

Corine de Ruiter en Leo  
Cohen

## De therapeutische alliantie en therapieresultaat

*De auteurs bespreken de recente empirische en theoretische ontwikkelingen op het gebied van de therapeutische alliantie. Recente onderzoeken laten zien dat de therapeutische alliantie een krachtige predictor is van het resultaat van psychotherapie. Een positieve therapeutische alliantie vroeg in de therapie is voorspellend voor een gunstige therapie-uitkomst. De kwaliteit van de therapeutische alliantie wordt onder meer bepaald door het vermogen van de cliënt om sociale relaties met anderen als positief te beleven.*

### De therapeutische relatie

In dit artikel bespreken we het verband tussen de therapeutische relatie en het resultaat van psychotherapie. Eerst wordt de theorievorming rond het begrip therapeutische relatie behandeld. Vervolgens wordt een overzicht gepresenteerd van bevindingen uit recent wetenschappelijk onderzoek naar het verband tussen de therapeutische relatie en het resultaat van psychotherapie. Tenslotte worden conclusies getrokken en suggesties gedaan voor verder onderzoek.

In de psychoanalyse is er vanaf het begin aandacht geweest voor de relatie tussen therapeut en cliënt (Breuer en Freud, 1895/1955). De overdrachtsrelatie, waarin de verstoorte relaties met significante anderen uit het verleden opnieuw geënceneerd en vervolgens geanalyseerd worden, staat centraal in het therapieproces. Daarnaast is er binnen de psychoanalytische school ook aandacht geweest voor de rol van aspecten van de therapeut-client relatie die *niet* tot de overdracht behoren (Freud, 1912/1958). Deze niet-overdrachtsrelatie wordt tegenwoordig aangeduid met de term therapeutische alliantie (Greenson, 1967; Greenson en Wexler, 1978). (De Engelse term 'therapeutic alliance' is hier vertaald als 'therapeutische alliantie'.) Greenson en Wexler (1978) onderscheiden twee componenten aan de therapeutische alliantie: de werk-alliantie ('working alliance') en de echte relatie ('real relationship'). De werk-alliantie wordt gedefinieerd als 'de niet-neurotische, rationele, redelijke band die de patiënt met de analyticus heeft en die hem in staat stelt doelmatig te werken in de analytische situatie, ondanks zijn overdrachtsimpulsen' (Greenson en Wexler, 1978, p. 364, onze vertaling). De 'echte relatie' is er één die gebaseerd is op respect, elkaar mogen en wederzijds begrip.

In de Rogeriaanse benadering is de relatie tussen therapeut en cliënt essentieel in het therapieproces. De noodzakelijke én voldoende voorwaarden voor therapeutische verandering in Rogers' (1957) visie – o.m. de echtheid, warmte en empathie van de therapeut – kunnen alleen binnen het kader van een relatie hun werk doen.

De therapeutische relatie heeft binnen de gedragstherapie in principe geen a priori omschreven functie in het therapieproces. Dat houdt in dat het theoretisch denkbaar is dat gedragstherapeutische technieken ook buiten het kader van een therapeutische relatie toepasbaar zijn. Er zijn ook empirische bevindingen die dit aantonen: systematische desensitisatie bij fobische patiënten is effectief bevonden wanneer de patiënten via een audio-band geïnstrueerd werden (Baker, Cohen en Saunders, 1973; Evans en Kellam, 1973).

In de beginjaren van de gedragstherapie werd echter al het belang van de interpersoonlijke relatie tussen cliënt en therapeut erkend. Wolpe (1958), bijvoorbeeld, had de stellige indruk dat cliënten die hem leken te mogen reeds een verbetering vertoonden *voordat* speciale interventiemethoden toegepast werden (p. 194). Meer recent werd de conclusie getrokken dat de aanwezigheid van bepaalde positieve relatie-aspecten, zoals empathie, vaak maar niet altijd noodzakelijk is om de therapie maximaal effectief te doen zijn (Morris en Magrath, 1983; Sweet, 1984).

In het vervolg van het artikel willen wij een overzicht geven van recente onderzoeken waarin de therapeutische relatie beschouwd wordt in relatie met de resultaten van psychotherapie. Eerst gaan wij in op de meetinstrumenten voor de therapeutische relatie die voor deze studies ontwikkeld zijn. Omdat in de meeste van deze studies psychoanalytische therapieën onderzocht zijn, wordt de term 'therapeutische alliantie' (zie hierboven) gebruikt.

### De therapeutische alliantie en therapieresultaten

#### *Meetinstrumenten*

Luborsky (1976) maakte een onderscheid tussen twee typen allianties op grond van een nuancering aangebracht door Greenspan en Cullander (1975, geciteerd in Luborsky, 1976). De 'Type 1' alliantie heeft betrekking op de beleving van de cliënt dat de therapeut en de therapie hem steun en hulp geven. De 'Type 2' alliantie verwijst naar de beleving van de cliënt dat hij en de therapeut samenwerken aan datgene wat de cliënt belemmert. Kenmerkend hiervoor zijn het gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid van cliënt en therapeut voor de therapiedoelen en de vaardigheid van de cliënt om methoden die hij van de therapeut leert, zelf toe te passen (bijvoorbeeld wanneer een cliënt zelf zijn overdrachtsreacties duidt). Volgens Luborsky kan de Type 1 alliantie zich in de loop van de therapie ontwikkelen tot een Type 2 alliantie.

