

# DE VERDERE ONTWIKKELING VAN KORTDURENDE PSYCHOTHERAPIE

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt  
van gewoon hoogleraar in de Klinische Psychologie  
in het bijzonder de kortdurende interventie  
aan de Universiteit van Amsterdam  
op dinsdag 2 februari 1993

door

Dr. F.W. Kraaimaat

Vakgroep Klinische Psychologie  
Universiteit van Amsterdam

Geachte Rector Magnificus,  
Zeer gewaardeerde toehoorders,

## 1. Inleiding.

Vanmiddag wil ik met u hebben over de psychotherapie, in het bijzonder de kortdurende interventie. Na een algemene situering van de psychotherapie zal ik enkele ontwikkelingen belichten die van belang zijn geweest voor de opkomst van kortdurende psychotherapie.

Allereerst ga ik in vogelvlucht in op de recente voorgeschiedenis van de psychotherapie. Vervolgens besteed ik aandacht aan de actuele discussie over de vraag 'eenheid of diversiteit' van psychotherapie, tenslotte zal ik de verdere ontwikkeling van de kortdurende psychotherapie bespreken aan de hand van twee thema's. Het eerste is de wenselijkheid om de ad hoc praktijk van korte therapieën in te ruilen voor die van kortdurende therapie. Het tweede thema gaat over onderzoeksstrategieën waarmee bij de ontwikkeling van therapieën succes geboekt kan worden.

## 2. De recente voorgeschiedenis.

De afgelopen dertig jaar heeft de psychotherapie ook in ons land, enorme ontwikkelingen doorgemaakt. In de zestiger jaren worden in betrekkelijk korte tijd vanuit de klinische psychologie nieuwe psychotherapeutische interventies geïntroduceerd. Met deze produkten weet de psycholoog zich vrij snel een plaats binnen de geestelijke gezondheidszorg te verwerven. Hiermee komt een einde aan een halve eeuw psychoanalytische en medische hegemonie. We zien dit onder andere geïllustreerd in het feit dat de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) in het midden van de zestiger jaren haar lidmaatschap voor psychologen open stelt. Ook wordt voor de psychotherapie een belangrijke plaats ingeruimd in het onderwijs en onderzoek van de vakgroepen klinische psychologie. In vergelijking met buitenlandse instituten is het psychotherapie onderwijs in ons land opvallend breed georiënteerd. Een belangrijke voorzet daartoe is afkomstig van J.H. Dijkhuis. Reeds in zijn oratie in 1963 vestigt hij de aandacht op de belangrijkste

stromingen (Dijkhuis, 1963). De contouren die hij propageert vinden we later terug in de wijze waarop de psychotherapie in ons land geprofessionaliseerd en geïnstitutionaliseerd werd (Dijkhuis, 1964).

De snelle groei van de psychotherapie in de zeventiger jaren bracht onvermijdelijk ook problemen met zich mee. De vraag naar psychotherapeuten was groter dan de opleidingscapaciteit toeliet. Psychotherapie zou soelaas moeten kunnen bieden aan patiënten met uiteenlopende vormen van psychopathologie. Maar het wetenschappelijk onderzoek naar psychopathologie en behandelingsmethoden liep ver achter bij de vraag naar dergelijke brede toepassingen. Irreëel was ook de verwachting van sommigen dat psychotherapie moest bijdragen tot persoonlijke groei, welzijn en individueel geluk. De meest in het oog springende knelpunten waren fragmentatie, randverschijnselen en kostenstijging. Door te variëren op veelal bekende thema's leek het er zelfs even op alsof iedere psychotherapeut zijn eigen therapie aan het ontwikkelen was. Karasu inventariseerde in 1986 zelfs 400 afzonderlijke typen. In de media kregen vooral de randverschijnselen die deze snelle ontwikkeling vergezelden, veel aandacht. Enkele uitwassen die meer voor de handel dan voor het gebruik geschikt waren wil ik hier noemen: 'het opsporen van vorige levens en het verwerken van de daarin opgedane trauma's en 'de schreeuwertherapie', als een variant op het aderlaten.

Vanuit wetenschappelijke en maatschappelijke hoek kwam al snel de roep om meer duidelijkheid over de effectiviteit van psychotherapie en werden vragen gesteld over de opleiding van psychotherapeuten. Een en ander werd aangescherpt door de bezorgdheid van overheid en zorgverzekeraars over de stijgende kosten.

Vragen naar effectiviteit en naar criteria voor de opleiding van psychotherapeuten werden niet aan dovemansoren gesteld. In feite sloten deze vragen aan bij ontwikkelingen die al geruime tijd in gang waren gezet. Na een prikkelend overzichtsartikel van Eysenck in 1952 laat het effectonderzoek een expansieve groei zien, dit overigens niet zonder een levendige discussie over hoe en welke effecten moeten worden vastgesteld. Een voorbeeld is de vraag of het nu moet gaan om vermindering van symptomen, verbeterd sociaal functioneren en/of om persoonlijkheidsverandering. Op sommige plaatsen stagneerde het onderzoek door paradoxale en onmogelijke methodologische eisen. Enkele daarvan wil ik hier kort de revue laten passeren.

