

# **Master thesis**

De invloed van therapeutische alliantie op behandelvoortgang onder complex  
getraumatiseerde patiënten

Karin Legebeke

*Universiteit Utrecht*

*Stichting Centrum '45*

**Master Thesis**  
**Collegejaar 2013-2014**

**Gegevens Student**

*Naam:* K.J.W. (Karin) Legebeke

*Studentnr.:* 3575837

*Universiteit:* Utrecht

*Faculteit:* Sociale Wetenschappen

*Master:* Klinische en Gezondheidspsychologie

*Datum:* 18 april 2014

**Gegevens Begeleiders**

*Naam:* M. Sleijpen, MSc.

*Instelling:* Universiteit Utrecht

*Afdeling:* Klinische en Gezondheidspsychologie

*Naam:* Dr. N. van der Aa

*Instelling:* Stichting Centrum '45

*Afdeling:* Diemen/ Oegstgeest

**Gegevens Beoordelaar**

*Naam:* M. Sleijpen, MSc.

*Instelling:* Universiteit Utrecht

*Afdeling:* Klinische en Gezondheidspsychologie



**Universiteit Utrecht**

Stichting **Centrum '45**



## Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie, getiteld 'De invloed van therapeutische alliantie op behandelvoortgang onder complex getraumatiseerde patiënten'. Deze scriptie is geschreven als onderdeel van de master Klinische en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht.

Dit onderzoek is verricht gedurende de periode van september 2013 tot en met maart 2014 voor Stichting Centrum '45. Met veel plezier heb ik aan dit onderzoek gewerkt. Ik heb veel opgestoken van het doorlopen van alle facetten die horen bij het uitvoeren, analyseren en bediscussiëren van wetenschappelijk onderzoek.

Het eindresultaat zoals die nu voor u ligt is mede tot stand gekomen door een aantal mensen die ik graag hiervoor wil bedanken. Allereerst bedank ik mijn scriptiebegeleiders Niels van der Aa en Marieke Sleijpen voor de fijne begeleiding, nuttige adviezen en gedetailleerde feedback tijdens deze periode. Dit heeft mij erg geholpen met het bereiken van dit eindresultaat. Daarnaast wil ik Anna Commandeur bedanken voor de leuke en goede samenwerking gedurende deze periode. Door deze samenwerking hebben we samen een mooie bijdrage kunnen leveren aan het ORS-SRS project. Als laatste wil ik de overige stagiaires, die tevens werkzaam waren bij Stichting Centrum '45 tijdens deze periode, bedanken voor de gezelligheid en steun.

Karin Legebeke

Utrecht, april 2014

# De invloed van therapeutische alliantie op behandelvoortgang onder complex getraumatiseerde patiënten

## Samenvatting

*Achtergrond.* Voor verscheidende stoornissen, waaronder PTSS, wordt de kwaliteit van de therapeutische alliantie als een belangrijke factor in het voorspellen van behandeluitkomsten gezien. Daardoor is het opbouwen van een goede werkrelatie met de patiënt een belangrijk behandelaspect. Verschil in culturele achtergronden tussen patiënt en therapeut belemmert wellicht deze opbouw als gevolg van cultuurbarrières. *Doel.* Het onderzoeken van de relatie tussen de kwaliteit van de therapeutische alliantie en behandelvoortgang en tevens het vergelijken van de kwaliteit van de therapeutische alliantie tussen patiënten met een westerse en niet-westerse achtergrond. *Methode.* Voor dit onderzoek werden 118 patiënten (polikliniek:  $N = 42$ , dagkliniek:  $N = 76$ ) die in behandeling waren bij Stichting Centrum '45 geïnccludeerd. Gedurende de behandeling evalueerden patiënten tijdens elke (groeps)sessie hun algemeen welbevinden en therapeutische alliantie door de Outcome Rating Scale en Session Rating Scale te voltooien. *Resultaten.* Een hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie had een positieve invloed op het algemeen welbevinden tijdens het behandelverloop. De intensiteit van dit effect was sterker voor poliklinische patiënten in vergelijking met dagklinische patiënten. Daarnaast was de kwaliteit van de therapeutische alliantie uitsluitend in de dagklinische setting lager voor patiënten met een niet-westerse achtergrond in vergelijking met patiënten met een westerse achtergrond. *Conclusie.* De bevindingen van dit onderzoek benadrukken het belang van een goede werkrelatie tussen therapeut en patiënt onder complex getraumatiseerde patiënten. Het implementeren van routine monitoring meetinstrumenten met directe feedback in de klinische praktijk zal wellicht bijdragen aan het vergroten van de effectiviteit van de behandeling. Tevens lijkt het zinvol om individuele therapie als voorkeur aan te bieden aan patiënten die afkomstig zijn uit niet-westerse landen gezien het resultaat dat groepstherapie onder deze groep patiënten minder effectief lijkt te zijn.

*Sleutelwoorden:* therapeutische alliantie; posttraumatische stressstoornis; behandeluitkomst

# The role of therapeutic alliance on treatment change among complex traumatic patients

## Abstract

*Background.* Therapeutic alliance of a high quality is underlined as an important factor in treatment change for several disorders, including PTSD. Therefore an important aspect of treatment is the establishment of a good working relationship with clients. Differences in cultural backgrounds between patients and therapists may hinder this relationship as a result of cultural barriers. *Aims.* To investigate the relationship between therapeutic alliance and treatment change, and to compare the quality of the therapeutic alliance between clients with a Western and non-Western background. *Method.* For this study, 118 clients from Foundation Centrum '45 were included. During treatment, all clients evaluated their general well-being and perceived therapeutic alliance by completing the Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in every (group)session. *Results.* The quality of the therapeutic alliance was a predictor of general well-being during treatment course. However, the strength of this effect was stronger for polyclinic clients in comparison with day clinic clients. Furthermore, day clinic clients with a non-Western background evaluated the therapeutic alliance to be of a lower quality in comparison with clients with a Western background. *Conclusion.* The findings of this study have shown the influence of the quality of the therapeutic alliance in treatment change. Implementing routine monitoring instruments with immediate feedback in clinical practice, could contribute to an improvement in client care. Furthermore, it seems meaningful to prefer individual therapy before group therapy to patients with a non-Western background given the finding that group therapy seems less effective for this kind of patients.

*Key words:* therapeutic alliance; posttraumatic stress disorder; treatment change

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b> .....	<b>1</b>
<b>Samenvatting/ abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhoudsopgave</b> .....	<b>4</b>
<b>Inleiding</b> .....	<b>5</b>
Doel van het onderzoek.....	8
<b>Methode</b> .....	<b>8</b>
Respondenten.....	8
Meetinstrumenten.....	9
Outcome Rating Scale.....	9
Session Rating Scale en Groups-Session Rating Scale.....	10
Procedure.....	11
Design & analyses.....	12
<b>Resultaten</b> .....	<b>14</b>
Invloed van therapeutische alliantie op algemeen welbevinden.....	14
Kwaliteit van therapeutische alliantie bij patiënten met verschillende achtergronden .	15
<b>Discussie</b> .....	<b>16</b>
Sterke punten & limitaties .....	19
Klinische implicaties .....	20
Conclusie .....	21
<b>Referenties</b> .....	<b>22</b>

## Inleiding

Meer dan de helft van de mensen, 60.7% van de mannen en 51.2% van de vrouwen, maakt minstens één keer in het leven een traumatische ervaring mee (National Comorbidity Study, 1995, geciteerd in Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Men spreekt van een traumatische ervaring in het geval van een levensbedreigende situatie, het oplopen van ernstig lichamelijke verwondingen en/of het ervaren van bedreiging van fysieke integriteit (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000). Dit kan leiden tot een posttraumatische stressstoornis (PTSS) als herbelevingen/ intrusies, vermijdingsreacties en verhoogde prikkelbaarheid zich voordoen en deze reacties leiden tot disfunctioneren (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000). Indien er sprake is van extreme en langdurige traumatiserende omstandigheden omvat deze diagnose echter niet alle klachten. Dit is door een aantal onderzoekers geconceptualiseerd in complexe posttraumatische stressstoornis (C-PTSS) (Herman, 1992). Deze term wordt gebruikt om een breed palet aan symptomen als gevolg van bovenstaande omstandigheden aan te duiden. Naast de traditionele PTSS-klachten, komen veelal blijvende verandering in kerncognities, somberheid, problemen met de sociale omgeving en relaties en diverse klachten die het gevolg zijn van dieperliggende klachten voor (Stöf sel & Mooren, 2010). Echter, C-PTSS is een begrip waar tot nu toe nog geen volledige eenduidigheid over bestaat (McDonnell, Robjant & Katona, 2012).

