

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) 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).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

MARCEL VAN DEN HOUT

Samenvatting

.....

Naar aanleiding van het vijftigjarig jubileum van de VGCT wordt wat gemijmerd. Allereerst over de wonderlijke ontwikkeling van dit ondergeschoven kindje van de psychotherapie tot de meest toonaangevende vorm van psychologische behandeling. Er worden kanttekeningen geplaatst bij de ingewikkelde en weerbarstige relatie tussen fundamenteel onderzoek, toegepast onderzoek en klinische praktijk. Vervolgens worden enige gedachten gewijd aan de, twintig jaar geleden niet voorziene, populariteit van protocollaire therapie. Er wordt afgesloten met bespiegelingen over de interessante relatie tussen de gedragstherapie en wat hier gemakshalve wordt aangeduid als het 'medisch model'.

Trefwoorden: cognitieve gedragstherapie, psychotherapeutische scholen, onderzoek naar CGT, medisch model

TERUGBLIKKEN

.....

Mooie leeftijd is dat, vijftig. En wie de vijftig gepasseerd is, ontwikkelt als vanzelf de neiging terug te blikken. Misschien wel omdat weinigen honderd worden en er na je vijftigste meer terug te blikken valt dan vooruit. Met de CGT ligt dat anders. Die kan met gemak veel ouder worden. Ik houd me dus een beetje in, met dat terugblikken.

Tegen de gedragstherapie liep ik op toen de VG(C)t twaalf was, in 1977, in Groningen. Samen met andere studenten behandelden we dwangpatiënten, in een onderzoeksproject van de piepjonge Paul Emmelkamp. Nadien deed ik gedragstherapie en onderzoek dat raakt aan CGT, in Maastricht en later in Utrecht.

Hieronder volgt geen strak betoog, maar enig gemijmer, op grond van de ervaringen waarvan vijftigplussers zo rijkelijk zijn voorzien. De onderwerpen waarover gemijmerd gaat worden zijn lukraak gekozen. Als vijftigminners dit zien als een uiting van afkalkende intellectuele discipline, dan hebben ze gelijk: *go west, young people, go west!*

.....

Wanneer het precies begonnen is, weet ik niet, maar al in de jaren zeventig van de vorige eeuw was de psychotherapie verkaveld over verschillende psychotherapeutische 'stromingen', ook wel aangeduid als 'scholen' of, deftiger, 'referentiekaders'. Er waren de rogerianen, de psychoanalytici, de systeem/gezins/groepstherapeuten en de gedragstherapeuten. De onderlinge verhoudingen waren curieus. Enerzijds bestond er een vreedzame co-existentie. 'Scholenstrijd' werd beschouwd als achterhaald. De referentiekaders moesten *naast* elkaar bestaan. Daarbij werd blijk gegeven van een wat post-modernistisch aandoend relativisme: 'Ja, maar vanuit *mijn* referentiekader is zus of zo het geval.' En daarmee eindigde de discussie. Anderzijds was er een hiërarchie die onuitgesproken, maar niet minder evident was. Bovenaan stond de psychoanalyse. Aanhangers gebruikten ingewikkelde theorieën en procedures. Het duurde lang voordat je registratie als analyticus rond was en het was ook duur, die opleiding. Maar de analytici hadden een kostbaar bezit: geprivilegieerde toegang tot 's mensen binnenwereld, in het bijzonder tot het onbewuste.

