1 Dus je wilt een betere therapeut worden?

De enige die ik ken die zich verstandig gedraagt is mijn kleermaker; hij neemt mij elke keer opnieuw de maat. De rest gaat gewoon door met de oude maten en verwacht dat ik daar wel in pas.
George Bernard Shaw

Hoewel ik me vaak niet herinner waar ik mijn bril heb gelaten kan ik mij mijn eerste cliënte nog levendig voor de geest roepen, inclusief haar voornaam. Ik noem haar echter Tina. Lang geleden, in een melkwegstelsel hier ver vandaan, had ik als stagiaire mijn eerste klinische werkplek aan het Dayton Mental Health and Developmental Center, het staatsziekenhuis in Ohio. Dit lab was grotendeels, zo niet volledig, gericht op diagnostiek. Je gaat geen therapie doen met die mensen, toch? Tina was als zoveel cliënten daar: jong, arm en onder curatele gesteld, ze slikte een groot aantal medicijnen en zat in de draaideur van herhaaldelijke ziekenhuisopnamen. O ja, net als haar collega-patiënten werd ze op haar oude(?) dag van 22 jaar een 'chronische schizofreniepatiënte' genoemd.

Ik haalde er mijn Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS) bij, de eerste van een batterij aan tests die ik wilde leren gebruiken, en begaf me opgewekt maar nerveus naar de testruimte, een kaal, verwaarloosd hok in een versleten barakachtig gebouw dat naar schoonmaakmiddelen rook, die de sterkste vieze geur, institutionele stank, moest maskeren. Onderweg daarheen merkte ik dat er naar me gekeken werd – een grijns van een zaalhulp, een knipoog van een verpleegster en scheve lachjes van de rest. Mijn nieuwsgierigheid was gewekt en net toen ik wilde vragen wat er aan de hand was legde het hoofd van de afdeling psychologie zijn hand op mijn schouder. Hij was een zachtmoedige oude vent (hij was waarschijnlijk jonger dan ik nu ben), die al veel te lang in het staatsziekenhuis meedraaide dan goed voor hem was. Hij zei: 'Barry, het lijkt me een goed idee als je de deur openlaat.' Dat deed ik.

Ik begroette Tina, een jonge, uitzonderlijk bleke vrouw met kortgeknipt bruin haar (die op Mia Farrow in *Rosemary's Baby* zou hebben geleken als ze in vriendelijker omstandigheden had verkeerd). Ik stelde mezelf voor met mijn meest professioneel klinkende stem. Voor ik kon gaan zitten en mijn testkit kon openen begon Tina onverstaanbaar mompelend haar kleren uit te trekken. Ik kon alleen maar ongelovig toekijken, volledig in shock. Tina liet zich door mijn ontzetting niet van de wijs brengen en was al aan haar bh en slipje toe toen ik eindelijk de stilte verbrak. In de verte hoorde ik gelach. 'Tina, wat doe je?' Tina antwoordde niet met woorden, maar met daden en trok haar bh uit, alsof hij heel ongemakkelijk zat. Daar stonden we dan, een student, sprakeloos, tijdens zijn eerste professionele gesprek, en een nagenoeg naakte cliënte, nu luid mompelend, nog steeds onverstaanbaar, die leek te overwegen om op te staan om haar slipje uit te trekken of om zittend haar taak te voltooien.

Ten slotte smeekte ik haar wanhopig: 'Tina, wil je iets voor me doen? Ik bedoel, dat zou ik heel erg waarderen.' Ze keek me voor het eerst aan en zei: 'Wat?' Ik antwoordde: 'Ik

zou het heel fijn vinden als je je kleren weer aantrok en mij helpt om deze evaluatie te doen. Ik heb het al eens eerder gedaan, maar nog nooit met een cliënt en ik ben nogal zenuwachtig.' Tina fluisterde: 'Natuurlijk', en trok haar kleren weer aan. Hoewel ze zich door de test heen worstelde en er duidelijk geen plezier aan beleefde, maakte ze hem helemaal af. Ik was haar zo dankbaar voor haar hulp bij mijn eerste diagnosestelling dat ik haar zei dat ze me er doorheen had gesleept. Ze glimlachte trots en lachte sindsdien elke keer naar me als we elkaar tegenkwamen. Uiteindelijk heb ik haar goed leren kennen en ik herinnerde haar er geregeld aan hoe goed ze me had geholpen. Ik heb haar zelfs verteld dat ze me aan Mia Farrow deed denken, waar ze erg gelukkig mee was. Elke keer dat ze ontslagen werd hoopte ik dat ik haar nooit meer zou zien – wat helaas wel gebeurde.

