

Waarom het gouden muiltje Assepoester toebehoort: het belang van systematisch case-study onderzoek

Nele Stinckens & Dave Smits

Het huidige onderzoeksklimaat geraakt steeds meer doordrongen van een reflectief pragmatisme dat ruimte laat voor alternatieve, complementaire onderzoeksmethodes die bijdragen tot de verbetering en innovatie van de therapiepraktijk. In de cliëntgericht-experientiële psychotherapie werd van oudsher geïnvesteerd in een brede waaier van onderzoeksmethodes, maar de laatste jaren is veel nadruk komen te liggen op het case-study onderzoek. Deze 'assepoester' van het therapie-onderzoek werd lange tijd naar een achterkamertje verbannen, maar verdient in feite het gouden muiltje, omdat ze recht doet aan de complexiteit en contextspecificiteit van het therapiegebeuren. Voorwaarde is echter wel dat er geïnvesteerd wordt in het onderbouwen en systematiseren van de dataverzameling en -verwerking. Het Leuvens Systematisch Case-study Protocol (LSCP) reikt een rigoureuze en welomschreven onderzoekskader aan, bestaande uit zowel gestandaardiseerde, kwantitatieve metingen als ideosyncratische, kwalitatieve instrumenten. Het kan worden ingezet op een enkelvoudig casusniveau om een therapieproces systematisch door te lichten, hetgeen geïllustreerd wordt aan de hand van een concreet casu-onderzoek. Daarnaast kan het LSCP ook bevindingen genereren op een nomothetisch, cross-casusniveau en het naturalistisch therapie-onderzoek helpen onderbouwen. Dergelijk onderzoek is cruciaal om de kloof tussen klinische realiteit en onderzoekswereld te helpen dichten.

The current research climate is getting more convinced of the necessity of a reflective pragmatism that stimulates alternative, complementary research methods, contributing to the improvement and innovation of the therapy practice. From the start, client-centered/experiential psychotherapy has invested in the development of a broad variety of research methods, but recently there is a growing focus on case-study research. This 'cinderella' of the psychotherapy research has long been banished to a back room, but in fact deserves the golden slipper, because it meets the complexity and context specificity of the therapeutic encounter. An important condition, however, is the fact that the data collection and interpretation is well-founded and systematized. The Leuven Systematic Case-study Protocol (LSCP) offers a rigorous and well-defined research framework, compounded of both standardized, quantitative instruments and idiosyncratic, qualitative instruments. It can be used on a single case-study level to systematically screen a therapy process, as will be illustrated by a specific case-study research. It can also generate research data on a nomothetic, cross-case study level and add to the foundation of naturalistic psychotherapy research. This kind of research is of crucial importance to bridge the gap between research and clinical practice.

Behandelings- versus cliëntgeoriënteerd onderzoek

In het psychotherapie-onderzoek kunnen, globaal genomen, twee strekkingen worden onderscheiden (Fishman, 2007). Het *behandelingsgeoriënteerd onderzoek* ('treatment-focused research') richt zich op het gemiddelde functioneren van groepen cliënten die van elkaar verschillen op vlak van een beperkt aantal variabelen. Het *patiëntgeoriënteerd onderzoek* ('patient-focused research') houdt zich bezig met individuele cliënten en therapeuten en hun specifieke constellatie van persoonskenmerken. Ze worden op een holistische manier bestudeerd in hun onderlinge relatie.

Het behandelingsgeoriënteerd onderzoek, met het RCT-onderzoek als prototype, droeg in de afgelopen jaren 'het gouden muiltje'. De fenomenologische, gecontextualiseerde en meerlagige kennis die met behulp van kwalitatieve onderzoeksmethodes kan worden verzameld, kwam hierdoor in het verdomhoekje terecht - ze kreeg de connotatie van anekdotisch en onwetenschappelijk te zijn. Nochtans is het vooral deze kennis die praktiserende therapeuten aanspreekt. Zij zijn op zoek naar verstaanbare informatie die klinisch relevant is en een genuanceerde 'inkijk' geeft in het verloop van

het concrete therapiegebeuren. Zij willen ook achterhalen welke veranderingsgebeurtenissen zich in de loop van het therapieproces ontvouwen en tot het uiteindelijke behandelresultaat leiden.

Recent gaan steeds meer stemmen op om de heersende dominante top-down benadering in het psychotherapie-onderzoek in te ruilen voor een multidimensionele aanpak met een evenwaardige beoordeling van proces- en outcome-onderzoek, van gecontroleerd en naturalistisch onderzoek, van grootschalig en enkelvoudig case-study onderzoek en van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethodes (APA, 2006). De complementariteit van onderzoeksbevindingen draagt bij tot de verbetering en innovatie van de therapiepraktijk, terwijl het monopoliseren van de RCT-methode een houding van conservatisme voedt. De verleiding is groot voor therapeuten om 'binnen de lijntjes' te kleuren en zich te houden aan behandelprotocollen die ooit empirisch ondersteund zijn gebleken (Grawe, 1997; Lietaer, 2003). Slife (2004) pleit in dit verband voor een *reflectief pragmatisme* dat, naast het gecontroleerd, kwantitatief outcome-onderzoek, ruimte laat voor de ontwikkeling van nieuwe, alternatieve onderzoeksmethodes die kritisch worden geëvalueerd op hun merites en tekortkomingen. Het risico is anders reëel, zo waarschuwt Bergin (1997), dat therapeuten verworden tot "cookie cutters" en onderzoekers tot 'mechanotropes" (pp. 85-86).

De voorliefde van de cliëntgericht-experiëntiële psychotherapie voor procesonderzoek

In de cliëntgericht-experiëntiële psychotherapie is dit reflectief pragmatisme van oudsher vertegenwoordigd geweest en is er geïnvesteerd in een brede waaier van onderzoeksmethodes (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2003; Takens, 2005). Niettemin draagt het procesonderzoek de voorkeur weg. Dit hoeft niet te verbazen; de basisprincipes van het procesonderzoek sluiten naadloos aan bij de humanistische mensvisie waarvan het cliëntgerichte gedachtegoed doordrongen is.

