



ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD

**PSYCHOTHERAPIEËN:
DEFINITIES, PRAKTIJK, ERKENNINGSVOORWAARDEN**

(HGR n° 7855 – Goedgekeurd door de werkgroep op 21/06/2005 en
gevalideerd door het Overgangscollege op 13/07/2005)

Samenvatting

Aan de psychosociale aspecten van ziekte en gezondheid wordt tegenwoordig steeds meer aandacht geschonken. Dit advies ("Psychotherapieën: definities, praktijk en erkenningsvoorwaarden") volgt op een aanvraag van de Gezondheidsoverheden, vanuit een bekommernis om een optimale kwaliteit te garanderen in de geestelijke gezondheidszorg. Naar aanleiding van de toenemende vraag naar psychotherapieën als specifieke behandelingsvorm, wenst het Kabinet van Volksgezondheid dat de Hoge Gezondheidsraad op een aantal vragen die daarop betrekking hebben zou antwoorden en een aantal aanbevelingen daaromtrent zou formuleren.

De Hoge Gezondheidsraad heeft daartoe een experten werkgroep opgericht. Na een inleiding met een algemeen kader voor de psychotherapie, biedt het eerste deel een uiteenzetting over de verschillende modaliteiten van de psychotherapeutische praktijken in België en in Europa. Dit deel vestigt in het bijzonder de aandacht op het feit dat ons land niet beschikt over een wettelijke regeling en erkenning terzake, wat natuurlijk een bron is voor verkeerde informatie, mogelijke misbruiken en misstanden. Daarom is wetgeving op dit gebied noodzakelijk.

In het tweede deel van het advies wordt een lijst opgemaakt van wetenschappelijk bewijsmateriaal (« evidence based ») ten voordele van de doeltreffendheid van de psychotherapieën. Deze benaderingswijze wordt vervolledigd indien rekening wordt gehouden met andere criteria die voor de goede praktijk op dit gebied onontbeerlijk zijn. Daarenboven worden in dit verslag de vier hoofdoriëntaties voorgesteld die voldoende wetenschappelijk gevalideerd zijn: de psychoanalytisch en psychodynamisch georiënteerde psychotherapieën, de cognitief en gedragstherapeutisch georiënteerde therapieën, systeem- en familietherapie, cliëntgerichte-experientiële psychotherapie. Voor elk van deze oriëntaties wordt in het deel dat eraan wordt besteed, een definitie gegeven, wordt de evolutie van de standpunten en de praktijk geschetst, worden de elementen voor de validatie van hun doeltreffendheid en de voornaamste bibliografische referenties gegeven.

Het laatste deel wordt besteed aan aanbevelingen inzake het gezondheidsbeleid, waarvan de belangrijkste de noodzakelijkheid betreft van een specifieke wettelijke regeling op het gebied van de psychotherapieën, zoals dit in andere landen van de Europese Gemeenschap reeds het geval is of zal zijn.

Deze regeling moet vooral betrekking hebben op de voorwaarden waaronder de psychotherapeutenopleiding kan worden gevolgd. Het advies bepaalt het studieniveau noodzakelijk om toegang te hebben tot de specifieke opleiding in de psychotherapie. Verder omschrijft het de onontbeerlijke voorkennis en in het bijzonder de noodzaak van een klinische stage-ervaring van tenminste zes maand voltijds in de klinische geestelijke gezondheidszorg. De eigenlijke specifieke opleiding dient een specifieke theoretische en technische vorming te omvatten in het kader van één van de oriëntaties die hierboven werden gedefinieerd, alsook een persoonlijk leertherapeutisch proces, gesuperviseerde oefeningen in de klinische praktijk, en tenslotte een geschreven eindwerk. De opleiding omvat gespreid over een periode van 3 jaar tenminste 1200 uren in de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder ten minste 500 psychotherapiezittingen in contact met patiënten/cliënten. Deze zittingen omvatten tenminste 4 patiënt/cliënt-contacten per week. Daarenboven dient ook nadat de erkenning werd verkregen, een permanente vorming met kwaliteitscriteria te worden verzekerd.

Naast het verwerven van specifieke professionele technieken, vergt de goede praktijk op dit gebied:

- dat de psychotherapeut een aantal persoonlijke kwaliteiten bezit, bijvoorbeeld op ethisch vlak, m.b.t. respect voor de persoon, integriteit, verantwoordelijkheid.
- dat de psychotherapeutische praktijk in een globale, holistische, bio-psychosociale benadering van de gezondheidsproblematiek van de betrokken persoon wordt geïntegreerd.
- dat men zich niet alleen op wetenschappelijk bewijsmateriaal ("evidence based") steunt, maar dat ook rekening wordt gehouden met andere algemeen erkende criteria in de praktijk op dit gebied ("practice based") of ook met criteria die betrekking hebben tot de waardebeleving van de patiënt/cliënt ("value based").

Tenslotte dient een bijzondere aandacht te worden besteed aan de economische drempels die de toegankelijkheid tot de psychotherapieën bepalen, opdat elke burger ervan zou kunnen genieten.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	6
1.1. HET TOENEMENDE BELANG VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	6
1.2. DEFINIËRING VAN DE PSYCHOTHERAPIE ALS SPECIFIEK ZORGAANBOD	7
1.3. ALGEMENE BESCHOUWING	7
1.4. HET PERSPECTIEF VAN DE GEBRUIKER	8
1.5. POTENTIËLE RISICO'S VAN DE PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAKTIJK	9
1.5.1. <i>Incidentie en prevalentie</i>	9
1.5.2. <i>Rapportage van klachten in België</i>	9
2. PRAKTIJK EN REGELGEVING INZAKE PSYCHOTHERAPIE	11
2.1. DE PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAKTIJK IN BELGIË.....	11
2.1.1. <i>Een verkennend onderzoek.....</i>	11
2.1.2. <i>Basisopleiding en gespecialiseerde opleiding.....</i>	11
2.1.3. <i>Referentiekaders van de psychotherapieën.....</i>	12
2.2. REGLEMENTERING VAN PSYCHOTHERAPEUTISCHE ACTIVITEITEN IN EUROPA	13
2.2.1. <i>Belang van een wettelijke regeling.....</i>	13
2.2.2. <i>Regulerende instanties</i>	14
2.2.3. <i>Het opleidingsparcours.....</i>	14
3. WETENSCHAPPELIJKE GEGEVENS BETREFFENDE DE PSYCHOTHERAPIEËN	16
3.1. INLEIDING.....	16
3.1.1. <i>Overzicht van het empirisch onderzoek</i>	16
3.1.2. <i>Diversiteit aan onderzoekswegen.....</i>	16
3.1.3. <i>Basis van het therapeutisch handelen</i>	17
3.2. PSYCHOANALYTISCH EN PSYCHODYNAMISCH GEORIËNTEERDE THERAPIE.....	18
3.2.1. <i>Definitie.....</i>	18
3.2.2. <i>Ontwikkeling.....</i>	18
3.2.3. <i>Evaluatie.....</i>	19
3.2.4. <i>Referenties.....</i>	21
3.3. COGNITIEF EN GEDRAGSTHERAPEUTISCH GEORIËNTEERDE PSYCHOTHERAPIE ...	22
3.3.1. <i>Definitie.....</i>	22
3.3.2. <i>Ontwikkeling.....</i>	22
3.3.3. <i>Evaluatie.....</i>	23
3.3.4. <i>Referenties.....</i>	25
3.4. SYSTEEM- EN FAMILIETHERAPIE.....	26
3.4.1. <i>Definitie.....</i>	26
3.4.2. <i>Ontwikkeling.....</i>	26
3.4.3. <i>Evaluatie.....</i>	27
3.4.4. <i>Referenties.....</i>	28
3.5. CLIËNTGERICHT-EXPERIËNTIËLE PSYCHOTHERAPIE	29
3.5.1. <i>Definitie.....</i>	29
3.5.2. <i>Ontwikkeling.....</i>	29
3.5.3. <i>Evaluatie.....</i>	30
3.5.4. <i>Referenties.....</i>	31

4. AANBEVELINGEN INZAKE VOLKSGEZONDHEID	32
4.1. OPLEIDING	32
4.1.1. Vereiste basisopleiding	32
4.1.2. Specifieke opleiding.....	33
4.1.3. Nascholing.....	34
4.2. BASISPRINCIPES VOOR HET PROFESSIONEEL HANDELEN.....	34
4.2.1. Integriteit.....	34
4.2.2. Respect	34
4.2.3. Deskundigheid.....	35
4.2.4. Verantwoordelijkheid.....	35
4.3. RICHTLIJNEN VOOR DE BEST MOGELIJKE PRAKTIJK	35
4.3.1. Noodzaak van methodisch werken	35
4.3.2. Wetenschappelijk onderzoek en de praktijk.....	36
5. REFERENTIES.....	37
6. BIJLAGEN: BASISDOCUMENTEN VAN DE VIER PSYCHOTHERAPEUTISCHE ORIËNTATIES	40
6.1. PSYCHOANALYTISCH EN PSYCHODYNAMISCH GEORIËNTEERDE PSYCHOTHERAPIE	40
6.1.1. Theoretische, methodologische en ethische funderingen van de psychoanalytische aanpak.....	40
6.1.2. Stand van het kwantitatieve onderzoek naar de doeltreffendheid van de psychoanalytisch georiënteerde psychotherapieën.....	42
6.1.3. Op case study gebaseerd empirisch onderzoek.....	46
6.1.4. Het opleidingsproces van de psychoanalyticus samengaande klinische onderzoek	48
6.1.5. Referenties.....	49
6.2. COGNITIEF EN GEDRAGSTHERAPEUTISCH GEORIËNTEERDE PSYCHOTHERAPIE ...	55
6.2.1. Inleiding en definities	55
6.2.2. Beperkingen vooraf.....	55
6.2.3. Empirisch ondersteunde behandelingen in cognitieve en gedragstherapie.....	56
6.2.4. Belang van het begrip van empirische ondersteuning van psychotherapeutische ingrepen voor de opleiding van psychotherapeuten	61
6.2.5. Besluiten.....	62
6.2.6. Referenties.....	65
6.3. SYSTEEM- EN FAMILIETHERAPIE.....	66
6.3.1. Voorwoord.....	66
6.3.2. Inleiding	66
6.3.3. Specifieke Klinische toestanden	67
6.3.4. Besluiten.....	73
6.3.5. Referenties.....	74
6.4. CLIENTGERICHT-EXPERIËNTIËLE PSYCHOTHERAPIE	79
6.4.1. Recente handboeken en overzichtsartikelen.....	79
6.4.2. Empirische ondersteuning: outcome- en procesonderzoek	80
6.4.3. Besluit.....	84
6.4.4. Referenties.....	85

Adviesopmaak

Volgend advies werd opgesteld door een werkgroep van de Hoge Gezondheidsraad, onder het voorzitterschap van professor I. Pelc

De werkgroep bestond uit de volgende personen:

- ANSSEAU Marc
- BOON Henri
- COOLS Bob
- COSYNS Paul
- DE GUCHT Véronique
- DEMYTTENAERE Koen
- DE NEUTER Patrick
- DIERICK Michel
- ELKAÏM Mony
- FOUCHET Philippe
- GERITS Pol
- IGODT Paul
- KITTEL France
- LIETAER Germain
- LIEVENS Paul
- PARDOEN Dominique
- PELC Isidore
- PHILIPPOT Pierre
- SZAFRAN Arthur Willy
- VAN BROEK Nady
- VAN HEERINGEN Cornelis
- VERHOFSTADT-DENEVE Leni
- WEIL Françoise

Het wetenschappelijk secretariaat werd waargenomen door :

- STEINBERG Pascale
- MARTIN Sandrine

De werkgroep is samengekomen op de volgende data:

- 15 /01/2004:14u30-16u30
- 12/02/2004: 16u-18u
- 04/03/2004: 14u30-16u30
- 22/04/2004: 16u-18u
- 27/05/2004: 14u30-16u30
- 01/07/2004: 16u-18u
- 16/09/2004: 14u30-17u30
- 21/10/2004: 16u-18u
- 28/01/2005: 14u-16u
- 10/05/2005: 14u30-16u30
- 21/06/2005: 16u30-18u30

1. Inleiding

1.1. *Het toenemende belang van de geestelijke gezondheidszorg*

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2001, 2002, 2003, 2005) wijst op de toenemende zorgvraag omwille van psychische problemen. Eén op vier mensen wordt in zijn of haar leven geconfronteerd met ernstige psychische of psychiatrische stoornissen. Depressie wordt de ziekte van de eenentwintigste eeuw.

Een recente Europese epidemiologische studie (Bruffaerts e.a., 2004a) vat de bevindingen in verband met de prevalentie van mentale stoornissen bij volwassenen en ouderen in België als volgt samen: “Meer dan 27 % had ooit in zijn/haar leven een mentale stoornis; één op negen (10,7 % van de totale bevolking) had een mentale stoornis in het laatste jaar. D.w.z. meer dan twee miljoen Belgen heeft ooit een mentale stoornis doorgemaakt en meer dan 800.000 personen hadden een mentale stoornis in het voorbije jaar. Depressie in enge zin en alcoholmisbruik komen het vaakst voor op lifetimebasis, terwijl depressie in enge zin en specifieke fobie het meest voorkwamen in het voorbije jaar.”

In verband met het zorggebruik komt men in diezelfde studie tot de volgende conclusies (Bruffaerts e.a., 2004b): “Slechts één op drie van de personen met een mentale stoornis (3,5 % van de totale bevolking) raadpleegt een professionele hulpverlener. Personen met een stemmingsstoornis raadplegen vaker een hulpverlener (43 %), dan diegenen met een angststoornis (38 %) of een alcoholgerelateerde stoornis (17 %). De huisarts werd het vaakst geraadpleegd, al dan niet in combinatie met een psychiater. Van diegenen die hulp zochten kreeg de meerderheid een medicamenteuze behandeling (al dan niet in combinatie met een psychologische), maar kreeg ook 25 % geen behandeling.” Voor wat betreft kinderen en jongeren blijkt dat 22 % voldoet aan de criteria van een psychiatrische stoornis en dat slechts drie procent van het totale aantal jongeren effectief een zorgvraag formuleert.

Parallel aan de toenemende zorgvraag is het zorgaanbod in de voorbije decennia aanzienlijk verbeterd en uitgebreid. Zowel de biologische als de psychosociale behandelingsvormen werden gedifferentieerder en effectiever. De Wereldgezondheidsorganisatie pleit uitdrukkelijk voor een biopsychosociale benadering van psychische en psychiatrische problemen. Psychotherapie, als specifieke behandelingsvorm, wordt op wetenschappelijke basis aanvaard als effectieve behandelingsvorm. “Encouraging evidence has recently emerged in relation to the cost-effectiveness of psychotherapeutic approaches to the management of psychosis and the range of mood and stress-related disorders, in combination with or as an alternative to pharmacotherapy. A consistent research finding is that psychological interventions lead to improved satisfaction and treatment concordance, which can contribute significantly to reduced rates of relapse, less hospitalisation and decreased unemployment. The additional costs of psychological treatments are countered by decreased unemployment. The additional costs of psychological treatments are countered by decreased levels of other health service support or contact.” (WHO, 2001)

1.2. Definiëring van de psychotherapie als specifiek zorgaanbod

Psychotherapie is een behandelingsvorm in de gezondheidszorg waarin men op een consistente en systematische wijze een samenhangend geheel van psychologische middelen (interventies) hanteert, die geworteld zijn binnen een psychologisch wetenschappelijk referentiekader. Ze wordt uitgeoefend door iemand die daartoe is opgeleid, binnen een relatie psychotherapeut-patiënt/cliënt, teneinde psychologische moeilijkheden, conflicten en stoornissen bij de patiënt/cliënt op te heffen of te verminderen. De patiënt/cliënt kan zijn een individu, maar ook een sociaal systeem (paar, gezin, groep). Het (individu, sociale systeem) heeft problemen of klachten waarvoor het hulp zoekt. Deze klachten en problemen hebben betrekking op psychologische, somatische en sociale facetten van zijn functioneren.

Ze worden gezien vanuit :

- de persoonlijke subjectiviteit van de patiënt/cliënt, met name :
 - ofwel intrapsychische conflicten, ontstaan in de loop van de ontwikkeling;
 - ofwel belevingsproblemen;
- relatieproblemen binnen één of meerdere systemen, waarvan de patiënt/cliënt deel uitmaakt;
- gedragsproblemen en somatische symptomen.

In de regel versterken en onderhouden deze problemen elkaar.

1.3. Algemene beschouwing

De huidige samenleving wordt gekenmerkt door een uitgesproken streven naar een gezondheidsideaal. Fysisch en psychisch lijden, tekorten of disfuncties moeten zo snel mogelijk worden opgelost of gecorrigeerd door een aangepaste therapie. Dit hoge ideaal leidt tot veel bijkomend psychisch leed en kost de betrokkenen en de samenleving veel geld. De realiteit is immers dat veel mensen worden geconfronteerd met lichamelijke of psychische beperkingen die niet zomaar te verzorgen en te genezen zijn.

Psychotherapie biedt vaak een adequate oplossing voor welbepaalde psychische problemen, maar kent ook haar beperkingen. De mogelijkheden van psychotherapie mogen niet overschat, maar ook niet onderschat worden. Patiënten hebben recht op correcte informatie over wat ze wel en niet mogen verwachten van psychotherapie. De eerste stap in een psychotherapeutisch proces is steeds een nauwkeurige verkenning en formulering van het probleem in overleg met de patiënt. Op basis daarvan kan men komen tot een adequate indicatiestelling en een realistische aanpak van de problemen.

Naast de psychotherapie zijn er ook andere waardevolle psychosociale interventietechnieken (zoals counseling of psychosociale begeleiding, crisisinterventie, psycho-educatie,...) die hun nut bewezen hebben voor specifieke problemen en in sommige gevallen meer aangewezen zijn dan psychotherapie.

1.4. Het perspectief van de gebruiker

In de WGO-verklaring (WHO, 2005) over de geestelijke gezondheidszorg in Europa wordt met nadruk meer aandacht gevraagd voor de participatie van de gebruikers (patiënten en hun families). De gebruiker moet een actieve rol in zijn gezondheid gaan spelen. Naast het onderzoek dat zich baseert op objectieve criteria met betrekking tot de ernst van de klachten voor en na de psychotherapeutische behandeling, dient men dus ook rekening te houden met onderzoek dat gebaseerd is op subjectieve uitkomstvariabelen zoals de tevredenheid van de gebruiker.

Recent werd in Duitsland een grootschalig onderzoek (Riedel-Heller, Matschinger & Angermeyer, 2005) uitgevoerd naar de houding van leken ten aanzien van de behandeling van psychische stoornissen. Bij een representatieve steekproef (n=5015) peilde men via een gestructureerd interview naar het concrete beslissingsproces en de voorkeur voor hulpbronnen en behandelingsopties naar aanleiding van twee casussen van een persoon met een psychische stoornis (schizofrenie en ernstige depressie). Hoewel de meeste mensen professionele hulp van een gezondheidswerker verkiezen, blijkt er een grote kloof te zijn tussen evidence based behandelingen en de publieke opinie. Psychotherapie is veruit de meest verkozen behandeling. Psychotrope medicatie daarentegen werd slechts door een minderheid gekozen als eerste keuze.

In navolging van een enquête uitgevoerd door een Amerikaanse verbruikersunie bevroeg Testaankoop gebruikers van psychotherapie in een aantal Europese landen (Kupers & Starquit, 2003): 14.000 mensen waaronder 3.000 Belgen beantwoordden de vragenlijst. Eén op vier van de respondenten had psychotherapeutische hulp gezocht, met name voor depressie en angst, maar ook voor stressklachten en relationele problemen. Voor deze hulp richtten ze zich tot de huisarts, de psychiater of de psycholoog. Bij deze gebruikers werd onder meer gepeild naar de mate van verbetering die ze ondervonden en naar hun tevredenheid met dit resultaat. Het globale resultaat bleek positief te zijn. Telkens ruim de helft tot drie kwart van de ondervraagden gaf aan het probleem te hebben opgelost waarvoor ze consulteerden. Ook hun relaties met anderen, hun zelfvertrouwen en hun stemming bleken in dezelfde mate verbeterd. Na psychotherapie geeft ruim de helft van de gebruikers ook aan meer te genieten van het leven en het gevoel te hebben zich meer te ontplooiën. Hun stemming is beter en stress wordt beter gehanteerd. Deze resultaten zijn het meest uitgesproken wanneer psychotherapie gecombineerd werd met medicatie. Medicatie alleen bleek veel minder effectief dan verbale therapie alleen. Wat de verstrekkers betreft, bleken patiënten van psychiaters en psychologen significant meer te zijn vooruit gegaan dan zij die enkel bij hun huisarts te rade gingen. In geval enkel met verbale therapie gewerkt wordt, voelen mensen zich het meest verbeterd en tevreden bij de psycholoog.

Gebruikers bleken onvoldoende op de hoogte van de verschillen tussen psychotherapieoriëntaties en indicaties en wisten eveneens vaak niet tot welke professionele hulpverleners ze zich het best richtten met welke klachten. Ook de gebrekkige toegankelijkheid en de grote variatie in kostprijs stemde de consumenten ontevreden.

1.5. Potentiële risico's van de psychotherapeutische praktijk

Zowel uit klachten van patiënten als uit onderzoek blijkt dat psychotherapie niet altijd leidt tot positieve resultaten. De gerapporteerde problemen gaan van verkeerde diagnoses en indicatiestelling, over toepassen van foute, nutteloze of schadelijke interventies tot het overtreden van de deontologische regels. De psychotherapeutische werkrelatie impliceert een afhankelijkheid die misbruikt kan worden. In België zijn er geen exacte cijfers over misbruiken in de hulpverleningsrelaties. Studies uit het buitenland geven enig idee van de omvang van het probleem. Er is wel een beperkt zicht op klachtenregistraties.

1.5.1. Incidentie en prevalentie

In een aantal studies werden de hulpverleners zelf bevraagd omtrent hun eigen functioneren. Uit een overzicht van Canadese studies uitgevoerd bij gezondheidswerkers geeft 1 tot 17 % van hen zelf aan een seksuele relatie te hebben gehad met minstens één patiënt (Special Task Force on the Sexual Abuse of Patients, 2001). Van deze groep geeft 33 tot 80 % aan dat dit niet eenmalig was en plaats vond met meerdere cliënten. Ook in andere overzichtsstudies (Trijsburg, 1991; Jehu, 1994; Gabbard, 1995; Pope, Sonne & Holroyd, 1996; Lamb & Catanzaro 1998) zou seksueel contact in de therapeutische relatie bij 5 tot 10 % van de therapeuten zijn voorgekomen. Vaak zijn therapeuten zich zelf niet bewust van het feit dat ze de grenzen van de relatie overschrijden. Borys (1988) constateerde dat nagenoeg 10 % van de psychotherapeuten aangeeft eigen problemen aan hun cliënten te vertellen. Ruim de helft van hen bleek geen graten te zien in het aanvaarden van kleine geldsommen (10 dollar). Sommigen aanvaardden uitnodigingen om aanwezig te zijn op speciale gebeurtenissen of vinden het geen probleem om werknemers in therapie te nemen.

Wanneer men de gebruikers bevraagt, vindt men veel hogere cijfers voor diverse vormen van misbruik. In een Canadese studie gaf 8 % van de ondervraagde patiëntes aan minstens één maal seksueel te zijn benaderd door een gezondheidswerker (Special Task Force on the Sexual Abuse of Patients, 2001). In een andere Canadese studie in opdracht van de Orde van Geneesheren in British Columbia (Task force of the college of physicians and surgeons of British Columbia, 1992) rapporteerden 1 tot 10 % van zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten grensoverschrijdend gedrag gaande van seksueel getinte opmerkingen tot onnodige intieme aanrakingen. Cliënten melden vaak misbruiken van een vorige therapeut aan een volgende. In een studie van Parsons en Wincze (1995) gaven 26 % van de psychologen aan patiënten in behandeling te hebben die in een vorige relatie met grensoverschrijding te maken kregen.

De cijfergegevens zijn schaars en interpretatie is niet altijd makkelijk. De betrouwbaarheid en de validiteit van de gegevens zijn vaak problematisch. Toch mag dit geen reden zijn om het probleem te ontkennen of te onderschatten.

1.5.2. Rapportage van klachten in België

Ook voor België beschikken wij niet over systematische studies met representatieve steekproeven. Patiënten met klachten richten zich tot verschillende instanties.

Een aantal patiënten vindt de weg naar de beroepsverenigingen waar ze hun klacht uiten. Zo ontvangt de Ethische Commissie van de Belgische Federatie van Psychologen jaarlijks ongeveer 30 klachten (Nederlandt, 2004). Dit is wellicht het topje van de ijsberg, aangezien zeer weinig gebruikers de Federatie kennen. Bovendien zijn een groot aantal psychotherapeuten geen psycholoog en zijn talrijke psychologen/psychotherapeuten geen lid van de federatie.

De klachten die bij deze ethische commissie toekomen, zijn dezelfde als diegene die uit internationaal onderzoek naar voren komen. In een aantal gevallen gaat het over professionele fouten. Hiervan is bijvoorbeeld sprake, wanneer een psychotherapeut een negatief advies formuleert op basis van dossiergegevens van 10 jaar geleden zonder de betrokken cliënt opnieuw te hebben gezien, of een rapport schrijven op basis van tekeningen die kinderen thuis maakten in het bijzijn van de ouders.

Een aantal klachten betreft het beroepsgeheim. Regelmatig worden vooral in dossiers waarin er ook juridische tussenkomst is, fouten gemaakt tegen het beroepsgeheim door informatie uit de contacten aan de tegenpartij of slechts aan één van beide ouders mee te delen. De meest voorkomende klachten zijn therapeuten die in een dubbele rol zitten, financieel onduidelijk of niet correct handelen, eigen voordeel uit de relatie halen of de relatie ombuigen tot een persoonlijke, romantische of intieme relatie.

De commissie deontologie hoort de klachten en onderzoekt deze. Indien de hulpverlener in kwestie psycholoog is, lid is van de federatie en hij blijkt in fout te zijn, dan wordt hij hierop gewezen en kan hij een vermaning krijgen of uitgesloten worden van lidmaatschap. Van verdere sancties is geen sprake. Cliënten die een klacht indienen, zijn meestal zeer gefrustreerd als ze te horen krijgen dat de Federatie over geen enkele mogelijkheid tot sanctie beschikt en dat er ook geen andere instanties zijn die dit op zich nemen.

Psychologen-psychotherapeuten worden ook regelmatig geconfronteerd met klachten van cliënten over collega's. Bepaalde misbruiken vertonen alle karakteristieken van de werkwijze van sekten. In die situaties kan naar de betreffende wetgeving verwezen worden, al volstaat dit geenszins om alle problemen te kunnen aanpakken. Het gaat meestal om het onder druk zetten van cliënten om in therapie te blijven, om partners en familieleden mee te brengen en om zich verplicht in te schrijven voor dure bijkomende activiteiten. Op het relationele vlak krijgen cliënten te maken met psychotherapeuten die hen proberen te overtuigen van hun interpretatie, boos worden wanneer de cliënt een afwijkende mening of wens uit en de sessies gebruiken om eigen emoties en ervaringen te bespreken.

In uitvoering van de wet op de patiëntenrechten van 2002 moet elk ziekenhuis een ombudsdienst aanstellen. Ook op provinciaal en nationaal niveau is er een ombudspersoon waar patiënten terecht kunnen met klachten over zorgverstrekkers waarvoor geen specifieke ombudsdienst is opgericht. Zij maken een jaarverslag op van hun werking dat wordt overgemaakt aan de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" en aan de federale minister van Volksgezondheid. In het meest recente jaarverslag van de Nederlandstalige Ombudspersoon (Dijkhoffz, 2005) wordt voor het eerst expliciet melding gemaakt van een zevental ernstige klachten tegen psychotherapeuten. Het betreft klachten over financieel misbruik, machtsmisbruik,

grensoverschrijdend gedrag en onwettige uitoefening van de geneeskunde. Bij gebrek aan wettelijke basis kan ook deze instantie de klachten alleen signaleren zonder enig juridisch gevolg.

2. Praktijk en regelgeving inzake psychotherapie¹

2.1. De psychotherapeutische praktijk in België

2.1.1. Een verkennend onderzoek

Aansluitend bij een grootschalige enquête omtrent psychotherapie in Nederland (Trijsburg, Lietaer & Colijn, 2000) werd een onderzoek uitgevoerd in België. De gestelde vragen betroffen de persoon van de psychotherapeut en zijn werkcontext. Ook zijn therapeutische oriëntatie, gebruikte interventies en visie op psychotherapie werden bevraagd.

De vragenlijst werd opgestuurd naar een zo representatief mogelijke steekproef van hulpverleners die zelf aangeven psychotherapeutische activiteiten uit te voeren. Leden van specialistische psychotherapieverenigingen en opleidingscentra voor psychotherapie en personen vermeld onder de rubriek "Psychotherapeuten en psychoanalytici" van de Gouden Gids (ITT-Promedia) werden aangeschreven. Ook de beroepsverenigingen waarvan een aantal leden aangeeft psychotherapeutische activiteiten te verrichten, met name orthopedagogen, seksuologen, maatschappelijk werkers, gegradueerden in de psychologie, gegradueerden in de orthopedagogie, ergotherapeuten, gegradueerden in de psychiatrische en sociale verpleegkunde en kinesitherapeuten werden in het onderzoek betrokken. In totaal kregen 5773 Nederlandstalige en Franstalige personen een vragenlijst in de bus.

2.1.2. Basisopleiding en gespecialiseerde opleiding

Van de aangeschreven psychotherapeuten stuurden 35 % van de Nederlandstaligen en 14 % van de Franstaligen de enquête ingevuld terug. De hieronder vermelde resultaten zijn gebaseerd op de antwoorden van de groep psychotherapeuten die bereid waren om mee te werken. In beide taalgroepen, maar vooral in de Franstalige steekproef, is er een uitgesproken overwicht aan vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 42 jaar. Meer dan de helft van de respondenten in de totale groep zijn psycholoog, 1 op 8 respondenten is arts, de overigen hebben een andere basisopleiding in de menswetenschappen (graduaat en andere) genoten. Een aantal psychotherapeuten oefenen dit beroep uit zonder basisopleiding in de menswetenschappen.

Een kwart van de respondenten heeft een solopraktijk als primaire werkcontext. In Franstalig België is dit veruit de belangrijkste werkplek (28 %), de Nederlandstalige respondenten zitten meer verspreid over privé praktijken, psychiatrische en algemene ziekenhuizen en ambulante diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg.

¹ Gebaseerd op het onderzoek van Lietaer, G. Van Broeck, N. & Igodt, P. (2003). *Beroepsprofiel van de psychotherapeut in België*. Onderzoeksrapport gefinancierd door de FOD Volksgezondheid, Brussel. Het volledige rapport is te consulteren op: www.bfp-fbf.be onder "Nieuws/Nouvelles", 04.04.03. In verder uitgewerkte vorm zijn/worden de onderzoeksbevindingen gepubliceerd in volgende tijdschriften: Tijdschrift Klinische Psychologie, 2005, 35, het volledige nummer 1; Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie, 2005, 43, nummer 3.

