

# Cijfers en verhalen

Over langdurige psychoanalytische behandeling en effectmeting

Wouter Gomperts

- 
- In het onderzoek van Berghout (2010) naar de effectiviteit van langdurige psychoanalytische behandelingen (psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie) zijn duurzame klachtenreductie en verbetering van het persoonlijkheidsfunctioneren aangetoond. Uitkomstmetingen worden vaak genomen *at face value*. Dit artikel zoomt in op drie patiënten uit Berghouts onderzoek en hun therapeuten. De drie patiënten verschillen duidelijk in de mate van persoonlijkheidsverandering (MMPI-2). *Follow-up* met het Patiënt-therapeut Gehechtheidsinterview (*Patient-therapist Adult Attachment Interview, PT-AAI*) laat zien dat de klinische significantie van uitkomstcijfers anders kan zijn dan dat het op het eerste gezicht lijkt.
- 

## Inleiding

Van oudsher bestaat er tussen psychoanalyse en wetenschap een sterke onderlinge aantrekkingskracht maar ook een moeizame spanningsrelatie. Als ideaal gezien hebben psychoanalyse en wetenschap een belangeloze nieuwsgierigheid met elkaar gemeen, een houding van niet-weten en willen begrijpen. In wetenschappelijk onderzoek naar psychoanalyse is het echter moeilijk om klinische relevantie, empirische precisie en praktische uitvoerbaarheid met elkaar in balans te brengen (Gomperts, 2004).

---

DR. W.J. GOMPERTS, klinisch psycholoog, psychotherapeut en psychoanalyticus, is werkzaam bij het Nederlands Psychoanalytisch Instituut en de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: W.J. Gomperts, Waldeck Pyrmontlaan 15b, 1075 BT Amsterdam.

E-mail: w.j.gomperts@uva.nl.

Mijn dank gaat uit naar de geïnterviewde ex-patiënten en hun therapeuten.

Het adagium van zorgmanagers, ziektekostenverzekeraars en de overheid luidt: ‘weten is meten’. Op basis daarvan worden belangrijke beleidsbeslissingen genomen. Ook in wetenschappelijk onderzoek naar het effect van psychotherapie worden uitkomstmetingen vaak *at face value* genomen. Cijfers spreken echter niet altijd voor zich. Hun betekenis kan anders zijn dan op het eerste gezicht lijkt. Voor de psychotherapeut (psychoanalyticus) geldt dan ook ‘weten is begrijpen’. Cijfers over het effect van de behandeling verschillen wat dat betreft niet van andere uitingen van de patiënt. De vraagstelling in dit artikel is: hoe zijn uitkomstcijfers van langdurige psychoanalytische behandeling te begrijpen op basis van wat patiënten en hun therapeuten vertellen over het therapieresultaat en behandelproces?

Het doel van langdurige psychoanalytische behandelingen is structurele persoonlijkheidsverandering met als gewenst neveneffect duurzame klachtenreductie. Het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI) heeft als richtlijn dat een langdurige psychoanalytische behandeling is geïndiceerd in het geval van al geruime tijd bestaande emotionele en relationele klachten en problemen die samenhangen met complexe innerlijke problematiek (persoonlijkheidsproblematiek) en/of (in een *stepped care*-model) als kortdurende (bijvoorbeeld cognitieve of psychoanalytische) therapie onvoldoende heeft geholpen. Ook is het van belang dat de patiënt over de nieuwsgierigheid beschikt om voor langere tijd naar zichzelf te willen kijken en daar een ander (lees: de therapeut) aan mee te willen laten doen, ook als het moeilijk wordt en niet meteen resultaten oplevert. Het vermogen tot psychologische reflectie, dat wil zeggen zelfreflectie, reflectie op de ander en op wat er tussen jou en de ander gebeurt, is tot op zekere hoogte voorwaarde, middel én profijt van langdurige psychoanalytische behandelingen. Om van de therapie te profiteren, moet je van te voren eigenlijk al een beetje kunnen wat juist het resultaat van de therapie beoogt te zijn.<sup>1</sup>

Ik heb drie ex-patiënten en hun behandelaars geruime tijd na afloop van de behandeling geïnterviewd. Deze behandelingen maken deel uit van het kwantitatieve onderzoek naar de effectiviteit van langdurige psychoanalytische behandelingen (psychoanalyse, N=78; psychoanalytische psychotherapie, N=104) waarop Caspar Berghout recentelijk promoveerde (Berghout, 2010; zie ook Berghout, Zevalkink & De Wolf, 2010). De drie ex-patiënten en hun behandelaars zijn door Zevalkink (en dus onafhankelijk van schrijver dezes) gekozen vanwege de mate van persoonlijkheidsverandering die bij hen in het kader van het grootschalige onderzoek is vastgesteld. Bij ‘Nel’ was

<sup>1</sup> Een veelvoorkomende aanmerking is dan ook dat de intensiefste, langdurigste en dus kostbaarste vorm van ambulante psychotherapie (psychoanalyse) is voorbehouden aan een groep patiënten die niet altijd de ergste aandoening heeft. Hafkensheid (2010) vindt het niet te verdedigen dat andere verzekerden voor de kosten ervan zouden moeten opdraaien en acht het daarom gerechtvaardigd dat de psychoanalyse uit het basispakket van de ziektekostenverzekering is geschrapt. Een analogie met het onderwijs kan hier verhelderend zijn. Kinderen die gemakkelijk leren (en juist niet kinderen die moeilijk leren) krijgen het intensiefste, langdurigste en kostbaarste, grotendeels uit collectieve middelen betaalde onderwijs. Dit is een onrechtvaardigheid die evenwel voor de meeste mensen aanvaardbaar is.