Later op die dag sprak het hoofd me aan en vroeg me hoe ik Tina weer in haar kleren had gekregen en erin was geslaagd de WAIS af te nemen. Hij vertelde dat anderen de kamer waren uitgelopen of haar hadden bevolen haar kleren weer aan te trekken. Eén keer had ze agressief op het bevel gereageerd en was ze opgesloten. De psycholoog glimlachte minzaam op een manier alsof hij zeggen wilde: 'op een dag zul je het wel doorkrijgen' en deelde me mede dat Tina een soort overgangsrite was voor de psychologiestagiaires. Eerlijk gezegd was ik erg boos, maar dat liet ik niet blijken. Ik vertelde dat ik haar alleen maar had gevraagd om iets voor me te doen en me te helpen. Het hoofd zei: 'Goede aanpak', en liep weg.[1]

Tina stond dus aan het begin van mijn psychotherapeutische reis en leerde mij mijn eerste les: het is belangrijk om oprecht te zijn en als je twijfelt of hulp nodig hebt, ga je te rade bij de cliënt. Waar je ook bent, Tina, dank voor de geweldige start. In dit boek worden dergelijke lessen beschreven die de waarde van transparantie en oprechte samenwerkingsrelaties met cliënten benadrukken.

Ik geloof echt in psychotherapie en in therapeuten. Gedurende mijn dertigjarige praktijk en dankzij 17.000 uur aan ervaring met cliënten heb ik het voorrecht gehad om getuige te moge zijn van de onbedwingbare behoefte van mensen om tegenslagen te overwinnen – cliënten die gebukt gingen onder zelfhaat en depressie, worstelden met alcohol of drugs, te kampen hadden met vreselijke huwelijken, gekweld werden door onverklaarbare stemmen, neerslachtig werden van de problemen van hun kinderen, trauma's opliepen door vroegere of actuele gebeurtenissen en gebukt gingen onder ongewenste gedachten en angsten. Als opleider en specialist heb ik over de hele wereld kennisgemaakt met duizenden psychotherapeuten en wat me bij die ontmoetingen altijd het meest opviel was hun oprechte verlangen om te helpen.

Ongeacht hun vakgebied, hun theoretische overtuigingen of positie geven ze oprecht om mensen en willen ze goed werk doen. De kans is groot dat je resultaat boekt als je

1 Hoewel ik er geen rekening mee hield toen dit gebeurde, zijn de genderpolitieke consequenties van deze situatie opmerkelijk. Later sprak ik geregeld met Tina over de betekenis die het uitkleden voor haar had. Ik begreep dat er twee manieren waren waarop haar gedrag kon worden begrepen. Ten eerste maakte uitkleden ten overstaan van een mannelijke autoriteitsfiguur gewoonlijk een eind aan de ontmoeting – ze kreeg tot op zekere hoogte controle over de voortdurende vraag om gehoorzaamheid. Ten tweede was het een manier waarop Tina had geleerd om brute fysieke mishandeling van haar vader tegen te gaan. Tina leerde daardoor om seksueel misbruik te ruilen voor een pak slaag. Toen ik de staf had verteld over de betekenis van Tina's gedrag en mijn voelbare irritatie, gebruikte deze Tina niet langer als 'overgangsrite'.

een vindingrijke cliënt combineert met een zorgzame therapeut. Dat gegeven biedt hoop en is verantwoordelijk voor mijn onwrikbare geloof in psychotherapie als een helende activiteit.

De overgrote meerderheid van de psychotherapeuten wil anderen helpen, hoe afgezaagd dat ook klinkt. Velen van ons, ikzelf ook, gaven als argument voor de keuze voor onze studie dat 'ik mensen wil helpen'. Vaak probeerden goed bedoelende mensen ons duidelijk te maken dat we dat beter niet konden zeggen, omdat het nogal naïef klonk of aan onze eigen behoeften voorbij leek te gaan. Dergelijke aspiraties zijn echter niet alleen nobel, maar kunnen onze effectiviteit ook nog eens vergroten. Er zijn immers nauwelijks financiële redenen om een betere therapeut te willen worden – we doen dit werk niet omdat we denken er rijk mee te worden. Welbeschouwd is het verbazingwekkend dat slimme, creatieve mensen bereid zijn om in deze moeilijke economische tijden de nodige offers te doen om een hogere graad te verwerven, om vervolgens minder geld te verdienen dan mensen die een vergelijkbare opleiding hebben gedaan op een ander terrein. Dat spreekt voor ons en onze carrièrekeuzen, hoewel daar ook geregeld minder positieve dingen over gezegd worden.

