

Hoe herken je een hype in therapieland?

Tekst: **Ad de Jongh** en **Iva Bicanic**

Hoe kunnen mensen die een therapie voor hun klachten zoeken, maar ook verwijzers zoals huisartsen, beoordelen welke therapie geschikt is? In een recent artikel in *Professional Psychology: Research and Practice* waarschuwen twee wereldberoemde Amerikaanse psychologen, Donald Meichenbaum en Scott Lilienfeld, voor de gevaren van niet-reguliere therapieën die met grote claims worden gepromoot (*overhyped and over-promoted*), maar waarvan de werkzaamheid absoluut niet vast staat. Daarom hebben zij een 'Psychotherapiehype checklist' bedacht. EMDR scoort hoog, maar is dat terecht?

De auteurs verbazen zich over het feit dat er meer dan 600 'merken' psychotherapie bestaan en dat dit aantal nog elk jaar¹ groeit. De meeste van deze interventies zijn volgens Meichenbaum en Lilienfeld pseudowetenschappelijk van aard en nooit onderworpen aan een gecontroleerde effectstudie. Toch worden deze behandelingen vaak enthousiast uitgedragen en ze zijn dikwijls vergezeld door buitensporige claims. Meichenbaum en Lilienfeld betogen dat ze in het gunstigste geval ineffectief, maar soms wel degelijk ook schadelijk kunnen zijn.

Dodo Bird -verdict

De auteurs gaan met hun artikel in tegen de wijdverbreide gedachtegang dat patiënten zich geen zorgen hoeven te maken, omdat alle therapieën nu eenmaal toch ongeveer even goed werken. Non-specifieke factoren, zoals de therapeutische relatie, zouden het meeste effect van een behandeling verklaren (Wampold & Imel, 2015). Deze redenering wordt ook wel het Dodo Bird-verdict genoemd. Deze naam is afgeleid van de Dodo in Lewis Carroll's *Alice in Wonderland*, die na een wedstrijd uitroept: "Everybody has won, and all must have prizes." Volgens Meichenbaum en Lilienfeld berust het idee dat elke therapeutische interventie even doeltreffend is op een misverstand. Als voorbeeld geven zij *Critical Stress Debriefing*, een therapie die vaak na een confronta-

tie met een heftige gebeurtenis wordt toegepast en in plaats van positieve, juist negatieve, effecten sorteert (Litz, Gray, Bryant, & Adler, 2002).

Psychotherapiehype checklist

De auteurs pleiten voor een wetenschappelijke attitude door hulpverleners. Zij introduceren hiervoor de term '*healthy self-doubt*' die verwijst naar de gezonde, kritische blik die zorgprofessionals, volgens de auteurs, zouden moeten hebben als ze een patiënt verwijzen naar een niet-reguliere therapie, of erger: overwegen zelf hierover een workshop te volgen. De auteurs bedachten daarom de '*Psychotherapiehype checklist*' die therapeuten zou moeten helpen minder snel ten prooi te vallen aan de verleidelijke charme van pseudo-wetenschappelijke hypes en drogredeneringen. De *checklist* is het resultaat van literatuuronderzoek naar niet gefundeerde claims, gesprekken met collega's en reclame-uitingen voor workshops van overhyped therapieën die zij zijn tegengekomen. De eerste dertien items (*warning signs*) hebben voornamelijk betrekking op de marketing van de therapie, terwijl andere items (met name 14–19) bijvoorbeeld zijn gebaseerd op de kwaliteit van het onderzoek naar de methode.

EMDR

Lilienfeld is vanaf het begin een van de meest uitgesproken criticasters van EMDR in de Verenigde Staten. De afgelopen vijftien jaar verscheen er een reeks artikelen van zijn hand waarin hij probeerde de vloer aan te wegen

1. In Nederland zijn er veel pseudo-wetenschappelijke therapie-hypes met stevige claims waarvoor reclame wordt gemaakt. Voorbeelden zijn de Matrixmethode (<https://www.matrixmethodeinstituut.nl/>) en Heart Assisted Psychotherapy (HAT) (<https://kloptdatwel.nl/2012/10/08/heart-assisted-therapy-tijdens-expertise-dag-van-het-nip/>)



met EMDR. Het verbaast dan ook niet dat in dit artikel over het herkennen van hypes, de auteurs bij hun uitleg over het gebruik van de checklist, EMDR als voorbeeld gebruiken. Zo worden de verklaringen van hoe EMDR werkt afgedaan als 'neurobale' (item 9) en worden de 'paraferalia' van EMDR om oogbewegingen mee te induceren (zoals de lichtbalk en de buzzers; item 5) zwaar op de hak genomen.

Conclusie

Het omhelzen van buitensporige claims ten aanzien van pseudowetenschappelijke interventies kan gevaar-

lijk zijn. Daarom vinden Meichenbaum en Lilienfeld dat voorstanders van nieuwbakken therapieën eerst maar eens moeten bewijzen wat deze waard zijn. Tot die tijd moeten wij als psychologen vooral niet in hun *fancy* promotieslogans trappen. Buitengewone claims vereisen nu eenmaal buitengewoon bewijs.

