

Negatieve effecten van psychotherapie

06-06-2016 Kees Korrelboom

Primum non nocere. Dat is zo ongeveer het eerste gebod dat artsen leren tijdens hun opleiding: 'Zorg ervoor dat je de patiënt in ieder geval geen schade toebrengt'.

Het idee dat ook psychotherapie schadelijke effecten kan hebben bestaat al lang (Barlow, 2010), al is dit besef minder prominent dan bij de medisch-somatische zorg. Zo'n vijf tot tien procent van de patiënten komt slechter uit psychotherapie tevoorschijn dan zij erin gingen (Lambert, 2013). Recent werden bijna 15.000 patiënten geënquêteerd die vanwege angst en/of depressie een ambulante psychologische behandeling hadden gevolgd in Engeland en Wales. Hen werd gevraagd naar duurzame negatieve effecten die zij aan deze psychologische behandelingen toeschreven. Ruim 5% zei inderdaad negatieve effecten te hebben ondervonden (Crawford et al., 2016). Omdat achteruitgang **tijdens** de therapie niet automatisch betekent dat deze verslechtering altijd **door** de behandeling is veroorzaakt, is het niet zonder meer duidelijk in hoeverre het hier gaat om negatieve therapie-effecten (de patiënt verslechterd door de therapie) of van een ineffectieve behandeling (ondanks de therapie verslechtert de patiënt verder).

Psychologische behandelingen kunnen op verschillende manieren schade bij de patiënt veroorzaken. Schade kan worden veroorzaakt wanneer een behandelaar doelbewust misbruik maakt van de behandelsituatie. Grensoverschrijdend seksueel gedrag van behandelaars tegenover hun patiënten is hiervan wel de meest beschamende illustratie (Pope & Vetter, 1991). Zulk wangedrag heeft niet alleen dikwijls schadelijke gevolgen voor de patiënt (Sonne & Pope, 1991), ook de reputatie en geloofwaardigheid van het vak worden er door aangetast.

Verkeerde herinneringen en nog meer trauma's

Schadelijke effecten kunnen daarnaast ontstaan door een behandeling toe te passen waarvan de patiënt vooral slechter wordt. Zonder zo'n behandeling zou de patiënt beter af zijn geweest. Van een aantal van zulke psychologische behandelingen is inmiddels aannemelijk gemaakt dat zij patiënten meer kwaads dan goeds hebben te bieden. Dat geldt met name voor allerlei, dikwijls op hypnose gebaseerde behandelingen die zo'n 10 tot 20 jaar geleden populair waren en die als doel hadden om patiënten met een zogenaamde multipele persoonlijkheidsstoornis (MPS; tegenwoordig dissociatieve identiteitsstoornis: DIS) te helpen om 'vermoedelijk verdrongen herinneringen' aan seksueel misbruik in de (vroeg) kindertijd te achterhalen en alsnog te verwerken. Niet alleen veel patiënten, maar ook veel van hun familieleden die opeens van seksueel misbruik werden beschuldigd, hebben ernstige schade van dergelijke behandelingen gehad. De meeste 'recovered memories' bleken uiteindelijk door de therapeut aangeprete 'false memories' te zijn (Crombach & Merckelbach, 1996).

Een andere illustratie van de mogelijke negatieve effecten van sommige psychologische interventies betreft 'critical incidence stress debriefing' (CISD). Tot zo'n 15 jaar geleden werd het als goede zorg beschouwd, om slachtoffers van traumatische gebeurtenissen

(branden, aanslagen, overvallen) meteen na de gebeurtenis in gesprek te brengen met ter plekke toegeschoten hulpverleners. In die gesprekken werden de slachtoffers gestimuleerd om zo gedetailleerd mogelijk te vertellen wat ze zojuist hadden meegemaakt en hoe ze zich daarbij hadden gevoeld. In studies naar CISD werden doorgaans geen positieve effecten gevonden. In een aantal van deze studies werd daarentegen wel vastgesteld dat 'behandelde' slachtoffers vaker klachten overhielden aan 'hun traumatische gebeurtenis' dan slachtoffers die niet met CISD waren behandeld (Barlow, 2010).