Het heeft alleen maar zin om dit zware werk te doen, zonder dat ons rijkdom in het vooruitzicht gesteld wordt, omdat het beroep van therapeut meer een roeping is dan een baan – een zoektocht naar een betekenisvolle activiteit en persoonlijke voldoening (Orlinsky et al., 2005). Parks (1996, p. 12) vat het aldus samen:

> *Uit beschrijvingen die psychotherapeuten van hun professionele [werk] geven kun je opmaken dat de gevoelens die ze tijdens hun werk ervaren een belangrijke motivatie vormen voor hun therapeutische werkzaamheden, en dat therapeuten in het algemeen plezier beleven aan hun werk met hun patiënten en er een diepe persoonlijke voldoening aan ontlenen (Dryden & Spurling, 1989; Guy, 1987). Dat deze gevoelens intrinsiek bevredigend zijn en niet het soort beloning vormen als geld of professionele prestige, blijkt uit de woorden die therapeuten gebruiken. Ze beschrijven het werk met patiënten in termen als 'interessant' en 'fascinerend' (Bloomfield, 1989), 'voedend' (Thorne, 1989), 'betekenisvol' en 'stimulerend' (Heppner, 1989), 'opwindend' (Fransella, 1989) en 'onderhoudend' (Street, 1989). Sommigen beschouwen het als een 'voorrecht' (Mahoney, 1989; Chaplin, 1989). Het weerspiegelt duidelijk een deel van het leven dat een diepe persoonlijke betekenis en waarde heeft, en dat therapeuten maar met tegenzin zullen opgeven (Fransella, 1989).*

Ondanks alle goede bedoelingen en de grote betrokkenheid waarmee je je werk doet, kun je overweldigd raken als je orde wilt scheppen in de kakofonie van de 'allerlaatste' ontwikkelingen, en al helemaal als je deze wilt toepassen in je werk. Het lijkt wel alsof er elke dag volledig nieuwe behandelingen bijkomen, die bij deze of gene stoornis evidence-based veranderingen en een nog grotere effectiviteit beloven. In je dagelijks werk met je cliënten is de situatie echter nooit zo zwart-wit. Het is vaak moeilijk genoeg om te bepalen of je wel de gewenste resultaten boekt – of erger nog, het begint je te dagen dat je een bepaalde cliënt niet bereikt en niet weet *waarom* dat niet lukt en al helemaal niet wat je eraan moet *doen*. Zelfs als je over het algemeen succes boekt zal de cumulatie van onvruchtbare ontmoetingen na verloop zwaar gaan wegen en de idealen waarmee je ooit bent begonnen beginnen aan te tasten. Je leest zoveel je kunt, je pro-

beert nieuwe benaderingen uit, maar ondanks al je harde werk krijg je het gevoel dat er iets ontbreekt – sommige, zo niet veel, van je cliënten reageren nog steeds niet op je inspanningen. Hoe kun je betere resultaten boeken? Ofwel: hoe word je een betere therapeut?

Dit boek wil je helpen aan je roeping gehoor te geven en wil je eraan herinneren waarom je therapeut bent geworden. Het gaat niet over de laatste wondermethode, over de eerste methode waarmee de mysteries van de menselijke geest ontrafeld kunnen worden of over de meest recente doorbraak in de neurochemie van de hersenen. Er is geen galmende voice-over die de winnaar uitroept van de strijd tussen de psychotherapiemerken of de laatste mode van therapeutisch technieken aankondigt. Dat heb je allemaal al eens eerder gehoord. Het gaat ook niet over 'verantwoording' met het oog op de financiering voor de verzekeraar of een rechtvaardiging van je bestaan door je 'waarde' of 'return on investment' aan te tonen. Dit boek gaat daarentegen over jou – het is persoonlijk, van therapeut tot therapeut. Het gaat over hoe je een betere therapeut kunt worden omdat je eraan begonnen bent om mensen te *helpen* – je van betekenis wilt zijn voor zo veel mogelijk mensen. Het therapeutenbestaan is meer dan alleen een baan voor jou. Het gaat jou erom dat je een nog betere therapeut wilt worden.

The good, the bad and the ugly

> *De ene leer voor de andere inruilen leidt niet noodzakelijkerwijze tot vooruitgang. De vijand is de grammofoongeest, ongeacht of je het al dan niet eens bent met de plaat die op dat moment wordt gedraaid.*
> George Orwell

Het goede nieuws is dat de effectiviteit van psychotherapie heel groot is – de gemiddelde behandelde persoon is er beter aan toe dan ongeveer tachtig procent van de onbehandelde steekproef (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010), wat neerkomt op een effectgrootte (*effect size*, ES) van ongeveer 0,80.[2] Bovendien gelden deze aanzienlijke voordelen niet alleen in het laboratorium, maar ook in de dagelijkse praktijk.
Zo blijkt bijvoorbeeld uit een veldonderzoek in Engeland (Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper, 2006) dat cognitieve gedragstherapie (CGT), psychodynamische therapie (PDT) en individuele therapie (persoonsgerichte therapie, *personcentered therapy*, PCT) zoals die in de dagelijkse praktijk uitgeoefend worden een pre-post-ES hebben van ongeveer 1,30. Kortom, er is veel voor ons professionals om trots op te zijn: psychotherapie werkt.

