

VERLOOP VAN WELBEVINDEN IN DE TIJD BINNEN PSYCHOTHERAPIE MET THERAPEUTISCHE RELATIE ALS BEINVLOEDENDE FACTOR

Abstract: In deze studie is het verloop van welbevinden in de tijd binnen psychotherapie onderzocht, waarbij ook gebruik is gemaakt van de therapeutische relatie als beïnvloedende factor. Er waren twee onderzoeksvragen die betrekking hadden op het verloop van welbevinden. Ten eerste werd onderzocht of de meeste verandering in welbevinden vroeger dan later in de behandeling plaatsvindt. Ten tweede werd gekeken naar het verschil tussen een klinisch en een niet-klinisch niveau van welbevinden. Explorerende data-analyses brachten enkele significante resultaten naar voren. De belangrijkste was dat het welbevinden gemeten door de Outcome Rating Scale de meeste verandering tijdens de eerste drie sessies binnen de behandeling liet zien. Deze studie geeft een aanzet voor meer uitgebreid vervolgonderzoek.

Abstract: This study investigated the course of well-being during psychotherapy along time, the therapeutic alliance was also used as a factor of influence. There were two questions that were related to the course of well-being. First there was investigated whether the majority of change in well-being happened sooner rather than later during treatment. Second the investigation pointed to the difference between a clinical and a non-clinical level of well-being. Exploratory data analyses revealed some significant results. The most important one was that well-being assessed by the Outcome Rating Scale showed the majority of change during the first three sessions of treatment. This study stimulates the need to investigate the course of well-being during treatment further using more elaborative studies.

Steven Goudsbloem, 3080773

Begeleidend docent: drs. Sibe Doosje

Klinische en Gezondheidspsychologie

Faculteit Sociale Wetenschappen

Universiteit Utrecht



Universiteit Utrecht

INLEIDING

In deze studie ligt de focus op de verandering van welbevinden en de invloed van de ervaren therapeutische relatie daarop in de tijd van een behandeling. Deze factoren krijgen niet altijd de aandacht die wel verwacht kan worden. Deze studie wil bijdragen aan de kennis over deze factoren en graag het belang van deze factoren aantonen. De reden voor dit onderzoek is dat binnen psychotherapie een grote nadruk gelegd wordt op technieken en methoden. Terwijl uit onderzoek blijkt dat deze maar 15 procent van de variantie van de uitkomst beïnvloeden, terwijl cliënt- en therapeutische factoren en de therapeutische relatie beduidend meer invloed hebben op verandering van welbevinden, respectievelijk 40 en 30 procent (Assay & Lambert, 1999).

In de literatuur is over het verloop van welbevinden en de ervaren therapeutische relatie menig studie te vinden. Een studie die een duidelijk resultaat naar voren brengt is de overzichtsstudie van Wampold (2001). Hij stelde dat 87 procent van de verandering in welbevinden door factoren worden veroorzaakt die buiten de bepaalde therapievorm vallen. Hierdoor blijft er maar 13 procent over voor de impact van therapie zelf. Uit hetzelfde onderzoek blijkt ook dat 54 procent van de impact van therapie verklaard kan worden door de ervaren therapeutische relatie.

De verandering in welbevinden is in studies vaak onderzocht met als doel om een bepaald verloop te vinden die psychotherapeuten kennis kan verschaffen waardoor ze slagvaardiger kunnen reageren tijdens een behandeling. Deze studies tonen aan dat het algemene traject van verandering in succesvolle therapie zeer goed te voorspellen is. De meeste verandering vindt eerder vroeger dan later in de behandeling plaats (Brown, Dreis, & Nace, 1999; Hansen & Lambert, 2003; Haas, Hill, Lambert, & Morrel, 2002; Howard, Moras, Brill, Martinovich, & Lutz, 1996; Whipple, et al., 2003). In hun nu klassieke artikel over de dose-effect relatie vonden Howard, Kopte, Krause en Orlinsky (1986) dat 60 tot 65 procent van de mensen een significante positieve verandering ervoeren binnen de eerste zeven sessies.