PTSS blijkt effectief te behandelen met psychotherapie; de meerderheid van de patiënten herstelde of verbeterde nadat ze behandeld waren met psychotherapie voor PTSS (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005). Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TF-CGT) en eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR), als specifieke vormen van psychotherapie, hebben de voorkeursbehandeling in het behandelen van PTSS dankzij de gecombineerde aanpak van blootstelling aan traumatische herinneringen en het herinterpreteren van gedachten en gevoelens (Bisson et al., 2007; Stöf sel & Mooren, 2010).

Binnen het therapeutisch proces zijn er algemeen werkzame factoren te onderscheiden die bijdragen aan het behandelresultaat ongeacht de interventie (van Yperen, 2003). Een belangrijk algemeen werkzame factor binnen het therapeutisch proces is therapeutische alliantie (Elvins & Green, 2008; Horvath, 2005). Bordin (1979) definieert therapeutische alliantie als: (1) de vorming van een affectieve band tussen therapeut en patiënt, (2) de onderlinge overeenstemming tussen therapeut en patiënt over behandeldoelen en (3) de onderlinge overeenstemming tussen therapeut en patiënt over taken die leiden tot het bereiken

van de behandeldoelen. Er wordt verondersteld dat deze drie processen van therapeutische alliantie leiden tot gevoelens van warmte, veiligheid en steun bij de patiënt (Wolfe, Kay-Lambkin, Bowman & Childs, 2013). Dit leidt tot een hogere kans op slagen van de behandeling door de wellicht verhoogde behandelmotivatie bij de patiënt (van Yperen, Booy & van der Veldt, 2003). Echter, hoe dit proces precies werkt is nog onduidelijk (Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen & Shirk, 2013).

Ondanks dat tot dusver literatuur schaars is over hoe therapeutische alliantie bijdraagt aan behandeluitkomsten, laten verscheidende onderzoeken zien dat de kwaliteit van de therapeutische alliantie een belangrijke factor is in het voorspellen van behandeluitkomsten (o.a. Anker, Owen, Duncan & Sparks, 2010; Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland, 2000; Orlinsky, Ronnestad & Willutski, 2004). Zo blijkt een hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie een goede voorspeller te zijn van symptoomreductie als behandeluitkomst in het algemeen (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvarth, 2012; Martin, Garske & Davis, 2000). Deze relatie is eveneens aangetoond bij traumabehandelingen (Cloitre, Stovall-McClough, Miranda & Chemtob, 2004; Keller, Zoelnerr & Feeny, 2010; Laska, Smith, Wislocki & Wampold, 2013).

Onder complex getraumatiseerde patiënten is echter nog weinig bekend over deze relatie. Het bereiken van een goede werkrelatie is niet eenvoudig met deze groep patiënten (Cloitre, Cohen & Scarvalone, 2002). Volgens Cloitre et al. (2002) leidt het meemaken van verscheidende traumatische ervaringen veelal tot het verlies van vertrouwen in andere mensen. Complex getraumatiseerde patiënten beschouwen de wereld niet meer als veilig en anderen niet meer als betrouwbaar. Dit bemoeilijkt het behandelen van zeer moeilijke momenten uit iemands leven wat een aanzienlijk onderdeel is tijdens traumabehandelingen (Stöfssel & Mooren, 2010). Zodoende is het creëren van een veilige, affectieve relatie met een complex getraumatiseerde patiënt een extra uitdaging.

Naast de positieve samenhang tussen therapeutische alliantie en behandeluitkomsten, zijn er steeds meer aanwijzingen voor de relatie tussen een lage kwaliteit van therapeutische alliantie en hogere drop-out (Keller et al., 2010). Het voorkomen van drop-out is mogelijk door systematisch, op basis van sessie tot sessie, de ervaren kwaliteit van de therapeutische alliantie te monitoren (Sapyta, 2004). Het identificeren van patiënten die niet voldoende vooruitgaan in de behandeling is op deze manier uitvoerbaar (de Jong, 2010). Door de ervaren kwaliteit van de therapeutische alliantie te evalueren en wederkerige feedback te geven aan therapeut en patiënt is het mogelijk om waar nodig het proces bij te sturen en de kwaliteit te behouden. Systematische monitoring in combinatie met feedback kan de effectiviteit en de



doelmatigheid van de behandeling vergroten (Lambert, Hansen & Finch, 2001; Lueger et al., 2001; Reese, Norsworthy & Rowlands, 2009; Stinckens et al., 2010).

Met name onder patiënten uit niet-westerse culturen is een hogere drop-out te zien bij behandelingen. Tevens is er bij deze populatie sprake van slechtere behandeluitkomsten (Knipscheer & Kleber, 2004). Doorgaans worden de relatief slechtere behandeluitkomsten en hogere drop-out toegeschreven aan begrippen als cultuur en culturele verschillen (van Dijk, 1989). Om zicht te krijgen op de factoren die de behandeluitkomst bij patiënten met een niet-westerse achtergrond voorspellen, dient men gebruik te maken van meer specifieke variabelen (Ghane, 2011). Verschillen in verwachtingen over de behandeling onder patiënten uit niet-westerse culturen is een belangrijke variabele. Het bemoeilijkt de vorming van een hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie (Veeninga & Hafkenscheid, 2004). Onderzoek van het Trimbos-instituut (2009) laat zien dat 63.6 % van de allochtone patiënten in de GGZ voortijdig de behandeling beëindigt als gevolg van verschillende verwachtingen betreffende de rolverdeling tussen therapeut en patiënt. In westerse culturen streeft men immers naar een gelijkwaardige relatie binnen de therapie. Daarentegen beschouwen patiënten uit niet-westerse culturen, waar tradities en hiërarchie centraal staan, de therapeut als autoriteit (Shonfeld-Ringel, 2001). Zij verwachten dat de therapeut met concrete oplossingen komt voor hun problematiek waardoor deze patiënten zich afhankelijk opstellen in de ogen van de therapeut (Broers & Eland, 2000; Knipscheer & Kleber, 2005). Niet-westerse patiënten zullen eerder geneigd zijn om een patiëntrol aan te nemen en verwachten dat de therapeut initiatief neemt en geheel verantwoordelijk is voor het oplossen van klachten (Broers & Eland, 2000). In westerse culturen verwacht de therapeut echter een actieve medewerking van de patiënt (Shonfeld-Ringel, 2001). Deze verschillende visies betreffende de rolverdeling tussen therapeut en patiënt kunnen botsen waardoor wederzijds onbegrip ontstaat (Willemsse & Hafkenscheid, 2009) en de samenwerking bemoeilijkt.