Luborsky (1976) stelde een lijst van kenmerken van deze twee vormen van therapeutische alliantie samen, die door onafhankelijke observatoren beoordeeld konden worden. Meestal worden segmenten uit de therapiesessies aan de hand van bandopnames beoordeeld; soms worden uitgeschreven therapiezittingen als geheel of gedeeltelijk beoordeeld. De lijst van kenmerken werd de voorloper van de Helping Alliance Rating Method (HARM; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis en Cohen, 1983; Morgan, Luborsky, Crits-Christoph, Curtis en Solomon, 1982). Een voorbeeld van een item voor therapeutgedrag op de Type 1 subschaal van de HARM is: 'De therapeut is warm en steunend'. Het parallelle item voor cliëntgedrag is, 'De cliënt ervaart de therapeut als warm en steunend'. Een voorbeeld van een item op de Type 2 subschaal voor therapeutgedrag is, 'De accurate waarnemingen van de cliënt betreffende de therapeut worden als zodanig erkend en bevestigd'. Hoewel er conceptueel een duidelijk verschil tussen beide typen alliantie bestaat, bleek in correlatieel onderzoek dat de twee maten die ervoor ontwikkeld waren een sterk onderling verband vertoonden ( $r = .91$ ; Morgan e.a., 1982).

De Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (Hartley en Strupp, 1983) is ontwikkeld op grond van ideeën van Bordin (1976), Greenson (1967), Langs (1976) en Luborsky (1976). Het instrument bestaat uit in totaal 44 items aangaande het gedrag van therapeut (bijvoorbeeld 'Toont respect voor, aanvaarding van en medeleven met de cliënt en zijn problemen'), het gedrag van cliënt (bijvoorbeeld 'Geeft aan dat hij de therapeut als begrijpend en steunend ervaart'), en het gedrag van therapeut en cliënt tesamen (bijvoorbeeld 'Worden het eens over de doelen en de taken van de zitting'). De lijst wordt ingevuld

door klinische beoordelaars na het beluisteren van segmenten van een op audioband opgenomen therapiesessie. Deze Vanderbilt-schaal bevat, naast items die de beleving van de relatie aangaan, ook items waarin therapeutisch-technische factoren beoordeeld worden. Een voorbeeld hiervan is item 12 ten aanzien van therapeutgedrag: 'Exploreert angsten, weerstanden, en verstoringen in de therapeutische relatie, zoals noodzakelijk in de zitting.' We constateren hier dat zowel therapeutisch-technische- als alliantiefactoren beoordeeld worden.

Frieswyk en zijn collega's (Frieswyk, Colson en Allen, 1984; Frieswyk, Allen, Colson, Coyne, Gabbard, Horwitz en Newsom, 1986) wensten een dergelijke vermenging te voorkomen. Zij definieerden de therapeutische alliantie als de actieve samenwerking van de cliënt in het therapieproces. Het is waarschijnlijk de meest zuivere definitie van de therapeutische alliantie en lijkt sterk op Greenson's (1967) concept van de werkalliantie. Deze definitie onderscheidt de alliantie van technische factoren alsook van aspecten van de beleving van de relatie door cliënt en therapeut. De therapeutische alliantieschaal die deze onderzoeksgroep ontwikkelde, de 'Collaboration Scale', 'bepaalt de mate waarin de patiënt actief deelneemt in het werk, zoals zich dat concreet manifesteert in zijn of haar betrokkenheid bij de vereiste taken van de behandeling, wat die ook mogen zijn' (Allen, Newsom, Gabbard en Coyne, 1984, p. 386; onze vertaling).

Een vergelijkend onderzoek naar de verschillende meetinstrumenten voor de alliantie zou inzicht kunnen geven in de mate waarin ze betrekking hebben op eenzelfde begrip.

De meetinstrumenten voor de alliantie zijn niet uniform wat betreft het perspectief van waaruit de alliantie beoordeeld wordt: soms worden de schalen ingevuld door de cliënt en de therapeut zelf (bijvoorbeeld de Penn Helping Alliance Questionnaire; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien en Auerbach, 1985); meestal worden segmenten van therapiezittingen beoordeeld door onafhankelijke observatoren (bijvoorbeeld de Penn Helping Alliance Method; Luborsky, 1976; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis en Cohen, 1983; de Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale, Hartley en Strupp, 1983). Hierbij kan vermeld worden dat er aanwijzingen zijn dat verschillende beoordelaars (therapeut, cliënt en observator) overeenkomstige beoordelingen geven. Zo liet Marziali (1984) de therapeutische alliantie tegelijkertijd beoordelen door de cliënt, de therapeut en een onafhankelijke observator, en vond geen noemenswaardige verschillen. Luborsky e.a. (1985) vonden geen verschil tussen de beoordelingen van de therapeutische alliantie door therapeut en cliënt. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of het geoorloofd is om in onderzoek naar de therapeutische alliantie die alliantie slechts vanuit één perspectief te laten beoordelen.

