



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Cruciale voorvallen in de directieve gezins- en relatietherapie

Alfred Lange, Joke Bond, Mieke Brugman en Conny Duurland\*

---

## Samenvatting

*Dertien cliënten die enkele jaren geleden een directieve therapie hadden ondergaan en degene die hen had behandeld, kregen met behulp van een gestructureerd interview de gelegenheid aan te geven welke elementen in de behandeling zij zich als positief, danwel negatief herinnerden. Hierbij werd onderscheid gemaakt in 'critical incidents' (cruciale voorvallen) en algemene aspecten van de therapie en van de therapeut. De resultaten laten zien dat de bekende kenmerken van directieve therapie (zoals huiswerkopdrachten) wel als belangrijk worden beschouwd, maar dat er over het algemeen meer waarde wordt gehecht aan de momenten waarop belangrijke inzichten worden overgedragen. In de discussie wordt hieraan aandacht geschonken, alsmede aan een aantal merkwaaardige discrepanties in de mededelingen van de cliënten.*

## Inleiding

De directieve therapie hinkt op twee gedachten. Aan de ene kant wordt vaak hoog opgegeven over het belang van specifieke interventies in de vorm van huiswerkopdrachten, aan de andere kant zijn er diverse publikaties waaruit blijkt dat men in de directieve therapie het belang van algemene, niet aan een specifieke school gebonden vaardigheden van de therapeut als bepalend beschouwt (Van Dyck, 1986; Van Dyck, Lange & Van der Velden, 1980; Lange, 1980, 1994a).

Het is de vraag of de elementen die door therapeuten van doorslaggevend belang worden geacht, ook zo door cliënten worden ervaren. Er is slechts zelden gerapporteerd over onderzoek naar de vraag welke ingrediënten de cliënten van belang achten. Incidenteel komt men hierover iets aan de weet uit gevalbeschrijvingen waarin cliënten zelf hun ervaringen hebben weergegeven. Zo was voor Maria M. de hoop die de therapeut haar bij de aanmelding had gegeven, van doorslaggevend belang geweest voor het doen slagen van de behandeling van dwangmatig haartrekken (Lange, 1989). Ook de cliënt H. Tisser (Lange, 1994b), die was behandeld voor chronische angst om te plassen, onderstreepte hoe belangrijk het optimisme van de therapeut voor hem was geweest.

Llewelyn en Hume (1979) hebben de kwestie van 'algemene versus specifieke therapiefactoren' retrospectief onderzocht bij 49 oud-clieënten. Bij zowel psychoanalytici

---

\* PROF. DR. A. LANGE is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam.  
DRS. J.M. BOND is als psychologe werkzaam in het Waterlandziekenhuis te Purmerend.  
DRS. M. BRUGMAN is als psychologe werkzaam in het Multidisciplinair Werkverband Kinderen en Jeugdigen te Amsterdam.  
DRS. C. DUURLAND is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

als bij gedragstherapeuten bleken de algemene therapeutische vaardigheden (luisteren, steun geven, enz.) van groter belang te worden geacht dan de specifieke – bij de school behorende – interventies.

Elliott, James, Reimschuessel, Cislo en Sack (1985) interviewden negen cliënten en hun behandelaars, direct na een (psychodynamische) therapiezitting. Aldus stelden zij vast welke gebeurtenissen tijdens het betreffende gesprek door de cliënten als behulpzaam of als belemmerend waren ervaren. Vervolgens werd het therapeutisch effect van de genoemde gebeurtenissen geanalyseerd. Door de grote hoeveelheid deels tegenstrijdige data bleken de gegevens echter moeilijk te interpreteren. Het onderzoek van Greenberg, James en Conry (1988) was simpeler van opzet en daardoor gemakkelijker te interpreteren. Zij onderzochten wat ex-clieënten als het meest belangrijk beschouwden tijdens een emotiegerichte relatietherapie (EFT). Vier maanden na beëindiging van de therapie vroegen zij cliënten of er 'critical incidents' (door ons verder 'cruciale voorvallen' genoemd) waren geweest, die als behulpzaam of belemmerend waren ervaren. Zo ja, dan wilden zij weten welke van doorslaggevend belang waren voor het op gang brengen van een veranderingsproces, in positieve of negatieve zin. Omer analyseert verschillende 'critical interventions', die hij omschrijft als 'one-shot events that give a new direction to a therapy or a patients life' (Omer, 1994, pag. IX).

