

Het belang van voorkeuren van cliënten in de beginfase van een residentiële behandeling

K. BLEYEN, H. VERTOMMEN, C. VAN AUDENHOVE

SAMENVATTING In deze studie wordt nagegaan of discrepantie tussen de aanvankelijke voorkeuren van de cliënt en de aangeboden residentiële therapie een invloed heeft op de werkaliantie en tevredenheid in de beginfase van deze therapie. De resultaten tonen aan dat hoe groter het gebrek aan overeenstemming is tussen cliëntvoorkeuren en wat uiteindelijk in therapie gerealiseerd wordt, hoe negatiever cliënten hun werkaliantie beoordelen. Ook blijkt de mate van discrepantie significant negatiever te correleren met de tevredenheid van de cliënten. De resultaten van deze studie ondersteunen het belang van cliëntvoorkeuren in de beginfase van therapie en pleiten voor een cliëntgerichte indicatiestelling. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 5, 267-276]

TREFWOORDEN tevredenheid, therapeutisch klimaat, voorkeuren, voorkeursdiscrepantie, werkaliantie

De laatste tijd groeit zowel bij psychotherapeuten als bij onderzoekers in het domein van de psychotherapie de overtuiging dat het belangrijk is de cliënt zelf richting te laten geven aan het behandlungsproces. Onderzoeksbevindingen tonen aan dat een cliënt wel degelijk ideeën heeft over wat er in het beloop van zijn behandeling moet gebeuren en dat hij zijn probleem onder woorden kan brengen (Higginbotham e.a. 1988; Held 1991; Lazare & Eisenthal 1979). Mede door de vaststelling dat het grootste deel van de effectvariantie van therapie toe te schrijven valt aan gemeenschappelijke factoren die gemedieerd worden door voorkeuren en verwachtingen van cliënten (Lambert e.a. 1986; Lambert 1992), krijgt het cliëntperspectief een centrale plaats binnen de indicatiestelling. Duncan en Moynihan (1994) stellen dat het aansluiten bij dit cliëntperspectief de ontwikkeling van de therapeutische alliantie bevordert doordat de geloofwaardigheid van de behandeling vergroot en positieve verwachtingen gestimuleerd worden. Onderzoek heeft ech-

ter uitgewezen dat een geïndividualiseerde behandeling uitgaande van het cliëntperspectief niet noodzakelijk tot betere resultaten leidt dan een standaardbehandeling (Emmelkamp e.a. 1993; Schulte e.a. 1992). Hoewel een behandeling op maat intuïtief aantrekkelijk lijkt, dient deze werkwijze empirisch gefundeerd te worden.

Het onderzoek van Goldstein (1962) naar de invloed van verwachtingen van de cliënt op het behandlungsproces sluit hierbij aan. Het fenomeen waarbij een behandlungsproces anders loopt dan verwacht, wordt door Goldstein verwachtingsdisconfirmatie genoemd. Traditioneel wordt aangenomen dat het niet geconfirmeerd worden van voorkeuren of verwachtingen van de cliënt negatieve gevolgen heeft voor het behandlungsproces. Zo voorspelt men dat disconfirmatie leidt tot minder tevredenheid over de behandeling, een minder goede werkrelatie met de hulpverlener(s), het vroegtijdig beëindigen van het behandlungsproces en/of een minder gunstig therapieresultaat (o.a. Al Darmaki &

Kivlighan 1993; Duckro e.a. 1979; Goldstein 1962; Higginbotham e.a. 1988). Confirmatie van voorkeuren of verwachtingen daarentegen zou het behandelingsproces in positieve zin beïnvloeden (Higginbotham e.a. 1988). De cliënt erkent dat hij correcte hulp krijgt van een geloofwaardige hulpverlener, wat hem hoop geeft, zijn geloof in verbetering versterkt en hem motiveert om in behandeling te blijven.

Ook al beschrijft de disconfirmatiehypothese een eenvoudig en herkenbaar fenomeen, uit empirisch onderzoek blijkt dat het vertrouwen in deze hypothese niet volkomen gerechtvaardigd is. Zo stelden Duckro e.a. (1979) vast dat slechts de helft van de uitgevoerde studies steun verleent voor de disconfirmatiehypothese. Higginbotham e.a. (1988) en Van Mechelen (1988) vonden tien jaar later eveneens onvoldoende steun voor de hypothese. Vervaeke e.a. (1997) vermelden een aantal methodologische en conceptuele tekortkomingen als mogelijke verklaringen voor de tegenstrijdige resultaten uit het disconfirmatieonderzoek. Ten eerste is het belangrijk een onderscheid te maken tussen voorkeur en verwachting. Voorkeur wordt gezien als een affectieve notie die iemands wensen en doelen weerspiegelt (Benbenishty & Schul 1986). Verwachting is daarentegen een cognitieve notie, meer in de zin van anticipatie (Goldstein 1962). Vergelijk in dit verband de vragen: 'Wil je dat er medicatie voorgeschreven wordt?' en 'Verwacht je dat er medicatie voorgeschreven wordt?' Ten tweede wordt verondersteld dat disconfirmatie voornamelijk van invloed is in de beginfase van het psychotherapeutisch proces, waarin de therapeutische relatie wordt opgebouwd en belangrijke beslissingen moeten worden genomen (Beutler & Bergan 1991; Tracey & Dundon 1988). In het verdere beloop van de therapie zouden steeds meer factoren het proces beïnvloeden waardoor disconfirmatie aan belang verliest. Ten derde zou alleen disconfirmatie van therapierelevante voorkeuren het therapieproces negatief beïnvloeden (Atkinson e.a. 1991; Beutler & Bergan 1991). Spiegel (1982) identifi-