Onderaan bungelde de gedragstherapie. Gedragstherapeuten leken wel iets te kunnen, maar wat ze konden was enigszins suspect: symptoomreductie. Ik vond dat nogal wonderlijk. Reduceren van symptomen leek wel het minste wat verwacht kon worden. Als analytici meer konden, zou hen dat sieren, maar daar leek het niet op. Nou ja, we wisten niet wat ze klaar zouden spelen, omdat ze aan symptoomreductie niet begonnen. Patiënten met ernstige 'neurotische' symptomen (OCS, depressies, angststoornissen, enzovoort) werden verwezen naar de gedragstherapie. En ook die kwestie van het 'onbewuste' was raar. Wetenschappelijk (en leertheoretisch en cognitiewetenschappelijk) is het bestaan van onbewuste processen nogal wiedes. Het is juist een formidabel probleem hoe bewustzijn in vredesnaam verklaard moet worden (Dennett, 1993). Die verkaveling van de psychotherapeutische stromingen bestaat nog steeds, inclusief het afzien van scholenstrijd. Mij lijkt dat onfortuinlijk. Intellectuele vooruitgang komt niet tot stand door van debat af te zien.

Wanneer de hiërarchische positie van de CGT veranderd is, weet ik niet zo precies. Het ging geloof ik vrij geleidelijk, maar wie wil ontkennen dat CGT de primus inter pares werd, maakt het zichzelf lastig. Men leze algemene tijdschriften over klinische psychologie en psychiatrie, en stelle vast hoezeer en hoe vanzelfsprekend CGT is oververtegenwoordigd. Men leze nationale en internationale behandelrichtlijnen in de ggz. Hulde voor de jubilaris! Hoe kreeg de CGT dat voor elkaar?

Gedragstherapeuten deden onvergelijkbaar veel meer empirisch onderzoek dan leden van andere clubs. En dat liet zien dat CGT-interventies bij een lange reeks problemen effectief zijn, volgens criteria die ook gelden bij

de behandeling van somatische aandoeningen. Dat verleende de CGT krediet, bijvoorbeeld in de psychiatrie. De zeitgeist van verzakelijking in de jaren tachtig speelde vast ook een rol: psychotherapieën kosten namelijk geld. Maar welke behandelingen werken dan echt? Daarop hadden de gedragstherapeuten de antwoorden klaar liggen.

En dan. Net als de psychoanalyse was de gedragstherapie gebaseerd op een theorie, de leertheorie, om precies te zijn. Een theorie is een krankjorumme basis voor een professionele organisatie. Theorieën zijn voorlopig en zullen vervangen moeten worden door betere theorieën. Verder moet de al te menselijke neiging tot theoretische behoudzucht worden bestreden en niet gestimuleerd door een theorie het leidend principe van een organisatie te maken. Maar gedragstherapeuten gaan ontspannen om met hun leertheoretisch erfgoed. Toen cognitieve therapie aardige effecten bleek te hebben, werd de VGt nog omgedoopt tot VGcT. Inmiddels dienden zich andere behandelingen aan die effectief of veelbelovend zijn: mindfulness, ACT, CBM, *e-health*, EMDR, schematherapie, enzovoort. Het is onbegonnen werk de term CGT steeds maar weer aan te vullen, en dat hoeft ook niet. Belangwekkend is dat juist gedragstherapeuten er als de kippen bij zijn zulke nieuwlichterij te incorporeren: 'Leuk zeg, die EMDR... wil ik ook leren.' Natuurlijk evolueerden de analytische, rogeriaanse, enzovoort, therapieën ook, maar aanzienlijk minder behendig en soepel dan de gedragstherapeuten. Het was een slecht idee de leertheorie uit te roepen tot de theorie bij uitstek van de gedragstherapeuten. Maar in de praktijk viel het mee en bleken gedragstherapeuten vooral toepassers van effectieve interventies te zijn. Toekomstige generaties gedragstherapeuten zullen zich net zo weinig 'toepassers van de leertheorie' voelen als psychologen zichzelf ervaren als 'zielkundigen'. En psychiaters die menen zielsziekten te behandelen ken ik ook niet.

CGT EN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

.....

Gedragstherapeuten beoefenen een praktisch vak. Naar de problemen die ze behandelen wordt onderzoek gedaan en gedragstherapeuten vinden het plezierig wanneer ze daar iets aan hebben, aan dat onderzoek. Die wens is begrijpelijk. En aan die wens wordt ook tegemoetgekomen. Wie de internationale CGT-tijdschriften doorneemt, ziet in elke uitgave wel enkele therapie-effectstudies. En weinig is zo handig voor professionals om te weten welke behandeling beter, slechter of even goed is als andere behandelingen. Regelmatig worden die onderzoeken onderworpen aan meta-analyses en dat neutraliseert toevalstreffers. Handig!