Aangezien de kwaliteit van de therapeutische alliantie een voorspeller is voor het behandelverloop (Martin et al., 2000), lijkt het aannemelijk dat de therapeutische alliantie bij patiënten met een niet-westerse achtergrond, omwille van de verwachting van de rolverdeling tussen therapeut en patiënt, een belangrijke voorspeller is voor het behandelverloop binnen deze populatie. Naar kennis van de auteur, is er geen eerdere kwantitatieve studie gedaan die zich focuste op het effect van verwachtingen over de rolverdeling binnen therapie op de kwaliteit van de therapeutische alliantie.

### *Doel van het onderzoek*

Het huidige onderzoek heeft twee doelen. Het eerste doel van deze studie is het onderzoeken van de relatie tussen de kwaliteit van de therapeutische alliantie en het behandelverloop onder complex getraumatiseerde patiënten. Consistent met de huidige literatuur, is de voorspelling dat een hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie leidt tot een toename in welbevinden gedurende behandeling. Een lage kwaliteit van de therapeutische alliantie zal leiden tot een stabiel niveau of een afname in welbevinden gedurende behandeling. Het tweede doel van deze studie is het vergelijken van de kwaliteit van de therapeutische alliantie, als belangrijke voorspeller van behandelverloop, tussen patiënten met verschillende achtergronden. De hypothese is dat de kwaliteit van de therapeutische alliantie lager is bij patiënten met een niet-westerse achtergrond in vergelijking tot patiënten met een westerse achtergrond.

## **Methode**

### *Respondenten*

Aan het onderzoek hebben patiënten meegedaan die in behandeling waren bij Stichting Centrum '45. Stichting Centrum '45 is het landelijk behandel- en expertisecentrum voor psychotrauma. Mensen worden hier behandeld die kampen met complexe psychotraumaklachten als gevolg van vervolging, oorlog en geweld.

Aan dit onderzoek hebben 325 patiënten deelgenomen. De patiënten waren afkomstig uit de poliklinische of dagklinische behandeling. Voor dit onderzoek golden inclusiecriteria. Het eerste inclusiecriterium hield in dat de patiënt minimaal vijf maanden in behandeling was bij Stichting Centrum '45. Het tweede inclusiecriterium was dat deze patiënten minimaal zes keer de Outcome Rating Scale (ORS) hebben ingevuld. Het laatste inclusiecriterium hield in dat minimaal zestig procent van de keren dat er een ORS is ingevuld ook de Session Rating Scale (SRS) of de Groups-Session Rating Scale (groeps-SRS) is ingevuld. In dit onderzoek voldeden 147 patiënten aan alle inclusiecriteria. De overige 178 patiënten zijn geëxcludeerd aangezien deze patiënten aan één of meerdere voorwaarden niet voldeden. Binnen de groep van geïnccludeerde patiënten waren 29 patiënten afkomstig uit de dagklinische setting geëxcludeerd vanwege een afwijkende procedure rondom de afname van de ORS en SRS. Binnen deze dagklinische groep is de SRS na elke sessie afgenomen in plaats van één keer aan het einde van de dag. Voor de analyse zijn uiteindelijk 118 patiënten geïnccludeerd waaronder 42 patiënten uit de polikliniek en 76 patiënten uit de dagkliniek. Van de 118

geïnccludeerde patiënten was 65.3% man en 34.7% vrouw. De leeftijd van de patiënten liep uiteen van 20 tot en met 73 jaar ( $M=50.04$ ,  $SD=9.68$ ).

Voor het tweede deel van dit onderzoek is het land van herkomst van de patiënten opgenomen. Bij Stichting Centrum '45 waren patiënten in behandeling met westerse en niet-westerse achtergrond. De groep met een westerse achtergrond bestond uit politiepersoneel, kinderen van Tweede Wereldoorlog slachtoffers (naoorlogse generatie) en veteranen. De groep met een niet-westerse achtergrond bestond uit vluchtelingen en asielzoekers. Van de 118 geïnccludeerde patiënten hadden 82 patiënten een westerse achtergrond en 34 patiënten een niet-westerse achtergrond. De overige 2 patiënten zijn geëxcludeerd vanwege de ontbrekende informatie over het land van herkomst.

### *Meetinstrumenten*

**Outcome Rating Scale (ORS).** De ORS meet het algemeen welbevinden van de patiënt (Miller, Duncan, Brown, Sparks & Claud, 2003). De ORS is ontworpen om het behandelverloop op het gebied van algemeen welbevinden van de patiënt te kunnen volgen gedurende de behandeling. De ORS bestaat uit vier visuele analoge schalen. Een visuele analoge schaal (VAS) is een psychometrisch meetinstrument die bestaat uit een lijnstuk met twee tegenovergestelde beweringen op een continuüm (Torrance, Feeny & Furlong, 2001). De ORS is vanuit het Engels vertaald in verschillende talen. Door het gebruik van verschillende vertalingen van de ORS is de vragenlijst bruikbaar voor verscheidende groepen (Hafkenscheid, Duncan & Miller, 2010). De eerste drie subschalen hebben betrekking op verschillende aspecten van het welbevinden van de patiënt, namelijk (1) individueel (*persoonlijk welzijn*), (2) relationeel (*familie, intieme vrienden*) en (3) sociaal welbevinden (*werk, opleiding, sociale contacten*). De functie van de vierde subschaal (4), “algeheel welbevinden”, is het evalueren van het algemeen dagelijks functioneren (Hafkenscheid et al., 2010).

De patiënt kreeg de opdracht om op elke visueel-analoge schaal een kruisje te zetten. Dit kruisje was een weergave van de ervaring van de patiënt welke betrekking heeft op het onderwerp bij de betreffende schaal. Elke lijn van de schaal was precies 10 centimeter lang. De score werd bepaald door de afstand vanaf de linkerkant met een liniaal op te meten, op de millimeter nauwkeurig ( $range= 0-10$ ). De scores op de vier subschalen werden bij elkaar opgeteld en vormden samen de totaalscore die het algemeen welbevinden weergaf. De totaalscore kon variëren van 0 tot 40. Hoe hoger de totaalscore, hoe beter het algemeen welbevinden (Crouzen, 2010).

Voor de interpretatie van de scores is er gebruik gemaakt van een cutoff score. De cutoff score gaf aan of de totaalscore van de patiënt in het klinische of niet-klinische bereik viel. Deze cutoff score voor volwassenen is vastgesteld op 25. Scores lager dan 25 vielen in het klinische bereik en scores die hoger dan 25 vielen in het niet-klinische bereik (Crouzen, 2010).

De betrouwbaarheid van de ORS is in de originele en vertaalde versies adequaat bevonden. De validiteit is voor beide versies van de ORS ietwat beperkter, maar van een respectabel niveau (Hafkenscheid, Duncan & Miller, 2010; Janse, Boezen-Hilberdink, van Dijk, Verbraak & Hutschemaekers, 2013; Miller et al., 2003).

**Session Rating Scale (SRS) en Groups-Session Rating Scale (Groeps-SRS).** De SRS en groeps-SRS meten de kwaliteit van de therapeutische alliantie (Duncan et al., 2003). De SRS en groeps-SRS zijn ontworpen om terugkoppeling te verkrijgen over het behandelgesprek of –programma van die dag en zodoende de therapeutische alliantie te verbeteren (Crouzen, 2010). Net zoals de ORS, zijn de (groeps-) SRS vertaald in verschillende talen waardoor de vragenlijsten bruikbaar zijn voor verscheidende groepen (Hafkenscheid et al., 2010). De (groeps-) SRS bevat vier visueel-analoge subschalen. Drie van de vier subschalen hebben betrekking op de hoofdelementen van therapeutische alliantie volgens Bordin (1979): (1) relatie (*Ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd door de behandelaar(s) en/of groep*), (2) doelen en onderwerpen (*Ik heb/We hebben gewerkt of gepraat over dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten*) en (3) aanpak en/of werkwijze (*De manier van werken van de behandelaar(s) en/of groep paste goed bij mij*). De vierde subschaal (4) bevat een algemene evaluatie over de sessie (in de poliklinische setting) of een algemene evaluatie over het behandelprogramma van die dag (in de dagklinische setting) (Hafkenscheid et al., 2010).

