

Is psychotherapie onzin?

Wie angstig is, depressief of geregeerd wordt door dwanghandelingen, krijgt het advies snel psychologische hulp te zoeken. Maar is dat wel altijd nodig? Of kun je net zo goed proberen om een moeilijke periode op eigen kracht te doorstaan?

Annemarie Huiberts **Illustraties** Lien Geeroms



In de wachtkamer van het leven is het goed toeven.” Deze observatie van Flip Jan van Oenen, auteur van de spraakmakende boeken *Het Misverstand Psychotherapie* en *Verdragen*, kan ik volmondig beamen. Ik heb in heel wat wachtkamers gezeten sinds ik mijn huisarts bijna vijftien jaar geleden besmuikt over mijn klachten vertelde. Een prikkelbare darm, constateerde die, en hij schreef me psylliumvezels voor. Voor mijn vermoeidheid kon hij geen lichamelijke oorzaak vinden. Omdat mijn klachten behoorlijk wat invloed hadden op mijn dagelijks functioneren, deed ik alles om ervan af te komen. Zo bezocht ik - onder meer - een hypnotherapeut, een osteopaat, een orthomoleculair therapeut en een acupuncturist. Nauwgezet volgde ik hun aanwijzingen op. Ik deed dagelijks ontspanningsoefeningen, leerde mijn buik te masseren, experimenteerde met een kruidengeneesmiddel, met probiotica en zelfgebrou-

wen kefir, en onderwierp mezelf aan strenge diëten. Steeds als ik ergens in een wachtkamer zat, had ik de hoop dat iemand met verstand van zaken mij van mijn klachten af zou helpen.

Valse hoop

Dat mijn zoektocht tot op heden weinig heeft opgeleverd, behalve een slinkende bankrekening, wekt misschien geen verbazing. Voor de meeste behandelingen die ik probeerde, bestaat immers (nog) geen bewijs op basis van wetenschappelijk onderzoek. Valse hoop is de kurk waar het alternatieve behandelcircuit op drijft.

Maar misschien geldt dat niet alleen voor het alternatieve circuit. Na jarenlang als systeemtherapeut en arts in de geestelijke gezondheidszorg te hebben gewerkt, stelt Flip Jan van Oenen dat ook deze sector zich schuldig maakt aan het wekken van valse hoop: “De ggz geeft de boodschap dat ze voor alle

psychische problemen een effectieve behandeling in huis heeft. Niet vreemd dus dat jaarlijks een miljoen volwassenen er aanklopt voor hulp. Als de eerste behandeling niet aanslaat, is er altijd een tweede of derde behandeloptie beschikbaar, en tot slot volgt een doorverwijzing naar een topklinisch instituut. Helaas is er weinig empirische evidentie voor de zinvolheid van al deze behandelingen. Psychotherapie heeft weliswaar positieve effecten, maar die effecten zijn klein.”

Plafond

Om zijn uitspraken te staven, verwijst Van Oenen naar een recente meta-analyse waarin de resultaten van alle bestaande effectstudies naar psychotherapie zijn samengenomen. Bij depressies - een van de problemen waarvoor mensen het vaakst hulp zoeken - blijkt dat 42 procent van de mensen na afloop van de behandeling substantieel minder klachten heeft. Maar 16 procent van



de mensen in de controlegroep, die geen behandeling hebben gekregen, is in de tussentijd in gelijke mate opgeknapt. Netto heeft dus ongeveer 25 procent, één op de vier mensen, baat bij een behandeling voor depressie. Bij andere stoornissen is het behandelingsucces niet groter. In de meeste gevallen leidt psychotherapie dus niet tot klachtvermindering.

Van Oenen verwacht ook niet dat dit in de toekomst nog gaat veranderen. Alle inspanningen van de afgelopen vijftig jaar – een strikter behandelprotocol, verplichte supervisie, beter opgeleide therapeuten – hebben niks opgeleverd en geen enkele nieuw ontwikkelde methode bleek het beter te doen dan het bestaande aanbod. “Op dit moment worden psychoactieve stoffen (zoals psychedelica) gepresenteerd als het ei van Columbus”, zegt Van Oenen. “Maar ik denk dat we moeten concluderen dat psychotherapie aan het plafond van haar mogelijkheden zit.”

