



Vinger aan de pols

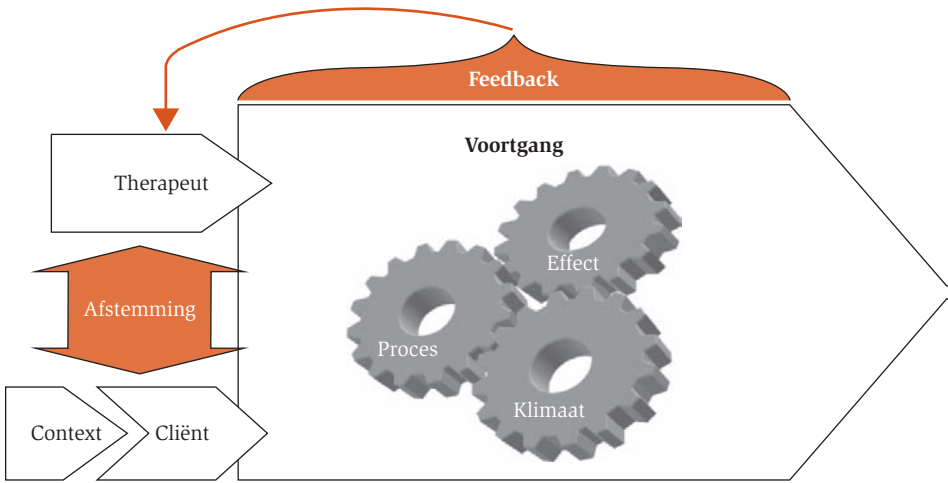
in psychotherapie

**Nele Stinckens, Dave Smits,
Peter Rober en Laurence Claes (red.)**

Monitoring als therapeutische methodiek

acco

het protocol als een poging om de kwaliteit van hun zorgverlening te bevorderen. De nadruk verschoof hierdoor van een educatieve en onderzoeksmethodiek naar een therapeutische methodiek. Om het gebruiksgemak, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid voor zowel cliënten als therapeuten te verbeteren werden sommige instrumenten aangepast of ingewisseld. In 2011 werd een internetgebaseerde toepassing ontwikkeld, die de naam 'QIT online' kreeg.



Figuur 1.2. Achtergrondkader QIT online.

Ondanks deze aanpassingen en accentverschuivingen zijn de basispijlers van het protocol steeds behouden gebleven (zie figuur 1.2). Conform bovenstaande principes en uitgangspunten is het protocol gebaseerd op de pijlers van de gemeenschappelijke, non-specifieke factoren. In het vervolg van dit hoofdstuk lichten we het achtergrondkader nader toe. De operationalisatie van dit kader in een concreet instrumentarium komt aan bod in het volgende hoofdstuk.

□ Therapeutvariabelen

Talrijke onderzoeken hebben op overtuigende wijze aangetoond dat persoonlijke eigenschappen van therapeuten (dit zijn de relatief stabiele persoonskenmerken die ook buiten de therapiecontext aanwezig zijn) beslissender zijn voor behandelresultaten dan de therapeutische technieken die zij aanwenden of de therapie-oriëntatie waartoe zij behoren. Crits-Christoph en collega's (1991) berekenden dat ongeveer 9% van de outcomevariantie kan toegeschreven worden aan deze persoonskenmerken. Volgens Wampold (2001) komt dit overeen met een effectgrootte van ongeveer 0.6. Vergeleken met de effectgrootte die toe te schrijven is aan verschillen in therapeutische oriëntatie ($ES = 0.2$), is dit resultaat behoorlijk indrukwekkend.