De (groeps-) SRS werkte op dezelfde manier als de ORS. De patiënt zette op elke visueel-analoge schaal een kruisje als weergave hoe de patiënt het behandelgesprek of –programma had ervaren. Elke lijn van de schaal was precies 10 centimeter lang. De score werd bepaald door de afstand vanaf de linkerzijde met een liniaal op te meten, op de millimeter nauwkeurig (*range*= 0-10). De scores op de vier subschalen werden bij elkaar opgeteld en vormden samen de totaalscore die de kwaliteit van de therapeutische alliantie weergaf. De totaalscore kon variëren van 0 tot 40. Een hogere totaalscore is geassocieerd met een hogere kwaliteit van de therapeutische alliantie (Crouzen, 2010).

De cutoff score op de (groeps-) SRS is vastgesteld op 36. De totaalscore op de (groeps-)SRS moet relatief hoog zijn (boven de 36) om de kwaliteit van de therapeutische

alliantie te beoordelen als redelijk tot goed. Dit heeft als reden dat patiënten vaak moeite hebben met het geven van negatieve feedback. Wanneer er onder de 36 wordt gescoord is er in meer of mindere mate sprake van negatieve feedback. (Crouzen, 2010).

De betrouwbaarheid en validiteit zijn adequaat te noemen voor de originele versie van de SRS (Duncan et al., 2003) en groeps-SRS (Quirk, Miller, Duncan & Owen, 2012). De betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse versie van de SRS zijn adequaat ondanks de bescheiden concurrent validiteit voor de subschalen van de SRS (Janse, Boezen-Hilberdink, van Dijk, Verbraak & Hutschemaekers, 2013).

### *Procedure*

Patiënten zijn door de therapeut uitgenodigd om mee te werken aan het invullen van ORS en SRS vragenlijsten gedurende de behandeling. De patiënten werden gevraagd om hun geïnformeerde toestemming te geven. Via een informerende brief aan de patiënten is uitleg gegeven over de procedure van de ORS en SRS. De ORS en SRS zijn afgenomen binnen de polikliniek en dagkliniek. Binnen de polikliniek is de ORS afgenomen tijdens het begin van elke sessie en de SRS is afgenomen aan het einde van elke sessie. Binnen de dagkliniek zijn de ORS en SRS niet aan het begin en einde van elke sessie afgenomen, maar tijdens de dagopening en dagafsluiting van de dagbehandeling. Dit verschil in procedure komt voort uit het feit dat de dagbehandeling bestaat uit meerdere sessies, bestaande uit verschillende therapievormen. De poliklinische behandeling bestaat echter uit één sessie. Daarnaast is binnen de dagkliniek de groeps-SRS afgenomen in plaats van de SRS. De reden om de groeps-SRS in te zetten in de dagkliniek is vanwege het feit dat veel behandelonderdelen in de dagklinische behandelsetting in een groep plaatsvinden. De stellingen die in de SRS worden vermeld hebben namelijk betrekking op de kwaliteit van de therapeutische alliantie over één sessie. De stellingen die in de groeps-SRS worden vermeld hebben echter betrekking op de kwaliteit van de therapeutische alliantie over meerdere sessies op één dag. Tabel 1 weergeeft een visueel overzicht van de beschreven procedure rondom de afname van de vragenlijsten.

Tabel 1

*Overzicht procedure van afname ORS, SRS en groeps-SRS binnen poli- en dagkliniek*

Setting	Afname vragenlijst
Polikliniek	
Begin sessie	ORS
Einde sessie	SRS
Dagkliniek	
Dagopening	ORS
Dagafsluiting	Groeps-SRS

De ORS en SRS formulieren zijn verzameld door onderzoekers van Stichting Centrum '45 en de gezette kruisjes zijn gemeten met een liniaal op de millimeter nauwkeurig. Vervolgens zijn de scores ingevuld in een speciaal ontwikkeld scoreformulier waarin de totaalscores zijn berekend. Een visueel overzicht van de totaalscores in de vorm van een grafiek liet het verloop van het algemeen welbevinden en de kwaliteit van de therapeutische alliantie tijdens de behandeling zien. De individuele scoreformulieren zijn omgezet tot een dataset met daarin alle gegevens.

Gedurende een periode tussen december 2011 en december 2013 is de ORS afgenomen tijdens 6 tot 47 sessies, met een gemiddelde van 21.48 sessies ( $SD=9.70$ ). Gedurende dezelfde periode is de SRS afgenomen tijdens 0 tot 42 sessies, met een gemiddelde van 17.58 sessies ( $SD=9.49$ ).

### *Design & analyses*

De eerste hypothese is getoetst door mixed design ANOVA met herhaalde metingen uit te voeren. Hiermee is gekeken of het behandelverloop op het gebied van algemeen welbevinden verschilt tussen patiënten die een hogere en lagere kwaliteit van de therapeutische alliantie ervaren. De afhankelijke variabele was het algemeen welbevinden en de onafhankelijke variabele therapeutische alliantie. Er zijn twee identieke analyses uitgevoerd; één analyse met patiënten afkomstig uit de polikliniek en één analyse met patiënten afkomstig uit de dagkliniek. Doordat in de dagkliniek de SRS is afgenomen na elke sessie binnen één dagbehandeling en in de polikliniek de SRS is afgenomen één keer per dag, waren de scores op de SRS niet vergelijkbaar tussen patiënten uit de polikliniek en de dagkliniek. Om deze reden zijn de patiënten uit de polikliniek en de dagkliniek niet worden samengevoegd in één analyse. Voor deze twee analyses zijn de ORS-totaalscores per patiënt

bekeken op twee verschillende momenten. De twee momenten bevatten ieder drie metingen. Het eerste moment bevatte de eerste drie metingen en het tweede moment bevatte de laatste drie metingen. Het algemeen welbevinden voor respectievelijk het eerste en tweede moment is berekend door de gemiddelde ORS-totaalscores op de drie eerste en laatste metingen te nemen. Tevens zijn de gemiddelde SRS-totaalscores per patiënt bekeken. De gemiddelde SRS-totaalscores zijn berekend door de som van de SRS-totaalscores per patiënt te delen door het aantal keren dat de SRS is ingevuld. Aansluitend waren de patiënten verdeeld in twee groepen, namelijk patiënten met een hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie en patiënten met een lage kwaliteit van de therapeutische alliantie. Deze twee groepen zijn verdeeld op basis van de mediaansplit waarin patiënten die hoger dan de mediaan (polikliniek: Med= 35.6; dagkliniek: Med=27.95) scoorden in de groep met de hoge therapeutische alliantie kwamen en patiënten die lager dan de mediaan scoorden in de groep met de lage therapeutische alliantie.

