



ANTON  
HAFKENSCHIED

**BETER  
WORDEN  
IN  
JE VAK**

SYSTEMATISCHE  
ZELFREFLECTIE VOOR  
PROFESSIONALS  
IN DE GGZ

**Boom**

ANTON  
HAFKENSCHIED

**BETER  
WORDEN  
IN  
JE VAK**

SYSTEMATISCHE  
ZELFREFLECTIE VOOR  
PROFESSIONALS  
IN DE GGZ

**BOOM - AMSTERDAM**

© 2018 ANTON HAFKENSCHIED, P/A BOOM UITGEVERS AMSTERDAM

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelvuldig, 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 (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

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

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Omslag: René van der Vooren  
Binnenwerk: Bart van den Tooren

ISBN 978 90 244 0294 6  
NUR 777

[WWW.BETERWORDENINJEVAK.NL](http://WWW.BETERWORDENINJEVAK.NL)  
[WWW.BOOMPSYCHOLOGIE.NL](http://WWW.BOOMPSYCHOLOGIE.NL)  
[WWW.BUA.NL](http://WWW.BUA.NL)

Over time I have come to believe that one of the most important skills for therapists to develop is an internal skill, rather than a technical one. This internal skill involves attending to our own emotions when working with clients and cultivating the ability to tolerate and process painful or disturbing feelings in a nondefensive fashion.

(SAFRAN, 2012, P. 111)

# INHOUD

## **DE ONTDEKKING VAN HET PRIMAAT VAN CONTEXT IN DE MARGE 9 VAN DE EVIDENCE-BASED PRACTICE**

Contextoptimalisatie als nieuwe manier van kijken en werken 12

### **1 WAAROM DIT BOEK? 15**

Weerstand tegen systematische evaluatie 16

Vorbij de fragmentatie 18

Paradigma-overstijgende monitorinstrumenten 19

Opzet van dit boek 21

## **2 EEN REFERENTIEKADER-OVERSTIJGEND HULPVERLENINGSMODEL 23**

Inleiding 23

Gerandomiseerd vergelijkend effectonderzoek 25

Waarom de exclusieve omarming van RCT's voorbarig is 28

De universele-factorenbenadering 34

Het contextuele model 37

Therapeut en patiënt 38

Vertrouwen, begrip en expertise 38

Waarachtige menselijke relatie, erbij horen en sociale verbinding 38

Creëren van verwachting door uitleg en een of andere vorm van behandeling 40

Taken/doelen, therapeutische acties en gezonde acties 42

Symptoomreductie en betere kwaliteit van leven 43

## **3 VAN OPPERVLAKTE-MONITORING NAAR DIEPTE-MONITORING 47**

Inleiding 47

De Verkorte Beoordelingslijst Therapiegesprek 48

Therapeut Tevredenheidschaal 52

Diepte-monitoring 54

## **4 EEN INTERPERSOONLIJKE BENADERING VAN 59 THERAPEUTISCHE COMMUNICATIE**

Inleiding 59

Relatiedefinitie: de twee basisdimensies van de menselijke communicatie 62

- 63 Communicatiekanalen: manifest en latent
- 64 De formele kant van communicatiestijlen
- 66 Latente communicatie heeft het primaat
- 68 Congruentie en incongruentie
- 70 De interpersoonlijke cirkel
- 72 Complementaire interactiepatronen
- 75 Psychopathologie in termen van circulaire processen
- 79 Niet-complementaire interactiepatronen

## **83 5 RELATIEDEFINITIE**

- 83 Inleiding
- 84 De Beoordelingsschaal Beïnvloedingsboodschappen-Circumplex
- 92 Psychometrische validering
- 93 Interpersoonlijk Raster
- 103 Werkblad Beïnvloedingsboodschappen
- 109 Ego-posities en dramadriehoek
- 118 Dramadriehoek
- 121 Appendix 1 Alle items van de BBB-C

## **123 6 BEHANDELDOELEN**

- 123 Inleiding
- 125 Doelen voor de behandelovereenkomst\*
- 129 Checklist Behandeldoelen
- 134 Hoe 'SMART' moeten behandeldoelen zijn?
- 135 Inventarisatie Gedragsteveel en Gedragstekorten\*
- 138 Appendix 1 Doelen op maat
- 139 Appendix 2 Checklist Behandeldoelen
- 148 Appendix 3 Inventarisatie Gedragsteveel en Gedragstekorten

## **151 7 BEHANDELTAKEN**

- 151 Inleiding
- 152 Algemene behandelthema's\*
- 156 Vragenlijst Invulling Therapiecontact\*
- 160 Therapeutische Taken per Sessie

**8 MICROANALYSE VAN HET THERAPEUTISCH PROCES 163**

Inleiding	163
Microanalyse Faciliterende Gespreksinterventies	164
Microanalyse Therapeutische Taken	167
Appendix 1 Microanalyse Faciliterende Gespreksinterventies	170
Appendix 2 Microanalyse Therapeutische Taken	172

