

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

■ Reflecties

Cafépraat – Over therapie, outcome en evidence

Peter, Rob en ik hebben samen psychologie gestudeerd, lang geleden. Rob is na zijn studie gespecialiseerd in ggz-management. Hij is nu directeur van een groot centrum voor geestelijke gezondheidszorg en adviseur van de minister. Peter is na zijn studie klinische psychologie gepromoveerd op outcomeonderzoek van psychotherapie, en professor geworden in Leuven. Ik ben gezinstherapeut en opleider in de gezinstherapie geworden.

We hadden elkaar al enkele jaren niet meer gezien. Maar een paar maanden geleden werd Rob vijftig en voor die gelegenheid wilde hij ons weer eens bijeenroepen. Zo belandden we op een avond terug in Leuven, in ons stamcafé van toen, de Libertad. Hier hebben we samen bijzondere avonden beleefd. We hebben heel wat plezier gemaakt, maar ook moeilijke momenten doorgeworsteld. En we hebben vaak veel gedronken. Te veel. Eén keer deden we zelfs een wedstrijd: binnen het uur zo veel mogelijk Duvels drinken zonder naar de wc te gaan. We hebben toen alle drie het café ondergekotst. Sindsdien hebben we de regel van drie in ere gehouden. Die regel stelt dat we op één avond maximaal drie Duvels drinken, en dan naar huis gaan. Zo kan ieder een rondje geven, en voorkomen we meteen dat er te veel dingen gezegd worden waarvan we achteraf spijt zouden hebben.

Hier zitten we dan, drie psychologen van middelbare leeftijd. We zijn allemaal ouder en dikker geworden. We zijn getrouwd en we hebben kinderen opgevoed, en die zijn stilaan het huis uit. Sommigen van hen studeren aan onze oude universiteit, en proberen de slogan van de universiteit waar te maken: Ontdek jezelf, begin bij de wereld.

Peter vertelt over zijn echtscheiding en Rob over zijn eerste kleinkind dat op komst is. Ik vertel over mijn zoon van dertien, die denkt dat hij twintig is. We halen herinneringen op aan onze studententijd. We lachen als vanouds om de verhalen die we al zo vaak aan elkaar verteld hebben. Ik neem een slok van mijn Duvel. Vreemd hoe je de draad van vriendschap kan oppikken, bedenk ik, ook al heb je elkaar jaren niet meer gezien.

Wanneer Rob ons tweede rondje bestelt, deelt Peter mee dat hij een boek aan het schrijven is.

‘Toch niet opnieuw een boek over psychotherapieonderzoek’, verzucht Rob plagend.

‘Toch wel,’ antwoordt Peter in alle ernst, ‘ik worstel al heel mijn professionele carrière met de grote kloof tussen de wetenschap en de praktijk op het gebied van de psychotherapie. Ik doe nu al jaren onderzoek naar psychotherapie, maar ik denk niet dat er één psychotherapeut is die in de praktijk anders werkt op basis van mijn bevindingen. Michael Lambert stelt dat die kloof nog steeds één van de belangrijkste gegevens is in de psychotherapie. En waar heel wat psychotherapieonderzoek de voorbije decennia erop gericht was die kloof te verkleinen, heeft het verrassend genoeg het omgekeerde effect gehad. De kloof is groter dan ooit (Lambert, Garfield, & Bergin, 2004).’

Ik ben niet verrast dat Peter bezig is met de kloof tussen wetenschappelijk onderzoek en therapeutische praktijk; dat is hij al jaren. Persoonlijk ben ik wel wat in hem teleurgesteld. Hij is een uitstekend wetenschapper, maar ik vind het een onoverkomelijk probleem dat hij zich opwerpt als psychotherapie-expert terwijl hij zelf geen therapeut is. Hij heeft geen therapieopleiding en hij heeft in heel zijn leven zelf niet meer dan een tiental therapiesessies gedaan. ‘Om te weten wat het is,’ zei hij toen. Alsof je op grond van een tiental sessies zou weten wat het is om psychotherapie te doen. Dan zit je nog in de fase van overmoed en onnipotentie. Ik ken die fase van de jonge therapeuten die ik opleid: de opleiding wil vooral de juiste interventie doen en denkt dat de inhoud van de sessie het belangrijkste is. Deze fase duurt ongeveer een jaar, en dan komt de therapeut in opleiding in een fase van verwarring en onzekerheid omdat blijkt dat je als therapeut geen controle hebt over wat er in de sessie gebeurt. Pas nadat de jonge therapeut deze fase doorgeworsteld heeft, staat de rijpe en evenwichtige therapeut op, die beseft dat het opbouwen van een vertrouwensvolle therapeutische relatie zijn grootste troef is. Peter heeft dit proces niet doorgemaakt, en toch doceert hij psychotherapie aan onze universiteit. Zo neem je de therapeuten in de loopgraven van de dagelijkse praktijk niet ernstig en draag je zelf bij tot de kloof tussen wetenschappelijk onderzoek en therapeutische praktijk.

