

Een minderheid van patiënten heeft geen baat bij psychotherapie en ervaart bijwerkingen. Sanne Houben bespreekt de invloed van de therapeut op deze negatieve effecten van psychotherapie.

De initiële klik tussen therapeut en patiënt én het blijven monitoren van de therapeutische relatie kunnen belangrijke hulpmiddelen zijn om het risico op negatieve effecten te verkleinen. Therapeutisch falen is misschien onvermijdbaar, om hiervan te leren niet. Met deze bijdrage wint Houben de Publicatieprijs 2019 voor jonge auteurs van De Psycholoog.

OVER DE BLINDE VLEK VAN THERAPEUTEN

TINDER VOOR PSYCHOTHERAPIE?

De cijfers over psychische stoornissen in de Nederlandse bevolking liegen er niet om. De life-time prevalentie ligt rond de 43% en in 2015 was één miljoen Nederlanders onder behandeling in de algemene en forensische geestelijke gezondheidszorg (De Ruiter, Van Greuningen & Luijk, 2017). Ondanks grote individuele verschillen zijn er gemiddeld dertien tot achttien sessies psychotherapie nodig om tot herstel te komen (Hansen, Lambert & Forman, 2002). Een groot deel van de patiënten heeft baat bij psychotherapie, een kleiner deel lijkt echter niet te profiteren van psychotherapie. Toch horen en lezen we vaker de verhalen van succesvolle behandelingen. Waarom weten we zo weinig van onsuccesvolle psychotherapeutische behandelingen? Simpelweg doordat er te weinig wetenschappelijk onderzoek naar gedaan is.

In de medische wereld is dit onderzoek er wél. De somatische gezondheidszorg hanteert als belangrijkste regel 'primum non nocere' (als eerste niet schaden). Zo komt een medicijn pas op de markt als er genoeg informatie beschikbaar is na intensieve onderzoeken. Er worden *randomized controlled trials* (RCT's) uitgevoerd die vooraf geregistreerd worden (ook wel preregistratie genoemd). In zo'n preregistratie staat hoeveel patiënten getest moeten worden, hoeveel milligram en hoe lang de medicatie moet worden ingeno-

men. Daarnaast moet er worden bijgehouden in welke situaties het medicijn schadelijk is en of er eventuele bijwerkingen zijn van het medicijn. Deze preregistratie is belangrijk om voorafgaand aan het onderzoek de verwachtingen vast te leggen om eventuele vertekeningen tijdens het interpreteren van de data te voorkomen. Patiënten worden vervolgens toegewezen aan medicijn A of B door middel van een toevalsprocedure om te voorkomen dat er a priori verschillen zijn tussen de patiëntengroepen. Patiënten krijgen vervolgens het werkelijke medicijn of een placebo (medicijn zonder werkzame bestanddelen) en dit wordt dubbelblind gedaan: zowel geveer als nemer weten niet welk van de twee wordt aangeboden. Als het medicijn lijkt te werken, komt alle belangrijke informatie in een bijsluiterterecht. Op deze manier zijn zowel patiënt als verstrekker op de hoogte van mogelijke bijwerkingen.

Ook psychotherapieën worden beoordeeld door middel van RCT's. Patiënten worden tevens via toeval toegewezen aan behandeling A of B, maar dit gebeurt niet dubbelblind. Het dubbelblind aanbieden van behandelingen is, in tegenstelling met de medische wereld, niet goed mogelijk bij psychotherapie (Hafkenscheid, 2014). Een ander belangrijk verschil zit in het vooraf registreren van het onderzoek. Slechts 15% van de RCT's naar psychotherapeutische behande-

Het dubbelblind aanbieden van behandelingen is, in tegenstelling met de medische wereld, niet goed mogelijk bij psychotherapie

lingen worden vooraf geregistreerd (Cybulski, Mayo-Wilson, & Grant, 2016). Deze RCT's focussen zich voornamelijk op positieve effecten van de interventie (bijvoorbeeld symptoomreductie). We willen voornamelijk weten wat er wél werkt. Daarnaast werd binnen psychotherapie lang aangenomen 'baat het niet, dan schaadt het niet'. Mogelijkerwijs is er hierdoor minder aandacht binnen de wetenschap geweest voor negatieve effecten van psychotherapie.

Het probleem dat zich voordoet bij negatieve effecten van psychotherapie is dat een duidelijke definitie ontbreekt. Enkele voorbeelden van negatieve effecten in de literatuur zijn: verslechtering van het ziektebeeld, vroegtijdige beëindiging van therapie, het ontstaan van nieuwe klachten, geen response op de behandeling (Parry, Crawford & Duggan, 2016). Negatieve effecten kunnen voorkomen bij correct uitgevoerde behandelingen en zijn soms onvermijdbaar (bijvoorbeeld huilen). Maar negatieve effecten kunnen ook ontstaan door incorrect(e) (uitgevoerde) behandelingen (bijvoorbeeld het ontstaan van pseudoherinneringen; Merckelbach et al., 2018). Negatieve effecten kunnen tijdelijk of persistent zijn en variëren in ernst (licht versus zwaar). De kanttekening bij het geringe aantal studies over negatieve effecten is dat deze zich alleen richten op verslechtering.

