

# De werkalliantie als sleutelement in het therapiegebeuren

Meting met behulp van de WAV-12, de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory

*Nele Stinckens, Annick Ulburghs, Laurence Claes*



## [ S a m e n v a t t i n g ]

De therapeutische relatie blijkt een van de belangrijkste dragers te zijn van het veranderingsproces in therapie, ongeacht de therapierichting. Het identificeren van diverse ingrediënten die de therapeutische relatie effectief en helend maken, is in die zin van cruciaal belang. De afgelopen jaren werden diverse schalen ontwikkeld om de kwaliteit van de therapeutische relatie te beoordelen. In dit artikel wordt de Werk Alliantie Vragenlijst (WAV-12) voorgesteld, een instrument dat de emotionele band tussen cliënt en therapeut evalueert, evenals de mate van overeenkomst inzake therapiedoelen en -taken.

We onderzoeken de factorstructuur van de WAV-12 en de correlaties van deze lijst met client-, therapeut- en andere therapiegerelateerde variabelen in een proefgroep van cliënten die gewone therapie of dadertherapie volgen. De therapeuten zijn hoofdzakelijk cliëntgericht-experientiële therapeuten, werkzaam in een ambulante setting.

De driefactorenstructuur van de WAV-12 wordt bevestigd in ons onderzoek. Ook de correlaties tussen de WAV-12 en de client-, therapeut- en therapievariabelen liggen in de lijn van de verwachtingen. De sterkste voorspeller voor een positief therapieresultaat is een hoge score op de WAV-Taakschaal, maar ook de andere subschalen vertonen een betekenisvolle samenhang.

## Het belang van de werkalliantie

In een tijdgeest waarin empirisch ondersteunde behandelingen de hulpverlening domineren, ligt de focus van het psychotherapieonderzoek vooral op specifieke behandelvormen en technieken. Niet heel terecht, zo besluit de APA-werkgroep onder leiding van Norcross (2002). Outcomeonderzoek toont namelijk op een overtuigende wijze aan dat de therapeutische relatie een van de meest curatieve elementen is van het therapeutische proces. Illustratief in dit verband is het meta-analytische onderzoek van Lambert en Barley (2002), waarin het relatieve belang van diverse variabelen voor het therapieresultaat wordt vergeleken. De invloed van specifieke behandelvormen en technieken op het psychotherapieresultaat

blijkt relatief beperkt te zijn, zeker bij milde en algemene problemen; ze bepalen slechts 15% van de outcomevariantie. Hun effect is even groot als placebo-effecten zoals verwachting, hoop en geloof in verandering. Maar liefst 30% van het behandelresultaat is toe te schrijven aan gemeenschappelijke factoren die in de meeste hulpverleningssituaties aanwezig zijn, los van de specifieke therapeutische oriëntatie. Het betreft hier factoren als empathie, warmte en betrokkenheid van de therapeut, specifieke cliënt- en therapeutkenmerken en de therapeutische alliantie. De overige 40% van de outcomevariantie is toe te schrijven aan factoren buiten de therapie (spontaan herstel, toevallige gebeurtenissen in het leven van de cliënt en sociale ondersteuning).

De therapeutische relatie blijkt dus een van de belangrijke dragers te zijn van het veranderingsproces. Het identificeren van de diverse ingrediënten die de therapeutische relatie effectief en helend maken, is in die zin van cruciaal belang. In de laatste decennia zijn binnen de therapeutische relatie verschillende deelcomponenten onderscheiden en op hun werkzaamheid onderzocht. De traditionele, enge klemtoon op de faciliterende therapeutcondities werd verruimd naar een visie op de therapeutische relatie als een samenwerkings- en interactieel gebeuren. Trijsburg, Knaevelsrud en Vervaeke (2002) onderscheiden vier deelcomponenten binnen de therapeutische relatie: de primaire relatie, de overdrachtsrelatie, de werkalliantie en de reële relatie. De vier deelcomponenten van de therapeutische relatie kunnen beschouwd worden als verschillende wijzen van in-relatie-treden. Het gaat om verschillende relationele posities die hun oorsprong vinden in de ontwikkelingsgeschiedenis van een persoon. De primaire relatie stemt overeen met de ontwikkelingsfase waarin nog geen sprake is van objectconstantie en zelf-objectdifferentiatie. Behoeften en gevoelens op dit ontwikkelingsniveau worden preverbaal ervaren, ze kunnen nog niet of onvoldoende in woorden worden geëxpliciteerd. Deze component van de therapeutische relatie representeert de symbiotische band tussen het zeer jonge kind en zijn gehechtheidsfiguur. De primaire relatie heeft een eerder steunend karakter en is vooral gericht op het bewerken van ontwikkelingsstekorten die ontstaan zijn door basisonveiligheid, kwetsbaarheid en vroegkinderlijke trauma's (Nicolai, 1999). In de overdrachtsrelatie is er wel sprake van zelf-objectdifferentiatie: de ander (i.c. de therapeut) wordt beschouwd als een op zichzelf staande persoon, onafhankelijk van de eigen persoon. Het onderscheidende vermogen tussen wat reëel en niet reëel aanwezig is in de therapeutische relatie, is echter afwezig. Vroegere relatievormen, voornamelijk de relaties met het gezin van herkomst, worden uitgeleefd in de hier-en-nu relatie met de therapeut, zonder dat de cliënt zich bewust is van deze vertekeningen. De werkrelatie en de reële relatie hebben betrekking op het postoedipale niveau

van functioneren: het 'volwassen' deel van de cliënt treedt in interactie met de therapeut en er is een realistische, adequate perceptie en interpretatie van het gedrag van de ander mogelijk. In de werkrelatie ligt de klemtoon meer op de samenwerkingsrelatie tussen de cliënt en de therapeut en het doelgerichte werken in de specifieke therapeutische situatie. In de reële relatie gaat het meer om het gewone contact tussen twee volwassen personen.

Verondersteld wordt dat deze componenten naast elkaar en met elkaar vermengd bestaan in alle psychotherapieën, ook al krijgen ze binnen de diverse therapieoriëntaties een ander gewicht toegekend. De opvatting dat de werkalliantie instrumenteel is voor het bereiken van de veranderingen, blijkt wel gedeeld te worden door de verschillende oriëntaties. De werkalliantie verwijst naar de kwaliteit en sterkte van de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en therapeut; deze vormt een doorslaggevend element in een succesvol, effectief therapieverloop, zoals blijkt uit tal van onderzoeken. In een meta-analyse van Horvath en Symonds (1991), waarin 24 onderzoeken waren opgenomen, werd een effectgrootte van 0.26<sup>1</sup> gevonden. Deze waarde bleek zowel te gelden voor de metingen bij patiënten als voor die bij therapeuten. Het verband tussen werkalliantie en therapie-effect bleek bovendien voor te komen bij verschillende vormen van psychotherapie, zoals gedragstherapie, cognitieve therapie, gestalttherapie en psychodynamische therapie (Horvath, Gaston & Luborsky, 1993). Martin, Garske en Davis (2000) herhaalden de studie van Horvath en Symonds. In hun meta-analyse werden de 24 studies uit het bovengenoemde onderzoek aangevuld met 58 gepubliceerde en 21 ongepubliceerde studies die aan de inclusiecriteria voldeden.<sup>2</sup> De gemiddelde gewogen effectgrootte wees uit dat 22% van het therapieresultaat toe te schrijven was aan de kwaliteit van de werkalliantie, een resultaat dat consistent was met eerdere bevindingen. Een meer omvattend onderzoek van Horvath en Bedi (2002), waarin 2.055 studies tussen 1977 en 2000 werden betrokken, leverde eveneens evidentie voor de stelling dat de werkalliantie samenhangt met een positief therapieresultaat en dit ongeacht

diverse intermediërende variabelen, zoals patiëntkenmerken of behandelingsmodaliteiten. In het rapport van de American Psychological Association werd op basis van deze cumulatieve onderzoeksbevindingen besloten dat de werkaliantie bepalend is voor het verloop van het therapieproces en predictief is voor de therapie-uitkomst (Steering Committee of the American Psychological Association's Division 29 Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships, 2002).