Met de introductie van de checklist hopen beide psychologen 'A sense of healthy self-doubt' bij hulpverleners en verwijzers in de GGZ te bewerkstelligen, een vorm van kritische zelfreflectie omtrent de waarde van nieuwlichterijen op therapeutisch gebied. Op langere termijn zou dit hun eigen behandelresultaten ten goede ►

moeten komen, denken Meichenbaum en Liliendorf. EMDR scoort hoog op deel 1 (items 1-13) van de *checklist*. Kortom, EMDR is een hype, maar wel een goede, zou je kunnen zeggen. Op de kwaliteit en kwantiteit van het wetenschappelijk onderzoek valt de laatste jaren immers weinig meer of af te dingen. ■

Referenties

- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 112-134.
- Meichenbaum, D & Liliendorf, S.O. (2018). How to Spot Hype in the Field of Psychotherapy: A 19-Item Checklist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49 (1), 22–30.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61–75. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.1129>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York, NY: Routledge.

Checklist psychotherapiehype

1. Aanzienlijke overdrijving in de claims omtrent de effectiviteit van de behandeling (bijvoorbeeld door het gebruik van termen als 'revolutionair', 'grensverleggend' of 'power therapie').
2. Overbrengen van krachtige en ongefundeerde verwachtingseffecten (bijvoorbeeld: "Als deze therapie niet werkt, dan werkt helemaal niets.").
3. Buitensporig beroep op autoriteitsfiguren (bijvoorbeeld in de vorm van een goeroe of 'master therapist').
4. Sterk vertrouwen op aanbevelingen van zogenoemde 'experts' (bijvoorbeeld een bekende wetenschapper).
5. Gebruik van gelikte verkoop pitches en uitgebreide promotionele inspanningen, waaronder de verkoop van bepaalde 'paraferalia'.
6. Het instellen van een accreditatieprocedure of puntenstelsel waarmee men zich uiteindelijk X-therapeut kan noemen.
7. Tendens om zichzelf te isoleren van kritiek van buitenaf (bijvoorbeeld door eigen websites en nieuwsbrieven door en voor voorstanders waarin de opstellers zich afzetten tegen sceptici die hen bekritisieren).
8. Uitgebreid gebruik van 'psychobabble' (dat wil zeggen: terminologie die wel wetenschappelijk klinkt, maar in feite weinig betekent (bijvoorbeeld: 'inner child', 'attachment wounds' en 'synergie').
9. Uitgebreid gebruik van 'neurobabble' (biologisch reductionisme dat vaak vergezeld gaat van felgekleurde foto's en doorsneden van hersenen waarbij in de uitleg termen worden gebruikt zoals 'synaptic networks', 'sensorimotorische integratie' en 'reptielenbrein').
10. Een sterke neiging om zich fel te verdedigen en afwijzend te staan tegenover kritiek over de werkzaamheid of de theoretische basis van de behandelingsbenadering in combinatie met gebruik van selectieve rapportages van tegenstrijdige onderzoeksbevindingen.
11. Zich volledig beroepen op de aanwezigheid van anekdotisch bewijsmateriaal en getuigenissen van buitengewoon tevreden patiënten die beschrijven hoezeer de behandeling hen heeft geholpen.
12. Gebruik van de bewering dat de behandeling 'bij ie-

dereren werkt' (bijvoorbeeld ten aanzien van patiënten die lijden aan een breed scala van psychiatrische ziektebeelden in alle leeftijdsgroepen (of zelfs huisdieren), zonder enig empirisch bewijs).

13. Gebruik van de bewering dat de behandeling *evidence-based* is, maar in feite gebaseerd is op informele klinische observaties en ervaringen.

14. Ontoereikende empirische ondersteuning voor de behandelingsmethode in het algemeen, wat tot uitdrukking komt in beperkte rapportages met weglating van informatie over patiëntselectiecriteria, uitvalpercentages en *follow-up* gegevens.

15. Het ontbreken van een wetenschappelijke basis van het werkingsmechanisme van de therapie en het ontbreken van een link met wetenschappelijke kennis op dit terrein (bijvoorbeeld voorstanders van de zogenaamde 'energietherapieën' beweren dat psychopathologie het gevolg is van blokkades in onzichtbare energievelden die niet voldoen aan de bekende natuurwetten).

16. Het herhaaldelijk gebruik van onwaarschijnlijke ad hoc argumenten om negatieve bevindingen weg te redeneren als wetenschappelijk onderzoek ongunstig uitpakt, waardoor de interventie een soort *moving target* wordt.

17. Onderzoek waarbij de behandeling wordt vergeleken met zwakke onderzoeksgroepen of dat plaatsvond onder onvolledige *'intent-to-fail'*-behandelingsomstandigheden, waardoor de behandeling zelf er goed uitkomt.

18. Het niet erkennen van de mogelijkheid van *allegiance effects* (positieve resultaten die afhangen van de vraag of de primaire onderzoeker positief over de interventie was gestemd) en *decline effects* (een verminderd effect van de interventie na verloop van tijd; dat wil zeggen de eerste studies naar een bepaalde therapie worden door aanhangers van de interventie op enthousiaste wijze uitgevoerd, terwijl de grootte van het effect daarna niet meer wordt teruggevonden als alternatieve verklaring voor de resultaten).

19. Het niet in acht nemen van verschillen in geloofwaardigheid tussen de behandelings- en controlegroepen, waaronder niet wordt gecontroleerd op de rol van non-specifieke therapeutische factoren.