De ervaring van belangrijke verandering door de cliënt in de eerste paar sessies werd ook al gebruikt om te voorspellen of een bepaalde verbintenis tussen cliënt en therapeut of behandelingsstelsel zou resulteren in een succesvolle uitkomst (Haas, et al., 2002; Lambert, et al., 2001). Zo is gevonden dat een afwezigheid van vroege vooruitgang in het welbevinden van de cliënt de kansen verlaagde op symptomenverlichting en op gezond functioneren aan het einde van de behandeling (Howard, Lueger, Maling en Martinovich, 1993). In een studie onder meer dan tweeduizend therapeuten en duizenden cliënten is gevonden dat als er geen

verbetering in de therapeutische relaties plaatsvond tot de derde sessie er gemiddeld over de gehele behandeling geen vooruitgang geboekt werd (Brown et al., 1999).

In het onderzoek naar de vooruitgang van de cliënt tijdens de behandeling wordt ook een belangrijke rol toebedeeld aan de ervaren therapeutische relatie. Uit onderzoek blijkt herhaaldelijk dat een positieve therapeutische relatie een van de beste voorspellers is voor de uitkomst (Horvath & Symonds, 1991). In een onderzoek van Krupnick et al. (1996) werd het verband tussen de ervaren therapeutische relatie en uitkomst van de behandeling onderzocht. Hieruit kwam niet alleen naar voren dat er een significant verband aanwezig was bij de theoretisch en praktisch verschillende psychotherapieën, maar dat dit verband ook aanwezig was bij de actieve en placebo farmacotherapie condities.

Gezien de beschreven studies die het belang aangeven van het verloop van welbevinden van de cliënt en de ervaren therapeutische relatie is het interessant om te zien hoe deze kennis in de praktijk toegepast kan worden. Een ander punt is dat alle benaderingen voor psychotherapieën niet veel verschillen wat betreft uitkomst, en techniek in het niet valt in tegenstelling tot cliënt- en relatiefactoren. Dit maakt het aannemelijk om de cliënt in het middelpunt van het behandelingsproces te zetten en de richting aan het veranderingsproces te laten bepalen (Duncan, Solovey, & Rusk, 1992). De manier waarop dat gedaan kan worden is aan de hand van behandelingsfeedback. Door het monitoren van de verandering in welbevinden en het waardeoordeel van de therapeutische relatie kan de cliënt gebruikt worden om het veranderingsproces op de juiste manier te stimuleren.

Om te onderzoeken hoe de Nederlandse praktijk standhoudt met de cliënt als persoon die richting geeft aan de behandeling wordt in deze studie verkennend gekeken naar het verband tussen het algemeen welbevinden van de cliënt en de ervaren therapeutische relatie.

De eerste belangrijke vraag is hoe het verloop is van het welbevinden van de cliënt tijdens de behandeling. De vraag die gesteld wordt is; is het zo dat in het begin van de behandeling de grootste sprong in algemeen welbevinden te zien is? En heeft de ervaren therapeutische relatie hierop invloed?

Verder is het interessant om te onderzoeken of er een verschil in verloop is tussen een klinisch en een niet-klinische niveau van welbevinden. Is er een interactie tussen een klinisch en een niet-klinisch niveau wat betreft het verloop van welbevinden en de therapeutische relatie tijdens de behandeling? Treedt de ervaren therapeutische relatie hier tevens op als beïnvloedende factor?

METHODEN

Participanten

De participanten in dit onderzoek waren cliënten die gezien werden door een en dezelfde klinisch psycholoog op de afdeling Medische Psychologie van het Diaconessenhuis te Utrecht. De participanten werden behandeld voor een variatie aan klachten. De drie soorten klachten die het meest voor kwamen waren depressie, angst en pijn.

Het aantal sessies varieert tussen 1 en 11, met een gemiddelde van 3.2 (SD = 2.3). De onderzoekspopulatie bestaat uit 33 participanten, waarvan 15 mannen en 18 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 51.6 jaar (SD = 13.2).

Er waren in totaal 66 cliënten benaderd waarvan 33 een toestemmingsverklaring hebben getekend, dat wil zeggen dat er een response-rate is van 50%. Voor de selectie van de participanten werd gekeken naar cases waarbij de BAP-schaal en/of de Outcome Rating Scale en Session Rating Scale bijgehouden waren. Het was niet noodzakelijk dat de er voor elke bijgewoonde sessie een ingevulde vragenlijst moest zijn.

Instrumentarium

De gegevens van de participanten in dit onderzoek komen voort uit drie vragenlijsten. De eerste is de BAP-schaal (de afkorting staat voor de eerste letters van de voornamen van de ontwikkelaars) die aan het begin van de sessie ingevuld wordt, deze schaal meet het algemeen welbevinden van de participant van gisteren en eergisteren. De tweede schaal die in het begin van de sessie ingevuld wordt is de Outcome Rating Scale (ORS), deze schaal meet het algemeen welbevinden en vooruitgang van de participant. Aan het einde van de sessie wordt de Session Rating Scale (SRS) ingevuld, deze schaal meet de kwaliteit van de therapeutische relatie met de therapeut.