ceert enkele therapierelevante voorkeursdomeinen zoals interpersoonlijke relatievariabelen en persoonlijkheidskenmerken, die een goed uitgangspunt kunnen bieden bij voorkeursoronderzoek.

In deze studie wordt nagegaan of discrepantie tussen de aanvankelijke voorkeuren van de cliënt en de aangeboden residentiële therapie een invloed heeft op de werkaliantie en tevredenheid van de cliënt. Discrepantie verwijst naar het gebrek aan overeenstemming tussen therapie-relevante voorkeuren en de werkelijke hulpverleningssituatie (Van Mechelen 1989). We richten ons op voorkeuren en niet op verwachtingen omdat we veronderstellen dat gedisonfirmeerde voorkeuren vanwege hun affectieve karakter en grotere betrokkenheid op het subject sneller tot een uitgesproken negatief effect leiden dan verwachtingen (Van Mechelen 1989). Naast deze theoretische overweging wijst het toenemend belang van medezeggenschap van cliënten over hun individuele behandeling tevens het belang van cliëntvoorkeuren aan (Verbeek-Heida 1992).

Tot nog toe werd er weinig aandacht besteed aan het in kaart brengen van voorkeuren van cliënten die een residentieel behandelingsplan volgen. Om therapierelevante voorkeuren te kunnen meten, worden voorkeuren geselecteerd met betrekking tot het therapeutisch klimaat en de behandeltheorie. Het belang van het therapeutisch klimaat of de sfeer van een behandelingsafdeling voor opgenomen cliënten is meermaals aangetoond (Moffet & Flagg 1993; Moos 1979). Het concept van het therapeutisch klimaat gaat uit van de veronderstelling dat elke residentiële voorziening een unieke omgeving bevat waardoor de voorziening als een coherent geheel beschouwd wordt. Aspecten van dit therapeutisch klimaat zijn onder meer organisatiekenmerken, bewonersinvloed, cohesiekenmerken en fysiek welbevinden. Beutler & Clarkin (1990) beklemtonen in hun onderzoek naar behandelresultaat eveneens het belang van therapeutische klimaatkenmerken, zoals de betrokkenheid en bereikbaarheid van het team en een sfeer waarin

meningsverschillen al of niet geuit kunnen worden. De behandeltheorie kan gedefinieerd worden als het geheel van probleemoplossingsmethoden. Voorkeuren van cliënten met betrekking tot de behandeltheorie kunnen ook de hulpvraag van de cliënt genoemd worden. In deze hulpvraag expliciteert de cliënt de meest gewenste aanpak van zijn/haar probleem, rekening houdend met de oorzaak en doelstelling. Behandelvoorkeuren omvatten alle mogelijke aspecten van interventies, zoals de vorm en de inhoud van de behandeling, de activiteitsverdeling en de aard van de interpersoonlijke relatie tussen cliënt en hulpverlener.

Om het effect van discrepantie tussen voorkeuren en gepercipieerde realiteit na te gaan in de beginfase van de behandeling, opteren we voor twee procesvariabelen, namelijk werkalliantie en tevredenheid. Bordin (1979) definieert de werkalliantie als een samenwerking tussen cliënt en hulpverlener(s), gebaseerd op de overeenkomst qua taken en doelen en de ontwikkeling van een persoonlijke band. In tegenstelling tot het therapeutisch klimaat in algemene zin verwijst de werkalliantie naar de individuele behandelingsrelatie tussen cliënt en hulpverlener. Verschillende studies hebben het verband aangetoond tussen werkalliantie gemeten in de beginfase van de behandeling, en de uitkomst van therapie of het behandelingsresultaat (Horvath & Symonds 1991; Kivlighan 1990; Kokotovic & Tracey 1990). Initiële tevredenheid wordt naast werkalliantie beschouwd als een belangrijke indicator voor het op gang komen van het behandelingsproces.

In deze studie staat de volgende hypothese centraal: hoe lager de overeenstemming is tussen therapierelevante voorkeuren van de cliënt en de werkelijke behandelings situatie (voorkeursdiscrepantie), des te ontevredener de cliënt zal zijn over het behandelingsproces en hoe negatiever hij de werkalliantie met zijn hulpverlener(s) zal beoordelen.

