

Van mislukking naar succes in de psychotherapie

onder redactie van
Paul Emmelkamp en Kees Hoogduin

Uitgeverij Boom | Amsterdam

© 2013 P.M.G. Emmelkamp en C.A.L. Hoogduin, p/a Uitgeverij Boom, Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m van de Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

Verzorging omslag: Eelko van Iersel
Beeld omslag: Hendrik Nicolaas Werkman, *De Messiaansche verwachting*,
Collectie Joods Historisch Museum.
Verzorging binnenwerk: Nico Buitendijk

ISBN 978 94 6105 015 1
NUR 777

www.boompsychologie.nl

Voorwoord

Iedere therapeut kent mislukkingen, ook ervaren therapeuten. De schattingen lopen uiteen, maar over het algemeen wordt aangenomen dat bij een op de drie patiënten de behandeling niet succesvol wordt afgesloten. Ondanks het veelvuldig mislukken van psychotherapeutische behandelingen is hiervoor betrekkelijk weinig aandacht in de literatuur en rust er in de praktijk een taboe op het communiceren over behandelingen die niet goed verliepen. Met *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* beogen we in deze lacune te voorzien. De redactie heeft ervaren therapeuten, die allen expert zijn op hun vakgebied, gevraagd om hun behandeladviezen om mislukkingen in de toekomst te voorkomen zo gebruikersvriendelijk mogelijk aan te bieden.

Bij de behandeling van psychische klachten is het niet langer acceptabel om geen gebruik te maken van richtlijnen en protocollen. Ondanks de zorgvuldige toepassing daarvan blijkt in de praktijk dat nogal wat patiënten onvoldoende profiteren van de behandeling. Dit boek kan gezien worden als een richtlijn voor het voorkomen van mislukte behandelingen.

Het eerste deel bestaat uit zeven hoofdstukken waarin meer algemene vraagstukken rond het voorkomen van mislukte therapieën worden beschreven, zoals: de grote betekenis van motiveringsstrategieën voor het voorkomen van het mislukken van de behandeling of het vroegtijdig afhaken van een patiënt; terugvalpreventie, waardoor na de behandeling voorkomen wordt dat de behandeling uiteindelijk onvoldoende resultaat oplevert; het gebruik van Routine Outcome Monitoring (ROM), waarmee de therapeut en de patiënt de voortgang bewaken en op tijd de koers van de behandeling kunnen wijzigen; en de rol die de culturele achtergrond van de patiënt bij het voorkomen van een mislukte behandeling kan spelen.

In het tweede deel worden behandeladviezen besproken die gericht zijn op het voorkomen van een mislukking. Aan de orde komen stoornissen die volgens de systematiek van de DSM-5 het meest voorkomen. Aan de hand van behandelprotocollen worden – vaak stoornis-specifieke – problemen besproken die tijdens een bepaalde fase van de behandeling kunnen plaatsvinden. Bovendien worden mogelijke oplossingen aangereikt. De auteurs hebben uitvoerig gebruikgemaakt van persoonlijke ervaringen en ervaringen vanuit de supervisie om hun adviezen met gevalbesprekingen te illustreren.

Om het boek als naslagwerk te kunnen gebruiken wordt voor elke stoornis een identieke indeling en presentatiewijze gehanteerd, zodat het gemakkelijk is om per stoornis de behandelprotocollen, het relevante onderzoek naar een mislukte behandeling, casuïstiek en de behandeladviezen op te zoeken.

Wij zijn de auteurs dankbaar voor hun heldere en bruikbare adviezen. Het boek kan gezien worden als een aanvulling op het tweedelige *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*, dat eveneens is verschenen in deze reeks. We hopen met dit boek een standaardwerk af te leveren dat in principe op iedere behandelplek te vinden is, maar in ieder geval zal thuishoren bij praktiserend gz-psychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten, cognitieve gedragstherapeuten en zij die voor deze beroepen in opleiding zijn.