Maar daarmee is de kous nog niet af – er is ook slecht nieuws. Dat is tweeledig: ten eerste vormt drop-out met een gemiddelde van 47% een aanzienlijk probleem in de

2 Effectgrootte (*effect size*, ES) verwijst naar de grootte van de verandering die aan de behandeling kan worden toegeschreven, vergeleken met een onbehandelde groep. De ES die het meest met psychotherapie geassocieerd wordt is 0,8 standaarddeviaties boven het gemiddelde van de onbehandelde groep. Een ES van 1,0 geeft aan dat het gemiddelde van de behandelde groep ongeveer in het 84e percentiel van de onbehandelde groep valt. Als gevolg daarvan is de gemiddelde behandelde persoon beter af dan ongeveer tachtig procent van degenen die niet behandeld zijn.

geestelijke gezondheidszorg en verslaafdenzorg (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Rekening houdend met drop-outs ontstaat er een minder fraai beeld van de effectiviteit van psychotherapie, zowel met betrekking tot gerandomiseerde klinische trials (RCT's) als in klinische settingen. Ten tweede heeft niet iedereen er baat bij, ook al is de effectiviteit in het algemeen groot. Hansen, Lambert en Foreman (2002), die gebruikmaakten van een landelijke database van meer dan zesduizend cliënten, schetsen een ontnuchterend beeld van de routineuze klinische zorg, waarin slechts 20% van de cliënten verbetering te zien gaf, vergeleken met de 57-67% die we uit de gemiddelde RCT kennen. Welk percentage we ook als het meest representatief beschouwen voor de feitelijke praktijk, feit blijft dat een aanzienlijk deel van de cliënten zonder hulp weer naar huis gaat.

Het vervelende nieuws is het volgende: als verklaring van de wisselende resultaten is variabiliteit onder therapeuten meer regel dan uitzondering. Het zal nauwelijks verbazing wekken, hoewel er slechts zelden over gesproken wordt, maar sommige therapeuten zijn veel beter in het realiseren van positieve resultaten dan andere. De effectiviteit van therapeuten blijkt zelfs tussen de twintig en zeventig procent te liggen! Bovendien blijken ook heel effectieve clinici slecht te zijn in het identificeren van cliënten die achteruitgaan. Hannan et al. (2005) vergeleken aan de hand van statistische methoden voorspellingen van therapeuten over de achteruitgang van cliënten. Hoewel therapeuten wisten van het doel van het onderzoek, bekend waren met de gebruikte uitkomstmaten en waren verteld dat de baseline waarschijnlijk op acht procent zou liggen, bleken ze de achteruitgang slechts in 1 van 550 gevallen accuraat te voorspellen. Psychotherapeuten identificeerden slechts 1 van de 40 cliënten die achteruitgingen. De statistische methode bleek maar liefst 36 van de 40 eruit te halen.

Ondanks de algemene werkzaamheid en effectiviteit van psychotherapie vormen drop-outs een aanzienlijk probleem, blijken veel cliënten er geen baat bij te hebben en zijn er grote verschillen in de effectiviteit van psychotherapeuten, die slecht zijn in het herkennen van achteruitgang bij cliënten. De meeste therapeuten leveren een onschatbare dienst aan onze cliënten, maar helaas weten de meesten van ons niet hoe effectief we werkelijk zijn – we weten niet wie zal uitvallen of wie er uiteindelijk geen baat bij zal hebben of zelfs zal verslechteren. Weet jij hoe doeltreffend je bent? Als je rekening houdt met drop-outs, hoeveel van je cliënten verlaten je praktijk dan zonder dat ze er baat bij hebben gehad? Welke cliënten in je praktijk lopen op dit moment het risico om af te vallen of een negatief resultaat te boeken?

Wat is de oplossing voor deze problemen? Soms leidt ons altruïstisch verlangen om te helpen ons om de tuin door ons te doen geloven dat we als we maar slim genoeg of goed getraind zijn, cliënten onmogelijk ongevoelig kunnen zijn voor onze inspanningen. Als we de heilige graal zouden vinden, die ene speciale techniek, dan zouden we eens en vooral afrekenen met de psychische draken waarmee cliënten worstelen. Die overtuiging hebben we in alle oprechtheid gevormd – we horen er ook alsmaar over en ze wordt voortdurend van vrijwel alle kanten bevestigd. De strijdende partijen gaan door met hun strijd om de eerste positie en er zijn alsmaar weer aanspraken op 'het wondermiddel dat beter is dan alle andere'. In een recent artikel in *Psychotherapy Networker,* het meest gelezen tijdschrift voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg in de Verenigde Staten, werden verschillende benaderingen aangewezen als de belangrijkste verworvenheden (Lebow, 2007, p. 46). De auteur van het artikel was door het dolle van enthousiasme (bijvoorbeeld 'indrukwekkende uitkomsten, resulta-

ten die lichtjaren op de rest vooruitlopen'). De onuitgesproken boodschap is dat als we deze benaderingen niet benutten, we onze cliënten een slechte dienst bezorgen. Een cruciaal feit blijft echter buiten beschouwing: geen van de nieuwe modellen is systematisch superieur gebleken aan enige andere vorm van systematisch toegepaste psychotherapie.