## Meting van de werkaliantie

In de afgelopen decennia werden diverse instrumenten ontwikkeld die de werkaliantie meten. De bekendste instrumenten zijn de Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS; Hartley & Strupp, 1983), de Therapeutic Alliance Scale (TAS; Marziali, Marmar & Krupnick, 1981), de California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS; Gaston, 1991), de Penn Helping Alliance Questionnaires (HAQ-I en HAQ-II; Luborsky et al., 1985; Nederlandstalige versie HAQ-I, De Ruiter et al., 1989; Nederlandstalige versie HAQ-II, Knaevelsrud, 2001; Trijsburg et al., 1999) en de Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1986; Nederlandstalige versie WAV, Vertommen & Vervaeke, 1990). Deze meetinstrumenten overlappen elkaar gedeeltelijk, maar hun theoretische achtergronden en hun meetbereik stemmen niet geheel overeen (Trijsburg, Knaevelsrud & Vervaeke, 2002). Zij verschillen wat de onderscheiden alliantiedimensies, het aantal te beoordelen items en het perspectief van beoordeling (observator, cliënt of therapeut) betreft. Twee kernaspecten komen echter in de meeste instrumenten aan bod: de affectieve band tussen therapeut en cliënt en de samenwerking of motivatie om te investeren in het therapieproces (Ulburghs, 2007).

De WAI werd ontwikkeld door Horvath en Greenberg (1986) en is een van de meest gebruikte instrumenten wereldwijd. Het is geïnspireerd op het pantheoretische model van Bordin (1979), dat de werkaliantie benadert als een actieve samenwerking tussen cliënt en the-

rapeut waarvoor beiden verantwoordelijkheid dragen. Het accentueert vooral de vormaspecten van de werkaliantie en is daardoor breed toepasbaar op uiteenlopende hulpverleningssituaties. Bordin definieert de werkaliantie als een multidimensionaal concept dat drie centrale aspecten omvat die elkaar wederzijds beïnvloeden:

- overeenstemming omtrent doelen (de gebieden waarop verandering tot stand zou moeten komen);
- overeenstemming omtrent taken (de activiteiten die cliënt en therapeut moeten stellen om de vooropgestelde doelen te realiseren);
- kwaliteit van de interpersoonlijke band tussen cliënt en therapeut (het gevoel van verbondenheid en vertrouwen en het wederzijdse engagement).

De WAI telt 36 items. De drie door Bordin onderscheiden aspecten worden elk door middel van twaalf items gescoord op een zevenpunten-schaal (Doel-, Taak- en Bandschaal). De totaalscore is een maat voor de werkaliantie. Er zijn drie vormen: een cliënt-, therapeut- en observatorvorm. De interne consistentie van de WAI is hoog, zowel voor de cliënt- ( $\alpha = 0.93-0.96$ ) als de therapeutversie ( $\alpha = 0.87-0.95$ ); dit geldt eveneens voor de afzonderlijke subschalen (Horvath & Greenberg, 1986; Martin, Garske & Davis, 2000). Tussen de subschalen onderling worden hoge correlaties gevonden, respectievelijk .84, .79 en .88 tussen Band- en Doelschaal, tussen Band- en Taakschaal en tussen Doel- en Taakschaal (Horvath & Greenberg, 1989; Erdur, Rude, Baron, Draper & Schankar, 2000; Brusseri & Tyler, 2003). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de verschillende componenten elkaar wederzijds beïnvloeden en versterken in de reële therapiesituatie. Deze verklaring sluit ook aan bij Bordins visie dat het ontwikkelen van een werkaliantie onderhandeling vergt over de drie aspecten tegelijkertijd. Uit confirmatorisch factoranalytisch onderzoek (CFA) blijkt een hiërarchisch factormodel het best overeen te stemmen met de cliënt- en therapeutgegevens. Naast drie eerste-ordefactoren (Taak, Doel en Band) wordt een globale tweede-ordefactor (algemene alliantiefactor) weer-

houden, die verhoudingsgewijs de meeste variantie verklaart van de kwaliteit van de werkaliantie bij aanvang van de therapie. Deze vaststelling sluit aan bij Bordins (1979) voorspelling dat de alliantie die vroegtijdig in therapie wordt gemeten, veelal ongedifferentieerd en globaal is.

Door Tracey en Kokotovic (1989) werd een verkorte versie van de WAI ontwikkeld, de WAI-S, die bestaat uit twaalf items. Op basis van een confirmatorische factoranalyse werden per dimensie vier items weerhouden met de hoogste lading. Een nieuwe factoranalyse op deze resterende twaalf items resulteerde in een betere overeenkomst met het hiërarchische factormodel, zowel voor de cliënt- als de therapeutgegevens. Sindsdien is de WAI-S een veelgebruikt instrument in psychotherapieonderzoek.

In de eropvolgende jaren werden enkele replicatieonderzoeken uitgevoerd naar de factorstructuur van de WAI en de WAI-S (Reynolds, Hatcher & Hansell, 1995; Andrusyna, Tang, DeRubeis & Luborsky, 2001). De onderzoeken verschilden qua perspectief (cliënt-, therapeut- of observatorperspectief) en qua methodologie (exploratorische of confirmatorische factoranalyse). Ze leverden beide evidentie voor een tweefactorenoplossing, waarbij de doel- en taakitems samengebracht konden worden tot één factor.

Hatcher en Gillaspay (2006) merkten echter diverse interpretatieve en methodologische problemen op bij de constructie van de WAI-S (te kleine steekproeven, vroegtijdige afname, onvoldoende aandacht voor het cliëntperspectief). Zij ontwikkelden daarom een nieuwe verkorte versie, de WAI-SR, die beter aansloot bij het oorspronkelijke model van Bordin. Hun versie bleek een stabiele factorstructuur te vertonen in twee grote en verscheiden steekproeven (steekproef 1 bestond uit 231 volwassen patiënten die opgenomen waren in een universitair psychiatrisch ziekenhuis; steekproef 2 bestond uit 235 volwassen patiënten die consulteerden in diverse ambulante settings). De WAI-SR differentieerde ook beter tussen de Doel- en Taakschaal.

In het Nederlandse taalgebied werd de WAI vertaald door Vertommen en Vervaeke (1990). De Werkalliantievragenlijst (WAV) telt, net als de WAI, 36 items, maar deze worden gescoord op een vijfpuntenschaal. Confirmatorische factoranalyse (LISREL) leverde een tweedimensionale structuur op, bestaande uit een banddimensie (de emotionele component van de werkaliantie) en een 'contract'-dimensie (gevormd door de samenvoeging van de oorspronkelijke Doel- en Taakschaal). De interne consistentie van de WAV is hoog, zowel voor de cliënt- ( $\alpha$  Band = 0.81,  $\alpha$  Contract = 0.87) als de therapeutversie ( $\alpha$  Band = 0.87,  $\alpha$  Contract = 0.93), en ligt in de lijn van de originele WAI. De inhoudsvaliditeit werd bevestigd door een hoge consensus bij de categorisering van de items door experts, de gelijktijdige validiteit werd aangetoond door sterke correlaties tussen de WAV en diverse relevante hulpverleningsaspecten: tevredenheid van cliënten ( $r = .60$  voor Tevredenheid-Band,  $r = .58$  voor Tevredenheid-Contract) en tevredenheid van therapeuten ( $r = .60$  voor Tevredenheid-Band,  $r = .79$  voor Tevredenheid-Contract) (Trijsburg, Knaevelsrud & Vervaeke, 2002).