Verreweg het meeste psychologisch onderzoek naar psychische problemen is bedoeld om verklarende hypothesen te toetsen en niet om de klinische praktijk te verbeteren. Je zou van onderzoekers kunnen vragen om ook bij zulk fundamenteel onderzoek te melden wat het praktisch nut van dat on-

derzoek nu helemaal is, of wat het zou kunnen zijn. Die vraag wordt ook gesteld. De Universiteit Maastricht vraagt promovendi om in hun proefschrift een paragraaf op te nemen over de 'valorisatie' van hun bevindingen. En de subsidiegever Zorg Onderzoek Nederland vraagt nog voor het onderzoek is uitgevoerd om al te beargumenteren hoe de bevindingen zullen worden toegepast (zie: www.zonmw.nl/nl/subsidies/relevantiecriteria/). Ook dit is wellicht begrijpelijk, maar nogal naïef. De paden die onderzoek en praktijk verbinden zijn grillig, en landkaarten ontbreken. Dat geldt in het algemeen, maar zeker ook voor de CGT. Enkele voorbeelden ter illustratie.

Conditioneringstheorieën lagen ten grondslag aan de prille gedragstherapie. Conditionering werd in de jaren zeventig ingehaald door cognitieve theorieën, en alleen Leuven hield dapper stand, tot op de dag van vandaag, met prachtig leertheoretisch onderzoek (van den Hout, de Jong, & Arntz, 1998). Eind jaren negentig was er een revival van onderzoek naar klassieke conditionering van (vooral) angst (Kindt, 2014). Dat onderzoek diende geen praktisch doel, maar een synthese van het onderzoek stelde Craske in staat een lange reeks frisse en vaak tegenintuïtieve aanbevelingen te doen voor het uitvoeren van *in vivo exposure* (Craske, Treanor, Conway, Zbuzinek, & Vervliet, 2014). Dat is een geval van valorisatie, maar degenen die de fundamentele onderzoeken deden, hadden die valorisatie niet kunnen bevroeden laat staan beschrijven in een subsidievoorstel of hoofdstuk van een proefschrift.

Een ander voorbeeld is de zogenaamde *cognitive bias manipulation* (CBM). Vanaf eind jaren tachtig zijn er duizenden onderzoeken gedaan naar hoe de informatieverwerking van patiënten met bepaalde emotionele problemen 'gebiast' is. Depressieve patiënten hebben een selectief geheugen voor vervelende informatie, angstpatiënten richten de aandacht selectief op dreiging, enfin, u weet wel zo'n beetje waar het over gaat. Je kunt die bias aanleren en ook afleren (Mathews & Mackintosh, 2000). Gegeven de vanzelfsprekende veronderstelling dat de bias een rol speelt bij de instandhouding van emotionele problemen, ligt de toepassing voor de hand: reduceer de bias en de patiënt moet opknappen. Geen nieuwe psychologische behandeling beschikte over een solider theoretisch en empirisch fundament, en vanaf 2000 is het onderzoek naar CBM voortvarend ter hand genomen. Meta-analyses van CBM stemmen tot weinig vreugde of optimisme. Cristea, Kok en Cuijpers (2015) concluderen: '*CBM may have small effects on mental health problems, but it is also very well possible that there are no significant clinically relevant effects. Research in this field is hampered by small and low-quality trials, and by risk of publication bias. Many positive outcomes are driven by extreme outliers.*'

Als laatste voorbeeld mag EMDR dienen, zoals bekend een behandeling voor symptomen van PTSD. De therapie werd niet ontwikkeld op grond van voorafgaand onderzoek, maar op basis van wonderlijke persoonlijke ervaringen van de grondlegger van die EMDR. De theoretische rechtvaardiging van EMDR was ongewoon warrig en cryptoneurologisch (van den Hout, Kindt, & Muris, 2002). Effectstudies lieten zien dat EMDR een uiterst effectieve

behandeling is van PTSD, even effectief als de meest effectieve CGT-procedures (zie bijvoorbeeld: Chen et al., 2014). En dan, EMDR vereist geen huiswerk en de effecten lijken aanzienlijk sneller op te treden (Nijdam, Gersons, Reitsma, de Jongh, & Olff, 2012).