Dit is natuurlijk de bekende uitspraak van de dodo ('ze hebben allemaal gewonnen en moeten allemaal een prijs krijgen'), die afkomstig is uit *Alice in wonderland*, het klassieke verhaal van Lewis Carroll (1865/1962). Deze term werd in 1936 voor het eerst door Saul Rosenzweig gebruikt om de gelijkwaardigheid van de resultaten van de verschillende benaderingen te illustreren (zie Duncan, 2010). De uitspraak van de dodo is het meest gerepliceerde resultaat in de psychologische literatuur – en betreft een grote hoeveelheid onderzoeksontwerpen, problemen, populaties en klinische settingen. Het onderzoek dat we eerder noemden (Stiles et al., 2006) bijvoorbeeld, dat CGT, PDT en PCT vergeleek, vond ook geen verschillen tussen deze benaderingen.

Misschien wel de meest controversiële illustratie vormen de behandelingen voor de diagnose van de dag: de posttraumatische stressstoornis (PTSS). Men heeft aangetoond dat CGT effectief is en neemt algemeen aan dat deze methode de behandeling van eerste keus is. Verschillende alternatieve benaderingen gebaseerd op andere principes en methoden blijken echter ook effectief: eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR), cognitieve therapie zonder blootstelling, hypnotherapie, psychodynamische therapie en persoonsgerichte therapie. Een recente meta-analyse die deze behandelingen met elkaar vergeleek vond dat ze allemaal ongeveer even effectief waren (Benish, Imel & Wampold, 2007). Opmerkelijk is dat de gehanteerde methoden heel divers zijn, maar toch hetzelfde resultaat boeken. Twee van deze behandelingen, cognitieve therapie zonder blootstelling en persoonsgerichte therapie, zijn zo samengesteld dat elke therapeutische handeling waarbij blootstelling een rol speelt uitgesloten wordt (cliënten mogen hun trauma's niet bespreken omdat daardoor denkbeeldige blootstelling ontstaat). Ondanks het veronderstelde grote nut van blootstelling bij PTSS bleken de twee behandelvormen zonder blootstelling of die waarin blootstelling incidenteel plaatsvond (de psychodynamisch aanpak) even effectief (Benish et al., 2007). Dit onderzoek bevestigt alleen maar dat de competitie tussen de meer dan 250 therapeutische scholen niets anders is dan die tussen aspirine, ibuprofen en paracetamol. Deze middelen verlichten allemaal pijn en werken beter dan helemaal geen behandeling. Zoals de dodo wijselijk besloot verdienen ze allemaal een prijs omdat er geen enkele boven de andere uitsteekt. Als puntje bij paaltje komt verschillen de modellen slechts met een ES van ongeveer 0,2, een 'overweldigende' één procent van de variantie van de resultaten (Wampold, 2001).

Helaas heeft de enorme hoeveelheid bewijs die onderzoekers hebben verzameld nauwelijks enig effect gehad op de opleiding van hulpverleners in de ggz, noch op hun professionele attitude. We geven duizenden euro's uit aan workshops, congressen en boeken om meer te leren over behandelmethoden waaraan veel ruchtbaarheid is gegeven. Helaas zijn we niet hoopvol gestemd geraakt en ervaren we ook niet hoe de resultaten 'lichtjaren op de rest vooruitlopen', maar raken we eerder ontmoedigd. Waarom heeft het krachtige zwaard de draak van de ellende van mijn cliënt niet verslagen? Het antwoord komt er meestal op neer dat we het onszelf aanrekenen – we *kunnen* het gewoon niet. De heilige graal is onvindbaar.

