



Winger aan de pols

in psychotherapie

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

Monitoring als therapeutische methodiek

acco

Inhoud

Woord vooraf	9
Inleiding Psychotherapie in de kijker gezet	13
DEEL 1. BRUGGEN SLAAN TUSSEN KLINISCHE PRAKTIJK EN ONDERZOEK	17
Hoofdstuk 1. Monitoring als verbindend element: praktijkgebaseerd, procesgeoriënteerd en feedbackgestuurd	18
<i>Nele Stinckens, Dave Smits, Peter Rober en Laurence Claes</i>	
Hoofdstuk 2. QIT online, een multimodaal en multidimensioneel monitoringprotocol	40
<i>Dave Smits, Nele Stinckens en Laurence Claes</i>	
DEEL 2. MONITORING ALS THERAPEUTISCHE METHODIEK	59
Hoofdstuk 3. Een goed geoliede monitoringmachine: wat werkt (niet)?	60
<i>Dave Smits, Jeroen Dekker en Nele Stinckens</i>	
Hoofdstuk 4. Het implementatieproces bij monitoring	81
<i>Dave Smits, Nele Stinckens, Laurence Claes en Peter Rober</i>	

DEEL 3.	
MONITORING IN DE KLINISCHE PRAKTIJK	111
Hoofdstuk 5.	
Bij en voorbij de angst. Monitoring in een kortdurende ambulante psychotherapie	112
<i>Nele Stinckens</i>	
Hoofdstuk 6.	
Monitoring als interactionele barometer	127
<i>Ayse Dogan</i>	
Hoofdstuk 7.	
Monitoring in relatie- en gezinstherapie	143
<i>Karine Van Tricht en Peter Rober</i>	
DEEL 4.	
ANDERE TOEPASSINGEN VAN MONITORING	163
Hoofdstuk 8.	
Hoe overwin je je koudwatervrees? Leren monitoren als opleidingstaak	165
<i>Nele Stinckens</i>	
Hoofdstuk 9.	
Monitoring in de residentiële ouderenspsychiatrie	178
<i>Stefaan Soenen, Romina Rys, Winde Hermans en Filip Bouckaert</i>	
Hoofdstuk 10.	
Monitoring in de opgelegde hulpverlening: de vertrouwde paden verlaten	198
<i>Annelies Nuyts, Nele Stinckens en Laurence Claes</i>	
Hoofdstuk 11.	
Psychotherapie bij partnergeweld: monitoring in het Time-Out Project	218
<i>Mieke Gossey, Nele Stinckens en Peter Rober</i>	

DEEL 5.	
ETHISCHE EN MAATSCHAPPELIJKE REFLECTIES OVER MONITORING	237
Hoofdstuk 12.	
Ethische uitdagingen in de geestelijke gezondheidszorg: een integrale visie op kwaliteitsbevordering	238
<i>Walter Krikilion</i>	
Hoofdstuk 13.	
Psychotherapie en kwaliteit voorbij het marktmodel	248
<i>Peter Rober en Paul Verhaeghe</i>	
Personalia	259
Trefwoordenregister	261

1.

Monitoring als verbindend element: praktijkgebaseerd, procesgeoriënteerd en feedbackgestuurd

Nele Stinckens, Dave Smits, Peter Rober en Laurence Claes

De kloof tussen klinische praktijk en onderzoek

Tot op heden is de dominante onderzoeksfilosofie in sterke mate top-down georiënteerd, waardoor een kloof bestaat tussen de klinische praktijk en het onderzoek. De laatste jaren gaan steeds meer stemmen op om deze heersende top-down benadering in het psychotherapieonderzoek in te ruilen voor een multidimensionaal perspectief dat beter aansluit bij de alledaagse, complexe therapierealiteit. Dat wordt ook bepleit in de APA Werkgroep ‘Evidence-based Practice in Psychology’ (APA, 2006): “*Evidence-based practice requires that psychologists recognize the strengths and limitations of evidence obtained from different types of research... Researchers and practitioners should join together to ensure that the research available on psychological practice is both clinically relevant and internally valid.*” (p. 275). Steeds meer geraakt het huidige onderzoeksklimaat doordrongen van een reflectief pragmatisme dat ruimte biedt voor alternatieve, complementaire onderzoeksmethodes die bijdragen tot de verbetering en innovatie van de therapiepraktijk (Slife, 2004).

Globaal genomen zijn er twee strekkingen in het psychotherapieonderzoek (Fishman, 2005). Het *behandelingsgeoriënteerd onderzoek* (‘treatment-focused research’) richt zich op het gemiddelde functioneren van groepen cliënten die van elkaar verschillen in een beperkt aantal variabelen. De bedoeling is om het specifieke, meetbare effect van een bepaalde interventie of behandeling te onderzoeken. Dit resulteert in zogenaamde