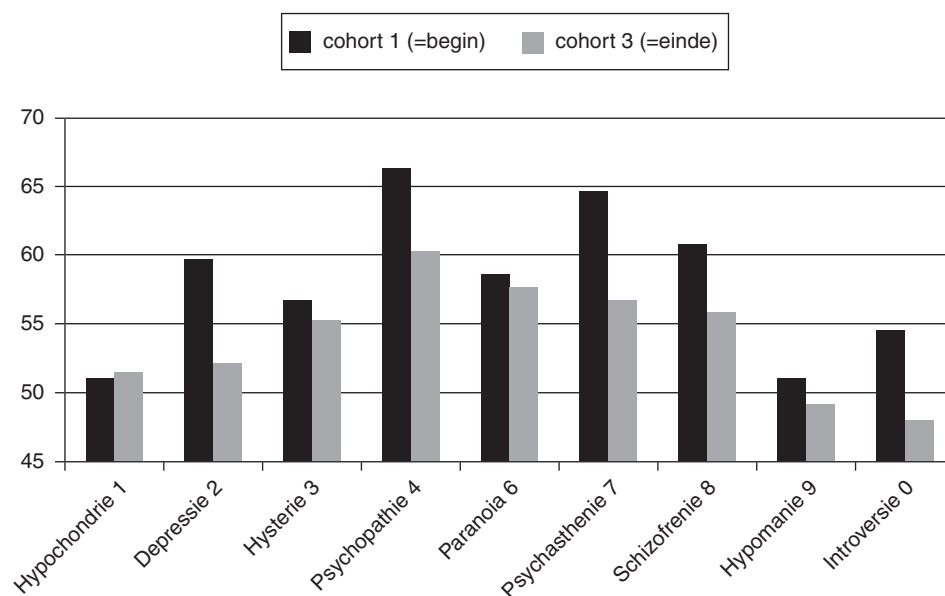
dat omdat haar scores wijzen op duidelijk verminderde persoonlijkheidsproblematiek, bij 'Mies' omdat haar scores wijzen op toegenomen persoonlijkheidsproblematiek en bij 'Jan', omdat er in zijn scores niet veel veranderd is. Hoe kunnen we hun uitkomstcijfers begrijpen op basis van wat zij en hun therapeuten in de *follow-up* interviews vertellen? In het onderstaande heb ik vanwege de herkenbaarheid veel veranderd, zowel met betrekking tot de persoon van de patiënt als die van de therapeut. De strekking is dezelfde gebleven.

### Cohortenonderzoek

De drie geïnterviewde ex-patiënten waren deelnemers aan het eerdergenoemde grootschalige effectonderzoek (Berghout, 2010). Ik beschrijf kort de opzet van dat onderzoek en de voor dit artikel relevante resultaten. Het heeft een sequentieel cohortendesign. Deze onderzoeksopzet is erop gericht om het per definitie langdurige en dus kostbare (en alleen al daarom moeilijk te realiseren) onderzoek naar de (bij voorkeur lange-termijn)effecten van langdurige psychoanalytische behandelingen efficiënt in te korten (Sandell, Blomberg, & Lazar, 1997; Sandell en anderen, 2000). De opzet is kort gezegd: op één meetmoment worden tegelijkertijd vier patiëntengroepen onderzocht die zich in opeenvolgende fasen van het behandelingstraject bevinden: de patiënten uit cohort 1 zijn op het meetmoment in de *intake* fase, cohort 2 is op dat moment een jaar in behandeling, de patiënten uit cohort 3 hebben drie maanden geleden hun behandeling beëindigd en bij cohort 4, de *follow-up*, was dat ongeveer twee jaar geleden.

De mate waarin de cohorten 1 en 2 in klachtenniveau verschillen van de cohorten 3 en 4 blijkt significant en steeds in de gewenste richting (Berghout, 2010, p. 54), maar die verschillen laat ik hier verder buiten beschouwing. Het specifieke doel van langdurige psychoanalytische behandelingen is immers persoonlijkheidsverandering. Als maat voor persoonlijkheidsfunctioneren is in het cohortenonderzoek (behalve van de Rorschach gescoord met het *Comprehensive system*) gebruik gemaakt van de *Minnesota multiphasic personality inventory-2* (MMPI-2), een van de meest gebruikte en onderzochte persoonlijkheidsvragenlijsten. Schaal 5 (Mannelijkheid-Vrouwelijkheid) is buiten beschouwing gelaten, omdat deze schaal doorgaans niet als klinische schaal wordt gezien.

Gemeten met de MMPI zijn significante verschillen gevonden tussen cohort 1 (*intake* fase, N=64) en cohort 3 (na afloop van de therapie, N=67) op vijf van de negen Klinische hoofdschalen, namelijk op Depressie (schaal 2), Psychopathische deviatie (schaal 4), Psychasthenie (schaal 7), Schizofrenie (schaal 8) en Sociale introversie (schaal 0) (zie figuur 1).



*Figuur 1* Verschillen tussen cohort 1 (begin van de therapie) en cohort 3 (na afloop van de behandeling) op de Klinische hoofdschalen van de MMPI-2 (uit Berghout, 2010, p. 54).

De gevonden verschillen betekenen dat de aanwezigheid en diepte van de depressieve pathologie (schaal 2) na afloop van de behandeling duidelijk minder is dan ervoor. Ook de mate van sociale onaanpassing en gevoelens van vervreemding (schaal 4 en 8) en de mate van (sociale) angst en zelfonzekerheid (schaal 7 en 0) zijn na afloop duidelijk minder. Bij *follow-up* (cohort 4: twee jaar na beëindiging van de behandeling) zijn de significante verschillen behouden. Het met de MMPI gemeten persoonlijkheidsfunctioneren blijkt dus duurzaam verbeterd.