□ **Klimaatmetingen**

✓ *Werkalliantievragenlijst (WAV-12)*

De kwaliteit van de therapeutische alliantie blijkt één van de belangrijkste dragers te zijn van het veranderingsproces in therapie, ongeacht de therapierichting of de gebruikte therapeutische interventie (Muran & Barber, 2010). Om die reden werd de WAV-12, de Nederlandstalige versie van de Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989; Nederlandse vertaling: Vertommen & Vervaeke, 1996) in QIT online geïncorporeerd. In 2009 werd een verkorte vorm van deze vragenlijst (met twaalf items) gevalideerd voor de Vlaamse populatie (Stinckens, Claes & Ulburghs, 2009). Het is een zelfinvulvragenlijst die bestaat uit twaalf items, waarvan elk item beoordeeld dient te worden op een 5-puntenschaal (1 = zelden of nooit, 5 = altijd). De vragenlijst is gebaseerd op het werkalliantiemodel van Bordin (1979). De totaalscore van de WAV-12 geeft een globale indicatie over de kwaliteit van de werkalliantie. De drie subschaalscores geven een gedetailleerd beeld van drie belangrijke dimensies: de kwaliteit van de therapeutische band, de mate van overeenstemming omtrent therapiedoelstellingen en de mate van overeenstemming omtrent therapietaken. Met dit instrument kunnen alliantiemoeilijkheden in een vroeg stadium gedetecteerd worden. Omwille van het cruciale belang van een goede werkalliantie in de aanvangsfase van de therapie, wordt de WAV-12 bij aanvang van het therapietraject om de twee sessies afgenomen en nadien om de vijf sessies.

□ **Procesmetingen**

✓ *Sessiebeoordelvragenlijst (SBL & SBL+)*

De Sessiebeoordelvragenlijst vormt een belangrijke kwalitatieve aanvulling op de kwantitatieve klimaatmeting. In QIT online worden twee versies van de Sessiebeoordelvragenlijst afwisselend aangeboden: de basisversie van de SBL en de uitgebreide SBL+. De basisversie van deze postsessievragenlijst is de Nederlandstalige herwerking (Vanaerschot, 1997) van de Helpful Aspects of Therapy (Llewelyn, 1988) en bevat een reeks open vragen die peilen naar helpende, storende of gemiste gebeurtenissen in de therapiesessie. Cliënten worden verzocht te beschrijven wat er precies tijdens de sessie gebeurde dat zij als helpend, belangrijk of storend ervoeren. Ook dient de cliënt aan te geven in welke mate het gebeuren helpend, belangrijk of storend was: slechts matig, duidelijk of uitermate. De antwoorden geven een rijker en meer gedifferentieerd zicht op de microprocessen die zich in de loop van een therapietraject voordoen. In die zin verschilt de SBL van andere veelgebruikte zelfrapporteringsinstrumenten zoals de Session Rating Scale (Miller et al., 2000; Hafkensheid, 2010).

In de SBL+ -versie worden bovenstaande open vragen aangevuld met enkele visuele analogieschalen waarin cliënten kunnen aangeven in welke mate bepaalde helpende processen in de afgelopen sessie aanwezig dan wel afwezig waren. Deze processen werden gedistilleerd uit een ruim bestand van cliëntantwoorden die in voorgaand onderzoek werden verzameld. Deze eenvoudige vragen werden toegevoegd om cliënten

Tabel 3.1. Overzicht van helpende en storende therapeutprocessen.

Helpende therapeutprocessen	N	%
Reflectie en inzicht in therapiegebeuren worden gefaciliteerd	18	14
Reflectie en inzicht in cliëntperspectief worden gestimuleerd	15	11
Reflectie en inzicht in therapeutisch functioneren worden gestimuleerd	10	8
Kennis en expertise rond specifieke cliëntproblematieken nemen toe	9	7
Therapeutische creativiteit en inventiviteit nemen toe door discrepante feedback	13	10
Betere afstemming op het cliëntperspectief	12	9
Doelgerichtheid en focus in gesprekken nemen toe	9	7
Positief transfereffect op andere begeleidingen	9	7
Aandacht voor intercollegiaal overleg en afstemming neemt toe	11	8
Overige helpende therapeutprocessen	25	19
Totaal	131	100
Storende therapeutprocessen		
Negatieve emoties (angst, onzekerheid, ...) nemen toe	15	48
Onaangename en onproductieve verwarring bij discrepante feedback	11	36
Overige storende therapeutprocessen	5	16
Totaal	31	100

