

De schaduwkant van psychotherapie: Hoe vaak rapporteren patiënten negatieve ervaringen?

De studie die in dit artikel wordt besproken beoogt meer inzicht te geven in de negatieve effecten van psychotherapie zoals gerapporteerd door patiënten. Tweehonderd (voormalige) ggz-patiënten vulden anoniem een vragenlijst in. Slechts elf procent rapporteerde geen enkele negatieve ervaring tijdens en na de therapie. De auteurs betogen dat het monitoren van nadelige effecten tot standaard zou moeten worden verheven bij elke vorm van psychotherapie.

Door Brechje Dandachi-FitzGerald,
Sanne Houben, Henry Otgaar,
Marcel van den Hout
en Harald Merckelbach

P*rimum non nocere* (ten eerste, niet schaden) is een leidend principe bij biomedische interventies. Maar anders dan dat binnen de geneeskunde gangbaar is, worden bij studies naar psychotherapeutische interventies nadelige effecten zelden geregistreerd (Holmes e.a., 2018). Zo werd in slechts 21% van alle in 2010 gepubliceerde psychotherapie-trials enigerlei registratie van psychotherapeutische nevenschade ter sprake gebracht (Jonsson, Alaie, Parlin, & Arnberg, 2014). En als zo'n registratie er al was, dan had die doorgaans enkel betrekking op het uitblijven van verbetering dan wel verergering van symptomen. De potentieel nadelige effecten van psychotherapie reiken echter veel verder dan deze twee parameters. In brede zin omvatten de negatieve effecten van psychotherapie alle ongunstige reacties die manifest worden tijdens of na een behandeling (Linden, 2013; Merckelbach e.a., 2018). Negatieve effecten kunnen variëren in ernst en duur. Negatieve effecten kunnen onvermijdbaar zijn, zoals een toename van angst bij confrontatie met een fobisch object. Belangrijk is dat negatieve effecten verder kunnen strekken dan enkel verergering van

bestaande of het ontstaan van nieuwe symptomen. Ze kunnen ook betrekking hebben op bijvoorbeeld een echtscheiding die de patiënt onder invloed van de therapie in gang zet of een ontslag waartoe de patiënt zich door de therapie aangemoedigd voelt.

Herzog, Lauff, Rief en Brakemeir (2019) zetten de Engelse en Duitse literatuur over het meten van negatieve effecten van psychotherapie op een rij. Zij vonden zeven meetinstrumenten en ten minste tien verschillende categorieën van negatieve effecten. Geen van de meetinstrumenten besloeg echter alle categorieën. Eén instrument is in het Nederlands vertaald en vrij verkrijgbaar: de Negative Effects Questionnaire (NEQ; Rozental e.a., 2016).

Om te komen tot een Nederlandse vragenlijst die negatieve effecten van psychotherapie op een meer omvattende manier in kaart brengt, hebben we eerst twee vragenlijsten – de hierboven genoemde NEQ en de Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale (PANEPS; Moritze.a., 2019) – aan een panel van zeventien voormalige patiënten en ervaringsdeskundigen in de ggz voorgelegd (Berghs, 2020). Op basis van de gegevens verkregen via het panel en literatuurstudie, ontwikkelden we een nieuwe vragenlijst en die legden we voor aan (voormalige) ggz-patiënten, die anoniem de lijst invulden. In dit artikel staan we stil bij de resultaten.

Methode

Deelnemers werden geworven via een advertentietekst geplaatst op diverse sociale media, waaronder psychosenet.nl en de website van de Vereniging voor Ervaringsdeskundigen. Ook werd de vragenlijst intern verspreid bij JADOS, een instelling voor per-

sonen met autismespectrumstoornis. De advertentietekst bevatte een link en QR-code naar een pagina met een introductie en drie vragenlijsten. De eerste bestond uit items over demografische achtergrond, gestelde diagnoses en meest recente psychologische behandeling. De tweede vragenlijst was de 'Positieve en Negatieve Effecten van Psychologische behandeling' (PNEP). Deelnemers kregen willekeurig óf eerst alle positieve items van deze vragenlijst, óf eerst alle negatieve items. De derde vragenlijst bevatte items over de PNEP, waaronder vragen naar de begrijpelijkheid van de items en de volledigheid van de PNEP.

De PNEP-vragenlijst bestaat uit 73 items. De vragenlijst opent met twee items, die vragen of de respondent positieve en negatieve gevolgen van psychologische behandeling heeft ondervonden en zo ja, welke dat dan zijn. Daarna volgen twee blokken met items over negatieve (36 items; bijvoorbeeld: 'Ik voelde me kwetsbaar of onbeschermd') en positieve effecten (33 items; bijvoorbeeld: 'Ik begreep mijzelf beter'). De respondent geeft bij elk item aan of hij/zij het effect heeft ervaren (ja/nee). Indien dit het geval is, volgen er vragen over de intensiteit en de duur, en de waarschijnlijke oorzaak (de therapie of andere omstandigheden). Van een therapie-effect¹ wordt gesproken wanneer de respondent een positieve of negatieve gebeurtenis heeft ervaren én die toeschrijft aan de therapie. De vragenlijst eindigt met twee items waarbij respondenten wordt verzocht op een schaal lopend van -100 ('ben erg verslechterd') tot +100 ('ben erg verbeterd') het behandelresultaat te beoordelen en of de voordelen opwegen tegen de nadelen (-100 = 'nadelen waren groter dan voordelen'; +100 = 'voordelen waren groter dan nadelen').