Het onderwerp van onderzoek in het onderhavige artikel is vergelijkbaar met dat van Greenberg et al. (1988), maar heeft betrekking op de directieve therapie. Daarbij gaat het niet zo zeer om de resultaten van de behandelingen (al wordt daar wel naar gevraagd), maar vooral om de voorvallen die hetzij door de behandelaar, hetzij door de cliënt als belangrijk voor de voortgang van de therapie worden ervaren. Die voorvallen hoeven niet per se positief of eenmalig te zijn. Evenmin hoeven ze uitsluitend betrekking te hebben op gedrag van de behandelaar; ze kunnen ook te maken hebben met gedrag van de partner of van de omgeving. Bovendien wordt gevraagd welke therapie- en therapeutvariabelen (zowel positieve als negatieve) door de cliënt als belangrijk werden ervaren, ook wanneer ze niet van doorslaggevende aard waren. Het onderzoek is simpel van opzet, en in overeenstemming met het credo van wijlen professor Barendregt: 'Als je iets van patiënten wilt weten, dan moet je het gewoon aan ze vragen'.

## **Opzet van het onderzoek**

### ***De cliënten***

Twintig ex-clieënten die op de polikliniek van de faculteit psychologie waren behandeld, werden benaderd voor deelname aan het onderzoek. De inclusiecriteria waren dat de behandeling ten minste vier zittingen had geduurd, tussen één en vijf jaar geleden was afgesloten, en (uit praktische overwegingen) dat het adres nog beschikbaar was. Vijf van de aangeschreven cliënten waren niet bereid mee te werken aan het onderzoek, omdat zij geen interesse hadden of anoniem wilden blijven. Van twee cliënten werd geen reactie ontvangen.

Van de dertien cliënten die aan het onderzoek deelnamen hadden negen zich indertijd aangemeld voor 'relatieproblemen'. Hieronder waren drie paren waarvan beide partners aan het onderzoek meewerkten.

In geen enkel geval werd het interview afgenomen door degene die de betreffende respondent had behandeld.

### ***Het interview met de cliënten***

Bij alle respondenten werd een semi-gestructureerd interview afgenomen, bestaande uit 25 vragen. De vragen waren tot stand gekomen door middel van een pilot-onderzoek, dat ten dele was gebaseerd op de protocollen van Greenberg et al. (1988).

De eerste tien vragen waren inleidend van aard en hadden betrekking op feitelijke gegevens. Deze gegevens waren ook uit de dossiers (waarmee de antwoorden werden vergeleken) te achterhalen. Zij werden gesteld om de respondenten als het ware terug te brengen naar de therapieperiode ('warming up').

De overige vragen waren gericht op:

- cruciale voorvallen die de respondent zich herinnerde, en de momenten waarop deze plaatsvonden;
- algemene factoren die een rol hebben gespeeld, bijvoorbeeld eigenschappen van de therapeut die volgens de cliënten gedurende het gehele proces van invloed zijn geweest, positief of negatief;
- de relatie tussen cruciale voorvallen en de algemene therapievariabelen enerzijds, en de resultaten van de behandeling op langere termijn anderzijds.

Ten slotte kreeg de cliënt gelegenheid aspecten ter sprake te brengen die nog niet aan bod waren geweest en het interview te evalueren.

Voor een precieze beschrijving van het interview met de cliënten en het in de volgende paragraaf beschreven interview met de behandelaar zij verwezen naar Bond en Brugman (1989).

