

# Resultaten boeken: meer dan interventies

---

*Studierapport voor Resultaten Scoren*

**Jaap van der Stel**  
**Haarlem, september 2012**

## **Colofon**

Deze publicatie is uitgebracht in het kader van de conferentie *Effectief Hulpverlenerschap in de Verslavingszorg en de GGZ*, georganiseerd door Stichting Resultaten Scoren op 4 oktober 2012 in het Musis Sacrum te Arnhem.

### **Auteur**

Dr. Jaap van der Stel

### **Vormgeving omslag**

[www.taluut.nl](http://www.taluut.nl)

### **Copyright © 2012 Stichting Resultaten Scoren**

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd op welke wijze dan ook zonder voorafgaande toestemming van Stichting Resultaten Scoren.  
[www.resultatenscoren.nl](http://www.resultatenscoren.nl)

## **Inhoudsopgave**

INHOUDSOPGAVE .....	3
VOORAF .....	4
<b><u>I - ACHTERGRONDEN.....</u></b>	<b>5</b>
1. DE THEMATIEK .....	5
2. TOELICHTING OP DEZE TEKST.....	6
<b><u>II – BEVINDINGEN UIT DE LITERATUUR .....</u></b>	<b>8</b>
1. INLEIDING .....	8
1.1. ASPECIFIEKE FACTOREN.....	8
1.2. RUIMERE DEFINITIE VAN ‘WAT WERKT’ .....	9
2. MEER DAN EEN INTERVENTIE .....	10
2.1. GEMEENSCHAPPELIJKE FACTOREN .....	10
2.2. KWALITEIT VAN DE THERAPEUT .....	12
2.3. KWALITEIT VAN DE THERAPEUTISCHE RELATIE .....	13
2.4. VAN PLACEBO NAAR CONTEXT .....	16
<b><u>III. BESCHOUWINGEN EN DISCUSSIE .....</u></b>	<b>19</b>
1. THERAPIE ALS SYSTEEM .....	19
2. HET ENSEMBLE ALS BOODSCHAP .....	20
3. POSITIEVE EN NEGATIEVE EFFECTEN .....	21
4. BIJSLUITER TER VERANTWOORDING .....	22
<b><u>IV - CONCLUSIES.....</u></b>	<b>26</b>
1. DOELSTELLINGEN.....	26
2. BOODSCHAPPEN .....	26
<b><u>LITERATUUR .....</u></b>	<b>28</b>
1. IN DE TEKST AANGEHAALD .....	28
2. OVERIGE GERAADPLEEGDE LITERATUUR .....	32
<b><u>BIJLAGE I. ‘TASK FORCE ON EVIDENCE-BASED THERAPY RELATIONSHIPS’ .....</u></b>	<b>34</b>
<b><u>BIJLAGE II. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VERTAALD IN TIEN STATEMENTS.....</u></b>	<b>38</b>

## Vooraf

Dit rapport is een poging om meer inzicht te verkrijgen in het belang van niet specifiek aan een interventie gerelateerde factoren (nauwkeuriger: determinanten en mechanismen) die van invloed zijn op het resultaat van een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg inclusief de verslavingszorg. Het accent ligt op de therapeutische relatie maar de bevindingen hebben betekenis voor alle mogelijke relaties in de zorg die er op zijn gericht herstel te bevorderen.

Naast een presentatie van bevindingen uit de literatuur wordt beredeneerd waarom dit thema, en de uitkomsten van de studies die hier worden aangehaald, meer aandacht moeten krijgen. Niet alleen in opleidingen (en sommige opleidingen voldoen hier wellicht al aan) maar vooral ook in de formele richtlijnen, protocollen en andere documenten die een belangrijke beleidsbepalende werking hebben.

- Deel I gaat in op de achtergronden en thematiek van deze studie en bespreekt de relevantie van de uitkomsten voor deelsectoren of disciplines; tevens worden enkele kenmerken van deel III toegelicht. Ook wordt verduidelijkt dat en waarom de tekst (nog) weinig specifiek ingaat op verslaving of verslavingszorg.
- Deel II bevat het materiaal waarop de conclusies in deel IV zijn gebaseerd. Het begint nogmaals met een inleiding op het thema waarna een paragraaf volgt waarin een overzicht wordt gegeven van bevindingen uit de literatuur.
- Deel III bevat beschouwingen over en naar aanleiding van de in dit rapport besproken thema's.
- Deel IV bespreekt puntsgewijs de conclusies die ik heb getrokken uit de literatuur en theoretische exercities.
- In bijlage I staat een samenvatting van de conclusies en aanbevelingen van het in dit rapport besproken onderzoek van de APA (Amerikaanse organisatie van psychologen) naar specifieke factoren.
- In bijlage II staan in de vorm van tien statements de conclusies van deze studie, aangevuld met aanbevelingen die zijn gebaseerd op het onderzoek van de APA. De statements zijn zo geformuleerd dat ze geldigheid hebben voor de GGz in zijn algemeenheid; wat de consequenties hiervan zijn voor de verslavingszorg is een punt voor nadere discussie en onderzoek.

Het rapport is geschreven in opdracht van *Resultaten Scoren* en is bedoeld om het thema 'goed hulpverlenerschap' onder de aandacht te brengen. Bij voorkeur leidt dat tot innovatie in de praktijk.

Aandacht voor de kwaliteit van de hulpverlener, in de context van de relatie die hij of zij heeft met de patiënt of cliënt, staat ook elders in Nederland op de agenda. Voor de verslavingszorg is wellicht wel het meest aansprekende voorbeeld het begin 2011 gehouden congres over 'het vakmanschap van de reclasseringswerker' (Bosker e.a., 2011).

Jaap van der Stel

Haarlem, september 2012

# I - Achtergronden

## 1. De thematiek

In dit rapport ga ik in op beschikbare kennis over wat werkt naast wat we weten over effectieve interventies. In de onderzoeksliteratuur naar het effect van psychotherapie wordt gesproken over factoren die niet specifiek zijn voor een bepaalde behandelingsmethode maar wel in het algemeen bijdragen aan het overall resultaat van diverse behandelvormen. Ik ga daar dieper op in zonder de pretentie te hebben dat hiermee een compleet overzicht wordt gegeven.

Er zijn goede redenen om ons op de in dit voorstel besproken thematiek te richten. De belangrijkste is dat de literatuur hiertoe voldoende aanleiding geeft. En in zoverre is het een (medisch-)ethisch imperatief om er iets mee te doen. Verder zijn we er in de zorg aan gehouden om resultaten te boeken en daarin vooruit te gaan. Een genoegzame houding is niet op zijn plaats. Tot slot, wat met het vorige punt nauw samenhangt, is er de kwestie van het geld. Het is aannemelijk dat er in de komende periode – vanwege teruglopende budgetten – minder geld beschikbaar komt voor de zorg in het algemeen en in het bijzonder ook voor het ontwikkelen en testen van nieuwe behandelstrategieën.<sup>1</sup> In dat geval ligt het eens te meer voor de hand om zoveel als mogelijk energie te steken in het niet alleen verwoed implementeren van goed geteste interventies, maar ook na te gaan onder welke voorwaarden met die interventies wel of niet resultaten worden bereikt. Dat kan met minder meerkosten, terwijl, als dit lukt, de voordelen voor cliënten evident zijn.

De aandacht voor specifieke of gemeenschappelijke factoren kan, wellicht mede door de statistische vorm waarin uitspraken hierover in de literatuur worden gedaan, tot misverstanden leiden. Bepaalde determinanten of mechanismen (zoals die betrekking hebben op de therapeutische relatie) kunnen worden aangemerkt als een specifieke factor die *statistisch onafhankelijk* van de bijdrage van de interventie in engere zin een bijdrage leveren aan het therapeutisch resultaat. Dit betekent echter niet dat die factoren daarmee ook in de werkelijkheid *zelfstandig* werken. Statistische onafhankelijkheid betreft de uitspraak van een statisticus. De realist beseft dat het in de werkelijkheid gaat

---

<sup>1</sup> De behoefte aan meer werkzame medicijnen met minder bijwerkingen is zeer groot. De kans dat die snel beschikbaar komen zeer klein. Recent is aan het licht gekomen dat de farmaceutische industrie veel minder zal investeren in de ontwikkeling van werkzaamere medicijnen voor mensen met een psychische stoornis (Nutt e.a., 2011). Voor het beleid van de industrie zijn diverse redenen aan te voeren die voor een deel te maken hebben met markt-strategische overwegingen en de relatief hogere kosten van trials bij complexe doelgroepen als mensen met schizofrenie of een verslaving. Belangrijker is wellicht het gebrek aan nieuwe aangrijpingspunten voor medicijnen. Op de achtergrond daarvan speelt het probleem van het gebrek aan inzicht in de determinanten en mechanismen van het ontstaan en beloop van psychische stoornissen. Hersenen vormen extreem complexe systemen waardoor dit probleem nog lang zal blijven bestaan. Gezien de lange duur van de ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel betekent dit dat het (vanaf vandaag gerekend) misschien wel 20 jaar duurt voordat weer nieuwe middelen op de markt komen, tenminste als na jaren van relatieve stilstand het beleid zich weer wijzigt.

om systemen, om het *ensemble* van factoren, waarin het ene niet zonder het andere kan om effectief te kunnen zijn.<sup>2</sup> Wanneer we die optiek weten om te zetten in praktijk, en weten te implementeren, kunnen we met staande middelen en mogelijkheden meteen al veel betere resultaten boeken.<sup>3</sup> Dit impliceert dat we de complexiteit van de werkelijkheid moeten omarmen.

De term 'factor' heeft een duidelijke functie in de statistiek, maar als aanduiding van iets in de werkelijkheid duidt er vaak op dat nog niet duidelijk is waar men het precies over heeft. Die vaagheid bevordert niet het onderzoek naar de verschijnselen die ermee worden aangeduid. Het is daarom beter een onderscheid te maken tussen determinanten (ofwel de omstandigheden) die bepalen of een systeem (cliënt, therapeutische relatie, et cetera) zich wel of niet in een bepaalde richting ontwikkelt én de mechanismen die kunnen verklaren hoe dat precies gebeurt. Mechanismen hebben betrekking op de werking van een systeem; ze geven, wanneer ze bekend zijn geworden, een verklaring waarom een empathische hulpverlener bij een cliënt specifieke hersengebieden kan activeren waardoor bijvoorbeeld (zelf)herstel wordt bevorderd.

## 2. Toelichting op deze tekst

Dit rapport heeft betrekking op geestelijke gezondheidszorg inclusief de verslavingszorg. Waar de aandacht wordt gericht op de therapeutische relatie of andere niet aan een specifieke interventie gebonden determinanten of mechanismen is dat ook niet direct een probleem. Hier komt bij dat in enkele meta-analyses die in paragraaf 2 van deel II worden besproken de uitkomsten van een breed scala aan domeinen c.q. problematieken zijn opgenomen. De uit de diverse meta-analyses voortgekomen kennis over 'common factors' heeft volgens mij betrekking op alle sectoren van de geestelijke gezondheidszorg (en daarbuiten) en is in zoverre, totdat het tegendeel is bewezen, ook direct relevant voor die verschillende sectoren. Dit betekent niet dat aanvullend onderzoek daarmee overbodig is – dat is het nooit. In zoverre levert dit rapport ook een verantwoording van nut en noodzaak van nieuwe experimenten.

De relevantie voor de verslavingszorg is hoe dan ook groot. In de eerste plaats is er een grote overlap in de kenmerken van de cliënten die in beide sectoren worden opgevangen. De aanleiding die leidt tot het contact met de hulpverlening verschilt uiteraard, maar net zoals veel cliënten in de algemene GGz veel misbruik maken van middelen of verslaafd zijn, zo geldt ook het omgekeerde: in de verslavingszorg bestaat bij cliënten veel psychiatrische comorbiditeit. Voor een deel zijn de onderscheidingen dan ook kunstmatig en door geschiedenis en beleid bepaald. Hier komt bij dat in beide sectoren vaak dezelfde werkmethoden worden toegepast. En de overeenkomst geldt helemaal waar het achterliggende theoretische noties betreft, zoals die in de cognitieve gedragstherapie tot uitdrukking komen. Die noties zijn voor beide sectoren geldig. Kortom, ook al

---

<sup>2</sup> Therapieresultaten worden niet bereikt door louter een relatie of er alleen maar 'zijn', hoe belangrijk dit ook is. Het gaat om complexe interacties tussen een veelheid van determinanten en mechanismen. Het is zeker waar dat cliënten een groot zelf herstellend vermogen hebben en dat de bijdrage van interventies wordt overschat.

<sup>3</sup> Zie ook: Van der Stel (2011).

staat het woord ‘verslaving’ of ‘verslavingszorg’ in dit rapport schaars vermeld, de bevindingen zijn volgens mij ook relevant voor deze problematiek en deze sector.