METHODE

Deelnemers

Het onderzoek vond plaats op drie opnameafdelingen van het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus in Duffel (opnamekliniek De Fase, psychotherapiekliniek De Wending en dagcentrum De Arkel). Wat betreft de diagnose zijn weinig restricties gesteld. De enige exclusiecriteria zijn psychotische problematiek, een mentale handicap en organische hersenpathologie.

De groep van cliënten bestaat uit 31 mannen en 30 vrouwen ($n = 61$). De leeftijd van de subjecten varieert van 17 tot 71 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 35 jaar ($sd = 10.4$). Wat de beroepsuitoefening betreft: 34 hebben werk, er zijn 21 werklozen, 2 studenten en 4 thuiswerkende vrouwen. De dataverzameling is gestart in januari 1996 en verliep over een periode van tien maanden. Op dat moment was men nog niet op elke afdeling vertrouwd met het gebruik van de DSM-IV. Om moeilijkheden hieromtrent te vermijden, werd in overleg met het team geopteerd voor het gebruik van de DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987). De diagnose op As I van de DSM-III-R is voor 12 cliënten een depressie-in-engere-zin, voor 10 cliënten middelen misbruik, voor 9 cliënten geen diagnose en voor 8 cliënten huwelijksproblemen. 22 cliënten krijgen de diagnose van een persoonlijkheidsstoornis op As II.

De groep van hulpverleners bestaat uit 15 therapeuten, van wie 8 vrouwen en 7 mannen. Onder hen zijn 3 psychiaters, 7 klinisch psychologen, drie sociaal-verpleegkundigen en 2 sociaal-assistenten. De therapeutische oriëntatie van waaruit de hulpverleners werken, is psychoanalytisch ($n = 8$), eclectisch ($n = 4$), client-centered ($n = 2$) en gedragstherapeutisch ($n = 1$).

Instrumenten

Meting van het therapeutisch klimaat Als uitgangspunt voor de meting van het therapeutisch klimaat baseren we ons op een vertaling van de voorkeursvorm van de Sheltered Care Environment Scale (Moos & Lemke 1992). Alhoewel dit instrument oorspronkelijk ontwikkeld is om het therapeutisch klimaat van residentiële voorzieningen voor ouderen in kaart te brengen, is het eveneens geschikt voor residentiële voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg (Moos & Lemke 1994). De validiteit en betrouwbaarheid van dit instrument is meermaals aangetoond (Lemke & Moos 1990; Moos & Lemke 1992; Smith & Whitbourne 1990). De originele versie van de vragenlijst bestaat uit 63 ja/nee-items verdeeld over 7 subschalen, zoals de bereikbaarheid van het team, de sfeer waarin meningsverschillen al dan niet kunnen worden geuit, de mate van inspraak bij het opstellen van regels, de programmakemerken en het fysiek welbevinden. Op basis van een literatuuroverzicht en criteria van inhoudsvaliditeit worden uit elke subschaal 3 items geselecteerd, aangevuld met 4 items over praktische afspraken of regels eigen aan de voorziening waar het onderzoek plaatsvindt (Vertommen e.a. 1997).

Meting van de behandeltheorie Bij de meting van de behandeltheorie wordt uitgegaan van de Itemset voor Persoonlijke Behandeltheorie – Vorm Voorkeur (Vertommen e.a. 1997). Bij de constructie van deze itemset werd het classificatiesysteem van Van Mechelen (1987) en Van Mechelen & Vertommen (1988) als uitgangspunt genomen. Dit fijnzinnig categorieënsysteem is gebaseerd op het grovere classificatiesysteem van hulpvragen van Lazare & Eisenthal (1979). De itemset voor behandelvoorkeuren, aangepast aan de residentiële voorziening, bestaat uit 75 vragen, die handelen over de plaats (5), de vorm (18) en de inhoud van de behandeling (17), de kenmerken van hulpverleners (8), de aard van relatie (10), op wie of wat de verandering wordt gericht (6), de

activiteitsverdeling (4) en de beslissingsbevoegdheid (7).

Meting van voorkeuren en realisatie Voorkeuren wat betreft het therapeutisch klimaat en de behandeltheorie worden gemeten aan de hand van een Likertschaal met vier antwoordmogelijkheden ('ja en dat moet', 'ja maar dat moet niet', 'nee maar dat mag', 'nee en dat mag niet'), verwijzend naar de richting van de voorkeur en de mate waarin de voorkeur als dwingend wordt ervaren. Het eerste deel van de antwoordcategorie geeft de richting van de voorkeur aan ('ja' versus 'nee'), terwijl het tweede deel verwijst naar de mate waarin de voorkeur als dwingend wordt ervaren ('het moet niet' en 'het mag' versus 'het moet' en 'het mag niet').