De grote meerderheid (80 %) van de respondenten zegt een specialistische opleiding én/of een persoonlijke therapie te hebben genoten die meerdere jaren omvat. Bij de Nederlandstaligen gaat het meer over een langer durende therapieopleiding, bij de Franstaligen overweegt de persoonlijke therapie of een combinatie van kortdurende vormingsactiviteiten.

De meeste respondenten beoefenen dit werk deeltijds. Opvallend is wel dat de meeste therapeuten aangeven een belangrijk deel van hun tijd te besteden aan nascholing.

Toch dient men voor ogen te houden dat al deze cijfers slechts 35% van de gecontacteerde Nederlandstalige en 14% van de gecontacteerde Franstalige therapeuten betreffen. Bijkomend onderzoek met betrekking tot diegenen, die niet hebben geantwoord, is dus wenselijk.

2.1.3. Referentiekaders van de psychotherapieën

Wat het conceptueel kader of de psychotherapeutische oriëntaties betreft, wijst dezelfde enquête erop dat er duidelijke verschillen zijn tussen Franstalig en Nederlandstalig België. In Franstalig België is het psychoanalytisch denkkader veruit het belangrijkste en zijn de cognitief-gedragstherapeutische en cliëntgericht-experiëntiële benaderingen eerder marginaal. In Nederlandstalig België zijn de verschillende oriëntaties in ongeveer gelijke mate vertegenwoordigd. Systeemtherapie is in beide landsgedeelten even populair. Van de artsen zijn de meesten psychoanalytisch en psychodynamisch georiënteerd, de gegradueerden werken voornamelijk systeemtherapeutisch, de psychologen verdelen zich over de diverse hoofdoriëntaties.

Interessant zijn ook de cijfers omtrent het combineren van meerdere oriëntaties en het eclectisch en integratief werken. Slechts 28 % van de Franstalige psychotherapeuten geeft aan eclectisch te werken. Bij de Nederlandstaligen is dit 40 %. Toch blijft psychotherapie-integratie in België zeer beperkt in vergelijking met de evoluties in de USA. Psychoanalytische therapeuten zijn minder geneigd andere denkwijzen in hun werk te integreren dan cliëntgericht-experiëntiële-, systeem- en cognitieve- en gedragstherapeuten. Als de psychoanalytici combineren is de systeemrichting het meest populair en gedragstherapie minst populair.

Een groot deel van de psychotherapeuten werkt vrij geïsoleerd en leggen weinig contacten met andere disciplines. Als er contacten zijn, is dit meestal met andere beroepsgroepen uit de geestelijke gezondheidszorg, zoals psychiaters en maatschappelijk werkers, veel minder met somatische artsen en verpleegkundigen.

Belgische psychotherapeuten spenderen gemiddeld 43 sessies per therapie (de bechreven therapiën zijn echter nog lopende en bevinden zich voor twee derde in de "middenfase"). Nader bekeken blijkt meer dan de helft van de therapieën minder dan 30 sessies te duren terwijl een beperkt aantal zeer lang duurt (12 % boven 80 sessies). Psychoanalytische therapeuten geven de langste therapieduur aan, met 25 % therapieën tussen 100 en 200 sessies.

Wat de gebruikte interventies betreft, maken alle therapeuten over de oriëntaties heen in vrij hoge mate gebruik van 'faciliterende interventies' en van 'psychodynamische interventies' in de brede zin van het woord. Dit lijken gemeenschappelijke therapeutische factoren te zijn die iedereen belangrijk vindt. Daarnaast maken de oriëntaties logischerwijs het meest gebruik van de voor hen typische interventies.

2.2. Reglementering van psychotherapeutische activiteiten in Europa²

Psychotherapie heeft in heel Europa een onmisbare plaats verworven in de gezondheidszorg. In tegenstelling tot het belang in de praktijk staat de reglementering van deze activiteiten nog in de kinderschoenen. De consument weet niet precies welke vakmensen bevoegd zijn om dit soort diensten te verstrekken en krijgt ook geen enkele garantie op het vlak van kwaliteit. Dit probleem stelt zich uiteraard ook in de ons omringende landen.

Eerst werd de reglementering van psychotherapeutische activiteiten nagegaan in de eerste generatie van lidstaten van de Europese Gemeenschap met name Duitsland, Oostenrijk, België, Spanje, Denemarken, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Portugal, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Zwitserland en Noorwegen werden eveneens in aanmerking genomen omdat zij, hoewel geen lid van de EU, toch deel uitmaken van intensieve samenwerkingsverbanden. Voor elk land werd nagegaan of psychotherapie er al dan niet bij wet geregeld is. Indien dit het geval is, werden de bij wet geregelde aspecten zoals vormingscriteria, deontologische controle, titelbescherming, uitoefeningbevoegdheid bekeken alsmede de instanties die bevoegd zijn om de wet toe te passen.

2.2.1. Belang van een wettelijke regeling

In 10 van de 17 bestudeerde Europese landen is een wetgeving betreffende psychotherapie van kracht (Denemarken, Duitsland, Finland, Italië, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Spanje, Zweden, en sinds 2004 ook in Frankrijk). In 2 landen is er een regeling via Koninklijk Besluit dat aan de beroepsvereniging een mandaat verleent (Ierland en het Verenigd Koninkrijk). In 5 landen waaronder België is er geen regeling. In landen waar een wet bestaat, regelt die zowel de titel als de uitoefening van het beroep van psychotherapeut.

In 3 van de landen die een wetgeving hebben, wordt psychotherapie gezien als een op zichzelf staand beroep met een eigen opleidingsparcours (Oostenrijk, Finland en Zweden); in 5 landen is het een specialisatie binnen het beroep van psycholoog en psychiater (Denemarken, Duitsland, Italië, Noorwegen, Spanje). In Nederland wordt sinds kort de titel van psychotherapeut ofwel door een specialisatie binnen het beroep van psychiater of psycholoog, ofwel door een specifieke gespecialiseerde ad hoc opleiding verkregen. In Frankrijk, worden psychiaters, psychologen en psychoanalytici die in de gidsen van hun eigen beroepsvereniging zijn ingeschreven,

² Van Broeck, N., & Lietaer, G. (submitted for publication). Legal regulations of psychotherapy in Europe.

automatisch in het psychotherapeutenregister opgenomen; de anderen moeten vóór een goedkeuringscommissie verschijnen. Het ziet er echter naar uit dat uitvoeringsbesluiten de bijkomstige goedkeuringsvoorwaarden nader moeten bepalen. In landen waar men psychotherapie ziet als een op zichzelf staand beroep, is de toegang tot de opleiding en tot het beroep beperkt tot vakmensen met een basisvorming van minimum een bachelorniveau. In Oostenrijk en Zweden is de drempel lager (basisniveau secundair onderwijs), maar gaat het om een zware gespecialiseerde opleiding die uit meerdere cycli bestaat (inleiding en vervolgens een specialisatie die toegang geeft tot de titel) van samen minimum 7 jaar.

In de meeste Europese landen zonder wetgeving ter zake (Zwitserland, België, Luxemburg, Verenigd Koninkrijk, Ierland), is momenteel een wetgeving in de maak en werden reeds wetsvoorstellen of wetsontwerpen ingediend. In Portugal en Griekenland zijn er volgens de beschikbare informatie nog geen concrete voorstellen.

2.2.2. Regulerende instanties

In alle landen waar de titel en de uitoefening van de beroepsactiviteit erkend zijn, wordt de beslissingsbevoegdheid door het Ministerie van Volksgezondheid vertegenwoordigd. De minister beslist op basis van adviezen van Nationale Raden, die bestaan uit vertegenwoordigers van de vakgroep en van andere beroepen. Deze nationale raden werken binnen het Ministerie en verstrekken advies bij beslissingen over criteria voor het accrediteren van opleidingen, de erkenning van beroepsbeoefenaars, de procedure voor klachtenbehandeling, de sancties enz. Regionale instanties die instaan voor de organisatie en coördinatie van de gezondheidszorg worden belast met de uitvoering van die beslissingen en houden registers bij van de licenties om te praktiseren.

In sommige landen, meer bepaald Spanje en Italië, wordt de bevoegdheid gedelegeerd aan beroepsverenigingen. Dit heeft als voordeel, dat het conceptuele kader van het beroep degelijk vertegenwoordigd wordt. Het nadeel echter is, dat de regering voor een deel de controle uit handen geeft, wat de deur kan openen voor mogelijke misstanden (corporatisme, zwaardere financiële verplichtingen voor vakmensen die niet anders kunnen dan zich aan te sluiten, gebrek aan transparantie...)

2.2.3. Het opleidingsparcours

Om psychotherapie te mogen beoefenen als niet arts is na de basisvorming een gespecialiseerde opleiding vereist. Bestaat die basisvorming uit een masteropleiding of een doctoraat, dan neemt de specialisatie ten minste 3 jaar in beslag. In Oostenrijk en Zweden, waar een diploma secundair onderwijs volstaat, bestaat de opleiding uit verschillende fasen gespreid over 7 jaar. Zij begint met een inleidende cyclus die geen toegang geeft tot de titel, gevolgd door een opleiding van 5 jaar waarna men de titel mag dragen en zelfstandig mag praktiseren. Hoe lager het vereiste basisniveau is, hoe langer de aanvullende en gespecialiseerde opleiding. Zo komt men in de meeste gevallen op een gemiddelde studieduur van 7 of 8 jaar na het secundaire onderwijs.

Het accrediteren van de basisdiploma's valt onder de bevoegdheid van de Ministeries van Opvoeding. Het accrediteren van instellingen die stagiairs tijdens hun

opleiding in psychotherapie (internships) mogen aanvaarden ressorteert onder de Ministeries van Volksgezondheid (Nationale Beroepsraden).

Bij het accrediteren van een opleiding spelen verschillende criteria mee inzake de onderliggende empirische basis van het conceptuele kader, de duur, de vakken waarin opleiding wordt gegeven en de kwalificaties van de opleiders.

Wat de inhoud aangaat, moeten 4 onderdelen deel uitmaken van de opleiding met een vastgelegd minimum aan uren:

- Een theoretische vorming
- Een technische vorming
- Klinische praktijk onder supervisie
- Een persoonlijk therapie (leertherapie) of een persoonlijke leertherapeutisch proces waarvan de modaliteiten naar gelang de psychotherapeutische oriëntaties verschillen.

3. Wetenschappelijke gegevens betreffende de psychotherapieën

3.1. Inleiding

3.1.1. Overzicht van het empirisch onderzoek

Bergin en Garfield's standaardwerk '*Handbook of psychotherapy and behavior change*' (Lambert, 2004), dat aan zijn vijfde editie toe is, biedt een overzicht van alle empirische studies die in de voorbije zestig jaar werden ondernomen. Uit deze overzichten blijkt dat psychotherapie werkzaam is, met effectgroottes die gemiddeld even hoog zijn als bij somatisch-medische behandelingen. De verschillen tussen bona fide therapieën zijn meestal onbestaande of zeer klein (het zogenaamde Dodo bird verdict; Luborsky et al., 2001), zeker na correctie voor de therapieverbondenheid van de hoofdonderzoeker. Interpersoonlijke processen (zoals de opbouw van de werkalliantie), de persoon en de deskundigheid van de therapeut (los van de richting waartoe hij of zij behoort) blijken een grotere impact te hebben op de outcome-variantie dan de specifiek gebruikte technieken (Lambert & Ogles, 2004; Norcross, 2002; Wampold, 2001). Dit wijst op het grote belang van een zorgzame selectie en opleiding van kandidaat-therapeuten en van een levenslange (zelf)evaluatie.

3.1.2. Diversiteit aan onderzoekswegen

De academisch-maatschappelijke vraag naar empirische ondersteuning van psychotherapeutische behandelvormen is meer dan ligitiem. Meestal echter wordt hierbij de Randomized Clinical Trial (RCT) naar voor geschoven als de enig valide onderzoeksvorm (Chambless & Hollon, 1998). Nochtans zijn er – binnen de psychotherapie – aan dit onderzoekstype bepaalde problemen verbonden, zowel wat betreft de interne als de externe validiteit (Elliott, 1998; Luborsky et al., 1999; Westen et al., 2004). Daarom pleiten we voor pluriformiteit inzake onderzoeksmethodologie.

Naast RCT's zijn er nog:

- de open clinical trial in natuurlijke settings, weliswaar zonder controlegroep maar met een grotere externe validiteit
- het proces-outcome onderzoek, waarbij verbanden worden gezocht tussen bepaalde procesvariabelen en (tussentijdse) outcome
- het meervoudig case design, waarbij het procesverloop in de diepte kan geanalyseerd worden
- het intensief procesonderzoek van specifieke procedures en veranderingsprocessen.

Deze verschillende onderzoekswegen dienen op een geïntegreerde en evenwichtige wijze te worden gevaloriseerd bij het beoordelen van de werkzaamheid van psychotherapeutische behandelvormen, bij het uitstippelen van richtlijnen en bij het nemen van politiek-professionele beslissingen.

Onder de paragrafen 3.2. tot 3.5. wordt het empirisch onderzoek besproken dat binnen de vier grote therapeutische paradigma's werd uitgevoerd.

3.1.3. Basis van het therapeutisch handelen

Een evidence based praktijkvoering veronderstelt een integratie van (a) de klinische expertise van de therapeut met (b) het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, waarbij (c) volop rekening gehouden wordt met de voorkeuren van de cliënt. Bij het nemen van beslissingen over de behandeling van *individuele* cliënten gaat het steeds om een complex afwegingsproces dat weliswaar 'science informed' is, maar tevens mede gestuurd wordt door het inschatten van de individuele toestand van elke cliënt en door diens waarden en wensen. Dit laatste houdt in dat beslissingen ook steeds *value-based* zijn, dwz. gebaseerd op de "waarde" die elke cliënt aan persoonlijke zorgen hecht en die tevens ethisch verantwoord zijn : bijvoorbeeld minder symptomen, meer begrip van zijn psychisch functioneren... (Fulford, 2004).

3.2. Psychoanalytisch en psychodynamisch georiënteerde therapie

3.2.1. Definitie

De psychoanalytische kuur wordt gekenmerkt door haar doelstelling en door de methode. Oorspronkelijk (1896) is ze een behandelingsmethode voor neurotische stoornissen gebaseerd op het verkennen van het onbewuste. Freud trachtte, meer bepaald, niet alleen de symptomen te doen verdwijnen, maar ook de patiënt een heel persoonlijke oplossing te laten vinden voor de onvermijdbare conflicten tussen zijn verschillende driften (b.v. liefde en haat voor hetzelfde object) en vooral tussen zijn driftmatige impulsen (b.v. moord en incest) en de verwachtingen van de beschaving. Om dit doel te bereiken, ontwikkelde Freud geleidelijk aan een op gesprek gebaseerde praktijk waarin de analysant zo vrij mogelijk associeert. De belangrijkste factoren waardoor een dergelijke vrijheid van spreken tot stand kan komen, zijn de neutraliteit van de psychoanalyticus, wiens aandacht geen enkele van de associaties van de patiënt (of analysant) zal bevoordelen, de frequentie van de zittingen (meerdere keren per week) en het feit dat de patiënt (of analysant) op een gemakkelijke bank ligt i.p.v. tegenover de analyticus te zitten. Om diezelfde reden zijn de tussenkomsten en interpretaties van de psychoanalyticus discreet. Dankzij de overdracht die onder deze omstandigheden tot stand komt, is het mogelijk de pathogene onderdrukte gedachten, affecten en herinneringen op te roepen.

Om de methode tot andere patiëntentypes uit te breiden (met name kinderen en tieners, patiënten met een psychose, met borderline-pathologie, met perverse neigingen, met verschillende soorten verslaving of met compulsief misdadig gedrag) hebben de opvolgers van Freud verschillende psychoanalytisch georiënteerde psychotherapieën ontwikkeld (die tegenwoordig gekend zijn als psychodynamische psychotherapieën, psychoanalytische psychotherapieën, psychoanalyse toegepast op de instellingspraktijk) die zich meer richten op de genezing en op de verzorgende begeleiding van de patiënt. Er wordt afstand gedaan van de voor sommige pathologieën of patiënten ongeschikte bank en meer aandacht wordt besteed aan tussenkomsten door de psychotherapeut. Psychoanalytisch georiënteerde psychotherapieën werden eveneens ontwikkeld in het kader van gezondheidszorginstellingen en van familie, koppel-, gezinstherapie. Ongeacht het kader of de oriëntatie waarin het werk wordt verricht, is hun specificiteit dat het gaat om een gesprekstherapie die geval per geval wordt opgebouwd vanuit de ontmoeting met de patiënt: de relationele – en dus subjectieve – dimensie bevindt zich in het centrum van het therapeutische proces. Het gaat erom van het verzoek van de patiënt te vertrekken en hem te begeleiden in het uitwerken van zijn eigen oplossingen. Daarbij wordt rekening gehouden met de positie en de functies die door het symptoom in zijn psychische en relationele huishouding wordt ingenomen.

3.2.2. Ontwikkeling

De psychoanalytische aanpak heeft in de eerste plaats betrekking op het psychische lijden van de patiënt en richt zich daarbij op wat deze zelf als een “beter welzijn” en een “grotere levenslust” beschouwt. Deze aanpak is relevant in de huidige sociale context waarin dit lijden vaak verbonden is aan de voor onze moderniteit typische toenemende kwetsbaarheid van de steunpunten die elk individu in de structuur van familie en maatschappij zou moeten vinden om zich als subject te kunnen

ontwikkelen en meester te zijn over zijn eigen bestaan. Het is dan ook om deze nieuwe klinische vormen beter te kunnen behandelen dat de psychoanalytici ertoe werden gebracht het kader van hun praktijk aan te passen en uit te breiden. Deze praktijken impliceren meestal een nauwe samenwerking met andere gezondheidswerkers, maar vaak ook met de sociale en juridische sector.

Op die manier kon sinds een vijftiental jaren een nieuwe aanpak voor bepaalde psychosomatische verschijnselen worden ontwikkeld. Deze aanpak concentreert zich op de functie van het psychosomatische fenomeen in de psychische en relationele huishouding van bepaalde patiënten. Bij deze mensen wordt het psychische functioneren grotendeels bepaald door de psychosomatische stoornis via een soort overspringen van de onbewuste symbolisatieprocessen. Klinische studies tonen aan dat, complementair aan de medische behandeling, werk dat de mogelijkheid biedt deze symbolisatieprocessen opnieuw op gang te zetten (dwz. de voorbije of huidige moeilijkheden waar de patiënt mee te kampen kreeg in het psychische bewustzijn te roepen) een verlichtende werking op het lijden en de somatische stoornissen heeft. Andere, psychisch veel zwakkere patiënten kunnen dankzij de psychotherapeutische begeleiding psychische en sociale houvasten versterken of ontwikkelen waardoor veel radicalere decompensaties, die een opname in de psychiatrie noodzakelijk zouden maken, worden vermeden.

Een even belangrijke vooruitgang werd ook geboekt in het behandelen van borderline patiënten en van bepaalde patiënten met een psychisch functioneren van het psychotische type zonder werkelijke psychose. Het klinische onderzoek toont de doeltreffendheid en de toepasselijkheid aan van een psychotherapeutische begeleiding die beoogt de patiënt te ondersteunen bij het uitwerken van telkens unieke oplossingen: de steun op identificaties waardoor sociale interactie mogelijk wordt, de psychische steun die in bepaalde gevallen kan worden verleend dankzij met de psychotherapeut uitgewerkte creatieve of culturele activiteiten, het verhalen van de eigene levensloop, het uitwerken van een project, enz.

Vanaf de jaren 60 en vooral de jaren 80 konden nieuwe psychotherapeutische begeleidingsperspectieven ook in de psychosen- en autismekliniek voor volwassenen, kinderen en tieners worden aangeboden. Zonder de farmacologische behandeling te verwaarlozen volgt de psychotherapeutische opname, waarvan de belangrijke positieve effecten door verscheidene onderzoeken werden benadrukt, hetzelfde begeleidingsperspectief als het zonet beschrevene. In het algemeen wijst klinisch onderzoek op de pertinentie van deze aanpak voor pathologieën waarvoor – in het kader van een opname in een instelling – multidisciplinair moet worden gewerkt door in de psychotherapeutische begeleiding met medische en sociale aspecten rekening te houden.

3.2.3. Evaluatie

In het algemeen wijzen de meeste studies, meta-analyses en meta-meta-analyses erop dat er maar weinig verschil is tussen de uitslagen van zogenaamde “betrouwbare” psychotherapieën, dwz. psychotherapieën met een coherente theoretische structuur, die sinds geruime tijd uitvoerig worden toegepast en door onderzoek ondersteund worden.

Specifieker hebben sinds de eerste helft van de 20^{ste} eeuw een reeks onderzoeken de doeltreffendheid van de psychoanalytische behandeling geëvalueerd op basis van de waarnemingen van de therapeuten, de opnames van de gesprekken (door externe therapeuten opnieuw geëvalueerd), de waarnemingen van de supervisors en naaste familieleden van de patiënten, en, geleidelijk aan, het gebruik van statistische middelen en het uitwerken van standaard meetinstrumenten (tests en vragenlijsten). De meeste van deze studies werden over meerdere jaren uitgevoerd op basis van steekproeven met verschillende tientallen of zelfs honderdtallen van gevallen. In het bijzonder werd het dankzij deze studies mogelijk vrij vlug de aandacht te vestigen op de doeltreffendheid van de psychoanalytische kuur voor neurosegevallen. Sommige van de recentere studies hebben de doeltreffendheid van de psychoanalytische therapieën voor het behandelen van zware pathologieën, zoals persoonlijkheidsstoornissen of angststoornissen, onderstreept. Verder onderzoek heeft aangetoond dat het combineren van een farmacologische behandeling met een psychotherapie een positieve werking heeft op het behandelen van ernstige depressies. Samenvattend leiden de (gerandomiseerde en gecontroleerde) studies waardoor de doeltreffendheid van de psychoanalytische psychotherapieën het duidelijkst kon worden benadrukt, tot de volgende besluiten:

- De doeltreffendheid werd heel duidelijk bewezen voor persoonlijkheidsstoornissen.
- Voor ernstige depressies werd aangetoond dat het combineren van een psychoanalytische psychotherapie met een antidepressieve behandeling bij ambulante behandelde patiënten een duidelijk positieve werking heeft met een verbetering van het globale functioneren en een vermindering van het aantal opnames in het ziekenhuis op het einde van de behandeling.
- Er bestaat eveneens een vermoeden van doeltreffendheid voor paniekstoornissen en voor post-traumatische stress die door gecontroleerde gerandomiseerde studies wordt ondersteund.

Niettemin hebben, naast dit op specifieke stoornissen gerichte onderzoek, andere studies getracht beter rekening te houden met de complexiteit van de klinische werkelijkheid (met name met het feit dat psychopathologische stoornissen, zoals die door de DSM worden beschreven, zelden alleen voorkomen: in de meeste gevallen heeft men te maken met een reeks stoornissen en moeilijkheden die op een complexe manier met elkaar verbonden zijn, en die daarenboven in de loop van de tijd sterk kunnen veranderen). In het bijzonder dient hier het onderzoek verricht door Leuzinger-Bohleber & al. (2003) te worden vermeld, waarin een reeks heel interessante significante uitslagen worden beschreven (vertrekkend van een steekproef met 401 proefpersonen die representatief zijn voor de patiënten die een lang durende psychoanalytische behandeling toegediend krijgen). 75 % van de patiënten hebben hun algemene toestand vóór de psychotherapie achteraf in hun vragenlijst als "slecht" beschreven en 81% hebben hun algemene toestand na de psychotherapie als "goed" beschreven; 80% van de patiënten hebben tijdens de lang durende behandeling positieve veranderingen m.b.t. hun psychische toestand, hun innerlijke groei, en hun relationele leven vermeld; tussen 70 en 80% hebben gewezen op positieve veranderingen m.b.t. het aankunnen van de gebeurtenissen van het leven, hun zelfwaarde, hun stemming en tevredenheid met het eigen leven en de eigen efficiëntie. Op symptomatologisch vlak tonen daarenboven de evaluatieschalen aan dat de meeste voormalige patiënten niet meer zo gestoord zijn dat ze nog als klinisch ziek worden gediagnosticeerd. M.b.t. de uitgaven in de

gezondheidssector heeft deze studie getoond dat de lang durende therapieën ertoe hebben bijgedragen de kosten op permanente wijze in andere medische disciplines te doen verminderen. Dit bleek duidelijk uit het dalende aantal dagen werkloosheid en hospitalisatie. Daarenboven zijn de kosten ook op indirecte wijze gedaald, hetzij door een verhoogde creativiteit en professionele doeltreffendheid, of omdat voordien werkloze patiënten opnieuw werk hadden gevonden, omdat zij duidelijk beter in staat waren tegenover hun eigen kinderen empathisch te reageren of omdat zij de sociale isolering te boven kwamen door zich voor sociale en publieke uitdagingen in te zetten.

Kwantitatieve evaluaties kunnen om methodologische redenen slechts gedeeltelijk bij de psychoanalytische psychotherapieën worden toegepast. Om deze redenen maken de meeste psychoanalytische studies deel uit van een onderzoekstraditie waarin de voorkeur wordt gegeven aan de klinische case-study methode.

3.2.4. Referenties

CHEMAMA R. (Dir.), La psychanalyse « Textes essentiels », Paris, Larousse, 1993, 558 p.

DESPRATS-PÉQUIGNOT C., La psychanalyse « Repères », Paris, La découverte, 1995, 125 p.

KAUFMANN P., « L'apport freudien. Eléments pour une encyclopédie de la psychanalyse. », Paris, Larousse-Bordas, 1998.

LEICHSENRING F., RABUNG S. & LEIBING E., « The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders : a meta-analysis », Archives of General Psychiatry, 2004, 61 : 1208-1216.

LEUZINGER-BOHLEBER M., STUHR U., RÜGER B. & BEUTEL M., « How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients well-being : A representative, multi-perspective follow-up study. », International Journal of Psychoanalysis, 2003, 84 : 263-290.

RAPPARD R., « Evaluation des psychothérapies », in Psychanalyse et psychothérapies, Widlöcher D. & Braconnier A. (Dir.), Paris, Flammarion, 1996 : 245-255.

3.3. Cognitief en gedragstherapeutisch georiënteerde psychotherapie

3.3.1. Definitie

De cognitieve en gedragstherapieën werden in de jaren '60 ontwikkeld, oorspronkelijk in de Angelsaksische, Scandinavische en Germaanse landen. Vandaag de dag worden ze in de hele Westerse wereld in toenemende mate door psychiaters en klinische psychologen gepraktiseerd. Daarbij worden verschillende methoden aangewend om zich aan bijzondere personen en situaties aan te passen.

Afgezien van deze diversiteit in de praktijk, worden de cognitieve en gedragstherapieën gekenmerkt door:

- a) een doelstelling: het teweegbrengen van een waarneembare verandering in de denkwijzen, emotionele reacties en handelwijzen.
- b) De keuze van een middel: de wetenschappelijke benaderingswijze (zorgvuldige waarnemingen, uitwerking van hypothesen, bevestiging of weerlegging van hypothesen na kennisname van de feiten)
- c) Een manier van met de persoon om te gaan die men als "democratische pedagogie" kan beschrijven.

Er zijn drie opzichten waarin de cognitieve en gedragstherapieën dienen aan de eis naar wetenschappelijkheid te voldoen: de keuze van de theoretische fundamenten (hoofdzakelijk werken over de wetten van het leerproces, maar ook studies over de cognitieve, affectieve, psychofysiologische en sociale processen), een houding volgens welke de tijdens de klinische praktijk verkregen informatie steeds voor het empirisch onderzoek wordt gebruikt, een voortdurende bekommernis om de doeltreffendheid van de procedures te controleren, rekening houdend met de door hen veroorzaakte kosten.

3.3.2. Ontwikkeling

De eerste cognitieve en gedragstherapieën werden in de jaren 50 door Wolpe gepraktiseerd. Oorspronkelijk ging het erom de principes uit de door de wetenschappelijke psychologie opgestelde theorieën over de leerprocessen op het behandelen van psychische stoornissen toe te passen. De gedragstherapieën hebben zich eerst op angststoornissen gericht, maar hebben zeer vlug hun toepassingsgebied uitgebreid tot andere stoornissen of moeilijkheden van psychologische oorsprong, vooral bij kinderen.

Op het einde van de jaren 70 zijn de cognitieve therapieën ontstaan, hoofdzakelijk op aansporen van Beck en Ellis. Vanuit dit standpunt worden psychische stoornissen opgevat als het gevolg van een cognitieve disfunctie: het individu zou bepaalde situaties en belevenissen verkeerd interpreteren. De oorsprong van deze disfunctionele interpretaties zou in automatische cognitieve schema's te vinden zijn. De cognitieve therapieën werden hoofdzakelijk op stemmings – en persoonlijkheidstoornissen toegepast.

Heel vlug werden de cognitieve en de gedragstherapeutische aanpakken zowel op etiologisch vlak als op het gebied van de klinische praktijk in elkaar opgenomen. Thans wordt dit geheel van theorie en praktijk "cognitieve en gedragstherapie" genoemd.

Sinds een aantal jaren is een derde evolutie op het gebied van de cognitieve en gedragstherapieën aan de gang. In plaats van zich op het veranderen van de leerprocessen (gedragsaspect) of de cognitie (cognitief aspect) die tot de psychologische problemen voeren, te concentreren, is de eerste doelstelling de houding van de individuen ten opzichte van hun probleem te wijzigen. Vanuit dit standpunt wordt de klemtoon gelegd op preventief handelen en de regulatie van emoties. Deze stroming wordt met name door auteurs zoals Teasdale en Williams gedreven. Er kon worden aangetoond dat zij doeltreffend is in het voorkomen van depressieve terugval en in het behandelen van een reeks psychosomatische problemen.

3.3.3. Evaluatie

Sinds een twintigtal jaren heeft zich, gestimuleerd door de wetenschappelijke kringen en het gezondheidsbeleid, vooral in Noord-Amerika het begrip “empirisch ondersteunde behandeling” ontwikkeld. In 1995 heeft de werkgroep van de APA (American Psychological Association) voor de promotie en verspreiding van psychologische procedures de normen gedeclareerd waaraan de behandelingen moesten voldoen om als “werkzame behandelvorm” of “mogelijkerwijs werkzame behandelvorm” gedefinieerd te worden.

De “werkzame behandelvormen” dienen in studies die patiëntengroepen met elkaar vergelijken, voor een bepaalde pathologie hun superioriteit tegenover een placebobehandeling of hun gelijkwaardigheid tegenover een andere erkende behandeling te hebben aangetoond. Deze studies dienen door verschillende onafhankelijke laboratoria te zijn verricht. Als alternatief kan het bewijs ook worden gebracht door een aanzienlijke reeks case studies die de interventie met een andere behandeling vergelijken. Hoe dan ook dienen deze behandelvormen in een handleiding in detail te worden beschreven en voor een welbepaalde stoornis te zijn ontwikkeld.