Men streefde er bijvoorbeeld naar om de methodologische eisen die gangbaar zijn bij experimenteel laboratorium-onderzoek, ook te stellen aan het effect- en proces-onderzoek binnen de psychotherapie. Maar methodologische precisie en praktische relevantie zijn uitgangspunten die zich moeilijk laten verenigen. Tot een dwaalweg leidde ook de vraag 'welke patiënt met welke klachten het meest gebaat is bij welke technieken door welke therapeut in welke setting'. In feite heeft men het hier over ongeveer een miljoen aantal mogelijke combinaties. Dit gaat de inspanning en tijd te boven die überhaupt voor onderzoek naar psychotherapie beschikbaar is.

Erkenning van de complexiteit van het terrein leidde ertoe dat men zich ging beperken tot meer pragmatische onderzoeksvragen. Tevens werden meer geavanceerde onderzoeksmethodieken ontwikkeld (Kazdin, 1986). Specifiek onderzoek richt zich op o.a. cliënt- en therapeutvariabelen, behandelingsmethoden, leeftijdsgroepen, individuele en groepstherapie. Een indrukwekkend overzicht van de resultaten van deze aanpak vinden we in het in 1971 door Bergin en Garfield samengestelde Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. In hun voorwoord stellen zij dat de vraag of psychotherapie effect heeft eigenlijk veel te algemeen is en differentiatie behoeft naar cliënten, therapeuten, behandelingsmethoden en psychopathologie. Zij laten zich nog niet uit over de beperkingen die men zich daarbij moet opleggen. Om algemene trends te kunnen ontdekken in het evaluatie-onderzoek neemt men zijn toevlucht tot de methode van de meta-analyse, een statistische techniek waarmee de uitkomstmaten van uiteenlopend onderzoek onderling vergeleken kunnen worden (Hedges & Olkin, 1985). In het midden van de 70'er jaren worden de eerste resultaten van dergelijke meta-analysen gepubliceerd. Naar voren komt niet alleen dat psychotherapie effect heeft maar ook dat de verschillen tussen de diverse oriëntaties afwezig of niet erg groot zijn (o.a. Smith, Glass & Miller, 1980). Als dit type onderzoek eigenlijk al over zijn hoogtepunt heen is wordt de vraag of psychotherapie effect heeft, ook een politieke kwestie. Een voorbeeld hiervan is de kamermotie van Beekers-de Bruyn in 1980 om een breed onderzoek te doen instellen naar de effecten van psychotherapie. Achteraf valt het te betreuren dat in de toenmalige politieke discussie zaken als effect, nut, waarde, kosten, financiering en beheersbaarheid onvoldoende onderscheiden werden (zie ook Schagen, 1985).

Kenmerkend voor de 70'er en 80'er jaren is ook het streven naar professionalisering (Brinkgreve, Onland & de Swaan, 1979; de Waal, 1992). Met name de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie maakt zich hiervoor sterk. Zij komt met richtlijnen voor het erkennen van specialisaties en met criteria voor psychotherapeuten en opleidingen. Overigens ging dit gepaard met veel vergadertijd en gemopper; men denke bijvoorbeeld aan het werkwoord NVP'en dat door Barendregt werd geïntroduceerd (Barendregt, 1977). Op dit moment kennen we een overheidsregister voor (basis)psychotherapeuten en een postdoctorale opleiding voor psychotherapie. In principe zijn de opleidingseisen voor psychologen en psychiaters gelijk. Samenwerking tussen disciplines en tussen psychotherapeuten van verschillende oriëntaties krijgt vooral in instituutverband gestalte. Een eerste aanzet tot integratie van de verschillende referentiekaders vinden we in de opleiding tot psychotherapeut. Deze is in ons land zo opgezet dat men in ieder geval geconfronteerd wordt met vier door de overheid erkende oriëntaties. Zoals U bekend zal zijn, zijn dit: de psychoanalyse, de experientieel therapie, de gedragstherapie en de op de systeem- en communicatietheorie gestoelde therapieën. Gangbaar is dat men zich na deze brede kennismaking verder specialiseert in een van de vier kaders. Psychotherapie-verenigingen doen inmiddels hernieuwde pogingen om datgene wat hen bindt te formaliseren in een federatieve samenwerking. Door onderlinge afbakening en erkenning van elkaars terrein is er nu een betrekkelijke rust in psychotherapeutisch Nederland. Verschillende psychotherapeutische kaders lijken in de praktijk betrekkelijk vreedig naast elkaar te kunnen voortbestaan. Er zijn uiteraard nog veel vragen en problemen die om een gemeenschappelijke inzet vragen. Hoewel het hier niet de plaats is om daar uitvoerig op in te gaan wil ik toch enkele kwesties noemen die nu in de aandacht staan. Vanuit oogpunten van kostenbeheersing en bereikbaarheid van zorg worden met name door zorgverzekeraars meer dan voorheen eisen gesteld aan de effectiviteit, efficiëntie en flexibiliteit van een psychotherapeutische interventie. Zo vertoont de huidige psychotherapie-opleiding nog veel kenmerken van de eraan voorafgaande, vaak moeizame onderhandelingen en politieke concessies. De wijze waarop de financiering van psychotherapie is geregeld vraagt nog op veel punten om verbetering. Psychotherapeutische organisaties onderhouden nauwelijks contact met belangengroepen van patiënten.