‘evidence-based practice’. De tweede onderzoekstrekkings, het *patiëntgeoriënteerd onderzoek* (‘patient-focused research’), richt zich op unieke cliënten (of cliëntsystemen) en therapeuten en hun specifieke constellatie van kenmerken en eigen-aardigheden. Ze worden op een holistische manier bestudeerd in hun onderlinge wisselwerking. Het doel is om na te gaan hoe psychotherapeutische behandelingen in de dagelijkse praktijk vorm krijgen en welke ingrediënten klinisch bruikbaar zijn. Volgens Fishman (2007) levert dit een andersoortige evidentie op, de zogenaamde ‘practice-based evidence’. Barkham, Hardy en Mellor-Clark (2010) ijveren voor een harmonieus samen-vloeien van beide soorten benaderingen. Deze complementaire benadering resulteert in een meer robuuste en relevante kennisbasis voor psychotherapie met een evenwichtige aandacht voor de interne én externe validiteit. In de heersende onderzoekscultuur echter wordt praktijkgebaseerde kennis vaak stiefmoederlijk behandeld en bestempeld als ‘nattevingerwerk’ of ‘anekdotisch’. Ten onrechte, zo vinden wij. In tegenstelling tot psychofarmaca worden de meeste therapiebenaderingen namelijk niet in laboratoria ontwikkeld of op hun veiligheid en efficiëntie getest alvorens ze het grote publiek bereiken. Ze vinden hun voedingsbodem in de creatieve act van therapeuten in concrete therapie-situaties, in klinische observaties en reflecties, in supervises en intervisies. Pas in een volgende fase worden zij mogelijk geanalyseerd en geëvalueerd aan de hand van onderzoeksmethodologische modellen.

Bruggen slaan: het systematisch casestudy-onderzoek

Het systematisch casestudy-onderzoek, dat in dit boek wordt voorgesteld, hoort volgens Fishmans indeling bij het patiëntgeoriënteerde onderzoek. Het is een casestudy-methodiek die op een gesystematiseerde manier wordt uitgevoerd. Deze systematiek zorgt ervoor dat de methodologische zwaktes die aan traditionele gevalstudies worden toegedicht (bijvoorbeeld: beperkte betrouwbaarheid, gebrek aan replicatie en ongecontroleerde en subjectieve wijzen van dataverzameling en -interpretatie, ...) overste-gen worden. Het weet de sterktes van beide benaderingen te combineren (Stinckens & Smits, 2010). Op die manier kan het systematische casestudy-onderzoek een belangrijke bijdrage leveren tot het overbruggen van de kloof tussen de klinische realiteit en de onderzoekswereld. In de afgelopen jaren hebben diverse onderzoekers specifieke criteria ontwikkeld voor systematisch casestudy-onderzoek ‘met een kwaliteitsgarantie’ (Edwards, 2007; Elliott, 2002; Fishman, 2007, Lampropoulos et al., 2002). Volgende criteria en principes zijn daarbij richtinggevend:

- Een rigoureuze en welomschreven onderzoekskader fungeert als leidraad bij de selectie van casestudies en de systematische dataverzameling.
- Een omvattend en gediversifieerd instrumentarium vormt de basis waarmee een rijk en goed onderbouwde dataset kan ingezameld worden. Een combinatie van idiosyncratische, kwalitatieve instrumenten en meer gestandaardiseerde, kwantitatieve metingen heeft de voorkeur. Gestandaardiseerde, kwantitatieve metingen bieden het voordeel dat zij statistische maatstaven aanreiken en cross-casusanalyses mogelijk maken. Idiosyncratische, kwalitatieve metingen zijn geschikt om onder-

liggende microprocessen en belangrijke contextvariabelen te identificeren die door kwantitatieve instrumenten onopgehelderd blijven.

- Kwaliteitscontroles die beschermen tegen valkuilen van het traditionele casestudy-onderzoek, zoals het beoordelen van de data door een onafhankelijke observator of het evalueren van uitkomsten door middel van een cliëntinterview, afgenomen door onafhankelijke interviewers maken deel uit van de casestudies.

Het onderzoeksmateriaal is voldoende breed en gevarieerd. Niet enkel casussen die een vooropgestelde theorie of hypothese bevestigen, maar ook ‘atypische’ casussen worden voor onderzoek geselecteerd. Deze zorgen voor noodzakelijke nuancering, aanvulling of ontkrachting. Tevens is er een representatieve diversiteit van cliënt-, therapeut- en therapiekenmerken in het materiaal vertegenwoordigd.

Het systematische casestudy-onderzoek zoekt dus zo veel mogelijk aansluiting bij de veelzijdigheid en complexiteit van naturalistische therapie-settings. Tegelijk respecteert het de essentiële basisvereisten van degelijk wetenschappelijk onderzoek. Wampold (2010) typeert systematisch casestudy-onderzoek als “... *the Holy Grail for those who have sought a unifying approach to the practice and science of psychotherapy*” (woord, in Barkham, Hardy & Mellor-Clark, 2010). De legende leert dat het ontdekken van de ‘Holy Grail’ een lange en moeizame queeste vergt en dat alleen volhouders kans maken op het felbegeerde einddoel. De vraag is of therapeuten bereid zijn om deze queeste te ondernemen.

Therapeuten over de brug krijgen

Veel therapeuten die werkzaam zijn in gesubsidieerde instellingen ontwikkelden een aversie ten opzichte van alles wat te maken heeft met administratie, registratie en kwaliteitscontrole. Kreunend onder de druk van lange wachtlijsten is het voor hen moeilijk om interesse en openheid te hebben voor wetenschappelijke onderbouwing van hun therapeutisch handelen. Diverse onderzoeken wijzen uit dat het gebruik van empirisch onderzoek als vorm van kwaliteitsbewaking voor veel praktiserende therapeuten onbekend of onbemind is (Baker, McFall & Shoham, 2008; Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Shapiro, 2002). Therapeuten over de brug krijgen om te investeren in de wetenschappelijke onderbouwing van hun werk, vraagt dat men rekening houdt met hun specifieke noden en verwachtingen. Drie ingrediënten lijken essentieel om een stevige en duurzame brug te slaan tussen de klinische praktijk en de onderzoeksweld.

