



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Mislukkingen en teleurstellingen in de psychotherapie

Agnes Scholing en Kees van der Velden*

Samenvatting

Dit artikel gaat over het feit dat psychotherapieën soms niet helpen of zelfs kwalijke gevolgen voor patiënten hebben. Aan de orde komen: de effectiviteit van psychotherapie, problemen bij onderzoek naar behandelingseffecten, statistische en klinische significantie, vormen van mislukking en negatieve resultaten van psychotherapie en mogelijke oorzaken daarvan. Enkele belangwekkende publikaties op dit terrein worden besproken. Op grond van de literatuur wordt geconcludeerd dat nog steeds weinig onderzoek is verricht naar factoren die kunnen leiden tot mislukking en negatieve gevolgen. Er wordt besloten met een voorstel om bij het evalueren van behandelingseffecten onderscheid te maken tussen (a) het effect van de behandeling op de klachten zelf, en (b) andere effecten, met name op de context van de klacht.

Inleiding

Psychotherapeuten hebben een boeiend, dankbaar en mooi vak. Als het lukt om de ontredde medemens op het juiste pad te helpen geeft dat niet alleen de patiënt, maar ook de therapeut voldoening. (Waarom deze voldoening voor de therapeut ook gevaarlijk kan zijn bespreken wij in het nawoord.) Psychotherapie wordt, met wisselend succes, aangeboden aan steeds meer patiënten en bij steeds meer stoornissen. Problemen waar je vroeger mee moest leren leven (een afwijkend karakter, een 'minderwaardigheidscomplex') zijn nu een behandeling bij de psychotherapeut waard. Vele aspirant-patiënten hebben hooggespannen verwachtingen. Voor zover psychotherapie helpt klachten te verminderen en het leven weer de moeite waard te maken, zijn die verwachtingen terecht en zelfs wenselijk, want aan een behandeling waarvan men weinig verwacht kan men vaak beter niet beginnen.

Dat de hooggespannen verwachtingen lang niet altijd gehonoreerd worden merken wij dagelijks. Patiënten vertellen ons dat ze geen verbetering merken. Ze grijpen toch weer naar de drank, hebben toch weer vreetbuien en hun paniekaanvallen nemen niet af. Het lukt hun niet om het voor de behandeling vereiste huiswerk uit te voeren: ze hebben geen tijd, het is te moeilijk, het wordt niet als zinvol ervaren. Of ze doen het huiswerk goed en nauwgezet, maar merken niet dat het helpt. Soms blijven ze weg. Of ze worden somberder of angstiger dan ze al waren, zonder dat wij daar invloed op hebben. Ook komt het voor dat vroegere klachten plaats maken voor nieuwe.

* AGNES SCHOLING werkt als universitair docent en onderzoeker bij de afdeling Klinische Psychologie van de Universiteit en als gedragstherapeut bij het Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, beide te Groningen. Werkadres: Psychiatrische Kliniek, Academisch Ziekenhuis Groningen, Oostersingel 59, 9713 EZ Groningen.

KEES VAN DER VELDEN is werkzaam op de afdeling Psychotherapie van het Centrum voor geestelijke gezondheidszorg RNO in Rotterdam. Correspondentieadres: RNO, Postbus 4450, 3006 AL Rotterdam.

Soms worstelen patiënten al jaren met hun klachten en hebben ze van alles geprobeerd: hulpverleners in het officiële en het alternatieve circuit, andere voeding, medicijnen. Het feit dat patiënten ten einde raad opnieuw een psychotherapeut raadplegen betekent niet dat vorige behandelingen niet hebben geholpen. Het zou mooi zijn als het met psychische klachten zou gaan als met waterpokken of mazelen: ben je er eenmaal immuun voor, dan ben je er voor de rest van je leven van af. Hoewel het niet terecht is alle psychische stoornissen over één kam te scheren, lijkt het er tot nu toe meer op dat de meeste zich gedragen als maagzweren of blaasontstekingen (goed te behandelen, maar met een flinke kans op recidive), sommige als suikerziekte (je moet ermee leren leven), en andere, ten slotte, als multiple sclerose (het wordt alleen maar erger). Psychotherapie biedt duidelijk geen garantie voor blijvend geluk.

Patiënten zeggen uit zichzelf vaak weinig over eerdere ervaringen met psychotherapie. Als we doorvragen nemen zij nogal eens de schuld op zich: zij zijn te vroeg gestopt, zij hebben niet genoeg geoefend, zij snapten niet goed wat de therapeut bedoelde of zij waren te bang om het huiswerk uit te voeren. Pas bij nog verder doorvragen komt naar voren dat ze vonden dat het niet 'klikte' met de therapeut, dat de therapeut chaotisch of ongeïnteresseerd was, dat ze dingen moesten doen waarvan ze het nut niet inzagen en dat de behandeling veel te lang duurde. Kortom, de ervaringen van patiënten met psychotherapie zijn niet onverdeeld gunstig.

De literatuur over psychotherapie wekt de suggestie dat behandelingen zelden mislukken en dat redacties van tijdschriften het mislukken van behandelingen niet als een leerzaam thema beschouwen. Gevalsbeschrijvingen demonstreren meestal hoe succesvol een behandeling verliep. Bij gecontroleerde studies wordt de nadruk gelegd op de gemiddeld (door de hele groep) bereikte verbetering; nauwelijks wordt ingegaan op patiënten die niet verbeterden en al helemaal niet op diegenen die door de behandeling achteruit gingen. Dit is vreemd – ook al omdat steeds nieuwe publikaties over de behandeling van dezelfde psychische stoornissen verschijnen, wat er toch op wijst dat de in de vorige publikaties aanbevolen richtlijnen niet steeds succesvol zijn geweest.

Binnen de medische wetenschap is men vertrouwd met het feit dat medische behandelingen (waaronder het voorschrijven van farmaca) ook schade kunnen berokkenen. Van huisartsen en medisch specialisten wordt verwacht dat zij patiënten waarschuwen voor dergelijke minder gewenste gevolgen. In de psychotherapie is dit anders: het is onder psychotherapeuten tamelijk gebruikelijk om de hinderlijke bijwerkingen van psychofarmaca breed uit te meten en de kwalijke effecten van psychotherapie te negeren. Behalve therapeuten die de belangstelling voor hun patiënten en hun vak allang verloren hebben, zijn er voor zover wij weten geen partijen die voordeel hebben bij het verdoezelen van de onvolkomenheden en negatieve gevolgen van psychotherapie. Van fouten valt (veel) te leren, al was het alleen maar gepaste bescheidenheid. Nog mooier zou het zijn als wij van fouten zouden kunnen leren om het beter te doen.

Het thema mislukkingen, teleurstellingen en negatieve gevolgen hangt direct samen met de effectiviteit van psychotherapie in het algemeen. Hierna bespreken we daarom de stand van zaken op dit terrein, waarbij we aandacht besteden aan de klinische significantie van therapie-effecten. Daarna bespreken we hoe moeilijk het is om het resultaat van een psychotherapie vast te stellen. Het evidentiegevoel dat tot de slotsom

leidt 'Deze therapie is mislukt' of 'Deze therapie is geslaagd' biedt namelijk weinig houvast. We eindigen met een bespreking van enkele belangwekkende publikaties over mislukkingen en negatieve gevolgen van psychotherapie.

