

Hoe word ik een betere therapeut?

Oktober, 2016, Michiel Linssen

Inleiding

Hoe kan ik mezelf verbeteren als therapeut? Deze vraag zorgt al vele jaren voor stapels vakliteratuur op mijn bureau. Ik wil graag zo veel mogelijk mensen, met een groot scala aan klachten en problemen, zo snel mogelijk weer goed op weg helpen. Gelukkig zijn er gelijkgezinde (psycho)therapeuten en onderzoekers die zich met dezelfde vraag bezighouden (Miller et al, 2013).

Beginnend bij het begin: is psychologische behandeling überhaupt wel effectief? Dit is een vraag die de wetenschappelijke gemeenschap enkele decennia heeft beziggehouden na een artikel van Hans J. Eysenck (1952), waarin hij publiceerde dat psychotherapie niet alleen ineffectief is, maar mogelijk ook schadelijk.

Inmiddels kan onomwonden gesteld worden dat psychologische behandeling zeer effectief is. De gemiddelde persoon met psychische klachten die behandeling krijgt, is beter af dan 80% van de mensen met psychische klachten die geen behandeling ontvangen (Wampold, 2010; Lambert, 2013; Cooper, 2008). Helaas moeten we echter concluderen dat we nog steeds niet weten *hoe* het komt dat psychologische behandelingen werken (Lambert, 2013; Huibers, 2015). Het grote psychotherapie-debat (Wampold, 2001) is nog steeds gaande, waarbij onderzoekers met steeds grotere meta analyses en mega analyses van meta analyses (vergelijkbaar met de wapenwedloop in de koude oorlog) proberen aan te tonen dat het behandelmodel is (de specifieke technieken) of misschien toch meer de non-specifieke factoren (vooral de therapeutische relatie) wat het meest bepalend is voor de uitkomst van psychologische behandelingen. Steeds weer zijn er zelfverklaarde winnaars van deze strijd. Dit helpt naar mijn idee ons vak niet verder. Zoals de natuurkundige gemeenschap moest aanvaarden dat licht zowel uit deeltjes als golfjes bestaat (afhankelijk van hoe je het onderzoekt), zo wil ik de psychotherapie onderzoekers oproepen te aanvaarden dat therapie uit specifieke technieken en een therapeutische relatie bestaat, afhankelijk van hoe je het onderzoekt.

Psychologische behandelingen werken dus, maar we weten niet precies hoe. Ik heb me de afgelopen jaren in vele verschillende therapievormen verdiept (van cognitieve gedragstherapie tot aan psychodynamische en humanistische psychotherapie) en heb daar veel uitgehaald. In protocollaire behandelingen (meestal CGT) zitten hele waardevolle technieken en elementen, maar ik zie het niet als *de* oplossing om een betere therapeut te worden en heel veel mensen zo goed mogelijk te kunnen helpen. Te veel mensen hebben het gevoel dat ze niet goed in het protocol passen (we moeten ervoor waken dat de GGZ met al zijn zorgpaden en protocollen niet op het Procrustus bed gaat lijken (Kuyken et al, 2009)). Om een betere behandelaar te worden is het belangrijk de behandeling steeds aan de patiënt aan te passen en niet andersom.

Uit verschillende onderzoeken komt verder naar voren dat er grote verschillen zijn tussen behandelaren qua effectiviteit en efficiëntie (de meest effectieve therapeuten zijn ook het meest efficiënt, de minst effectieve therapeuten behandelen ook veel langer; Scholing, 2016; Okiishi et al, 2006) en dat er zelfs verschillen zijn tussen behandelaren binnen strak georganiseerde RCT's waarbij de therapeuten flink getraind worden in een protocol en daar ook supervisie bij ontvangen, zodat er vanuit gegaan kan worden dat de therapeutfactor geen rol speelt, wat dus niet zo is...(Eels et al., 2005). Dus sommige therapeuten zijn stelselmatig effectiever. Wat doen deze therapeuten dan anders wat hen effectiever maakt? Daar kunnen we van leren om betere therapeuten te worden.