**9 VERANTWOORDING 175**

Inleiding	175
Ggz versus somatische geneeskunde	176
De beperkte betekenis van het concept objectiviteit in de ggz	179
Niet alleen professionals in de ggz zijn feilbare beoordelaars	181
De subjectiviteit van de professional in de ggz kan worden gesystematiseerd	184
De subjectiviteit van de professional in de ggz: onvermijdelijk en onmisbaar	186
<i>Literatuur</i>	192
<i>Over de auteur</i>	199

---

\* Zelfgeconstrueerde monitorinstrumenten

# DE ONTDEKKING VAN HET PRIMAAT VAN CONTEXT IN DE MARGE VAN DE EVIDENCE-BASED PRACTICE

Is er een nieuwe manier van kijken die wetenschappelijke vooruitgang mogelijk maakt? Staan we op het punt te kantelen? Alle wetenschapsgebieden bevinden zich in een permanente discussie over verandering, vernieuwing en wat de volgende stap zal zijn die het geheel naar een hoger plan gaat tillen. Voor een vakgebied dat kwantitatieve wetenschap wil bedrijven rond psychisch lijden is de uitdaging nog eens dubbel zo groot.

Het psychische domein is natuurwetenschappelijk onbenaderbaar – emoties of aspiraties kunnen niet materieel worden gemeten. Breincorrelaten kunnen tot op zekere hoogte fysisch in kaart worden gebracht, maar de ervaring zelf niet. Desondanks willen wetenschappers kwantitatieve wetenschap bedrijven in het psychische domein. Dit is niet onredelijk en zelfs wenselijk, maar een domein dat alleen subjectief benaderbaar is beschrijven in termen van kwantitatieve wetmatigheden is niet zonder gevaar. Immers, naarmate het gat van het niet-weten dieper is en de materie zelf zich minder leent voor kwantitatief meten, wordt de kans groter dat andere krachten een rol gaan spelen: krachten die meer te maken hebben met geloof dan met wetenschap.

De druk op wetenschap en wetenschappers om zich te bewijzen, is groot. Zeggen dat je het niet weet, is weinig aantrekkelijk, ook al is niet-weten net zo goed een vorm van kennis. In deze omstandigheden kunnen dominante hypothesen steeds meer het karakter krijgen van objectieve kennis. Er kunnen vervolgens belangen ontstaan die maken dat de hypothese, vermomd als kennis, niet meer ter discussie kan worden gesteld. Dit kan bijvoorbeeld het



geval zijn als het zorgsysteem rond dergelijke kennis wordt georganiseerd en het daarmee een cruciale spil wordt in de afweging van de financiële en andere belangen van de deelnemende partijen.

De geestelijke gezondheidszorg lijkt bij uitstek een gebied waar een geloofs-systeem, begonnen als hypothese en vervolgens gepromoveerd tot wetenschappelijke wetmatigheid, makkelijk kan postvatten. Een voorbeeld van zo'n uit de hand gelopen hypothese is het diagnose-behandelrichtlijn-symptoomreductiemodel, dat momenteel de rigueur is in de (academische) geestelijke gezondheidszorg. De academische psychiatrie en de academische psychologie zijn eensgezind in de acceptatie van het diagnose-behandelrichtlijn-symptoomreductiemodel als basis voor de ontwikkeling van evidence-based practice met behulp van *Randomized Controlled Trials*.

Het diagnose-behandelrichtlijn-symptoomreductiemodel is daarmee in de huidige ggz vanzelfsprekend. Het gaat ervan uit dat mensen die psychisch lijden, kunnen worden geclassificeerd in een diagnostisch systeem, dat ze kunnen worden ondergebracht in een groep mensen met wie ze geacht worden cruciale eigenschappen te delen. Voorbeelden van dergelijke groepen zijn mensen met de diagnose depressieve stoornis of borderline-persoonlijkheidsstoornis. Het onderbrengen van de persoon in de groep is noodzakelijk, omdat volgens het model er specifieke en technische behandelingen bestaan waarvan is aangetoond dat personen in die groep daarop collectief gunstig reageren. Het uitvoeren van dergelijke technische behandelingen is voorbehouden aan hooggeschoolde experts die opgeleid zijn om de behandelingen nauwgezet, met *fidelity* en zonder *drift*, toe te passen. Of de behandeling aanslaat, is te meten met behulp van een symptoomlijst die bestaat uit een kwantitatieve weergave van wat psychisch lijden is volgens het diagnose-behandelrichtlijn-symptoomreductiemodel: een serie symptomen die bij de specifieke diagnose horen.

Het begrip 'symptoom' staat centraal in het diagnose-behandelrichtlijn-symptoomreductiemodel. Het is de eenheid van psychisch lijden die richting geeft aan het diagnostisch denken en de mate van verandering daarvan geeft een betrouwbare indicatie van het genezingsproces. Het classificeren en kwantitatief volgen van symptomen past goed in het systeem van vergoedingen en verantwoording afleggen dat bekendstaat als 'waardegedreven zorg'. Het woord 'waarde' in dit systeem verwijst naar de mogelijkheid om de hoeveelheid verandering in de gestandaardiseerde eenheid psychisch lijden te verbinden aan de hoeveelheid euro's die nodig zijn om deze verandering tot stand

te brengen. Het is de prijs-kwaliteitinformatie die de zorgverzekeraars nodig hebben om te contracteren en die de patiënten nodig hebben om te kiezen.

