

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

## De kwaliteit van cognitieve therapie in Nederland

Marcus Huibers<sup>1</sup>, Claudi Bockting<sup>2</sup>, Patricia van Oppen<sup>3,4</sup> & Pim Cuijpers<sup>5</sup>

Dat cognitieve gedragstherapie – hier in de Beckiaanse traditie aangeduid als cognitieve therapie (CT) – een bewezen effectieve behandeling is voor depressie en tal van andere klachten is inmiddels wel bekend. De meta-analyse van Pim Cuijpers en collega's in dit nummer van Gedragstherapie bijvoorbeeld laat zien dat vele vormen van psychotherapie even effectief zijn in de behandeling van depressie, maar de *hoeveelheid* bewijs voor de werkzaamheid van CT is vele malen groter dan die voor andere behandelingen. CT is daarmee een evidence-based behandeling geworden, en Australisch onderzoek laat zien dat de grootschalige implementatie van evidence-based behandelingen zoals CT de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg kunnen verdubbelen (zie bijvoorbeeld Andrews et al., 2003). Geweldig nieuws, zou je zeggen. Maar hoe groot is de kans dat een willekeurige patiënt met depressieve klachten een willekeurige GGZ-instelling binnenloopt, en daar cognitieve therapie ontvangt die niet alleen zo wordt genoemd, maar ook van voldoende kwaliteit is? Niet zo hoog, is de centrale stelling in ons betoog. Harde cijfers ontbreken, net zoals gedegen implementatieonderzoek naar de *kwaliteit* van CT in de praktijk, en we baseren ons voornamelijk op onze eigen ervaringen in het veld, en een zekere mate van *common sense*. Dat we onze beweringen niet hard kunnen maken, is ook meteen de beperking van ons betoog. In dit stuk willen we een aantal problemen signaleren dat naar onze mening de implementatie van cognitieve therapie tegenwerkt. We richten ons daarbij in de stijl van dit themanummer op depressie, maar ons betoog geldt in feite voor de meeste vormen van cognitieve therapie.

Laten we beginnen met de populariteit van CT onder de beroepsgroep. Het is opvallend hoeveel wantrouwen er tegenover CT bestaat onder hulpverleners. CT zou te statisch zijn, te simpel, niet diep genoeg gaan, niet aansluiten bij de patiënt, niet werken bij echte patiënten, en ga zo maar door. Minstens zo opvallend is het verweer als je vervolgens de hoeveelheid wetenschappelijk bewijs in stelling brengt. Wat zeggen al die onderzoeken nou, hebben we collega's regelmatig horen zeggen. Uit een peiling die we onlangs deden in een klas vierdejaars psychotherapeuten-in-opleiding, bleek dat 12 van de 18 cursisten er

1. Afdeling Clinical Psychological Science, Universiteit Maastricht, Academische Riagg Maastricht

2. Afdeling Klinische Psychologie, Rijks Universiteit Groningen

3. Afdeling Klinische Psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam

4. EMGO+ Instituut, Vrije Universiteit en VU Medisch Centrum Amsterdam

5. Afdeling Psychiatrie, VU Medisch Centrum, Amsterdam

weinig voor voelden om zelf CT te geven. Voor een deel zijn wij onderzoekers er verantwoordelijk voor als het ons niet lukt om hulpverleners in het veld te overtuigen dat de uitkomsten van behandelonderzoek wel degelijk van belang zijn voor de praktijk, maar we stuiten hier ook op de scepsis van een beroepsgroep die niet uitblinkt in het willen veranderen van het eigen handelen als dat aantoonbaar beter zou zijn. Waar we als hulpverleners vreemd genoeg wél weer goed in zijn is het kennis willen nemen van de laatste ontwikkelingen in ons vakgebied. Nieuwe behandelingen als mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT) en acceptance and commitment therapie (ACT) zijn een regelrechte rage, ook onder cognitief therapeuten, stelden we eerder in dit nummer. Daar is op zich niets mis mee, maar de aantrekkingskracht van deze interventies staat in schril contrast met de magere evidentie die ervoor bestaat. De (impliciete) claim van zowel MBCT als ACT is dat deze behandelingen een antwoord bieden op de tekortkomingen van CT. Steve Hollon, een prominente depressieonderzoeker uit de VS en een leerling van Beck, vertelde eens dat hij zich met zijn onderzoek naar cognitieve therapie vooral richt op de toekomstige generatie. *I am doing it for the kids, was daarbij zijn gevleugelde uitspraak. Wij vragen ons af, have we lost them already?*

