

De therapeutische relatie

Een kritische verkenning

*Anton Hafkenscheid**

Samenvatting

Alom wordt de kwaliteit van de therapeutische relatie (of: alliantie) gezien als een belangrijke factor in het therapeutisch veranderingsproces. Het valt echter niet mee om te bepalen (a) wat er onder de therapeutische relatie moet worden verstaan, (b) hoe de kwaliteit ervan kan worden gemeten en (c) welke rol (voorwaardenscheppend of het eigenlijke werkingsmechanisme van psychotherapie) er aan moet worden toegekend in het therapeutisch veranderingsproces. Er is alle reden om de therapeutische relatie meer te zien als 'proces' dan als 'product'. Therapeutische relaties verschillen in (a) inhoud (bijvoorbeeld: cognitief gedragstherapeutisch referentiekader versus ervaringsgericht referentiekader), en (b) perspectief (patiënt versus therapeut). Ze zijn verder onderhevig aan (c) veranderingen in de tijd. Deze factoren maken het moeilijk om de therapeutische relatie 'vast te leggen' in een min of meer algemeen aanvaarde operationele definitie. Met de ontwikkeling van relationele therapiemodellen heeft het conventionele alliantieconcept zichzelf wellicht overleefd.

Trefwoorden: *alliantieconcept, definitieproblemen, meetbaarheid*

Inleiding

De ontwikkeling van het psychotherapeutisch vakgebied kwam amper een eeuw geleden op gang. Die ontwikkeling heeft zich vanaf het begin voortdurend gekenmerkt door school- en subschoolvorming. De diverse psychotherapeutische scholen of referentiekaders die ontstonden hebben uiteenlopende en deels tegengestelde opvattingen over de etiologie en de instandhoudende factoren van psychopathologie. Elke (sub)school beschikt over een eigen arsenaal aan therapeutische methoden en technieken. Bij elkaar opgeteld wordt het aantal verschillende vormen van psychotherapie geschat op ten minste 250, en die schatting is aan de zeer voorzichtige

* Dr. Anton Hafkenscheid is klinisch psycholoog-psychotherapeut, verbonden aan het Sinai Centrum, Joodse geestelijke gezondheidszorg, Amersfoort, Amstelveen.

kant (Cuijpers, 2012). Er bestaan ook aanzienlijk minder voorzichtige schattingen, oplopend tot aantallen van wel 400 (Duncan, Miller & Sparks, 2004). Nog steeds komen er behandelmethoden bij, die vaak als nieuw of zelfs als baanbrekend naar voren worden geschoven. Het einde van deze aanwas aan therapeutische ‘merknamen’ lijkt nog niet in zicht. Alleen al door dit enorme aantal ligt de vraag voor de hand, of al die therapeutische methoden en technieken wel de specifieke werking en werkzaamheid kunnen hebben, die ze door de bedenkers ervan krijgen toegedicht.

Al in de jaren dertig van de vorige eeuw kwam er voorzichtig aandacht voor de ‘gemeenschappelijke factoren’, ook wel ‘universele factoren’ genoemd. De Amerikaanse psycholoog en psychotherapeut Saul Rosenzweig (hij leefde van 1907 tot 2004) was de grondlegger van de gedachte, dat therapeutische benaderingen weliswaar naar de vorm heel divers kunnen zijn, maar op latent niveau onderliggende werkzame factoren kunnen delen (Duncan, 2002). Rosenzweig (1936) oppert ondermeer dat een bepaalde therapeutische procedure therapeutisch effectief kan blijken, zonder dat de theoretische verklaring voor de werkzaamheid ervan wetenschappelijk klopt. Alternatieve theoretische verklaringen voor de werkingsmechanismen kunnen soms steekhoudender zijn dan de oorspronkelijke verklaring die de ontwerper van een therapeutische interventie er zelf aan gaf. Rosenzweig (vriend en studiegenoot van de behaviorist B.F. Skinner in Harvard) noemt als voorbeeld de psychoanalytische behandeling, die werkzaam zou kunnen zijn doordat de psychoanalyticus sociale gedragingen van de patiënt in het ‘hier en nu’ van de therapeutische ontmoeting op pavloviaanse wijze herconditioneert. De psychoanalyticus kan in de bereikte therapeutische verandering ten onrechte het wetenschappelijk gelijk van zijn eigen psychoanalytische ‘doctrine’ bevestigd zien.

Enkele decennia na Rosenzweig (1936) werd de Amerikaanse psychiater Jerome Frank (hij leefde van 1909 tot 2005) beroemd met zijn boek *Persuasion and healing* (Frank, 1961, 1973), waarvan dertig jaar later een geactualiseerde versie, samen met zijn dochter Julia geschreven, verscheen (Frank & Frank, 1991). Net als Rosenzweig zoeken Frank en Frank (1991) naar het gemeenschappelijk fundament onder de grote verscheidenheid aan therapeutische benaderingen. Deze auteurs zien het overwinnen van demoralisatie (oftewel: het mobiliseren of herstellen van hoop en vertrouwen in eigen kunnen) bij de patiënt als een van de belangrijkste functies van elke psychotherapeutische benadering. Frank en Frank (1991) proberen te verklaren hoe patiënten dankzij psychotherapie vermindering van lijdensdruk bereiken. Daarvoor trekken zij een parallel met de aanzienlijke placebo-effecten die soms bij vergelijkend medicatieonderzoek worden gevonden. Stoffen zonder actieve ingrediënten kunnen een helend effect hebben wanneer de patiënt in de werkzaamheid ervan gelooft, en zo is dat ook vaak het geval bij psychotherapeutische behandelingen. Voor Frank en Frank (1991) is het verschil tussen de moderne, professionele psychotherapie ten opzichte van de traditionele, ‘bovennatuurlijke’ genezingsrituelen eerder gradueel dan principieel. Volgens hen zijn vanuit een antropologisch perspectief vier aspecten kenmerkend voor de effectiviteit van ongeacht welke vorm van psychothera-

pie: (a) een emotioneel geladen relatie, waarin de patiënt zich toevertrouwt aan de genezer; (b) een duidelijk identificeerbare praktijkruimte, waarin het genezingsritueel zich voltrekt; (c) een plausibel, geloofwaardig of overtuigend verklaringskader (een 'geslaagde mythe') voor de klachten en problemen van de patiënt, waarmee het inzetten van het genezingsritueel gerechtvaardigd kan worden; (d) de beschikbaarheid van een genezingsritueel, waarvoor patiënt en genezer zich beiden actief willen inzetten en waarvan beiden geloven dat het een genezende werking heeft.

In elke willekeurige behandelrelatie tussen een patiënt en een therapeut komen deze vier aspecten terug. Frank en Frank (1991; p. 155 en p. 172) zien de therapeutische relatie als een van de meest bepalende factoren voor het welslagen van de behandeling. In de tijd dat hun boek verscheen waren er al de nodige onderzoeksresultaten, waarmee hun opvatting empirisch kon worden onderbouwd.

