

4

INTERVIEW

Door Eric de Ruijter

Open

up your mind

“Niet jouw norm maar wat voor de cliënt acceptabel is, is leidend”

Psycholoog Markus van Alphen (1960) bracht onlangs twee boeken uit: in 2014 *Diagnostische Vaardigheden voor psychosociale hulpverleners* en begin 2015 *Psychosociale gespreksvoering. Observatief luisteren in de hulpverlening* waarover elders in dit nummer een boekbespreking staat. En hij heeft er nog twee in de planning waaronder één over counseling en een Engelse versie van het boek over gespreksvoering. Naast zijn auteurschap heeft Van Alphen een eigen praktijk en geeft hij les bij diverse onderwijsinstellingen.

Voor wie heb je het boek over diagnostiek geschreven?

“Het eerste idee dat mensen bij dit boek hebben, is dat het vooral geschikt is voor diegenen die in de GGZ werken. Dat is niet zo. Diagnostiek voer je in bijna elke tak van psychologie uit. Bij arbeids- en organisatiepsychologie, ontwikkelingspsychologie, sociale psychologie, et cetera. Je maakt steeds hetzelfde proces door. Dit boek is derhalve breder dan de gezondheidszorg. Het is voor elke psycholoog een essentiële stap om helder te krijgen wat het probleem is, waarom het niet vanzelf overgaat en wat je eraan zou kunnen doen. Dat te achterhalen is het diagnostische proces. Dat proces deel je op in bepaalde stappen, niet om dat in de praktijk zo schematisch toe te passen, maar om je eigen denkproces onder de loep te nemen. Je grootste vijand is het afgaan op puur je intuïtie of je klinische blik. Dit boek probeert je te trainen om die niet klakkeloos als feit aan te nemen, maar daar kritisch naar te kijken. Jouw klinische blik is een hypothese die je moet gaan toetsen.”

Wat wil je bereiken met dit boek?

“Abstract geformuleerd is dat ‘open up your mind’. Het gaat erom de complexiteit van een probleem zodanig te overzien dat je een helicopterview creëert en verbanden kunt leggen, waarna je zo onbevangen mogelijk probeert om conclusies te trekken en deze te rijmen met wat er uit onderzoek blijkt. Daarnaast ben ik een groot voorstander van empowerment. Dat vraagt

van hulpverleners om toe te staan dat hun cliënt een eigen keuze maakt en dat jij die accepteert, zelfs wanneer deze naar jouw mening een totaal foute is. Dat is vrij lastig.”

Kun je een voorbeeld geven?

“De meeste mensen in Nederland en de Westerse wereld hanteren monogamie als norm. Stel dat er een echtpaar bij je komt voor relatietherapie. Uit de intake blijkt dat de vrouw een affaire heeft gehad. Wat is dan het probleem? Dat zit in je eigen normen en waarden, die zeggen dat het niet mag. Mevrouw zegt: “Het spijt me. Ik zal het niet meer doen. Ik maak het uit en we gaan verder”. Vijf sessies later komt de man erachter dat zijn vrouw weer vreemd is gegaan. Terugval is mogelijk, je doet hetzelfde: je gaat daarover praten. Weer vijf sessies verder gebeurt het nog eens. Dan is de kans vrij groot dat het zich zal blijven herhalen.

Het enige wat je dan nog kunt doen is tegen de man zeggen dat zijn vrouw regelmatig vreemd zal gaan en hem vragen of dat voor hem acceptabel is. Dan leg je het probleem en de oplossing waar ze horen. Dat is wat ik bedoel met empowerment. Wat voor de cliënt acceptabel is, is leidend. Het boek probeert je daarom te trainen in het zo sec mogelijk benaderen van een casus. Dingen zijn niet altijd zoals wij ze zien. Wat ik hoop is dat dit boek je helpt om verder te kijken dan je neus lang is. Dat je scherper gaat observeren.”

Wat voor praktijk voer je?

“Ik heb samen met twee collega's een onlinepraktijk waarbij we via Skype werken. We opereren buiten de verzekeringen om. Het zijn allemaal cliënten die gewoon goede hulp willen hebben, zonder de rompslomp van de verzekeraar. Wij hoeven aan niemand te rapporteren. De therapie noch de DSM-diagnose worden ergens geregistreerd. Dat is iets waar ik in de toekomst veel van verwacht. Niet alleen van het online werken, maar ook van het buiten de zorgverzekering om werken.”

Het enige wat je dan nog kunt doen is tegen de man zeggen dat zijn vrouw regelmatig vreemd zal gaan en hem vragen of dat voor hem acceptabel is.

Hoe zie je die toekomst?

“Het huidige systeem van psychologische zorg heeft op de lange termijn geen bestaansrecht. Als ik de huidige bezuinigingstrend doortrek dan vermoed ik dat met uitzondering van de zware, moeilijk te behandelen stoornissen alle andere behandelingen in de toekomst buiten de zorgverzekeraar gaan vallen. Nu is het al zo dat alleen behandelingen van GZ-psychologen door de zorgverzekeraar worden vergoed. Als je psychische hulp nodig hebt, dan ga je in de toekomst naar zelfstandige psychologen, die je uit eigen zak zal moeten betalen. Dit wordt verder in de hand gewerkt omdat je naast de HBO-psychologen nog een hele grote groep WO-psychologen hebt, die alleen een master hebben en dan nog geen GZ-psycholoog zijn. Het krijgen van een opleidingsplaats als GZ-psycholoog is een loterij waar je alleen onder bepaalde omstandigheden in komt. Als je in Nederland na je master GZ-psycholoog wilt worden dan moet je een baan zien te krijgen bij een grote GGZ-instelling die het je gunt om de GZ-opleiding te gaan volgen. Wil je het zelfstandig doen dan ben je voor de 2-jarige opleiding zo'n 32.000,- euro kwijt en moet je ook nog kunnen bewijzen werk te hebben dat aan de eisen voor een opleidingsplek voldoet. Dat is dus bijna onmogelijk.”

