

*Waar therapeuten aan kunnen werken voor betere resultaten in psychologische behandelingen*

**Michiel Linssen**, GZ-psycholoog bij Psychologenpraktijk Neomai Nijmegen en docent bij de opleiding tot GZ-psycholoog bij de RINO Rotterdam en het Radboud CSW in Nijmegen. Daarnaast als zzp-er actief in het geven van lezingen, workshops en trainingen.

Correspondentie: [michiel\\_linssen@hotmail.com](mailto:michiel_linssen@hotmail.com)

September/Oktober 2017

### Inleiding

Afgelopen jaar moest ik mij her-registreren als GZ-psycholoog. Ik moest aantonen dat ik de voorgaande 5 jaar voldoende uren werkervaring had opgedaan. Hierbij wordt vanuit het *use-it-or-lose-it* principe gedacht dat door simpelweg werkuren te maken je je bekwaamheid op peil houdt en dus je bevoegdheid kunt behouden. Zelf voel ik een grote behoefte om ook beter te worden in wat ik doe in mijn spreekkamer (Linssen, 2016). Ik werk al vele jaren in de kortdurende generalistische ggz, nabij de huisarts, wat betekent dat ik een uiteenlopende groep mensen met een veelheid aan verschillende problemen in wisselende gradatie van ernst langs zie komen. Daarbij is het zaak over heel veel iets te weten, goed op de hoogte te zijn van de ontwikkelingen in het vakgebied en vanwege de beperkte tijd, heel snel tot een goede werkrelatie en focus te komen. Ik geniet met volle teugen van het samen puzzelen naar wat de best mogelijke aanpak is en daarnaast het grasduinen in de vakliteratuur, maar met het her-registreren drong zich ook de vraag op of ik daar in de loop van de jaren nu eigenlijk ook beter in ben geworden.

Vrijwel alle (psycho)therapeuten in een groot internationaal onderzoek rapporteerden de wens om een betere therapeut te worden, te groeien in hun werk (Orlinsky & Ronnestad, 2005). Deze therapeuten rapporteerden zelf dat ze in de loop van de jaren beter werden in wat ze deden. Zelf ben ik ook geneigd te denken dat ik met steeds meer jaren ervaring een betere therapeut ben geworden. Kijkend naar verschillende onderzoeken moet ik echter schoorvoetend concluderen dat de wens wel eens de vader van de gedachte zou kunnen zijn. Jaren werkervaring blijken niet echt duidelijk samen te hangen met betere therapie uitkomsten (Wampold et al., 2017). Nog verontrustender zijn de resultaten van een onderzoek van Goldberg et al. (2016a): bij een grote groep therapeuten is gedurende 17 jaar data verzameld en hierbij blijkt de effectiviteit in de loop van de jaren niet zonder meer toe te nemen. Deze blijkt zelfs gemiddeld genomen af te nemen! Studies naar hoe experts in allerlei vakgebieden zich ontwikkelen, laten zien dat het simpelweg opdoen van werkervaring niet leidt tot verbeterde resultaten of expertise (Ericsson, & Pool, 2016).

We denken zelf dus steeds beter te worden naarmate we meer werkervaring hebben, wat ook terugkomt in salariering en vacatures, terwijl het helemaal niet zo eenduidig lijkt te liggen. Mogelijk neemt de effectiviteit zelfs wel geleidelijk af en ben ik dus in de loop van de jaren misschien wel een steeds minder goede therapeut geworden terwijl ik zelf dacht of hoopte steeds beter te worden? Zijn er manieren om mijn effectiviteit te vergroten en toch bij zo veel mogelijk mensen het verschil te maken?

