

# Drie paradoxen in de psychotherapie

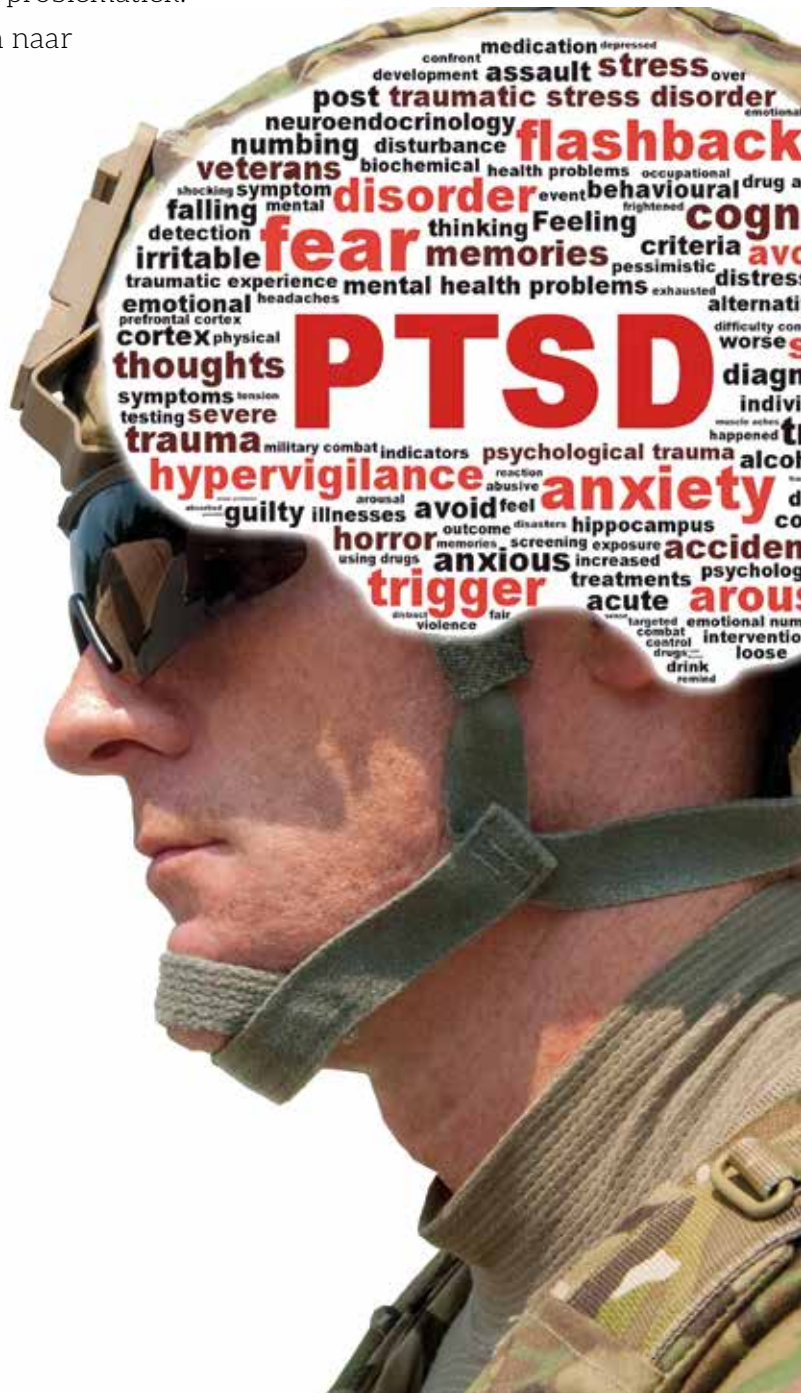
Op 29 september 2017 promoveerde Joris Haagen op het verklaren van de effectiviteit van psychotherapie via voorspellend onderzoek. Aan de hand van de uitkomsten van zijn onderzoek schetst hij drie hedendaagse paradoxen in de zorg voor veteranen met uitzendgerelateerde problematiek. Paradoxen die breder kunnen worden getrokken naar psychotherapie in zijn algemeenheid.