Kenmerkend voor de cliëntgerichte identiteit is het fenomenologisch, van-binnen-uit pogen te begrijpen van de innerlijke belevingswereld van de cliënt. Om die reden wordt de cliënt rechtstreeks als mede-onderzoeker betrokken en wordt zijn/haar perspectief expliciet mee in rekening gebracht (Elliott, 2002). De cliëntgerichte therapie benadert de cliënt bovendien als een persoon in zijn totaliteit en ambieert meer dan louter klachtenreductie. Het doel is om de cliënt in zijn wordingsproces te stimuleren. Hierdoor gaat er logischerwijs meer aandacht uit naar de tussenliggende veranderingsstappen en de mechanismen die tot verandering leiden, eerder dan naar het uiteindelijke behandelresultaat. Er wordt niet enkel de vraag gesteld *of* iets werkt, maar ook *waarom* het werkt.

Van bij aanvang heeft de cliëntgerichte therapie een voortrekkersrol gespeeld in de gedetailleerde, intensieve studie van veranderingsprocessen (Lietaer, 2003). De 'eerste generatie' processtudies richtte zich in hoofdzaak op de algemene Rogeriaanse basishoudingen die cruciaal worden geacht voor constructieve persoonlijkheidsvariabelen. In feite ging het om globaal proces-outcome onderzoek waarin de relatie tussen de houdingsvariabelen en de uitkomst van therapie werd onderzocht. Met de lancering van het 'Events Paradigm' (Rice & Greenberg, 1984) verschoof de aandacht naar specifieke microprocessen en procesblokkades die intensief werden geanalyseerd in hun concreet verloop. Men concentreerde zich op specifieke gebeurtenissen die een structurele gelijkenis vertonen en herhaaldelijk voorkomen binnen één sessie of over verschillende sessies heen. Dergelijk vergelijkend procesonderzoek verschaft inzicht in de processignalen die een bepaalde

therapietaak aankondigen, de concrete veranderingsstappen die de cliënt dient te doorlopen om die taak succesvol af te werken en de therapeutinterventies die dit proces kunnen faciliteren. Voorbeelden van therapietaken die de afgelopen jaren intensief werden geanalyseerd, zijn: het zoeken naar een adaptieve positie voor de innerlijke criticus, het creëren van ruimte bij overspoeling, het doorwerken van onverwerkte gevoelens ten aanzien van een belangrijke persoon uit het verleden, het herstellen van een breuk in de werkalliantie,...

De laatste jaren is veel nadruk komen te liggen op het systematisch case-study onderzoek. Dit soort onderzoek combineert proces- en outcome onderzoek en tracht een antwoord te bieden op de vraag naar de werkzaamheid van psychotherapeutische behandelvormen in natuurlijke settings. Elliott (2002) heeft een hermeneutische case-study methodologie uitgewerkt voor het N=1 onderzoek. Ook door andere onderzoekers werden in de afgelopen jaren specifieke criteria ontwikkeld voor case-study onderzoek 'met een kwaliteitsgarantie' (Edwards, 2007; Fishman, 2007).

Criteria van het systematisch case-study onderzoek

Volgens Edwards (2007) hebben systematische case-studies het potentieel om een cruciale, complementaire rol te spelen in het huidige psychotherapie-onderzoek. Ze doen recht aan de complexiteit en specificiteit van de alledaagse therapierealiteit, elementen die in quasi-experimentele en experimentele designs vaak worden 'opgeofferd' ten voordele van de interne validiteit en statistische significantie. Opdat het case-study onderzoek echter daadwerkelijk een rol van betekenis zou spelen, is het noodzakelijk om tegemoet te komen aan de methodologische zwaktes die aan de traditionele gevalsstudies worden toegedicht: de beperkte betrouwbaarheid, het gebrek aan replicatie en de ongecontroleerde en subjectieve wijze van dataverzameling en -interpretatie (Luyten, Blatt & Corveleyn, 2008). De afgelopen jaren is er steeds meer convergentie ontstaan in de criteria waaraan degelijke, wetenschappelijke case-studies moeten voldoen (Edwards et al, 2004; Fishman, 2005; Lampropoulos et al, 2002):

- Er wordt vertrokken van een rigoureuus en welomschreven onderzoekskader dat als leidraad kan dienen bij de selectie van case-studies en de systematische dataverzameling.
- Er wordt gebruik gemaakt van een omvattend en gediversifieerd instrumentarium waarmee een rijke en goed onderbouwde dataset kan worden bekomen. De combinatie van ideosyncratische, kwalitatieve instrumenten en meer gestandaardiseerde, kwantitatieve metingen heeft de voorkeur. Metingen die gestandaardiseerd zijn voor grote populaties bieden het voordeel dat zij statistische maatstaven aanreiken en cross-casus analyses mogelijk maken. Met behulp van ideosyncratische, kwalitatieve metingen kunnen onderliggende microprocessen en belangrijke contextvariabelen worden geïdentificeerd die bij kwantitatieve instrumenten onopgehelderd blijven.
- Er worden kwaliteitscontroles ingebouwd die beschermen tegen de valkuilen van het traditionele case-study onderzoek, zoals: het beoordelen van de data door een onafhankelijke observator, het evalueren van de outcome door middel van een cliënt-interview dat wordt afgenomen door een onafhankelijke interviewer.

- Het onderzoeksmateriaal is voldoende breed en gevarieerd. Er worden niet enkel casussen geselecteerd die een vooropgestelde theorie of hypothese bevestigen, maar er worden ook 'atypische' casussen toegevoegd die voor nuancering, aanvulling of ontkrachting kunnen zorgen. Tevens is er een diversiteit van cliënt-, therapeut- en therapiekenmerken vertegenwoordigd in het materiaal, die representatief is voor de alledaagse therapieërealiteit.