Vind je het een goede ontwikkeling?

“Ik denk het wel. Alle vormen van regulering en subsidiëring hebben het netto-effect dat de prijs omhoog gaat. Een zelfstandig werkend psycholoog, die niet meer de administratieve overhead vanwege regulering heeft, kan een lager uurtarief hanteren.”

Is die regulering niet juist in het leven geroepen om de kwaliteit te waarborgen?

“Als dat zo zou zijn, dan zou het een heel ander systeem moeten zijn, dat is gericht op de langetermijn. Ik geef een voorbeeld. Stel jij wordt depressief, zelfs tot in een mate dat je een DSM-diagnose krijgt. Wat zijn je mogelijkheden? Als je 'goedkoop' van je depressie af wilt komen – en dat zeg ik met grote aanhalingstekens – dan moet je naar je huisarts gaan, die dan 7 minuten de tijd heeft om een diagnose te stellen. Je presenteert de juiste symptomen en vraagt om een antidepressivum. De kans is groot dat je dat gaat krijgen. Dat kost je verder helemaal niks als het betreffende antidepressivum binnen het pakket valt. Het is symptoombestrijding maar het kan ook voldoende zijn. Als je bij een depressiebehandeling de effectiviteit van medicatie vergelijkt met cognitieve gedragstherapie (CGT) dan komen beiden uit op een effectiviteit van rond de 70%. Het verschil zit in

de terugvalpercentages, die hoger zijn wanneer je stopt met het nemen van het antidepressivum. Stel jij bent niet van de pillen en je wilt wat anders, dan stuurt de huisarts je naar een GGZ-instelling, waar je 12 sessies CGT krijgt die voor vergoeding in aanmerking komen, na aftrek van je eigen risico. Maar het evidence based standaardprotocol van CGT, raadt 20 sessies aan. Wie gaat de overige 8 sessies betalen? Het standaardtarief van de GGZ is 92,50 per sessie. Daar wordt je op slag weer depressief van. Verder blijkt uit onderzoek dat als je 24 sessies in plaats van 20 sessies volgt het terugvalpercentage behoorlijk omlaag gaat. Puur vanuit kwaliteit gedacht zou je dus iedereen 24 sessies geven, omdat dat op de lange termijn het meest effectief is. Nu zullen de meeste mensen na 12 sessies stoppen met de therapie. Wat is dan de kans dat je een gewenst en blijvend resultaat krijgt? Regulering zou de kwaliteit moeten borgen maar doet dat niet. Nu is de zorg gebaseerd op het beheersen van kosten op de korte termijn.”

“Als je als psycholoog zelf de kwaliteit wilt waarborgen dan zijn daar best andere manieren voor. Je kunt bij een onafhankelijke stichting je effectiviteit via een voor- en nameting met ROM (Routine Outcome Monitoring) laten bijhouden. Ik gebruik zelf de SCL-90 voor al mijn cliënten, bij het begin en het einde van de therapie. Het verschil in totaalscore is het effect van mijn behandeling. Ik moet aan mijn cliënten kunnen verkopen dat ik effectief ben.”

Wat kan er nog verbeterd worden aan de opleidingen voor toegepast psychologen?

“Ik kreeg bij mijn WO-opleiding veel meer gespreksvoering dan de meeste TP'ers nu. Als ik dat vertel kijken ze daar van op. Ik had bijvoorbeeld een gesprekspracticum van 6-8 weken met 3 volle dagen per week. Ik kreeg ook een diagnostiekpracticum met dezelfde omvang. Ik kan

me voorstellen dat een goede praktijkgerichte post-master-opleiding, waar je een half jaar lang alleen maar bezig bent met practica, die lacune kan vullen.”

Heb je naast het schrijven van meer boeken nog andere ambities? Heb je een specifieke droom?

“Daar heb ik een paar zakken geld voor nodig. Zo'n postmaster die ik net noemde sluit wel aan bij waar ik nog altijd een droom over heb. Ik zou graag een opleidingsinstituut willen beginnen dat zoveel mogelijk vrij is van overheidsinmenging. Mijn idee is dat mensen daar kunnen komen voor een dergelijke postmaster-opleiding ongeacht of ze HBO of WO geschoold zijn. Tegelijkertijd zou het een plek zijn waar cliënten nagenoeg gratis worden behandeld. Ik hoop daarmee vanuit puur maatschappelijk oogpunt mensen te kunnen helpen die dat anders niet zouden kunnen bekostigen. Ik wil dat mensen daar kunnen komen zonder dat ze eerst naar de huisarts hoeven te gaan. Als ik ooit zo'n instituut zou kunnen beginnen dan is mijn insteek om mensen te trainen in het beter herkennen en begrijpen van de emotie bij een cliënt. Ik vind namelijk dat emotie nog steeds het ondergeschoven kindje is in de psychologie en de hulpverlening. En dat we veel te veel gericht zijn op cognitie, terwijl cognitie naar mijn mening volledig onder beheer staat van de emotie.”

Van Alphen, M.F. (2014), Diagnostische Vaardigheden voor psychosociale hulpverleners. Den Haag: Boom Lemma. ISBN: 978-94-6236-475-2. www.diagnostischevaardigheden.nl

Van Alphen, M.F. (2015), Psychosociale gespreksvoering. Observatief luisteren in de hulpverlening. Den Haag: Boom Lemma. ISBN: 978-94-6236-373-1. www.psychosocialegespreksvoering.nl