□ **Praktijkgebaseerd onderzoek**

Praktijkgebaseerd onderzoek sluit nauw aan bij de alledaagse therapierealiteit. Het is eenvoudig inpasbaar in lopende therapiepraktijken en houdt rekening met de complexiteit van de therapiesituatie. Elliott en Zucconi (2006) formuleren een aantal principes die onderzoek duurzaam kunnen verankeren in de alledaagse therapierealiteit:

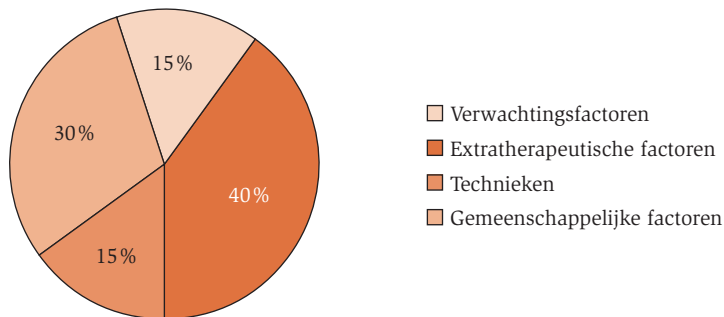
- Praktijkgebaseerd onderzoek is *pragmatisch*, wat betekent dat gebruik wordt gemaakt van gebruiksvriendelijke onderzoeksmethodes en instrumenten die zo weinig mogelijk negatief interfereren met het aan de gang zijnde therapiegebeuren.
- Praktijkgebaseerd onderzoek is *participatief*, wat inhoudt dat belanghebbenden reeds in een vroeg stadium zo veel mogelijk bij het onderzoek worden betrokken. In plaats van een ‘empirisch imperialisme’ waarbij onderzoekers vragen, hypothesen en methodieken van bovenaf opleggen en data als het ware wegzuigen bij de participanten om te dienen voor een wetenschappelijk artikel of onderzoeksverslag, worden cliënten en therapeuten in praktijkgebaseerd onderzoek als volwaardige partners ingeschakeld bij de selectie van onderzoeksvragen, methodes, instrumenten, ...
- Praktijkgebaseerd onderzoek is *gericht*. De onderzoeksfocus is toegespitst op enkele wezenlijke sleutelingrediënten van het psychotherapiegebeuren (bijvoorbeeld: werkaliantie, hoop en verwachting van cliënten, het relationele aanbod van therapeuten, ...), in plaats van allesomvattend of hypergespecialiseerd te zijn. Gaandeweg kan de onderzoeksfocus verruimd of versmald worden naargelang de interesses en middelen van de participanten.
- Praktijkgebaseerd onderzoek maakt gebruik van *pluralistische* methodologie, wat impliceert dat een grote verscheidenheid van methodes, zowel kwantitatief als kwalitatief, gecombineerd wordt om te beantwoorden aan de complexiteit van het therapiegebeuren.
- Praktijkgebaseerd onderzoek is *collaboratief*. Het installeren van onderzoeksnetwerken zorgt voor een stevig en ondersteunend draagvlak en bevordert de systematische dataverzameling en -uitwisseling tussen belanghebbenden en participanten. Om die reden gaat de voorkeur uit naar ‘transtheoretische’ instrumenten die niet gebonden zijn aan een bepaalde oriëntatie of methodiek.

□ **Procesgeoriënteerd onderzoek**

Therapeuten hebben vooral veel zorg voor de concrete cliënten die ze behandelen. Ze zijn doorgaans weinig geboeid door de academische vraag of psychotherapie werkt. Ze hebben meer interesse in onderzoek over *wat* precies werkt, *waarom* het werkt en *hoe* zij actief kunnen ingrijpen om het nog beter te doen werken. Zij willen met andere woorden inzicht verwerven in (onderliggende) veranderingsmechanismen die in de loop van het therapieproces ontstaan en een belangrijke bijdrage leveren tot het uiteindelijke behandelresultaat.

De laatste decennia kwam een enorme stroom aan psychotherapieonderzoek op gang waarin de werkzaamheid van diverse psychotherapeutische behandelingen overtuigend werd aangetoond. Ook werd vastgesteld dat er opmerkelijk weinig verschil bestaat in therapieresultaat tussen de verschillende soorten therapie, ondanks hun verschillende theoretische referentiekaders (het zogenaamde dodo bird-verdict; Lambert & Ogles, 2004). Weinig is echter geweten over hoe en waarom deze bewezen effectieve psychotherapeutische behandelingen tot de vastgestelde behandel-effecten leiden. Tal van theorieën trachten dit tussenliggende proces te duiden, maar wetenschappelijke

evidentie voor deze theorieën is schaars (Lambert, Garfield & Bergin, 2004; Kazdin, 2007). Het onderzoek naar de gemeenschappelijke, non-specifieke factoren in therapie vormt hierop een uitzondering. Er is overtuigend bewijs geleverd dat factoren die over de verschillende therapieën ongeveer identiek zijn, een substantiële rol spelen in heel uiteenlopende psychotherapeutische behandelingen (Asay & Lambert, 1999; Muran & Barber, 2010; Wampold, 2001). Inmiddels befaamd is het model van Lambert (zie figuur 1.1) dat het relatieve belang van deze gemeenschappelijke factoren voor het uiteindelijke behandelresultaat in kaart brengt. Het model is gebaseerd op onderzoek bij een grote verscheidenheid van therapeutische behandelingen, cliëntproblematieken en meer algemene client- en therapeutkenmerken. Ook diverse outcomevariabelen werden in rekening gebracht (Lambert & Barley, 2002; Hubble, Duncan & Miller, 1999).



Figuur 1.1. Relatieve bijdrage van diverse factoren aan het therapieresultaat (Lambert & Barley, 2002).