Rob vult aan: ‘Ja, die kloof is zorgelijk. Evidence-based werken zou toch het streven moeten zijn in de psychotherapie.’

‘Daar is iedereen het wel over eens,’ zeg ik, ‘maar heel wat therapeuten zijn teleurgesteld in het wetenschappelijk onderzoek, omdat dat te weinig aansluit bij de complexiteit van de klinische praktijk. Het geeft onvoldoende antwoord op de vragen waarmee praktijkwerkers geconfronteerd worden.’

‘En het outcomeonderzoek dan?’ stelt Rob. ‘Is dat dan niet relevant voor therapeuten in de praktijk?’

‘Ja,’ vult Peter aan, ‘en er is nu toch heel wat van zulk onderzoek. Kijk maar naar het *Handbook of psychotherapy and behavioral change* (Lambert et al., 2004).

Dat vat de onderzoeksresultaten goed samen. Maar in dat boek zegt Lambert ook dat juist het hedendaagse outcomeonderzoek bijgedragen heeft tot het vergroten van de kloof.

‘Ik kreeg laatst het boek *Evidence based practices in mental health* in handen (Norcross, Beutler, & Levant, 2006)’, zeg ik. ‘Het is geschreven door de meest vooraanstaande psychotherapieonderzoekers. Maar als je het leest merk je dat deze experts het over bijna niets eens zijn. Dus als een psychotherapeut zich tot de wetenschappelijke experts wendt om te weten wat werkt, wordt hij geconfronteerd met debatten en discussies, maar niet met duidelijke antwoorden.’

‘Dat kan toch niet’, protesteert Rob. ‘Er zijn toch duidelijke standaarden waaraan onderzoek moet voldoen en op grond waarvan men goed onderzoek van slecht onderzoek kan onderscheiden?’

Peter springt mij bij. ‘Nee, Rob, die zijn er niet echt. Er zijn grote discussies in het veld over wat nu eigenlijk geldt als evidentie voor een effectieve praktijk. En inderdaad, daar gaat dat boek van Norcross, Beutler en Levant net over. Ze hebben de grote namen gevraagd hun mening te geven over een negental discussiepunten rond outcome. Het zijn niet de minsten: Michael Lambert, John Norcross, Lester Luborsky, Larry Beutler, enzovoort. En het is ontstellend hoeveel meningsverschil er tussen deze mensen is.’

Ik voel me gesteund door Peters woorden, en ik zie dat Rob niet goed weet wat te zeggen. Hij neemt een slok van zijn bier en lijkt in gedachten verzonken. Typisch Rob, denk ik. Hij kijkt op naar Peter, meer dan naar mij – want ik ben maar een praktijkmens. Als Peter iets zegt, zal hij goed luisteren en zal hij zeker Peters woorden niet openlijk aanvechten. Dat wil nog niet zeggen dat hij overtuigd is, integendeel. Rob houdt erg vast aan wat hij ‘logisch’ vindt. Hij toont zich graag nuchter en doelgericht. Hij zoekt een logisch antwoord op zijn vragen en gaat er dan voor. *No-nonsense*. Daarom is hij nu in de war. Wetenschappelijk onderzoek wordt toch verondersteld evidence te bieden waarop we onze praktijk kunnen baseren. En als het die evidence niet biedt, waar gaan we die dan vinden? Zoveel onzekerheid, zoveel vragen. Hij verkiest nog liever een simpel antwoord waarvan hij weet dat het fout is, dan een complexe vraag met meerdere, soms tegenstrijdige antwoorden, bedenk ik.