Om discrepantie – gedefinieerd als een verschil tussen voorkeur en de gepercipieerde realisatie – te kunnen operationaliseren, werd tevens een realisatievorm van de behandeltheorie en het therapeutisch klimaat geconstrueerd. De realisatievorm bestaat uit dezelfde items als de voorkeursvorm, maar de instructies en antwoordcategorieën zijn verschillend. De cliënt wordt gevraagd aan te geven in welke mate elk van de bevraagde voorkeursaspecten in zijn ogen gerealiseerd is. De antwoordmogelijkheden zijn: 'ja', 'eerder wel', 'ik weet het niet', 'eerder niet' en 'nee'. Voor bepaalde aspecten zijn de antwoordmogelijkheden gereduceerd tot twee of drie, namelijk: 'ja', 'ik weet het niet' en 'nee'.

Meting van tevredenheid en werkaliantie Tevredenheid wordt gemeten door de Tevredenheidsvragenlijst (Van Audenhove 1986). In deze vragenlijst moeten acht items worden beoordeeld op een Likert-elfpuntenschaal, waarbij de extremen omschreven worden als respectievelijk -5 = zeer ontevreden, en +5 = zeer tevreden. De interne consistentie van de schaal is hoog (Cronbach's alfa = 0.94).

Werkalliantie wordt gemeten met de door het Amsterdam Institute for Addiction Research aan residentiële voorzieningen aangepaste versie

van de Werkalliantievragenlijst (Vertommen & Vervaeke 1990). Deze lijst is een Nederlandse vertaling van de Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg 1989). Deze vragenlijst bevat 36 items, te scoren op een vijfpuntenschaal, die onderverdeeld zijn in twee subschalen, één voor de beoordeling van de emotionele band (12 items, bijvoorbeeld: 'Mijn hulpverlener en ik vertrouwen elkaar') en één voor de beoordeling van de contractuele overeenkomst over taken en doelen (24 items, bijvoorbeeld: 'Ik ben het niet eens met de hulpverlener wat betreft datgene wat ik zou moeten verkrijgen uit therapie'). De interne consistentie van de oorspronkelijke vragenlijst is hoog (Vervaeke 1994; Vervaeke & Vertommen 1996; Vervaeke e.a., aangeboden ter publicatie).

Procedure

De voorkeuren wat betreft het therapeutisch klimaat en de behandeltheorie worden vlak ná de intake onderzocht, namelijk tijdens de tweede of derde opnamedag. Bij cliënten met de diagnose middelenmisbruik ($n = 10$) vond de bevraging van voorkeuren de tweede of derde dag na ontwenning plaats. Dit meetmoment is gekozen om voorkeuren te meten die gebaseerd zijn op een minimale kennis van de behandelsituatie. Daar de meeste opnameafdelingen naar een kortdurend en intensief behandelingsprogramma streven, wordt de realisatiemeting wat betreft het therapeutisch klimaat en de behandeltheorie aan het einde van de derde week bevraagd. De meting van werkalliantie en tevredenheid vindt plaats aan het begin van de vierde week.

Beschikbare observaties

Om het verband na te gaan tussen discrepantie enerzijds en tevredenheid en werkalliantie gemeten bij cliënten in het begin van de vierde week anderzijds, zijn 56 volledige protocollen beschikbaar. Er worden geen significante verschillen gevonden in leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en residentieel hulpverlenings-

verleden tussen cliënten die toestemden in deelname aan het onderzoek en cliënten die deelname weigerden.

Operationalisering van discrepantie

Discrepantie werd gedefinieerd als het verschil tussen voorkeur en de gepercipieerde realisatie en wordt bepaald op basis van het absolute verschil tussen de antwoorden op de voorkeurs-items en de antwoorden op de realisatie-items. De rationale die voor de operationalisering van discrepantie op itemniveau gevolgd wordt, houdt rekening met alle soorten verschillen. Discrepantiewaarden worden bepaald volgens de mate van verschil tussen voorkeur en de realisatie ervan: hoe groter het verschil tussen voorkeur en de gepercipieerde realisatie, hoe groter de discrepantiewaarde die wordt toegekend (bereik van nul tot vier). Een onaanvaardbare behandelings-situatie, waarin hetzij een positieve dwingende voorkeur ('ja en dat moet') niet gerealiseerd wordt hetzij een negatieve dwingende voorkeur ('nee en dat mag niet') wel gerealiseerd wordt, wordt het zwaarst gewogen (waarde = 4). Niet-dwingende voorkeuren ('ja maar dat moet niet', of 'nee, maar dat mag') worden als niet discrepant gedefinieerd wanneer ze helemaal of veeleer in de geprefereerde richting gerealiseerd worden (waarde = 0). Onzekerheid of onduidelijkheid aangaande de realisatie voor dwingende voorkeuren wordt als middelmatig discrepant gewogen (waarde = 2). Onzekerheid of onduidelijkheid van niet-dwingende voorkeuren wordt als licht discrepant gewogen (waarde = 1). In tabel 1 wordt de scoringswijze uitgaande van deze rationale samengevat.