De effectiviteit van psychotherapie

Over het nut van psychotherapie is deze eeuw verschillend gedacht en veel geschreven. Tot aan de jaren zestig was de psychoanalyse de meest prestigieuze vorm van psychotherapie. Kritiek op haar uitgangspunten, haar methode en haar effecten kwam achtereenvolgens uit de Rogeriaanse stroming en de gedragstherapie. In 1952 publiceerde de Engelse psycholoog Eysenck een overzicht van 24 studies naar de effecten van psychotherapie. Vijf studies gingen over psychoanalytische psychotherapie, de andere negentien over 'eclectische' psychotherapie; de onderzoeken betroffen in totaal 7293 patiënten. Hij koos alleen die studies waarin 'neurotische' patiënten waren behandeld; onder deze noemer vatte hij ook zogenoemde organische neuroses, psychopatische toestanden en karakterstoornissen. Uitgesloten werden patiënten met schizofrenie, paranoia, of een manisch-depressieve stoornis. Zijn conclusie was vernietigend: hij trof geen enkel bewijs dat eclectische psychotherapie enig positief effect had in vergelijking met het gebruikelijke 'case-management' dat in die tijd plaatsvond, en constateerde zelfs dat de groep die een psychoanalytische behandeling had ondergaan er gemiddeld *slechter* aan toe was dan de groep die geen psychotherapie had gehad (Eysenck, 1952). Natuurlijk werden zijn provocerende uitspraken van verschillende kanten aangevallen. Zijn publikatie luidde een stroom onderzoeken naar de resultaten van psychotherapie in.

Inmiddels staat wel vast dat bepaalde vormen van psychotherapie bij bepaalde stoornissen gunstig kunnen werken en dat, gemiddeld genomen, patiënten die behandeling krijgen daarna beter af zijn dan patiënten die geen behandeling krijgen. Wie wil weten wat psychotherapie vermag, wordt verwezen naar de recent verschenen editie van het bekende *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Bergin & Garfield, 1994).

Het aantal behandelingen is inmiddels nauwelijks meer te tellen. Zo kwam Kazdin (1986) bijna tien jaar geleden reeds tot vierhonderd verschillende benaderingen. Enigszins in strijd met de opkomst van steeds nieuwe behandelingen noemt een groeiend aantal therapeuten zichzelf eclectisch, waarmee zij bedoelen dat zij technieken en inzichten uit verschillende therapierichtingen gebruiken. Op het verschijnsel eclecticisme gaan wij hier niet verder in, in het verleden werd reeds een heel nummer van *Dth* aan dit thema gewijd (*Dth*, 1985, 4), en veel daaruit heeft nog niets aan actualiteit ingeboet. Recenter werd het thema behandeld door Van Dyck et al. (1991) en door Bergin en Garfield (1994).

Eén punt dient op deze plaats nog besproken te worden. Terwijl in de klinische praktijk steeds meer eclectisch wordt gewerkt, wordt in onderzoeken naar de effectiviteit van psychotherapie gewoonlijk juist een meer 'orthodoxe' benadering toegepast. Therapeuten die hun behandelingen in het kader van onderzoek doen werken aan de hand van draaiboeken, waarin nauwkeurig staat omschreven welke interventies wel en niet moeten worden gebruikt. Dit heeft tot gevolg dat men zich steeds vaker moet afvragen of onderzoeksbevindingen nog wel te generaliseren zijn naar de 'klinische

praktijk'. Deze vraag naar externe validiteit van de onderzoeksgegevens geldt minder voor de gemiddelde duur van behandelingen. Ook buiten onderzoek wordt vaker gestreefd naar kortdurende behandelingen, bijvoorbeeld omdat dan meer patiënten van de hulpverlening kunnen profiteren, maar ook omdat bekend is dat de grootste verbetering optreedt in het begin van de behandeling: Howard et al. (1986) constateerden dat na de tweede sessie 20 procent van de patiënten was verbeterd, na de achtste 40 procent, en na de 26e ruim 70 procent. Het percentage steeg daarna nog maar heel geleidelijk en licht tot circa 80 procent na 104 sessies. Overigens zijn deze getallen wat moeilijk te interpreteren omdat geen onderscheid wordt gemaakt tussen de behandelde stoornissen.

Populair binnen onderzoek naar therapieresultaat is het gebruik van meta-analyses, waarin wordt getracht om meer betrouwbare uitspraken over behandelingseffecten te doen door de resultaten van verschillende onderzoeken te combineren. De procedure tijdens meta-analyses wordt onder meer beschreven door Kazdin (1994). Dergelijke analyses zijn vooral handig om een conclusie te trekken uit de resultaten van verschillende onderzoeken die elk afzonderlijk een (te) gering aantal patiënten bevatten. Deze techniek zou dan ook goede diensten kunnen bewijzen op het gebied van mislukkingen en negatieve effecten. Voor zover wij weten is tot nu toe geen poging in deze richting ondernomen.

Klinische significantie en statistische significantie

Tegenwoordig wordt meer aandacht besteed aan de zogenaamde klinische significantie van het bereikte resultaat, dit als tegenhanger van de statistische significantie. Het begrip klinische significantie verwijst naar de praktische of klinische waarde van een behandelingseffect: is er volgens de patiënt en/of diens omgeving verbetering bereikt? Het is duidelijk dat een statistisch significant resultaat lang niet in alle gevallen betekent dat de patiënt er inderdaad beter aan toe is dan aan het begin van de behandeling. Een voorbeeld: als een pathologisch gokker vóór de behandeling elke dag honderd gulden door gokken verliest, en na de behandeling elke dag tachtig gulden, kan men meestal (afhankelijk van de spreiding in de verliezen) spreken van een statistisch significant resultaat. Of dit resultaat klinisch gezien enige waarde heeft is te betwijfelen. Het omgekeerde, namelijk dat de patiënt minder klachten heeft terwijl op de meetinstrumenten geen significante verandering wordt gevonden, is in theorie ook mogelijk, maar wordt in de praktijk minder vaak aangetroffen. Een voorbeeld: een patiënt die tijdens behandeling met een antidepressivum beduidend minder depressief werd, maar niettemin op de Zung-depressieschaal niet verbeterde. Dit kwam onder meer omdat zijn stoelgang trager werd en hij minder zin in seks kreeg (beide als gevolg van het antidepressivum). Verder vond hij het nu prettig om geen mensen om zich heen te hebben (wat hij niet durfde toen hij angstig-depressief was).

In grote lijnen zijn drie strategieën mogelijk om de klinische significantie van een effect vast te stellen (Kazdin, 1994). Wij illustreren deze aan de hand van de casus van mevrouw Wever, lijdend aan hypochondrie, beschreven door Visser en Bouman in dit nummer.

Vergelijking met relevante normgroepen

Het gaat hierbij meestal om de vergelijkingen met (a) andere patiënten met dezelfde klachten en (b) mensen bij wie geen psychiatrische stoornissen werden vastgesteld. Bij mevrouw Wever is de hoop dat zij aan het eind van de behandeling significant verschilt van onbehandelde hypochondere patiënten, en vergelijkbaar is met mensen zonder deze klachten. De moeilijkheid bij deze methode is dat de gegevens die nodig zijn voor de vergelijking meestal ontbreken. Vragenlijsten voor hypochondrie zijn in ontwikkeling, maar tot nu toe is nauwelijks iets bekend over de scores van patiënten en 'gewone mensen' op deze lijsten. Een ander probleem is dat vergelijking met mensen zonder stoornis bij sommige patiënten totaal zinloos is: denk bijvoorbeeld aan patiënten met schizofrenie, autisme of (andere) pervasieve ontwikkelingsstoornissen.