Statistische analyse

Met SPSS Statistics (versie 26) brachten we de beschrijvende statistiek van de PNEP-gegevens in kaart. Met een 2 (positief versus negatief) x 2 (volgorde 1 versus volgorde 2) ANOVA met herhaalde metingen werd onderzocht of afnamevolgorde een effect had op het aantal gerapporteerde positieve en negatieve therapie-ervaringen. Met een Pears-on-correlatieanalyse werden de verbanden onderzocht tussen het aantal negatieve therapie-ervaringen, het aantal positieve therapie-ervaringen, en de beoordeling van het behandelresultaat.

Resultaten

De link naar de studie werd 371 keer geopend². In totaal vulden 200 personen alle vragen in. Het merendeel van de respondenten was vrouw, hoog opgeleid en tussen de 25 en 54 jaar (zie Tabel 1). De meest recente psychologische behandeling had betrekking op twee diagnoses (mediaan; interkwartielafstand: 1-3). Bij ongeveer de helft van de behandelingen werd gebruikgemaakt van één behandelmethodede. De andere helft was gestoeld op twee of meerdere methoden.

Negatieve en positieve therapie-ervaringen

In totaal kregen 104 respondenten eerst de negatieve items, gevolgd door de positieve items. Bij 96 respondenten werd de afnamevolgorde omgekeerd. Afnamevolgorde maakte voor het aantal gerapporteerde negatieve en positieve therapie-ervaringen niet uit [$F(1,198) = 0,48, p = 0,49$, partiële $\eta^2 < 0,01$]. Daarom werden voor de verdere

analyse de twee afnamevolgordes samen-gevoegd. Het gemiddelde aantal positieve therapie-ervaringen was significant hoger dan het gemiddelde aantal negatieve therapie-ervaringen [$F(1,198) = 37,43, p < 0,01$, partiële $\eta^2 = 0,16$].

Zes respondenten zeiden grensoverschrijdend gedrag in de vorm van verbaal geweld, dwang of bespotting te hebben meegemaakt

Over de meest recente behandeling werd een mediaan van zes negatieve therapie-ervaringen gerapporteerd (interkwartielafstand: 3-11). Last krijgen van nare gedachten en herinneringen, zich emotioneel overweldigd voelen en een toename van stress werden het vaakst genoemd (zie Tabel 2). Het ontwikkelen van suicidale gedachten werd door 13,5% van de respondenten gerapporteerd. Zes respondenten (3%) zeiden grensoverschrijdend gedrag in de vorm van verbaal geweld (bijvoorbeeld schreeuwen, schelden), dwang of bespotting te hebben meegemaakt. Twee respondenten (1%) maakten melding van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Eenentwintig respondenten (10,5%) rapporteerden geen enkele negatieve therapie-ervaring. De intensiteit en de duur van de therapie-ervaringen varieerden. Ter illustratie het item dat het vaakst werd genoemd: toename van nare gedachten en herinneringen in therapie. Van de deelnemers die hier last van

Tabel 1: Kenmerken respondenten (N = 200).

	% steekproef
Geslacht	
Vrouw	76,0
Man	21,0
Anders	3,0
Leeftijd	
18-24 jaar	16,0
25-34 jaar	24,0
35-44 jaar	18,0
45-54 jaar	24,5
55-64 jaar	12,0
65-74 jaar	5,5
Opleidingsniveau	
Laag	2,5
Gemiddeld	31,5
Hoog	66,0
Diagnose groep die centraal stond tijdens de laatste behandeling *	
Trauma / posttraumatische stressstoornis	32,5
Stemmingsstoornissen	30,5
Persoonlijkheidsstoornissen	22,0
Autismespectrumstoornissen	17,0
Angststoornissen	14,0
Psychosespectrumstoornissen	10,0
Eetstoornissen	4,5
ADHD	3,0
Overig	8,5
Behandelmethode die gevolgd werd tijdens de laatste behandeling *	
Gesprekken met de behandelaar	54,0
Cognitieve gedragstherapie	34,0
EMDR	28,0
Schematherapie	15,5
Groepstherapie	12,0
Relatie-/gezinstherapie	4,5
Emotion-focused therapie	7,5
Mentalization-based therapie	3,0
Interpersoonlijke therapie	3,0
Anders	18,5
Weet het niet	2,0
Eind behandeling	
Loopt nog	45,0
Dit jaar (2020)	9,0
Vorig jaar	15,5
Tussen 2-5 jaar	16,5
> 5 jaar	13,5
Duur behandeling	
Minder dan 2 maanden	6,0
Tussen 2 en 6 maanden	17,0
Tussen 6 en 12 maanden	18,0
Tussen 1 en 2 jaar	24,0
Tussen 2 en 5 jaar	25,0
Meer dan 5 jaar	10,0

* Meerdere antwoorden mogelijk

kregen, ervoer 25% dit als *enigszins* negatief, 46% als *behoorlijk* negatief, en 30% als *zeer* negatief. Ook hoe lang deze klacht aanhield, varieerde: 13% van de respondenten had hier kortdurend last van gehad; 28% meerdere dagen tot weken; 45% maanden; en 15% had hier blijvend last van. Ook waren er opmerkelijke verschillen in intensiteit en duur tussen de negatieve ervaringen. De meeste respondenten die bang waren dat anderen zouden ontdekken dat ze in psychologische behandeling waren (of waren geweest), bestempelden dit als zeer negatief. Pakweg de helft van hen bleef hier last van ondervinden, zelfs nadat de behandeling was beëindigd. Ook wanneer dierbaren zich ervoor schaamden dat de respondent in psychologische behandeling was (geweest), werd dit door de meeste respondenten als blijvend en behoorlijk tot zeer negatief ervaren. Daarentegen ervoer niemand van de respondenten bij wie in therapie de relatie met de familie onder druk was komen te staan, dit als zeer negatief of blijvend. Een meer gedetailleerde samenvatting van de PNEP-gegevens is in de appendix te vinden.