Na het beruchte debat over hervonden herinneringen begin jaren negentig van de vorige eeuw, zijn er enkele 'schadelijke' therapieën geïdentificeerd (zoals hervonden herinneringen-technieken; Lilienfeld, 2007). Uit Zweeds onderzoek blijkt echter dat er heden ten dage nog steeds negatieve effecten optreden tijdens goed onderbouwde therapieën. Zo rapporteerden 38% van patiënten ($n = 248$) het bovenkomen van onaangename herinneringen tijdens de behandeling (Rozenal et al., 2016). De verklaring voor zulke negatieve effecten bij goed onderbouwde therapieën, voor zo ver deze al gerapporteerd worden, wordt dan afgeschoven op de patiënt (Hook & Devereux, 2018).

Als een interventie sterk genoeg is om te genezen, kan deze, net zoals medicijnen, dus ook schaden. Zo kan een psychologische interventie het hoofdprobleem (*target*)

verergeren, of verslechtering kan optreden in andere domeinen. Het geeft te denken dat hier weinig wetenschappelijke aandacht aan wordt besteed, als men bedenkt dat vijf tot twintig procent van de patiënten geen baat heeft bij psychotherapie (Linden & Schermuly-Haupt, 2014). Psychotherapeuten moeten dus aan de slag met behandelprotocollen zónder bijsluiter en de patiënt start een behandeling zonder te beschikken over alle informatie. Het psychotherapeutisch proces is als het ware een driehoeksverhouding waarin de therapie, de patiënt én therapeut interacteren. Over deze laatste factor is veel geschreven, maar helaas is deze factor weinig systematisch onderzocht. Wat doen psychotherapeuten eigenlijk als ze te maken krijgen met een therapie die geen effect heeft bij een patiënt of zelfs klachten doet verergeren?

In dit artikel wordt de invloed van verschillende therapievormen op het risico op negatieve effecten buiten beschouwing gelaten, maar ligt de focus op de therapeut zelf. Recent onderzoek heeft laten zien dat individuele vaardigheden van een therapeut bijdragen aan de therapie-uitkomst (Owen et al., 2015; Hill et al., 2017). Maar wat is de kijk van de therapeut en patiënt op het therapeutische proces? En hoe kan het dat een en dezelfde therapeut bij de ene patiënt vooruitgang boekt, maar dat bij een andere patiënt de therapie (vroegtijdig) beëindigd wordt? Dit artikel tracht deze vragen te beantwoorden door een overzicht te geven van de geringe literatuur. Daarnaast wordt ook een oplossing voorgesteld om het therapeutisch proces te evalueren. Ten slotte wordt ingegaan op de klinische implicaties.

THERAPEUTISCH FALEN

Het onderkennen van negatieve effecten is eerder een eigenschap van een goede therapeut dan van een slechte therapeut (Linden, 2013). Idealiter zou het identificeren van negatieve effecten plaatsvinden voordat men actief met de psychotherapie begint. Bij patiënten met complexe problematiek is het echter mogelijk dat er zaken over het hoofd worden gezien als zulke negatieve effecten vooraf worden voorspeld. Hannan en collega's (2005) vroegen 48 therapeuten om ver-

slechtering van 550 patiënten te voorspellen. De therapeuten voorspelden bij drie patiënten verslechtering. Na afloop bleek dat 40 patiënten (7.3%) waren verslechterd. De auteurs concludeerden dat therapeuten te optimistisch zijn, maar dit is iets te kort door de bocht: vooraf een schatting geven bij een complex proces (zoals het verloop van een psychische stoornis) is moeilijk.

Negatieve effecten herkennen wanneer deze zich in de psychotherapie voordoen, is dan wel van belang, daar dit de klinische uitkomst verbetert (Budge, 2016). Hatfield en collega's (2010) bestudeerden notities van psychotherapeuten. Patiënten vulden de *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45; Lambert et al., 2004) in voorafgaand aan elke therapieessie. De OQ-45 is een vragenlijst die in het kader van routine outcome monitoring (ROM) in Nederland veel wordt gebruikt. De vragenlijst bestaat uit 45 items ('ik ben een tevreden mens') die gescoord worden op een schaal van vijf punten (0 = nooit tot 4 = bijna altijd). Een patiënt werd als verslechterd gecategoriseerd als de score op de OQ-45 bij een therapieessie 14 punten gedaald was ten opzichte van de intakescore. Op dat moment werden de notities van de therapeuten erbij gehaald om te kijken of de therapeut deze verslechtering ook had opgemerkt. Van de 70 patiënten ging 21% ($n = 15$) achteruit. In 70% van die gevallen werd er niets gemerkt over eventuele verslechtering van de patiënt. Het voorspellen én herkennen van negatieve effecten blijkt dus

moeilijk te zijn. Hoe reflecteren therapeuten dan op een onsuccesvolle behandeling?