Psychotherapeuten die tot heel verschillende therapeutische stromingen behoren onderkennen het belang van de therapeutische relatie tegenwoordig vrijwel unaniem. Gezien het verder sterk verzuilde en daarmee kwetsbare psychotherapeutische landschap stemt dat op zichzelf hoopvol. Toch is er geen reden tot tevredenheid. Drie vragen over de therapeutische relatie en de kwaliteit ervan laten zich namelijk moeilijk beantwoorden: (1) wat moet er onder worden verstaan, (2) hoe kan de kwaliteit ervan worden gemeten en (3) welke rol – voorwaardenscheppend dan wel eigenlijk werkingsmechanisme van psychotherapie – moet er aan worden toegekend in het therapeutisch veranderingsproces. In dit artikel wordt besproken welke moeilijkheden zich zoal voordoen bij de beantwoording van deze drie vragen.

De therapeutische relatie: wat moet er onder worden verstaan?

Frank en Frank (1991) verwijzen in hun bespreking van de therapeutische relatie niet naar Edward Bordin (hij leefde van 1913 tot 1992), een belangrijk theoreticus op het gebied van de therapeutische relatie. Veel theorievorming over en onderzoek naar de therapeutische relatie volgt de driedeling, waarmee Bordin (1979) de therapeutische relatie, die door hem de werkalliantie werd genoemd, definieerde: (1) overeenstemming over therapeutische doelen, (2) overeenstemming over therapeutische taken, en (3) de kwaliteit van de persoonlijke band tussen patiënt en therapeut. Deze conventionele driedeling van de therapeutische relatie heeft een schooloverstijgend of pantheoretisch oogmerk. Binnen elke therapeutische school krijgen in elk geval doelen en taken een eigen en soms zelfs contradictoire invulling (Hatcher, 2010). Verschillende therapievormen nodigen uit tot verschillende therapeutische relaties, of vereisen dat zelfs om werkzaam te kunnen zijn. Zo kunnen dezelfde patiëntgedragingen die goed aansluiten bij de taken en doelen van een cognitief gedragstherapeutische behandeling de taken en doelen van een ervaringsgerichte behandeling belemmeren, en omgekeerd.

Niet alleen verschillen in referentiekader maken het moeilijk om de therapeutische relatie en de kwaliteit ervan eenduidig te definiëren. Het antwoord op de vraag wat er onder de therapeutische relatie wordt verstaan hangt af van het gekozen perspectief. Vaak wordt de kwaliteit van de therapeutische relatie slechts vanuit het perspectief *van de patiënt* gemeten. Dat is merkwaardig, want voor Bordin (1979) werd de kwaliteit van de therapeutische relatie nu juist bepaald door de mate van *overeenstemming* tussen patiënt en therapeut over de doelen en taken van de behandeling, binnen de context van wederzijdse sympathie en respect (de emotionele band). Wat het laatste betreft: een positieve persoonlijke band tussen patiënt en therapeut is niet vanzelfsprekend bevorderlijk voor een effectieve therapeutische samenwerking (Hatcher, 2010). Als patiënt en therapeut elkaar bijvoorbeeld nodig hebben vanuit een regressieve behoefte (bijvoorbeeld: de therapeut die zichzelf veilig voelt in de rol van de alwetende ouder en de patiënt die zich koestert in een regressieve kindrol) kan dat therapeutische verandering eerder in de weg zitten dan bevorderen. Hoe dan ook is het niet aannemelijk dat therapeut en patiënt de kwaliteit van de therapeutische relatie steeds hetzelfde waarderen. Zeker in het begin van de therapie is overeenstemming in de beoordeling van de therapeutische relatie niet gegarandeerd. De patiënt komt in de regel met een 'intern alliantiemodel' (Hatcher, 2010) naar de therapie: impliciete, deels onbewuste en niet uitgesproken verwachtingen over hoe hij bejegend wil worden, wat hij al dan niet wil bespreken en welke therapeutgedragingen (bijvoorbeeld: concreet advies, of juist een luisterend oor) hij al dan niet als helpend ervaart. Ook de therapeut heeft op grond van geïnternaliseerde beroepsopvattingen (bijvoorbeeld: het therapeutisch referentiekader waarin zij is geschoold), persoonlijkheidskenmerken (bijvoorbeeld: de behoefte om geliefd te zijn) en persoonlijke waarden en normen (bijvoorbeeld: ten aanzien van de wenselijkheid dat allochtone vrouwen zich emanciperen) een intern alliantiemodel, waarin de therapeutische doelen, taken en de omgang met de patiënt zijn vervat. Verschillen in interne alliantiemodellen kunnen er toe leiden dat patiënt en therapeut de kwaliteit van de therapeutische relatie uiteenlopend beoordelen. Als zodanig zegt dat weinig over de potentiële levensvatbaarheid van de therapeutische relatie. Juist de wederzijdse waardering van die verschillen en het gesprek erover kunnen patiënt en therapeut in elkaars richting doen bewegen. Het ontbreken van overeenstemming tussen patiënt en therapeut als zodanig wijst dus niet per definitie op een slechte kwaliteit van de therapeutische relatie. Dat laat onverlet dat er in wezen sprake is van twee onderscheiden therapeutische relaties, wanneer en zolang patiënt en therapeut de kwaliteit van hun therapeutische relatie nogal verschillend beoordelen.

Los van verschillen tussen referentiekaders en van verschil in perspectief is de vraag wat onder de (kwaliteit van de) therapeutische relatie moet worden verstaan ten slotte afhankelijk van de behandelfase. Belangrijk aan de therapeutische relatie is hoe deze verandert en zich ontwikkelt in de loop van de tijd. In de opbouwfase van de therapie ziet de therapeutische relatie er idealiter heel anders uit dan in de afrondingsfase. Wanneer de afrondingsfase buiten beschouwing wordt gelaten kan het