Verdragen

De effecten van psychotherapie zijn dus bescheiden te noemen, en dat zou volgens Van Oenen ook moeten gelden voor de doelstelling van psychotherapie. “Mensen denken vaak dat ze zullen veranderen als ze in therapie gaan, maar de mogelijkheden om te veranderen zijn meestal beperkt. In mijn visie draait therapie meer om verdragen dan om veranderen. Therapeuten zijn vooral bezig met het stimuleren van het verdraagvermogen van hun cliënten, ook al zal niet iedere therapeut dat zelf zo benoemen.”

Om cliënten te helpen verdragen, doen therapeuten een beroep op drie krachtige copingmechanismen: blijven bewegen, smart delen en hoop houden. In beweging blijven is onze belangrijkste evolutionaire strategie om te herstellen en gezond te blijven. Een goede therapeut zal daarom cliënten stimuleren om fysiek en mentaal actief te blijven, bijvoorbeeld door het aanhouden van een dagstructuur. Ook de tweede verdraagstrategie beschikt over goede papieren. Onderzoek heeft aangetoond dat gedeelde smart écht halve smart is. Het gevoel dat een ander je begrijpt, leidt direct tot een vermin-

dering van de stressrespons. Alleen al door aandachtig en zonder oordeel te luisteren, maken therapeuten de pijn voor hun cliënten dus draaglijker. Hoop houden is misschien wel het belangrijkste verdraagmechanisme. Hier kan een psychotherapeut zijn sterkste troef inzetten: het behandelprotocol. Of het nu gaat om EMDR, schematherapie of *somatic experiencing*, ieder protocol draagt de belofte in zich dat het, mits goed uitgevoerd, de klachten zal verminderen. En de hoop op verbetering in de toekomst maakt de pijn van nu beter te verdragen.

Spontaan beloop

De meeste psychische klachten zullen inderdaad verminderen, maar dat gebeurt volgens Van Oenen ook zonder behandelprotocol. Cijfers over het natuurlijk beloop van psychische stoornissen zijn weliswaar schaars, maar laten een gunstig beeld zien. Zo zijn de meeste mensen na een eerste depressie binnen drie tot negen maanden hersteld en weet 90 procent van de mensen die iets traumatisch meemaken dat zonder hulp te verwerken. Alleen bij ernstige psychiatrische stoornissen, waaronder psychosegevoeligheid, bipolaire stoornis, anorexia en persoonlijkheidsproblematiek is er sprake van langdurige beperking. “Mensen hebben een groot zelfherstellend vermogen”, concludeert Van Oenen, “Tijd is onze beste heilmeester.”

De ggz zou zich daarom best wat bescheidener mogen opstellen. Bij psychische klachten is het niet per se nodig om ons lot in handen van een ggz-professional te leggen, meent hij. Soms zal therapie inderdaad een beslissend zetje kunnen geven, maar de verwachtingen over het effect van therapie zijn nu te hoog gespannen. Om geen valse hoop te wekken en afhankelijkheid van hulpverleners

tegen te gaan, zou het goed zijn iedere psychologische behandeling na zeven sessies te beëindigen, ook als de klachten nog niet zijn vermindert. “Uiteindelijk zullen de klachten verdwijnen of vinden mensen een manier om ermee te leven”, zegt Van Oenen. “We zijn zelf onze beste behandelaar.”