Voor een gedetailleerd overzicht van de eigenschappen van de verschillende meetinstrumenten op het gebied van de therapeutische alliantie verwijzen we naar het artikel van Hartley (1985, 542-543). Alle instrumenten vertonen gemiddelde tot hoge niveaus van interne consistentie en interbeoordelaar betrouwbaarheid en alle worden als adequaat voor onderzoeksdoeleinden beschouwd (Hartley, 1985). Als aangenomen kan worden dat ondanks de verschillen – inhoudelijk en qua beoordelaar – de instrumenten toch (ongeveer) hetzelfde meten, dan kunnen de bevindingen met deze instrumenten onder één noemer behandeld worden, die van de *therapeutische alliantie*.

#### *Empirisch onderzoek*

In een aantal onderzoeken is de therapeutische alliantie onderzocht als predictor van het therapieresultaat. De bevindingen met de verschillende instrumenten in empirisch onderzoek worden hier in het kort weergegeven.

Uit een groep van 73 cliënten in psychoanalytische psychotherapie selecteerde Luborsky (1976) achteraf de 10 meest en de 10 minst verbeterde cliënten. Hij vergeleek deze twee groepen wat betreft de therapeutische alliantie op verschillende tijdstippen in de therapie. Luborsky (1976) vond dat de Type 1 alliantie bij de verbeterde cliënten reeds tot stand gekomen was ten tijde van de derde of ten tijde van de vijfde zitting van de therapie. De Type 2 alliantie ontwikkelde zich in de latere sessies van enkele van degenen die verbeterden. In tegenstelling hiermee was bij geen van de acht niet-verbeterde cliënten de Type 1 alliantie bij de derde of vijfde zitting aanwezig.

Saltzman, Luetgert, Roth, Creaser en Howard (1976) onderzochten een aantal cliënt- en therapeutdimensies, die zij van belang achtten voor de vorming van een therapeutische alliantie, o.a. de mate van respect, begrip, openheid, betrokkenheid, de mate waarin de cliënt zich verantwoordelijk voelt voor zijn problemen en de mate waarin de cliënt beleeft dat hij vooruitgaat. Het bleek dat een aantal van deze cliënt- en therapeutdimensies reeds na de derde zitting een voortijdige beëindiging van de therapie door de cliënt konden voorspellen.

Marziali, Marmar en Krupnick (1981) selecteerden de 5 meest verbeterde en de 5 minst verbeterde cliënten uit een groep van 25 cliënten die een kortdurende behandeling ondergingen voor posttraumatische stress-stoornis. Fragmenten uit de 2de, 5de, 8ste en 11de therapiezitting werden beoordeeld door twee onafhankelijke beoordelaars wat betreft de bijdrage van de therapeut en de cliënt aan de alliantie. De bijdrage van de therapeut aan de alliantie was niet in staat te discrimineren tussen de succesvolle en de niet-succesvolle therapieën. Echter, de bijdrage van de cliënt aan de alliantie was zeer verschillend in de twee groepen. Cliënten die een sterk positieve bijdrage tot de alliantie leverden, hadden gunstige therapieresultaten. Omgekeerd hadden cliënten die negatief beoordeeld waren wat betreft hun alliantie-inbreng povere therapieresultaten.

Hartley en Strupp (1983) vergeleken eveneens de therapeutische allianties van een groep succesvolle en een groep niet-succesvolle therapieën. Het bleek dat de verschillen in therapeutische alliantie groter waren binnen de groepen therapieën, dan tussen de groepen. Daarna onderzochten de auteurs of er wat de therapeutische alliantie betreft wellicht verschillen waren op verschillende tijdstippen in de therapie. Nadat ongeveer een kwart van de therapie voltooid was, trad een significant verschil op qua therapeutische alliantie tussen de succesvolle en de niet-succesvolle groep: de uiteindelijk meer verbeterde cliënten vertoonden een gunstigere alliantie.

Morgan e.a. (1982) kozen de 10 meest en de 10 minst verbeterde cliënten uit een steekproef van 75 cliënten. Twintig minuten lange segmenten werden uit de derde en de vijfde zitting, en uit twee sessies tegen het einde van de therapie geselecteerd. De bijdrage van de cliënt aan de therapeutische alliantie werd beoordeeld door twee onafhankelijke beoordelaars. De alliantiescore uit de vroege therapie sessies correleerde van .44 tot .58 met therapieresultaat, afhankelijk van welke uitkomstvariabele men onderzocht.

Marziali (1984) liet de therapeutische alliantie beoordelen door de therapeut, de cliënt en een onafhankelijke beoordelaar na afloop van sessies 1, 3, 5, 10, 15 en 20 in kortdurende psychodynamische psychotherapie. Eén van haar bevindingen was een verband tussen het therapieresultaat en de therapeutische alliantie bij de eerste en de derde therapiezitting.