In dit artikel wordt de WAV-12 bestudeerd. Het betreft de Nederlandstalige versie van de WAI-S. We opteerden voor de verkorte versie van Tracey en Kokotovic omdat deze tot nu toe het meest gebruikt en onderzocht werd. De bevindingen voor de WAI-SR zijn veelbelovend, maar werden nog niet gepubliceerd en gerepliceerd op het startmoment van ons onderzoek. Voor de vertaling van de twaalf items baseerden we ons op de WAV (Vertommen & Vervaeke, 1990). De WAV-12 werd ontwikkeld als onderdeel van het instrumentarium van het Leuvens Systematisch Case-study Protocol (Elliott & Stinckens, 2005; Stinckens, Elliott & Leijssen, in press). De korte vorm maakt de WAV-12 heel geschikt voor herhaalde metingen, zowel in de klinische context als in onderzoeks- en opleidingsverband. De crosstherapeutische bruikbaarheid maakt het bovendien inzetbaar in diverse therapeutische settings. De vragenlijst bestaat uit twaalf items die gescoord worden op een vijfpuntenschaal. De vijf ijkpun-

ten verschillen echter van deze van de WAV, omdat uit onderzoek van Hatcher en Gillaspay (2006) gebleken was dat cliënten moeilijk onderscheid kunnen maken tussen de lagere schaalpunten ('nooit', 'zelden' & 'nu en dan'). Om die reden werden de ijkpunten 'zelden' en 'nooit' samengevoegd en werd 'dikwijls' gedifferentieerd in 'dikwijls' en 'heel vaak'.

De WAV-12 maakt deel uit van het Leuvens Systematisch Case-study Project (LSCP), dat ontwikkeld werd in het Centrum voor Cliëntgericht-experientiële Psychotherapie en Counseling van de K.U. Leuven (Stinckens, Elliott & Leijssen, in press). Het protocol heeft in de eerste plaats een belangrijke opleidingsdoelstelling, met name aan therapeuten-in-opleiding leren hoe zij de principes van het praktijkgeoriënteerd onderzoek kunnen implementeren binnen hun therapeutische handelen. Dit impliceert meer concreet: het stimuleren van een positieve attitude ten aanzien van therapieonderzoek, het systematisch leren reflecteren op de eigen therapiepraktijk, het leren gebruikmaken van onderzoeksinstrumenten en het leren rapporteren over en integreren van de verschillende onderzoeksbevindingen. Daarnaast dient het project ook klinisch-wetenschappelijk belangen. Op enkelvoudig casusniveau kan met behulp van het protocol een antwoord worden gezocht op enkele basale vragen die de meeste praktiserende therapeuten aanbelangen: is de cliënt substantieel veranderd? Heeft de therapie substantieel bijgedragen tot de veranderingen? Welke veranderingen hebben zich precies voorgedaan? Tevens kan, met het protocol als leidraad, de voortgang in therapie worden opgevolgd ('monitoring'). Crosscasusanalyses laten toe om systematisch te onderzoeken hoe therapie in de alledaagse praktijk bedreven wordt: de algemene werkzaamheid van therapie kan worden onderzocht, helpende en storende processen kunnen worden geïdentificeerd, de specifieke aard van bepaalde veranderingsprocessen kan worden geanalyseerd, bepaalde therapeutische benaderingen kunnen worden vergeleken naargelang de duurtijd, problematiek, setting, ...

## Validering van de WAV-12

Aangezien de verkorte versie van de WAV nog niet eerder gebruikt werd in onderzoek, was een validering van het instrument noodzakelijk. In het kader van een meesterproef aan het Centrum Cliëntgericht-experientiële Psychotherapie en Counseling van de K.U. Leuven (Ulburghs, 2007) werd een beperkt onderzoek opgezet waarbij normatieve gegevens werden verzameld, de factorstructuur van de WAV-12 werd onderzocht en correlaties met bepaalde cliënt-, therapeut- en andere variabelen werden bestudeerd.

In deze paragraaf zullen achtereenvolgens de onderzoeksmethode en de belangrijkste psychometrische bevindingen worden voorgesteld.

### Methode

#### Deelnemers

Er werkten 37 therapeuten<sup>3</sup> mee aan het onderzoek, waarvan 11 mannelijke en 25 vrouwelijke. De leeftijd van de 11 mannelijke therapeuten varieerde tussen 24 en 56 jaar ( $M = 34.91$ ,  $SD = 10.32$ ), en de leeftijd van de 25 vrouwelijke therapeuten varieerde tussen 23 en 46 jaar ( $M = 30.04$ ,  $SD = 5.89$ ). De meesten ( $N = 27$ ) waren therapeuten-in-opleiding die aan het onderzoek deelnamen in het kader van hun postgraduaatopleiding cliëntgerichte psychotherapie. Hun therapie-ervaring was eerder beperkt (0-9 jaar). Daarnaast participeerden enkele externe therapeuten ( $N = 9$ ) die geïnteresseerd waren in het therapieonderzoek. Zij beschikten over een ruimere therapeutische bagage ( $> 10$  jaar ervaring) en hun theoretische achtergrond was meer divers. Nagenoeg alle therapeuten ( $N = 34$ ) hadden de Belgische nationaliteit, de meerderheid had een partnerrelatie ( $N = 32$ ). De cliëntenpopulatie ( $N = 256$ ) bestond uit twee subgroepen: cliënten die 'gewone therapie' volgden ( $N = 210$ ) en cliënten die een 'dadertherapie' volgden ( $N = 46$ ). De laatstgenoemde therapie maakt deel uit van het Leerproject van Daders van Seksueel Geweld (LDSG), georganiseerd door de Federatie van Autonome Centra voor Algemeen Welzijns-

werk (FACAW). Dit leerproject streeft naar bewustmaking, inzichtverwerving, responsabilisering en attitudeverandering bij de ouders. De 'gewone therapiegroep' bestond uit 36% mannen en 64% vrouwen; hun gemiddelde leeftijd was 34.54 jaar (SD = 12.36). De 'dadertherapiegroep' bestond uitsluitend uit mannelijke cliënten met een gemiddelde leeftijd van 43.02 jaar (SD = 14.51). De overgrote meerderheid van de cliënten in beide subgroepen was Belg. Wat hun opleidingsniveau betreft, bleek de helft (48,3%) van de 'gewone therapiegroep' een voortgezette opleiding te hebben gevolgd (hetzij op bachelor-, hetzij op masterniveau), de overgrote meerderheid (89,1%) van de 'dadergroep' deed geen hogere studies. Er bleek ook een verschil qua burgerlijke status: 63,2% van de 'gewone therapiegroep' had een partnerrelatie, tegenover slechts 45,7% van de 'dadertherapiegroep'.

Naast de demografische kenmerken werd ook diagnostische informatie verzameld. Aan de therapeuten werd gevraagd om de problemen van hun cliënt(en) te classificeren in een aantal ruwe overkoepelende DSM-IV-categorieën. Op As I werd onderscheid gemaakt tussen zes categorieën (29,69% geen As I-diagnose, 13,68% stemmingsstoornis, 8,98% angststoornis, 0,78% eetstoornis, 26,95% andere stoornis, 19,92% gecombineerde stoornis). De As II-stoornissen werden per cluster onderverdeeld: type A (1,27%), type B (10,55%) en type C (5,47%) persoonlijkheidsstoornissen (geen persoonlijkheidsstoornis 82,81%). In de 'gewone therapiegroep' bleek er een grote variatie te bestaan in As I- en As II-stoornissen. Bij de 'dadertherapiegroep' was er opvallend minder variatie, wat niet verwonderlijk is. Het waren allemaal ouders van seksuele delicten die behoorden tot een specifieke diagnostische categorie. Op As I werden zij hoofdzakelijk geïnclassificeerd onder 'andere stoornis'; op As II werd meestal geen code toegekend.

