

THERAPEUTFACTOREN IN DE PRAKTIJK

Een overzicht

Saskia Mulder



Therapeutfactoren in de praktijk: een overzicht

Het is belangrijk om in de opleiding tot cognitief gedragstherapeut aandacht te besteden aan therapeutfactoren. Uit diverse onderzoeken is namelijk gebleken dat deze intra- en interpersoonlijke vaardigheden een rol spelen bij de effectiviteit van therapeuten. Ook uit de literatuur blijkt dat sommige therapeuten effectiever zijn dan andere therapeuten, in termen van klachtvermindering van cliënten, ongeacht de toegepaste methodiek en de te behandelen doelgroep [1 t/m 13, 16]. Niet eerder was dit een vast onderdeel van de opleiding. In dit artikel lees je om welke vaardigheden het gaat en welke wetenschappelijke evidentie er voor deze factoren bestaat.

Interpersoonlijke factoren

Recent onderzoek heeft aangetoond welke factoren belangrijk zijn in het verklaren van deze verschillen tussen therapeuten. Zo bestaat er een krachtig bewijs dat interpersoonlijke vaardigheden belangrijk zijn voor de effectiviteit van de therapeut. Diverse onderzoeken [2, 3, 4, 5] toonden aan dat therapeuten met betere interpersoonlijke vaardigheden betere therapieresultaten behalen. Met name voor de faciliterende interpersoonlijke vaardigheden is het bewijs het sterkst; het goed beheersen van deze vaardigheden voorspelt zelfs de uitkomst van de behandeling tot vijf jaar later [2]. Therapeuten die hogere scores hebben op deze vaardigheden hebben niet alleen betere therapie-uitkomsten, maar hebben ook een betere therapeutische relatie [3].

Algemeen geformuleerd zijn (faciliterende) interpersoonlijke vaardigheden vermogens om een breed bereik aan interpersoonlijke boodschappen waar te nemen, te begrijpen en te zenden en cliënten ervan te kunnen overtuigen om oplossingen voor hun problemen toe te passen en hun mal-adaptieve patronen te beëindigen.

De interpersoonlijke vaardigheden bestaan uit acht domeinen:

- Emotionele expressie
- Verbale vloeiendheid
- Overtuigingskracht
- Hoop geven
- Warmte, oprechtheid
- Empathie
- Vermogen tot vormen therapeutische relatie
- Herstellen van therapeutische relatie

Er is tevens evidentie voor een aantal andere interpersoonlijke vaardigheden zoals probleemgericht zijn, duidelijke communicatie, kunnen omgaan met kritiek en de bereidheid tot samenwerking [5].

Ook in andere artikelen wordt het belang van interpersoonlijke vaardigheden benadrukt. Bennet-Levy [6] meldde dat bijvoorbeeld Rogers al in 1951 aangaf dat een goede beroepsattitude, waaronder warmte, begripvol reageren, respect en eigenheid, fundamenteel zijn voor het ontwikkelen van een goede effectieve therapeutische relatie. Later werd het belang van deze vaardigheden in de opleiding tot therapeut wetenschappelijk aangetoond, al gold die niet specifiek voor de opleiding tot cognitief gedragstherapeut.

Intrapersoonlijke factoren

Ook intrapersoonlijke factoren blijken belangrijk. Diverse studies toonden het belang aan van de vaardigheid professionele kritische zelfreflectie [8, 9,10,11]. Het theoretisch model van Bennet-Levy vormt een raamwerk waaruit af te leiden is dat zowel de vaardigheid tot professionele kritische zelfreflectie als interpersoonlijke vaardigheden te trainen zijn [10].