### ***Het interview met de behandelaar***

De behandelaar werd over elke respondent afzonderlijk geïnterviewd. Het interview bestond uit zeven vragen. De eerste drie vragen hadden betrekking op dossiergegevens van de cliënt. Vervolgens werd gevraagd of de behandelaar cruciale voorvallen had ervaren tijdens de betreffende therapie en zo ja, welke. Evenals de cliënt werd de behandelaar daarna gevraagd naar meer algemene factoren die de therapie hadden beïnvloed. Vervolgens werd gevraagd naar de visie van de therapeut, ten aanzien van de reden van beëindiging van de behandeling en het succes ervan. Voor een gedetailleerde beschrijving zij verwezen naar Bond en Brugman (1989).

### ***Methode***

De interviews werden letterlijk uitgetypt. De teksten werden door twee medewerkers onafhankelijk van elkaar gelezen en samengevat. De samenvattingen werden met elkaar vergeleken. Bij de (geringe) verschillen die er soms waren, werd door overleg

overeenstemming bereikt over de essentie. Vervolgens werden de cruciale voorvallen en de algemene factoren door beide beoordelaars onafhankelijk van elkaar van 'etiketten' voorzien, afkomstig uit de literatuur over directieve therapie (Van der Velden, 1977, 1980, 1989a). Ook deze werden met elkaar vergeleken. Slechts enkele kwamen niet overeen.

## Resultaten

Van alle cliënten wordt hieronder kort samengevat voor welke problemen de behandeling bedoeld was, wat de cliënten er in het licht van de onderzochte variabelen over vermeldden, en in hoeverre zij de behandeling als geslaagd beschouwden. De visie van de behandelaar omtrent de cruciale voorvallen of over het succes van de therapie wordt vermeld in gevallen waar deze afwijkt van of iets toevoegt aan de visie van de cliënten.

### *Samenvatting van de gegevens per cliënt*

#### **Relatieproblemen in een LAT-relatie met kinderen, vier zittingen (mevrouw Amsen, 46, personeelsconsulente, en de heer Bos, 53, architect)**

---

*Mevrouw Amsen voelde zich al dertien jaar een buitenstaander in het gezin van haar vriend. Deze had zes kinderen (uit een vorig huwelijk), die volgens haar te veel van zijn loyaliteit opeisten. Zijzelf had twee kinderen. Zij noemde drie cruciale voorvallen. Ten eerste de feedback van de therapeut over haar al te hoge aspiratieniveau ten aanzien van de kinderen van haar partner (het volledig willen vervangen van de moeder). Als tweede voorval noemde zij de visuele representatie hiervan (een schets van de structuur van de versmelting van hun twee eerdere gezinnen). Het derde voorval vond plaats toen haar partner positief reageerde op haar keuze om zich niet meer zo in te spannen voor zijn kinderen, en de hieruit volgende afspraak dat zij niet meer elke keer naar zijn huis zou gaan, maar dat hij naar haar zou komen. Verder apprecieerde zij de nuchterheid en zakelijkheid van de behandelaar, maar zij vond wel dat de therapeut weinig interesse toonde voor haar als persoon.*

*Mevrouw Amsen beschouwde het resultaat van de therapie als positief. Zij vatte het als volgt samen: 'Het hele systeem was in kaart gebracht en ieder wist waar hij aan toe was'. Zij zei nu beter te kunnen relativeren; er waren nog momenten dat dit niet goed ging, maar dan had ze een instrument ter beschikking om met het probleem om te gaan. Opmerkelijk was dat de therapie na vier zittingen kon worden beëindigd, terwijl de problemen al dertien jaar bestonden. De cliënte zei daarover dat er ongelooflijk veel denkwerk was verzet in de periodes tussen de zittingen.*