Het Leuvens Systematisch Case-study Protocol

Het Leuvens Systematisch Case-study Protocol (LSCP) beantwoordt aan de hierboven beschreven criteria van het systematisch case-study onderzoek. Het werd in 2005 ontwikkeld in het Centrum voor Cliëntgericht-experiëntiële Psychotherapie en Counseling van de K.U. Leuven (Elliott & Stinckens) en maakt deel uit van een ruimer, internationaal oriëntatie-overschrijdend project (International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training; Elliott & Zucconi, 2006).

Het LSCP is in eerste instantie ontwikkeld als een opleidingsinstrument om aan therapeuten-in-opleiding te leren hoe zij de principes van het systematisch case-study onderzoek kunnen implementeren binnen hun therapeutisch handelen (Stinckens, Elliott & Leijssen, 2009). Daarnaast kan het ook breder ingezet worden om systematisch te reflecteren op de klinische praktijk. Op een ideosyncratisch, enkelvoudig casusniveau kan het LSCP gebruikt worden om een therapieproces systematisch door te lichten en een antwoord te zoeken op een aantal fundamentele, voor de praktijk relevante vragen: Is de cliënt in belangrijke mate veranderd? Heeft de therapie wezenlijk bijgedragen tot deze veranderingen? Hoe zijn de veranderingen tot stand gekomen?

Door deze periodieke metingen te voorzien van systematische en onmiddellijk feedback (monitoring), krijgt het LSCP bovendien een *therapeutische meerwaarde* voor zowel therapeuten als cliënten (Stinckens, Verdru & Leijssen, 2009). Therapeuten verwerven niet alleen meer inzicht in het perspectief van hun cliënten, ze worden ook gestimuleerd tot voortdurende reflectie op en eventuele bijsturing van het therapieproces. Stagnerende processen, dreigende alliantiebreuken en risico's op drop-out komen immers sneller aan het licht. Cliënten, langs de andere kant, worden rechtstreeks betrokken in de therapie en aangemoedigd om hun therapie actief vorm te geven. Het voortdurend reflecteren op het therapiegebeuren helpt hen om de belangrijke therapie-ervaringen te identificeren en te verankeren.

Het LSCP kan ook bevindingen genereren op een nomothetisch, cross-casusniveau, waardoor casusoverstijgende vraagstellingen worden behandeld. Zo kan men bijvoorbeeld op niveau van een afdeling of instelling de individuele casusbevindingen gaan bundelen en bepaalde behandelprogramma's gaan doorlichten op hun sterktes en tekortkomingen. Op macroniveau kan het LSCP een cruciale pijler vormen voor een *integraal kwaliteitsbeleid* en kan het een onderbouwd antwoord bieden op een aantal maatschappelijke 'hete hangijzers', zoals de terugbetaling door ziekenfondsen, de limitering van het aantal therapieessies etc.

Tenslotte is het LSCP ook een belangrijk *onderzoeksinstrument*, met name voor wat het naturalistisch onderzoek betreft. De herhaalde metingen in de dagelijkse therapiecontext zorgen voor een uitgebreide en gevarieerde dataset met een grote externe validiteit.

Het onderzoekskader van het LSCP (cfr. Schema 1) bestaat uit een combinatie van proces- en outcome-aspecten, die bestudeerd worden met behulp van kwantitatieve en kwalitatieve meetinstrumenten. De instrumenten zijn alle geselecteerd in functie van hun gebruiksvriendelijkheid en relevantie voor het therapiegebeuren. De metingen gebeuren op regelmatige basis in de loop van het therapieproces, om zicht te krijgen op de kleine, maar vaak cruciale verschuivingen die zich gaandeweg voordoen. Daarnaast worden relevante achtergrondgegevens van de cliënt en therapeut geïnventariseerd en worden gedetailleerde registraties bijgehouden van de opeenvolgende therapie sessies (d.m.v. procesnota's, audio- of video-opnames).

Schema 1. Onderzoekskader LSCP

Domein	Meetinstrument	Afname
Algemene therapie-outcome		
Symptoomreductie	<i>BSI-NL (Brief Symptom Inventory, Nederlandstalige versie)</i>	Voor elke tweede sessie
Retrospectieve kwalitatieve beoordeling van verandering	<i>Cliënt Veranderingsinterview</i>	Na sessie 10, 20, 30,... en bij afsluiting therapie
Therapieproces		
Werkalliantie	<i>WAV-12 (Werkalliantievragenlijst, Nederlandstalige verkorte versie)</i>	Na sessie 3, 5, 10, 15, 20, 25, 30,...
Helpende/storende gebeurtenissen	<i>Sessiebeoordelingslijst</i>	Na elke sessie
Achtergrondgegevens C & T		
Basale achtergrondgegevens	<i>Lijst achtergrondkenmerken</i>	Bij aanvang therapie
DSM-diagnose	<i>Intakediagnostiek</i>	Bij aanvang therapie

Een illustratieve casus

Om een beeld te schetsen van hoe het Leuvens Protocol kan ingezet worden in de klinische praktijk en welke informatie dit aandraagt voor het concrete therapieproces, wordt een illustratieve casus gepresenteerd. Omwille van de omvangrijkheid van het gegevensbestand beperken we ons in dit artikel tot de meest centrale bevindingen. De meetinstrumenten zullen eveneens slechts bondig aan bod komen. Voor een meer uitvoerige beschrijving van het instrumentarium verwijzen we naar een eerdere publicatie (Stinckens, Elliott & Leijssen, 2009).

Cliëntkenmerken

Patrick is een 53-jarige gescheiden man en vader van twee volwassen dochters met wie hij redelijk positieve contacten onderhoudt. Sedert enkele jaren heeft hij een turbulente relatie met een jongere vrouw. Er zijn geen kinderen in deze relatie. Hij woont momenteel alleen. Herhaaldelijke pogingen tot samenwonen met zijn huidige vriendin liepen steeds verkeerd af. Voorheen werkte Patrick als zelfstandige in de bouwsector, maar de laatste jaren geeft hij les. In zijn vrije tijd sport en reist hij vaak en hij verdiept zich graag in psychologische literatuur.