Kritische zelfreflectie

In de literatuur omvat de term reflectie een veelheid aan activiteiten. Het gaat om reflectie op het professioneel handelen, maar ook om reflectie op de therapeut als persoon, zeker wanneer dat van invloed is op de therapie. Bennet-Levy doet een voorstel voor een definitie voor reflectie die de VGCT verder hanteert als het gaat om een beschrijving van reflectie:

‘Reflection is the process of intentionally focusing one’s attention on a particular content; observing and clarifying this focus; and using other knowledge and cognitive processes (such as self-questioning, logical analysis and problem-solving) to make meaningful links. Self-reflection is a specific form of reflection in which the content for reflection is self-referenced to one’s thoughts, feelings, behaviors or personal history’ (Bennet-Levy, 2009 p. 121)

Daarbij spelen vragen een rol als: wat zijn mijn sterke en zwakke persoonlijke punten als therapeut? Hoe kan ik de sterke kant gebruiken en hoe de zwakke verbeteren? Welke persoonlijke factoren zijn van invloed op mijn professioneel handelen en hoe kan ik mijn sterke kanten gebruiken en mijn zwakke punten verbeteren?

Binnen de opleiding tot cognitief gedragstherapeut is het van groot belang dat supervisanten op zichzelf leren reflecteren en antwoorden zoeken op bovenstaande vragen. De begeleide intervisie leent zich goed voor deze activiteiten, omdat hier ook het reflecterend vermogen van groepsgenoten leerzaam is. Deelnemers aan de begeleide intervisie kunnen met elkaar reflecteren op bepaalde thema’s. Ook wordt er voor het persoonlijk ontwikkelingsplan een kernkwadrantanalyse gemaakt die een startpunt kan vormen voor het reflecteren op deze onderwerpen.

Bij het reflecteren op deze zaken is een goede balans tussen professionele zelftwijfel en self affiliation (een term waar geen adequate Nederlandse vertaling voor bestaat; de letterlijke vertaling is zelfaansluiting/zelfliefde, in dit verband op te vatten als mildheid jegens zichzelf) belangrijk [8].

‘Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist’

Therapist drift

Therapist drift verwijst naar het verschijnsel dat therapeuten zich niet meer aan het vooropgestelde (evidence-based) behandelplan houden. Zij laten bijvoorbeeld exposure-oefeningen uit de behandeling (op eigen initiatief of op verzoek van de cliënt), terwijl deze wel geïndiceerd zijn. De neiging om de essentiële onderdelen van het behandelplan uit het oog te verliezen zou ontstaan door cognitieve verstoringen, vermijdings- en veiligheidsgedrag en/of emotionele reacties van en door therapeuten [12]. Zowel binnen de intervisie als de supervisie kan stilgestaan worden bij de neiging om af te wijken van het protocol zonder dat daar een gedegen inhoudelijk reden voor is. Wat staat een therapeut in de weg om een geïndiceerde interventie toe te passen?

Zelfzorg

Binnen de intrapersonlijke factoren is ook zelfzorg van belang. Het is weliswaar onduidelijk of de mate van zelfzorg direct van invloed is op therapieresultaten op cliëntniveau, wel is bekend dat adequate zelfzorg bijdraagt aan het voorkomen van uitval en verzuim [14]. Natuurlijk is het voorkomen van uitval en verzuim ook in het belang van cliënten. Wanneer een therapeut gedurende een behandeling uitvalt is dit niet in het belang van de cliënt. Wel is er enige mate van evidentie dat burn-outklachten van therapeuten kunnen leiden tot minder gunstige behandelresultaten wanneer het gaat om de behandeling van angst en depressie [15].

Deliberate practice

Door bezig te zijn met deliberate practice voert de therapeut zijn vak uit op een doelbewuste manier. Deliberate practice is een vorm van reflectie waarbij meteen gebruik gemaakt wordt van bijsturing. Karl Anders Ericsson ontwikkelde een theorie over deliberate practice. Zijn onderzoek wees uit dat topprestaties altijd gebaseerd zijn op een enorme hoeveelheid oefentijd. Onderzoek naar deliberate practice is veel gedaan op het gebied van bijvoorbeeld sport en muziek. Maar ook in het werk van een cognitief gedragstherapeut speelt deliberate practice een belangrijke rol. Je zou deliberate practice kunnen definiëren als een leerproces van vallen en opstaan aan de hand van concrete en gestandaardiseerde monitorinstrumenten, aldus Anton Hafkenscheid.