THERAPEUTISCH PROCES

Werbart en collega's hebben in een viertal studies onderzocht hoe patiënten en therapeuten de therapie hebben ervaren bij zowel succesvolle als onsuccesvolle behandelingen. Zo laten ze zien dat de initiële 'klik' met een patiënt wellicht een prominente rol speelt in het al dan niet slagen van psychotherapie. Werbart en collega's (2015) vroegen aan patiënten om de *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-R-90; Derogatis, 1994) in te vullen. Deze zelfrapportage bevat 90 klachten (bijvoorbeeld 'denken om er maar een eind aan te maken') die gescoord worden op een vijfpuntschaal (0 = helemaal niet; 4 = extreem). Twintig patiënten verslechterden (op basis van die zelfrapportage) tijdens therapie en zij werden gevraagd hoe zij hun therapie hadden ervaren. Acht patiënten (40%) beschreven de therapeutische relatie als afstandelijk en kunstmatig. Daarnaast was de therapeutische methode voor hen onduidelijk. De auteurs concludeerden dat de therapeuten de doelen (bijvoorbeeld persoonlijke ontwikkeling) van de patiënt negeerden (of niet herkenden), waardoor de patiënt niet optimaal van de therapie kon profiteren.

In een recentere studie van Werbart et al. (2018) werden acht onsuccesvolle behandelingen aan de hand van de therapeutische gesprekken onderzocht. De behandelingen

JURVRAPPORT

De Redactieraad van *De Psycholoog* loofde afgelopen jaargang voor de twaalfde maal de *Publicatieprijs voor jonge auteurs* uit. De jury bestond uit hoofdredacteur Vittorio Busato en Eline van Baal en Miriam de Graaff, beiden lid van de Redactieraad. In totaal kwam er zes inzendingen binnen. Alle inzendingen zijn door de drie juryleden gelezen. Onafhankelijk van elkaar maakten zij een ranglijst van de artikelen. De belangrijkste criteria daarbij waren directe publiceerbaarheid, een origineel onderwerp en een goede schrijfstijl.

Op 4 november jl. kwam de jury bijeen op het NIP. De drie leden kozen Sanne Houben unaniem als winnaar van de Publicatieprijs 2019. Naast publicatie van haar prikkelende artikel *Tinder voor psychotherapie? Over de blinde vlek van therapeuten* wint zij 1250 euro. De jury was eveneens enthousiast over de inzendingen van Tessa Strijp (*De ongewisse toekomst van de psycholoog*) en Lotte Muilwijk (*Technologische ontwikkelingen en hun invloed op de geestelijke gezondheidszorg, het werkveld, het welzijn en het mens-zijn*). Zowel Strijp als Muilwijk zijn gevraagd hun inzending enigszins te reviseren; hun artikelen zullen later deze jaargang worden gepubliceerd in *De Psycholoog*. De andere drie inzendingen – een casusbeschrijving van de ziekte van Wilson, een artikel over het transgenderbrein en een artikel over leren floreren – zijn met belangstelling gelezen, maar deze stukken werden niet geschikt geacht voor publicatie in dit blad.

Het aantal inzendingen viel in vergelijking tot eerdere jaargangen nogal tegen. De Redactieraad zal zich bezinnen op hoe het enthousiasme voor deze prijs in de toekomst kan worden verhoogd. Ideeën daarvoor zijn welkom via redactie@psynip.nl. (EvB, VB, MdG)

werden als onsuccesvol gezien aan de hand van patiëntscores op de SCL-R-90. Therapeuten werd gevraagd om voorafgaand en aan het eind van de behandeling hun ervaring door te geven. Wat bleek? Al vanaf het begin gaven alle therapeuten aan dat ze een afstand voelden in de relatie met de patiënt. Als gevolg hiervan werden volgens de auteurs zaken die voor de patiënt van belang zijn over het hoofd gezien en overschatte de therapeut het (normale) functioneren van de patiënt. Aan het eind van de behandeling was deze afstand volgens de therapeuten nog steeds voelbaar. Therapeuten benoemden niet wát er is gedaan om de therapeutische relatie te herstellen. Werbart c.s. concludeerden dat er in dit geval een ‘pseudoproces’ ontstaat: de therapeut nam alleen de functionele kant van de patiënt in beschouwing en was niet in staat de techniek aan te passen. Is deze klik er dan wel bij succesvolle behandelingen?

