



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

Psychotherapie als placebo

Cas Schaap*

Samenvatting

Psychotherapie is in belangrijke mate een placebo en moet dat ook zijn, wil het een effectieve verrichting binnen de GGZ zijn. In dit artikel wordt deze stelling onderbouwd met een schooloverstijgend model van psychotherapie dat vooral is gebaseerd op sociale en interpersoonlijke psychologie. Er worden definities gegeven van psychotherapie en van placebo. Vervolgens wordt literatuur gepresenteerd rond de gemeenschappelijk werkzame factoren. Daarnaast wordt ingegaan op de specifiek werkzame factoren. Het procesonderzoek wordt gepresenteerd en het belang van motivationele factoren wordt benadrukt. Deze ingrediënten van het psychotherapeutisch proces worden 'verkooptechnieken' genoemd. Ten slotte wordt enige aandacht besteed aan verpakkingstechnieken, aanpassing van de techniek aan kenmerken van de cliënt.

Inleiding

Nu bekend is dat de meeste medicijnen en medische verrichtingen van de voorwetenschappelijke geneeskunde niet berusten op een specifiek werkzaam ingrediënt, maar de patiënten voor een belangrijk gedeelte toch opknapten, kan worden gesteld dat de geschiedenis van de geneeskunde in belangrijke mate overlapt met die van het placebofenomeen. Waarschijnlijk geldt hetzelfde voor de geschiedenis van de psychotherapie en wellicht voor de huidige referentiekaders.

In dit artikel wordt een gesimplificeerd procesmodel van psychotherapie gepresenteerd (uitgewerkt in Schaap, 2000), gebaseerd op Orlinsky, Grawe en Parks (1994), Schaap, Bennun, Schindler en Hoogduin (1993) en Schaap, Hoogduin en Keijsers (1999). Het model houdt in dat effectieve psychotherapie uit werkzame ingrediënten en motiveringstechnieken moet bestaan. De werkzame ingrediënten zijn te verdelen in *specifiek werkzame ingrediënten* (een bepaalde effectieve strategie voor een bepaald probleem, bijvoorbeeld ontspanning bij stressklachten) en *algemeen werkzame ingrediënten* (zoals empathie, steun en *self-disclosure*). De motiveringstechnieken worden onderscheiden in *verkooptechnieken* (een patiënt met spanningsklachten duidelijk maken dat hij of zij baat heeft bij ontspanning en hem of haar ertoe te bewegen ontspanningsoefeningen te doen) en de *verpakking* (de aanpassing van de interventie aan kenmerken, eigenschappen en vaardigheden van de patiënt door variatie in direct/indirect, letterlijk/figuurlijk en congruent/paradoxaal aan te brengen binnen de therapeutische technieken). De laatste twee ingrediënten kunnen met Dean (1958) 'pretherapie' genoemd worden: het vestigen van de voorwaarden om werkzame ingrediënten te 'mogen' toepassen. Elke effectieve vorm van hulpverlening, of het nu psychotherapie is of een alternatieve vorm van hulpverlening, moet hieraan veel

* PROF. DR. C.P.D.R. SCHAAP, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is als hoogleraar Klinische Psychologie en Psychotherapie verbonden aan de vakgroep Klinische psychologie en Ontwikkelingspsychologie van de Rijksuniversiteit Groningen. Correspondentieadres: Afdeling Klinische Psychologie, Triadegebouw 23 AZG, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

aandacht besteden. Analooq aan de motiverende gespreksvoering bij verslaving; De Wildt & Schippers, 1999) kan worden gesteld dat pas met de volgende fase, te weten therapie, mag worden aangevangen wanneer de cliënt daarmee akkoord is gegaan. De toestemming wordt verkregen in de motiveringsfase. In communicatietheoretische termen kan worden gesteld dat de werkzame ingrediënten de *inhoud* van de therapie vormen en dat de pretherapie vooral met de *betrekking* en de therapeutische relatie te maken heeft.

In het navolgende wordt onderbouwd dat psychotherapie voor een groot gedeelte placebo is en uit niet-specifiek werkzame ingrediënten bestaat en dat volgens het model ook moet zijn.