Patrick meldt zich op eigen initiatief aan op het Centrum voor Alcohol- en Drugproblemen (CAD). Sedert zijn twintiger jaren kampt hij met een alcoholprobleem. Lange periodes van excessief dagelijks drinken werden afgewisseld met periodes van totale abstinentie, soms tot 7 jaar. Er zijn enkele korte opnames geweest en Patrick is ook jarenlang lid van de AA geweest. Sinds zijn laatste opname in een psychiatrische kliniek voor alcoholisten, enkele maanden voor de aanmeldingsdatum, slaagt hij erin zijn dagelijkse drankgebruik enigszins onder controle te houden. Het toenemend aantal explosieve hervalmomenten vormt aanleiding tot de actuele aanmelding.

Naast de wens om meer vat te krijgen op zijn drankgebruik, verwoordt Patrick in het kennismakingsgesprek ook depressieve klachten van existentiële aard en relationele spanningen. Hij ervaart zijn leven als weinig zinvol, heeft het gevoel niet te leven naar zijn eigen kunnen, voelt zich geremd door de instabiele relatie en zijn onbevredigende werksituatie. Hij droomt van een verhuis naar het buitenland maar durft de beslissing niet nemen. Hij vreest de eenzaamheid en het gebrek aan sociale controle op vlak van alcoholgebruik. Hij hoopt in therapie meer richting te kunnen geven aan zijn leven en meer standvastigheid te verwerven op de verschillende levensterreinen.

Therapeutkenmerken

De therapeut is een 33-jarige man die het tweede jaar van de Postgraduaatopleiding Cliëntgerichte Psychotherapie volgt. Hij heeft 7 jaar werkervaring in het CAD en liep voordien stage in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Het casusonderzoek vormt een verplicht opleidingsonderdeel, waarover in het derde jaar gerapporteerd moet worden in de vorm van een uitgebreid specialisatieverslag. De hierna volgende bespreking is een verkorte weergave van dit specialisatieverslag.

Therapiekenmerken

De therapie bestaat in totaal 17 sessies. De gesprekken vinden plaats op wekelijkse basis gedurende een periode van 8 maanden. Behalve de vakantieonderbrekingen zijn geen noemenswaardige onderbrekingen. De laatste 2 sessies worden, met het oog op een goede afronding, meer gespreid (+/- 4 weken). Bij de afsluiting (sessie 17) wordt het therapietraject aan de hand van de casusbevindingen geëvalueerd.

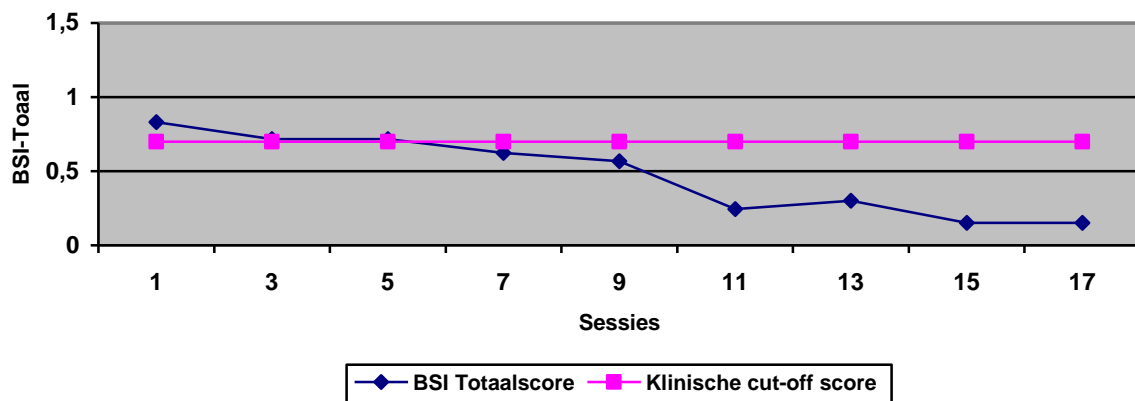
Outcomebevindingen

De BSI-NL is de Nederlandstalige versie (de Beurs & Zitman, 2005) van de Brief Symptom Index, de verkorte versie van de SCL-90-R (Arrindell & Ettema, 1986). Deze zelf-invullijst geeft een indicatie van de aard en de ernst van de klachten en blijkt erg gevoelig voor verandering. De BSI-NL wordt afgenomen om de twee sessies; bij Patrick vinden 9 afnames plaats.

Patrick behaalt bij aanvang van de therapie een totaalscore van 0.83, hetgeen wijst op een mild stressniveau. Kijken we naar de verschillende subschalen, dan scoort hij het hoogst op 'Depressie', 'Cognitieve functies', 'Fobische angst' en 'Psychoticisme'.

Wanneer de evolutie van de totaalscores in rekening wordt gebracht (zie Figuur 1), tekent zich een duidelijke daling af. Vanaf sessie 9 bereikt Patrick het 'niet-klinische niveau' ($0.62 < \text{cut-off score } 0.70$). Dit niveau blijft behouden tot het einde van de therapie; er is wel verdere daling van de symptomatologie merkbaar. Deze daling is het meest uitgesproken tussen sessie 9 en 11, het moment waarop het Cliënt Veranderingsinterview plaats vindt (zie verder). Bij afsluiting van de therapie bedraagt de totaalscore op de BSI 0.15, een erg lage score. Uit de Reliable Change Index (Jacobson & Truax, 1991) blijkt dat het verschil tussen pre- en postmeting duidelijk significant is ($RCI = 3.4, > 1.96$).