Als we de afgelopen drie decennia overzien dan kunnen we niets anders dan concluderen dat de psychotherapie zich inderdaad stormachtig heeft ontwikkeld. Zo werd vastgesteld dat psychotherapie in het algemeen een effectieve methode van behandelen is. Ook op het gebied van wetenschappelijk onderzoek, organisatie, opleiding en toepassing is er veel bereikt. Geen reden dus voor een malaise gevoel zoals dat soms met het einde van een eeuw geassocieerd wordt. Veelbelovend voor de toekomst zijn de volgende drie ontwikkelingen:

Als eerste de fundamentele discussie over de vraag of er eenheid of juist diversiteit moet zijn, ten tweede de aandacht die ontstaat voor behandelingen met een relatief korte duur en ten derde de ontwikkeling van op klinische syndromen toegesneden behandelingsmethoden.

### 3. Eenheid of diversiteit van psychotherapie.

Een belangrijke inhoudelijke discussie over de verdere ontwikkeling van de psychotherapie betreft de thema's: pluralisme, eclecticisme en integratie. Pluralisme of het naast elkaar voortbestaan van referentiekaders sluit aan bij de wijze waarop verenigingen en opleidingen in ons land georganiseerd zijn. Op langere termijn zou deze structuur wel eens aan invloed kunnen verliezen en mogelijk zelfs verdwijnen. In de praktijk blijken psychotherapeuten namelijk steeds meer te kiezen voor een eclectische oriëntatie. Hiermee wordt bedoeld dat zij geneigd zijn om gebruik te maken van begrippen en behandelingsmethoden uit diverse oriëntaties. Enquêtes onder psychotherapeuten laten zien dat dit vanaf 1970 in toenemende mate het geval is (Norcross, Alford & DeMichele, 1992). Voorstanders van eclecticisme stellen dat gekozen moet worden uit diverse technieken op grond van hun effectiviteit. De aan de techniek ten grondslag liggende theorie is voor hen onbelangrijk (zie o.a. Lazarus, 1988; Van Dyck, 1988). Duidelijk is dat hier praktische overwegingen voorop staan.

Integrationisme, de derde term in de discussie over eenheid of diversiteit, vinden we in twee varianten. In de eerste benadering wordt gepoogd om uiteenlopende theoretische modellen conceptueel te verenigen. Een geslaagde poging tot conceptuele integratie van psychoanalyse en gedragstherapie vinden we bij Wachtel (1977, 1987).

De tweede variant van integratisme is empirisch georiënteerd. Deze baseert zich op algemene factoren die werkzaam zijn in diverse vormen van psychotherapie. Naast de therapeutische relatie gaat het hier om sociaal psychologisch onderzoek naar de behandelsituatie, cliëntverwachtingen en attributies (o.a. Goldstein, Heller & Sechrest, 1966; Frank, 1961).

Argumenten voor zowel integratie als eclecticisme worden gevonden in de uitkomsten van effect-onderzoek met behulp van meta-analyse. Een voorbeeld daarvan is de eerder genoemde studie van Smith, Glass & Miller uit 1980. Hun belangrijkste conclusie is dat psychotherapie een effectieve vorm van behandeling is. Maar direct daarop stellen zij dat de verschillende vormen van psychotherapie qua resultaat niet verschillen. Pleitbezorgers van integratie en eclecticisme voelen zich met name door deze laatste conclusie gesteund en citeren de geveleugelde uitspraak van Luborsky, Singer & Luborsky (1975) dat 'iedereen gewonnen heeft en een prijs verdient'. Niet iedereen realiseerde zich overigens dat deze uitspraak van Luborsky e.a. ironisch bedoeld was. Zij citeren namelijk uit Carroll's 'Alice in Wonderland' (Carroll, 1968); het gaat om het verhaal over een verkiezings-wedstrijd waar een Dodo-vogel ondoorzichtige spelregels toepast en iedereen laat winnen. Commentaren op het werk van Smith e.a. maken duidelijk dat er ook op hun spelregels wel wat af te dingen valt (o.a. Schagen, 1983).

Latere overzichten laten zien dat er niet alleen overeenkomsten maar zeker ook verschillen zijn tussen psychotherapieën en tussen afzonderlijke behandelingsmethoden. Zo schat Lambert (1986) bijvoorbeeld dat effecten voor ongeveer 40 % aan spontaan herstel, voor 30 % aan algemene factoren, voor 15 % aan specifieke behandelingsmethoden en voor nog eens 15 % aan placebo-effecten toegeschreven moeten worden. De gevonden robuuste en relatief grote bijdrage van de algemene factoren is een gegeven waar niet aan voorbij kan worden gegaan. In feite is dit het bindende element tussen pluralisten, eclecticici en integratisten. Door aan dit terrein meer aandacht te geven in de opleiding en in het onderzoek kan de eenheid van het vakgebied bevorderd worden. Een aanzet hiertoe kan gegeven worden door de opleiding op dit punt te herstructureren. Dit zou een interessante opdracht zijn voor een nog samen te stellen curriculum commissie waarin gezaghebbende opleiders van verschillende oriëntaties zijn opgenomen. Het doel, het bereiken van

meer efficiëntie en geringere kosten, zijn we aan onze toekomstige opleiders verplicht.