Eerst worden verschillende definities van psychotherapie behandeld. Daarna wordt ingegaan op placebo, de gemeenschappelijke (algemeen werkzame) factoren en de specifieke effectiviteit van psychotherapeutische interventies (specifieke factoren). Ten slotte wordt stilgestaan bij de verkooptechnieken, procesonderzoek en onderzoek naar motivatie voor behandeling en verpakkingstechniek, de wijze waarop de techniek wordt aangepast aan de patiënt.

Wat is psychotherapie?

Er bestaan verschillende definities van psychotherapie. Hierin zijn duidelijke accentverschillen te ontdekken; Wolberg, 1967). Sommige definities benadrukken het verlichten van lijden en verminderen van symptomen. Andere benadrukken het verbeteren van het zelfbeeld, integratie binnen de persoon en persoonlijke rijping. Weer andere benadrukken het verbeteren van interpersoonlijke relaties. Ten slotte wordt aanpassing aan de maatschappij en de cultuur genoemd. Een klassieke definitie is die van Wolberg (1967, p. 3):

‘Psychotherapy is the treatment, by psychological means, of problems of an emotional nature in which a trained person deliberately establishes a professional relationship with the patient with the object 1 of removing, modifying or retarding existing symptoms, 2 of mediating disturbed patterns of behavior, and 3 of promoting positive personality growth and development.’

In deze definitie zit de klassieke driedeling verweven in supportieve (het verlichten van lijden), reëducatieve (het veranderen van patronen) en reconstructieve (het veranderen van de persoonlijkheid) vormen van psychotherapie.

Orlinsky et al. (1994) benadrukken dat in de verschillende vormen van psychotherapie een zestal aspecten kan worden onderscheiden:

- formeel aspect (therapeutisch contract);
- technisch aspect (therapeutische handelingen);
- interpersoonlijk aspect (therapeutische relatie);
- intrapersoonlijk aspect (zelfbeeld);
- klinisch aspect (in-sessie impact);
- temporeel aspect (sequentie van gebeurtenissen over sessies heen).

Dit zijn belangrijke aspecten in het bepalen wat psychotherapie is, maar ze leveren geen onderscheid op met alternatieve therapieën als handoplegging of *healing*.

De Werkgroep Integratieve Psychotherapie Opleiding (1999, p. 4) definieert psychotherapie als

‘het op deskundige wijze doelbewust toepassen van klinische methoden en attitudes die gebaseerd zijn op algemeen aanvaarde psychologische principes, met als doel mensen bij te staan in het veranderen van hun gedrag, cognities, emoties en persoonskenmerken in de richting die door betrokkenen wenselijk wordt geacht.’

De cruciale termen ‘klinische methoden en attitudes’ en ‘algemeen aanvaarde psychologische principes’ zouden kunnen verwijzen naar een wetenschappelijke fundering. Onduidelijk blijft of ze verwijzen naar kennisgoed uit de academische psychologie. Een term als ‘algemeen aanvaard’ is griezelig. Vroeger was aderlating een ruim verbrede ingreep, gebaseerd op algemeen aanvaarde principes van lichaamssappen die uit balans waren. Hoewel waarschijnlijk effectief, bleek aderlating geen specifieke werking te hebben. Misschien zal hetzelfde blijken voor hedendaagse algemeen aanvaarde principes. Daarmee wordt het belang van empirische toetsing benadrukt, *evidence-based* dus, in plaats van *consensus-based*. Over de risico’s van de klinische blik (*clinical judgement*) is inmiddels heel wat bekend. Uitspraken van medici zijn niet erg consequent, betrouwbaar of valide en missen een actuarieel element (zie bijvoorbeeld Witteman, Kunst, & Koele, 1997). Een beslissing voor een bepaalde interventie wordt niet beïnvloed door het feitelijke effect van deze interventies.

Orlinsky et al. (1994, p. 359) stellen als algemene conclusie in hun hoofdstuk over procesonderzoek:

‘(...) if an appropriately prepared patient who is viewed as suited to the form of treatment in question becomes actively engaged in talking to a therapist who is seen as skillful, the results of therapy will be viewed as beneficial.’

Dit lijkt een aardige definitie van een placebo, omdat nergens gesproken wordt over specifieke effecten van de *treatment in question*. Gezien het feit dat deze formulering is gebaseerd op een systematisch overzicht van onderzoek op het gebied van het proces van psychotherapie, hoeft deze constatering eigenlijk ook niet zo te verbazen. In het gepresenteerde model van psychotherapie is het vooral in het procesaspect dat psychotherapie en een geloofwaardige placebo (zoals de alternatieve hulpverlening: healing, Reiki, handoplegging) elkaar niet veel ontlopen.