### Setting

Het onderzoek gebeurde binnen lopende therapieën, wat impliceerde dat het gemiddelde aantal gevolgde therapie sessies en de therapiefre-

quentie variabel waren. Gemiddeld genomen hadden de cliënten in ons onderzoek 23 therapie sessies achter de rug op het moment van de afname van de WAV-12. De meeste sessies voltrokken zich op wekelijkse basis (N = 148). Het merendeel van de therapieën vond plaats in ambulante centra: 36% in een CGGZ, 25% in een privépraktijk en 36% in andere ambulante settings (Medisch Psychotherapeutisch Centrum voor Studenten, FACAW); de residentiële hulpverlening vormde slechts een kleine minderheid (3%).

### Metingen

#### WAV-12

Om de werkaliantie te meten werd gebruik gemaakt van de Nederlandstalige versie van de WAI-S (Tracey & Kokotovic, 1989). Deze vragenlijst is weergegeven in bijlage 1. Het betreft een zelfinvullijst bestaande uit twaalf items, waarvan elk item beoordeeld dient te worden op een vijfpuntenschaal (1 = zelden of nooit, 5 = altijd). De twaalf items zijn verdeeld over drie schalen (vier items per schaal): de Taak-schaal, die de taakgerichtheid van de cliënt nagaat (items 2, 8, 10, 12), de Doelschaal, die de doelgerichtheid van de cliënt nagaat (items 1, 4, 6, 11), en de Bandschaal, die de perceptie van de band met de therapeut nagaat (items 3, 5, 7, 9). In ons onderzoek werd enkel de cliëntvorm afgenomen. Deze vorm wordt het meest courant gebruikt in het onderzoeks- en klinisch veld. Eerder onderzoek (Horvath & Symonds, 1991; Knaevelsrud, 2001; Takens, 2001) toont overigens aan dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen cliënt- en therapeutoordeel; het cliëntoordeel blijkt de grootste voorspellende waarde te hebben voor het therapieverloop (Bachelor, 1991).

#### BSI-NI

Om de symptomatologie binnen de cliëntenpopulatie te meten, beroepen we ons op de BSI-NI. Dit is de Nederlandstalige versie (de Beurs & Zitman, 2005) van de Brief Symptom Index, de verkorte versie van de SCL-90-R (Arrindell & Ettema, 1986). Het betreft een zelfinvullijst voor het meten van symptomen van

psychopathologie bij volwassenen. De lijst kan gebruikt worden om een eerste indruk te krijgen van de aard en de ernst van de klachten waaraan cliënten lijden. Er wordt gevraagd in hoeverre de cliënt last had van een aantal klachten gedurende de afgelopen week inclusief vandaag. De BSI bevat 53 items die worden beoordeeld op een vijf-puntenschaal, gaande van 1 (helemaal geen last) tot 5 (heel veel last). In totaal omvat de BSI negen subschalen. Er worden veelvoorkomende klachten gemeten zoals depressieve klachten, obsessieve-compulsieve klachten, algemene angstklachten, fobische klachten en psychosomatische klachten. Maar ook minder vaak voorkomende symptomen van psychopathologie komen aan bod, zoals vijandigheid, paranoiaïde denkbeelden en psychotische symptomen. Tevens wordt gepeild naar problemen in het interpersoonlijke functioneren. De scores op de verschillende subschalen geven een beeld van de aard van de klachten waaraan een cliënt lijdt. De totaalscore geeft een indicatie van de ernst van de psychopathologie.

#### **Globale maat van verandering**

De door de cliënt gepercipieerde mate van verandering werd bestudeerd met een enkelvoudige vraag (zie bijlage 2), geïnspireerd op de meting van Alexander en Luborsky (1986). De cliënten werd gevraagd om een globale beoordeling te geven van de mate van verandering die zich tot nu toe in de therapie had voorgedaan. Zij konden kiezen tussen negen antwoordalternatieven, gesitueerd op een Likert-schaal, gaande van -4 (zeer sterk verslechterd) tot 4 (zeer sterk verbeterd). Om de analyses te vergemakkelijken werden deze scores omgezet in waarden van 0 tot 8.

#### **Analyses**

Om de factorstructuur van de WAV-12 te onderzoeken werd er gebruikgemaakt van confirmatorische factoranalyse (LISREL 8.0). We spreken van een acceptabele fit van het model wanneer de verhouding  $\chi^2/df$  respectievelijk 2 (goede fit) of 3 (acceptabele fit) is, de Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

en de Root Mean Square Residual (RMR) kleiner is dan 0.05 (goede fit) of tussen 0.05 en 0.10 (acceptabele fit) ligt, en tot slot als de Goodness-of-Fit Index (GFI) groter is dan 0.95 (goede fit) of 0.90 (acceptabele fit).

Om de invloed van cliënt-, therapeut- en therapievariabelen, de invloed van de therapiegroep (gewone therapie, dadertherapie) en de invloed van psychopathologie op de WAV-12-schalen te onderzoeken, werd er gebruikgemaakt van MANOVAs, met de verschillende voornoemde variabelen als onafhankelijke variabelen en de WAV-12-subschalen als afhankelijke variabelen.

Om het verband te berekenen tussen psychopathologie (BSI-NI) en werkalliantie (WAV-12) enerzijds en de Algemene Maat van Verandering Tijdens Therapie anderzijds, werd er gebruikgemaakt van de Pearson correlatiecoëfficiënt.

## **Resultaten**

### *Constructvaliditeit en betrouwbaarheid van de WAV-12*

Om de constructvaliditeit van de WAV-12 te onderzoeken voerden we drie confirmatorische factoranalyses uit op de twaalf items van de WAV. Er werden drie modellen getest: (1) een éénfactormodel waarin de twaalf WAV-items samengenomen werden in één factor (een algemene werkalliantiefactor), (2) een tweefactorenmodel waarin er onderscheid werd gemaakt tussen de taak- en de doelsubscala (cf. Ver-tommen & Vervaeke, 1990), en tot slot (3) een driefactorenmodel waarin de drie oorspronkelijke subschalen werden onderscheiden, met name de Doel-, Taak- en Bandschaal (cf. Hatcher & Gillaspay, 2006). In tabel 1 vindt men de resultaten van de drie confirmatorische factoranalyses.

Op basis van de resultaten (zie tabel 1) kunnen we besluiten dat het éénfactormodel geen goede fit heeft. Het twee- en het driefactorenmodel hebben beide een aanvaardbare fit. We besluiten om verder te werken met het driefactorenmodel omdat dit model het sterkst aansluit bij de bestaande literatuur met betrekking tot de

WAV-12 (Hatcher & Gillaspay, 2006) ondanks het feit dat het tweefactorenmodel spaarzamer is en ook beschikt over een goede fit.

De interne consistentiecoëfficiënten van de drie WAV-subschalen – berekend op de totale proefgroep – zijn als volgt: de Taakschaal ( $\alpha = 0.85$ ), de Doelschaal ( $\alpha = 0.83$ ) en de Bandschaal ( $\alpha = 0.82$ ), wat wijst op een goede betrouwbaarheid van de drie WAV-subschalen.

De correlatie tussen de Taak- en de Doelschaal is het grootst en bedraagt 0.80 ( $p < 0.01$ ), de overige correlaties tussen de Bandschaal en respectievelijk de Taakschaal en de Doelschaal zijn beide 0.49 ( $p < 0.01$ ).

De gemiddelden en de standaarddeviaties van de volledige proefgroep op de totale WAV-12 en de drie WAV-schalen worden weergegeven in tabel 2.

#### Verband tussen de WAV-12-schalen en cliëntvariabelen

Verder onderzochten we de invloed van verschillende cliëntvariabelen (onder meer leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, burgerlijke status, beroep en As I- en As II-diagnoses) en het type therapie (gewone therapie, dadertherapie) en

hun interacties op de drie WAV-12-schalen. Geen enkele cliëntvariabele had een significante invloed op de drie WAV-12-schaalscores. Er werd daarentegen wel een significant verschil gevonden tussen cliënten die gewone therapie volgden en cliënten die dadertherapie volgden. De seksueel delinquente cliënten behaalden systematisch hogere scores op de Taak- en de Doelschaal in vergelijking met de gewone cliënten.