Het argument van de prijs-kwaliteitinformatie is ideologisch belangrijk en werd recent uitgevonden door Michael Porter van de Harvard Business School. Hij wordt gezien als de persoon die heeft aangetoond dat de gezondheidszorg wel degelijk kan functioneren als een markt, mits er maar een transparante eenheid van ziekte en behandelrespons voorhanden is die in verband kan worden gebracht met de kosten. Met deze prijs-kwaliteitinformatie kan dan de concurrentie ontstaan die nodig is om van de gezondheidszorg een functionele markt te maken. Het denken over waardegedreven zorg van de Harvard Business School is met redelijk wat enthousiasme ontvangen door beleidsmakers en bestuurders over de hele wereld. Het geldt als een belangrijk inzicht waaromheen in rap tempo een praktijk wordt opgebouwd.

Uit het bovenstaande mag blijken hoezeer het academische model van evidence-based practice en het in bestuurskringen populaire model van waardegedreven zorg elkaar hebben gevonden. Het zijn de yin en yang van de huidige toestand in de ggz. Overleg tussen beroepsverenigingen, ggz-instellingen en bestuurlijke patiëntenrepresentatie, onder onheilspellende titels als 'Agenda voor Gepast Gebruik en Transparantie' en 'Alliantie Kwaliteit in de ggz', vormt het verband waarin alle onderlinge afhankelijkheden en voorkeuren worden afgestemd, zodanig dat er een akkoord ontstaat waarin ook zorgverzekeraars en het ministerie zich kunnen vinden. Zeg maar de opvolger van het eerdere 'Bestuurlijk Akkoord'. Inzet van het overleg zijn onder andere de nieuwe kwaliteitsstandaarden en de indrukwekkende reeks aan proces-, uitkomst-, structuur-, veiligheids- en cliëntervaringsindicatoren die in dat kader worden aangedragen.

Het doel waarnaar men streeft, is een praktijk van ggz die wordt gekenmerkt door maakbaarheid (evidence-based practice in het diagnose-behandelrichtlijn-symptoomreductiemodel) en meetbaarheid (in het waardegedreven zorgmodel), en waarin elke euro kan worden verantwoord op basis van accurate prijs-kwaliteitinformatie. Zorgverzekeraars contracteren in de toekomst op basis van 'transparantie', patiënten kiezen op basis daarvan zorg. De belangen zijn groot: er gaat jaarlijks zes miljard euro om in de ggz, en de zorgverzekeraars geven met enige regelmaat aan dat als de ggz zich niet maakbaar en meetbaar opstelt het geheel wat hen betreft mag worden overgeheveld naar de gemeente. Geen van de huidige partijen aan de overlegtafel heeft hierin veel zin.

De ggz-markt die de laatste tien jaar in Nederland is ontstaan, is te vergelijken met een serie winkels die weliswaar veel economische bedrijvigheid genereren maar niet in staat zijn om de zorgbehoefte op populatieniveau af te stemmen op de zorgconsumptie in de winkels. De winkels draaien het beste als de patiënt niet al te ernstig ziek is en goed scoort op symptoomreductielijsten. Patiënten met moeilijke problematiek, zoals comorbide verslaving, zwerfgedrag, agressie, heftige psychose of suïcidaliteit, hebben een ongunstige impact op de symptoomreductiescores van de instelling. Hierdoor komt de financierbaarheid van FACT-teams voor mensen met ernstige psychische problematiek in gevaar. Behandeling van lichte en zware problematiek kent immers dezelfde beloning van ongeveer 100 euro per uur. Een van de gevolgen is de geobserveerde dramatische stijging van 80 procent in de laatste tien jaar van het aantal dwangopnames in de ggz.

## **CONTEXTOPTIMALISATIE ALS NIEUWE MANIER VAN KIJKEN EN WERKEN**

Deze wat lange inleiding was nodig om te kunnen begrijpen hoe het boek van Anton Hafkenscheid zich verhoudt tot het evidence-based diagnose-behandelrichtlijn-symptoomreductiemodel in de waardegedreven zorg. Het antwoord is namelijk: niet. Wel helpt het ons er op een nieuwe manier naar te kijken en zo de praktijk van de ggz te verbeteren. Een woord dat zich aandient, is ‘contextoptimalisatie’. Onszelf als behandelaar herontdekken als de drijvende kracht, in de context van de evidence-based behandeling, die verandering mogelijk maakt op basis van een productieve emotionele band met de ander en structurele zelfreflectie om relatie, behandeltaken en behandeldoelen in de juiste afstemming te optimaliseren. Mogelijk gemaakt door het systematisch monitoren van deze processen met direct inzetbare instrumenten.