‘Een patiënt moet tijdens de therapie aan zichzelf willen werken’

Als we naar succesvolle behandelingen kijken, zien we inderdaad een ander beeld. Werbart et al. (2019) keken expliciet naar zestien succesvolle behandelingen van veertien therapeuten. De behandelingen werden als succesvol geëvalueerd op basis van de hiervoor genoemde zelfrapportage. Ook in deze studie werden therapeuten voorafgaand en aan het einde naar hun ervaringen gevraagd. Alle therapeuten gaven aan dat ze zowel aan het begin en aan het eind van de therapie gemotiveerd waren om de patiënt te helpen. Zo voelden ze een bepaalde ‘aantrekkelijkheid’, sympathie, en schonken ze veel aandacht aan de patiënt. De bovengenoemde studies keken naar therapeuten met succesvolle behandelingen en therapeuten met onsuccesvolle behandelingen. Maar hoe zit het bij één en dezelfde therapeut?

Werbart, Annevall en Hillblom (2019) hebben drie therapeuten én hun patiënten naar hun ervaringen gevraagd. Alle therapeuten hadden zowel één patiënt die de behandeling succesvol had afgesloten en één patiënt bij wie de niet succesvolle behandeling vroegtijdig was beëindigd. De

indeling succesvol/onsuccesvol werd wederom gemaakt door middel van zelfrapportage op de symptomenchecklist van de patiënt. De therapeut en patiënt werden gevraagd naar hun ervaring in het begin van de therapie en aan het eind. Bij de succesvolle behandelingen zaten de patiënt en therapeut duidelijk op eenzelfde lijn. Er was een gemeenschappelijk begrip over de bestaande problemen, de therapeut paste de interventie zo nodig aan, en beiden ervaarden de therapeutische relatie als positief. De therapeuten voelden een bepaalde verbondenheid, liefde en gedeelde humor. Aan het eind van de behandeling waren beiden het erover eens dat de patiënt verbeterd was. Bij de onsuccesvolle behandelingen weken de ervaringen van de patiënt en therapeut van elkaar af. Patiënten ervaarden wantrouwen, voelden zich onbegrepen en gaven aan dat er geen match was. De therapeuten gaven aan dat de patiënt niet over bepaalde trauma's wilde praten of stelden dat er meer tijd nodig was aangezien de patiënt zich verzette. Therapeuten herkennen dus de moeizame therapeutische relatie, maar lieten hun eigen aandeel daarin buiten beschouwing.

Uit deze studies kunnen we afleiden dat een initiële klik (ofwel nabijheid) tussen patiënt en therapeut belangrijk is voor de therapie-uitkomst. Bij onsuccesvolle behandelingen attribueren patiënt en therapeut de oorzaak aan verschillende factoren. Een bevinding die hoe dan ook naar voren komt, is dat therapeuten de oorzaak van de moeizame relatie toeschrijven aan de problematiek van de patiënt. Therapeuten lijken daarbij een *self-serving* bias te hebben. Deze bias houdt in dat successen aan eigen capaciteiten wordt toegeschreven en het ‘falen’ worden toegeschreven aan omstandigheden of fouten van anderen.

Therapeuten gaan dus verschillend te werk met verschillende patiënten. De verschillende werkwijze kan verklaard worden aan de hand van de kwaliteit van de therapeutische relatie. Dat de therapeutische relatie belangrijk is voor behandelings succes, is geen nieuwe idee. Gold en Stricker (2011) stipten de therapeutische relatie al eens aan als een mogelijke verklaring voor negatieve effecten. Als een therapeut de patiënt niet begrijpt, zal er uiteindelijk een mismatch zijn tussen wat de patiënt nodig heeft en wat de therapeut aanbiedt. Een therapeut legt de verantwoordelijkheid deels bij de patiënt neer (‘een patiënt moet tijdens de therapie aan zichzelf willen werken’), maar het monitoren van de therapeutische relatie is de verantwoordelijkheid van de therapeut. Afgaand op bovenstaande resultaten lijkt het moeilijk te zijn om als therapeut een ‘metaperspectief’ aan te nemen. Hoe is zo'n *self-serving* bias te verhelpen?