Begrijp me niet verkeerd. Het is heel goed om je te verdiepen in modellen en technieken, zoals ik verderop zal laten zien – maar om je vast te leggen op één daarvan is niet goed, noch is het verstandig om te geloven dat ze voor verlossing zullen zorgen. Het zijn inderdaad afgoden. Ten eerste is het, gezien de onderzoeksresultaten die de uitspraak van de dodo ondersteunen, belangrijk om te onthouden dat de met veel bombarie binnengehaalde modellen alleen maar beter zijn gebleken dan pseudobehandelingen of helemaal geen behandeling, wat niet echt iets is om over naar huis te schrijven. Ga maar na. Stel je voor dat een van je vriendinnen voor het eerst uitgaat met iemand die ze niet kent en dat ze op jouw vraag hoe het was, antwoordde: 'Het was beter dan niets – het was in elk geval duidelijk beter dan tv-kijken of mijn haar wassen.' (Of, als je vriendin onderzoekster is: '… hij was significant beter, op een 95%-betrouwbaarheidsniveau, dan tv-kijken of haren wassen.') Zou dat indruk op je maken?

En ten tweede is het idee dat verandering voornamelijk voortkomt uit het model of de technieken die je gebruikt als sirenegezang dat je tegen de klippen van de onwerkzame therapievormen te pletter zal laten lopen. Het idee dat therapeuten zouden beschikken over het psychologische equivalent van een pil tegen emotionele problemen is voor velen aantrekkelijk en klinkt ook heel verleidelijk omdat het ons verlangen om te helpen prikkelt. Een behandeling tegen een specifieke 'stoornis' is vanuit deze gedachte bezien als een zilveren kogel, krachtig en niet alleen bruikbaar in de onderzoekssetting, maar ook in de klinische praktijk. Elke willekeurige therapeut hoeft deze zilveren kogel alleen maar in zijn psychotherapeutische revolver te stoppen en de psychotische weerwolf die de cliënt belaagt neer te schieten. Volgens de meest ongelukkige interpretatie zijn cliënten niet meer dan een diagnose en worden therapeuten gedefinieerd door een behandelingstechniek – beide zijn onderling uitwisselbaar en in essentie onbelangrijk. Dit idee van psychotherapie als product is empirisch gezien betekenisloos omdat de behandeling zelf zo weinig bijdraagt aan de variantie van de resultaten, terwijl de bijdrage van de cliënt en de therapeut – en hun relatie – zo veel groter is.

Angst is ook een machtige drijfveer voor de aanhoudende zoektocht naar de heilige graal. Als we verder kijken dan de onuitgesproken boodschap, krijgen we te horen dat het onethisch is om niet de 'juiste' behandeling toe te passen (Chambless & Crits-Christoph, 2006) en kun je daarvoor zelfs 'vervolgd worden'.
Zo was in een artikel in de *New York Times* het volgende te lezen:

> *Het gebruik van vage, niet-gestandaardiseerde methoden bij cliënten met grote problemen moet in sommige gevallen 'strafbaar worden gesteld', aldus dr. Marsha Linehan … (Carey, 2005, p. 2).*

Gegeven de bescheiden bijdrage van model en techniek aan de verandering en het gebrek aan aangetoonde superioriteit van de dialectische gedragstherapie of enige andere benadering, moet het misschien 'strafbaar worden gesteld' om dit soort extreme uitspraken te doen.

Het valt niet te ontkennen: we worden heel snel meegesleept door de verleidelijke technieken en resultaten 'die lichtjaren op de rest vooruitlopen'. Te midden van een overvloed aan verklaringen en remedies gaan therapeuten dapper door met hun zoektocht naar flitsende verklaringen en aansprekende wonderen – waarbij geen rekening

wordt gehouden met het potentieel voor verandering dat schuilt in de koppeling van twee unieke individuen, de toepassing van de strategieën die beiden aanspreken en de impact van een kwalitatief hoogstaande samenwerking. Ondanks onze in het algemeen goede resultaten en herculische inspanningen om de juiste benadering te leren toepassen, zien we alsmaar dat cliënten afvallen of, erger nog, doorworstelen zonder geholpen te zijn.