Figuur 1. Evolutie van de BSI-NL scores over de therapie sessies



Voor meer inzicht in de cruciale veranderingsprocessen gedurende de therapie kan het Cliënt Veranderingsinterview nuttige informatie aandragen. Dit kwalitatief diepte-interview werd ontwikkeld door Elliott, Slatick & Urman (2001) en vertaald door Franssen & Stinckens (2005). Het wordt afgenomen na de 10^{de} sessie. In het eerste deel wordt gevraagd naar cliënt's visie op de veranderingen die zich in de loop van de therapie hebben voltrokken. Ook de veranderingen in negatieve zin komen aan bod. In het tweede deel worden de geïnventariseerde veranderingen nader bevestigd. Meer bepaald wordt gepeild naar cliënt's kwalificatie van de veranderingen (in welke mate verwacht, hoe waarschijnlijk en hoe belangrijk), de aspecten waaraan de veranderingen worden toegeschreven (aspecten binnen én buiten therapie), de hulpbronnen waaruit cliënt heeft kunnen putten (persoonlijke sterktes, ondersteunende omgevingsfactoren) en de beperkingen die mogelijk geïnterfereerd hebben (persoonlijke zwaktes, belastende omgevingsfactoren).

In schema 2 worden de veranderingen opgelijst die Patrick vermeldt tijdens het interview (N = 5), te samen met de kwalificaties die hij eraan toekent. De veranderingen die zich hebben voltrokken sinds de start van de therapie, worden door Patrick alle als erg belangrijk ervaren. Het feit dat hij positiever in het leven staat en geen alcohol meer gebruikt, had hij verwacht; dit waren ook de voornaamste drijfveren om in therapie te gaan. De andere veranderingen had hij niet meteen verwacht, maar hij was er ook niet door verrast. Voor alle veranderingen vermeldt hij dat het 'onwaarschijnlijk' tot 'zeer onwaarschijnlijk' is dat ze zouden hebben plaats gevonden zonder de therapie. Hij identificeert diverse therapiefactoren die naar zijn aanvoelen aan de veranderingen hebben bijgedragen (zie verder), maar ook helpende factoren buiten de therapie worden vermeld: de aanmoediging van zijn vriendin, zijn engagement bij de AA, zijn verandering in werkcontext,...

Schema 2. Gerapporteerde veranderingen (Cliëntveranderingsinterview)

	Verwachting	Waarschijnlijkheid	Belang
Leven loopt positiever	Verwacht	Onwaarschijnlijk	Erg Belangrijk
Steviger in schoenen, minder labiel	Niet verwacht, niet verrast	Zeer onwaarschijnlijk	Erg belangrijk
Rustiger, minder snel opgejaagd	Niet verwacht, niet verrast	Zeer onwaarschijnlijk	Erg belangrijk
Assertiever, verbaler	Niet verwacht, niet	Zeer onwaarschijnlijk	Erg belangrijk

	verrast		
Geen alcoholgebruik	Verwacht	Onwaarschijnlijk	Erg belangrijk

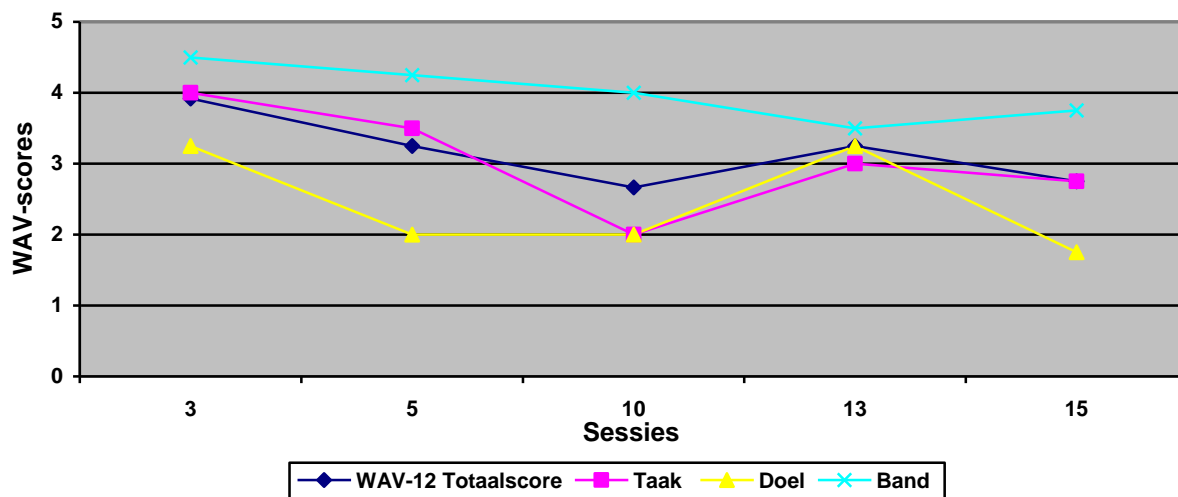
Procesbevindingen

De therapeutische relatie blijkt één van de belangrijkste dragers te zijn van het veranderingsproces in therapie, ongeacht de therapierichting. Om die reden wordt de kwaliteit van de werkalliantie systematisch bevraagd m.b.v. de WAV-12, de Nederlandstalige herziene en verkorte versie (Stinckens, Claes & Ulburghs, 2009) van de Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1982). Het is een zelf-invullijst die bestaat uit 12 items, waarvan elk item beoordeeld dient te worden op een 5-puntenschaal (1=zelden of nooit, 5=altijd). Het instrument is gebaseerd op het werkalliantiemodel van Bordin (1979) waarin drie dimensies centraal staan: de therapeutische band, overeenstemming omtrent therapiedoelstellingen en overeenstemming omtrent therapietaken.