BAP-schaal

De BAP-schaal is door Burger, Last en Niers (1980) ontwikkeld om het algemeen welbevinden van de participant te meten. Dit wordt gemeten aan de hand van acht items. De theoretische onderbouwing is niet bekend. In een onderzoek van Wijngaarden, Wennink en Kok (2003) staat deze schaal op de lijst van afgewezen instrumenten. Dit heeft ook te maken dat er over de betrouwbaarheid en de validiteit niets bekend is. In de volgende alinea's wordt hier verder op ingegaan.

Outcome Rating Scale (ORS)

Om de uitkomst te voorspellen en het algemeen welbevinden te meten hebben Miller en Duncan (2000) de Outcome Rating Scale (ORS) ontwikkeld. Deze korte, 4 items, vragenlijst meet de perceptie van vooruitgang op drie gebieden: individueel, relationeel en sociaal. Deze worden gezien als valide indicatoren van succesvolle behandeling (Lambert et al., 1996). Deze drie indicatoren zijn samen met een algemene maat verwerkt in een totaalscore.

In een inleidende studie (N = 336) van de ontwikkelaars van de ORS naar de betrouwbaarheid en validiteit kwamen de volgende scores naar voren (Miller, Duncan, Brown, Sparks, & Claud, 2003). De betrouwbaarheid was met een Cronbach's alpha van .93 hoog te noemen. De validiteit is gemeten met een correlatie tussen de ORS en de lijst waaruit de ORS is ontwikkeld, de Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2) (Lambert, et al., 1996). Deze was met een score van .59 redelijk te noemen. Dat deze score niet zo hoog is komt volgens de onderzoekers doordat de ORS een hele korte versie is van de OQ-45.2, hierdoor is het niet redelijk om hoge scores te verwachten. De manier waarop de validiteit gemeten is niet voldoende te noemen. In deze studie is daarom ook gekeken naar de samenhang tussen de ORS en de BAP-schaal. Er blijkt een redelijke positieve samenhang te bestaan tussen de ORS en de BAP-schaal ($r_s = 0.64$; $p < .001$, tweezijdig). De veronderstelling dat de ORS en de BAP-schaal beiden het welbevinden meten kan dus worden bevestigd. Deze score is een positieve uitkomst voor de validiteit van beide vragenlijsten.

Session Rating Scale (SRS)

Johnson et al. (1995) ontwikkelden de Session Rating Scale (SRS) om de therapeutische relatie van de cliënt en de therapeut te meten. Deze schaal wil participanten aanmoedigen om problemen in de relatie te ontdekken en te benoemen. Op deze manier kan de therapeut het proces bijstellen om zo beter aan de verwachtingen van de cliënt te voldoen.

In een inleidende studie (N = 420) van de ontwikkelaars van de SRS naar de betrouwbaarheid en validiteit kwamen de volgende scores naar voren (Duncan, et al., 2003). De betrouwbaarheid aan de hand van Cronbach's alpha was .88, wat zeer goed te noemen is. De validiteit is gemeten door de SRS te vergelijken met een veelgebruikte therapeutische relatievragenlijst, de Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) (Luborsky, et al., 1996). De correlatie tussen de twee vragenlijsten is met een score van .48 niet heel hoog, maar geeft wel aan dat de SRS hetzelfde construct meet als de HAQ-II.

Procedure

De participanten zijn benaderd aan de hand van een brief waarin het doel van het onderzoek uitgelegd werd en waarin werd gevraagd toestemming te verlenen voor inzage van de gegevens. De cliënten die niet gereageerd hebben zijn later nog gebeld om te vragen of ze de brief hadden ontvangen en of ze eventueel alsnog toestemming wilden verlenen aan dit onderzoek. De redenen van participanten om geen toestemming te verlenen liepen uiteen. Zo waren er participanten die de behandeling als een afgesloten periode in hun leven zagen en daar niet meer mee geconfronteerd wilden worden. Ook waren er participanten die er gewoonweg geen zin in hadden.