Peter gaat verder: ‘Waar iedereen het nogal over eens is, is dat psychotherapie over het algemeen werkt. En ook dat niet-specifieke factoren wellicht een belangrijke rol spelen. Hoe belangrijk die rol is, is dan weer onderwerp van felle discussie.’

Rob houdt zich op de vlakte met een vraag. ‘Wat bedoel je met niet-specifieke factoren?’

‘In grote lijnen gaat het over cliëntfactoren en kenmerken van de therapeutische relatie, ongeacht het gebruikte therapiemodel’, verduidelijkt Peter.

‘Ja,’ vul ik aan, ‘ik las niet lang geleden het nieuwe boek van Sprenkle, Davis en Lebow (2009). Zij schrijven over niet-specifieke factoren in de relatie- en gezinstherapie. Het is toch wel straf dat Carl Rogers reeds in de jaren vijftig kon omschrijven wat een helpende therapeutische relatie is, en dat dit nu bevestigd wordt door jaren van wetenschappelijk outcomeonderzoek. Rogers zei toen dat empathie, congruentie en aanvaarding de essentie waren van een effectieve therapeutische relatie, en dat is ook wat het onderzoek aantoont.’

‘Tja,’ zegt Peter aarzelend, ‘dat is wellicht wat te kort door de bocht, maar inderdaad toont onderzoek aan dat de therapeutische relatie een cruciale factor is in de effectiviteit van psychotherapie. Maar er zijn wel wat problemen en complexiteiten. Rogers bijvoorbeeld zag een causaal verband tussen de therapeutische relatie en de resultaten van therapie. Omdat de relatie empathisch, congruent en aanvaardend is, werkt ze, beweerde hij. Maar het is heel moeilijk causale relaties hard te maken. We zien wel correlaties tussen de relatie en de effecten, maar een correlatie is nog geen verklaring. We weten niet of de therapeutische relatie het resultaat veroorzaakt. Immers, je kan dat net zo goed omdraaien: als de therapie goed loopt, is het makkelijker voor de therapeut om empathisch, congruent en aanvaardend te zijn. Het ligt dus niet zo simpel. Maar tegenwoordig zijn er wel onderzoeksmethoden zoals groeicurveanalyse en *structural equation*-studies, die toch lijken aan te tonen dat er een causaal verband zou zijn (Norcross & Lambert, 2006).’

‘Maar misschien is de therapeutische relatie belangrijker bij belevingstherapieën dan bij gedragsgerichte therapieën, niet?’ vraag ik.

‘Tja, misschien. Maar er is ook onderzoek dat erop wijst dat juist in de cognitieve gedragstherapie de empathie van de therapeut sterk correleert met het effect van de therapie (Bohart, Elliott, Greenberg, & Watson, 2002).’

‘Maar het kan toch niet dat de behandeling zelf geen effect heeft,’ werpt Rob op, ‘het kan toch niet dat alles verklaard kan worden door de therapeutische relatie? Er zijn toch voldoende studies die tonen dat een bepaalde behandeling werkt, in vergelijking met controlegroepen die de betreffende behandeling niet kregen. Dergelijk onderzoek met controlegroepen toont toch sluitend en onweerlegbaar aan dat sommige therapieën werken.’

‘Ja, natuurlijk,’ zegt Peter, ‘naast de cliëntfactoren en therapeutische relatie speelt de behandeling zelf wellicht ook een rol. We weten echter niet hoe belangrijk de behandeling precies is. Outcome-expert Michael Lambert bijvoorbeeld schat dat de behandeling zelf slechts 15% van het effect van de therapie

verklaart (Lambert & Barley, 2002). Bruce Wampold (2001) schat het aandeel van de behandeling nog lager in. Hij houdt ook rekening met het zogenaamde *allegiance-effect*. Dat verwijst naar de vaststelling dat het effect van behandelingen overschat wordt wanneer de studies uitgevoerd zijn door de bedenkers van het betreffende model of hun leerlingen (Luborsky et al., 1999). Maar nog eens, misschien dragen behandelingen wel bij tot het therapeutisch effect. Alleen is die bijdrage minder groot dan vaak wordt aangenomen.'