In Figuur 2 worden de totaal- en de subschaalscores van de cliënt op de WAV-12 gepresenteerd. Bij aanvang wordt de kwaliteit van de werkalliantie als erg positief beoordeeld: zowel op de totaalschaal als op de Band- en Taakschaal scoort Patrick hoger dan gemiddeld (WAV-Totaal: 3.92 > Gem.: 3.76; (WAV-Band: 4.5 > Gem.: 3.97; WAV-Taak: 4 > Gem.: 3.71). De mate van overeenkomst omtrent de therapiedoelstellingen valt iets lager uit dan het gemiddelde (WAV-Doel: 3.25 < Gem.: 3.60).

Uit de grafiek blijkt dat deze scores doorheen de therapie gestaag afnemen. Rond sessie 10 registreren we een mogelijks problematische werkalliantie, die vooral is toe te schrijven aan de lage scores op de contractdimensie (WAV-Taak: 2; WAV-Doel: 2). De therapeut kan deze lage scores aangrijpen om de werkalliantie expliciet in vraag te stellen. In deze begeleiding gebeurde dit echter met enige vertraging. Pas na het Cliëntveranderingsinterview (tussen sessie 10 en 11), waarin de cliënt ondermeer bevraagd wordt om de tekorten in zijn begeleiding te expliciteren, ontstaat er een betere afstemming tussen de therapeut en de cliënt. De kwaliteit van de werkalliantie herstelt zich na sessie 10, om vervolgens terug af te nemen op het einde van de therapie. Vooral de score op de Doelschaal valt na sessie 15 erg laag uit (WAV-Doel: 1.7). Mogelijks is deze lage score een weerspiegeling van de afrondingsfase in de begeleiding. Patrick verwoordt een globale tevredenheid en schuift geen nieuwe doelstellingen meer naar voor. De laatste sessies hebben in hoofdzaak een ondersteunend, opvolgend karakter.

Figuur 2. Evolutie van de WAV-12 scores (totaal en per subschaal) over de therapiesessies



De Sessiebeoordelingslijst vormt een belangrijke aanvulling op de WAV-12. Deze postsessievragenlijst is de Nederlandstalige aanpassing (Vanaerschot, 1997) van de Helpful Aspects of Therapy (Llewelyn, 1988) en bevat een reeks open vragen die peilen naar helpende of belangrijke gebeurtenissen in de therapiesessie. Ook storende processen worden bevroegd. De cliënt wordt verzocht te beschrijven wat er precies gebeurde dat helpend, belangrijk of storend was. Ook dient de cliënt met behulp van een driepuntenschaal aan te geven in welke mate het gebeuren helpend, belangrijk of storend was: slechts matig, duidelijk of uitermate. De sessiebeoordelingslijst wordt afgenomen na elke sessie en helpt om belangrijke veranderingsprocessen of -patronen in het therapiegebeuren te identificeren.

Schema 3 vat de antwoorden van Patrick overzichtelijk samen. Enkel de antwoorden die als 'uitermate of duidelijk helpend' werden gewaardeerd, worden weergegeven. Opvallend is dat in nagenoeg elke sessie een gebeurtenis wordt geïdentificeerd die als duidelijk of uitermate helpend wordt ervaren.

De cliëntantwoorden die verwijzen naar helpende factoren kunnen grosso modo in twee overkoepelende categorieën (Rice, 1983) worden ondergebracht:

- De *primaire relatiefactoren* (vb. sessie 3, 4b, 12, 16b) verwijzen naar de klimaatfactoren (aanvaarding, echtheid, empathie) die de noodzakelijke voedingsbodem vormen om veranderingsprocessen mogelijk te maken en die tevens fungeren als medium voor corrigerende interpersoonlijke ervaringen.
- De *taakgerichte factoren* verwijzen naar de strategieën en interventies die de therapeut aanwendt om de veranderingsprocessen actief te sturen. Het kan gaan om meer algemene, procesbevorderende tussenkomsten, zoals het richten van de aandacht (vb. sessie 1a) en het bevorderen van de exploratie (vb. sessie 5), maar ook om meer specifieke procesdirectieve interventies (vb. sessie 6a, sessie 14) die bepaalde blokkades helpen doorbreken en afgesplitste