Na het verkrijgen van toestemming zijn alle scores op respectievelijk de BAP-schaal, de ORS en de SRS opgenomen in een databestand. Verder zijn de variabelen sekse, leeftijd, aantal sessies en behandelde klachten opgenomen.

Data-analyse

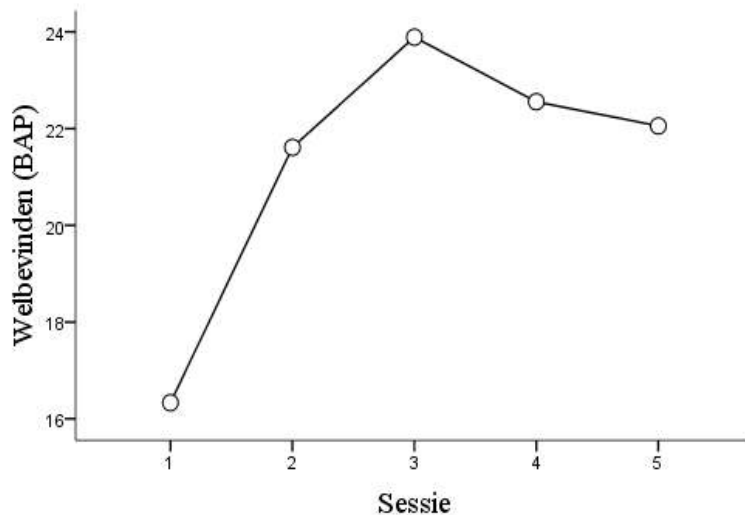
Voor de analyse van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van one-way within subjects ANOVA. Voor de post-hoc analyse is gebruik gemaakt van de Bonferroni toets. Voordat hier gebruik van gemaakt kon worden moest de datamatrix eerst 'gekanteld' worden met behulp van het FLIP-commando in SPSS. Hierna kon een one-way ANOVA gebruikt worden waar de post-hocvergelijkingen in verwerkt werden.

Voor de verschillende analyses is er onderscheid gemaakt tussen een klinische en een niet-klinische groep voor zowel de BAP-schaal, de ORS en de SRS. Hierbij werd gebruik gemaakt van de mediaan bij de eerste sessie van de respectievelijke vragenlijsten. Voor de BAP-schaal betekende het dat participanten die boven de 23 scoorden tot de niet-klinische groep behoorden en scores onder de 23 tot de klinische groep. Bij de ORS waren participanten die hoger scoorden dan 19.1 ingedeeld bij de niet-klinische groep en scores onder de 25 bij de klinische groep. En bij de SRS werden participanten met een score hoger dan 34.6 ingedeeld bij de niet-klinische groep, terwijl participanten die lager scoorden ingedeeld werden bij de klinische groep.

RESULTATEN

Eerst is de analyse uitgevoerd voor het welbevinden gemeten door de BAP-schaal. Er is een significante verandering over 5 sessies, $F(1,5) = 95.191$, $p < .05$. Uit de post-

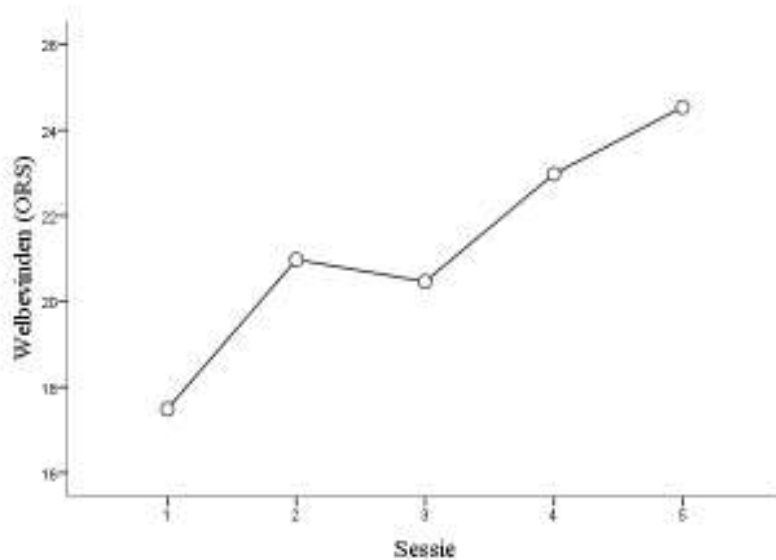
hocvergelijkingen volgens de Bonferroni-methode bleek er geen sprake te zijn van een significant verschil ($p > .05$) tussen de sessies onderling. In figuur 1 is de het verloop van welbevinden gemeten door de BAP-schaal te zien. Hierin is een trend te zien die suggereert dat de meeste verandering plaatsvindt tijdens de eerste drie behandelingen.