De propositie van de contextoptimalisatie legt de vinger op de zere plek van de evidence-based practice, die vorig jaar ook werd gesignaleerd in het rapport hierover van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Een van de belangrijkste – maar onderbelichte – bevindingen in de academische psychiatrie en psychologie is namelijk dat het resultaat van behandelingen voor de meest prevalentie problemen, zoals persoonlijkheidsproblematiek en depressie-, angst-, en PTSS-klachten, niet zozeer lijkt te worden gemedieerd door de specifieke behandeltechnieken, maar veeleer door de menselijke context van de technische behandeling. Dit geldt niet alleen voor de 450 verschillende,

vaak drieletterige, psychotherapeutische behandelingen, maar mogelijk ook voor psychotrope medicatie als antidepressiva. Daar waar het onderzocht is, blijkt namelijk dat meer van de uitkomstvariantie in antidepressivatrials kan worden toegeschreven aan hóe werd voorgeschreven (menselijke context) dan aan wát (het molecuul zelf) werd voorgeschreven.

De nieuwe manier van kijken die Hafkenscheid introduceert, stelt de vraag: als de menselijke context van de behandeling zo belangrijk is, waarom ontwikkelen we dan geen theorie en praktijk rond deze context, zodanig dat hij continu in elke behandeling aantoonbaar wordt geoptimaliseerd? Hij zet hiermee de wereld toch wel een beetje op zijn kop, want voorlopig is de dominante gedachte in de academische wereld van de evidence-based practice dat we juist op zoek zijn naar de helende impact van de technische ingrediënten in de behandeling zelf, en niet naar die van de menselijke context. In de praktijk van Hafkenscheid is echter het belangrijkste element datgene wat voor evidence-based practice hoogstens geldt als bron van ongewenste ruis: de relatie met de behandelaar. Hafkenscheid biedt een methode die het mogelijk maakt om deze dynamische interacties over de tijd met behulp van systematische zelfreflectie te verbeteren, zodanig dat therapeutische relatie en behandeltaken worden geoptimaliseerd en behandeldoelen worden bereikt.

Deze methode van contextoptimalisatie gaat uit van breed geformuleerde behandeldoelen, namelijk zo breed als de patiënten ze zelf formuleren. Hafkenscheid bevrijdt de lezer uit het symptoomreductiedenken en doorbreekt de dreigende collusie tussen het professionele diagnose-behandelrichtlijn-symptoomreductiemodel en de bestuurlijke waardegedreven zorg. Natuurlijk kan symptoomverlichting een behandeldoel zijn, maar de realiteit in de (transdiagnostische) praktijk is dat behandelen, veel breder, gaat over veranderprocessen die zich aandienen, maar waar de persoon zelf niet uitkomt. In de marge daarvan kunnen weliswaar allerlei symptomen ontstaan, maar deze mogen niet afleiden van de primaire behandeldoelen in het kader van het veranderproces.

Hafkenscheid wijst de weg naar een betere praktijk van ggz waar de behandelaar niet de onzichtbare *high-fidelity* uitvoerder is van de technische behandeling, maar eerder gezien kan worden als het vehikel van verandering. Hiertoe maximaliseert de behandelaar op iteratieve wijze de verhouding met de patiënt, zodanig dat het proces, gericht op persoonlijke doelen, zich op efficiënte wijze kan voltrekken. De behandelaar is onderdeel van de dynamische dyade zorgverlener-zorgvrager, waarin de kwaliteit van de relatie en het bewust bezig zijn met

behandeltaken, meer dan de specifieke technisch-therapeutische ingrediënten van de evidence-based behandeling, doorslaggevend zijn voor het bereiken van de persoonlijke doelen. Hiertoe is een praktijk nodig van ‘beter worden in je vak’ op basis van systematische zelfreflectie, ondersteund met monitorinstrumenten. De monitorinstrumenten die Hafkenscheid hiertoe biedt, zijn verdiepend, en helpen de behandelaar om stagnerende of suboptimaal verlopende therapeutische processen te verklaren of te begrijpen binnen de context van de drie pijlers die het hart zijn van elke vorm van ggz-hulpverlening, te weten (1) emotionele band, (2) behandeldoelen en (3) behandeltaken.

Voor de proponenten van de waardegedreven zorg is in dit boek voldoende te vinden, al was het maar omdat de wijze van werken die wordt beschreven er een is van systematisch zelfreflexief monitoren en, daarmee, verantwoording afleggen – naast intervisie bedrijven, zich lerend opstellen en zich voortdurend openstellen voor de waarden van de ander ten behoeve van ‘samen beslissen’. Het levert daarmee een belangrijke procesindicator waarop instellingen zich, indien gewenst, onderling kunnen vergelijken.