De “mogelijkerwijs werkzame behandelvormen” dienen in ten minste twee studies (die door hetzelfde laboratorium mogen worden uitgevoerd) te hebben aangetoond dat de behandeling doeltreffender is dan een wachtlijst of placebo, of dat de behandeling werkzaam is voor een heterogene patiëntengroep (niet-specificiteit).

Naar aanleiding van deze definities zijn een reeks publicaties verschenen die de verschillende behandelingsprocedures beschrijven en het bewijs voor hun werkzaamheid leveren (bv. Christophersen & Mortweet, 2001; Foa & Keane, 2000 ; Ladouceur, Boisvert, Loranger, Morin, Pépin & Blais, 2003). Er dient benadrukt te worden dat de cognitieve en gedragstherapieën dadelijk zijn beginnen te streven naar een empirische validatie van hun interventies. Zo is het - gezien hun historische oorsprong en hun theoretische grondopvattingen over het menselijke functioneren - inderdaad logisch dat deze interventies van het empirische en experimentele wetenschappelijke model gingen gebruik maken.

In een heel recent rapport over de evaluatie van de psychotherapieën onderstreept het INSERM (2004) dat een groot aantal meta-analyses (21 meta-analyses werden in dit rapport opgenomen) en gerandomiseerde studies met een voldoende methodologische controle over de cognitieve gedragstherapieën (CGT) werden

verricht. In deze sectie worden in een beknopte vorm de besluiten uit het INSERM (2004) rapport opgesomd. De werkzaamheid van de CGT werd er voor verschillende soorten stoornissen onderzocht, eerst bij volwassenen, dan bij kinderen en tieners. Voor de gedetailleerde analyse van deze meta-analyses wordt de lezer naar het relevante hoofdstuk in het INSERM (2004) rapport verwezen. Hier wordt de lijst met stoornissen van de DSM IV overgenomen waarvoor uit de validatiestudies besluiten kunnen worden getrokken.

- Werkzaamheid van CGT bij volwassenen:

- Algemeen uitgedrukt is de werkzaamheid van de CGT voor angststoornissen aangetoond.

Voor *panische stoornis en agorafobie* tonen de studies aan dat de CGT werkzaam zijn.

Voor *gegeneraliseerde angststoornis* is hun werkzaamheid tenminste gelijk aan die van de farmacologische behandeling op korte termijn en hoger tijdens de follow-up.

Voor *posttraumatische stress* blijken de CGT doeltreffender dan de behandeling met medicijnen.

Voor *obsessieve compulsieve stoornissen* is de aangetoonde werkzaamheid van de CGT vergelijkbaar met die van antidepressiva.

Voor *sociale fobieën*: aangetoonde werkzaamheid van de CGT.

Voor *specifieke fobieën*: aangetoonde werkzaamheid van de CGT.

- Met betrekking tot *milde of middelmatige depressie* tonen de studies aan dat de CGT even werkzaam zijn als antidepressiva. Daarenboven zijn de effecten van de cognitieve therapie m.b.t. het vermijden van terugvallen beter dan die van de antidepressiva. Andere studies hebben de werkzaamheid van CGT aangetoond voor bejaarde patiënten en voor patiënten die lijden aan een *zware depressie* en in een instelling werden opgenomen. Op het ogenblik worden recente behandelingen geëvalueerd voor het behandelen van bipolaire depressie.

- M.b.t. *persoonlijkheidsstoornissen* wijzen de studies op een positief effect van de CGT. Aanvullende studies dienen nog te worden verricht om met grotere zekerheid aan te tonen dat deze behandelvormen voor alle persoonlijkheidsstoornissen werkzaam zijn.

- M.b.t. *alcoholverslaving* tonen de studies aan dat korte CGT-interventies doeltreffender zijn dan interventies van lange duur. Toch lijken de effecten groter bij patiënten met een lichtere stoornis.

- Bij *schizofrenie* in een acuut stadium hebben de huidige studies nog geen werkzame CGT aangetoond.

- Voor het behandelen van *anorexia nervosa* kan de doeltreffendheid van de CGT op basis van de huidige studies nog niet duidelijk worden aangetoond. Voor het behandelen van *boulimie* produceren de CGT hogere effectgroottes dan de medicamenteuze behandeling en is het combineren van beide behandelingen significant efficiënter dan de medicamenteuze behandeling alleen voor de frequentie van de eetbuien en het braken, en efficiënter dan de CGT alleen voor de frequentie van de eetbuien, maar niet voor de frequentie van het braken. Voor het behandelen van *compulsive overeating* tonen gecontroleerde studies aan dat de CGT werkzaam is.

- Werkzaamheid van de CGT bij kinderen en tieners:

Door gebrek aan studies zijn nog maar weinig bewijzen beschikbaar voor de doeltreffendheid van de CGT in het behandelen van angststoornissen bij kinderen en tieners. Zulke bewijzen zijn er wèl voor het behandelen van angsten en *fobieën*, met name *schoolfobie*. Bij *obsessieve compulsieve stoornissen* kan men spreken over een vermoedelijke werkzaamheid.

- Voor *depressie* kan men eveneens spreken over een vermoedelijke werkzaamheid.
 - Talrijke technieken uit de cognitieve gedragstherapie worden gebruikt in programma's voor psychosociale interventie bestemd voor het behandelen van *pervasieve ontwikkelingsstoornissen* bij kinderen en tieners, o.a. autisme en geëxternaliseerde stoornissen, d.w.z. hyperactiviteit met aandachts- en gedragsstoornissen. Deze programma's blijken een goede doeltreffendheid te bezitten.

Uit deze discussie kan worden besloten dat voor een toenemend aantal procedures uit de cognitieve en gedragstherapieën empirisch kan worden aangetoond dat deze doeltreffend zijn en beter dan de placebo. Deze behandelingen omvatten een zeer breed spectrum van stoornissen en betreffen zowel volwassenen als kinderen en tieners. Deze ontwikkelingen betekenen ongetwijfeld een belangrijke stap vooruit in het verbeteren van de geestesgezondheid. Het is duidelijk dat deze behandelingen in de gebieden waar ze beschikbaar zijn, dienen de voorkeur te krijgen boven behandelingen waarvoor de werkzaamheid niet kon worden bewezen. Tenslotte impliceert het overnemen van het uit de wetenschappelijke praktijk stammende model waarvan het begrip "empirisch ondersteunde behandeling" de basis vormt, dat de psychotherapeut een hooggespecialiseerde opleiding moet hebben genoten.

3.3.4. Referenties

CHRISTOPHERSEN, E.R. & MORTWEET, S.L. (2001). Treatments that work with children: Empirically supported strategies for managing childhood problems. Washington, DC, US: American Psychological Association.

FOA, A. & KEANE, T.M. ET AL. (Ed.) (2000). Effective treatments for PTSD: Practive guidelines from the international society for traumatic stress studies. New York: Guildford Press.

INSERM (2004). Rapport sur l'efficacité des psychothérapies. Résumé disponible sur www.inserm.fr

LADOUCEUR, R., BOISVERT, J.-M., LORANGER, M., MORIN, C. M., PÉPIN, M. & BLAIS, M.-C. (2003). Les traitements psychologiques appuyés empiriquement : Etat de la question et critique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13, 53-65.

TASK FORCE ON PROMOTION AND DISSEMINATION OF PSYCHOLOGICAL PROCEDURES (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

3.4. Systeem- en familietherapie

3.4.1. Definitie

Gezinspsychotherapieën zijn in de jaren vijftig in de Verenigde Staten ontstaan. De psychotherapeuten, waaronder zich enkele psychiaters en psychoanalytici bevonden die voornamelijk met schizofrene patiënten werkten, ontdekten dat het verbeteren van de gezondheidstoestand van een bepaald familielid soms tot het ontstaan van een probleem bij een ander lid van dezelfde familie kon leiden. Ze ontdekten eveneens dat in andere situaties de verbetering in de gezondheidstoestand van een familielid aanleiding kon geven tot een opeenvolging van met elkaar verband houdende verbeteringen. Deze praktiserende artsen heetten Nathan Ackerman, Murray Bowen, Don Jackson en Salvador Minuchin en waren alle vier psychiaters en psychoanalytici. De verdienste om een determinerende rol te hebben gespeeld in het ontstaan van de systemische aanpak gaat echter naar wat gebruikelijk de eerste Palo Alto groep (1952-1962) wordt genoemd en waartoe Gregory Bateson, Jay Haley, John Weakland, en Don Jackson behoorden. Hun werk legde de basis voor het oprichten van het Mental Research Institute in 1956, waarvan het staff vlug zou toenemen: zo sloot zich Paul Watzlawick aan bij Don Jackson, Virginia Satir en Jules Riskin. Het zijn de leden van deze groepering die de aanpak van de algemene systeemtheorie, waarvan de grondslag door Ludwig von Bertalanffy werd gelegd, op het gebied van de gezinstherapie toepasten. Als gevolg hiervan kon het gezin als een systeem van met elkaar in verband staande individuen worden beschouwd. Dankzij de theorie van von Bertalanffy, die zich in het bijzonder interesseerde voor voor evenwicht open staande systemen, konden begrippen zoals totaliteit (het veranderen van één element in een systeem veroorzaakt een verandering van het systeem in zijn geheel), integratie (een systeem kan niet tot de som van deze elementen worden gereduceerd), equifinaliteit (gelijkaardige elementen kunnen aan verschillende oorspronkelijke elementen worden verbonden) en homeostase (regulariseren door terugwerken) in de gezinstherapieën worden geïntegreerd.

Vanaf toen hebben de artsen die begonnen waren gezinstherapieën met verschillende theorieën te praktiseren, hun onderzoek voortgezet door een systemisch aspect in hun eigen praktijk te integreren. De systeemtherapeut werd iemand die zich afvroeg wat de betekenis en de functie van een symptoom was binnen het menselijke systeem waarin het was verschenen en zich handhaafde. Het symptoom bleef belangrijk voor de psychotherapeut, maar hij kon het alleen doen verdwijnen als hij de omstandigheden kon beïnvloeden die er de oorzaak van waren, of die het in stand hielden.

3.4.2. Ontwikkeling

Het gebied van de gezinstherapieën heeft zich heel vlug uitgebreid, zowel op het theoretische vlak als in de praktijk. Overigens is het aantal opleidingscentra en wetenschappelijke tijdschriften sterk blijven toenemen, zowel in Europa als in Noord- en Zuid-Amerika. Nieuwe centra ontstaan in Azië en in Afrika. Thans zou het gebied van de gezinstherapieën kunnen worden onderverdeeld in verschillende stromingen: praktiserende artsen zoals Murray Bowen, Ivan Boszormenyi-Nagy, James Framo, Norman Paul of Helm Stierlin vertegenwoordigen intergenerationele gezinstherapieën; Salvador Minuchin, Cloé Madanes, Jay Haley en Mara Selvini-Palazzoli verdedigen de systemische, structurele en strategische aanpakken; Virginia

Satir en Carl Whitaker zijn met de experiëntiële aanpak verbonden; Paul Watzlawick en Mory Elkaim ontwikkelen de constructivistische aanpak; Michael White, Steve de Shazer, Harold Goolishian en Harlene Anderson initiëren de constructionistische en narratieve aanpak.

Bovendien leggen psychoanalytici zoals Alberto Eiguer de grondslag van de psychoanalytische gezinstherapie, en Neil Jacobson die van gedragstherapeutische gezinstherapie.

3.4.3. Evaluatie

Het gebruik van controlegroepen in de gezinstherapie werd lang door een conceptueel probleem beperkt. Zo legt het begrip van equifinaliteit, dat eigen is voor de systemische aanpak, de nadruk op het feit dat gelijkaardige symptomen aan verschillende oorzaken kunnen te wijten zijn. Hierdoor wordt een classificatie van de patiënten op basis van een specifiek symptomencomplex heel toevallig. Om deze reden kunnen veel van de ondernomen onderzoeken, zoals bv. die van Salvador Minuchin of Mara Selvini-Palazzoli over eetstoornissen, niet worden gebruikt. Door veelvoudige druk heeft het gebied van de gezinstherapie zich echter geopend voor onderzoek dat zijn therapeutische invloed bekrachtigt.

De duidelijkste efficiëntieresultaten werden verkregen bij het evalueren van ernstige klinische toestanden (vb.: verslavingen, alcoholisme, misdadigheid, schizofrenie). Dit onderzoek werd niet in de gewone klinische situatie verricht en benodigde een specifieke methodologie. De auteurs waren bekommerd om het toepassen van hun methodologieën in de reële situatie. Om deze reden moeten de uitslagen worden beschouwd als bewijs voor de doeltreffendheid (onder ideale omstandigheden getest) van de therapieën in tegenstelling met de (in de praktische situaties werkelijk nuttige) doelmatigheid van de therapieën in de reële klinische situatie.

De evaluatie van de doeltreffendheid van de gezinstherapie is vooral gericht op schizofrenie, eetstoornissen, verslavingen en stemmingsstoornissen bij volwassenen. Bij kinderen zijn het gedragsstoornissen zoals hyperactiviteit (ADHD), oppositiedrag (ODD) en autisme die bijzonder onderzocht werden.

De doeltreffendheid van gezinstherapieën voor het behandelen van angststoornissen bij volwassenen werd niet geëvalueerd.

Enkele studies onderzoeken de invloed van de koppeltherapieën gepaard met seksuele therapie op seksuele disfuncties, met resultaten op korte termijn.

Een nieuwe en interessante aanpak is het evalueren van de plaats van het gezin in de evolutie en de behandeling van fysieke aantastingen: bv. studies die gebruik maken van psycho-educatieve aanpakken met gezinnen waarvan één lid dement is, hebben interessante resultaten opgeleverd voor het opnemen van dit soort patiënten.

Onze vorige tekst, nl. "Doeltreffendheid van de gezinstherapieën: Samenvatting", die voor de werkgroep "Geestesgezondheid – psychotherapieën" werd geschreven, sluit aan bij de conclusies van het collectieve deskundige onderzoek dat in 2004 door het INSERM (Psychotherapie – Trois approches évaluées- p. 513) werd uitgevoerd.

De auteurs van dit rapport, dat de effecten van de gezinstherapieën in functie van de psychopathologische stoornissen onderzoekt, tonen aan dat de gezinstherapieën op significante wijze van belang zijn voor schizofrene patiënten (4 meta-analyses, 6

gecontroleerde studies), anorectische patiënten (5 gecontroleerde studies, één systematisch overzicht), stemmingsstoornissen (5 gecontroleerde studies), alcoholverslaving (2 meta-analyses, 2 systematische overzichten), autisme bij kinderen (7 gecontroleerde studies), hyperactiviteit (3 gecontroleerde studies, 2 gecontroleerde toekomstgerichte studies), oppositiegedrag (8 gecontroleerde studies) en angststoornissen bij kinderen (1 gecontroleerde studie).

De systemische aanpak in de gezinstherapie, die op het klinische gebied sterk overheerst, geeft vooral voor anorexia, bipolaire stoornissen en zware depressies significante uitslagen. Bovendien staat het gebied van de gezinstherapieën open voor het gebruik van talrijke middelen die hun effect verbeteren. Zo is een groot deel van het onderzoek dat in de vermelde samenvatting werd beschreven, door auteurs verricht die zowel de psycho-educatieve aanpak als cognitieve en gedragstherapieën gebruiken.

3.4.4. Referenties

- DIAMOND GS and DIAMOND GM. Studying a matrix of change mechanisms : an agenda for family-based process research. In Liddle et al. (Eds) *Family psychology : science-based interventions*. Pp 41-66. Washington DC, American Psychological Association, 2001
- ELKAIM M. (ed) *Panorama des thérapies familiales*. Le Seuil, Paris, 1995
- EISLER I, DARE C, RUSSELL GF, SZMUKLER G, Le GRANGE D, DODGE E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A five-year follow up. *Arch Gen Psychiatry*, 54 : 1025-1030, 1997
- FALS-STEWART W and BIRCHLER GR. Marital interactions of drug-abusing patients and their partners : Comparisons with distressed couples and relationship to drug-using behaviour. *Psychology of Addictive Behaviour*, 12(1), 28-38, 1998
- INSERM "Psychothérapie. Trois approches évaluées"
Les éditions Inserm, Paris, 2004.
- McFARLANE WR, DIXON L, LUKENS E, LUCKSTED A. Family psychoeducation and schizophrenia : a review of the literature. *J Marital Family Therapy*, 29 (2) : 223-245, 2003
- SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G, PRATA G. *Paradoxe et contre-paradoxe*. ESF, Paris, 1978
- SEXTON, T.L., ALEXANDER, J.F., & LEIGH MEASE, A. (2004). Levels of evidence for models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 590-646). New York : Wiley
- SHADISH WR, BALDWIN SA.
Meta-analysis of marital and family therapy interventions.
Journal of Marital and Family therapy. Vol 29, n° 4, octobre 2003
- WATZLAWICK P. *L'invention de la réalité*. Le seuil, paris, 1988
- WATZLAWICK P, BEAVIN J, JACKSON D. *Une logique de la communication*. Le Seuil, Paris, 1972
- WILLIAMS RJ, CHANG SY. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and practice*. 7, 138-166, 2000

3.5. Cliëntgericht-experiëntiële psychotherapie

3.5.1. Definitie

Met cliëntgericht-experiëntiële psychotherapie bedoelen we het geheel van benaderingen dat zich in het kader van de humanistische psychologie – de zogenaamde ‘third force’ in de psychologie - heeft ontwikkeld. Het gaat hier hoofdzakelijk om: cliënt/persoonsgerichte psychotherapie, Gestalttherapie, existentiële psychotherapie, diverse vormen van experiëntiële psychotherapie, interpersoonlijke psychotherapie en belevingsgerichte actiemethodes (voornamelijk psychodrama).

Naast bepaalde verschillen vertonen deze subbenaderingen een aantal gemeenschappelijke identiteitskenmerken, eigen aan de ‘experiëntieel-humanistische familie’: een gerichtheid op het bredere functioneren van de persoon (versus symptoomgerichtheid) en op diens positieve groeimogelijkheden; een gerichtheid op de subjectieve belevingswereld van de cliënt als centrale invalshoek; het beklemtonen van de cruciale rol van de kwaliteit van de therapeutische relatie in het therapeutisch veranderingsproces; empathie als continu op de voorgrond staande fenomenologische methode; een hoge graad van persoonlijke aanwezigheid in de therapeutische ontmoeting; een werkalliantie met sterk egalitaire kleur; een mensbeeld waarin plaats is voor ‘een marge van vrijheid’ en voor zelfactualisatie en waarin het verlangen naar contact en verbondenheid als een wezenlijke behoefte wordt gezien.

3.5.2. Ontwikkeling

Carl Rogers kan gezien worden als de meest centrale figuur binnen dit paradigma. Hij bouwde een therapiemethode uit waarbij de therapeut zich van moment tot moment empathisch afstemt op de belevingswereld van de cliënt en voornamelijk via gevoelsreflecties het zelfexploratieproces van de cliënt van-binnen-uit helpt verdiepen. Centraal staan hierbij de relationele grondhoudingen van empathie, aanvaarding en echtheid van de therapeut. Binnen een dergelijk veilig interpersoonlijk klimaat durft de cliënt zich te wagen in een proces van zelfconfrontatie en herstructuratie van zijn zelfbeeld. De twee belangrijkste werken waarin Rogers zijn visie op psychotherapie heeft uiteengezet zijn *Client-centered therapy* (1951) en *On becoming a person* (1961).

Hoe heeft deze therapierichting zich in de loop der jaren verder ontwikkeld? Ziehier in vogelvlucht een aantal aspecten. Onder invloed van Eugene Gendlin - en mede door het werk van Rogers en zijn groep met psychotische cliënten - evolueerde cliëntgerichte therapie van ‘non-directief’ naar ‘experiëntieel’. ‘Wat niet mocht’ geraakte op de achtergrond en de doelstelling van therapie werd in positieve termen geformuleerd: de therapeut beoogt de wijze waarop de cliënt met zijn beleving omgaat te optimaliseren, en maakt hierbij gebruik van een ruime waaier van interventies, ondermeer ook interventies uit het eigen referentiekader, zoals: het geven van procesdirectieven of het voorstellen van een bepaalde procedure, het verder bevragen van de cliënt, het geven van feedback, het communiceren van eigen gevoelens in het hier-en-nu contact en het geven van psycho-educatieve informatie.

Verder beschreef Rogers de therapeutische relatie hoofdzakelijk als een veilige *context* waarbinnen dan een belevingsgericht exploratieproces kan plaats vinden. Met het beklemtonen van de echtheid en grotere zichtbaarheid van de therapeut en onder invloed van Irvin Yalom's interpersoonlijke visie op psychotherapie werd de therapeutische relatie explicieter als *medium* van verandering op de voorgrond geplaatst. Hiermee wordt bedoeld: de therapeutische relatie als open arena waarin de interactionele stijl van de cliënt expliciet geëxploreerd en doorgewerkt wordt.

Misschien wel de belangrijkste evolutie is deze in de richting van een grotere probleem- en procesdifferentiatie. Rogers was een generalist en antidiagnostisch ingesteld: de diagnostiek (van zijn tijd) vond hij te etiketterend en te weinig therapiegericht. Op dit punt is de nieuwe generatie cliëntgerichte therapeuten een andere weg ingeslagen. Er is nu een grotere openheid voor intake diagnostiek en er wordt meer klemtoon gelegd op gedifferentieerde procesdiagnostiek en op probleemgerichte behandelingsmodellen. Het is in de voorbije twintig jaar vooral deze evolutie geweest die het aanschijn van cliëntgericht-experientiële psychotherapie – zoals het bredere paradigma nu wordt genoemd - grondig heeft gewijzigd: van een generalistische naar een differentiële visie op het psychotherapeutisch proces.

De hierboven beschreven evoluties hebben zich mede voltrokken in de context van een wederzijdse bevruchting tussen een aantal verwante benaderingen uit het humanistische veld. Twee daarvan kunnen we zien als 'loten aan de moederstam', uitgebouwd door leerlingen van Rogers: de *focusing-oriented therapy* van Eugene Gendlin waarin een procedure werd uitgewerkt om het zelfexploratatieproces van de cliënt meer belevingsgericht te laten verlopen, en de *emotion-focused therapy* van Leslie Greenberg (met belangrijke invloed van de Gestalt-therapie) die het therapeutisch proces herdefinieert in termen van het herstructureren van emotionele schema's en in dit perspectief een differentiële procesdiagnostiek en behandelingsmethodiek heeft uitgebouwd. Daarnaast is er *de interpersoonlijke en de existentiële psychotherapie*, met Irvin Yalom als centrale figuur. In de interpersoonlijke benadering komt de focus te liggen op de hier-en-nu relatie met de therapeut als medium voor corrigerende interpersoonlijke ervaringen. In de existentiële therapie gaat de aandacht vooral naar de bronnen van angst die aan de basis liggen van defensieve reacties en van daaruit leiden tot psychopathologische symptomatologie. De existentiële therapeuten zijn van mening dat heel wat angst en vermijdingsgedrag niet ontstaat uit een conflict tussen Es en Ueberich zoals Freud het formuleerde, maar uit de confrontatie met een aantal '*givens of life*': dood en aftakeling, vrijheid en verantwoordelijkheid, het wezenlijk geïsoleerd zijn van de mens en zijn opdracht zin te creëren in zijn leven.

3.5.3. Evaluatie

Wat leert ons het empirisch onderzoek over cliëntgericht-experientiële psychotherapie? De twee overzichtswerken (zie 3.5.4.) bieden ons hierover een overvloed aan informatie. Wat het outcome-onderzoek betreft blijkt uit meta-analyses op een honderdtal studies dat de gemiddelde effectgrootte op hetzelfde niveau ligt als in andere oriëntaties. Veel van dit onderzoek gebeurde echter op een mengeling van diverse problematieken en dit beantwoordt vandaag niet meer aan één van de criteria van de randomized clinical trial, namelijk dat de problematiek

dient gespecificeerd te worden. In het groeiend aantal studies echter dat aan dit criterium voldoet – bijvoorbeeld over depressie en over het posttraumatisch stress syndroom – blijken de resultaten duidelijk positief te zijn.

Binnen deze therapiebenadering is de interesse in feite het meest uitgegaan naar procesonderzoek: niet naar de vraag 'of' het werkt, maar naar de vraag 'hoe' het werkt. De hoeveelheid processtudies die in de loop van de voorbije zestig jaar tot stand kwam, is dan ook enorm. De bevindingen uit dit procesonderzoek betekenen evenzeer als het outcome-onderzoek een belangrijke empirische ondersteuning van het cliëntgericht-experiëntieel paradigma. Zo is betreffende de therapeutbijdrage het grote belang aangetoond van empathie en van de 'bond' aspecten van de werkaliantie (waarin de rogeriaanse basishoudingen een centrale plaats innemen). In verband met het cliëntproces is het onderzoek omtrent belevingsgerichte (versus louter conceptuele) zelfexploratie, emotionele arousal en niveaus van cognitief-emotionele informatieverwerking bijzonder boeiend en overtuigend. Daarnaast is er een stijgend aantal processtudies waarin bepaalde procestaken gedetailleerd worden bestudeerd en ons inzicht bijbrengen in verband met de processignalen die een bepaalde procestaak aankondigen, de concrete veranderingsstappen die de cliënt dient te doorlopen om die taak succesvol af te werken, en de therapeutinterventies die dit proces kunnen faciliteren. Enkele voorbeelden uit recent onderzoek zijn: het milderen van een rigide-kritische houding ten aanzien van zichzelf, het tot inzicht komen aangaande een aanvankelijk onbegrijpelijke reactie van zichzelf, het herstellen van een breuk in de werkaliantie. Algemeen kan dan ook geconcludeerd worden dat cliëntgericht-experiëntieële psychotherapie over een geheel van empirische gegevens beschikt die haar werkzaamheid en klinische bruikbaarheid in sterke mate ondersteunt, en dit voor wat betreft een brede waaier van problematieken, die zowel een zware handicap kunnen vormen als van lichtere aard kunnen zijn.

3.5.4. Referenties

Handboeken over theorie en praktijk

ELLIOTT, R., WATSON, J.C., GOLDMAN, R.N., & GREENBERG, L.S. (2004). Learning emotion-focused therapy. The process-experiential approach to change. Washington, DC: APA

GREENBERG, L.S., WATSON, J.C., & LIETAER, G. (Eds.).(1998). Handbook of experiential psychotherapy. New York: Guilford

KEIL, W., & STUMM, G. (Eds.).(2001). Die vielen Gesichter der klientenzentrierten/personenzentrierten Psychotherapie. Wien: Springer

SWILDENS, J.C.A.G., DE HAAS, O., LIETAER, G., & VAN BALEN, R. (Eds.).(1991). Leerboek gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering. Utrecht: de Tijdstroom.

Overzichten van onderzoek

CAIN, D., & SEEMAN, J. (Eds.). (2002). Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice. Washington, D.C.: APA.

ELLIOTT, R, GREENBERG, L.S, & LIETAER, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed., pp. 493-539). New York: Wiley.

4. Aanbevelingen inzake volksgezondheid

Uit het voorgaande blijkt dat psychotherapie een effectieve behandelingsmethode is in de gezondheidszorg die wetenschappelijk is onderbouwd en globaal genomen leidt tot tevredenheid voor gebruikers. Internationaal is er een toenemende maatschappelijke erkenning die in steeds meer landen wordt geconsolideerd in een specifieke wettelijke regeling. Dergelijke wettelijke regeling is noodzakelijk om de gebruiker een kwaliteitsvolle toepassing van de psychotherapie te kunnen garanderen. De wettelijke regeling dient niet alleen betrekking te hebben op een bescherming van de titel van psychotherapeut, maar tevens een aantal eisen te stellen voor de beroepspraktijk binnen de gezondheidszorg.

Daarom wordt ook geadviseerd in België aan de psychotherapeut een plaats te geven binnen het wettelijk kader van het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, meer bepaald als specialisme van een aantal basisberoepen die een specifieke opleiding hebben gevolgd. Om maximale duidelijkheid te waarborgen zou voor de titel van psychotherapeut het basisberoep (arts, psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, verpleegkundige...) moeten worden vermeld. Met het oog op kwaliteitsgarantie specificeren we hieronder de minimale opleidingsvoorwaarden, de basisprincipes voor het professioneel handelen en de richtlijnen voor de best mogelijke praktijk.

4.1. Opleiding

Als behandelingsmethode in de gezondheidszorg is psychotherapie een specialisatie van een aantal gezondheidszorgberoepen. De opleiding tot deze gezondheidszorgberoepen dient te worden aangevuld met een aantal disciplines teneinde een minimale theoretische en praktische basis te verwerven, alvorens te beginnen aan de eigenlijke opleiding voor psychotherapie.

Gezien het belang van de wetenschappelijke onderbouw en de complexiteit van de evaluatie van de psychotherapeutische praktijk dient de opleiding minimaal van het mastersniveau te zijn. De aard van het psychotherapeutisch werk veronderstelt bovendien een permanente opleiding en vorming, ook nadat men de specialisatie en erkenning als psychotherapeut heeft behaald.

4.1.1. Vereiste basisopleiding

Gezondheidszorgwerkers die zich kandidaat stellen voor een specifieke opleiding in de psychotherapie dienen de hieronder opgesomde vakken gevolgd te hebben en geslaagd te zijn. Zo niet dienen ze volgende aanvullende cursussen te volgen:

- antropologie,
- ontwikkelingspsychologie,
- psychodynamische psychologie,
- leerprocessen,
- neurowetenschappen,
- algemene ziekteleer,
- inleiding in de psychofarmacologie
- psychopathologie en psychiatrie,

- algemene psychodiagnostiek,
- klinische psychodiagnostiek,
- psychologische consultatievaardigheden
- inleiding tot de psychotherapeutische methoden
- beroepsethiek.

4.1.2. Specifieke opleiding

De eigenlijke opleiding tot psychotherapeut omvat :

- een doorgedreven theoretische en technische opleiding in één van de hiernavolgend genoemde referentiekaders met inbegrip van een persoonlijke leertherapeutisch proces en van supervisie, gesteund op een substantiële psychotherapeutische praktijk;
- een goedgekeurd geschreven eindwerk waarmee de kandidaat zijn deskundigheid binnen het gevolgde referentiekader bewijst.

De therapieopleiding waarborgt de dialoog met andere psychotherapeutische oriëntaties en stimuleert wetenschappelijk onderzoek en klinische intervisie.

Idealiter zullen de kandidaten een opleiding hebben genoten die in de verschillende psychotherapieën geïntegreerd is.

De grote referentiekaders of psychotherapeutische oriëntaties zijn gebaseerd op volgende op empirische evidentie gebaseerde theorieën:

- psychoanalytisch en psychodynamisch georiënteerde psychotherapie;
- cognitief en gedragstherapeutisch georiënteerde psychotherapie;
- systeem- en familetherapie;
- cliëntgerichte- experiëntiële psychotherapie.