Subjectieve evaluatie

Hierbij wordt aan mevrouw Wever, aan haar man, haar kinderen en aan de huisarts gevraagd hoe zij vinden dat het met haar gaat. Wanneer de betrokken partijen het redelijk eens zijn is deze benadering wel zinvol, maar moeilijker wordt het als de patiënten tevreden zijn, terwijl mensen in hun omgeving juist vinden dat zij agressiever en lastiger in de omgang zijn geworden. Een voorbeeld is een patiënte met depressieve en paniekachtige klachten, wier echtgenoot even opkeek van haar nieuwe initiatieven, maar er overigens blij mee was, terwijl haar baas zeer geïrriteerd raakte toen zijn anders zo meegaande medewerkster over eigen ideeën bleek te beschikken. Vragen naar het oordeel van anderen levert meestal moeilijkheden als de omgeving nauwelijks iets merkt van de klachten of, juist andersom, als de patiënt meer een last voor anderen is dan voor zichzelf.

Sociale gevolgen

Bij inventarisatie van sociale gevolgen (zo hebben we het begrip 'social impact' maar vertaald) wordt gekeken naar resultaten die objectief zijn vast te stellen, en die (mede) van belang zijn voor de maatschappij in groter verband. Zo wordt bij mevrouw Wever vastgesteld hoe vaak ze voor en na de behandeling de huisarts bezoekt en specialistische onderzoeken ondergaat. Bij overmatig alcoholgebruik kan het aantal verzuimdagen als maat worden gekozen. Ook deze methode kent haar beperkingen. Om te beginnen is bij lang niet alle klachten een relevante maat voor sociale gevolgen te vinden. Daarnaast zijn de genoemde maten vaak nogal grof en dus ongevoelig voor het meten van behandelingseffecten. Ze worden bovendien beïnvloed door factoren die weinig verband houden met het welzijn van de patiënt. Mevrouw Wever kan bijvoorbeeld inmiddels haar heil hebben gezocht bij alternatieve genezers.

Als we ervan uitgaan dat de beste maat wordt gebruikt kunnen we bij effectonderzoek drie uitkomsten onderscheiden: (a) een positief resultaat; (b) geen resultaat, en (c) een negatief resultaat. Deze indeling lijkt prettig overzichtelijk, maar zodra ze praktisch moet worden uitgewerkt blijken nieuwe problemen. Want wanneer spreken we van gewenste effecten? Wat bijvoorbeeld als een behandeling als gewenst effect heeft dat een vrouw assertiever en zelfstandiger wordt, met als ongewenst neveneffect dat ze de relatie met haar echtgenoot opzegt, en in nieuwe ellende terechtkomt: minder

inkomen, conflicten met familie en kinderen, en dergelijke. Denk bovendien aan de gevolgen van deze 'verbetering' voor de echtgenoot en de kinderen. Wat als de patiënt geen vreetbuien meer heeft, maar depressief wordt? Vele auteurs hebben zich over dit probleem gebogen, maar hun denkwerk heeft helaas weinig helderheid gebracht.

Volgens sommigen is onderzoek naar mislukkingen en negatieve resultaten nog moeilijker uit te voeren dan onderzoek naar positieve effecten (Mays & Franks, 1986). Als redenen noemen zij ten eerste dat het verkrijgen van informatie over mislukkingen en negatieve effecten moeilijk is, omdat veel therapeuten dergelijke resultaten liever over het hoofd zien, en zich concentreren op positieve resultaten. Verder zouden sommige patiënten het moeilijk vinden om te zeggen dat ze niets aan een behandeling hebben gehad, enerzijds omdat ze de therapeut niet willen teleurstellen, anderzijds omdat ze bang zijn de bal teruggespeeld te krijgen, bijvoorbeeld te moeten horen dat ze zich onvoldoende hebben ingezet of te vroeg zijn gestopt (zie bijv. de bijdragen van Jansen en van De Winter, dit nummer). Wij menen dat dit vooral geldt voor onzekere en angstige patiënten. Dat patiënten ook heel anders kunnen reageren blijkt uit de volgende mededeling op een follow-up-formulier: 'Dokter Zomer kan haar modeshows beter op de Zeedijk gaan houden.' Deze patiënt was weliswaar kennelijk niet goed op de hoogte van wat de dames op de Zeedijk doen, maar schaamte over een tekort aan inzet is in deze formulering niet te vinden. (Naar ons beste weten is dokter Zomer een goede dokter, die toevallig ook nog goed gekleed is).

Een methodologisch probleem, ten slotte, is dat het aantal mislukkingen en negatieve uitkomsten per onderzoek vaak (gelukkig) relatief klein is, wat de kans op toevallige bevindingen groot maakt. Meer onderzoek is wel gewenst; Lambert en Bergin (1994) merken op dat het gemiddelde resultaat van een behandeling wordt bepaald aan de hand van de resultaten van alle patiënten, ook van hen die niets zijn verbeterd of zelfs zijn achteruitgegaan. Als bijvoorbeeld zes patiënten tijdens een behandeling elk twee standaarddeviaties verbeteren (op de Beck Depression Inventory [BDI, Bouman, 1987] zou dat bijvoorbeeld twintig punten zijn), twee patiënten niets veranderen en twee patiënten één standaarddeviatie achteruitgaan, is het gemiddelde resultaat van de behandeling één standaarddeviatie. Als het mogelijk wordt om te voorspellen welke patiënten bij een bepaalde behandeling baat zullen hebben, en welke niet, ontstaat een nauwkeuriger beeld van de effectiviteit van die behandeling. Meer aandacht voor negatieve resultaten kan uiteindelijk belangrijke consequenties hebben voor de keuze van een behandeling. Er moet dan een afweging worden gemaakt tussen de effectiviteit en de veiligheid, uitgaande van het uit de medische wereld afkomstige adagium: 'Zorg ervoor allereerst geen schade te berokkenen.'

Literatuur over mislukkingen en negatieve gevolgen

Tot onze verrassing ontdekten wij dat in recente literatuur aan mislukkingen en negatieve gevolgen nauwelijks aandacht is besteed. Toch is het bepaald geen nieuw onderwerp: belangwekkende publikaties op dit gebied verschenen in de jaren zeventig en de eerste helft van de jaren tachtig. Dit waren overigens geen onderzoekspublikaties, maar beschouwingen over vormen en oorzaken van mislukking en negatieve gevolgen van psychotherapie. Hoewel in vergelijking met die tijd een verschuiving lijkt opgetreden in de stoornissen waarvoor een vorm van psychotherapie wordt gebruikt (tegenwoordig in het algemeen vaker psychotherapie bij meer verschillende en ook ernstiger

stoomissen), en een verandering in de inhoud van de behandeling (tegenwoordig meer gedragsgerichte, kortdurende therapie), lijken veel van de in de literatuur geopperde ideeën nog steeds van toepassing.

Een lofwaardige poging om meer inzicht te krijgen in mislukte behandelingen werd ondernomen door Foa en Emmelkamp (1983), die het boek *Failures in behavior therapy* redigeerden. Zij vroegen een groot aantal auteurs hun ervaringen met mislukte behandelingen op schrift te stellen. Emmelkamp en Foa maken in hun inleiding over mislukkingen onderscheid in vier groepen: (a) patiënten die na de intake niet aan de behandeling beginnen (weigeraars), (b) patiënten die tijdens de behandeling tegen het advies van de therapeut stoppen of gewoon niet meer komen opdagen (drop-outs), (c) patiënten bij wie de behandeling geen effect heeft (de 'echte' mislukkers), en (d) patiënten die na een succesvolle behandeling terugvallen (in het Engels aangeduid met 'relapsers'). Deze indeling kent enkele bezwaren. Weigeraars vormen een omvangrijke groep; de cijfers variëren tussen de 20 en 50 procent van allen die de intake meemaakten, afhankelijk van de klachten en de soort behandeling (bijv. Marks, 1978, zie voor een overzicht Garfield, 1994). Wij zouden weigeraars niet per definitie als mislukkingen beschouwen. Misschien komen weigeraars zelfs wel vaker voor als patiënten beter worden voorgelicht over de inhoud en de mogelijke negatieve gevolgen van psychotherapie. Zij weten dan waaraan ze beginnen, en kunnen een betere afweging maken tussen de kosten en baten. Mogelijk kan voorlichting ertoe leiden dat sommige patiënten al direct kunnen zeggen: 'Nee dank u, deze behandeling is niet geschikt voor mij.'