Figuur 1. Het verloop van welbevinden gemeten met de BAP-schaal ten opzichte van opeenvolgende sessies.

Wanneer de therapeutische relatie gemeten door de SRS als covariaat meegenomen wordt in de analyse voor het welbevinden gemeten door de BAP-schaal is er geen significante verandering over 4 sessies, $F(1,4) = .001$, $p > .05$. De therapeutische relatie heeft hier dus geen versterkende invloed op het verloop van welbevinden.

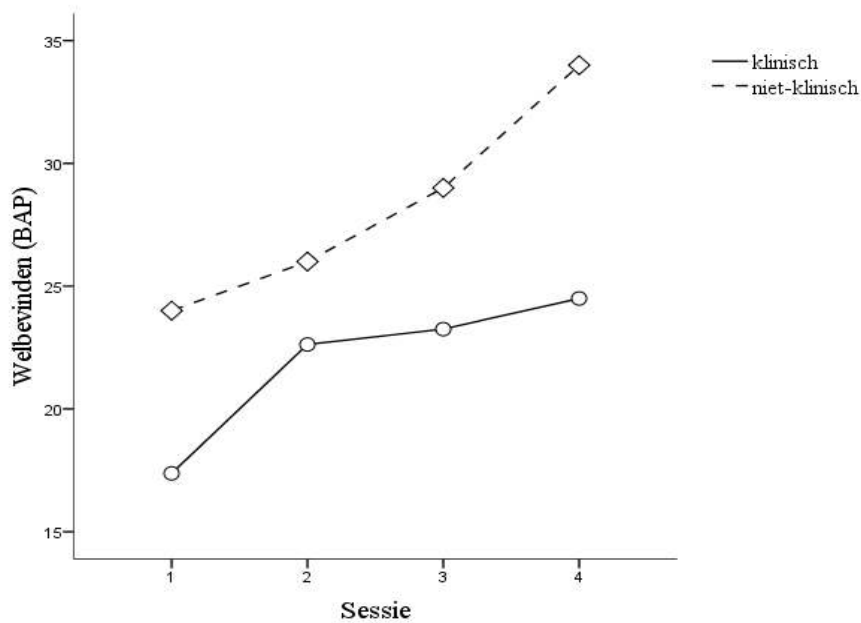
Uit de analyses voor het verloop van het welbevinden gemeten door de ORS kwam ook een significante verandering over 5 sessies naar voren, $F(1,7) = 104.418$, $p < .05$. Uit de post-hocvergelijkingen volgens de Bonferroni-methode blijkt dat er alleen sprake is van een significant verschil ($p < .05$) tussen sessie 1 en 4. Dit geeft aan dat de meeste verandering in welbevinden plaatsvindt tijdens de eerste drie sessies. In figuur 2 is deze trend niet goed te identificeren.



Figuur 2. Het verloop van welbevinden gemeten door de ORS ten opzichte van opeenvolgende sessies.

Wanneer de therapeutische relatie als covariaat in de analyse mee genomen wordt is er geen significante verandering over 4 sessies; $F(1,6) = .269$, $p > .05$. De therapeutische relatie heeft hier dus ook geen versterkende invloed op het verloop van welbevinden.