Een paradox is een schijnbare tegenstrijdigheid die lijkt in te gaan tegen ons gevoel voor logica, onze verwachting of onze intuïtie. Paradoxen kunnen ontstaan wanneer op basis van de beschikbare kennis (de puzzelstukjes), schijnbare tegenstrijdigheden ontstaan over het grotere geheel (de puzzel). Paradoxen zijn verweven met onze redeneringen en aannames over de werkelijkheid. Ook (psychotrauma) psychotherapie ontkomt niet aan paradoxen. Ik stip er enkele aan vanwege hun implicaties voor de wijze waarop we de zorg inrichten in het veld.

## Zorgprofessionals streven in de eerste plaats naar het wegnemen van stoornisgerelateerde klachten

### **Paradox 1 Klachtenvrij is geen genezing**

In de GGZ is *klachtgericht* werken de gangbare aanpak op het gebied van psychische stoornissen. Zorgprofessionals streven in de eerste plaats naar het wegnemen van stoornisgerelateerde klachten. Met dit uitgangspunt is niks mis, maar de realiteit leert ons dat klachtenvrij en zelfs stoornisvrij een utopie is onder mensen met ernstige chronische psychische aandoeningen. Ter illustratie, bij veteranen met uitzendgerelateerde posttraumatische stressstoornis herstelt een derde tot de helft niet na richtlijngericht behandelen<sup>1,2</sup>.





Onderzoek onder getroffenen van ernstige psychiatrische aandoeningen (voornamelijk psychose, maar ook angst en depressie) laat zelfs zien dat bij volledig herstel (klachtenvrij), bijna 9 op de 10 maatschappelijk niet mee komen<sup>3</sup>. Ze blijven worstelen met o.a. werk, zelfstandig wonen en sociale contacten. Kortom, klachtenvrij is geen genezing.

#### Implicatie

Er is behoefte aan een omvattender perspectief op gezondheid wanneer traditionele aanpakken onvoldoende opleveren. Dat kan door gezondheid te herdefiniëren, door gezondheid niet langer gelijk te stellen aan de afwezigheid van klachten en symptomen. De positieve psychologie, bijvoorbeeld, is gericht op het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen<sup>4</sup>.

De herstelondersteunende zorg richt zich op het stimuleren van de zelfredzaamheid van cliënten door uit te gaan van hun krachten. Gezondheid grijpt, naast mentaal functioneren, in op diverse levensgebieden die ook onderdeel van behandeling zouden moeten worden.

Er valt mogelijk winst te behalen door samenwerkingen aan te gaan met specialisten op andere levensdomeinen (waaronder sociaal-maatschappelijke participatie) om herstel te promoten.

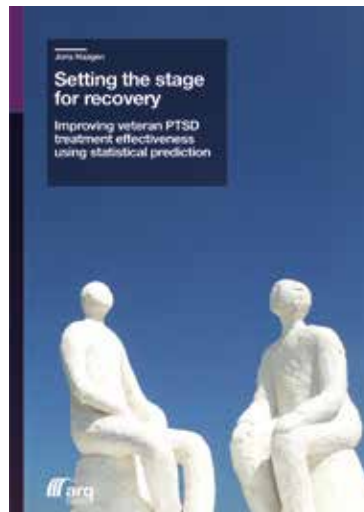
#### Paradox 2 Superieure interventies leveren geen superieure behandeluitkomsten

Een toename aan meta-analyses en studies zet druk op de huidige behandelrichtlijnen voor PTSS<sup>5</sup>. De richtlijnen luiden dat een handvol traumagerichte psychotherapieën (zoals exposure therapie, cognitieve gedragstherapie, EMDR) effectievere (superieure) behandelresultaten levert ten opzichte van conceptueel andere vormen van psychotherapie (niet-traumagericht, *present centered*, psychodynamisch, stabiliserend, etc.). De verschillen tussen conceptueel

uiteenlopende *bona fide* (therapeutisch-bedoelde) interventies lijken echter klein tot miniem, en ook het weglaten of toevoegen van