Paul Emmelkamp en Kees Hoogduin

Inhoud

Voorwoord	5
Deel I Algemeen	13
1 Inleiding	15
<i>Paul Emmelkamp en Kees Hoogduin</i>	
1.1 Classificatie van een mislukte psychotherapie	15
1.2 Factoren die samenhangen met het mislukken van psychotherapie.....	18
1.3 Onderzoek naar het voorkomen van mislukte behandelingen	20
1.4 Tot besluit.....	20
Literatuur.....	21
2 Patiënten motiveren tot het uitvoeren van protocollaire behandelingen	23
<i>Ger Keijsers, Caroline Vossen en Lam Keijsers</i>	
2.1 Inleiding.....	23
2.2 Opstartfase	24
2.3 De activeringsfase	29
2.4 De volhardingsfase.....	32
2.5 Patiënten met een lastige interactiestijl.....	36
2.6 'Self-care'-strategieën voor therapeuten	41
2.7 Tot besluit.....	44
Literatuur.....	45
3 Socratisch motiveren bij vastgelopen behandelingen	47
<i>Martin Appelo</i>	
3.1 Inleiding.....	47
3.2 Psychotherapie is geen natuurkunde.....	48
3.3 Wat is een vastgelopen behandeling?	49
3.4 Controleren van de non-specifieke therapiefactoren.....	50
3.5 Controleren van veranderingsbereidheid.....	54
3.6 Socratisch motiveren	58
3.7 Tot besluit.....	64
Literatuur.....	66
4 Routine Outcome Monitoring	69
<i>Edwin de Beurs en Paul Emmelkamp</i>	
4.1 Inleiding.....	69
4.2 ROM gedefinieerd.....	70
4.3 Historie.....	71
4.4 Waarom meten?.....	72
4.5 Soorten meetinstrumenten	73
4.6 Drie manieren om naar de uitkomst van de behandeling te kijken.....	77
4.7 ROM-varianten.....	80
4.8 Discussie	84
4.9 Tot besluit.....	87
Literatuur.....	88

5	Management van de behandeling	93
	<i>Marc Verbraak en Kees Hoogduin</i>	
5.1	Inleiding.....	93
5.2	Behandelplan.....	93
5.3	Metten van de voortgang.....	97
5.4	Evalueren van de voortgang.....	99
5.5	Strategiewijzigingen.....	106
5.6	Tot besluit.....	108
	Literatuur.....	109
6	Behandeling van etnische minderheden	113
	<i>Samrad Ghane, Julie Visser en Joop de Jong</i>	
6.1	Inleiding.....	113
6.2	Basisbegrippen uit de culturele psychiatrie en psychotherapie.....	114
6.3	Etnische minderheden en de ggz.....	116
6.4	Effectiviteit van psychotherapie bij etnische minderheden.....	118
6.5	Casuïstiek.....	122
6.6	Behandeladviezen: ontwikkeling van culturele competenties.....	123
6.7	Tot besluit.....	130
	Literatuur.....	132
7	Terugvalpreventie	137
	<i>Kees Hoogduin en Paul Emmelkamp</i>	
7.1	Inleiding.....	137
7.2	Terugvalpreventie bij patiënten met een stoornis in de zelfcontrole in ruime zin.....	138
7.3	Terugvalpreventie bij de overige stoornissen.....	143
7.4	Tot besluit.....	146
	Literatuur.....	147
Deel II	Valkuilen per behandeling	149
8	Behandeling van patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis	151
	<i>Kees Hoogduin en Marc Verbraak</i>	
8.1	Inleiding.....	151
8.2	Onderzoeksbevindingen.....	152
8.3	Factoren van betekenis bij mislukking en succes.....	153
8.4	Samenvatting behandelprotocol.....	157
8.5	Terugvalpreventie.....	158
8.6	Monitoring van de behandelvoortgang.....	159
8.7	Motivering.....	160
8.8	Casuïstiek.....	161
8.9	Discussie.....	174
	Literatuur.....	176
9	Behandeling van patiënten met een paniekstoornis	181
	<i>Mirjam Kampman, Noud Bekkers en Esther Allart</i>	
9.1	Inleiding.....	181
9.2	Onderzoeksbevindingen.....	182
9.3	Samenvatting behandelprotocol.....	183

9.4	Casuïstiek	185
9.5	Behandeladviezen	200
9.6	Discussie	201
	Literatuur	202
10	Behandeling van patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis	205
	<i>Colin van der Heiden</i>	
10.1	Inleiding.....	205
10.2	Onderzoeksbevindingen	207
10.3	Samenvatting behandelprotocol	209
10.4	Casuïstiek	213
10.5	Discussie	225
	Literatuur	226
11	Behandeling van patiënten met een sociale angststoornis	229
	<i>Esther Allart, Marisol Voncken en Lieske Sonneveldt</i>	
11.1	Inleiding.....	229
11.2	Onderzoeksbevindingen.....	229
11.3	Samenvatting behandelprotocol	234
11.4	Casuïstiek	238
11.5	Discussie	249
	Literatuur	251
12	Behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis	257
	<i>Agnes van Minnen en Rianne de Kleine</i>	
12.1	Inleiding.....	257
12.2	Onderzoeksbevindingen.....	258
12.3	Samenvatting behandelprotocol	259
12.4	Casuïstiek	259
12.5	Behandeladviezen	268
12.6	Discussie	270
	Literatuur	272
13	Behandeling van patiënten met hypochondrie	275
	<i>Sako Visser</i>	
13.1	Inleiding	275
13.2	Onderzoeksbevindingen	279
13.3	Samenvatting behandelprotocol	280
13.4	Casuïstiek	282
13.5	Behandeladviezen	288
13.6	Discussie	291
	Literatuur	292
14	Behandeling van patiënten met een stoornis in de lichaamsbeleving	295
	<i>Theo Bouman</i>	
14.1	Inleiding.....	295
14.2	Onderzoeksbevindingen.....	297
14.3	Samenvatting behandelprotocol	298
14.4	Casuïstiek	299