#### 4. Van korte duur naar kortdurende psychotherapie.

We spreken in het algemeen van kortdurende psychotherapie als de behandeling uit 10 tot 25 contacten bestaat, een contactduur heeft van 45 tot 60 minuten en plaatsvindt in een periode van 3 tot 9 maanden.

Het tot nu toe beschikbare cijfermateriaal laat zien dat binnen de RIAGG in 15 tot 20 % van de gevallen het aantal contacten minder dan 10 is, terwijl in 30 tot 50 % van de gevallen de therapie beperkt blijft tot maximaal 25 contacten (Schagen, 1985; Beekers, van Groeningen & Niers, 1987). De toegenomen vraag om hulp, het streven naar korte wachtlijsten en een gunstige kosten-effectiviteit ratio zijn krachtige impulsen om het aantal contacten zo beperkt mogelijk te houden.

In de discussie over de kosten wordt vaak naar voren gebracht dat het idee dat psychotherapie lang duurt, onjuist is omdat het feitelijk aantal contacten veelal beperkt is. Dit argument blijft ook overeind als we er rekening mee houden dat de genoemde schattingen enigszins vertekend worden door het afzeggen van afspraken en voortijdig beëindigen van de therapie. Terzijde moet worden opgemerkt dat in de discussie over de kosten ook een vraag van geheel andere orde gesteld dient te worden; namelijk de politieke vraag welk deel van het GGZ-budget voor psychotherapie beschikbaar is. Het zo veel mogelijk bekorten van de therapieduur kan slechts een gedeeltelijk antwoord zijn op een toenemende vraag bij een beperkt budget.

De vraag kan gesteld worden of men met de huidige korte therapieën wel de goede weg inslaat. Ging het bij minder dan 10 contacten wel om psychotherapie? In hoeverre was er sprake van diagnostiek, een behandelingsplan en het systematisch en methodisch uitvoeren daarvan? En werd er bij de behandelingen met maximaal 25 contacten inderdaad vooraf rekening gehouden met een beperkte duur? De schaarse gegevens die beschikbaar zijn wijzen erop dat de antwoorden op deze vragen in de meeste gevallen onkenmend moeten zijn (zie ook Schagen, 1985). Ik pleit ervoor om de praktijk van ad hoc korte behandelingen in te ruilen voor geplande en van te voren

gelimiteerde kortdurende psychotherapie. Het direct aanbieden van een kortdurende behandeling van 1,5 tot maximaal 25 zittingen heeft vele voordelen. De belangrijkste ervan zijn de systematische en planmatige sturing van clientverwachtingen en het therapieproces. Het ligt voor de hand dat hiermee de uitval vermindert en de effectiviteit toeneemt. Een bijkomend voordeel is dat therapierichtingen bij de kortdurende therapie in hun werkwijze sterk overeenstemmen. Experiencele en psychodynamische focale therapieën, de gedragstherapie en de systeemtherapie werken volgens het stramien: a. een min of meer van te voren vastgestelde tijd of aantal zittingen, b. de behandeling is gericht op specifieke en duidelijk herkenbare klachten of problemen, c. de therapeut is actief en zorgt ervoor dat client positieve en nieuwe ervaringen opdoet, d. de client is actief en experimenteert met nieuw gedrag binnen en buiten de behandeling (o.a. Garske & Molteni, 1988; Kraaimaat, 1991; Lange, 1985).

De grote overeenkomsten tussen de diverse oriëntaties in de wijze waarop hier gedragsverandering wordt bewerkstelligd dient uitgebuut te worden. Gemeenschappelijke inspanning op het gebied van onderzoek en opleidingsprogramma's kan een eerste aanzet zijn om fragmentatie van het veld tegen te gaan. Gunstige condities voor onderzoek zijn de systematische werkwijze en het grote aantal patiënten dat binnen een afzienbare termijn behandeld kan worden. Het ligt in de rede dat het onderzoek naar algemene factoren op korte termijn kan bijdragen tot een hoger rendement van kortdurende behandelingen. Belangrijk is ook dat aangesloten kan worden op onderzoek dat in ons land reeds heeft plaats gevonden. Ik noem hier: de studie van Stufkens (1977) naar pre-therapie training; de studie naar therapie-verwachtingen van De Moor & Croon (1987) en het onderzoek van Methorst & Spinhoven (1992) naar wensen van patiënten ten aanzien van hun behandeling; het Nijmeegse onderzoek van Schaap e.a. (1989) naar motiveringstechnieken; en tenslotte de studies naar de therapeutische relatie van De Beurs & Lange (1990) en Blauw & Emmelkamp (1991).

Ook dient de relatie tussen onderzoek en praktijk aanzienlijk verbeterd te worden. Er zijn aanwijzingen dat men in de praktijk slechts in geringe mate kennisneemt en gebruik maakt van het psychologische instrumentarium dat voorhanden is. Verwonderlijk is dit niet. Onderzoekers besteden veelal weinig aandacht aan de implementatie van de door hun ontwikkelde diagnos-

tiek en behandelingen. Voor een structurele samenwerking tussen universitaire en hulpverleningsinstellingen zijn slechts incidenteel budgetten beschikbaar. In tegenstelling tot wat bij de farmaceutische industrie regel is kunnen onderzoeks- en ontwikkelingskosten bij psychotherapie helaas nog niet doorberekend worden.