Therapeuten schrijven de oorzaak van de moeizame relatie toe aan de problematiek van de patiënt

FEEDBACK

In de praktijk vindt feedback voor de therapeut alleen plaats via interviews. Casuïstiek kan worden ingebracht, maar het gaat vooral om het functioneren van de therapeut. Om *the blind leading the blind* te voorkomen, is objectieve feedback nodig over de voortgang van de therapie. Dit kan bijvoorbeeld door een feedbackbenadering met monitorinstrumenten (Hafkenscheid, 2014; Merckelbach et al., 2018), wat een aanvulling kan zijn op de al bestaande interview. Door middel van zulke feedback krijgt een therapeut informatie over wat er goed gaat of mis dreigt te gaan met de patiënt, welke stappen eventueel genomen moeten worden (bijvoorbeeld de therapie bijsturen of afbreken) en daar vervolgens zelf ook van leren (meer aandacht voor de therapeutische relatie; Goldberg et al., 2016).

De *Outcome Rating Scale* (ORS; Miller et al., 2003) en *Session Rating Scale* (SRS; Duncan et al., 2003) zijn instrumenten die daarbij kunnen helpen. De ORS is een korte zelfrapportagevragenlijst waarin het individueel welbevinden, de interpersoonlijke relaties, de mate waarin de patiënt zijn sociale rol kan vervullen, en het algemeen welbevinden worden gemeten. De patiënt wordt gevraagd hoe het de afgelopen tijd is gegaan en dient dit aan te geven door middel van een kruisje op een horizontale lijn (links = laag welbevinden; rechts = hoog welbevinden). De SRS is eveneens een korte zelfrapportagevragenlijst en meet de therapeutische relatie, de mate van overeenstemming in doelen tussen patiënt en therapeut, overeenstemming in aanpak en werkwijze, en een algehele beoordeling van de sessie. De patiënt moet een kruisje plaatsen op een lijn die de (on-)tevredenheid reflecteert, bijvoorbeeld: 'Ik voelde me niet gehoord, begrepen en gerespecteerd – Ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd.' De ORS en SRS worden voorafgaand aan elke behandelsessie ingevuld en bevatten items waarbij de patiënt een kruisje moet plaatsen op een lijn van tien centimeter. Hoe meer het kruisje naar links, des te meer ontevredenheid de patiënt ervaart.

Aan de hand van de resultaten krijgen therapeuten daarbij ook feedback over de therapeutische relatie (bijvoor-

beeld de instructie om de therapeutische relatie te reflecteren tijdens de volgende sessie). De patiënt betrekken bij het geven van feedback (door bijvoorbeeld doelen/verwachtingen van therapie te bespreken) wordt ook wel meta-communicatie genoemd (Lambert, 2013). De therapeut ontvangt zulke feedback voorafgaand aan de therapiesessie, waar zowel schriftelijk als visueel (door middel van grafieken) wordt geadviseerd wat een volgende stap kan zijn. Zo werken Lambert en collega's (2005) met een kleurensysteem: 'wit' betekent dat de patiënt normaal functioneert en dat de therapie kan worden afgesloten, 'groen' dat de patiënt adequaat reageert op de behandeling en dat deze moet worden voortgezet, 'geel' dat de patiënt onvoldoende vooruitgang boekt en waarschijnlijk geen baat heeft bij de therapie en het behandelplan dus moet worden aangepast, en 'rood' is uiteindelijk voor de patiënten die geen enkele vooruitgang boeken en grote kans lopen op een negatieve ervaring.

In de praktijk lijkt zo'n feedbacksysteem zijn vruchten af te werpen. Lambert et al. (2005) lieten therapeuten werken op de gebruikelijke manier (zonder monitoren en feedback) en mét feedback. Als er op de gebruikelijke manier werd gewerkt, verslechterde ongeveer 20% van de patiënten. Dit percentage daalde naar 13% als er werd gewerkt met het feedbacksysteem. Shimokawa, Lambert en Smart (2010) voerden een meta-analyse uit met zes klinische trials waarbij met feedback werd gewerkt. Patiënten kregen de gebruikelijk therapie aangeboden, of een therapie waarbij de therapeuten feedback ontvingen. Bij de gebruikelijke therapie was er 20% ($n = 64$) verslechtering en voor de patiënten waarbij de therapeut feedback ontving 11%. Voor patiënten die lang genoeg therapie ontvingen zodat de therapeut voldoende de feedback kon integreren, daalde dit percentage nog verder naar 5.5%. Door middel van feedback kan de therapeut zich bewust worden van hoe de patiënt, onder andere, de therapeutische relatie ervaart (Lambert, 2013; Werbart et al., 2015). De feedback dient dan ook niet als kritiek, maar als een leerproces dat eraan bijdraagt de behandeling zo effectief mogelijk te laten slagen.

In Nederland is een handvol studies verricht naar de toegevoegde waarde van feedbacksystemen (Bovendeerd & De Groot, 2013; Van Oenen et al., 2013; Winkelhorst, Hafkenscheid & De Groot, 2013; Janse et al., 2017). De meeste studies vonden zogenoemde nulresultaten: er kon niet worden aangetoond dat deze werkwijze de behandel-effectiviteit verhoogt. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de steekproeven erg klein waren, en dat het daardoor statistisch gezien moeilijk is om een verschil tussen proefpersonen te vinden.