Een beperking in het onderzoek naar effectieve interventies is dat de hoeveelheid goed uitgevoerde studies ongelijk is verdeeld over typen interventies en/of disciplines. Bekend is dat er veel meer onderzoek heeft plaatsgevonden naar de effectiviteit van farmacologische interventies ten opzichte van psychotherapeutische en andere sociaalpsychologische interventies. En dat in de laatste categorie het aandeel studies naar cognitieve gedragstherapie relatief groot is.<sup>4</sup> Wat de werkzaamheden van niet-medische disciplines betreft is de aandacht voor psychotherapeuten veel groter dan die voor disciplines met een andere status, bijvoorbeeld verpleegkundigen, sociotherapeuten of vak-therapeuten (zoals psychomotorische en muziektherapeuten). Toch valt er veel voor te zeggen dat de uitkomsten van het belang van de therapeutische relatie of de afstemming van de therapeut op de kenmerken, voorkeuren of cultuur van de cliënt algemeen geldig zijn – voor alle hulpverleners in de zorg. Tot het tegendeel is bewezen, gelden volgens mij de uitspraken over het belang van de therapeutische relatie, de kwaliteit van de therapeut en het belang van afstemming op de kenmerken, voorkeuren e.d. van de cliënt voor alle hulpverleners of disciplines in de geestelijke gezondheidszorg. Psychotherapeuten, maatschappelijk werkers, sociotherapeuten, psychologen, artsen en psychiaters.

Tot slot. Waar cliënt staat mag ook patiënt worden gelezen. Deze begrippen wisselen in de tijd veelvuldig stuivertje. De term cliënt is op dit moment gangbaar in de verslavingszorg en de GGz. Het is hier ook gebruikt als in een aangehaalde tekst van patiënt(en) sprake was.

\* \* \*

In het hierna volgende deel II volgt eerst een inleidende paragraaf waarin wordt ingegaan op wat wordt verstaan onder specifieke factoren, en waarin wordt verduidelijkt waarom een ruime definitie van ‘wat werkt’ op zijn plaats is. Daarna volgt een paragraaf waarin bevindingen uit de literatuur worden besproken. Thema’s zijn: gemeenschappelijke factoren (common factors) die bij alle behandelingen een belangrijke bijdrage leveren aan het resultaat, de kwaliteit van de therapeut en de therapeutische relatie. Ook wordt ingegaan op het placebo-effect en het belang van de door de context gewekte verwachtingen.

---

<sup>4</sup> Waarmee niet wordt gesuggereerd dat dit de belangrijkste verklaring is waarom het zoveel wordt toegepast. Een recente meta-analyse gaf steun aan de praktijk dat cognitieve-gedragstherapie vaak, zeker voor mensen met een angststoornis of depressie, als voorkeursbehandeling wordt gezien (Tolin, 2010).

## II – Bevindingen uit de literatuur

### 1. Inleiding

Vanaf het ontstaan van psychiatrische inrichtingen en later voorzieningen voor verslavingszorg is er aandacht geweest voor de inrichting van gebouwen en de ligging ervan, de houding van de medewerkers, de bejegening van cliënten en de manier waarop een therapeutische relatie werd aangegaan en werd gecommuniceerd. Ook al hebben wij nu kritiek op de wijze waarop dat gebeurde – het geeft geen pas te denken dat het vroeger alleen maar fout ging en dat een humane behandeling een inventie is die pas in onze tijd is gedaan. Een menselijke bejegening was trouwens een van de weinige middelen die men vroeger ter beschikking had. Werkzame medicatie was er niet of nauwelijks, sociaalpsychologische interventies – waar nu een groot deel van de geestelijke gezondheidszorg op drijft – bestaan pas enkele decennia.

Sinds experimenteel onderzoek naar de werkzaamheid van therapeutische interventies plaatsvindt, weten we dat veel in het verleden toegepaste methoden en (farmacologische) therapieën niet werkzaam *konden* zijn, of misschien wel *averechts moesten* werken. Toch werden er ook in het verleden resultaten geboekt in de instellingen of de spreekkamers van vrijevestigde therapeuten. Dit doet vermoeden dat er sprake was van een hoge mate van zelfherstel of dat, wat we nu noemen, placebo-effecten optraden. Een adequate bejegening van cliënten, gevoegd bij een humaan en aantrekkelijk behandelklimaat én zorgzame en empathische hulpverleners, konden blijkbaar een verschil maken, waren werkzaam bij het verminderen van symptomen of een ander beoogd doel.<sup>5</sup>

#### 1.1. Aspecifieke factoren

Vanaf de komst van *bewezen effectieve* behandelmethoden, zoals psychotherapieën of medicijnen, waarmee specifieke symptomen konden worden verminderd of zelfs weggenomen, zakte de aandacht voor de ‘onspecifieke’ factoren van behandeling weg, maar dat gebeurde niet volledig. Onderzoekers stelden vast dat een groot deel van de respons op bijvoorbeeld een psychotherapie daarvan afhankelijk waren of dat zulke factoren misschien wel belangrijker waren dan de specifieke therapie in kwestie. Onderzoekers hebben ook aangetoond dat de communicatievaardigheden van hulpverleners (bijvoorbeeld artsen) een verschil kunnen maken.

Het inzicht groeide dat in een adequate arts-patiëntrelatie de patiënten zich beter hielden aan bijvoorbeeld de medicatievoorschriften (wel/niet slikken is een groot vraagstuk in de gezondheidszorg), of de mate waarin ze bereid waren adviezen op te volgen die het bereiken van therapiedoelen bevorderden. Omgekeerd bleek het verkeerd communiceren een *averechts* effect te kunnen hebben op het genezingsproces (de remissie van symptomen bleef uit). Ook empathisch handelen van de zijde van hulpverleners blijkt een relevante competentie te zijn die van invloed is op de mate waarin doelen worden bereikt

---

<sup>5</sup> Er zijn therapeuten en onderzoekers die de therapeutische relatie niet alleen zien als de context voor de toepassing van een werkzame interventie, maar ook het werken aan zo'n relatie als zodanig al opvatten als een werkzame interventie.



(empathie is een persoonlijkheidskenmerk maar empathisch handelen kan door training worden verbeterd). Verder zijn er studies verricht naar de rol van materiële omstandigheden als bijdrage aan het effect op behandeling: maakt het uit of gebouwen in bepaalde kleuren zijn gesteld en of er groenvoorzieningen in de buurt zijn?<sup>6</sup>

De laatste jaren is verder onder de vlag van *mindfulness* een nieuwe serie van behandelvormen ontwikkeld waarbinnen uitdrukkelijk – ter aanvulling van reeds bewezen effectieve strategieën (in het bijzonder cognitieve gedragstherapieën) – aan aspecten als empathie, aanwezigheid, afstemming en compassie aandacht wordt besteed (zie Hick & Bien, 2008). Deze therapieën worden volop onderzocht en maken, zoals bij de door Linehan ontwikkelde dialectische gedragstherapie voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, inmiddels deel uit van het geijkte repertoire. Opmerkelijk is dat in de *mindfulness*-beweging veel aandacht is voor de – door meditatieoefeningen te bereiken – ontwikkeling van de therapeut. Op dit vlak is nog veel onderzoek nodig maar wel staat al vast dat de in de jaren tachtig nog sceptisch als ‘geloof, hoop en liefde’ aangeduide ‘onspecifieke’ factoren inmiddels aan specificiteit hebben gewonnen.

## 1.2. Ruimere definitie van ‘wat werkt’

In het afgelopen decennium was ‘wat werkt?’, waarbij de focus lag op interventies, ongetwijfeld een *trending topic* in de hulpverleningsliteratuur. Het belangrijkste voorbeeld hiervan is de reeks (multidisciplinaire) richtlijnen die op grond van strenge selectie en evaluatie van de wetenschappelijke literatuur zijn samengesteld. Deze focus, critici zullen spreken van een fixatie, moet worden gerelativeerd. Niet dat het niet belangrijk was, en blijft, om goed te evalueren welke interventies werkzaam zijn en in de praktijk effectief kunnen worden geïmplementeerd. Veel kaf is van het schaarse koren gescheiden.

Maar inmiddels is wel vastgesteld dat het daar niet bij mag blijven. Het ging echter gepaard met een zekere eenzijdigheid: de aandacht voor de kwaliteit van de therapeutische relatie raakte uit het oog verloren, net als die voor de afstemming op de behoeften en kenmerken van de cliënt of de kenmerken van de adequate communicatie met hem of haar. Er moet ook aandacht zijn voor vragen als ‘wie werkt, en bij wie?’. Of ‘onder welke omstandigheden’ leidt een *op zich* werkzame interventie tot een positief resultaat, en wanneer niet of is het resultaat zelfs negatief. In het bijzonder is te verwachten dat de aandacht voor de kwaliteit van de therapeut, en zijn of haar bekwaamheid en/of geschiktheid voor het aangaan van een adequate therapeutische relatie, de komende jaren *emerging topics* zullen worden. Als effectief aangemerkte interventies kunnen echter niet, of zelfs averechts, werken als bijvoorbeeld degene die deze uitvoert

---

<sup>6</sup>In de literatuur wordt ook vaak gesproken over gemeenschappelijke factoren (‘common factors’) die op de behandelresultaten van diverse methoden of therapieën betrekking hebben. Het is aannemelijk – maar vaak nog zelden streng wetenschappelijk getest – dat wat geldt als relevant in de ene branche van zorg, bijvoorbeeld de huisartsengeneeskunde, ook van belang is voor een andere branche, in dit geval de verslavingszorg. Het is zinvol aan de uitkomsten van deze studies aandacht te geven. Trouwens: een beperking van de literatuur tot die over de verslavingszorg zou een mager resultaat opleveren.

niet matched met een bepaald type cliënten of type problematiek (ook al voldoet die aan de opleidingseisen) of als de therapeutische relatie niet deugt. Door meer naar het *ensemble* van factoren die van invloed zijn op een therapeutisch resultaat te kijken, kunnen – dat is de belangrijkste boodschap – waarschijnlijk met dezelfde middelen veel meer resultaten worden bereikt.

Op de achtergrond neemt het inzicht toe *hoe* hulpverleningsprocessen verlopen (zowel bij een formele interventie als na inductie van een placeborespons). Daardoor kan ook beter worden verklaard waarom in de ene constellatie hulp leidt tot gewenste resultaten en in een andere niet.

In het algemeen is te verwachten dat er meer oog komt voor het *ensemble* dat er voor zorgt dat door hulpverlening resultaten worden geboekt. Het uitlichten van slechts één facet, de effectiviteit van interventies, hoe belangrijk die ook is, zal ten gunste van een breder perspectief worden gerelativeerd. Het is daarom te verwachten dat de vereenzelviging van *evidence-based practice* met *de verzameling van richtlijnen gebaseerd op bewezen effectieve interventies* de komende jaren wordt gerelativeerd ten gunste van een definitie van *evidence-based practice* die ruimer is gedefinieerd. Daarin zal behalve aandacht voor de uitkomsten van interventiestudies ook aandacht zijn voor professionele en ervaringskennis, de therapeutische relatie, kenmerken van effectieve therapeuten en de voorkeuren en verwachtingen van cliënten én ook voor complexere thema's als cultuur, zingeving, religie en spiritualiteit.

\* \* \*

In de volgende paragraaf bespreek ik bevindingen uit de literatuur.

## **2. Meer dan een interventie**

### **2.1. Gemeenschappelijke factoren**

Een belangrijke uitkomst van het psychotherapieonderzoek in de afgelopen decennia is dat verschillende vormen van individuele en groepsgewijze psychotherapie, voor diverse persoonlijke en/of klinische problemen, werkzaam zijn en effectief kunnen worden ingezet in verschillende behandelingsituaties. Uit het vergelijkende onderzoek is echter ook naar voren gekomen dat de werkzaamheid van een therapievorm niet alleen aan de kenmerken van de therapie (zoals beschreven in een handleiding) kunnen worden toegeschreven. Wat verschillende grondleggers van de psychotherapie, bijvoorbeeld Carl Rogers en Irvin Yalom, altijd al hebben gesteld is bewaarheid: therapie is meer dan de mechanische toepassing van een handleiding. (NB: de conclusie, dat de techniek er niet zo veel toe doet, is echter onjuist – zie discussie hieronder.)

Systematische literatuurstudies leverden het bewijs dat alle werkzame therapieën bepaalde kenmerken gemeenschappelijk hebben. Deze 'common factors' leken niet gerelateerd te zijn aan één therapievorm (ook al ligt het voor de hand dat daarmee wel een verband is). En nog belangrijker: deze gemeenschappelijke kenmerken dragen voor een zeer aanzienlijk deel bij aan het succes van de therapie. En omgekeerd, bij het uitblijven van een positieve respons, ligt daar wellicht een verklaring voor het uitblijven van resultaat of erger nog: een schadelijk effect.