gangbare therapeutisch verloop in grofweg drie fasen worden onderscheiden (Hardy, Cahill & Barkham, 2007): (1) het vestigen van de therapeutische relatie, (2) het ontwikkelen van de therapeutische relatie en (3) het handhaven en onderhouden van de therapeutische relatie. Elk van deze drie fasen vraagt om een andersoortige therapeutische relatie. In de fase dat een relatie wordt gevestigd heeft de therapeut als belangrijkste taak om de patiënt 'binnen te halen'. Dat gebeurt ondermeer door het genereren van hoop op verandering, het versterken van de behandelmotivatie en het creëren van positieve verwachtingen. De therapeut zal de patiënt vriendelijk, involend en begripvol tegemoet treden, en er alles aan doen om een samenwerkingsrelatie tot stand te brengen. Potentiële conflicten zullen zoveel mogelijk worden geneutraliseerd, genuanceerd, ontweken of 'geparkeerd'. De tweede fase van de therapie komt in zicht wanneer de patiënt zich voldoende verbonden heeft aan de therapeut en zich is gaan committeren aan de therapie. De therapeut zal de patiënt geleidelijk meer sturen in de richting van het eigenlijke therapeutische werk: het bespreken en aanpakken van de problematische gevoelens, cognities en gedragspatronen, die voor de patiënt reden zijn geweest om zich voor behandeling aan te melden. Therapeutische activiteiten die kenmerkend zijn voor deze tweede fase zijn onder andere het uitnodigen van de patiënt om in het 'hier en nu' van het therapeutisch contact te reflecteren op actuele gevoelens en cognities, het geven van feedback aan de patiënt (bijvoorbeeld: het attenderen op de discrepantie tussen gesproken woord en lichaamstaal), de patiënt aanmoedigen om in zijn leven interpersoonlijke risico's aan te gaan, en het suggereren van parallelprocessen tussen gevoelens die de patiënt in het contact met de therapeut tegenkomt ten opzichte van diens gevoelens ten aanzien van huidige (bijvoorbeeld: levenspartner) of vroegere (bijvoorbeeld: moeder of vader) sleutelfiguren. Deze therapeutische activiteiten leiden onvermijdelijk tot stagnaties en frustraties bij patiënt en therapeut. Geen enkele therapie verloopt vlekkeloos. Patiënt en therapeut komen bij tijd en wijle onherroepelijk zwakheden, onhebbelijkheden, ambivalenties en conflictueuze gevoelens van zichzelf en van elkaar tegen. Elke therapeut zal zo nu en dan, uit ongeduld en frustratie over het ervaren onvermogen om tempo in de behandeling te krijgen, op subtiel manier eigen negatieve gevoelsreacties laten 'mee klinken' in de feedback aan de patiënt. En geen patiënt die zich tijdens de behandeling nooit in zijn verwachtingen over de therapie en de therapeut teleurgesteld voelt. In de derde fase van de therapie staat de therapeut ondermeer voor de taak om negatieve gevoelens van de patiënt te detecteren en deze open en eerlijk te exploreren. De therapeut moet in staat en bereid zijn om het eigen aandeel in de stagnatie van de therapie onder de loep te nemen en om erkenning te geven aan de negatieve en ambivalente gevoelens van de patiënt, ook als die op de therapeut betrekking hebben. Zo kan de patiënt zich als uniek individu met eigen gevoelens en verwachtingen (weer) gerespecteerd voelen, en kan de kans op voortijdige uitval uit de behandeling worden verkleind.

Deze drie fasen zijn overlappend, iteratief en verlopen niet strikt opeenvolgend in de tijd. Bij de bespreking van de vraag naar het meten van de (kwaliteit van de)

therapeutische relatie komt het punt van kwalitatieve verandering over de loop van de behandeling terug.

(Hoe) kan de kwaliteit van de therapeutische relatie worden gemeten?

De alliantievragenlijst is het middel bij uitstek geworden om de kwaliteit van de therapeutische relatie te meten. De kwaliteit van de therapeutische relatie wordt operationeel gedefinieerd door de scores op zo'n vragenlijst. In Nederland en Vlaanderen zijn diverse gevalideerde (uit de Verenigde Staten afkomstige) zelfbeoordelingvragenlijsten beschikbaar om de kwaliteit van de therapeutische relatie te inventariseren, zoals de *Working Alliance Inventory* (WAI-12; Stinckens, Ulburghs & Claes, 2009), de *Session Evaluation Questionnaire* (SEQ; Hafkenscheid, 2009) en de *Session Rating Scale* (SRS; Hafkenscheid, 2010; Hafkenscheid, Duncan & Miller, 2010). De WAI-12 en de SRS zijn rechtstreeks op de driedeling van Bordin (1979) gebaseerd, de SEQ volgt een iets andere indeling. De kracht van de alliantievragenlijst is de eenvoud van de vragenlijstmethode, waarmee implementatie in de gewone klinische praktijk zelden problemen oplevert. Die eenvoud is tegelijkertijd de zwakte van deze methode: de complexiteit van de therapeutische relatie, met alle gelaagdheden en ambivalenties die de patiënt ten opzichte van de therapeut en de therapie kan ervaren, wordt sterk gereduceerd tot antwoorden op een beperkte set betrekkelijk globale vragen.

In alliantievragenlijsten wordt op geen enkele manier gevraagd naar de *inhoud* van de therapie. Zij meten niet meer dan *dat* het volgens de respondent (niet) goed gaat met de therapeutische relatie, maar laten de vraag *wat* er (niet) goed gaat onbeantwoord. Met andere woorden: wat er tijdens de behandelcontacten gebeurt (gespreksonderwerpen, gebruikte behandeltechnieken, besproken en afgesproken doelen etc.) blijft in de scores op de alliantievragenlijst verborgen en onzichtbaar. De alliantievragenlijst meet uitsluitend hoe de patiënt de inhoud van de therapie percipieert en kwalificeert op het moment dat de lijst wordt ingevuld, zonder dat die inhoud zelf uit de scores duidelijk wordt. Het toevoegen van open vragen over helpende en storende momenten in het afgelopen behandelcontact kan dat probleem voor een deel ondervangen (Smits, Stinckens & Claes, 2012).

Daarnaast hangt de wijze van scoren samen met persoonlijkheidskenmerken van de cliënt en de veranderingen die daar gedurende het therapieproces in optreden. Meestal wordt de kwaliteit van de therapeutische relatie in empirisch onderzoek als onafhankelijke variabele benaderd. Met name op het gebied van gehechtheidrepresentaties is er echter onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de therapeutische relatie als *afhankelijke* variabele. Uit dat onderzoek komt naar voren dat gehechtheid (onafhankelijke variabele) een factor is die de beoordeling van de kwaliteit van de therapeutische relatie beïnvloedt: onveilige gehechtheid, en dan vooral de gereserveerde of afwijzend-onverschillige gehechtheidsstijl, blijkt in het algemeen tot een minder positieve beoordeling van de therapeutische relatie te leiden (Berant

& Obegi, 2009). Hoe positief of negatief de patiënt zich op een alliantievragenlijst uitdrukt over de therapeutische relatie (afhankelijke variabele) wordt mede bepaald door de overdrachtsrelatie ten opzichte van de therapeut (onafhankelijke variabele): hoge scores bij een idealiserende overdracht, lage scores bij een negatief geladen overdrachtsrelatie.

Een belangrijke procestaak voor de therapeut is om de patiënt in de therapeutische relatie optimale veiligheid te bieden, zodat de patiënt het vertrouwen voelt om eerlijk te bespreken wat het meest dwars zit of zorgen baart (Mansell, Carey & Tai, 2013). Patiënten met de ergste relationele beschadigingen, zoals vroegkinderlijk getraumatiseerden, zijn echter zo basaal in hun veiligheidsgevoel geschaad, dat het opbouwen van een vertrouwensrelatie een lang en moeizaam proces is (Courtois & Ford, 2013). Van patiënten die nog erg op hun hoede zijn in het therapeutisch contact kan moeilijk verwacht worden dat zij in hun alliantiescores frank en vrij hun innerlijke beleving van de therapeutische relatie prijsgeven.