Luborsky e.a. (1985) onderzochten de bijdrage van de therapeutische alliantie in het bewerkstelligen van het therapieresultaat in therapieën met drugsverslaafden. Zij vonden dat de beoordeling van de therapeutische alliantie, verricht door cliënt en therapeut na afloop van de derde therapiezitting, .65 ( $p < .01$ ) correleerde met het therapieresultaat na 7 maanden.

Strupp (1980) vergeleek een succesvolle met een niet-succesvolle, voortijdig afgebroken, psychoanalytische psychotherapie. Hij vond dat de cliënt die de therapie zonder succes na 7 sessies beëindigde, bij meting na de derde sessie, negatief scoorde op de Vanderbilt Psychotherapy Process Scale en op de Relationship Inventory (Barrett-Lennard, 1962). De succesvolle cliënt had positief gescoord op beide schalen.

In het algemeen kan over deze onderzoeken opgemerkt worden dat, waar er gebruik werd gemaakt van onafhankelijke beoordelaars van de therapeutische alliantie, deze zorgvuldig vooraf getraind werden. De onderzoeksresultaten mogen als relevant voor de klinische praktijk beschouwd worden omdat in alle onderzoeken ervaren therapeuten beoordeeld werden. In alle onderzoeken waren de onderzochte cliënten niet-psychotisch en werden zij behandeld in een ambulante setting.

Gegeven het feit dat er tussen de onderzoeken verschillen bestaan wat betreft de gehanteerde onderzoeksinstrumenten voor de therapeutische alliantie en wat betreft het perspectief van waaruit deze onderzocht werd (cliënt, therapeut, onafhankelijke observator), springen de overeenkomsten in de gevonden resultaten des te meer in het oog. De therapeutische alliantie komt uit alle onderzoeken naar voren als een significante, zo niet krachtige predictor van therapieresultaten. Een tweede consistente bevinding is dat het verband tussen therapeutische alliantie en therapieresultaat reeds vroeg in de therapie (dat wil zeggen rond de derde of vijfde zitting) vastgesteld kon worden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de verschillende uitkomstmaten alle samengestelde maten zijn waarbij meestal de mening van de cliënt, de therapeut en een onafhankelijke clinicus gevraagd is. Ook zijn vrijwel alle uitkomstmaten gecorrigeerd voor het niveau van functioneren van de cliënt aan het begin van de therapie.

#### **Factoren die van invloed zijn op de therapeutische alliantie**

Als de therapeutische alliantie van belang is voor het therapieresultaat is het belangrijk inzicht te krijgen in de factoren die deze alliantie gunstig dan wel ongunstig beïnvloeden. Men kan onderscheid maken tussen cliëntfactoren, therapeutfactoren, techniefactoren en combinaties van deze.

In eerste instantie was het onderzoek naar het verband tussen genoemde factoren en de alliantie voornamelijk kwalitatief-klinisch, later is men ook kwantitatief-empirisch onderzoek gaan verrichten. Het kwantitatief-empirisch onderzoek naar de factoren die het functioneren van de alliantie beïnvloeden verkeert in een beginstadium. Reden hiervoor is het feit dat de operationalisaties van het begrip therapeutische alliantie, in de vorm van een aantal meetinstrumenten, van recente datum zijn.

#### *Kwalitatief onderzoek*

Luborsky (1976) vermeldt de observatie dat de cliënten die tot een succesvolle therapeutische alliantie komen, aan de therapie beginnen met positievere verwachtingen van 'objecten', in vergelijking met de minder succesvolle cliënten. De eersten zouden mensen zijn die in hun ontwikkelingsgeschiedenis tenminste een aantal malen positieve objectrelaties hebben ervaren. Strupp (1980) verrichtte een kwalitatieve vergelijking van twee cliënten die door dezelfde, ervaren therapeut behandeld werden in een kortdurende psychodynamische therapie. In het ene geval was de therapie succesvol, in het andere werd de therapie voortijdig en zonder succes, op initiatief van de cliënt, afgebroken. Strupp concludeert op grond van zijn uitgebreide analyse van de gevallen dat, gegeven de empathische atmosfeer die door de therapeut gecreëerd wordt, het uiteindelijke resultaat van de therapie bepaald wordt door eigenschappen van de cliënt. Als deze cliënt een persoon is die door zijn

vroegere levenservaringen 'geleerd' heeft dat verbondenheid met anderen iets positiefs is, dan zal hij geschikt zijn om te leren in de context van een therapeutische relatie. Het resultaat van de therapie zal dan waarschijnlijk positief zijn. Als de cliënt echter niet geleerd heeft dat menselijke verbondenheid een positieve waarde heeft, kan dit leiden tot een negatieve, afwachtende of wantrouwende houding van de cliënt. De kans is dan groter dat psychotherapie op een mislukking uitloopt of op zijn best leidt tot bescheiden resultaten. Strupp wijst op het belang van de vaardigheid van de therapeut om zijn vaak negatieve reacties, die zich uiten in de vorm van koelheid, afstandelijkheid en vijandigheid, op het laatste type cliënt onder ogen te zien (Strupp, 1980). Anders herhaalt de therapeut immers juist datgene wat deze cliënten in hun leven al zo vaak zijn tegengekomen in hun relaties met andere mensen.