14.5	Discussie	308
	Literatuur	310
15	Behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van een middel	313
	<i>Ellen Vedel en Wencke de Wildt</i>	
15.1	Inleiding	313
15.2	Onderzoeksbevindingen	314
15.3	Samenvatting behandelprotocol	314
15.4	Casuïstiek	315
15.5	Behandeladviezen	330
15.6	Discussie	331
	Literatuur	332
16	Behandeling van patiënten met een depressie met cognitieve gedragstherapie	335
	<i>Paul Emmelkamp en Jacqueline A-Tjak</i>	
16.1	Inleiding	335
16.2	Onderzoeksbevindingen	337
16.3	Samenvatting behandelprotocol	339
16.4	Casuïstiek	340
16.5	Discussie	346
	Literatuur	348
17	Behandeling van patiënten met een depressie met interpersoonlijke psychotherapie	353
	<i>Marc Blom en Kosse Jonker</i>	
17.1	Inleiding	353
17.2	Samenvatting behandelprotocol	354
17.3	Casuïstiek	358
17.4	Behandeladviezen	362
	Literatuur	366
18	Behandeling van patiënten met boulimia nervosa	369
	<i>Johan Vanderlinden en Jan Norré</i>	
18.1	Inleiding	369
18.2	Onderzoeksbevindingen	370
18.3	Samenvatting behandelprotocol	373
18.4	Casuïstiek	374
18.5	Behandeladviezen	375
18.6	Discussie	383
	Literatuur	385
19	Behandeling van patiënten met overgewicht en obesitas	387
	<i>Caroline Braet, Saskia Mels, Ann Tanghe, An Strauven, Lien Goossens en Ellen Moens</i>	
19.1	Inleiding	387
19.2	Onderzoeksbevindingen	388
19.3	Samenvatting behandelprotocol	389
19.4	Casuïstiek en behandeladviezen	392
19.5	Discussie	404
	Literatuur	409

20	Behandeling van patiënten met een conversiestoornis	415
	<i>Kees Hoogduin en Marleen Tibben</i>	
	20.1 Inleiding.....	415
	20.2 Onderzoeksbevindingen.....	416
	20.3 Samenvatting behandelprotocol.....	418
	20.4 Casuïstiek.....	422
	20.5 Behandeladviezen.....	425
	20.6 Discussie.....	434
	Literatuur.....	437
21	Behandeling van patiënten met een burn-out	439
	<i>Sanne Kriens, Dorine Sanders en Janneke van der Ree</i>	
	21.1 Inleiding.....	439
	21.2 Onderzoeksbevindingen.....	440
	21.3 Samenvatting behandelprotocol.....	440
	21.4 Casuïstiek.....	442
	21.5 Discussie.....	450
	Literatuur.....	451
22	Behandeling van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis	453
	<i>Wies van den Bosch</i>	
	22.1 Inleiding.....	453
	22.2 Onderzoeksbevindingen.....	454
	22.3 Samenvatting behandelprotocol.....	455
	22.4 Casuïstiek en behandeladviezen.....	459
	22.5 Discussie.....	473
	Literatuur.....	474
23	Behandeling van patiënten met een psychose	477
	<i>Mark van der Gaag, Berber van der Vleugel, David van den Berg en Tonnie Staring</i>	
	23.1 Inleiding.....	477
	23.2 Onderzoeksbevindingen.....	479
	23.3 Samenvatting behandelprotocol.....	485
	23.4 Casuïstiek.....	491
	23.5 Behandeladviezen.....	508
	23.6 Discussie.....	508
	Literatuur.....	510
24	Behandeling van patiënten met trichotillomanie, titillomanie en ander ongewenst gewoontegedrag	515
	<i>Ger Keijsers, Joyce Maas en Kees Hoogduin</i>	
	24.1 Inleiding.....	515
	24.2 Onderzoeksbevindingen.....	518
	24.3 Samenvatting behandelprotocol.....	519
	24.4 Casuïstiek.....	520
	24.5 Behandeladviezen.....	530
	24.6 Discussie.....	531
	Literatuur.....	532