Bij de vraag wat er onder de therapeutische relatie moet worden verstaan werd erop gewezen dat verschillende behandelfasen om verschillende therapeutische relaties vragen. Hieruit volgt dat het niet eenvoudig en weinig zinvol is om de kwalificaties die een patiënt in de verschillende fasen van de therapie aan de therapeutische relatie toekent kwantitatief te vergelijken (Horvath, 2005). Verschilscores tussen de alliantiemetingen in de onderscheiden fasen van de therapie verwijzen niet vanzelfsprekend naar eenzelfde 'onderliggende' meetschaal. Het verloop van psychotherapie is vaak vergelijkbaar met een ontwikkelingspsychologisch proces, waarin niet alleen kwantitatieve, maar ook kwalitatieve veranderingen plaatsvinden. Het is met andere woorden waarschijnlijk (en vaak zelfs wenselijk) dat de interne standaard, waaraan de patiënt de aspecten van de therapeutische relatie toetst, gaandeweg de behandeling verschuift. Een conflictvermijdende patiënt die dankzij de therapie meer autonomie ontwikkelt zal niet alleen thuis, maar ook in de therapie meer autonomie laten zien. Hij zal de therapeutische taken en doelen bijvoorbeeld kritischer beoordelen dan bij aanvang, toen hij zich nog meer door sociale wenselijkheid liet leiden. De latere alliantiescores zijn dan niet meer rechtstreeks vergelijkbaar met de alliantiescores uit de eerste fase van de behandeling.

Het is overigens lang niet zeker dat de patiënt de dynamiek van de therapeutische relatie tot uitdrukking laat komen in zijn scores op de alliantievragenlijst. Wanneer de patiënt zich bijvoorbeeld gefrustreerd of gekwetst voelt over de feedback van de therapeut, kunnen schaamte of angst voor mogelijke negatieve reacties van de therapeut hem ervan weerhouden om helemaal eerlijk te scoren.

Al met al kan het dus heel misleidend zijn om alliantiescores klakkeloos te nemen voor wat ze zijn, zonder de context in acht te nemen. Psychotherapeuten die alliantievragenlijsten gebruiken om hun behandelingen in de gewone klinische praktijk te monitoren weten dat hogere scores of scorestijgingen op een alliantievragenlijst niet per se duiden op een goed of beter lopende behandeling, net zo min als lagere scores of scoredalingen vanzelfsprekend een aanwijzing zijn voor een slecht(-er)

lopende behandeling. Wanneer de patiënt de therapeutische relatie consistent erg positief beoordeelt, kan dat bijvoorbeeld wijzen op angst voor en vermindering van disharmonie of conflict. Alliantiescores en veranderingen daarin krijgen pas betekenis tegen de achtergrond van de casusconceptualisering en de dialoog tussen patiënt en therapeut over de subjectieve betekenis van de scores (Hafkenscheid, 2008, 2012).

Anders dan bij individueel gebruik in de klinische praktijk vormen 'vertekende' alliantiescores binnen de onderzoekscontext vermoedelijk minder een probleem. Het ligt immers voor de hand dat positieve vertekeningen in alliantiescores in grote(re) steekproeven of proefgroepen min of meer wegvallen (uitmiddelen) tegen negatieve vertekeningen. Is dat niet het geval, dan zal de kwaliteit van de therapeutische relatie hooguit minder pregnant als predictor van behandelresultaten naar voren komen.

De therapeutische relatie: voorwaardenscheppend of eigenlijk werkingsmechanisme?

Clinici of onderzoekers zijn het er weliswaar over eens *dat* de therapeutische relatie belangrijk is, maar verschillen van mening over *het specifieke belang* van de therapeutische relatie voor het resultaat van psychotherapeutische behandelingen. Voorstanders van de *expertbenadering* kennen de therapeutische relatie een beperkte betekenis toe, terwijl aanhangers van een *constructivistische visie* op psychotherapie de therapeutische relatie als het eigenlijke werkzame mechanisme van psychotherapie beschouwen.

Voorstanders van de expertbenadering volgen, bewust of zonder het zich te realiseren, het medisch model uit de somatische geneeskunde. Binnen de somatische geneeskunde is de behandelrelatie een complementaire intermenselijke verhouding, met de arts in de leidende en stevige rol van de expert, en de patiënt in de volgende en kwetsbare rol van hulpzoeker. Doorgaans is deze complementaire rolverdeling binnen de somatische geneeskunde functioneel. Desondanks is het niet de kwaliteit van de behandelrelatie *als zodanig*, maar is het de medicatie of ingreep (los van de eerder beschreven placebo-effecten, waarvan het relatieve aandeel mede afhankelijk is van het soort en de ernst van de kwaal. Zie: Wampold e.a., 2005), die herstel of genezing van het lichaam tot stand brengt. Anders gezegd: de behandelrelatie in de somatische geneeskunde is vooral voorwaardenscheppend en meestal niet zelf de genezende factor.

Voorstanders van de expertbenadering zien de therapeutische relatie, al dan niet gedefinieerd volgens de conventionele driedeling van Bordin (1979), ongeveer op dezelfde manier als voorwaardenscheppend als de verticale samenwerkingsrelatie tussen arts en patiënt in de somatische geneeskunde. Net als critici van het medische model beschouwen zij de therapeutische relatie als universele factor: een factor die los staat van de toegepaste specifieke behandeltechnieken, die zich niet stoort aan controverses tussen therapeutische stromingen, die dwars door de therapievormen

heen loopt en die in elke psychotherapie (hoe verschillend ook) is terug te vinden. Voorstanders van de expertbenadering verschillen vooral van mening met aanhangers van een constructivistische visie over de vraag *in hoeverre* de werkzaamheid van psychotherapie te verklaren valt uit deze universele factor. De controverse richt zich dus op het relatieve belang van de therapeutische relatie ten opzichte van behandelinterventies, die uniek of specifiek zijn voor de therapeutische richting die de therapeut aanhangt (de 'vrije associatie' uit de psychoanalyse, verlengde exposure uit de cognitieve gedragstherapie, 'legestoeltechnieken' uit de ervaringsgerichte psychotherapie, etc.). De meeste voorstanders van de expertbenadering zijn inmiddels te vinden binnen de cognitieve gedragstherapie. Dat is ironisch: een van de factoren waardoor de (cognitieve) gedragstherapie ooit tot bloei kon komen was juist de felle kritiek op het ziektemodel van de psychoanalyse. De moderne psychoanalytische behandelvormen hebben juist in toenemende mate afstand genomen van het medische model en zijn steeds meer geïnspireerd geraakt door een constructivistische visie op psychopathologie en psychotherapie (Wachtel, 1997). Cliëntgerichte psychotherapeuten voelden zich van oudsher al meer thuis bij de constructivistische visie.