Degenen die in de praktijk werken zijn op nogal verspreide literatuur aangewezen als het gaat om diagnostiek, meten van vooruitgang, relationele interventies, bevorderen van het leerproces en consolideren van de behandelingsresultaten. In de praktijk ontbreekt in veel gevallen een klinisch psychologische diagnostiek gericht op de inventarisatie van klachten en problemen. Met de invoering van beslissingssystemen in het diagnostische proces (Van der Pligt, 1989) moet nog begonnen worden. Operationaliseren en systematisch hanteren van relationele therapeutvaardigheden is geen standaard. Systematisch gebruikmaken van leerprocessen om gedragsverandering te bevorderen lijkt vreemd genoeg slechts aan gedragstherapeuten voorbehouden. Met uitzondering van de gedragstherapeutische oriëntatie is de opleiding meer op langdurige dan op kortdurende interventie gericht. Het kost weinig moeite om op deze lijn van knelpunten nog even door te gaan. Hiermee zou het vingertje echter ten onrechte enkel naar de in de praktijk werkende psychotherapeut wijzen. En zouden onderzoekers, psychotherapieverenigingen, opleiders, beleidsmakers en financiers buiten schot blijven. Verbeteringen kunnen echter alleen met gemeenschappelijke inzet worden bereikt.

Het goede nieuws is dat er verspreid over psychologische en andere disciplines veel kennis en instrumenten beschikbaar zijn, klaar om toegepast te worden. Voor het terrein van de psychotherapie is het uitbouwen van wat bindt, met gebruikmaking van kennis en instrumenten die voorhanden zijn, een adequate aanpak om integratie te bevorderen en theoretische verbroekeling tegen te gaan. De kortdurende psychotherapie kan hier een centrale functie vervullen. De inbedding ervan in een breed scala aan hulpvoorzieningen, zoals bijvoorbeeld bij de RIAGG het geval is dient zoveel mogelijk gestimuleerd te worden. Dit zet aan tot de noodzakelijke concurrentie met andere vormen van hulpverlening en kan wederzijds de identiteit bevorderen.

## 5. De ontwikkeling van behandelingsmethoden voor specifieke klinische syndromen.

De veronderstelling dat er een algemene theorie mogelijk is voor de beschrijving en behandeling van psychopathologie vinden we niet terug in het recente onderzoek naar klinische syndromen. Met de DSM-III heeft men unaniem gekozen voor een neutrale beschrijving van psychopathologie. Hiermee kwam een einde aan de opvatting dat met het vaststellen van het klinische syndroom ook de behandeling was geïmpliceerd. De gemeenschappelijke DSM-classificatie maakt het mogelijk om uitkomsten van bijvoorbeeld epidemiologisch, biologisch en psychologisch onderzoek op elkaar te betrekken. Hiermee worden we overigens geconfronteerd met nieuwe methodologische problemen die nog om een oplossing vragen.

Door empirisch onderzoek werd de voor de beginjaren van de psychotherapie zo typerende overvloed aan ideeën en behandelingen sterk ingedamd. Algemene theorieën hebben plaats gemaakt voor op klinische syndromen toegesneden modellen. Het onderzoek naar behandelingsmethoden concentreert zich op kortdurende interventies die aan de hand van protocollen worden uitgevoerd. Actief op dit terrein zijn voornamelijk op de gedrags-therapie geïntereerde onderzoeksgroepen. Men is internationaal geïntereerd en houdt zich bezig met langlopende projecten waarin een bepaalde theorie of behandelingsmethode systematisch wordt onderzocht. In het onderzoek domineren twee succesvolle strategieën: De eerste is de ontmantelingsstrategie, een strategie die gericht is op het verbeteren van op zich effectieve behandelingsmethoden. Men doet dit door de behandelingsprocedure systematisch te ontmantelen en de overblijvende elementen te variëren. De tweede strategie is experimenteel van aard; in het laboratorium tracht men met behulp van experimenteel onderzoek factoren op te sporen die op een bepaald klinisch syndroom van invloed zijn. Vervolgens gaat men na of de symptomen verminderen door een behandeling die op deze factoren aangrijpt. We vinden beide strategieën terug in onderzoek naar uiteenlopende klinische syndromen. In verband met de tijd zal ik mijn verdere toelichting beperken tot de angststoornissen en wel met name het deelgebied van de paniekstoornissen.