25	Behandeling van patiënten met tics en het syndroom van Gilles de la Tourette	535
	<i>Cara Verdellen, Jolande van de Griendt en Marloes van de Wiel</i>	
	25.1 Inleiding.....	535
	25.2 Onderzoeksbevindingen.....	536
	25.3 Samenvatting behandelprotocol	537
	25.4 Casuïstiek	538
	25.5 Behandeladviezen	546
	Literatuur	550
26	Behandeling van plegers van partnermishandeling	553
	<i>Agnes Scholing, Fleur Kraanen en Paul Emmelkamp</i>	
	26.1 Inleiding.....	553
	26.2 Onderzoeksbevindingen.....	555
	26.3 Samenvatting behandelprotocol	558
	26.4 Casuïstiek en behandeladviezen.....	562
	26.5 Discussie	571
	Literatuur	573
27	Behandeling van patiënten met primair vaginisme	575
	<i>Jacques van Lankveld en Moniek ter Kuile</i>	
	27.1 Inleiding.....	575
	27.2 Onderzoeksbevindingen.....	576
	27.3 Samenvatting behandelprotocol	577
	27.4 Casuïstiek	580
	27.5 Behandeladviezen	588
	Literatuur	590
	Register	593
	Personalia	599

Inleiding



Paul Emmelkamp en Kees Hoogduin

Het aantal behandelingen dat mislukt, wordt door therapeuten onderschat. Gemiddeld kan echter een op de drie behandelingen als mislukt beschouwd worden (Hansen et al., 2002). Zelfs bij stoornissen waarbij geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie boogt op een succesverhaal, zoals bij de paniekstoornis, blijkt maar 50 tot 70% van de patiënten na afloop van de behandeling geheel klachtenvrij te zijn (Arch & Craske, 2011; Kampman et al., 2013). Daarnaast kan psychotherapie tot iatrogene effecten leiden. Er zijn schattingen dat in 5 tot 10% van de gevallen psychotherapie tot verslechtering leidt (Lambert & Ogles, 2004). Mislukkingen komen dus voor, maar toch vooral bij collega's (Lambert, 2011).

Hoewel het eerste boek over mislukkingen in de psychotherapie alweer dertig jaar geleden verscheen (Foa & Emmelkamp, 1983), heeft dit onderwerp daarna jarenlang weinig aandacht gekregen. Tijdschriftredacties zijn geneigd om alleen positieve resultaten te publiceren. Dit geldt zowel voor publicaties over gecontroleerde klinische groepsvergelijkingen, de zogenoemde *randomized controlled trials* (RCT's) als voor *single-case* studies. Bijvoorbeeld in het tijdschrift *Clinical Case Studies* worden zelden behandelingen gepubliceerd die mislukt zijn. Dit hoeft niet alleen te betekenen dat de redacties van tijdschriften inderdaad geneigd zijn studies met negatieve resultaten te weigeren. Waarschijnlijk zijn therapeuten en onderzoekers zelf ook minder geneigd negatieve resultaten van therapieën voor publicatie in te dienen. Therapeuten houden er blijkbaar niet van om de vuile was buiten te hangen. Emmelkamp en Foa (1983) noemden als een van de redenen dat (cognitieve) gedragstherapeuten niet of nauwelijks mislukkingen rapporteren dat ze de vijand niet van munitie wilden voorzien. Waar dat dertig jaar geleden in de strijd tussen de verschillende therapiestromingen ('the good, the bad and the ugly') wellicht opging, is daar nu geen enkele reden meer voor. Cognitieve gedragstherapie is immers als enige van de toenmalige therapiestromingen in de richtlijnen voor een groot aantal psychische stoornissen opgenomen.

Pas recent is er meer belangstelling voor mislukte psychotherapieën gekomen. Zo verscheen in 2011 een speciaal nummer van *Cognitive and Behavioral Practice* (Dimidjian & Hollon, 2011) dat geheel gewijd was aan mislukkingen bij evidence-based behandelingen die voornamelijk gebaseerd waren op geprotocolleerde cognitief-gedragstherapeutische interventies. Ongeveer tegelijkertijd verscheen een reeks artikelen in de *American Psychologist* (Barlow, 2010; Castonguay et al., 2010; Dimidjian & Hollon, 2010) en het boek *Cognitive behavioral therapy for refractory cases* (McKay et al., 2010).

1.1 Classificatie van een mislukte psychotherapie

Wanneer is er sprake van een mislukte behandeling? In de literatuur worden hierbij verschillende categorieën onderscheiden. Deze worden hierna kort besproken.

Weigering van behandeling

Een aantal patiënten weigert de voorgestelde behandeling. Betrouwbare cijfers hierover hebben we overigens alleen uit recente RCT's, waarbij onderzoekers tegenwoordig verplicht zijn om in hun publicatie deze cijfers te vermelden in een CONSORT-diagram. Het is dan ook de vraag of deze cijfers zonder meer te generaliseren zijn naar de klinische praktijk. De cijfers

uit RCT's suggereren dat een aantal patiënten aan wie behandeling wordt aangeboden afziet van de voorgestelde behandeling.

