er was een groep patiënten die daar, niet geheel onbegrijpelijk overigens, niet voor voelde. Toen men de groep geopereerde patiënten met de weigeraars vergeleek bleken meer patiënten uit de behandelde groep verbeterd te zijn. Het ging hier vanzelfsprekend om een placebo-effect. Maar dit terzijde (Reynearson & Woltman, 1932).

Ook de onderzoekslijn naar het voorspellen van het behandelresultaat aan het begin van de behandeling bracht ons weinig vreugde. De afgelopen dertig jaar was het een relevant thema voor veel van ons onderzoek: kunnen we op grond van vooraf gemeten variabelen het behandelresultaat voorspellen? Wanneer dit het geval zou zijn, zouden we van te voren patiënten kunnen selecteren van wie verwacht kon worden dat zij niet opknappen van een bepaalde therapie. Vervolgens konden we hen een andersoortige behandeling geven.

Welnu, het onderzoek van Kampman & Keijsers (2008) heeft ons met beide benen op de grond gezet. Na een uitvoerige literatuurstudie naar variabelen waarvan in onderzoeken was vastgesteld dat ze betekenis hadden voor het voorspellen van het eindresultaat, kwamen zij tot de conclusie dat de meeste demografische, stoornisgerelateerde psychologische en sociaal-psychologische variabelen niet of inconsistent gerelateerd waren aan het behandelingsresultaat. Bij een groot aantal patiënten onderzochten zij vervolgens die variabelen die nog een kans maakten wel een voorspellende betekenis te hebben. Ze deden het onderzoek bij patiënten die met gedragstherapie behandeld waren voor een paniekstoornis. Zij vonden in hun studie geen enkele variabele die het eindresultaat voorspelde behoudens ernst in het begin van de behandeling. Daarvan is echter ook bekend dat het meer het tijdstip van de verbetering voorspelt dan het uiteindelijk bereikte therapieresultaat (De Haan, 1997).

De conclusie luidt nogal bitter: al het onderzoek naar variabelen die het eindresultaat van gedragstherapie zouden kunnen voorspellen heeft niets opgeleverd. Toekomstig onderzoek naar predicerende variabelen kan mogelijk beter worden nagelaten.

VAN KUNST NAAR KUNDE MET EEN BEETJE KUNST

Het is beetje flauw om te zeggen maar de behandeling van angststoornissen en depressieve aandoeningen is wel ongeveer klaar. De marge om bijvoorbeeld bij een angststoornis aan te tonen dat een alternatieve experimentele behandeling significant beter is, is te klein geworden. Beter is het dus om alle energie in de implementatie van effectieve behandelprotocollen te steken. Daar is de grote winst te behalen. Opleiding in het gebruik van protocollen, het verplicht stellen van protocollair werken en benchmarking met een geautomatiseerde effectmeting gedurende de behandeling en bij follow-up. Dat benchmarking in de geestelijke gezondheidszorg mogelijk is en nuttig voor verbetering van de kwaliteit van de behandeling, blijkt uit het volgende.

Intermezzo

Interne benchmarking wordt sinds enige jaren toegepast in een geprivatiseerde GGZ-instelling. De klachten van patiënten worden daartoe voor, tijdens en na de ambulante behandeling gemeten met behulp van de eerder genoemde Symptom Check List. De gegevens worden verwerkt, per therapeut, per ziektebeeld en per vestiging. Zo is het mogelijk om de gemiddelde klachtenreductie per therapeut en per vestiging vast te stellen en die te vergelijken met de gemiddelde behandelingsresultaten van alle therapeuten. Om de kwaliteit van de behandelingen vervolgens te verbeteren, kan op grond van deze vergelijkingen een aantal maatregelen worden genomen. Wanneer therapeuten ver onder het gemiddelde klachtenreductiepercentage presteren, krijgen ze supervisie, bijvoorbeeld in de vorm van het doorspreken van alle patiënten die ze die dag gaan behandelen.