#### Verband tussen de WAV-12-schalen en therapeutvariabelen

Daarnaast onderzochten we de invloed van de therapeutvariabelen (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, nationaliteit, burgerlijke staat, therapieoriëntatie en aantal jaren therapeutische ervaring) en het type therapie (gewone therapie, dadertherapie) en hun interacties op de drie WAV-12-schalen. Enkel de therapeutvariabele ‘aantal jaren therapeutische ervaring’ had een significante invloed op de WAV-12-Taakschaal. Scheffé en Bonferroni post-hoc-analyses toonden aan dat therapeuten met meer dan twintig jaar ervaring een significant lagere score ( $p < 0.05$ ) behaalden op de Taak-

**T a b e l 1 .** Resultaten van de drie confirmatorische factoranalyses uitgevoerd op de WAV-12.

Model	$\chi^2$	Df	p <	$\chi^2/df$	GFI	RMR	RMSEA
1 factor	364.88	54	.0001	6.76	.77	.11	.15
2 factoren	163.88	53	.0001	3.09	.90	.06	.09
3 factoren	161.94	51	.0001	3.18	.90	.06	.09

Noot: GFI = Goodness-of-Fit-Index, RMR = Root Mean Square Residual, RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation, WAV-12 = Nederlandstalige verkorte versie van de Werkalliantievragenlijst.

**T a b e l 2 .** Gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van de WAV-12 (N = 255) weergegeven op een schaal van 1 (zelden of nooit) tot 5 (altijd).

WAV-12	M	SD
Totaalscore	3.76	0.76
Taakschaal	3.71	0.88
Doelschaal	3.60	0.92
Bandschaal	3.97	0.86

Noot: WAV-12 = Nederlandstalige verkorte versie van de Werkalliantievragenlijst.



schaal dan therapeuten met tien tot negentien jaar ervaring (zie tabel 3).

*Verband tussen de WAV-12-schalen en kenmerken van de therapie*

Ook de verbanden tussen kenmerken van therapie (aantal sessies, therapiefrequentie en therapeutische setting), het type therapie (gewone therapie, dadertherapie) en hun interacties en de drie WAV-12-schalen werden onderzocht. Het aantal therapie sessies had een significante invloed op de drie WAV-12-schalen. We vonden een stijgend verband tussen het aantal therapie sessies en de scores op de Taak-, de Doel- en de Bandschaal (zie tabel 4). Hoe meer therapie sessies een cliënt had gehad, hoe hoger hij/zij scoorde op de Taak-, de Doel- en de Bandschaal; vanaf meer dan veertig sessies trad er een stabili-

lisatie op in WAV-12-schaalscores. Deze bevinding ligt in de lijn van wat werd vastgesteld in diverse onderzoeken naar de dosis-effectrelatie in psychotherapie (Lambert, 2007): 50% van de patiënten rapporteerde een significante verbetering van hun klachten tussen sessie 11 tot 21; 75% tussen sessie 25 tot 45. In de eropvolgende sessies bleek de curve af te vlakken, waaruit afgeleid kan worden dat de therapiewinst na de 'geschikte dosis' therapie afneemt.

*Verband tussen de WAV-12-schalen en psychopathologie*

Er werden eveneens correlaties berekend tussen de BSI-psychopathologieschalen en de WAV-12-totaal- en subschaalscores. Er werd een beperkt statistisch significant verband gevonden tussen de mate van depressie en de

**T a b e l 3 .** De gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van de WAV-12-schalen in functie van het aantal jaren therapeutische ervaring.

WAV-12	Aantal jaren therapeutische ervaring						F
	0-9 jaar (N = 160)		10-19 jaar (N = 35)		+20 jaar (N = 56)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Taak	3.70	0.88	4.04	0.79	3.59	0.92	4.09*
Doel	3.59	0.92	3.95	0.76	3.45	1.00	1.64
Band	3.98	0.86	4.01	0.94	3.98	0.81	0.68

Noot: \*:  $p < .05$ , WAV-12 = Nederlandstalige verkorte versie van de Werkalliantievragenlijst.

**T a b e l 4 .** De gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van de WAV-12-schalen in functie van het aantal therapie sessies.

WAV-12	Aantal sessies								F
	1-9 (N = 81)		10-19 (N = 90)		20-39 (N = 47)		40+ (N = 29)		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Taak	3.41	0.92	3.69	0.86	4.07	0.78	4.04	0.74	3.98**
Doel	3.28	0.96	3.60	0.86	3.94	0.88	3.92	0.85	4.46**
Band	3.68	0.93	4.07	0.77	4.21	0.74	4.09	0.89	3.87**

Noot: \*\*:  $p < .01$ , WAV-12 = Nederlandstalige verkorte versie van de Werkalliantievragenlijst.

Taakschaal ( $r = -0.13$ ,  $p < 0.01$ ) en de WAV-12-totaalscore ( $r = -0.13$ ,  $p < 0.01$ ).

#### *Verband tussen de globale maat van verandering en de BSI-NL en WAV-12*

Tot slot onderzochten we het verband tussen de globale maat van verandering en de klinische symptomatologie en werkalliantiescores (tabel 5). Samengevat kunnen we stellen dat er een negatief verband bestaat tussen de ernst van pathologie (BSI-Totaal) en verandering tijdens het therapieproces: hoe ernstiger de aard van de psychologische klachten bij aanvang van de therapie, hoe minder verandering er optreedt tijdens de therapie. Het sterkste negatieve verband werd gevonden tussen de scores op de Depressieschaal ( $r = -0.32$ ,  $p < 0.01$ ) en de mate van verandering: hoe depressiever een cliënt bij aanvang van de therapie, hoe minder verandering er optrad tijdens de therapie (zoals beoordeeld door de cliënt).

Tussen de WAV-12 en de globale maat van verandering werden er sterke positieve verbanden vastgesteld. Hoe hoger de cliënten scoorden op de Taakschaal, de Doelschaal en de Bandschaal, hoe groter de globale maat van verandering tijdens de therapie. Het sterkste verband werd gevonden tussen de taakgerichtheid en verandering tijdens therapie ( $r = 0.56$ ), en het zwakste – maar nog steeds sterk verband – tussen de therapeutische band en verandering tijdens therapie ( $r = 0.36$ ).

## Discussie

Welke therapiemethode men ook aanwendt, het therapeutische proces staat of valt grotendeels met de kwaliteit van de therapeutische relatie. De afgelopen jaren werd veel onderzoek verricht naar de werkzame ingrediënten die het therapeutische contact effectief en helend maken. Aansluitend werden diverse schalen ge-

**T a b e l 5 .** Pearson correlaties tussen de Globale Maat van Verandering en de BSI-NL en WAV-12.

<b>Globale maat van verandering</b>	
<b>BSI-NL-schalen</b>	
Somatische klachten	-.15*
Cognitieve functies	-.22**
Interpersoonlijke sensitiviteit	-.24**
Depressie	-.32**
Angst	-.21**
Hostiliteit	-.18**
Fobische angst	-.19**
Paranoïd	-.12
Psychoticisme	-.24**
Totaalscore BSI-NL	-.26**
<b>WAV-12-schalen</b>	
Taakschaal	.56**
Doelschaal	.47**
Bandschaal	.36**
Totaalscore WAV-12	.51**

Noot: \*,  $p < .05$ , \*\*,  $p < .01$ , WAV-12 = Nederlandstalige verkorte versie van de Werkalliantievragenlijst, BSI-NL = verkorte versie van de SCL-90-R.

