

Systematische zelfreflectie

Een driedaagse keuzemodule in het postmasteronderwijs voor aspirant-gezondheidszorgpsychologen

David Kamp, Guido Machielsen, Jim van Os & Anton Hafkenscheid

In het cursorisch onderwijs voor psychologen in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog (piogs) wordt sterk gefocust op het aanleren van protocollaire behandelingen. Relationele therapiefactoren, zoals het herkennen van tegenoverdracht en het voorkomen, signaleren en herstellen van alliantiebarsten, krijgen opvallend weinig aandacht in het curriculum, terwijl er volop empirische evidentie is dat juist deze factoren het slagen of mislukken van behandelingen bepalen (bijvoorbeeld: Wampold, 2015).

Dit artikel beschrijft een keuzemodule die ten doel heeft de systematische zelfreflectiecompetenties van piogs te bevorderen. De pandemie bood de onvoorziene gelegenheid om aan de keuzemodule een haalbaarheidsstudie te verbinden. Uit deze haalbaarheidsstudie in een groep van 39 cursisten blijkt dat het gebruik van systematische zelfreflectie met een zekere mate van betrouwbaarheid kan worden afgeleid uit twee voorgestelde gestandaardiseerde monitorinstrumenten voor zelfreflectie. Dit zorgt ervoor dat de relationele factoren vaker en intensiever worden onderzocht en geëvalueerd. Wanneer hier bewustzijn van ontstaat, kan er door de therapeut mee gewerkt worden.

Inleiding

De laatste decennia wordt effectonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) beheerst door het *Empirically Supported Treatments* (EST)-model. Dit model omvat de opzet en uitvoering van vergelijkende effectstudies naar therapeutische technieken en methoden, die in gestandaardiseerde vorm en onder gecontroleerde onderzoekcondities bij geselecteerde patiënten met een afgebakende DSM-stoornis worden getoetst. In overeenstemming met dit EST-model is het Nederlandse postmasteronderwijs voor psychologen in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog (piogs) steeds meer ingericht op het aanleren van de protocollaire behandelingen die hun werkzaamheid in EST-onderzoek hebben bewezen. Tegenover de groeiende kennis uit EST's staat de groeiende kennis uit onderzoek naar zogeheten 'universele' therapiefactoren: componenten van psychologische

behandeling, die het protocol overstijgen en dus *niet* gebonden zijn aan specifieke technieken of methodieken uit welk protocol dan ook. Wampold, een van de meest vooraanstaande auteurs op het gebied van 'universele' therapiefactoren, toont met meta-analyses aan dat relationele factoren zoals de kwaliteit van de alliantie tussen patiënt en therapeut, empathie, doelovereenstemming, en positieve verwachtingen, substantieel bijdragen aan behandeluitkomsten: verhoudingsgewijs zelfs meer dan de 'empirisch gevalideerde' therapeutische methodieken en technieken, die protocollair worden aangeboden (zie bijvoorbeeld: Wampold, 2015; Norcross & Wampold, 2018).

Er is steeds meer empirische evidentie dat juist deze factoren het slagen of mislukken van ggz-behandelingen bepalen. Relationele factoren, zoals het herkennen van tegenoverdracht en het voorkomen, signaleren en herstellen van alliantiebarsten, krijgen echter opvallend weinig aandacht in het curriculum van de piog. Therapeutische technieken zoals imaginaire exposure of meerdimensionaal evalueren hebben een (voor patiënt en therapeut) een gemakkelijk herkenbare vorm en zijn behoorlijk eenduidig te definiëren. Dat is anders voor relationele factoren, die vaak ambigue en lang niet altijd gemakkelijk aanwijsbaar zijn. De focus op een correcte uitvoering van technieken (en de huiver voor het verwijt van 'therapist drift' als de protocollaire behandeling dreigt vast te lopen en er dus iets anders moet worden overwogen) heeft tot nadelig gevolg dat piogs eerder leren om hun subjectiviteit als onwetenschappelijk te negeren, dan dat zij aangemoedigd worden om informatiewaarde te ontfemen aan hoe zij patiënten en de wijze waarop patiënten met de therapie omgaan beleven. Dat is jammer, omdat juist de eigen emoties over met name de communicatieve en interpersoonlijke stijl van de patiënt een weliswaar feilbaar, maar ook onmisbaar diagnostisch instrument zijn in de behandeling (Kiesler, 1996; Hafkenscheid, 2021). Er is dus alle reden om piogs te leren om hun mentaliserende capaciteiten aan te spreken en deze te cultiveren. Wij stellen de term 'systematische zelfreflectie' voor om de bewustwording van eigen cognities, emoties en actietendenties in het therapeutisch contact te definiëren.

Systematische zelfreflectie verwijst naar de vaardigheid van therapeuten om bewust aandacht te schenken aan de eigen innerlijke belevingswereld tijdens therapeutische interacties, in combinatie met het reflecteren op wat er mogelijk in de belevingswereld van de patiënt omgaat. De toevoeging 'systematisch' verwijst naar de beschikbaarheid van (semi-)gestandaardiseerd monitorinstrumentarium als hulpmiddel om zelfreflectie te bevorderen en te verdiepen.

Systematische zelfreflectie gaat vooraf aan het leren inzetten van de communicatieve gedragscompetenties, die de therapeut nodig heeft wanneer de behandeling stagneert, in een impasse terechtkomt of zelfs helemaal dreigt vast te lopen. Een voorbeeld is de therapeut die zich door systematische zelfreflectie bewust wordt van het subtiele appél van de patiënt om vooral beschouwend en afstandelijk met elkaar te praten, alsof de klachten en problemen van de patiënt aan een derde (in plaats van aan de patiënt zelf) toebehoren. Bewustwording van dat appél is een voorwaarde om er therapeutisch iets mee te doen. Uiteraard garandeert de vaardigheid tot zelfreflectie nog niet de beschikbaarheid van een therapeutisch gedragsrepertoire om die diagnostische vaardigheid ook therapeutisch te vertalen. Tot op heden is er heel weinig onderzoek verricht naar het ontwikkelen van systematische zelfreflectie in de opleidingssituatie. De beschikbare onderzoeken baseren zich uitsluitend op zelfbeoordelingen van therapeuten in opleiding (bijvoorbeeld: Cartwright

et al., 2018; Cartwright & Read, 2011; Chow et al., 2015) in de evaluatie van het theoretische en praktijkonderwijs van reflectieve vaardigheden.

De Centrale RINO Groep biedt piogs in het tweede jaar van hun opleiding een aantal driedaagse keuzemodules, waarvan systematische zelfreflectie op basis van het werken in de therapeutische relatie er een is. Deze keuzemodule wordt sinds jaar en dag verzorgd door de tweede en vierde auteur. Tijdens de pandemie moest deze keuzemodule online worden aangeboden. Juist vanwege het ervaringsgerichte karakter van deze keuzemodule was het online werken een uitdaging. Van de nood werd een deugd gemaakt door strakker dan voorheen (semi-)gestandaardiseerd monitorinstrumentarium in te zetten als onderwijsmateriaal en als evaluatievorm. In dit artikel doen wij verslag van onze ervaringen en presenteren wij enkele empirische bevindingen. Alleen al omdat de noodzaak tot online werken ons compleet overviel hadden wij geen tijd en gelegenheid om gestandaardiseerde voormetingen te verzamelen. Wij pretenderen dus niet om een strakke uitkomstevaluatie van de keuzemodule te bieden. De gepresenteerde empirische bevindingen zien we veeleer als vingeroefening (haalbaarheidsstudie) voor een inmiddels lopend onderzoek met een dissertatie-omvang, met de derde en vierde auteur als promotoren en de eerste en tweede auteur als promovendi.