Over de meest recente behandeling werd een mediaan van dertien positieve therapie-ervaringen gerapporteerd (interkwartielafstand: 5-20). Zich geaccepteerd voelen door de therapeut, het idee hebben dat de therapie goed werd uitgevoerd, en zich begrepen en gesteund voelen door de therapeut, werden het vaakst genoemd (zie Tabel 2). Ook ervaringen die te maken hebben met de ontwikkeling van de respondent werden regelmatig gerapporteerd, waaronder beter met problemen kunnen omgaan en toegenomen zelfacceptatie (49,5%). Dertien respondenten (6,5%) rapporteerden geen enkele positieve therapie-ervaring. Ook de positieve thera-

pie-ervaringen varieerden in intensiteit en duur (zie Appendix).

Er was een invers verband tussen het aantal negatieve en positieve therapie-ervaringen ($r = -0,39$, $p < 0,01$, $r^2 = 0,15$). Op de vraag 'Alles overziend, hoe goed heeft de psychologische behandeling u geholpen?' bedroeg de mediaan 55,5 (interkwartielafstand: 8,5-83,3)³. We maakten een globale, ruwe indeling waarbij we scores rondom het nulpunt definieerden als geen duidelijke verandering (-25 tot 25) en scores daaronder als indicatief voor een negatief behandelresultaat en daarboven als indicatief voor een positief behandelresultaat. Uitgaand van deze afkappunten, rapporteerden 13,6% verslechterd te zijn in therapie (score tussen -100 en -26), 19,7% dat de therapie weinig effect had gehad (score tussen -25 en 25) en 66,7% dat zij verbeterd waren in de therapie (score tussen 26-100). Het rapporteren van meer positieve therapie-ervaringen ging gepaard met een hogere score op deze uitkomstmaat ($r = 0,73$, $p < 0,01$, $r^2 = 0,53$), terwijl het rapporteren van meer negatieve therapie-ervaringen gepaard ging met een ongunstigere beoordeling van het behandelresultaat ($r = -0,50$, $p < 0,01$, $r^2 = 0,25$). Binnen de groep respondenten die rapporteerden verbeterd te zijn in therapie (score > 25), bedroeg de mediaanscore voor negatieve therapie-ervaringen 5 (interkwartielafstand: 2-8).

Beschouwing

Negatieve effecten tijdens en na psychotherapie zijn lange tijd weinig serieus genomen door het professionele en wetenschapsveld. Daarvoor zijn verschillende verklaringen zoals de dominante opvatting dat praten geen kwaad kan, alsook het idee dat nega-

Tabel 2: Top tien negatieve en positieve therapie-ervaringen

Negatieve therapie-ervaringen	% steekproef (N = 200)	95%-BI
Ik had meer last van nare gedachten en herinneringen	55,0	47,8 – 62,0
Ik werd overweldigd door emoties	49,5	42,4 – 56,6
Ik had meer last van stress en/of spanning	47,0	39,9 – 54,2
Ik voelde me kwetsbaar of onbeschermd	37,5	30,8 – 44,6
De klachten waarvoor ik behandeling had gezocht, namen toe	32,5	26,1 – 39,5
Ik was somberder	31,5	25,1 – 38,4
Ik voelde me hopeloos	29,0	22,8 – 35,8
Ik voelde me angstiger	28,5	22,4 – 35,3
Er kwamen nieuwe, nare herinneringen naar boven die mij onbekend waren voor de behandeling	27,0	21,0 – 33,7
Ik verloor het vertrouwen in de therapie	27,0	21,0 – 33,7
Positieve therapie-ervaringen		
Ik voelde dat de therapeut mij accepteerde	68,5	61,6 – 74,9
De therapie werd naar mijn mening goed uitgevoerd	68,0	61,1 – 74,4
De therapeut begreep en steunde mij	67,0	60,0 – 73,5
Ik had een klik met mijn therapeut	66,5	59,5 – 73,0
De therapeut heeft me goed geïnformeerd over de therapie	63,5	56,4 – 70,2
Ik begreep mijzelf beter	61,5	54,4 – 68,3
Ik voelde me beter	57,5	50,3 – 64,4
Ik had veel vertrouwen in de therapievorm (methode van behandeling)	57,0	49,8 – 64,0
Mijn klachten waarvoor ik in behandeling kwam, namen af	53,5	46,3 – 60,6
Ik leerde beter met problemen om te gaan	50,0	42,9 – 57,1

tieve effecten integraal onderdeel zijn van een effectieve therapie (de 'no pain - no gain'-doctrine). Of deze opvattingen correct zijn, is echter een empirische vraag die nader onderzoek verdient. Met dat in het achterhoofd ontwikkelden we een vragenlijst naar positieve en negatieve effecten van psychotherapie en legden deze anoniem voor aan (voormalige) ggz-patiënten. Slechts een op de tien noemde geen enkele nadelige

therapie-ervaring. Ook de groep respondenten die zei verbeterd te zijn in de therapie, rapporteerde zo'n vijf negatieve therapie-ervaringen. Onze bevindingen laten zien dat negatieve therapie-ervaringen eerder regel dan uitzondering zijn, ook bij behandelingen die door patiënten als succesvol worden ervaren. Daarbij past de kanttekening dat het noemen van meer negatieve therapie-ervaringen gepaard ging met een lager

aantal positieve therapie-ervaringen en een ongunstigere waardering van het therapie-resultaat. Dat weerspreekt het idee dat 'no pain - no gain' een algemeen geldend principe is.