Joris Haagen

Psycholoog, onderzoeker en beleidsadviseur bij Arq Psychotrauma Expert Groep



Setting the stage for recovery. Improving veteran PTSD treatment  
J.F.G. Haagen

een schijnbaar essentieel therapeutisch onderdeel lijkt nauwelijks van invloed op het behandelresultaat<sup>2</sup>.

#### Implicaties

De discussie zou niet langer uitsluitend moeten draaien om welk type interventie superieur is en de drang om uitsluitend deze aanpakken aan cliënten te bieden. De keuze voor wel of geen richtlijnaangeraden interventie dient ondergeschikt te zijn aan algemene, interventie-overstijgende factoren die herstel promoten. Zoals, welke bewezen interventie het beste aansluit bij het verklaringsmodel van de cliënt (is de interventie geloofwaardig), zijn of haar zorgvraag, doelen, behoeften en verwachtingen. De cliënt staat hierbij centraal, evenals samenspraak (shared decision making) om tot een behandeltraject te komen.

De discussie zou niet langer uitsluitend moeten draaien om welk type interventie superieur is

Van zorgprofessionals en instellingen vergt dit dat zij vertrouwd zijn met een pallet van conceptueel uiteenlopende interventies om aan te sluiten bij de cliënt. Het betekent een stap weg van een monocultuur voor PTSS-psychotherapie bestaande uit enkele traumagerichte interventies. Traumagericht-werken is overigens een prima effectief uitgangspunt, maar wees niet rigide

uit angst af te wijken van de richtlijnen met de inzet van andere bewezen effectieve aanpakken. Geef je cliënt een veel prominentere rol in het uitzetten van zijn of haar eigen route naar herstel.

Er bestaan namelijk grote verschillen tussen welke cliënt wel en niet profiteert van psychotherapie. Deze verschillen worden gemaskeerd als we uitsluitend uitgaan van groepsgegevens om de effectiviteit van superieure of inferieure behandelingen vast te stellen. Groepsgegevens geven de impressie dat iedereen profiteert wanneer dat niet zo is. Zo bleek de timing van PTSS behandelen bijvoorbeeld van groot belang voor getraumatiseerde vluchtelingen met een comorbide depressie<sup>6</sup>. Vluchtelingen met een ernstige depressie profiteerden nauwelijks van PTSS-behandeling in vergelijking met vluchtelingen met weinig of geen comorbide depressie. Eerst de depressie aanpakken zou het effect van PTSS behandeling aanzienlijk kunnen vergroten.

Voorspellend onderzoek helpt hierbij om te komen tot simpele of complexe algoritmen die bepalen welke behandeling het beste geïndiceerd kan worden onder welke omstandigheden. Door de indicatie-keuze af te stemmen op de kenmerken van de cliënten, zouden zelfs de zogenaamde inferieure interventies superieure resultaten op kunnen leveren. Bovendien, zonder ook maar enig afbreuk te willen doen aan de klinische expertise, vakkundigheid en inzet van zorgprofessionals aan getraumatiseerden om goede zorg te leveren en herstel te promoten, is - onomstotelijk - vastgesteld dat een algoritme in complexe situaties zoals psychotherapie, het in bijna alle gevallen 'met twee handen achter de rug en ogen dicht' wint van het menselijk klinisch oordeelsvermogen. Geïnteresseerden in dit fenomeen kunnen hun hart ophalen met het werk van Kahneman<sup>7</sup> en Meehl<sup>8</sup>.