Er is al het een en ander bekend over deze 'supershrinks' (Okiishi et al., 2003), zo hebben ze een 'deep domain specific knowledge' (Miller et al, 2013), ze hebben de theorie als het ware in zich opgenomen ('metabolizing theory', Betan & Binder, 2010) waardoor ze zeer *flexibel* de behandeling aan iedere individuele patiënt aan kunnen passen en toch modelgetrouw kunnen behandelen (Scholing, 2016), daarnaast is er sprake van continu gebruik van feedback (Miller et al., 2013), zeer goede vaardigheden

in het vestigen van een therapeutisch alliantie, snel en vaardig kunnen handelen bij dreigende breuken (alliance ruptures) en het continu verder ontwikkelen van therapeutische vaardigheden (deliberate practice). Het is zeker mogelijk om een betere therapeut te worden (Goldberg et al, 2016)!

Effectiever en efficiënter behandelen

Het vergroten van de effectiviteit van psychologische behandelingen en de efficiëntie (met zo min mogelijk tijd en middelen zo veel mogelijk bereiken) worden eigenlijk altijd in een adem genoemd, effectieve therapieën zijn vaak ook efficiënt (in de literatuur ook wel 'responsive regulation' van therapieduur genoemd (Stiles, Barkham, & Wheeler, 2015), waarbij als er voldoende bereikt is de therapie afgerond kan worden). Als we het effect van onze interventies dus zien te vergroten, dan zouden we dus mogelijk ook korter (efficiënter) kunnen behandelen en daarmee met dezelfde middelen meer mensen sneller kunnen helpen. Veel therapeuten ervaren het als provocatief dat het omgekeerde ook wel eens zou kunnen gelden: door de behandeling korter te maken, zou de behandeling sneller effectief kunnen zijn. De duur van de behandeling lijkt van invloed te zijn op de veranderingssnelheid. Barkham en collega's (1996) hebben gevonden dat mensen die een 8 weken therapieprogramma volgden veel meer verbeterd waren dan mensen die halverwege een 16 weken programma waren. Mijn ervaring is ook dat er veel harder gewerkt wordt als er een beperkt aantal sessies beschikbaar is. Door de cliënt medeverantwoordelijk te maken voor de sessies ontstaat er nog meer samenwerking, zelfregie en prioritering/focus. Het is wel belangrijk *hoe* het gebracht wordt (dus niet vanuit onvrede stellen dat er *helaas maar* 12 sessies beschikbaar zijn, maar stellen dat veel mensen al veel kunnen bereiken binnen 5 a 8 sessies en dat we dat dus gaan proberen). Interessant daarbij is het verder om als behandelaar kennis te nemen van de literatuur over *sudden gains* (Lambert, 2013), zo rond de 40% van de patiënten ervaart in de eerste paar sessies (en vaak ook al voor de eerste sessie) een plotselinge verbetering. Deze mensen hebben aan het einde van de behandeling vaak een betere uitkomst. Het is als behandelaar van belang te proberen deze sudden gains te bewerkstelligen en te bestendigen.

Een belangrijke manier om de effectiviteit en efficiëntie te vergroten wordt gezien in het zorgen dat behandelingen meer geïndividualiseerd (of gepersonaliseerd) worden (Linssen, 2016; McMain, Newman, Segal, & DeRubeis, 2015). Maar wat zit er in de weg om dit ook daadwerkelijk te doen?

Hindernissen en hoe die te overkomen

Er zijn veel valkuilen in ons denken en daardoor ook in ons handelen. Nobelprijswinnaar Daniel Kahneman beschrijft in de bestseller '*Ons feilbare denken*' (2011) de vele denkfouten die we kunnen maken en de bias die ontstaat door onze heuristieken (vuistregels die de wereld versimpelen). Daarnaast is een veel voorkomende fout de zogenaamde fundamentele attributie fout: we onderschatten de situationele invloeden op het gedrag van anderen en schrijven het meer toe aan persoonlijkheidskenmerken (Nisbett, 2015). Vanuit deze dispositional bias kunnen behandelingen snel ingewikkeld en langdurig worden. In sommige gevallen zelfs tot onoplosbare problemen leiden. Er zijn manieren om uit deze valkuilen te blijven. Allereerst blijven nadenken, reflecteren over onze behandelingen. Simpelweg: twijfelen aan onszelf als therapeut (om niet in de illusie van de expert terecht te komen). Hierin valt voor therapeuten heel veel te leren en heeft de wetenschap (sociale psychologie) heel veel te bieden.