#### *Kwantitatief onderzoek*

Moras en Strupp (1982) onderzochten het verband tussen de kwaliteit van de interpersoonlijke relaties van de cliënt, zoals beoordeeld door een onafhankelijke klinicus op basis van het intake-interview, en de therapeutische alliantie, zoals gemeten met de Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (zie ook Gomes-Schwartz, 1978). De correlatie tussen interpersoonlijke relaties en therapeutische alliantie was .50 ( $p < .01$ ). Om er zeker van te zijn dat het effect van interpersoonlijke relaties niet verklaard kon worden uit het feit dat de kwaliteit van interpersoonlijke relaties een overlap vertoont met de algehele psychologische gezondheid van de cliënt, werden de gegevens nader geanalyseerd. Uit deze analyse bleek dat de partiële correlatie van interpersoonlijke relaties met de therapeutische alliantie significant was, en die van psychologische gezondheid met de alliantie niet. De interpersoonlijke relaties van de cliënt zijn derhalve de betere predictor van de kwaliteit van de therapeutische alliantie.

Hartley en Strupp (1983) onderzochten of er verschillen waren tussen een groep succesvolle en een groep niet-succesvolle therapieën, wat een aantal cliënt- en therapeutfactoren betreft. Zij vonden dat de minder succesvolle cliënten ertoe neigden in het algemeen meer vijandig, afwerend en angstig te zijn in de therapie sessies. Dit verschil tussen beide groepen cliënten was het meest uitgesproken nadat een kwart van de uiteindelijke therapie voorbij was. Op dit tijdstip in de therapie was er een significant verschil tussen beide groepen wat betreft angst, motivatie en weerstand van de cliënt, en wat betreft de mate waarin de cliënt verantwoordelijkheid aanvaardt voor zijn eigen problemen.

Luborsky e.a. (1983) onderzochten enkele cliënt-, therapeut- en cliënt/therapeut combinatiefactoren in relatie met twee verschillende alliantie-maten. Zonder in alle details te treden geven we enkele van de relevante bevindingen weer. De factor somatische problemen correleerde significant negatief met beide alliantiematen. De therapeutfactoren cognitieve stijl, zoals gemeten met de Embedded Figures test (een maat voor veldafhankelijkheid, waarvan bekend is dat het samenhangt met interpersoonlijke oriëntatie, Witkin en Goodenough, 1977; Witkin, Oltman, Raskin en Karp, 1971), en competentie als psychiater, correleerden significant positief met één van de twee maten. Het op elkaar lijken van cliënt en therapeut voor wat betreft leeftijd en religieuze activiteiten correleerde significant positief met de twee alliantiematen. Willekeurige toewijzing van cliënten aan therapeuten correleerde daarentegen significant negatief met de twee therapeutische alliantiematen.

Marziali (1984) vond dat de betrokkenheid van de cliënt bij de therapeutische alliantie significant gerelateerd was aan het sociaal functioneren van de cliënt. Cliënten die voor de therapie positieve relaties met anderen hebben, vormen met de therapeut gemak-

kelijker (en wellicht ook sneller) een therapeutische alliantie. Er werd geen verband gevonden tussen de ernst van de problematiek van de cliënt en de alliantiegraad. Deze bevindingen vertonen sterke overeenkomst met de resultaten uit bovengenoemde studie van Moras en Strupp (1982).

Luborsky e.a. (1985) analyseerden de relatie van enige persoonlijke kwaliteiten van de therapeut (met name psychologische aanpassing, therapeutische vaardigheden, en interesse in het helpen van anderen) met de therapeutische alliantie. Zij vonden een correlatie van .74 van de therapeutkwaliteiten met de alliantiegraad. De correlatie van deze kwaliteiten met het therapieresultaat was in vergelijking hiermee laag (.32); de correlatie van de alliantie met het resultaat was weer hoog (.65). De auteurs suggereren dat de persoonlijke kwaliteiten van de therapeut hun grootste invloed uitoefenen *via* de vorming van een goede therapeutische alliantie.

In de studie van Moras en Strupp (1982) werd gevonden dat 25% van de variantie in de alliantiegraad verklaard werd door (de maat voor) de kwaliteit van de objectrelaties van de cliënt. Luborsky (1976), Marziali (1984) en Strupp (1980) rapporteren soortgelijke bevindingen. Een groot deel van de variantie in de alliantiegraad werd echter niet verklaard door de (maat voor) interpersoonlijke relaties van de cliënt, hetgeen de aandacht richt op de mogelijke andere determinanten van de alliantie. Luborsky e.a. (1985) en Strupp (1980) toonden beiden het belang aan van therapeutfactoren, zoals interesse in het helpen van anderen en vaardigheden in het omgaan met negatieve reacties van de cliënt. Wellicht zijn ook de cliënt-therapeut combinatie (Luborsky e.a., 1983) en de therapeutische technieken van invloed op de therapeutische alliantie.