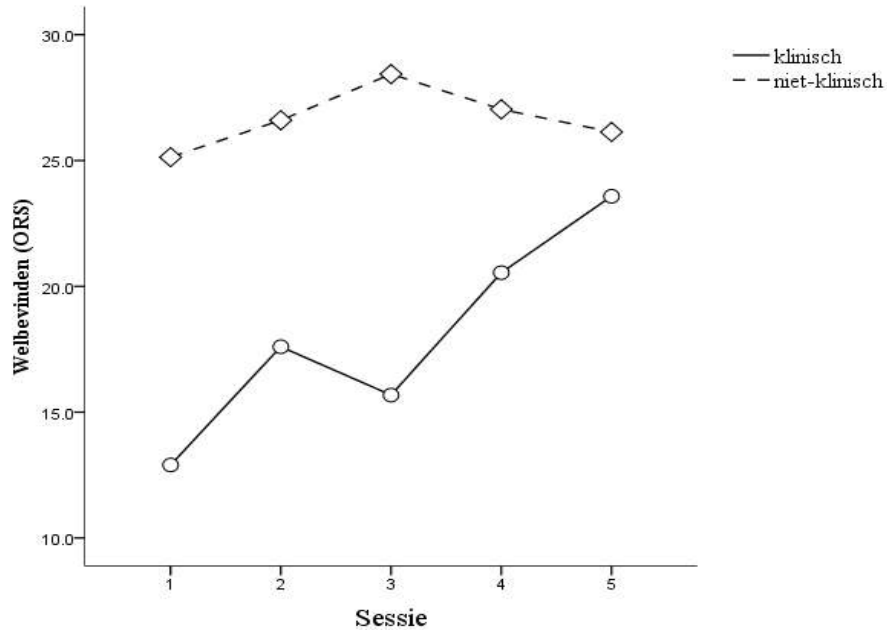
Uit de analyses voor het verschil tussen het klinisch en het niet-klinisch niveau van welbevinden kwamen geen significante resultaten. De eerste analyse is uitgevoerd voor het welbevinden gemeten door de BAP-schaal. Hieruit kwam dus naar voren dat er geen interactie aanwezig was, $F(1,8) = 1.095$, $p > .05$. Figuur 3 suggereert dat klinische participanten de meeste verandering in welbevinden in het begin van de behandeling ervaren, terwijl niet-klinische participanten juist later meer verandering ervaren.



Figuur 3. Het verloop van welbevinden van klinische- en niet-klinische cliënten gemeten met de BAP-schaal op ten opzichte van opeenvolgende sessies.

Als de therapeutische relatie als covariaat in de analyses gebruikt wordt is het volgende te zien. Er is ook hier geen interactie aanwezig, $F(1,3) = .502$, $p > .05$. De therapeutische relatie kan dus geen beïnvloedende factor genoemd worden.

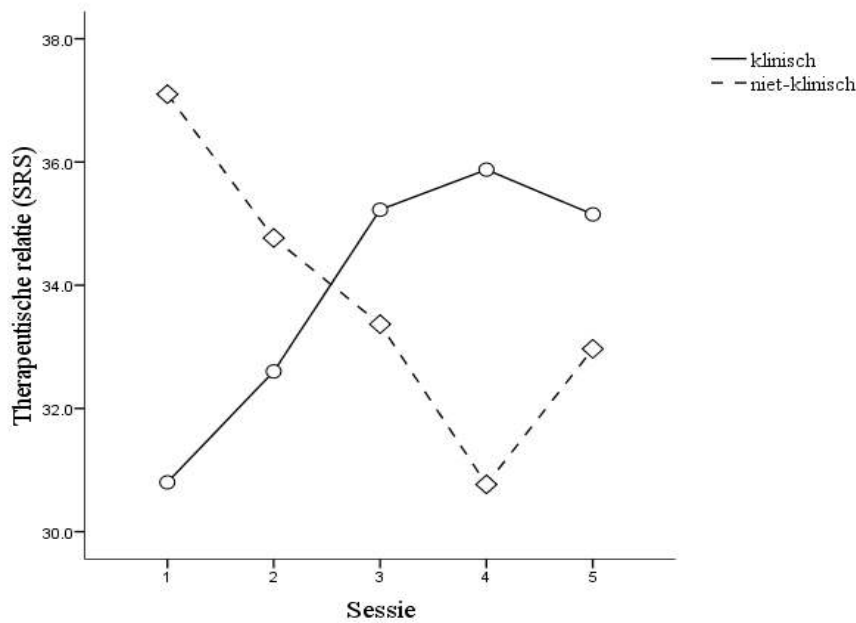
De analyse van het welbevinden gemeten door de ORS laat het volgende zien. Er is geen interactie aanwezig, $F(1,6) = 2.581$, $p > .05$. Toch is het interessant om figuur 4 te bekijken. Het suggereert dat klinische participanten duidelijk vooruitgang boeken, terwijl niet-klinische participanten op hetzelfde niveau blijven.



Figuur 4. Het verloop van welbevinden van klinische- en niet-klinische participanten gemeten met de ORS ten opzichte van opeenvolgende sessies.

Als de therapeutische relatie als covariaat in de analyse gebruikt wordt dan is hetzelfde te zien, er is dan ook geen interactie te melden, $F(1,5) = .178$, $p > .05$. De therapeutische relatie heeft ook hier geen invloed op het verloop van het welbevinden van zowel de klinische als de niet-klinische participanten.