Het verschil tussen de ontwikkeling van CBM en EMDR had niet groter kunnen zijn. CBM heeft na twintig jaar vooronderzoek in laboratoria de klinische beloften nog lang niet waargemaakt en de vraag is hoe lang CBM nog veelbelovend kan blijven. EMDR daarentegen had een krakkemikkig wetenschappelijk fundament en werkt als een tierelier.

Het voorbeeld van EMDR illustreert ten slotte nog wat andere zaken. Allereerst worden de heilzame effecten van psychotherapie wel toegeschreven aan *common factors* die in gelijke mate aanwezig zijn bij verschillende therapievormen. Daarom zou het *Dodo bird verdict* gelden: alle vormen van psychotherapie zijn zo'n beetje even effectief. Zeker voor PTSD is dit onzin. EMDR is erg effectief. Niet-*trauma-focused* behandelingen zijn nauwelijks of niet effectief, en zogenaamde *debriefing* heeft weliswaar effecten, maar die zijn het tegendeel van wat wordt beoogd (Deville, Gist, & Cotton, 2006). Traumaslachtoffers die meedoen aan debriefing zijn er later veelal slechter aan toe dan slachtoffers die niet meededen (Deville et al., 2006).

Ten tweede klagen buitenstaanders en beoefenaars van alternatieve behandelwijzen wel dat de wetenschap een gesloten bolwerk is, een bastion van zelfgenoegzame gelijkgezinden, die ideeën buitensluiten wanneer ze niet stroken met wat de academische betweters menen te weten. De geschiedenis van EMDR laat zien dat dit reuze meevalt. Ja, de wetenschappelijke gemeenschap stond aanvankelijk sceptisch tegenover de claims van de EMDR-collega's. Dat was ook verstandig: hoe gekker de claim, hoe meer reden tot scepsis. Maar toen de onderzoeksgegevens binnenkwamen en de effecten van EMDR duidelijk werden, verstomde de kritiek en werd EMDR opgenomen in de eregalerij van *evidence-based treatments*.

Tot slot wordt EMDR veelal gerechtvaardigd door onhoudbare theorettes, bijvoorbeeld dat bilaterale stimulatie, zoals het van links naar rechts bewegen van de ogen, cruciaal is. En dat daarom bilaterale piepjes even goed werken als bilaterale oogbewegingen. Dat is niet zo. Piepjes doen het aanzienlijk minder goed (van den Hout et al., 2011) en die oogbewegingen kunnen net zo goed van boven naar beneden gemaakt worden (Gunter & Bodner, 2008) of vervangen worden door andere afleidende taken, zoals hoofdrekenen of Tetris spelen (van den Hout & Engelhard, 2012). En haarlemmerolie is het nou ook weer niet, die EMDR. EMDR-behandelaars gebruiken een variant van EMDR om een lage zelfwaardering te verbeteren. Effecten ervan bleken matig, en aanzienlijk minder sterk dan van COMET, een alternatieve behandeling (Staring et al., 2016). En dat laat ook weer eens zien dat het Dodo bird verdict niet opgaat. Dan zou EMDR even goed moeten zijn als COMET. Maar dat punt had ik al gemaakt.

CGT EN BEHANDELPROTOCOLLEN

.....