Ik heb er vertrouwen in dat het gedachtegoed in dit boek breed zijn weg zal vinden in de ggz. Het is een voedend antidotum in het toenemend schrale ggz-landschap. Het komt in een tijd dat men toe is aan een theorie en een praktijk die het mogelijk maken om betekenisvol te werken, in een omgeving waar klinisch redeneren telt. De nieuwe kennis over het primaat van de relationele context boven technische, evidence-based ingrediënten, gekoppeld aan een systematische zelfreflexieve manier van werken, komt daarom precies op tijd.

*Jim van Os*

VOORZITTER DIVISIE HERSENEN UMC UTRECHT

# 1 WAAROM DIT BOEK?

**S**ystematische zelfreflectie is in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) een nog nagenoeg onontgonnen terrein. Intervisies en patiëntbesprekingen in de ggz verlopen vaak geïmproviseerd, anekdotisch en vrij associatief. De focus ligt meestal op wat er ‘mis’ is met de patiënt. Veel van wat er niet goed loopt, wordt al snel toegeschreven aan de aard en ernst van de geclassificeerde ‘stoornissen’ of aan ‘comorbiditeit’. Met de opkomst van richtlijnen en protocollen komt ook meer in beeld wat er aan de therapeut zelf kan mankeren: laat de therapeut het protocol niet te gemakkelijk los (*therapist drift*) en past deze specifieke behandeltechnieken ‘van eerste keus’ wel volgens de richtlijn of het protocol (dus: state of the art) toe? Dit zijn op zichzelf natuurlijk legitieme vragen.

Ggz-professionals hebben nauwelijks tijd meer voor zelfreflectie. Het gevaar ligt op de loer dat verklaringen voor obstakels in de behandeling daarmee blijven steken in vluchtige en oppervlakkige analyses. Begrippen als ‘comorbiditeit’ en ‘therapist drift’ lenen zich bij uitstek voor overhaaste conclusies en *confirmation bias*. Deze begrippen kunnen ggz-professionals ertoe verleiden om het moeizame proces van kritisch zelfonderzoek in geval van vastlopende behandelprocessen over te slaan. Zeker als de tijd voor reflectie toch al schaars is, wordt de toevlucht bij niet goed lopende behandelingen al snel gezocht in standaardverklaringen: als het protocol niet werkt, moet dat wel het gevolg zijn van misclassificatie (de stoornis is niet goed geclassificeerd of er is een stoornis over het hoofd gezien) of van een gebrekkige uitvoering van het protocol.

Binnen de overbelaste ggz is supervisie waarschijnlijk de uitzonderlijke plek waar de behandelaar (in opleiding) nog voldoende ruimte heeft om op het eigen therapeutgedrag in relatie tot specifieke patiënten te reflecteren. Met de opkomst van ‘merksnaambehandelingen’ krijgt die supervisie overigens steeds meer een methodisch en technisch karakter, dat eerder past onder de noemer van training. Dat de tijd voor zelfreflectie in de ggz steeds schaarser wordt, betekent overigens absoluut niet dat vroeger alles beter was. Supervisies en intervisies konden in de jaren van financiële overvloed een nogal associatief en vrijblijvend karakter hebben, waarbij er voor professionals wel erg veel ruimte was om eigen stokpaardjes te berijden. Het rendement van dergelijke ‘indirecte patiënttijd’ was niet per se bijster hoog. Er was echter weinig noodzaak om daarvan een probleem te maken.

Tijden van schaarste nopen tot innovatie. Systematische zelfreflectie door en voor ggz-professionals is zo’n innovatie. Het verschil met de zelfreflectie van de ‘oude ggz’ is dat systematische zelfreflectie de behandelaar aan het werk zet aan de hand van gestandaardiseerde of semi-gestandaardiseerde systemen. Het voordeel van (semi-)standaardisatie is dat reflecties niet meer alle kanten op kunnen springen. De behandelaar wordt bij de hand genomen en in het reflectieproces langs min of meer vaste routes geleid of geloodst. Dat is mogelijk zonder afbreuk te doen aan een op de unieke patiënt afgestemde ggz-behandeling.

## **WEERSTAND TEGEN SYSTEMATISCHE EVALUATIE**

Systematische zelfreflectie is een activiteit die onmogelijk kan plaatsvinden zonder monitorinstrumenten die specifiek zijn ontwikkeld ter ondersteuning van die activiteit. Veel van dergelijke instrumenten zijn al jaren beschikbaar, maar ze leiden een zeltogend bestaan. Dat monitorinstrumenten voor systematische zelfreflectie zo weinig worden gebruikt, heeft ten minste drie redenen.