De klinische expertise van de therapeut wordt via systematische feedback dus aangevuld met een nieuwe informatiebron die aanzet om op een deskundige wijze te handelen. Doordat opvattingen en indrukken continu worden getoetst en gecorrigeerd, behoudt men een ruimer beeld en vermindert het risico op een verstarde blik. Monitoring kan de therapeutische sensitiviteit voor impliciete cliëntfeedback, de alertheid voor processtagnaties en de flexibiliteit qua methodiek helpen ontwikkelen. Het is dus een methodiek die zich bij uitstek leent om de houding van meestertherapeuten te verinnerlijken (Okiishi et al., 2003).

I34: *Wat is volgens jou het effect geweest op het therapieverloop van jouw cliënten?*

G34: *Zeer groot! Bij één cliënt zouden nooit zo veel inhouden gekomen zijn. Die cliënt dacht echt wel na over wat er gebeurde. Dus dat is echt een soort procesversneller geweest. Daardoor ga je als therapeut nog veel meer met de relatie aan het werk. En ik ben dat ook in mijn andere therapieën aan het doen. Er is een duidelijk transfereffect.*

I35: *Heb je een aanvoelen hoe dat komt?*

G35: *Metareflecteren van de cliënt en van mijzelf. Je denkt niet alleen na over de inhoud, maar vooral: 'Wat doet dat? Was dat helpend? Was dat storend?' Dus over het doel en hoe je daar naartoe wilt. En dan ook het relationele... je gaat daar ook meer op reflecteren.*

I36: *Alsof je meer zicht krijgt op waar jullie naartoe gaan en hoe jullie daar geraken?*

G36: *Ja, en veel sneller dan in andere therapieën.*

Liesbeth: *Ah ja! En dan waren jullie precies met twee zo, en dat gaf me het gevoel van 'ik zit hier alleen'. En ik wil ook wel wat jullie zeggen, erover geraken, maar af en toe borrelt dat terug op.*

T: *Oké, laten we daar vandaag dan over spreken.*

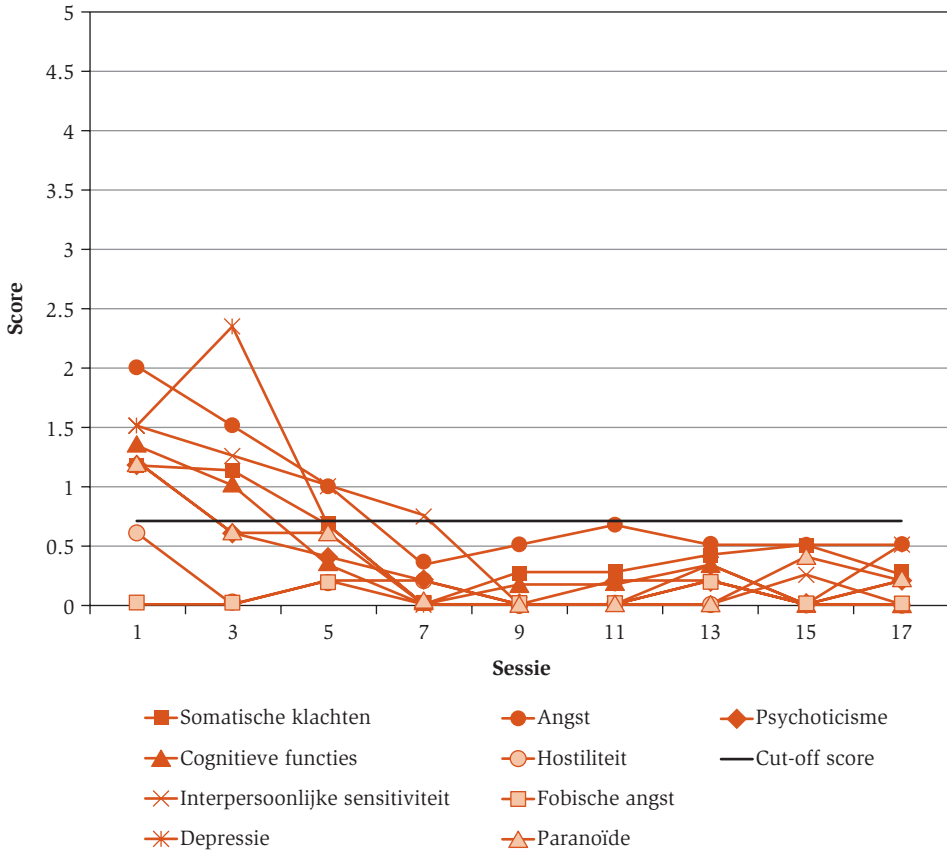
□ Voorkomen dat parallelle communicatiecircuits ontstaan