Als mijlpalen in de discussie gelden de meta-analyse van Smith en Glass naar de uitkomsten van psychotherapie uit 1977, de theoretische exercities van Frank uit 1991 (eerste versie overigens al uit 1961) over de gunstige werking van de therapeutische context én een meta-analyse van Wampold e.a. uit 1997. Dit review werd gevolgd door een invloedrijke overzichtsstudie van Wampold uit 2001 waarin hij inging op de diverse thema's in het debat over psychotherapie. Dat debat was ooit op scherp gezet door Eysenck in 1952. Die had de knuppel in het hoenderhok door de boude bewering dat psychotherapie, zoals die op dat moment bestond, gewoon niet werkte. Voor gedragstherapie maakte hij overigens een uitzondering.

In de studie van Wampold (2001) stond een taartdiagram met de uitkomsten van de variantieanalyse van de specifieke en aspecifieke effecten van psychotherapie. Maximaal 8 % werd daarin toegeschreven aan specifieke, aan de therapie gebonden, effecten; 70% aan algemene effecten (de overige 22 % bleef onverklaard, maar was in ieder geval niet specifiek). Grenavage en Norcross (1990) hadden eerder een lijst opgesteld van zestien gemeenschappelijke factoren; de belangrijkste ervan waren:

1. Processen van verandering.
2. Kwaliteiten van de therapeut.
3. Aspecten van de relatie.
4. Strukturelementen van de therapie.
5. Kenmerken van de cliënt.

Ondanks deze vaststellingen, die voor diverse direct bij de hulpverlening betrokkenen heel aannemelijk overkwamen, heeft dit er (tot nu toe) niet toe geleid dat kennis over gemeenschappelijke of de specifiek aan de methode gekoppelde determinanten en mechanismen een gelijkwaardige plaats hebben in richtlijnen of protocollen. Hoe zou dat komen? Een paar vermoedens:

Het kan zo zijn dat het belang ervan als zó vanzelfsprekend wordt opgevat dat de expliciete vermelding ervan als overbodig wordt ervaren. Maar het is ook mogelijk dat, al dan niet in aanvulling op het vorige vermoeden, dat deze factoren als statisch en/of niet beïnvloedbaar worden opgevat. Heeft het dan wel zin om er specifieke aandacht aan te besteden? Het is echter niet erg waarschijnlijk dat het om niet-beïnvloedbare grootheden gaat. De hiervoor opgesomde gemeenschappelijke factoren kunnen wel degelijk (in de loop van het proces) variëren – én door de behandelaar worden beïnvloed. De 'factoren' zijn tenslotte voor een groot deel aanduidingen van processen en geen vaststaande kenmerken of toestanden.

Het kan ook zo zijn dat achter deze quasi desinteresse het idee schuilt dat het hier gaat om betrekkelijk 'vage' en/of zeer moeilijk in onderzoek te operationaliseren en te testen variabelen. Dat het onderzoek moeilijk is, staat buiten kijf. Maar het therapie-onderzoek heeft zeker niet stilgezeten waardoor kennis over gemeenschappelijke factoren, in het bijzonder over de betekenis van de therapeutische relatie, de kwaliteiten van de therapeut en de karakteristieken van de cliënten steeds beter hard gemaakt kan worden. Anders gezegd: de kwaliteit van de evidentie over de werkzaamheid en effectiviteit van interventies

wordt door therapieonderzoekers niet meer gezien als van een 'hogere orde' dan die naar over de – steeds minder als de 'aspecifieke' factoren aangeduide – mechanismen die er sterk toe bijdragen dat specifieke methoden en technieken klinische resultaten laten zien. En sinds we weten dat de gemeenschappelijke determinanten en mechanismen net zo variabel zijn als de elementen van een methode of therapeutische techniek, en zo sterk van invloed zijn op het uiteindelijke resultaat, is er alles aan gelegen om deze eenzijdigheid recht te zetten.

### **Fysieke omgeving**

Een thema dat in de discussie over gemeenschappelijke factoren zelden een rol speelt maar wel aandacht verdient is de fysieke omgeving: de inrichting van een therapeutische setting, de gebouwen zelf en de voorzieningen daar omheen. De *indruk* is dat deze factoren ertoe doen, maar toch gebiedt de eerlijkheid dat harde bewijzen hiervoor er nog niet of nauwelijks zijn (zie bijvoorbeeld Karlin & Zeiss, 2006, Dijkstra e.a., 2006, Tanja-Dijkstra & Pieterse, 2010). Natuurlijke elementen, in het bijzonder planten, lijken een stressreducerende werking te hebben in instellingen voor gezondheidszorg (Dijkstra e.a., 2008).

## **2.2. Kwaliteit van de therapeut**

Naast aandacht voor 'wat werkt', waarmee vooral interventies worden bedoeld, ontstaat langzamerhand meer aandacht voor 'wie werkt', wie voert die interventies uit en 'hoe' doet hij of zij dat, en 'bij wie', en in hoeverre is het resultaat van zijn of haar kwaliteiten afhankelijk. Het belang hiervan is aanzienlijk. Men kan zo redeneren dat de kwaliteit is geborgd door de steeds strengere eisen waaraan opleidingen moeten voldoen, verplichte nascholing en dergelijke. Toch blijkt uit onderzoek dat 'op zich' bekwame therapeuten, in instellingen of settings die meer dan voldoende zich houden aan de geldende eisen, niet bij voorbaat ook gunstige behandelresultaten voortbrengen. Althans, niet bij alle cliënten.

In het algemeen worden uitspraken over de effectiviteit van interventies gedaan in termen van een gemiddelde effectgrootte, ervan uitgaande dat de uitvoering in vergelijkbare condities plaatsvindt als waarin een test heeft plaatsgevonden. De dagelijkse praktijk is vaak minder optimaal dan in een experimentele context. Daarom spreken we over *werkzaamheid* (een uitspraak over het mechanisme dat de verandering bewerkstelligt) en we vergelijken die met de *effectiviteit* van de interventie in de normale zorgpraktijk. Op dezelfde manier zouden we kunnen denken over therapeuten: ze zijn werkzaam wanneer ze hun vak verstaan, maar of ze effectief zijn kan afhangen van de context. In theorie kan een goede therapeut zelfs een averechts effect bereiken (cliënt is er na afloop slechter aan toe dan bij aanvang van een behandeling) en in de praktijk blijkt dat ook het geval te zijn.

Interessant in dit kader is een onderzoek van Kraus e.a. (2011) naar de effectiviteit van therapeuten. Bij een goed werkende instelling voor geestelijke gezondheidszorg onderzochten ze de behandeluitkomsten van bijna 7.000 cliënten waarbij bijna 700 therapeuten bij betrokken waren. De onderzoekers bekeken per therapeut het behandelresultaat en signaleerden een aanzienlijk aantal therapeuten die *schadelijk* waren voor een aantal van cliënten gezien

negatieve behandelresultaten (gekenmerkt door o.a. suicidaliteit, gewelddadig, psychotisch of depressief). Dit maakt ons alert op een algemeen fenomeen dat ook in richtlijnen en protocollen nog onvoldoende expliciet wordt gemaakt: de potentiële schade van therapie en de noodzaak van periodieke monitoring. Maar verrassend was ook dat de effectiviteit en/of de schadelijkheid van de therapeut veeleer gerelateerd was aan het domein of de specifieke stoornis waar de therapeut bij betrokken was dan aan een algemeen therapeutisch tekort bij de betrokkene (al was deze klaarblijkelijk niet in staat om het eigen handelen voldoende op waarde te kunnen schatten).

Het onderzoek van Kraus e.a. liet zien dat er fikse verschillen zijn in het therapeutisch vermogen van hulpverleners. Opmerkelijk was overigens ook dat er niet één therapeut werd gevonden die altijd effectief was. Een goede match tussen therapeut en het domein van de problematiek of de stoornis (nog afgezien van eventuele andere factoren die bij matching een rol spelen) is dus voor iedereen geboden. Het verdient dus, mede vanuit ethische overwegingen, aanbeveling bij de vermelding van gemiddelde effectgroottes niet alleen uitdrukkelijk te vermelden hoe uiteenlopend de resultaten kunnen zijn, maar vooral ook duidelijk te maken hoe groot de kans is dat een averechts effect kan optreden.

Dit onderzoek, dat replicatie vereist, bij voorkeur ook in Nederland, wijst niet alleen op het belang van routinematige evaluatie van de uitkomsten (klinisch, procesmatig – het liefst na elke sessie en gekoppeld aan directe feedback) opdat eerder een negatief beloop van de therapie kan worden gesignaleerd, maar ook dat de competenties van de therapeut om zichzelf een spiegel voor te houden moeten worden verhoogd. Voor bijvoorbeeld de verslavingszorg kan het zo zijn dat er al jarenlang therapeuten werken die ‘eigenlijk’ niet voor deze problematiek geschikt zijn en beter in een andere setting, met andere cliëntengroepen, zouden moeten werken. Het is daarom zinvol dit thema te agenderen, hieromtrent een signaleringssysteem op te zetten en een protocol op te stellen hoe schade bij cliënten, mede als gevolg van therapeutisch handelen, kan worden voorkomen.

Naast opleiding, training, intervisie en supervisie is het trouwens ook belangrijk dat hulpverleners zelf een therapie gevolgd hebben (zie hierover Norcross, 2005 en Norcross e.a., 2008).

### **2.3. Kwaliteit van de therapeutische relatie**

In opdracht van de Amerikaanse organisatie van psychologen (APA) en onder leiding van Norcross is in 2010 een mega-analyse gepubliceerd (Norcross, 2010) naar een groot aantal aspecten van de therapeutische relatie én hoe therapie moet worden aangepast aan de kenmerken van de individuele cliënt. De mega-analyse omvatte meer dan 20 meta-analyses. Een beschrijving van de uitkomsten daarvan vormt het hart van dit rapport. Als uitvloeisel van dit project is een indrukwekkende reeks gedetailleerde publicaties tot stand gebracht (Norcross e.a., 2011a,b; Norcross & Wampold, 2011c).

De uitkomsten van de diverse meta-analyses zijn niet bij voorbaat van toepassing voor sociaalpsychologische vormen van hulpverlening die niet mogen worden aangemerkt als psychotherapie en/of niet door erkende

psychotherapeuten zijn uitgevoerd. Maar het is wel aannemelijk dat dit toch wel het geval is.<sup>7</sup>

Norcross en collega's hanteren de klassieke opvatting van evidence-based medicine, waarin de uitkomsten van experimenten worden geïntegreerd met klinische ervaring en de voorkeuren, kenmerken, waarden en de cultuur van cliënten. De belangrijkste uitkomst van de mega-analyse is dat de therapeutische relatie een vergelijkbare bijdrage levert aan de uitkomst van de behandeling als de behandelmethode. Daarbij is gedetailleerd inzicht verkregen in de diverse elementen die zo'n relatie effectief maken, hoe een relatie het beste kan worden toegesneden op de individuele cliënt en welke therapeutische gedragingen averechts werken.

Norcross en collega's concluderen dat de therapeutische relatie, onafhankelijk van de therapeutische interventie zelf, een substantiële en consistente bijdrage levert aan de uitkomst.<sup>8</sup> Daarom moet volgens hen in richtlijnen voor de praktijk uitdrukkelijk aandacht komen voor het gedrag van de therapeut en zijn of haar kwaliteiten tot het aangaan en in stand houden van een adequate therapeutische relatie. En, ik citeer:

"Efforts to promulgate best practices or evidence-based practices without including the relationship are seriously incomplete and potentially misleading" (Norcross & Wampold, 2011a).

In de bijlage staan de belangrijkste conclusies van de taskforce vermeld. Norcross en Lambert (2011) stellen dat de jarenlange discussie, waarin de *methode* tegenover de *relatie* werd gesteld, misleidend en onproductief was: beide zijn relevant, het ene bestaat niet zonder het andere. Meer gedetailleerde conclusies en eventuele daaruit voortvloeiende aanbevelingen zijn te vinden in afzonderlijke artikelen. Hier volgt een overzicht<sup>9</sup>.

### **Elementen van de relatie**

- In een overzichtsartikel hebben Norcross en Wampold (2011a) de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van het APA-project weergegeven. NB: dit komt goeddeels overeen met de in de bijlage opgenomen tekst). Daarin besteden ze ook aandacht aan wat *niet* werkt. Hierbij is gebruik gemaakt van een Delphi: confrontaties, focus op negatieve processen, uiten van veronderstellingen, centraal stellen van het gezichtspunt van de therapeut, rigiditeit en het *niet* op het individu toesnijden van een behandeling. Norcross e.a. (2010) hebben een vergelijkbaar Delphi-onderzoek verricht naar niet werkzame elementen van verslavingszorg.

---

<sup>7</sup> In een presentatie voor de *annual research conference* van de UKCP in Londen op 25 juni 2011 benadrukte Norcross dat we niet kunnen volstaan met RCT's.

<sup>8</sup> De uitkomsten moeten niet worden misverstaan: het effect van de relatie treedt op in *combinatie* of in *interactie* met de specifieke behandeling, de kenmerken en het gedrag van de therapeut een dat van de cliënt. De uitdrukking 'zelfstandig' heeft betrekking op de statische bevindingen.

<sup>9</sup> Een snelle blik op de belangrijkste (statistische) resultaten en toelichting op de gehanteerde begrippen is te vinden in Norcross e.a. (2010): <http://www.nrepp.samhsa.gov/Norcross.aspx>.