### Therapie uitkomsten en hoe therapeuten daarnaar kijken

Zoals zo vaak in de psychologie is er de nodige onenigheid over wat een goede uitkomst in psychologische behandelingen behelst en dus ook hoe je kan bepalen wat de effectiviteit van een therapeut is. Vanaf de ontwikkeling van psychotherapie zijn therapeuten aan het debatteren, of ronduit ruzie aan het maken, over wat goede therapie is en vooral wat geen goede therapie is. Ook

therapeuten en cliënten blijken nogal van mening te verschillen over wat belangrijk is in therapie, waarbij therapeuten erg de nadruk leggen op interventies en cliënten meer de relationele aspecten benoemen (Timulak, 2010). Moet het bij effectieve therapie gaan om symptoomreductie, gedragsverandering, inzicht, kwaliteit van leven, herstel of persoonlijke groei? Misschien wel allemaal of misschien wel per persoon verschillend? Louis Castonguay haalt in zijn uitmuntende artikel *Psychotherapy Outcome: An issue worth re-revisiting 50 years later* (2013) de woorden van Hans Strupp aan die in 1963 al stelde dat we als veld een *Outcome Problem* hebben. Er is nog geen overeenkomst over wat een goede uitkomst in psychotherapie betekent en gemiddelde positieve effecten van psychotherapie maskeren de enorme verschillen in uitkomst van individuele personen. Er zijn veel mensen die voortijdig afhaken en mensen die slechter worden gedurende therapie (Castonguay, 2013; Lambert, 2017).

Er wordt in de praktijk en wetenschap met allerlei uitkomstmaten gewerkt en dat maakt vergelijking wel lastig, maar een goed bruikbaar instrument is de *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45), een self-report vragenlijst met 45 items (Lambert, 2010). De vragenlijst geeft zicht op psychische symptomen (vooral angst en depressie), het interpersoonlijk relationeel functioneren en het sociaal maatschappelijke functioneren. Daarbij zijn er ook vragen over de kwaliteit van leven. Er valt in de praktijk goed mee te werken en er is veel wetenschappelijk onderzoek mee verricht.

In het onderzoek van Goldberg et al. (2016a) zijn voor 170 therapeuten de OQ-45 scores bijgehouden gedurende hun werkzaamheden bij een therapiecentrum van een Amerikaanse universiteit over een periode van voor sommige therapeuten van wel 17 jaar. Hieruit blijkt dat de gemiddelde effectiviteit van deze groep gemiddeld per jaar achteruitgaat. Ook hier maskeert het gemiddelde negatieve effect de enorme spreiding in individuele ontwikkeling van therapeuten. Sommigen hebben een enorm positieve ontwikkeling en sommigen een enorme achteruitgang in effectiviteit. Maar de algehele gemiddelde trend geeft toch te denken. Veel therapeuten ontwikkelen zich dus niet of nauwelijks of worden dus zelfs minder effectief. Een opmerking bij dit onderzoek is wel dat de therapeuten beter bleken te worden in het in behandeling houden van mensen die als moeilijk behandelbaar worden gezien, wat een negatieve invloed op de gemiddelde behandeluitkomsten kan hebben. Maar misschien is deze laatste opmerking vooral een poging om mezelf voor de gek te houden om vol te kunnen houden dat ik tenminste ergens beter in kan worden? Het is zelfs de vraag of therapeuten zelf wel in de gaten hebben of ze slechter worden.

De meeste therapeuten zien zichzelf als bovengemiddeld goed, zelfs als ze weten dat dit statistisch helemaal niet mogelijk is (Walfish et al., 2012). Mogelijk dat we echter door deze *self-serving bias*, oftewel het therapeuten-ego dat in stand moet blijven, cliënten missen die niet goed profiteren van onze behandeling of zelfs verslechteren (Lambert, 2010; Magnavita, 2016). Hannan et al (2005) onderzochten hoe goed therapeuten (20 therapeuten in opleiding en 20 ervaren therapeuten) in staat zijn om cliënten op te merken die aan het verslechteren zijn tijdens een behandeling. Daarbij kregen ze te horen dat bij hun instelling ongeveer 8% van de cliënten bleek te verslechteren. Tijdens deze studie werden 550 cliënten behandeld, waarvan 40 bleken te verslechteren tijdens deze behandeling (gevolgd met de OQ-45, de therapeuten kregen deze ROM gegevens echter niet). De therapeuten moesten bij iedere sessie aangeven of iemand mogelijk op weg was richting een slecht therapieresultaat. Slechts bij 3 cliënten werd een slechte uitkomst voorspeld, waarbij dit ook nog slechts bij 1 van deze 3 daadwerkelijk het geval was. 39 cliënten met een slechte uitkomst werden dus gemist. ROM gegevens samen met een statistisch algoritme kon 36 van deze 40 mensen tijdig identificeren. Op zich al een reden om als therapeut zeer positief te staan tegenover het volgen van therapieresultaat middels ROM. Het biedt de kans tijdig bij te sturen en dus vermindering van slechte resultaten (en drop-out) te bewerkstelligen.