Er is onvoldoende kennis over het bijwerkingenprofiel van psychologische interventies

Er is onvoldoende kennis over het bijwerkingenprofiel van psychologische interventies. Zo is denkbaar dat het hervinden van jeugd-trauma's een te vermijden risico is dat zich vooral doet gelden bij therapieën die uitdrukkelijk zijn gericht op het reviseren van herinneringen, zoals schematherapie of EMDR (Houben e.a., 2020)⁴. Daarentegen kan tijdelijk meer last krijgen van nare herinneringen een onvermijdelijke bijwerking zijn van deze therapieën. Patiëntkenmerken en de context kunnen verder bijdragen aan het risico op nadelige effecten van psychotherapie. Een te grote afhankelijkheid van de therapeut kan bijvoorbeeld vooral een risico zijn bij patiënten met een beperkt sociaal netwerk. Of neem patiënten bij wie een eerdere behandeling niet succesvol was. Te verwachten valt dat zij eerder het vertrouwen verliezen in een volgende therapie. We weten weinig van dit type dynamiek en daarom is het belangrijk dat er meer wetenschappelijke aandacht komt voor de negatieve effecten van psychotherapie. Aandacht is allereerst nodig voor het beoordelen van therapieën op hun effectiviteit. Zo kan het zijn dat twee therapievormen een vergelijkbaar reductie van klachten teweegbrengen,

maar dat therapie X voor cliënten veel beter te verdragen is dan therapie Y. Een voorbeeld hiervan is de Inference Based Approach (IBA), een nieuw ontwikkelde therapie voor obsessieve-compulsieve stoornissen (Visser, 2019). Eerste onderzoeksresultaten laten geen verschil zien in klachtreductie tussen deze nieuwe therapievorm en de standaardbehandeling van CGT middels exposure met responspreventie. Bij IBA hoeven patiënten echter niet blootgesteld te worden aan het gevreesde gevaar.

Op de tweede plaats is meer kennis nodig om patiënten goed te kunnen informeren over de werking en de potentiële positieve en negatieve effecten van psychologische interventies (Blease, Lilienfeld, & Kelley, 2016). Naast wetenschappelijke evidentie voor de therapie-effectiviteit, spelen de expertise van de clinicus en patiëntvoorkeuren mee in de keuze voor een behandeling (Lilienfeld, 2013). Behandelaar en patiënt bespreken samen welke behandeling het beste bij de patiënt past. Voor patiënten is het hierbij niet alleen belangrijk te weten hoe goed een therapie werkt, maar ook wat het voor hen betekent om de therapie te volgen. Dobler en collega's (2018) omschrijven dit als behandel-last: het werk dat patiënten moeten verrichten om voor hun gezondheid te zorgen, en de impact hiervan op hun functioneren en welzijn. Goede informatievoorziening over de verschillende behandelopties en gedeelde besluitvorming zijn meer dan een verplichting; ze verhogen de slagingskans van de therapie en verminderen het risico op nadelige gevolgen (Crawford e.a., 2016; Hardy e.a., 2019; Swift, Callahan, Cooper, & Parkin, 2018).

Tot slot is meer kennis belangrijk om therapeuten te kunnen informeren, zodat zij nega-

tieve effecten van therapie beter en eerder leren herkennen. Onderzoek laat zien dat therapeuten nogal eens voorbijgaan aan de negatieve ervaringen van hun patiënten (Hannan e.a., 2005; Hatfield e.a., 2010). Daarbij beoordelen therapeuten zulke ervaringen ook als minder indringend dan patiënten en wordt de oorzaak ervan vaker bij de patiënt en/of de psychische aandoening gelegd dan bij de therapie (Hook & Devereux, 2018; Werbart, Annevall, & Hillblom, 2019). Hierdoor gaan therapeuten voorbij aan de mogelijkheid om tijdig in te grijpen en de kans op therapeutisch falen te verkleinen. In de afgelopen jaren zijn er meerdere initiatieven ontplooid om negatieve ontwikkelingen in therapie te signaleren. Een voorbeeld betreft het Interview Clientverandering (Nederlandse vertaling Franssen & Stickens, 2005; Stinckens & Smit, 2010). In dit semi-structureerde interview worden patiënten gevraagd hoe zij de therapie hebben ervaren, wat voor hen veranderd is sinds de start van de therapie, en wat volgens hen mogelijke oorzaken zijn van deze veranderingen. Een tweede voorbeeld betreft het feedback-geïnterformeerd behandelen. Hierbij wordt bij iedere behandelsessie de klachten en symptomen in kaart gebracht en de therapeut van feedback voorzien, zodat de therapie zo nodig afgebroken of bijgestuurd kan worden (Lambert e.a., 2005; Janse e.a., 2017). Een meetinstrument zoals de PNEP waarbij in bredere zin ervaringen in de therapie worden geïnventariseerd, zou hierop een goede aanvulling zijn. Het tussentijds en aan het eind van de therapie afnemen van een dergelijk instrument kan de therapeut helpen bij het signaleren van negatieve ervaringen en het hierover in gesprek gaan met de patiënt.