Uit figuur 1.1 blijkt dat de extratherapeutische effecten (zoals spontaan herstel, toevallige gebeurtenissen en steun vanuit de omgeving) het grootste aandeel hebben in de groei die cliënten doormaken in therapie (40%). Factoren die te maken hebben met de cliënt- en therapeutkenmerken en de therapeutische relatie zijn verantwoordelijk voor 30% van de vooruitgang van de cliënt. Hoop en verwachting van cliënten dat de therapie zal werken, bepalen 15% van de outcomevariantie. Specifieke therapeutische methodes en technieken hebben een gelijkaardig aandeel. Het model van Lambert werd herhaaldelijk bekritiseerd omdat het gebaseerd is op schattingen in plaats van op actuele metingen. Maar meta-analyses van proces-outcomestudies bevestigen Lamberts bevindingen grotendeels (Wampold, 2001; Shadish & Baldwin, 2002). Ofschoon deze meta-analyses enigszins andere gewichten toekennen aan de verschillende therapeutische factoren wijzen ze er toch op dat de niet-specifieke, gemeenschappelijke factoren de motor zijn van het therapeutisch veranderingsproces.

Deze studies verhelderen echter niet op welke manier de therapeutische factoren precies ingrijpen in het veranderingsproces. Er wordt met andere woorden nauwelijks licht geworpen op de mechanismen of mediators van verandering (Kazdin, 2007). Muran en Barber (2010) leggen de vinger op de 'wonde' met betrekking tot het onderzoek naar de invloed en het belang van de therapeutische alliantie. Volgens hen

kan de vraag of de therapeutische alliantie een cruciaal veranderingsmechanisme is, ondanks de lange en uitgebreide traditie van het werkaliantieonderzoek, nog steeds niet afdoende beantwoord worden. Dat heeft enerzijds te maken met het feit dat de temporaliteit van de werkaliantie niet of onvoldoende in rekening wordt gebracht, waardoor niet uit te sluiten valt of therapeutische vorderingen oorzaak dan wel gevolg zijn van een kwaliteitsvolle therapeutische alliantie. Anderzijds blijkt de manier waarop de therapeutische alliantie vorm krijgt, mede afhankelijk te zijn van tal van andere variabelen, zoals de gehanteerde therapeutische techniek, het therapeutisch referentiekader, relationele vaardigheden van de therapeut en specifieke gehechtheidsstijlen van zowel cliënten als therapeuten. Om die reden suggereert Hatcher (2010) om over *'embedded alliances'* te spreken, waarbij de therapeutische alliantie niet als een geïsoleerd fenomeen, los van zijn context wordt onderzocht, maar ingebed wordt in specifieke cliënt- en therapeutkenmerken en de chemie tussen beiden.

Het ontrafelen van de samenhang van belangrijke therapiefactoren en de manier waarop deze hun impact hebben op het concrete therapieproces, vraagt om meer gedetailleerd, kwalitatief hoogstaand microprocesmatig onderzoek. Rice en Greenberg verrichtten in dit verband ruim twintig jaar geleden belangrijk pionierswerk. Met de lancering van hun *'Events Paradigm'* (Rice & Greenberg, 1984) vestigden zij de aandacht op het bestuderen van specifieke microprocessen en procesblokkades in concrete therapiesituaties. Toch is dit onderzoeksparadigma in bredere wetenschappelijke kringen nooit echt doorgebroken. Wil men bij therapeuten in het veld echter een sterkere onderzoeksbetrokkenheid creëren, dan is het ons inziens belangrijk om dergelijk kleinschalig, single-case- en microprocesonderzoek onder het stof vandaan te halen. Volgende vragen dienen meer op de voorgrond te staan: Wat verandert in de loop van het therapietraject? Hoe ontvouwen deze veranderingen zich precies? Welke kritische incidenten binnen en buiten de therapie zijn verantwoordelijk voor de veranderingen? Maar ook: Wat komt niet of onvoldoende in beweging en wat ligt hieraan mogelijk ten grondslag? (Kazdin, 2007)

□ Feedbackgestuurd onderzoek

Feedbackgestuurd onderzoek houdt in dat onderzoeksdata, die in de loop van het therapietraject worden ingezameld, onmiddellijk en rechtstreeks naar de participanten (therapeuten en cliënten) worden teruggekoppeld. In tegenstelling tot het gangbare outcome- en procesonderzoek, waarbij voor-, na- en follow-up metingen plaatsvinden, wordt de cliënt in feedbackgestuurd onderzoek van sessie tot sessie gevolgd aan de hand van gebruiksvriendelijke instrumenten. Deze voortgangsinformatie wordt onmiddellijk beschikbaar gesteld voor therapeuten en eventueel ook cliënten. Feedbackgestuurd onderzoek, ook wel bekend als *'monitoring'*, *'treatment-response-feedback'* of *'evaluation-informed practice'*, is een directe manier om de dagelijkse therapiepraktijk rechtstreeks te ondersteunen vanuit onderzoeksbevindingen.