#### Samenvatting en besluit

Het begrip therapeutische alliantie, oorspronkelijk stammend uit de psychoanalytische traditie, trekt de laatste jaren veel aandacht in theorie en in onderzoek. Op theoretisch niveau worden verschillende definities van het begrip therapeutische alliantie gehanteerd. Operationalisaties van diverse onderzoekers hebben geleid tot een aantal verschillende instrumenten om de therapeutische alliantie te bepalen. De betrouwbaarheid van de verschillende onderzoeksinstrumenten is redelijk tot zeer goed te noemen. Er is nog geen onderzoek naar de convergente en divergente validiteit van de verschillende instrumenten gedaan, maar op grond van een aantal overeenkomstige onderzoeksresultaten kan worden aangenomen dat ze wel een gemeenschappelijk aspect meten.

Belangrijke empirische bevindingen zijn 1. dat de therapeutische alliantie een krachtige predictor van het therapieresultaat is, en 2. dat de kwaliteit van de therapeutische alliantie een sterke samenhang vertoont met de kwaliteit van de interpersoonlijke relaties van de cliënt. Deze bevindingen zijn voornamelijk afkomstig uit onderzoek met psychodynamische therapieën. In het bijzonder werd gevonden dat het therapieresultaat in aanzienlijke mate voorspelbaar is op grond van metingen van de therapeutische alliantie – reeds bij de derde à vijfde therapiezitting – en dat bepaalde therapeutvariabelen, zoals vaardigheden in het omgaan met afwerende, vijandige reacties van cliënten, van belang zijn voor het bevorderen van de alliantie.

Als het begrip therapeutische alliantie een relevant therapeutisch concept is dan dient het betrekking te hebben op alle vormen van therapie. De operationalisaties van het begrip dienen van toepassing te zijn op diverse therapievormen. In een poging wat meer helderheid te scheppen in de veelheid van definities en operationalisaties van de therapeutische alliantie vinden wij het nuttig om onderscheid te maken tussen de betrokkenheid bij of verbondenheid met de *taak* van de therapie en de betrokkenheid bij of verbondenheid

met de *persoon* van de therapie (voor de cliënt: de therapeut; voor de therapeut: de cliënt). De betrokkenheid bij zowel de taak van de therapie als de persoon van de therapie, kan geanalyseerd worden op het subjectieve niveau van *belevingen* en op het objectieve niveau van *handelingen*. Het ligt voor de hand dat het belevingsniveau voornamelijk via zelfrapportage door cliënt en therapeut bestudeerd zal worden, en het handelingsniveau voornamelijk via observatoren die buiten de therapie staan.

Therapeut en cliënt kunnen een positieve houding hebben ten aanzien van de *taken* die in de therapie aan hen gesteld worden en zij kunnen zich affectief verbonden voelen met deze taken. De betrokkenheid bij de taak van de therapie uit zich daarnaast ook in de activiteiten die de therapie vereist (handelingen). Voorbeelden van dergelijke handelingen zijn het bijhouden van een dagboek door de cliënt over oefenopdrachten die hij in het kader van de therapie uitvoert of het richten van de aandacht op innerlijke belevingen.

De verbondenheid met de *persoon* van de ander in de therapie komt op gelijksoortige wijze tot uitdrukking op een belevings- en een handelingsniveau. Het belevingsaspect omvat zaken als respect, elkaar mogen, vertrouwen, en begrip. Het handelingsaspect bevat de concrete, overte handelingen, of beter: gedragingen, die verbondenheid met de andere persoon aangeven. Voorbeelden hiervan zijn het begroeten van elkaar bij het begin en het einde van een therapiezitting, en het verbaal en nonverbaal uiten van betrokkenheid bij de ander. In de meeste definities van de therapeutische alliantie en in de operationalisatie daarvan met behulp van diverse onderzoeksinstrumenten zijn de verbondenheid met de taak en met de persoon, en de analyse op belevings- en behandelingsniveau, met elkaar vermengd. Een uitzondering hierop is de Collaboration Scale van Allen e.a., 1984 (zie ook Frieswyk e.a., 1984, 1986). Deze auteurs hebben de betrokkenheid bij de persoon volledig van hun definitie van de alliantie uitgesloten en deze beperkt tot de betrokkenheid bij de taken van de therapie. Bovendien wordt de alliantie met dit instrument alleen geanalyseerd op handelings- en niet op belevingsniveau. Het zal moeten blijken in hoeverre de verbondenheid met de taak en de verbondenheid met de persoon, evenals de belevings- en de handelingscomponenten, met elkaar samenhangen.