'Oké, maar er zijn toch evidence-based behandelingen waarvan we weten dat ze effectief zijn?', probeert Rob nog.

'Ja, maar we hebben weinig reden om aan te nemen dat ze effectiever zijn dan andere behandelingen', zegt Peter.

'Hoe bedoel je?'

'Peter bedoelt dat alle therapieën ongeveer even goed werken', vul ik aan.

Het is even stil. Ik merk dat de glazen leeg zijn. Ik zoek oogcontact met de barman en steek drie vingers op. Hij knikt en duikt onder zijn toog om drie verse Duvels te pakken. Hij neemt ook drie propere glazen en spoelt ze in koel water, neemt drie bierviltjes en brengt dat alles naar ons tafeltje. Hij schenkt de drie Duvels perfect uit. De kraag begint halverwege de letters op het glas, en komt niet tot aan de rand van het glas. De man kent zijn vak.

'Ja, het is allemaal erg complex,' gaat Peter verder, 'maar globaal lijkt outcomeonderzoek toch aan te geven dat bescheidenheid over het belang van de verschillende modellen aangewezen is (Lambert et al., 2004). Anderzijds lijkt er heel wat evidentie te zijn dat de therapeut een groot verschil maakt, ongeacht het gebruikte model (Blow, Sprenkle, & Davis, 2007; Sprenkle & Blow, 2004; Wampold, 2001). Dit blijkt bijvoorbeeld uit het goed uitgebouwde onderzoek naar depressiebehandelingen door het National Institute of Mental Health, waarin verschillende psychotherapiemodellen met elkaar vergeleken werden. De onderzoekers vonden grote verschillen in effectiviteit tussen therapeuten ongeacht het therapeutisch model, en opmerkelijk genoeg ook ongeacht de mate van therapeutische ervaring. Daaruit blijkt dat sommige therapeuten effectieve therapeuten zijn, welk model ze ook gebruiken (Blatt, Sanislow, Zuroff, & Pilkonis, 1996).'

'Er zijn dus goede therapeuten en slechte therapeuten. Maar er zijn geen goede en slechte therapiemodellen, want ze zijn allemaal min of meer even goed', zeg ik. Ik weet dat ik de zaak wat versimpel maar ik wil Rob wat uitdagen.

'Ja, oké,' werpt Rob op, 'maar wat zijn dan goede therapeuten? Wat maakt dat de ene therapeut effectief is, en de andere niet?'

Ik neem een teug van mijn glas, en kijk naar Peter. Ik ben benieuwd wat hij gaat antwoorden.

Peter zucht en zegt dan: 'Die vraag is inderdaad erg belangrijk, maar ze is op grond van het hedendaagse wetenschappelijke onderzoek heel moeilijk te beantwoorden. Het onderzoek naar outcome bestaat vooral uit zogenaamde *randomized clinical trials*. Die onderzoeksmethode komt eigenlijk uit de geneeskunde. Om na te gaan of een medicijn werkt geeft men één groep van patiënten het medicijn en een andere vergelijkbare groep een placebo. In psychotherapieonderzoek zou men dan een groep patiënten een bepaalde behandeling moeten geven, en een vergelijkbare controlegroep niet. Op papier is dat een uitstekende methode, maar in de psychotherapie geeft dat toch grote problemen. Zo probeert men, naar analogie van farmacologisch onderzoek in de geneeskunde, de invloed van therapeutfactoren te controleren door standaardisatie over de condities (Beutler et al., 2004). Het mag immers geen verschil maken of een pil nu gegeven wordt door dokter A of door dokter B. In psychotherapie is dat natuurlijk anders, omdat de therapeut zelf het medium is. In psychotherapie hebben therapeutische basisvaardigheden, persoonlijkheid en ervaring van de therapeut waarschijnlijk een heel belangrijke invloed op het effect van de therapie. Daarom zou men in het veld van de psychotherapie ook meer specifiek onderzoek moeten doen naar de persoon van de therapeut en de therapeutische relatie, in plaats van alle inspanningen en middelen te investeren in de studie van behandelingsmodellen.'

Rob neemt een slok van zijn Duvel.