*Haar vriend betitelde de bereidheid van zijn partner om in therapie te gaan en de openheid van hun beider kinderen als cruciaal. In de therapie had hij vooral het kunnen bespreken van de moeilijkheden, het weer op gang brengen van het gesprek tussen hen, en de bezinningsperiode tussen de zittingen als positief ervaren. Meneer Bos memoreerde dat de therapeut eenmaal een verkeerd beeld had geschetst van de rol van zijn partner. Hij was positief over het resultaat van de therapie, al leidde de behandeling ertoe dat hij zijn leven in een aantal opzichten sterk moest veranderen.*

### **Relatieproblemen, acht zittingen (mevrouw Calis, 49, maatschappelijk werkster, en de heer Dijkman, 49, bankemployé)**

---

*In de therapie werd veel aandacht besteed aan de onderlinge machtsstrijd. Voor mevrouw Calis bestond het eerste cruciale voorval uit een afspraak over de financiën, waardoor een deel van de strijd overbodig werd. Verder noemde zij nog enkele cruciale situaties waarin zij feedback kreeg van de therapeut (o.a. het verduidelijken van de machtsstrijd en de optie de relatie te beëindigen of allebei te veranderen). Als cruciaal beschouwde zij ook het moment dat zij ontdekte dat haar partner veel inzet toonde.*

*Cliënte had de sfeer tijdens de therapie als prettig ervaren. De openheid, empathie en onpartijdigheid van de therapeut had zij op prijs gesteld. Belangrijk vond zij dat beide partners gestimuleerd waren de problemen te concretiseren en ze vervolgens in de zitting te bespreken. Ook het huiswerk vond zij zinvol.*

*Haar oordeel over het resultaat van de therapie was positief. Volgens mevrouw Calis ging het nu goed. Er waren nog wel problemen, maar zij gebruikten nog steeds hulpmiddelen uit de behandeling. Het liefst zou cliënte om de zoveel tijd een gesprek hebben: 'Olie verversen en doorsmeren', omdat ze merkte dat ze af en toe toch weer in oude patronen vervielen.*

*Voor meneer Dijkman was het cruciaal dat de therapeut zijn partner, mevrouw Calis, confronteerde met haar dwingende manier van reageren. Een ander belangrijk incident deed zich zijns inziens voor toen zijn partner als commentaar van de therapeut te horen kreeg, dat het geen kwaad kon als zij haar man zou accepteren zoals hij was.*

*In meer algemene zin was deze cliënt zeer te spreken over de huiswerkopdrachten, die onder andere leidden tot een afspraak omtrent de taakverdeling in het huishouden. En net als zijn partner had hij de wijze waarop problemen in de zitting waren besproken als belangrijk ervaren. Hierdoor hadden zij geleerd beter met elkaar te praten. Hij vond de feedback van de therapeut zinvol. Ook het afsluiten van een gedragscontract vond hij positief. De openheid en de directheid van de therapeut had hij op prijs gesteld. In tegenstelling tot zijn vrouw had hij achteraf het gevoel dat er misschien te weinig aandacht aan hun financiële onenigheden was besteed (zij had de afspraken daarover juist als zeer positief en constructief beleefd). Meneer Dijkman was aan de therapie begonnen omdat zijn partner dat wilde, maar achteraf vond hij dat hij er ook voor zichzelf veel aan had gehad. Ook hij vertelde dat ze soms nog hulpmiddelen gebruikten uit de therapie.*

*Volgens de therapeut had mevrouw veel kritiek op haar man. Feedback hierover en positief etiketteren van het gedrag van haar man, had haar tot het inzicht gebracht dat zij al te lang had geprobeerd hem te transformeren tot iemand die hij niet was. In plaats daarvan was er nu een aantal praktische afspraken gemaakt.*

### **Relatieproblemen, veertien zittingen (mevrouw Frank, 36, huisvrouw, en de heer Frank, 38, verzekeringsarts)**

---

*Het patroon bij dit echtpaar was dat de man met een drammerige manier van doen zijn vrouw onder druk zette, terwijl de vrouw iets 'saboteerderigs' had door zich zwak op te stellen, niet echt op haar man in te gaan of niet-thuis te geven, ook als haar man terecht iets wilde (incomplete transactie).*