Inhoud en structuur van de keuzemodule

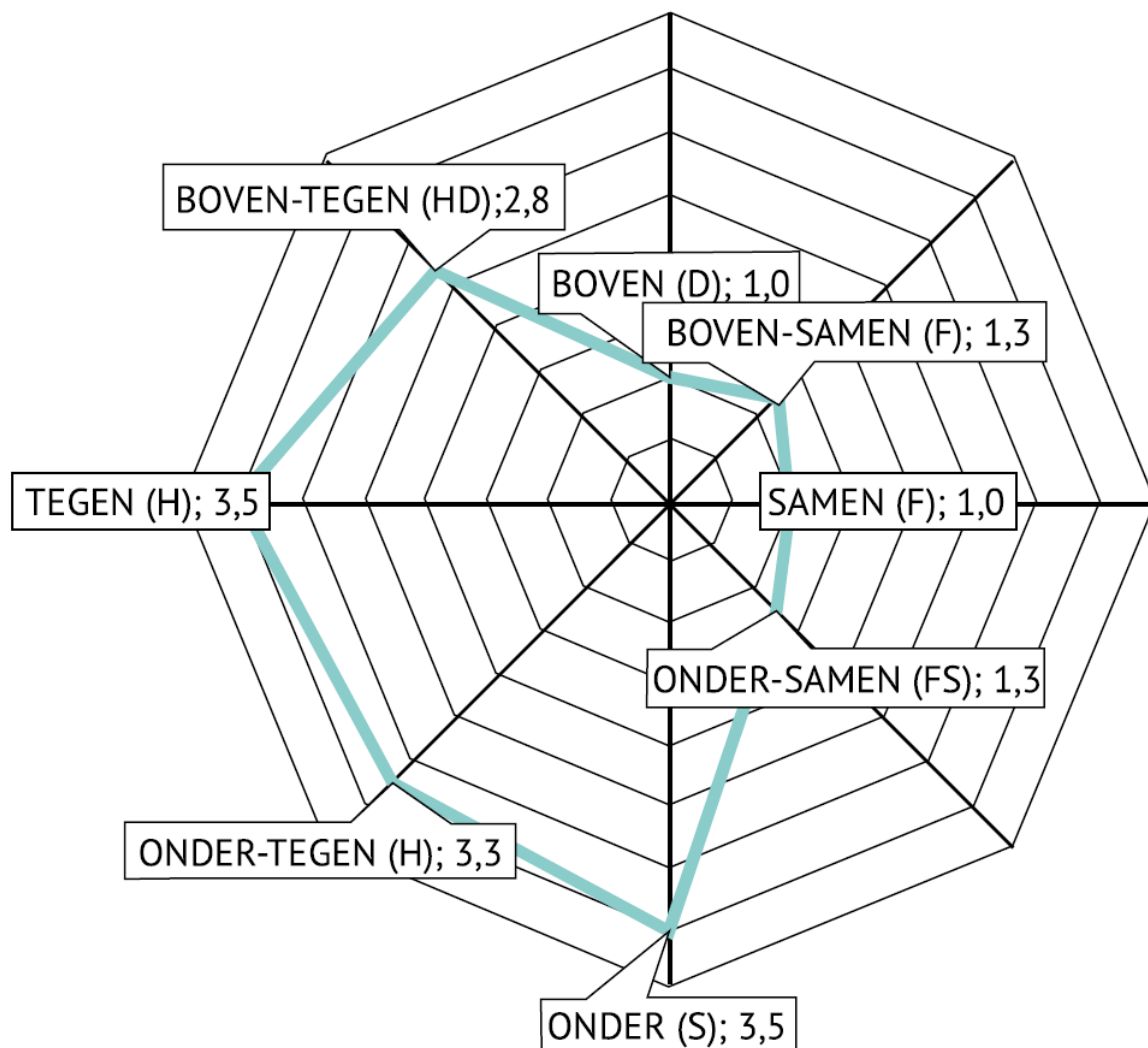
De online keuzemodule bestond uit drie cursusdagen van zes uur, verspreid over drie achtereenvolgende weken. De cursisten bereidden zich op de cursusdagen voor door het lezen van hoofdstukken uit twee studieboeken. Het eerste boek introduceert interpersoonlijke modellen voor psychotherapie (Hafkenscheid, 2014, 2021), het tweede beschrijft de basiselementen van systematische zelfreflectie vanuit een interpersoonlijke perspectief (Hafkenscheid, 2018). De module werd in twee parallelgroepen met respectievelijk 20 en 19 deelnemers aangeboden. Twee interpersoonlijke modellen werden in de cursus onderwezen: De Interpersoonlijke Communicatie Theorie (ICT; Kiesler, 1988; 1996) en het alliantiebarstenmodel (Safran & Muran, 2000).

Voor het verbeteren van systematische zelfreflectie maakten de cursisten kennis met twee monitorinstrumenten voor therapeuten. In de eerste plaats met de Beoordelingsschaal Beïnvloedingsboodschappen-Circumplex (BBB-C), de uitgebreid psychometrisch gevalideerde Nederlandse versie (Hafkenscheid, 2003) van de *Impact Message Inventory-Circumplex* (IMIC) (Kiesler & Schmidt, 1993; 2006) en in de tweede plaats met de Microanalyse Therapeutische Taken (MTT) (Hafkenscheid, 2018), een nog ongevalideerd observatie-instrument.

De BBB-C meet tegenoverdrachtsreacties van therapeuten vanuit een interpersoonlijk perspectief. In de traditionele betekenis verwijst tegenoverdracht naar onopgeloste conflicten van de therapeut en ligt de oorsprong van tegenoverdracht per definitie in het verleden van de therapeut. Vanuit het interpersoonlijke perspectief van de ICT roepen patiënten met hun rigide interactiestijl echter tot op zekere hoogte soortgelijke emotionele reacties en actietendenties op bij anderen, ongeacht welke therapeut die deze patiënten in behandeling zou hebben. Het deel van de tegenoverdracht dat eerder thuishoort bij de interactiestijl van de patiënt dan bij het verleden van de therapeut wordt 'objectieve' tegenoverdracht genoemd. De ICT beschouwt 'objectieve' tegenoverdrachtsreacties als een onmisbare diagnostische bron van informatie. De therapeut krijgt via zijn emotionele

reacties en actietendities zicht op de typische interactiestijl waarin de patiënt in de relaties met anderen vastloopt. De interactiestijl van de patiënt openbaart zich volgens de ICT in de beïnvloedingsboodschappen die de therapeut in het contact met de patiënt ervaart. Voorafgaand aan de keuzemodule oefenden cursisten met het invullen van de BBB-C over een patiënt die zij interactioneel als moeilijk ervoeren.