Ondoordacht

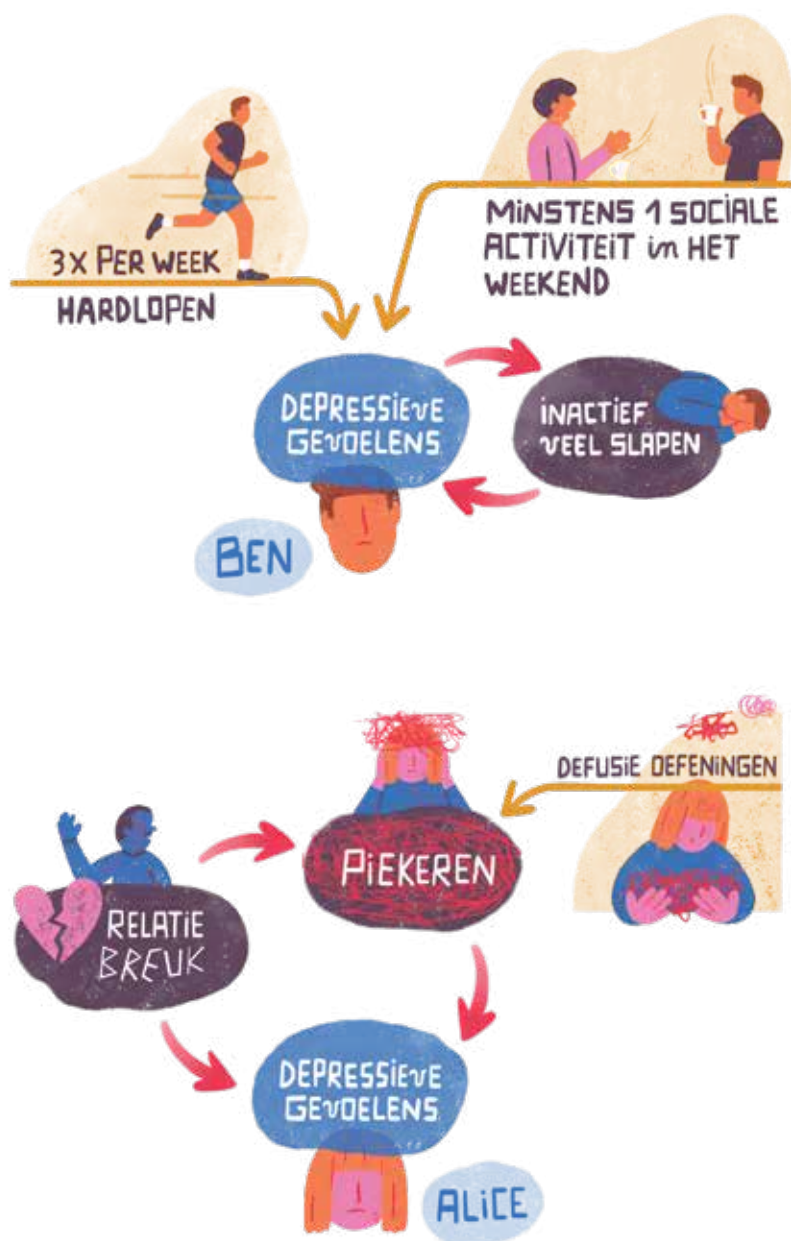
Van Oenen noemt zijn boodschap optimistisch, maar daar is niet iedereen het mee eens. Pim Cuijpers, emeritus hoogleraar aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en een internationale autoriteit op het gebied van effectonderzoek, voelt zich ongemakkelijk bij de visie die Van Oenen, nota bene op basis van *zijn* onderzoek, uitdraagt: “Het is volkomen ondoordacht om tegen mensen met psychische klachten te zeggen dat ze er alleen voor staan en dat ze zich heus wel zullen redden. Tegen mensen met kanker zeg je ook niet dat ze zich alleen maar laten leiden door valse hoop.”

De cijfers uit de meta-analyse van Cuijpers vertellen namelijk niet het hele verhaal. Als na een standaardbehandeling van twee maanden een op de vier mensen is opgeknapt, stopt het onderzoek maar gaat de praktijk verder. Wie het nodig heeft, krijgt een vervolgbehandeling, eventueel in combinatie met medicatie. Bij mensen met een depressie neemt de kans op behandelingsucces dan aanzienlijk toe. “Van Oenen suggereert dat vervolgbehandelingen geen zin hebben, maar dat klopt dus niet”, zegt Cuijpers. “Ik denk dat bijna iedereen die naar de ggz gaat, uiteindelijk kan worden geholpen.”

Maatwerk

Van Oenen baseert zijn uitspraken over het natuurlijk beloop van psychische stoornissen grotendeels op algemene bevolkingscijfers. Maar

“Maar een op de vier mensen heeft baat bij een behandeling voor depressie. Bij andere stoornissen is dat niet veel meer”



De netwerken rond mentale problemen

In Process Based Therapy (PBT) vormt niet de diagnose maar het persoonlijke netwerk van een cliënt het uitgangspunt voor de behandeling. Ben en Alice kloppen allebei aan bij een therapeut met depressieve klachten. Het netwerk van Ben bestaat uit een eenvoudige feedbacklus. Bens somberheid (met onbekende oorzaak) zorgt ervoor dat hij weinig onderneemt, maar die passiviteit houdt de somberheid in stand en maakt haar groter.