Het had beter gekund

Ook suboptimale therapie-effecten kan men met enig recht negatief noemen. De patiënt had meer baat kunnen hebben van zijn psychologische behandeling dan hij in feite heeft gehad. Het is bekend dat de behandelingen die op basis van wetenschappelijk onderzoek als eerste zijn geïndiceerd voor bepaalde problemen, heel vaak niet worden toegepast (Beckert, Zayferth & Anderson, 2004), of op een verwaterde en onvoldoende intensieve wijze worden uitgevoerd (Cowdrey & Waller, 2015). Niet alleen zorgt het niet of onvoldoende toepassen van evidence-based behandelingen voor sub-optimale en daarmee voor negatieve behandelresultaten, ook het achterwege laten van andere wetenschappelijke kennis over het effectief uitvoeren van psychologische behandelingen draagt bij aan zulke negatieve effecten (Waller, 2009; Korrelboom, 2014).

Niet alleen maar positief

Naast negatieve effecten ten gevolge van misbruik, verkeerd gebruik of suboptimaal gebruik van psychologische behandelmethodes, is er nog een vierde bron van negatieve behandelresultaten. Dat is de meest interessante en betreft niet bedoelde negatieve bijwerkingen van op zich effectieve behandelingen. Zoals alle werkzame medicijnen ook negatieve bijwerkingen kunnen hebben, is het voorstelbaar dat dit ook het geval kan zijn bij effectieve psychologische behandelingen. Kan men bij de eerder beschreven oorzaken van negatieve therapie-effecten besluiten om dergelijke behandelingen simpelweg achterwege te laten of om deze op de gepaste wijze uit te voeren, dat ligt anders bij behandelmethodes met ongewenste bijwerkingen. Dergelijke behandelingen hebben immers wel degelijk nut, ook al kleeft er een negatief randje aan en ook al is dat randje soms behoorlijk breed. Het tegen elkaar afwegen van de voor- en nadelen van de interventie is dan meestal de beste optie. Ook kan men proberen de negatieve aspecten van de werkwijze zoveel mogelijk te beperken.

Afhankelijk en passief

Hoewel er nauwelijks onderzoek bestaat naar negatieve bijeffecten van werkzame psychologische behandelingen, is het niet moeilijk om enkele potentiële verdachten aan te wijzen. Afhankelijkheid van de therapie en de therapeut' en 'passiviteit ten aanzien van concreet ingrijpen in het eigen dagelijks leven' zijn twee van zulke verdachten. Door erop te wijzen dat hij in therapie is, kan de patiënt gemakkelijk tegen zijn omgeving en tegen zichzelf zeggen dat hij ' bezig is om aan zijn problemen te werken'. Een dergelijke opstelling kan soms als vrijwaring worden beschouwd om concrete zaken niet ook in het dagelijks leven aan te pakken. Men houdt zichzelf voor dat dat aanpakken al voldoende in de therapie gebeurt. Tegelijk impliceert 'in therapie zijn' minimaal nog twee andere

zaken. Ten eerste krijgt de patiënt ondersteuning bij het oplossen van zijn problemen. Maar tegelijk is er de impliciete boodschap 'dat hij het (nog?) niet zelf kan'. Naarmate, zoals gebruikelijk is, het aantal nieuwe positieve veranderingen gedurende de therapie steeds verder afneemt, kan het besef 'het niet alleen te kunnen' verder toenemen.