In de eerste plaats maakt onbekend onbemind: het zwaartepunt in de wetenschappelijke ontwikkelingen heeft binnen de ggz van de afgelopen decennia vooral gelegen op de *Empirically Supported Treatment* (EST), die sterk gevormd is naar de logica van het medisch model. Net zoals er voor specifieke ziektes wordt gezocht naar effectieve somatische behandelingen met gedeponeerde handelsmerken, zo wordt er veel inspanning geleverd om effectieve merksnaambehandelingen van eerste keus te ontwerpen voor specifieke psychische stoornissen. Psychisch lijden is vaak minstens zo ziekmakend als het lijden aan een

somatische aandoening. Wat echter nog wel eens over het hoofd wordt gezien, is dat de ggz maar weinig ziektes kent in de betekenis van ziektes uit de somatische geneeskunde. De meeste psychische ‘ziektes’ zijn niet beter te beschrijven en af te bakenen dan op een betrekkelijk arbitrair syndroomniveau. Hoe dan ook: de wetenschappelijke aandacht richt zich binnen de ggz al te lang op ‘ziektes’ en ‘bewezen effectieve’, meestal op symptoomeliminatie of -reductie gerichte behandeltechnieken, en niet op de vorming van behandelaars tot zo effectief mogelijke relatiedeskundigen en gedragsveranderaars. De monitorinstrumenten voor systematische zelfreflectie die in dit boek aan de orde zullen komen, bestaan in elk geval in de Verenigde Staten (vanwaar het merendeel van de monitorinstrumenten afkomstig is) vaak al decennialang, maar zijn in het Nederlandse taalgebied bij weinig vakgenoten bekend en hebben alleen al daarom geen voet aan de grond kunnen krijgen.

In de tweede plaats bestaat binnen met name de niet-academische ggz nog te veel weerstand tegen meten als zodanig. Psychische problemen zijn vaak complexer, ongrijpbaarder en grilliger in hun beloop dan somatische aandoeningen. Die waarheid wordt nog wel eens aangegrepen om meten binnen de ggz a priori als ongeoorloofd reductionistisch terzijde te schuiven. Inderdaad kent de ggz nauwelijks onbetwiste en onbetwistbare ‘gouden standaarden’ om de waarde en betekenis van metingen te bepalen. Sceptici ten aanzien van een meetcultuur vergeten echter gemakkelijk dat het net zo reductionistisch en arbitrair is om psychische problemen, therapeutische processen en behandelresultaten uitsluitend talig te beschrijven. Neem bijvoorbeeld de conclusie dat iemand na een traumabehandeling ‘veel minder last’ heeft van traumatische herinneringen. Over welke tijdsspanne geldt die conclusie, en wat betekent ‘veel minder last’? Betekent het dat de patiënt er minder onder lijdt dat zij/hij met deze herinneringen moet blijven leven, zijn de herinneringen minder beladen of plagen ze de patiënt in frequentie en tijdsduur minder vaak en minder lang?

Een derde reden dat monitorinstrumenten voor systematische zelfreflectie weinig worden ingezet, is de grootschalige *Routine Outcome Monitoring* (ROM), die de afgelopen jaren in Nederland verplicht is geworden. In de Nederlandse en Vlaamse ggz is de afgelopen jaren heel wat af gemonitord, al gaat dat zeker in Nederland niet altijd van harte. Jaarlijks gaan vele miljoenen euro's op – volgens sommigen eenvoudigweg geldverspilling – aan het afnemen van voor patiënten en behandelaars weinig aansprekende monitorinstrumenten,



die vaak met gemeenschapsgeld aan universiteiten zijn ontwikkeld en gevalideerd en commercieel worden aangeboden. Deze afgedwongen ROM heeft de animo onder behandelaars om hun eigen handelen systematisch te toetsen geen goed gedaan.

Dit boek gaat nauwelijks over het monitoren van zogeheten behandeluitkomsten, en al helemaal niet over behandeluitkomsten in termen van symptoomreductie. Overigens moet worden aangetekend dat het ook maar zeer de vraag is in hoeverre de ROM-lijsten die nu in Nederland op grote schaal circuleren zelf een valide beeld geven van ‘resultaten’ van ggz-behandelingen. In plaats van op resultaten focust dit boek in de eerste plaats op ‘processen’.

Toegegeven, processen als zodanig zijn minder interessant als de resultaten bevredigend zijn. Maar zo simpel ligt dat niet in de ggz. Proces en resultaat zijn in de ggz vaak niet strikt te scheiden. Uiteraard is therapie middel en geen doel. Het gaat er niet primair om dat de patiënt *binnen* de therapeutische context verandert (proces), maar vooral dat hij dit *daarbuiten* doet (resultaat). Het proces gaat vaak echter vloeiend en ongemerkt over in het resultaat, en niet zelden is een effectief proces zo’n beetje identiek aan het resultaat. Een voorbeeld is de chronisch geagiteerde patiënt bij wie de therapeut een proces op gang weet te brengen waarin de agitatie binnen de spreekkamer plaatsmaakt voor authentieke gevoelens van angst, verdriet en zelfcompassie. Natuurlijk staat dit processucces niet garant voor generalisatie naar de leefwereld van de patiënt, maar in combinatie met bijvoorbeeld rollenspel oefeningen binnen de sessies en zelfobservaties in de thuissituatie, et cetera, waaiert wat binnen de therapeutische setting wordt bereikt uit naar het leven erbuiten. In de ggz is procesoptimalisering doorgaans een voorwaarde om tot resultaat te komen.