De klachten van Alice hebben een duidelijke oorzaak: haar relatie is stukgelopen. De relatiebreuk heeft zowel direct als indirect (via piekeren) invloed op haar klachten. De therapeut van Ben stimuleert hem om activiteiten op te pakken waar hij vroeger plezier aan beleefde. Ben gaat weer hardlopen en spreekt in het weekend minstens een keer af met een vriend om iets leuks te doen. Die activiteiten zorgen ervoor dat zijn somberheid langzamerhand vermindert. De therapeut van Alice geeft haar defusie-oefeningen. Doel daarvan is om gedachten te observeren en er minder in te worden meegezogen. Alice leert haar piekergedachten minder serieus te nemen en dat heeft een positief effect op haar stemming, omdat de invloed van de piekergedachten kleiner wordt.

mensen die geen hulp zoeken, kun je niet zomaar vergelijken met mensen die dat wel doen; misschien zijn hun klachten gewoon minder ernstig. Cuijpers: "We weten simpelweg niet hoe psychische stoornissen zich ontwikkelen als mensen geen behandeling krijgen, want je mag daar vanwege ethische redenen geen onderzoek naar doen. Depressies en angststoornissen worden gezien als behandelbare aandoeningen, dus als onderzoeker moet je mensen bij wie je een stoornis vaststelt, een behandeling aanbieden."

Ook Stefan Hofmann, hoogle- raar klinische psychologie aan de Philipps Universiteit in het Duitse Marburg, vindt vertrouwen op spontaan herstel niet verstandig. "Als mensen met een angststoornis of een verslaving lang wachten met

hulp zoeken, duurt de behandeling langer en is de prognose minder gunstig."

De meningen zijn niet alleen verdeeld als het gaat over de boodschap die de ggz zou moeten uitdragen – 'je kunt het zelf' versus 'zoek tijdig hulp' – maar ook over de toekomstige mogelijkheden van psychotherapie. Van Oenen ziet een glas dat voor driekwart leeg is en dat altijd zal blijven; pogingen om de effectiviteit van therapie te verbeteren zijn nagenoeg kansloos. Cuijpers en Hofmann daarentegen verwachten het glas, voor een kwart vol, wél verder te kunnen vullen. Cuijpers mikt op bescheiden verbeteringen dankzij kleine aanpassingen aan het therapeutische proces, zoals het verhogen van de frequentie van één naar twee sessies per week. Hofmann is een

stuk ambitieuzer en denkt dat het in de toekomst mogelijk wordt om iedere cliënt te helpen: "Maar dat kan alleen als we maatwerk gaan leveren en voor iedere cliënt precies de juiste aanpak vinden. Het aanbieden van standaardbehandelingen op basis van DSM-diagnoses zal dan verleden tijd zijn." De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) omvat een driehonderdtal stoornissen en de criteria om de diagnose te stellen.

Ben en Alice

Om behandelingen te kunnen personaliseren is een nieuwe methode ontwikkeld: op processen gebaseerde therapie (*Process Based Therapy*). PBT betekent een breuk met het medische model dat psychische stoornissen beschouwt als uitingen

van een latente biologische ziekte. In plaats daarvan hanteert PBT een modernere opvatting over wat een psychische stoornis in wezen is: een netwerk van symptomen dat zichzelf in stand houdt binnen een bepaalde context. Ieder netwerk is uniek; er bestaan geen standaardnetwerken voor angst, depressie of dwang. Dat kan misschien verklaren waarom het tot nu toe niet is gelukt om de resultaten van psychotherapie te verbeteren: standaardbehandelingen sluiten bij veel mensen onvoldoende aan bij hun individuele netwerk. Daarom neemt een PBT-therapeut het individuele netwerk van een cliënt als uitgangspunt voor de behandeling. Mensen met dezelfde diagnose kunnen immers een heel andere aanpak nodig hebben.

“Neem bijvoorbeeld Ben en Alice, die zich beiden melden met depressieve klachten. Ben onderneemt weinig, heeft nergens zin in en heeft in het weekend grote moeite om zijn bed uit te komen. Alice voelt zich somber sinds haar vriend de relatie heeft verbroken. Ze blijft piekeren over de oorzaak van de breuk en gaat zich steeds slechter voelen”, licht Hofmann toe.