Beide potentiële negatieve bijwerkingen pleiten ervoor om enkele aspecten van de therapeutische situatie die door velen als principieel en onweerlegbaar worden beschouwd (zonder dat daarvoor overigens veel bewijs bestaat) anders te regelen. Die zaken betreffen therapieduur, therapiefrequentie en de uniciteit van de therapeutische relatie. Die therapeutische relatie wordt door de meeste psychotherapeuten traditioneel als uiterst belangrijk, uniek en heilzaam beschouwd. Maar in het licht van de zojuist gesignaleerde mogelijke negatieve bijwerkingen 'afhankelijkheid' en 'passiviteit' kan die relatie ook 'te goed' zijn. De therapie, en daarbinnen vooral de therapeutische relatie, gaat dan de genezing van de patiënt in de weg staan in plaats van dat deze erdoor wordt bevorderd. Het lijkt geen al te wilde veronderstelling dat, zoals sporters kunnen gedijen onder verschillende trainers, ook patiënten niet aan een enkele therapeut verbonden hoeven te zijn. Behandelingen door teams van therapeuten lijken, om meerdere redenen, beloftevolle perspectieven in deze richting te openen (Hendriks, de Kleine, van Rees & van Minnen, 2011). Ook het planmatig geregeld wisselen van therapeut in langer lopende therapieën kan een zinvolle optie zijn (Korrelboom, 2014). Met betrekking tot therapieduur en therapiefrequentie moet onder meer worden gedacht aan kortere, intensievere behandelingen en aan therapiepauzes, waarin de patiënt het eerst een poosje zelf moet proberen, zonder behandeling (Cuijpers, Huibers, Ebert, Koole & Andersson, 2013; Korrelboom, 2014; Verbraak & Hoogduin, 2013).

Negatieve effecten in psychotherapie bestaan. Ze kunnen op verschillende manieren worden veroorzaakt. In veel gevallen kan er iets tegen worden gedaan. Vaak door bepaalde werkwijzen achterwege te laten of beter uit te voeren. Soms door de bestaande werkwijze in een iets andere context toe te passen.

Literatuur

Barlow, D. (2010). Negative effects from psychological treatments. A perspective. *American Psychologist*, 65, 13-20.

Becker, C.B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292

Cowdrey, N.D., & Waller, G. (2015). Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorders? How eating-disordered patients describe their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Therapy and Research*, 75, 72-77.

Crawford, M.J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J., & Parry, G.D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 260-265.

Crombach, H.F.M., & Merckelbach, H.L.G.J. (1996). *Hervonden herinneringen en andere misverstanden*. Amsterdam: Contact.

Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D.D., Koole, S.L. & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149, 1-13.

Korrelboom, K. (2014). Beter, sneller en goedkoper behandelen: kan dat? *Directieve Therapie*, 34, 289-300.

Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*, 6th edition. (169-218). New York: Wiley.

Pope, K.S., & Vetter, V.A. (1991). Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28, 429-438.

Sonne, J.L., & Pope, K.S. (1991). Treating victims of therapist-patient sexual involvement. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28, 174-187.

Verbraak, M., & Hoogduin, K. (2013). Management van de behandeling. In: P. Emmelkamp & K. Hoogduin (red.), *Van mislukking naar succes in de behandeling* (pp 93-112). Amsterdam: Boom.

Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.



Over Kees Korrelboom

Kees Korrelboom (1951) studeerde psychologie aan de Universiteit van Amsterdam. Hij is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Voor de Vereniging van Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT) is hij opleider. In 1995 promoveerde hij aan de Radboud Universiteit op een onderzoek naar de behandeling van patiënten met paniekstoornis met agorafobie. Naast behandelaar is hij ook senior onderzoeker bij PsyQ Haaglanden, onderdeel van de Parnassia Groep. Tevens is hij bijzonder hoogleraar 'translationele en transdiagnostische psychologische interventies in de (geestelijke) gezondheidszorg' bij

het Departement Medische en Klinische Psychologie van Tilburg University. Kees Korrelboom heeft veel gepubliceerd over cognitieve gedragstherapie en psychotherapie in het algemeen. Sinds dit jaar is hij ook [erelid](#) van de VGCT.