Vestigingen die als geheel een *underperformance* vertonen, krijgen maandelijks een middag groepssupervisie voor alle medewerkers. Van 2004 tot 2006 is bij de eerdergenoemde instelling deze aanpak gevolgd.

In maart 2004 bleek de gemiddelde CSL-90-score over 1500 patiënten bij aanmelding 181 en bij ontslag 127, een klachtenreductie van 85,7 procent (waarbij de gemiddelde score van de Nederlandse bevolking van 118 als uitgangspunt wordt genomen voor de berekening van dit percentage). In december 2006 was de aanvangsscore van de patiënten op de CSL-90 191 (nu gaat het om 3000 patiënten met een wat hogere instroomscore en de score aan het eind van de behandeling 122: een klachtenreductie van 94,5 procent. De acties maar ook de feedback van de behandelingsresultaten aan de therapeuten heeft geleid tot een verbetering van het behandelresultaat met 9 puntprocent. Niet gering dus.

Hoe nu verder? Voor de meest voorkomende stoornissen die ambulante behandeld kunnen worden, is een effectieve, evidence-based behandelingsstrategie voor handen. Raadselachtig dat dergelijke behandelingen niet zonder meer op de alle poliklinieken en instituten voor ambulante behandeling worden toegepast. Nog steeds hebben we te maken met een grote groep psychiaters, psychotherapeuten en psychologen die menen dat hun op maat gesneden behandeling succesvoller zou zijn dan de strakke zakelijke protocollaire behandeling. Niet dus. De kunst en creativiteit van behandeling in de vorige eeuw moeten plaatsmaken voor de zakelijke, misschien ook wel saaiere protocollaire behandeling.

Er lijkt ook geen plaats meer te zijn voor de hoogstandjes van de directieve therapie in engere zin. Dit laatste hoeft niet geheel het geval te zijn. Het vernieuwende van de directieve therapie is wel verdwenen. Cognitieve gedragstherapie lijkt ervoor in de plaats te zijn gekomen. Is de directieve benadering hierdoor overbodig? Wij menen van niet. Het lijkt eerder dat de twee stromingen elkaar wederzijds gestimuleerd hebben en nog steeds stimuleren. De cognitieve gedragstherapie heeft geprofiteerd van de motiverings-technieken vanuit de directieve therapie. Omgekeerd heeft de directieve therapie geprofiteerd van de wetenschappelijkheid van de gedragstherapie. Was het niet zo dat gemeenschappelijke therapiefactoren van groot belang waren voor de successen van de directieve therapie? Hoe zit het met een gedragstherapeutisch protocol? Bijvoorbeeld bij de behandeling van angststoornissen met de voor de patiënt zo beangstigende *exposure* met de vervelende zelfregistraties en het uitvoeren van veeleisende huiswerkopdrachten. De idee dat patiënten met een angststoornis staan te popelen om een dergelijk programma dag in dag uit te doen, is niet realistisch. Patiënten zien er tegen op om zulke adviezen op te volgen omdat ze die dingen nou net niet goed durven of al jaren vermijden.

De directieve therapie heeft nog steeds betekenis doordat deze benadering patiënten het idee en het gevoel geeft eindelijk de klachten de baas te kunnen worden en hen aldus helpt het programma uit te kunnen voeren. Welnu, wanneer deze aspecten van de

directieve therapie gecombineerd worden met een evidence-based protocollaire, cognitief-gedragstherapeutische strategie kan er zeker een positieve bijdrage aan de effectiviteit van die gedragstherapie worden verwacht.

Zo is het ook gegaan: de creatieve directieve therapie ontwikkelde zich van een beloftevolle therapie tot een waardevolle motiveringsstrategie voor de protocollaire evidence-based cognitieve gedragstherapie: Van kunst naar kunde en (met) een klein beetje kunst.