### Paradox 3 Het 'meest succesvolle' model voor psychotherapie belemmert succes in psychotherapie

In de 2e paradox stelden we ons de vraag of de effectiviteit van psychotherapie afhankelijk is van specifieke procedures (therapeutische ingrediënten) van een gegeven interventie of van algemene factoren die voorkomen in de meeste psychotherapieën.

De moderne psychotherapie heeft specifieke procedures van een gegeven interventie omarmd als de motor zijn van herstel.

Deze denkwijze wordt belichaamd in het *Medisch Model* voor de psychotherapie. Dit model draait in de kern om het zeer nauwgezet aantonen van de unieke (toege-

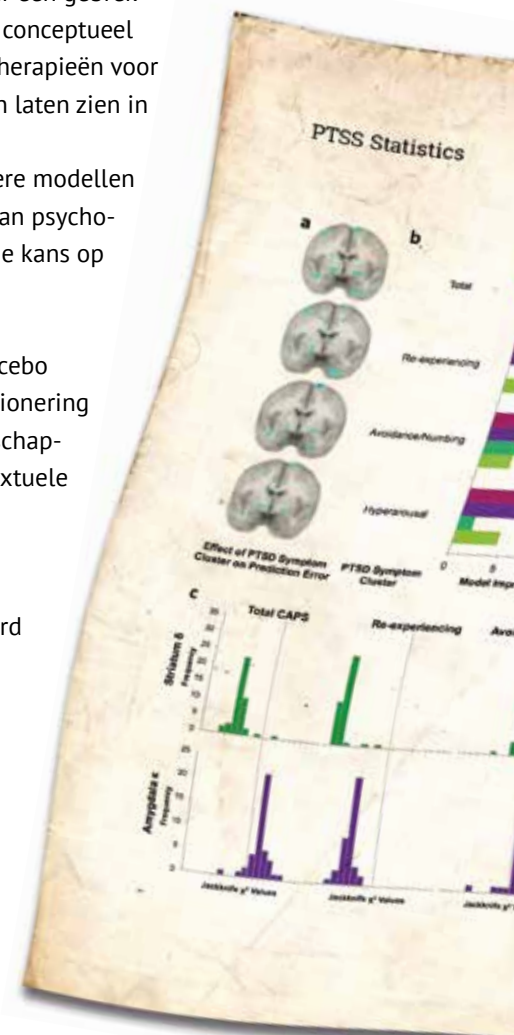
voegde) werkzaamheid van een bepaalde interventie boven andere interventies. Het model gaat er vanuit dat stoornissen ontstaan en in stand blijven via mechanismen die veranderbaar zijn door speciaal hiervoor ontworpen therapeutische procedures. Deze procedures zijn de bouwblokken waaruit een interventie bestaat. Door de inzet van de juiste procedures ontstaan interventies die effectiever zouden zijn voor bepaalde stoornissen ten opzichte van andere interventies<sup>2</sup>.

## Eerst de depressie aanpakken zou het effect van PTSS behandeling aanzienlijk kunnen vergroten

Historisch gezien was dit een bijzonder verstandige zet. De introductie van strenge medisch-wetenschappelijke werkwijzen heeft de psychotherapie een grote mate van geloofwaardigheid gebracht in een tijd waarin het te boek stond als wollig, onbewezen en ineffectief. Het medisch model blijft belangrijk voor effectonderzoek vanwege het vermogen om het 'kaf van het koren te scheiden' bij het aantonen van de werkzaamheid van nieuwe interventies. Het voorkomt charlatan-praktijken die schadelijk kunnen zijn voor cliënten. Op zichzelf is het echter een gebrek-ig model nu blijkt dat conceptueel uiteenlopende psychotherapieën voor PTSS weinig verschillen laten zien in effect.

Er is behoefte aan andere modellen die de werkzaamheid van psychotherapie verklaren en de kans op herstel verhogen.