Drop-outs

Veel patiënten stoppen voortijdig met hun behandeling. In een meta-analyse werd drop-out bij psychotherapie geschat op 48% (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Er zijn aanwijzingen dat drop-out samenhangt met de ernst van de stoornis (Bados et al., 2007; Bryant et al., 2007; Foa et al., 1999), maar andere onderzoeken spreken dit tegen (Westmacott et al., 2010). De categorie drop-out is lastiger dan deze op het eerste gezicht lijkt. Hoewel aanvankelijk ervan uitgegaan werd dat de behandeling van patiënten die gestopt waren met de behandeling als mislukt beschouwd moest worden, zijn er aanwijzingen dat in een aantal gevallen dit niet opgaat. Tijdens de behandeling zijn sommige patiënten geneigd een kosten-batenanalyse te maken. Als een patiënt na acht sessies vindt dat hij zich weer redelijk kan redden, kan hij de negatieve consequenties van het in therapie zijn (bijvoorbeeld werkverzuim, oppas moeten regelen, financiële kosten) afwegen tegen de nog te verwachten baten van de therapie. Als de patiënt zich weer redelijk kan redden maar nog niet geheel klachtenvrij is, kan hij toch besluiten om met de therapie te stoppen.

De meeste informatie over drop-out komt uit gecontroleerde studies (RCT's); het is echter de vraag of de cijfers over het percentage drop-outs generaliseerbaar zijn naar de klinische praktijk. Een behandeling ondergaan in het kader van een wetenschappelijk onderzoek betekent vaak dat er extra inspanningen van de patiënt gevraagd worden. Aan de andere kant worden bij de gecontroleerde studies mogelijk meer acties ondernomen om drop-outs te voorkomen. Het valt echter niet uit te sluiten dat er om die reden meer drop-outs plaatsvinden in researchstudies dan in de klinische praktijk.

Non-responders

Dit is de meest gebruikte categorie voor mislukkingen. Patiënten hebben een door de therapeut als adequaat beschouwde dosering van therapie ontvangen maar zijn niet vooruitgegaan.

Terugval

Een andere vaak gehanteerde categorie voor mislukkingen is terugval. Terugval wordt gedefinieerd als een toename van klachten na een aanvankelijke verbetering. Met name bij de depressieve stoornis (hoofdstuk 16 en 17) en bij middelenmisbruik en -afhankelijkheid (hoofdstuk 15) is terugval eerder regel dan uitzondering. In de psychotherapie wordt terugval vaak beschouwd als iets ernstigs. Wat dat betreft kunnen we nog wat leren van onze medische collega's. Bij diabetes bijvoorbeeld wordt het als volkomen normaal beschouwd dat patiënten terugvallen. Bij hoge bloeddruk staat geen arts ervan te kijken als deze na een aanvankelijke verbetering na een tijd weer oploopt. Niettemin veronderstellen psychotherapeuten dat hun interventie ook op lange termijn effectief zal blijven (Emmelkamp & Foa, 1983). In toenemende mate wordt er in geprotocolleerde behandelingen aandacht besteed aan hoe terugval in de toekomst voorkomen kan worden. Maar ook dan is terugvalpreventie geen wondermiddel; ook na een succesvol doorlopen terugvalpreventieprogramma zal een aantal patiënten recidiveren (zie hoofdstuk 7).

Criteria voor mislukking

Patiënten, therapeuten en ziektekostenverzekeraars kunnen een verschillend idee hebben over of een behandeling geslaagd of mislukt is. Sommige patiënten zijn al blij als ze zich wat beter voelen, terwijl de therapeut de behandeling pas geslaagd vindt als de patiënt geen last

meer heeft van de aanmeldingsklacht en sociaal en professioneel weer goed functioneert. Voor de ziektekostenverzekeraar is het van belang dat de aangekruiste stoornis in de DBC verbetert en dat de DBC afgesloten kan worden.

Om de behandeling van een patiënt te kunnen classificeren als een succes of mislukking dient de verwachte uitkomst van de behandeling van tevoren gedefinieerd te worden. Op de eerste plaats moeten er een of meerdere doelen geformuleerd worden, waarbij het wenselijk is dat de therapeut en de patiënt hier overeenstemming over hebben bereikt. Hoewel dit vanzelfsprekend lijkt, is dit in de praktijk vaak minder eenvoudig dan het op het eerste gezicht lijkt.