Ten tweede is daar de opleiding tot cognitief therapeut. In Nederland is met de kwaliteit van de cursussen niets mis naar onze mening, maar er ontbreekt een gestandaardiseerde vorm van toetsing waarin de vaardigheden van de cursist worden geëvalueerd. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld moeten therapeuten-in-opleiding opnames van hun werk naar erkende opleidingsinstututen sturen, waar de bandjes vervolgens worden gescoord volgens een bepaald systeem, en de scores worden weer teruggegeven aan de opleiding met een lijst verbeterpunten. Pas als je kunt laten zien dat je het doet zoals het moet krijg je je diploma. In Nederland laten we dat over aan supervisors, waardoor de toetsing van de klinische vaardigheden in feite onzichtbaar, en oncontroleerbaar wordt. Ook het n=1 verslag voor registratie door de VGCT, dat vooral iets zegt over schrijfkwaliteit, dekt dat niet af. Daarnaast is de kwaliteit van de supervisie zelf niet te toetsen, en we kennen allemaal de verhalen van supervisors die de supervisie aftekenen zonder een sessieverslag te hebben gezien. Kortom, we vragen ons hardop of iedereen met een CT-diploma op zak wel een goede cognitieve therapeut is. Misschien is het ook gewoon moeilijk om goede CT te geven. CT is, in tegenstelling tot wat sommigen beweren, niet de meest eenvoudige behandeling die met het protocol op schoot kan worden uitgevoerd. Het vraagt veelal om intelligentie, inlevingsvermogen, creativiteit en flexibiliteit, zeg maar alle ingrediënten die nodig zijn voor goede psychotherapie. In het ideale geval is CT een gestructureerde behandeling die een dynamische invulling krijgt, naar het principe dat Beck *guided discovery* noemt. Dat is heel iets anders dan een simpel voorgekookt programma.

Ten slotte is de organisatie van de GGZ een groot obstakel. Grootschalige implementatie van CT vereist eenduidige diagnostiek, zorgprogrammering, metingen van het behandelresultaat, wekelijkse super- en intervisie voor behandelaren en voldoende opleidingsmogelijkheden voor medewerkers, jong én oud, allemaal zaken die al niet goed geregeld waren in de GGZ, en die er in het nieuwe financieringsstelsel alleen maar slechter op zijn geworden. De instellingen zelf willen ons anders doen geloven. Zij praten - om overigens begrijpelijke redenen - de zorgverzekeraars naar de mond, en beloven een evidence-based behandel aanbod en grootse plannen zoals *routine outcome monitoring*. Op papier lijkt de implementatie van CT in dit plaatje een voldongen feit, maar dat is schone schijn, denken wij. Want wat achter de gevel, in de behandelkamers gebeurt heeft soms weinig te maken met evidence-based handelen, is onze stellige indruk. Dat komt voor een deel door de redenen die we eerder hebben aangevoerd, maar ook door een slechte ondersteuning door de instelling zelf en de noodzaak om massaproductie te draaien. In zo'n omgeving gedijt geen enkele behandeling die om aandacht en zorgvuldigheid vraagt. In de GGZ hebben we in toenemende mate te maken met (conglomeraten van) instellingen waar de verpakking belangrijker is geworden dan de inhoud. Aan de gevel hangt het uithangbord te glimmen in de zon, maar de patiënt krijgt 30 minuten doe-maar-wat-therapie door een onervaren psycholoog die net is afgestudeerd (en dus goedkoop), die vervolgens administratief wordt weggeschreven onder de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) "cognitieve therapie voor depressie".

Een ontmoedigende opsomming, maar kan het ook anders? Wij denken van wel. Het begint bij de bereidheid in het veld om te handelen naar de beste kennis die we hebben, met de middelen die we tot onze beschikking hebben. Als die er is, zou ons voorstel zijn om grootschalig implementatieonderzoek naar de effecten van CT training en intervisie op te zetten. Instellingen krijgen gratis en voor niets kwaliteitsverbetering aangeboden. Hulpverleners uit alle regio's worden uitgenodigd om op kosten van het onderzoek getraind te worden in CT door ervaren docenten, die ook het enthousiasme voor CT overbrengen. Door de metingen in het onderzoek worden deelnemende therapeuten gemotiveerd om extra hun best te doen, wat weer bijdraagt aan hun plezier en vaardigheden, net als de doorlopende intervisiebijeenkomsten die in het kader van het onderzoek op tape worden gezet. Het veld wordt blootgesteld aan de kennis van CT, en in regio's en instellingen met relatief weinig CT-expertise meten we voor en na het onderzoek de effecten in de zorg. Het levert ons in ieder geval een aantal interessante vragen op: wat gebeurt er als CT systematisch en gecontroleerd wordt geïmplementeerd, wat is de waarde van CT in de praktijk, knappen patiënten ervan op en blijven ze beter, en loont de investering de moeite die het kost? Maar of zo'n onderzoek er ooit in Nederland gaat komen, crisis of geen crisis, is natuurlijk nog maar de vraag.

## LITERATUUR

Andrews, G., Sanderson, K., Corry, J., & Issakidis, C. (2003). Cost-effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 183, 427-435