## VOORBIJ DE FRAGMENTATIE

De ggz dreigt steeds meer opgeknipt te worden in behandelproducten die in drieletterafkortingen als een soort wettelijk gedeponeerd handelsmerk worden geregistreerd: prototypische ‘producten’ zijn SFT (*Schema Focused Therapy*), DBT (*Dialectical Behavior Therapy*), MBT (*Mentalisation Based Treatment*), TFT (*Transference Focused Treatment*), of wat minder strikt afgeschermd ‘producten’ zoals ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*), CFT (*Compassion Focused Therapy*) en EFT (*Emotion Focused Therapy*). Tezelfdertijd is er juist een – even ongewenste – omgekeerde beweging richting monocultuur: zorg-

verzekeraars die bijvoorbeeld alleen nog cognitieve gedragstherapie (alsof dat een strak afgebakende therapievorm zou zijn) voor vergoeding in aanmerking willen laten komen, met als verklaring dat daarmee het beste product voor de laagste prijs gegarandeerd zou zijn. Wat betreft die drieletterige ‘merknaam-behandelingen’: weliswaar leggen ze ten opzichte van elkaar theoretisch heel andere accenten, maar het is zeer goed mogelijk, en zelfs waarschijnlijk, dat hun basale ‘actieve ingrediënten’ veel meer met elkaar overeenkomen dan de ontwerpers ervan ons willen doen geloven.

Zelf heb ik zowel een cognitief gedragstherapeutische als een cliëntgerichte scholing en vorming genoten. Voor beide referentiekaders heb ik een zwak en ik draag ze met veel plezier uit. De leertheorie blijft naar mijn mening een onmisbare inspiratiebron om de ‘oorzaken’ en in stand houdende factoren van psychopathologie te begrijpen: niet alleen voor cognitieve gedragstherapeuten, maar ook voor ggz-professionals die in een ander referentiekader zijn geschoold. De ‘rogeriaanse’ grondhoudingen (onvoorwaardelijke acceptatie, empathie en congruentie) zijn wat mij betreft de onderleggers van onze beroepsuitoefening en dienen dat te blijven, ongeacht het referentiekader (dus ook voor bijvoorbeeld cognitief gedragstherapeuten).

Mijn eigen belangstelling voor andere referentiekaders (psychodynamisch, systeemtheoretisch) ontstond doordat de mij vertrouwde theoretische oriëntaties soms geen antwoord konden geven op de vragen waarvoor ik mij gesteld zag in problematisch verlopende behandelingen. In mijn therapeutisch werk met vroegkinderlijk getraumatiseerde patiënten merkte ik bijvoorbeeld hoe onmisbaar het ontwikkelingsgerichte perspectief is, dat in de leertheorieën ontbreekt. Mijn eigen ontwikkeling richting pluriformiteit is op minischaal een reflectie van de ontwikkelingen die op grote schaal worden gezien: alle referentiekaders spelen onafgebroken leentjebuur bij elkaar. Om politieke redenen wordt dat echter nauwelijks erkend: openlijk toegeven wat de ‘concurrent’ (meer) te bieden heeft, zou de positie van de eigen specialistische psychotherapievereniging kunnen verzwakken, en daar zitten de leden niet op te wachten.

## **PARADIGMA-OVERSTIJGENDE MONITORINSTRUMENTEN**

Ik ben mij persoonlijk steeds meer gaan vereenzelvigen met pleidooien voor een paradigma-overstijgende ggz. Dat wil zeggen: een ggz die niet fragmenteert door stokpaardjes en favoriete werkelijkheidsreducties van charismati-

sche ‘merknaamhouders’. Vanuit die overtuiging heb ik de afgelopen vijftien jaar geëxperimenteerd met monitorinstrumenten voor systematische zelfreflectie die niet gebonden zijn aan een bepaalde therapeutische school. Enkele van die meetinstrumenten heb ik – alleen of samen met anderen – psychometrisch gevalideerd, met andere heb ik uitgebreid proefgedraaid in mijn eigen behandelpraktijk en binnen het postdoctoraal onderwijs dat ik al vele jaren verzorg. Ik heb ook enkele monitorinstrumenten zelf geconstrueerd (Hafkenscheid, 2016a). In de inhoudsopgave van dit boek zijn de door mij zelf ontworpen instrumenten ter herkenning van een asterisk voorzien.

De tijd is rijp om deze monitorinstrumenten meer bekendheid te geven binnen de ggz-beroepsgroepen. Na een tijdperk waarin de verstikkende ideologie van richtlijnen, protocollen en ROM steeds meer de overhand kreeg, klinkt de roep om de expertise en ervaring van de individuele therapeut weer meer op waarde te schatten. In Nederland propageren Delespaul, Milo, Schalken, Boevink en Van Os (2016), maar ook Witteman, Claes en Van der Heijden (2017) een herwaardering van het klinisch redeneren. Vanuit Vlaanderen maken Hermans, Raes en Orlemans (2017) zich sterk voor het *scientist-practitioner*-model, waarbij behandelaars elke behandeling opzetten en evalueren als een wetenschappelijk experiment met één proefpersoon ('N=1').