De drop-outs vormen een heterogene groep; zij omvat zowel tevreden patiënten, onveranderde patiënten als patiënten die zijn achteruitgegaan. Drop-outs hebben in onderzoek wel de meeste aandacht gekregen. Dit is vermoedelijk te danken aan het feit dat het vrij gemakkelijk is om vast te stellen wie als drop-out moeten worden beschouwd: in het kader van behandelingen die tot doel hebben de effectiviteit van een bepaald protocol te bewijzen, moet iedere patiënt die zich niet aan dit protocol houdt (bijv. eerder stopt of minder vaak komt dan het protocol voorschrijft) als drop-out worden gezien. Het verschijnsel drop-out is daarmee typerend voor behandelingen in het kader van onderzoek. De meeste behandelingen hebben gelukkig geen strikt protocollair karakter. Bij deze behandelingen zouden wij alleen in de volgende situatie spreken van drop-out: patiënt en therapeut hebben dezelfde, vooraf overeengekomen behandelingsdoelen, en de patiënt stopt op een moment dat de therapeut weliswaar vindt dat het doel nog niet is bereikt, maar tevens denkt dat voortzetting van de behandeling wel resultaat zal hebben.

Bij beschouwing van drop-outs is het goed om te bedenken dat therapie vaak nogal wat vraagt van patiënten, zeker therapieën waarin intensief en frequent huiswerk moet worden gemaakt. Patiënten zullen voor zichzelf regelmatig de kosten en de baten analyseren, en hoe meer de behandeling vergt in vergelijking met wat zij nog oplevert, hoe groter de kans dat ze stoppen.

De echte 'mislukkers' hebben een adequate behandeling gehad – die ook lang genoeg heeft geduurd – maar zijn desondanks niet verbeterd. Naar deze groep is weinig onderzoek gedaan, wat gezien de problemen rond het definiëren van uitkomsten niet vreemd is. De vierde groep, ten slotte, bestaat uit patiënten die na een succesvolle behandeling terugvallen. Terugvallen na behandeling zien als mislukking betekent dat

een behandeling pas succesvol genoemd mag worden als ze patiënten voor de rest van hun leven tegen dezelfde klachten beschermt. Zoals we al eerder aangaven vinden we dit vaak te veel gevraagd, wat niet wegneemt dat behandelingen met een blijvend resultaat zeker onze voorkeur hebben. Gelukkig blijkt uit meta-analyses dat bij veel klachten de behandelingsresultaten (gemiddeld) op de langere termijn blijvend zijn (bijv. Nicholson & Berman, 1983; Jorm, 1989); in sommige onderzoeken wordt zelfs gevonden dat patiënten in de jaren na de behandeling nog verder verbeteren (Robinson et al., 1990).

Emmelkamp en Foa (1983) noemen de volgende oorzaken voor het mislukken van behandelingen.

- a *Foute diagnostiek.* Zij verdelen oorzaken van deze aard in twee categorieën. De eerste is dat de therapeut psychische oorzaken veronderstelt bij klachten die in werkelijkheid het gevolg zijn van een somatische aandoening. Wij zouden daaraan toevoegen: dat de therapeut psychische factoren veronderstelt bij klachten die op een biologische ontregeling berusten. Als voorbeeld van het eerste: Follick et al. (1983) bespraken een patiënt die met een operant pijnprogramma werd behandeld, terwijl zijn pijn werd veroorzaakt door kanker. Een voorbeeld van het tweede is te vinden in de bijdrage van Jansen in dit nummer. De tweede soort foute diagnostiek bevat fouten in de inschatting van psychische factoren. Binnen de gedragstherapie (waarover het boek gaat) is dan meestal sprake van verkeerde of onvolledige functieanalyses. Inmiddels is gebleken dat deze tweede fout minder desastreuze gevolgen heeft dan men dacht. In het spraakmakende onderzoek van Schülte et al. (1992) bleken patiënten die op grond van de functieanalyse van een medepatiënt werden behandeld evenveel vooruit te gaan als patiënten die op grond van hun 'eigen' functieanalyse werden behandeld. Nog opvallender was dat patiënten die een standaardbehandeling kregen het minstens even goed deden als de beide groepen die op grond van een functieanalyse werden behandeld.
- b *Verkeerde toepassing van technieken.* De therapeut heeft wel goede analyses gemaakt, maar kiest vervolgens een verkeerde behandeling, of kiest een goede behandeling maar voert deze verkeerd uit. Voorbeelden: te korte, niet systematisch uitgevoerde exposure, of te weinig gestructureerde cognitieve therapie, waarin vele cognities kort worden besproken, maar geen tijd wordt genomen om de patiënt de kans te geven zich de nieuwe cognities echt eigen te maken.
- c *Kenmerken van de patiënt.* Emmelkamp en Foa komen tot de conclusie dat kenmerken van de patiënt (bijv. persoonlijkheidsstoornissen) nauwelijks voorspellend zijn voor mislukking. Voor een recent overzicht wordt verwezen naar Garfield (1994). De enige variabele die herhaaldelijk gerelateerd bleek aan het therapieresultaat was de mate van depressie op de voormeting: hoe depressiever patiënten waren, hoe minder ze tijdens de behandeling vooruitgingen. Geen samenhang werd gevonden tussen therapieresultaat en sociale klasse en geslacht van de patiënt, persoonlijkheidsvariabelen, of ernst van de klachten. Er wordt wel gesuggereerd dat oudere patiënten minder baat hebben bij psychotherapie dan jongeren. Hoewel het niet met zoveel woorden wordt gezegd is dit waarschijnlijk de reden dat bejaarde patiënten meestal voor behandelingsonderzoeken worden uitgesloten, en dat bij de afdeling Ouderen van de RIAGG officieel geen psychotherapie wordt uitgevoerd. Wie boven de vijftenzestig is wordt geacht dement te zijn of aan een andere leeftijdsgebonden stoornis te lijden. Dit is natuurlijk flauwekul. Psychiatrische stoornissen worden niet ineens ouderdomsziekten wanneer men de vijftenzestig is gepasseerd, en er is geen enkele reden om aan te

nemen dat oudere mensen minder baat zouden hebben bij eclectische, klachtgerichte psychotherapie dan jongere patiënten. In onderzoeken naar effecten van kortdurende psychotherapie waarin ook ouderen waren betrokken, werd geen verband tussen leeftijd en resultaat gevonden (Steinmetz Breckenridge et al., 1985; Thompson et al., 1987). Dat ouderen weinig voelen voor een langdurige psychodynamische terugblik op hun leven kunnen wij ons levendig voorstellen. Hoewel zelf nog niet bejaard, voelen wij hier nu al niet voor.

De therapeutische relatie

De invloed van de therapeutische relatie op het mislukken van behandelingen is niet goed uitgezocht. Foa et al. (1983) beschreven de behandelingen van tachtig patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis. Zes patiënten stopten voortijdig; vier van hen waren bij dezelfde therapeut in behandeling (er waren zes therapeuten). Men vermoedde dat de patiënten de koele, arrogante en weinig empathische houding van deze therapeut beu waren. De auteurs waren overigens van mening dat de therapeutische relatie minder belangrijk is voor het behandelingsresultaat naarmate de gebruikte behandelingstechniek effectiever is.