AFSCHEID EN DANK

Bij mijn afscheid als hoogleraar met de leeropdracht psychopathologie wil ik graag mijn gevoelens over de afgelopen twintig jaar met u delen. Ik vond het werken in de sectie een feest. Mijn aanstelling was halftijds. Naast het hoogleraarschap werkte ik eerst ruim tien jaar als hoofd van de psychiatrische afdeling van het Reinier de Graaf Gasthuis en later als directielid van een grote geprivatiseerde instelling in de geestelijke gezondheidszorg. Wanneer ik een praatje hield voor de sectie mocht ik graag vertellen dat een werkdag aan de universiteit voor mij een soort vrije dag was. Ik was verbaasd mijn hobby – studie, lesgeven, onderzoek doen, schrijven en behandelingen superviseren – in werktijd te mogen doen. Hoe groot is het contrast van zo'n baan met de functie in de frontlinie van de geestelijke gezondheidszorg in een ziekenhuis met agressieve psychiatrische patiënten of patiënten die zo depressief zijn dat zelfdoding voor hen de enige oplossing lijkt. Een feest vond ik dus mijn werk aan de universiteit. Dit werd vooral ook mogelijk gemaakt door de hoogleraren Cees van der Staak, Clemens Hosman, Cas Schaap en later Eni Becker. Zij hebben er mede voor gezorgd dat de werkzaamheden in harmonie plaatsvonden. In hen dank ik ook de sectie voor de vriendschap en collegiale samenwerking. Ook dank ik de collegae De Weert en Van Berkum als betekenisvolle bestuurders van de faculteit voor de prettige en soepele leiding.

Meer speciaal dank ik drie medewerkers met wie ik ongeveer twintig jaar lief en leed heb gedeeld: professor Agnes van Minnen, dr. Ger Keijsers en dr. Marc Verbraak. Het is goed om te zien dat jullie alle drie een prominente positie in de Nederlandse psychologie-wereld hebben kunnen innemen.

Dit alles was niet mogelijk geweest zonder de hulp van maar liefst vijf dames met wie ik zo vol vreugde heb kunnen werken: Hanny Knuppel, Monique Oosthoek, Maria van der Groes, Wies Cloosterman en Laura Borsje.

Ik eindig met dank uit te spreken aan mijn vrienden van de pléiade van de directieve therapie. Dank aan Kees van der Velden, Freddy Lange, Richard Van Dyck, Leen Joele, Onno van der Hart en de te vroeg overleden Dick Oudshoorn. Zonder jullie – daarvan ben ik overtuigd – had ik hier nu niet gestaan. Dank dat ik mee mocht doen.

Tot slot aan het eind van de wetenschappelijke carrière gekomen heb ik besloten mij nog vijf jaar intensief te bemoeien met de geprivatiseerde GZ-instelling de HSK Groep,

het opleidingsinstituut Cure & Care Development en de uitgeverij Cure & Care Publishers, onderdeel van Boom Amsterdam. Ik kijk ernaar uit me intensief te bemoeien met de implementatie van de evidence-based protocollaire behandeling, benchmarking en privatisering van de gezondheidszorg. Tja, de geestelijke gezondheidszorg is nog niet van mij af.

Ik draag dit afscheidscollege op aan Joke, Hein en Klaas.

Ik heb gezegd.