Een belangrijke reden om aan feedbackgestuurd onderzoek te doen is de vaststelling dat het overgrote deel van de klinici niet in staat blijkt om op afdoende wijze in te

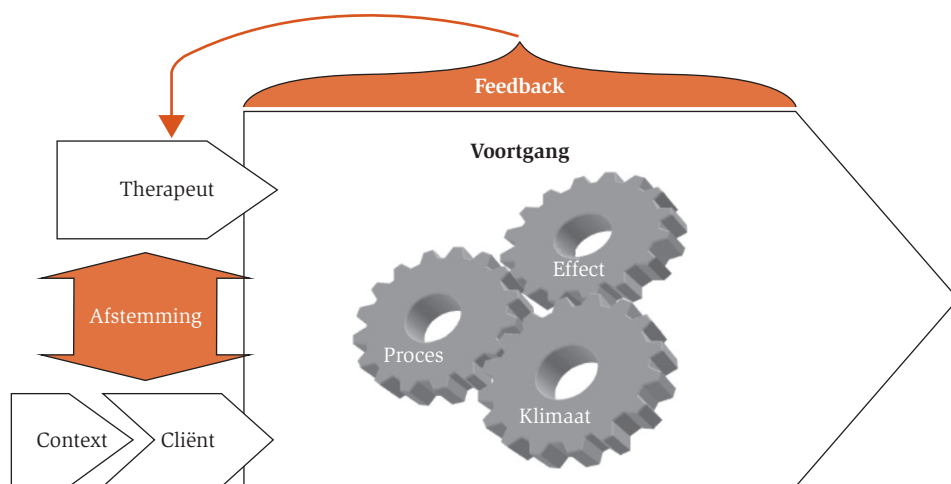
schatten hoe cliënten reageren op de aangeboden hulp en behandeling, vooral niet in de eerste sessies van de behandeling (Gray & Lambert, 2001). Slechts 4% van de psychotherapeuten slaagt er in dit onderzoek in om cliënten die onvoldoende vooruitgang boeken, of zelfs achteruitgaan, als dusdanig te identificeren. Ziskin (1995) verwoordt deze foutieve zelfperceptie nogal scherp: *“Een groot percentage van de clinici deelt een mythe over hun eigen beoordelingscapaciteiten die op geen enkele manier wetenschappelijk wordt ondersteund.”* (p. 261). Wanneer clinici echter feedback krijgen over stagnatie of achteruitgang van hun cliënten, zoals geïdentificeerd door een computermodel op basis van de scores op een eenvoudige uitkomstenvragenlijst, slagen ze er beter in hun behandeling aan te passen en alsnog de cliënt te begeleiden naar een positieve verandering (Gray & Lambert, 2001).

De eerste effectstudies over monitoring leverden veelbelovende resultaten op. Uit een meta-analyse van Sapyta, Riemer & Bickman (2005) blijkt dat cliënten van clinici die feedback krijgen over het beloop van hun cliënten duidelijk betere therapieresultaten boeken. Ook blijkt monitoring het aantal drop-outs gevoelig te verminderen (Lambert, 2010; Miller et al., 2005). Monitoring zorgt daarenboven voor een betere ‘dosis-effect-verhouding’: goedlopende therapieën worden vroeger beëindigd, met gelijkblijvend resultaat, terwijl moeilijk lopende therapieën langer worden aangehouden met een beter eindresultaat (Lambert et al., 2005). Dat is volgens Trijsburg (in Verheul, 2007) erg begrijpelijk: het is prettig om nog enige tijd door te werken met cliënten die goed vorderen, terwijl het een opluchting kan zijn om moeilijke cliënten vroegtijdig af te ronden. Als er aan monitoring wordt gedaan blijft het aantal sessies over het geheel genomen gelijk, maar komt het dus meer ten goede aan cliënten die de therapie het meest nodig hebben. Follow-up onderzoek toont overigens dat, dankzij monitoring, de effecten van de therapie langer behouden blijven. Het blijkt dus een goede methode te zijn om zowel de effectiviteit als de efficiëntie van psychotherapie te vergroten. In een onderzoek van Lambert (2008) zijn er bovendien sterke aanwijzingen dat de effecten van monitoring significant toenemen als therapeuten niet enkel feedback krijgen over de voortgang van hun cliënten, maar tevens ondersteuning en aanwijzingen over wat er precies misloopt bij diegenen die slecht evolueren.

QIT online: een breedspectrum monitoringprotocol

Aan de afdeling Klinische Psychologie van de KU Leuven werd in 2005 een monitoringprotocol ontwikkeld door Stinckens en Elliott, waarbij een gevarieerd palet van outcome- en procesaspecten in kaart wordt gebracht. Aanvankelijk deed dit instrument vooral dienst als onderzoeksinstrument dat in de Postgraduaatopleiding cliëntgerichte psychotherapie werd ingezet om studenten te begeleiden in het uitvoeren van hun systematisch casestudy-onderzoek (zie hoofdstuk 8). Om die reden kreeg het de benaming ‘Leuvens Systematisch Case-study Protocol’ (LSCS Protocol). Gaandeweg geraakte het protocol bekend buiten deze opleidingscontext. Een aantal centra voor geestelijke gezondheidszorg en psychiatrische ziekenhuizen implementeerden

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



Figuur 1.2. Achtergrondkader QIT online.

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

□ Therapeutvariabelen

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

Deel 3.

Monitoring in de klinische praktijk



5.

Bij en voorbij de angst. Monitoring in een kortdurende ambulante psychotherapie

Nele Stinckens

Inleiding

In deze bijdrage breng ik verslag uit van hoe monitoring in een ambulante psychotherapie werd geïmplementeerd. De cliënte in kwestie meldde zich aan met angstklachten die haar functioneren in belangrijke mate inperkten. Haar hulpvraag bestond erin om uit de negatieve angstspiraal te geraken en een positiever zelfbeeld op te bouwen. De systematische feedback die ik van de cliënte in de loop van het therapietraject ontving, was een waardevolle bron van informatie om mijn therapeutisch arsenaal af te stemmen op haar specifieke noden en mogelijkheden. De voortgangsinformatie over haar klachten en moeilijkheden hielp me in de beginfase om *bij* haar angst te blijven, in plaats van besmet te worden door haar patroon van vermijding. In een volgende fase vormde deze informatie een belangrijke richtingaanwijzer om *voorbij* haar angst te kijken en de aandacht te richten op onderliggende probleem- en conflictzones. De procesinformatie gaf een inkijk in belangrijke veranderingsmechanismen die het pad naar verandering markeerden. Het bood me ook een houvast om het tempo en ritme van het veranderingsproces van de cliënte te respecteren: als een milde voorloper die cliënte accepteert in waar ze staat maar haar tegelijk voldoende ondersteuning biedt om een volgende stap te kunnen zetten.