Binnen de constructivistische visie wordt elke therapeutische relatie net zozeer gevormd door de subjectiviteit van de patiënt als door de subjectiviteit van de therapeut. De wijze waarop therapeut en patiënt de sociale werkelijkheid percipiëren wordt bij beiden in dezelfde zin gekleurd (eventueel: vertroebeld) door hun specifieke en unieke levenservaringen. De therapeut beschikt weliswaar over theoretische kennis en klinische ervaring, maar kan daaraan in het therapeutisch contact geen professionele autoriteit ontleen. In hun werkelijkheidsconstructies staan patiënt en therapeut principieel op gelijke voet. Aanhangers van de constructivistische visie onderstrepen het metaforische karakter van theoretische verklaringmodellen en relativeren het belang van specifieke therapeutische technieken. Zij zien de therapeutische relatie veeleer als het eigenlijke veranderingsinstrument, waaraan specifieke behandeltechnieken ondergeschikt zijn. Het onderscheid tussen relatie en techniek is overigens nogal kunstmatig. Relatie en techniek kunnen in werkelijkheid nooit los van elkaar worden gezien. De therapeutische relatie wordt immers niet in een vacuüm opgebouwd, maar krijgt steeds (mede) gestalte door de interactie tussen hoe de therapeut met de patiënt omgaat enerzijds en de gebruikte therapeutische interventies anderzijds.

Het antwoord op de vraag in hoeverre de therapeutische relatie (algemene factor) of juist specifieke therapeutische interventies bijdragen aan het behandelresultaat is voor een substantieel deel afhankelijk van de gebruikte onderzoeksmethodologie. Ruwweg kunnen twee onderzoeksmethoden worden onderscheiden: (1) quasi-experimentele vergelijkende effectstudies met gerandomiseerde toewijzing van patiënten aan de onderzoekscondities (*Randomized Controlled Trials*: RCT's) en (2) niet-experimentele studies naar de voorspellende waarde van de therapeutische relatie voor het effect van psychotherapie in naturalistische omstandigheden. In RCT's zal

de relatieve bijdrage van de therapeutische relatie aan het effect van psychotherapie ten opzichte van specifieke interventies in de regel veel lager worden geschat dan in niet-experimenteel onderzoek in de alledaagse praktijk. Empirische schattingen van het relatieve aandeel van de therapeutische relatie ten opzichte van specifieke therapeutische interventies zijn ten dele een artefact van de gebruikte onderzoeksmethodologie. Terwijl RCT's het risico lopen om het belang van de therapeutische relatie te *onderschatten*, wordt het belang van de therapeutische relatie in niet-experimentele studies met een hogere ecologische validiteit mogelijk *overschat*. In RCT's waar een placebotherapie als controleconditie wordt gebruikt, gebeurt dat vanuit de gedachte dat daarmee specifieke therapiefactoren, zoals de heilzame werking van door de therapeut geboden warmte, steun en begrip worden gevangen en daarmee kunnen worden uitgefilterd in de experimentele conditie. Zulke specifieke therapiefactoren worden onder de (kwaliteit van de) therapeutische relatie weg gezet, waarmee de therapeutische relatie bij voorbaat een specifieke status krijgt toebedeeld. Zodoende wordt de therapeutische relatie gedevalueerd tot niet meer dan een gewoon medemenselijk contact, dat door iedere leek met enig inlevingsvermogen kan worden onderhouden, zonder dat daarvoor professionele scholing en klinische ervaring noodzakelijk zijn (Norcross & Lambert, 2011). Het probleem met placebotherapieën in RCT's is dat zij in meerdere opzichten geen geloofwaardig of bona fide alternatief zijn voor de onderzochte experimentele therapievorm (Wampold, 1997). Placebotherapieën zijn bijvoorbeeld wat betreft structurele equivalentie (Baskin e.a., 2003) inferieur aan de experimentele therapievorm: minder en/of kortere behandelcontacten, die met minder overtuigingskracht en door minder gekwalificeerde therapeuten worden aangeboden dan de experimentele therapievorm. Ook komt het voor dat therapeuten die de 'placebotherapie' uitvoeren de instructie krijgen om zich te beperken tot specifieke therapeutgedragingen (bijvoorbeeld: uitsluitend steunende of non-directieve opmerkingen), die afwijken van wat de therapeut natuurlijkerwijs zou doen. Met deze restricties is de placebotherapie bij voorbaat gekunsteld en onnodig krachteloos. Dergelijke vertekeningen hebben tot gevolg dat de therapeutische relatie in RCT's vaak geen eerlijke kans krijgt om zichzelf te meten met de onderzochte specifieke therapeutische interventie. Het is daarom niet vreemd als het belang van de therapeutische relatie in RCT's verhoudingsgewijs veel lager wordt geschat dan in naturalistische en ongecontroleerde effectstudies, waarin therapeutgedragingen worden vrijgelaten.

Naarmate de placebotherapie in de controleconditie en de actieve therapievorm in de experimentele conditie in structurele equivalentie meer overeenkomen, blijken de verschillen in werkzaamheid kleiner (Wampold e.a., 2005). Van gevonden verschillen in werkzaamheid tussen placebotherapieën en actieve therapeutische technieken blijft evenmin veel over wanneer de placebotherapie voor patiënt en therapeut net zo overtuigend is als de experimenteel getoetste therapeutische techniek (Wampold e.a., 2005). In dit verband verdient het bijzondere vermelding dat een gebleken effectieve moderne ervaringsgerichte therapievorm als *emotion-focused*

therapy (EFT) aan de status van placebo therapie wist te ontsnappen doordat EFT in RCT's als placebo therapie net zo werkzaam bleek als de experimenteel getoetste actieve therapievormen (Lebow, 2006).

Een geheel andere onderzoeksmethode dan de RCT is de niet-experimentele studie naar de voorspellende waarde van de therapeutische relatie voor het effect van psychotherapie in naturalistische omstandigheden. Uit diverse meta-analyses, waarin grote aantallen ongecontroleerde effectstudies zijn opgenomen, komt consistent naar voren dat de therapeutische relatie de meest robuuste voorspeller is voor behandel succes (Hardy, Cahill & Barkham, 2007). De correlatie tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie (voornamelijk in termen van samenwerking en overeenstemming op de drie aspecten van alliantie) en behandeluitkomst, werd in een meta-analyse van meer dan tien jaar geleden (Horvath & Bedi, 2002) geschat op tussen de 0.21 en 0.25, en in een recente *update* (Horvath e.a., 2011) in het bereik van 0.25 tot 0.30. Het relatieve aandeel van de therapeutische relatie in de totale uitkomstvariatie (variabiliteit in therapieresultaten) wordt op basis van dergelijke meta-analyses door vooraanstaande onderzoekers (Norcross & Lambert, 2005; Beutler & Johnsen, 2005) geschat op ongeveer 10%. De gevonden coëfficiënten en percentages zijn niet echt spectaculair. Deze statistische kengetallen zijn aan de andere kant weer aanzienlijk wanneer ze worden vergeleken met de verwaarloosbare variabiliteit in behandeluitkomsten die verklaard wordt door specifieke therapeutische procedures of interventies (Duncan & Miller, 2005).