- Aantoonbaar effectief zijn de volgende elementen:
  - Alliantie<sup>10</sup> in individuele psychotherapie (Horvath e.a., 2011; zie ook Flückiger e.a., 2011).
  - Alliantie in jeugdpsychotherapie (Shirk e.a., 2011).
  - Alliantie in relatie- en gezinstherapie (Friedlander e.a., 2011).
  - Cohesie in groepstherapie (Burlingame e.a., 2011).
  - Tonen van empathie (Elliott e.a., 2011).
  - Het monitoren van het therapeutisch proces en geven van feedback. Zie hiervoor: Lambert & Shimokawa, 2011; Shimokawa e.a., 2010; Whipple & Lambert, 2011; Lambert, 2011.
- Waarschijnlijk effectief zijn deze elementen:
  - Het overeenstemming verkrijgen over doelen en het (actief) functioneren als een team (Tryon & Winograd, 2011).
  - Het geven van positieve aandacht (Farber & Doolin, 2011).
- Als veelbelovend maar nog onvoldoende bewezen zijn deze elementen aangeduid:
  - De relatie wordt gekenmerkt door congruentie en oprechtheid (Kolden e.a., 2011).
  - Het herstellen van een breuk (na een gespannen episode) in de therapeutische alliantie (Safran & Muran, 2011).
  - Het managen van tegenoverdracht (Hayes e.a., 2011).

### **Elementen van de adaptatie aan de cliënt.**

- In een overzichtsartikel hebben Norcross & Wampold (2011b) de belangrijkste uitkomsten en aanbevelingen besproken over wat werkt waar het gaat om de opgave om de therapie zo goed mogelijk toe te snijden op de persoon (zie ook de bijlage).
- Aantoonbaar effectief zijn de volgende elementen:
  - Het rekening houden met het niveau van weerstand en reactantie<sup>11</sup> (Beutler e.a., 2011b).
  - Het afstemmen op de voorkeuren van cliënten (Swift e.a., 2011).
  - Het rekening houden met de culturele achtergrond van cliënten (Smith e.a., 2011; zie ook Bernal & Sáez-Santiago, 2006).

---

<sup>10</sup> Met het woord *alliantie* wordt bedoeld op een emergente kwaliteit van een partnerschap en wederzijdse samenwerking tussen therapeut en cliënt. Het fundament hiervan wordt gevormd door een emotionele verbintenis.

<sup>11</sup> *Reactantie* heeft betrekking op een emotionele reactie als gevolg van de perceptie van regels of toestanden (bijvoorbeeld het gedrag van meerderen) dat de individuele vrijheid en/of de handelingsvrijheid wordt bedreigd.

- Het aandacht geven aan de religieuze achtergrond of spirituele betrokkenheid van cliënten (Worthington e.a., 2011).
- Waarschijnlijk effectief zijn deze elementen:
  - Het rekening houden met de stadia van veranderen (Norcross e.a., 2011).
  - Het afstemmen op de specifieke coping-stijl van cliënten (Beutler e.a., 2011a).
- Als veelbelovend maar nog onvoldoende bewezen zijn deze elementen aangeduid:
  - Het rekening houden met de verwachtingen van de cliënt (Constantino e.a., 2010). Zie over de rol van verwachtingen bij gezondheid ook (Colloca & Miller, 2011b) en over het herstel van cliënten (Mondloch e.a., 2001).
  - Het geven van aandacht aan de stijl van attachment (Levy e.a., 2011).

### Interpretatie

De bevindingen over de adaptatie impliceren dat een therapie *altijd* specifiek geënt moet zijn op de kenmerken van specifieke cliëntengroepen c.q. specifieke individuen. Het komt er wat de relatie betreft op aan dat, *rekening houdend met de wetenschappelijk onderzochte algemene principes* (waarvoor Norcross en collega's belangrijk materiaal hebben aangeleverd), de therapeut altijd adaptief te werk gaat. Voor iedereen is een bijzondere benadering op zijn plaats, en in zoverre heeft elke cliënt een eigen therapie nodig. Voor standaardoplossingen is in hun visie geen ruimte meer.

### 2.4. Van placebo naar context

Een thema dat ogenschijnlijk een vreemde eend in de bijt van dit rapport is, betreft het placebo en het – minder onschuldige – nocebo. Het placebo dateert, als onderdeel van de geneeskunde uit de 18<sup>e</sup> eeuw. Het speelt in de gezondheidszorg, al dan niet bewust als zodanig toegepast, nog steeds een belangrijke rol.

In de tweede helft van de 20<sup>e</sup> eeuw kreeg het een belangrijke rol toebedeeld in het klinisch onderzoek.<sup>12</sup> Oorspronkelijk (en vaak ook nu nog) werden effecten in de placebogroep, vergeleken met die in de experimentele groep, volledig toegeschreven aan de werking van het placebo. Veranderingen als gevolg van het natuurlijk beloop van een aandoening werden genegeerd.

Glasser & Frishman (2008) noemen vier verklaringen waarom de klinische toestand van een cliënt kan verbeteren: (1) het natuurlijk beloop van een aandoening, (2) specifieke behandel-effecten, (3) regressie naar het gemiddelde én (4) specifieke effecten (althans andere effecten dan geïnduceerd door de specifieke behandeling). Het placebo scharen zij onder de laatste categorie. Kennis van de (omvang en werking van) de eerste drie typen effecten is dus

---

<sup>12</sup> Zie voor een historisch overzicht van het placebo: de Craen e.a. (1999).



belangrijk om het placebo op waarde te kunnen schatten. En in beginsel kan de toestand van cliënten dus ook los van een placebo (en zonder een specifieke interventie) erop vooruit gaan.

Een placebo omvat een breed palet. Het varieert van een inerte stof tot en met een gefingeerde handeling. Ook gefingeerde operaties blijken een placebo-effect te hebben.<sup>13</sup> Toen er nog geen aannemelijke verklaring voor de werking van het placebo voorhanden was, werd het *symbolische* karakter van het placebo gebruikt als surrogaatverklaring. Dit schiep ruimte voor de gedachte dat ook handelingen, gewekte verwachtingen<sup>14</sup> of louter observaties (Hawthorne-effect) een placebo-effect zouden kunnen bewerkstelligen. En daarmee zijn we direct aanbeland bij de dagelijkse praktijk van de (geestelijke) gezondheidszorg.

Het placebo ontleent zijn naam aan het Latijnse woord voor behagen. Het als krachtig opgevatte placebo-effect kreeg begin jaren zestig van de 20<sup>e</sup> eeuw een tegenhanger: het nocebo. Onderzoekers kwamen er echter achter dat een inerte stof, opgewekte verwachtingen of op een bepaalde wijze aangeboden informatie, behalve een gunstige ook een aantoonbaar schadelijke werking kon hebben. Om medisch-ethische redenen is over het nocebo-effect veel minder bekend dan over het placebo-effect. Het gaat hier echter om een niet te onderschatten probleem (Mitsikostas e.a., 2011), en het is niet onaannemelijk (nader onderzoek moet hier uitsluitend over geven) dat averechtse therapeutische effecten in bijvoorbeeld psychotherapie hiermee te maken hebben. Ook de wijze waarop bijwerkingen van medicatie wordt gepresenteerd kan zodanig averechts werken dat reële medische klachten ontstaan (Colloca & Miller, 2011c).<sup>15</sup>

Er bestaat inmiddels een uitgebreide literatuur waarin gezocht wordt naar verklaringen voor de placebowerking. Er zijn psychologische, cultureel-antropologische, en in toenemende mate ook neurobiologische en/of neurologische verklaringen (Raz e.a., 2008; Thompson e.a., 2009; Meissner, 2011; Colloca & Miller, 2011a; Flaten e.a., 2011). Goede overzichten van de diverse methodologische benaderingen die worden gehanteerd bij het verklarend onderzoek, en de resultaten daarvan, zijn samengesteld door Finniss e.a. (2010) en Meissner e.a. (2011a,b)

Linde e.a. (2011) benadrukken het belang van een verschuiving van de aandacht van (de werking van) het placebo naar dat van de verwachtingen die worden gewekt door de algehele therapeutische context. Daarin worden immers klinisch

---

<sup>13</sup> Iedereen heeft zelf ervaren hoe 'helend' bij een kind een kusje op een bezeerd lichaamsdeel werkt.

<sup>14</sup> Dat verwachtingen krachtige gedragseffecten kunnen bewerkstelligen is uit het onderzoek naar de werking van alcohol en drugs al lang bekend. Met bijvoorbeeld alcohol zijn talloze proeven gedaan waaruit bleek dat de suggestie van het drinken van een alcoholhoudende drank (of die werkelijk alcohol bevatte werd gemaskeerd door jus d'orange) al voldoende was voor het uitlokken van voor de proefpersonen typische, aan het gebruik gerelateerde, responsen (bijvoorbeeld agressief of 'losser' worden). Zie voor de rol van verwachtingen bij cocaïnegebruikers de al wat oudere studie van Volkow e.a. (2003).

<sup>15</sup> Door de omgeving geïnduceerd negatief ziektegedrag is wellicht wel het meest plastisch geïllustreerd door de golf van hysterische gedragingen rond 1900.

gunstige resultaten geboekt, of juist afwezig blijven.<sup>16</sup> Zulk onderzoek heeft ook een belangrijk ethisch voordeel. Het welbewust aanbieden van een onwerkzame stof, of het verrichten van een medisch op zichzelf beschouwd nutteloze maar wel ‘symbolische’ handeling, is in de moderne samenleving steeds minder gepast. Talloze wetten over de rechten van cliënten op transparantie, *informed consent* en deelname aan de besluitvorming over de behandelstrategie, verhinderen terecht steeds meer het ‘misleiden’ van cliënten. Omdat echter allang bekend is dat het bij een placebo om de determinanten en mechanismen gaat, en dat die niet gebonden hoeven te zijn aan ‘misleiding’, zijn er veel opties open om na te denken over het bereiken van ‘aspecifieke’ effecten die oorspronkelijk geassocieerd werden met een placebo. Mora e.a. (2011) pleiten voor de ontwikkeling van interventies die erop gericht zijn de positieve verwachtingen van een gunstige uitkomst van een behandeling te optimaliseren, en eveneens de invloed van negatieve effecten te minimaliseren.

\* \* \*

In het laatste deel volgen enkele beschouwingen van meer theoretische aard.

---

<sup>16</sup> De gecombineerde werking vanuit de sociaalpsychologische context, gecombineerd met farmacologische, fysiologische of psychologische interventies, bepaalt het totale behandelresultaat. Het positieve resultaat van de medische verstrekking van heroïne aan verslaafden die al jarenlang zonder succes waren behandeld is – vermoedelijk – voor een belangrijk deel (hoe groot is onbekend) ook gerelateerd aan de zorgvuldige wijze waarop de verstrekking werd opgezet en uitgevoerd. Zeker als we die vergelijken met de context waarin – in de periode dat het experiment van start ging – de reguliere verstrekking van methadon plaatsvond. Zie ook Van der Stel (2010).

### III. Beschouwingen en discussie

Ik sluit dit rapport af met enkele beschouwingen van meer theoretische aard. Ik ga in op de volgende drie vragen:

1. Waarom is een systeembenadering relevant?
2. Waarom moeten we de verschillende onderdelen behandelen als een ensemble?
3. Wat zijn de redenen om ook aandacht te geven aan negatieve effecten van therapie?

Vervolgens, bij wijze van bijsluiter, worden nog wat theoretische noties genoemd die kunnen worden gelezen als een verantwoording.

#### 1. Therapie als systeem

Een therapeutische relatie is zeer complex. Bij de benadering ervan is een systeembenadering op zijn plaats. Daarbij kunnen de volgende uitgangspunten worden gehanteerd:

- Alles is een systeem of daarvan een onderdeel. Niets bestaat op zichzelf of houdt geen verband met iets anders.
- Concrete systemen hebben vier kenmerken: (1) een verzameling onderdelen (meestal zelf weer deelbare subsystemen), (2) een structuur: interne en externe relaties tussen onderdelen, (3) een omgeving en (4) mechanismen: de processen die ervoor zorgen dat het systeem werkt en zich ontwikkelt.

Belangrijk is dat systemen tenminste twee niveaus hebben: het niveau van de onderdelen en dat van het systeem zelf. Wanneer op systeemniveau eigenschappen optreden die bij de onderdelen ontbreken spreken we van emergentie.

Mensen zijn systemen en ook een hulpverleningsrelatie kunnen we benaderen als een systeem met tenminste twee subsystemen (cliënt en hulpverlener) die met elkaar op verschillende niveaus (biopsychosociaal) verbindingen aangaan en op elkaar inwerken. Hierdoor treden veranderingen in de eigenschappen van het systeem in zijn geheel (de hulpverleningsrelatie) respectievelijk bij de subsystemen. Pas als we voldoende kennis hebben over de mechanismen waardoor deze veranderingen optreden kunnen we de werking van een hulpverleningsrelatie, en de therapeutische effecten (of het uitblijven daarvan) bij de cliënt verklaren. Er is sprake van een *ontwikkeling* in de therapeutische relatie en/of bij de deelnemers als - door een specifieke afstemming op elkaar of beïnvloeding van elkaar, of anderszins - er nieuwe eigenschappen ontstaan op systeemniveau respectievelijk de deelnemers.