Wat is een placebo?

Bij farmacologisch onderzoek verwijst placebo naar psychologische factoren als verwachtingen en suggesties. Maar psychotherapie gaat juist over die psychologische factoren. Het is dus niet eenvoudig om een goede definitie te geven van het placebofenomeen in de context van psychotherapie. De definitie van Van Dyck (1986)

wordt hier als uitgangspunt genomen (zie het artikel van Milders in deze *special*). De volgende dimensies zijn in de definitie van Van Dyck van belang:

- volgens de theorie werkzaam versus niet werkzaam;
- van praktisch nut (zeg maar: empirisch aangetoond werkzaam) versus van geen nut;
- bewust versus onbewust bedoeld;
- de therapeut gelooft wel versus niet in de therapeutische werking;
- de patiënt gelooft in de therapeutische werking.

Van Dyck bespreekt dan de medische literatuur rond het placebofenomeen. De getallen variëren nogal en worden gecontamineerd door spontaan herstel en door methodologische factoren. Zo wordt bij subjectieve maten een sterker effect gevonden dan bij objectieve maten. Tevens blijkt de opvatting van de dokter over de kracht van het middel een belangrijke factor te zijn. Over het algemeen blijkt echter dat het placebofenomeen substantieel bijdraagt aan het effect van medische verrichtingen. Dezelfde conclusie trekken Roberts, Kewman, Mercier en Howell (1993) op basis van een studie naar een aantal medische en chirurgische procedures die ooit effectief werden geacht, maar waarvan later bleek dat er geen specifieke werking aan kon worden toegeschreven. Zij concluderen dat het effect van de placebofactoren groter moet zijn dan de dertig tot veertig procent die gemiddeld wordt gerapporteerd in de literatuur.

Algemeen werkzame factoren

Frank (1973) presenteert een model om genezing te verklaren. Zoals eerder in deze *special* door Milders beschreven, bestaat er volgens hem een duidelijke wisselwerking tussen de psychopathologische klachten van patiënten en demoralisatie. Zij zijn de greep op zichzelf kwijt. Elke genezingspraktijk (medisch, alternatief, psychotherapeutisch) bestaat volgens hem uit een viertal gemeenschappelijke elementen: er is sprake van een intense emotionele relatie met een genezer; deze genezer is een door de gemeenschap gesanctioneerd persoon in een therapeutische context; er is sprake van een geloofwaardige rationale voor het ontstaan van de klachten en een ceremonie die daaruit voortvloeit en tot verbetering leidt; deze verbetering leidt tot opheffing van demoralisatie en versterking van zelfvertrouwen en dit leidt weer tot een vermindering van de klachten. (Zie Van Dyck (1986) voor een verdere uitwerking van dit model.)

De factoren die bij de verschillende vormen van psychotherapie een rol spelen bij verbetering (en die zeker ook in verschillende mate werkzaam zullen zijn in alternatieve vormen van hulpverlening) kunnen als volgt worden geclassificeerd; Karasu, 1986). In de eerste plaats zijn er de factoren die te typeren zijn als *steun*: loutering, identificeren met een therapeut, verminderen van isolement, een positieve relatie opbouwen, gevoel krijgen gesteund te worden en het goed te doen, spanningsreductie, structuur aangeboden krijgen, therapeutische samenwerking opbouwen, actief participeren in het veranderingsproces, deskundigheid van de therapeut, warmte en vertrouwen. Daarnaast zijn er factoren die te maken hebben met *leren*: adviezen ontvangen, affectief leren, problematische ervaringen een plek kunnen geven, realistischere verwachtingen omtrent eigen functioneren opbouwen, cognitief leren, correctieve emotionele ervaringen opdoen, het eigen kompas leren exploreren, terugkoppeling en commentaar op de eigen persoon en het eigen functioneren ontvangen, inzicht verkrijgen en een rationale voor lijden en verbetering aangeboden krijgen. Ten slotte zijn er factoren die

te maken hebben met een *verandering* in gedrag en handelen: gedragsregulatie, cognitieve beheersing, aanmoediging om angst onder ogen te zien, risico's durven nemen, inspanningen plegen om problemen te overwinnen, modelfunctie van therapeut, oefenen, realiteitstoetsing, succeservaringen en het doorwerken van negatieve ervaringen.