Schema 3: Helpende en storende gebeurtenissen

	Wat was er helpend/storend?	Waarom was het helpend/storend?
Uitermate helpend		
Sessie 1a	Therapeut stelde juiste vragen, deed me soms even stilstaan, naar binnengaan. Moedigde me ook aan.	<i>Het maakt mijn innerlijk denken en voelen helderder en nu ook hanteerbaar. De hulpeloosheid en verwarring valt wat weg.</i>
Sessie 3	De therapeut wil met MIJ aan de slag.	<i>Het gaat om mij, ik mag er zijn. Ik heb het gevoel dat dit diep gaat. Dat het hier om draait.</i>
Sessie 13a	Nieuwe afspraak gemaakt ivm antabuse.	<i>Geeft stimulans om bewust te blijven en sluit 'gefoefel' uit.</i>
Sessie 13b	Zoeken naar omslagpunt om te gaan drinken. Gaat blijkbaar niet steeds bewust.	<i>Geeft opluchting en neemt schuldgevoel weg.</i>
Sessie 14	Gewerkt aan droom van enkele weken terug. Therapeut heeft heel rustig droom gevolgd en geduid.	<i>Geeft aan hoe ik gevangen zit in mezelf</i>
Sessie 16a	De evaluatie die statistisch ook klopt met mijn gevoel. Een bevestiging	<i>Geeft een extra goed gevoel. Geeft ook stevigheid en tevredenheid dat het werkt en dat het juist was om hulp te gaan zoeken.</i>
Duidelijk Helpend		
Sessie 1b	Therapeut zei dat ik nogal goed kan analyseren	<i>Geeft een goed gevoel</i>
Sessie 1c	Ikzelf die nogal van de hak op de tak vertel	<i>Misschien is het feit dat ik zie hoe ik mezelf telkens verstoor en verpest wel het grootste inzicht.</i>
Sessie 2	Het besluit dat ik heb genomen om mijn visie/plannen en wensen ivm leven/werk/relatie/wonen op papier te zetten en dan met vriendin te bespreken.	<i>Het is tijd om stappen te zetten, vooruit te gaan, te ondernemen. Maar ik heb ook angst, die me een beetje verlamt. Maar ik denk dat die wel wegvalt met stappen te ondernemen.</i>
Sessie 3	Het durven uitspreken hoe ik mezelf saboteer. Het duiden van het probleem	
Sessie 4a	Het besef dat ik mezelf moet laten zien. Ik hou teveel in, pas me teveel aan. Ik ben bang om dan afgewezen te worden en alleen te staan.	<i>Het is een thema dat ik al zo dikwijls heb bekeken, waar ik al jaren tegen aanloop. En het is er nog steeds. Nu nog uitproberen HOE ik dat kan veranderen.</i>
Sessie 4b	De therapeut is goed in luisteren, stelt goede vragen, vat dingen duidelijk samen. Geeft ook zijn gevoel op mijn uitspraken.	<i>Daardoor wordt het helderder. Maakt dat mijn gevoel er ook mag zijn zonder (ver-) oordeel.</i>
Sessie 5	Therapeut maakte duidelijk hoe ik alles binnenhoud. En dat drinken ook een vorm is van alles nog maar even binnen houden.	<i>Het is een thema waar ik al zo lang tegen aanloop. Het geeft een rot gevoel dat het er nog steeds is. Ik heb de neiging om weg te lopen, maar wil toch blijven om hier door heen te geraken.</i>
Sessie 6a	Besef van allerlei stukken in mezelf: bewaker/de grote man/de doorzetter/het slechte stuk/ de volgzame/de brave, enz...	<i>Maakt me bewuster. Voornemen: meer luisteren, naar binnen gaan, stil zijn.</i>
Sessie 6b	Besef dat spelerei rond drank toch te gevaarlijk is, gezien mijn verleden.	
Sessie 7	Heb zelf aangegeven dat ik wat doelen wou. Had het gevoel dat het hier niet opschoot. Heb nu wel eer vertrouwen dat het goed is.	<i>De heldere uitleg van de therapeut</i>
Sessie 9	Stoelenwerk: stuk Pallieter, stuk met hielen in het zand/saboteur en stuk 'ik zal eens laten zien'.	<i>Het maakte me toch bewust hoe ik het leven de kop indruk en het plezier uit het leven neem. Ontrafeling van aparte stukken maakt ook duidelijk dat het plezier er wel nog is.</i>
Sessie 9	De interventies van de therapeut die me niet liet wegglijpen..	<i>Het belette me om weg te glijpen en dan konden we daar naar kijken, naar het wegglijpen.</i>
Sessie 12	Hij stopte me, hield me tegen. Zei dat hij MIJ nodig had hier.	<i>Gevoel belangrijk te zijn. Eigen verantwoordelijkheid nemen, niet meer op anderen terugvallen.</i>
Sessie 15	Het feit dat ik vroeg of het nog niet tijd was	<i>Oud patroon: afhaken op cruciale momenten. Mist het belangrijkste. Gevoel van volgen/geleefd worden</i>
Sessie 16b	Het rustige en niet-oordelende van de therapeut	

- of onderdrukte belevingen opnieuw in de aandacht brengen. Opvallend is dat de cliënt ook expliciet verwijst naar de terugkoppeling van de casusbevindingen (sessie 16a) als een uitermate helpend gebeuren.

Storende gebeurtenissen komen nauwelijks aan bod. Enkel na sessie 2 vermeldt Patrick dat hij van de wijs werd gebracht door een procescommentaar van de therapeut (dat hij Patrick precies wat kwijt was en weinig contact voelde). Het druiste in tegen Patricks aanvoelen en werkte eerder blokkerend dan faciliterend.

Tot slot

Het systematisch case-study onderzoek, met het LSCP als prototype, kan een waardevol alternatief bieden in het therapie-onderzoek. Het weet zich te handhaven tussen de 'Scylla' van het behandelingsgeoriënteerd onderzoek en de 'Charybdis' van het patiëntgeoriënteerd onderzoek, waardoor het de kloof tussen klinische realiteit en onderzoekswereld kan helpen dichten.

Op een enkelvoudig, ideografisch casusniveau kan relevante informatie worden vergaard die een genuanceerde 'inkijk' geeft in het complexe therapiegebeuren. Uit een eerste bevraging (Stinckens, Verdrú & Leijssen, in press) blijkt dat therapeuten vooral interesse hebben voor het complexere beeld 'achter de cijfers', omdat dit beter aansluit bij hun klinische evaluatie. Veel therapeuten die werkzaam zijn in gesubsidieerde instellingen hebben een aversie ontwikkeld ten opzichte van alles wat te maken heeft met administratie, registratie en kwaliteitscontrole. Kreunend onder de druk van de lange wachtlijsten is het voor hen moeilijk om interesse en openheid te hebben voor de vraag naar het meer kwantificeerbaar maken van de kwaliteit van zorg. Hun hoofdbekommernis is niet om uitsluitel te krijgen of therapie al dan niet aanslaat; zij willen vooral begrijpen *wat* er precies werkt en *waarom* het werkt.

Hetzelfde geldt overigens voor de cliënten. Zij willen bruikbare handvaten aangereikt krijgen om het therapieproces te kunnen volgen en bevatten. In het LSCP worden zij uitgenodigd om hun therapie actief te helpen vormgeven. De eerste praktijkervaringen tonen aan dat vooral de meer geïndividualiseerde, kwalitatieve instrumenten zich hiertoe goed lenen. Het wekelijks invullen van de Sessiebeoordelingslijst stimuleert cliënten om te reflecteren op de therapiesessie en belangrijke therapie-ervaringen te verankeren. Het Cliënt Veranderingsinterview wordt door vele cliënten aangegrepen als een evaluatiemoment waarbij ze terugblikken op het afgelegde therapietraject en zo nodig bijstellingen doen of nieuwe therapiedoelen formuleren.