Als het verschil tussen klinische en niet-klinische participanten op therapeutische relatie in een analyse onderzocht wordt komt het volgende naar voren. In figuur 5 is een beeld te zien dat de therapeutische relatie voor klinische participanten steeds beter wordt, terwijl die voor niet-klinische steeds slechter wordt. De significantie van een interactie kon evenwel niet aangetoond worden, $F(1,5) = 5.242$, $p > .05$.



Figuur 5. Het verloop van welbevinden van klinische- en niet-klinische participanten gemeten met de ORS ten opzichte van opeenvolgende sessies.

DISCUSSIE

Uit de analyses van de onderzoeksvragen kwamen de volgende resultaten naar voren. Voor het welbevinden gemeten door de BAP-schaal was een significant verschil gevonden over vijf sessies, maar uit de post-hocvergelijkingen kon geen significant verschil gevonden worden dat aan zou tonen dat er in het begin van de behandeling de meeste verandering plaatsvindt. Wanneer de therapeutische relatie gemeten door de SRS meegenomen werd in de analyse als beïnvloedende factor kon er geen significant verschil aangetoond worden over vijf sessies. Invloed van de therapeutische relatie kon niet aangetoond worden.

De analyse van het welbevinden gemeten door de ORS toonde een significant verschil over vijf sessies. De post-hocvergelijkingen kon hier wel een significant verschil aantonen. Dit verschil werd aangetoond tussen sessie 1 en 4 wat wil zeggen dat de meeste verandering in het begin van de behandeling plaatsvindt. Net als de studies die in de inleiding genoemd zijn vindt ook bij het welbevinden gemeten door de ORS de meeste verandering eerder vroeger dan later in de behandeling plaats (Brown, et al., 1999; Hansen, et al., 2003; Haas, et al., 2002; Howard, et al., 1996; Whipple, et al., 2003). De analyse met de therapeutische relatie als beïnvloedende factor kon geen significant resultaat presenteren. De therapeutische relatie

heeft hier net als bij het welbevinden gemeten door de BAP-schaal geen positieve invloed op het verloop.

Voor de laatste onderzoeksvraag, of er een interactie bestaat tussen de scores van klinische en niet-klinische participanten, konden geen significante uitkomsten gevonden worden. Er waren wel een paar interessante bevindingen te melden. Zo was er bij de analyse van het welbevinden gemeten door de BAP-schaal een trend te zien die suggereerde dat klinische participanten de meeste verandering in welbevinden in het begin van de behandeling ervaren, terwijl niet-klinische participanten juist later meer verandering ervaren. Bij de analyse van het welbevinden gemeten door de ORS viel op dat klinische participanten vooruitgang boekten, terwijl niet-klinische participanten op hetzelfde niveau bleven. Deze waarneming conformeert zich met het onderzoek van Howard et al. (1993) waar gevonden is dat een afwezigheid van vroege vooruitgang in het welbevinden van de cliënt de kansen verlaagde op symptomenverlichting en op gezond functioneren aan het einde van de behandeling. Na de analyse met de therapeutische relatie als beïnvloedende factor bleek het beeld hetzelfde met de uitzondering dat niet-klinische participanten een achteruitgang lieten zien.

De analyse van het klinisch en het niet-klinisch niveau van de therapeutische relatie liet een opvallend beeld zien. Er was geen significante interactie aanwezig, maar na inspectie van de plot was duidelijk te zien dat klinische participanten een steeds betere therapeutische relatie kregen terwijl bij de niet-klinische participanten de therapeutische relatie steeds slechter werd. In de methoden sectie is ook een opvallend resultaat gemeld. Er bleek een significante positieve samenhang te bestaan tussen de BAP-schaal en de ORS. Dit geeft aan dat ze beide hetzelfde construct meten. Voor beide vragenlijsten is dit een positief resultaat. Over de BAP-schaal was weinig tot niets bekend wat betreft de validiteit. En voor de ORS was voor begin van deze studie alleen een onvoldoende validiteitmeting bekend. Door deze positieve samenhang is er voor beide vragenlijsten een sterkere empirische basis voor gebruik.

Bij de resultaten is een bepaalde mate van nuancering gepast. Om de analyses uit te kunnen voeren was het nodig om te kijken naar het aantal missende waarden. Aangezien dat aantal aanzienlijk was is er voor gekozen voor reductie van het aantal meetmomenten (sessies). Omdat er veel missende waarden aanwezig waren is niet gekozen voor missing value imputation. Door de vele missende waarden is er dan een mogelijke vertekening naar het gemiddelde. Ook heeft dit tot gevolg gehad dat het gebruik van participanten in de analyses tot een minimum beperkt werd.