Lambert en Bergin (1994) schatten op grond van een groot aantal onderzoeken en meta-analyses dat het placebofenomeen en de gemeenschappelijke factoren tezamen verantwoordelijk zijn voor minimaal veertig procent van het effect van psychotherapie. Zij geven evenals Roberts et al. (1993) aan dat dit als ondergrens moet worden beschouwd.

Het specifieke effect van psychotherapeutische interventies

Sinds de eerste meta-analyses (zie bijvoorbeeld Smith, Glass, & Miller, 1980) zijn er tientallen meta-analyses verschenen over allerlei onderwerpen binnen de psychotherapie. Lambert en Bergin (1994) beschrijven vijftien meta-analyses met betrekking tot een vergelijking van geen-behandeling, placebobehandeling en psychotherapie over in totaal meer dan duizend studies. Uit deze en andere meta-analyses kan de conclusie worden getrokken dat psychotherapie onder de voorwaarden van een gecontroleerd effectonderzoek tot meer verbetering leidt dan geen behandeling en een placebo-controleconditie. Wanneer strakke criteria worden gehanteerd voor de placebo-controlegroep (cliënten moeten over de placeboconditie dezelfde verwachting hebben als over de experimentele conditie), dan is psychotherapie effectiever met ongeveer een tweemaal zo sterk effect dan placebo's; Barker, Funk, & Houston, 1988). Hierbij dient wel aangetekend te worden dat placebocondities voor zowel therapeuten als voor onderzoekers minder geloofwaardig zullen zijn en daardoor minder effectief. Er worden dan ook lagere effectgroottes gevonden wanneer voor de loyaliteit van de onderzoeker aan een bepaald referentiekader wordt gecontroleerd; Robinson, Berman, & Niemeyer, 1990). Hetzelfde zal waarschijnlijk gelden voor de opvatting van de therapeut; Van Kalmthout, Schaap, & Wojciechowski, 1985).

Op grond van deze conclusie kan nog weinig worden gezegd over specifiek werkzame ingrediënten, laat staan over een vergelijking van de verschillende technieken uit de verschillende referentiekaders. Bovendien verschillen deze technieken sterk. Een duiding in een kortdurende analytische therapie is van een andere orde dan interoceptieve exposure uit een paniekprotocol. Het eerste heeft tot doel om de cliënt tot inzicht te brengen '(...) by linking 1 concrete conscious problems with 2 recurrent patterns of problems and 3 unconscious core-ordering of problems'; Henry, Strupp, Schacht, & Gaston, 1994, p. 490). Interoceptieve exposure heeft tot doel angst te doen dalen door de cliënt te laten ervaren (leren) dat de redenering: 'Ik ervaar signalen van toenemende *arousal*: hartkloppingen, enzovoort en deze signalen geven aan dat een hartaanval dreigt, dus er gebeurt een ramp: ik ga dood.' niet correct is.

Maar zelfs de verschillende technieken uit de cognitieve gedragstherapie (CGT) zijn niet zo maar te vergelijken; Bellack & Hersen, 1987). Een ontspanningsoefening lijkt een simpele, eenduidige techniek. We kunnen echter al onderscheid maken tussen de progressieve relaxatie, autogene training, de suggestieve methode en allerlei vormen van ademhalingsoefeningen die min of meer leiden tot ontspanning. Daarnaast bestaan

allerlei vormen van meditatie die ook gepaard gaan met een relaxatierespons. Nog afgezien van het feit dat deze methoden op verschillende manieren kunnen worden aangeboden. Doch daarover later meer.

Er dient in elk geval een onderscheid gemaakt te worden tussen de focus van de therapeutische interventie (klacht-, persoons-, interactiegericht) en de methode van de therapie (open, exploratief versus directief, protocollair); Korrelboom, 1999).

Nogal wat specifieke interventiemethoden en systematische verzamelingen ervan in protocollen zijn effectief gebleken. Zo zijn protocollen uit de cognitieve gedragstherapie effectief gebleken bij paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, enkelvoudige fobieën, dwangneurose, sociale fobie, depressie, boulimia nervosa, orgasme- en erectiestoornissen, chronische pijn, enuresis en encopresis. Bij een groot gedeelte van het Handboek psychopathologie dus. Bovendien is CGT effectief gebleken bij allerlei gezondheidsproblemen. Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT) is effectief bij stemmingsstoornissen en boulimia nervosa. Dat wil overigens niet zeggen dat andere methoden niet of minder effectief zijn; het onderzoek is gewoon nog niet gedaan. Wellicht zullen in de toekomst andere methoden effectief blijken te zijn voor bepaalde groepen patiënten.