Onze redding: practice-based evidence

Er is een praktische klinische oplossing voor deze dagelijkse valkuilen: *practice-based evidence* (Barkham et al., 2001; Duncan, Miller & Sparks, 2004). Howard, Moras, Brill, Matinovich en Lutz (1996) waren de eersten die pleitten voor een systematische evaluatie van de reactie van de cliënt op de behandeling gedurende het verloop van de therapie en die aanraadden om deze informatie te gebruiken om 'de juistheid van de huidige behandeling vast te stellen …, de noodzaak voor verder behandeling … [en] een klinisch consultatie te regelen voor patiënten die niet in de verwachte mate verbeterden' (p. 1063). Als dit gebeurt – als de feedback van cliënten systematisch wordt verzameld en gebruikt wordt om behandelingen bij te sturen – kunnen er mooie dingen gebeuren. Zo heeft Michael Lambert, pionier op het gebied van resultaatmeting, met de Outcome Questionnaire 45.2 vijf RCT's gedaan en bij alle vijf aangetoond dat er een aanzienlijke winst is te boeken met feedbackgroepen, vergeleken bij de standaardbehandeling bij cliënten die het risico liepen op een negatieve uitkomst. Van de risicopatiënten die de standaardbehandeling kregen gaf 22% een betrouwbare verbetering en klinisch significante verandering te zien, tegen 33% bij groepen die de therapeut feedback gaven, 39% bij groepen die de therapeut en de cliënt feedback gaven en 45% als de feedback werd ondersteund met andere middelen, zoals het meten van de samenwerkingsrelatie (Lambert, 2010). Feedback van cliënten op zich, zonder nieuwe technieken of behandelmodellen, waarbij therapeuten deden wat ze dachten te moeten doen, zorgde ervoor dat meer dan tweemaal de hoeveelheid risicocliënten baat had bij psychotherapie. Probeer je voor te stellen wat dat zou betekenen voor jouw praktijk. Denk eens aan alle cliënten in je praktijk die op dit moment geen baat lijken te hebben bij je behandeling. Systematische feedback maakt het mogelijk om goede resultaten te boeken bij veel van de cliënten die anders niet vooruit waren gegaan. Voortdurende feedback van cliënten individualiseert psychotherapie op basis van de reacties op de behandeling, voorziet je van een waarschuwingssysteem waarmee je risicocliënten kunt achterhalen, waardoor je drop-out en negatieve resultaten kunt voorkomen. Bovendien suggereert het gebruik van feedback een bewezen oplossing voor het probleem van de variabiliteit onder therapeuten, namelijk dat feedback de prestaties wel moet verbeteren en jouw ontwikkeling versnelt. Practice-based evidence kan van jou een betere therapeut maken – het zorgt ervoor dat je effectieve psychotherapie zult gaan bedrijven.[3]

3 De rationale achter het idee van feedback van cliënten is overtuigend. Maar voorafgaand aan dit inzicht in de manier waarop feedback de valkuilen van psychotherapie kan omzeilen, aan de gerandomiseerde klinische trials die de kracht van feedback aantoonden en aan de valideringsonderzoeken die psychometrie van de metingen bevestigden en lieten zien dat het proces misschien wel levensvatbaar is, was er een verlangen om cliënten een stem te geven in de zorg, om hen deel te laten nemen aan de besluitvorming.

Effectieve psychotherapie

Volg kennis als een vallende ster,
Voorbij de uiterste grens van menselijk denken …
Streven, zoeken, vinden, en niet opgeven
Tennyson

Bij een opmerkelijk onderzoek namen de ervaren onderzoekers David Orlinsky en Helge Rønnestad (2005) de beleving van therapeuten van hun werk en professionele groei onder de loep. Gedurende vijftien jaar verzamelden ze gedetailleerde rapporten van bijna vijfduizend psychotherapeuten van verschillende niveaus, beroep en theoretische richting uit een twaalftal landen. Uit hun analyses van allerlei specifieke aspecten van het therapeutische werk, kwamen twee onafhankelijke manieren van therapeutische betrokkenheid naar voren:

> Helende betrokkenheid*; dit weerspiegelt een houding waarbij therapeuten zichzelf ervaren als persoonlijk betrokken bij patiënten, een hoog niveau van fundamentele empathische en communicatieve vaardigheden weten te handhaven, zich bewust zijn van flowachtige gevoelens tijdens de sessies en het gevoel hebben dat ze in het algemeen doeltreffend werken en op een opbouwende manier omgaan met problemen als deze zich tijdens de behandeling voordoen. Dat is anders bij:*
> Stressvolle betrokkenheid*; een patroon dat wordt gekenmerkt door frequente problemen, niet-constructieve pogingen om die problemen op te lossen door elke therapeutische betrokkenheid te vermijden, en gevoelens van verveling en angst tijdens de sessies (p. 162).*

Een *effectieve werkwijze* wordt volgens de onderzoekers gekenmerkt door een grote hoeveelheid helende betrokkenheid en weinig stressvolle betrokkenheid. Bij helende betrokkenheid zijn we op ons best – precies zoals we bij onze cliënten willen zijn.

Zie het als 'in the zone' zitten, de bewoordingen waarmee atleten hun beleving van optimale prestaties omschrijven. Topatleten praten veel over 'in the zone' zijn, die magische plek waar geest en lichaam perfect samenwerken, zonder enige bewuste inspanning naar het atletische nirwana stromen. Mihaly Csikszentmihalyi heeft misschien wel de beste theoretische omschrijving gegeven van de 'zone' in zijn boek *Flow; psychologie van de optimale ervaring*. Flow is een toestand van sterke gerichte aandacht die zich voordoet als mensen met uitdagende taken bezig zijn waarvoor diepe concentratie en grote betrokkenheid nodig zijn – als het vaardigheidsniveau precies in evenwicht is met de uitdaging waarvoor de taak de betrokkene stelt, waarbij heldere doelen zijn gesteld en *direct feedback wordt gegeven* (Csikszentmihalyi, 1990).