De tweede hypothese is getoetst door een ANOVA uit te voeren. Hiermee is onderzocht of de kwaliteit van de therapeutische alliantie verschilt tussen patiënten met een westerse achtergrond in vergelijking tot patiënten met een niet-westerse achtergrond. De afhankelijke variabele was therapeutische alliantie en de onafhankelijke variabele de achtergrond van de patiënt onderverdeeld in twee groepen, namelijk patiënten afkomstig uit westerse culturen en patiënten afkomstig uit niet-westerse culturen. De analyse is twee keer uitgevoerd voor zowel de polikliniek als de dagkliniek. Doordat de SRS is meegenomen in de analyse is er per setting een analyse uitgevoerd door het verschil in behandelsettings in het aantal keren afnemen van de SRS op één dag. Voor de twee groepen zijn de gemiddelde SRS-totaalscores per patiënt berekend door de som van de individuele SRS-totaalscores te delen door het aantal keren dat de patiënt de SRS heeft ingevuld. Bij deze analyse was het van belang dat er geen onderlinge samenhang bestond tussen het aantal ingevulde SRS formulieren en de kwaliteit van de therapeutische alliantie. Indien hier sprake van was, kon dit een verkeerd beeld scheppen doordat tijd een rol speelde die in de analyse niet is meegenomen. Een Pearson correlatie analyse is uitgevoerd om de samenhang tussen de ingevulde SRS formulieren en de kwaliteit van de therapeutische alliantie te bekijken. Er is binnen de polikliniek en dagkliniek geen significante correlatie gevonden tussen het aantal ingevulde SRS formulieren en de kwaliteit van de therapeutische alliantie (polikliniek:  $r(42)=-0.05$ ,  $p=.793$ ; dagkliniek:  $r(76)=0.12$ ,  $p=.340$ ). Hieruit bleek dat de kwaliteit van de therapeutische alliantie niet samenhang met het aantal ingevulde SRS formulieren en vice versa.

## Resultaten

### 1. Invloed van de kwaliteit van de therapeutische alliantie op algemeen welbevinden

In het eerste gedeelte van het onderzoek is de invloed van de kwaliteit van de therapeutische alliantie op het verloop van algemeen welbevinden onderzocht middels een mixed design ANOVA met herhaalde metingen. De analyse is uitgesplitst naar poli- en dagkliniek. Zowel in de poliklinische als in de dagklinische setting waren aan de assumpties van ANOVA voldaan, namelijk normaliteit van het algemeen welbevinden en homogeniteit van varianties.

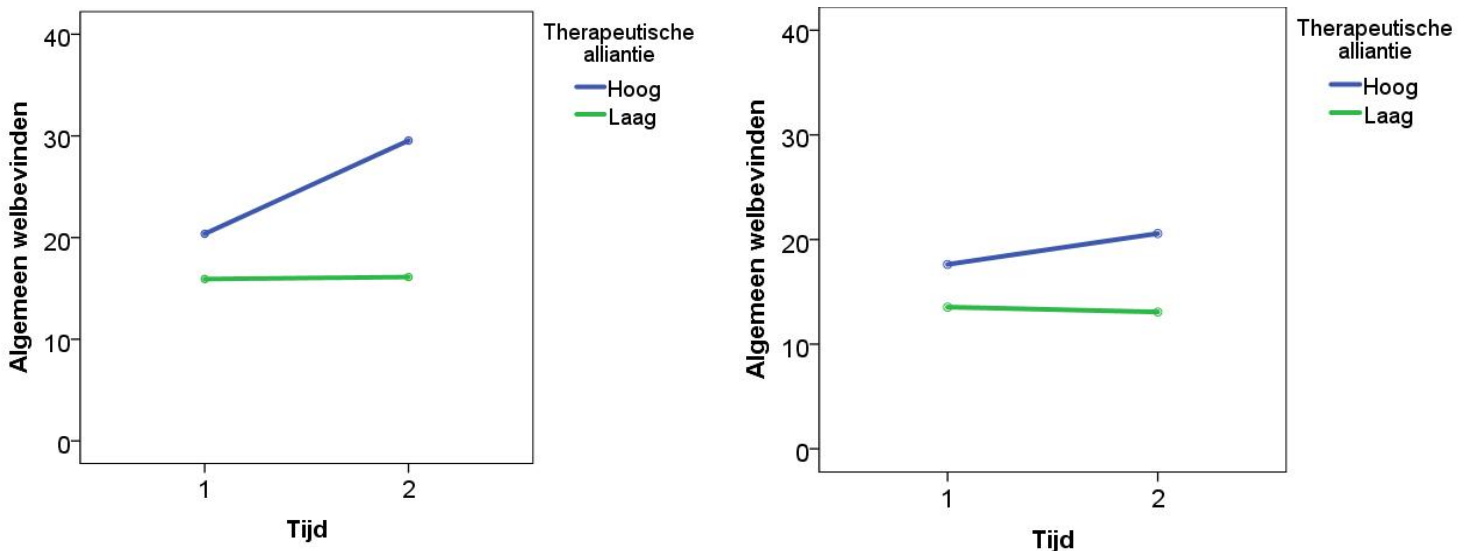
Er is gekeken naar de verandering in het algemeen welbevinden gedurende behandeling. In de poliklinische setting steeg het algemeen welbevinden van patiënten gemiddeld van 17.26 ( $SD=8.70$ ) op het eerste meetmoment naar 20.14 ( $SD=10.52$ ) op het tweede meetmoment. Er was een stijgende toename van het algemeen welbevinden tussen het eerste en tweede meetmoment ( $F(1, 29)=4.21, p=.049$ ). Het algemeen welbevinden van patiënten uit de dagkliniek steeg gemiddeld van 14.96 ( $SD=7.16$ ) op het eerste meetmoment naar 16.35 ( $SD=9.75$ ) op het tweede meetmoment. Deze toename van het algemeen welbevinden was echter niet significant ( $F(1, 69)=2.28, p=.136$ ).

Vervolgens is er gekeken naar het algemeen welbevinden gedurende de behandeling tussen twee groepen. Deze twee groepen bestond uit een groep patiënten met een relatief hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie en een groep patiënten met een relatief lage kwaliteit van de therapeutische alliantie. In de poliklinische setting was het effect van de kwaliteit van de therapeutische alliantie op het algemeen welbevinden gedurende de behandeling significant ( $F(1, 28)=11.67, p=.002$ ). In Figuur 1 is te zien dat gedurende de behandeling, in de poliklinische setting patiënten met een relatief hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie verbeterde in algemeen welbevinden. Patiënten met een relatief lage kwaliteit van de therapeutische alliantie bleven stabiel in het algemeen welbevinden. In de dagklinische setting was hetzelfde patroon te zien. Echter, in de dagklinische setting was het effect niet significant ( $F(1, 68)=2.25, p=.117$ ). Patiënten uit de dagkliniek die een hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie ervoeren, lieten een geringere toename in het algemeen welbevinden gedurende behandeling zien ten opzichte van patiënten uit de polikliniek die tevens een hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie ervoeren (zie Figuur 1 en 2).

Gezien de resultaten, dat de sterkte van de invloed van de kwaliteit van de therapeutische alliantie op het algemeen welbevinden verschilt tussen de behandelsettings, is gekeken of de afkomst van patiënten een verklaring hiervoor kon bieden. De verhouding



tussen patiënten met een westerse en niet-westerse achtergrond was ongelijk binnen de behandelsettingen. In beide behandelsettingen waren relatief meer patiënten met een westerse achtergrond dan patiënten met een niet-westerse achtergrond aanwezig. Om na te gaan of de effecten verklaard konden worden door de afkomst van de patiënten is er een mixed design ANOVA met herhaalde metingen uitgevoerd. Deze analyse werd tevens uitgesplitst naar poli- en dagkliniek. In beide settingen kon de afkomst van de patiënten de invloed van de kwaliteit van de therapeutische alliantie op het algemeen welbevinden gedurende behandeling niet verklaren (polikliniek:  $F(1, 26)=8.44, p=.366$ ; dagkliniek:  $F(1, 60)=0.27, p=.605$ ). Dit betekende dat in beide behandelsettingen zowel patiënten met een niet-westerse als westerse achtergrond dezelfde patronen lieten zien in het effect van de kwaliteit van de therapeutische alliantie op het algemeen welbevinden gedurende behandeling.