#### *Aanbevelingen voor verder onderzoek*

In welke richting zou het onderzoek naar de therapeutische alliantie zich verder dienen te ontwikkelen? De onderzoeksvragen die ons relevant lijken zijn:

1. Welke voorwaarden kunnen *voorafgaand* aan de therapie gecreëerd worden zodat de kans op een goed therapeutisch contact toeneemt? In dit artikel hebben wij een aantal onderzoeken besproken waarin deze voorwaarden onderzocht werden. Uit ons overzicht bleek dat het onderzoek naar therapeutfactoren en de combinatie van cliënt- en therapeutfactoren een relatief onontgonnen terrein is. Het zou bijvoorbeeld interessant zijn om na te gaan of de kwaliteit van de alliantie samenhangt met de wijze waarop een cliënt bij een therapeut in behandeling komt: hebben zij elkaar mogen kiezen op grond van een eerste kennismaking of op grond van informatie over elkaar, of is de cliënt 'willekeurig' toegewezen aan een bepaalde therapeut (Luborsky e.a., 1983)? Met 'willekeurig' verwijzen wij naar de praktijk van indicatiestelling op grond van de aard van de problematiek en de vaardigheden van de betrokken therapeut, zonder rekening te houden met bovengenoemde interpersoonlijke factoren (Van Audenhove en Vertommen, 1984).

2. Wat kan *binnen* de therapie gedaan worden om een goede therapeutische alliantie te bevorderen? Uit verschillende onderzoeken (Hartley en Strupp, 1983; Luborsky, 1976; Luborsky e.a., 1983; Luborsky e.a., 1985; Marziali, 1984; Morgan e.a., 1982; Saltzman e.a., 1976) is gebleken dat een positieve alliantie in het begin van de therapie een betrouw-



bare aanwijzing is voor een uiteindelijk positief therapieresultaat. Een negatieve alliantie in het begin betekent echter niet dat het uiteindelijke therapieresultaat negatief zal zijn. Sommige van de aanvankelijk negatieve allianties ontwikkelen zich later tot positieve allianties waarbij tevens een positief therapieresultaat volgt.

Een positieve therapeutische alliantie lijkt dus een noodzakelijke voorwaarde te zijn voor een gunstige therapieuitslag. Een belangrijke onderzoeksvraag is: wat is de reden van de positieve ombuiging in bepaalde gevallen en het uitblijven daarvan in andere? Dit zou onderzocht kunnen worden door uitgebreide analyses van behandelingen vergelijkbaar met die van Strupp (1980). Een vooronderzoek van Foreman en Marmar (beschreven in Horowitz en Marmar, 1985) geeft de mogelijkheden van een dergelijke aanpak aan. Zij bestudeerden zes therapieën waarin de therapeutische alliantie in het begin negatief was. In drie van deze gevallen ontwikkelde zich een betere therapeutische alliantie en een gunstig therapieresultaat. In de overige drie bleef de alliantie negatief. Een zeer duidelijke bevinding was dat de therapeut, bij de therapieën waarin de alliantie zich keerde van negatief naar positief, de afweer van de cliënt tegen het uiten van gevoelens in de therapie – en daarmee in relaties in het algemeen – aan de orde stelde. Dit was niet het geval in de overige therapieën. Voor het verrichten van onderzoek naar factoren die meespelen in de positieve ombuiging lijkt het ons wenselijk een instrument te ontwikkelen dat bepaling van kleine, plotselinge veranderingen in de alliantie binnen één enkele sessie mogelijk maakt. Frieswyk e.a. (1986) zijn bezig met een dergelijke onderneming.

Voorts is het van belang na te gaan hoe de alliantie in de eerste sessies tot stand komt. Uit het eerder besproken onderzoek is gebleken dat de alliantie zich vaak positief gevestigd heeft na een relatief klein aantal sessies. Hier zal ook gebruik gemaakt kunnen worden van een alliantiemaat die kleine schommelingen in de alliantie kan registreren (Frieswyk e.a., 1986).

Een ander nog vrijwel openliggend onderzoeksterrein is het onderzoek naar het verband tussen de therapeutische technieken en de therapeutische alliantie. Onderzoek naar de therapeutische alliantie is tot nu toe vooral beperkt gebleven tot psychodynamische en eclecticische therapie. Een uitzondering hierop is het onderzoek van Luborsky e.a. (1985), waarin de alliantie onderzocht werd in cognitieve gedragstherapie. Het lijkt wenselijk de therapeutische alliantie ook in andere dan psychodynamische therapieën te onderzoeken. Mogelijk is de rol van de alliantie verschillend in de verschillende vormen van psychotherapie, zoals door Bordin (1979) gesuggereerd is.

Op grond van de conclusies uit dit overzicht lijkt het ons van belang dat onderzoek op het gebied van de therapeut-client relatie wordt aangemoedigd.

*Mw. drs. C. de Ruiter,  
Researchafdeling Psychiatrie,  
Schroeder van de Kolkstraat 10,  
3511 HS Utrecht*

#### Literatuur

- Allen, J. G., G. E. Newsom, G. O. Gabbard en L. Coyne, Scales to assess the therapeutic alliance from a psychoanalytic perspective, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1984, 48, 383-400.
- Audenhove, C. van, en H. Vertommen, Indicatiestelling voor psychotherapie door overleg, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1984, 10, 28-42.