De BBB-C kon digitaal worden ingevuld, met onmiddellijke grafische terugkoppeling (dus zonder rekenwerk te vereisen) in termen van de interpersoonlijke cirkel (de 'Roos van Leary'), zoals hieronder weergegeven in FIGUUR 1.



FIGUUR 1, eerder gebruikt in Kamp, D. & Hafkenscheid, A. (2020). Deliberate practice: routine monitoren voor de therapeut. *PsyXpert*, 6.

De MTT werd ontwikkeld om therapeuten bewust te maken van de mate waarin specifieke therapeutische taken in behandelsessies aan bod komen, ongeacht de kwaliteit van de wijze waarop deze taken worden uitgevoerd. Therapeutische taken kunnen sterk uiteenlopen: van het uitdagen van disfunctionele overtuigingen, het 'los masseren' van onderdrukte emoties, het praten over onverwerkte jeugdervaringen tot het samen bekijken of de therapeutische doelen vruchtbaar zijn. Door de aan- of afwezigheid van taken per tijdseenheid te scoren ontstaat een beeld van taken die (te) vaak of (te) weinig aandacht krijgen. De systematische inventarisatie van therapeutische taken helpt bij het identificeren van stagnaties en impasses. Beide monitorinstrumenten worden verderop meer gedetailleerd beschreven.

Elk van de drie lesdagen had dezelfde structuur. De dag begon met zestig minuten discussie over de theoretische concepten en instrumenten, waarbij de docenten concepten konden verhelderen en eventuele verwarring over de methodiek konden oplossen. De overige vijf uren werden ingevuld met een dynamische mix van rollenspeldemonstraties. Cursisten brachten eigen als lastig ervaren casuïstiek in: patiënten met wie zij als therapeut interactieel worstelden. In de voltallige groep nam één van beide docenten de rol van de therapeut op zich en speelde de cursist haar of zijn eigen patiënt. De plenaire demonstraties werden afgewisseld met rollenspellen in subgroepen (gebruik makend van break-out rooms), waarbij elke cursist met drie andere cursisten de gelegenheid had om in de rol van patiënt, therapeut, of observator te oefenen met systematische zelfreflectie.

Systematische zelfreflectie kan zich op tal van relationele vaardigheden en therapeutische taken richten. In een module van slechts achttien contacturen kon natuurlijk slechts een beperkt aantal grondig aan bod komen. Voor de cursus en evaluatiemethodiek selecteerden we er twee: (1) de bewustwording en herkenning van 'objectieve' tegenoverdrachtsreacties en (2) therapeutische gedragingen die naar de inzet van specifieke therapeutische taken verwijzen, met bijzondere aandacht voor wat zich in het hier en nu van de therapeutische relatie afspeelt, zoals patiënten aanmoedigen om hun gevoelens over de attitude en de werkwijze van de therapeut uit te spreken, alsmede het gebruik van subjectieve zelfonthulling door de therapeut over ervaren beïnvloedingsboodschappen: de patiënt op een respectvolle wijze feedback geven over wat haar of zijn verbale en non-verbale gedrag in het hier-en-nu van de therapeutische situatie oproept bij de therapeut. Met de keuze voor dit laatste beoogden we piogs vertrouwd te maken met de realiteit dat effectieve interventies zich niet hoeven te beperken tot handelingen die door het behandelprotocol worden voorgeschreven.

Na elke rollenspeldemonstratie werd er door cursisten en docenten gereflecteerd op twee aspecten, vergelijkbaar met de werkwijze in supervisie of intervisie. In de eerste plaats op de metaboodschappen (de impliciete of onderliggende boodschappen die in communicatie aanwezig zijn, naast de expliciete inhoud van wat er daadwerkelijk wordt gezegd). Zo werd er gereflecteerd op de metaboodschappen die door de pseudopatiënt en pseudotherapeut in het rollenspel over en weer werden uitgezonden en ontvangen aan de hand van de interpersoonlijke cirkel, een kernconcept uit de ICT. Deze metaboodschappen werden geëxploreerd als mogelijke expressie van impliciete of expliciete alliantiebarsten, of als mogelijke voorlopers van alliantiebarsten. De metaboodschappen werden steeds gekoppeld aan de sterkte en aard (bijv. een hevige (sterkte) onder-tegen (aard) positie van de patiënt zoals in FIGUUR 1 te zien valt) van de tegenoverdrachtsreacties die de pseudopatiënt aan de pseudotherapeut had ontlokt, omdat tegenoverdrachtsreacties met name op het

betrokkingsniveau van de communicatie vorm krijgen. In de tweede plaats op de therapeutische taken die in het rollenspel al dan niet aan bod waren gekomen. De eerste twee lesdagen werden afgesloten met vier aanbevelingen voor de komende week: (1) let op interactionele patronen die je tegenkomt in je eigen behandelingen; (2) besteed aandacht aan je eigen interactionele gedragingen alsmede aan de communicatieve boodschappen van je patiënten in het hier en nu; (3) ben je zo goed mogelijk bewust van je tegenoverdrachtsreacties; (4) besteed aandacht aan hoe gepast de gebruikte therapeutische taken in deze fase van de behandeling zijn.

De cursisten werden op basis van vrijwilligheid uitgenodigd om aan het eind van de module deel te nemen aan een extra opdracht: een nameting middels een video-opname van een rollenspeldemonstratie na afsluiting van de module. Deze opdracht was facultatief en had geen invloed op de beoordeling die de studenten ontvingen. Alle cursisten bleken tot medewerking bereid.

Procedure

Elke cursist (n=39) sloot de onlinemodule af met een praktijkopdracht: een rollenspel van dertig minuten in negen viertallen en een drietal, waarbij één cursist de therapeutrol vervulde (pseudotherapeut), een andere een (eigen) uitdagende patiënt (pseudopatiënt) speelde en twee andere cursisten het gefingeerde therapiegesprek observeerden. Elke cursist nam één keer de rol van patiënt op zich, één keer de rol van therapeut en was twee keer observator. Deze opdracht werd uitgevoerd in de eerste weken na afsluiting van de module. In de patiëntrol kreeg elke cursist de instructie om de momenteel meest uitdagende patiënt uit haar of zijn caseload te spelen. Van elk rollenspel werden beeldopnames gemaakt die beide docenten onafhankelijk van elkaar beoordeelden op 'objectieve' tegenoverdrachtsreacties en gebruikte therapeutische taken (interventiecategorieën). Voor het meten van tegenoverdracht werd gebruik gemaakt van de Beoordelingsschaal Beïnvloedingsboodschappen-Circumplex (BBB-C). Het scoren van interventiecategorieën (therapeutische taken) vond plaats met behulp van de MTT. Om de ervaren beïnvloedingsboodschappen ('objectieve' tegenoverdracht) in beeld te krijgen vulden beide docenten -net als de cursist in de rol van therapeut- onafhankelijk van elkaar de BBB-C in om tegenoverdrachtsreacties die zij tijdens de rollenspellen ervaarden te meten, waarbij de docenten zich verplaatsten in de cursist die de rol van therapeut had vervuld. Voor alle 39 rollenspelen scoorden beide docenten 'blind' ten opzichte van elkaar per vijf minuten welke therapeutische taken zij observeerden op de MTT.