290

Als een behandeling op effectiviteit wordt onderzocht, moeten alle behandelaars de therapie op dezelfde manier uitvoeren. Daartoe is een behandelprotocol nodig dat die behandelaars beperkt in hun bewegingsvrijheid. Je zou door die beperking verwachten dat het protocol minder effectief is dan wat een clinicus zonder protocolbeperkingen vermag. Gek genoeg lijkt dat over het algemeen niet zo te zijn (Wilson, 1996). Er zijn zelfs krasse voorbeelden van protocollen die maatwerk leverende therapeuten eruit concurreren (Schulte, Künzel, Pepping, & Schulte-Bahrenberg, 1992). Hoe komt het dat protocollen het relatief goed doen en, hieraan gerelateerd, dat lange ervaring met psychologische behandeling geen of slechts geringe effecten heeft?

Wie veel kookt, tennist of viool speelt, wordt toch echt veel beter dan een noviet. De operante leertheorie geeft een verklaring. Om te leren welke handelingen effectief zijn, is het nodig dat het interval tussen de handeling en de uitkomst ervan kort is, en dat de aard van de handeling, de uitkomst en de relatie tussen beide duidelijk zijn. Als gesneden knoflook te heet wordt gebakken, is hij binnen twee minuten bitter; als de tennisbal niet goed op het racket komt, wordt er niet gescoord; en het slordig plaatsnemen van de linkervingers op de viool klinkt vals. De relatie tussen een mini-interventie, zoals het maken van grapjes in de therapie, en de effecten ervan zijn verre van eenduidig. De patiënt kan er misschien hartelijk om lachen, maar zich later als hij weer thuis is onbegrepen of gekleineerd voelen. Maar dat weet de therapeut dan weer niet. Misschien doen protocollen het relatief aardig in de ggz, omdat het voor behandelaars erg moeilijk is om te leren van eigen ervaring. Niet omdat behandelaars niet willen of kunnen leren (onder CGT'ers bevinden zich uitmuntende koks en violisten), maar omdat het intrinsiek en onontkoombaar lastig is om te leren van klinisch-psychologische ervaring, en wel vanwege de ongunstige temporele relatie tussen therapeutische ingreep en klinische uitkomst.

Behandelprotocollen verschillen overigens wat betreft de mate van detailering van de voorschriften. Aan het ene uiterste van het continuüm bevinden zich de protocollen die tot in detail voorschrijven welke interventies in welke sessie moeten worden uitgevoerd, met een precies aantal sessies en een precieze agenda voor elke bijeenkomst. Die protocollen zijn opgenomen in protocollenboeken, die vrij populair zijn. Aan het andere einde zijn protocollen die bijvoorbeeld Clark en Salkovskis gebruiken bij de behandeling van sociale angst, paniekstoornis en hypochondrie (Clark, 2004). Het aantal sessies is globaal aangegeven, en de instructie aan de therapeut gaat over de focus en target van de behandeling, bijvoorbeeld: identificeer de centrale catastrofale misinterpretatie van lichamelijke sensatie en bevorder dat de geloofwaardigheid van deze misinterpretatie wordt geminimaliseerd.

Er zijn veel wegen die naar Rome leiden, maar het vervoersbedrijf kan ervoor kiezen ofwel de chauffeur voor te schrijven welke precieze wegen hij moet volgen, ofwel hem op het hart te drukken zo snel mogelijk in Rome aan te komen, waarbij hij in Zwitserland zelf mag uitmaken of hij de Gotthardtunnel of de Gotthardpas neemt.

Het belang van protocollen is wellicht vooral dat de therapeut focus heeft en houdt, en dat voorkomen wordt dat de behandeling uitloopt op klessebesen over wat er de laatste week zoal is gebeurd. Ik vermoed dat strakke en liberale protocollen niet of weinig in effect van elkaar zullen verschillen, maar dat de laatste soort samengaat met een plezieriger en ontspannender omgang tussen patiënt en behandelaar.

CGT, HET MEDISCH MODEL EN DE CAUSALE ROL VAN SYMPTOMEN

.....