Om de discrepantie-indices te berekenen, wordt na deze numerieke transformatie op itemniveau voor zowel de behandeltheorie als het therapeutisch klimaat een somscore bepaald van verschillen op itemniveau. Op deze wijze wordt rekening gehouden met meerdere opvallende verschillen tegelijkertijd.

TABEL 1 Scoringswijze voor discrepantie

Realisatie	Voorkeur			
	Ja en	Ja maar	Nee maar	Nee en
Ja	0	0	1	4
Eerder wel	1	0	1	3
?	2	1	1	2
Eerder niet	3	1	0	1
Nee	4	1	0	0

RESULTATEN

De gemiddelde discrepantie-index voor de behandelvoorkeuren is 55.36 (sd = 15.87, bereik 22-101). Op gemiddeld 28 items van de 75 wordt discrepantie gevonden. De gemiddelde discrepantie-index voor de voorkeuren met betrekking tot therapeutisch klimaat is gelijk aan 22.19 (sd = 9.36, bereik 8-61). Op gemiddeld 12 van de 25 items wordt discrepantie gevonden. Er zijn geen significante verschillen in functie van de variabelen geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. De interne consistentie (Cronbach's alfa) van de discrepantie-index bedraagt 0.72 voor de behandelvoorkeuren en 0.70 voor het therapeutisch klimaat, wat wijst op een voldoende hoge betrouwbaarheid.

In tabel 2 worden de gemiddelden, standaarddeviaties, minima en maxima weergegeven van de tevredenheid van cliënten en de werkalliantiescores voor de subschalen Band en

TABEL 2 Gemiddelden, standaarddeviaties en geobserveerde minima en maxima van de cliëntuitslagen op Band- en Contractschaal van de werkalliantie (WAV) en tevredenheid

Variabele	n	Gemiddelde	sd	Minimum	Maximum
Band WAV	58	43.72	6.67	25	60
Contract WAV	58	80.69	14.09	48	108
Tevredenheid	59	15.86	17.45	-37	40

TABEL 3 Pearson-correlaties tussen discrepantie en tevredenheid, Band- en Contractschaal van de werkalliantie (WAV)

	Tevredenheid (n=58)	Band WAV (n=57)	Contract WAV (n=57)
Behandeltheorie	-.38*	-.34*	-.43**
Therapeutisch klimaat	-.48**	-.28*	-.52**
Totaal	-.45**	-.34*	-.50**

* p < .05, ** p < .01

Contract. De scores voor de subschalen Band en Contract worden verkregen door de somscore te berekenen van de antwoorden op de items behorende tot de respectieve subschalen.

Tabel 3 geeft de verbanden tussen enerzijds discrepantie en anderzijds de tevredenheid en de werkalliantie (de Bandschaal en Contract-subschaal).

Voor de totale discrepantie-index wordt een significant negatief verband gevonden met zowel de tevredenheid als de Band- en Contract-subschaal van de WAV. Het meest significante verband wordt gevonden met de Contractschaal ($r = -.50$; $p < 0.001$). Ook wat de deelaspecten betreft worden voor zowel de discrepantie-index betreffende de behandeltheorie als de discrepantie-index betreffende het therapeutisch klimaat significant negatieve verbanden gevonden met tevredenheid en werkalliantie.

De verbanden met tevredenheid en Contract-subschaal enerzijds en de voorkeuren voor het therapeutisch klimaat anderzijds zijn het meest significant. Bij deze resultaten spelen uiteraard de intercorrelaties tussen indices van de behandeltheorie en het therapeutisch klimaat een rol. Om de voorspellende waarde van de discrepantie-indices gebaseerd op de behandeltheorie en het therapeutisch klimaat op zich na te gaan, wordt een regressieanalyse uitgevoerd met twee predictoren. Na correctie voor multicollineariteit

(controle voor de intercorrelaties tussen de indices van de behandeltheorie en het therapeutisch klimaat) draagt discrepantie betreffende voorkeuren voor het therapeutisch klimaat significant bij in de predictie van de tevredenheid ($\beta = -.82$) en werkalliantie ($\beta = -.79$) van de cliënt.

DISCUSSIE

Het belang dat tegenwoordig gehecht wordt aan het cliëntperspectief, is gebaseerd op de disconfirmatiehypothese (Goldstein 1962), waarin gesteld wordt dat een gebrek aan overeenstemming tussen voorkeuren of verwachtingen van de cliënt en de behandelingssituatie een negatieve invloed heeft op de behandeling.