Daarnaast is het zo dat de effectiviteit van de rogeriaanse condities (empathie, acceptatie, congruentie) is aangetoond. Ze zijn noodzakelijk, doch niet voldoende; Greenberg, Elliott, & Lietaer, 1994). De term 'specifieke techniek' is op deze therapeutische houdingen nauwelijks van toepassing.

Bovendien is het niet geheel duidelijk op welke wijze verbetering totstandkomt. Het gegeven dat de mate waarin patiënten met een paniekstoornis buiten de sessies om oefenen, niet samenhangt met therapieresultaat; Schulte & Eifert, in druk), suggereert dat *self-efficacy* wellicht een belangrijker factor is dan oefenen. Maar wanneer dat zo is, zullen andere referentiekaders (dan de klachtgerichte, protocollair-directieve), inclusief alternatieve therapeutische stromingen, ook effectief kunnen zijn wanneer ze maar *self-efficacy* verhogen. Het feit dat er minstens één onderzoek is (geciteerd in Wampold, 1997) waarin cliëntgerichte psychotherapie effectief is bij de paniekstoornis, lijkt een dergelijke stelling te bevestigen.

Het belang van het therapeutisch proces: de verkooptechniek

Het heeft weinig zin te bepalen of psychotherapie effectief is wanneer onbekend is wat er zich afspeelt tussen patiënt en therapeut. Bovendien hebben alle therapeutische stromingen te maken met vergelijkbare fenomenen (het betrekken bij het proces van verandering, het vestigen van een werkrelatie, het onderhouden van die relatie, het helpen bij het proces van verandering en het losmaken van de therapeutische band). Orlinsky et al. (1994) hebben geprobeerd te presenteren hetgeen bekend is op het gebied van het proces van psychotherapie in relatie tot het resultaat. In Schaap et al. (1993) en in Keijsers, Schaap en Hoogduin (2000) wordt deze literatuur vooral vanuit de CGT aan de orde gesteld.

Cliënten en therapeuten zijn het erover eens dat de volgende variabelen van belang zijn voor het behandelresultaat: een goede kwaliteit van de therapeutische relatie, de

vaardigheid van de therapeut, een meewerkende houding van de cliënt, openheid en positief affect van de kant van de cliënt, bepaalde therapeutische technieken en effecten (inzicht, catharsis, vermindering van intrapersoonlijk conflict, versterken van hoop, versterken van zelfvertrouwen) en de duur van de behandeling. Voor cliënten (maar niet voor therapeuten) hangen nog de volgende factoren samen met het resultaat van de behandeling: paradoxale intentie, experiëntiële confrontatie (de 'lege stoel'-techniek), interpretatie, de totale affectieve reactie van de cliënt, de geloofwaardigheid van de therapeut en het stadium van behandeling.

Overigens kan men in het algemeen wel stellen dat cliënten niet zo letten op technieken. Zij rapporteren vooral de kwaliteit van de therapeutische relatie als heilzaam ingrediënt; Schaap et al., 1993).

Concluderend stellen Orlinsky et al. (1994) dat de bijdrage van de therapeut aan de verbetering bij de cliënt vooral gebeurt door een empathische, ondersteunende en congruente houding in combinatie met deskundige toepassing van een aantal krachtige technieken.

Wat deze literatuur enigszins verhult, is dat therapeuten zich actief kunnen opstellen om cliënten te brengen tot openheid, samenwerking en activiteit. Het zou verkeerd zijn dergelijke factoren te zien als statische kenmerken van cliënten: degene die ze hebben zullen slagen, degene die ze niet hebben zullen er geen baat bij hebben. Therapeutische vaardigheid bestaat voor een groot gedeelte uit het betrekken van de cliënt bij het therapieproces.

