

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, 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) 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 gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

CONGRESSEN

Wat werkt in therapie?

Tweedaagse workshop met Scott Miller, georganiseerd door het Platform Systeemtherapie Noord Nederland te Haren (Gr) op 5 en 6 oktober 2006

'I had always been plagued by doubt, feeling, as I met with clients, that I'd missed the one crucial day in graduate school where they told you the secret to making it all work'

In een twee dagen lang volgehouden zeer enthousiast en onderhoudend betoog, stelt Scott Miller een methode voor om van *evidence based practice* te gaan naar *practice based evidence*. De kern van zijn betoog is dat het niet moet gaan over theorieën of methodieken, maar over resultaten.

Miller opent de workshop met een kritische beschouwing van onderzoek naar de werkzaamheid van psychotherapie. Zijn conclusie is dat psychotherapie vaak werkt, maar dat dit niet terug te zien is in het vertrouwen dat mensen in therapie hebben. Als we kijken naar het consumentenvertrouwen in diverse beroepsgroepen, dan scoort de psychotherapeut net boven de advocaat, maar onder de taxichauffeur en de autoverkoper. Van de ontwikkelingen in de richting van *evidence based* programma's om dit negatieve beeld te keren, is Miller niet onder de indruk. Zijns inziens staat het onderzoek waarop deze programma's gebaseerd zijn vaak ver af van de klinische praktijk en zijn de ontwikkelde behandelprotocollen vaak niet toepasbaar op de veelal heterogene patiëntenpopulatie.

Zelf accentueert hij de meest bepalende factor voor de werkzaamheid van therapie: de relatie tussen therapeut en cliënt. Om een

goede samenwerking tussen therapeut en cliënt tot stand te brengen, is het nodig dat zij het eens zijn over het doel van de therapie en de middelen die daarvoor gebruikt moeten worden. De visie van de cliënt op de therapeutische relatie is in dit verband van belang. Wanneer de relatie als transparant en echt wordt ervaren, verhoogt dat de effectiviteit van de behandeling.

Ook van belang is de theorie van de cliënt over hoe problemen worden opgelost, over hoe veranderingen tot stand komen. Wanneer deze theorie overeenkomt met de theorie van de therapeut, is de behandeling effectiever. Ter illustratie vertelt Miller over vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie en van de Anonieme Alcoholisten bij de behandeling van mensen met een alcoholverslaving. Er werd geen verschil in effectiviteit aangetoond. Wel bleek dat mensen die bij de AA succesvol waren, geloofden dat zij aan een ziekte leden. De mensen die bij de CGT succesvol waren, geloofden dat zij iets slechts hadden aangeleerd. Belangrijk voor een succesvolle behandeling en voor het weer vlot trekken van een stagnerende behandeling is dus: goed navragen wat de cliënt denkt dat er aan de hand is en hoe hij of zij denkt dat verbetering het best bereikt kan worden. Als je voldoet aan de behoeften van de cliënt, verbeter je de betrokkenheid en daarmee het resultaat. Op een vraag uit de zaal over de contradictie tussen het moeten doen wat de cliënt wil en het moeten doen waar je zelf in gelooft, antwoordde Miller dat de therapeut moet vertellen waar hij in gelooft én moet vragen waar de cliënt in gelooft. Wanneer dat twee verschillende verhalen zijn, moet je met elkaar verder praten tot je tot een verhaal bent gekomen waarover je beiden tevreden bent. Ter illustratie vertelde Miller de casus van Tim.

Tim heeft de diagnose schizofrenie en is alcoholafhankelijk: eens per maand drinkt hij zo veel dat hij in het ziekenhuis terecht komt, waar hij dan twee à drie dagen is. Zijn medicatie wordt dan verhoogd en hij krijgt meer last van de bijwerkingen. Ondanks de vele therapieën verandert er niets aan dit patroon. Het team vindt dat Tim onvoldoende gemotiveerd is voor verandering. Tim vertelt dat hij geen controle heeft over de episodes. Hij vertelt ook hoe externe veranderingen (zoals de dood van zijn vader) het hem moeilijk maken en hoe vervelend hij dat vindt voor de mensen om hem heen, zoals zijn moeder, zijn roommate en zijn therapeut.

Uit Tims verhaal blijkt dat hij een extern systeem van verklaringen heeft, zowel voor wat er niet goed gaat (de terugkerende drinkepisodes) als voor wat er wel goed gaat (al een maand droog staan om te voorkomen dat de therapeut afaakt). Tim blijkt dan ook een ‘veranderingstheorie’ te hebben die zegt dat de therapeut voor verandering moet zorgen. Hier is sprake van een drietal contradicties met de gangbare professionele veranderingstheorieën, die stellen dat veranderingen intern gemotiveerd moeten zijn, dat de cliënt niet moet verwachten dat de therapeut hem geneest (sic!) en dat de cliënt niet van de therapeut afhankelijk mag worden door voor hém te veranderen. Maar in plaats van Tim te overtuigen van de ‘betere’ veranderingstheorie van het team, is men gaan zoeken naar aansluiting met de theorie van Tim zelf. Tim wil graag van betekenis zijn voor anderen, anderen helpen. Het team is dus gaan nadenken over de vraag hoe Tim zou kunnen helpen, in plaats van hoe Tim geholpen zou moeten worden. Tim is toen de leider geworden van de vrijwilligers in het centrum. Vanaf dat moment heeft hij geen

dronken episodes meer gehad én heeft hij geen tijd meer gehad om zijn therapeut te helpen.

