

Doelmatigheid van langdurige psychotherapie

N.J. NICOLAÏ

‘Lange therapie: nut onbewezen’ kopte NRC Handelsblad op 6 maart 2001. Een miniberichtje naar aanleiding van het verschijnen van het Rapport van de Gezondheidsraad Doelmatigheid van langdurige psychotherapie.

Toen ik het rapport vluchtig doorbladerde, viel mijn oog eerst op de conclusie – die niet veel anders is dan in bovenstaande kop – en vervolgens op de samenstelling van de Werkgroep Langdurige Psychotherapie, die dit rapport heeft geschreven. Tot mijn verbazing bleken minstens vier van de werkgroepsleden psychoanalytisch geschoold. Een merkwaardige ontwikkeling. Heeft het doemdenken toonaangevende psychoanalytici inmiddels zo bevangen, dat zij zich vrijwillig en gehoorzaam onder het juk buigen van het primaat van gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken?

Psychotherapie begint in het veld van de psychiatrie langzamerhand een randactiviteit te worden. Het is duidelijk dat de cognitieve en gedragsmatige psychotherapievormen groeien en bloeien, in de rug geblazen door een stevige ‘evidence-based’ wind. Maar voor de psychodynamische variant zijn sombere tijden aangebroken. Op het laatste congres van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie sprak voorzitter en hoofdspreker Andrew Samuels pessimistische woorden. Niet dat psychiaters geen psychotherapie meer doen; het tegendeel is het geval volgens een onderzoek van het Trimbos-instituut (Brunenberg e.a. 1998) en ze doen het ook niet kort. Volgens Hutschemaekers (1999) krijgt een op de drie patiënten tussen de twintig en vijftig zittingen. Bij een derde is dat meer dan vijftig zittingen. Het verrichten van langdurige psychotherapie mag dus met recht een kernactiviteit genoemd worden in de psychiatrie en in dat opzicht gaat het rapport dus alle psychiaters in meer of mindere mate aan.

Het merkwaardige feit doet zich dus voor dat van een kernactiviteit van vele Nederlandse psychiaters de doelmatigheid niet bewezen wordt geacht, hetgeen een beroepsgroep in één klap op hetzelfde niveau brengt als homeopaten en acupuncturisten. Werkzaamheid niet bewezen.

Bij lezing van het rapport bleek het, als zo vaak, toch genuanceerder te liggen. Als we werkzaamheid (Werkt een middel?), doeltreffendheid (Werkt het middel ook in de klinische praktijk?) en doelmatigheid (Wegen de kosten en de baten tegen elkaar op?) van elkaar onderscheiden, blijkt de werkzaamheid van langdurige psychotherapie nauwelijks onderzocht, tenminste, volgens de koningin van de wetenschappelijke methode: het gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek. Werkzaam zijn wel kortdurende cognitieve therapie en interpersoonlijke therapie bij depressies, bulimia nervosa, overmatig gebruik van alcohol en gegeneraliseerde angststoornissen. Maar daar is de doeltreffendheid niet altijd even groot,

omdat inclusiecriteria vaak zeer nauw omschreven zijn en de follow-up kort. De doeltreffendheid – de klinische toepasbaarheid – van langdurige psychotherapie is – het wordt een beetje saai – evenmin veelvuldig onderzocht. Waar dat wel het geval is, lijkt deze echter buiten kijf. Dit geldt voor de psychodynamische behandeling van anorexia nervosa en de cognitieve behandeling van Linehan of de psychoanalytische dagbehandeling van Bateman en Fonagy (1999, 2000, 2001) bij de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Wat nog minder is onderzocht, is de doelmatigheid. Als er al iets is, gaat het vooral over de directe medische kosten, de directe kosten van behandeling en ziekenhuisopnames, of justitiële contacten. De indirecte kosten als gederfde kwaliteit van leven, arbeidsuren, gezondheidskosten op langere termijn komen er al helemaal niet aan te pas.

Het is een denkfout te menen dat het onbewezen zijn van het nut van langdurige psychotherapie hetzelfde is als de afwezigheid van nut. Helaas borduurt de commissie daarop voort als deze stelt dat terughoudendheid moet worden betracht bij de toepassing van langdurige psychotherapie. Een veel belangrijker conclusie van het rapport is mijns inziens dan ook dat er eenvoudigweg niet veel te zeggen is over langdurige psychotherapie en dat het hoog tijd wordt daar meer onderzoek naar te doen. Het rapport beveelt twee onderzoekslijnen aan: één naar depressieve patiënten die niet hebben geprofiteerd van andere behandelingen, en een tweede naar patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, waarbij langdurige cognitieve therapie vergeleken wordt met langdurige psychoanalytische therapie of zelfs psychoanalyse.