Aan onze studie kleef een drietal beperkingen. Om te beginnen weten we niet hoe representatief onze steekproef is voor patiënten die in psychologische behandeling zijn geweest. Hoewel de steekproef vrij divers was wat betreft DSM-5 classificaties, therapievorm en behandelduur, waren personen met een laag opleidingsniveau, mannen en ouderen ondervertegenwoordigd. De resultaten wijzen er overigens niet op dat vooral patiënten met een uitgesproken negatieve of positieve ervaring gereageerd hebben op de oproep om de vragenlijst in te vullen. Zo rapporteerde slechts een kleine minderheid geen enkele positieve of negatieve therapie-ervaring. Ten tweede is de door ons gevolgde benadering niet goed in staat om een onderscheid te maken tussen negatieve effecten die *vanwege* de therapie optreden en negatieve effecten die *tijdens* de therapie optreden (Lilienfeld e.a., 2014).

Het is op de eerste plaats nodig om negatieve effecten in kaart te brengen tijdens psychotherapie-trials

Daarmee samenhangend en ten derde: onze bevindingen zijn gebaseerd op zelf-rapportage van (voormalige) patiënten. Die hoeft niet altijd nauwkeurig te zijn, ofschoon de geringe aandacht voor wat patiënten vinden van hun psychotherapie nu juist debet is aan de stiefmoederlijke bedeling die het onderwerp van nadelige therapie-effecten tot nog toe ten deel viel.

Conclusie

Patiënten kunnen negatieve gevolgen onder- vinden van hun psychotherapie. Het is belangrijk om hier meer kennis over te ont- wikkelen. Onze studie is een eerste aanzet en er resten allerlei vragen. Om een paar te noemen: hoe vaak treden nadelige effecten op die vermijdbaar zijn? Hebben bepaalde therapieën een hoger risico op bijwerkingen? Wanneer precies leidt het ervaren van nega- tieve effecten tot een ongunstig behandelre- sultaat? En wat is het risico op blijvende schade van een therapie? Om hierop ant-

woorden te krijgen, is het op de eerste plaats nodig om negatieve effecten in kaart te bren- gen tijdens psychotherapie-trials. Om de effectiviteit van psychologische interventies te kunnen beoordelen, moeten namelijk zowel de voordelen als de risico's in ogen- schouw worden genomen.

Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door de stichting Wetenschapsbevordering Klinisch psycholoog en Klinisch neuropsycholoog.

Dit artikel is eerder gepubliceerd in het *Tijdschrift voor Psychotherapie*.

- ¹ Ter illustratie, het item 'ik was somberder' werd door 56% van de respondenten ervaren; 31,5% schreef dit toe aan de therapie. Omdat de term therapie-effect een causale samenhang suggereert die niet vastgesteld kan worden met onze onderzoekspz, kiezen we voor de term therapie-ervaring wanneer we spreken over de resultaten van het vragenlijstonderzoek.
- ² Van de groep die de link opende, maar de vragen niet voltooide, vulden 86 respondenten (50,3%) het eerste demografische deel in. Opleidingsniveau, geslacht, en leeftijd verschilden niet tussen de groep die de studie niet voltooide en de groep die de studie wel voltooide (alle p's > 0,12).
- ³ Dit item was sterk gecorreleerd met het item 'Alles overziend, wegen de voordelen van de therapie voor u op tegen de nadelen'; $r = 0,86$, $p < 0,01$, $r^2 = 0,74$. Vanwege die redundantie hebben we ervoor gekozen om enkel dit eerste item mee te nemen in de verdere analyse.
- ⁴ Een bespreking van in therapie hervonden herinneringen valt buiten de reikwijdte van dit artikel. Voor een recent overzichtsartikel verwijzen wij naar Otgaar e.a. (2019).

Dr. Brechje Dandachi-FitzGerald (b.fitzgerald@maastrichtuniversity.nl) is universitair docent aan de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht, sectie Forensische Psychologie, afdeling Klinisch Psychologische Wetenschappen. Ze werkt daarnaast als klinisch psycholoog bij Mondriaan voor Geestelijke Gezondheid te Heerlen. Email: b.fitzgerald@maastrichtuniversity.nl.

Drs. Sanne Houben is promovendus (m.i.v. 27-5-2021: postdoctoraal onderzoeker), sectie Forensische Psychologie, afdeling Klinisch Psychologische Wetenschappen, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, Universiteit Maastricht.

Prof. dr. Henry Otgaar is hoogleraar Rechtspsychologie aan de Universiteit Maastricht, sectie Forensische Psychologie, afdeling Klinisch Psychologische Wetenschappen, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen.

Prof. dr. Marcel van den Hout is hoogleraar Klinische Psychologie, in het bijzonder de Experimentele Psychopathologie, bij de Faculteit der Sociale en Gedragwetenschappen van de Universiteit Utrecht.

Prof. dr. Harald Merckelbach is hoogleraar Toegepaste Functieleer en decaan aan de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen bij de Universiteit Maastricht.

Refereren aan:

Dandachi-FitzGerald, B., Houben, S., Otgaar, H., Hout, M. van den & Merckelbach, H. (2024). De schaduwkant van psychotherapie: Hoe vaak rapporteren patiënten negatieve ervaringen? *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(4), p. 85-99.

Literatuur

Berghs, M. (2020). *Evaluation of two questionnaires to measure negative effects of psychotherapy* (niet gepubliceerde masterthesis.). Universiteit van Maastricht.