Nu is het vaak moeilijk om de effectiviteit van technieken objectief vast te stellen; veel technieken lijken juist effectiever naarmate de therapeut beter in staat is de patiënt te motiveren de techniek daadwerkelijk toe te passen. Wij zouden daarom willen toevoegen: een goede therapeutische relatie is belangrijker naarmate de patiënt meer gemotiveerd moet worden om de gekozen behandeling uit te voeren. Zo kan exposure in vivo bijzonder werkzaam zijn, mits de therapeut de patiënt ertoe weet te bewegen om 'het gevaar in de ogen te zien'. Binnen de directieve therapie wordt dit motiveren van patiënten gerekend tot de behandeling, en niet tot een taak die door anderen moet worden uitgevoerd voordat de therapie kan beginnen. Dat de therapeut bij dit motiveren dankbaar gebruik maakt van het zogenaamde placebo-effect en van niet-schoolgebonden factoren is elders uitgebreid beschreven (bijv. Van Dyck et al., 1991).

Het is ook denkbaar dat een goede therapeutische relatie bij de behandeling van sommige klachten belangrijker is dan bij andere. Misschien wordt de therapeutische relatie belangrijker, naarmate de klacht zich ook voordoet binnen die therapeutische relatie. Patiënten die snel moeilijkheden in sociale contacten ondervinden zullen dit waarschijnlijk ook in de relatie met hun therapeut merken. Het kan ook zijn dat de therapeutische relatie belangrijker wordt naarmate de moeilijkheden die besproken worden voor de patiënt beschamender zijn.

Hoewel Foa en Emmelkamp met hun boek een belangrijke bijdrage leverden aan het besef dat behandelingen ook kunnen mislukken, besteedden zij verbazend weinig (namelijk *geen*) aandacht aan de vraag of patiënten ook schade kunnen ondervinden van de behandeling. Toch was ook dit onderwerp eerder besproken. Freud noemde reeds in 1910 dat psychotherapie schadelijk kan zijn, zeker als de therapeut de zogenaamde 'tegenoverdracht' bij zichzelf niet herkent. Vooral in de jaren zestig en zeventig werd over mogelijk kwalijke gevolgen van psychotherapie een heftige discussie gevoerd (onder meer Bergin, 1963; Bergin & Lambert, 1979; Lambert et al., 1977; May, 1971; Rachman, 1973). Om ons onbekende redenen is het onderwerp hierna van het

(onderzoeks)toneel verdwenen (anders dan binnen de medische wetenschap, waar het besef groeit dat niet behandelen soms minder kwalijke gevolgen heeft dan wel behandelen; zie bijv. Dupuis, 1994).

We gaan nog even terug naar de discussie die twintig jaar geleden werd gevoerd. In die tijd werd aan de Vanderbilt University in Nashville, Tennessee, een omvangrijke studie uitgevoerd naar 'negatieve effecten' van psychotherapie, die als volgt werden gedefinieerd (Strupp et al., 1977, pag. 91-92):

'(...) Een verslechtering van de toestand van de patiënt als gevolg van het feit dat hij in psychotherapie is geweest. Dit effect moet relatief langdurend zijn, waarmee voorbijgaande effecten (bijv. tijdelijk verdriet bij het afscheid van de therapeut) worden uitgesloten, evenals fluctuaties als gevolg van tijdelijk aanwezige stress. Uitgesloten zijn ook die gevallen waarin de therapie geen effect heeft op de klachten (...)'

. Het probleem van deze definitie was: hoe bepaal je of effecten inderdaad werden veroorzaakt door psychotherapie? Rachman en Wilson (1980) merkten op:

'(...) Het feit dat sommige patiënten achteruit gaan tijdens of na een psychotherapie is geen bewijs voor het feit dat de therapie de achteruitgang heeft veroorzaakt – net zo goed als vooruitgang tijdens therapie ook niet noodzakelijkerwijs het gevolg is van de therapie. In beide gevallen moet worden aangetoond dat de achter-, danwel vooruitgang groter is dan zonder therapie verwacht mag worden (...)'

De onderzoeksbevindingen van de studie naar de negatieve effecten werden weergegeven in een boek met de titel *Psychotherapy for better or worse – The problem of negative effects* (Strupp et al., 1977). Het onderzoek bevatte een kritische beschouwing van eerder gepubliceerde behandelingsstudies, waarin werd nagegaan of negatieve effecten optraden. De onderzoekers moesten vaststellen dat de meeste studies methodologisch zo zwak waren dat het trekken van conclusies nauwelijks verantwoord was. Voor zover er iets te zeggen viel was de voorzichtige conclusie dat negatieve effecten onder meer samenhangen met de klachten van de patiënt: de auteurs vonden aanwijzingen dat patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis eerder decompenseerden in psychotherapie dan patiënten met een andere diagnose. Vervolgens hielden zij een enquête bij circa 150 vooraanstaande psychotherapeuten en onderzoekers van verschillende theoretische achtergronden. De volgende vragen werden aan hen gesteld: (a) Bestaan er in de psychotherapie negatieve effecten? (b) Zo ja, wat voor negatieve effecten komen zoal voor?, en (c) Welke factoren hangen samen met negatieve effecten? Ruim zeventig personen reageerden, vrijwel allen enthousiast over het feit dat dit belangwekkende onderwerp eindelijk de aandacht kreeg die het verdiende. Slechts één respondent was van mening dat het met die negatieve effecten wel meeviel. Het concept negatieve effecten suggereerde volgens hem dat de therapeut veel meer macht en invloed op de patiënt heeft dan in werkelijkheid het geval is. Niet vermeld werd of deze persoon er wel eens over had gedacht of de therapeut dan wel invloed in *gunstige* zin kon hebben. De overigen beantwoordden de vraag of

psychotherapie tot negatieve effecten kan leiden met een eensluidend ja. De volgende vormen van negatieve effecten werden onderscheiden:

- a *Verergering van de bestaande symptomen.* Deze categorie spreekt voor zichzelf. Patiënten worden nog angstiger of depressiever, gaan meer drinken, eten of gokken. Een schokkend voorbeeld van ‘verergering’ bij echtparen werd beschreven door Friedman (1984) die in een bio-energetische marathonsessie voor echtparen uiteindelijk door haar man werd mishandeld, daarbij door de ‘therapeut’ en de overige groepsleden aangemoedigd. Voordat het echtpaar naar deze bijeenkomst ging was de relatie tussen hen ‘redelijk’, daarna onherstelbaar kapot.
- b *Ontstaan van nieuwe symptomen.* Hierbij wordt de mogelijkheid genoemd dat patiënten hun psychische conflicten tot uiting gaan ‘brengen’ op een andere, soms ook sociaal minder aanvaardbare manier. Zo beschreef een van de respondenten een patiënt die volgens hem conflicten niet meer uitte in somatische klachten, maar in allerlei paranoïde verschijnselen, hetgeen veel meer conflicten opleverde met zijn omgeving. Andere voorbeelden van nieuwe symptomen zijn suicide(dreiging) of psychotische decompensatie. Hoewel de respondenten het er wel over eens waren dat het ontstaan van nieuwe symptomen tijdens een behandeling geen zeldzaamheid is, dachten ze nogal verschillend over de oorzaken van die nieuwe symptomen. Zo werd gedragstherapeuten nogal eens verweten ‘slechts’ symptomen te behandelen, en de ware oorzaak te negeren. Inmiddels is duidelijk dat (1) patiënten ook (juist) van ‘symptomen’ – wij zouden het gewoon klachten noemen – erg veel hinder kunnen hebben, en veel prettiger leven als deze verminderen, en dat (2) er vaak helemaal geen nieuwe ‘symptomen’ ontstaan als de vorige verdwijnen.
- c *Patiënten maken misbruik van therapie.* Hierbij wordt bijvoorbeeld geduid op patiënten die hun nieuw verkregen inzichten gebruiken om andere mensen ‘de grond in te boren’. Ze stellen zich nog net zo superieur en arrogant op als voorheen, maar kunnen hun houding nu ook ‘theoretisch’ onderbouwen. Zelf maakten wij ook andere vormen van misbruik mee. Een patiënt gebruikte zijn behandeling om vrijstelling te krijgen van militaire dienst. Hoewel wij goed begrepen dat hij niet in dienst wilde, waren wij niet zo enthousiast over de wijze waarop hij dit probeerde te bereiken. Iets dergelijks was aan de hand bij een patiënt die een auto-ongeluk had gehad, en daarvan littekens had overgehouden. Pas in de loop van de sessies (die moeizaam verliepen) bleek dat hij hoopte meer verzekeringsgeld te kunnen innen door te laten zien hoezeer hij door het ongeval ook psychisch beschadigd was. Het laatste voorbeeld: sommige patiënten voelen zich zo thuis bij de therapeut dat zij steeds nieuwe problemen inbrengen, en geen enkele moeite doen om pijnlijke confrontaties die het leven nu eenmaal meebrengt aan te gaan. Ook dan zou men kunnen spreken van misbruik, al dan niet aangemoedigd door de therapeut.
- d *Niet-realistische taken of doelen nastreven.* Dit gevaar werd vooral gesignaleerd bij patiënten die hun therapeut een plezier willen doen, en – al dan niet bewust – daartoe diens normen overnemen. Bijvoorbeeld: een vrouw die halve dagen werkte werd door haar therapeut aangemoedigd om meer te gaan werken, zodat ze meer invloed zou krijgen en daarmee meer voldoening. Dit bleek voor haar echter te zwaar, waarna ze maanden in de ziektewet zat.
- e *Verlies van vertrouwen in therapie en therapeuten.* Hoe vaker behandelingen mislukken, hoe meer patiënten het idee zullen krijgen dat ze van psychotherapie niets hebben te verwachten. Dit is in sommige gevallen terecht, maar kan soms betekenen dat patiënten niet meer beginnen aan behandelingen die hen *wel* zouden kunnen helpen.