*Meneer Frank memoreert een onaangenaam cruciaal voorval: de therapeut had hem in de zesde zitting op scherpe wijze duidelijk gemaakt dat hij zijn mond eens even moest houden. Hoewel hij aanvankelijk zeer verbolgen was over deze confrontatie, werd hij zich later toch meer bewust van zijn dominante gedrag en de gevolgen daarvan voor zijn vrouw. Voor hem*

*was ook belangrijk dat zijn vrouw de paradoxale eisen die ze aan hem stelde onder ogen moest zien. Hierdoor was hij zich gaan realiseren hoe de machtsstrijd in stand bleef, danwel doorbroken kon worden.*

*Meneer Frank had niet veel waardering voor de therapeut. Hij kon weliswaar diens zorgvuldigheid in technisch opzicht waarderen, maar verder beschreef hij de therapeut als onpersoonlijk en als iemand die een arsenaal van trucs gebruikte. Hij vond het zelfs een straf om naar de zittingen te gaan, aangezien hij absoluut geen steun van de therapeut ervoer. De therapie vond hij oppervlakkig. Ook de lange perioden tussen de zittingen vond hij vervelend. Bij een hogere frequentie zou het sneller zijn gegaan. Hij bestempelde de therapie als een soort praatles. Een positief aspect van de therapie was voor hem de stemmingsmeter geweest (zie Lange, 1994a, hfst. 7).*

*Ondanks al deze onvrede over de therapeut en diens methoden was de heer Frank zeer te spreken over het resultaat van de behandeling: de problemen waren er volgens hem duidelijk door verminderd, en het ging nog steeds goed met hen. Het succespercentage was volgens hem zelfs 150!*

*Zijn vrouw beschreef de confrontatie ten aanzien van haar man als een positief cruciaal voorval. Het had haar steun gegeven en hem tot nadenken gestimuleerd. Ook de spiegel die de therapeut haar over haar eigen gedrag voorhield, was haar achteraf goed bevallen. De consequenties van haar zwakke, saboterende opstelling ten opzichte van haar man werden scherper gemaakt. Dit gaf haar duidelijkheid over haar eigen verantwoordelijkheid. Een derde positief punt was voor haar het verbod van de therapeut om over de relatie te spreken (dit was gedurende enkele maanden gehandhaafd). Het had hen rust gegeven. Mevrouw Frank had de doelgerichte aanpak van de therapeut op prijs gesteld. Ook vond zij de steun die de therapeut haar op bepaalde momenten had gegeven (onder andere door naar haar toe te leunen en de stoel dichterbij te schuiven) erg plezierig. Aan de andere kant vond zij dat de benadering niet erg persoonlijk was, dat de therapeut weinig betrokken was en dat deze te weinig aandacht had voor haar individuele problemen.*

*De registratieopdrachten die zij thuis uitvoerden, hadden hun veel duidelijkheid gegeven. Evenals haar man was zij enthousiast over het toepassen van de stemmingsmeter en positief over het resultaat van de behandeling.*

*Volgens de therapeut was mevrouw Frank aanvankelijk onduidelijk over haar gevoelens. Zij was rancuneus ten opzichte van haar man, maar deed alsof haar man haar koud liet, ook op seksueel gebied. Feedback hierover en een tijdelijk verbod om te vrijen waren derhalve belangrijk geweest.*

*Frappant is dat de behandelaar deze behandeling als mislukt betitelde.*

### **Relatieproblemen en seksuele problemen, twintig zittingen (mevrouw Groot, 37, verpleegster; haar partner deed niet mee aan het onderzoek)**

---

*Mevrouw Groot voelde zich door haar partner overheerst, maar door zich zwak op te stellen zette zij hem klem. De behandeling was voornamelijk gericht op het doorbreken van de machtsstrijd en het vergroten van haar onafhankelijkheid.*