In dit onderzoek werd het verband nagegaan tussen discrepantie tussen voorkeur en gepercipieerde realiteit enerzijds en de afhankelijke variabelen tevredenheid en werkalliantie anderzijds. De geobserveerde samenhang ligt in de lijn van de verwachtingen. Zowel de discrepantie wat betreft de behandeltheorie als de discrepantie wat betreft het therapeutisch klimaat is significant negatief gecorreleerd met de tevredenheid en werkalliantie beoordeeld door de cliënt. De grootste bijdrage aan de voorspelling van de tevredenheid en de gepercipieerde werkalliantie wordt geleverd door de discrepantie wat betreft het therapeutisch klimaat. Een inhoudsanalyse van de discrepantie binnen de behandeltheorie toont aan dat vooral de vorm, de inhoud en de aard van de relatie een rol spelen in het totale effect dat discrepantie bij de behandeltheorie veroorzaakt. Binnen het therapeutisch klimaat blijkt discrepantie in kwesties als afspraken en regels en de mogelijkheid om meningsverschillen te uiten, het behandelingsproces negatief te beïnvloeden.

De resultaten van dit onderzoek bevestigen de disconfirmatiehypothese. Globaal genomen kan gesteld worden dat de cliënt er niet bij gebaat is als de behandeling al te sterk afwijkt van zijn voorkeur. Vanuit deze resultaten kunnen de volgende aanwijzingen gegeven worden voor de

praktijk van indicatiestelling en psychotherapie én voor verder onderzoek.

Ten eerste moeten voorkeuren van cliënten over het therapeutisch klimaat en hoe het best gewerkt wordt in therapie, bij de indicatiestelling betrokken worden.

Ten tweede is de kans reëel dat de cliënt minder tevreden zal zijn over de behandeling en de werkalliantie met zijn behandelaar(s) minder positief zal beoordelen, als hij in de eerste fase van de behandeling zijn voorkeuren niet gerealiseerd ziet. Een indicatiestellingsprocedure waarin het cliëntperspectief expliciet bevestigd wordt, kan de overeenstemming tussen voorkeuren en de realiteit van de therapiesituatie bevorderen. Een concrete aanpak geënt op het doelbewust gebruik van het cliëntperspectief is het overlegmodel voor indicatiestelling (Bleyen e.a. 1998; Van Audenhove 1995). Binnen dit indicatiestellingsmodel staat niet alleen een bevestiging van cliëntvoorkeuren binnen een expliciet overleg centraal, maar tevens het informeren van de cliënt over de behandelingsmogelijkheden. Dit kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld aan de hand van brochures of video's. Informatieve interventies hebben tot doel enerzijds een uitgangspunt te bieden voor overleg, anderzijds voorkeuren of verwachtingen die strijdig zijn met de realiteit van het eigen therapeutisch aanbod, te corrigeren.

Ten derde wordt het belang van therapeutische klimaatkenmerken voor residentiële zorg nog eens extra onderstreept. Onderzoek naar het therapeutisch klimaat heeft reeds een aantal kenmerken in kaart gebracht die bijdragen tot een goede behandelingsuitkomst, zoals kleine behandelingsseenheden en een brede delegatie van verantwoordelijkheden (Ellsworth 1983; McGlashan 1986). Toch zijn de resultaten niet zo eenduidig (Beutler & Clarkin 1990). Wat vooral belangrijk lijkt, is of deze kenmerken al dan niet aansluiten bij de visie van de cliënt. Trainingen die aan de therapie voorafgaan, kunnen een goede aansluiting bevorderen door onrealistische verwachtingen aan te passen aan

het behandelingsaanbod. Verschillende onderzoeksresultaten hebben aangetoond dat dergelijke trainingen de geloofwaardigheid van behandelaren en behandeling vergroten, een gunstigere evaluatie van de therapeutische relatie door de cliënt bewerkstellingen en een positief effect hebben op het verloop van de behandeling (o.a. Beutler e.a. 1991; Orlinsky & Howard 1986; Meichenbaum & Turk 1987). Een goede aansluiting kan eveneens bevorderd worden door in de indicatiestelling cliënten te verwijzen naar die behandel eenheid of afdeling die het best aansluit bij het gewenste therapeutische klimaat.

In verder onderzoek kan rekening gehouden worden met een aantal nuanceringen. Vanuit psychiatisch-diagnostisch oogpunt dient opgemerkt te worden dat zowel de groep van onderzochte cliënten als de groep van hulpverleners erg heterogeen is. Zo kunnen er verschillen zijn in therapeutisch klimaat afhankelijk van de basisopleiding en therapeutische oriëntatie van de hulpverleners. Wat betreft de onderlinge verschillen in de cliëntengroep kan bijvoorbeeld de ernst van de depressie invloed hebben op het antwoordpatroon. Toch menen we dat het heterogene karakter geen beperking hoeft te betekenen voor de studie, aangezien we vanuit theoretisch oogpunt geen systematische verschillen verwachten die toe te schrijven zijn aan diverse psychiatisch-diagnostische populaties (Higginbotham e.a. 1988). De steekproefgrootte in deze studie is tevens te beperkt om onderverdelingen in diagnoses te maken teneinde mogelijke systematische verschillen te kunnen onderzoeken.