Casus Gerard

Gerard meldt zich aan voor de behandeling van een ernstige obsessieve-compulsieve stoornis. Daarnaast voldoet hij aan de criteria voor een depressieve stoornis en voor een obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Zijn vrouw heeft grote moeite met het 'precieze gedoe' van Gerard en 'zijn regeltjes die hij oplegt'. Als dat niet snel verandert 'bekijkt hij het verder maar, maar dan wel zonder mij'. Moet de behandeling zich beperken tot het veranderen van het dwanggedrag of is het noodzakelijk dat de behandeling zich ook richt op de comorbide depressie of op de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis? En dient relatieproblematiek ook als behandeldoel geformuleerd te worden? ■

Zoals dit voorbeeld moge verduidelijken, is de mislukking van een behandeling geen alles-of-nietsfenomeen. De patiënt kan op een of twee van de problemen verbeterd zijn, bijvoorbeeld dwanghandelingen en depressie, maar op de andere problemen (persoonlijkheidsstoornis en relatieproblemen) niet.

Een andere complicatie is dat in een aantal gevallen het doel van de behandeling kan verschuiven tijdens de behandeling, zoals geïllustreerd wordt aan de hand van de volgende casus.

Casus Sandra

Sandra meldt zich aan voor behandeling van haar depressieve klachten. Aanvankelijk is het doel van de behandeling verbetering van de depressieve stemming, waarvoor ze met cognitieve gedragstherapie behandeld wordt. De stemming klaart na negen weken op, dus wat dat doel betreft kan de behandeling als succesvol beschouwd worden. Sandra is echter in toenemende mate gaan eten, mogelijk om op die manier met de stress om te gaan. Zij is hierbij enige kilo's aangekomen. Het lijkt verstandig om een nieuw doel voor de behandeling vast te stellen, namelijk de patiënt te leren beter met stress om te gaan en eventueel met een zelfcontroleprocedure haar veranderde eetgedrag te verbeteren. ■

Of de negatieve bijeffecten van de behandeling de therapie van een patiënt tot een mislukking maken, hangt af van de ernst van de bijwerkingen. In het bovenstaande voorbeeld is het de vraag of de behandeling als mislukking gedefinieerd moet worden als de patiënte zelf tevreden is met haar stemmingsverbetering en accepteert dat zij dan maar iets overgewicht heeft.

Zodra er overeenstemming is over het behandeldoel moet er een meetinstrument gekozen worden om te bepalen of het behandeldoel behaald is of niet. Hoe specifieker dit meetinstrument aansluit bij het geformuleerde behandeldoel, hoe beter. Terwijl de ziektekostenverzekeraar tevreden is met een verbetering op de SCL-90, in het kader van de Routine Outcome Monitoring (zie hoofdstuk 4), is deze vragenlijst in de meeste gevallen minder geschikt om te evalueren of het specifieke doel van de behandeling bereikt is. Voor het gekozen meetinstrument wordt idealiter ook van tevoren vastgelegd wanneer er sprake is van een succesvolle behandeling. Zo wordt er bij depressie van uitgegaan dat de patiënt minimaal 50% moet

verbeteren op de Beck Depression Inventory-II (BDI-II) of op de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) om van klinische verbetering te kunnen spreken (Hopko et al., 2011).

1.2 Factoren die samenhangen met het mislukken van psychotherapie

Factoren die samenhangen met mislukte behandelingen kunnen in een aantal categorieën ondergebracht worden: kenmerken van de patiënt, kenmerken van de behandeling en kenmerken van de therapeutische relatie, waaronder ook de mate van overeenstemming tussen de patiënt en de therapeut over het doel van de behandeling.

Kenmerken van de patiënt

Bij aanvang van de behandeling zijn niet alle patiënten even gemotiveerd. Vaak wordt gebrek aan motivatie als een statisch patiëntkenmerk opgevat, maar de motivatie van de patiënt voor behandeling is in een groot aantal gevallen veranderbaar (zie onder andere hoofdstuk 2, 3 en 15).

Niet alle behandelingen zijn even geschikt voor elke patiënt. Als er sprake is van een keuze tussen meerdere evidence-based behandelingen, kunnen persoonskenmerken van belang zijn bij deze keuze. Bijvoorbeeld: hoewel cognitieve therapie, gedragsactivatie en interpersoonlijke psychotherapie (IPT) evidence-based behandelingen zijn voor depressie (zie hoofdstuk 16 en 17), zijn er aanwijzingen dat bij ernstigere depressies cognitieve gedragstherapie (CGT) effectiever is dan IPT (Luty et al., 2007), en dat gedragsactivatie effectiever is dan cognitieve therapie (Dimidjian et al., 2006). Ook bij depressieve patiënten met hechtingsproblemen lijkt CGT eerder geïndiceerd dan IPT (Johnstone et al., 2013; McBride et al., 2006). Hoewel hier nog geen onderzoek naar gedaan is, ligt het voor de hand om bij een minder intellectueel begaafde patiënt niet direct aan schematherapie te denken. Bij een borderline-patiënt met een IQ van 80 zal dialectische gedragstherapie (DGT; zie hoofdstuk 22) waarschijnlijk meer kans van slagen hebben dan schematherapie. Ook is het zinnig om te kijken in hoeverre de voorgenomen behandeling aansluit bij de culturele achtergrond van de patiënt (zie hoofdstuk 6).