*Een belangrijk incident voor mevrouw Groot was dat haar partner in het begin ook door de therapeut op een leugen werd betrapt, wat ertoe leidde dat zij zich zelfstandiger ging opstellen. Een tweede cruciaal voorval vormde de feedback van de therapeut, toen deze haar liet inzien dat zij geen slachtoffer hoefde te zijn. Zij vond dat dit haar zelfbeeld sterk had veranderd. Cliënte waardeerde de directheid, het alert-zijn op details en de persoonlijkheid van de therapeut, die zij omschreef als natuurlijk en authentiek. Zij had het als positief ervaren dat ze regelmatig geweest was op eigen verantwoordelijkheden. Het hard moeten werken voor*

*de behandeling (o.a. het bijhouden van een dagboek, het registreren en bezinnen) vond ze plezierig. Minder geslaagd vond zij dat de therapeut relatief weinig aandacht had gegeven aan hun seksuele problemen.*

*Mevrouw Groot was positief over het resultaat van de therapie. Zij was bewuster, zelfstandiger en onafhankelijker geworden. De seksuele problemen waren er nog steeds, maar er viel nu beter mee te leven.*

*Ook de therapeut vond deze therapie geslaagd. Mevrouw werd tijdens de behandeling veelvuldig op vriendelijke wijze geconfronteerd met haar zwakke opstelling. Een belangrijk incident vond plaats, toen de therapeut tijdens een zitting haar partner confronteerde met diens negatieve reactie, op een moment dat zijn vrouw juist positief was over zichzelf. Het werd toen duidelijk dat hij haar zwakke opstelling stimuleerde.*

### **Relatieproblemen, vijftien zittingen (de heer Hermans, 46, journalist; zijn partner deed niet mee aan het onderzoek)**

---

*De behandeling stond in het teken van de onmogelijke eisen die de echtgenote van meneer Hermans stelde aan hem en aan hun kinderen; dit mondde uiteindelijk uit in een scheiding. De kinderen bleven bij de vader.*

*Meneer Hermans memoreerde vijf cruciale voorvallen. Het eerste had betrekking op een confrontatie door de therapeut met zijn breedsprakigheid. Aanvankelijk voelde hij zich hier verongelikt over, maar later zag hij in dat de interventie nuttig was geweest, en dat het goed was hieraan iets te doen. Twee cruciale incidenten hadden te maken met confrontaties door de therapeut ten aanzien van zijn vrouw (in verband met haar opmerkelijke egoïsme ten aanzien van zowel de kinderen als haar man). Dit had hem de ogen geopend en de moed gegeven om te reageren op het vierde cruciale voorval: de buitenechtelijke relatie die zijn vrouw aanging tijdens de therapie. Meneer Hermans voelde dit als verraad. Het was voor hem de druppel die de emmer deed overlopen. Het moment waarop de therapeut voor hem expliciet (als een model) liet zien hoe hij zich anders kon opstellen, beschouwde hij als het laatste cruciale voorval.*

*Hij waardeerde de zorgvuldigheid waarmee de behandelaar te werk was gegaan, en de duidelijkheid, de aard van de feedback, en de persoonlijke visie van de therapeut. Aangezien de therapie in een scheiding uitmondde, kon hij de therapie niet als geslaagd beschouwen, maar hij was wel positief over het uiteindelijke resultaat. Het ging uitstekend met hem en de kinderen. Ook de therapeut bestempelde deze therapie formeel als mislukt, hoewel zij waarschijnlijk de best mogelijke uitkomst had opgeleverd.*

### **Relatieproblemen, twintig zittingen, zes zittingen individueel (mevrouw Iepenburg, 50, maatschappelijk werkster; haar partner deed niet mee aan het onderzoek)**