Ook andere op wetenschappelijk evidentie gebaseerde psychotherapeutische referentiekaders kunnen in overweging worden genomen.

De bovengenoemde opleiding tot psychotherapeut moet regelmatig gespreid worden over tenminste drie jaar en moet tenminste 500 contacturen (50 ECTS³) omvatten - d.w.z. uren opleiding direct geleid door de opleider en het opleidingsteam.

Het opleidingsprogramma tot psychotherapeut⁴ bestaat uit een intens, coherent en geïntegreerd leerproces in de hierboven genoemde referentiekaders of psychotherapeutische oriëntaties, dat wordt afgesloten met een certificaat of diploma. Het opleidingsprogramma gebeurt binnen eenzelfde opleidingsinstantie en moet voldoen aan de totaliteit van de hierna geformuleerde praktijkvereisten.

Algemene aanbeveling:

De psychotherapeut in opleiding dient over een periode van drie jaar tenminste 1200 uren werkzaam te zijn in de geestelijke gezondheidszorg (wat gewoonlijk op tien uur per week neerkomt). De psychotherapeutische praktijk van de kandidaat psychotherapeut moet per week op minimum vier patiënt-/cliëntsystemen (d.w.z. zittingen met een individu of een sociaal systeem zoals een paar, een gezin, een groep...) betrekking hebben.

³ ECTS: European credit transfer system. 1 ECTS komt overeen met een werklast van 30 uur voor de student.

Hierin zit zowel de contacturen (ongeveer 10 uur) als andere studieactiviteiten zoals voorbereiden, redactie van rapporten, uitvoeren van onderzoek, afleggen van examens (ongeveer 20 uur) etc

⁴ Deze opleidingscriteria komen in grote lijnen overeen met de opleidingscriteria van Europese organisaties zoals de EFPA (European Association of Psychologists Associations, cfr. www.efpa.com)

4.1.3. Nascholing

Nascholing omvat niet alleen het verbreden en verdiepen van de theoretische kennis, maar ook de geregelde intercollegiale toetsing van de eigen psychotherapeutische praktijk en het werken aan de eigen persoonlijke ontwikkeling. Een praktiserende psychotherapeut blijft op de hoogte van de recente wetenschappelijke literatuur (via tijdschriften, seminars, wetenschappelijke congressen,...), neemt deel aan inter- en multidisciplinaire intervisies of supervisies, van het eigen psychotherapeutische handelen. Het is wenselijk dat in de regelgeving positieve middelen worden voorzien om psychotherapeuten te stimuleren tot dergelijke nascholing omdat dit bijdraagt tot de kwaliteit van het geleverde psychotherapeutische werk.

4.2. Basisprincipes voor het professioneel handelen

Vier ethische principes vormen de basis het professioneel handelen van de psychotherapeut: integriteit, respect, deskundigheid en verantwoordelijkheid (NIP, 1998; Leyssen, 2005; Vandereycken & van Deth, 2003).

4.2.1. Integriteit

Een psychotherapeut dient (a) betrouwbaar, (b) eerlijk, en (c) integer te zijn. Dit impliceert dat hij/zij: (a) een professionele relatie alleen aanvangt of voortzet indien dit professioneel en ethisch verantwoord is, onafhankelijk van externe beïnvloeding; (b) dat hij/zij geen misbruik maakt van zijn/haar deskundigheid, geen onrealistische verwachtingen wekt over zijn/haar competentie en de cliënt zo snel mogelijk duidelijk maakt onder welke financiële of andere voorwaarden hij/zij de hulpverlening aangaat of voortzet; (c) hij/zij rolverwarring vermijdt door geen hulpverleningsrelatie aan te gaan die niet te verenigen is met een al bestaande hulpverleningsrelatie, en door vermenging van professionele en niet-professionele rollen te vermijden (de therapeut mag de afhankelijkheidsrelatie die door de hulpverleningsrelatie tot stand komt, in geen geval voor persoonlijke (wetenschappelijke, financiële, affectieve, seksuele, ...) interessen misbruiken).

4.2.2. Respect

De therapeut dient de fundamentele rechten en de waardigheid van de cliënt te respecteren. Dit omvat:

(a) respect voor de persoon: respect voor de lichamelijke en psychische integriteit van de cliënt; discriminatie op grond van individuele, sociale of culturele gronden is niet toegestaan.

(b) respecteren van de autonomie: de cliënt heeft het recht de hulpverleningsrelatie al dan niet aan te gaan of op elk gewenst moment te verbreken.

(c) respecteren van recht op informatie en instemming: de cliënt dient voor en tijdens de hulpverleningsrelatie zodanig te worden geïnformeerd dat hij vrijelijk met het aangaan en voortzetten van de hulpverleningsrelatie kan instemmen; de cliënt moet op de hoogte zijn van de informatie die aan externe opdrachtgevers wordt verstrekt; informatie aan de cliënt moet minimaal het doel, de opzet van de hulpverleningsrelatie en de voorgenomen werkwijze en rapportage omvatten.

(d) respecteren van de vertrouwelijkheid van de hulpverleningsrelatie: verplichting tot geheimhouding van de hulpverleningsrelatie met uitzondering van de rapportage aan een externe opdrachtgever of verwijzer; indien de geheimhouding in het belang van de cliënt moet worden doorbroken, dient de cliënt te worden geïnformeerd en dient deze onthulling tot het strikt noodzakelijke te worden beperkt.

(e) recht op informatie en vertrouwelijkheid bij dossiervorming, gegevensverstrekking aan derden en rapportage: het dossier bevat enkel noodzakelijke gegevens, wordt vertrouwelijk bewaard, is niet toegankelijk voor derden, kan door de cliënt worden ingezien, en dient op uitdrukkelijk schriftelijk verzoek van de cliënt te worden vernietigd; de psychotherapeut verstrekt in principe alleen gegevens aan derden in het belang (en na toestemming) van de cliënt; de cliënt dient gelegenheid te hebben tot inzage in de schriftelijke rapportage die op hem/haar betrekking heeft; bij mondelinge rapportage dient de inhoud daarvan voorafgaand met de cliënt te worden besproken; de cliënt heeft het recht rapportage aan externen te weigeren of te wijzigen, tenzij er een wettelijke verplichting tot rapportage bestaat; rapportages en verklaringen omvatten enkel noodzakelijke gegevens en zijn streng vertrouwelijk.

4.2.3. Deskundigheid

De psychotherapeut dient zich te gedragen in overeenstemming met de beroepscode en de wettelijke bepalingen die gelden in zijn werkveld. Hij dient eveneens zijn professionele deskundigheid in stand te houden door het regelmatig consulteren van relevante literatuur en het volgen van bijscholingscursussen. De therapeut onderkent zijn persoonlijke en professionele beperkingen, roept deskundig advies en ondersteuning in waar nodig of verwijst zo nodig. Hij aanvaardt geen verwijzingen waarvoor hij de deskundigheid mist, of waarvoor hij niet is gekwalificeerd.

4.2.4. Verantwoordelijkheid

Tenslotte heeft de psychotherapeut ook een professionele verantwoordelijkheid, die impliceert dat hij kwaliteit nastreeft in zijn beroepsmatig handelen; in staat is verantwoording af te leggen voor zijn handelswijze aan cliënten, vakgenoten of ad hoc beroepsinstanties; negatieve ervaringen en consequenties of schade voor zijn cliënt voortvloeiend uit de interventie zoveel mogelijk beperkt; de continuïteit van een professionele relatie garandeert, zonodig door het inschakelen van andere deskundigen en zich verzekert van de professionele en ethische kwaliteit van andere hulpverleners met wie hij samenwerkt.

4.3. Richtlijnen voor de best mogelijke praktijk

4.3.1. Noodzaak van methodisch werken

Als behandelingsvorm in de gezondheidszorg wordt psychotherapie op een methodische wijze beoefend. In de somatische geneeskunde hanteert men het biomedische model waarin drie grote stappen worden onderscheiden: diagnose, verklaring en behandeling. In de geestelijke gezondheidszorg, en dus ook in de psychotherapie, gaat men uit van een breder opgevat biopsychosociaal model en hanteert men drie stappen: probleemverkenning, probleemontleding en probleemoplossing (Vandereycken en van Deth, 2003).

In de probleemverkenning beoogt men de verheldering van de klacht of hulpvraag om te komen tot een voorlopig hulpverleningsplan en een goede indicatiestelling. In sommige gevallen is stopzetting van de hulp aangewezen. In andere gevallen is het noodzakelijk te verwijzen voor bijkomend onderzoek of voor een specifieke therapie. In de probleemontleding wordt de verkregen informatie systematisch uitgewerkt en vervolledigd. Zeker bij complexe situaties is een multidisciplinair overleg aangewezen. Verschillende veronderstellingen over oorzaak, betekenis of functie van de klachten worden onderzocht. Een zorgvuldige en grondige biopsychosociale probleemverklaring is absoluut noodzakelijk. Ze vormt de leidraad voor het kiezen en toepassen van het juiste behandelingsplan met het oog op probleemoplossing.

De aangegeven stappen in het hulpverleningsproces verlopen op een circulaire manier: de probleemontleding is pas afgerond wanneer het probleem verholpen is. De psychotherapeut moet het verloop herhaaldelijk evalueren om het behandelingsplan zo nodig bij te sturen of de patiënt naar een andere deskundige te verwijzen.

4.3.2. Wetenschappelijk onderzoek en de praktijk

De psychotherapie heeft in de voorbije decennia een plaats verworven in de gezondheidszorg. Ze ambieert, naast andere interventies, een antwoord te zijn op de toenemende psychische problemen in onze samenleving. Om deze ambitie hard te maken dient ze zich steeds nadrukkelijker maatschappelijk te verantwoorden op basis van wetenschappelijke argumenten (Franx, Eland & Verburg, 2002). Ook psychotherapie dient daarom de economische toetsing van kosten en baten te doorstaan. Zoals ook elders het geval is, dient daarom in behandelingsprotocollen, standaarden, richtlijnen en aanbevelingen regelmatig rekening te worden gehouden met de evolutie van de goede praktijken. Het gaat hier echter om een algemene expert-consensus (Vandereycken en van Deth, 2003) die in individuele gevallen niet altijd tot de beste resultaten leidt. Voor een goede praktijk moeten deze wetenschappelijk gefundeerde voorstellen ("evidence based") worden aangevuld met praktijkervaringen ("practice based") en aansluiten bij de waardebeleving ("value based") van zowel de psychotherapeut als van de patiënt. Daarenboven dienen de economische aspecten die de toegang tot de psychotherapieën regelen, niet te worden verwaarloosd, zodat elke burger ervan gebruik zou kunnen maken.

5. Referenties

- BORYS, D. (1994). Maintaining therapeutic boundaries. *Ethics-and-Behavior*, 4 (3): 267-273
- BRUFFAERTS, R., BONNEWYN, A., VAN OYEN, H., DEMAREST, S. & DEMYTTENAERE, K. (2004a). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 60,2,75 -85.
- BRUFFAERTS, R., BONNEWYN, A., VAN OYEN, H., DEMAREST, S. & DEMYTTENAERE, K. (2004b). Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 60, 11, 790 -799.
- CHAMBLESS, D. L., & HOLLON, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 66, 7-18.
- ELLIOTT, R. (1998). Editor's introduction: A guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*,8(2), 115-125.
- DIJKHOFFZ, W. (2005). *Jaarverslag 2004*. Nederlandstalig ombudspersoon. Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt. FOD Volksgezondheid. Brussel.
- FRANX, G, ELAND, A. & VERBURG, H. (2002). Transparante zorg in de GGZ: van de bomen en het bos. Onderscheid en samenhang tussen richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 1036-1050.
- FOISSY, M.L., FROM, L., & SZAFRAN, W. (2002). Belgium. In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- FULFORD, K. (2004). Ten principles of values-based medicine. In J. Radden (Ed.), *Companion to the philosophy of psychiatry*. New York: Oxford University Press
- GABBARD, G. (1995). Psychotherapists who transgress sexual boundaries with patients. In J. Gonsiorek (Ed.) *Breach of Trust: Sexual exploitation by health care professionals and clergy*. pp 133-144, Thousand Oaks, Calif. Sage
- JEHU, D. (1994). *Patients as victims. Sexual abuse in psychotherapy and counseling*. Wiley and Sons: Chicester.
- KUPERS, P. & STARQUIT, G. (2003). Psychotherapieën op de divan: de ervaring van 14.000 patiënten. *Test Gezondheid*, 54, 19-23.
- Lamb, D. & Catanzaro, S. (1998). Sexual and nonsexual boundary violations involving psychologists, clients, supervisees, and students: Implications for professional practice. *Professional Psychology: Research & Practice*, v. 29, pp. 498-503.
- LAMBERT, M.J. (ED.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. Fifth Edition*. New York, Wiley & Sons.
- LAMBERT, M.J., & OGLES, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). New York: Wiley
- LEIJSSSEN, M. (2005). *Gids beroepsethiek. Waarden, rechten en plichten in de psychotherapeutische hulpverlening*. Leuven, Acco.
- LUBORSKY, L. DIGUER, L. ET AL. (1999). The researcher's own therapy allegiances: "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106.
- LUBORSKY, L., ROSENTHAL, R., DIGUER, L., ANDRUSYNA, T. P., LEVINE, J. T., SELIGMAN, D. A., BERMAN, J. S., & KRAUSE, E. D. (2001). The Dodo Bird Verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8.
- LUNDT, I. (2001). Laws and regulations of psychotherapists in European countries. Brussels, EFFPA standing committee on legal matters.

- NEDERLANDT, P. (2004). *Rapport commissie ethiek en deontologie*. Algemene Vergadering van de Belgische Federatie van psychologen. www.bfp-fbp.be
- NIP (1998). De Beroepscode voor Psychologen. Nederlands Instituut van Psychologen: Amsterdam.
- NORCROSS, J. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- ORLINSKY, D.E., RONNESTAD, M.H., & WILLUTZKI, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). New York: Wiley
- PARSON, J., & WINCZE, J. (1995). A survey of clienttherapist sexual involvement in Rhode Island as reported by subsequent treating therapists. *Professional-Psychology: Research-and-Practice*, 26 (2): 171-175
- POPE, K., SONNE, J. & HOLROYD, J. (1996). De seksuele gevoelens van de psychotherapeut. Hanteren in plaats van ontkennen. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- PULVERICH, A. (1997). Inventory of regulations in the field of psychology in European countries. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- PRITZ, A. (2002). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- RIEDEL-HELLER, S.G., MATSCHINGER, H. & ANGERMEYER, M.C. (2005). Mental disorders—who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 2, 167-174.
- SPECIAL TASK FORCE ON THE SEXUAL ABUSE OF PATIENTS (2001). *Executive Summary of the Final Report*. Ministry of Health and Health Professions. Regulatory Advisory Council: Toronto, Canada.
- TASK FORCE OF THE COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA (1992). *Crossing the boundaries*.
- TRIJSBURG, W. (1991). Beeldvorming rond psychotherapeuten die seksueel contact hebben gehad met hun patiënten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*. 17, 1, 31-45.
- VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R. (2003). *Psychotherapie: van theorie tot praktijk*. Houten/Antwerpen. Bohn Stafleu Van Loghum.
- VAN BROECK, N. (2000). Experiencia y vision en la educacion, reglamentation y certiciacion del ejercicio profesionales ciencias de la salud en Belgica. In: L.C. CUEVAS ALVAREZ & P. BRITO (Eds.). *Presente y futuro en la formacion, practica y regulacion del ejercicio profesional en ciencias de la salud*. Mexico: O.D.R. Organisation Panamerican de la Salud / Organisation Mondial de la Salud.
- VAN BROECK, N., & LIETAER, G. (submitted for publication). Legal regulations of psychotherapy in Europe.
- VAN DEURZEN, E. (2001). Psychotherapy training in Europe: similarities and differences. *Journal of Psychotherapy*, pp. 357-371.
- WAMPOLD, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. London, UK: Erlbaum.
- WESTEN, D, NOVOTNY, C.M., & THOMPSON-BRENNER, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- WHO (2001). *Mental Health: New understanding, new hope*. World Health Report. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002). *Prevention and promotion in mental health. Mental health: evidence and research*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2003). *The mental health context*. Geneva, World Health Organazation.

WHO (2005). *Mental health declaration for Europe: Facing the challenge, building solutions*. Geneva, World Health Organization.

WIENS, A. (1998). Professional issues. In: Bellack & Hersen (Eds.). *Comprehensive Clinical Psychology*. New York: Pergamon press.

6. Bijlagen: Basisdocumenten van de vier psychotherapeutische oriëntaties

6.1. Psychoanalytisch en psychodynamisch georiënteerde psychotherapie

6.1.1. Theoretische, methodologische en ethische funderingen van de psychoanalytische aanpak

In een artikel dat oorspronkelijk in '99 in de *American Journal of Psychiatry* werd gepubliceerd, en dat op internationaal vlak enorm veel reacties heeft opgeroepen, legt E.R. Kandel (1999, 2002), Nobelprijswinnaar voor geneeskunde, de nadruk op het feit dat "psychoanalyse ons begrip van het mentale leven heeft veranderd" door "een voortreffelijk geheel aan nieuwe perspectieven omtrent de onbewuste mentale processen, het psychische determinisme, kinderseksualiteit en, wat waarschijnlijk het allerbelangrijkst is, omtrent de irrationaliteit van de menselijke motivering" voor te leggen. Kandel verduidelijkt verder dat bij de aanvang van deze XXI^{ste} eeuw, "psychoanalyse nog steeds het meest coherente en op intellectueel vlak meest bevredigende beeld van de geest biedt".

Niettemin zou het - nog steeds volgens Kandel - vandaag de dag noodzakelijk zijn dat de psychoanalyse zich gaat inzetten "voor het ontwikkelen van een nauwere relatie met de biologie in het algemeen en de neurowetenschappen in het bijzonder": "Mijn hoofdargument", zo luidt het, "is dat de biologie van de volgende eeuw in feite in een goede positie staat om enkele van de vragen over het geheugen en de begeerte te beantwoorden, en dat deze antwoorden allemaal des te rijker en significant zullen zijn naarmate ze door een streven naar samenwerking tussen de biologie en de psychoanalyse zullen zijn gevormd. In ruil daarvoor zullen de antwoorden op deze vragen, en de grote inspanningen die zullen zijn geleverd om deze een biologische fundering te geven, een meer wetenschappelijke basis aan de psychoanalyse verlenen. » (Kandel 1999, 2002). Dankzij deze nauwere band met de biologie zouden enerzijds op conceptueel vlak grotere vooruitzichten voor het onderzoek kunnen worden geopend, en anderzijds op experimenteel vlak bepaalde veronderstellingen over het functioneren van de psyche kunnen worden getest.

Op methodologisch vlak raakt de erg snijdende kritiek van Kandel op de psychoanalyse - waarvan hij terecht onderstreept dat het onderzoek bij voorkeur steeds op case studies in het kader van het luisteren naar de patiënt is gebaseerd - de grenzen en de specificiteit zelf van deze aanpak. Het is inderdaad zo, dat ofschoon een nauwere samenwerking met de neurowetenschappen wenselijk en waarschijnlijk zelfs noodzakelijk is voor de ontwikkeling van deze twee aanpakken (evenals het debat met de sociologie, de antropologie, de linguïstiek, de filosofie en algemener met alle wetenschappen die steeds trachten vanuit een specifieke gezichtshoek de verschillende aspecten van de menselijke realiteit te benaderen), het aannemen van een onderzoekskader van het experimentele type volgens het model van de biologie en van de medische wetenschappen, daarentegen volledig tegenstrijdig met de psychoanalytische aanpak zelf lijkt. Zoals door M. Endelson (die trouwens door Kandel wordt aangehaald) wordt benadrukt: "De wetenschap van de geest en de wetenschap van het lichaam verschillen in hun taalgebruik, de gebruikte concepten (met verschillende graden van abstractie en complexiteit), de gebruikte middelen en technieken. Het gelijktijdig uitvoeren van een psychologisch en een fysiologisch onderzoek van een patiënt met ernstige angstgevoelens zal

onvermijdelijk twee afzonderlijke en verschillende soorten beschrijvingen, metingen en formuleringen opleveren. Er bestaat geen enkele manier waarop beide door vertaling in een gemeenschappelijk jargon of door verwijzing naar een gedeeld conceptueel kader kunnen worden verenigd, noch bestaat er op het ogenblik een overgangsmodel dat als tussenmodel zou kunnen dienen en met beide gebieden isomorf is" (Edelson, 1984). Met andere woorden, een dialoog en uitwisselingen tussen twee aanpakken op verschillende niveaus (medisch en biologisch enerzijds, en intrapsychisch en intersubjectief anderzijds), kunnen, hoe belangrijk deze ook mogen zijn, niet worden gevoerd ten koste van de specificiteit, de beperkingen en de methodes die voor elk van deze aanpakken kenmerkend zijn. Hierdoor ontstaan op wetenschappelijk vlak sterke eisen, met name dat de onderzoeksmiddelen aan het object van het onderzoek moeten zijn aangepast en zo zijn opgezet dat ze met het theoretische referentiekader coherent zijn. Deze methodologische eis is natuurlijk ook van toepassing op studies die trachten de doeltreffendheid van de psychotherapeutische praktijken te schatten.

Wat echter de specificiteit van de psychoanalyse uitmaakt, of het nu om de eigenlijke psychoanalytische kuur gaat of om psychoanalytisch georiënteerde psychotherapieën (waarvoor vooral de termen psychodynamisch georiënteerde psychotherapieën, psychoanalytisch georiënteerde psychotherapieën, psychoanalyse toegepast op de therapeutiek of op de praktijk in een instelling worden gebruikt) is het feit dat het gaat om een gesprekstherapie gericht op de uniciteit van de patiënt. De psychoanalyse en de psychoanalytisch georiënteerde psychotherapieën ondersteunen namelijk om dezelfde ethische en methodologische redenen een praktijk waarin de therapie geval per geval vanuit de ontmoeting met de patiënt wordt opgebouwd: de relationele -en dus hoofdzakelijk subjectieve - dimensie bevindt zich in het centrum zelf van het therapeutische proces (Zaltzman, 1998 ; De Neuter, 1994, 2004 ; Maleval, 2004). Het gaan erom van het verzoek van de patiënt te vertrekken en hem te begeleiden in het uitwerken van zijn eigen oplossingen. Daarbij wordt rekening gehouden met de positie en de functies die door het symptoom in zijn psychische en relationele huishouding wordt ingenomen.

De psychoanalytische aanpak is dus niet éézijdig en uitsluitend op het verdwijnen van de symptomen gericht - wat Freud "het herstel met kort uitzicht" noemde. Waar die aanpak zich in de eerste plaats mee bezig houdt, is het psychische lijden van de patiënt. Hij is vooral relevant in de huidige sociale context waarin dit lijden vaak verbonden is met de voor onze moderniteit typische toenemende kwetsbaarheid van de steunpunten die elk individu in de structuur van familie en maatschappij zou moeten vinden om zich als subject te kunnen ontwikkelen en meester te zijn over zijn eigen persoon tijdens de keuzes die beslissend zullen zijn voor de verschillende stadia van zijn bestaan (Lebrun, 1997). Het is dan ook om deze nieuwe klinische vormen beter te kunnen behandelen dat de psychoanalytici ertoe werden gebracht het kader van hun praktijk aan te passen en uit te breiden, in het bijzonder door zich in te zetten voor het ontwikkelen van verschillende vormen van psychoanalytische therapieën die zijn aangepast aan de bijzondere eigenschappen van de personen die op consultatie komen (Bertrand, 2004).

Deze praktijken vorderen meestal een nauwe samenwerking met andere gezondheidswerkers, maar vaak ook met de sociale en de juridische sector. Er werd veel onderzoek verricht en er verschenen veel wetenschappelijke publicaties (in

internationale tijdschriften) over hun toepasselijkheid, hun doeltreffendheid en hun beperkingen.

Een deel van dit onderzoek heeft - weliswaar niet zonder moeite - getracht zoniet binnen een experimenteel, dan toch binnen een empirisch en kwantitatief paradigma te werk te gaan. Men dient er echter de nadruk op te leggen dat het zwak uitgedrukt is te zeggen dat een kwantitatieve, niet-simplistische benadering van het "beter welzijn" en de "grotere levenslust" (die voldoende ruimte zou geven aan het subjectieve aspect, aan de relationele dynamiek, aan het veranderingsproces en aan de context waarin de interventies plaatsvinden) moeilijk te realiseren is.⁵ Men zal om deze redenen dan ook begrijpen dat het grootste deel van het onderzoek verricht wordt binnen het klinische, geval-per-geval perspectief dat typisch is voor de psychoanalytische methodiek: zo moet de evaluatie in al haar complexiteit de mogelijkheid bieden zich rekenschap te geven van de psychische processen waardoor, tijdens de therapeutische relatie, het leed dat verbonden is met het leven van de patiënt, naar boven komt.

Ondanks deze moeilijkheden werd, dankzij een groot aantal kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken, de grote evolutie mogelijk, die de psychoanalyse tijdens de vorige eeuw heeft gekend.

6.1.2. Stand van het kwantitatieve onderzoek naar de doeltreffendheid van de psychoanalytisch georiënteerde psychotherapieën.

Een reeks onderzoeken heeft gepoogd de doeltreffendheid van de psychoanalytische behandeling te evalueren op basis van de waarnemingen van therapeuten, opnames van de gesprekken (door externe therapeuten opnieuw geëvalueerd), waarnemingen van de supervisors en naaste familieleden van de patiënten, en, geleidelijk aan, het gebruik van statistische middelen en het uitwerken van gestandaardiseerde meetinstrumenten (tests en vragenlijsten). De meeste van deze studies werden over meerdere jaren gevoerd op basis van steekproeven met verschillende tientallen of zelfs honderdtallen van gevallen.

De eerste studies begonnen in 1917 (Rappart, 1996 ; Sauvagnat, 1997). Onder de belangrijkste studies kunnen we vooral het onderzoek vermelden van Kessel & Hyman (1933), Alexander (1937), Knight (1941), zoals ook het werk, door Kernberg (1975) in 1954 in de Menniger Fondation ingezet, dat meer dan 20 jaar zou duren en dat in het bijzonder door het werk van Luborsky (1975) zou worden voortgezet, het onderzoek verricht in het Psychoanalytisch Centrum van Columbia (Bachrach & al., 1985 ; Weber & al., 1985a ; Weber & al., 1985b), het onderzoek van Knapp & al. (1960) dat werd voortgezet door Shashin & al. (1975) in het psychoanalytisch instituut van Boston, het werk van de Malan (1976) dat door zijn team in de Tavistock Clinic werd verricht, dat van Strupp (1977), Luborsky & al. (1980), Erle & Golberg (1984). In het bijzonder werd het dankzij deze studies mogelijk vrij vlug de aandacht te vestigen op de doeltreffendheid van de psychoanalytische kuur voor neurosegevallen. Bovendien hebben de gegevens met betrekking tot de indicaties en

⁵Over deze vraag zijn veel publicaties verschenen, waaronder P.-L. Assoun (1981), P. De Neuter en J. Florence (1988), J. Dor (1988), D. Widlöcher en A. Braconnier (1996), R. Gory (1996), M. Bertrand (2002), J.-A. Miller en J.-C. Milner (2004). Veel van deze auteurs leggen de nadruk op de ontoereikendheid van de kwantitatieve methoden en de gestandaardiseerde middelen voor hun studieobject wanneer het erom gaat de therapeutische effecten van de psychoanalytische aanpak te evalueren. De grootste methodologische fout die met deze soort benaderingswijze samengaat, is het gebruiken van evaluatiemethoden die beginnen met het subjectieve aspect van het object te reduceren of zelfs te schrappen.

de processen van de psychoanalytische behandeling veel auteurs ertoe aangespoord het psychotherapeutische kader voor een aantal types van psychisch kwetsbaardere patiënten te herdenken. Daarbij werd echter getoond hoe moeilijk het is om van tevoren criteria te bepalen waardoor vanaf het begin de evolutie van de psychotherapie zou kunnen worden voorspeld. Dit onderzoek heeft daarenboven gewezen op het belang van het einde van de behandeling, door vooral de nadruk te leggen op het feit dat betere resultaten werden verkregen wanneer de therapie met onderlinge toestemming werd beëindigd. Daarenboven hebben ze duidelijk gewezen op het grote belang van de opleiding en klinische ervaring van de psychotherapeut, wat door recentere studies werd bevestigd (Andreoli & al., 2000). Daarbij werd de nadruk gelegd op de betere resultaten die worden verkregen wanneer de therapeut meer ervaring heeft of onder supervisie staat.

Sommige van de recentere studies hebben de doeltreffendheid van de psychoanalytische therapieën voor het behandelen van zware pathologieën, zoals persoonlijkheidsstoornissen (Winston & al., 1994; Bateman & Fonagy, 2001; Svartberg & al., 2004) of angststoornissen (Milrod & al., 2000, 2001), onderstreept. Verder onderzoek heeft aangetoond dat het combineren van een farmacologische behandeling met een psychotherapie een positieve werking heeft op het behandelen van ernstige depressies. (Burnand & al., 2002). Samenvattend leiden de studies waardoor de doeltreffendheid van de psychoanalytische psychotherapieën in het behandelen van specifieke stoornissen het duidelijkst kon worden benadrukt, tot de volgende besluiten (INSERM, 2004):

- De doeltreffendheid werd heel duidelijk bewezen voor persoonlijkheidsstoornissen.
- Voor ernstige depressies werd aangetoond dat het combineren van een psychoanalytische therapie met een antidepressieve behandeling bij ambulante behandelde patiënten een significante positieve werking heeft, met een verbetering van het globale functioneren en een vermindering van het aantal opnames in het ziekenhuis op het einde van de behandeling.
- Er bestaat eveneens een vermoede doeltreffendheid, ondersteund door gerandomiseerde gecontroleerde studies, voor panische stoornissen en voor post-traumatische stress.