Bij het interpreteren van de samenhang tussen de BAP-schaal en de ORS is het van belang om te benadrukken dat de BAP-schaal het welbevinden meet van gisteren en eergisteren, terwijl

de ORS het welbevinden meet van de tijd tussen de bepaalde sessie en de sessie daarvoor. Het waardeoordeel van de participant heeft dus betrekking op een verschillende tijdsperiode. Dit kan een ander beeld geven van het welbevinden van de participant. Voor de interpretatie van de resultaten betekent dit dat de resultaten van de ORS beter zicht geven op het verloop bij participanten tijdens de behandeling omdat deze het welbevinden meet over de gehele tijd. Waar de BAP-schaal het welbevinden meet van twee dagen per keer. De resultaten van de ORS geven dus een completer beeld van het welbevinden.

Een mogelijke implicatie voor de praktijk is dan ook om verder te onderzoeken of het mogelijk is om de BAP-schaal te vervangen door de ORS. De gevonden samenhang tussen de vragenlijsten rechtvaardigt een dergelijk voorstel. Hiervoor zijn wel meerdere onderzoeken nodig met grotere populaties, maar dit kan een eerste aanzet zijn. Een andere implicatie is dat het duidelijk is dat de meeste vooruitgang tijdens het begin van de behandeling geboekt wordt. Dit geeft de therapeut een checkpoint waar hij of zij kan zien of de behandeling zin heeft bij de desbetreffende cliënt. Hierdoor kan bij behandelingen die niet aanslaan zo snel mogelijk ingegrepen worden, wat de efficiëntie van de zorg ten goede komt.

Deze studie geeft voldoende ruimte voor vervolgonderzoek. Ten eerste is het belangrijk om de populatie te vergroten. Hierdoor kunnen er analyses gedaan worden met meer participanten, maar ook met meer meetmomenten. Wat de resultaten meer power geeft. Binnen vervolgonderzoek zou het goed zijn om ook andere instellingen te betrekken bij het rekruteren van participanten. Op die manier kan er meer algemenere conclusies getrokken worden. En zullen eventuele resultaten beter generaliseerbaar zijn. In deze studie zijn de participanten door een en dezelfde klinische psycholoog behandeld wat als gevolg heeft dat er een bepaalde beperking aan de conclusies verbonden is. Een interessant onderwerp wat moeilijk te verwezenlijken zal zijn maar wat voor de literatuur van grote waarde kan zijn is een zogenaamde nulbehandeling. Dat wil zeggen dat de participanten wel op vaste tijden de BAP-schaal en ORS invullen, maar geen daadwerkelijke behandeling ontvangen. Zo kan gekeken worden hoeveel de participanten verbeteren door alleen het vragen naar het welbevinden en hoeveel toegekend kan worden aan de daadwerkelijke behandeling.

REFERENTIES

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart*

- and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, J., Dreis, S., & Nace, D. K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 389-406). Washington, DC: American Psychological Association.
- Burger, A. W. (1980). Handleiding bij de BAP-schaal. *Vereniging voor gedragstherapie*, Utrecht 1980.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., 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 (1), 3-12.
- Duncan, B. L., Solovey, A., & Rusk, G. (1992). *Changing the rules: A client-directed approach to therapy*. New York: Guilford Press.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrel, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1157-1172.
- Hansen, N. B., & Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, 5(1), 1-12.
- Howard, K. I., Kopte, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51(10), 1059-1064.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). Directing attention to what works. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 407-448). Washington, DC: American Psychological Association.
- Johnson, L. D., Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). *The Session Rating Scale version 3.0* [On-line]. Available: <http://www.talkingcure.com/measures.html>.

- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 532-539.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2*. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Hawkins, E. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research, 11*(1), 49-68.
- Luborsky, L., Barber, J., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L., Frank, A., et al. (1996). The Revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5*, 260-271.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). *The Outcome Rating Scale* [On-line]. Available: <http://www.talkingcure.com/measures.html>.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (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* (2), 91-100.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology, 50*(1), 59-68.
- Wijngaarden, B. van, Wennink, H. J., & Kok, I. (2003). *Klinische uitkomstindicatoren in de GGZ en verslavingszorg. In Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.