Chow [17] onderzocht samen met zijn collega's de invloed van deliberate practice op therapie-uitkomsten. Chow definieerde deliberate practice als volgt: *'individualized training activities, especially designed ... to improve specific aspects of an individual's performance through repetition and successive refinement'*. Volgens hem omvat het allerlei activiteiten die therapeuten kunnen uitvoeren om beter te worden in hun vak, waaronder terugluisteren / terugkijken van bandopnames van sessies, intervisie, supervisie, nadenken over sessies (ter voorbereiding of achteraf). Chow en collega's vonden dat met name de tijd die therapeuten besteden aan het, vooral alleen (zonder anderen), overdenken van sessies een significante voorspeller van therapie-uitkomst was. Binnen het onderzoek naar deliberate practice is de definitie niet altijd eenduidig, maar in de kern gaat het om een systematische manier van zelfreflectie en daaropvolgende bijsturing.

Deliberate practice is niet alleen kritische zelfreflectie, maar gaat ook over oefenen van een vaardigheid in de praktijk. Uiteraard oefenen cognitief gedragstherapeuten niet zo herhaaldelijk als bijvoorbeeld een pianist. Het continu herhalen van hetzelfde onderdeel is in ons vak ingewikkeld. Een mogelijkheid van het beoefenen van deliberate practice in ons vak is bijvoorbeeld door (tijdens begeleide intervisie of supervisie) gebruik te maken van rollenspellen.

Kind en jeugd

Bovenstaande therapeutfactoren zijn van belang voor alle therapeuten in het algemeen. Echter, het is goed om rekening te houden met nuances wanneer het gaat om het werken met kinderen en jeugdigen en hun systeem. Diverse onderzoeken toonden bijvoorbeeld aan dat het belang van de kwaliteit van therapeutische alliantie bij de behandeling van kinderen verschilt wanneer ze externaliserende dan wel internaliserende problemen vertonen, en of je het ouders of jeugdigen zelf vraagt (zie voor een overzicht Liber [18]). Daarnaast, net zoals bij de behandelingen van volwassenen speelt het gedrag van de behandelaar, de zogenaamde generieke therapeutische interventies, ook bij de effectiviteit van de behandeling van kinderen en jeugdigen een rol [18]. Onderzoek naar generieke interventies die een gunstiger alliantie of grotere betrokkenheid voorspellen bij internaliserende problemen laten bijvoorbeeld zien dat het belangrijk is om een sessie goed te structureren, warmte en empathie te tonen, duidelijke uitleg over het behandelmodel te geven, aandacht te hebben voor de specifieke ervaringen van jongeren, aanpassen van oefeningen aan de mogelijkheden en interesse van jongeren en het bespreken van verwachtingen van de therapie. Zie voor een overzicht het hoofdstuk van Fjermestad en collega's [19]. Shadish en collega's [20] verwachten dat een gunstiger therapeutische alliantie samenhangt met het feit dat de cliënt de behandeling beter begrijpt en dat dit vervolgens samenhangt met een gunstiger behandeluitkomst.

Kortom, voor het opleiden van cognitief gedragstherapeuten die kinderen, jongeren en hun systeem behandelen, is het belangrijk tijdens de supervisie en begeleide intervisie aandacht te hebben voor het feit dat voor het behandelen van kinderen en jeugdigen er wellicht andere factoren meer of minder van belang zijn dan bij het behandelen van volwassenen.