Peter gaat verder: 'Heel wat psychotherapieonderzoekers zijn het gelukkig niet eens met dit onkritisch toepassen van het medische model op de psychotherapie. Wampold (2001) bijvoorbeeld verkiest op basis van statistisch onderzoek een contextueel model voor psychotherapieonderzoek boven een medisch model. In een medisch model maakt het niet uit wie de medicatie geeft, de werkzame bestanddelen van een pil dragen bij tot genezing van de patiënt. In een contextueel model daarentegen is degene die de behandeling geeft veel belangrijker dan de specifieke ingrediënten van de behandeling.'

We laten alles even bezinken.

Rob zegt bedachtzaam: 'Toen we nog studeerden stoorde het me soms hoe psychologen altijd opkeken naar het medische model. Hoe ze gerespecteerd wilden worden als wetenschappers. Vandaar de nadruk op statistiek en meetmethoden, vandaar al die lessen over betrouwbaarheid en validiteit. Alsof de psychologie geen eigen domein heeft, met eigen wetmatigheden, eigen regels

en standaarden. Alsof niet de belangrijkste aspecten van de psychologie juist ontsnappen aan meten en berekenen.'

'Ja,' vul ik aan, 'men kijkt in de psychotherapiewereld nu nog altijd op naar de grote broer, de geneeskunde. Zo wordt psychotherapie soms beschreven als was het een medicament: er is een effect, er is een voorgeschreven dosis en er zijn bijwerkingen (Hartgers, 2010). Akelig, hoe een menselijke ontmoeting die gekenmerkt wordt door uniciteit, onvoorspelbaarheid en betrokkenheid, onmenselijk wordt door haar te beschrijven als een farmacologische interventie. Alsof psychotherapie enkel zinvol zou zijn als het een medische handeling zou zijn. Alsof enkel wat geobjectiveerd en telbaar is recht heeft van bestaan.'

Peter en Rob knikken wel bevestigend, maar ik voel dat ze niet meer luis-teren. Peter staart naar het schuim op de bodem van zijn glas. Ook het glas van Rob is leeg.

'Bestellen we er nog een?', stel ik voor.

'We hebben er al drie gehad', werpt Rob op.

'Ja, het is tijd om op te stappen', zegt Peter gedeceerd.

Ik knik. Ik ben wat teleurgesteld, maar ik weet dat ze gelijk hebben. De regel van drie is een traditie die we in ere willen houden. We betalen.

Misschien is het de Duvel, maar ik heb genoten van deze discussie. Ik er-vaar het als erg verrijkend als vrienden met respect van mening verschillen. 'Spreken we binnenkort nog eens af?', vraag ik.

Peter zegt: 'Ja, graag. Laten we tijd maken voor nog meer cafépraat...' We pakken onze agenda's en prikken een datum om verder te praten. Dan nemen we afscheid van elkaar.

Peter Rober

Literatuur

- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th edition (pp. 227-306). New York: Wiley.
- Blatt, S.J., Sanislow, C.A., Zuroff, D.C., & Pilkonis, P.A. (1996). Characteristics of effective therapists. Further analyses of data from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1276-1284.
- Blow, A.J., Sprenkle, D.H., & Davis, S.D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298-317.
- Bohart, A.C., Elliott, R., Greenberg, L.S., & Watson, J.C. (2002). Empathy. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). New York: Oxford University Press.

- Hartgers, M. (2010). Over de bijwerkingen van systeemtherapie. *Systeemtherapie*, 22(2), 65–81.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17–32). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M.J., Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (2004). Overview, trend and future issues. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th ed. (pp. 805–821). New York: Wiley.
- Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J.S., & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances. A 'wild card' in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 6(1), 95–106.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E., & Levant, R.F. (Eds.) (2006). *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2006). The therapeutic relationship. In J.C. Norcross, L.E. Beutler, & R.F. Levant (Eds.) (2006), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 208–218). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Sprenkle, D.H., & Blow, A.J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113–129.
- Sprenkle, D.H., Davis, S.D., & Lebow, J.L. (2009). *Common factors in couple and family therapy. The overlooked foundation for effective practice*. New York: Guilford.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Noot van de redactie: de auteur nodigt lezers graag uit om op dit stuk te reageren. U kunt dat doen via redactie@nvrg.nl, onder vermelding van 'Cafépraat Rober'. Zo mogelijk zullen de reacties gebundeld worden tot een bijdrage aan de rubriek *Discussie*.