Een risico, waarvoor in hoofdstuk 2 al gewaarschuwd werd, is dat monitoring parallelle communicatiekanalen kan installeren, waarbij cliënten hun feedback gaan 'opsparen' tot het moment waarop ze de vragenlijsten invullen. Dit risico is des te reëler bij cliënten die niet gewend zijn om rechtstreeks hun mening te geven of die angstig zijn voor een eventuele veroordeling of afwijzing door de therapeut. De therapeut kan dit risico ondervangen door bij de introductie van het monitoringprotocol te benadrukken dat feedback bij voorkeur in het therapeutisch contact wordt binnengebracht en dat de meerwaarde van de vragenlijsten erin bestaat dat ze voor systematische bevraging en reflectie zorgen. Desgewenst kan de therapeut ook wachten met dit in te brengen totdat het probleem zich daadwerkelijk stelt. In onderstaand fragment blijkt de cliënte via de vragenlijsten 'alarmsignalen' uit te zenden die door de cliënt in het rechtstreekse contact niet bespreekbaar worden gemaakt. De therapeute maakt deze 'alarmsignalen' bespreekbaar en voorkomt op die manier dat er parallelle communicatiecircuits ontstaan.



T: *Ik wil straks terugkomen op wat jou momenteel bezighoudt, maar ik wil eerst even stilstaan bij de klachtenlijsten die je de afgelopen weken hebt ingevuld... Hetgeen me wat bezorgd maakt, is dat je op een aantal vragen die heel specifiek peilen naar suïcidegedachten, dat je daar best wel hoog op scoort. En het maakt me wat bezorgd dat dat helemaal geen thema is in onze gesprekken. Ik wou het je daarom graag eens voorleggen... Ik zou wel willen begrijpen hoe het komt dat iets dat waarschijnlijk toch wel een grote impact heeft en waar je wellicht ook onder lijdt, dat dat niet ter sprake komt tussen ons twee hier.*

van 1.21. Deze score wijst op een matig stressniveau (totaalscore tussen 1.0 en 1.6). Kijken we naar de subschaalscores (zie figuur 5.1), dan blijken vooral de angstklachten in ernstige mate het functioneren van cliënte te beheersen (score > 1.6). Ook depressieve klachten en een overgevoeligheid voor beoordeling en afwijzing door anderen (interpersoonlijke sensitiviteit) zijn sterk vertegenwoordigd.



Figuur 5.1. Evolutie van de subschaalscores op de BSI-NL.

Wanneer we de evolutie van de subschaalscores bekijken, tekent zich al snel een duidelijke daling af, met uitzondering van de depressieve klachten die bij aanvang van de derde sessie sterk ‘pieken’. Vanaf sessie 7 bereikt Saskia voor nagenoeg alle subschalen het ‘niet-klinische niveau’ (< 0.7). Dit niveau blijft ook behouden bij follow-up, acht weken later.

Een Reliable Change Index (Jacobson & Truax, 1991) werd berekend om na te gaan of deze verandering groter is dan wat op basis van de onbetrouwbaarheid van meetprocedure te verwachten valt. Met een score van 0.66 voor de globale BSI-NL-uitslag bleek het om een duidelijk significante verandering te gaan. Deze daling in symptomatologie geeft aan dat afronding van de therapie in overweging kan genomen worden of dat