Figuur 1 & 2. Verandering in algemeen welbevinden gedurende behandeling. De figuren laten deze verandering zien voor twee groepen patiënten: patiënten met een lage en hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie. Figuur 1 heeft betrekking op patiënten uit de polikliniek en Figuur 2 op patiënten uit de dagkliniek.

## 2. Kwaliteit van therapeutische alliantie bij patiënten met verschillende achtergronden

In het tweede gedeelte van het onderzoek is onderzocht of de kwaliteit van de therapeutische alliantie verschilde voor patiënten met een westerse en niet-westerse achtergrond in de poliklinische setting middels ANOVA. In Tabel 2 is te zien dat de gemiddelde kwaliteit van de therapeutische alliantie in de poliklinische setting vergelijkbaar was tussen deze twee groepen patiënten ( $F(1, 33)=0.01, p=.934$ ). Echter, in de dagklinische setting was er een significant verschil te zien in kwaliteit van de therapeutische alliantie tussen patiënten met een

westerse achtergrond en een niet-westerse achtergrond ( $F(1, 67)=29.77, p<.001$ ). Patiënten met een niet-westerse achtergrond lieten gemiddeld een lagere kwaliteit van de therapeutische alliantie zien in vergelijking tot patiënten met een niet-westerse achtergrond (zie Tabel 2).

Tabel 2

*Beschrijvende statistieken van kwaliteit van de therapeutische alliantie voor patiënten met een westerse en niet-westerse achtergrond uitgesplitst naar poli- en dagkliniek*

Setting	Bereik van de schaal	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Minimum	Maximum
Polikliniek						
Westers	0-40	25	33.41	6.07	19.36	39.33
Niet-westers	0-40	10	33.23	5.21	24.87	39.19
Dagkliniek						
Westers	0-40	49	29.78	5.79	17.45	39.63
Niet-westers	0-40	20	19.79	9.13	3.13	35.18

## Discussie

Verscheidende onderzoeken onderstrepen de kwaliteit van de therapeutische alliantie als een belangrijke factor in het voorspellen van behandeluitkomsten voor verschillende stoornissen, waaronder PTSS (Anker et al., 2010; Barber et al., 2000; Cloitre et al., 2004; Orlinsky et al., 2004). In deze studie is onderzocht of dit eveneens het geval was bij complex getraumatiseerde patiënten. Daarnaast had deze studie als doel de ervaren kwaliteit van therapeutische alliantie te vergelijken tussen getraumatiseerde patiënten met verschillende culturele achtergronden. Culturele factoren lijken immers een rol te spelen in de verwachting over de rolverdeling tussen therapeut en patiënt (Veeninga & Hafkenscheid, 2004).

Het eerste gedeelte van dit onderzoek onderzocht de invloed van de kwaliteit van de therapeutische alliantie op het algemeen welbevinden gedurende de behandeling. Dit is bekeken per behandelsetting vanwege de verschillende afnameprocedures van de vragenlijsten. In de poliklinische setting verbeterde gemiddeld het algemeen welbevinden van patiënten tijdens het behandelverloop significant. De kwaliteit van de therapeutische alliantie had hier invloed op. De groep patiënten die een relatief hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie ervoeren, lieten een verbetering zien op het algemeen welbevinden gedurende de behandeling. Deze verbetering op algemeen welbevinden was niet terug te zien onder

patiënten met een relatief lage kwaliteit van de therapeutische alliantie. In de dagklinische setting lieten patiënten gemiddeld geen betekenisvolle verandering zien op het algemeen welbevinden. Ondanks de geringe toename van het welbevinden was dezelfde trend als in de poliklinische setting te zien op de invloed van de kwaliteit van de therapeutische alliantie op het welbevinden gedurende de behandeling. Echter, de trend was niet significant.

Deze resultaten impliceren dat patiënten uit de poliklinische setting verschillen van patiënten uit de dagklinische setting zowel in de bevindingen met betrekking tot het effect van algemeen welbevinden gedurende de behandeling, als in de bevindingen met betrekking tot de invloed van de kwaliteit van de therapeutische alliantie op het algemeen welbevinden gedurende de behandeling. Echter, de culturele achtergrond van patiënten bleek geen verklaring te bieden voor het verschil in bevindingen.

Het tweede gedeelte van dit onderzoek vergeleek de kwaliteit van de therapeutische alliantie tussen getraumatiseerde patiënten met een westerse en niet-westerse achtergrond. In de poliklinische setting was de kwaliteit van de therapeutische alliantie vergelijkbaar tussen de groepen patiënten. In de dagklinische setting was de kwaliteit van de therapeutische alliantie significant lager bij patiënten met een niet-westerse achtergrond in vergelijking met patiënten met een westerse achtergrond.

De resultaten van dit onderzoek impliceren dat het algemeen welbevinden gedurende de behandeling van getraumatiseerde patiënten uitsluitend significant verbetert in een poliklinische setting. In tegenstelling tot de verwachting is deze verbetering niet terug te zien onder patiënten in een dagklinische setting. Dit verschil in resultaat tussen de behandelsettings is mogelijk te verklaren door verschillende doelgroepen in de behandelsettings. Typierend voor de dagklinische setting is het grote aantal vluchtelingen en asielzoekers, anders dan voor de poliklinische setting. Het is in de literatuur bekend dat onder vluchtelingen en asielzoekers veelal geringe veranderingen optreden gedurende de behandeling (Boehnlein et al., 2004; Carlsson, Olsen, Kastrup & Mortensen, 2010). Het is mogelijk dat dit eveneens geldt op het gebied van algemeen welbevinden. De complexe en lang aanhoudende klachten die vluchtelingen en asielzoekers doorgaans ondervinden als gevolg van post-migratiefactoren (Mooren & Braakman, 2012), dragen wellicht bij aan het uitblijven van verandering in het algemeen welbevinden gedurende de behandeling.

Tevens impliceren de resultaten, in overeenstemming met de verwachting, dat de kwaliteit van de therapeutische alliantie invloed heeft op het behandelverloop met betrekking tot het gebied van het algemeen welbevinden. De resultaten bevestigen eerder onderzoek, die therapeutische alliantie zien als een belangrijke factor in behandelingsuitkomsten (Anker et

al., 2010; Orlinsky et al., 2004). Het ervaren van de werkrelatie als affectief en samenwerkend benadrukt men steeds weer als belangrijke factor om vooruitgang te boeken in de therapie, ongeacht het therapiemodel (Martin et al., 2000). Deze resultaten impliceren het belang van het continu monitoren van de therapeutische alliantie tijdens de behandeling om een hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie te bewaken. Proces gerichte meetinstrumenten zoals de SRS kunnen daarbij helpen. Ondanks dat dit effect sterker is onder patiënten uit de poliklinische setting, is dit effect eveneens terug te zien onder patiënten uit de dagklinische setting. Patiënten uit de dagkliniek zijn veelal vluchtelingen en asielzoekers waar, zoals eerder vermeld, uitblijvende veranderingen in behandeluitkomsten geen uitzondering zijn (Boehnlein et al., 2004; Carlsson et al., 2010). Dit verklaart wellicht de geringe invloed van de therapeutische alliantie op het behandelverloop in de dagklinische setting. Echter, opvallend is dat in de poliklinische setting vluchtelingen en asielzoekers wel degelijk veranderingen in behandeluitkomsten laten zien. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of de invloed van de doelgroep en behandelsetting op de therapeutische alliantie werkelijk met elkaar verband houden.