Interessant en verontrustend genoeg blijken therapeuten nadat ze een tijd feedback hebben gekregen over de voortgang van cliënten en dus vertrouwd zijn met bovenstaand fenomeen, bij afwezigheid van deze feedback er vervolgens niet beter in te zijn geworden om mensen tijdig op te merken die achteruitgaan (Schuckard et al., 2017). Lambert (2010) beschrijft dat de meeste therapeuten die participeerden in het onderzoek van Hannan et al. (2005) al ervaring hadden met het werken met feedback. Er is dus geen leereffect en de cognitieve bias is direct weer terug bij afwezigheid van

corrigerende feedback. Dit komt overeen met de bevindingen uit de cognitieve wetenschappen en zoals beschreven door psycholoog en nobelprijswinnaar Daniel Kahneman in *Ons feilbare denken* (2011). Er zijn wel mogelijkheden om deze cognitieve valkuilen te vermijden en dat is al direct een factor om het verschil te gaan maken in een behandeling!

Een van de mogelijkheden om minder blind te varen op je intuïties en dus je eigen effectiviteit veel te optimistisch in te schatten, is actief reflecteren of ook wel een gezonde beroepsmatige twijfel. Nissen-Lie et al. (2015) hebben in een onderzoek laten zien dat therapeuten die een hoge mate van professionele *self-doubt* rapporteren de beste therapieresultaten behalen. Een wat tegen-intuïtieve conclusie, want therapeuten die de beste resultaten halen, zouden eigenlijk de minste reden hebben om aan zichzelf te twijfelen en juist in het *tegen-intuïtieve* schuilt waarschijnlijk de verklaring.

In het kort is ons veld nog verdeeld over hoe we de uitkomsten van psychologische behandelingen moeten definiëren, maar er zijn wel bruikbare feedback-meetinstrumenten. Niet fantastisch of zaligmakend, maar we moeten toch ergens beginnen? Onderzoek met deze instrumenten laat zien dat therapeuten niet zonder meer beter worden in wat ze doen, maar dat er wel veel individuele verschillen bestaan tussen therapeuten. Zelf blijken therapeuten niet goed in staat om hun eigen effectiviteit in te schatten en als we niet systematisch gebruik maken van feedback en hierdoor professioneel twijfelen, dan belanden we snel in allerlei cognitieve valkuilen waardoor we onszelf gaan overschatten en cliënten die ons eigenlijk het hardste nodig hebben over het hoofd gaan zien. Hoe verhoudt zich dit dan tot de mooie zorgprogramma's, zorgpaden, standaarden en multidisciplinaire richtlijnen? Die lijken de twijfel juist op te heffen en te suggereren dat als we ze maar gewoon volgen dat alles wel goed komt!

### **Effectiviteit van psychologische behandelingen in het algemeen**

Op de eerste plaats is er alle reden om optimistisch te zijn over de effectiviteit van psychologische behandelingen. Mick Cooper voegt aan zijn overzichtswerk *Essential Research Findings* over de effectiviteit van counseling en psychotherapie niet voor niets de ondertitel *The facts are friendly* toe (Cooper, 2008). Inderdaad laat al bijna een halve eeuw effectonderzoek zien dat psychologische behandelingen onomstotelijk en buitengewoon effectief zijn (Lambert, 2013; Castonguay, 2013; Wampold, & Imel, 2015). Wel is nog onduidelijk hoe het komt dat psychologische behandelingen werken en is er een lang lopend debat over het precieze belang van de specifieke factoren (bepaalde technieken die specifiek bij een bepaalde behandelvorm horen) en de non-specifieke factoren (dat wat alle vormen van therapie met elkaar gemeen hebben, waarbij de therapeutische relatie vooral een bekende factor is) (Wampold, & Imel, 2015). Dit debat draait om de discussie of de ene behandeling nu beter is dan de andere voor bepaalde problemen of dat alle serieuze behandelingen vergelijkbaar effectief zijn vanwege de gedeelde algemene factoren. Daarbij wordt altijd verwezen naar het oordeel van de dodo uit het boek *Alice in Wonderland* (naar aanleiding van een race sprak de dodo: *Everybody has won and all must have prizes*) omdat toch steeds wordt gevonden dat behandelingen *gemiddeld* even effectief zijn en dat zou dan weer pleiten voor de non-specifieke factoren (Wampold, & Imel, 2015). Een behandeling zonder specifieke veranderingsgerichte ingrediënten is echter geen serieuze therapie en een therapie zonder non-specifieke factoren bestaat volgens mij niet, iets waar beide kampen het eigenlijk gewoon heel erg over eens zijn. Het is allebei van wezenlijk belang en het een kan niet zonder het ander.