construeerd om de kwaliteit van het therapeutische contact te beoordelen. In dit artikel werd de WAV-12 voorgesteld, een instrument dat snel en eenvoudig drie sleutelementen van de therapeutische relatie evalueert: de emotionele band tussen cliënt en therapeut en de mate van overeenkomst inzake therapiedoelen en -taken. Algemeen wordt aangenomen dat de laatste twee elementen betrekking hebben op de actieve samenwerking tussen cliënt en therapeut, terwijl het eerste element te maken heeft met een wederzijds gevoel van verbondenheid en vertrouwen. Dit wordt bevestigd in factoranalytisch onderzoek en ook onze bevindingen leveren steun voor een twee- en driefactorenmodel. Het comprimeren van de items tot één overkoepelende factor is niet aangewezen. Het is van belang te differentiëren tussen diverse aspecten van de werkalliantie, temeer omdat hun relatieve impact op het therapieresultaat eveneens blijkt te verschillen. De ervaring van actief en doelgericht samen te werken aan het verwezenlijken van de therapiedoelen wordt door diverse onderzoekers uitgelicht als de *kern* van de werkalliantie (Alexander & Luborsky, 1986; Bordin, 1979; Horvath, Gaston & Luborsky, 1993). Dit blijkt ook uit onze bevindingen: er is een betekenisvolle samenhang tussen de globale maat van verandering en de werkalliantie, maar de samenhang is het grootst voor wat de Taakschaal betreft.

Hoewel de werkalliantie sterk bepalend is voor het uiteindelijke therapieresultaat, betreft het geen zaak van alles-of-niets. De werkalliantie is een zich geleidelijk ontwikkelende dragende structuur waarin beide participanten, zowel cliënt als therapeut, moeten investeren (Safran & Muran, 2000). De ernst van de psychopathologie van de cliënt blijkt de kwaliteit van de werkalliantie te beïnvloeden. In ons onderzoek kwam dit in beperkte mate tot uiting bij cliënten met een depressief symptomenpalet. Hun overeenkomst in taakgerichtheid met hun therapeut bleek gedrukt evenals de totale werkalliantiescore. Dit is niet verwonderlijk aangezien het depressieve ziektebeeld zijn sporen nalaat op zowel het intra- als interpersoonlijke functioneren.

Men zou kunnen veronderstellen dat een verbetering van symptomen gepaard gaat met een

betere beoordeling van de werkalliantie. Deze hypothese werd in onze studie niet onderzocht; we beperkten ons tot eenmalige metingen. In toekomstig onderzoek zullen we ons wel concentreren op de evoluties van proces- en outcome-metingen doorheen het therapiegebeuren (Stinckens & Verdrú, in voorbereiding).

Niet alleen cliënten maar ook therapeuten drukken een stempel op de kwaliteit van de werkalliantie. Demografische kenmerken blijken geen invloed te hebben; wel bepalend is het aantal jaren therapie-ervaring dat men heeft opgebouwd, althans voor wat de mate van taakgerichtheid betreft. Deze bleek het grootst bij therapeuten die al meer dan tien jaar in het werkveld staan en de nodige expertise hebben verworven in het uitstippelen van een gezamenlijk therapietraject. Dat 'taakgerichte wijsheid' met de jaren komt, bleek echter niet helemaal op te gaan: de oudere generatie therapeuten (+20 jaar ervaring) scoorde significant lager op de Taakdimensie dan therapeuten met 10-19 jaar ervaring. Mogelijk heeft dit te maken met de therapeutische scholing die ze genoten hebben; in de klassieke rogeriaanse benadering staat het empathische volgen centraal en wordt een taakgerichte, directieve aanpak geschuwd. In de loop der jaren is er echter meer aandacht gekomen voor een differentiële, procesdirectieve aanpak met een combinatie van 'volgende' en 'sturende' interventies. Deze verschuiving reflecteert zich mogelijk in de grotere taakgerichtheid bij de jongere therapeuten, althans diegenen met al enige ervaring (tussen 10 en 19 jaar). Onervaren therapeuten hebben mogelijk nog niet dezelfde expertise om hun werkwijze of methode te expliciteren; een taakgerichte benadering vereist blijkbaar zowel scholing als ervaring.

De vaststelling dat oudere therapeuten minder taakgericht blijken te zijn, kan ook te maken hebben met het feit dat er in hun werkwijze meer automatismen en gewoontepatronen zijn binnengeslopen, wat ten koste kan gaan van een fris, energiek en dynamisch engagement. Men werkt meer op 'automatische piloot', men laat het therapeutische proces meer op zijn beloop en men investeert minder tijd en energie in

het uitwerken en expliciteren van de therapeutische rationale.

Maar zelfs indien cliënt en therapeut de bereidheid hebben om een positieve werkalliantie te installeren, vormen kortsluitingen en conflicten een natuurlijk onderdeel van het zich ontvouwende therapieproces (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2001). Om die reden menen sommige onderzoekers dat het meten van de werkalliantie in het begin van de behandeling beter het eindresultaat voorspelt dan metingen in de midden- of eindfase en ook beter dan het gemiddelde over de hele therapie (Blaauw & Emmelkamp, 1991). Later in therapie zouden er meer schommelingen optreden in de werkalliantie die samenhangen met de aard van het therapeutische werk. Volgens Horvath en Symonds (1991) is niet het aantal therapie sessies doorslaggevend voor de kwaliteit van de werkalliantie, maar wel de fase waarin de therapie zich bevindt. Swildens (1997) onderscheidt vier grote fasen in de therapie: de premotivatiefase, de symptoom/syndroomfase, de probleem/conflictfase en de existentiële fase. De eerste fase kan beschouwd worden als een soort verkenningsfase waarin een vertrouwensband tot stand komt en de cliënt een perspectief op verandering krijgt aangereikt. In de tweede fase ligt de klemtoon op het bewerken van de aanmeldingsklachten en -problemen. In de derde fase verschuift de therapiefocus naar de onderliggende conflicten en relationele dynamieken. In de laatste fase ten slotte komen meer existentiële thema's op de voorgrond: afscheid nemen en loslaten, verantwoordelijkheid nemen en keuzes maken, afhankelijk blijven of meer autonoom worden. Overeenkomstig deze fasen zullen bepaalde aspecten van de werkalliantie minder of meer gewicht krijgen (Watson & Greenberg, 2000). In de beginfase staat de vorming van een emotionele band voorop, later wordt de afstemming van therapiedoelen en -taken belangrijker. Het valt te verwachten dat in de probleem/conflictfase de werkalliantie meer onder vuur komt te liggen, omdat relationele patronen – ook deze die zich manifesteren in het hier-en-nu contact met de therapeut – naar de voorgrond worden gehaald. In ons on-

derzoek werd, om praktische redenen, het therapieproces opgesplitst op basis van het aantal sessies en niet op grond van de inhoudelijke en procesmatige thema's die aan de orde zijn. Er werd een stijgend verband vastgesteld tussen het aantal sessies (na veertig sessies stabilisatie) en de diverse aspecten van de werkalliantie, waarbij de hoogste scores zich situeerden tussen de twintigste en veertigste sessie. De vraag kan gesteld worden of de therapiewinst in de latere sessies afvlakt of zich verplaatst naar andere domeinen van het functioneren. Om deze vraag te beantwoorden, zou gewerkt moeten worden aan een uitgebreider instrumentarium. Onderzoek naar de dosis-effectrelatie in therapie – waarbij outcomemetingen in plaats van procesmetingen worden gebruikt – toont alvast een gelijkaardig patroon, met een significante verbetering tussen sessie 11 en 45 en nadien een afzwakking van de therapiewinst.