Instrumenten

Tegenoverdracht: Beoordelingsschaal Beïnvloedingsboodschappen-Circumplex (BBB-C)

De BBB-C is de Nederlandse versie van de *Impact Message Inventory-Circumplex* (IMI-C; Kiesler & Schmidt, 1993, 2006), een transactioneel meetinstrument dat de kenmerken van een zelfbeoordelingsvragenlijst combineert met die van een gedragsobservatieschaal. Het instrument wordt in de klinische praktijk ingevuld door de therapeut, gedurende dit onderzoek werd de lijst ingevuld door zowel de student-therapeut als door de docenten. De 56 items van dit instrument voor het meten van 'objectieve' (dat wil zeggen intersubjectieve) tegenoverdracht zijn ondergebracht in acht segmenten oftewel octanten. Ieder octant

bestaat uit zeven items op de vragenlijst (Schmidt et al., 1999). De BBB-C octanten zijn vernoemd naar de delen van de interpersoonlijke cirkel die ze vertegenwoordigen, zie FIGUUR 1 voor een illustratie van een ingevulde BBB-C.

De BBB-C gaat ervan uit dat de interpersoonlijke stijl van de patiënt min of meer betrouwbaar gemeten kan worden via de betrekings- of beïnvloedingsboodschappen die de therapeut ervaart tijdens de interacties met de patiënt (Kiesler & Schmidt, 2006).

De BBB-C ordent de antwoorden van de respondent in acht subschaalscores, octanten geheten. Daarnaast worden twee assenscores berekend: de horizontale as vertegenwoordigt de dimensie Verbondenheid, de verticale as vertegenwoordigt de dimensie Autonomie/Macht. Deze twee scores samen vormen een vectorscore. De octantscores en vectorscores worden verondersteld de ontvangende kant van communicatie te zijn. De octantscores vertegenwoordigen de verborgen complementaire reacties van de therapeut op de door de patiënt opgeroepen relationele boodschappen.

Het gebruik van de BBB-C met het doel om een interpersoonlijke casusconceptualisatie op te stellen wordt onder anderen aanbevolen in het *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP)-model van McCullough (2006, 2021) en in het interpersoonlijke model voor groepstherapie van Leszcz (2016). De Nederlandse versie van het instrument is uitgebreid psychometrisch gevalideerd in acht psychometrische studies (Hafkenscheid, 2003, 2005, 2012; Hafkenscheid & Kiesler, 2007; Hafkenscheid & Rouckhout, 2009, 2013; Hafkenscheid & Timmerman, 2023; Hafkenscheid, in druk), waarbij de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de dimensionale structuur van het instrument konden worden vastgesteld en gerepliceerd.

Microanalyse Therapeutische Taken (MTT)

De MTT is een instrument dat ontwikkeld is om systematische zelfreflectie over al dan niet toegepaste therapeutische taken te bevorderen (Hafkenscheid, 2018). Sinds de introductie van de MTT in Hafkenscheid (2018) werden aan de 13 therapeutische taken van de eerste versie vijf taken toegevoegd, die in de oorspronkelijke versie ten onrechte niet voorkwamen: (a) DENKEN: disfunctionele overtuigingen, selectieve/eenzijdige percepties, (b) GEDRAG: ongezonde leefgewoonten, schadelijk gedrag voor zichzelf en/of anderen, (c) EMOTIE: bevorderen emotieregulatie (verdriet, boosheid, angst, vreugde, schuld, schaamte, walging), (d) ZINGEVING: Religieuze, spirituele, existentiële, politieke, filosofische thema's; zin van het eigen bestaan en (e) HUISWERK: huiswerk besproken en/of afgesproken.

Uit de uitgebreide versie werden voor het doel van de getoetste evaluatiemethodiek twee taken weggelaten: gebruik van technieken en het bespreken van huiswerk: voor de praktijkopdracht over een eenmalige therapiesessie zonder voorgeschiedenis waren deze taken per definitie irrelevant. Zo komt de MTT in deze studie uit op 15 therapeutische taken. De voor de evaluatiemethodiek gebruikte MTT staat weergegeven in BIJLAGE 1. Net als de BBB-C is de MTT een instrument dat in de klinische praktijk wordt ingevuld door de therapeut, tijdens deze studie werd het instrument door zowel de student-therapeut als door de docenten ingevuld.

De MTT is nog niet onderworpen aan psychometrische evaluatie. De in de MTT benoemde therapeutische taken (interventietypes) hebben enige overlap en sluiten elkaar niet geheel uit. Wanneer bijvoorbeeld 'Verlies' (item 6) wordt besproken, heeft dit vaak ook te maken

met 'Vroeger' (item 5). Deze overlap is geen groot probleem wanneer de MTT in de klinische praktijk wordt gebruikt om systematische zelfreflectie te bevorderen. De items 1 tot en met 10 omvatten thema's en onderwerpen gerelateerd aan het leven van de patiënt buiten de therapiesetting (het daar-en-toen). Items 11 en 12 refereren naar relationele 'problemen' tussen de patiënt en de therapeut in het hier-en-nu. De laatste drie items, 13 tot en met 15, vragen om een metaperspectief op de manier waarop de therapie is vormgegeven.

De MTT moedigt therapeuten aan zich bewust te worden van onderwerpen en typen interventies die te veel of juist te weinig gebruikt worden, met name wanneer de therapie stagneert. In dit onderzoek, en tijdens de module, hebben we ons meer specifiek gericht op de 'hier-en-nu-interventies', vertegenwoordigd door items 11 en 12 van de MTT. Item 11, therapeut → patiënt verwijst naar het effect dat de therapeut heeft op het gedrag van de patiënt. Item 12, patiënt → therapeut verwijst naar het effect dat het gedrag van de patiënt op de therapeut heeft. Beide docenten beoordeelden en rangschikten de drie opmerkelijkste onderwerpen en interventies gedurende een vastgesteld blok van vijf minuten. Ieder dertig minuten durend rollenspel werd op deze manier beoordeeld in zes stukken van elk vijf minuten. Een belangrijke psychometrische test voor beoordelaarschalen, is de mate waarin beoordelaars per tijdseenheid dezelfde onderwerpen en interventies observeren, hetgeen de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vaststelt. Om deze reden zijn Cohens kappa's berekend. Wij hebben de volgende waarderingen van Cohen's kappa gehanteerd: overeenstemming van κ tussen 0.00 en 0.20 is gering, κ tussen 0.21 en 0.4- is matig, κ tussen 0.41 en 0.60 redelijk, κ tussen 0.61 en 0.80 goed en κ tussen 0.81 en 1.00 vertegenwoordigt een bijna perfecte overeenstemming (Landis & Koch, 1977; Veldhuyzen van Zanten & Hijdra, 1988).