Blease, C.R., Lilienfeld, S.O. & Kelley, J.M. (2016). Evidence-based practice and psychological treatments: the imperatives of informed consent. *Frontiers in Psychology*, 7:1170.

Crawford, M.J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J., & Parry, G.D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), p. 260-265.

Dobler, C.C., Harb, N., Maguire, C.A., Amour, C.L., Coleman, C. & Murad, M.H. (2018). Treatment burden should be included in clinical practice guidelines. *British Medical Journal*, 363:k4065

Franssen, A. & Stinckens, N. (2005). *Nederlandstalige vertaling van het Client Change Interview van Elliott, intern document*. Centrum voor Clientgericht-experiëntiële Psychotherapie en Counseling, Katholieke Universiteit Leuven.

Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K. & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), p. 155-163.

Hardy, G.E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., O'hara, R. & Parry, G.D. (2019). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 29(3), p. 403-414.

Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S.H. & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), p. 25-32.

Herzog, P., Lauff, S., Rief, W. & Brakemeir, E-L. (2019). Assessing the unwanted: a systematic review of instruments used to assess negative effects of psychotherapy. *Brain and Behavior*, 9:e01447.

Holmes, E.A., Ghaderi, A., Harmer, C.J., Ramchandani, P.G., Cuijpers, P., Morrison, A., Roiser, J., Bockting, C., O'Connor, R. Shafran, R., Moulds, M. & Craske, M.G. (2018). The Lancet Psychiatry commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), p. 237-286.

Hook, J. & Devereux, D. (2018). Boundary violations in therapy: the patient's experience of harm. *BJPsych Advances*, 24(6), p. 366-373.

Houben, S.T.L., Otgaar, H., Roelofs, J., Smeets, T. & Merckelbach, H. (2020). Increases of correct memories and spontaneous false memories due to eye movements when memories are retrieved after a time delay. *Behaviour Research and Therapy*, 125, 103546.

Janse, P.D., De Jong, K., Van Dijk, M.K., Hutschemaekers, G.J. & Verbraak, M.J. (2017). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 27(5), p. 525-538.

Jonsson, U., Alaie, I., Parlin, T. & Arnberg, F.K. (2014). Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: a review of current practice. *Contemporary Clinical Trials*, 38(1), p. 1-8.

Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L., Hawkins, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), p. 165-174.

Lilienfeld, S.O., Ritschel, R.A., Lynn, S.J., Cautin, R.L. & Lutzman, R.D. (2014). Why ineffective psychotherapies appear to work: a taxonomy of causes of spurious therapeutic effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*, 9(4), p. 355-387.

Lilienfeld, S.O., Ritschel, L.A., Lynn, S.J., Cautin, R.L., Lutzman, R.D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), p. 883-900.

Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(4), p. 286-296.

Merckelbach, H., Houben, S.T.L., Dandachi-FitzGerald, B., Otgaar, H., & Roelofs, J. (2018). Als psychotherapie faalt. *De Psycholoog*, 10, p. 10-21.

Moritz, S., Nestoriuc, Y., Rief, W., Klein, J.P., Jelinek, L. & Peth, J. (2019). It can't hurt, right? Adverse effects of psychotherapy in patients with depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(5), p. 577-586.

Otgaar, H., Howe, M. L., Patihis, L., Merckelbach, H., Lynn, S.J., Lilienfeld, S.O. & Loftus, E.F. (2019). The return of the repressed: The persistent and problematic claims of long-forgotten trauma. *Perspectives on Psychological Science*, 14(6), p. 1072-1095.

Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2016). Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *PLoS ONE*, 11:e0157503.

Stinckens, N. & Smits, D. (2010). Het belang van systematisch casestudyonderzoek. Waarom het gouden muiltje Assepoester toebehoort. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 40(2), p. 94-105.

Swift, J.K., Callahan, J.L., Cooper, M. & Parkin, S.R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74, p. 1924-1937.

Visser, H. (2019). IBA: therapie voor dwang, maar dan zonder exposure. *GZ-psychologie*, 4, p. 27-31.

Werbart, A., Annevall, A. & Hillblom, J. (2019). Successful and less successful psychotherapies compared: three therapists and their six contrasting cases. *Frontiers in Psychology*, 10:816.

.....

Appendix-1

Responsfrequenties (percentages t.o.v. N = 200) negatieve ervaringen tijdens en na de psychologische behandeling