Het volgen van de voortgang van cliënten in psychotherapie met behulp van 'monitoring' kan helpen om de noodzakelijke en voldoende 'dosis' psychotherapie te kunnen bepalen. In tegenstelling tot het gangbare outcomeonderzoek, waarbij er voor-, na- en follow-upmetingen plaatsvinden, worden cliënten bij monitoring op een van-sessie-tot-sessiebasis gevolgd (Verheul, 2007). Bij de meeste vormen van monitoring (Lambert, 2007) wordt één enkele outcomemeting gebruikt. Volgens Wagner (2002) is dit echter onvoldoende om het hele spectrum van veranderingen die plaatsvinden in therapie in kaart te brengen. Een bijkomende beoordeling van de werkalliantie zou een rijkere inzicht kunnen geven in het therapiegebeuren. Bovendien zou het systematisch bevragen van de werkalliantie alliantiemoeilijkheden in een vroeg stadium kunnen detecteren en bespreekbaar maken. Hiermee wordt voorkomen dat alliantiemoeilijkheden aanzwellen en ontaarden in onherstelbare breuken die gewoonlijk tot een afbreken van de therapie leiden (Trijsburg, Knaevelsrud & Vervaeke, 2002). Het traceren van de alliantieontwikkeling per sessie kwam niet aan bod in ons onderzoek; er werden – zoals eerder al aangegeven – enkel eenmalige metingen gedaan.

In de laatste decennia is men de werkalliantie meer en meer gaan zien als een gemeenschappelijke factor die in elke vorm van psychotherapie van belang is. Niettemin verschillen de diverse therapieoriëntaties qua gewicht dat zij aan deze factor toekennen. In sommige richtingen wordt de werkalliantie beschouwd als de eigenlijke helende factor die een centrale plaats inneemt in het therapeutische werk, in andere richtingen wordt ze beschouwd als noodzakelijke voedingsbodem waarop andere strategieën en interventies geënt dienen te worden. In ons onderzoek werden in hoofdzaak cliëntgericht-experiëntiële therapeuten betrokken. Interoriëntale verschillen konden om die reden niet worden vastgesteld. In toekomstig onderzoek zou best een meer gevarieerde therapeutengroep worden betrokken om na te gaan of de 'schoolgebonden verschillen' die aanwezig zijn op theoretisch niveau, zich ook vertalen naar de klinische praktijk.

Er werd wel een vergelijking gemaakt tussen twee types therapie: gewone therapie en dadertherapie. In de laatste groep werden systematisch hogere scores op de Taak- en Doelschaal aangetroffen. Een mogelijke verklaring is het feit dat de doelstellingen in therapie (namelijk het streven naar bewustmaking, inzichtverwerving, responsabilisering en attitudeverandering bij de daders) en de manier waarop men deze zal pogen te realiseren, van bij aanvang duidelijker geformuleerd worden dan in een klassieke psychotherapie; overeenstemming over deze doelen is namelijk een van de voorwaarden om deel te nemen aan het daderproject. Maar ook andere factoren kunnen de vastgestelde verschillen mee verklaren. Doordat daders van seksueel geweld door de maatschappij snel veroordeeld worden en weinig ruimte krijgen om hun verhaal te doen, ervaren ze het therapeutische contact mogelijk als des te uitzonderlijker. Anderzijds kunnen ook sociale wenselijkheidsfactoren de alliantiescores opdrijven; met een positieve beoordeling hopen deze cliënten de therapeut misschien te behagen en te manipuleren, drijfveren die typerend zijn voor hun wijze van in-relatie-treden (Johansson & Kerr, 2006). Een meer nauwkeurige screening van hun persoonlijkheidsprofiel (bijvoorbeeld met behulp

van de Neuroticisme Extraversie Openheid-Five Factor Inventory; Hoekstra, Ormel & de Fruyt, 1996) zou hierover uitsluitsel kunnen geven.

Meer vergelijkend onderzoek is nodig om na te gaan of verschillende therapievormen verschillende alliantietypes vereisen en voortbrengen. Ook de invloed van cliënt- en therapeutvariabelen op de alliantieontwikkeling zou verder moeten worden onderzocht. In het laatste decennium werd veel aandacht besteed aan de hechtingsstijl van cliënten en therapeuten en de interacties tussen beide. Vastgesteld werd dat cliënten met een gereserveerde (angstig vermijdende) gehechtheidsstijl een minder goede werkalliantie hadden met therapeuten met eenzelfde gehechtheidsstijl. Hetzelfde was het geval bij cliënten met een gepreoccupeerde (angstig ambivalente) hechting. Een betere alliantie wordt gevormd wanneer de gepreoccupeerde gehechtheidsstijl van de cliënt wordt gecompenseerd door de meer gereserveerde stijl van de therapeut en omgekeerd. Angstig vermijdende cliënten zijn dan weer meer gebaat met een hecht en intiem therapeutisch contact (van IJzendoorn, 2001). Aanvullend kwalitatief procesonderzoek moet inzichtelijk maken welke specifieke factoren op welke moment in therapie de werkalliantie bevorderen of vertroebelen. Op die manier wordt niet enkel onomstotelijk bewezen *dat* de therapeutische relatie werkt, maar ook *hoe* deze werkt, en kan een relationeel aanbod 'op maat' worden uitgewerkt.

## **Bijlage I. WAV-12 (Werkalliantievragenlijst verkort, Nederlandstalige versie)**

### **Instructies**

Op de volgende pagina's wordt een aantal omschrijvingen gegeven over de wijzen waarop mensen kunnen denken of voelen omtrent de relatie met hun therapeut. Onder elke uitspraak bevinden zich vijf mogelijkheden om te antwoorden: *zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*.

Indien de uitspraak aangeeft hoe u zich altijd voelt (of hoe u altijd denkt), omcirkelt u de ant-

woordmogelijkheid 'altijd'. Als ze nooit op u van toepassing is, omcirkelt u de antwoordmogelijkheid 'zelden of nooit'. Gebruik de alternatieven tussenin om de variaties tussen deze extremen te beschrijven.

Werk snel: wij wensen uw eerste indrukken na te gaan.

Geef een antwoord op alle uitspraken.

Hartelijk dank voor uw medewerking.

1. Een resultaat van deze sessies is dat het voor mij duidelijker is hoe ik zou kunnen veranderen.

*zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*

2. Wat ik doe in therapie, geeft mij een nieuwe kijk op mijn probleem.

*zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*

3. Ik geloof dat mijn therapeut(e) mij aardig vindt.

*zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*

4. Mijn therapeut(e) en ikzelf werken samen bij het bepalen van de doelstellingen voor mijn therapie.

*zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*

5. Mijn therapeut(e) en ik respecteren elkaar.

*zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*

6. Mijn therapeut(e) en ik werken naar de doelstellingen toe die we beiden goedkeuren.

*zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*

7. Ik voel dat mijn therapeut(e) mij apprecieert.

*zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*

8. Wij zijn het eens over wat voor mij belangrijk is om aan te werken.

*zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*

9. Ik voel dat mijn therapeut(e) om mij geeft, zelfs wanneer ik dingen doe die hij/zij niet goedkeurt.

*zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*

10. Ik voel dat de dingen die ik in therapie doe, mij zullen helpen om de veranderingen die ik wil, te bereiken.

*zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*

11. We hebben ons een goed begrip gevormd van het soort veranderingen die goed zouden zijn voor mij.

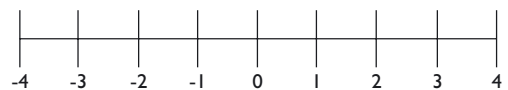
*zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*

12. Ik geloof dat de manier waarop we aan mijn probleem werken, de juiste is.

*zelden of nooit / soms / dikwijls / zeer vaak / altijd*

## **Bijlage 2. Globale beoordeling van de mate van verandering**

Gelieve een beoordeling te geven van de mate waarin je veranderd bent in de therapie tot dusver.



Waarbij de waarden op de schaal staan voor:

-4: zeer sterk verslechterd

-3: sterk verslechterd

-2: matig verslechterd

-1: licht verslechterd

0: geen verandering

1: licht verbeterd

2: matig verbeterd

3: sterk verbeterd

4: zeer sterk verbeterd

Gelieve een cirkel te trekken rond het cijfer dat je het meest van toepassing acht.