Het gebruik van monitoring fungeerde met andere woorden als een soort navigatiesysteem om op snelheid en op koers te blijven. Dankzij de herhaaldelijke proces- en effectmetingen kon een optimale therapeutische ruimte worden gecreëerd, die de angsttolerantie en de stimulatie tot verandering voldoende in balans hield en dit binnen

een beperkt tijds kader. Te veel angst maakt verandering onmogelijk, maar te weinig angst maakt verandering onnodig, aldus Wollants (1994). Door de vinger nauwgezet aan de pols te houden van het therapeutisch proces, kon een geschikt interactieaanbod worden gedaan dat de cliënte in staat stelde haar vertrouwde comfortzone te verlaten en op een meer vrije en soepele manier deel te nemen aan de veelkleurige scènes van haar leven.

In wat volgt zal ik het therapietraject in detail ontrafelen. Hierbij integreer ik diverse bronnen: de systematische proces- en effectmetingen, mijn eigen klinische impressies en belangrijke reflecties tijdens intervisiemomenten. Als aanloop zal ik de cliënte beknoot voorstellen en het therapeutisch raamwerk toelichten van waaruit ik naar haar angstproblematiek kijk. Ter besluit wil ik stilstaan bij de mogelijkheden en valkuilen van monitoring bij cliënten met een angstproblematiek.

Voorstelling van de cliënte

De cliënte is een vrouw van 22 jaar met de fictieve naam Saskia. Ze meldt zich aan op een psychotherapiecentrum voor studenten vanwege paniekaanvallen. Alle mogelijke situaties die haar stress bezorgen, kunnen een paniekaanval uitlokken. Vooral op studievak vak ervaart de cliënte veel stress. Van thuis uit zijn er hoge verwachtingen. Saskia leeft met een permanent ‘to-do-lijstje’ en een strak tijdschema in haar hoofd. Het geeft haar een continu gevoel van onrust en opgejaagdheid; ’s nachts heeft ze moeite om in slaap te geraken. Daarnaast heeft haar vader twee jaar geleden een depressie gehad, waarvoor hij een residentiële behandeling volgde. Momenteel volgt hij een ambulante dagprogramma; zijn werk heeft hij nog steeds niet kunnen hervatten. De thuissituatie is door de ziekte van vader grondig gewijzigd: het gezellige nest veranderde in een ‘zorgenoord’, waar onmacht en zwaarte overheersen. Saskia ervaart een loyaliteitsconflict ten aanzien van haar ouders: enerzijds verlangt zij naar meer zelfstandigheid en vrijheid en zou zij alleen willen gaan wonen, anderzijds heeft ze het gevoel bij haar ouders in het krijt te staan en wil zij beschikbaar blijven en hen ondersteunen. Saskia hoopt met therapie uit de negatieve angstspiraal te raken en een positiever zelfbeeld op te bouwen.

Aan cliënte werd aanvankelijk voorgesteld om deel te nemen aan de groepstherapie. Zij ging uiteindelijk niet op dit hulpaanbod in omdat het haar afschrikte, zo liet ze achteraf weten. Een jaar later kwam ze bij mij terecht voor een kortdurende individuele therapie. De therapieduur werd bij de start meteen vastgelegd. Dat is niet steeds gebruikelijk in mijn manier van werken. Maar vermits Saskia een laatstejaarsstudente was, diende het therapieproces van bij aanvang begrensd te worden en kon het hooguit één academiejaar beslaan.

Op mijn aanbod om haar therapietraject te monitoren, ging Saskia onmiddellijk in. Ze vulde de vragenlijsten trouw en consciëntieus in. Achteraf rapporteerde ze dat het monitoren haar had geholpen om het therapiespoor vast te houden en belangrijke keerpunten te verankeren.

Therapeutisch raamwerk

Veel mensen die een therapeut consulteren zijn buitensporig bang. Hun angst is zó groot dat ze iemand anders inschakelen om die te bemeesteren. Maar ze zijn tegelijk ook bang voor de invloed van die ander. Cliënten met een angstproblematiek hebben hun therapeut heel erg nodig, maar ze wantrouwen hem/haar ook. Door deze dubbele dynamiek is de therapeutische bewegingsruimte bij aanvang ingeperkt.

Het ingeperkte is niet enkel voelbaar in de therapiekamer. Kenmerkend voor angststoornissen is een ingeperkte manier van functioneren die zich uitstrekt over diverse levensdomeinen. De manier waarop men zich beweegt in zijn lichaam, in zijn innerlijke wereld, in het interpersoonlijke contact en in verhouding tot de existentiële gegevens is vernauwd en gestold.

Als cliëntgericht therapeute heb ik me laten inspireren door de bijdragen van Swildens (1997), Wolfe en Sigl (1998), Elliott, Watson, Goldman en Greenberg (2004), Teusch en Finke (2007), en Baljon (2007). Deze auteurs reiken interessante fenomenologische inzichten aan over de manier waarop de angstproblematiek zich manifesteert in diverse domeinen van het menselijk functioneren. Om de leesbaarheid te verhogen maak ik een opsplitsing in vijf verschillende ‘probleemzones’. Uiteraard is deze opsplitsing in zekere zin artificieel; het gaat om verschillende wijzen van functioneren die geblokkeerd of ingeperkt zijn en die elkaar wederzijds beïnvloeden. Aan de hand van de casus worden de procesblokkades geconcretiseerd.