Een systeembenadering impliceert niet het omarmen van een 'holistische' visie waarin alles met alles samenhangt, en waarin specifieke kennis over onderdelen of subsystemen of specifieke relaties of specifieke processen er niet toe doet. In de wetenschap is epistemologische reductie van het geheel of van een hoger niveau tot een onderdeel of een lager niveau altijd riskant: de kenmerken van de onderdelen op een hoger niveau en van de processen die zich daarop voordoen,

zijn slechts voor een deel te verklaren uit de kennis die we daarover op een lager niveau kunnen verzamelen. Bij een omgekeerde werkwijze (van onderdeel naar geheel, of van laag naar hoog) geldt een vergelijkbaar risico. Epistemologische reductie gaat dus altijd gepaard met kennisverlies, aan de andere kant kunnen we niet zonder. En ook bij onderzoek op hetzelfde niveau van de werkelijkheid zijn onderzoekers genoodzaakt hun aandacht te richten op onderdelen of specifieke processen. Dit gebeurt in een relatief isolement van andere onderdelen of processen; vaak wordt daarbij ook de omgeving of context als statisch of inert geaccepteerd. We weten bijvoorbeeld dat het tonen van empathie in een therapeutische relatie belangrijk kan zijn voor de cliënt. Om daarover meer te weten moeten we uit de diverse determinanten en mechanismen die bij empathie een rol spelen een kleine selectie maken wil het onderzoek haalbaar zijn en de uitkomsten praktisch nuttig. Het blijft daarentegen wel een reductie, zodat op later tijdstip toch ook andere verbindingen moeten worden onderzocht opdat empathie niet wordt gepercipieerd als een op zichzelf staand verschijnsel blijft.

Epistemologische reductie is dus, ondanks de beperkingen die het aankleeft, een noodzakelijk en onvermijdelijk onderdeel van wetenschappelijk onderzoek. Maar dat geldt ook voor de tegenhanger ervan: de integratie en de synthese: het bijeenbrengen van kennis over onderdelen en/of deelterreinen, en het integreren van kennis die op diverse systeemniveaus is verkregen. NB: het is dan ook verheugend dat in de mega-analyse naar de facetten van de therapeutische relatie die hiervoor is besproken een grote stap vooruit is gezet om de diverse onderdelen in samenhang met elkaar te behandelen. Dit gebeurde in de wetenschap dat in de werkelijkheid zaken vaak slechts kunstmatig van elkaar kunnen worden onderscheiden. Daardoor was het onontkoombaar dat de meta-analyses die deel uitmaakten van deze mega-analyse elkaar gedeeltelijk overlappen.

### **De werkelijkheid is 'gecomponeerd' voor een ensemble**

De voorgaande beschouwing vormt de context voor de discussie over goed hulpverlenerschap en nut en noodzaak van een werkzame en effectieve therapeutische relatie. Hierin gaat het namelijk bij uitstek om aandacht voor alle relevante onderdelen of aspecten van het hulpverlenerschap, op de diverse niveaus, goed op elkaar afgestemd zonder bij voorbaat en zeker niet voortdurend het ene aspect voorrang te verlenen boven het andere. Zoals het een goed ensemble betaamt: het is voor de luisteraar weliswaar de toon die de muziek bepaalt, maar zonder de afzonderlijke instrumenten, hun bespelers, én een juiste afstemming op elkaar, raakt zo'n toon zelden het hart.

## **2. Het ensemble als boodschap**

De metafoer van het ensemble hangt samen met de hypothese (die ook betrekking heeft op therapie of hulpverlening) dat elk proces zijn werking mede ontleent aan de context of nog beter gezegd het systeem of het ensemble waarin het voorkomt of optreedt. Het ensemble van determinanten en mechanismen die een systeem kenmerkt, bepaalt de grootte en de richting van het effect. Dit voorspelt dat een interventie in de ene context niets doet, in een andere een aanzienlijk effect heeft, en in weer een andere averechts kan werken. Het voorspelt ook dat een 'onwerkzame' interventie (er is althans [nog] geen

mechanisme bekend of aannemelijk dat een bepaalde interventie kan koppelen aan een bepaalde uitkomst in een systeem) toch wordt gevolgd door het beoogde en/of gewenste resultaat (het placebo-effect). Het omgekeerde kan ook: dat een onwerkzame interventie resulteert in een ongunstige respons (het nocebo-effect). Deze verschijnselen hebben er mee te maken dat in de context geschapen verwachtingen of andere processen die niet tot het geijkte of bewuste repertoire van interventies behoren wel degelijk van invloed kunnen zijn op de toestand van een cliënt. Aldus heeft een therapeutische relatie bedoelde én onbedoelde, positieve én negatieve, effecten. Hetzelfde geldt voor de houding of het gedrag van de therapeut, de wijze waarop op de behoeften of ontwikkelingsfase van een cliënt wordt afgestemd.

En nogmaals: het omgekeerde kan ook. Met een op zich werkzame interventie (waarbij de werkzaamheid niet alleen is gebleken in een experiment, maar er ook een goede verklaring voorhanden is *waarom* die interventie werkt) wordt zelden gegarandeerd het doel bereikt. Het heeft er mee te maken dat de 'specifieke factoren' vermoedelijke of klaarblijkelijk zodanig slecht aansluiten op de toestand, verwachtingen, ontwikkelingsfase enzovoorts van de cliënt, dat de werking toch niet plaatsvindt, teniet wordt gedaan en/of de cliënt de interventie bewust of onbewust tegengaat. Bewust tegengaan blijkt uit het niet innemen van de medicijnen of het niet meewerken aan therapeutische taken. Van onbewuste tegenwerkingen weten we nog niet zoveel, maar experimenten hebben aangetoond dat bijvoorbeeld de communicatiestijl van artsen van invloed is op de effectiviteit van ingenomen medicatie.

Zo beschouwd bestaan er geen factoren die 'op zich' of 'uit zichzelf' effectief, ineffectief of averechts werken. *Het ensemble is de boodschap*. Het ensemble maakt het onderscheid. Dus alleen het ensemble is echt specifiek. We moeten ons er daarom goed van bewust blijven dat de bevindingen van RCT's en meta-analyses uitspraken betreffen over gemiddelden. Per definitie impliceren die bevindingen dat het evenaren van gunstige uitkomsten van een RCT of meta-analyse bij een individuele cliënt niet is gegarandeerd.

### **3. Positieve en negatieve effecten**

We kennen de taartdiagrammen waarin staat vermeld wat het aandeel van de specifieke therapie is in het totale therapeutisch resultaat ten opzichte van de zogenaamde gemeenschappelijke factoren, zoals de therapeutische relatie of de afstemming op de behoeften en kenmerken van de cliënt, et cetera. Daaruit mag niet de conclusie worden getrokken dat *louter* door een therapeutische relatie of een andere factor die blijkens de statistische analyse een fors aandeel heeft, al een bepaalde mate van een positief effect kan worden bereikt. Zo is het niet.

De diagrammen zijn statistische presentaties van de uitkomsten van – hopen we – goed uitgevoerd wetenschappelijk evaluatieonderzoek. Maar het zijn overzichten van metingen bij *groepen* mensen (per individu zijn er vaak flinke verschillen) en presenteren in zoverre slechts gemiddelden. Bovendien kunnen we een factor wel betrekkelijk los van andere onderzoeken, in de werkelijkheid staat die nooit op zichzelf omdat het deel uitmaakt van een ensemble. En kenmerkend voor een ensemble is nu eenmaal dat de onderdelen niet los van elkaar optreden. Anders gezegd: een sterke factor (therapeutische relatie,

werkzame interventie of kwalitatief goede hulpverlener) is nooit een voldoende garantie voor een positief resultaat.

Als we naar die taartdiagrammen kijken lijkt het bovendien alsof er altijd, alleen maar, een positief effect is. Dat is in de praktijk zelden het geval. Verder geldt dat de maximale effectgrootte in een goed gecontroleerd experiment zelden in de praktijk wordt bereikt. In sommige sectoren, of bij bepaalde aandoeeningen, mogen we al blij zijn als er bij bepaalde groepen cliënten *een* resultaat wordt geboekt. En daar komt bij dat de verdeling tussen de parten bij matige of zeer effectieve interventies dezelfde vorm kan aannemen.

Het verdient bovendien aanbeveling om complementair aan zo'n diagram over de werkzame factoren ook een diagram kunnen maken van de factoren die, bij een subgroep van de totale onderzoekspopulatie, ertoe hebben bijgedragen dat de therapie mislukte. In dat geval zouden dezelfde categorieën voor de parten kunnen worden gebruikt, zij het dat deze dan in die complementaire diagram duidelijk maken in welke mate de specifieke therapie, de therapeutische relatie of een andere factor er bij deze subgroep er juist toe hebben bijgedragen dat er géén effect optrad, of dat de cliënt er zelfs op achteruit is gegaan.

Als de uitkomsten van bepaalde interventies een gemiddelde effectgrootte  $X$  hebben, en deze wordt bij replicatie bevestigd, kan dit – gegeven de specifieke condities waarin het resultaat is bereikt – als een vaststaand gegeven worden aanvaard. Maar als die condities veranderen, wat in de praktijk veelal het geval is, kan een forse variëteit optreden in het patroon van effecten. Ervan uitgaande dat in de interventie zelf geen variatie mogelijk is (vaak is dat wel zo, zoals bij dosis of duur, of de ordening van structurelementen van een psychotherapie) dan zijn er nog veel andere 'factoren' in het geding waarbij variaties mogelijk zijn. En, daar gaat het hier om, van invloed zijn op de grootte van het effect én de richting daarvan. Dát is wellicht wel de belangrijkste boodschap die *achter* die taartdiagrammen schuilt.

#### **4. Bijsluiter ter verantwoording**

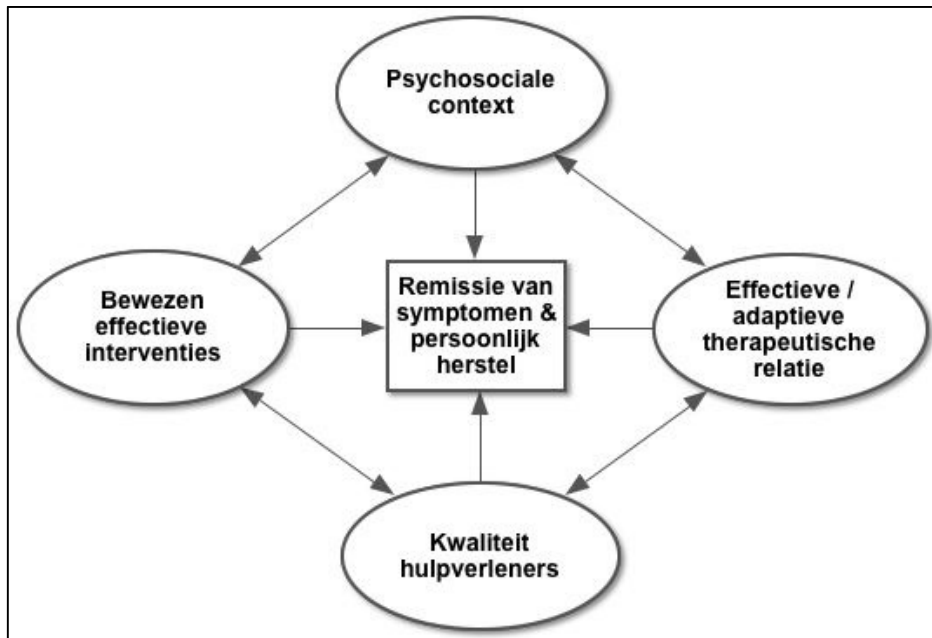
Een eerste concept van deze tekst heb ik voorgelegd aan een paar collega's. Naar aanleiding van hun reacties heb ik bij de afronding de volgende 'bijsluiter' geschreven.

- **COMPLEXITEIT** | Ik heb mij geconcentreerd op de therapeutische relatie en de rol van de therapeut daarin. Toch is het aantal aspecten dat alleen daarbij al aan de orde komt groot. Hopelijk maakt deze tekst duidelijk dat hulpverlening ingewikkeld is, anders gezegd: complexiteit kenmerkt het werk van hulpverleners.