Een kanttekening is dat in de huidige feedbacksystemen (OQ-45, ORS en SRS) alleen de patiënt het monitorinstrument invult. Om eenzijdigheid te voorkomen zou een therapeut dus ook een dergelijk monitorinstrument dienen in te vullen. Zo bestaan er de *Therapeut Tevredenheidsschaal* (TSS; Kokotovic & Tracey, 1990) en de *Beoordelingslijst Therapiegesprek* (SEQ; Stiles, 1980). De TSS bevat beschrijvingen over niet gereflecteerde gevoelens/cognities over het behandelproces en de SEQ brengt de emotionele sfeer in kaart. De TSS bevat zeven beschrijvingen over niet gereflecteerde gevoelens/cognities over het behandelproces (bijvoorbeeld: 'Momenteel vind ik deze cliënt moeilijk om mee te werken') en wordt op een zevenpuntschaal beantwoord (1 = sterk mee oneens; 7 = sterk mee eens). De SEQ brengt de emotionele sfeer in kaart door middel van 21 items die bestaan uit een tweetal bijvoeglijke naamwoorden (bijvoorbeeld: Dit therapiegesprek was 1 = slecht; 7 = goed). Beide worden ingevuld na afloop van de behandelsessie. Hoe hoger de scores op de vragenlijsten, hoe positiever de therapeut het behandelproces ervaart. Wetenschappelijk onderzoek over deze monitorinstrumenten is nihil, waardoor er helaas nog geen bevindingen zijn over of deze vragenlijsten ook echt bijdragen aan de therapeutische relatie en therapie succes.

Bij een valide interventie en een goede therapeutische relatie kunnen negatieve effecten optreden. Een omissie bij

de huidige monitorsystemen is dat er niet specifiek gevraagd wordt naar negatieve effecten. De *Negative Effect Questionnaire* (NEQ; Rozental et al., 2016) is een vragenlijst waarbij de patiënt 32 stellingen (bijvoorbeeld: 'Ik geloofde niet meer dat het beter zou gaan') op een vijfpuntschaal ('helemaal niet' tot 'extreem') scoren. Op deze manier kan een therapeut achterhalen wat er mis dreigt te gaan en krijgt men dus een gedetailleerd inzicht in de behandelresultaten.

DISCUSSIE EN KLINISCHE IMPLICATIES

Hoe kan het dat een therapeut bij de ene patiënt wel succesvol de behandeling kan afsluiten en bij een andere patiënt niet? De resultaten van de hierboven beschreven studies suggereren dat het behandel succes van therapeuten voor een deel patiëntafhankelijk is. Als een therapeut tijdens het begin een bepaalde connectie voelt met de patiënt, resulteert dit vaker in een succesvolle afronding dan wanneer een therapeutische afstandelijkheid plaatsvindt (Werbart et al., 2019). Wellicht is de blinde vlek van een therapeut de onbewuste voorkeur, waarbij een positieve therapeutische relatie de therapeut voldoende uitdaagt om aan het werk te gaan met de patiënt en waarbij men (onbedoeld) minder 'moeite' doet voor patiënten met wie (bijna) geen klik is?

Therapeuten zijn er in allerlei soorten en maten. Maar hoe weet je als patiënt dat je bij de juiste therapeut bent en krijgt wat je nodig hebt? Voor succesvolle therapie is een initiële (emotionele) klik tussen therapeut en patiënt noodzakelijk. Om de kans hierop te vergroten zou bijvoorbeeld een matchingsysteem kunnen worden ontwikkeld. Een soort Tinder voor psychotherapie: als zowel therapeut en patiënt een klik voelen met elkaar, is het een kwestie van *swipen* en kan gestart worden met de behandeling. Reefhuis et al. (2019) toonden recentelijk aan dat de kwaliteit van de therapeutische relatie voornamelijk in het begin van de behandeling voorspellend is voor symptoomreductie. Daarnaast pleitten ze voor een meting twee weken na aanvang van de therapie, waarbij een afkapscore gehanteerd wordt. Een score onder een bepaalde waarde zou dan voorspellend zijn voor minder behandelresultaat. Toch geen liefde op het eerste gezicht tussen patiënt en therapeut? Dan kan er gewisseld worden van therapeut.

Om de kans op een succesvolle behandeling te optimaliseren, is echter ook het objectief monitoren van de therapie-effecten gedurende de behandeling nodig (Dimidjian & Hollon, 2010). Feedback door middel van monitoringsystemen is een essentieel onderdeel van het opbouwen van expertise (Ericsson, 2009) en biedt inzicht in behandelresultaten.