Toch kan er niet uit worden afgeleid dat de therapeutische relatie het eigenlijke werkzame mechanisme is van psychotherapie en dat therapeutische technieken er weinig toe doen. Het merendeel van de naturalistische studies heeft daarvoor namelijk te veel methodologische beperkingen.

In veel onderzoek naar de predictieve waarde van de (kwaliteit van de) therapeutische relatie (predictor) voor de kwaliteit van het behandelresultaat (criterium) wordt de therapeutische alliantie uitsluitend in de eerste fase van de therapie gemeten, meestal na de tweede, vijfde of tiende sessie (Barber, Khalsa & Sharpless, 2010). Het behandelresultaat, bijvoorbeeld in termen van klachtenreductie, wordt doorgaans ergens halverwege en/of aan het eind van de therapie gemeten. Een begrijpelijke reden om patiënten niet direct al na het eerste behandelcontact een alliantievragenlijst te laten invullen is dat zich zo vroeg in de behandeling nog nauwelijks een alliantie kan hebben gevormd. Overigens zijn er ook weer aanwijzingen dat een sterke alliantie zich al in de eerste 3 tot 5 behandelcontacten vormt, waarbij de kansen op een uiteindelijk succesvolle behandeling niet te hoog zouden mogen worden aangeslagen, wanneer er ter hoogte van ongeveer het vijfde behandelcontact nog geen solide therapeutische relatie tot stand zou zijn gekomen (Horvath & Bedi, 2002).

Er ontstaat helaas een onoplosbaar interpretatieprobleem door de alliantievragenlijst pas af te nemen nadat er al enkele behandelcontacten zijn geweest (Barber, 2009; Barber, Khalsa & Sharpless, 2010). De positieve correlatie tussen de (eerste) alliantiescore en het (tussentijdse of uiteindelijke) behandelresultaat kan dan niet

zomaar ten gunste van de therapeutische relatie en ter relativering van het belang van specifieke therapeutische technieken worden uitgelegd. In zulke gevallen is niet meer op te maken of de therapeutische relatie de bereikte verandering voorspelt of andersom. Het is immers goed mogelijk dat al in de eerste sessies behandelresultaten zijn geboekt, dankzij de snelle effectiviteit van de gebruikte specifieke behandeltechnieken (bijvoorbeeld: verlengde exposure of EMDR bij psychotrauma), of dankzij een voor de patiënt helpend verklaringskader voor zijn staat van verwarring. Het is weliswaar aannemelijk dat het therapieresultaat uiteindelijk beter zal zijn naarmate de kwaliteit van de therapeutische relatie beter is geweest, maar net zo plausibel is het dat patiënten de therapeutische relatie hoger zullen waarderen als specifieke behandeltechnieken of zo'n verklaringskader voorafgaand aan de alliantiemeting al hun werkzaamheid hebben bewezen. Het ligt voor de hand dat patiënten de vroeg ingezette verbetering die bereikt werd voordat ze de alliantievragenlijst de eerste keer invulden in de eerste alliantiemeting zullen belonen met een hogere waardering van de therapeutische relatie.

Hoewel de kwaliteit van de therapeutische relatie een robuuste voorspeller van het therapieresultaat blijkt te zijn kan daaruit dus niet zomaar worden geconcludeerd dat de therapeutische relatie het eigenlijke therapeutische instrument is, ongeacht de gebruikte therapeutische procedures. Anders gezegd: de correlatie tussen therapeutische relatie en behandeluitkomst laat geen causale interpretatie toe. In 2009 konden niet meer dan zeven studies worden getraceerd, waarin 'vroegtijdige therapeutische verandering' als variabele was verdisconteerd in de berekening van de correlatie tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie enerzijds en latere symptoomverbetering anderzijds. In niet meer dan twee van de zeven studies hield de correlatie stand (in termen van statistische significantie), nadat er rekening was gehouden met het effect van vroege symptoomvermindering als derde variabele (Barber, 2009; Barber, Khalsa & Sharpless, 2010). In een nog recentere overzichtsstudie bleek de therapeutische relatie in zes onderzoekspublicaties (inclusief de twee uit de overzichtsstudies van Barber, Khalsa en Sharpless,) als causale factor voor verdere therapeutische verandering wel overeind te blijven, nadat was gecorrigeerd voor vroegtijdige symptoomverandering (Horvath e.a., 2011). Goed naturalistisch onderzoek naar de therapeutische relatie als het eigenlijke werkingsmechanisme van psychotherapie vereist dat zowel de alliantie als de gekozen uitkomstcriteria bij elk behandelcontact worden gemeten.

Beschouwing

In dit artikel werd de therapeutische relatie kritisch onder de loep genomen aan de hand van drie vragen. Geen van deze vragen kan eenduidig worden beantwoord. Alleen al daarom moet worden geconcludeerd dat 'de' therapeutische relatie domweg niet bestaat. Feitelijk is het alliantieconcept puur *evaluatief* (Hatcher, 2010):

niet meer dan een globale en kwalificerende manier van kijken naar de inhoud van alles wat er binnen de therapeutische context tussen de patiënt en therapeut wordt gecommuniceerd. In de Verenigde Staten zijn inmiddels nieuwe vragenlijsten in ontwikkeling, waarvan de items het alliantieconcept een meer feitelijke (in plaats van evaluatieve) invulling geven dan de items uit de traditionele alliantievragenlijsten, ondermeer door de patiënt naar concrete therapeutgedragingen te vragen: 'Mijn therapeut vroeg mij om feedback over hoe ik het therapeutisch contact vandaag vond gaan' (*Alliance in Action* (AiA); Owen e.a., 2013) en 'Mijn therapeut is niet zo flexibel en houdt weinig rekening met mijn wensen en behoeften' (*Alliance Negotiation Scale* (ANS); Doran e.a., 2012).

Zulke initiatieven zijn toe te juichen, omdat de therapeutische relatie de afgelopen tijd steeds meer dreigde te verworden tot een containerbegrip, waaruit voor ieder wat wils te halen valt. Over Einstein gaat de anekdote, dat hij als volgt antwoordde, toen hem gevraagd werd of hij in God geloofde: 'Vertelt u me eerst wat u onder God verstaat, dan zal ik zeggen of ik er in geloof.' (Lenoir, 2013). Discussies over de therapeutische relatie zouden al aardig aan zin en zindelijkheid winnen, wanneer deelnemers aan die discussies 'God' in het antwoord van Einstein zouden vervangen door 'therapeutische relatie'. Iedereen die probeert om de therapeutische relatie inhoudelijk en concreet te definiëren zal merken dat de therapeutische relatie onlosmakelijk is verbonden met de inbreng (persoon en achtergrond) van de patiënt, alsook met de inbreng (persoon en achtergrond) van de therapeut (Leahy, 2007).

Zelfs bij farmacotherapeutische interventies in de geestelijke gezondheidszorg blijkt de persoon van de voorschrijvend psychiater behoorlijk sterk verweven met zowel de werkzaamheid van de 'actieve' pil (bijvoorbeeld antidepressivum) als met de werkzaamheid van de placebopil (McKay, Imel & Wampold, 2006).