Resultaten

Beoordelingsschaal Beïnvloedingsboodschappen-Circumplex (BBB-C)

Om de overeenstemming te meten tussen verschillende beoordelaars -elk van beide docenten met de cursist die de rol van therapeut vervulde- werd gebruikgemaakt van de Intra Class Correlation (ICC) coëfficiënt. De ICC (Shrout & Fleiss, 1979) is de gebruikelijke statistische methode om de generaliseerbaarheid van beïnvloedingsboodschappen tussen beoordelaars van de BBB-C te berekenen. Beïnvloedingsboodschappen zijn complexe fenomenen door hun subtiliteit en ambiguïteit, waardoor ze verwarring bij de ontvanger kunnen creëren. Hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheden zijn voor beïnvloedingsboodschappen dus moeilijker te bereiken dan bij het scoren van gemakkelijk aanwijsbaar verbaal gedrag. Voor de BBB-C is in eerder onderzoek (Hafkenscheid, 2003, 2005, 2012; Hafkenscheid & Kiesler, 2007; Hafkenscheid & Rouckhout, 2009) een ondergrens gehanteerd van $ICC \geq 0,50$ om beïnvloedingsboodschappen op octant- of hoofdasniveau als voldoende generaliseerbaar te beschouwen.

ICC's werden berekend voor alle octanten, tussen: a. de cursist-therapeut en docent A en B. de cursist-therapeut en docent B. Drie van de 39 cursist-therapeuten bleken verzuimd te hebben om de BBB-C na afronding van het rollenspel te vullen, waardoor er 36 observaties overbleven. De ICC -waarden worden hieronder weergegeven in TABEL 1.

TABEL 1. Generaliseerbaarheid (ICC) BBB-C -schalen therapeut met docent.

	Therapeut met		Beschrijvende statistieken		
	Docent A	Docent B	Docent A	Docent B	Therapeut
	ICC	ICC	m (sd)	m (sd)	m (sd)
B (0,59) ^B	0,59	0,58	1,74 (0,79)	1,28 (0,28)*	1,56
BT (0,63) ^B	0,57	0,50	2,21 (0,82)	1,63 (0,44)*	1,95
T (0,68) ^B	0,55	0,53	2,55 (0,75)	1,86 (0,47)*	2,23
OT	0,30	0,21	2,80 (0,76)	2,31 (0,38)*	2,45 (0,57)
O (0,60) ^A	0,40	0,21	2,72 (0,57)	2,15 (0,33)*	2,34
OS	0,49	0,64	2,09 (0,62)	1,87 (0,46)	1,84 (0,61)
S	0,54	0,50	2,12 (0,71)	2,02 (0,36)	1,86 (0,48)
BS	0,45	0,17	1,69 (0,56)	1,55 (0,24)	1,58 (0,37)
Verbondenheid (1,71) ^B	0,53	0,53	-1,30 (2,30)	-0,19 (1,29)*	-1,02
Autonomie/Macht	0,58	0,46	-1,67 (2,61)	-1,57 (0,95)	-1,22 (2,03)
n =	36	36	39	39	36

Legenda: B: Boven; BT: Boven-Tegen; T: Tegen; OT: Onder-Tegen; O: Onder; OS: Onder-Samen; S: Samen; BS: Boven-Samen.

Vetgedrukte getallen: ICC \geq 0,50.

* Gemiddeld verschil tussen de docenten; gepaarde t (tweezijdig; $p < 0.001$).

^A Gemiddeld verschil tussen therapeut en docent A; gepaarde t (tweezijdig; $p < 0.001$).

^B Gemiddeld verschil tussen therapeut en docent B; gepaarde t (tweezijdig; $p < 0.001$).

De hoogste ICC-waarden werden verkregen voor de Boven (B), Boven-Tegen (BT), Tegen (T) en Samen (S) octanten, waarbij de waarden $\geq 0,50$ waren voor beide docenten vergeleken met de cursist-therapeuten. Redelijk generaliseerbare ICC -waarden werden verkregen voor de dimensie Verbondenheid. Voor ieder van deze vijf typen tegenoverdrachtsreacties (vier octanten en één dimensiescore), werden significant hogere ICC -waarden verkregen voor docent A dan voor docent B.

Voor de Autonomie/Macht dimensie werd de grens van een ICC -waarde van 0,50 overschreden door docent A en benaderd door docent B (ICC = 0,46).

De ICC -waarden werden opnieuw berekend door alle drie de tegenoverdrachtsperspectieven met elkaar te combineren (cursist-therapeut, docent A, docent B) in de analyses. Zoals TABEL 2 laat zien, ontstaat er dan een ander patroon van interbeoordelaars-betrouwbaarheden, met een veel lagere ICC -waarde voor Boven, Onder-Tegen en Onder, maar betere resultaten voor de hoofddimensies.

Tabel 2. Generaliseerbaarheid (ICC) BBB-C -schalen cursist-therapeut met beide docenten (drie beoordelaars per patiënt).

	<u>B</u>	<u>BT</u>	<u>I</u>	<u>OT</u>	<u>O</u>	<u>OS</u>	<u>S</u>	<u>BS</u>	<u>Verb.</u>	<u>Aut.</u>
ICC =	0,14	0,60	0,56	0,07	0,21	0,53	0,52	0,38	0,57	0,56

Legenda: B: Boven; BT: Boven-Tegen; T: Tegen; OT: Onder-Tegen; O: Onder; OS: Onder-Samen; S: Samen; BS: Boven-Samen; Verb: Verbondenheid; Aut.: Autonomie/Macht.
Vetgedrukte getallen: ICC \geq 0,50.

Microanalyse Therapeutische Taken (MTT)

Aan het eind van elk achtereenvolgend interval van vijf minuten zetten de docenten de beeldopname van het rollenspel stil en scoorden zij onafhankelijk van elkaar de drie taken die zij als het meest prominent aanwezig hadden geobserveerd gedurende dat interval. Dit resulteerde in een totaal van 702 observaties, op basis van 39 cursisten, 6 intervallen per rollenspel, en 3 taken per interval (39 x 6 x 3 = 702). De beoordelaarsovereenstemming werd vastgesteld door voor toevalsovereenstemming gecorrigeerde overeenstemmingsmaat Cohen's kappa te berekenen. De verkregen kappa-waarden zijn weergegeven in TABEL 3.

Tabel 3. Frequenties van geobserveerde onderwerpen en interventies; overeenstemming tussen docenten.