De resultaten van het tweede gedeelte van dit onderzoek impliceren dat in de dagkliniek de kwaliteit van de therapeutische alliantie lager wordt beoordeeld door patiënten met een niet-westerse achtergrond in vergelijking met patiënten met een westerse achtergrond. Dit is gedeeltelijk in overeenstemming met de verwachting. Cultuurbarrières die optreden tussen therapeut en patiënt als gevolg van verschillende culturele achtergronden verklaren wellicht de lagere kwaliteit van de therapeutische alliantie in de dagklinische setting. Patiënten met niet-westerse culturele achtergronden komen veelal uit landen waar psychotherapie een onbekend begrip is of waar de rolverdeling binnen therapieën verschilt met de westerse rolverdeling (Hafkenscheid, 2004; Schonfield-Ringel, 2001). Tevens kunnen taalbarrières en culturele verschillen obstakels vormen in de relatie tussen de therapeut en patiënt die het moeilijk maken om zich vrij uit te drukken (Hafkenscheid, 2004). Deze factoren kunnen het opbouwen van een affectieve relatie tussen therapeut en patiënt belemmeren. Echter, in tegenstelling tot de verwachting, is het verschil in kwaliteit van de therapeutische alliantie onder patiënten met verschillende culturele achtergronden uitsluitend aanwezig in de dagklinische setting. Dit is wellicht te verklaren door het verschil in behandelsetting. In de poliklinische setting is sprake van een één op één relatie met de therapeut waardoor mogelijk obstakels in het opbouwen van een affectieve band snel te herkennen en eenvoudig te bespreken zijn (Yalom, 2002) in tegenstelling tot de dagklinische setting waar behandeling plaatsvindt in een groep.

### *Sterke punten & limitaties*

Dit onderzoek is onderscheidend van andere onderzoeken aangaande therapeutische alliantie door het opnemen van algemeen welbevinden als behandeluitkomst. Onderzoeken nemen veelal symptoomreductie als behandeluitkomst mee, zoals bijvoorbeeld het geval is in de onderzoeken van Barber et al. (2000) en Ormhaug et al. (2013). Het nadeel hiervan is indien patiënten geen symptoomreductie vertonen, het de schijn heeft van uitblijvende veranderingen in behandeluitkomsten. Echter, onderzoek van Schut & Stroebe (2005) laat zien dat wanneer geen symptoomreductie optreedt onder patiënten, wel degelijk een stijging in het algemeen welbevinden kan optreden. Door te focussen op algemeen welbevinden komen veranderingen in behandeluitkomsten ondanks de mogelijke uitblijving van symptoomreductie naar voren en vice versa.

Daarnaast is het meenemen van de ervaring van de patiënt betreffende de therapeutische alliantie in het onderzoek een sterk punt. Patiëntwaarderingen blijken betere voorspellers van behandeluitkomsten te zijn dan therapeutwaarderingen. De beleving van de therapeut ten aanzien van de therapeutische alliantie kan verschillen met de beleving van de patiënt. Therapeutwaarderingen meenemen in onderzoek geeft daardoor geen zekerheid over de werkelijke beleving van de patiënt betreffende de therapeutische alliantie (Bachelor & Horvath, 1999).

Tevens is het afnemen van de vragenlijsten tijdens iedere (groeps)sessie gedurende een behandelperiode een pluspunt. Bij deze methode wordt direct feedback in de behandeling gebracht in tegenstelling tot bij andere routine outcome monitoring (ROM) meetinstrumenten. Hierdoor ontstaat bij de therapeut de mogelijkheid om gericht zijn/haar eigen handelen bij te sturen en stagnaties in de werkrelatie met de patiënt tijdig te herkennen (Crouzen, 2010).

Het onderzoek kent tevens een aantal limitaties. Ten eerste is niet vanaf de start van de behandeling metingen over het algemeen welbevinden en therapeutische alliantie bij patiënten afgenomen. Om die reden is het beginniveau van het algemeen welbevinden onbekend en kunnen er minder harde conclusies worden getrokken over het behandelverloop. Vervolgonderzoek met metingen over het algemeen welbevinden vanaf de start van de behandeling zal meer informatie geven over de invloed van de kwaliteit van de therapeutische alliantie op het behandelverloop.

Ten tweede zijn patiënten in de poliklinische setting niet willekeurig geselecteerd voor dit onderzoek. Therapeuten namen zelf de beslissing welke patiënten werden benaderd voor het invullen van de vragenlijsten. Onbewuste voorkeuren voor patiënten bij het selecteren van patiënten kan een rol hebben gespeeld. Dit kan leiden tot een te rooskleurig of te negatief

beeld over de invloed van de kwaliteit van de therapeutische alliantie op het behandelverloop. Daardoor moet enige voorzichtigheid betracht worden met de generalisatie van de resultaten naar grote groepen getraumatiseerde patiënten.

Ten derde is in dit onderzoek niet gemeten of de patiënten voldeden aan de voorwaarden van complexe PTSS. Bovendien is er tot nu toe nog geen consensus over het begrip complexe PTSS (McDonnel et al., 2012). Vervolgonderzoek naar complexe PTSS is nodig om meer duidelijkheid te scheppen over de inhoud van het begrip.

Als laatste is op te merken dat er voor de analyses twee tijdstippen zijn bekeken en niet meerdere tijdstippen tijdens de behandeling. Om volledig inzicht te krijgen en een genuanceerder beeld te vormen over de relatie tussen therapeutische alliantie en behandeluitkomsten is de aanbeveling om ten minste vier tijdstippen mee te nemen in de analyse (Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz & Gallop, 2011). In dit onderzoek is echter gekozen om per meetmoment het gemiddelde van drie metingen rondom een meetmoment te nemen. Aangezien de kwaliteit van de therapeutische alliantie kan veranderen van sessie tot sessie wordt er op deze manier een betrouwbaarder beeld van de kwaliteit van de therapeutische alliantie geschetst, dan wanneer er één meting per meetmoment wordt meegenomen in de analyse. Door deze afweging waren er te weinig metingen om een derde meetmoment bij de analyse te betrekken.

### *Klinische implicaties*

Dit onderzoek benadrukt het belang van implementeren van proces gerichte meetinstrumenten die de therapeutische alliantie monitoren in de klinische praktijk. Ondanks de huidige (half)jaarlijkse afnamen van routine outcome monitoring (ROM) instrumenten in de geestelijke gezondheidszorg, is deze methode onderscheidend door de directe, systematische feedback. Door de directe, systematische feedback worden stagnaties in de werkrelatie tussen therapeut en patiënt bijtijds inzichtelijk gemaakt. Op deze manier stelt het de therapeut in staat om in gesprek te gaan met de patiënt over de ondervonden stagnaties en tijdig bij te sturen in het behandelproces. Om de kwaliteit van de therapeutische alliantie te verbeteren is het essentieel dat de werkrelatie weer wordt ervaren als samenwerkend en affectief (Willemse & Hafkenscheid, 2009). Zodanig zorgt het meenemen van directe, systematische feedback over de ervaringen van patiënt en therapeut, ongeacht het therapiemodel, voor het vergroten van de effectiviteit van de behandeling.