In een poging strategieën te distilleren voor het opsporen en oplossen van problemen in de therapeutische relatie en voor het betrekken van patiënten bij het therapieproces, bestudeerden Schaap et al. (1999) klinische en verkoopliteratuur. Op de basis van handboeken rond psychotherapie, sociale beïnvloeding, *compliance*, motivationele strategieën, weerstand en drop-out (*attrition*) werden concrete strategieën verzameld en uitgeschreven. In totaal werden zo'n vierhonderd stukken tekst gevonden. Vervolgens werd naar onderliggende dimensies gezocht door de teksten en categorieën aan therapeuten aan te bieden, met de vraag welke strategieën op elkaar leken en welke verschilden. Deze kwalitatieve analyse leidde tot de volgende vijf clusters van in totaal dertien categorieën:

- verhogen van de attractiviteit van de therapeut (onvoorwaardelijke acceptatie, hoffelijkheid, empathie);
- benadrukken van de deskundigheid (vertrouwen wekken in therapeut en procedures, informeren);
- helpen met het veranderingsproces (behandeling toesnijden, steunen, hulp bieden);
- vestigen van een werkrelatie (activeren van patiënt, druk verhogen, derde partij inschakelen);
- het utiliseren van de weerstand.

De literatuur rond motivatie voor psychotherapie en interpersoonlijke psychologie; Schaap et al., 1993) laat zien dat schooloverstijgend in elk geval lijdensdruk en actieve participatie belangrijke predictoren van therapie succes zijn. Het ligt voor de hand om aan te nemen dat het beïnvloeden hiervan in een pretherapeutische fase het effect van de behandeling (specifiek werkzame ingrediënten) zal doen toenemen.

De (effectieve) techniek aanpassen aan de cliënt: de verpakking

Het belang van de zogenaamde ‘verpakkingstechnieken’ is sterk benadrukt in de directieve therapie, de hypnotherapie en de gezinstherapie. Er is echter weinig empirisch onderzoek binnen klinische settings gedaan naar het effect van deze factoren op behandelresultaat. Wel bestaat er veel sociaal-psychologische literatuur over het belang van interpersoonlijke factoren (bijvoorbeeld Knapp & Miller, 1994). Veel van de bevindingen van dit soort onderzoek laat zich vrij eenvoudig vertalen in therapeutische maatregelen.

Voor de psychotherapeutische praktijk is het boek van Mulholland (1994) zeer relevant. Hierin worden allerlei vormen van overreding beschreven. Tevens wordt aangegeven in welke situaties bepaalde overredingsvormen meer kans van slagen hebben, dat wil zeggen dat de kans dat de toegesprokene beïnvloed wordt, toeneemt. In het bijzonder wordt ruime aandacht besteed aan beleefdheidstactieken: linguïstische formules waarmee kans op gezichtsverlies afneemt. Psychotherapie is bij uitstek een situatie waarbij de kans op gezichtsverlies groot is.

Een schooloverstijgend model voor psychotherapie

Integratie van het bovenstaande leidt tot een schooloverstijgend model van psychotherapie dat bestaat uit kanalen en fasen (figuur 1).

Figuur I Referentiekader overstijgend model van psychotherapie.

FASE
Recruterings
Crisisinterventie
Diagnostisch proces
(psychodiagnostiek, assessment, indicatiestelling)
Therapeutisch Programma
(vijf-gesprek, kortdurend, langdurend)
Terugvalpreventie
PROCESKENMERKEN
Betrekken bij het proces van verandering
Vestigen van een werkrelatie
Onderhouden van de werkrelatie
Helpen bij het proces van verandering
Losmaken van de therapeutische band
PROBLEMEN
Weigering van de behandeling
Crisis
Gebrek aan medewerking
Drop-out
Non-compliance
Reactance/Weerstand
Terugval
OPLOSSINGEN
Verhogen van deskundigheid en aantrekkelijkheid
(in wankel evenwicht)
Aanpassen aan de interpersoonlijke stijl en motivatie van cliënt/patiënt
Problemen in oplosbare termen gieten en steunen
(eigenwaarde verhogen)
Druk verhogen
Utiliseren van de weerstand
(paradoxaal interventies)
Terugvalpreventie

Er wordt uitgegaan van vier kanalen:

- 1 fase;
- 2 proces;
- 3 problemen;
- 4 oplossingen.

Binnen het *fasekanaal* wordt onderscheid gemaakt tussen: Recruterings, Crisisinterventie, de Diagnostische fase (diagnostiek, *assessment* en indicatiestelling), het Therapieprogramma (het vijf-gesprekkenmodel; Rijnders, De Jong, & Pieters-Korteweg, 1999), een kortdurend therapeutisch programma, of een langdurig therapeutisch programma) en de Terugvalpreventie. Binnen het therapieprogramma kan ook de indeling van Korrelboom (1999) in Methode (open/exploratief versus directief/protocollair) en Focus (op klacht, persoon of interactie/relatie) worden geplaatst.