“Een goede therapeut kiest bij beiden het juiste gereedschap om een positieve verandering te bewerkstelligen. De therapeut van Ben zal proberen hem te motiveren om dingen te ondernemen, ook als hij daar geen zin in heeft. Alices therapeut kan kiezen voor cognitieve defusie en Alice leren om afstand tussen zichzelf en haar gedachten te creëren. Met gedragsmatige activering is Alice niet geholpen, en omgekeerd zal Ben weinig opschieten met defusie-opdrachten.” (Zie ‘De netwerken rond mentale problemen’, pag. 13)

Therapie-overstijgend

De PBT-methodiek laat weinig aan het toeval over. Meten is weten. Daarom vullen cliënten tussentijds vragenlijstjes in en worden gegevens automatisch verzameld via mobiele telefoons en smart watches. Zo wordt duidelijk of de juiste therapeutische tool is ingezet. Zorgen de defusie-oefeningen ervoor dat de invloed van Alices piekergedachten op haar stemming afneemt? Gaat

Ben zich beter voelen als hij meer onderneemt?

“Goede therapeuten werken intuïtief al op deze manier”, meent Hofmann. “Ze houden niet vast aan een bepaald protocol, maar proberen te achterhalen wat een probleem in een bepaalde context in stand houdt. Als een bepaalde aanpak niet werkt, zetten ze een stapje terug en proberen het op een andere manier. Met PBT willen we iedere therapeut leren om systematisch op deze manier te werken.”

Hofmann presenteert PBT als een therapie-overstijgend model waarmee iedere therapeut kan leren werken. Hoewel de bakermat van PBT ligt in de moderne cognitieve gedragstherapie, kunnen in principe alle therapeutische methodieken binnen PBT worden ingezet, zolang ze maar een positieve verandering in het netwerk van een cliënt teweegbrengen.

Maar voor zowel Cuijpers als Van Oenen is PBT gewoon de zoveelste nieuwe therapie die het waarschijnlijk

niet beter zal doen dan alle andere therapievormen.

Sudden gains

Van Oenen heeft nog meer kritiek. Hij heeft moeite met het idee van maakbaarheid dat in het PBT-gedachtegoed verweven zit. Een PBT-therapeut zal het proces van Ben en Alice beschrijven in termen van oorzaak en gevolg. Ben wordt actiever en Alice neemt haar piekergedachten minder serieus; en daardoor verminderen hun depressieve klachten. Van Oenen ziet het net iets anders. Ben komt in beweging en Alice identificeert zich minder met haar gedachten; en dus komen Ben en Alice de tijd beter door totdat hun depressieve klachten verminderen. Een subtiel, maar principieel verschil. Van Oenen: “We willen heel graag tegen onze cliënten kunnen zeggen: als je nu maar dit of dat doet, dan zal je psychische pijn weggaaan. Maar je kunt psychische pijn niet wegbehandelen, het is geen grijpbaar proces. Als therapeut help je iemand door een

IN HET KORT

De effecten van psychotherapie zijn bescheiden en hebben de afgelopen vijftig jaar geen verbetering laten zien. Deze bevinding geeft aanleiding tot twee tegengestelde visies.

Volgens sommigen zullen de resultaten van psychotherapie niet verbeteren. Bij psychische klachten is het niet per se nodig om hulp te zoeken; op eigen kracht kan pijn doorstaan kan ook.

Anderen stellen dat de resultaten van psychotherapie sterk zullen verbeteren als behandelingen dankzij geavanceerde algoritmes meer op maat worden gemaakt. Ook nu al is het verstandig om bij psychische klachten hulp te zoeken.

“De standaardbehandeling sluit vaak niet genoeg aan bij wat een individuele patiënt nodig heeft”





moeilijke periode heen, maar of en wanneer die periode voorbijgaat, ligt niet in jouw handen.”

Om zijn boodschap te ondersteunen verwijst Van Oenen naar het fenomeen *sudden gains*. Relatief vaak, in zowat vier op de tien gevallen, treedt herstel vrij plotseling op. Tussen twee behandelsessies in doet zich ineens een forse verbetering van de klachten voor, die los lijkt te staan van wat de therapeut heeft gedaan of gezegd. Psychisch herstel is dus een ‘emergent’ verschijnsel, waarop invloed maar beperkt mogelijk is. Het voltrekt zich, of het voltrekt zich niet.