### Een toegevoegde nameting

Een nadeel van een cohortendesign is dat er op individueel niveau niets over verandering te zeggen is. Er worden immers groepen patiënten vergeleken die zich in verschillende fasen van het behandeltraject bevinden. Bij een beperkt aantal patiënten kan echter wel worden vastgesteld of ze in de loop van de tijd zelf veranderd zijn. Het cohortenonderzoek loopt namelijk al sinds 2004 en dat betekent dat 14 patiënten hun in 2004 of 2005 begonnen behandeling inmiddels (eind 2009) beëindigd hebben. Dit biedt de mogelijkheid om te controleren of de persoonlijkheidsverschillen tussen cohort 1 en 3 in een longitudinaal design zijn terug te vinden in veranderingen die patiënten werkelijk tijdens hun behandeling ondergaan.

Bij deze 14 ex-patiënten is daarom korte tijd na afloop van hun behandeling de MMPI-2 opnieuw afgenomen. De persoonlijkheidsverandering van deze patiënten komt redelijk overeen met de gevonden persoonlijkheidsver-

schillen tussen cohort 1 en 3 (Van Wijk, 2009). Wel was de groep van 14 patiënten er bij aanvang van de therapie iets beter aan toe dan de patiënten uit cohort 1 en maakt deze groep het aan het einde van therapie ook wat beter dan de patiënten uit cohort 3. Op zichzelf is dat niet verbazingwekkend: de betrokken patiënten waren immers als eersten klaar met de therapie. De drie ex-patiënten die ik geruime tijd na afloop van de behandeling heb geïnterviewd, behoren tot deze groep van 14 patiënten en nemen daarin specifieke posities in. Bij Nel wijzen de MMPI-scores op duidelijk verminderde persoonlijkheidsproblematiek, bij Mies op toegenomen persoonlijkheidsproblematiek en bij Jan zijn de scores nauwelijks veranderd. Een casuïstische verdieping van uitkomstcijfers kan hun klinische significantie verhelderen.

### Klinische significantie

In effectiviteitsonderzoek zijn verschilscores en effectgroottes maatgevend. Statistisch significante effectiviteit is echter niet noodzakelijkerwijs klinisch significant (en het omgekeerde hoeft ook niet het geval te zijn). Een therapeutische verandering is klinisch significant (Kazdin, 1999) als deze impact heeft, dat wil zeggen op een betekenisvolle manier van invloed is op de kwaliteit van leven. In een kwantitatieve onderzoeksbenadering wordt als maat van klinische significantie de proportie patiënten vastgesteld die na afloop van de therapie, in vergelijking met klinische en niet-klinische normgroepen, niet meer binnen het klinische bereik scoort (zie bijvoorbeeld Berghout & Zevalkink, 2009).

Een andere manier waarop de klinische significantie van therapie-uitkomsten wordt bestudeerd, gaat uit van een kwalitatieve onderzoeksstrategie (Kazdin, 2007). Het hoe en wat van het therapie-effect wordt dan, bijvoorbeeld in een (semi-)gestructureerd interview, nagevraagd op het niveau van de individuele patiënt (en eventueel belangrijke anderen) (Campbell, 2005). Vanuit deze kwalitatieve benadering interviewde ik de drie ex-patiënten en hun respectievelijke behandelaars.

### Patiënt-therapeut Gehechtheidsinterview

Voor de *follow-up*gesprekken heb ik gebruikgemaakt van het Patiënt-therapeut Gehechtheidsinterview, een aanpassing van het *Adult attachment interview*, of Gehechtheidsbiografisch interview, dat zowel bij de patiënt als bij de therapeut wordt afgenomen (*Patiënt-therapist adult attachment interview*, PT-AAI, Diamond, Stovall-McClough, Clarkin & Levy, 2003; Diamond en anderen, 1999). Dit semigestructureerde interview richt zich op de innerlijke representatie van de therapeutische gehechtheidsrelatie. Centraal staan de beschrijving door de patiënt en door de therapeut van de therapeutische relatie en van specifieke herinneringen en gebeurtenissen die de beschrijvingen ondersteunen of tegenspreken.

De vragen van het Gehechtheidsbiografisch interview zijn inhoudelijk voor dit interview iets veranderd. Bijvoorbeeld 'Kunt u vijf kenmerken bedenken voor de relatie die u als klein kind (voor uw twaalfde) met uw moeder had?' is nu 'Kunt u vijf kenmerken bedenken die de relatie kunnen typeren die u met uw therapeut, respectievelijk met uw patiënt had?' Een ander voorbeeld: 'Hebt u zich als klein kind weleens afgewezen gevoeld door uw ouders?' is nu: 'Hebt u zich in de therapie weleens afgewezen gevoeld door uw therapeut (respectievelijk patiënt)?' Bovendien zijn er vragen als: 'Wat voelde u voor uw therapeut (respectievelijk patiënt)?', 'Wat denkt u dat uw therapeut (respectievelijk patiënt) voor u voelde?', 'Hoe zijn uw gevoelens nu?' Ook het effect van de behandeling wordt nagevraagd.

Diamond en anderen (2003) namen het PT-AAI af na een jaar behandeling om de therapeutische gehechtheidsrepresentatie en de reflectieve functie te onderzoeken. Ik gebruikte het PT-AAI als *follow-up* instrument om zowel de patiënt als therapeut te interviewen. Centraal staan de therapeutische relatie en het therapeutisch resultaat. Mijn ervaringen met dit interview doen me denken aan de bevinding uit eerder psychoanalytisch *follow-up* onderzoek (Pfeffer, 1961, 1963; Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger & Beutel, 2003), namelijk dat centrale thema's, reactiewijzen en interactiepatronen uit de behandeling (overdracht, tegenoverdracht) zich in beknopte vorm opnieuw voordoen in het *follow-up* gesprek.