Verder is discrepantie geoperationaliseerd als het gebrek aan overeenkomst tussen voorkeur en gepercipieerde realisatie, een verschilmaat die door de onderzoeker zelf geconstrueerd werd zonder hierbij rekening te houden met de bewuste ervaring van de cliënt. Aan de cliënt rechtstreeks vragen of hij gekregen heeft wat hij wilde, zou dit probleem kunnen oplossen.

Ook dient het therapeutisch klimaat meer diepgaand onderzocht te worden omdat hiervoor een meting werd gebruikt die beperkte informa-

tie oplevert over betrouwbaarheid en validiteit. Bovendien is een contrabalancerings in de volgorde van aanbidding van vragenlijsten in de toekomst aangewezen om het risico op antwoordbesmetting te voorkomen. Men kan zich immers afvragen of de beoordeling van tevredenheid en werkalliantie niet systematisch beïnvloed werd door de voorafgaande beoordeling van gepercipieerde realisatie.

Ook al blijkt uit deze studie het belang van voorkeursdisconfirmatie, toch zou het een illusie zijn een psychologische behandeling in zijn complexiteit te kunnen verklaren door deze enkele variabele. Deze studie onderstreept het belang van een cliëntgerichte werkwijze bij de indicatiestelling.



Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt dankzij het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek – Vlaanderen. De auteurs wensen de patiënten en medewerkers van het Psychiatisch Ziekenhuis Sint-Norbertus te bedanken voor hun deelname aan het onderzoek, in het bijzonder dr. B. Sabbe, dr. M. Cruyt en de heer M. Swinnen. Tevens bedanken ze mevrouw Annemie van Goethem voor de secretariële ondersteuning.

LITERATUUR

- Al-Darmaki, F., & Kivlighan, D.M. (1993). Congruence in client-counselor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 379-384.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders III - R*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Atkinson, D.R., Worthington, R.L., Dana, D.M., e.a. (1991). Etiology beliefs, preferences for counseling orientations, and counseling effectiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 258-264.
- Benbenishty, R., & Schul, Y. (1986). Discrepancies between therapists' role preferences and role expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 719-727.
- Beutler, L.E., & Bergan, J. (1991). Value change in counseling and psychotherapy: A search for scientific credibility. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 16-24.
- Beutler, L.E., & Clarkin, J.F. (1990). *Systematic treatment selection. Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel, Inc.

- Beutler, L.E., Clarkin, J., Crago, M., e.a. (1991). Client-therapist matching. In C.R. Snyder & D.R. Forsyth (red.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 699-716). New York: Pergamon Press.
- Bleyen, K., Vertommen, H., & Van Audenhove, C. (1998). A negotiation approach to systematic treatment selection: An evaluation of its impact on the initial phase of psychotherapy. *European Journal of Psychological Assessment*, 1, 14-25.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16, 252-260.
- Duckro, P.N., Beal, D., & George, C.A. (1979). Research on the effects of disconfirmed client role expectations in psychotherapy: A critical review. *Psychological Bulletin*, 86, 260-275.
- Duncan, B.L., & Moynihan, D.W. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 31, 294-301.
- Ellsworth, R. (1983). Characteristics of effective treatment milieu. In J. Gunderson, O. Will & L. Mosher (red.), *Principles and practice of milieu therapy* (pp. 87-123). New York: Jason Aronson.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K., & Blaauw, E. (1993). Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 95-100.
- Goldstein, A.P. (1962). *Therapist-patient expectancies in psychotherapy*. Oxford: Pergamon Press.
- Higginbotham, H.N., West, S.G., & Forsyth, D.R. (1988). *Psychotherapy and behavior change: Social, cultural and methodological perspectives*. New York: Pergamon Press.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Kivlighan, D.M. Jr. (1990). Relation between counselor's use of intentions and clients' perception of working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 27-32.
- Kokotovic, A.M., & Tracey, T.J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16-21.
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research. In J. Norcross & M.R. Goldfried (red.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M., Shapiro, D.A., Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (red.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 3th edition (pp. 157-212). New York: John Wiley.
- Lazare, A., & Eisenthal, S. (1979). Clinical/patient relations: I. Attending to the patients perspective. In A. Lazare (red.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment*, 2nd edition (pp. 137-150). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lemke, S., & Moos, R.H. (1990). Validity of the Sheltered Care Environment Scale: Conceptual and methodological issues. *Psychology and Ageing*, 3, 569-571.
- McGlashan, T. (1986). Schizophrenia: Psychosocial treatments and the role of psychosocial factors in its etiology and pathogenesis. In A. Frances & R. Hales (red.), *Psychiatry update: Annual review* (pp. 96-111). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence*. London: Plenum Press.
- Moffett, L.A., & Flagg, C. (1993). Real and ideal social climate perceptions of residents, staff, and visitors in a therapeutic community for substance-dependent patients. *International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 14, 103-118.
- Moos, R.H. (1979). *The Social Climate Scales: An overview*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Moos, R.H., & Lemke, S. (1992). *Sheltered Care Environment Scale Manual*. Palo Alto, CA: Center for Health Care Evaluation, Department of Veterans Affairs and Stanford University Medical Centers.
- Moos, R.H., & Lemke, S. (1994). *Group Residences for older adults: Physical features, policies, and social climate*. Oxford: Oxford University Press.
- Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (red.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 3rd edition (pp. 311-384). New York: John Wiley.
- Schulte, D., Kunzel, R., Pepping, G., e.a. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research & Therapy*, 14, 67-92.
- Smith, G.C., & Whitbourne, S.K. (1990). Validity of the Sheltered Care Environment Scale. *Psychology and Ageing*, 5, 228-235.
- Spiegel, J.P. (1982). An ecological model of ethnic families. In M. McGoldrick, J.K. Pearce & J. Giordano (red.), *Ethnicity and family therapy* (pp. 31-54). New York: Guilford Press.
- Tracey, T.J., & Dundon, M. (1988). Role anticipation and preferences over the course of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 3-14.
- Van Audenhove, C. (1986). *Tevredenheidsvragenlijst. Niet-gepubliceerde itemset*, Departement Psychologie, KU Leuven.