Naast dit op specifieke stoornissen gerichte onderzoek⁶ hebben andere studies getracht beter rekening te houden met de complexiteit van de klinische werkelijkheid (met name met het feit dat psychopathologische stoornissen, zoals die door de DSM worden beschreven, zelden alleen voorkomen: in de meeste gevallen heeft men te maken met een reeks stoornissen en moeilijkheden die op een complexe manier met elkaar verbonden zijn, en die daarenboven in de loop van de tijd sterk kunnen veranderen). In het bijzonder dient hier het onderzoek door Leuzinger-Bohleber & al. (2003) te worden vermeld, waarin een reeks interessante significante uitslagen worden beschreven (vertrekkend van een steekproef met 401 proefpersonen die

⁶ Dit soort onderzoek (dat op specifieke bevolkingsgroepen is gericht) tracht eveneens zich op internationaal vlak uit te breiden. Een recente evaluatie van de behandelingen van stoornissen in de vroege relaties van zeer jonge kinderen in een Belgische verzorgingsinstelling heeft zo op basis van een door klinici opgestelde interactietabel kunnen aantonen dat men in 77% van de gevolgde gevallen een positieve evolutie op het einde van de behandeling kon vaststellen (Pirard & al., 2004). Naast andere, op klinisch vlak zeer duidelijke resultaten, toont een kwalitatieve aanpak van vijf situaties met een positieve afloop vergeleken met vijf situaties met een negatieve afloop aan hoe belangrijk de voorbereidende gesprekken zijn als plaats en moment waarop de therapeutische alliantie en de goede relatie tussen de zender en de instelling tot stand komen.

representatief zijn voor patiënten die een langdurende psychoanalytische behandeling krijgen): een groot deel van de patiënten beleefde na de psychotherapie een "sociale heropleving" (84,3%); 75% van de patiënten beschreven hun algemene toestand vóór de psychotherapie achteraf in hun vragenlijst als "slecht" en 81% beschreven hun algemene toestand na de psychotherapie als "goed"; 80% van de patiënten vermeldde tijdens de langdurende behandeling positieve veranderingen m.b.t. hun psychische toestand, hun innerlijke groei, en hun relationele leven; tussen 70 en 80% wezen op positieve veranderingen m.b.t. het aankunnen van de gebeurtenissen van het leven, hun zelfwaarde, stemming en tevredenheid met het eigen leven en de eigen efficiëntie. Het is interessant te vermelden dat de studie aantoonde dat het oordeel van de analytici veel kritischer was dan dat van hun voormalige patiënten. Op symptomatologisch vlak tonen daarenboven de evaluatieschalen aan dat de meeste voormalige patiënten niet meer zo gestoord zijn dat ze nog als klinisch ziek worden gediagnosticeerd. M.b.t. de uitgaven in de gezondheidssector heeft deze studie getoond dat de langdurende therapieën ertoe hebben bijgedragen de kosten op permanente wijze in andere medische disciplines te doen verminderen. Dit bleek duidelijk uit het dalende aantal dagen werkloosheid en hospitalisatie na de behandeling. Daarenboven hebben een groot aantal case studies getoond dat de kosten ook op indirecte wijze zijn gedaald, ofwel door een verhoogde creativiteit en professionele doeltreffendheid, ofwel omdat voordien werkloze patiënten nieuwe jobs hadden gevonden, of doordat zij beter in staat waren tegenover hun eigen kinderen empathisch te reageren, of de sociale isolering te boven kwamen en zich voor sociale en publieke uitdagingen inzetten.

In het algemeen wijzen, zoals Messer (2002) vermeldt, bovendien de meeste studies, meta-analyses (cf. Smith & Glass, 1977; Shapiro & Shapiro 1982, 1983; Wampold & al., 1997) en meta-meta-analyses (cf. Grissom, 1996; Luborsky & al., 2002) erop dat er maar weinig verschil is tussen de uitslagen van de zogenaamde "betrouwbare" psychotherapieën, dwz. psychotherapieën met een coherente theoretische structuur, die sinds geruime tijd uitvoerig worden toegepast en funderingen voor het onderzoek bezitten, zoals dit het geval is met de cognitieve gedragpsychotherapieën, de systemische, psychoanalytische of ook cliëntgerichte en experiëntiële psychotherapieën. Een opvallende uitzondering is het recente rapport van het INSERM (2004), dat zich als de eerste vergelijkende studie voorstelt die - met uitzondering van persoonlijkheidsstoornissen - zou hebben aangetoond dat de cognitieve gedragstherapieën boven de andere psychotherapieën uitsteken. De methodologische vertekeningen die tot dergelijke resultaten hebben geleid, werden echter uitvoerig geëxpliciteerd, in het bijzonder in het verslag over het rapport van J.-M. Thurin (lid van de commissie die het opstellen van het INSERM rapport tot taak had) of in dat van R. Perron & al. (2004).

Men dient er alleszins de nadruk op te leggen dat al deze studies op ethisch en methodologisch vlak problematisch zijn. Zoals Capdevielle & al. (1998) eraan herinneren, dient het effect van het onderzoekssysteem op de patiënten die eraan deelnemen, op ethisch vlak steeds in vraag gesteld te worden. Dit is vooral het geval op het gebied van de psychotherapieën, waar het direct om het leed van de patiënt gaat. Zoals Perron & al. (2004) er echter de nadruk op leggen, is één van de delictere vragen die worden gesteld door het toepassen van experimentele methodes voor de efficiëntie-evaluatie van de psychotherapieën de kwestie van de "controlegroep". Zo is het op ethisch vlak onaanvaardbaar een groep patiënten die

voor psychische problemen hulp zoeken, willekeurig te verdelen over enerzijds een experimentele groep (waar zij werkelijk een psychotherapeutische behandeling zullen krijgen) en anderzijds een controlegroep, waar zij op een wachtlijst zullen worden geplaatst (in dat geval besluit men de vraag om hulp van de patiënt momenteel niet te beantwoorden) of een "placebo" groep (waar de therapeut de opdracht krijgt zo weinig mogelijk contact met de patiënt te hebben en geen elementen te gebruiken waarvan men veronderstelt dat zij in de therapie werkzaam zijn, ja zelfs een "pseudotherapie" of een "anti-therapie" te bedrijven), zoals dit nochtans in bepaalde studies wordt gedaan (zie het INSERM rapport, 2004). Om het in de woorden van Perron & al. (2004) uit te drukken: men kan alleen ontsteld zijn ten opzichte van dergelijke technieken: : « Hoe kan men van zichzelf denken of zeggen dat men psychotherapeut is als men er zich zo op toelegt niet te behandelen? Hoe kan men op een zo bewuste manier liegen tegen mensen die lijden en om hulp vragen?».

Afgezien van deze ethische kwesties blijkt daarenboven vanuit methodologisch zicht dat het homogeniseren van de experimentele groep op basis van de criteria die gewoonlijk in studies van dit type worden gebruikt, *de facto* bepaalde soorten psychotherapieën ten opzichte van anderen bevoordeelt (Perron & al., 2004). Zo richten zich deze criteria uitsluitend op een classificatie van patiënten die slechts belang hecht aan de symptomen, terwijl patiënten met hetzelfde symptomencomplex een zeer verschillend psychisch functioneren kunnen vertonen en zeer verschillende relationele modaliteiten kunnen ontwikkelen. Dit model is perfect geschikt voor therapieën die het te behandelende geval tot de waargenomen stoornis beperken en de behandeling slechts op deze ene stoornis richten, maar het is volledig ongeschikt voor een behandeling die tracht de functionele structuren waarvan de stoornis het symptoom is, te identificeren en te veranderen (Perron & al., 2004). Het is trouwens erg opvallend dat de psychoanalytische aanpak zijn doeltreffendheid juist voor persoonlijkheidsstoornissen, die het psychisch functioneren van de patiënt veel meer in zijn totaliteit aantasten, het duidelijkst kon aantonen, zoals uit het INSERM rapport (2004) blijkt.

Op grond van wat wij zojuist hebben vermeld, kan men begrijpen dat de kwantitatieve evaluaties moeilijk op de psychoanalytische therapie kunnen worden afgestemd. Met deze soort evaluatie is het niet mogelijk verslag uit te brengen over de effecten van een praktijk die gericht is op de moeilijkheden die gebonden zijn aan het « beroep van het leven », dwz. op vragen in verband met liefde, seksualiteit en algemener over de zin van het leven, die zich elke patiënt onvermijdelijk in de loop van zijn bestaan gaat stellen. Om deze reden lijken de evaluatie- en wetenschappelijkheidscriteria die op het gebied van de psychoanalyse en de zich daarop inspirerende psychotherapieën werden ontwikkeld, eerder op de criteria van de andere humane wetenschappen, die het even moeilijk hebben zich op de methoden en criteria die in de natuurwetenschappen worden gebruikt, af te stemmen, of dat zelfs helemaal niet kunnen. Deze methoden lijken op de (vooral op het gebied van de antropologie en de etnologie ontwikkelde) technieken van deelnemende waarneming en gesprekken dankzij welke vanuit een op zeer intensieve manier gevoerde praktijk een gesprek kan worden gevoerd dat open staat voor de veelzijdigheid van de getuigenissen en dat op vreemde levenswegen en -stijlen is gericht. Bij wijze van voorbeeld kunnen wij het voortreffelijke werk van P. Jamoule (2002) vermelden, die op deze manier de middelen en de capaciteiten kon onderzoeken, die arbeidersgezinnen die in België in arme wijken leven en die door diverse vormen van risicogedrag getroffen zijn

(verslavingen, geweld, zelfmoordpogingen, enz.) inzetten voor het leggen van sociale banden. Met een dergelijke methodologie kan worden nagedacht over de interventiewijzen indien men zich direct op de ervaring van de personen steunt, die men heeft ontmoet.

Er dient echter op gewezen te worden dat het ernaar uitziet dat bepaalde wetenschappers één enkele soort wetenschappelijkheid aan alle humane wetenschappen willen opleggen, nl. die welke het opkomen van de "harde" wetenschappen mogelijk maakte - terwijl deze vordering sterk in twijfel wordt getrokken door menig epistemologen, zoals J. Ladrière (1988) of M. Hampe, die het volgende beweert: "ik ken geen enkele serieuze hedendaagse filosoof die blijft pleiten voor een uniform zicht op de wetenschap" (« Der Pluralismus der Wissenschaften und die Einheit der Vernunft », 2000).

6.1.3. Op case study gebaseerd empirisch onderzoek

Het grootste deel van het psychoanalytische onderzoek maakt deel uit van een lange onderzoekstraditie waarvan de wortels in Europa liggen en die zich zeer sterk heeft uitgebreid in de Romaans-sprekende landen. Deze traditie blijft sterk aan de klinische *case study* methode gebonden, die, zoals men zich zal herinneren, aan de klassieke psychiatrie haar wetenschappelijke fundering, toepasselijkheid en rijkdom verschafte. Zoals door Widlöcher (1995, 1996, 1999) gepreciseerd, is de methode van het unieke geval bijzonder geschikt om de theorie opnieuw in vraag te stellen, om het formuleren van nieuwe hypothesen mogelijk te maken en nieuwe feiten of verbanden te ontdekken. Daarenboven is het dankzij de theoretische en klinische opbouw van deze methode mogelijk van praktijk te veranderen. Vanuit psychoanalytisch perspectief omvat de *case study* (die op het subjectieve aspect en niet enkel op observatie van de stoornissen is gericht) zowel de stijl en de positie van de psychotherapeut in de relatie als de effecten van zijn interventies: de waarnemer is dus ook ontvangende partij van de situatie (Capdevielle & Doucet, 1999). Zowel op het gebied van het onderzoek als op therapeutisch gebied gaat het erom op logisch gerechtvaardigde wijze de hulpmiddelen die dankzij de met de patiënt tot stand komende dialoog ter beschikking staan, uit te baten.

Het is natuurlijk niet mogelijk een lijst te maken van het volledige onderzoek, dat tot talrijke werken en publicaties in nationale en internationale tijdschriften heeft geleid. Bij wijze van voorbeeld zullen wij slechts enkele van de brede onderzoeksrichtingen vermelden die de laatste jaren op het gebied van de psychoanalytisch georiënteerde psychotherapieën zijn ontstaan (psychodynamisch georiënteerde psychotherapieën, psychoanalytisch georiënteerde psychotherapieën, psychoanalyse toegepast op de behandeling of de instellingenpraktijk) en die op grote schaal werden geëvalueerd - en nog altijd geëvalueerd worden -, vooral vanuit de *case study* methode:

Vanaf dit klinische onderzoek heeft zich sinds een vijftiental jaren een nieuwe aanpak voor bepaalde psychosomatische verschijnselen ontwikkeld, waardoor een grote vooruitgang op het gebied van de therapeutische begeleiding kon worden geboekt. Deze aanpak concentreert zich op de functie van het psychosomatische fenomeen in de psychische en relationele huishouding van bepaalde patiënten. Bij deze mensen wordt het psychische functioneren grotendeels bepaald door de psychosomatische stoornis via een soort overspringen van de onbewuste symbolisatieprocessen. Deze studies tonen aan dat, complementair aan de medische behandeling, werk dat via het gesprek de mogelijkheid biedt deze symbolisatieprocessen opnieuw op gang te

zetten (dwz. de voorbije of huidige moeilijkheden waar de patiënt mee te kampen kreeg in het psychische bewustzijn te roepen), een verlichtende werking op het lijden en de somatische stoornissen heeft. Andere, psychisch veel zwakkere patiënten, kunnen zeer dikwijls dankzij de psychotherapeutische begeleiding vooral op sociaal vlak houvasten versterken of ontwikkelen waardoor veel radicalere decompensaties, die een opname in de psychiatrie noodzakelijk zouden maken, worden vermeden (GREPS, 1987 ; McDougal, 1989 ; Fain, 1990 ; Marty, 1990 ; Fonagy, 1999 ; Doucet, 2000 ; Jadoulle, 2003a, 2003b).

Een even belangrijke vooruitgang werd geboekt in het behandelen van borderline patiënten en van bepaalde patiënten met een psychisch functioneren van het psychotische type zonder werkelijke psychose. Dit onderzoek toont de doeltreffendheid en de toepasselijkheid aan van een psychotherapeutische begeleiding die beoogt de patiënt te ondersteunen bij het uitwerken van telkens unieke oplossingen: de steun op identificaties waardoor sociale interactie mogelijk wordt, de psychische steun die in bepaalde gevallen kan worden gebracht dankzij met de psychotherapeut uitgewerkte creatieve of culturele activiteiten, het verhalen van de eigen levensloop, het uitwerken van een project, enz.: het zijn allemaal middelen van een psychotherapeutische praktijk die zich op relationeel gebied ontwikkelt (Widlöcher, 1981 ; Green, 1990 ; Roussillon, 1991 ; Fonagy, 1993 ; De Wanbrechies-La Sagna & Deffieux, 1997 ; Collectif, 1997).

Het is vanaf de zestiger jaren en vooral de tachtiger jaren dat nieuwe psychotherapeutische begeleidingsperspectieven vanuit het psychoanalytische onderzoek in de psychosen- en autismekliniek voor volwassenen, kinderen en tieners kon worden aangeboden. Zonder de voor deze soort pathologie vaak noodzakelijke farmacologische behandeling te verwaarlozen, volgt de psychotherapeutische opname, waarvan de onbetwistbare positieve effecten door verscheidene onderzoeken werden aangetoond, hetzelfde begeleidingsperspectief als het zonet beschrevene, namelijk het ondersteunen van de patiënt bij het uitwerken van unieke oplossingen waardoor sociale interacties kunnen worden hervat en de subjectieve werkelijkheid opnieuw kan worden opgebouwd. (Czermak, 1986 ; Fondation du Champ freudien, 1988 ; Racamier, 1992 ; Laznik, 1995 ; Hochmann, 1997 ; Jolibois & Strélisky, 1997 ; Deffieux & De Wanbrechies-La Sagna, 1999 ; Sauvagnat, 2003 ; Miller, 2004).

In de studies die wij zonet hebben vermeld, wijst veel onderzoek op de toepasselijkheid van de institutionele aanpak voor ernstige pathologieën (volwassenen, kinderen en tieners die aan psychose, borderline of ernstige neurose lijden), ook in de autismekliniek (Burnand & al., 1992 ; Hochmann, 1997 ; Association du Champ freudien, 2003 ; Berger, 2003)

Zowel op het « normale » als op het « pathologische » gebied tracht deze op de uniciteit van de patiënt gerichte kliniek, zowel bij het therapeutische werk zelf als bij de evaluatie ervan, niet alleen rekening te houden met de symptomen, maar ook met de context waarin deze zijn verschenen en de verschillende psychische determinanten ervan: de levensweg van de patiënt, de manier waarop deze sociale banden legt, zijn familiale en/of echtelijke relaties, de vragen die hij zich stelt over seksualiteit, liefde en de dood, de moeilijkheden die met het bestaan zelf gepaard gaan.

6.1.4. Het opleidingsproces van de psychoanalyticus samengaande klinische onderzoek

Het is eveneens belangrijk hier het werk te vermelden dat in het onderzoek naar en de evaluatie van de praktijk werd geïnvesteerd en dat vanaf het begin van de psychoanalyse geleidelijk aan in de psychoanalytische verenigingen werd verricht. Hieronder verstaan wij de theoretische en klinische discussiecolleges, de supervisieprocedures en procedures voor individuele controle of groepscontrole, didactische analyses en de zgn. procedures van de "passe".

Deze procedures zijn zowel op de basisopleiding en de permanente opleiding van de psychoanalyticus gericht, alsook op het theoretische en klinische onderzoek:

1. Theoretische en klinische studiecolleges. Tijdens deze zittingen, die Freud vanaf 1902 onder de titel « Psychologische Mittwochs-Vereinigung » had ingevoerd, werd belangrijk onderzoekswerk verricht en vonden belangrijke klinische discussies plaats met uiteenzettingen over nieuwe theoretische uitwerkingen, die systematisch aan kritiek door de leden van de groep werden onderworpen. Indien men de akten, die ondertussen zijn uitgegeven (Collectif, 1976), leest, kan men de evolutie van de theoretische uitwerkingen en de psychoanalytische praktijk volgen. Dankzij het lezen van deze documenten is het ook mogelijk een aantal theoretische en klinische conflicten, die in de psychoanalytische beweging zijn ontstaan en op de realiteit van de confrontatie wijzen, van binnen af te benaderen. De psychoanalytische verenigingen hebben deze bijzonder energievolle manier om theorie en praktijk in vraag te stellen, behouden.
2. Supervisie en controle. Het gaat hier om het voorstellen van kuren - van de problemen waarop men is gestoten, hun uitkomst en de verkregen effecten - door een beginnende psychoanalyticus aan een andere met meer ervaring (individueel of per "intervisie" in een groep gelijken). Dankzij deze procedures is zowel een evaluatie mogelijk van de belemmeringen die aan de subjectiviteit van de psychoanalyticus gebonden zijn, alsook een evaluatie van de doeltreffendheid van de gebruikte techniek en invraagstelling van de onderliggende theorie. (Lebovici & Solnit, 1982 ; Collectif, 1989 ; Safouan, 2001).
3. Didactische analyses. Deze psychoanalytische kuren waaraan zich de kandidaat-analytici onderwerpen, zijn in de eerste plaats op hun opleiding gericht, dwz. op het verbeteren van hun vermogen om naar de analysanten die zij in de toekomst zullen moeten ontvangen, te luisteren. Aangezien ze een intensievere belevenis van het onbewuste mogelijk maken, openen deze kuren echter ook een bijzonder gebied in het psychoanalytische onderzoek, vooral in gevallen waar deze kuren kunnen worden opgenomen in het kader van de zgn. procedure van de « passe ».
4. De zgn. procedures van de « passe ». Om het einde van de kuur van analysanten die psychoanalytici worden, te onderzoeken, stelde Lacan een procedure voor om dit overgangsmoment door middel van gesprekken tussen de analysant en twee gesprekspartners die niet zijn psychoanalyticus zijn, te bestuderen. Daarbij gaat het om een zeer belangrijke methode om de effecten

van een psychoanalytische kuur te onderzoeken in het specifieke geval waarin de analysant psychoanalyticus wil worden⁷ (Association Mondiale de Psychanalyse, 1994, 1998).

Deze methodes hebben natuurlijk hun beperkingen, maar ze hebben in ieder geval het voordeel dat ze zowel rekening houden met de complexiteit van de menselijke natuur, van het symptoom alsmede met de veranderingsprocessen die in de kuur een rol spelen (De Neuter, 1994, 2004 ; Zaltzman, 1998 ; Hochmann, 2001). Zoals door de hele geschiedenis van de psychoanalyse wordt aangetoond, is het dankzij deze procedures ook mogelijk wijzigingen uit te voeren in de theorieën en technieken ten opzichte van de nieuwe pathologieën die worden benaderd en de bijzondere gevallen die men tegenkomt. Ze zorgen voor een controle en blijvende invraagstelling van de praktijk die geheel worden opgenomen in zowel de onderzoeksdynamiek als het continue opleidingsproces van de clinicus.

6.1.5. Referenties

- ALEXANDER F., « Five-Year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis : 1932-1937 », Chicago, Chicago Institute for Psychoanalysis, 1937.
- ANDREOLI A., SCHNEIDER EL GUEDDARI N., DAZORD A., PASCUAL SANCHEZ T., LASTRICO A. & ARPRO N., « Résultats de la psychothérapie analytique : relation à l'expérience, durée du training et compétences techniques spécifiques du psychothérapeute », *Psychothérapies*, 2000, 20, 4 : 263-274.
- ASSOCIATION DU CHAMP FREUDIEN (Coll.), « Pertinences de la psychanalyse appliquée », Paris, Seuil, 2003.
- ASSOCIATION MONDIALE DE PSYCHANALYSE (Coll.), « Comment finissent les psychanalyses », Paris, Seuil, 1994.
- ASSOCIATION MONDIALE DE PSYCHANALYSE (Coll.), « La passe et le réel. Témoignages imprévus sur la fin de l'analyse. », Paris, Agalma-Seuil, 1998.
- ASSOUN P.-L., « Introduction à l'épistémologie freudienne », Paris, Payot, 1981.
- BACHRACH H., WEBER J. & SOLOMON M., « Factors associated with the outcome of psychoanalysis (clinical and methodological considerations) : Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV) », *International Review of Psychoanalysis*, 1985, 12 : 379-388.
- BATEMAN A. & FONAGY P., « Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization : an 18-month follow-up. », *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158, 1 : 36-42
- BERGER M., « L'échec de la protection de l'enfance », Paris, Dunod, 2003.

⁷ M.b.t. de evaluatie van de effecten van de psychoanalytische kuur moeten wij ook de spontane getuigenissen van

de analysanten zelf vermelden (afgezien van de procedure van de passe). Dit kan ofwel gaan om publieke verklaringen door prominente personen uit zeer verschillende kringen over het nut dat zij uit hun psychoanalytische kuur hebben getrokken - zoals Georges Perec, François Cheng, Catherine Clément, Alain Cuny, Gaston Defferre, Catherine Deneuve, Isabelle Adjani, Dominique Fernandez, Marie-Antoinette Fouque, Anaïs Nin, Françoise Rey, Françoise Giroud, François Wahl, Madeleine Chapsal, Valéry Giscard d'Estaing, Eric Cantona, Yannick Noah, enz. - ofwel om de meer gedetailleerde berichten van voormalige analysanten gaan, zoals die van Béatrix Beck, Marie Cardinal, Jean-Guy Godin, Gérard Haddad, Pierre Rey, Paul Roazen, François Weyergans, Smiley Blanton, Abram Kardiner, enz. Zijn deze «evaluaties», hoe subjectief zij ook mogen zijn, wegens hun waarde als getuigenis, niet even relevant als die, welke in het kader van zogenaamde objectieve studies worden verricht en die vaak weinig plaats overlaten om de patiënt aan het woord te laten?

BERTRAND M., « L'implication de l'observateur dans l'observation », in L'observation, quels enjeux pour le sujet ?, Buc, Buc Ressource, 2002.

BERTRAND M., « Trois défis pour la psychanalyse. Clinique, théorie, psychothérapie. », Paris, Dunod, 2004.

BURNAND S., DUFOUR R. & PALACIO ESPASA F., « Le cadre d'un centre de jour et son action thérapeutique sur des enfants avec des problèmes importants d'identité (enfants psychotiques et borderline graves) », in Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques, Bleandonu G. (Dir.), Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1992.

BURNAND Y., ANDREOLI A., KOLATTE E., VENTURINI A. & ROSSET N., « Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression », Psychiatric Services, 53, 5 : 2002 : 585-590.

CAPDEVIELLE V., LATERRASSE C. & DOUCET C., « Position du chercheur et souffrance du sujet », Psychologie Clinique, 1998, 5.

CAPDEVIELLE V. & DOUCET C., « Psychologie clinique et psychopathologie », Paris, Armand Colin, 1999.

COLLECTIF, « Les premiers psychanalystes. Minutes de la Société psychanalytique de Vienne » (3 Tomes), Paris, Gallimard, 1976

COLLECTIF, « La pratique des cures contrôlées ou supervision », Etudes freudiennes, 1989, 3.

COLLECTIF, « Etats limites ou états sans limites ? », Bulletin freudien, Bruxelles, 1997, 29.

CZERMAK M., « Passion de l'objet : études psychanalytiques des psychoses », Paris, Association Freudienne Internationale, 1986.

DEFFIEUX J.-P. & DE WANBRECHIES-LA SAGNA C. (Dir.) – IRMA : « La psychose ordinaire », Paris, Agalma-Seuil, 1999.

DE NEUTER P. & FLORENCE J. (Dir.), « Sciences et Psychanalyse », Bruxelles, De Boeck Université, 1988.

DE NEUTER P., « La psychanalyse : pour guérir de quoi ? », in La direction de la cure depuis Lacan, Paris, Point Hors-Ligne, 1994 : 121-128.

DE NEUTER P., « La spécificité de la guérison dans l'enseignement de Lacan », in Actes du colloque de Rome, Fondation européenne pour la psychanalyse, à paraître en déc. 2004.

DE WANBRECHIES-LA SAGNA C. & DEFFIEUX J.-P. (Dir.) – IRMA : « La Conversation d'Arcachon. Cas rares : les inclassables de la clinique. », Paris, Agalma-Seuil, 1997.

DOR J., « L'A-scientificité de la psychanalyse » (2 Tomes), Paris, Editions Universitaires, 1988.

DOUCET C., « La psychosomatique. Théorie et clinique. », Paris, Armand Colin, 2000.

EDELSON M., « Hypothesis and Evidence in Psychoanalysis », Chicago, University of Chicago Press, 1984.

ERLE J. & GOLDBERG D., « Observations on assessment of analysability by experienced analysts », Journal of the American Psychoanalytic Association, 1984, 32 : 715-737.

FAIN M., « Psychanalyse et psychosomatique », Revue Française de Psychanalyse, 1990, 3 : 625-637.

FONAGY P., « The role of mental representation and mental processes in therapeutic action », Psychoanalytic Study of the Child, 1993, 48 : 91-109.

FONAGY P., « Psychoanalytic research : present status and future potential », *International Journal of Psychoanalysis*, 1999, 80 : 91-109.

FONDATION DU CHAMP FREUDIEN (Coll.), « Clinique différentielle des psychoses », Paris, Navarin, 1988.

GORY R., « La preuve par la parole », Paris, Presses Universitaires de France, 1996.

GREEN A., « La folie privée. Psychanalyse des cas limites. », Paris, Gallimard, 1990.

G.R.E.P.S. (Groupe de Recherches Psychosomatiques du Champ freudien, coll.), « Le phénomène psychosomatique et la psychanalyse », Paris, Navarin, 1987.

GRISSOM R.J., « The magic number. 7+2 : meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64 : 973-982.

HOCHMANN J., « Pour soigner l'enfant autiste », Paris, Odile Jacob, 1997.

HOCHMANN J., « Qu'est-ce que guérir dans la psychothérapie ? », Paris, Presses Universitaires de France, 2001.

JADOULLE P., « La pensée psychosomatique I. Avancée conceptuelle ou miroir aux alouettes », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 2003, 62 : 43-47.

JADOULLE P., « La pensée psychosomatique II. Les théories psychosomatiques psychanalytiques », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 2003, 62, 48-53.

JAMOULLE P., « La débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risque. », Bruxelles, De Boeck Université, 2002.

JOLIBOIS M. & STRELISKY P. (Dir.) – IRMA : « Le Conciliabule d'Angers. Effets de surprise dans les psychoses. », Paris, Agalma-Seuil, 1997.

KANDEL E.R., « Biology and the future of psychoanalysis : a new intellectual framework for psychiatry revisited », *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156 : 505-524.

KANDEL E.R., « La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée », *L'Evolution Psychiatrique*, 2002, 67 : 40-82.

KERNBERG O.F. & al., « Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. », *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1972, 36 : 3-275.

KESSEL L. & HYMAN H., « The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1933, 101 : 1612-1615.

KNAPP P., LEVIN S., MAC CARTER R., WERMER H. & ZETZEL E., « Suitability for Psychoanalysis : a review of one hundred supervised analytic cases », *Psychoanalytic Quarterly*, 1960, 29 : 459-477.

KNIGHT R.P., « Evaluation of the results of psychoanalytic therapy », *American Journal of Psychiatry*, 1941, 98 : 434-446.

LADRIERE J., « Les sciences humaines et le problème de la scientificité », in *Sciences et psychanalyse*, De Neuter P. & Florence J. (Dir.), Bruxelles, De Boeck Université, 1988.

LAZNIK M.-C., « Vers la parole. Trois enfants autistes en analyse », Paris, Denoël, 1995.

LEBOVICI S. & SOLNIT A. (Dir.), « La formation des psychanalystes », Paris, Presses Universitaires de France, 1982.

LEBRUN J.-P., « Un monde sans limite. Essai pour une clinique psychanalytique du social. », Raimonville Saint-Agne, Erès, 1997.

LEUZINGER-BOHLEBER M., STUHR U., RÜGER B. & BEUTEL M., « How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients well-being : A representative, multi-perspective follow-up study. », *International Journal of Psychoanalysis*, 2003, 84 : 263-290.

LUBORSKY L., « Clinical's judgement of mental health : Specimen case descriptions and forms for the Health Sickness Rating Scale », *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1975, 39 : 448-480.

LUBORSKY L., MINTZ J., AUERBACH A., CHRISTOPH P., BACHRACH H., TODD T., JOHNSON M. & O'BRIEN C.P., « Predicting the outcome of Psychotherapy : Findings of the Penn Psychotherapy Project », *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37 : 471-481.

LUBORSKY L., ROSENTHAL R., DIGUER L. & al., « The Dodo Bird Verdict is Alive and Well-mostly », *Clinical Psychology and Science Practice*, 2002, 9 : 2-12.

MCDOUGALL, « Théâtre du corps », Paris, Gallimard, 1989.

MALAN D.M., « Toward the validation of dynamic psychotherapy : A replication », New York, Plenum Press, 1976.

MALEVAL J.-C., « De l'extension du champ "psy" », communication à la Journée d'étude du Séminaire Inter-Universitaire Européen de Recherche en Psychopathologie et Psychanalyse (SIUERPP) consacrée aux questions posées par l'évaluation des modes de prise en charge du soin psychique, Paris, 8 mai 2004.

MARTY P., « Psychanalyse et psychosomatique », *Revue Française de Psychanalyse*, 1990, 3 : 615-624.

MESSER S.B., « Empirically Supported Treatments : Cautionary Notes », *Medscape General Medicine eJournal*, 2002, www.medescap.com.

MILLER J.-A. (Dir.), « L'amour dans les psychoses », Paris, Seuil, 2004.

MILLER J.-A. & MILNER J.-C., « Evaluation. L'instant de voir. », Paris, Agalma, 2004.

MILROD B., BUSCH F., LEON A.C., SHAPIRO T., ARONSON A., ROIPHE J., RUDDEN M., SINGER M., GOLDMAN H., RICHTER D. & SHEAR M.K., « Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder : a pilot study », *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157, 11 : 1878-1880.