De effecten van gedragstherapie zijn gedocumenteerd met diverse DSM-stoornissen als vertrekpunt: de effecten van CGT-interventie zus of zo bij stoornis X, Y of Z. Dit sluit goed aan bij een medisch model van psychische ellende: het gaat om 'stoornissen', die weliswaar vaak comorbide voorkomen, maar toch discrete ziekten zijn. In het verlengde daarvan leveren medische mores, zoals de DBC-systematiek, weinig problemen op voor de CGT.

Toch is er iets raars aan de hand met die 'stoornissen' en 'symptomen' die worden gedefinieerd door (bijvoorbeeld) de DSM en die voorkomen in het dagelijks klinisch taalgebruik van gedragstherapeuten. De term 'symptoom' impliceert dat de narigheid een gevolg is van iets anders, van de een of andere ontregeling. En de term 'stoornis' suggereert dat die stoornis leidt of kan gaan leiden tot problemen. De DSM-terminologie werkt het idee in de hand dat de *stoornis* de *oorzaak* is van de *symptomen*: 'Aha, nu begrijp ik waarom Henk zich zo slecht kan concentreren. Dat komt omdat hij lijdt aan ADHD.' Dit lijkt me verreweg de meest voorkomende en misleidende drogreden in de ggz.

Om te weten of een of andere stoornis de oorzaak is van een symptoom, is het nodig om stoornis en symptoom onafhankelijk van elkaar te kunnen vaststellen. Een hersentumor (stoornis) kan de oorzaak zijn van hoofdpijn (symptoom), en de tumor kan vastgesteld worden onafhankelijk van de hoofdpijn. Bij mentale stoornissen kan dat niet. Er zijn geen biologische of psychologische tests waarmee we een mentale stoornis kunnen vaststellen onafhankelijk van de symptomen. De stoornis *bestaat* namelijk volledig uit de symptomen. De uitspraak: 'ADHD is de oorzaak van de ADHD-symptomen' is logisch equivalent aan uitspraken als: 'Nederland is de oorzaak van de twaalf provincies,' of: 'Het Nederlands elftal is de oorzaak van de elf spelers.' Die uitspraken zijn verregaand kolderiek. De relatie tussen stoornis en symptomen is niet *causaal* (oorzaak → gevolg), maar *mereologisch* van aard (geheel → delen) (van den Hout, Engelhard, & McNally, 2016).

Ik vermoed dat het niet als zodanig onderkennen van de drogredenering samenhangt met de ingewikkeldheid van de problemen waar het over gaat. Een depressie is complexer dan een spinnenfobie. De uitspraak: 'Boudewijn is lusteloos. Dat komt omdat hij een depressie heeft,' maakt al snel een logisch acceptabele indruk. Maar het valt eerder op dat er iets mis is met de uitspraak: 'Sara is bang voor spinnen. Dat komt omdat ze een spinnenfobie heeft.'

Met de hierboven genoemde argumenten ontstaat er wel een probleem. De kwestie is de volgende: Er kan moeilijk ontkend worden dat psychische symptomen clusters vormen; depressieve klachten komen vaak samen voor. Dat geldt ook voor andere DSM-stoornissen: als de patiënt hallucinaties meldt, vraag je wanen na; bij smetvrees is er een redelijk vermoeden van perseveratief reinigen. Maar als bijvoorbeeld depressieve symptomen niet voortkomen uit een onderliggende stoornis, hoe komt het dan dat depressieve symptomen clusteren?

Een eerste mogelijkheid is dat er *toch* een onderliggende stoornis is. Die kennen we misschien nog niet, omdat de wetenschap onvoldoende is gevorderd. Maar op termijn zullen we de pathofysiologische basis van pakweg depressie wel kunnen vaststellen, op grond van bijvoorbeeld *genetic marking*, MRI-prentjes of endocrinologie. Wie weet. Maar let wel dat er vanaf midden jaren tachtig miljarden zijn geïnvesteerd in het identificeren van de biologische basis van psychische stoornissen. Dat heeft (met het syndroom van Down als uitzondering; en dat was al veel eerder) nog niet het begin opgeleverd van biologische markers waarmee de stoornis geïdentificeerd en de diagnose gesteld kan worden (Borsboom & Cramer, 2013). Natuurlijk valt niet uit te sluiten dat dit in de toekomst wel kan, maar ook hier doet zich de vraag voor hoe lang een veronderstelling veelbelovend kan blijven.