---

*Voor mevrouw Iepenburg stond de behandeling in het teken van het leren omgaan met de depressieve buien van haar man en met haar eigen agorafobische klachten. Wat dit laatste betreft was voor haar de hyperventilatieprovocatie/ademhalingstraining cruciaal. Als cruciaal had zij ook het elastiekje om de pols van haar man ervaren. Met behulp hiervan (door er op de noodzakelijke momenten aan te trekken) bleek hij in staat zich tegen ongewenste gedachten te weren. Dit had háár rust en hoop gegeven. Een derde cruciaal punt was het moeten denken over positieve aspecten van haar partner.*



*Belangrijke niet-incidentele therapiefactoren waren volgens mevrouw Iepenburg: het oefenen van nieuwe (minder bekrachtigende) reacties op het depressieve gedrag van haar partner, de huiswerkopdrachten zoals registratie en bespreekoefeningen, en het cognitief herstructureren. Cliënte vond de aanmoedigende houding van de therapeut positief. Ook had zij het als stimulerend ervaren dat hij zijn tevredenheid uitsprak over wat haar man en zij deden. Wel had zij soms het gevoel dat er te weinig aandacht aan het verleden was besteed. Mevrouw Iepenburg was tevreden over het resultaat. De problemen waren verminderd. Mevrouw had meer greep op de situatie gekregen waardoor zij minder afhankelijk was van haar partner. Meneer had geleerd zich te concentreren en was er weer in geslaagd om te gaan studeren.*

*Twee jaar na het afsluiten van de eerste therapie was mevrouw Iepenburg opnieuw, maar nu alleen, in behandeling gekomen (in verband met haar agorafobische klachten). Gedurende deze zes zittingen waren er volgens haar geen cruciale momenten. Het was meer een herhaling van de eerste keer: de ademhalingstraining werd opnieuw ingevoerd en zij voelde zich wederom gerustgesteld. De huiswerkopdrachten (registratie en hyperventilatieprovocatie), waren het belangrijkste tijdens deze therapie. Het resultaat was positief. Op het moment van het interview vond cliënte dat het nog steeds goed met haar ging.*

### **Spanning en sociale angst, acht zittingen (de heer Jansen, 29, elektrotechnicus)**

---

*De behandeling bestond voor een belangrijk deel uit exposure en een zelfcontroleprogramma ten aanzien van negatieve, zelfdepreciërende gedachten. Meneer Jansen noemde geen cruciale voorvallen; hij had de therapie als een geleidelijk proces ervaren zonder bepaalde 'doorbraken'. Er waren wel een aantal niet-incidentele therapiefactoren die hij als positief had ervaren. Het belangrijkste waren de huiswerkopdrachten: registratie en bezinning, en het creëren van afleiding. Ook de positieve zelfverbalisatie had ten tijde van de therapie een belangrijke bijdrage geleverd. Later verdween de kracht hiervan.*

*Meneer Jansen stelde dat het succes van de therapie voor 50 procent toegeschreven kon worden aan de technieken van deze vorm van therapie en voor 50 procent aan de visie en houding van de therapeut. Hij vond dat de therapeut de dingen op een zakelijke manier bekeek en dit was hij langzamerhand gaan overnemen. Zo had hij het motto 'als je ergens over klaagt, dan moet je er wat aan doen' min of meer geïnternaliseerd. De therapeut gaf hem het gevoel in goede handen te zijn en hij waardeerde diens gevoel van humor.*

*Negatief vond cliënt dat de perioden tussen de zittingen soms te lang waren (vaak drie weken). Ook beschouwde hij het als een minpunt dat de therapeut hem niet had gebeld toen er een afspraak was misgelopen. Hij beschouwde dit als een gebrek aan betrokkenheid. Dit gevoel had hij tijdens de zittingen ook wel eens, als het tempo van het gesprek naar zijn gevoel wat hoog lag.*

*Volgens de therapeut had het positief etiketteren van de problemen van meneer Jansen, als voortkomend uit een op zich positieve hang naar perfectionisme, een grote rol gespeeld bij de inzet die meneer Jansen daarna vertoonde om zijn klachten de baas te worden.*