<u>Onderwerpen en interventies</u>	<u>Frequenties</u>		<u>Kappa</u>
	<u>Docent A</u>	<u>Docent B</u>	
<u>Focus op 'daar en toen'</u>			
1. Klachten	47	45	0,62
2. Denken	31	43	0,30
3. Gedrag	79	49	0,45
4. Emotie	95	86	0,52
5. Vroeger	17	31	0,63
6. Verlies	2	3	0,39
7. Zelfbeeld	55	45	0,64
8. Ander	37	9	0,26
9. contacten	61	65	0,48
10. Zingeving	5	6	0,53
<u>Focus op 'hier-en-nu'</u>			
11. Ik \leftrightarrow Patiënt	68	64	0,54
12. Patiënt \leftrightarrow Ik	124	116	0,56
<u>'Metaperspectief op behandeling'</u>			
13. Aanpak	55	80	0,33
14. Progressie	11	22	0,26
15. Doelen	15	38	0,31
<u>Totaal geobserveerde interventies</u>	702	702	

De voor toeval gecorrigeerde overeenstemming tussen de beoordelende docenten was laag tot goed, variërend van $\kappa = 0,26$ tot $\kappa = 0,64$. De overeenstemming over sommige taken en interventies was aanmerkelijk hoger dan voor andere. Er was een redelijke tot goede overeenstemming voor vijf van de therapeutische taken: 'klachten': $\kappa = 0,62$ (95% CI 0,49 tot 0,75), 'emotie': $\kappa = 0,52$ (95% CI 0,41 tot 0,64), 'verleden': $\kappa = 0,63$ (95% CI 0,47 tot 0,80), 'zelfbeeld': $\kappa = 0,65$ (95% CI 0,52 tot 0,77) en 'zingeving': $\kappa = 0,54$ (95% CI 0,17 tot 0,90).

Los van de onderwerpen, werden de zogenaamde 'hier-en-nu-interventies' geobserveerd. Deze interventies kunnen twee richtingen opgaan: van therapeut naar patiënt en vice versa. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was redelijk voor zowel de 'hier-en-nu-interventies' van therapeut naar patiënt (item 11): $\kappa = 0,54$ (95% CI 0,41 tot 0,66) als van patiënt naar therapeut (item 12): $\kappa = 0,56$ (95% CI 0,45 tot 0,66).

Een wat minder strenge en globalere analyse van de overeenstemming tussen de docenten werd uitgevoerd door het berekenen van de *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) (Shrout & Fleiss, 1979) voor het totaal aantal gebruikte 'hier-en-nu-interventies' gedurende de dertig minuten durende rollenspelen. Zoals tabel 4 laat zien waren de docenten het in hoge mate eens over de mate waarin 'hier-en-nu-interventies' werden gebruikt.

Tabel 4. Aantal gebruikte 'hier-en-nu-interventies' gedurende een rollenspel van 30 minuten: interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen docenten.

Behandelonderwerp 11*	Behandelonderwerp 12**	Behandelonderwerpen 11 & 12 gecombineerd
ICC	ICC	ICC
0,60	0,54	0,73

Legenda:

* therapeut → patiënt verwijst naar het effect dat de therapeut heeft op het gedrag van de patiënt.

** patiënt → therapeut verwijst naar het effect dat het gedrag van de patiënt op de therapeut heeft.

Discussie

Relationele factoren zijn minstens zo belangrijk voor het succes van ggz-behandelingen als de door technieken gedefinieerde stappenplannen (protocollaire behandelingen) die kenmerkend zijn voor de vigerende EST-benadering. Piogs worden tot nu toe echter nauwelijks geschoold in het kunnen hanteren van relationele factoren, zoals het repareren van alliantiebarsten. Aan het therapeutisch kunnen inzetten van relationele factoren gaat vooraf dat piogs leren om de vaak meervoudig gelaagde en soms tegenstrijdige relationele (en niet alleen de technische) kanten van behandelingen te 'decoderen'. Zelfreflectie staat gelijk aan 'hands on' procesdiagnostiek, die pas therapeutisch kan worden vertaald - bijvoorbeeld in de vorm van meta-communicatie- wanneer de piog vertrouwd is met de waarde en betekenis van zelfreflectie.

In dit artikel beschreven we de opzet van een keuzemodule voor piogs gericht op het bevorderen van zelfreflectie. Aan die kwalitatieve beschrijving voegden we enkele empirische uitkomsten van een evaluatiemethodiek toe. Die evaluatiemethodiek biedt meer dan in eerder Engelstalig onderzoek gebruikelijke louter subjectieve tevredenheidsevaluaties van cursisten zelf. Die subjectieve tevredenheid van de cursisten die deelnamen aan onze

keuzemodule blijkt overigens hoog, zoals elders zal worden gerapporteerd op basis van een veel grotere steekproef van enkele honderden eerdere deelnemers aan keuzemodules. Voor zover ons bekend is de door ons gepresenteerde evaluatiemethodiek in het Nederlandse taalgebied noch daarbuiten eerder gevolgd.

De haalbaarheid van de gebruikte evaluatiemethodiek blijkt uit het feit dat van deze relatief grote groep cursisten een vrijwel volledige dataset kon worden vastgelegd. De methodiek blijkt verder procedureel en technisch haalbaar. De scoring van de twee monitorinstrumenten door beide docenten is weliswaar niet identiek en verre van perfect in termen van beoordelaarsovereenstemming. Hoe imperfect ook: op enkele essentiële onderdelen (bijvoorbeeld: het gebruik van hier-en-nu interventies door de cursist) blijkt er sprake van aantoonbaar globale overeenstemming tussen beide docenten.

In het kader van een effectiviteitsonderzoek is het niet ideaal om de docenten zelf in de rol van beoordelaar te zetten. Voor deze studie zat er echter niet veel anders op: beide docenten voerden de tijdrovende beoordelingen in hun vrije tijd uit, wat overigens door hen beiden tijdens de periode van de corona-beperkingen als een interessante klus werd ervaren. In het inmiddels volop lopende promotieonderzoek worden gekwalificeerde onafhankelijke beoordelaars ingezet, die bij het beoordelen van beeldopnames van cursisten niet weten of het opnames bij aanvang, bij afsluiting of een half jaar na afsluiting van de keuzemodule betreft. Zodoende worden verwachtingseffecten bij de beoordelaars gecontroleerd.

De 'objectieve' tegenoverdrachtsreacties die door de cursisten werden ervaren in de rollenspelen met de cursist-patiënt bleken redelijk overeen te komen met de 'objectieve' tegenoverdrachtsreacties die elk van beide docenten ervoeren wanneer zij zich verplaatsten in de cursist-therapeut. Voor sommige octanten was de overeenstemming aanmerkelijk hoger dan voor andere. Als mogelijke verklaring kan worden aangevoerd dat Boven-, Boven-Tegen- en Tegengedrag wellicht gemakkelijker herkenbaar en aanwijsbaar zijn dan meer volgzzaam en overmatig vriendelijk patiëntgedrag. Ook zullen deze categorieën eerder als problematisch worden ervaren. Op het niveau van de hoofdassen was de overeenstemming voor drie van de vier vergelijkingen adequaat genoeg. Wij verwachten dat die overeenstemming hoger kan worden als cursisten al voor deelname aan de module intensiever oefenen met het gebruik van dit instrument, dat voor alle cursisten en voor een van beide docenten grotendeels nieuw was toen de keuzemodule startte.

Promotieonderzoek

Inmiddels is deze haalbaarheidsstudie uitgebreid tot promotieonderzoek. In dit vervolgonderzoek zijn de *Facilitative Interpersonal Skills* (FIS) (Anderson et al., 2009) toegevoegd. Op basis van vrijwilligheid participeren cursisten als proefpersoon, die in de rol van therapeut op drie momenten met een trainingsacteur (in plaats van een medecursist) als pseudo-patiënt worden geconfronteerd: voor aanvang van de keuzemodule, bij afsluiting van de keuzemodule en een half jaar na afsluiting van de module. Elke trainingsacteur (die een vaste rol speelt) ontmoeten zij eenmalig en de volgorde van de trainingsacteurs over de drie meetmomenten per cursist is gerandomiseerd.