Wat doen psychotherapeuten als ze te maken krijgen met een therapie die geen effect heeft bij een patiënt of zelfs klachten doet verergeren?

De kwaliteit van de therapeutische relatie is voornamelijk in het begin van de behandeling voorspellend voor symptoomreductie

taten én in je eigen blinde vlek. Door middel van feedback halveert het aantal patiënten met negatieve ervaringen. Zonder feedback kunnen allerlei biases om de hoek komen kijken, zoals de hello-goodbye-bias (symptomen aanvankelijk aandikken; *faking bad*) om in aanmerking te komen voor behandeling en naarmate het einde van de therapie nadert de symptomen minimaliseren (*faking good*; Tracey et al., 2014) en de fundamentele attributiebias (het onderschatten van situationele factoren en overschatten van persoonlijke factoren; Waller, 2009). Dit gaat ten koste van de behandelingsuitkomst.

Uiteindelijk is het de prioriteit om de patiënt te helpen. Om dit te realiseren en om de kans op mogelijke negatieve effecten te minimaliseren, is het gebruik van feedback noodzakelijk.

CONCLUSIE

De therapeutische wereld is anders dan de medische wereld. Het evaluatieproces bewandelt een ander pad. Onderzoek naar de werking van therapieën legt vooral de nadruk op welke facetten verantwoordelijk zijn voor het gunstige effect van de desbetreffende behandeling. Nadelige effecten, dan wel bijwerkingen, worden zelden gerapporteerd (laat staan dat onderzocht wordt hoe zulke negatieve effecten ontstaan).

Naast de wetenschappelijke blinde vlek (dat wil zeggen het gebrek aan wetenschappelijke studies), bestaat het therapeutisch proces uit meer dan alleen de therapie. Het therapeutisch proces krijgt vorm door de interactie tussen de therapie, patiënt en therapeut. Deze interactie lijkt belangrijk te zijn voor het therapeutisch succes én voor het ontstaan van mogelijke negatieve effecten. De complexiteit van het therapeutisch proces maakt het moeilijk negatieve effecten wetenschappelijk te bestuderen (Werbart et al., 2015).

De beschikbare studies laten zien dat als de therapeutische relatief positief ervaren wordt, door zowel patiënt als therapeut, de behandeling succesvol verloopt. Als er een afstandelijke therapeutische relatie is, dreigt de behandelingsuitkomst gedoemd te zijn tot falen. Voor een therapeut is het moeilijk om het therapeutisch proces te evalueren.

Psychotherapie is mensenwerk waarbij fouten onvermijdbaar zijn, maar bij mensenwerk is feedback onmisbaar. Dit maakt het implementeren van feedbacksystemen des te noodzakelijker. Zo'n monitoringsysteem geeft een objectiever beeld van de werking van de psychotherapie en draagt eraan bij dat patiënten optimaal kunnen profiteren van psychotherapie. Daarnaast kunnen therapeuten beter begrijpen wat er met hen zelf gebeurt.

Het doel van zulke feedback is geen kritiek op het handelen van de therapeut, maar is tweeledig: enerzijds optimaliseert de behandeluitkomst voor de patiënt, anderzijds bouw je als therapeut expertise op. Fouten maken is onvermijdbaar (het blijft immers mensenwerk), maar het is belangrijk om waar het kan zélf verantwoordelijkheid te nemen. Want als het niet baat, kan het wel degelijk schaden.

OVER DE AUTEUR

Drs. Sanne Houben is promovendus bij de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen aan de Universiteit Maastricht. E-mail: sanne.houben@maastrichtuniversity.nl.

Summary

TINDER FOR PSYCHOTHERAPY? ABOUT THE BLIND SPOT OF THERAPISTS

S.T.L. HOUBEN

A minority of patients do not benefit from psychotherapy and experience side effects. The current article describes the scarce literature on the role of a therapist on such negative treatment outcomes. Results indicate that the therapeutic relationship is of high relevance for the treatment success. However, studies show that if both therapist and patient experience a negative therapeutic relationship, the therapist does not discuss this feeling with the patient. As a result, the therapy is deemed to fail. A feedback monitoring system has been put forward to counter such failure in psychotherapy. Both the therapist's expertise and treatment outcome benefit from incorporating such feedback. Errors are inevitable, but learning from these mistakes is necessary to reduce miscarriages of psychotherapy.