Veel patiënten die zich aanmelden voor behandeling in de ggz hebben meer dan één stoornis, waaronder in een aantal gevallen een persoonlijkheidsstoornis. Vaak wordt gedacht dat behandeling van angst- en stemmingsstoornissen geen zin heeft als de 'onderliggende' persoonlijkheidsstoornis niet behandeld wordt. Onderzoek laat echter zien dat in de meeste gevallen de behandeling van een angststoornis wel degelijk succesvol kan zijn zonder dat de behandeling zich richt op de persoonlijkheidspathologie (Arntz, 2014; zie hoofdstuk 9 en 11). Bij een behandeling die zich op depressie richt, lijkt een persoonlijkheidsstoornis niet samen te hangen met het succes van CGT, maar wel het effect van IPT negatief te beïnvloeden (Joyce et al., 2007; Carter et al., 2011). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat een borderline persoonlijkheidsstoornis bij boulimia nervosa het behandelresultaat van een behandeling gericht op de eetstoornis negatief beïnvloedt (zie hoofdstuk 18).

Kenmerken van de behandeling

Het is belangrijk dat de behandeling uitgevoerd wordt conform een behandelprotocol. De houding van de therapeut is empathisch maar ook strikt. Met name bij exposurebehandelingen is het belangrijk dat er voldoende tijd besteed wordt aan de feitelijke exposure. Deze dient ononderbroken uitgevoerd te worden (Emmelkamp, 2013). Vaak zijn therapeuten echter bang voor de hevige angst die patiënten tijdens de exposure kunnen ervaren en zijn dan geneigd de exposure af te breken. Hoe goed bedoeld ook, afbreken van een exposure-

oefening werkt in de meeste gevallen averechts, en brengt impliciet de boodschap over aan de patiënt dat angst iets heel ergs is wat coûte que coûte vermeden dient te worden.

Ook de totale duur van een therapie is van belang om een succesvolle afsluiting mogelijk te maken. Therapeuten zijn soms opgeleid met het idee dat een paar EMDR-sessies voldoende zijn om iemand een trauma te laten verwerken. Het onderzoek naar EMDR is echter bijna uitsluitend verricht onder mensen met een enkelvoudig, type-I-trauma. Onder type-II-traumapatiënten, die in hun jeugd langdurig fysiek en/of seksueel zijn misbruikt, is nog nauwelijks onderzoek verricht en het onderzoek dat verricht is, laat zien dat een beperkt aantal EMDR-sessies minder resultaat oplevert bij type-II-patiënten in vergelijking met type-I-patiënten (Van der Kolk et al., 2007). Als voor EMDR wordt gekozen, ligt het voor de hand om het aantal sessies bij type-II-traumapatiënten substantieel uit te breiden om mislukking van de behandeling te voorkomen.

Kenmerken van de therapeutische relatie

Specifieke interventies, het focussen daarop in de behandeling en het consequent volhouden ervan zijn belangrijke ingrediënten voor een werkzame behandeling (zie hoofdstuk 5). Ook bij het uitvoeren van evidence-based behandelingen speelt echter de therapeutische relatie een belangrijke rol en kan een moeizame therapeutische relatie tot het mislukken van de behandeling leiden (Emmelkamp & Vedel, 2011). Naast een empathische grondhouding wordt van de therapeut verwacht dat hij het protocol kan aanpassen aan de behoefte van de patiënt: 'Effective psychotherapists combine fidelity to treatment with fit to the individual circumstances, which are often unpredictable and emotionally charged' (Ravitz et al., 2011, p. 1134).

Soms mislukken behandelingen omdat de doelen van de therapeut en de patiënt verschillen.

Casus Janet

Janet is een 38-jarige alleenstaande vrouw die bij haar moeder thuis woont. Zij heeft al jaren last van een ernstige paniekstoornis met agorafobie. Alleen komt ze het huis niet uit. Ze wordt door haar moeder naar het behandelcentrum gebracht. De therapeut heeft als doelstelling dat de paniekaanvallen aanmerkelijk reduceren en dat de actieradius van Janet aanmerkelijk groter wordt. Janet is het hier helemaal mee eens, al heeft ze haar twijfels over de haalbaarheid. Huiswerkopdrachten voert ze niet uit, maar ze blijft trouw naar de therapie sessies komen. De therapeut bespreekt dit met Janet en vraagt zich af in hoeverre de therapeutische relatie hierbij een rol speelt. Janet zegt echter heel tevreden te zijn over de therapie: 'Ik heb eindelijk iemand bij wie ik mijn hart kan luchten en met wie ik mijn problemen kan bespreken en die oefeningen, ach dat kan later toch?'