Miller pleit voor een eclectische houding; de therapeut kan dan een methodiek kiezen die past bij de veranderingstheorie van een specifieke cliënt. Daarbij gaat Miller ervan uit dat als een bepaalde therapie gaat werken, er in de eerste zes weken al een aantoonbare verandering moet zijn.

Om goed zicht te houden op de samenwerking tussen cliënt en therapeut en na te gaan of er snel genoeg resultaat wordt geboekt, heeft Miller twee korte vragenlijsten ontwikkeld, de *Outcome Rating Scale* (ORS) en de *Session Rating Scale* (SRS). De ORS vraagt naar hoe het de afgelopen week, of sinds het laatste behandelcontact, is gegaan op de volgende vier levensgebieden: individueel, interpersoonlijk (contacten thuis, met mensen die dichtbij staan), sociaal (werk, opleiding, sociale contacten) en over het geheel. Dit formulier wordt aan het begin van iedere sessie ingevuld. Het andere formulier, de SRS, wordt aan het eind van iedere sessie ingevuld en vraagt naar het gevoel van de cliënt bij het behandelcontact van die dag. Ook hierbij gaat het over vier aspecten van het contact, de relatie (ik voelde me wel/niet begrepen en gerespecteerd), doelen en thema’s (we hebben wel/niet gewerkt aan of gepraat over waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten), benadering of werkwijze (sloot wel/niet aan bij wat ik zoek of nodig heb), algeheel (er miste iets in het behandelcontact van vandaag / het behandelcontact van vandaag voldeed over het geheel genomen goed).

Het invullen van beide formulieren, wat de cliënt hooguit twee minuten kost, zorgt er voor dat de individuele therapeut goed zicht houdt op hoe de cliënt zich voelt en of daar-

in (snel genoeg) verandering komt, én op hoe de cliënt de therapeutische relatie waardeert. Bovendien worden deze vragenlijsten gebruikt voor meer algemeen onderzoek naar de werkzaamheid van therapieën. Hoe werkt het in de praktijk?

Bij de ORS is het zo dat als de score hoger is dan 25 (de maximale score is 40), de kans groot is dat deze cliënten zich eerder slechter dan beter gaan voelen door de behandeling. Het kan zijn dat zij gestuurd zijn door iemand, een enkelvoudig probleem hebben, bang zijn om het behandelcontact te verbreken en mogelijk profiteren van een laag gedoseerd contact of geen serieuze hulpvraag hebben. Als cliënten met hun score tegen de 25 aan zitten, zal de verandering heel langzaam gaan. De therapeut kan hier beter een minder intensief maar wel langdurig contact aanbieden. Bij mensen die met een heel lage score starten, zal de verbetering heel snel gaan. Drop-out is hier een groot risico, omdat de verandering al snel groot genoeg is. Het is verstandig deze cliënten een intensief contact aan te bieden.

Op de SRS, waarin gevraagd wordt hoe de cliënt het huidige behandelcontact heeft beleefd, is de maximale score ook 40. Een score van 38 of hoger is goed, 36 of 37 is redelijk en onder de 36 is slecht. Een lage score die later beter wordt, levert een grote kans op een succesvolle therapie; deze therapeuten leren van feedback zodat de behandeling steeds beter passend wordt. Bij een score van 40 bedankt de therapeut voor het compliment en vraagt door naar kritiekpunten. Als die er zijn: de kritiek goed incasseren. Zo niet dan wil je weten: 'Wat was het dat deze sessie zo goed voor je maakte; wat kunnen we herhalen?' De uitdaging is dan om de score zo hoog te houden. Eén punt zakken kan al duiden op ernstige problemen.

Creating a culture of feedback. Eigenlijk is dat de kern van de boodschap van Miller. Als therapeut moet je doen waar jij in gelooft, waar de cliënt in gelooft, binnen een goede samenwerking, én je moet het effect blijven evalueren.

Het waren twee inspirerende dagen, met veel oefeningen en casusbeschrijvingen. We wisten natuurlijk allemaal al dat de therapeutische relatie ons belangrijkste middel is. Toch is het heerlijk om iemand een zo goed onderbouwd betoog te horen houden over de relativiteit van de richtingsstrijd en het belang van de relatie. Als we dit, met behulp van de vragenlijsten, ook nog wetenschappelijk aangetoond krijgen, zou dat mogelijk kunnen leiden tot financiering op grond van de uitkomsten van de OSR en de SRS in plaats van op grond van DBC's die bepaalde behandelprotocollen impliceren. Haalbaar of utopisch?

Lucia H. van der Sluijs

Literatuur

Miller, Scott D., Duncan, Barry L. & Hubble, Mark A. (2004). *Beyond Integration: the Triumph of Outcome Over Process in Clinical Practice. Psychotherapy in Australia*, 10, 2-19.

Voor meer informatie verwijs ik naar de website www.talkingcure.com

Gehechtheidspatronen en partnerrelaties. Wat kunnen we er mee in therapie?

Studiedag Sectie Partnerrelatietherapie
NVRG, 23 maart 2007 in Amersfoort

Zo'n dertigtal geïnteresseerde therapeuten nam deel aan de studiedag van de Sectie