Binnen het *proceskanaal* wordt onderscheid gemaakt tussen: het betrekken van de patiënt bij het proces van verandering, het vestigen van een werkrelatie, het onderhouden van de werkrelatie, het helpen bij het proces van verandering en het losmaken van de therapeutische band.

Binnen het *probleemkanaal* passen: crisis, weigering van behandeling, gebrek aan medewerking, drop-out, non-compliance, *reactance*/weerstand en terugval.

Ten slotte worden binnen het *oplossingskanaal* onderscheiden: het verhogen van de deskundigheid en attractiviteit (samen in een wankel evenwicht: maximaliseren op een dimensie leidt tot problemen op de andere), aanpassen aan de interpersoonlijke stijl en de motivatie van de patiënt, problemen in oplosbare termen gieten, druk verhogen, het utiliseren van de weerstand en terugvalpreventieve maatregelen. Bij problemen dient er altijd een diagnostische fase ingelast te worden om te toetsen of er iets over het hoofd is gezien.

Simplificerend kan gesteld worden dat psychotherapie moet bestaan uit de volgende ingrediënten: (a) algemeen (referentiekader-overstijgende) werkzame ingrediënten, (b) specifiek werkzame ingrediënten, (c) een motiverings- of verkooptechniek, en (d) de verpakking. Elementen b en c kunnen 'pretherapie'; Dean, 1958) worden genoemd.

Het bovenstaande impliceert dat een alternatieve therapie (bijv. healing) waarin c en d worden geoptimaliseerd, zeer effectief zal zijn. Het impliceert tevens dat een cognitieve-gedragstherapeutische therapie (waarin b is geoptimaliseerd), maar waarin a, c en d geminimaliseerd zijn, weinig effectief kan zijn. Het model impliceert tevens dat een evidence-based psychotherapie nauwelijks effectiever kan zijn dan een alternatieve therapie, waarin naast optimale a, c en d ook nog eens effectieve ingrediënten a zijn verwerkt (een agorafobicus in de maneschijn driemaal rond een eikenboom laten dansen. Daar moet je wel de deur voor uitkomen; exposure dus).

Tot slot

In hoeverre is psychotherapie een placebo? Het voorgaande suggereert eigenlijk dat de term placebo wel breed is en dat de ingrediënten veel specifiekere geformuleerd zouden moeten worden. Definiëren we (met Van Dyck, 1986) een placebo als een nuttige interventie, die niet door de theorie als werkzaam wordt gezien maar wel door de patiënt als heilzaam wordt beschouwd, dan bestaat veel van psychotherapie uit placebo-effecten, alleen al vanwege het feit dat niet alle 'nuttige' ingrediënten door de verschillende therapeutische theorieën kunnen worden geïdentificeerd. Psychotherapie is voor een substantieel gedeelte een placebo (40-60%).

Moet psychotherapie een placebo zijn? Het antwoord is ook duidelijk. Psychotherapie moet een placebo zijn, want de placebofactoren moeten gemobiliseerd worden om de werkzame ingrediënten effectief te kunnen laten zijn.

Ten slotte is het van belang om te benadrukken dat er een wisselwerking bestaat tussen de algemeen werkzame ingrediënten, de specifieke factoren, de motiveringstechnieken en de verpakking. Bijvoorbeeld doordat een behandelaar in een protocol het gevoel

krijgt houvast te hebben, zal hij of zij zich zekerder voelen en dat gevoel ook uitstralen. Daarmee wordt een placebo-factor geactiveerd.

Het beschreven model impliceert dat een specifiek werkzame psychotherapie nauwelijks effectiever kan zijn dan een alternatieve therapie, waarin naast optimale motiveringstechnieken ook nog eens effectieve ingrediënten zijn verwerkt. Dit zijn nogal ontvullende constateringen in een context waarin de psychotherapie nog steeds enigszins naar wierook riekt.