Ondanks deze mooie aanbeveling heb ik een aantal kritische kanttekeningen, waarbij ik me er zeer goed van bewust ben dat in mijn beoordeling van het rapport natuurlijk het ‘eigen-belang-bias’ actief is.

De eerste betreft de context waarin dit rapport gebruikt zal gaan worden. Hoe goed de samenstellers van dit rapport ook hun huiswerk hebben gedaan, het blijft een feit dat beslissingen in de gezondheidszorg zelden genomen worden op basis van gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek, tenzij daarmee bezuinigd kan worden. We leven nu eenmaal in een tijdperk waarin psychotherapie in het algemeen en langdurige psychotherapie in het bijzonder op bijster weinig politieke steun kunnen rekenen. Voor je het weet, is een praktijk obsoleet geraakt, zonder dat deze voldoende onderzocht is.

De heiligverklaring van de *randomised controlled trials* (RCT's) als de enige methode van onderzoek is een tweede punt. Niet elke RCT blijkt zo vlekkeloos opgezet te zijn als wij wel zouden wensen.

LITERATUUR

- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder. A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically partial hospitalization. An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Beurs, E. de, van Dijk, R., & van Balkom, A.J.L.M., e.a. (2001). Geven 'randomised controlled trials' de goede informatie voor de klinische praktijk? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 41-47.
- Brunenberg, W., Rondez, M., & Hutschemaekers, G. (1999). De psychiater gevolgd. Een verkennend onderzoek naar psychiaters in de GGZ en eigen praktijk. Utrecht: Interne publicatie Trimbos-instituut.
- Gezondheidsraad (2001). Doelmatigheid van langdurige psychotherapie. Rapport. Den Haag.
- Hutschemaekers, G., & Camp, K. (1999). *Psychotherapie in getallen*. Utrecht: Interne publicatie Trimbos-instituut.
- Jadad, A.J. (1998). *Randomised controlled trials. A users guide*. Londen: BMJbooks.

Blinderen van interventies is niet altijd waterdicht; bovendien wordt de methode van randomisering niet altijd vermeld (Jadad 1998).

Dat de RCT aan de top van de onderzoekshierarchie staat, is één, maar het is niet de enige weg naar goed klinisch handelen. De Beurs e.a. (2001) gaven in een recent nummer van dit tijdschrift al aan dat de duur van een werkzame RCT-gestuurde behandeling geen leidraad mag zijn voor de maximale duur van psychotherapie, omdat RCT's te kort duren, te veel uitvallers vertonen en de recidiefkans ook bij goed behandelbare aandoeningen groot blijft.

De implementeerbaarheid van evidence-based interventies en richtlijnen in de praktijk blijkt vaak tegen te vallen. Het volgen van protocollen in een onderzoek is ver verwijderd van de praktijk in de meeste instituten. Het zou misschien anders moeten, maar het is niet altijd zo en dat is niet alleen te wijten aan weerstand of ondeskundigheid. Naast hun symptomen brengen veel patiënten ook andere zaken in, die ook interventies noodzakelijk maken. Zo kan een werkrelatie moeizamer totstandkomen of een langduriger voorbereiding of motivering nodig zijn voordat richtlijninterventies mogelijk zijn. Patiënten die niet erg therapietrouw zijn, vallen uit in een onderzoek, maar blijven in de klinische praktijk een beroep doen op behandeling.

Daarbij komt dat als effectmaat meestal de vermindering van klachten of symptomen wordt gebruikt en zelden of nooit de kwaliteit van het leven in algemene zin. In het beroemde onderzoek van Linehan werden haar borderline patiënten wel minder suïcidaal of zelfdestructief, maar zij bleven zich doodongelukkig voelen. En dat brengt mij bij het laatste punt van kritiek.

In deze tijd van vraaggestuurde zorg, patiëntenplatforms en consumentenbelangen ontbreken in veel RCT's de voorkeuren van patiënten. In een RCT worden vanzelfsprekend alleen patiënten betrokken die hun toestemming geven. Wie als patiënt niet betrokken wil worden in een onderzoek, meldt zich bij voorbaat niet aan bij een instituut dat onderzoek doet. Veel patiënten hebben hun eigen ziekte-, behandelings- en genezingstheorie en zoeken via mond-tot-mondreclame of internet de plek die zij nodig vinden. Op zijn minst zouden patiëntenvoorkeuren betrokken moeten worden in opzet en doel van onderzoek. Er zouden weleens heel andere voorkeuren voor de lengte van hun behandeling kunnen opduiken dan de vijftien keer die ze 'evidence-based' kunnen krijgen.