Allerlei soorten activiteiten kunnen flow oproepen. Mensen zeggen wel eens 'dat ze de tijd uit het oog waren verloren' toen ze aan het tuinieren, voetballen, koken waren of psychotherapie gaven. We hebben allemaal wel eens meegemaakt dat we zo volledig door ons werk werden opgeslorpt dat de tijd voorbij vliegt, de buitenwereld een miljoen kilometers ver weg ligt en onze talenten volledig benut worden – het moment waarop we volledig worden beziggehouden door het verhaal van de cliënt, onze focus zo scherp

is en het pad in de richting van verandering volkomen toegankelijk is. Dergelijke momenten kunnen bijzonder bevredigend zijn en een deel van ons beste werk vindt daarin plaats. Soms voel je de structuur van je band met je cliënt, een intieme ruimte waarin jullie beide weten dat het gesprek werkelijk goed is en hoop geeft. Dat is *helende betrokkenheid*. Waardoor wordt deze veroorzaakt? En nog belangrijker: hoe kunnen we deze nog vaker oproepen?

Op dit punt blijkt de onschatbare waarde van het onderzoek van Orlinsky en Rønnestad. Hun uitgebreide onderzoek heeft vastgesteld dat er drie bronnen van helende betrokkenheid zijn, van de ervaring van de therapeut dat hij 'in the zone' is: ten eerste het gevoel dat de carrière van de therapeut een cumulatieve ontwikkeling is – een verbetering van klinische vaardigheden, toegenomen kennis en het geleidelijk wegwerken van eerdere beperkingen. Therapeuten willen graag geloven dat ze in de loop der tijd beter worden in wat ze doen. Van therapeuten rapporteerde 86%, ongeacht hun carrièreniveau, 'heel gemotiveerd' te zijn om zich professioneel te ontwikkelen. Dat is opmerkelijk. Er is geen andere beroepsgroep die er meer op gebrand is om beter te worden in wat ze doet. De meeste beroepsgroepen lijken te geloven dat je op een gegeven moment een bepaald niveau haalt. Therapeuten niet. Zij willen hun hele carrière lang alleen maar beter worden.

Ten tweede, zoals impliciet al is aangegeven, is een andere belangrijke invloed op helende betrokkenheid de *theoretische reikwijdte* die de therapeut ervaart. Orlinsky en Rønnestad stellen dat inzicht in de cliënt op basis van verschillende conceptuele contexten de flexibiliteit van de reacties op de uitdagingen van het klinische werk bij de therapeut vergroot. Therapeuten die vanuit een breedspectrum, integratieve en eclectische houding werken lopen een grotere kans om helende betrokkenheid te ervaren. Daaruit lijkt te volgen dat therapeuten die 'in the zone' zijn niet met één model trouwen, maar theoretisch promiscue blijven. Dat lijkt ook wel verstandig. Als je beschikt over een hele reeks inzichten in de problemen van de cliënt en allerlei methoden beheerst om die te lijf te gaan, zul je als therapeut vaker bij meer cliënten helende betrokkenheid ervaren – iets wat de integratieve beweging binnen de psychotherapie al jaren verkondigt (bijvoorbeeld Norcross & Goldfried, 2005; Stricker & Gold, 2006).

Het derde en veruit sterkste element dat maakt dat therapeuten het gevoel krijgen 'in the zone' te zijn betreft de *actueel ervaren groei*. Therapeuten zien graag dat ze zich *nu* ontwikkelen. Het voortdurende gevoel dat je je in professionele zin ontwikkelt is daarom cruciaal als je een betere therapeut wilt worden. In zekere zin stellen we onszelf aanhoudend de volgende vraag: 'Wat heb je de laatste tijd voor me gedaan?' Therapeuten met de hoogste niveaus van ervaren groei vertoonden de grootste mate van helende betrokkenheid. Orlinsky en Rønnestad denken dat de ervaren groei zich vertaalt in een positief arbeidsethos en therapeuten ertoe aanzet om hun vaardigheden in dienst van hun cliënten te stellen. Bovendien voedt de actueel ervaren groei een proces van continue professionele reflectie (Rønnestad & Skovholt, 1991), een bonus die therapeuten motiveert om zich met specialistische bijscholing, supervisie, persoonlijke therapie en dergelijke bezig te houden, zodat het ontwikkelingsproces in gang blijft. Het is ook logisch, als je er over nadenkt, dat als we ons werk zien als een roeping en als een middel dat van persoonlijke betekenis is, we onze eigen groei als therapeut heel belangrijk zullen vinden. Zelfs zo belangrijk dat we voortdurend met onze ontwikkeling bezig zijn.