□ Onaangepaste angstreacties

Emoties zetten ons aan tot doelgericht gedrag dat van belang is voor ons zelfbehoud. Ze dragen een actiegerichtheid in zich, die snel en doelmatig wordt geactiveerd. Het helpt ons om onmiddellijk te reageren op belangrijke situaties waarbij er geen tijd is voor een meer complex en tijdsintensief verwerkingsproces (Damasio, 1994; LeDoux, 1996). Maar de signaalfunctie van emoties kan ook verstoord geraken. Emoties kunnen evolueren in de richting van maladaptieve structuren, die *automatisch* geëvoceerd worden in reactie op bepaalde stimuli, zonder dat de situatie voorafgaandelijk beoordeeld werd (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004). Vaak liggen vroegere, traumatische ervaringen aan de oorsprong hiervan.

Angst treedt normaliter in werking als een primaire adaptieve reactie op gevaar: men wordt alert en men stelt zich in op vluchten of vechten. Indien dit niet mogelijk is, treedt verstarring op of verslapping van de spieren (Baljon, 2007). Bij cliënten met een angststoornis staat de angst niet langer in verhouding tot het reële gevaar. Volgens Swildens (1997) is de angst ‘buiten zijn oevers getreden’ en heeft hij daardoor niet langer de signaalfunctie die hij van nature had. Baljon stelt dat de ‘tolerantiezone’ bij cliënten met een angststoornis vernauwd is. Het begrip ‘tolerantiezone’ werd geïntroduceerd door Siegel (1999) en verwijst naar de toestand waarin men intensieve emotionele stimulatie kan verdragen en verwerken. Binnen de tolerantiezone is men in staat om de context waarin de angstwekkende prikkel zich voordoet, op een rustige, weloverwogen

en omvattende manier te evalueren. Wanneer deze tolerantiezone vernauwd is, schiet men gemakkelijk in een toestand van hetzij hyperarousal (te veel spanning), hetzij hypoarousal (te weinig spanning). In geval van hyperarousal gebeurt de emotionele reactie snel en automatisch, nog voor de prikkel bewust herkend wordt. De angstbeladen emotieschema's worden vrijwel onmiddellijk gemobiliseerd, men ervaart paniek en men reageert met vluchten of vechten. In geval van hypoarousal komt men in een passieve reactiemodus terecht waarbij het denken en voelen afgevlakt zijn. In gevaarlijke of levensbedreigende situaties zouden beide reacties adaptief zijn, maar bij angststoornissen worden ze uitgelokt door neutrale, veilige prikkels. Men verkeert hierdoor in een toestand van aanhoudende stress die onvoldoende gereguleerd kan worden.

Wat voor andere studenten een neutrale en doordeweekse activiteit is, is voor Saskia een uiterst stresserende onderneming: onderzoekwerk verrichten in de bibliotheek. Alleen al het anticiperen op deze verplichte activiteit doet Saskia onmiddellijk in een toestand van hyperarousal schieten. Ze ondervindt hierbij tal van somatische en vegetatieve klachten (kortademigheid, zweten, hartkloppingen). Automatisch worden ook catastrofale verwachtingen geactiveerd die haar angst verder aanzwengelen: "Ik ga er niet geraken, het gaat me niet lukken." Hoewel ze in haar voorgaande studiejaren op overtuigende wijze heeft aangetoond over de nodige intellectuele capaciteiten te beschikken, heeft Saskia niet de mentale ruimte om haar slaagkansen op een weloverwogen, realistische manier in te schatten. Ze wordt onmiddellijk overspoeld door een massale angst die ze niet weet in te dijken.

Het overmatig piekeren dat kenmerkend is voor cliënten met een angststoornis, kan beschouwd worden als een manier om primaire emoties te vermijden en om niet geconfronteerd te worden met vage, onzekere en oncontroleerbare gewaarwordingen. Piekeren is voor hen een strategie om hun emoties de baas te blijven. De keerzijde is echter dat zij door deze experiëntiële vermijding emoties ook niet in hun adaptieve vorm leren ervaren. In die zin kunnen experiëntiële interventies die de affecttolerantie verhogen en cliënten stimuleren om hun emoties te voelen, te exploreren en te symboliseren, een belangrijke meerwaarde bieden.

□ **Geen aansluiting met het momentaan organismisch ervaren**

De onaangepaste angstreacties strekken zich uit tot het ruimere functioneren; ze zorgen voor een continu gevoel van 'zelfbedreiging' (Wolfe & Sigl, 1998). Cliënten met een angststoornis hebben een chronisch gevoel van onveiligheid omtrent het zelf: ze voelen zich hulpeloos, gevangen, onmachtig, of niet in staat om zichzelf te beschermen tegen gepercipieerd onheil dat hen bedreigt. Hierdoor wordt hun vermogen aangetast om contact te maken met hun momentaan organismisch ervaren.

Wat domineert is een compulsief, reflectief ervaren waarbij situaties, personen, objecten en eigen sensaties worden geëvalueerd op een rigide-negatieve manier. Ingram (1990) en Barlow (1988) gebruiken de term 'self-focused attention' om dit disfunctionele proces aan te duiden. In plaats van aandacht te schenken aan het onmiddellijke hier-en-nu ervaren, grijpen cliënten met een angststoornis vrijwel automatisch terug

naar hun rigide zelfschema's. Dit doet de angstgevoelens verder opblazen en het installeert een basaal wantrouwen in de eigen persoon en de wereld rondom. Het feit dat het contact met het direct, organismisch ervaren geblokkeerd is, verhindert ook dat er corrigerende ervaringen kunnen plaatsvinden in het hier-en-nu die de rigide-negatieve schema's kunnen wijzigen. Het zelfvertrouwen wordt hierdoor steeds meer aangetast en er ontstaat een grote discrepantie tussen het zelfideaal en het actuele zelfbeeld.