De wetenschap heeft inmiddels een flinke lijst aan effectief gebleken behandelingen voor specifieke stoornissen (DSM classificaties) opgeleverd (Keijsers, 2015). Deze zogenaamde *Empirically Supported Treatments*, EST's, zijn wetenschappelijk onderbouwde behandelingen en beschreven in een handleiding of protocol en in meerdere gerandomiseerde onderzoeken effectief gebleken. In de dagelijkse behandelpraktijk blijken deze EST's echter te weinig te worden toegepast en daarom roepen onderzoekers op om middels opleiding en implementatie deze effectief gebleken behandelingen in te voeren en daarmee de GGZ effectiever te maken (van Oppen, 2015). In mijn opleiding tot GZ-psycholoog ben ik geschoold in verschillende *evidence based* behandelingen, maar om effectiever te worden zou het dus wel zinvol kunnen zijn me hier nog verder in te bekwamen.

## Scholing in evidence based behandelingen

Tijdens mijn zoektocht in de wetenschappelijke literatuur kwam ik echter nog wel wat verontrustende zaken tegen die mij weerhielden mij direct aan te melden voor verdere scholing. Het effect van psychologische behandeling is de afgelopen 40+ jaar eigenlijk niet toegenomen ondanks de ontwikkeling van deze *evidence based* behandelingen (Huibers, 2015). De ontwikkelaars van de EST's werpen daarop tegen dat dat komt omdat therapeuten in de praktijk deze behandelingen niet (of niet goed) toepassen (van Oppen, 2015). Wampold & Imel (2015) rapporteren echter op basis van grote benchmark studies dat therapeuten in de praktijk vergelijkbare resultaten behalen als in de *clinical trials* en dat bovendien vaak ook nog eens in minder sessies bereiken. Hoe zit het nou? Heeft het zin om mij verder te bekwamen in bepaalde vormen van therapie?

Een blik over de grens biedt een mogelijk antwoord. In Engeland hebben ze enkele jaren geleden besloten dat psychologische behandelingen breed beschikbaar moesten worden, waarbij de nadruk vanuit de *evidence based* behandelingen op cognitieve gedragstherapie kwam te liggen. Branson, Shafran en Myles (2015) onderzochten binnen dit Engelse *Increasing Acces to Psychological Therapies*-programma het effect van een jaar intensieve CGT training, supervisie en praktijkervaring van 43 behandelaren die samen 1247 cliënten hebben gezien. De therapeuten bleken na deze training een toegenomen en daarmee goede CGT-competentie te hebben ontwikkeld en zich goed aan de protocollen te houden (adherentie genaamd). Maar ondanks deze toegenomen competentie en adherentie bleek er geen invloed op de therapie uitkomsten van deze therapeuten te zijn. Ze behaalden geen betere uitkomsten dan voor deze training.