Onderzoekers hebben goede redenen (én methoden) om slechts een facet van de werkelijkheid onder de loep te nemen en in zoverre de eenvoud bewust op te zoeken. Hulpverleners kunnen zich dat zelden veroorloven, en zeker niet voor langere tijd. Voor hen is de werkelijkheid een kluwen van (moeilijk systematisch te controleren) variabelen, heeft het weinig zin de ogen daarvoor te sluiten én lijkt het soms het beste om de complexiteit te omarmen in plaats van te reduceren. Enkele redenen, die stuk voor stuk nog nadere bewijsvoering verlangen, zijn: het voorkomt onnodige

verstoringen van de relatie, het bevordert het behandelresultaat en het voorkomt onnodige stress bij de hulpverlener.<sup>17</sup>

In de onderstaande figuur staat verbeeld waarop ik in dit rapport de nadruk heb gelegd. Hoe breed ook, het is een selectie van een veel ruimere verzameling van relevante aspecten of dimensies.



De erkenning van complexiteit en de verwevenheid van diverse processen hoeft niet te betekenen dat het werk daardoor nodeloos ingewikkeld wordt. Het is de kunst de inherente complexiteit van hulpverlening te omarmen en deze te verbinden met het streven naar eenvoud.

- DYNAMIEK | Een inherent nadeel van veel klinisch onderzoek is dat de uitkomsten van metingen zelden allemaal, heel precies, zijn gerelateerd aan de factor tijd. Voor onderzoek dat zich richt op correlaties (en veel studies waaraan hieronder wordt gerefereerd hebben daarop betrekking!) is dat geen probleem. Maar de wetenschap gaat pas echt vooruit wanneer *mechanismen* worden achterhaald (Van der Stel, 2009). Daarmee kunnen we verklaren waarom iets werkt, beter voorspellen dat het onder andere omstandigheden (determinanten) wel *of* niet werkt én

---

<sup>17</sup> Complexiteit heeft alles van doen met epistemologische onzekerheid die zich echter in de praktijk ook kan vertalen in een mentale onzekerheid bij hulpverleners. In een onderzoek onder artsen in de eerste lijn hebben Evans en Trotter (2009) aangetoond dat het werken vanuit een complexere biopsychosociale benadering ten opzichte van een biomedische benadering (waarin gewerkt wordt volgens een duidelijk vastgelegd stappenplan dat erop is gericht om de complexiteit te 'reduceren') beslist voordelen biedt. Het is goed voor de geestelijke gezondheid van hulpverleners. En dat komt, aldus deze auteurs, doordat de biopsychosociale benadering beter dan de biomedische benadering aansluit op de (complexere) werkelijkheid. Met andere woorden: deze studie gaf aan dat het 'omarmen' van de complexiteit niet méér, wat men zou verwachten, maar juist mínder stress met zich meebracht.

is er meer inzicht in hoe bijvoorbeeld een interventie het beste kan worden aangepast om een hoger resultaat te bereiken én meer mensen van de interventie te laten profiteren. Kennis van mechanismen is heel efficiënt maar het verkrijgen daarvan is zeer moeilijk en tijdrovend.

Nu het belang van de therapeutische relatie in correlatief onderzoek goed is aangetoond (zie deel II) is er ook behoefte aan op mechanismen gerichte studies. Deze moeten expliciet de dynamiek, fasen, opeenvolgende stadia in het vizier nemen, en nagaan hoe en waardoor processen wel of niet specifieke uitkomst hebben: *hoe* werkt het precies; *hoe* verlopen ontwikkelingsprocessen? Ook al gaat veel recent uitgevoerd onderzoek over therapieprocessen, door de focus op het vinden van correlaties is de uitkomst van het onderzoek in veel opzichten nog een 'statisch' verhaal. Zie ook het kritische artikel hierover van Kazdin (2009) en waarin hij enkele concrete voorstellen doet voor de wijze waarop mechanismen kunnen worden onderzocht.

- **BEHANDELKLIMAAT EN CONTEXT** | Dit rapport is niet expliciet gericht op het behandelklimaat. Wel is een uitkomst dat de context (meer generieke term) er zeer toe doet. Wat die context behelst is hier nog niet uitgewerkt. Dit rapport is dus gefocust op de therapeutische relatie (en daarin de rol van de therapeut), overigens ook te zien als een context of microklimaat.

Steun voor het idee dat de context er toe doet is te vinden in een recente meta-analyse van Ng e.a. (2012). Deze auteurs stelden vast dat het bewerkstelligen van gedragsverandering in de gezondheidszorg effectiever en duurzamer resultaten laat zien als patiënten *autonoom* worden gemotiveerd. Ze maakten hierbij gebruik van de door Deci en Ryan (2000) ontwikkelde zelfdeterminatietheorie. Dit is een theorie over motivatie die uitgaat van drie basisbehoeften: autonomie, competentie en verbondenheid. Allerlei extrinsieke strategieën om bij anderen gedrag te beïnvloeden kunnen, aldus de theorie, de intrinsieke motivatie verdringen. Het bevorderen van de bevrediging van de drie basisbehoeften, waarin de behoefte aan autonomie centraal staat, maakt de weg vrij voor de ontwikkeling en toepassing van autonome vormen van zelfregulatie. De verwachting is dat dit, voor zover de aandacht zich richt op de gezondheidszorg, leidt tot een verbetering van de geestelijke en lichamelijke gezondheid en een gezondere leefstijl, waaronder niet roken en matig gebruik van alcohol (zie Ryan e.a., 2008). De zelfdeterminatietheorie sluit goed aan op de praktijk van het motivationeel interviewen.

- **AFSTEMMING OP CLIËNTEN** | Een belangrijke boodschap van de in deel II (zie ook bijlage I) besproken mega-analyse van de APA (psychologen) is dat goede hulpverleners zichzelf, en hun therapeutisch handelen, altijd moeten afstemmen op de cliënt (adaptieve relatie, zie ook bovenstaande figuur).<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Elders in dit rapport staat overigens vermeld dat niet alle hulpverleners zonder meer geschikt zijn voor elke problematiek.



Belangrijke aspecten daarvan zijn vanzelfsprekend (a) de concrete problematiek, aandoening, klacht of vraag van de cliënt én (b) de fase waarin de problematiek zich bevindt respectievelijk het stadium van veranderen van de cliënt.<sup>19</sup>

Wat het laatste betreft: veel behandelrichtlijnen zijn vaak nog vrij impliciet over de concrete relaties tussen interventies en specifieke stadia waarin de cliënt zich bevindt op het traject naar remissie en herstel. Elders in de geneeskunde (i.h.b. de oncologie) is *stagering* (gekoppeld aan *profilering* van de ziekte en/of de cliënt) als onderdeel van het diagnostisch en prognostisch proces, en het op basis daarvan stellen van een indicatie voor behandelen, gangbaar. In de psychiatrie, inclusief de verslavingszorg, is men nog niet zover, al zijn daartoe wel aanzetten gedaan en speelt fasegericht werken wel een belangrijke rol in de professionele en op ervaring gebaseerde kennis van hulpverleners.

- VERANDERING VAN HULPVERLENERS | Ik ben niet ingegaan op de vraag hoe hulpverleners gemotiveerd kunnen worden om met de kennis over specifieke factoren rekening te houden en daardoor de effectiviteit van hun werk te verbeteren. De enige uitzondering hierop is dat ik de bewezen effectieve methode benadruk om frequent te monitoren en feedback te geven. NB: In dit verband ligt het voor de hand te stellen dat daarmee met de implementatie van ROM-systemen in de GGz in Nederland al ruimschoots wordt voldaan, en dat het in zoverre een achterhaald advies is. Ik betwijfel of dat echt het geval is. Voor zeer frequente monitoring zijn heel efficiënte werkwijzen nodig en wordt bij voorkeur slechts één korte vragenlijst toegepast. En een vereiste is ook 'lik op stuk' in de vorm van directe terugkoppeling bij het slot van een sessie.

---

<sup>19</sup> Zie als illustratie de aardige studie van Emmerling en Whelton (2009) over de interactie tussen stadia van veranderen en de werkaliantie in psychotherapie.

## IV - Conclusies

### 1. Doelstellingen

In de moderne zorg staat één ding centraal: resultaten boeken. We moeten ervoor zorgen dat we met de schaarse middelen die ons ter beschikking staan zoveel mogelijk mensen, zo goed mogelijk, kunnen worden geholpen bij:

1. Het verminderen van de last die ze ervaren van hun ziekte of psychische stoornis.
2. Hun persoonlijk herstel, opdat de ziekte minder hun leven beheerst en ze meer autonomie ervaren in het invullen van hun leven.

Wat kan er naast het uitvoeren van bewezen effectieve interventies worden gedaan om het overall resultaat te vergroten? In dit rapport ligt het accent op de bijdrage van de specifieke factoren: datgene wat niet specifiek is voor een bepaalde interventie maar is gerelateerd aan de context van het handelen en de kenmerken en het gedrag van therapeuten.

### 2. Boodschappen

1. **Het is vruchtbaar om een therapeutische relatie te benaderen als een systeem en ons te realiseren dat alles een context heeft: zonder context geen effect; de context is net zo specifiek als de interventie.**
  - De uitkomst van een therapie is het emergente resultaat van een complex samenstel (ensemble) van determinanten en mechanismen, niet een optelling van positieve en negatieve factoren.
  - Niets is 'op zich' effectief. Alles heeft een connectie met iets anders dat mede de effectgrootte en de richting van het effect bepaalt.
  - Besteed behalve aan de implementatie van protocollen en richtlijnen over interventies ook aandacht aan de voorwaarden waaronder, of de context waarin, deze effectief kunnen worden toegepast.
  - Een overzicht van effectieve interventies of ingrediënten moet daarom worden aangevuld met overzichten van de omstandigheden (context, kenmerken therapeut, profiel van cliënten, et cetera) waarbinnen effecten worden bereikt en wanneer niet.
  - In de presentatie van bewezen effectieve interventies in handleidingen, richtlijnen of protocollen moet daarom altijd aandacht gegeven worden aan kennis over de therapeutische relatie.
2. **Non-response en contraproductieve respons komen vaker voor dan gedacht. Een 'op zich' goede therapeut en/of een 'op zich' effectieve interventie kunnen onder omstandigheden averechts werken.**

- Reguliere monitoring en feedback leveren een bewezen effectieve bijdrage aan een positief resultaat.
- Verricht daarom ook onderzoek naar de factoren waardoor cliënten niet vooruit gaan of zelfs achteruit.
- Voer een systeem in voor periodieke monitoring en feedback opdat regulier – idealiter na elke sessie – wordt nagegaan of cliënten achteruit gaan tijdens (of na) behandeling en hoe het proces verloopt.

**3. Een therapie moet geënt zijn op de kenmerken van specifieke cliëntengroepen c.q. specifieke individuen.**

- De therapeut moet altijd adaptief te werk gaan.
- Voor iedereen is een bijzondere benadering op zijn plaats, en in zoverre heeft elke cliënt een eigen therapie nodig.
- Voor standaardoplossingen is geen ruimte meer.

# Literatuur

## 1. In de tekst aangehaald

- Bernal, G. & Sáez-Santiago, E. (2006). Culturally centered psychosocial interventions. *J. Community Psychol*, 34, 121-132.
- Beutler, L.E., Harwood, T.M., Kimpara, S., Verdirame, D. & Blau, K. (2011). Coping style. *J Clin Psychol*, 67, 176-83. (a)
- Beutler, L.E., Harwood, T.M., Michelson, A., Song, X. & Holman, J. (2011). Resistance/reactance level. *J Clin Psychol*, 67, 133-42. (b)
- Bosker, J., Jonge, E. De & Menger, A. (red.) (2011). *Het vakmanschap van de reclasseringswerker. Een congres voor en met reclasseringswerkers. Verslag en reflecties*. Utrecht: Hogeschool Utrecht, Lectoraat Werken in Justitieel Kader.
- Burlingame, G.M., McClendon, D.T. & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 34-42.
- Colloca, L. & Miller, F.G. (2011). Harnessing the placebo effect: the need for translational research. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 366, 1922-30. (a)
- Colloca, L. & Miller, F.G. (2011). Role of expectations in health. *Curr Opin Psychiatry*, 24, 149-55. (b)
- Colloca, L. & Miller, F.G. (2011). The nocebo effect and its relevance for clinical practice. *Psychosom Med*, 73, 598-603. (c)
- Constantino, M.J., Arnkoff, D.B., Glass, C.R., Ametrano, R.M. & Smith, J.Z. (2011). Expectations. *J Clin Psychol*, 67, 84-92.
- de Craen, A.J., Kaptchuk, T.J., Tijssen, J.G. & Kleijnen, J. (1999). Placebos and placebo effects in medicine: historical overview. *J R Soc Med*, 92, 511-5.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Dijkstra, K., Pieterse, M. & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *J Adv Nurs*, 56, 166-81.
- Dijkstra, K., Pieterse, M.E. & Pruyn, A. (2008). Stress-reducing effects of indoor plants in the built healthcare environment: the mediating role of perceived attractiveness. *Prev Med*, 47, 279-83.
- Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C. & Greenberg, L.S. (2011). Empathy. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 43-9.
- Emmerling, M.E. & Whelton, W.J. (2009). Stages of change and the working alliance in psychotherapy. *Psychother Res*, 19, 687-98.
- Evans, L. & Trotter, D.R. (2009). Epistemology and uncertainty in primary care: an exploratory study. *Fam Med*, 41, 319-26.
- Eysenck, H.J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital. University of London. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