MILROD B., BUSCH F., LEON A.C., ARONSON A., ROIPHE J., RUDDEN M., SINGER M., SHAPIRO T., GOLDMAN H., RICHTER D. & SHEAR M.K., « A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder », *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2001, 10, 4 : 239-245.

PERRON R., BRUSSET B, BARUCH C., CUPA D., EMMANUELLI M., « Quelques remarques méthodologiques à propos du Rapport INSERM "Psychothérapie ? Trois approches évaluées." », communication à la Journée d'étude du Séminaire Inter-Universitaire Européen de Recherche en Psychopathologie et Psychanalyse (SIUERPP) consacrée aux questions posées par l'évaluation des modes de prise en charge du soin psychique, Paris, 8 mai 2004.

PIRARD E., FRANKARD A.-C., SIMONON M., « Evaluation d'une unité ambulatoire de soins des troubles de la relation précoce du jeune enfant et de sa famille », inédit. 2004.

RACAMIER P.-C., « Le génie des origines. Psychanalyse et psychose. », Paris, Payot, 1992.

RAPPARD R., « Evaluation des psychothérapies », in *Psychanalyse et psychothérapies*, Widlöcher D. & Braconnier A. (Dir.), Paris, Flammarion, 1996 : 245-255.

Rapport de l'INSERM, « Psychothérapies : Trois approches évaluées. », Paris, Les Editions de l'INSERM, 2004.

ROUSSILLON R., « Paradoxes et situations limites de la psychanalyse », Paris, Presses Universitaires de France, 1991.

SAFOUAN M., « Dix conférences sur la psychanalyse », Paris, Fayard, 2001.

SASHIN J.I., ELDRED S.H. & VAN AMEROGEN S.T., « A search of predictive factors in institute supervised cases : a retrospective study of 183 cases from 1959-1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute », *International Journal of Psychoanalysis*, 1975, 56 : 343-359.

SAUVAGNAT F., « La place de la procédure de la passe dans les recherches sur le processus psychanalytique », *Mental (Revue internationale de santé mentale et psychanalyse appliquée)*, 1997, 3 : 27-59.

SAUVAGNAT F., « On the lacanian treatment of psychotics : historical background and future prospects », *Psychoanalytic Review*, 2003, 90, 3 : 303-328.

SHAPIRO D.A. & SHAPIRO D., « Meta-analysis of comparative therapy outcome studys : a replication and refinement », *Psychological Bulletin*, 1982, 92 : 3.

SHAPIRO D.A. & SHAPIRO D., « Comparative therapy outcome research : methodological implication of meta-analysis », *Journal of Consulting Psychology*, 1983, 51 : 42-53.

SMITH M.L. & GLASS G.V., « Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies », *American Psychologist*, 1977, 32 : 752-760.

STRUPP H.H., « Vanderbilt psychotherapy process outcome project », communication au 8ème congrès annuel de la Society For Psychotherapy Research, Madison, Wisc, June 1977.

SVARTBERG M., STILES T.C. & Seltzer M.H., « Randomized, controlled trial of the effectiveness of Short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders », *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161, 5 : 810-817.

WAMPOLD B.E., MONDIN, MOODY M., STICH F., BENSON K., AHN H., « A Meta-analysis of outcome studies comparing bonafide psychotherapies : empirically, "all must have prizes" », *Psychological Bulletin*, 1997, 122 : 203-215.

WAMPOLD B.E., « The Great Psychotherapy Debate : Models, Methods and Findings », London, 2001, Erlbaum.

WEBER J., BACHRACH H., SOLOMON M., « Factors associated with the outcome of psychoanalysis : Report of th Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II) », *International Review of Psychoanalysis*, 1985a, 12 : 127-141.

WEBER J., BACHRACH H., SOLOMON M., « Factors associated with the outcome of psychoanalysis : Report of th Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III) », *International Review of Psychoanalysis*, 1985b, 12 : 251-262.

WILDÖCHER D., « Etats limites », in *Actualités de la schizophrénie*, Pichot (Dir.), Paris, Presses Universitaires de France, 1981 : 55-70.

WIDLÖCHER D., « La recherche clinique : principes généraux », in *La recherche clinique en psychopathologie*, Bourguignon O. & Bydlowski M. (Dir.), Paris, Presses Universitaires de France, 1995 : 9-33

WIDLÖCHER D. & BRACONNIER A. (Dir.), « *Psychanalyse et psychothérapies* », Paris, Flammarion, 1996.

WIDLÖCHER D., « La méthode du cas unique », in *Le cas en controverse*, Fédida P. & Villa F. (Eds.), Paris, Presses Universitaires de France, 1999 :191-200.

WINSTON A., LAIKIN M., POLLACK J., WALLNER-SAMTAG L., MCCULLOUGH L. & MURAN C., « Short-term psychotherapy of personality disorders », American Journal of Psychiatry, 1994, 151, 2 : 190-194.

ZALTZMAN N., « De la guérison psychanalytique », Paris, Presses Universitaires de France, 1998.

6.2. Cognitief en gedragstherapeutisch georiënteerde psychotherapie

6.2.1. Inleiding en definities

Sinds een twintigtal jaren heeft zich, gestimuleerd door de wetenschappelijke kringen en het gezondheidsbeleid, vooral in Noord-Amerika het begrip “empirisch ondersteunde behandeling” ontwikkeld. In 1995 heeft de werkgroep van de APA (American Psychological Association) voor de promotie en verspreiding van psychologische procedures de normen gedeclareerd waaraan de behandelingen moesten voldoen om als “werkzame behandelvorm” of “mogelijkerwijs werkzame behandelvorm” gedefinieerd te worden. In tabel 1 (p. 63) worden de definities van “werkzame behandelvormen” en die van “mogelijkerwijs werkzame behandelvormen” tegenover elkaar gesteld.

De “werkzame behandelvormen” dienen in studies die patiëntengroepen met elkaar vergelijken, voor een bepaalde pathologie hun superioriteit tegenover een placebobehandeling of hun gelijkwaardigheid tegenover een andere werkzame behandeling te hebben aangetoond. Deze studies dienen door verschillende onafhankelijke laboratoria te zijn verricht. Als alternatief kan het bewijs ook worden gebracht door een aanzienlijke reeks case studies die de ingreep met een andere behandeling vergelijken. Hoe dan ook dienen deze behandelvormen in een handboek in detail te worden beschreven en voor een welbepaalde stoornis te zijn ontwikkeld.

De “mogelijkerwijs werkzame behandelvormen” dienen in ten minste twee studies (die door hetzelfde laboratorium mogen worden uitgevoerd) te hebben aangetoond dat de behandeling doeltreffender is dan een wachtlijst of placebo, of dat de behandeling werkzaam is voor een heterogene patiëntengroep (niet- specificiteit).

Naar aanleiding van deze definities zijn een reeks publicaties verschenen die de verschillende behandelingsprocedures beschrijven en het bewijs voor hun werkzaamheid leveren (bv. Christophersen & Mortweet, 2001; Foa & Keane, 2000 ; Ladouceur, Boisvert, Loranger, Morin, Pépin & Blais, 2003). Er dient benadrukt te worden dat cognitieve en gedragstherapieën dadelijk zijn beginnen te streven naar een empirische validatie van hun ingrepen. Zo is het - gezien hun historische oorsprong en hun theoretische grondopvattingen over het menselijke functioneren - inderdaad logisch dat deze ingrepen van het wetenschappelijke model van de positieve wetenschappen gingen gebruik maken. Vanaf het begin van deze stroming heeft het (bij voorkeur experimentele) wetenschappelijke onderzoek een belangrijke plaats ingenomen.

6.2.2. Beperkingen vooraf

In de volgende paragrafen worden de voornaamste besluiten van dit onderzoek samengevat, die op een heel recente synthese van het INSERM (2004) zijn gebaseerd. Ofschoon het begrip “empirisch ondersteunde behandeling” een belangrijke stap vooruit betekent in de geestesgezondheid, dient voordien toch te worden benadrukt dat het zijn beperkingen heeft.

Ten eerste dient erop gewezen te worden dat statistisch significante behandelingseffecten niet noodzakelijker wijze inhouden dat deze effecten ook

klinisch significant zijn. Eveneens is het niet altijd zo dat als een behandeling voor een bepaalde stoornis aan de criteria voor een “werkzame behandelvorm” voldoet, deze ook de meest doeltreffende is: ze dient gewoon efficiënter te zijn dan de placebo. Dit soort overwegingen heeft gevoerd tot bijvoorbeeld hevige debatten over het al dan niet opnemen van de EMDR in de lijst van als werkzaam erkende behandelvormen.

Een andere beperking heeft betrekking tot de ecologische validiteit van empirisch ondersteunde behandelingen. Gezien de definitie zelf van empirisch ondersteunde behandelingen, impliceert onderzoek verricht in dit kader dat gebruik wordt gemaakt van steekproeven op patiënten met een specifieke pathologie en geen co-morbide pathologie (of in ieder geval met zo weinig mogelijk co-morbiditeit). In de klinische werkelijkheid zijn geïsoleerde stoornissen echter zelden en is co-morbiditeit eerder regel als uitzondering.

Een derde beperking heeft te maken met het feit dat de efficiëntiecriteria zoals ze door de DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition - American Psychiatric Association). worden geformuleerd, slechts voor een bepaalde stoornis zijn opgesteld. Enerzijds zijn er staten van psychologisch lijden waarvoor een behandeling nodig is, maar waarvoor geen “erkende” diagnose bestaat (bv. de gevolgen van pesterijen). Anderzijds ontwikkelt de DSM categorieën die op symptomatologisch vlak zijn afgesproken en wordt met opzet elk verwijs naar onderliggende psychopathogene processen vermeden. Maar logischerwijze zijn behandelingen in de eerste plaats op processen, en niet op symptomen, gericht, zodat men kan hopen dat in de toekomst psychotherapeutische ingrepen voor *processen* i.p.v. voor *stoornissen* zullen worden bekrachtigd. Dit impliceert echter dat men m.b.t. de betrokken processen tot een relatieve overeenstemming komt.

Algemener gebruikt men in de klinische praktijk bij voorkeur methoden en technieken die op wetenschappelijk ondersteunde theorieën zijn gebaseerd en in gecontroleerde klinische proeven zijn getest. In bepaalde situaties komt het voor dat het statuut van de theorieën, methoden en technieken die voor een bepaald probleem of een bepaalde stoornis beschikbaar zijn, niet aan dit criterium beantwoordt. In zulke gevallen baseert men zich op de beste klinische ingreep die door de praktijkdeskundigen werd bepaald.

Ondanks deze beperkingen dient te worden benadrukt dat het begrip “empirisch ondersteunde behandeling” zeer terecht de nadruk legt op het belang van de kritische evaluatie van de psychotherapeutische ingrepen op basis van verschillende criteria: symptomatologie, levenskwaliteit, persoonlijk, relationeel of professioneel functioneren. Dit begrip benadrukt eveneens het belang van de empirische cyclus in het opnameproces (verzameling van gegevens, stellingen, ingreep, evaluatie, aanpassen van de stellingen of afsluiting).

6.2.3. Empirisch ondersteunde behandelingen in cognitieve en gedragstherapie

In een heel recent rapport over de evaluatie van de psychotherapieën onderstreept het INSERM (2004) dat een groot aantal meta-analyses (21 meta-analyses werden in dit rapport opgenomen – zie tabel 2) en gerandomiseerde studies met een voldoende methodologische controle over de cognitieve gedragstherapieën (CGT)

werden verricht. In deze sectie worden in een beknopte vorm de besluiten uit het INSERM (2004) rapport opgesomd.

De werkzaamheid van de CGTs wordt voor verschillende soorten stoornissen onderzocht, eerst bij volwassenen, dan bij kinderen en tieners.

A. Werkzaamheid van CGTs bij volwassenen

De CGTs zijn heel vaak toegepast bij het behandelen van verschillende angststoornissen, en een groot aantal resultaten zijn beschikbaar voor de evaluatie van de doeltreffendheid van deze therapieën. M.b.t. **panische stoornissen** en **agorafobie** tonen 3 meta-analyses een significante daling van de symptomen als gevolg van een CGT in vergelijking met de controletoestanden. De meest efficiënte therapeutische combinatie schijnt de combinatie van *in vivo* blootstelling en antidepressiva te zijn.

Het effect van de CGTs werd vergeleken met dat van de farmacologische behandeling voor patiënten met een **gegeneraliseerde angststoornis** (1 meta-analyse). De effectgroottes⁸ zijn vrij vergelijkbaar (0,70 voor de CGT en 0,60 voor de farmacologische behandeling), maar het effect houdt na het einde van de CGT-behandeling aan terwijl het effect van de farmacologische behandeling na ontwenning verdwijnt.

Voor **posttraumatische stress** verzamelt een meta-analyse de studies over verschillende types cognitieve en gedragstherapieën en behandelingen met medicijnen. CGTs blijken m.b.t. de symptomen van posttraumatische stress doeltreffender te zijn dan de behandelingen met medicijnen: de effecten van deze psychotherapieën houden aan na een follow-up van gemiddeld 15 weken.

Drie meta-analyses betreffen **obsessieve compulsieve stoornissen**. Alle drie tonen aan dat er geen verschil is tussen het voorschrijven van antidepressiva alleen, CGTs en het combineren van beide behandelingen. Voor de CGTs liggen de effectgroottes naar gelang van het geëvalueerde criterium tussen 0,70 en 1,46. Om de doeltreffendheid op lange termijn van de CGTs voor dwangstoornissen te schatten werden de uitslagen van 9 (gecontroleerde) cohortstudies onderzocht. Tijdens een follow-up van 1 tot 6 jaar (gemiddeld 3 jaar) werd een verbeteringspercentage van 78% onderstreept met een gemiddelde vermindering van 60% van de rituelen. Toch hielden de patiënten er in de regel restsymptomen aan over en bleef de kans op depressie onveranderd.

Drie recente meta-analyses geven een overzicht van de effecten van de CGTs op korte en op lange termijn bij de behandeling van **sociale fobieën**. Twee meta-analyses tonen aan dat een hogere effectgrootte wordt verkregen met cognitieve therapie gecombineerd met blootstelling dan met de placebo (1,06 *versus* 0,48). Daarenboven wordt een bijkomende verbetering vastgesteld tijdens de follow-up. In

⁸ De zogenaamde effectgrootte (effect size) verwijst naar de statistische grootte van de waargenomen effecten. Ze wordt uitgedrukt door een gestandaardiseerde meting (waardoor dus een vergelijking van verschillende metingen mogelijk wordt): de standaarddeviatie. De standaarddeviatie wordt bepaald door de functie van normale statistische verdeling. Voor een gegeven meting bevindt zich twee derde van de bevolking tussen min of meer één standaarddeviatie van het gemiddelde. Men gaat er gewoonlijk van uit dat een effect klinisch significant is als het hoger is dan .50.

vergelijking met farmacotherapie vertonen de CGTs geen significant verschillende werkzaamheid. Tenslotte werden in de derde meta-analyse verschillende CGT-methoden met de controletoestanden en met de farmacotherapie vergeleken. Voor alle soorten van CGTs heeft men effectgroottes vastgesteld die tussen 0,6 en 1,0 variëren. Voor de farmacotherapie lagen die variaties tussen 1,0 en 2,0. De verbetering van de symptomen blijft na een CGT echter wel aanhouden, terwijl deze na een farmacotherapie geleidelijk afneemt.

Er bestaan enkele gecontroleerde studies met lage kracht voor **specifieke fobieën** (vliegtuig-, tandarts-, spinnenfobie, hoogtevrees, claustrofobie). Ze wijzen er alle op dat verschillende types van CGT-procedures een goede werkzaamheid bezitten.

Met betrekking tot **milde of middelmatige depressie** tonen de recentste meta-analyses aan dat de CGTs even werkzaam zijn als antidepressiva en toont een meta-analyse aan dat ze even doeltreffend zijn als interpersoonlijke therapie. De efficiëntie-evaluatie had eveneens betrekking op het voorkomen van terugvallen op lange termijn bij depressie patiënten. Onder een terugval wordt gewoonlijk verstaan een heroptreden tussen 6 en 9 maand van een volledige depressieve toestand na een remissie van 2 maand; na deze periode spreekt men van een recidief. In 6 op de 8 gecontroleerde studies heeft cognitieve therapie een groter effect op het voorkomen van terugvallen dan antidepressiva (tussen 1 en 2 jaar). Gemiddeld 60% van de enkel met chemotherapie behandelde patiënten worden opnieuw ziek, terwijl dit slechts bij 30% van de patiënten het geval is die enkel met een cognitieve therapie of met een combinatie van cognitieve therapie en antidepressiva werden behandeld. Uit onderzoek naar de effecten van cognitieve therapie op de restverschijnselen en de recidieven bij met antidepressiva behandelde patiënten is de frequentie van terugval significant lager bij patiënten die een cognitieve therapie kregen. De auteurs komen tot het besluit dat CGT een alternatieve behandeling voor het verder toedienen van antidepressiva is.

M.b.t. patiënten die lijden aan **een zware depressie** en in een instelling werden opgenomen, bericht een meta-analyse over een evaluatie verricht bij ontslag uit het ziekenhuis. Deze toont aan dat cognitieve therapie gecombineerd met een farmacologische behandeling doeltreffend is. De uitslagen van een andere meta-analyse hebben aangetoond dat bij oudere depressieve patiënten een effectgrootte van 0,96 voor de gedragstherapie en 0,85 voor de cognitieve therapie kan worden vastgesteld in vergelijking met een controlegroep. Psycho-educatieve behandelingen (informatie, bewustwording, verbetering van het interpersoonlijke functioneren) werden onlangs ontwikkeld voor patiënten met een bipolaire stoornis. Zij werden positief geëvalueerd wat betreft de periode die verstrijkt alvorens de eerste manische terugval optreedt (65 weken i.p.v. 17 weken in de controlegroep).

De CGTs hebben in twee meta-analyses en in gecontroleerde studies tot positieve effecten voor **persoonlijkheidsstoornissen** (vermijdende, borderline, antisociaal) geleid. In één van de meta-analyses bedraagt de globale effectgrootte voor de CGT 1,0 (1,20 voor de zelfevaluatie metingen en 0,87 voor de hetero-evaluatie metingen). Verscheidene gecontroleerde gerandomiseerde studies werden verricht op vrouwen uit arme wijken met borderline persoonlijkheidsstoornissen. Deze kregen een dialectische gedragstherapie (DGT) die een eclectisch geheel van op cognitieve en gedragsprincipes gebaseerde technieken omvat. Na een jaar werd bij de patiënten

die een DGT kregen een kleiner percentage aan suïcidaal en para-suïcidaal gedrag (35%) vastgesteld dan bij patiënten die de gewone behandeling kregen (psychoanalytische behandeling of ondersteunende therapie) (65%). Uit deze studies blijkt eveneens dat bij de met DGT behandelde groep minder pathologische woedeaanvallen en hospitalisatiedagen en een betere sociale aanpassing werden vastgesteld.

De cognitieve gedragstherapieën werden bij **patiënten met een alcoholverslaving** geëvalueerd, waar ze soms in het kader van gezins- en koppeltherapieën plaatsvinden. Verscheidene studies (meta-analyses, gecontroleerde studies) tonen aan dat korte ingrepen bij patiënten die voor een behandeling gemotiveerd zijn, doeltreffender zijn dan ingrepen van lange duur. Toch lijken ze een sterker effect te hebben op patiënten met een lichtere stoornis. Het is niet bewezen dat programma's die naar het onder controle houden van het drankgedrag streven, betere resultaten zouden opleveren dan programma's die op volledige abstinentie gericht zijn.

De gedragstherapieën, en in – weliswaar in mindere mate - de cognitieve therapieën die in **programma's voor het ontwikkelen van sociale vaardigheden** worden aangeboden, hebben (in 3 meta-analyses) op korte en middellange termijn positieve resultaten opgeleverd m.b.t. het percentage recidieven, het verminderen van de symptomen en de sociale heraanpassing van schizofrene patiënten. Het probleem blijft echter dat, ofschoon vooruitgang werd geboekt, deze in het algemeen nog te beperkt blijft.

Bij **schizofrenie** in een acuut stadium toont een meta-analyse van hoofdzakelijk recente studies over de effecten van cognitieve therapieën aan dat het aantal terugvallen en heropnames in het ziekenhuis niet systematisch vermindert wanneer de cognitieve therapie wordt vergeleken met de standaardbehandeling van schizofrene patiënten. Een significant verschil blijkt echter te zijn dat patiënten vlugger het ziekenhuis verlaten na een cognitieve therapie dan na een standaardtherapie. M.b.t. een globale verbetering van de mentale toestand wordt daarenboven op 13 en 26 weken een significant verschil in voordeel van de cognitieve therapie in vergelijking met de standaardtherapie gerapporteerd. Na 1 jaar is dit verschil echter niet meer significant. Hieruit kan besloten worden dat de cognitieve therapie weliswaar veelbelovend is, maar dat verdere evaluaties nodig zijn.

CGTs maken een wezenlijk deel uit van de meeste multimodale programma's voor de behandeling van **anorexia nervosa**. Vijf gerandomiseerde gecontroleerde proeven hebben de werkzaamheid van de CGT bij anorectische patiënten geëvalueerd en benadrukken het feit dat deze meer succes heeft dan andere behandelingen. Het is echter niet mogelijk op basis van deze proeven het voordeel van deze soort therapieën te bepalen. De recentste gecontroleerde studie is de eerste empirische evaluatie van de doeltreffendheid van de CGT in het behandelen van volwassen anorexia nervosa patiënten na opname in het ziekenhuis. Na gewichtstoename zijn er in de groep die met CGT behandeld wordt, minder terugvallen, minder gevallen waar de behandeling werd opgegeven en zijn de globale klinische uitslagen beter dan in de vergelijkingsgroep het geval is.

Met betrekking tot **boulimie** werden 4 meta-analyses gepubliceerd die tussen 7 en 35 gecontroleerde gerandomiseerde studies bevatten. Alle 4 meta-analyses komen tot het besluit dat CGTs op korte termijn doeltreffend zijn om de symptomen van boulimie (vaak geëvalueerd op basis van de frequentie van de eetbuien en het braken) en de vervormingen en dysfunctionele houdingen die ermee gepaard gaan (in de zeldzamere studies die deze maatregelen insluiten) te doen verminderen. De gerapporteerde effectgroottes liggen tussen 0,55 en 0,64 bij vergelijkingen binnen de groep zelf (vóór en na de therapie) en tussen 0,23 en 0,67 bij vergelijkingen tussen de verschillende groepen (CGT versus controlegroep). Eén van de meta-analyses heeft de gecontroleerde gerandomiseerde studies van medicamenteuze behandelingen (9 studies) vergeleken met de gecontroleerde studies van CGTs of gedragstherapie (26 studies). Op korte termijn produceert de CGT voor alle onderzochte variabelen hogere effectgroottes dan de medicamenteuze behandeling. Het combineren van beide behandelingen is significant efficiënter dan de medicamenteuze behandeling alleen voor de frequentie van eetbuien en braken, en efficiënter dan de CGT alleen voor de frequentie van eetbuien, maar niet voor de frequentie van braken. De algemene conclusie is dat het bestaande onderzoek overtuigt in het voordeel van de doeltreffendheid van CGT voor het behandelen van boulimie, ondanks het feit dat er grote individuele verschillen bestaan in de sterkte en stabiliteit van de reacties op de therapie.

De CGT werd eveneens onderzocht voor het behandelen van **compulsive overeating**. Zes gecontroleerde studies wijzen op de effectiviteit van de CGT. Deze wordt door de patiënten gewoonlijk goed aanvaard en gewaardeerd, zoals blijkt uit de goede navolging van de behandeling, wat voor aan het voedingsgedrag gebonden pathologieën ongewoonlijk is. De positieve effecten van de CGT omvatten gewichtsverlies, maar ook een significante verbetering van de subjectieve waarneming van de gezondheidstoestand en de daarmee verbonden levenskwaliteit (1 studie). Eén enkele studie omvat een follow-up periode (12 maanden). De frequentie van de aanvallen neemt tijdens de follow-up licht toe, maar blijft onder de frequentie die vóór de behandeling werd aangetroffen.

B. Werkzaamheid van de CGTs bij kinderen en tieners

Er bestaan nog maar weinig bewijzen voor de doeltreffendheid van de CGTs bij de behandeling van angststoornissen bij kinderen en tieners. De recentste studies zijn gebaseerd op verschillende technieken uit de CGT en wijzen op hun doeltreffendheid in vergelijking met andere behandelingen of een wachtlijst. Verschillende convergerende gerandomiseerde proeven leverden een bewijs voor de doeltreffendheid van twee CGT-technieken in het behandelen van angsten en **fobieën**: *modeling* van deelname en beheer van de intensiverende gebeurtenissen; het in de verbeelding of *in vivo* desensibiliseren, de methode van het *in vivo* en van het gefilmd model zijn vermoedelijk werkzaam.

Over **schoolfobie** werden twee gecontroleerde gerandomiseerde studies gepubliceerd, waarvan één de superioriteit van de CGTs over een wachtlijst aantoonde, terwijl de andere tot het besluit kwam dat niet alleen CGTs maar ook een aanvankelijk als controletoeestand ingevoerde psycho-educatieve steun efficiënt zijn. Met betrekking tot sociale fobie heeft één enkele recente gecontroleerde studie aangetoond dat een "Social effectiveness therapy for children" behandeling, die groepstraining met sociale vaardigheden, individuele blootstelling en huishoudelijke

taken in verband brengt, efficiënter was dan een niet-specifieke therapie gericht op faalangst en dat de voordelen ervan op 6 maand aanhielden.

Voor een reeks in dezelfde studies gegroepeerde **angststoornissen**, namelijk gegeneraliseerde angststoornis, separatieangst en vermijdingsstoornis bij het kind, kan een vermoedelijke werkzaamheid vermeld worden op basis van 4 gecontroleerde studies die de superioriteit van een individueel CGT- behandelingsprogramma boven het niet-behandelen aantonen en 2 gecontroleerde studies die de superioriteit van de CGT boven een wachtlijst aantonen. Daarenboven beschrijft een studie over een groeps-CGT waaraan ouders en kinderen samen deelnemen ter behandeling van separatieangst bij kinderen in de prepuberteit, dat het genezingspercentage na drie jaar hoger ligt dan dat na het einde van de behandeling.

Bij **obsessieve compulsieve stoornissen** bij kinderen en tieners kan men slechts spreken van een vermoedelijke werkzaamheid van een CGT-programma gebaseerd op blootstelling met responspreventie (programma volgens de handleiding). Eén enkele gerandomiseerde proef met lage kracht en 9 studies stemmen met elkaar overeen met betrekking tot de efficiëntie van deze behandeling van obsessieve en compulsieve symptomen op korte termijn (bij tussen 25% en 79% van de patiënten verbeterde de toestand) en op lange termijn (6 studies bevatten follow-ups van 3 maand tot 14 jaar). Op dit ogenblik worden op grote schaal gecontroleerde, gerandomiseerde en multi-centrische studies over de doeltreffendheid van de CGT (alleen of gepaard met farmacotherapie) uitgevoerd. Deze zullen sterkere bewijzen moeten leveren voor de doeltreffendheid van CGTs voor het behandelen van deze stoornis.

De doeltreffendheid van CGTs voor het behandelen van **depressie** bij kinderen en tieners werd beoordeeld in twee meta-analyses waarvan de uitslagen samenvallen en aantonen dat deze behandelingen tot een significante verbetering in de symptomen leiden. Deze meta-analyses bevatten echter slechts een klein aantal studies, die daarenboven van slechte kwaliteit zijn en op steekproeven uit de algemene bevolking zijn gebaseerd (i.p.v. op hulpvragers), en dus op personen die aan minder zware stoornissen lijden. Men kan spreken van een vermoedelijke werkzaamheid van de CGTs voor het behandelen van kinderen of tieners met matige depressie-stoornissen, maar het is op het ogenblik niet aan te raden de behandeling van jonge patiënten met een zware depressie enkel op CGTs te baseren.

Talrijke technieken uit de cognitieve gedragstherapie worden gebruikt in programma's voor psychosociale ingreep bestemd voor het behandelen van **pervasieve ontwikkelingsstoornissen** bij kinderen en tieners, o.a. autisme en geëxternaliseerde stoornissen, d.w.z. hyperactiviteit met aandachts- en gedragsstoornis. Deze programma's omvatten in de regel een actieve deelname van de ouders en blijken een goede efficiëntie te bezitten.

6.2.4. Belang van het begrip van empirische ondersteuning van psychotherapeutische ingrepen voor de opleiding van psychotherapeuten

In het kader van CGTs sluit het begrip "empirisch ondersteunde behandeling" aan bij de algemene opvattingen over de wetenschappelijke praktijk (scientist practitioner). Deze omvatten implicaties zowel wat betreft de basisopleiding als een specifiekere opleiding. Zo verlangt een dergelijke opvatting een basisopleiding van het type

maîtrise in de psychologie of in de geneeskunde (of een gelijkgestelde opleiding op universitair niveau). De klinische basisdeskundigheden omvatten kennis en deskundigheden op het gebied van de psychodiagnostiek, de psychopathologie en ingreepmodellen voor preventie, profylaxe en korte ingrepen, zoals ook kennis en deskundigheden in de methodologie van empirisch onderzoek om wetenschappelijke publicaties te begrijpen en volgens de empirische cyclus te kunnen werken.

Deze basisopleiding dient te worden aangevuld door een gespecialiseerde opleiding, zoals een beroepsmaîtrise toegankelijk voor houders van een maîtrise in de psychologie of de geneeskunde (of qua niveau en inhoud gelijkgestelde maîtrise). Deze hooggespecialiseerde klinische deskundigheden omvatten kennis van de etiologische modellen voor pathologieën (ook ernstige pathologieën), vrij ingewikkelde ingreepmethoden en –technieken, lang durende opname en moeilijke therapeutische relaties. Tenslotte omvatten deze deskundigheden eveneens kennis in de methodologie van gespecialiseerd klinisch onderzoek (bv. onderzoek van unieke gevallen, vergelijking van klinische groepen).

6.2.5. Besluiten

Uit deze discussie kan worden besloten dat voor een toenemend aantal procedures voor cognitieve en gedragstherapieën empirisch kan worden aangetoond dat deze doeltreffender en beter zijn dan de placebo. Deze behandelingen omvatten een zeer breed spectrum van stoornissen en betreffen zowel volwassenen als -weliswaar in mindere mate - kinderen en tieners. Deze ontwikkelingen betekenen ongetwijfeld een belangrijke stap vooruit in het verbeteren van de geestesgezondheid. Het is duidelijk dat deze behandelingen in de gebieden waar ze beschikbaar zijn, dienen de voorkeur te krijgen boven behandelingen waarvoor de werkzaamheid niet kon worden bewezen. Toch dienen verschillende beperkingen te worden benadrukt:

- Ondersteunde behandelingen zijn niet voor alle bestaande pathologieën beschikbaar.
- De ondersteunde behandelingen werden niet ontwikkeld voor gevallen met comorbiditeit. In de klinische praktijk zijn deze echter eerder regel als uitzondering.
- De ondersteunde behandelingen hebben vooral betrekking op (tertiaire) therapeutische ingrepen en zijn niet geschikt als primaire of secundaire preventieve ingrepen.
- De behandelingen zijn voor stoornissen gevalideerd, niet voor hun doeltreffendheid op processen.
- Op dit vlak wordt in het onderzoek een vlugge vooruitgang geboekt. Het beeld dat in dit rapport verschaft wordt, kan grondige en snelle veranderingen doormaken.