Bij Jan is dit al het geval als ik hem telefonisch uitnodig voor het interview. De therapie is dan tweeënhalf jaar beëindigd. Jan ging in therapie vanwege overspannenheid, perfectionisme en psychosomatische klachten. Hij kreeg twee keer eerder hulp vanwege *burn-out* klachten. In het telefoongesprekje dat ik met hem heb, klinkt hij gespannen. Hij zegt absoluut geen tijd te hebben voor een *follow-up* interview. Hij heeft het zo druk met zijn werk dat hij zich niet kan vrijmaken: 'Ik kom nu al niet uit met mijn werkuren. De eerste maanden heb ik hiervoor echt geen ruimte.' De deur voor een *follow-up* interview zit dicht. In het telefoongesprekje is de gespannenheid herkenbaar waarmee Jan zich indertijd bij het NPI aanmeldde, en in zijn afwijzing voel ik het kleineren, waarover zijn therapeut vertelde in het interview dat ik kort tevoren met haar had.

Nel vertelt mij in het *follow-up* interview veel, maar het is clichématig en onpersoonlijk. Dat komt overeen met wat haar therapeut vertelde over de therapie. De laatste vraag van het interview is: 'Ten slotte: hoe voelt u zich over dit gesprek?' Nel zegt: 'Ja, goed. Ik vind het altijd goed om aan dit soort onderzoeken mee te werken. Dus ik vond het vanzelfsprekend om ook aan dit onderzoek mee te doen. Ik hoop dat u er wat aan heeft gehad.' In mijn reactie doe ik wat haar therapeut ook vaak deed: steun en bevestiging geven, terwijl ik, net als de therapeut, eigenlijk teleurgesteld ben door de beperkte diepgang van het contact.

De afspraak met Mies is gemakkelijk gemaakt, maar als ik kort daarop bij haar aanbel, is zij onze afspraak glad vergeten. Als ik haar mijn komst heb uitgelegd, moet ze even lachen. In haar werkkamer is het contact snel gemaakt. Mies vertelt geïnvolveerd over haar behandeling, ze voelt zich in het gesprek met mij, net zo als zij en haar therapeut over haar behandeling ver-

tellen, serieus genomen. Ze laat mij onverbloemd veel van haar emotionele leven weten en ik voel snel betrokkenheid en sympathie. Mies antwoordt op de laatste vraag van het interview ('Hoe voelt u zich over dit gesprek?'):

Van tevoren, toen ik werd uitgenodigd om dit gesprek te doen, dacht ik: Oké, laat ik het doen. Maar ik had er niet zo veel gevoel bij. Maar nu, al doende, vind ik het ontzettend prettig om erop terug te kijken, om het op deze manier weer even door te nemen. Eigenlijk komt alles in verkorte vorm een beetje terug. En daardoor merk ik weer zo duidelijk hoeveel de therapie me heeft opgeleverd.

### Het behandel-effect

De therapie van Jan heeft zestien maanden geduurd. Op de MMPI-2 is van de klinische hoofdschalen Psychasthenie (schaal 7) zowel voor als na afloop van de therapie veruit het hoogst (voormeting: T=65; nameting: T=66). De gevoelens van spanning en zelfonzekerheid zijn dus nog even groot als toen hij zich met klachten van overspanning bij het NPI aanmeldde. Dit kan niet nader begrepen worden uit wat hij in het *follow-up* interview over het behandelproces en -resultaat vertelt (het gesprek heeft immers niet plaatsgevonden), maar mogelijk wel uit wat hij met de uitnodiging ervoor deed: vanwege de (ervaren) werkdruk kon hij zich er niet voor vrij maken. Dit gegeven brengt mogelijk zijn sterke gevoelens van spanning en onzekerheid tot uitdrukking.

De therapie van Nel is anderhalf jaar geleden beëindigd. Ze is tevreden met het resultaat. Nel vertelt in het *follow-up* interview:

Ik denk dat de therapie een belangrijke rol speelt en nog steeds. Ik denk meer over dingen. Dat je je bewust bent van bepaalde ontwikkelingen en dat ik heb geleerd om bepaalde issues op tafel te leggen.

Toch is uit haar verhaal op te maken dat zij kwetsbaar is gebleven. Recentelijk heeft zij korte tijd weer hulp gehad. Nel vertelt:

Ik heb geleerd dat het helpt om te praten, maar mijn man is helaas niet zo'n prater. Dus wat dat betreft heb ik wel een moeilijke case opgepakt. Vorig jaar heb ik hier weer een paar gesprekken met een therapeut gehad, omdat ik even veel problemen te verduren had. Mijn man kon hier niet aan het werk komen en mijn vader had een hartinfarct. Dat alles bij elkaar was te veel om te verhapstukken, en toen was ik, zeg maar, met vijf, zes gesprekken wel weer op de rails. Dus ik denk, omdat ik zoveel tijd met mijn

therapeut in Amsterdam heb besteed, dat je dingen beter herkent en er sneller iets aan kan doen.

**Nel was in de beleving van haar therapeut heel gemotiveerd en dat stemde hoopvol om met haar aan het werk te gaan. Toch raakte de therapeut teleurgesteld. Nels therapeute vertelt:**

Ik vond haar sympathiek, *eager* om aan het werk te gaan. Maar zij beschreef week in, week uit wat zij allemaal deed, en het was moeilijk om haar daarover aan het denken te krijgen. Ze keek me vol verwachting aan: Zeg het! Hoe moet het! Wat gaan we doen? En dan merk je na verloop van tijd dat je steeds steunender wordt, concrete adviezen en bevestiging gaat geven. Ik probeerde dat te bespreken: Ik heb de indruk dat je zo van mij wilt weten wat je moet doen en of het goed is wat jij doet. Maar dat lukte niet. Ze kwam niet in beweging, haar afhankelijke instelling veranderde niet. Tegen het eind had ik een moe gevoel. Ik heb twijfels of de therapie echt heeft doorgewerkt. Ze was wel wat sterker. Ik hoop dat het goed met haar gaat!