Op de derde vraag: 'Welke factoren staan in verband met negatieve effecten?' werden uiteenlopende antwoorden gegeven. Deels komen ze overeen met aspecten die ook door Emmelkamp en Foa werden genoemd, maar er zijn ook verschillen en toevoegingen. Voor de volledigheid bespreken we de door Strupp et al. (1977) onderscheiden categorieën.

- a *Foute of ontoereikende diagnostiek.* Bijvoorbeeld als de therapeut verder ingaat op het verleden dan goed is voor de patiënt. De therapeut mikt dan op verwerking, terwijl steun geven en versterking van het huidige evenwicht waarschijnlijk veel verstandiger zou zijn. Soms doet een therapeut dat bewust, na een verkeerde inschatting over wat een patiënt aankan. Soms gaat het ook per ongeluk, zoals een van ons overkwam bij een patiënte die tijdens de intake aarzelend melding maakte van allerlei akeligheden in haar verleden (mishandeling, incest, ongewilde abortus). De therapeut vroeg daarover uitgebreid door, zich te laat realiserend dat dit voor patiënte mogelijk te belastend was. Toen de therapeut dit wel bedacht was het verleden voor patiënte inmiddels weer zo gaan leven (zij schreef daarover schriften vol) dat het niet meer lukte om weer op het heden te concentreren. Patiënte maakte daarop een ernstige depressieve periode door, waarin zij enkele keren aangaf zich van het leven te willen beroven. Uiteindelijk kwam zij daar met behulp van antidepressiva gelukkig weer doorheen.
- b *Kenmerken van de therapeut.* Behalve die ene respondent bleek men het er wel over eens te zijn dat de therapeut een zeer kwalijke invloed kan hebben op het welzijn van de patiënt. Onderscheid werd gemaakt in gebrek aan vaardigheden of training en eigenschappen van de therapeut. Een voorbeeld van het eerste is het stimuleren van het uiten van primitieve agressie bij een borderline patiënt, en vervolgens niet weten hoe daarmee om te gaan. Vele voorbeelden werden genoemd van schadelijke eigenschappen van de therapeut: domheid, agressie, de behoefte om de patiënt in de zwakke rol te plaatsen (bijv. door alleen aandacht te hebben voor datgene wat de patiënt niet kan), masochisme, voyeurisme, kilheid, overdreven behoefte om mensen te veranderen, vijandigheid (die zich bijv. uit in de neiging een patiënt borderline of schizofreen te noemen), gebrek aan interesse en warmte, verwaarlozing, pessimisme, sadisme, onechtheid, gretigheid, narcisme, gebrek aan zelfinzicht.
- c *Kenmerken van de patiënt.* Risicovolle kenmerken van patiënten werden slechts weinig genoemd. De belangrijkste waren een geringe of afwezige motivatie en masochisme. Deze laatste eigenschap werd verondersteld aanwezig te zijn bij patiënten die somber of depressief werden als er iets goed ging.
- d *Verkeerde toepassing van of gebreken in techniek.* Hier werden verschillende mogelijkheden onderscheiden, die overigens naar ons idee vaak vallen onder foute diagnostiek of schadelijke therapeut eigenschappen. We bespreken ze kort:
 - 1 Foute veronderstellingen bij de therapeut over het doel en de mogelijkheden van therapie. Bijvoorbeeld: een therapeut die denkt dat hij alles kan, of dat hij God is. Of: een therapeut die te indringend en bemoeiziek is, daarmee suggererend dat de patiënt op geen enkel vlak in staat is voor zichzelf te zorgen, vooral wanneer hij dit combineert met de boodschap dat therapie alle problemen kan oplossen.
 - 2 Fouten of problemen bij het stellen van therapiedoelen; doelen worden niet besproken, zijn te abstract, zijn uiteindelijk niet in het belang van de patiënt, bijvoorbeeld te hoog. Of: therapeut en patiënt hebben verschillende doelen voor ogen.