- Farber, B.A. & Doolin, E.M. (2011). Positive regard. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 58-64.
- Finniss, D.G., Kaptchuk, T.J., Miller, F. & Benedetti, F. (2010). Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet*, 375, 686-95.
- Flaten, M.A., Aslaksen, P.M., Lyby, P.S. & Bjørkedal, E. (2011). The relation of emotions to placebo responses. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 366, 1818-27.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D. & Horvath, A.O. (2011). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *J Couns Psychol*, 59, 10-17.
- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1993). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press (3rd edition).
- Friedlander, M.L., Escudero, V., Heatherington, L. & Diamond, G.M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 25-33.
- Glasser, S.P. & Frishman, W. (2008). The placebo and nocebo effect. Chapter 7. In SP Glasser (ed.) *Essentials of Clinical Research*, pp. 111-140. Z.p.: Springer.
- Grencavagc, L.M. & Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Prof Psychol Res Pr*, 21, 372-8. 29.
- Hayes, J.A., Gelso, C.J. & Hummel, A.M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 88-97.
- Hick, SF & Bien, T. (eds). *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: The Guilford press.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 9-16.
- Karlin, B.E. & Zeiss, R.A. (2006). Best practices: environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. *Psychiatr Serv*, 57, 1376-8.
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res*, 19, 418-28.
- Kolden, G.G., Klein, M.H., Wang, C.C. & Austin, S.B. (2011). Congruence/genuineness. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 65-71.
- Kraus, D.R., Castonguay, L., Boswell, J.F., Nordberg, S.S. & Hayes, J.A. (2011). Therapist effectiveness: implications for accountability and patient care. *Psychother Res*, 21, 267-76.
- Lambert, M.J. (2011). Solving problems with randomized clinical trials is not enough to improve psychotherapy outcome: comments on Krause. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 229-30.
- Lambert, M.J. & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 72-9.
- Levy, K.N., Ellison, W.D., Scott, L.N. & Bernecker, S.L. (2011). Attachment style. *J Clin Psychol*, 67, 193-203.

- Linde, K., Fässler, M. & Meissner, K. (2011). Placebo interventions, placebo effects and clinical practice. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 366, 1905-12.
- Meissner, K. (2011). The placebo effect and the autonomic nervous system: evidence for an intimate relationship. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 366, 1808-17.
- Meissner, K., Bingel, U., Colloca, L., Wager, T.D., Watson, A. & Flaten, M.A. The placebo effect: advances from different methodological approaches. *J Neurosci*. 2011, 31, 16117-16124. (a)
- Meissner, K., Kohls, N. & Colloca, L. (2011). Introduction to placebo effects in medicine: mechanisms and clinical implications. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 366, 1783-9. (b)
- Mitsikostas, D.D., Mantonakis, L.I. & Chalarakis, N.G. (2011). Nocebo is the enemy, not placebo. A meta-analysis of reported side effects after placebo treatment in headaches. *Cephalalgia*, 31, 550-61.
- Mondloch, M.V., Cole, D.C. & Frank, J.W. (2001). Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *CMAJ*, 165, 174-9.
- Mora, M.S., Nestoriuc, Y. & Rief, W. (2011). Lessons learned from placebo groups in antidepressant trials. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 366, 1879-88.
- Ng, J.Y. Y., Nikos, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E.L., Ryan, R.M., Duda, J.L. & Williams, G.C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: a meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 325-340.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (eds.). (2011). Adapting psychotherapy to the individual patient. *Journal of Clinical Psychology*, 67. (a)
- Norcross, J.C. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: educating and developing psychologists. *Am Psychol*, 60, 840-50.
- Norcross, J.C. (ed.). (2010). Evidence-based therapy relationships. Module on SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices: [www.nrepp.samhsa.gov/Norcross.aspx](http://www.nrepp.samhsa.gov/Norcross.aspx).
- Norcross, J.C. (ed.). (2011). Evidence-based therapy relationships. *Psychotherapy*, 48. (a).
- Norcross, J.C. (ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press. (b) □ □
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 4-8.
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 98-102. (a)
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *J Clin Psychol*, 67, 127-32. (b)
- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (eds.). (2011). Adapting psychotherapy to the individual patient. *Journal of Clinical Psychology*, 67. (c)

- Norcross, J.C., Bike, D.H., Evans, K.L. & Schatz, D.M. (2008). Psychotherapists who abstain from personal therapy: do they practice what they preach? *J Clin Psychol*, 64, 368-76.
- Norcross, J.C., Koocher, G.P., Fala, N.C. & Wexler, H.K. (2010). What does not work? Expert consensus on discredited treatments in the addictions. *J Addict Med*, 4, 174-80.
- Norcross, J.C., Krebs, P.M. & Prochaska, J.O. (2011). Stages of change. *J Clin Psychol*, 67, 143-54.
- Nutt, D. & Goodwin, G. (2011). ECNP Summit on the future of CNS drug research in Europe 2011: report prepared for ECNP by David Nutt and Guy Goodwin. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21, 495-499.
- Raz, A., Raikhel, E. & Anbar, R.D. (2008). Placebos in medicine: knowledge, beliefs, and patterns of use. *Mcgill J Med*, 11, 206-11.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.
- Safran, J.D., Muran, J.C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chic)*, 48:80-7.
- Shimokawa, K., Lambert, M.J. & Smart, D.W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *J Consult Clin Psychol*, 78, 298-311.
- Shirk, S.R., Karver, M.S. & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 17-24.
- Smith, T.B., Rodríguez, M.D. & Bernal, G. (2011). Culture. *J Clin Psychol*, 67, 166-75.
- Stel, J. van der (2009). *Psychopathologie. Grondslagen, determinanten, mechanismen*. Amsterdam: Boom.
- Stel, J. van der (2010). *Heroïne op medisch voorschrift. De geschiedenis van een geneesmiddel in Nederland*. Utrecht: CCBH.
- Stel, J. van der (2011). *Resultaten boeken in een complexe wereld* (lectorale rede). Amsterdam: SWP.
- Swift, J.K., Callahan, J.L. & Vollmer, B.M. (2011). Preferences. *J Clin Psychol*, 67, 155-65.
- Tanja-Dijkstra, K. & Pieterse, M.E. (2010). Psychologically mediated effects of the physical healthcare environment on work-related outcomes of healthcare personnel. *Cochrane Database Syst Rev*, CD006210.
- Thompson, J.J., Ritenbaugh, C. & Nichter, M. (2009). Reconsidering the placebo response from a broad anthropological perspective. *Cult Med Psychiatry*, 33, 112-52.
- Tolin, D.F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 30, 710-20.

Tryon, G.S. & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 50-7.

Volkow, N.D., Wang, G.J., Ma, Y., Fowler, J.S., Zhu, W., Maynard, L., Telang, F., Vaska, P., Ding, Y.S., Wong, C. & Swanson, J.M. (2003). Expectation enhances the regional brain metabolic and the reinforcing effects of stimulants in cocaine abusers. *J Neurosci*, 23, 11461-8.

Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.

Wampold, Bruce E. (2001). *The great psychotherapy debate*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Whipple, J.L. & Lambert, M.J. (2011). Outcome measures for practice. *Annu Rev Clin Psychol*, 7, 87-111.

Worthington, E.L. Jr, Hook, J.N., Davis, D.E. & McDaniel, M.A. (2011). Religion and spirituality. *J Clin Psychol*, 67, 204-14.

## **2. Overige geraadpleegde literatuur**

Blissmer, B., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Redding, C.A., Rossi, J.S., Greene, G.W., Paiva, A. & Robbins, M. (2010). Common factors predicting long-term changes in multiple health behaviors. *J Health Psychol*, 15, 205-14.

Blow, A.J., Sprenkle, D.H. & Davis, S.D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *J Marital Fam Ther*, 33, 298-317.

Finset, A. & Mjaaland, T.A. (2009). The medical consultation viewed as a value chain: a neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns*, 74, 323-30.

Kazdin, A.E. (2011). Evidence-based treatment research: Advances, limitations, and next steps. *Am Psychol*, 66, 685-98.

Lejonqvist, G.B., Eriksson, K. & Meretoja, R. (2011). Evidence of clinical competence. *Scand J Caring Sci*, Nov 8. [Epub ahead of print].

Miciak, M., Gross, D.P. & Joyce, A. (2011). A review of the psychotherapeutic 'common factors' model and its application in physical therapy: the need to consider general effects in physical therapy practice. *Scand J Caring Sci*, Sep 14 [Epub ahead of print].

Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.). (2005). *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Scherbaum, N. & Specka, M. (2008). Factors influencing the course of opiate addiction. *Int J Methods Psychiatr Res*, 17, S39-44.

Specka, M., Buchholz, A., Kuhlmann, T., Rist, F. & Scherbaum, N. (2011). Prediction of the outcome of inpatient opiate detoxification treatment: results from a multicenter study. *Eur Addict Res*, 17, 178-84.



Tilsen, J. & Nylund, D. (2008). Psychotherapy research, the recovery movement and practice-based evidence in psychiatric rehabilitation. *J Soc Work Disabil Rehabil*, 7, 340-54.

Triano, J.J. (2008). What constitutes evidence for best practice? *J Manipulative Physiol Ther*, 31, 637-43.

Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M.J., Schechter, M. & Maltzberger, JT. (2011). Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 13, 60-8.

# Bijlage I. ‘Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships’

Conclusions and Recommendations of the Interdivisional (APA Divisions 12 & 29)

Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships

John C. Norcross, Ph.D., Chair

January 2, 2011

## Conclusions of the Task Force

- The therapy relationship makes substantial and consistent contributions to psychotherapy outcome independent of the specific type of treatment.
- The therapy relationship accounts for why clients improve (or fail to improve) at least as much as the particular treatment method.
- Practice and treatment guidelines should explicitly address therapist behaviors and qualities that promote a facilitative therapy relationship.
- Efforts to promulgate best practices or evidence-based practices (EBPs) without including the relationship are seriously incomplete and potentially misleading.
- Adapting or tailoring the therapy relationship to specific patient characteristics (in addition to diagnosis) enhances the effectiveness of treatment.
- The therapy relationship acts in concert with treatment methods, patient characteristics, and practitioner qualities in determining effectiveness; a comprehensive understanding of effective (and ineffective) psychotherapy will consider all of these determinants and their optimal combinations.
- The following list summarizes the Task Force conclusions regarding the evidentiary strength of (a) elements of the therapy relationship primarily provided by the psychotherapist and (b) methods of adapting psychotherapy to particular patient characteristics.

	<b>Elements of the Relationship</b>	<b>Methods of Adapting</b>
<b>Demonstrably Effective</b>	Alliance in Individual Psychotherapy Alliance in Youth Psychotherapy Alliance in Family Therapy Cohesion in Group Therapy	Reactance/Resistance Level Preferences Culture Religion and Spirituality

	Empathy Collecting Client Feedback	
<b>Probably Effective</b>	Goal Consensus Collaboration Positive Regard	Stages of Change Coping Style
<b>Promising but Insufficient Research to Judge</b>	Congruence/Genuineness Repairing Alliance Ruptures Managing Countertransference Expectations Attachment Style	

- The preceding conclusions do not by themselves constitute a set of practice standards, but represent current scientific knowledge to be understood and applied in the context of all the clinical evidence available in each case.

### **Recommendations of the Task Force**

#### General Recommendations:

1. We recommend that the results and conclusions of this second Task Force be widely disseminated in order to enhance awareness and use of what “works” in the therapy relationship.
2. Readers are encouraged to interpret these findings in the context of the acknowledged limitations of the Task Force’s work.
3. We recommend that future Task Forces be established periodically to review these findings, include new elements of the relationship, incorporate the results of non-English language publications (where practical), and update these conclusions.

#### Practice Recommendations:

1. Practitioners are encouraged to make the creation and cultivation of a therapy relationship, characterized by the elements found to be demonstrably and probably effective, a primary aim in the treatment of patients.
2. Practitioners are encouraged to adapt or tailor psychotherapy to those specific patient characteristics in ways found to be demonstrably and probably effective.
3. Practitioners are encouraged to routinely monitor patients’ responses to the therapy relationship and ongoing treatment. Such monitoring leads to increased opportunities to reestablish collaboration, improve the

relationship, modify technical strategies, and avoid premature termination.

4. Concurrent use of evidence-based therapy relationships and evidence-based treatments adapted to the patient is likely to generate the best outcomes.

#### Training Recommendations:

1. Training and continuing education programs are encouraged to provide competency-based training in the demonstrably and probably effective elements of the therapy relationship.
2. Training and continuing education programs are encouraged to provide competency-based training in adapting psychotherapy to the individual patient in ways that demonstrably and probably enhance treatment success.
3. Accreditation and certification bodies for mental health training programs should develop criteria for assessing the adequacy of training in evidence-based therapy relationships.