Tenslotte impliceert het overnemen van het uit de wetenschappelijke praktijk stammende model dat de basis vormt van het begrip 'empirisch ondersteunde behandeling', dat de psychotherapeut een hooggespecialiseerde opleiding moet hebben genoten.

Tabel 1 : Criteria voor de identificatie van empirisch ondersteunde behandelingen (TPAE ; Chambless et coll., 1998).

Werkzame behandelvormen	Mogelijkerwijs werkzame behandelvormen
<p>I. Ten minste twee goede studies met vergelijkingsgroep bewijzen de doeltreffendheid van de behandeling op één of meerdere van de volgende manieren:</p> <p>A : ze is (op statistisch significante wijze) beter dan een medicamenteuze behandeling of een psychologische placebo of een andere behandeling;</p> <p>B : ze is gelijkwaardig met een behandeling waarvan de doeltreffendheid tijdens onderzoek verricht op geschikte steekproeven reeds werd bewezen,</p> <p style="text-align: center;">OF</p> <p>II. Een grote reeks studies van unieke gevallen (n°9) tonen de doeltreffendheid van de behandeling aan. Deze studies moeten:</p> <p>A : een goed experimenteel design gebruiken;</p> <p>B : de ingreep met een andere behandeling vergelijken zoals in I.A.</p> <p style="text-align: center;">ANDERE CRITERIA VOOR I EN II</p> <p>III. De studies moeten met therapiehandleidingen worden gevoerd.</p> <p>IV. De eigenschappen van de deelnemers aan de steekproef dienen duidelijk omschreven te worden.</p> <p>V. De effecten moeten door ten minste twee verschillende onderzoekers of onderzoeksteams aangetoond zijn.</p>	<p>I. Twee studies tonen aan dat de behandeling (op statistisch significante wijze) beter is dan een controlegroep op een wachtlijst.</p> <p style="text-align: center;">OF</p> <p>II. Eén of meerdere studies beantwoorden aan criterium I.A. of I.B., III., en IV., maar niet aan criterium V. van de werkzame behandelvormen.</p> <p style="text-align: center;">OF</p> <p>III. Een kleine reeks studies van unieke gevallen (n°3), maar die overigens aan de criteria voor werkzame behandelvormen beantwoorden.</p>

Tabel 2. : Effecten van cognitieve gedragstherapieën.

Pathologieën	Besproken studies	Voornaamste uitslagen
Angstoornissen		
Agorafobie	2 meta-analyses	Bewezen werkzaamheid van de CGT
Panische stoornis	1 meta-analyse	Bewezen werkzaamheid van de CGT; significante vermindering van paniekaanvallen.
Gegeneraliseerde angststoornis	1 meta-analyse	Bewezen werkzaamheid van de CGT; aanhoudend effect na het einde van de behandeling
Sociale fobie	3 meta-analyses	Bewezen werkzaamheid van de CGT; aanhoudend effect tijdens de follow-up
Posttraumatische stress	2 meta-analyses	Bewezen werkzaamheid van de CGT; aanhoudend effect tijdens de follow-up; bewezen werkzaamheid van de EMDR (eenvoudige variante van de CGT)
Obsessieve compulsieve stoornis	3 meta-analyses	Bewezen werkzaamheid van de CGT
Specifieke fobie	6 gecontroleerde studies	Vermoedelijke werkzaamheid van de CGT
Humeurstoornissen		
Ambulant verzorgde middelmatige of lichte depressie	3 meta-analyses	Bewezen werkzaamheid van de CGT
In het ziekenhuis behandelde depressie	1 meta-analyse	Bewezen werkzaamheid van de CGT
Depressie bij een bejaarde patiënt	1 meta-analyse	Bewezen werkzaamheid van de CGT
Bipolaire stoornis onder psychotrope medicatie	1 meta-analyse	Vermoedelijke werkzaamheid van de CGT
Schizofrenie		
Behandeling van chronische schizofrenie met neuroleptica	3 meta-analyses	Bewezen werkzaamheid van de CGT
Behandeling van acute schizofrenie met neuroleptica	1 meta-analyse	Vermoedelijke werkzaamheid van de CGT
Persoonlijkheidsstoornissen		

Borderline persoonlijkheid	2 meta-analyses, 5 gecontroleerde studies	Bewezen werkzaamheid van de CGT
Vermijdende persoonlijkheid	1 gecontroleerde studie	Vermoedelijke werkzaamheid van de CGT
Alcoholverslaving	2 meta-analyses, 1 overzicht	Bewezen werkzaamheid van de CGT
Eetstoornissen		
Boulimie	4 meta-analyses	Bewezen werkzaamheid van de CGT op korte termijn
Compulsive overeating	6 gecontroleerde studies	Vermoedelijke werkzaamheid van de CGT
Anorexia	1 gecontroleerde studie na opname in het ziekenhuis	Vermoedelijke werkzaamheid voor het voorkomen van een terugval na gewichtstoename
Angststoornissen en depressies bij kinderen en tieners		
Matige depressies	2 meta-analyses	Vermoedelijke werkzaamheid van de CGT
Angststoornissen	6 gecontroleerde studies	Vermoedelijke werkzaamheid van de CGT, maar ontbreken van specifieke studies per type stoornis.

6.2.6.Referenties

- CHRISTOPHERSEN, E.R. & MORTWEET, S.L. (2001). Treatments that work with children: Empirically supported strategies for managing childhood problems. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- FOA, A. & KEANE, T.M. ET AL. (Ed.) (2000). Effective treatments for PTSD: Practive guidelines from the international society for traumatic stress studies. New York: Guildford Press.
- INSERM (2004). Rapport sur l'efficacité des psychothérapies. Résumé disponible sur www.inserm.fr
- LADOUCEUR, R., BOISVERT, J.-M., LORANGER, M., MORIN, C. M., PÉPIN, M. & BLAIS, M.-C. (2003). Les traitements psychologiques appuyés empiriquement : Etat de la question et critique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13, 53-65.
- TASK FORCE ON PROMOTION AND DISSEMINATION OF PSYCHOLOGICAL PROCEDURES (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

6.3. Systeem- en familietherapie

6.3.1. Voorwoord

Het lijkt onontbeerlijk de nadruk te leggen op de manier waarop het onderzoek naar de doeltreffendheid van de psychotherapieën in het algemeen wordt verricht. In de meeste gevallen gaat het erom de vermindering en zelfs het verdwijnen van één of meerdere symptomen, en ook de verbeteringen in één of meerdere variabelen die vanaf de conceptualisering van de studie werden vastgelegd, te bestuderen. De klinische praktijk toont voldoende aan dat het - weliswaar gewenste - verdwijnen van één symptoom kan worden gevolgd door het optreden van één of meer nieuwe symptomen, waaruit duidelijk blijkt dat de pathologie ondanks de begonnen therapie nog steeds aanwezig is.

Hoewel op het gebied van familiepsychotherapie een aantal onderzoeken werden verricht om de doeltreffendheid van haar praktijken te bevestigen, dienen de belangrijkste resultaten met betrekking tot de verschillende pathologieën te worden samengevat.

6.3.2. Inleiding

Een recent door Shadish en Baldwin verricht overzicht van de literatuur (2003) toont aan dat de evaluatie van de familie- of koppeltherapie aan de hand van de kwantitatieve aanpak per meta-analyse van ongeveer 1500 studies (alle opgenomen studies zijn gerandomiseerde of gecontroleerde studies) de doeltreffendheid van de familie- en koppelpsychotherapie aantoont. De meta-analyse gebruikt de effectgrootte als standaardmeting om de werking van een behandeling te meten. De meest geschikte meting van de effectgrootte is de als d aangeduide gestandaardiseerde mediaan van de verschillen: zo wijst volgens Cohen (1988) $d = .20$ op een kleine effectgrootte, $d = .50$ op een middelmatige effectgrootte en $d = .80$ op een grote effectgrootte. De doeltreffendheid van de familietherapie, waarvan d tussen .48 en .65 ligt, blijkt zelfs in vergelijking met andere psychotherapeutische aanpakken significant te zijn. Een andere manier om deze bevindingen te formuleren is gebaseerd op het feit dat er tussen 40 en 50% kans bestaat dat er een significante verbetering optreedt bij patiënten met acute problemen die met een familietherapie worden behandeld.

Deze onderzoeken hebben nog verdere resultaten opgeleverd:

- de koppeltherapie schijnt betere resultaten op te leveren dan de familietherapie, waarschijnlijk omdat de problemen die in het bijzijn van de familie worden aangesproken, vaak ernstiger zijn (bv. schizofrenie).
- verschillende aanpakken in de familiepsychotherapie lijken even doeltreffend te zijn.
- er zijn maar weinig studies over de doeltreffendheid van de familietherapie in het behandelen van specifieke klinische toestanden; nochtans zijn sommige bijzonder interessant.

6.3.3. Specifieke Klinische toestanden

De duidelijkste efficiëntieresultaten werden verkregen door de evaluatie van ernstige klinische toestanden (bv.: verslavingen, alcoholisme, misdadigheid, schizofrenie): deze onderzoeken hebben niet plaatsgevonden in een gewone klinische situatie en vereisten een specifieke methodologie. De auteurs waren geïnteresseerd in de toepassing van hun methodologieën in een reële situatie. Om deze reden moeten de uitslagen worden beschouwd als bewijs voor de doeltreffendheid (onder ideale omstandigheden getest) van de therapieën in tegenstelling met de (in praktische situaties werkelijk nuttige) doelmatigheid van de therapieën in een reële klinische situatie.

Verslavingen

1) Verslavingen bij tieners

Een groot aantal onderzoeken wijst op de schadelijke invloed van gestoorde familie verhoudingen op het opkomen, het instandhouden en het terugvallen van verslavingen, en dit zowel in verschillende culturen als op verschillende tijdstippen: onachtzaamheid van de ouders, gebrek aan discipline, slechte communicatie. Daarentegen oefenen elementen zoals het duidelijk afkeuren van de verslaving door de ouders een gunstige invloed uit. Om deze reden wordt familietherapie als een onontbeerlijk element in het behandelen van verslavingen bij tieners beschouwd en werd ze op een meer systematische wijze uitgewerkt. Zo werden handboeken gepubliceerd, die daarenboven het opstarten van onderzoek in verscheidene laboratoria mogelijk gemaakt hebben.

Recent onderzoek (Liddle en Rowe, 1998; Hogue et al, 1998; Williams en Chang, 2000; Diamond en Diamond, 2001) heeft de volgende resultaten opgeleverd:

- vermindering in het gebruik van verschillende drugs (alcohol, cannabis, cocaïne, heroïne en andere verdovende middelen), vergeleken met individuele therapie, groepstherapie en psycho-educatie.
- duidelijker effect op lange termijn (4 jaar);
- verminderde psychiatrische comorbiditeit;
- verbeterde aanwezigheid en prestaties op school;
- verbeterd familiaal functioneren (conflicten, verbondenheid, aanpasbaarheid);
- verminderde gerechtelijke onkosten en gezondheidsuitgaven (verminderd verblijf in de gevangenis of het ziekenhuis).

2) Verslavingen bij volwassenen

Op dit gebied werd nog maar weinig onderzoek verricht; toch schijnt een deel van de resultaten die voor verslavingen bij tieners werden verkregen, ook hier te kunnen worden veralgemeend. Heel onlangs werden twee gebieden geëvalueerd: therapeutisch werk met de hulp van een of meerdere belangrijke familieleden gericht op het aanvaarden van de opname door de volwassen verslaafde; toepassing van de gedragstherapeutische aanpak in de koppeltherapie, die reeds voor alcoholisme doeltreffend bleek.

De eerste resultaten zijn de volgende (Fals-Stewart et al, 1998, 2000, 2002; Kirby et al, 1999):

- een volwassen verslaafde wordt vaker behandeld indien een belangrijk familielid bij een therapeutische aanpak van het systemische type wordt betrokken; deze verbetering houdt echter niet aan;

- een familiale aanpak van het type gedragstherapie gaat gepaard met een verminderd gebruik van verdovende middelen, een langere en meer volgehouden abstinentie, verbeterde relaties en familiaal functioneren, een verminderd verblijf in de gevangenis of het ziekenhuis.

Deze resultaten zijn erg duidelijk en sporen onderzoekers ertoe aan de evaluaties op dit gebied voort te zetten en zich daarbij de vraag te stellen hoe de gegevens uit het onderzoek in de gewone kliniek kunnen worden toegepast.

3) Alcoholisme bij volwassenen

Op dit gebied werden meer evaluaties uitgevoerd dan voor diverse andere verslavingen bij volwassenen. Ze hadden betrekking op de volgende therapeutische aanpakken bij de hulpverlening aan gezinnen: therapie om de aanpassing aan stress te verbeteren (Rychtarik et McGillicuddy, 1998); aanpak van de twaalf stappen van Al-Anon voor het gezin (Miller et al, 1999) of in groepen (Dittrich et Trapold, 1984); psycho-educatie van de niet aan drank verslaafde familieleden (CRAFT) (Miller et al, 1999); eenzijdige familiale aanpak van de niet aan drank verslaafde partner (Thomas et al, 1990); aanpak voor een verandering onder druk (Barber et al, 1996, 1998); koppeltherapieën van het gedragstherapeutische type, gericht op het controleren van het nemen van disulfiram (Azrin, 1976; Azrin et al, 1982; O'Farell et al, 1992, 1993, 1998) of een andere overeenkomst (Fals et al, 2001, 2002); familie- of koppeltherapeutische aanpak van het meer klassieke type (McCrary et al, 1979; Orchen, 1983; Grigg, 1994; Shoham et al, 1998).

Dit grote aantal onderzoeken vertonen de volgende resultaten:

- de superioriteit tegenover de andere bestudeerde aanpakken van de op de niet-verslaafde partner gerichte psycho-educatieve aanpak wat betreft het aanvaarden van de behandeling van de drankverslaafde;
- de doeltreffendheid van gedragstherapeutische aanpakken voor koppels waarvan één lid aan drank verslaafd is (meer abstinentie, minder alcoholgebonden problemen, minder gevallen van uit elkaar gaan en scheidingen).
- grotere doeltreffendheid van de koppeltherapieën van het gedragstherapeutische type als ze worden verbeterd door een specifieke overeenkomst.
- doeltreffendheid van de "klassieke" familietherapieën als het belangrijkste probleem in het echtpaar of het gezin van de drankverslaafde het communicatieprobleem is.

Gedragstoornissen en emotionele stoornissen bij het kind

Tot in 1995 was op dit vlak relatief weinig onderzoek verricht. Daarenboven kon men de meeste studies beschouwen als "op de familie gericht", i.p.v. familiale interventies te evalueren. Zo verschillen psychotherapeutische interventies die één of beide ouders als "co-therapeuten" laten deelnemen, wat een vrij vaak voorkomende therapeutische houding is, duidelijk van de familietherapie, die zich van haar kant evenzeer met de noden van de kinderen als met die van de ouders bezig houdt en die de gezinsproblematiek bestudeert die tot de moeilijkheden van het kind kan bijdragen. Ondertussen is in deze toestand geen fundamentele verandering gekomen (Northey et al, 2003), ofschoon duidelijk meer aandacht werd besteed aan de noden van de ouders en het functioneren van het gezin. Het is vooral op het

gebied van depressies dat onderzoek naar systemische familiale interventies werd verricht. De meeste studies evalueerden wat men de "ouderlijke vorming" kan noemen.

Bij kinderen werden de "geëxternaliseerde" gedragsstoornissen, zoals aandachtsstoornis en hyperactiviteit (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder) en oppositiedrag (ODD, Oppositional Defiant Disorder) meer onderzocht dan "geïnternaliseerde" stoornissen zoals depressie en angststoornissen.

Dit onderzoek naar de familiale interventies voor het behandelen van kinderen met gedragsstoornissen en emotionele stoornissen heeft de volgende resultaten opgeleverd:

1) ADHD

De gecombineerde behandeling (farmacotherapie met stimulerende middelen en psychotherapie) wordt erkend als dé behandeling bij uitstek, omdat het onderzoek op de "vorming van de ouders" is gecentreerd. In dergelijke gevallen kunnen de volgende besluiten vermeld worden:

- verminderde aandachtstoornissen en hyperactiviteit, minder gedragsstoornissen en minder gebrek aan gehoorzaamheid (Anastopoulos et al, 1993; Sonuga-Barke et al, 2001);
- duidelijke vermindering van de ADHD op de evaluatieschalen in 64% van de gevallen in vergelijking met de 27% van de wachtlijst (Anastopoulos et al, 1993);
- verbetering in de zelfchting van de ouders (Sonuga-Barke et al, 2001);
- verbetering in het gedrag van de kinderen thuis en op school dankzij een behandeling die stimulerende medicatie, vorming van de ouders en van de leraars combineert (Pelham et al, 1988).

2) ODD

De familiale interventie van het type "vorming van de ouders" wordt als de meest geschikte beschouwd. De interessantste resultaten van het onderzoek over dit soort interventies tonen aan dat er een verband bestaat tussen de agressieve houding van de ouders en die van de kinderen en dat deze ontstaat tijdens een wederzijdse tot een geweldsescalatie leidende interactie. Een volledig overzicht van de resultaten van dit onderzoek - dat kan worden beschouwd als één van de meest diepgaande onderzoeken naar de psychologie van het kind (Serketich en Dumas, 1996) – toont aan dat het "vormen van de ouders" in vergelijking met placebogroepen, wachtlijsten en andere familiale interventies de beste resultaten oplevert, in het bijzonder betreffende agressief gedrag en gebrek aan gehoorzaamheid van de kinderen. De effectgrootte (meta-analyse) ligt tussen .73 en .84, met in een aantal gevallen een aanhoudend therapeutisch effect op lange termijn (Forehand et Long, 1988).

Het is belangrijk vast te stellen dat een groot aantal behandelingen - ongeveer 38 % (Eyberg, 1996) - stop gezet worden, ondanks het feit dat op korte termijn een duidelijk therapeutisch effect optreedt, dat anderzijds op lange termijn van beperkte omvang is. De risicofactoren die tot het stopzetten van de behandeling kunnen leiden, zijn de volgende: armoede, isolering van de moeder, psychopathologie van de ouders, vooral depressie van de moeder (Dumas, 1989).

3) Autisme

Zeven gecontroleerde studies werden uitgevoerd bij autistische kinderen die met psycho-educatieve familiepsychotherapieën en met gedragspsychotherapieën werden behandeld.

De studies wijzen op een verbetering in de cognitieve ontwikkeling en de taalontwikkeling van de kinderen. Volgens één van deze studies (Lovaas et al, 1981), was het intellectuele en educatieve functioneren bij 47% van de autistische kinderen 6 jaar na het einde van de behandeling normaal, terwijl 40% matig achterlijk bleven en in gespecialiseerde klassen voor kinderen met een taalachterstand ingeschreven waren en 10% zwaar achterlijk bleven; in de twee controlegroepen met autisten die niet aan de experimentele behandeling hadden deelgenomen, kenden 2% opnieuw een normaal functioneren, 45% een matige achterstand en 53% een ernstige achterstand.

4) Angststoornissen

Het onderzoek heeft zich geconcentreerd op de evaluatie van op het gezin gerichte cognitieve therapieën, ofwel wanneer enkel het kind en zijn ouders naar de consultaties kwamen, ofwel wanneer verscheidene families met de kinderen in groepen werden ontvangen (Silverman et Berman, 2001).

De interessantste resultaten zijn de volgende:

- na één jaar was de remissie van de angststoornis vollediger dan na een individuele cognitieve therapie;
- familietherapie levert betere resultaten op wanneer het kind nog jong is;
- de familietherapie leidt in vergelijking met de individuele aanpak tot een sterkere verbetering wanneer één van de ouders ook aan angststoornissen lijdt;
- wanneer de resultaten van de familiale en de individuele interventie op de angststoornissen van het kind vergelijkbaar zijn, treft men echter significante verbeteringen aan in het familiale functioneren bij familiale interventies (Barett, 1998): minder conflicten, beter ouderschap, vermindering van de angsten bij het kind;
- voor sociale fobieën leiden de individuele cognitieve therapie en de familiale interventie tot dezelfde verbeteringen, sterker dan bij kinderen op een wachtlijst (Spence et al, 2000).

5) Depressie bij het kind

Het overzicht van de wetenschappelijke literatuur door Northey et al (2003) telt 3 studies die het effect van de systemische familiale interventies op ernstige depressies bij het kind in vergelijking met de cognitieve therapie evalueren. Uit de resultaten blijkt dat de cognitieve therapie een sterker therapeutisch effect op depressies en zelfs op het familiale functioneren heeft. Daarentegen hebben beide soorten therapieën hetzelfde effect op zelfmoordgedachten.

Volgens de auteurs is het aantal studies nog te klein om daaruit definitieve conclusies over het effect van familiale interventies op depressies bij kinderen te kunnen trekken.

Affectieve stoornissen

1) Unipolaire depressie

Er wordt vaak een verband gelegd tussen ernstige unipolaire depressie en een slechte, zo niet lijdende, echtelijke relatie. Naar schatting van Whisman (2001) werd dit in een groot aantal studies aangetoond. Verscheidene systemische therapeutische benaderingen werden geëvalueerd: therapieën van het type gedragstherapie (Jacobson et al, 1991; Beach et O'Leary, 1992; Teichman et al, 1995), koppeltherapie, psycho-educatie wanneer één van ouders depressief is (Sanders et McFarland, 2000).

De resultaten zijn de volgende:

- koppeltherapie is geen behandeling voor depressie omdat ze geen grotere vermindering in de depressieve symptomatologie teweegbrengt dan de andere individuele therapeutische aanpakken die bestudeerd werden;
- daarentegen leidt koppeltherapie tot een vermindering van de depressieve symptomatologie dankzij een grotere tevredenheid of een betere psychische omgeving van het paar;
- het is opmerkelijk dat ongeveer 30% van de nieuwe gevallen van depressie na echtelijke problemen opduiken, waaruit kan worden afgeleid dat een systemische therapeutische aanpak een preventieve werking zou kunnen hebben;
- de psycho-educatieve interventie is wat depressieve, met hun kind geconfronteerde ouders betreft, duidelijk beter dan een gewone klinische aanpak;
- de systemische koppeltherapie wordt tegenwoordig goed aanvaard (Leff et al, 2000), wat niet het geval was tijdens de eerste studies over het effect van de koppeltherapie op depressie (McLean et Miles, 1975);
- de behandeling wordt vaker stopgezet (56,8%) als het gaat om een medicamenteuze behandeling alleen dan als een groepstherapeutische aanpak wordt toegepast (15%) (Leff et al, 2000).

2) Bipolaire stoornis

Er zijn veel studies verricht over de invloed die deze chronische ziekte en haar variaties op het leven van het paar en het gezin heeft. Allemaal hebben ze aangetoond dat onbegrip voor de ziekte door de familie een vaak verwoestend effect heeft en dat ernstige problemen in het volgen van de behandeling optreden wanneer het betroffen familielid niet werd ondersteund om zijn mentale stoornis en de stigmatisering ervan aan te pakken. Vanaf 1986 hebben Anderson en zijn medewerkers verschillende vormen van familiale interventies voor het behandelen van patiënten met stemmingsstoornissen geëvalueerd en vergeleken, in het bijzonder psycho-educatieve, op de patiënt en de gezinnen gerichte aanpakken.

Twee gecontroleerde studies, die als goede kwaliteit worden beschouwd, werden met bipolaire patiënten en hun families verricht (Clarkin et al, 1998; Miklowitz et al, 2000). Ze tonen aan dat, samen met een medicamenteuze behandeling:

- een kleiner percentage terugvallen voorkomt bij een familiale aanpak met psycho-educatie. (29% versus 53%);
- een grotere stabilisering van de symptomen van depressie (maar niet van manische symptomen) plaatsvindt na één jaar educatieve familiale aanpak.

Schizofrenie

Er werden vier meta-analyses (Benton en Schroeder, 1990; Mari en Steiner, 1994; Wunderlicht et al, 1996; Pitschel-Walz et al, 2001) verricht over het effect van de familiale aanpakken op schizofrene patiënten en hun gezinnen. De toegepaste behandelingswijzen hebben betrekking op verschillende soorten familiale interventies, waaronder de psycho-educatieve aanpakken; de geanalyseerde variabelen zijn enerzijds het percentage terugvallen en heropnames in het ziekenhuis, anderzijds het psychosociale functioneren van de patiënten.

Uit al deze onderzoeken blijkt het volgende:

- therapeutische ingrepen in de vorm van zelfanalyse hebben weinig effect op de bestudeerde variabelen;
- een betere sociale aanpassing van de patiënten bij familiale psycho-educatieve aanpakken;
- een grotere sociale vaardigheid met een verbeterde levenskwaliteit;
- een vermindering van de last die de ziekte voor de familie betekent;
- een vermindering in de emoties die in de familie en door de patiënt worden geuit;
- een vermindering in het percentage terugvallen.

Wat de gecontroleerde studies betreft (Doane et al, 1986; Hogarty et al, 1991; Eckman et al, 1992; Barrowclough et al, 1999, 2001), leveren deze duidelijkere, heel interessante resultaten op:

- er bestaat geen duidelijk verschil in functie van de gebruikte modellen, alhoewel informatie en psycho-educatie essentieel lijken;
- korte ingrepen (minder dan 10 zittingen) hebben op lange termijn geen effect;
- duidelijk merkbaar effect op het voorkómen van terugvallen;
- psycho-educatie alleen is niet genoeg en moet worden gecombineerd met familiale interventies die betrekking hebben op inzet, bijstand en oplossing van problemen;
- de familietherapie levert betere resultaten op dan individuele therapie;
- het effect van de behandeling houdt op wanneer de behandeling wordt stopgezet, waardoor lange behandelingen de voorkeur krijgen;
- de multifamiliale aanpak levert betere resultaten op dan de individuele familiale aanpak (McFarlane et al, 1995).

Eetstoornissen

De gecontroleerde studies die met patiënten met anorexia of boulimie werden verricht, hebben verschillende soorten psychotherapeutische ingrepen geëvalueerd: therapie van het analytische soort en cognitieve en gedragstherapie voor de individuele aanpakken, met of zonder een familietherapie, educatieve, op dieetleer gebaseerde aanpakken, groepstherapieën (Crisp et al, 1991; Eisler et al, 1997).

Wanneer de individuele en familiale aanpakken met elkaar worden vergeleken, blijken ze in de regel een vergelijkbare doeltreffendheid te bezitten met betrekking tot de gewichtstoename en de algemene symptomatologie van de patiënten.

Niettemin hebben alle studies de specifieke positieve nevenwerkingen bij de familiale interventies kunnen beschrijven en in cijfers kunnen vertalen, waardoor een individuele aanpak zonder enige deelname van de ouders niet wordt aangeraden (Dare et al, 2001; Eisler et al, 2000).

Deze evaluaties hebben de volgende resultaten opgeleverd:

Voor anorexia nervosa

- verbetering van de contextuele stoornissen zoals spanning en stress in contact met de familie en verarming van het sociale leven;
- duidelijkere verbetering wanneer anorexia vroeg optreedt (< 18 jaar) en van korte duur is (< 3 jaar) (Le Grange et al, 1992);
- veel kritiek door de ouders vóór de therapie levert slechte resultaten op, zowel bij een individuele als een familiale aanpak.

Voor boulimia nervosa

- het behandelen van boulimie heeft baat bij gedragstherapieën, maar de ene therapeutische richting is niet beter dan een andere wanneer men aanpakken die de familie of groepen bij de behandeling betrekken vergelijkt met individuele aanpakken (McKisack et Waller, 1997);
- daarentegen lijken therapeutische aanpakken die de banden met de samenleving versterken, doelmatiger te zijn.

6.3.4. Besluiten

Bij het evalueren van de doeltreffendheid van de familietherapie heeft men zich vooral geconcentreerd op schizofrenie, eetstoornissen, verslavingen en stemmingsstoornissen bij volwassenen. Bij kinderen zijn het vooral gedragsstoornissen zoals hyperactiviteit (ADHD), gedragsstoornissen (ODD) en autisme die bijzonder bestudeerd werden.

Voor angststoornissen bij volwassenen werden binnen de familietherapie geen evaluaties verricht.

Enkele studies evalueren het effect van de koppeltherapie gecombineerd met sekstherapie op seksuele disfuncties, met resultaten op korte termijn.

Een nieuwe en interessante aanpak is het schatten van de rol van het gezin in de ontwikkeling en het behandelen van fysieke stoornissen: bv. studies die gebruik maken van psycho-educatieve aanpakken bij families waarvan een lid dement is, hebben interessante resultaten opgeleverd voor het behandelen van dergelijke patiënten.

Het collectieve deskundige onderzoek dat in 2004 door het INSERM werd verricht (Psychothérapie- Trois approches évaluées, p. 513) sluit aan bij dit rapport. In dit Franse deskundige onderzoek tonen de auteurs, die de effecten van de familietherapieën naar gelang van de psychopathologische stoornissen onderzoeken, aan dat de familietherapieën op significante wijze van belang zijn voor schizofrenieën (4 meta-analyses, 6 gecontroleerde studies), anorexia (5 gecontroleerde studies, één systematisch overzicht), stemmingsstoornissen (5 gecontroleerde studies), alcoholverslaving (2 meta-analyses, 2 systematische overzichten), kinderautisme (7 gecontroleerde studies), hyperactiviteit (3 gecontroleerde studies, 2 gecontroleerde toekomstgerichte studies), gedragstoornissen (8 gecontroleerde studies) en angststoornissen bij het kind (1 gecontroleerde studie).

De systemische aanpak in de familietherapie, die op klinisch gebied sterk overheerst, geeft vooral voor anorexia, bipolaire stoornissen en zware depressies significante uitslagen. Bovendien staat het gebied van de familietherapieën open voor het gebruik van talrijke middelen die hun effect verbeteren. Zo is een groot deel van het onderzoek dat in deze samenvatting werd beschreven, verricht door auteurs die zowel de psycho-educatieve aanpak als cognitieve en gedragstherapieën gebruiken.