De CGT-praktijk suggereert een ander antwoord op de vraag hoe het komt dat psychische symptomen clusteren. Het is een erg pientere oplossing, al realiseren gedragstherapeuten zich zelden dat er een probleem is, dat ze een oplossing hebben en hoe pienter die oplossing is. Hoe dit zit, kan geïllustreerd worden aan de hand van de fobie.

Stel, iemand vraagt waarom Evelien bang is om te vliegen en waarom ze vliegen vermijdt. Het antwoord: 'Dat komt omdat Evelien een vliegfobie heeft,' is net zo circulair als het verklaren van somberheid uit een 'depressie' of de twaalf provincies uit 'Nederland'. De aanduiding 'vliegfobie' is een klinische krachtterm, die uitsluitend beschrijvend is. Wat gedragstherapeuten doen, is het verklaren van het ene symptoom uit het andere. Evelien is bang om te vliegen en *daarom* vermijdt ze het. En *omdat* ze het vermijdt, blijft de angst voortbestaan. Om te verklaren waarom angst en vermijding clusteren, hoeven we geen onderliggende stoornis te bedenken. De symptomen – angst en vermijding – versterken elkaar. Daarom clusteren ze. Vergelijkbare gewoonten hebben gedragstherapeuten bij het analyseren van andere stoornissen: Peter is somber, daarom piekert hij, daarom slaapt hij slecht, dat

versterkt de concentratieproblemen. Patiënten proberen hallucinaties te begrijpen, en daarom ontwikkelen ze wanen. Enzovoort.

Interessant is dat deze praktijk van de CGT convergeert (van den Hout, 2014) met een belangrijke ontwikkeling op het terrein van de psychopathologie: de netwerktheorie (Borsboom & Cramer, 2013). De netwerktheorie geeft (onder meer) een antwoord op de vraag hoe het komt dat symptomen clusteren terwijl er geen *root cause* is van het symptoomcluster. Symptomen roepen andere symptomen op en clusters ontstaan door wederzijdse beïnvloeding: het zijn netwerken. Op die theorie ga ik verder niet in; men leze Borsboom en Cramer (2013).

Daarmee is niet gezegd dat wij (gaap) allang wisten (gaap) wat de netwerktheoretici zo elegant demonstreerden. De netwerktheorie beslaat de hele psychopathologie en laat precies zien hoe bij individuen of bij groepen symptomen met elkaar samenhangen. Dat is onvergelykbaar meer secuur dan hoe gedragstherapeuten (of experimenteel onderzoekers) dat konden en kunnen. En dat leidt soms tot trivialiteiten, en vaak tot frisse en onverwachte inzichten (McNally, 2012). Anderzijds zwijgt een netwerktheorie in alle talen over hoe het komt dat symptomen elkaar aantikken. En daar hebben wij dan weer verstandige dingen over te zeggen (van den Hout, 2014).

Samengevat *lijkt* het wel of CGT goed past in een medisch model en strookt met DBC-gedoe en andere medische routines. Maar gelet op gedragstherapeutische praktijken en gedragstherapie-gelieerd onderzoek houden CGT'ers er (meestal impliciet) andere ideeën op na: symptoomclusters worden niet verklaard vanuit onderliggende biopsychologische ziekten. De symptomen zijn geen causaal inerte output van een stoornis, maar input voor andere symptomen. En dat strookt dan weer mooi met die netwerktheorie. Onverwachte combinatie: gedragstherapie, voortgekomen uit leertheorie, en netwerktheorie, afstammeling van van biologie en fysica. Daar gaat nog veel moois uit komen, uit dat samenkomen van netwerktheorie en gedragstherapie. Tenminste, dat denk ik.