Ontmanteling heeft alleen zin als kan worden aangetoond dat een behandeling überhaupt effect heeft. Wolpe introduceerde in 1958 een effectieve methode om angst te bestrijden die hij systematische desensitisatie noemde. Bij patiënten die paniekstoornis met agorafobie hebben, kwam de behandeling erop neer dat zij geleidelijk geconfronteerd werden met de voor hen angstuitlokkende situaties terwijl gelijktijdig een aan angst tegengestelde reactie werd opgeroepen. In honderden onderzoeken werden de afgelopen 30 jaar de afzonderlijke elementen van deze behandeling systematisch onderzocht. Men stelde zich de volgende vragen: moet de situatie in de verbeelding of in de werkelijkheid worden aangeboden, hoe lang en hoe vaak moet dit het geval zijn, dient confrontatie in aanwezigheid van de therapeut plaats te vinden of kan de patiënt dit ook alleen doen, wat is de waarde van de aan angst tegengestelde reactie, moet vermijding al of niet voorkomen worden (zie o.a. Emmelkamp, 1988). Deze studies hadden allen betrekking op kortdurende behandelingen. De afzonderlijke uitkomsten van deze studies zijn niet van belang voor mijn betoog. Wel dat de tijd en de kosten die in deze strategie geïnvesteerd werden, er toe hebben geleid dat de afgelopen 30 jaar de behandeling van agorafobie sterk verbeterd werd. Geen verhaal over opzienbarende ontdekkingen en snelle successen. Dat is mijns inziens de kracht ook niet van dit type onderzoek. Wel wordt hiermee aangetoond dat deze investering op lange termijn vruchten afwerpt. Sommigen van u zullen zich inmiddels afvragen of ik niet erg van mijn onderwerp de kortdurende psychotherapie ben afgedwaald. Dit is geenszins het geval. Onderzoek met de ontmantelingsstrategie is alleen te realiseren met kortdurende behandelingsmethoden. Ik zal dit illustreren met een eenvoudige rekenom. Emmelkamp publiceert in 1988 een hoofdstuk waarin hij de resultaten van deze aanpak samenvat. Als de studies waarop hij zijn overzicht baseert met langdurige therapieën waren uitgevoerd zou hij zijn hoofdstuk pas in het jaar 2100 kunnen schrijven. Om meer dan een reden ligt het voor de hand dat hij daar niet aan zou toekomen.

De tweede strategie is die van experimenteel onderzoek naar psychopathologie en de beïnvloeding daarvan met een prototype van een behandeling. De toetsing van een theorie door na te gaan of een erop gestoelde behandeling effect heeft is in veel opzichten een langdurige en problematische aanpak. Een meer efficiënte en ook voor de patiënt minder belastende methode is het opzetten van een experimentele situatie waarin de theorie

getoetst kan worden. De afgelopen tien jaar vond zulk onderzoek plaats bij patiënten met paniekstoornissen. Centraal staat een model waarin verondersteld wordt dat paniek enerzijds bepaald wordt door lichamelijke sensaties die de patiënt waarneemt en anderzijds door zijn of haar onjuiste interpretatie van deze sensaties als bedreigend (o.a. Ehlers, Margraf & Roth, 1988). In betrekkelijk korte tijd heeft dit type onderzoek ons inzicht in de mechanismen van de paniekstoornis vergroot. Duidelijk werd bijvoorbeeld dat bij de paniekstoornis geen oorzakelijke betekenis mag worden toegekend aan hyperventilatie (de Ruitter, Garssen, Rijken & Kraaimaat, 1992; van den Hout, de Jong & Merckelbach, 1993). Tevens bleken de op deze nieuwe inzichten gestoelde behandelingsmethoden zeer effectief. Aangevoerd werd dat na een behandeling waarin lichamelijke sensaties opzettelijk worden opgeroepen en onjuiste interpretaties worden gecorrigeerd, 80 % van de patiënten volledig herstelden (Margraf, Barlow, Clark & Telch, 1993). Ook na een jaar was dit effect nog aanwezig. Er is nog een ander voordeel van experimenteel onderzoek naar psychopathologie waar ik uw aandacht op wil vestigen. Hiermee wordt toegang verkregen tot een belangrijk domein aan kennis en vaardigheden dat binnen andere takken van de psychologie voorhanden is. Ik doel hier op de psychofysiologie en de cognitieve psychologie. De invloed daarvan is onmiskenbaar in het zojuist genoemde onderzoek naar de paniekstoornis. De vergelijking dringt zich op met een soortgelijke situatie in de zestiger jaren toen toenadering gezocht werd met de leertheorie, hetgeen zoals U bekend zal zijn, een krachtige impuls gaf aan de ontwikkeling van de gedragstherapie.

Mijn verwachting is dat we hiermee aan het begin staan van belangrijke nieuwe ontwikkelingen. Aan het begin slechts, want er zijn nog veel vragen onbeantwoord. Wat is er bijvoorbeeld aan de hand met de 20 % patiënten met paniekstoornis uit mijn verhaal die minder succesvol waren. Ook krijgen sommige klinische syndromen duidelijk meer aandacht dan andere. Als we de DSM-staalkaart van psychopathologie overzien dan zijn er nog veel terreinen waarop de hier geschetste experimentele aanpak nog nauwelijks wordt toegepast.