De persoon van de therapeut lijkt van niet verwaarloosbare betekenis voor de werkzaamheid van de gebruikte therapeutische techniek, ook wanneer specifieke therapeutische technieken worden beschouwd als de eigenlijke 'actieve bestanddelen' van psychotherapie. De beschikbare empirische evidentie rechtvaardigt de conclusie dat de werkzaamheid van de therapeutische relatie voor een belangrijk deel wordt bepaald door de bereidheid en de vaardigheid van de therapeut om haar of zijn gedrag flexibel af te stemmen op individuele patiëntkenmerken, zoals weerstandsniveau, ambivalenties ten aanzien van gedragsverandering (veranderfase) en gehechtheidsstijl (Norcross & Wampold, 2011). Ook zijn er op zijn minst aanwijzingen dat de werkzaamheid van de therapeutische relatie wordt bevorderd door de bereidheid en vaardigheid van de therapeut om te monitoren hoe de patiënt het therapeutisch proces ervaart, oftewel: door de bereidheid en vaardigheid om feedback te genereren (Norcross & Wampold, 2011).

Voorstanders van de expertbenadering zijn soms niet mals in hun kritiek op aanhangers van de constructivistische visie en omgekeerd. Laatstgenoemden verwijten de voorstanders van de expertbenadering de therapeutische relatie vooral lippen dienst bewijzen. Door de therapeutische relatie te modelleren naar een relatie tus-

sen expert (therapeut) en leek (patiënt) zou de expertbenadering kwetsbaar zijn voor machtsmisbruik. De therapeutische relatie zou – bedoeld of onbedoeld – vooral worden ingezet om de patiënt met wetenschappelijke argumenten ('bewezen effectief') over de streep te trekken en zich te schikken in therapeutische procedures waaraan de therapeut (en niet de patiënt zelf) de voorkeur geeft (Proctor, 2008). Voorstanders van de expertbenadering verwijten aanhangers van de constructivistische visie 'onwetenschappelijkheid', omdat laatstgenoemden vraagtekens zetten bij de waarde van de RCT: deze onderzoeksmethode voldoet volgens voorstanders van de expertbenadering aan de strengste eisen van wetenschappelijk onderzoek en biedt daarmee de enige garantie om empirisch ongefundeerde therapeutische technieken of kwakzalverij wetenschappelijk te ontmaskeren (Hollon, 2005).

De controverse over het precieze belang van de therapeutische relatie krijgt een semantisch karakter zodra het gaat om het gebruik van het woord 'specifiek'. Voor aanhangers van de constructivistische visie is de therapeutische relatie 'specifiek' en zijn specifieke therapeutische procedures slechts specifiek naar de *vorm*, maar niet naar hun *functie*. Voorstanders van de expertbenadering profiteren van het gangbare gebruik om de therapeutische relatie alleen al 'aspecifiek' te noemen vanwege het 'schooloverstijgend' karakter ervan. Therapeutische technieken, die wel schoolgebonden zijn, zijn dan per definitie 'specifiek'. De controverse is ook verder ten dele gebaseerd op retoriek en op vooraannames. In de eerste plaats zijn zowel voorstanders van de expertbenadering als aanhangers van de constructivistische visie geneigd om de therapeutische relatie te benaderen alsof vanzelfsprekend is wat er onder wordt verstaan. In de tweede plaats neigen ze er beiden toe om een schijn-tenstelling te creëren tussen de therapeutische relatie enerzijds en therapeutische technieken anderzijds.

Ten onrechte wordt de therapeutische relatie nog te vaak benaderd als een tastbaar, statisch voorwerp met onveranderlijke eigenschappen (Hatcher, 2010). In plaats van de therapeutische relatie te 'verstoffelijken' lijkt het vruchtbaarder om de dynamiek ervan te accentueren. Er is alle reden om de therapeutische relatie meer te zien als 'proces' dan als 'product'. Therapeutische relaties verschillen naar *inhoud*, in *perspectief* en veranderen over de *tijd*. Door de dynamiek ervan te onderkennen wordt het er uiteraard niet gemakkelijker op om de therapeutische relatie vast te leggen in een operationele definitie. Voor sommige auteurs is dat zelfs reden om zich af te vragen of het conventionele alliantieconcept, dat zijn nut heeft bewezen om relationele factoren in de psychotherapie in een tijdperk van *managed care* en behandelprotocollen (opnieuw) op de agenda te krijgen, zichzelf inmiddels niet overbodig heeft gemaakt (Safran & Muran, 2006).

Zowel aanhangers van de expertbenadering als voorstanders van de constructivistische visie versmallen de definitie van de therapeutische relatie te gemakkelijk tot therapeutkenmerken, zoals onvoorwaardelijke acceptatie, warmte en respect. Die zijn weliswaar onmiskenbaar belangrijk om het vertrouwen van de patiënt te winnen en veiligheid te bieden, maar dekken zeker niet de hele breedte van wat het

aangaan en onderhouden van de therapeutische relatie impliceert. Norcross en Lambert (2011) wijzen erop dat niet meer dan ongeveer 15% van het onderzoek naar bewezen effectieve relatiefactoren in psychotherapie betrekking heeft op de klassiek rogeriaanse gesprekscondities. Andere factoren, die tot dusverre in verschillende mate empirisch werden onderzocht, zijn ondermeer: het verschaffen van feedback aan de patiënt, de vaardigheid van de therapeut om tegenoverdrachtsreacties te hanteren, het repareren van barsten in de therapeutische relatie en het flexibel afstemmen van de behandeling op de persoonlijkheidsstijl en de behoeften van de patiënt (Norcross & Wampold, 2011). Door de kwaliteit van de therapeutische relatie op te hangen aan de mate van instemming en harmonie, verliest het alliantieconcept a priori aan kracht. De therapeutische relatie is op zichzelf minder interessant wanneer die zich kenmerkt door instemming en harmonie. Veel belangwekkender is het proces van 'onderhandeling' tussen patiënt en therapeut wanneer de patiënt *niet* blijkt in te stemmen met het therapeutisch aanbod of met de attitude van de therapeut, hetgeen vaak resulteert in verborgen of openlijke strijd (Safran & Muran, 2006). Juist in die meer confronterende en conflictueuze episodes van de therapie komt de kwaliteit van de therapeutische relatie tot uitdrukking in de veiligheid en het vertrouwen dat de therapeut blijft bieden om de disharmonie en onvrede tot een constructieve oplossing te brengen. De kwaliteit van de therapeutische relatie zal in zulke episodes echter niet per se tot uitdrukking komen in hoge scores van de patiënt op de alliantievragenlijst.

Hoe verder?