Abstract

In this article the question is raised: to what extent is psychotherapy a placebo? And to what extent should it be a placebo to be an effective intervention? A model of psychotherapy is presented that is not related to a therapeutic frame of reference but is based on social and interpersonal psychology. Literature is referred to that supports this model. >

First psychotherapy is defined and placebo. Then the literature is presented on common factors. Moreover, specific effective factors are discussed. Process research is presented and the importance of motivational factors is emphasized. These ingredients of the therapeutic process will be called 'salesmanship'. Finally, some attention is paid to 'packaging': tailoring the technique to the characteristics of the client. It is concluded that psychotherapy constitutes to a large extent a placebo and that psychotherapy has to be a placebo to form an effective intervention within Mental Health Care.

Referenties

- Barker, S.L., Funk, S.C., & Houston, B.K. (1988). Psychological treatment versus nonspecific factors: A meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review*, 8, 579-594.
- Bellack, A.S., & Hersen, M. (1987) (Eds.). *Dictionary of behavior therapy techniques*. New York: Pergamon.
- Cuijpers, P. (1997). Welke psychotherapie is het meest effectief bij een depressie? Het oordeel van de Dodo. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 24, 329-346.
- Dean, S.I. (1958). Treatment of the reluctant client. *The American Psychologist*, 13, 627-630.
- Dyck, R. van (1986). *Psychotherapie, placebo en suggestie*. Academisch Proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Greenberg, L.S., Elliott, R.K., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 509-543). New York: Wiley.
- Henry, W.P., Strupp, H.H., Schacht, Th.E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 467-509). New York: Wiley.
- Kalmthout, M. van (1991). *Psychotherapie: Het bos en de bomen*. Amersfoort/Leuven: Acco.
- Kalmthout, M. van, Schaap, C.P.D.R., & Wojciechowski, F.L. (1985) (Eds.). *Common factors in psychotherapy*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Karasu, T.B. (1986). Specificity versus nonspecificity. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R., & Hoogduin, C.A.L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in Cognitive Behavior Therapy: A review of empirical studies. *Behavior Modification*, 24, 264-297.

- Knapp, M.L., & Miller, G.R. (1994). *Handbook of interpersonal communication (second edition)*. Thousand Oaks: Sage.
- Korrelboom, K. (1999). Open-exploratief versus klachtgericht? Dimensies voor het classificeren van psychotherapieën. In R.W. Trijsburg, S. Colijn, E. Collumbien & G. Lietaer (red.), *Handboek Integratieve Psychotherapie* (pp. II.7.1.1.-II.7.1.28). Maarsen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (pp. 143-190). New York: Wiley.
- Mulholland, J. (1994). *Handbook of persuasive tactics: A practical language guide*. Londen: Routledge.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-378). New York: Wiley.
- Rijnders, P., Jong, Th. de, & Pieters-Korteweg, E. (1999) *Kortdurend behandelen in de GGZ: Een inleiding*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Roberts, A.H., Kewman, D.G., Mercier, L., & Howell, M. (1993). The power of non-specific effects in healing: Implications for psychosocial and biological treatments. *Clinical Psychology Review*, 13, 375-391.
- Robinson, L.A., Berman, J.S., & Niemyer, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 100, 30-49.
- Schaap, C. (2000). *Integratie en differentiatie in de psychotherapie: Perspectief op een beroep en opleiding*. Zeist: Cure & Care Publishers.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L., & Hoogduin, C. (1993). *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Schaap, C., Hoogduin, C., & Keijsers, G. (1999). Motiveringstechnieken uit de directieve therapie. In C. van der Staak, G. Keijsers & C. Hoogduin (red.), *Motivering voor gedragsverandering*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, Th.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore/Londen: The Johns Hopkins University Press.
- Schulte, D. & Eifert, G. (in druk). *Psychotherapy techniques and processes: Essential and complementary for treatment and research*.
- Wampold, B.E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21-43.
- Wildt, W.A.J.M. de & Schippers, G.M. (1999). Protocollaire behandeling van patiënten met alcoholproblemen: Motivering, zelfcontroletraining en terugvalpreventie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Werkgroep Integratieve Psychotherapie Opleiding (1999). *Een integratieve psychotherapie opleiding*. Utrecht: Centrale RINO-Groep.
- Witteman, C., Kunst, H., & Koele, P. (1997). Beslissingen voor de behandeling van depressieve patiënten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 23, 166-182.
- Wolberg, L.R. (1967). *The technique of psychotherapy. Part One & Part Two*. New York: Grune & Stratton.