## 6. Besluit.

De psychotherapie heeft zich de afgelopen jaren sterk ontwikkeld. Het is inmiddels oud nieuws dat psychotherapie effectief is. Nieuwe en interessante ontwikkelingen doen zich voor op het gebied van de zogenaamde algemene factoren, de kortdurende psychotherapie, en in de onderzoeksstrategieën die bij de ontwikkeling van therapieën worden gevolgd. Met de introductie van de kortdurende psychotherapie, de ontwikkeling van interventies voor patiënten met uiteenlopende psychopathologie en een weinig restrictief indicatiestellingsbeleid is een begin gemaakt om oude knelpunten uit de weg te ruimen. Een punt van zorg blijft de sturing en financiering van de verdere ontwikkeling van de psychotherapie. De diverse organisaties die bij de psychotherapie betrokken zijn, leggen begrijpelijkerwijs ieder andere accenten: psychotherapieverenigingen houden zich bezig met de belangen van hun leden en de profilering van hun referentiekader, de opleiding is de zorg van de diverse postdoctorale opleidingen, universitaire centra concentreren zich op onderwijs en steeds meer op fundamenteel onderzoek, de instellingen voor hulpverlening hebben productie als belangrijke zorg, overheid en zorgverzekeraars richten zich op de beheersing van de kosten, en patiënten ten slotte willen het liefst snel van hun klachten en problemen af. De lange termijn ontwikkeling is velen een zorg. Ik denk hierbij aan langer lopende, min of meer geïntegreerde onderzoeksprogramma's en de financiering daarvan. We lopen hiermee nog niet in de pas met het zakelijke no-nonsense beleid van de laatste jaren. Elk bedrijf of organisatie onderkent, als het wil voortbestaan, niet alleen de noodzaken van productie en kostenbeheersing, maar ook het belang van het structureel investeren in nieuwe ontwikkelingen. Ik stel voor om dat beleid ook bij de psychotherapie in te voeren. Hiertoe zou tenminste 5 % van het psychotherapie budget voor ontwikkeling gereserveerd moeten worden. Voor de beoordeling van eventueel te financieren projecten kan gebruik gemaakt worden van de infrastructuur zoals die bij NWO in de werkgemeenschappen persoonskunde en psychiatrie voorhanden is. Onderzoekers en zorgsector krijgen op deze wijze de middelen in handen om daadwerkelijk bij te dragen tot een meer effectieve, breder toepasbare en beter bereikbare psychotherapie. Niet in het minst zullen onze patiënten er wel bij varen.

### Dankwoord

Zeer geachte toehoorders,

Bij deze gelegenheid wil ik mijn dank betuigen aan al diegenen die mijn benoeming hebben bevorderd, vanwege het vertrouwen in mij gesteld.

Het College van Bestuur, het Faculteitsbestuur en de Faculteitsraad dank ik voor mijn benoeming als hoogleraar in de klinische psychologie in het bijzonder de kortdurende interventie.

Hoogleraren van de Faculteit Psychologie.

De nadere kennismaking met u het afgelopen jaar heeft mij nog eens bewust gemaakt van het hoge niveau waarop de psychologie in onze Faculteit wordt beoefend. De specialisten die u beoefent zijn een belangrijke voedingsbodem voor mijn vakgebied. Ik zie uit naar de samenwerking met u in de komende jaren.

Hooggeleerde Heer Everaerd, beste Walter,

Op veel belangrijke keuzes in mijn loopbaan heb jij op je eigen onnadrukkelijke wijze je stempel gedrukt. Ik heb dit altijd als zeer positief ervaren. Onze nauwere samenwerking de komende jaren zie ik met veel plezier tegemoet.

Hooggeleerde Heer Sergeant, beste Joe,

Psychodiagnostiek en psychologische interventies dienen nauw met elkaar verbonden te zijn. Ik hoop dat onze samenwerking binnen het Ambulatorium zal bijdragen tot een voor de kortdurende psychotherapie meer relevante en praktische diagnostiek.

Dames en Heren van de Vakgroep Klinische Psychologie.

Het afgelopen jaar hebben wij een start kunnen maken met het meer op elkaar afstemmen van het interventie-onderwijs. Tevens vonden de eerste verkenningen plaats over het onderzoeksprogramma op het gebied van kortdurende interventies. Ik ben ervan overtuigd dat er met uw kwaliteiten en de bundling van onze krachten veel tot stand kan worden gebracht.

Zeergeleerde Mevrouw Van Dam-Baggen en zeergeleerde Mevrouw De Ruiter, beste Rien en Cortine, het is mij een bijzonder genoegen dat jullie naar Amsterdam zijn gekomen om het onderzoek op het gebied van de angststroomissen hier voort te zetten.

Bestuursleden en medewerkers van het Instituut voor Emotie en Motivatie, het afgelopen jaar heb ik in bescheiden mate aan uw activiteiten kunnen deelnemen. Duidelijk werd me in ieder geval dat onderzoek niet alleen een emotionele maar ook een motiverende activiteit is. Ik hoop de komende jaren aan het profiel van het instituut te kunnen bijdragen.

Aan mijn vrienden en collega's van de onderzoeksgroepen 'reumatologie' en 'stotteren' van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht een bijzonder woord van dank. Hooggeleerde Bijlsma, beste Hans. Vanaf 1987 werken we aan de ontwikkeling van psychologische interventies voor patiënten met reumatische ziekten. Ik heb van je geleerd dat je op dit terrein behoorlijk tegen de stroom op moet roeien. Ik waardeer in het bijzonder je vermogen om diverse disciplines met elkaar te laten samenwerken. Ik zie uit naar onze eerste successen en hoop dat er na het huidige project nog vele zullen volgen.

Geleerde Janssen, beste Peggy. Ruim 20 jaar geleden kwamen wij min of meer toevallig in gesprek over de behandeling van stotteren. Deze discussie leidde tot een gemeenschappelijk onderzoeksproject. Inmiddels is dit uitgegroeid tot een hele reeks. Het laatste project leverde bijzondere en veelbelovende resultaten op. Ik hoop dat wij in de toekomst op deze lijn kunnen voortgaan.