REFERENTIES

- Barlow, O. (2005). *Persoonlijke communicatie*.
- Dyck, R. Van (1986). *Psychotherapie, placebo en suggestie*. Academisch proefschrift. Rijksuniversiteit van Leiden.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K., & Blaauw, E. (1994). Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1, 95-100.
- Haan, E. de (1997). *Dwangstoornis bij kinderen en volwassenen*. Academisch Proefschrift. Meppel: Krips Repro.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Hoogduin, C.A.L. (2007a). *Trimbos-thermometer in HSK*. Utrecht: Trimbos-instituut (interne publicatie).
- Hoogduin, C.A.L. (2007b). *Psychologische interventies bij ongewone stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Hoogduin, C.A.L., & Haan, E. de (1983). De behandeling van haartrekken, nagelbijten en andere 'nerveuze' gewoonten bij kinderen. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 3, 144-154.
- Hoogduin, C.A.L., Hartman, S.J., Haan, E. de, Dijk, R. van, & Kuyvenhoven, A. (1985). Een gedragstherapeutisch model ter behandeling van torticollis (spasticus) en torsiedystonie. *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose*, 5, 27-39.
- Hoogduin, C.A.L., Verdellen, C.W.J., Griendt, J.M.T.M. van de, & Kriens, S. (2004a). Cognitieve gedragstherapie. Behandelprotocol bij ongewenste gewoonten. *Therapeutenboek*. Arnhem: Cure & Care Publishers.
- Hoogduin, C.A.L., Verdellen, C.W.J., Griendt, J.M.T.M. van de, & Kriens, S. (2004b). Cognitieve gedragstherapie. Behandelprotocol bij ongewenste gewoonten. *Werkboek*. Arnhem: Cure & Care Publishers.
- Kampman, M., Keijsers, G.P.J., & Hoogduin, C.A.L. (2008). Outcome prediction of cognitive behaviour therapy for panic disorder: Initial symptom severity is predictive for treatment outcome, comorbid anxiety or depressive disorder, cluster C personality disorders and initial motivation are not. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 36, 1-14.
- Minnen, A. van, Hoogduin, C.A.L., Keijsers, G.P.J., Hellenbrand, I., & Hendriks, G.-J. (2003). Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine. *Archives of General Psychiatry*, 60, 517-522.
- Reinders, M.J., Hoogduin, C.A.L., Speelman, M., & Roos, R. (1996a). Der Effekte von Hypnose und Verhaltenstherapie bei Torticollis Spasticus *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 12, 113-121.
- Reinders, M.J. (1996b). *Psychologische interventies bij focale dystonieën*. Academisch Proefschrift. Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Rynearson, E.H., & Woltman, H.W. (1932). Spasmodic torticollis: results of removal of loci of infections and treatment with specific vaccine. *American Journal of Medical Sciences*, 183, 559-562.
- Schulte, D., Kunzel, R., & Pepping, G. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behavior Research & Therapy*, 14, 67-92.
- Velden, K. van der (red.) (1977). *Directieve therapie 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der (red.) (1980). *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der (red.) (1989). *Directieve therapie 3*. Houten/Zaventem: Bogn Stafleu Van Loghum.
- Velden, K. van der (red.) (1992). *Directieve therapie 4*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Verbraak, J.M.P.M., Warner, R., Roij, M. de, & Hoogduin, C.A.L. (2006). Follow-up na protocollaire gedragstherapie bij burn-out: een vergelijking met depressieve stoornissen en angststoornissen. *Directieve Therapie*, 26, 142-161.
- Verdellen, C.W.J., Keijsers, G.P.J., Cath, D.C., & Hoogduin, C.A.L. (2004a). Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourette's syndrome: a controlled study. *Behaviour Research & Therapy*, 42, 501-511.
- Verdellen, C.W.J., Hoogduin, C.A.L., Griendt, J.M.T.M. van de, & Kriens, S. (2004b) *Behandelprotocol ticstoornissen. Werkboek*. Amsterdam: Boom.
- Verdellen, C.W.J., Hoogduin, C.A.L., Griendt, J.M.T.M. van de, & Kriens, S. (2004c) *Behandelprotocol ticstoornissen. Therapeutenboek*. Amsterdam: Boom.
- Wurff, F.B. Van der, Stek, M.L., Hoogendijk, W.J.G., & Beekman, A.T.E. (2004). De kwaliteit van medicamenteuze behandeling van depressieve ouderen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 10, 816-830.