Verder lijkt het zinvol om individuele therapie als voorkeur aan te bieden aan patiënten die afkomstig zijn uit niet-westerse landen. Gezien de bevindingen dat uitsluitend

patiënten met een niet-westerse achtergrond uit de dagklinische setting een lagere kwaliteit van de therapeutische alliantie ervaren ten opzichte van de patiënten met een westerse achtergrond, lijkt groepstherapie minder effectief bij deze populatie. Derhalve is de aanbeveling om deze groep patiënten poliklinisch te behandelen.

### *Conclusie*

De bevindingen bevestigen dat de kwaliteit van de therapeutische alliantie een belangrijke voorspeller is voor het behandelverloop op het gebied van algemeen welbevinden onder complex getraumatiseerde patiënten. Door gebruik te maken van systematische monitoring in combinatie met directe feedback, stelt het de therapeut in staat om stagnaties tijdig te herkennen en om zijn eigen handelen gericht bij te sturen om een hoge kwaliteit van de therapeutische alliantie te bewaken. Dit zal leiden tot een verbetering van de effectiviteit van de behandeling. Tevens toont dit onderzoek de uitsluitend relatief lage kwaliteit van de therapeutische alliantie in de dagkliniek aan onder patiënten met een niet-westerse achtergrond ten opzichte van patiënten met een westerse achtergrond. Dit suggereert dat groepstherapie minder effectief is onder deze groep patiënten waardoor individuele therapie de voorkeur verdient. Vervolgonderzoek is nodig om deze overweging nader te bekijken.

## Referenties

- American Psychiatric Association (2001). DSM-IV-TR: Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria. Nederlandse vertaling. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Anker, M.G., Owen, J., Duncan, B.L., & Sparks, J.A. (2010). The alliance in couple therapy: Partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 635-645.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (Eds.). *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp.239-266). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 190*, 97-104.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapie: theory, research and practice, 16* (3), 252-260.
- Barber, J.P., Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology, 68* (6), 1027-1032.
- Boehnlein, J. K., Kinsie, J. D., Sekiya, U., Riley, C., Pou, K., & Rosborough, B. (2004). A ten-year treatment outcome study of traumatized cambodian refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*, 658-663.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy of PTSD. *Am J Psychiatry, 162*, 214-227.
- Broers, E., Eland, A. (2000). *Verslaafd, allochtoon en drop-out. Vroegtijdig vertrek van allochtone verslaafden uit de intramurale verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Carlsson, J.M., Olsen, D.R., Kastrup, M., & Mortensen, E.L. (2010). Late mental health changes in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 824-828.
- Cloitre, M.K., Stovall-McClough, C., Miranda, R., & Chemtob, C.M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72* (3), 411-416.



- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 267–278.
- Crouzen, M. (2010). *Handleiding voor Client Directed Outcome Informed (CDOI)*. Geraadpleegd op 24 oktober 2013 via <http://www.oplossingsgericht.nu/assets/Uploads/Documenten/CDOI-handleiding-Crouzen-September-2010.pdf>
- Dijk, R. van (2010). De culturele kleur van de GGZ in Nederland. In J.T.V.M. de Jong, & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 229-245). Utrecht: De Tijdstroom.
- Drozdek, B. (2007). The rebirth of contextual thinking in psychotraumatology. In B. Drozdek, & J.P. Wilson (Eds.). *Voices of trauma: Treating survivors across cultures* (pp. 1-19). New York: Springer Science.
- Duncan, B. L., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J. & Johnson, L. D. (2003). The session rating scale: preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy, 3*, 3-12.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review 28*, 1167-1187.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D., & Horvath, A.O. (2011). How Central Is the Alliance in Psychotherapy? A Multilevel Longitudinal Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 10-17.
- Hofstede, G. (1991). *Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen*. Amsterdam: Uitgeverij Contact.
- Ghane, S. (2011). *Illness attributions among ethnic minorities: Assessment and clinical relevance*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Hafkenscheid, A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2010). The Outcome and Session Rating Scales: A cross-cultural examination of the psychometric properties of the Dutch translation. *Journal of Brief Therapy, 7*, 1-12.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New-York: Basic Books.
- Horvath, A. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory, *Psychotherapy Research, 15*, 3-7.
- Janse P., Boezen-Hilberdink, L., van Dijk, M.K., Verbraak, M.J.P.M. & Hutschemaekers, G.J.M. (2013). Measuring feedback from clients: the psychometric properties of the

- Dutch Outcome Rating Scale and Session Rating Scale. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Jong, K. de (2012). *A chance for change: Building an outcome monitoring feedback system for outpatient mental health care* (Proefschrift Universiteit Leiden, Nederland). Verkregen via <http://hdl.handle.net/1887/18691>.
- Keller, S.M., Zoellner, L.A., & Feeny, N.C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual abuse history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78* (6), 974-979.
- Knipscheer, J.W., & Kleber, R.J. (2005). Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, hulpbehoeften en waardering van zorg. *Tijdschrift voor psychiatrie, 27* (11), 753-759.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B., & Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 159–172.
- Laska, K.M., Smith, T.L, Wislocki, A.P., & Wampold B.E. (2013). Uniformity of evidence-based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive processing therapy of PTSD. *Journal of Counseling Psychology, 60* (1), 31-41.
- Lueger, R.J., Howard, K.I., Martinovich, Z., Lutz, W., Anderson, E.E., & Grissom, G. (2001). Assessing treatment progress of individual patients using expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 150–158.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, K.M.(2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (3), 438-350.
- McDonnel, M., Robjant, K., & Katona, C. (2012). Complex posttraumatic stress disorder and survivors of human rights violations. *Current Opinion Psychiatry, 26*, 1-6.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sparks, J. & Claud, D. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy, 2*, 91-100.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H., & Willutski, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: John Wiley & Sons.
- Ormhaug, S.M., Jensen, T.K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S.R. (2013). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. Online publicatie.

- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta- analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (1), 52-73.
- Quirk, K., Miller, S., Duncan, B. & Owen, J. (2012). Group Session Rating Scale: preliminary psychometrics in substance abuse group interventions. *Counselling and Psychotherapy Research*.
- Reese, R.J., Norsworthy, L.A., & Rowlands, S.R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy theory, research, practice, training*, 46 (4). 418-431.
- Sapyta, J. (2004). *The effects of provision of information on client status toward clinician behavior and outcome: A meta-analysis*. Manuscript submitted for publication.
- Schut, H., & Stroebe, M.S. (2005). Interventions to Enhance Adaptation to Bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (1), 140-147.
- Shonfeld-Ringel, S. (2001). A re-conceptualization of the working alliance in cross-cultural practice with non-western clients: Integrating relational perspectives and multicultural theories. *Clinical Social Work Journal*, 29, 53-63.
- Stinckens, N., Verdrue, H., & Leijssen, M. (2010). Monitoring als therapeutisch instrument: Bruggen slaan tussen klinische praktijk en onderzoek. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 40 (1), 11-24.
- Stöfösel, M., & Mooren, T. (2010). *Complex trauma. Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Torrance, G.W., Feeny, D., & Furlong, W. (2001). Visual Analog Scales: Do they have a role in the measurement of preferences for health states? *Medical Decision Making*, 21 (4), 329-334.
- Veeninga, A.T. & Hafkenscheid, A.J.P.M. (2004). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van de psychotherapie: voorspellers van drop-out? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30 (3), 187-195.
- Willemsse, Y., & Hafkenscheid, A. (2009). Stagnaties in de therapeutische alliantie signaleren en repareren. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35 (5), 342-357.
- Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors*, 38, 2187-2195.
- Yalom, I.D. (2002). *The gift of therapy: an open letter to the new generation of therapists and their patients*. New York: HarperCollins Publishers.

Yperen, T.A. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*.  
Utrecht: NIZW.