- 3 De therapie is verkeerd gericht. Er wordt bijvoorbeeld gekozen voor een individuele therapie, terwijl de omgeving een essentiële rol speelt in het voortduren van de klachten.
 - 4 De gebruikte techniek past niet bij deze patiënt op dit moment. Er wordt bijvoorbeeld explorerend of inzichtgevend gewerkt, terwijl een steunend contact meer op zijn plaats zou zijn.
 - 5 De therapeut houdt rigide vast aan een gekozen techniek, terwijl reeds duidelijk is dat deze techniek geen effect heeft, of bijvoorbeeld dat andere klachten meer op de voorgrond zijn gekomen.
 - 6 De behandeling is te intensief – of juist niet intensief genoeg. De frequentie en intensiteit van een behandeling lijkt vaak meer te worden bepaald door de mogelijkheden en gebruiken in een instelling dan door de behoeften van de patiënt.
 - 7 Technieken en interpretaties worden verkeerd gebruikt. Dit gebeurt als ze te veel leiden tot ‘navelstaren’ en te weinig aanleiding zijn om in het dagelijks leven daadwerkelijk verandering aan te brengen. Voorbeeld: van een patiënt wordt gezegd dat die een autoriteitsconflict heeft, terwijl miskend wordt dat hij een onmogelijke, veeleisende baas boven zich heeft. Ander voorbeeld: als de symptomen onverwacht snel afnemen zegt de therapeut dat de patiënt vlucht in gezondheid, waarna deze niet met de behandeling durft te stoppen.
 - 8 Technieken die bevorderen dat de patiënt afhankelijk wordt van de therapie of de therapeut, maar ook technieken die te weinig de zelfstandigheid van de patiënt bevorderen. Bijvoorbeeld: de therapeut heeft te weinig oog voor het vergroten van het probleemoplossend vermogen van patiënten.
- e *Problemen in de therapeutische relatie.* Voorbeelden die hierbij worden genoemd zijn te veel of te weinig persoonlijke band (ook wel genoemd ‘rapport’) en ‘vijandige tegenoverdracht’. De therapeut kan deze problemen uitlokken door geen respect te hebben voor de pijn van de patiënt, de patiënt niet toe te staan eigen keuzes te maken, agressief de ‘verdediging’ van patiënten aan te pakken, zich teleurgesteld tegenover de patiënt en diens (gebrek aan) vooruitgang te uiten, en ten onrechte twijfels te uiten over motivatie van de patiënt.
- f *Overige problemen.* Genoemd worden communicatieproblemen (bijv. als de therapeut warrig is, niet kan uitleggen wat hij bedoelt, of vergeet te controleren of de patiënt hem wel begrepen heeft) en mogelijke kwalijke effecten wanneer de therapeut de vertrouwelijkheid schendt, of weigert door te verwijzen als de behandeling niet loopt. Deze gegevens over oorzaken van negatieve effecten werden genoemd door therapeuten. Weinig is bekend over wat patiënten als schadelijk ervaren. In Amerika bestaat een consumentengids voor mensen die in psychotherapie willen (Striano, 1987, 1988), waarin ook verhalen van slachtoffers zijn opgenomen. Veel voorbeelden gaan over psychodynamische therapie, maar er worden ook fouten beschreven die voor anders georiënteerde therapeuten leerzaam zijn. Door slachtoffers werden onder meer de volgende therapeutgedragingen als schadelijk bestempeld:
- een intense persoonlijke relatie aangaan in plaats van een professionele hulpverleningsrelatie;
 - patiënten hun onafhankelijkheid ontnemen, bijvoorbeeld door hun steeds te vertellen wat ze moeten doen;
 - concentreren op problemen in plaats van op sterke punten, ook wel aangeduid met ‘pathology hunting’. Zo schijnen in Amerika bepaalde ziekenhuizen ouders

- te adviseren hun puberkinderen klinisch te laten behandelen voor gedragingen die binnen de puberteit als volstrekt normaal kunnen worden beschouwd;
- extreme passiviteit en robotgedraging (zwijgen, hummen), zonder daaraan op de juiste momenten advies, suggesties en informatie toe te voegen;
 - koel, onpersoonlijk afscheid nemen van patiënten als de therapie geen succes heeft gehad, waardoor het geringe zelfvertrouwen van patiënten nog verder wordt verminderd;
 - onge oefend en weinig doordacht gebruik van spectaculaire technieken (genoemd wordt hypnose; ook zou kunnen worden gedacht aan bepaalde flooding-procedures of bio-energetische technieken. Wij kennen voorbeelden van patiënten die met behulp van bio-energetica op krukken of in de ziektewet zijn beland);
 - onterecht gebruik van medicatie;
 - gebruiken van andere potentieel gevaarlijke behandelingsmethoden (bijv. electroshocks, imaginaire confrontatie).

Al met al is het een wonder dat patiënten nog zo vaak tevreden zijn. Blijkbaar weten veel therapeuten de beschreven fouten te vermijden, of worden hen hun fouten minder zwaar aangerekend. Overigens geldt: er werd veel bedacht, maar weinig empirisch ondersteund. Wat wel is onderzocht is te vinden bij Lambert en Bergin (1994). Zo werden aanwijzingen gevonden dat borderline en psychotische patiënten of patiënten die in een ernstige crisis zitten eerder negatieve gevolgen van psychotherapie ondervinden, vooral als zij worden blootgesteld aan technieken die gericht zijn op het afbreken, uitdagen of ondermijnen van hun gebruikelijke coping-strategieën.

Een voorbeeld van onderzoek naar de invloed van therapeutvariabelen is het al oude onderzoek van Ricks (1974), dat overigens interessante resultaten opleverde. Twee therapeuten (A en B) hadden beiden de helft van een groep adolescenten (jongens) behandeld. Uit de resultaten op de lange termijn bleek een interactie-effect tussen therapeut en ernst van de klachten van hun patiënten tijdens de behandeling. Van de jongens die tijdens de behandeling relatief ernstige klachten hadden gehad bleek de door A behandelde groep er tijdens de follow-up beduidend beter aan toe te zijn dan de door B behandelde groep. Bij de jongens die relatief lichte klachten hadden gehad werd bij de follow-up geen verschil tussen de door A en B behandelde groepen gevonden. Vergelijking van beide therapeuten toonde dat A vooral tijd had besteed aan jongens met ernstige klachten, terwijl B het tegenovergestelde had gedaan. A betrok veel vaker de omgeving van de patiënt in de behandeling, was duidelijk en direct tegenover patiënten, bevorderde hun zelfstandigheid, en richtte zich op het oplossen van problemen in het dagelijks leven. B deed al deze dingen niet. Hij leek bang voor ernstige pathologie, en leek patiënten met ernstige symptomen te vermijden. Hij werd ook somber als hij iemand met ernstige klachten moest behandelen.

Sachs (1983) stelde vast dat vooral fouten in therapeutische technieken tot negatieve gevolgen leidden. Voorbeelden: de sessie niet structureren, negatieve gevoelens van de patiënt tegenover de therapeut of de therapie niet ter discussie stellen, therapiebelemmerend gedrag van de patiënt (bijv. 'weerstand', niet uitvoeren van opdrachten) passief accepteren, en het gebruik van schadelijke interventies, zoals foute of op het verkeerde moment aangeboden interpretaties.

Lafferty et al. (1989) concludeerden dat empathie de belangrijkste voorspeller was van therapie succes: effectieve therapeuten waren beduidend empathischer dan niet-effectieve. Effectieve therapeuten waren ook meer van oordeel dat hun patiënten bij de therapie betrokken waren, en ten slotte waren zij directiever en steunender. Er waren ook duidelijke verschillen in waarden. Effectieve therapeuten benadrukten vooral 'intellectuele' waarden, zoals intelligentie en reflectie. Niet-effectieve therapeuten vonden een comfortabel en opwindend leven belangrijker.

Vrij veel aandacht is besteed aan negatieve effecten in groepsbehandelingen. Yalom en Lieberman (1971) vonden dat negatieve effecten in groepstherapieën vooral voorkwamen bij een bepaalde stijl van groepsleiders, namelijk ongeduldig, autoritair en eisend wat betreft directe 'selfdisclosure', emotionele expressie en verandering van attitude.

Twee dimensies om therapieresultaten te meten

Onderzoek naar therapieresultaten (en dus ook onderzoek naar mislukkingen en negatieve effecten) blijft moeilijk, in de eerste plaats vooral doordat resultaat een erg breed begrip is. Sommigen spreken van een succes wanneer de behandeling heeft geleid tot vermindering van de klachten, ongeacht of de patiënt in andere opzichten achteruit is gegaan. Anderen spreken dan van een mislukking of van een negatief effect. Nog ingewikkelder is dat mislukking en negatief effect niet altijd samengaan. Soms is er gewoon niets veranderd: niet in gewenste en niet in ongewenste zin (behandeling mislukt), zonder dat er negatieve gevolgen zijn. Soms is een behandeling gelukt en bestaan er toch negatieve effecten.

Mogelijk ontstaat minder verwarring wanneer bij het vaststellen van therapie-effecten onderscheid wordt gemaakt in twee dimensies:

- a het effect op de stoornis of de klachten; deze kunnen verminderen, gelijk blijven of toenemen (respectievelijk aangeduid met 'verbetering', 'mislukking', en 'negatief effect');
- b het (bij)effect op de context van de klachten; hieronder vallen andere klachten, maar ook het zelfvertrouwen van de patiënt en bijvoorbeeld de effecten op de omgeving. Ook op aspecten uit de context is verbetering, gelijkblijvend resultaat, of verslechtering mogelijk (resp. aangeduid met 'positief bij-effect', 'geen bij-effect' en 'negatief bij-effect').