Literatuur

- Bovendeerd, B. & De Groot, E. (2013). Het effect van systematische feedback op de uitkomst van een kortdurende wachtlijstbehandeling in de ggz. Een RCT-pilotstudy. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 39, 157-171.
- Budge, S.L. (2016). To err is human: An introduction to the special issue on clinical errors. *Psychotherapy*, 53, 255-256. doi:10.1037/pst0000084
- Cybulski, L., Mayo-Wilson, E. & Grant, S. (2016). Improving transparency and reproducibility through registration: The status of intervention trial published in clinical psychology journals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 753-767. doi:10.1037/ccp0000115
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring and procedures manual* (3rd rev.ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Dimidjian, S. & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65, 21-33. doi:10.1037/a0017299
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R. et al. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a working alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12.
- Ericsson, K. A. (2009). *Development of professional expertise*. New York: Cambridge University Press.
- Gold, J. & Stricker, G. (2011). Failures in psychodynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67, 1096-1105. doi:10.1002/jclp.20847
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L. et al. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 1-11. doi:10.1037/cou0000131
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Enschede: De Tijdstroom.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W. et al. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163. doi:10.1002/jclp.20108
- Hansen, N. B., Lambert, M. J. & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343. doi:10.1093/clpsy.9.3.329
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 25-32. doi:10.1002/cpp.656
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M. Jr. & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 45, 7-53. doi:10.1177/0011000016641192
- Hook, J. & Devereux, D. (2018). Boundary violations in therapy: The patient's experience of harm. *BJPsych Advances*, 24, 366-373.
- Janse, P. D., de Jong, K., van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J. & Verbraak, M. J. (2017). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 27, 525-538.
- Kokotovic, A. M. & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counselling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16-21.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50, 42-51. doi:10.1037/a0030682
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L. & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 165-174. doi:10.1002/jclp.20113
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S. et al. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire-45*. Salt Lake City, UT: OQ Measures.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53-70. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 286-296.
- Linden, M. & Schermuly-Haupt, M. L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry*, 13, 306-309. doi:10.1002/cpp.1765
- Merckelbach, H., Houben, S. T. L., Dandachi-FitzGerald, B., Otgaar, H. & Roelofs, J. (2018). Als psychotherapie faalt. *De Psycholoog*, 10, 10-21.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A. & Claud, D. (2003). The outcome ratings scale: A preliminary study of the reliability, validity and feasibility of a brief visual analogue measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.
- van Oenen, F. J., Schipper, S., Van, R., Peen, J., Visch, I. et al. (2013). Efficacy of immediate patient feedback in emergency psychiatry: A randomized controlled trial in a crisis intervention and brief therapy team. *BMC Psychiatry*, 13. doi:10.1186/1471-244X-13-331
- Owen, J., Drinane, J. M., Idigo, K. C. & Valentine, J. C. (2015). Psychotherapist effects in meta-analyses: How accurate are treatment effects? *Psychotherapy*, 52, 321-328. doi:10.1037/pst0000014
- Parry, G. D., Crawford, M. J. & Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies – time to move on. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 210-212. doi:10.1192/bjbp.115.163618
- Reefhuis, E. R., van Dijk, M. K., Miggiels, M. F., ten Klooster, P. M., Huijbers, M. J. H. & Dekker, J. J. M. (2019). De kwaliteit van de therapeutische relatie voorspelt uitkomst van psychotherapie bij depressie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 45, 6-23.
- Rozenal, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2016). Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *PLoS ONE*, 11: e0157503. doi:10.1371/journal.pone.0157503
- de Ruiter, G., van Greuningen, M. & Luijk, R. (2017). *Zorgthermometer ggz: Inzicht in de geestelijke gezondheidszorg*. Enschede: Vektis. Geraadpleegd via <https://www.vektis.nl/intelligence/geestelijke-gezondheidszorg>
- Shimokawa, K., Lambert, M. J. & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 78, 298-311.
- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 176-185.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W. & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69, 218-229. doi:10.1037/a0035099
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127. doi:10.1016/j.brat.2008.10.018
- Werbart, A., Annevall, A. & Hillblom, J. (2019). Successful and less successful psychotherapies compared: Three therapists and their six contrasting cases. *Frontiers in Psychology*, 10:816. doi:10.3389/fpsyg.2019.00816
- Werbart, A., von Below, C., Brun, J. & Gunnarsdottir, H. (2015). "Spinning one's wheels": Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy*, 25, 546-564. doi:10.1080/10503307.2014.989291
- Werbart, A., von Below, C., Engqvist, K. & Lind, S. (2018). "It was like having half of the patient in therapy": Therapists of nonimproved patients looking back on their work. *Psychotherapy Research*. Doi:10.1080/10503307.2018.1453621
- Werbart, A., Missios, P., Waldenström, F. & Lilliengren, P. (2019). "It was hard work every session": Therapists' view of successful psychoanalytic treatments. *Psychotherapy Research*, 29, 354-371. doi:10.1080/10503307.2017.1349353
- Winkelhorst, Y., Hafkenscheid, A. & De Groot, E. (2013). Verhoogt routine process monitoring (RPM) de effectiviteit van behandeling? Een vergelijkende pilotstudy. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 39, 146-156.