6.3.5. Referenties

- ANASTOPOULOS AD, SHELTON T, DUPAUL GJ, GUEVREMONT DC. Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1993; 21: 581-595.
- ANDERSON CM. The all-to-short trip from positive to negative connotation. *Journal of Marital and Family Therapy* 1986; 12: 351-354.
- AZRIN NH. Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy* 1976; 14: 339-348.
- AZRIN NH, SISSON RW, MEYERS R, GODLEY M. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1982; 13: 105-112.
- BARBER JG, GILBERTSON R. An experimental study of brief unilateral intervention for the partners of heavy drinkers. *Research on Social Work Practice* 1996; 6: 325-336.
- BARBER JG, GILBERTSON R. Evaluation of a self-help manual for the female partners of heavy drinkers. *Research on Social Work Practice* 1998; 8: 141-151.
- BARRETT PM. Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998; 27: 459-468.
- BARROWCLOUGH C, HADDOCK G, TARRIER N, LEWIS SW, MORING J, O'BRIEN R, SCHOFIELD N, MCGOVERN J. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1706-1713.
- BARROWCLOUGH C, TARRIER N, LEWIS S, SELLWOOD W, MAINWARING J, QUINN J, HAMLIN C. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 505-511.
- BEACH S. Affective disorders. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(2): 247-261.
- BEACH SRH, O'LEARY KD. Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy versus cognitive therapy. *Behavior Therapy* 1992; 23: 507-528.
- BENTON MK, SCHROEDER HE. Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 741-747.
- CLARKIN JF, CARPENTER D, HULL D, WILNER P, GLICK I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatric Services* 1998; 49: 531-533.
- COHEN J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
- CRISP AH, NORTON K, GOWERS S, HALEK C, BOWYER C, YELDHAM D, LEVETT G, BHAT A. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 325-333.

DARE C, EISLER I, RUSSELL G, TREASURE J, DODGE L. Psychosocial therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 216-221.

DIAMOND GS AND DIAMOND GM. Studying a matrix of change mechanisms: an agenda for family-based process research. In: Liddle et al. (Eds) *Family psychology: science-based interventions*. Washington DC, American Psychological Association, 2001, pp 41-66.

DITTRICH JE, TRAPOLD MA. Wives of alcoholics: A treatment program and outcome study. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 1984; 3: 91-102.

DOANE JA, GOLDSTEIN MJ, MIKLOWITZ DJ, FALLOON IR. The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 279-287.

DUMAS JE. Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review* 1989; 9: 197-222.

ECKMAN TA, WIRSHING WC, MARDER SR, LIBERMAN RP, JOHNSTON-CRONK K ET COLL. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1549-1555.

EISLER I, DARE C, HODES M, RUSSELL G, DODGE E, LE GRANGE D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 727-736.

EISLER I, DARE C, RUSSELL GF, SZMUKLER G, LE GRANGE D, DODGE E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1025-1030.

EYBERG SM. Parent-child interaction therapy. In: Ollendick T (Chair). *Developmentally based integrated psychotherapy with children: Emerging models*. Symposium presented at the annual meeting for the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada 1996.

FALS-STEWART W AND BIRCHLER GR. Marital interactions of drug-abusing patients and their partners: Comparisons with distressed couples and relationship to drug-using behaviour. *Psychology of Addictive Behaviour* 1998; 12(1): 28-38.

FALS-STEWART W, BIRCHLER GR. Behavioral couples therapy with alcoholic men and their intimate partners: The comparative effectiveness of bachelor's and master's level counselors. *Behavior Therapy* 2002; 33: 123-147.

FALS-STEWART W, KASHDAN TB, O'FARRELL TJ, BIRCHLER GR. Behavioral couples therapy for male drug abusing patients and their partners: The effect on interpartner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 22: 1-10.

FALS-STEWART W, O'FARRELL TJ, FEEHAN M, BIRCHLER GR, TILLER S, MCFARLIN SK. Behavioral couples therapy versus individual-based treatment for male substance-abusing patients: An evaluation of significant individual change and comparison of improvement rates. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000; 18: 249-254.

FALS-STEWART W, O'FARRETT TJ. Behavioral couples therapy increases compliance with naltrexone among male alcoholic patients. Unpublished data. Research Institute on Addiction, Buffalo, NY, 2002.

FOREHAND R, LONG N. Outpatient treatment of the acting out child: Procedures, long term follow-up data, and clinical problems. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 1988; 10: 129-177.

GRIGG DN. An ecological assessment of the efficacy of individual and couples treatment of experiential systemic therapy for alcohol dependency. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Canada, 1994.

HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ, KORNBLITH SJ, GREENWALD DP, ET COLL. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II/. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 340-347.

HOGUE A, LIDDLE HA, ROWE C, TURNER RM, DAKOF G, LAPANN K. Treatment adherence and differentiation individuals versus family therapy for adolescent substance abuse. Journal of Counselling Psychology 1998; 45: 104-114.

INSERM "Psychothérapie. Trois approches évaluées". Les éditions Inserm, Paris 2004.

JACOBSON NS, DOBSON K, FRUZZETTI AE, SCHMALING KB, SALUSKY S. Marital therapy as a treatment for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1991; 59: 547-557.

KIRBY KC, MARLOWE DB, FESTINGER DS, GARVEY KA, LAMONACA V. Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. Drug and Alcohol Dependence 1999; 56: 85-96.

LEFF J, VEARNALS S, BREWIN CR, WOLFF G, ALEXANDER B, ASEN E, ET AL. The London Depression Intervention Trial. British Journal of Psychiatry 2000; 177: 95-100.

LE GRANGE D, EISLER I, DARE C, RUSSELL GMF. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa. A pilot study. Int J Eat Disor 1992; 12: 347-357.

LIDDLE HA, ROWE C. Family measures in drug abuse prevention research. In: Drug abuse prevention through family interventions. Ashery R. (Ed), Rockville, MD: National Institute on drug abuse, 1998.

LOVAAS OI, ACKERMAN AB, ALEXANDER D, FIRESTONE P, PERKINS J, YUNG D. Teaching developmentally disabled children: the me book. Pro-Ed, Austin, Texas, 1981.

MARI JJ, STREINER DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. Psychol Med 1994; 24: 565-578.

MCCRADY BS, PAOLINO TJ JR, LONGABAUGH R, ROSSI J. Effects of joint hospital admission and couples treatment for hospitalised alcoholics: A pilot study. Addictive Behaviors 1979; 4: 155-165.

MCFARLANE WR, DIXON L, LUKENS E, LUCKSTED A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. Journal of Marital and Family therapy 2003; 29(2): 223-245.

MCKISACK C, WALLER G. Factors influencing the outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa. Int J Eat Disord 1997; 22: 1-13.

MCLEAN PD, MILES JE. Training family physicians in psychosocial care: An analysis of a program failure. Journal of Medical Education 1975; 50: 900-902.

MIKLOWITZ DJ, SIMONEAU TL, GEORGE EL, RICHARDS JA, KALBAG A, SACHS-ERICSSON N, ET AL. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. Biological Psychiatry 2000; 48: 582-592.

MILLER WR, MEYERS RJ, TONIGAN JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67: 688-697.

NORTHEY WF JR, WELLS KC, SILVERMAN WK, BAILEY CE. Childhood behavioural and emotional disorders. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(4): 523-545.

NORTHEY WF, WELLS KC, SILVERMAN WK, BAILEY CE. Childhood behavioural and emotional disorders. In: Sprenkle DH (ed). *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family therapy 2002: 89-121.

O'FARRELL TJ (ED.). *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*. New York: Guilford Press 1993.

O'FARRELL TJ, CHOQUETTE KA, CUTTER HSG, BROWN ED, MCCOURT WF. Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *Journal of Studies on Alcohol* 1993; 54: 652-666.

O'FARRELL TJ, CHOQUETTE KA, CUTTER HSG. Couples relapse prevention sessions after behavioural marital therapy for alcoholics and their wives: Outcomes during three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 1998; 59: 357-370.

O'FARRELL TJ, CUTTER HSG, CHOQUETTE KA, FLOYD FJ, BAYOG RD. Behavioral marital therapy for male alcoholics: Marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behavior Therapy* 1992; 23: 529-549.

O'FARRELL TJ, FALS-STEWART W. Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(1): 121-146.

ORCHEN MD. A treatment efficacy study comparing relaxation training EMG biofeedback, and family therapy among heavy drinkers. Unpublished doctoral dissertation, Long Island University 1983.

PELHAM WE, SCHNEDLER RW, BENDER M, NILSSON D, MILLER J, BUDROWN M, ET AL. The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder: A therapy outcome study. In: Bloomington LM (ed). *Attention deficit disorder*. Oxford, United Kingdom, Pergamon 1988: 29-48.

PITSCHER-WALZ G, LEUCHT S, BAUML J, KISSLING W, ENGEL RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27: 73-92.

ROWE CL AND LIDDLE HA. Substance abuse. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(1): 97-120.

RYCHTARIK RG, MCGILLICUDDY NB. Effects of skill training and twelve-step facilitation on posttreatment coping skills in women with alcoholic partners. Poster presented at the International Conference on the Treatment of Addictive Behaviors, Santa Fe, NM 1998.

SANDERS MR, MCFARLAND M. Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioural family intervention. *Behavior Therapy* 2000; 31: 89-112.

SERKETICH WJ, DUMAS JE. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy* 1996; 27: 171-186.

SHADISH WR AND BALDWIN SA. Meta-analysis of marital and family therapy interventions. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(4): 547-570.

SHOHAM V, ROHRBAUGH MJ, STICKLE TR, JACOB T. Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cognitive behavioural versus family-systems treatments for alcoholism. *Journal of Family Psychology* 1998; 12: 557-577.

SILVERMAN WK, BERMAN SL. Psychosocial interventions for anxiety disorders in children: Status and future directions. In: Silverman WK, Treffers PDA (eds). *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press 2001: 313-334.

SONUGA-BARKE EJS, DALEY D, THOMPSON M, LAVER-BRADBURY C, WEEKS A. Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder A randomised, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40: 402-408.

SPENCE SH, DONOVAN C, BRECHMAN-TOUSSAINT M. The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive behavioural intervention, with and without parent involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2000; 41: 713-726.

SPRENKLE DH. Effectiveness research in marriage and family therapy: introduction. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(1): 85-96.

TEICHMAN Y, BAR-EL Z, SHOR H, SIROTA P, ELIZUR A. A comparison of two modalities of cognitive therapy (individual and marital) in treating depression. *Psychiatry* 1995; 58: 136-148.

THOMAS EJ, YOSHIOKA M, AGER R, ADAMS KB. Reaching the uncooperative alcohol abuser through a cooperative spouse. Paper presented at the Fifth Congress of the International Society for Bio-Medical Research on Alcoholism, Toronto, Ontario, Canada 1990.

Whisman MA. The association between depression and marital dissatisfaction. In: Beach SRH (ed). *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington DC. American Psychological Association 2001.

Williams RJ, Chang SY. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and practice* 2000; 7: 138-166.

Wunderlich U, Wiedemann G, Bruchkremer G. Are psychosocial methods of intervention effective in schizophrenic patients? A meta-analysis. *Verhaltenstherapie* 1996; 6: 4-13.

6.4. Clientgericht-experiëntiële psychotherapie

6.4.1. Recente handboeken en overzichtsartikelen

Het betreft hier de groep van humanistisch-experiëntiële psychotherapieën, met als voornaamste suboriëntaties: cliëntgerichte psychotherapie, focusing-gerichte psychotherapie, proces-experiëntiële (of emotion-focused) therapie, Gestalt therapie, existentiële psychotherapie, interpersoonlijke therapie en psychodrama-therapie.

Volgende dimensies worden in deze publicaties belicht:

Op theoretisch vlak:

- mensbeeldaspecten
- persoonlijkheidstheorie (structurele en ontwikkelingspsychologische aspecten; concept van de optimaal-functionerende persoon)
- visie op disfunctioneren en psychopathologie
- theorie van persoonlijkheidsverandering

In de praktijk:

- doelstellingen en indicatiestelling
- relationele en taakgerichte behandelingsprincipes
- procesdiagnostiek
- interventies en procedures
- curatieve clientprocessen
- specifieke problematieken en modaliteiten
- outcome en het meten ervan

BARRETT-LENNARD, G. T. (1998). Carl Rogers' helping system: Journey and substance. London: Sage.

BIERMANN-RATJEN, E.-M., ECKERT, J, & SCHWARTZ, H. J. (1995). Gesprächspsychotherapie. Verändern durch verstehen. (7th rev. ed.). Stuttgart: Kohlhammer.

BOHART, A. C. (1995). The person-centered psychotherapies. In A. S. Gurman & S. B. MESSER (Eds.), Essential psychotherapies: Theory and practice (pp. 85-127). New York: Guilford.

COOPER, M. (2003). Existential therapies. London: Sage.

ELLIOTT, R., WATSON, J. C., GOLDMAN, R. N., & GREENBERG, L. S. (2004). Learning emotion-focused therapy. The process-experiential approach to change. Washington, D. C.: APA.

FINKE, J. (1994). Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart/New York: Thieme.

FRENZEL, P., KEIL, W.W., SCHMID, P. F., & STÖLZL (Eds.). (2001). Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien: Facultas.

GENDLIN, E. T. (1996). Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method. New York: Guilford.

GREENBERG, L. S. (2002). Emotion-focused therapy. Coaching clients to work through their feelings. Washington, D.C.: APA.

- GREENBERG, L. S., ELLIOTT, R., & LIETAER, G. (2003). Humanistic-experiential psychotherapy. In G. Stricker & T. Widiger (Eds.), *Handbook of psychology*. Vol. 8. Clinical Psychology (pp. 301-326). Hoboken, N.J.: Wiley.
- GREENBERG, L. S., WATSON, J., & LIETAER, G. (Eds.). (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: Guilford.
- KEIL, W., & STUMM, G. (Eds.). (2001). *Die vielen Gesichter der klientenzentrierten/personenzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.
- LEIJSEN, M. (1995). *Gids voor gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- LIETAER, G. (2002). The client-centered/experiential paradigm in psychotherapy: Development and identity. In J. C. Watson, R. N. Goldman, & M. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 1-15). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- LIETAER, G., & KALMTHOUT, M. VAN (1995). *Praktijkboek gesprekstherapie. Psychopathologie en experiëntiële procesbevordering*. Utrecht: De Tijdstroom.
- LIETAER, G., ROMBAUTS, J., & VAN BALEN, R. (1990). *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: Leuven University Press.
- SACHSE, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- SACHSE, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- SWILDENS, J. C. A. G. (1997). *Procesgerichte gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- SWILDENS, J. C. A. G., DE HAAS, O., LIETAER, G., & VAN BALEN, R. (1991). *Leerboek Gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering*. Utrecht: De Tijdstroom.
- VERHOFSTADT-DENÈVE, L. (2001). *Theory and practice of action and drama techniques. Developmental psychotherapy from an existential-dialectical viewpoint*. London: Jessica Kinglsey Publishers
- YALOM, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- YALOM, I. D. (1995). *Theory and practice of group psychotherapy*. (Rev. ed.). New York: Basic Books.
- YONTEF, G. (1993). *Awareness, dialogue and process. Essays on gestalt therapy*. Highland: Gestalt Journal Press.

6.4.2. Empirische ondersteuning: outcome- en procesonderzoek

Om een overzicht te schetsen van de huidige stand van zaken van het empirisch onderzoek over experiëntieel-humanistische psychotherapieën, kan men zich bedienen van twee up-to-date publicaties: het boek van de American Psychological Association (APA) onder redactie van Cain en Seeman (2002) waarin een overzicht geboden wordt van het onderzoek in zowat alle sectoren en suboriëntaties van de experiëntieel-humanistische therapiefamilie, en een hoofdstuk van Elliott, Greenberg en Lietaer (2004) dat opgenomen is in Lambert's vijfde editie van *'Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change'* (2004) en zich vooral richt op het onderzoek na 1990. Er dient een onderscheid te worden gemaakt tussen het onderzoek over het behandelresultaat (outcome) en het procesonderzoek. In dit verslag wordt een overzicht van de resultaten van dit onderzoek geboden; meer details – inhoudelijk en methodologisch – bevinden zich in de aangegeven bronnen.

A. Onderzoek van het behandelresultaat

Meta-analyses en effectgroottes

Het is vooral Elliott geweest die zich heeft toegespitst op het doorvoeren van meta-analyses over het behandelresultaat van cliëntgericht-experiëntiële psychotherapieën (zie Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994; Elliott, 2002 en Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004). Terwijl in 1994 34 studies in zijn analyse betrokken waren, zijn er dit in zijn meest recente meta-analyse 112. Ongeveer de helft van de studies dateren van na 1990, hetgeen wijst op een zekere revival van het outcome onderzoek in deze therapieoriëntatie. Met therapieoriëntatie wordt hier bedoeld het bredere domein van experiëntieel-humanistische therapieën: ongeveer 70% van de opgenomen studies hebben betrekking op cliëntgerichte psychotherapie en haar experiëntiële vertakkingen (focusing-georiënteerde en proces-experiëntiële psychotherapie); 20% verwijst naar “ondersteunend-nondirectieve” vormen van psychotherapie en de resterende 10% naar Gestalttherapie, existentiële psychotherapie en psychodrama. In dit geheel van studies zijn 6.500 cliënten betrokken. Het gemiddeld aantal sessies bedraagt 22, hetgeen er duidelijk op wijst dat het merendeel van deze therapieën niet van het langdurige type is.

Wat zijn nu de gemiddelde veranderingen die men in deze studies vaststelt (uitgedrukt in standaarddeviatie-eenheden)? Wat zijn de gemiddelde “effectgroottes” (EG’s)? Er dient een onderscheid te worden gemaakt tussen drie soorten EG’s: op basis van het verschil tussen vóór- en nameting (aantal vergelijkingen = 114); op basis van het verschil tussen therapiegroep en controlegroep (n = 42); op basis van het verschil tussen therapierichtingen (n = 74). Uit deze gegevens blijkt dat de gemiddelde voor-na EG .97 bedraagt. Weliswaar is er hier geen controle op de factor ‘spontaan herstel’, maar uit de gecontroleerde EG blijkt dat de invloed van deze factor in deze studies eerder gering is: ook hier bedraagt de EG nog .89. Hiermee bevinden zich deze resultaten op hetzelfde gemiddeld veranderingsniveau als andere therapeutische oriëntaties (Lambert & Ogles, 2004). Daarbij kunnen we als pluspunt nog vermelden dat de EG’s bij follow-up tenvolle behouden blijven en zelfs eerder verhogen: bij follow-up momenten tot 11 maand is de EG 1.16 (n=53) en vanaf 12 maand 1.04 (n=33). Gemiddeld genomen is er dus geen terugval, integendeel.

Wat betreft de vergelijking met andere therapierichtingen, wordt hier opnieuw het Dodo Bird verdict⁹ bevestigd: ‘Everyone has won and all must have prizes’ (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975). Op basis van 74 vergelijkingen bekomen we een gemiddeld EG-verschil van .04. Het is echter zinvol deze vergelijkingen verder te differentiëren en ‘uit te zuiveren’. Hiervoor worden de gemiddelde EG-verschillen weergegeven voor drie soorten vergelijkingen: klassieke cliëntgerichte psychotherapie versus cognitieve gedragstherapie (n = 20); procesdirectieve vormen van experiëntiële therapie (proces-experiëntieel, focusing-georiënteerd, emotiegericht, Gestalt) versus cognitieve gedragstherapie (n = 14); directieve versus non-directieve benaderingen *binnen* de experiëntiële familie (n = 5). De EG-verschillen bedragen respectievelijk: -.19, +.20, +.47. De directievere varianten uit de

⁹ Metafoor uit “Alice in Wonderland” om uit te drukken dat alle (“geteste”) psychotherapieën doeltreffend zijn; zij dragen ertoe bij het leed van de patiënt te verlichten en er is geen methode die boven een andere uitsteekt.

experiëntiële familie blijken dus meer werkzaam te zijn dan de klassieke cliëntgerichte therapie en doen het ook beter dan de cognitieve gedragstherapie. Wij dienen deze EG-verschillen echter sterk te relativiseren. Eerst en vooral blijken de EG-verschillen tussen cliëntgericht-experiëntiële en cognitieve psychotherapie niet hoger te zijn dan $|.20|$ EG-eenheden, hetgeen ver onder de norm ligt van wat gezien wordt als een 'klinisch betekenisvol' verschil, namelijk $|.40|$ (Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004). Maar daarnaast is er nog een ander ernstig probleem: de invloed van de therapieverbondenheid van de hoofdonderzoeker op de EG. Onlangs hebben Luborsky, Diguier et al. (1999) op basis van 29 vergelijkingen opnieuw op overtuigende wijze aangetoond dat er een zeer hoge correlatie (nl. $.85$) bestaat tussen de mate van verschil in therapieverbondenheid van de hoofdonderzoeker ten aanzien van de te vergelijken therapievormen en de mate van verschil in EG. Elliott berekende ook voor ons materiaal op basis van 74 vergelijkingen dit verband en vond een correlatie van $.59$. Wanneer hij dan in de drie vergelijkingen een correctie aanbrengt voor deze therapieverbondenheid, bekomt hij enkel nog 'verwaarloosbare' EG-verschillen (tussen $-.09$ en $+.01$). Het centrale besluit is dan ook: er worden geen betekenisvolle verschillen aangetroffen tussen cognitieve gedragstherapie en cliëntgericht-experiëntiële therapievormen, wat hun graad van directiviteit ook zij.

Specifieke problematieken

In het outcome onderzoek kunnen we grosso modo twee generaties onderscheiden. Tot ongeveer 1985 werd de cliëntproblematiek zeer dikwijls hetzij niet gespecificeerd, hetzij zeer algemeen omschreven; het ging bijvoorbeeld om een studie over 'cliënten met neurotische problematiek' of over 'psychiatrische patiënten'. Onder de druk echter van groeiende kwaliteitseisen inzake psychotherapieonderzoek, werd het outcome-onderzoek vanaf 1985 in stijgende mate toegespitst op specifieke problematieken en werden de behandelvormen concreter gespecificeerd (onder de vorm van handleidingen en protocollen). Het eerste-generatieonderzoek wordt gedomineerd door het werk van Rogers en zijn leerlingen en door het werk van Tausch en zijn onderzoeksgroep; in het tweede-generatieonderzoek staat het werk van Greenberg op de voorgrond, samen met dit van Sachse en van Finke en Teusch (zie Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004).

Dit tweede-generatieonderzoek moest ondermeer een antwoord brengen op de vraag in welke mate het Dodo Bird verdict nog standhoudt indien behandelingsvormen met elkaar vergeleken worden bij eenzelfde, specifieke problematiek. Misschien – zo luidt de hypothese – kan men dan tot meer gedifferentieerdere antwoorden komen m.b.t. tot een vergelijkende evaluatie van de doeltreffendheid van specifieke behandelvormen voor specifieke problematieken.

Het type onderzoeksdesign dat hierbij wordt vereist, is de 'Randomized Clinical Trial' (RCT), waarbij de interne validiteit verzekerd wordt door het inschakelen van een controlegroep. Indien men beroep doet op de criteria voor empirisch ondersteunde behandelingen (Chambless & Hollon, 1998, zie blz. 62 en 63), kunnen bedenkingen bij de eenzijdigheid van deze onderzoeksmethodologie worden geuit. Toch kan men hier voorlopig bij aansluiten (zie verder) en onder deze omstandigheden nagaan voor welke specifieke problematieken op basis van deze criteria de werkzaamheid van cliëntgericht-experiëntiële psychotherapie aangetoond kan worden. Uit de meta-analytische gegevens blijkt volgens Elliott dat de therapiebenadering in kwestie

'werkzaam en specifiek' is voor depressie, trauma en mishandeling, en voor relationele problemen; zij is 'mogelijkerwijs werkzaam' voor angststoornissen. Verder wijst hij erop dat heel wat onderzoeksgegevens aantonen dat cliëntgericht-experientiële psychotherapie 'beloftevol' is (en dus verder onderzoek verdient) voor de behandeling van agressieproblematiek, borderline patiënten en andere persoonlijkheidsstoornissen, psychosomatici, eetstoornissen, schizofrenie, en voor de levenskwaliteit bij somatische ziekten.

Het lijkt interessant deze 'besluiten' te vergelijken met het oordeel van de Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in Duitsland. Sinds jaren is er in Duitsland een strijd aan de gang voor de wetenschappelijke erkenning van Gesprächspsychotherapie (naast psychoanalytische en gedragstherapie). Eindelijk – op 16 juni 2002 – is de erkenning een feit geworden, en dit op basis van voldoende onderzoeksondersteuning voor volgende probleemgebieden: depressie, angststoornissen, psychosomatische stoornissen en belastingsstoornissen (waaronder PTSS). De twee lijsten overlappen slechts partieel: zo worden angst- en psychosomatische stoornissen volop erkend door de Duitse wetenschappelijke adviescommissie, terwijl Elliott voor deze problematieken voorzigtiger conclusies trekt. De verschillen hebben te maken met het feit dat de criteria niet volledig identiek zijn, dat men niet steeds dezelfde studies in het oordeel betreft en dat het diagnostisch categorieënsysteem niet hetzelfde is (in Duitsland gebruikt men het ICD-10 systeem). Dergelijke verschillen leggen toch de relativiteit bloot van dit soort oordeelsvorming. Wellicht kan dit niet anders en het is ook niet erg, zolang daar een sereen wetenschappelijk debat kan over gevoerd worden. Er is echter het gevaar dat andere dan wetenschappelijke motieven een rol gaan spelen. Zo is het een publiek geheim dat professioneel-financiële motieven hebben meegespeeld in de terughoudendheid van de Duitse Wetenschappelijke Raad om Gesprächspsychotherapie te erkennen. Erkenning betekent immers dat die grote groep van gesprekstherapeuten in Duitsland nu ook haar aanvraag kan doen voor terugbetaling door de sociale zekerheid en dat de taart van het beschikbare geld voor psychotherapieën bijgevolg zal moeten herverdeeld worden.

B. Procesonderzoek

Bij de vraag naar de werkzaamheid van psychotherapeutische behandelvormen wordt met geen woord gerept over procesonderzoek. Men is blijkbaar enkel geïnteresseerd in de vraag *of* een benadering werkt en niet in *welke processen* daarvoor verantwoordelijk zijn. Dit is te betreuren, want procesonderzoek is nu juist een fundamenteel punt! Sinds Rogers als eerste bandopnames maakte van therapeutische sessies (1942) is in het bijzondere geval van de cliëntgerichte-experientiële psychotherapie het maken van transcripten voor supervisie en procesonderzoek tot het 'wezen' van deze therapiebenadering gaan behoren. Dit verklaart dan ook waarom in de loop van de voorbije zestig jaar zo veel belangrijke processtudies tot stand kwamen. De bevindingen uit dit procesonderzoek betekenen evenzeer als het outcome-onderzoek een belangrijke empirische ondersteuning van de therapiebenadering in kwestie. De procesvariabelen die door Rogers, Gendlin, Greenberg en anderen als cruciaal worden gesteld voor constructieve persoonlijkheidsverandering, krijgen in dit procesonderzoek en proces-outcomeonderzoek ruime bevestiging; zie hiervoor heel wat hoofdstukken in het boek

van Cain en Seeman (2002), en de overzichten van Greenberg, Elliott & Lietaer (1994) en van Elliott, Greenberg & Lietaer (2004). Ook het procesonderzoek binnen andere benaderingen wijst in dezelfde richting (Norcross, 2002; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2003; Wampold, 2001). Zo is – wat de therapeutbijdrage betreft – het grote belang aangetoond van empathie en van de ‘bond’ aspecten van de werkalliantie (waarin de rogeriaanse basishoudingen een centrale plaats hebben). In verband met het cliëntproces is het onderzoek omtrent ervaringsgerichte (versus louter conceptuele) zelfexploratie, emotionele arousal en niveaus van cognitief-emotionele informatieverwerking bijzonder boeiend en overtuigend.

Natuurlijk zijn nog bijkomende studies nodig, maar het onderzoek dat werd verricht heeft reeds opmerkelijk veel opgeleverd. Daarnaast is er nog een stijgend aantal processtudies waarin de verschillende procestaken van het veranderingsproces, de processignalen die deze procestaken aankondigen en de therapeutinterventies die deze processen kunnen faciliteren grondig worden bestudeerd. Enkele voorbeelden uit recent onderzoek zijn: het zoeken naar een adaptieve positie ter vergemakkelijking van zelf kritiek, het creëren van een optimale afstand bij overweldigende emoties, het doorwerken van onverwerkte gevoelens ten aanzien van een persoon (figuur) uit het verleden (“lege stoel” techniek,), het tot inzicht komen aangaande een onbegrijpelijke reactie van zichzelf, de methodologie ter herstelling van een breuk in de werkalliantie... Dit geheel van procesonderzoeken heeft heel wat kennis geleverd over wat helpend en storend wordt gevonden door cliënt en therapeut bij de in de constructieve persoonlijkheidsverandering betrokken (micro)processen, zoals ook over het identificeren van de relationele variabelen die bij het veranderingsproces een rol spelen.

6.4.3 Besluit

Uit dit overzicht van recent op het gebied van de cliëntgerichte-experiëntiële psychotherapie verrichte onderzoek blijkt duidelijk dat deze benadering over degelijke empirische studies beschikt en daarom op academisch en sociaal vlak op een even volwaardige manier dient te worden beschouwd als andere benaderingen. Talrijke studies hebben tot een beter inzicht in de veranderingsprocessen geleid. Daarenboven hebben zij ertoe bijgedragen dat instrumenten beschikbaar werden waarmee de klinische bruikbaarheid en de werkzaamheid van deze psychotherapieën konden worden gemeten en geëvalueerd. Dit wordt uitvoerig beschreven in de besluiten van de meta-analyses (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004).

Om de wetenschappelijke validatie van deze psychotherapeutische richting te rechtvaardigen dient men uiteraard –zoals ook het geval is voor de andere richtingen –naast de methodologieën van de “randomised clinical trials” ook rekening te houden met die van de “open clinical trials”, van de “klinische gevallen”, van het “procesonderzoek”... (Lietaer, 2003)

6.4.4 Referenties

- CAIN, D., & SEEMAN, J. (2002). Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice. Washington: A.P.A.
- CHAMBLESS, D. L., & HOLLON, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 66, 7-18.
- ELLIOTT, R. (2002). The effectiveness of humanistic psychotherapies: A meta-analysis. In D. J. CAIN & J. SEEMAN (Eds.), *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice* (pp. 57-81). Washington, DC: APA.
- ELLIOTT, R., GREENBERG, L. S., & LIETAER, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493-539). New York: Wiley.
- GREENBERG, L. S., ELLIOTT, R., & LIETAER, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield. *Handbook of psychotherapy & behavior change* (pp. 509-539). New York: Wiley.
- LAMBERT, M. J., & OGLES, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley.
- LIETAER, G. (2003). De empirische ondersteuning van experiëntieel-humanistische psychotherapieën: stand van zaken en taken voor de toekomst. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 4(1), 4-25.
- LUBORSKY, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- LUBORSKY, L. DIGUER, L. ET AL. (1999). The researcher's own therapy allegiances: "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106.
- NORCROSS, J. (ED.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- ORLINSKY, D. E., RØNNESTAD, M. H., & WILLUTZKI, U. (2004). Fifty years of psychotherapy <process-outcome research: Continuity and change. In M. J. LAMBERT (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 307-389). New York: Wiley.
- ROGERS, C. R. (1942). The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 429-434.
- WAMPOLD, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. London, UK: Erlbaum.