Negatieve gebeurtenis / effect	Ervaren: ja	Oorzaak: de therapie	Intensiteit negatieve therapie-ervaring		Duur negatieve therapie-ervaring			Blijven (stop behandeling)	
			Enigszins	Behoorlijk	Zeer	Kortdurend dagen, weken	Meerdere maanden		
1 Ik had meer last van stress en/of spanning	69,0 →	47,0	11,5	21,5	14,0	6,0	13,0	21,0	7,0
2 Ik had meer moeite met slapen	47,0	26,5	7,0	12,0	7,5	4,0	5,5	13,5	3,5
3 Ik had meer last van nare gedachten en herinneringen	69,5	55,0	15,0	27,0	13,0	9,5	17,0	21,5	7,0
4 Ik voelde me angstiger	41,5	28,5	5,0	14,0	9,5	3,0	7,0	13,5	5,0
5 Ik was somberder	56,0	31,5	11,0	10,5	10,0	5,5	10,5	10,5	5,0
6 Ik werd overweldigd door emoties	66,5	49,5	13,5	20,0	16,0	12,0	14,5	17,5	5,5
7 Ik voelde me kwetsbaar of onbeschermd	55,0	37,5	8,5	16,5	12,5	7,5	9,5	13,0	7,5
8 Ik kreeg gedachten dat het beter was als ik er niet meer zou zijn of dat ik een einde aan mijn leven zou moeten maken	45,0	13,5	2,5	2,5	8,5	2,0	5,0	4,0	2,5
9 De klachten waarvoor ik behandeling had gezocht, namen toe	44,0	32,5	6,5	12,0	14,0	0,0	4,5	7,0	21,0
10 Ik kreeg last van andere, nieuwe klachten die ik nog niet had voor ik in behandeling kwam	32,0	20,0	4,0	7,0	9,0	1,5	2,5	8,0	8,0
11 Er kwamen nieuwe, nare herinneringen naar boven die mij onbekend waren voor de behandeling	34,5	27,0	9,5	12,5	5,0	7,0	4,5	9,5	6,0
12 Ik schaamde me ervoor dat ik in psychologische behandeling ben (geweest)	28,0	14,0	5,0	5,5	3,5	2,0	1,5	5,0	5,5
13 Mensen in mijn omgeving (familie, partner, vrienden) schaamden zich ervoor dat ik in psychologische behandeling ben (geweest)	17,5	5,5	0,0	3,0	2,5	0,0	1,0	0,5	4,0
14 Ik had het gevoel dat mensen me gek vonden	41,5	9,5	2,0	3,0	4,5	1,0	1,5	2,5	4,5
15 Ik ben bang dat mensen erachter komen dat ik in psychologische behandeling ben (geweest)	20,0	8,5	0,5	2,0	6,0	0,0	0,5	3,0	5,0
16 Ik merkte geen verbetering	38,5	24,5	5,0	6,5	13,0	1,5	4,5	8,0	10,5
17 Ik voelde me hopeloos	59,5	29,0	2,5	13,5	13,0	2,0	6,5	13,5	7,0

18	Ik verloor het vertrouwen in mijzelf / mijn eigenwaarde verminderde	43,0	21,0	5,0	6,0	10,0	3,5	3,5	8,0	6,0
19	De behandeling duurde langer dan ik van tevoren had gedacht of mij verteld is	33,0	24,0	11,0	8,0	5,0	6,5	2,0	11,0	4,5
20	Ik verloor het vertrouwen in de therapie	36,5	27,0	3,0	9,0	15,0	1,5	4,5	8,5	12,5
21	De therapie was alleen gericht op 'het wegnemen van problemen'; er was geen positief doel dat we probeerden te bereiken	23,0	19,5	5,0	7,0	7,5	3,5	2,5	7,5	6,0
22	Naar mijn mening heb ik een onjuiste diagnose gekregen	22,0	17,0	1,0	6,0	10,0	0,0	2,0	3,5	11,5
23	Ik begreep niet goed wat de bedoeling was van de behandeling	22,5	18,0	5,0	6,0	7,0	2,0	3,0	6,5	6,5
24	Ik vond dat de behandelaar onvoldoende kennis van zaken had	25,5	22,0	2,0	9,0	11,0	1,5	4,5	8,5	7,5
25	Ik had het idee dat de therapeut me niet serieus nam	22,0	18,0	2,0	5,0	11,0	1,0	2,5	6,5	8,0
26	Ik voelde me niet begrepen door de therapeut	34,5	25,0	5,0	8,5	11,5	3,5	2,0	10,5	9,0
27	Ik voelde afstand in de relatie met de therapeut	34,5	25,0	6,0	9,0	10,0	3,5	3,0	9,0	9,5
28	Ik voelde geen klik tussen mij en de therapeut	29,0	22,5	5,0	7,0	10,5	2,5	4,0	8,0	8,0
29	Ik voelde me te afhankelijk van mijn behandelaar	23,5	16,0	5,0	6,0	5,0	3,5	1,5	7,0	4,0
30	Ik durfde geen beslissing te nemen zonder eerst mijn therapeut te raadplegen	10,5	4,5	2,0	0,5	2,0	0,5	1,5	0,5	2,0
31	De relatie met mijn familie kwam onder druk te staan	26,0	12,5	1,5	5,0	6,0	0,5	1,5	6,5	4,0
32	De relatie met mijn partner verslechterde	18,5	6,5	2,0	2,0	2,5	1,5	0,5	2,0	2,5
33	Ik kon mijn dagelijkse activiteiten niet uitvoeren	44,5	17,0	4,5	5,0	7,5	1,5	3,0	9,0	3,5
34	Op mijn werk waren ze op de hoogte van mijn therapie/diagnose en dit had een negatief effect op mij	12,5	5,0	1,0	1,5	2,5	0,5	0,0	1,5	3,0
35	Ik ondervond verbaal geweld (bijvoorbeeld schreeuwen, uitschelden) / bespotting / dwang van de therapeut	5,0	3,0	0,5	0,5	2,0	0,5	0,0	1,0	1,5
36	In de therapie ben ik seksueel bang gemaakt of misbruikt door mijn behandelaar	2,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0
37	Anders, namelijk, (open tekstveld)	9,5	6,0	0,5	1,5	4,0	0,5	0,0	1,0	4,5

Vetgedrukte percentages betreffen de negatieve en positieve therapie-ervaringen.