Het verder leren van specifieke CGT technieken leidt dus niet zondermeer tot betere uitkomsten. Dit komt overeen met studies waarbij specifieke technieken worden toegevoegd aan een behandeling (zogenaamde *additive designs*) of juist worden weggelaten (zogenaamde *dismanteling designs*), waarbij wordt gevonden dat dit over het algemeen geen verschil in uitkomst lijkt te geven (Cooper, 2008; Wampold, & Imel, 2015). Een recente RCT van Barlow et al (2017) laat verder zien dat een 'unified'-protocol (een algemeen CGT protocol met verschillende modules, waaronder werken aan motivatie, mindfullle emotionele gewaarwording, cognitieve flexibiliteit, doorbreken van emotionele vermijding, tolerantie voor emotionele en fysieke sensaties en emotionele exposure) net zo effectief blijkt te zijn als specifieke protocollen voor paniekstoornis met of zonder agorafobie, gegeneraliseerde angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis en sociale angststoornis. Je zou uit deze studie ook kunnen concluderen dat het weinig zinvol is om veel tijd te besteden aan het afvinken van de DSM-5 classificaties en je beter mensen direct kunt gaan proberen te helpen, ook al willen de auteurs van dit onderzoek niet zo ver gaan. Overigens is het absoluut niet mijn bedoeling om cognitieve gedragstherapie onderuit te halen. CGT is mijn primaire en voornaamste referentiekader. Er wordt nu eenmaal meer en al langer wetenschappelijk onderzoek gedaan naar CGT, waardoor deze zaken meer aan het licht komen. Ook voor andere therapievormen blijkt er geen duidelijke samenhang te zijn tussen competentie, adherentie en het toevoegen of weglaten van specifieke technieken en behandeluitkomsten (Wampold & Imel, 2015).

Moeten we dan concluderen dat dit het is? Dat dit het meest haalbare is? We hebben effectieve behandelingen, maar helaas reageert 30 tot 65% daar niet op en zijn er zelfs mensen die er slechter van worden (Lambert, 2017)? Wij therapeuten kunnen wel nieuwe therapieën gaan leren met als gevolg dat wij beter worden in die therapieën, maar de cliënten lijken er niet beter van te worden. Ik voel me wel direct geroepen om deze conclusie te nuanceren. Al dit vergelijkingsgeweld tussen gemiddelde effectiviteit van verschillende therapievormen, onttrekt aan het zicht dat het voor de individuele cliënt wel degelijk verschil maakt welke therapie hij of zij volgt (Huibers, 2015). Ook het toevoegen of weglaten van specifieke zaken, blijkt gemiddeld dan wel geen verschil te maken, maar wederom lijkt het voor de individuele cliënt een wereld van verschil te maken (Castonguay, 2013). Het wordt tijd om behandelingen op maat en zo efficiënt en optimaal mogelijk aan te gaan bieden, in plaats van steeds maar weer nieuwe therapieën te ontwikkelen (Huibers, 2015). Cliënten verschillen nu eenmaal van elkaar, daarom vindt er ook randomisatie plaats in onderzoeken. Niet verwonderlijk dus dat cliëntfactoren tot de sterkste voorspellers voor therapieresultaat blijken te behoren (Cooper,

2008). Bij cliëntfactoren moeten we onder andere denken aan hechtingsstijl, motivatie, perfectionisme en mate van *social support*, maar niet aan DSM-classificaties. Bohart (2007) gaat nog verder en stelt dat het vrijwel volledig de cliënt is die therapie laat werken. Op herkenbare wijze schrijft hij hoe therapeuten zich soms door sessies heen blunderen, waarbij de cliënt probeert er het beste van te maken. Het is essentieel de cliënt centraal te stellen en voor ogen te houden dat het de cliënten zijn die het zware werk moeten doen (Keijsers, 2015), maar we moeten het effect van therapeuten ook niet uitvlakken.

Een inmiddels klassieke studie van Okiishi et al. (2006) heeft laten zien dat er een groot verschil in effectiviteit tussen therapeuten bestaat. Er blijkt een groep uitblinkers te bestaan die stelselmatig de beste resultaten behalen. Sterker nog, ze behalen niet alleen de beste resultaten, maar blijken dat ook 10 keer sneller dan gemiddeld te doen. Deze resultaten blijken niet samen te hangen met de aard en de ernst van de problematiek of met de gebruikte behandelmethodiek. Ook mensen met de ernstigste, chronische of multicomplexe problematiek, blijken bij deze toptherapeuten het beste af te zijn (Wampold et al., 2017). Er blijkt uiteraard ook een onderlaag te bestaan, waarbij veel sessies nodig zijn en mensen helaas zelfs gemiddeld slechter vertrekken. Deze boven- en onderlaag werden ook gevonden in het eerder genoemde onderzoek naar het effect van de CGT training in Engeland (Branson et al., 2015) en blijken ook binnen RCT's voor te komen (Castonguay, & Hill, 2017). Wie zijn deze supertherapeuten en wat doen zij anders waar wij gewone stervelingen van zouden kunnen leren?