**De therapie van Mies is ook anderhalf jaar geleden beëindigd. Haar therapeut spreekt van een geslaagde psychoanalytische psychotherapie:**

Je hebt iets voor haar kunnen betekenen. Het heeft haar geholpen om in een cruciale fase van haar leven de stap te zetten naar volwassenheid, naar geven en nemen, eigen gezinsvorming, plezier in werk, kortom naar anders in de wereld staan.

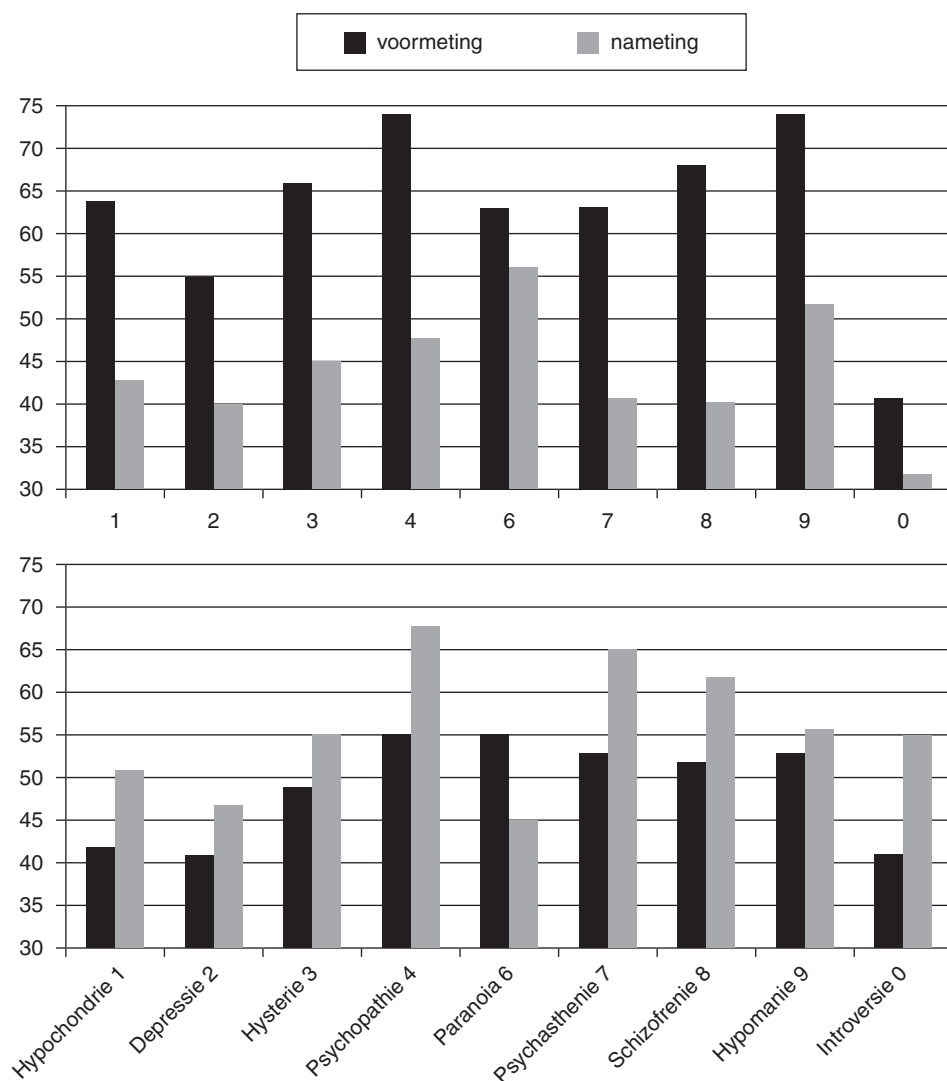
**Mies vertelt terugkijkend op haar therapie:**

De therapie heeft me veel opgeleverd. Ik heb er veel levenszin in gevonden. Ik denk aan mijn relatie, waarin ik heel gelukkig ben, en we hebben een kind. Mijn therapeut kon mij het vertrouwen geven mijn verhaal te vertellen. Hij liet zien dat hij begaan was. En anderzijds was hij intelligent genoeg om niet te oordelen, zoals ik zelf deed. In het begin worstelde ik met me ongelijkwaardig voelen, maar nadat we het over die grappenmakerij van mij hadden gehad dat ik niet kwam opdagen, werd het duidelijker wat voor dingen er speelden tussen ons. Aan het eind van de therapie was me duidelijk wat de relatie was die ik met hem had. Ik heb veel van mijn emoties en kwetsbaarheden laten zien, en hij natuurlijk weinig, maar tegelijkertijd was hij geen vreemde meer voor mij. Ik voelde ook minder noodzaak om



dingen met hem uit te werken. Het gebeurt natuurlijk nu ook nog wel dat ik te lang blijf hangen in uitstellen, in mijn werk vooral, wat absoluut onhandig is. Maar dan ga ik voor mezelf de rol die hij had invullen en kijken of ik daar een gevoel bij heb. En dan denk ik niet meer van mezelf: wat ben je toch een stommerd.

Gemeten met de MMPI zijn Nel en Mies elkaars tegendeel. Nel is in positieve zin veranderd, Mies niet of minder (zie figuur 2).



Figuur 2 Voor- en nameting MMPI-2 bij Nel (boven) en Mies (onder).