## **N** Noten

1. Deze effectgrootte wordt als gematigd beschouwd. Het betreft volgens de auteurs een conservatieve schatting omdat niet-gerapporteerde of als niet-significant gerapporteerde verschillen als nulresultaat werden beschouwd.
2. Sommige studies bleken meermaals beschreven te zijn in de literatuur; bij de uiteindelijke bepaling van de gewogen effectgrootte werden 68 correlaties betrokken.
3. Van één therapeut waren geen gegevens beschikbaar.

## **L** Literatuur

Alexander, L.B., & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). New York: Guilford Press.

Andrusyna, T.P., Tang, T.Z., DeRubeis, R.J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the Working Alliance Inventory in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 10*, 173-178.

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.

Bachelor, A. (1991). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 323-337.

Blaauw, E., & Emmelkamp, P.M.G. (1991). De therapeutische relatie: een onderzoek naar de waarde van de Therapist Client Rating Scale (TCRS). *Gedragstherapie, 24*, 183-194.

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psycho-analytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252-260.

Brusseri, M.A., & Tyler, J.D. (2003). Interchangeability of the Working Alliance Inventory and Working Alliance Inventory Short Form. *Psychological Assessment, 15*, 193-197.

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.

De Ruiter, C., Garssen, B., Rijkken, H., & Kraaimaat, F. (1989). De therapeutische relatie bij kortdurende gedragstherapeutische behandelingen voor agorafobie. *Gedragstherapie, 22*, 313-322.

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.

Elliott, R., & Stinckens, N. (2005). *Casusonderzoek: aanbevolen minimumdesign voor systematische casestudies* (K.U. Leuven Systematic Case Study Research Protocol). Available at: [www.communityzero.com/pcepipr](http://www.communityzero.com/pcepipr).

Erdur, O., Rude, S., Baron, A., Draper, M., & Schanckar, L. (2000). Working alliance and treatment outcome in ethnically similar and dissimilar client-therapist pairings. *Research reports of the Research Consortium of Counseling & Psychological Services in Higher Education, 1*, 37-57.

Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales - Patient version. *Psychological Assessment, 3*, 68-74.

Hartley, D.E., & Strupp, H.H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship with outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies in analytic theories* (pp. 1-37). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Hatcher, R.L., & Gillaspay, J.A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research, 16*(1), 12-25.

Hoekstra, H.A., Ormel, J., & de Fruyt, F. (1996). *NEO-PI-R/NEO-FFI Persoonlijkheidsvragenlijst*. Amsterdam: Hogrefe.

Horvat, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.

- Horvath, A.O., Gaston, L., & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. In N.E. Miller, L. Luborsky, J.P. Barber & J.P. Doherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice* (pp. 247-273). New York: Basic Books.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The therapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: The Guilford Press.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 138-149.
- Johansson, P., & Kerr, M. (2006). Psychopathy and intelligence: A second look. *Journal of Personality Disorders*, 19(4), 357-369.
- Knaevelsrud, C. (2001). *The working alliance: A study of the reliability and validity of the Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II)*. Paper. Amsterdam: Klinische Psychologie.
- Lambert, M. (2007). What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1-14.
- Lambert, M., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17-28). New York: Oxford University Press.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Marziali, E., Marmar, C., & Krupnick, J. (1981). Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry*, 38, 361-364.
- Nicolai, N.J. (1999). Steunen in structureren in psychotherapie. In R.W. Trijsburg, E.C.A. Collumbien, & G. Lietaer (Eds.), *Handboek integratieve psychotherapie*, I 4.3-1 – E 4.3-28. Utrecht: De Tijdstroom.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Reynolds, M., Hatcher, R.L., & Hansell, J. (1995). *Factor analysis of three measures of the therapeutic alliance*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research. Vancouver, Canada.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 38(4), 406-412.
- Segrin, C. (2001). *Interpersonal problems in psychological problems*. New York: Guilford.
- Stinckens, N., Elliott, R., & Leijssen, M. (in press). 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. (in voorbereiding). De invloed van monitoring op de voortgang in psychotherapie.
- Swildens, H. (1997). *Procesgerichte gesprekstherapie. Inleiding tot een gedifferentieerde toepassing van de cliëntgerichte beginselen bij de behandeling van psychische stoornissen* (rev.ed.). Utrecht: De Tijdstroom.
- Takens, R.J. (2001). *Een vreemde nabij. Enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht*. Proefschrift, Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Tracey, T.J., & Kokotovic, A.M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207-210.
- Trijsburg, R.W., Knaevelsrud, C., & Vervaeke, G.A.C. (2002). De therapeutische relatie en de werkaliantie.



In R.W. Trijsburg, E.C.A. Collumbien & G. Lietaer (Eds.), *Handboek integratieve psychotherapie*, I 4.3-1 – E 4.3-28. Utrecht: De Tijdstroom.

Trijsburg, R.W., Van 't Spijker, A., Van Dam, Q.D., & Duivendoorn, H.J. (1999). De Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II). Een vragenlijst om de werksrelatie in psychotherapie te bepalen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 25, 145-161.

Ulburghs, A. (2007). *De factorstructuur en de psychometrische eigenschappen van de WAV-12. De Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory*. Licentiaatsverhandeling, Katholieke Universiteit, Leuven.

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2000). *Handboek psychopathologie. Deel 1: basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Van IJzendoorn, M.H. (2001). Gehechtheid en therapie: mentale representaties van gehechtheid in psychotherapie en interventies. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 39(3), 182-196.

Verheul, W. (2007). Het volgen van de voortgang van cliënten in psychotherapie: eerste ervaringen met monitoring. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 45(3), 51-61.

Vertommen, H., & Vervaeke, G.A.C. (1990). *Werkalliantievragenlijst (WAV). Vertaling voor experimenteel gebruik van de WAI (Horvath & Greenberg, 1986)*. Departement Psychologie, K.U. Leuven.

Wagner, J.R. (2002). *Evaluating a core battery: A comparison of standardized, individualized, and qualitative approaches to therapy outcome assessment*. Dissertation, Toledo University.

Watson, J.C., & Greenberg, L.S. (2000). Alliance rupture and repairs in experiential therapy. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 56(2), 175-186.

## **S** Summary

The therapeutic relationship is one of the most important predictors of changes throughout therapy, independent of the therapeutic orientation. The assessment of different aspects of the therapeutic relationship that makes it effective and healing, is an important therapeutic goal. During the past years, different scales have been developed to assess the quality of the therapeutic relationship.

In this manuscript we describe the Working Alliance Inventory (WAI-12), an instrument that evaluates the therapeutic bond and the agreement between patient and therapist about therapeutic tasks and goals. We investigate the factor structure of the WAV-12 and its correlations with client, therapist, and other therapy-relevant variables in a sample of clients who follow regular or offender therapy. The therapists are mostly client-centered/experiential psychotherapists, working in outpatient settings.

The three-factor structure of the WAI is confirmed in our study, as well as the correlations between the WAV-12 and the client, therapist and therapy-relevant variables. The strongest predictor of a positive therapy result is the WAV task scale, but also the other scales show significant associations.

## **P** Personalia

Nele Stinckens en Annick Ulburghs zijn verbonden aan de K.U.Leuven, Departement Psychologie, Onderzoeksgroep Psychotherapie en Dieptepsychologie, Tiensestraat 102, B-3000 Leuven.  
E-mail: Nele.stinckens@psy.kuleuven.be.

Laurence Claes is verbonden aan de K.U.Leuven, Departement Psychologie, Onderzoeksgroep Psychodiagnostiek en Psychopathologie, Tiensestraat 102, B-3000 Leuven.  
E-mail: Laurence.claes@psy.kuleuven.be.