### **Zeer effectieve therapeuten**

De zoektocht van de afgelopen decennia naar de meest effectieve therapie heeft dus niet bijster veel opgeleverd en heeft andere belangrijke factoren aan het zicht onttrokken. Gelukkig begint de wetenschap zich weer te interesseren voor het verschil in effectiviteit tussen therapeuten (Castonguay, & Hill, 2017; Scholing, 2016). Wampold & Imel (2015) concluderen op basis van vele analyses dat er zelfs meer verschil tussen therapeuten bestaat dan dat er verschil tussen therapieën bestaat. Het is de therapeut die de therapie samen met de cliënt uitvoert. Dat zijn de drie poten van de *evidence based practice*. EBP is de integratie van de best beschikbare *evidence* met de *clinical expertise* van de therapeut en de specifieke kenmerken en voorkeuren van de cliënt. Deze integratie komt natuurlijk samen in de therapeutische werkrelatie, die naast de kwaliteit van de relatie ook de overeenstemming over de *doelen* en de *taken* van de therapie behelst. Als je naar deze volledige definitie van de therapeutische werkrelatie kijkt, is het eigenlijk helemaal niet verwonderlijk dat keer op keer wordt gevonden dat dit de beste voorspeller van therapieresultaat blijkt te zijn (Castonguay et al., 2006). De zeer effectieve therapeuten onderscheiden zich op de eerste plaats in hun vermogen om snel een positieve werkrelatie te vestigen en ook over goede vaardigheden te beschikken om deze te behouden of te herstellen als er (dreigende) breuken in deze werkrelatie ontstaan (Wampold & Imel, 2015). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat zeer effectieve therapeuten over betere faciliterende interpersoonlijke vaardigheden beschikken, wat neerkomt op dat ze goed zaken kunnen verwoorden, emoties op een gepaste manier kunnen tonen, overtuigend zijn, mensen hoopvol stemmen, empathisch zijn, een goede verbinding vormen met de cliënt en zich goed weten te focussen op de problemen van de individuele cliënt. Tevens zijn er aanwijzingen dat zij meer professionele twijfel vertonen en doen aan zogenaamde *deliberate practice*, wat betekent dat zij tijd besteden aan het doelbewust en doelgericht oefenen en verbeteren van hun vaardigheden (Wampold et al., 2017). Het doen aan *deliberate practice* blijkt ook het centrale kenmerk te zijn van uitblinkers in allerlei andere beroepen (Ericsson & Pool, 2016).

Hill & Castonguay (2017) concluderen samen met de andere auteurs van hun boek *How and why are some therapists better than others?: understanding therapist effects* dat er wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor verschillende therapeutenfactoren, waarbij verder onderzoek uiteraard nog zeer wenselijk is. Het betreft de volgende kenmerken: 1) effectieve therapeuten zijn in staat om *responsive* te zijn voor de specifieke behoeften van de cliënt. Dit betekent dat de therapeuten flexibel interventies afstemmen qua keuze, de wijze waarop ze worden uitgevoerd, timing en de intensiteit aan de veranderende behoeften en kenmerken van de cliënt. 2) Effectieve therapeuten gaan daarin creatief en flexibel te werk. 3) Ook humor is belangrijk. 4) Zeer effectieve therapeuten hebben een

hoge mate van aanwezigheid (met volle aandacht) in het contact, waardoor er ook een hogere mate van empathie ontstaat. 5) Deze therapeuten zijn ook beter in staat zich bewust te zijn van hun eigen innerlijke ervaringen en de cliënten hiermee beter te helpen in hun veranderingen. 6) De hechtingsstijl van de therapeut blijkt ook samen te hangen, waarbij een veilige hechtingsstijl met positieve uitkomsten samenhangt. 7) Ook het vermogen om culturele aanpassingen te maken, hangt samen met betere uitkomsten. 8) Effectieve therapeuten gebruiken continu feedback van de cliënt, zowel impliciet door goed te luisteren en te observeren als expliciet door het gebruik van ROM (om niet in de optimisme bias valkuil te trappen) en ze gebruiken deze feedback vervolgens ook om te werken aan eigen verbeterpunten.