Voor de evaluatie van gebruikte therapeutische taken bleek het interval van vijf minuten voor de MTT achteraf bezien te lang. Zelfs een relatief korte tijdsperiode van vijf minuten bleek ruimte te laten om het achtereenvolgende gebruik van heel verschillende therapeutische taken te constateren. Voor het vervolgonderzoek wordt voor het beoordelen van de MTT

gebruikgemaakt van intervallen van slechts 60 seconden, met de instructie om slechts één taak te selecteren die het geobserveerde van die minuut het beste omschrijft. Verwacht wordt dat dit het scoren zal vergemakkelijken en daarmee de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zal verhogen.

Beide beoordelende docenten stelden los van elkaar een behoorlijk hoge frequentie van 'hier-en-nu-interventies' tijdens de rollenspelen na afloop van de keuzemodule vast. Vergeleken met de andere therapeutische taken en interventies bleek verhoudingsgewijs frequent gebruik te worden gemaakt van deze interventies. Bevordering van het gebruik van 'hier-en-nu'-interventies ligt in het verlengde van een verhoogd zelfreflecterend bewustzijn en hoort in die zin tot de ambitie van de module. Omdat de docenten niet neutraal staan tegenover dit type interventies zouden de relatief hoge frequenties het gevolg van bias kunnen zijn. Weliswaar moedigden de docenten de cursisten niet actief aan om deze interventies tijdens het rollenspel te gebruiken, maar de cursisten kunnen toch de druk hebben gevoeld om dergelijke interventies in het rollenspel te laten zien.

De weinige andere onderzoeken naar een vergelijkbare module met ongeveer eenzelfde aantal cursisten als de onze werden uitgevoerd door Cartwright et al. (Cartwright et al., 2018; Cartwright & Read, 2011). Deze kwalitatieve studies waren een bron van inspiratie voor ons eigen onderzoek. We weken op twee gebieden echter af van de onderzoeken van de Cartwright-groep. De door haar studiegroep uitgevoerde onderzoeken baseerden zich op de ego-posities uit de Transactionele Analyse (TA; Berne, 1961) om de bewustwording van tegenoverdrachtsreacties te verhogen. Wij zien TA als een elegant theoretisch en therapeutisch systeem, dat empirisch echter nog in de kinderschoenen staat. Om deze reden gaven wij de voorkeur aan twee empirisch gevalideerde theoretische kaders: de Interpersoonlijke Communicatie Theorie (ICT) (Kiesler 1988, 1996) en het alliantiebarstenmodel (Safran & Muran, 2000). Cartwright et al. beperkten zich tot de kwalitatieve beoordelingen door hun cursisten zelf. Zelfbeoordelingen van cursisten zijn kwetsbaar voor bias, zoals de mogelijke neiging van cursisten om het de docenten naar de zin te maken.

Een beperking van zowel eerder als ons onderzoek is dat we niet weten hoe in een keuzemodule opgedane zelfreflectieve vaardigheden zich vertalen in een grotere behandel-effectiviteit. Die beperking geldt overigens niet alleen specifiek voor een keuzemodule zoals de onze, maar net zozeer voor de uitgebreide supervisietrajecten, zoals die over de volle breedte van het postmasteronderwijs verplicht zijn gesteld. De generalisatie van supervisie-effecten naar de klinische praktijk is nog nooit eenduidig en ondubbelzinnig aangetoond, en het is zelfs de vraag of het ooit zover zal kunnen komen (Hafkenscheid, 2022).

Wat voor supervisie geldt is zeker ook van toepassing op de evaluatie van keuzemodules als de onze. In vergelijking met de gangbare louter subjectieve tevredenheidsevaluaties is het hoe dan ook een belangrijke stap vooruit door de toename van reflectie- en relationele vaardigheden 'proxy' situaties met mede-cursisten en -nog beter- met trainingsacteurs in de rol van patiënt te meten, en niet louter te evalueren op basis van globale subjectieve zelfbeoordelingen van cursisten na afloop van keuzemodules.

Dankbetuiging

Veel dank is verschuldigd aan de Centrale RINO Groep voor de ondersteuning bij de dataverzameling (waaronder de veilige opslag van de beeldopnames) en aan de piogs, die het vertrouwen hadden om een bijdrage te leveren aan het verzamelen van de data.

Auteurs

- Drs. D. (David) Kamp (man), zelfstandig gz-psycholoog & PhD-Candidate bij het UMC Utrecht, Brain Center Rudolf Magnus. E-mail: dkampppsychologie@gmail.com.
- Drs. C.H. (Guido) Machielsen (man), klinisch psycholoog en psychotherapeut bij De Waag in Utrecht, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten, Centrale RINO Groep. E-mail: g.machielsen@hetnet.nl.
- Prof. Dr. J.J. (Jim) van Os (man), hoogleraar psychiatrische epidemiologie en publieke ggz en voorzitter van de divisie Hersenen van het UMC Utrecht. E-mail: J.J.vanOs-2@umcutrecht.nl
- Dr. A. (Anton) Hafkenscheid (man), Klinisch psycholoog en psychotherapeut, Radboud Centrum Sociale Wetenschappen (RCSW) Nijmegen, Centrale RINO Groep Utrecht. E-mail: info@hoogg.nl

Literatuur

- Anderson, T., Ogles, B.M., Patterson, C.L., Lambert, M.J., & Vermeersch, D.A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755-768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in psychotherapy*. Evergreen.
- Cartwright, C., Barber, C., Cowie, S., & Thompson, N. (2018). A trans-theoretical training designed to promote understanding and management of countertransference for trainee therapists. *Psychotherapy Research, 28*(4), 517-531. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1252071>
- Cartwright, C., & Read, J. (2011). An exploratory investigation of psychologists' responses to a method for considering "objective" countertransference. *New Zealand Journal of Psychology, 40*(1), 46-54.
- Castonguay, L.G., & Hill, C.E. (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. American Psychological Association.
- Chow, D.L., Miller, S.D., Seidel, J.A., Kane, R.T., Thornton, J.A., & Andrews, W.P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*(3), 337-345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>
- Hafkenscheid, A. (2003). Objective countertransference: Do patients' interpersonal impacts generalize across therapists? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*(1), 31-40. <https://doi.org/10.1002/cpp.349>
- Hafkenscheid, A. (2005). The Impact Message Inventory (IMI-C): Generalisability of patients' command and relationship messages across psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*(3), 325-332. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00843.x>
- Hafkenscheid, A. (2012). Assessing objective countertransference with a computer-delivered Impact Message Inventory (IMI-C). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19*(1), 37-45. <https://doi.org/10.1002/cpp.734>

- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. De Tijdstroom.
- Hafkenscheid, A. (2018). *Beter worden in je vak: systematische zelfreflectie voor professionals in de ggz*. Boom.
- Hafkenscheid, A. (2020). Therapeut effect. *Tijdschrift Persoonsgericht experiëntiële Psychotherapie*, 58(2), 102-116.
- Hafkenscheid, A. (2021). *De therapeutische relatie* (Heruitgave). Boom.
- Hafkenscheid, A. (2022). Hoe 'bewezen werkzaam' is supervisie aan ggz-behandelaars-in-opleiding? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 48, 276-295.
- Hafkenscheid, A. (in druk). The Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-C): exploring the aversiveness component of therapists' covert reactions to patients' interpersonal communications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Hafkenscheid, A., & Kiesler, D. J. (2007). Assessing objective countertransference: A comparison of two different statistical procedures in three different samples. *Psychotherapy Research*, 17(4), 393-403. <https://doi.org/10.1080/10503300600702323>
- Hafkenscheid, A., & Rouckhout, D. (2009). Circumplex structure of the Impact Message Inventory (IMI-C): An empirical test with the Dutch version. *Journal of Personality Assessment*, 91(2), 187-194. <https://doi.org/10.1080/00223890802634340>
- Hafkenscheid, A., & Rouckhout, D. (2013). The Impact Message Inventory (IMI-C): A replication study of its circumplex structure in a Dutch sample. *Journal of Personality Assessment*, 95(4), 417-422. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2013.765883>
- Hafkenscheid, A., & Timmerman, M.E. (2023). Does a three-dimensional Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-C) enclose an indirect measure of reactance? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 30(3), 671-678. <https://doi.org/10.1002/cpp.2832>
- Kiesler, D.J. (1988). *Therapeutic metacommunication: Therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Consulting Psychologists Press.
- Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. Wiley.
- Kiesler, D.J., & Schmidt, J.A. (1993). *The Impact Message Inventory: Form II Octant Scale Version*. Mind Garden.
- Kiesler, D.J., & Schmidt, J.A. (2006). *The Impact Message Inventory – Circumplex (IMI-C) Manual: Sampler set, manual, test booklet, scoring key, work sheets*. Mind Garden.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*, 363-374. <https://doi.org/10.2307/2529786>
- Leszcz, M. (2016). The evidence-based group psychotherapist. *Psychoanalytic Inquiry*, 38(4), 285-298. <https://doi.org/10.1080/07351690.2018.1444853>
- McCullough, J.P. (2006). *Treating chronic depression with Disciplined Personal Involvement: CBASP*. Springer Press.
- McCullough, J.P. (2021). Characteristics of the optimal Cognitive Behavioral Analysis Systems of Psychotherapy (CBASP) therapist role. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 609954. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.609954>.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Shrout, P.E., & Fleiss, J.L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.

Veldhuyzen van Zanten, S.J.O., & Hijdra, A. (1988). Onderzoek naar variatie tussen waarnemers met behulp van kappa. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 132, 199-202.

Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. <https://doi.org/10.1002%2Fwps.20238>

Summary

The Dutch postgraduate education for psychologists places a strong emphasis on the acquisition of protocol-based treatments. Relational therapeutic factors receive limited attention in the curriculum, despite a rapidly growing body of empirical evidence indicating that these factors play a crucial role in the success or failure of treatments (e.g., Wampold, 2015). This article outlines a study investigating a novel educational module designed to enhance the systematic self-reflective competencies of PiOGs, utilizing the Interpersonal Communication Theory (ICT) and the Alliance Rupture Model.

Keywords: deliberate practice, counter transference, therapeutic task, evaluation methods

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Bijlage 1.**MICRO-ANALYSE THERAPEUTISCHE TAKEN**

Naam beoordelaar: _____ Naam therapeut: _____

FOCUS OP...

1	KLACHTEN: Haar/zijn klachten en symptomen
2	DENKEN: Disfunctionele overtuigingen, selectieve/eenzijdige percepties
3	GEDRAG: Ongezonde leefgewoonten, schadelijk gedrag voor zichzelf en/of anderen. Zie ook 9.
4	EMOTIE: Beleving/expressie emoties (verdriet, boosheid, angst, vreugde, schuld, schaamte, walging)
5	VROEGER: Haar/zijn persoonlijke achtergrond en verleden
6	VERLIES: Verlieservaringen (verlies van belangrijke mensen, werk, gezondheid...)
7	ZELFBEELD: Haar/zijn zelfbeeld (hoe zij/hij naar zichzelf kijkt of over zichzelf oordeelt)
8	ANDER: Haar/zijn beeld van andere mensen (hoe zij/hij naar andere mensen kijkt of over hen oordeelt)
9	CONTACTEN: Haar/zijn problemen in het contact met mensen in haar/zijn dagelijks leven
10	ZINGEVING: Levenskeuzes, levenswaarden, religieuze, existentiële, politieke thema's; zin van het bestaan
11	IK & PT: Het effect van mijn gedrag op haar/hem (hoe ik overkom op haar/hem)
12	PT & MIJ: Het effect van haar/zijn gedrag op mij (hoe zij/hij overkomt op mij)
13	AANPAK: De therapeutische aanpak (methoden, technieken) van klachten, symptomen, problemen
14	PROGRESSIE: De voortgang van de behandeling (de vooruitgang die zij/hij boekt)
15	DOELEN: De doelen van de behandeling
16	TECHNIEK: (a) EMDR, Imaginaire <i>exposure</i> , VERS, NET, etc.; (b) Sociale vaardigheidstraining (rollenspel etc.); (c) Andere <i>exposure</i> (<i>in vivo</i> , <i>in vitro</i>); (d) <i>Procesdirectieve</i> technieken (lege/dubbele stoel etc.); (e) Cognitieve technieken (G-schema's etc.); (f) relaxatietraining; (g) mindfulness; (h) gedragsactivering, (i); Anders, nl.
17	HUISWERK: Huiswerk besproken en/of afgesproken

SCORINGSFORMULIER MICRO-ANALYSE THERAPEUTISCHE TAKEN

INSTRUCTIE: Zet per geobserveerde minuut een kruisje in het vakje voor de geobserveerde taak die je in die minuut (het meest) hebt gezien. Tel aan het eind het totaal (*TOT*) per therapeutische taak.

	<i>Minuut</i> ☒	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	<i>TOT</i>
1	KLACHTEN																
2	DENKEN																
3	GEDRAG																
4	EMOTIE																
5	VROEGER																
6	VERLIES																
7	ZELFBEELD																
8	ANDER																
9	CONTACTEN																
10	ZINGEVING																
11	IK ☒ PT																
12	PT ☒ MIJ																
13	AANPAK																
14	PROGRESSIE																
15	DOELEN																
16	TECHNIEK																
17	HUISWERK																

Rangorden thema's per 5 minuten (zie voorbeeld hieronder)

Toelichting voorbeeld

- In de eerste vijf minuten ging het primair over de behandeldoelen, en in mindere mate ook over de klachten/symptomen
- In de tweede vijf minuten ging het uitsluitend over vroeger
- In de derde vijf minuten ging het in de eerste plaats over de klachten/symptomen, in mindere mate over de behandelaanpak en in de derde plaats over de mening van de patiënt over de behandeling en/of de therapeut.