De strikte scheiding tussen klinische praktijk en onderzoek wordt door deze wisselwerking uiteraard opgeheven. Aan- en bijgestuurd door de voortdurende metingen, ontstaat er ongetwijfeld een ander therapieklimaat: het realiteitsniveau wordt meer binnengebracht in het therapeutisch contact, de taakgerichte dimensie (het samen werken aan bepaalde doelstellingen) krijgt meer nadruk, de metacommunicatie over het therapiegebeuren wordt gestimuleerd en zowel cliënt als therapeut worden aangemoedigd tot voortdurende reflectie over het gezamenlijk therapietraject. Omgekeerd worden ook de onderzoeksresultaten beïnvloed door deze gewijzigde therapie-realiteit: er vinden niet enkel voor- en nametingen plaats, maar het meten maakt integraal deel uit van het therapiegebeuren.

Daarenboven ligt de focus niet langer op geïsoleerde en gecontroleerde therapievariabelen, maar wordt de complexiteit in naturalistische therapie-settings zoveel mogelijk in rekening gebracht.

Vooraleer de Assepoester van het therapie-onderzoek echter het gouden muiltje zal aangereikt worden, dient ze haar lompen in te ruilen voor een feestkleed en haar bezem voor een glazen koets. Er hoort met andere woorden verder geïnvesteerd te worden in het onderbouwen en systematiseren van de dataverzameling en –verwerking en ook therapeuten-in-woording dienen hiermee vertrouwd te worden gemaakt. Zoniet dreigt het case-study onderzoek opnieuw in een achterkamertje terecht te komen.

Personalia

Nele Stinckens is cliëntgericht psychotherapeute, docente, en onderzoekster aan de KULeuven, Faculteit psychologische wetenschappen, onderzoeksgroep psychotherapie. Daarnaast werkt zij in een groepspraktijk voor psychotherapie Liraz.

E-mail: nele.stinckens@psy.kuleuven.be

Dave Smits volgt de Postgraduaatopleiding Cliëntgerichte Psychotherapie aan de KULeuven en is werkzaam in het CGGZ van Aarschot.

Literatuur

- APA Presidential Task Force (2006). Evidence-based Practice in Psychology. *American Psychologist*, Vol 61, No 4 271- 285.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. (SCL-90: Manual for a multidimensional indicator of psychopathology)*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Bergin, A.E. (1997). Neglect of the therapist and the human dimensions of change: A commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 83-89.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psycho-analytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- de Beurs, E., & Zitman, F.G. (2005). De Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- Edwards, D.J.A.(2007). Collaborative versus adversarial stances in scientific discourse: Implications for the role of systematic case studies in the development of evidence-based practice in psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3 (2), 6-34. <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>,
- Edwards, D.J.A. et al. (2004). Developing evidence-based practice : The role of case-based research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 589-597.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12, 1-20.
- Elliott, R., Greenberg, L.S. & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed.), 493-593. New York: Wiley and Sons.
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. *Psychologische Beiträge*, 43(3), 69-111.
- Elliott, R., & Stinckens, N. (2005). *Casusonderzoek: Aanbevolen minimumdesign voor systematische casestudies* (KU Leuven Systematic Case Study Research Protocol). Available at: www.communityzero.com/pcepipr.
- Elliott, E., & Zucconi, A. (2006). Doing research on the effectiveness of psychotherapy and psychotherapy training: A person-centered/experiential perspective. *Person-centered and Experiential Psychotherapies*, 5(2), 81-100.
- Fishman, D.B. (2005). Editor's introduction to PCSP – From single case to database: A new method for enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic case-studies in Psychotherapy*, 1(1). <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>
- Fishman, D.B. (2007). Seeking an equal place at the therapy research table: An introduction to a series on the pragmatic case-study method. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 1-5. <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>,
- Franssen, A. & Stinckens, N. (2005). Nederlandstalige vertaling van het Client Change Interview van Elliott. Intern document. Centrum voor Cliëntgericht-experientiële Psychotherapie en Counseling, K.U. Leuven.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1-19.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.

- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistic approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 185-192.
- Lampropoulos e.a., (2002). What kind of research can we realistically expect from the practitioner ? *Journal of Clinical Psychology*, 58(10), 1241-1284.
- Lietaer, G. (2003). De empirische ondersteuning van experiëntieel-humanistische psychotherapieën: stand van zaken en taken voor de toekomst. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 4, 4-25.
- Llewelyn (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 223-238.
- Luyten, P., Blatt, S. J., & Corveleyn, J. (2006). Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, 571-610.
- Rice, L.N. & Greenberg, L.S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford.
- Stinckens, N., Claes, L. & Ulburghs, A. (2009). De werkaliantie als sleutelement in het therapiegebeuren. Meting met behulp van de WAV-12, de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 39(1), 39-60.
- Stinckens, N., Elliott, R. & Leijssen, M. (2009). Bridging the gap between therapy research and practice in a person-centered/experiential therapy training program. The Leuven systematic case study research protocol. Accepted in *Person-centered and Experiential Psychotherapies*.
- Stinckens, N., Verdru, H. & Leijssen, M. (2009). Meestertherapeuten en het geheim van hun succes. *Psychopraxis*.
- Takens, R.J. (2004). "Luctor et emergo": opkomst, ondergang en wederopstanding van het cliëntgerichte onderzoek. In M. Leijssen & N. Stinckens (red.), *Wijsheid in Gesprekstherapie* (pp. 335-352). Leuven: Universitaire Pers.
- Vanaerschot, G. (1997). *Plaats en betekenis van de empathische interactie in belevingsgerichte psychotherapie. Theoretische en empirische exploratie*. Niet-uitgegeven doctoraatsproefschrift, K.U. Leuven
- Vertommen, H., & Vervaeke, G.A.C. (1990). Werkalliantievragenlijst (WAV). Vertaling voor experimenteel gebruik van de WAI (Horvath & Greenberg, 1986). Leuven: Departement Psychologie, KU Leuven.