Een hele lijst, maar absoluut te trainen en belangrijk om hier in de opleidingen en supervisie aandacht voor te gaan hebben (Rousmaniere et al., 2017; Hill & Castonguay, 2017). Bij een organisatie waarbij er vanuit *deliberate practice* aan deze principes gewerkt kon worden, bleken de therapie uitkomsten te verbeteren (Goldberg et al., 2016b). Één wetenschappelijke zwaluw maakt natuurlijk nog geen *evidence based* zomer, maar het is een veelbelovende richting om te leren van de uitblinkers en te bekijken waar je eigen verbeterpunten liggen in plaats van steeds maar technieken of therapieën te leren. Scholing op maat dus eigenlijk om te komen tot *evidence based therapeuten* die oog hebben voor hoe ze hun aanpak optimaal kunnen aanpassen bij iedere specifieke en eigenaardige cliënt en hoe ze zich daar ook in kunnen verbeteren, mede op aanwijzingen van deze cliënten. Therapie als leer- en groeiproces voor cliënt en therapeut!

Ook onder psychiaters blijken er grote verschillen te bestaan in effectiviteit bij het voorschrijven van medicatie (McKay et al., 2006). Hierbij bleek de toplaag van psychiaters stelselmatig betere resultaten te behalen met het voorschrijven van een placebo vergeleken met de onderlaag van psychiaters die pillen met werkzame stoffen (SSRI) voorschreven. Hieruit kon geconcludeerd worden dat de *persoon* die de pillen voorschrijft van groot belang is op het effect van deze pillen (placebo of SSRI).

Het onderzoek naar de zeer effectieve therapeuten heeft ook laten zien wat niet geassocieerd is aan therapie uitkomsten. Het betreft de leeftijd en sexe van de therapeut, de professionele graad, het aantal jaren ervaring in het vak, theoretische oriëntatie, adherentie en competentie bij het bieden van een bepaalde therapie (Wampold et al., 2017). We kunnen concluderen dat het *hoe* belangrijker is dan het *wat*, waarbij dit hoe slaat op de manier waarop de therapeut met zichzelf en de cliënt omgaat en vervolgens probeert het wat, de interventies, daarin te gebruiken.

## Conclusie

Mijn her-registratie als GZ-psycholoog gaf verder geen problemen. De zoektocht in de wetenschap naar het vergroten van de effectiviteit van psychologische behandelingen heeft mij zeer optimistisch gestemd. Er blijken therapeuten te zijn die stelselmatig de beste resultaten behalen en dat ook nog eens vele malen sneller dan gemiddeld. Ze blijken dat niet zo zeer te bereiken door heel goed in een bepaalde therapie te zijn, maar door de behandeling vooral heel persoonlijk te maken. Interessant daarbij is dat de zeer effectieve therapeuten ook vaak kortdurend werken. De kenmerken van de toptherapeuten passen ook erg goed bij de principes van het kortdurend behandelen (Garfield, 1998). Per cliënt werken aan een optimale mix tussen specifieke en non-specifieke factoren, daarbij blijven nadenken (twijfelen) en feedback gebruiken in de behandeling en eigen verbeterpunten. Een betere therapeut worden is daarmee mogelijk en ik ben daarom sinds dit jaar een 3 daagse nascholing "*Hoe word ik een betere therapeut? Kortdurend en persoonlijk behandelen*" gaan verzorgen bij het Radboud Centrum Sociale Wetenschappen in Nijmegen. Hierin zoeken we naar waar we aan kunnen werken om betere resultaten te bereiken met de zeer effectieve therapeuten als voorbeeld. Hopelijk lukt het daarmee om voor zoveel mogelijk mensen het verschil te gaan maken in een psychologische behandeling.

## Referenties

Barlow, D.H., Farchione, T.J., Bullis, J.R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L.R., Boswell, J.F., Ametaj, A., Carl, J.R., Boettcher, H.T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional

disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884.

Branson, A., Shafran, R., & Myles, P. (2015). Investigating the relationships between competence and patient outcome with CBT. *Behaviour research and therapy*, 68, 19-26.

Bohart, A.C. (2007). An alternative view of concrete operating procedures from the perspective of the client as active self-healer. *Journal of psychotherapy integration*, 17(1), 125-137.