De afgelopen decennia is uit elk van de drie therapeutische hoofdstromingen (psychoanalytisch, ervaringgericht en leertheoretisch) ten minste één relationeel psychotherapiemodel voortgekomen. De Inter-persoonlijke Communicatie Therapie (Kiesler, 1988, 1996) heeft zijn oorsprong in de rogeriaanse school, het resolutiemodel voor alliantiebarsten (Safran & Muran, 2000) is geworteld in de psychoanalytische traditie en de functieanalytische psychotherapie (Kohlenberg & Tsai, 1991) is afkomstig uit het behaviorisme. Waar het conventionele alliantieconcept zich voornamelijk richt op het vestigen van een therapeutische relatie, zijn deze relationele therapiemodellen veel meer gericht op de fasen erna: het ontwikkelen, handhaven en onderhouden van de therapeutische relatie (Hardy, Cahill & Barkham, 2007). Elk van deze relationele therapiemodellen benadert de therapeutische relatie als 'microkosmos': in de dynamiek van de verbale en non-verbale communicatie tussen patiënt en therapeut openbaren zich dezelfde interpersoonlijke kernproblemen waarmee de patiënt in haar of zijn dagelijks leven is vastgelopen. En elk van deze relationele therapiemodellen heeft een uitgewerkte en consistente theoretische visie op hoe de therapeut de directe ontmoeting met de patiënt kan gebruiken om gewenste interpersoonlijke veranderingen buiten de therapeutische context op gang

te brengen. Deze relationele therapiemodellen houden zich nauwelijks bezig met de controverses over het belang van de therapeutische relatie en vatten de betekenis van de therapeutische relatie veel ruimer en diepgaander op dan het geval is in de conventionele definitie van het alliantieconcept.

Correspondentieadres

Sinai Centrum
Polikliniek Amersfoort
Berkenweg 7
3818 LA Amersfoort
a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl

Literatuur

- Barber, J.P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19, 1-12.
- Barber, J.P., Khalsa, S.-R. & Sharpless, B.A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In: J.C. Muran & J.P. Barber (eds.) *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice* (pp.29-43). New York: The Guilford Press.
- Baskin, T.W., Tierny, S.C., Minami, T. & Wampold, B.E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 973-979.
- Berant, J. & Obegi, J.H. (2009). Attachment-informed psychotherapy research with adults. In: J. Berant & J.H. Obegi (eds.) *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 461-489). New York: The Guilford Press.
- Beutler, L. & Johannsen, B.E. (2005). Principles of change. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler, & R.F. Levant (eds.). *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 226-234). Washington: American Psychological Association.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 16, 252-260.
- Courtois, C.A. & Ford, J.D. (2013). *Treatment of complex trauma: a sequenced, relationship-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Cuijpers, P. (2012). *Psychotherapie: een wetenschappelijk perspectief*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Doran, J.M., Safran, J.D., Waizmann, V., Bolger, K., & Muran, J.D. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research*, 22, 1-10.
- Duncan, B.L. (2002). The founder of common factors a conversation with Saul Rosenzweig. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 10-31.
- Duncan, B. & Miller, S.D. (2005). Treatment manuals do not improve outcomes. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler, & R.F. Levant (eds.). *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 140-149). Washington: American Psychological Association.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A. (2004). *The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through Client-Directed Outcome-Informed Therapy*. San Francisco: Jossey-Brass.
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing a comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hafkenscheid, A. (2008). Routine Process Monitoring: ervaringen uit de praktijk. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 46, 327-345.

- Hafkenscheid, A. (2009). The impact of psychotherapy sessions: internal structure of the Dutch Session Evaluation Questionnaire (SEQ). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 99-111.
- Hafkenscheid, A. (2010). De outcome rating scale (ORS) en de session rating scale (SRS): enkele psychometrische kenmerken van de Nederlandse versies. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 394-403.
- Hafkenscheid, A. (2012). Subjectiviteit bij de interpretatie van het grafisch scoreverloop op monitorinstrumenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 29-134.
- Hafkenscheid, A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2010). The Outcome and Session Rating Scales: a cross-cultural examination of the psychometric properties of the Dutch translation. *Journal of Brief Therapy*, 7, 1-12.
- Hardy, G., Cahill, J. & Barkham, M. (2007). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: a research perspective. In: P. Gilbert & R.L. Leahy (eds.). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 24-42). London: Routledge.
- Hatcher, R.L. (2010). Alliance theory and measurement. In: J.C. Muran & J.P. Barber (eds.) *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice* (pp. 7-28). New York: The Guilford Press.
- Hollon, S.D. (2005). Randomized Clinical Trials. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (eds.). *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 96-105). Washington: American Psychological Association.
- Horvath, A.O. (2005). The therapeutic relationship: research and theory. An introduction to the special issue. *Psychotherapy Research*, 15, 3-7.
- Horvath, 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., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. In: J.C. Norcross (ed.). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (pp. 25-69). New York: Oxford University Press.
- Kiesler, D.J. (1988). *Therapeutic metacommunication: therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: personality, psychopathology, psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Leahy, R.L. (2007). Schematic mismatch in the therapeutic relationship: a social-cognitive model. In: P. Gilbert & R.L. Leahy (ed.). *Introduction and overview: basic issues in the therapeutic relationship. The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 229-254). London: Routledge.
- Lebow, J. (2006). *Research for the psychotherapist: from science to practice*. New York: Routledge.
- Lenoir, F. (2013). Confessies van een filosoof. *Trouw*, bijlage *Letter en Geest*, 5-8.
- Mansell, W., Carey, T.A., & Tai, S.J. (2013). *A transdiagnostic approach to CBT using Methods of Levels Therapy*. London, New York: Routledge.
- McKay, K.M., Imel, Z.E. & Wampold, B.E. (2006). Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 92, 287-290.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2005). The therapy relationship. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler, R.F. & Levant (eds.). *Evidence-based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 208-218). Washington: American Psychological Association.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. In: J.C. Norcross (ed.). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (pp. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. In: J.C. Norcross (ed.). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (pp. 423-430). New York: Oxford University Press.
- Owen, J., Reese, R.J., Quirk, K. & Rodolfa, E. (2013). Alliance in action: a new measure of clients' perceptions of therapists' alliance activity. *Psychotherapy Research*, 23, 67-77.

- Proctor, G. (2008). CBT: The obscuring of power in the name of science. In: R. House & D. Loewenthal (eds.). *Against and for CBT: towards a constructive dialogue?* (pp. 241-255) Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit factors in diverse methods of psychotherapy. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- 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. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 286-291.
- Smits, D., Stinckens, N. & Claes, L. (2012). QIT online, een multimodaal en multidimensioneel monitoringprotocol. In: N. Stinckens, D. Smits, & L. Claes (red.). *Vinger aan de pols in psychotherapie* (pp. 40-58). Leuven: Acco.
- Stinckens, N., Ulburghs, A. & Claes, L. (2009). De werkalliantie als sleutelement in het therapiegebeuren: Meting met behulp van de WAV-12: de Nederlandse vertaling van de Working Alliance Inventory. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 39, 44-60.
- Wachtel, P.L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy and the relational world*. Washington: American Psychological Association.
- Wampold, B.E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21-43.
- Wampold, B.E., Minami, T., Tierny, S.C., Baskin, T.W. & Bhati, K.S. (2005). The placebo is powerful: estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from Randomized Clinical Trials. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 835-854.