Bij Janet was na de derde sessie de Working Alliance Inventory afgenomen. Zij scoorde zeer hoog op de subschaal gepercipieerde overeenstemming over het doel van de behandeling. ■

Deze casus, maar ook onderzoek (Busseri & Tyler, 2004), laat zien dat de therapeut niet blind kan varen op de score van de Working Alliance Inventory. Er is een duidelijke relatie tussen de *feitelijke* overeenstemming over doel(en) van de behandeling en het succes van psychotherapie. In een recente meta-analyse (Tryon & Winograd, 2011) bleek deze samenhang in een *effect size* van .72 te resulteren. Dit betekent dat wanneer er sprake is van een hoge mate van doelovereenstemming, twee derde van de patiënten duidelijk baat heeft bij de therapie, terwijl slechts een derde van de patiënten met een matige of lage doelovereenstemming door de psychotherapie opknapt.

Het niet uitvoeren van huiswerkopdrachten kan erop duiden dat de feitelijke overeenstemming over het behandeldoel tussen de therapeut en de patiënt niet goed is. Uit een onderzoek van Simpson et al. (2011) onder patiënten met een dwangstoornis bleek dat er een duidelijke relatie bestaat tussen het uitvoeren van huiswerkopdrachten (exposure en responspreventie) en het succes van de behandeling. De ernst van de dwang bij de nameting correleerde met de mate waarin de patiënt gedurende de behandeling zijn huiswerkopdrachten had uitgevoerd. Wel moet hierbij de kanttekening gemaakt worden dat deze score wellicht beïnvloed is door de ernst van de dwang bij aanvang van de behandeling. Voor een uitgebreid overzicht van studies naar de invloed van huiswerk op de uitkomst van een behandeling met cognitieve gedragstherapie wordt verwezen naar een recente meta-analyse (Kazantzis et al., 2010).

1.3 Onderzoek naar het voorkomen van mislukte behandelingen

De laatste jaren is er enig onderzoek gedaan naar het geven van feedback aan de therapeut gedurende de behandeling. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen feedback over de verbetering van de klachten van de patiënt en feedback over hoe de patiënt de therapeutische relatie waardeert. Het meeste onderzoek is verricht naar feedback over de verbetering van de klachten. Dit gebeurt vaak iedere sessie, zodat de therapeut continu op de hoogte blijft van veranderingen in de klachten. De meest gebruikte instrumenten hiervoor zijn de Outcome Questionnaire 45 (Lambert et al., 2004) en de CORE-OM (Barkham et al., 2001). De resultaten van onderzoek laten zien dat het direct feedback geven tot een beter behandelresultaat leidt dan geen feedback geven (Shimokawa et al., 2010; Lambert & Shimokawa, 2011).

Daarnaast zijn er systemen waarin de patiënt direct feedback geeft over de kwaliteit van de therapeutische relatie. Hiervoor gebruiken therapeuten meestal de Session Rating Scale (SRS; Miller et al., 2000), die slechts uit vier vragen bestaat, of de uit twaalf vragen bestaande Working Alliance Inventory-Short (WAI-S; Tracey & Kokotovic, 1989). In de praktijk heeft de 4-itemvragenlijst van Miller et al. de voorkeur (Duncan et al., 2003). Vaak veronderstellen therapeuten dat patiënten het moeilijk vinden om tijdens de behandeling feedback te geven over hoe zij de therapeutische relatie ervaren. Dit blijkt in de praktijk echter wel mee te vallen. Uit een onderzoek van Reese et al. (2013) bleek dat het invullen van de therapeutische relatievragenlijst in aanwezigheid van de therapeut de score niet te beïnvloedde. Ook bleek er geen verband te bestaan tussen de score op de therapeutische relatielijst en de score op een lijst voor sociale wenselijkheid.

1.4 Tot besluit

Er is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar factoren die samenhangen met het mislukken van psychotherapie. Het gebrek aan onderzoek naar mislukte therapie is niet uniek voor de cognitieve gedragstherapie. Integendeel: als er al onderzoek gedaan is, is dit vooral vanuit de cognitief-gedragstherapeutische hoek gedaan. Inmiddels is er enig onderzoek gedaan naar prognostische variabelen, wat in de hierna volgende hoofdstukken besproken zal worden. Over het algemeen kunnen op basis van deze onderzoeken echter geen harde uitspraken gedaan worden over welke factoren samenhangen met het mislukken van de behandeling bij specifieke stoornissen.