Conclusie

Psychologische behandelingen zijn bijzonder effectief, maar er is nog heel veel ruimte voor verbetering. Behandelingen kunnen effectiever en efficiënter worden. We kunnen door continu te leren, te oefenen, te reflecteren (te twijfelen) een steeds betere therapeut worden en daardoor behandelingen meer op maat maken en een hele grote groep mensen snel en effectief helpen. Ik ben bezig om bovenstaande zaken verder uit te werken in een nascholing (Linssen, 2017). De beste manier om goed in de theorie te raken is door daar les over te geven. Dat kan mij een betere therapeut maken, maar ik wil het graag delen. Laten we samen werken aan onszelf en daarmee meer mensen beter en sneller kunnen helpen.



Michiel Linssen is werkzaam als GZ-psycholoog bij Psychologenpraktijk Neomai in Nijmegen. Daarnaast is hij werkzaam als docent voor de opleiding tot GZ-psycholoog voor de RINO in Rotterdam en het RCSW in Nijmegen. Hij geeft les over kortdurend behandelen. Vanuit zijn eigen bedrijf geeft hij lezingen en workshops en werkt hij aan een handboek over kortdurende persoonlijke behandelingen.

Correspondentie: michiel_linssen@hotmail.com

Referenties

Betan, E.J., & Binder, J.L. (2010). Clinical expertise in psychotherapie: how expert therapists use theory in generating case conceptualizations and interventions. *Journal of contemporary psychotherapy*, 40, 141-152.

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

Eels, T.D., Lombart, K.G., Kendjelic, E.M., Turner, L.C., & Lucas, C.P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: a comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73, 579-589.

Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of consulting psychology*, 16, 319-324.

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

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.

Kuyken, W., Padesky, C.A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization. Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. New York: the guilford press.

Lambert, M.J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy*, 50 (1), 42-51

Linssen, M.J. (2016). Kort(er)durend evidence & person based behandelen, maximaal effectief in een persoonlijke GGZ. Workshop bij het NIP jaarcongres over Personalized Mental Health, 13 oktober 2016.

Linssen, M.J. (2017). Kort(er)durend evidence & person based behandelen, maximaal effectief in een persoonlijke GGZ. 3 Daagse nascholing bij het Radboud Centrum voor Sociale Wetenschappen (RCSW), zie de website www.rcsnw.nl voor de data.

McMain, S., Newman, M.G., Segal, Z.V., & DeRubeis, R.J. (2015). Cognitive behavioral therapy: current status and future research directions. *Psychotherapy Research*, 25(3), 321-329.

Miller, S.D., Hubble, M.A., Chow, D.L., & Seidel, J.A. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50(1), 88-97

Nisbett, R.E. (2015). *Denkkracht. Slimmer denken, effectiever handelen*. Amsterdam: Nieuwezijds.

Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Nielsen, S.L., & Ogles, B.M. (2003). Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clinical psychology and psychotherapy*, 10, 361-373.

Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D.D., & Vermeesch, D.A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients psychotherapy outcome. *Journal of clinical psychology*, 62, 1157-1172.

Scholing, A. (2016). Over de psychotherapeut en de buurvrouw. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 5, pp

Stiles, W.B., Barkham, M., & Wheeler, S. (2015). Effect of duration of psychological therapy on recovery and improvement rates: evidence from UK routine practice. *The British journal of psychiatry*, 207, 115-122.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum

Wampold, B.E. (2010). *The basics of psychotherapy: an introduction to theory and practice*. Washington: American Psychological Association.

3 daagse nascholing

Kort(er)durend evidence & person based behandelen, maximaal effectief in een persoonlijke GGZ door Michiel Linssen

20 januari, 3 februari en 3 maart 2017, Radboud CSW, Nijmegen

www.RCSW.nl