Dames en heren studenten. De klinische psychologie is een rijk en boeiend vakgebied met vele toepassingen. Ik ben me ervan bewust dat uw studietijd kort is. Het spreekt voor zich dat ik me volledig zal inzetten om het onderwijs in de kortdurende interventie zo optimaal mogelijk te doen zijn.

Ik heb gezegd

## Referenties.

- Barendregt, J.T. (1977). Het Enveepeeren. *Bulletin Persoonlijkheidsleer*, 6, 1, 1-5.
- Beekers, M., Groeningen, J. van & Niers, P. (1987). De duur van psychotherapie. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 6, 656-668.
- Beurs, E. de & Lange, A. (1990). De validatie van de Nederlandse versie van de Therapist Rating Scale. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 16, 21-35.
- Blauw, E. & Emmelkamp, P.M.G. (1991). De therapeutische relatie: een onderzoek naar de waarde van de Therapist Client Rating Scale (TCRS). *Gedragstherapie*, 24, 3, 183-194.
- Brinkgreve, C., Onland, J.H. & A. de Swaan (1979). *Sociologie van de psychotherapie 1: De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum B.V.
- Carroll, L. (1968). *De avonturen van Alice in wonderland en spiegelland*. Rotterdam: A. Donker.
- Dyck, R. van (1988). Directieve therapie. In: A.P. Cassee, P.E. Boeke & C.P.F. Van der Staak, *Psychotherapie in Nederland*. Van Loghum Slaterus.
- Dijkhuis, J.H. (1963). *Het proces van de interactie tussen psycholoog en client*. Utrecht: Erven J. Bijleveld.
- Dijkhuis, J.H. (1964). De verdere ontwikkeling van de psychotherapie. *ICIP: Medelingen nr 7*.
- Ehlers, A., Margraf, J. & Roth, W.T. (1988). Selective information processing, interoception, and panic attacks. In: G.L. Klerman & I.M. Marks (Eds), *Panic and Phobias: treatments and variables affecting course and outcome*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Emmelkamp, P.M.G. (1986). Behavior therapy with adults. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Frank, J.D. (1974). *Persuasion and Healing: A comparative study of psychotherapy*. New York: Schocken Books.

- Garske, J.P. & Molteni, A. L. (1986). Kortdurende psychodynamische psychotherapie: een integratieve benadering. In: S.J. Lynn & J.P. Garske, *Compendium psychotherapie: Theorie en praktijk van de hedendaagse vormen van psychotherapie*. Rotterdam: Donker.
- Goldstein, A.P., Heller, K. & Sechrest, L. (1966). *Psychotherapy and the psychology of behavior change*. New York: Wiley.
- Hedges, L.S. & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando/Florida: Academic Press, Inc.
- Hout, M. van den, Jong, P. de & Merckelbach, M. (1993). On the termination of panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1, 117-118.
- Karasu, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kazdin, A.E. (1986). Research designs and methodology. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin, *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Kraaimaat, F.W. (1991). Gedragstherapie. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp, *Handboek Psychopathologie, Deel 2, Houten/Antwerpen: Bohn, Stafleu, Van Loghum*.
- Lambert, M.J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In: J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lange, A. (1985). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Lazarus, A.A. (1988). Eclecticism in behaviour therapy. In: P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F. Kraaimaat & M.J.M. Van Son, *Advances in theory and practice in behaviour therapy*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that 'everybody has won and all must have prizes'? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D.M. & Telch, M.J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1, 1-8.

- Methorst, G.J. & Spinhoven, P. (1992). Wensen van patienten ten aanzien van hun behandeling. *Gedragstherapie*, 25, 4, 239-252.
- Moor, W. de & Croon, M. (1987). Het initiele Motivatie-Houdings-Verwachtingspatroon van psychotherapie cliënten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13, 1, 3-14.
- Norcross, J.C., Alford, B.A. & DeMichele (1992). The future of psychotherapy: Delphi data and concluding observations. *Psychotherapy*, 29, 1, 150-158.
- Pligt, J. van der (1989). Cognitie en klinische beslissingsprocessen. In: A.P. Buunk & A.J. & Vrugt (Eds.), *Sociale psychologie & psychische problemen*. Assen: Dekker & van der Vegt.
- Ruiter, C. de, Garsen, B., Rijken H. & Kraaijaat, F. (1992). The role of hyperventilation in panic disorder: a response to Ley (1991). *Behaviour Research and Therapy*, 30, 6, 643-646.
- Schaap, C.D.P.R., Hoogduim, C.A.L., Keijsers, G. & Kersten, T. (1989). Motiveringstechnieken als methoden van sociale beïnvloeding. In: A.P. Buunk & A.J. Vrugt (Eds.). *Sociale psychologie & psychische problemen*. Assen: Dekker & van de Vegt.
- Schagen, S. (1983). *Het effect van psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Salterus BV.
- Schagen, S. (1985). *De praktijk van de psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus BV.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.J. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Stufkens, A.M.H. (1977). Een introductie cursus voor psychotherapie. *Proefschrift*. Rijksuniversiteit Utrecht.
- Waal, W.J. de (1992). *De geschiedenis van de psychotherapie in Nederland*. 's-Hertogenbosch: De Nijvere Haas.
- Wachtel, P.L. (1977). *Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.
- Wachtel, P.L. (1987). *Action and Insight*. New York: The Guilford Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford: Stanford University Press.