Bij Nel zijn bij afloop van de therapie de scores op alle klinische hoofdschalen duidelijk lager dan bij aanmelding. Ze zijn min of meer van klinisch niveau op normaal niveau gekomen. Nel is minder sociaal onaangepast en overactief (schaal 4 en 9). De gevoelens van spanning, zelfonzekerheid en vervreemding zijn minder (schaal 7 en 8). Zij somatiseert minder en maakt minder gebruik van een ontkennende *copingstijl* (schaal 1 en 3).

Bij Mies daarentegen zijn de scores op alle klinische hoofdschalen (op één na) bij de nameting hoger dan bij aanmelding. Toen ze in therapie ging scoorde ze op min of meer normaal (en soms subklinisch) niveau en dat is na afloop niet of minder het geval. De mate van sociale onaangepastheid en de gevoelens van spanning, zelfonzekerheid en vervreemding (schaal 4, 7 en 8) zijn duidelijk groter dan voor de therapie.

In het geval van Mies en Nel doet zich dus een, op het eerste gezicht, opmerkelijke discrepantie voor tussen de cijfers (MMPI) en verhalen (*follow-up*). Nel is verbeterd, ze is althans volgens de MMPI beduidend normaler geworden, terwijl in de interviews met haar en haar therapeut de therapie als minder succesvol naar voren komt dan bij Mies. Mies is naar de maatstaf van de MMPI minder normaal geworden, terwijl in de interviews haar behandeling als uitermate succesvol naar voren komt. Hoe kunnen we dit begrijpen?

### De follow-upinterviews

Nel meldde zich bij het NPI aan vanwege problemen met relaties. Ze wordt keer op keer verliefd op mannen die na een tijdje tegenvallen en ze heeft vaak hoofdpijn. Maar verder zegt ze dat het goed met haar gaat. Bij de *intake*-staf rijst de vraag 'of Nel het allemaal mooi moet houden'. Nel is eerder in therapie geweest, maar heeft daar weinig aan gehad. Ze krijgt een psychoanalytische therapie van een keer in de week. De therapie heeft drie jaar geduurd. Nel vertelt in het *follow-up*interview:

Ik ben een zakelijk iemand, dus ik wil doelen hebben: we gaan het zo en zo doen. En in een therapie is dat niet zo zwart-wit, want het is een onderzoek in je zelf, zeg maar, meer dan een vastomlijnd pad. Mijn therapeut verwoordde dat heel mooi: de therapie is een wandeling en de therapeut die helpt je bewust te worden van de dingen die je niet ziet, maar die ook belangrijk zijn. Ik voelde me erg op mijn gemak bij haar. Ze luisterde veel en dat vond ik wel eens lastig. Want ik was voor 80% aan het praten en zij 20%. Maar voor mij was het misschien wel goed dat je niet in een richting wordt geduwd. Ik had veel vooroordelen, zeg maar, over mij zelf. Ik had het gevoel dat ik bij haar heel open kon zijn, en er zijn best situaties geweest dat ik over mijn toeren was en dan bleef zij daar rustig onder en stabiel. Ze had iets van een moeder. Ook wel van mijn moeder, ze was, zeg maar, ook een beetje bollig gebouwd. Maar ik zag haar wel als een therapeut, niet als een vriendin of zo. Het voelde als een prettig persoon, waar je je verhaal

kwijt kon en die zelf een ander leven had. De manier waarop ze mij toeliet, dat gaf een veilig gevoel.

#### De therapeut vertelt over het verloop van de therapie:

Ze wilde veel vertellen en luisteren, graag luisteren naar wat ik te zeggen had. Ik denk dat zij mij als een moederfiguur beleefde en idealiseerde. Ze idealiseerde eigenlijk alles en iedereen. Ik probeerde te benoemen dat zij zo bezig was met steun en goedkeuring vragen, en ook van mij, en dat herkende ze, en dan probeerde ze het minder te doen. Dan zei zij: 'Ik weet: ik moet het zelf doen'. Maar ik had het gevoel dat zij zich dan meer aan mij aanpaste dan dat het veranderde.

#### Nel vertelt:

Toen het beter ging, had ik het idee dat het een soort van herhalen van verhalen was en dat het voor haar saai begon te worden. Dat was met name aan het eind toen ik uiteindelijk de man van mijn dromen gevonden had en we gingen samenwonen. Dus het doel van de therapie om zeg maar *Mister Right* te vinden, dat heb ik verwezenlijkt. En omdat er niet echt veel issues meer te vertellen waren, was het effect van de therapie niet meer zo groot en toen heeft zij op een gegeven moment aangegeven: misschien is het goed dat we de frequentie gaan afbouwen om te kijken hoe het zonder gaat.

#### De therapeut van Nel vertelt:

Er is wel wat veranderd, maar ik vrees dat dit meer te maken heeft met dat zij de ware Jacob had gevonden. Maar dan was zij toch niet 100% tevreden met haar vriend en dan vertelde zij: hij doet dit en hij doet dat. Maar ook dat bleef zo descriptief, daar werd ik een beetje moe van. Ik geloof dat ik dat een keer in een intervisie heb ingebracht en toen had ik me weer voorgenomen om te proberen wat meer over onze relatie in het hier en nu te praten. En dat hoorde zij aan, meer dan dat zij er wat mee kon. Ik heb nooit begrepen waarom zij zo weinig in beweging kwam. Ze had geen dramatische voorgeschiedenis en ik kreeg vanuit haar verhalen het idee dat het in haar familie aardig loopt. Ik was teleurgesteld omdat ik had gedacht dat ze meer in beweging zou komen. Ze kwam graag en je probeert iets te

bespreken. En dan lukt dat niet... Ik kreeg geen wezenlijke toegang. Dat was chronisch in het contact.