TOT SLOT

.....

CGT is een traditie en werkwijze die weinig dogmatisch en erg flexibel is. CGT incorporeert nieuwe inzichten en werkwijzen makkelijk, en past zich snel aan aan veranderende omstandigheden. Dat verklaart veel van het succes van de CGT en belooft een rijke toekomst.

Marcel van den Hout is verbonden aan de Vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit Utrecht: vakgroep Klinische Psychologie, Heidelberglaan 1, Utrecht.
E-mail: M.A.vandenHout@uu.nl

Summary In response to the fiftieth anniversary of the Dutch Association for Cognitive Behavior Therapy the author contemplates on some issues. Firstly, on the curious development of (C)BT from the least respectable of psychotherapeutic traditions to the primus inter pares. Secondly, some comments are devoted to the complex and rather unruly relationships between fundamental research, applied research and clinical practice. Then, some thoughts are formulated about the popularity of treatment protocols, a development not foreseen some twenty years ago. The essay ends with some reflections on the interesting relationship between CBT and the 'medical model'.

Key words: *cognitive behavior therapy, psychotherapeutic schools, research in CBT, medical model*

Literatuur

- Borsboom, D., & Cramer, A. O. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 91-121.
- Chen, Y. R., Hung, K. W., Tsai, J. C., Chu, H., Chung, M. H., Chen, S. R. & Chou, K. R. (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One, 9*, e103676. doi:10.1371/journal.pone.0103676
- Clark, D. M. (2004). Developing new treatments: On the interplay between theories, experimental science and clinical innovation. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1089-1104.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy, 58*, 10-23.
- Cristea, A., Kok, R. N., & Cuijpers, P. (2015). Efficacy of cognitive bias modification interventions in anxiety and depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 206*, 7-16.
- Dennett, D. C. (1993). *Consciousness explained*. London, UK: Penguin Books.
- Devilly, G., Gist, J., & Cotton, P. (2006). Ready! Fire! Aim! The status of psychological debriefing and therapeutic interventions: In the work place and after disasters. *Review of General Psychology, 10*, 318-345.
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 913-931.
- Kindt, M. (2014). A behavioural neuroscience perspective on the aetiology and treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 62*, 24-36.
- Mathews, A., & Mackintosh, B. (2000). Induced emotional interpretation bias and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 602-615.
- McNally, R. M. (2012). The ontology of posttraumatic stress disorder: Natural kind, social construction, or causal system? *Clinical Psychology, Science and Practice, 19*, 220-228.
- Nijdam, M. J., Gersons, B. P. R., Reitsma, J. B., de Jongh, A., & Olff, M. (2012). Brief eclectic psychotherapy vs. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 200*, 224-231.
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G., & Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in*

- Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- Staring, A. B., van den Berg, D. P. G., Cath, D. C., Schoorl, M., Engelhard, I. M., & Korrelboom, C. W. (2016). Self-esteem treatment in anxiety: A randomized controlled crossover trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) versus Competitive Memory Training (COMET) in patients with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 11-20.
- van den Hout, M. A. (2014). Psychiatric symptoms as pathogens. *Clinical Neuropsychiatry*, 11, 153-159.
- van den Hout, M. A., de Jong, P., & Arntz, A. (1998). Lang leve Leuven! *Gedrags therapie*, 31, 87-100.
- van den Hout, M. A., & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 5, 724-738.
- van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., & McNally, R. J. (2016). Thoughts on experimental psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*. Accepted for publication.
- van den Hout, M. A., 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.
- van den Hout, M. A., Kindt, M., & Muris, P. (2002). Over Freud, Calimero en vreemde oogbewegingen: Een reactie op Ad de Jongh en Erik ten Broeke. *Directieve Therapie*, 22, 224.
- Wilson, G. T. (1996) Empirically validated treatments: Reality and resistance. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 3, 241-244.