#### Research Recommendations:

1. Researchers are encouraged to progress beyond correlational designs that associate the frequency of relationship behaviors with patient outcomes to methodologies capable of examining the complex associations among patient qualities, clinician behaviors, and treatment outcome. Of particular importance is disentangling the patient contributions and the therapist contributions to relationship elements and ultimately outcome.
2. Researchers are encouraged to examine the specific mediators and moderators of the links between the relationship elements and treatment outcome.
3. Researchers are encouraged to address the observational perspective (i.e., therapist, patient, or external rater) in future studies and reviews of “what works” in the therapy relationship. Agreement among observational perspectives provides a solid sense of established fact; divergence among perspectives holds important implications for practice.

#### Policy Recommendations:

1. APA’s Division of Psychotherapy, Division of Clinical Psychology, and other practice divisions are encouraged to educate its members in the benefits of evidence-based therapy relationships.
2. Mental health organizations as a whole are encouraged to educate their members about the improved outcomes associated with using evidence-based therapy relationships, as they frequently now do about evidence-based treatments.
3. We recommend that the American Psychological Association and other mental health organizations advocate for the research-substantiated benefits of a nurturing and responsive human relationship in psychotherapy.

4. Finally, administrators of mental health services are encouraged to attend to the relational features of those services. Attempts to improve the quality of care should account for treatment relationships and adaptations.

Products of the Task Force

Norcross, J. C. (Ed.). (2010). Evidence-based therapy relationships. Module on SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices: NREPP/SAMHSA Website

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). Evidence-based therapy relationships. *Psychotherapy*, 48 (1).

## Bijlage II. Conclusies en aanbevelingen vertaald in tien statements

Hieronder staan tien statements die de belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit dit rapport samenvatten. De meeste zijn gebaseerd op de APA-studie. De statements zijn niet toegespitst op de verslavingszorg maar daarvoor wel relevant. Het verdient aanbeveling dat de implicaties van de diverse uitspraken voor de Nederlandse verslavingszorg worden geëxpliciteerd.

De statements overlappen elkaar gedeeltelijk. Dit is bijna onvermijdelijk bij een onderwerp waarvan de diverse onderdelen zeer hecht met elkaar samenhangen.

### 1. FOCUS OP DE CONTEXT | **Het is vruchtbaar om een therapeutische relatie te benaderen als een systeem en ons te realiseren dat alles een context heeft: zonder context geen effect; de context is net zo specifiek als de interventie.**

Toelichting:

- De uitkomst van een therapie is het emergente resultaat van een complex samenstel (ensemble) van determinanten en mechanismen, niet een optelling van positieve en negatieve factoren.
- Niets is 'op zich' effectief. Alles heeft een connectie met iets anders dat mede de effectgrootte en de richting van het effect bepaalt.
- Besteed behalve aan de implementatie van protocollen en richtlijnen over interventies ook aandacht aan de voorwaarden waaronder, of de context waarin, deze effectief kunnen worden toegepast.
- Een overzicht van effectieve interventies of ingrediënten moet daarom worden aangevuld met overzichten van de omstandigheden (context, kenmerken therapeut, profiel van cliënten, et cetera) waarbinnen effecten worden bereikt en wanneer niet.
- In de presentatie van bewezen effectieve interventies in handleidingen, richtlijnen of protocollen moet daarom altijd aandacht gegeven worden aan kennis over de therapeutische relatie.

*Wat houdt dit in voor de Nederlandse verslavingszorg?*

### 2. FOCUS OP NON-RESPONSE | **Non-response en contraproductieve respons komen vaker voor dan gedacht. Een 'op zich' goede therapeut en/of een 'op zich' effectieve interventie kunnen onder omstandigheden averechts werken.**

Toelichting:

- Reguliere monitoring en feedback leveren een bewezen effectieve bijdrage aan een positief resultaat.
- Verricht daarom ook onderzoek naar de factoren waardoor cliënten niet vooruit gaan of zelfs achteruit.
- Voer een systeem in voor periodieke monitoring en feedback opdat regulier – idealiter na elke sessie – wordt nagegaan of cliënten achteruit gaan tijdens (of na) behandeling en hoe het proces verloopt.

*Wat houdt dit in voor de Nederlandse verslavingszorg?*

3. **FOCUS OP DE RELATIE | De therapeutische relatie draagt aanzienlijk bij aan het uiteindelijke resultaat van de behandeling, ongeacht de specifieke therapie.**

Toelichting:

- Onderzoek geeft aan dat de therapeutische relatie net zoveel bijdraagt aan het resultaat als de specifieke therapie.
- In richtlijnen en handleiding moet het handelen van de praktijkwerker besproken worden alsook wat een werkzame therapeutische relatie bevordert.
- Het niet benoemen van de relatie in (evidence-based) richtlijnen is onvolledig en mogelijk misleidend.
- Het, in aanvulling op de diagnose, aanpassen van de therapeutische relatie aan de specifieke kenmerken van de cliënt bevordert de effectiviteit van de behandeling.
- De therapeutische relatie, behandelmethoden, cliëntkenmerken en de kwalificaties van de praktijkwerker vormen één geheel. Om (in)effectiviteit van behandeling te kunnen begrijpen moeten al deze determinanten (en de diverse combinaties daarvan) in ogenschouw worden genomen.

*Wat houdt dit in voor de Nederlandse verslavingszorg?*

4. **WEES SPECIFIEK OVER DE KENMERKEN VAN DE RELATIE | Een therapeut moet kennis hebben van de elementen van een werkzame relatie (en wat daarin averechts werkt).**

Toelichting:

Aspecten van een werkzame relatie die (goed) zijn onderzocht:

- Alliantie in individuele therapie.<sup>20</sup>
- Alliantie in jeugdtherapie.
- Alliantie in relatie- en gezinstherapie.
- Cohesie in groepstherapie.
- Tonen van empathie.
- Het monitoren van het therapeutisch proces en geven van feedback.
- Het overeenstemming verkrijgen over doelen en het (actief) functioneren als een team.
- Het geven van positieve aandacht.

---

<sup>20</sup> Met het woord *alliantie* wordt bedoeld op een emergente kwaliteit van een partnerschap en wederzijdse samenwerking tussen therapeut en cliënt. Het fundament hiervan wordt gevormd door een emotionele verbintenis.

- De relatie wordt gekenmerkt door congruentie en oprechtheid.
- Het herstellen van een breuk (na een gespannen episode) in de therapeutische alliantie.
- Het managen van tegenoverdracht.

Wat *niet* werkt:

- Confronteren.
- Focussen op negatieve processen.
- Uiten van veronderstellingen.
- Centraal stellen van het gezichtspunt van de therapeut.
- Rigiditeit en het niet op het individu toesnijden van een behandeling.

*Wat houdt dit in voor de Nederlandse verslavingszorg?*

5. **ADAPTEER AAN DE KENMERKEN VAN CLIËNTEN OF CLIËNTEN | Een therapie moet geënt zijn op de kenmerken van specifieke cliëntengroepen respectievelijk kenmerken van individuele cliënten.**

Toelichting:

- De therapeut moet altijd adaptief te werk gaan.
- Voor iedereen is een bijzondere benadering op zijn plaats, en in zoverre heeft elke cliënt een eigen behandeling nodig.
- Voor standaardoplossingen is geen ruimte meer.

Adaptatiemethoden zijn:

- Het rekening houden met het niveau van weerstand en reactantie.<sup>21</sup>
- Het afstemmen op de voorkeuren van cliënten.
- Het rekening houden met de culturele achtergrond van cliënten.
- Het aandacht geven aan de religieuze achtergrond of spirituele betrokkenheid van cliënten.
- Het rekening houden met de stadia van veranderen.
- Het afstemmen op de specifieke coping-stijl van cliënten.
- Het rekening houden met de verwachtingen van de cliënt.
- Het geven van aandacht aan de stijl van attachment.

*Wat houdt dit in voor de Nederlandse verslavingszorg?*

6. **VERSPREID KENNIS | De kennis over de werkzaamheid van de therapeutische relatie en de adaptatie aan de kenmerken van de cliënt moet onder praktijkwerkers worden verspreid.**

---

<sup>21</sup> *Reactantie* heeft betrekking op een emotionele reactie als gevolg van de perceptie van regels of toestanden (bijvoorbeeld het gedrag van meerderen) dat de individuele vrijheid en/of de handelingsvrijheid wordt bedreigd.



Toelichting:

- Verspreiding van (evidence-based) kennis over therapeutische relatie en adaptatie aan de cliënt verhoogt het bewustzijn over wat in een therapeutische relatie wel of niet werkt.
- Een en ander laat onverlet dat de kennis nog hiaten en tekortkomingen vertoont.
- Daarom is een periodieke update van de kennis over de (elementen van de) therapeutische relatie noodzakelijk.

*Wat houdt dit in voor de Nederlandse verslavingszorg?*

**7. STIMULEER PRAKTIJKWERKERS | Het is nodig dat praktijkwerkers worden gestimuleerd om kennis over de therapeutische relatie en adaptatie aan de karakteristieken van de cliënt toe te passen.**

Toelichting:

- Praktijkwerkers kunnen worden gestimuleerd om *werk* te maken van de therapeutische relatie omdat dit een aantoonbare en effectieve bijdrage levert aan het behandelresultaat.
- Hetzelfde geldt voor het belang om hun behandeling zo goed mogelijk aan te passen aan de kenmerken van de cliënt.
- Praktijkwerkers moeten ook worden gestimuleerd om regelmatig de respons van de cliënt gedurende de behandeling te monitoren. Het maakt het beter mogelijk om de samenwerking met de cliënt zo nodig te herzien, de relatie te verbeteren, de technieken aan te passen en voortijdig afbreken van de behandeling te voorkomen.
- De belangrijkste boodschap is hier dat het gelijktijdig toepassen van evidence-based kennis over therapeutische relaties én die over behandelstrategieën waarschijnlijk de beste uitkomsten genereert.

*Wat houdt dit in voor de Nederlandse verslavingszorg?*

**8. TRAIN PRAKTIJKWERKERS | Het is nodig dat praktijkwerkers via opleiding, intervisie, supervisie of nascholing competent zijn en/of worden in het toepassen van kennis over therapeutische relaties en de adaptatie aan de kenmerken van de cliënt.**

Toelichting:

- Om de competenties op peil te houden is adequate educatie en het op peil houden van de arbeidskwalificatie op het vlak van de therapeutische relatie en de adaptatie aan de cliënt noodzakelijk.
- Instanties die zich bezig houden met accreditatie en certificatie in de GGz moeten criteria ontwikkelen om te kunnen toetsen of opleidingen op dit terrein beantwoorden aan de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek.

*Wat houdt dit in voor de Nederlandse verslavingszorg?*

9. **VERRICHT ONDERZOEK | De complexe samenhang van de diverse determinanten die van invloed zijn op het behandelresultaat moet worden onderzocht.**

Toelichting:

- Onderzoekers moeten worden gestimuleerd om in hun onderzoeksdesigns aandacht te geven aan de complexe samenhang van therapeutische interventie, therapeutische relatie, de arbeidskwalificatie van de praktijkwerker en de adaptatie aan de kenmerken van de cliënt enerzijds, en het behandelresultaat anderzijds. Vooral het ontwarren van de bijdrage van de kenmerken van de therapeut respectievelijk die van de cliënt aan de relatie, en daarmee aan het resultaat van de behandeling, moet in ogenschouw worden genomen.
- Onderzoekers kunnen verder worden gestimuleerd om de specifieke moderatoren (beïnvloedingen van de sterkte of de richting van een samenhang) en mediators (schakels in de causale ketens) van de correlaties tussen een therapeutische relatie en het behandelresultaat te achterhalen.
- Tot slot kunnen onderzoekers worden gestimuleerd om duidelijk het observationele perspectief (van respectievelijk praktijkwerker, cliënt en onderzoeker) te expliciteren. Een overeenkomst in dit opzicht geeft de bevindingen een stevig fundament, terwijl gebrek aan overeenkomst belangrijke implicaties heeft voor de praktijk.

*Wat houdt dit in voor de Nederlandse verslavingszorg?*

10. **ONTWIKKEL BELEID | Het is noodzakelijk dat de diverse evidence-based bevindingen worden omgezet in op verbetering gericht beleid.**

Toelichting:

- Landelijke instanties moeten worden gestimuleerd om hun leden en/of doelgroepen voor te lichten over het belang van evidence-based therapeutische relaties.
- GGz-instellingen moeten hun medewerkers voorlichten over de betere behandelresultaten door de toepassing van evidence-based kennis over de therapeutische relatie. Dit moet even vaak gebeuren als nu aandacht wordt gegeven aan evidence-based behandelstrategieën.
- De landelijke organisaties en GGz-instellingen moeten een pleidooi voeren voor de bewezen voordelen van op groei en responsiviteit gebaseerde therapeutische relaties.
- Bestuurders in de GGz moeten worden gestimuleerd om te letten op de kwaliteit van de therapeutische relaties in hun werkorganisaties. Bij inspanningen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren moet ook aandacht zijn voor de behandelrelatie en de adaptatie aan de cliënt.

*Wat houdt dit in voor de Nederlandse verslavingszorg?*