Appendix-2

Responsfrequenties (percentages t.o.v. N = 200) positieve ervaringen tijdens en na de psychologische behandeling

Positieve gebeurtenis / effect	Ervaren: ja	Oorzaak: de therapie	Intensiteit positieve therapie-ervaring		Duur positieve therapie-ervaring		Blijven (stop behandeling)		
			Enigszins	Behoorlijk	Zeer	Kortdurend dagen, weken		Meerdere maanden	
1 Ik voelde me beter	70,0	57,5	13,5	24,5	20,0	4,5	10,5	18,0	24,5
2 Mijn klachten waarvoor ik in behandeling kwam, namen af	65,5	53,5	10,5	20,5	22,5	2,5	8,5	18,5	24,0
3 Ik zat lekkerder in mijn vel	58,5	42,0	5,5	19,5	17,0	1,0	4,5	15,0	21,5
4 Ik kon meer genieten	51,5	35,5	5,5	16,5	13,5	1,5	3,0	14,0	17,0
5 Ik voelde me vaker kalm en ontspannen	51,0	40,0	6,0	18,0	16,0	1,0	5,0	15,5	18,5
6 Ik voelde me vaker vrolijk	50,0	34,5	6,0	15,5	13,0	2,0	4,0	15,0	13,5
7 Na slapen werd ik fitter en meer uitgerust wakker	24,0	14,0	2,0	7,0	5,0	0,0	2,0	4,5	7,5
8 Ik leerde mijzelf meer te accepteren	62,5	49,0	11,5	18,0	19,5	3,0	5,5	13,5	27,0
9 Ik kreeg meer vertrouwen in mijn eigen kunnen	55,5	39,5	7,0	15,5	17,0	1,5	5,0	13,5	19,5
10 Er kwamen nieuwe, fijne herinneringen naar boven die mij onbekend waren voor de behandeling	16,0	12,0	4,5	6,5	1,0	0,5	3,0	4,5	4,0
11 Ik was er trots op dat ik therapie heb geprobeerd	56,5	39,0	13,0	14,5	11,5	5,5	5,5	13,0	15,0
12 Mensen in mijn omgeving (familie, partner, vrienden) waren trots op mij omdat ik in therapie ben (geweest)	48,5	24,0	7,0	12,0	5,0	5,0	1,5	9,0	8,5
13 Ik leerde om meer te leven vanuit wat ik waardevol en belangrijk vind	53,5	37,0	9,0	18,0	10,0	1,5	4,5	15,5	15,5
14 Ik heb nieuwe hoop gekregen	53,0	37,5	6,5	16,0	15,0	1,5	7,5	15,0	13,5
15 Ik begreep mijzelf beter	72,0	61,5	11,0	22,5	28,0	1,5	5,5	25,0	29,5
16 Ik kon mijzelf verder ontwikkelen als persoon	63,5	46,5	7,0	18,5	21,0	2,0	4,5	18,0	22,0
17 Ik maakte plannen voor de toekomst	47,0	25,5	4,5	12,0	9,0	0,5	2,5	13,0	9,5
18 De therapie werd naar mijn mening goed uitgevoerd	71,5	68,0	15,0	34,0	19,0	8,0	8,0	28,5	23,5
19 Ik had veel vertrouwen in de therapievorm (methode van behandeling)	62,0	57,0	17,5	23,5	16,0	4,0	8,0	23,5	21,5

20	De therapeut heeft me goed geïnformeerd over de therapie	67,0	63,5	28,5	22,5	12,5	17,5	7,5	20,0	18,5
21	De therapeut heeft me goed voorbereid op de tijd na het beëindigen van de therapie	27,0	24,5	5,5	9,0	10,0	2,5	2,5	8,5	11,0
22	Ik had een klik met mijn therapeut	76,0	66,5	13,5	21,0	32,0	5,5	7,0	32,5	21,5
23	De therapeut begreep en steunde mij	75,5	67,0	9,0	27,5	30,5	5,5	6,0	35,0	20,5
24	Ik voelde dat de therapeut mij accepteerde	80,5	68,5	11,0	24,0	33,5	7,0	7,0	30,5	24,0
25	Ik leerde om beter met problemen om te gaan	60,5	50,0	9,5	21,0	19,5	1,0	6,5	19,5	23,0
26	Ik heb geleerd waar ik naartoe kan gaan als ik hulp nodig heb	53,0	37,5	9,0	15,5	13,0	1,5	3,0	14,0	19,0
27	Ik zorgde beter voor mezelf	49,5	37,5	8,5	16,5	12,5	1,5	5,0	15,5	15,5
28	Ik kreeg meer controle over mijn leven	48,0	35,0	3,0	15,5	16,5	1,5	5,0	14,5	14,0
29	Ik heb geleerd om meer verantwoordelijkheid te nemen voor mezelf	47,5	32,5	8,0	11,0	13,5	1,0	4,0	10,5	17,0
30	Ik kon mijn dagelijkse bezigheden beter uitvoeren (denk bijvoorbeeld aan werk, opleiding, dagbesteding)	44,5	31,0	2,5	14,0	14,5	0,0	3,0	13,5	14,5
31	De relatie met mijn familie verbeterde	24,5	15,0	2,0	7,0	6,0	0,5	0,5	5,5	8,5
32	De relatie met mijn naasten (bijvoorbeeld partner, vrienden) verbeterde	31,0	19,5	2,5	9,5	7,5	0,0	2,5	6,5	10,5
33	Op mijn werk/studie/dagbesteding was men op de hoogte van mijn therapie/diagnose en dit had een positief effect op mij	24,5	7,0	1,5	4,5	2,0	0,0	1,0	5,0	1,0
34	Anders, namelijk, (open textveld)	17,0	12,0	0,0	3,5	8,5	0,0	1,0	4,5	6,5

Vetgedrukte percentages betreffen de negatieve en positieve therapie-ervaringen.