Modellen zoals het 'placebo verwachtingen / conditionering model' en het 'gemeenschappelijke factoren / contextuele model' komen hiervoor in aanmerking<sup>2</sup>. Beide modellen belichamen herstelpaden gerelateerd aan behandelverwachtingen, eerdere behandel(leer)ervaringen, de therapeutische relatie, duurzame placebo effecten en de overtuiging onder





cliënten en zorgprofessionals dat een therapie (geloofwaardig) heilzaam is.

### Implicaties

Vooralsnog is het psychotherapie veld een gesloten systeem waarin zorgprofessionals, richtlijnontwikkelaars, opleidingsinstanties, subsidiefondsen en zorginstellingen de zoektocht naar het toegevoegde en unieke van een interventie blijven prioriteren. Placebo en gemeenschappelijke factoren leveren waarschijnlijk een vergelijkbaar – of groter – duurzaam effect op voor therapeutisch herstel<sup>2</sup>. Een grondig besef van therapeutisch herstel kan niet bereikt worden zonder deze alternatieve kaders mede in acht te nemen in onderzoek en behandeling.

### Conclusie: Paradoxen ontrafelen

De werkelijkheid is fluïde, niks karakteriseert dit beter dan paradoxen. Paradoxen berusten op denkfouten die kunnen misleiden. Te vaak zijn we geneigd te denken in tegenstellingen en tegenstrijdigheden. Als dit leidt tot een vergelijking en een eenduidige voorkeur voor een bepaalde aanpak, dan is dat toe te juichen. Maar zonder duidelijke uitkomst het kan ook uitmonden in belangenworstelingen en eilandenpolitiek. Dan krijg je een situatie waarbij iedere therapeutische factie het unieke promoot dat verlossing biedt van psychisch lijden, en slechts enkelen het stempel van verhevenheid krijgen. De gemeenschappelijke elementen van psychotherapieën, met kansen om herstel aan te jagen,

worden gemakshalve vergeten.

Het psychotraumaveld zit vol met deze eilanden. Prof. dr. Marcel van der Assen stelt dat de sleutel van het omgaan met paradoxen ligt in het 'nauwkeurig onderzoeken van beide uitersten en door "anders denken" te komen tot nieuwe inzichten en oplossingen'. Vanuit mijn eigen beperkte en ongetwijfeld gebrekkige perspectief probeer ik op basis van de puzzelstukken een lans te breken voor algemene factoren om herstel aan te jagen, tegen de voortdurende behoefte om de uniekheid van een gegeven interventie te benadrukken. Voortschrijdend inzicht zal het zeggen.

## REFERENTIES

1. Haagen, J.F.G., G.E. Smid, J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (2015), 'The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis, in: *Clinical Psychology Review* 40, 184–194. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.008>
2. Haagen, J.F.G., J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (2017), 'Using alternative frameworks to examine veteran PTSD psychotherapy effectiveness', in: *Setting the stage for recovery Improving veteran PTSD treatment effectiveness using statistical prediction* (169-192). Proefschrift.
3. Bartels-Velthuis, A.A. et al. (2018), 'Towards a comprehensive routine outcome monitoring program for people with psychotic disorders: The Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS)', in: *Schizophr Res.* 2018 Jan 26. doi: 10.1016/j.schres.2018.01.016.
4. Huber, M., J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout et al. (2011), 'How should we define health?', in: *BMJ*, 343 :d4163.
5. American Psychological Association [APA], 2017; Australian Centre for Posttraumatic Mental Health [ACPMH], 2013; Institute of Medicine [IOM], 2008; International Society for Traumatic Stress Studies [ISTSS], 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2009; The management of post-traumatic stress Working Group [VA-DOD], 2010.
6. Haagen, J.F.G., F.J.J. ter Heide, T.M. Mooren, J.W. Knipscheer & R.J. Kleber (2016), 'Predicting post-traumatic stress disorder treatment response in refugees: Multilevel analysis', in: *British Journal of Clinical Psychology*, 56, 69–83. doi:10.1111/bjc.12121
7. Kahneman, D. (2013), *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
8. Meehl, P.E. (1954), *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis: University of Minnesota Press.