- Van Audenhove, C. (1995). Indicatiestelling voor psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 3, 182-193.
- Van Mechelen, I. (1987). Healing theories of psychiatric inpatients. Paper presented at the 18th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Ulm.
- Van Mechelen, I. (1989). Disconfirmatie van cliëntverwachtingen en -voorkeuren. In H. Vertommen, G. Cluckers & G. Lietaer (red.), *De relatie in therapie* (pp. 187-206). Leuven: Universitaire Pers.
- Van Mechelen, I., & Vertommen, H. (1988). De perspectieven van hulpverlener en cliënt bij indicatiestelling. *Gedrag en Gezondheid*, 16, 99-107.
- Verbeek-Heida, P. (1992). *De eigen wijsheid van de patiënt: alledaagse overwegingen bij geneesmiddelengebruik*. Niet-gepubliceerd proefschrift. Amsterdam: Universiteit Amsterdam.
- Vertommen, H., & Vervaeke, G.A.C. (1990). *Werkalliantievragenlijst (WAV)*. Vertaling voor experimenteel gebruik van de *WAI* (Horvath & Greenberg 1986). Niet-gepubliceerde vragenlijst, Departement Psychologie, KU Leuven.
- Vertommen, H., Bleyen, K., & Van Audenhove, C. (1997). *Vragenlijst Therapeutisch Klimaat – Vorm Voorkeur en realisatie*. Niet-gepubliceerde itemset, Departement Psychologie, KU Leuven.
- Vertommen, H., Vervaeke, G.A.C., & Bleyen, K. (1997). *Aangepaste versie van de Itemset voor Persoonlijke Behandelingstheorie – Vorm Voorkeur en realisatie*. Niet-gepubliceerde itemset, Departement Psychologie, KU Leuven.
- Vervaeke, G.A.C. (1994). *Voorkeursdisconfirmatie in de hulpverlening*. Niet-gepubliceerde doctoraatsverhandeling, KU Leuven.
- Vervaeke, G.A.C., & Vertommen, H. (1996). De *Werkalliantievragenlijst (WAV)*. *Gedragstherapie*, 2, 139-144.
- Vervaeke, G.A.C., Van der Steene, G., & Vertommen, H. Factor Structure of the Working Alliance Inventory (WAI). Submitted to *Psychological Assessment*.
- Vervaeke, G.A.C., Bleyen, K., & Vertommen, H. (1997). De invloed van voorkeuren op de beginfase van psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 4, 223-236.

AUTEURS

K. BLEYEN is wetenschappelijk medewerker bij de afdeling psychodiagnostiek en psychologische begeleiding van het departement psychologie van de Katholieke Universiteit Leuven.

H. VERTOMMEN is gewoon hoogleraar klinische psychologie en hoofd van het centrum klinische psychodiagnostiek van het departement psychologie van de Katholieke Universiteit Leuven.

C. VAN AUDENHOVE is docent aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven, docent in de postgraduaatopleiding psychotherapie van de UCL en coördinator van LUCAS (het samenwerkingsverband tussen KU Leuven en Caritas Catholica Vlaanderen).

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-10-1998.

SUMMARY The importance of preferences of clients in the beginning phase of residential treatment – In this study the influence of discrepancy between preferences of the client and the residential treatment on working alliance and satisfaction in the beginning phase of treatment is examined. The results indicate that the larger the lack of congruence between preferences of the client and what is realised during treatment, the more negative the client rate the working alliance. Also, the level of discrepancy is significantly negatively correlated with the satisfaction of the client. The results of this study underpin the importance of preferences in the beginning phase of treatment and argue for a more client-directed treatment selection.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 5, 267-276]

KEYWORDS disconfirmation of preferences, preferences, satisfaction, social climate, working alliance