Tot slot

Het veld van onderzoek naar verschillen in effectiviteit tussen therapeuten is een relatief jong veld. Er is veel beweging in het veld en er komen op relatief korte termijn steeds meer bevindingen naar voren. Op dit moment beschrijven bovenstaande zaken de therapeutfactoren waarvoor nu de meeste evidentie is. Het is goed mogelijk dat dit de komende jaren sterk zal veranderen. De VGCT zal deze ontwikkelingen nauwlettend volgen. Tevens is het belangrijk om bij het duiden van de literatuur op te merken dat dit onderzoek meestal niet werd gedaan onder cognitief gedragstherapeuten (die veel gebruikmaken van specifieke behandeltechnieken) maar onder psychotherapeuten in het algemeen.

Meer informatie

Voor meer informatie over therapeutfactoren kun je op www.vgct.nl/video twee video's bekijken. Ook kun je de e-learning *Therapeutfactoren in de praktijk* doorlopen. Cognitief gedragstherapeuten in opleiding hebben een PE-portfolio nodig voor het bekijken van de e-learning. Supervisoren kunnen de hele e-learning doorlopen door op e-learning.vgct.nl een account aan te maken. Als je de e-learning alleen wilt bekijken maar niet actief wilt doorlopen, vind je op <https://www.vgct.nl/supervisie-geven> een pdf van de e-learning.

Bronnen

1. Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M.J., Saxon, D. (2017) Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In: Castonguay, L.G. & Hill, C.E. (2017) *How and why are some therapists better than others?* Washington, APA
2. Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755-768. Doi:10.1002/jclp.20583
3. Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J.K., & Uhlin, B.D. (2016a) Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 5, 511-529. Doi: 10.1080/10503307.2015.1049671
4. Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016b). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 57-66. Doi: 10.1037/ccp0000060
5. Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research*, 27, 642-652. Doi: 10.1080/10503307.2015.1125546
6. Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 57-78. Doi:10.1017/S1352465805002420
7. Mahoney, M. J. (2000). Training future psychotherapists. In C. R. Snyder and R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of Psychological Change* (pp. 727-735). New York: Wiley.
8. Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2015). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 48-60. doi: 10.1002/cpp.1977
9. Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 614-625. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0790-5>.
10. Bennett-Levy, J. & Finlay-Jones, A. (2018): The role of personal practice in therapist skill development: a model to guide therapists, educators, supervisors and researchers, *Cognitive Behaviour Therapy*, doi: 10.1080/16506073.2018.1434678
11. Bennett-Levy, J., Thwaites, R., Chaddock, A., & Davis, M. (2009). Reflective practice in cognitive behavioural therapy: The engine of lifelong learning. In J. Stedmon, & R. Dallos (Eds.). *Reflective practice in psychotherapy and counselling* (pp. 115-135). Maidenhead: Open University Press.
12. Waller, G. (2014). Empirisch onderbouwde therapie en Therapist Drift. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*.
13. Heinonen, E. & Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*. Doi:10.1080/10503307.2019.1620366 15
14. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*, 14(3), 204-220. doi: 10.1108/13620430910966406
15. Delgado, J., Saxon, D., & Barkham, M. (2018). Associations between therapists' occupational burnout and their patients' depression and anxiety treatment outcomes. *Depression and anxiety*, 35(9), 844-850

16. Wampold, B.E., Baldwin, S.A., grosse Holthforth, M., & Imel, Z. (2017) What characterizes effective therapists? In Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. American Psychological Association.
17. Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*, 337-345. Doi: 10.1037/pst0000015
18. Liber, J. M. (2020). Evidence-based behandelen bij kinderen en adolescenten. *Tijdschrift voor Gedragstherapie, 53*, 156-173.
19. Fjermestad, K. W., McLeod, B. D., Tully, C. B., & Liber, J. M. (2016). Therapist characteristics and interventions: Enhancing alliance and involvement with youth. In S. Maltzman (Ed.), *The Oxford handbook of treatment processes and outcomes in psychology: A multidisciplinary, biopsychosocial approach* (pp. 97–116). Oxford University Press.
20. Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 126*, 512-529.