Saskia vindt zichzelf pas geslaagd in het leven als ze een succesvolle carrière weet uit te bouwen en boven de gewone middelmaat uitstijgt. Dit zelfideaal is haar opgedrongen door haar thuisomgeving, waar iedereen het ver heeft geschopt. Haar zelfideaal staat in schril contrast met haar actuele aangetaste zelfbeeld. Op de vraag hoe ze zichzelf percipieert, antwoordt ze: "Ik ben zwak en kwetsbaar. Ik loop achter op anderen en ik ga nooit ergens geraken."

□ **Vervreemding van het lichaam als bron van wijsheid**

Het wantrouwen in de eigen persoon toont zich ook op lichamelijk vlak. Het lichaam wordt niet ervaren als een bron van wijsheid en betekenisgeving. Het is een stoorzender, een bron van ongemak en onlust. Het lichaam is verworden tot een rigide structuur die op een onteigende, repetitieve manier expressie zoekt, via allerhande angstequivalenten, zoals hartkloppingen, zweten, benauwdheid, trillen en duizeligheid. Teusch en Finke (2007) merken op dat deze lichamelijke verschijnselen vaak ervaren worden als de oorzaak van de angst, terwijl ze in feite een uiting van de angst zijn. De eigen lichaamssignalen worden met andere woorden niet meer in al hun complexiteit en rijkdom gevat en begrepen; het lichaam is een maladaptieve structuur geworden die de cliënt vasthoudt in een unidimensionale wijze van percipiëren en gedragen (Nagels & Leijssen, 2004).

Saskia ervaart haar lichaam als een onvoorspelbare bron van stress. Haar innerlijk lichamelijk gewaarzijn is vernauwd tot het registreren van oncontroleerbare vegetatieve symptomen. Ze is de sleutel tot haar betekenisvormende lichaam kwijt. Geconfronteerd met haar lichamelijke klachten, reageert ze met: "Ik snap het niet, het klopt niet." Ze is niet meer in staat haar onderliggende ervaringsstroom te contacteren om de bron en betekenis van haar stress te achterhalen.

□ **Zelfstandigheid en autonomie onderontwikkeld**

Teusch en Finke (2007) wijzen op een ambivalente positie tussen autonomie en afhankelijkheid bij cliënten met een angststoornis. Hun zelfideaal is gericht op zelfstandigheid en autonomie, maar in de realiteit durven zij niet te vertrouwen op hun eigen kracht. Vanuit een gevoel van zelfbedreiging, dat hoger werd beschreven, vertonen zij een sterke beschermings- en bindingsdrang ten opzichte van emotioneel belangrijke personen (Swildens, 1997). Zij hebben anderen nodig om zelf overeind te blijven, wat hen kwetsbaar maakt in hun interpersoonlijk functioneren: zij mogen anderen niet kwijtspelen en durven daarom geen uiting te geven aan hun irritatie of kwaadheid. Kwaadheid wordt volgens Swildens 'gedraineerd' om catastrofale kortsluitingen te voorkomen.

[Dit boek is online verkrijgbaar \(klik hier\)](#)

Woord vooraf door
**Victor Buwalda
en Annet Nugter**

In dit boek wordt monitoring als een vorm van kwaliteitszorg voorgesteld die meer dan andere methodes aansluiting vindt bij de complexiteit van de alledaagse therapierealiteit.

Monitoring is een methodiek waarbij op systematische en wetenschappelijke basis aan cliënten feedback wordt gevraagd over de voortgang van hun behandeling. Dat stelt psychotherapeuten in staat om nauwgezet de vinger aan de pols te houden en hun aanbod maximaal af te stemmen op de noden en verwachtingen van hun cliënten.

Een breedspectrum monitoringinstrument (QIT online) werd ontwikkeld om op een eenvoudige en gebruiksvriendelijke manier het therapietraject van cliënten op te volgen. In tegenstelling tot de bestaande monitoringsystemen biedt QIT online een rijke en veelzijdige inkijk in belangrijke proces-, klimaat- en effectvariabelen van therapie, waardoor het meer tegemoetkomt aan de noden en verzuchtingen van psychotherapeuten in het werkveld.

Het boek biedt therapeuten een rijke bron van inspiratie om QIT online als therapeutische, onderzoeks- en opleidingsmethodiek te hanteren. Ook worden handvatten aangereikt bij te verwachten hinderpalen. Ethische en maatschappelijke beschouwingen waarschuwen voor een reductionistische meet- en evaluatiecultuur die monitoring misbruikt als controle-instrument en het berooft van zijn intrinsieke therapeutische waarde.

De redacteuren zijn allen klinisch psychologen en psychotherapeuten. Ze staan in voor onderwijs, training en onderzoek aan de KU Leuven (Departement Psychologie, Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen en UPC Kortenberg). Daarnaast zijn ze ook praktiserende psychotherapeuten (Context UPC KU Leuven, Groepspraktijk Naiade, Groepspraktijk Balans).

M.m.v. Annelies Nuyts, Ayse Dogan, Filip Bouckaert, Karine Van Tricht, Jeroen Dekker, Mieke Gossey, Paul Verhaeghe, Romina Rys, Stefaan Soenen, Walter Krikilion en Winde Hermans



9 789033 488207