**Mies had zich bij het NPI aangemeld omdat zij geen conflicten durfde aan te gaan. Zij vindt zich een vermijdende aanpasser en daarom loopt het mis in haar werk en relaties. Na het indicatieonderzoek wordt een psychoanalyse geadviseerd, maar dat wil ze niet. Ze is bang overgeleverd te raken. Het werd een psychoanalytische psychotherapie van tweemaal in de week die bijna vier jaar heeft geduurd. De therapeut vertelt in het interview:**

Vanaf het eerste begin was je emotioneel in gesprek met haar. Een affectieve dialoog, meteen. Ze kwam binnen en haar openingsvraag was: hoe lang zit je hier al? Ik zei: lang, lang, en dat was een geruststellende mededeling. Dat gaf een basis van zekerheid en vastigheid, dat voelde je. Ik denk dat mijn leeftijd haar aansprak: een oudere man. Ik denk dat zij iets van wat zij bij haar overleden vader heeft gemist bij mij heeft kunnen inhalen.

**Mies vertelt over de relatie met haar behandelaar:**

Ik mocht hem meteen, ik vond hem een innemende man en ik denk dat hij qua uiterlijk, een oude man weet je wel, de rust uitstraalde, die was wat ik zocht. Er heeft vast iets gespeeld van idealiseren, maar ik voelde me erg goed bij hem. Hij zal ook zijn problemen hebben, maar in die setting zag ik in hem de wijze man die hij van mij moest zijn.

**De therapeut van Mies vertelt:**

Haar manier van binnenkomen was opvallend, ze groette met een sarcastisch lachje, en dat hebben we uitvoerig besproken. Als jongste en niet meer zo erg gewenst kind in een groot gezin, was zij gekleineerd en uitgelachen om haar gevoel. Ze was bang om uitgelachen te worden en uit zelfbescherming ga je het zelf doen. Dus begon zij mij een beetje uit te lachen. Ik kon dat heel goed met haar oppakken, zij herkende het.

**Mies vertelt:**

De deur ging open en dan gaf ik hem een hand en ik lachte daar vaak bij. Hij voelde dat als een minachtend lachje, alsof ik hem moest laten zien dat

ik hem niet nodig had. Ik kon niet echt zeggen: ik minacht je, maar ik kon me wel voorstellen dat er zo'n gevoel onder zat, want ik worstelde met afhankelijkheid, met me niet gelijkwaardig voelen. Dat ik hem daarom kleiner maakte. En dat was confronterend, want ik mocht hem graag. Maar dat je daar dan toch onbewust mee bezig bent...

**Na een tijdje kreeg Mies een vriend en zij merkte dat ze oude relatiepatronen ging herhalen. Ze maakte zich heel boos op hem en kreeg dat keihard van hem terug. Hun ruzies escaleerden. De therapeut vertelt:**

Dan kwam ze huilend, razend hier: 'Moet je luisteren! Moet je luisteren! Gisteravond!' Ruzies, uitgelachen worden, de nederlaag, het kleintje zijn, dat was het grote thema. En dat heb ik heel serieus genomen en dat heeft haar goed gedaan.

**Mies vertelt in het interview wat de reactie van haar therapeut met haar deed:**

En omdat hij zich niet veroordelend opstelde, hoorde ik mezelf die vuiligheid spuien. En toen zag ik dat ik hetzelfde deed als mijn vriend: razen, tieren, 'Jakhals, Jakhals' riep ik dan. Hem naar beneden halen, terwijl ik mij juist zo verbolgen voelde over wat hij mij aandeed.

**De therapeut vertelt:**

Het heeft haar goedgegaan dat zij meer in contact kwam met het sadisme in haar zelf, want die jakhalzen die komen natuurlijk niet alleen van buitenaf, maar ook van binnenuit.

**Ook met het bespreken van de overdracht ging Mies de jakhalzen meer in zichzelf herkennen. Soms vergat ze te komen, terwijl ze de avond tevoren dacht: morgen ga ik naar therapie. Ze vertelt:**

Ik redeneerde dan: zo erg is het niet, want dan heeft hij een uurtje vrij, dan kan hij zijn administratie doen. Maar hij liet merken dat het hem raakte. Geen felle bewoordingen of bestraffing, maar een serieusheid in zijn blik. Dat het hem raakte als ik niet kwam. Ik leerde eigenlijk wat agressiviteit is. Ik ging voorbeelden in mijn relatie zien waarvan ik dacht: ik kan best dingen

niet doen om daarmee iets agressiefs te doen, waar ik me totaal niet bewust van was.

**De jakhalzenwereld werd minder beangstigend en in de therapie kwam een andere gevoelslaag. Mies vertelt:**

We hadden het veel over mijn moeder gehad, maar toen ging het meer om mijn vader. Een enorm verdriet, omdat ik hem zo miste. Hij overleed toen ik zestien was, maar toen had het ogenschijnlijk niet veel impact. En in die therapie bleek het verdriet enorm, het kwam gewoon.

**De therapeut vertelt:**

Ze schreef het aan de therapie toe, dat zij dat nu pas kon voelen, ze zat te kronkelen van verdriet.

**Ook in het *follow-up* interview krijgt Mies tranen in haar ogen als ze over het verlies van haar vader vertelt. Ze zegt:**

Ik was gek op mijn vader, hij was een hele warme man. Nu word ik gewoon weer emotioneel: ik zie me daar in die stoel zitten met het verdriet om mijn vader.