Castonguay, L.G., Constantino, M.J., & Grosse Holtforth, M. (2006). The working alliance: where are we and where should we go?, *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43(3), 271-279.

Castonguay, L.G. (2013). Psychotherapy Outcome: An issue worth re-revisiting 50 years later. *Psychotherapy*, 50(1), 52-67.

Castonguay, L.G., & Hill, C.E. (2017). *How and why are some therapists better than others?: understanding therapist effects*. American Psychological Association.

Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counseling and psychotherapy. The facts are friendly*. London: Sage publications

Ericsson, A., & Pool, R. (2016). *Piek. Hoe gewone mensen buitengewoon kunnen presteren*. Houten: Spectrum.

Garfield, S.L. (1998). *The practice of brief psychotherapy* (2nd edition). Wiley

Goldberg, S.B., Rousmaniere, T., Miller, S.D., Whipple, J., Nielsen, S.L., Hoyt, W.T., & Wampold, B.E. (2016a). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of counseling psychology*, 63, 1-11.

Goldberg, S.B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W.T., Whipple, J.L., Miller, S.D., & Wampold, B.E. (2016b). Creating a climate for therapist improvement: a case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53(3), 367-375.

Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K., & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology*, 61, 155-163.

Hill, C.E., & Castonguay, L.G. (2017). Therapist effects: integration and conclusions. In: L.G. Castonguay, & C.E. Hill (Eds.). *How and why are some therapists better than others?: understanding therapist effects*. American Psychological Association.

Huibers, M.J.H. (2015). Voorbij het oordeel van de dodo. Over werkingsmechanismen en andere kwesties in de psychotherapie. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 41, 174-186.

Kahneman, D. (2011). *Ons feilbare denken*. Amsterdam: Business contact.

Keijsers, G.P.J. (2015). Het grote psychotherapie debat. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 41, 157-173.

Lambert, M.J. (2010). *Prevention of treatment failure. The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association.

- Lambert, M.J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42-51.
- Lambert, M.J. (2017). Maximizing psychotherapy outcome beyond evidence-based medicine. *Psychotherapy and psychosomatics, 86*, 80-89.
- Linssen, M.J. (2016). Hoe word ik een betere therapeut? *Nieuwsbrief RCSW*, 14 november 2016
- McKay, K.M., Imel, Z.E., & Wampold, B.E. (2006). Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of affective disorders, 92*, 287-290.
- Magnavita, J.J. (2016). Overview and challenges of clinical decision making in mental health practice. In: J.J. Magnavita (Editor). *Clinical Decision Making in Mental Health Practice*. American Psychological Association.
- Nissen-Lie, H.A., Ronnestad, M.H., Hoglend, P.A., Havik, O.E., Solbakken, O.A, Stiles, T.C., & Monsen, J.T. (2015). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical psychology & psychotherapy*, online.
- Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Nielsen, S.L., Dayton, D.D., & Vermeersch, D.A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their patients' psychotherapy outcome. *Journal of clinical psychology, 62*, 1157-1172.
- Orlinsky, D.E., & Ronnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R.K., Miller, S.D., & Wampold, B.E. (Eds.) (2017). *The cycle of excellence. Using deliberate practice to improve supervision and training*. Wiley Blackwell.
- Schuckard, E., Miller, S.D., & Hubble, M.A. (2017). Feedback-informed treatment: historical and empirical foundations. In: D.S. Prescott, C.L. Maeschalck, & S.D. Miller (Eds.). *Feedback-informed treatment in clinical practice: reaching for excellence*. American Psychological Association
- Timulak, L. (2010). Significant findings in psychotherapy: an update of research findings. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice, 83*, 421-447.
- van Oppen, P. (2015). Wat psychotherapeuten kunnen leren van honkbal, hockey en Van Gaal? *Gedragstherapie, 48*(4), 351-363
- Walfish, S., McAllister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M.J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports, 110*, 639-644.
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. (2nd edition). New York: Routledge.
- Wampold, B.E., Baldwin, S.A., Grosse Holtforth, M., & Imel, Z.E. (2017). What characterizes effective therapists? In: L.G. Castonguay, & C.E. Hill (Eds.) *How and why are some therapists better than others?: understanding therapist effects*. American Psychological Association.