In de Verenigde Staten moedigen Miller, Hubble, Chow en Seidel (2015), maar ook Rousmaniere, Goodyear, Miller en Wampold (2017) behandelaars aan tot *deliberate practice*: een weloverwogen en bewuste beoefening van het vak, met name door stil te staan bij en te leren van moeilijke behandelingen. Al deze auteurs bekritisieren het ‘blinde en contextloze meten’, dat de ggz te lang in de wurggreep heeft gehouden. Hun kritiek mag overigens beslist niet worden opgevat als pleidooi voor een terugkeer naar de vrijblijvendheid van weleer, integendeel. De ggz heeft een verantwoordingsplicht naar haar gebruikers en naar de samenleving, die de sector bekostigt.

Ik hoop en verwacht dat systematische zelfreflectie met behulp van de monitorinstrumenten die in dit boek worden besproken de effectiviteit van ggz-behandelingen kan vergroten. Deze instrumenten helpen ggz-professionals om hun eigen doen en laten kritisch ter discussie te stellen. Ook het postdoctoraal onderwijs in de ggz kan naar mijn overtuiging substantieel aan effectiviteit en doelmatigheid winnen door opleidingstherapeuten al vanaf het begin van hun opleiding en loopbaan vertrouwd te maken met systematische zelfreflectie, met de ondersteuning van monitorinstrumenten. Het merendeel

van de besproken instrumenten is gestandaardiseerd en kwantitatief, maar er worden ook enkele kwalitatieve, semigestructureerde instrumenten onder de loep genomen.

## OPZET VAN DIT BOEK

In hoofdstuk 2 wordt het referentiekader-overstijgende hulpverleningsmodel beschreven, waarin de drie pijlers zijn opgenomen die het hart vormen van elke vorm van ggz-hulpverlening: (1) emotionele band, (2) behandeldoelen en (3) behandeltaken. Deze drie pijlers vormen de leidraad voor de indeling en de bespreking van de monitorinstrumenten voor de ggz-professional. Van deze drie pijlers is de emotionele band het meest voelbaar en het minst tastbaar. Het gaat om het respect, de sympathie en de onvoorwaardelijke acceptatie (de psychologische veiligheid) die patiënt en behandelaar ten opzichte van elkaar voelen. In dit boek wordt deze eerste pijler verbreed tot ‘relatiedefinitie’. Het gaat namelijk niet alleen om wat hulpvrager en hulpverlener ten opzichte van elkaar *voelen*, maar ook hoe zij zich ten opzichte van elkaar *gedragen*. Daarenboven includeert de ‘relatiedefinitie’ niet alleen de ‘gezonde’ en ‘waarachtige’ aspecten van een hulpverleningscontact, maar ook de ‘ongezonde’, disfunctionele kanten ervan.

In hoofdstuk 3 worden twee instrumenten voor ‘oppervlakte-monitoring’ geïntroduceerd: generieke ‘emotionele thermometers’ die een ongereflexeerde evaluatie van het therapeutisch proces beogen.

De scores op deze emotionele thermometers zijn de opstap voor ‘diepte-monitoring’ conform de drie pijlers van de therapeutische relatie. Elk van de hoofdstukken 5, 6 en 7 behandelt monitorinstrumenten binnen het domein van één pijler: hoofdstuk 5 de relatiedefinitie, hoofdstuk 6 de behandeldoelen en hoofdstuk 7 de behandeltaken.

De oplettende lezer heeft gelijk: hoofdstuk 4 lijkt te worden overgeslagen. De relatiedefinitie is de meest complexe pijler van de therapeutische relatie. Deze pijler vereist theoretische kennis van de communicatieleer. Daarom gaat aan hoofdstuk 5 een uitgebreid hoofdstuk over de communicatieleer vooraf: hoofdstuk 4.

Dan zijn we aangeland bij hoofdstuk 8. De monitorinstrumenten die in de hoofdstukken 5, 6 en 7 zijn behandeld, zijn ‘verdiepend’ in de zin dat ze de behandelaar helpen om stagnerende of suboptimaal verlopende therapeutische processen binnen de context van een van de drie pijlers efficiënt te begrijpen

of te verklaren. Toch is het merendeel van die instrumenten nog betrekkelijk grofmazig. Hoofdstuk 8 richt zich op de weliswaar bewerkelijke en tijdrovende, maar ook verhelderende microanalyse van het therapeutisch proces aan de hand van twee monitorinstrumenten.

In hoofdstuk 9 probeer ik het hier gepropageerde procesmatige monitorsysteem in de bredere context van ontwikkelingen binnen de huidige ggz te plaatsen. Ik heb in dit boek voor de mannelijke vorm als persoonlijk voornaamwoord gekozen. Omwille van de leesbaarheid heb ik 'zij of hij' of 'haar of hem' willen vermijden. Overal waar 'hij of hem' staat wordt uiteraard ook 'zij of haar' bedoeld.