Met de indeling wordt het mogelijk eenvoudiger om onderscheid te maken tussen mislukkingen (wanneer geen vermindering van klachten optreedt, eerste dimensie) en negatieve bij-effecten (gekenmerkt door achteruitgang op de tweede dimensie). Een behandeling kan natuurlijk ook leiden tot positieve bij-effecten (verbetering op de tweede dimensie, bijv. een algeheel toegenomen zelfvertrouwen, een betere relatie met de partner), maar dat is voor dit artikel minder interessant. Een behandelingseffect wordt dan vastgesteld op beide dimensies afzonderlijk, waarbij uiteenlopende combinaties kunnen voorkomen. Op de eerste dimensie wordt de effectiviteit van de gebruikte strategie bij deze klacht vastgesteld. Achteruitgang op deze dimensie zou kunnen wijzen op ingrediënten die wel invloed hebben op de klachten, maar in de verkeerde richting. Omgekeerd is dan de verwachting dat behandelingen die geen vermogen hebben om positief uit te werken ook minder schadelijk zullen zijn. Dit is

geen onlogische gedachte. Interessant zijn de resultaten van een grootscheeps onderzoek naar behandeling van depressies (Elkin, 1994 – beschreven door Lambert & Bergin, 1994; Ogles et al., 1993). Hieruit bleek dat cognitieve gedragstherapie (in vergelijking met interpersoonlijke therapie, medicatie en placebo) weliswaar goede resultaten gaf, maar ook leidde tot het grootste percentage verslechterde patiënten (circa 10%, tegenover 0 tot 5% in de andere condities). Achteruitgang op de tweede dimensie wijst dan naar schadelijke (bij-)effecten van de behandeling.

Met een dergelijke indeling valt in de toekomst per afzonderlijke klacht wellicht een betere afweging te maken tussen de effectiviteit van een behandeling en de mogelijke schadelijkheid. In analogie met de situatie bij psychofarmaca zou dit ertoe kunnen leiden dat psychotherapeuten in de toekomst hun patiënten niet alleen op de hoogte kunnen brengen van de werkzaamheid van hun behandeling, maar ook van de mogelijke bijwerkingen.

Abstract

This article is about the fact that psychotherapy sometimes fails to give improvement, or even has negative consequences for patients. The following topics are discussed: the effectiveness of psychotherapy, problems in research on treatment outcome, statistical and clinical significance, kinds of failures and negative effects and possible causes of such outcomes. Some interesting publications on this topic are reviewed. On the basis of the existing literature it is concluded that few empirical studies have addressed the issue of failures and negative consequences. For evaluation of treatment effects it is proposed to make a distinction into two separate dimensions, and to rate effects on (a) the complaints of referral and (b) other effects (side effects) of treatment, more specifically on the context of the complaints.

Referenties

- Bergin, A.E. (1963). The empirical emphasis in psychotherapy: A symposium. The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 244–250.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (red.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th edition)*. New York: John Wiley & Sons.
- Bergin, A.E. & Lambert, M.J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (2nd edition)*, New York: Wiley.
- Bouman, T.K. (1987). *The measurement of depression with questionnaires* (dissertatie). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Dupuis, H. (1994). *Wel of niet behandelen? Baat het niet dan schaadt het wel*. Utrecht: Ambo.
- Dyck, R. van, Lange, A., & Velden, K. van der (1980). Mislukte directieve behandelingen. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dyck, R. van, Velden, K. van der, & Emmelkamp, P.M.G. (1991). Algemene factoren, indicatiestelling voor psychotherapie. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie, deel 2*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Emmelkamp, P.M.G. & Foa, E.B. (1983). Failures are a challenge. In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Failures in behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Foa, E.B. & Emmelkamp, P.M.G. (red.) (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons.

- Foa, E.B., Steketee, G., Grayson, J.B., & Doppelt, H.G. (1983). Treatment of obsessive-compulsives: when do we fail? In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Failures in behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Follick, M.J., Zitter, M.J., & Ahern, D.K. (1983). Failures in the operant treatment of chronic pain. In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Failures in behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Freud, S. (1910). *The future prospects of psycho-analytic therapy*. Standard edition 11.
- Friedman (1984). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*.
- Garfield, S.L. (1982). Eclecticism and integration in psychotherapy. *Behavior Therapy*, 13, 610–623.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th edition)* (pp. 190–228). New York: John Wiley & Sons.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159–164.
- Jorm, A.F. (1989). Modifiability of trait anxiety and neuroticism: A meta-analysis of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 21–29.
- Kazdin, A.E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95–105.
- Kazdin, A.E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (red.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th edition)* (pp. 19–71). New York: John Wiley & Sons.
- Lafferty, P., Beutler, L.E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists. A study of select therapists variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 76–80.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th edition)* (pp. 143–189). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M.J., Bergin, A.J., & Collins J.L. (1977). Therapist-induced deterioration in psychotherapy. In: A.S. Gurman & A.M. Razin (red.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 452–481). New York: Pergamon.
- Marks, I. (1978). Behavioral psychotherapy of adult neuroses. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (2nd edition)* (pp. 493–547). New York: Wiley.
- May, P.R. (1971). For better or for worse? Psychotherapy and variance change: A critical review of the literature. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 152, 184–192.
- Mays, D.T. & Franks, C.M. (1985). Negative outcome: historical context and definitional issues. In: D.T. Mays & C.M. Franks (red.), *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer Publishing Company.
- Nicholson, R.A. & Berman, J.S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93, 261–278.
- Ogles, B.M., Sawyer, J.D., & Lambert, M.J. (1993). *The clinical significance of the NIMH treatment of depression collaborative research program data*. Paper presented at the annual meeting of the society of psychotherapy research, Pittsburg.
- Rachman, S.J. (1973). The effects of psychological treatment. In: H. Eysenck (red.), *Handbook of abnormal psychology*. New York: Basic Books.
- Rachman, S.J. (1983). Obstacles to the successful treatment of obsessions. In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (red.). *Failures in behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Rachman, S.J. & Wilson, G.T. (1980). *The effects of psychological therapy (2nd ed.)*. New York: Pergamon Press.
- Ricks, D.F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In: D.F. Ricks, M. Roff, & A. Thomas (red.). *Life history research in psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Robinson, L.A., Berman, J.S., & Neimeyer, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 100, 30–49.
- Schulte, D., Kunzel, R., Pepping, G., & Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behavior Research & Therapy*, 14, 67–92.
- Steinmetz Breckenridge, J., Zeiss, A.M., Breckenridge, J.N., Gallagher, D., & Thompson, L.W. (1985). Sollicitation of elderly depressives for treatment outcome research: A comparison of referral sources. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 552–554.

- Striano, J. (1987). *How to find a good psychotherapist*. Santa Barbara: Professional Press.
- Striano, J. (1988). *Can psychotherapists hurt you?* Santa Barbara: Professional Press.
- Strupp, H.H., Hardley, S.W., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse; The problem of negative effects*. New York: Jason Aronson.
- Thompson, L.W., Gallagher, D. & Steinmetz Breckenridge, J. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390.
- Vandereycken, W. (1989). Gebruikelijke fouten en foutieve gebruiken van psychotherapie. *Nieuws voor Psychotherapeuten*, april, 1-7.
- Vandereycken, W. (1990). Hoe schadelijk is psychotherapie? *Gedragstherapie*, 23, 29-40.
- Yalom, I.D. & Lieberman, M.A. (1971). A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry*, 25, 16-30.