- Baker, B. L., D. C. Cohen en J. T. Saunders, Self-directed desensitization for acrophobia, *Behavior Therapy*, 1973, 11, 79-83.
- Barrett-Lennard, G. T., Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change, *Psychological Monographs*, 1962, 76, (43, Whole No. 562).
- Bordin, E. S., *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association. Washington, D. C., september 1976.
- Bordin, E. S., The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1979, 16, 252-260.
- Breuer, J., en S. Freud, Studies on hysteria. In: J. Strachey (ed.), *Standard edition of the complete works of Sigmund Freud, Volume 2*. Londen: Hogarth, 1895/1955.
- Evans, P. D., en A. M. Kellam, Semi-automated desensitization: A controlled clinical trial, *Behaviour Research and Therapy*, 1973, 11, 641-646.
- Freud, S., The dynamics of transference. In: J. Strachey (ed.), *Standard edition of the complete works of Sigmund Freud, Vol. 12*. Londen: Hogarth, 99-108, 1912/1958.
- Frieswyk, S. H., J. G. Allen, D. B. Colson, L. Coyne, G. O. Gabbard, L. Horwitz en G. Newsom, Therapeutic alliance: Its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, 54, 32-38.
- Frieswyk, S. H., D. B. Colson en J. G. Allen, Conceptualizing the therapeutic alliance from a psychoanalytic perspective, *Psychotherapy*, 1984, 21, 460-464.
- Gomes-Schwartz, B., Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, 46, 1023-1035.
- Greenson, R. R., *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press, 1967.
- Greenson, R. R., en M. Wexler, The nontransference relationship in the psychoanalytic situation. In: R. R. Greenson, *Explorations in psychoanalysis*. New York: International Universities Press, 1978, 359-386.
- Greenspan, S., en C. Cullander, A systematic metapsychological assessment of the course of an analysis, *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 1975, 23, 107-138.
- Hartley, D. E., Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. In: R. E. Hales en A. J. Frances (eds.), *Psychiatry update: American Psychiatric Association Annual Review, Volume 4*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1985, 532-549.
- Hartley, D. E., en H. H. Strupp, The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In: J. Masling (ed.), *Empirical studies of psychoanalytical theories, Volume 1*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1983, 1-37.
- Horowitz, M., en C. Marmar, The therapeutic alliance with difficult patients. In: R. E. Hales en A.J. Frances (eds.), *Psychiatry update: American Psychiatric Association Annual Review, Volume 4*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press, 1985, 573-585.
- Langs, R., *The therapeutic interaction (Vol. 2)*. New York: Aronson, 1976.
- Luborsky, L., Helping alliances in psychotherapy. In: J. L. Claghorn (ed.), *Successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1976, 92-111.
- Luborsky, L., P. Crits-Christoph, L. Alexander, M. Margolis en M. Cohen, Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1983, 171, 480-491.
- Luborsky, L., A. T. McLellan, G. E. Woody, C. P. O'Brien en A. Auerbach, Therapist success and its determinants, *Archives of General Psychiatry*, 1985, 42, 602-611.
- Marziali, E., Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1984, 172, 417-423.
- Marziali, E., C. Marmar en J. Krupnick, Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome, *American Journal of Psychiatry*, 1981, 138, 361-364.
- Moras, K., en H. H. Strupp, Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy, *Archives of General Psychiatry*, 39, 1982, 405-409.

- Morgan, R., L. Luborsky, P. Crits-Christoph, H. Curtis en J. Solomon, Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method, *Archives of General Psychiatry*, 1982, 39, 397-402.
- Morris, R. J., en K. H. Magrath, The therapeutic relationship in behavior therapy. In: M. J. Lambert (ed.), *Psychotherapy and patient relationships*. Howewood, Illinois: Dow Jones-Irwin, 1983, 154-189.
- Rogers, C. R., The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *Journal of Consulting Psychology*, 1957, 21, 95-103.
- Saltzman, C., M. J. Luetgert, C. H. Roth, J. Creaser en L. Howard, Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976, 44, 546-555.
- Strupp, H. H., Success and failure in time-limited psychotherapy: Further evidence (Comparison 4), *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 947-954.
- Sweet, A. A., The therapeutic relationship in behavior therapy, *Clinical Psychology Review*, 1984, 4, 253-272.
- Witkin, H. A., en D. R. Goodenough, Field dependence and interpersonal behavior, *Psychological Bulletin*, 1977, 84, 661-689.
- Witkin, H. A., P. K. Oltman, E. Raskin en S. A. Karp, *Manual for Embedded Figures Test, Children's Embedded Figures Test, and Group Embedded Figures Test*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1971.
- Wolpe, J., *Psychotherapy of reciprocal inhibition*. Stanford, California: Stanford University Press, 1958.

### Summary

The authors review recent empirical and theoretical developments in the area of the therapeutic alliance. Research in the last few years has found the therapeutic alliance to be a powerful predictor of psychotherapy outcome. A positive therapeutic alliance early in the therapy is predictive of a favorable therapy outcome. The quality of the therapeutic alliance is determined in part by the ability of the client to experience social relationships with others positively.