## Epiloog

Anderhalf jaar na therapiebeëindiging is er in het interview met Nel en met haar therapeut een duidelijk verschil zichtbaar hoe de therapie ervaren wordt. Nel is tevreden met de therapie, maar haar therapeut was teleurgesteld omdat Nel zo weinig in beweging kwam. Nel heeft wel iets van de teleurstelling van haar therapeut gevoeld, maar dit bleef bij haar therapeut onopgemerkt, het werd niet besproken. Nel is kwetsbaar gebleven en heeft het afgelopen jaar korte tijd opnieuw hulp gezocht. De sterk positieve verandering op de MMPI brengt mogelijk voor een deel haar neiging tot idealiseren tot uitdrukking, die tijdens de *intake* al werd opgemerkt.

Bij Mies en haar behandelaar zijn de beschrijvingen opmerkelijk congruent, terwijl er bij beiden ook besef is dat ze als patiënt en therapeut verschillend in de behandeling stonden. Dit net verschillend spiegelen van elkaars perspectief doet denken aan de interactie in een veilig gehechte ouder-kind-

relatie waarin het vermogen ontstaat om op psychische toestanden te reflecteren. Hier vat ik het op als teken van een veilige therapeutische gehechtheidsrelatie. De veilige therapeutische relatie gaf in de therapie reflectieve ruimte en doet dat nu ook in het *follow-up* gesprek. De na afloop van de therapie hogere scores op de MMPI brengen wellicht tot uitdrukking dat Mies meer contact heeft gekregen met aspecten van haar binnenwereld die haar voorheen vreemd en niet-eigen waren: de angst voor afhankelijkheid, om uitgelachen te worden, de jakhalzen in zichzelf en het grote verdriet om haar vader. Mies lijkt structureel veranderd, de innerlijke verhoudingen zijn anders dan voordat ze in therapie ging. Op de MMPI blijkt meer van haar eigenheid en eigenzinnigheid, en misschien ook wel eigenaardigheid, maar daarmee leeft ze beter dan voorheen.

In effectonderzoek meten we met matige maten, meende Schagen ruim dertig jaar geleden (Schagen, 1979). Geldt dit nog steeds? Dat hoeft niet het geval te zijn. De scores op de MMPI geven de persoonlijkheid van de patiënt weer, maar ze zijn er ook het product van. Een bij psychotherapie passende attitude is dat je naar de patiënt (en therapeut) moet luisteren om de cijfers te begrijpen. Dat gedaan hebbende, kan de conclusie zijn dat in de uitkomsten van Berghout (2010) de bijdrage van de scores van Nel aan het gemiddelde therapie-effect te groot is geweest, terwijl de scores van Mies er ten onrechte aan hebben af gedaan. De repliek hierop kan zijn dat dit soort foutieve waarden tegen elkaar zijn weg te strepen. Een dergelijke pragmatische lichtvoetigheid laat zich evenwel moeilijk rijmen met de grote precisie waarmee er in kwantitatief onderzoek voor het overige gerekend wordt. Zo'n ongerijmdheid is een voorbeeld van willekeurige precisie. Nauwkeurig rekenen is uiteraard van groot belang, maar zorgvuldig luisteren is dat eveneens. Verhalen laten zich niet uitrekenen maar moeten nauwgezet beluisterd worden om de cijfers te begrijpen. Hiervoor is de combinatie van nieuwsgierige afstandelijkheid en empathische betrokkenheid vereist die de psychotherapeut (psychoanalyticus) zich als professionele houding eigen maakt, maar die sommige wetenschappers en vele zorgmanagers en beleidsmakers helaas ontberen. Hun beoordelingen en beslissingen zijn dan ook dikwijls minder gefundeerd dan de vaak tot twee getallen achter de komma uitgerekende cijfers suggereren.

## Literatuur

- Berghout, C.C. (2010). *A cohort study into the effectiveness of long-term psychoanalytic treatment for patients with personality disorders and/or chronic depression*. Academisch Proefschrift. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Berghout, C.C. & Zevalkink, J. (2009). Clinical significance of long-term psychoanalytic treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73, 7-33.
- Berghout, C.C., Zevalkink, J. & Wolf, T. de (2010). Psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie. Effectgroottes en klinische significantie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 22-39.

- Campbell, T.C. (2005). An introduction to clinical significance: An alternative index of intervention effect for group experimental designs. *Journal of Early Intervention*, 27, 210-227.
- Diamond, D., Clarkin, J., Levy, K., Levine, H., & Kotov, K., & Stovall-McClough, C. (1999). The patient therapist adult attachment interview (PT-AAI). Niet gepubliceerd manuscript, The City University of New York, Department of Psychology.
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 227-259.
- Gomperts, W.J. (2004). Effectonderzoek en de moeizame relatie tussen psychoanalyse en empirische wetenschap. De les van een historische gevalsbeschrijving. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 10-39.
- Hafkenscheid, A. (2010). Voorkeursbehandeling van analysanten versus voorkeursbehandeling van CGT. Een reactie op De Wolf en Cuijpers. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 269-274.
- Kazdin, A.E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B. & Beutel, M. (2003). 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*, 84, 263-290.
- Pfeffer, A.Z. (1961). Follow-up study of a satisfactory analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9, 689-718.
- Pfeffer, A.Z. (1963). The meaning of the analyst after analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 229-244.
- Sandell, R., Blomberg, J. & Lazar, A. (1997). When reality doesn't fit the blueprint: Doing research on psychoanalysis and long-term psychotherapy in a public health service program. *Psychotherapy Research*, 7, 333-344.
- Sandell, R., Blomberg J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPPP). *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 921-942.
- Schagen, S. (1979). Meten met matige maten: over uitkomstcriteria bij het onderzoek naar psychotherapie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 34, 65-85.
- Wijk, S. van (2009). Effectiviteit van langdurige psychoanalytische behandeling gemeten met de MMPI-2. *Afstudeerwerkstuk*. Universiteit van Amsterdam.