Kantelpunt

Dat de mogelijkheden om therapeutisch herstel gericht te beïnvloeden op dit moment nog beperkt zijn, vindt Hofmann niet vreemd: “Onderzoek heeft laten zien dat therapie werkt, maar de vraag hoe therapie werkt, is tot nu toe onbeantwoord gebleven. Wat therapeuten precies moeten doen om een positief veranderingsproces bij hun cliënten in gang te zetten, is dus nog onbekend. We weten alleen dat een goede relatie tussen therapeut en cliënt een noodzakelijke voorwaarde is voor een positieve verandering. Met PBT willen we die leemte vullen.”

Waarom weten we zo weinig over de werkzame factoren in psycho-

therapie? Dat komt onder meer doordat verandering tot nu toe werd bestudeerd als een lineair proces dat zich geleidelijk voltrekt. Maar die voorstelling van zaken is te eenvoudig. “Een maladaptief netwerk is aanvankelijk erg stabiel. Het houdt zichzelf in stand met positieve feedbacklussen. Hoe meer lussen een netwerk bevat, hoe langer het weerstand zal bieden tegen druk van buitenaf”, legt Hofmann uit. “Pas als de druk lang genoeg aanhoudt, wordt op een gegeven moment een kantelpunt bereikt en komt het netwerk in een nieuwe, gezondere toestand terecht, die ook weer stabiel is. Het fenomeen *sudden gains* is dus precies wat je vanuit de netwerktheorie verwacht. Op het moment dat de overgang naar een adaptieve toestand plaatsvindt, treedt schijnbaar uit het niets klachtenverbetering op. Een depressieve stemming zie je dan van het ene op het andere moment verdwijnen.”

Om meer kennis over veranderingsprocessen te krijgen en over mogelijkheden om die te beïnvloeden, zijn complexe netwerkanalyses op grote databestanden vereist. Er is nog een lange weg te gaan, maar uiteindelijk hoopt Hofmann dat vernuftige algoritmes op basis van artificiële intelligentie kunnen voorspellen welke behandeling bij welke cliënt het meeste kans op succes geeft.

Verdragen voor gevorderden

Niet alleen psychisch herstel ligt voorlopig nog buiten onze invloedssfeer. Hetzelfde geldt voor lichamelijk herstel. Zowel mijn prikkelbare darm als mijn onverklaarde vermoeidheid vallen in de categorie Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK), en dus valt er weinig verbetering te verwachten. Verdragen zonder hoop is verdragen voor gevorderden. Voor mij is hoop geen goede verdraaghulp, maar een eigenzinnige emotie die ik alleen met veel moeite in bedwang kan houden. Er blijven slechts twee verdraagstrategieën over: smart delen (maar mijn omgeving weet het zo onderhand wel) en in beweging blijven, voor zover dat gaat.

Accepteren dat mijn klachten écht niet weg zullen gaan, vind ik nog steeds lastig. Misschien was het slim geweest als ik naast alternatieve genezers ook een psychotherapeut had bezocht. In plaats daarvan ben ik de zelfhulp literatuur over mindfulness en zelfcompassie ingedoken. Dat heeft me zeker wat opgeleverd. Ik blijf tegenwoordig minder lang hangen in contraproductief gedrag zoals gemopper en zelfmedelijden. Dat is fijner voor mijn omgeving én ik houd meer energie over om te besteden aan dingen die ik leuk vind, zoals dit artikel schrijven.

In mijn geval vormen verdragen en veranderen geen tegenstelling. Leren verdragen is de verandering. En ik kan het natuurlijk niet bewijzen, maar voor mijn gevoel hebben mindfulness- en compassie-oefeningen in dit veranderingsproces een oorzakelijke rol gespeeld. ■

DE AUTEUR

Annemarie Huiberts is doctor in de psychologie en freelance journalist.

MEER OVER DIT ONDERWERP

Process based therapy in de praktijk. Stefan Hofmann e.a., uitg. Hogrefe, 2025.

Verdragen. Over de hulp helpt-mythe. Flip Jan van Oenen, uitg. Boom, 2025.

Absolute and Relative Outcomes of Psychotherapies for Eight Mental Disorders. A systematic review and meta-analysis. Pim Cuijpers e.a. in *World Psychiatry*, 2024.