*Na acht zittingen was de behandeling beëindigd: de problemen waren verduidelijkt en de klachten sterk verminderd. Onder invloed van externe omstandigheden was hij na een halfjaar nogal teruggevallen. Hij had inmiddels een afspraak met de therapeut voor een nabehandeling.*

### **Slaap- en stemmingsstoornissen, vijf zittingen (de heer Koning, 44, röntgenlaborant)**

*Meneer Koning kwam in behandeling voor zijn vitaal–depressieve klachten. Hoewel zijn echtgenote bij de meeste zittingen aanwezig was geweest, was dit een ‘individuele behandeling’. Cruciale voorvallen had meneer Koning niet ervaren. Hij memoreerde dat de therapeut vanaf het begin van mening was dat het waarschijnlijk nodig was om psychofarmaca te gaan gebruiken. Aanvankelijk voelde meneer Koning hier niets voor. Maar na vijf zittingen was ook hij ervan overtuigd dat een behandeling zonder medicatie niet afdoende was. Daarop verwees de therapeut hem naar een psychiater. Diens behandeling met antidepressiva was succesvol.*

*Hoewel de eerste behandeling niet het gewenste succes had opgeleverd, vond cliënt de sfeer aangenaam. De therapeut had zijn problemen geaccepteerd en ze waren direct aan de slag gegaan. Sommige kwesties konden hierdoor meteen worden opgelost. Ook de soms relativerende houding van de therapeut had hij als plezierig ervaren. Over de huiswerkopdrachten was hij niet te spreken; deze pasten niet bij hem.*

*In tegenstelling tot de cliënt was de therapeut van mening dat de huiswerkopdrachten (met name het registreren van zijn stemming) wel enige positieve resultaten hadden gehad, zijn gevoel van zelfcontrole leek erdoor te zijn verbeterd. Beiden beschouwden de therapie echter als niet–succesvol.*

### **‘Levensproblemen’, dertien zittingen (de heer Lodewijks, 25, student biologie)**

---

*De heer Lodewijks woonde alleen en kon het leven slecht aan. Hij laveerde tussen subassertief en overassertief gedrag, en hij nam alles bijzonder zwaar op. De behandeling bestond voornamelijk uit het uitdagen van zijn negatieve gedachten en oefenen met nieuw gedrag. Meneer Lodewijks had maar liefst zeven cruciale voorvallen ervaren tijdens zijn therapie. Een daarvan was er volgens hem al in het eerste gesprek: het concretiseren van zijn problemen had hem direct vertrouwen en optimisme gegeven. Het afscheid na elk gesprek beschouwde hij als een soort repeterend cruciaal voorval. De therapeut toonde daarbij warmte en respect, wat hem het gevoel gaf dat hij ‘er mocht zijn’. Een belangrijk incident deed zich voor toen hij op advies van de therapeut een vriendschap verbrak die hem allang niet meer beviel. Ook beschouwde hij de brief die hij aan zijn moeder had geschreven en de gesprekken met haar daarover als cruciaal. Dit schiep duidelijkheid en maakte hem zelfstandiger. Cliënt vond de reactie van de therapeut belangrijk toen hij (cliënt) met een idee was gekomen hoe hij zichzelf kon aanpakken. De therapeut had dit heel serieus genomen en hem gestimuleerd om zo door te gaan. Door deze motiverende opstelling van de therapeut was hij steeds zelfstandiger geworden (‘transfer of change’). Een ander voorval had eveneens te maken met de houding van de therapeut: cliënt had verteld waarover hij allemaal ontevreden was. In plaats van commentaar te geven had de therapeut enkele vragen gesteld over zijn functioneren. De antwoorden maakten voor beiden duidelijk dat het eigenlijk nog zo slecht niet ging. Dit was voor meneer Lodewijks een ‘eye–opener’; hierdoor ging hij zelf ook wat meer relativeren. In het algemeen vond hij dat het concretiseren ertoe leidde dat hij de dingen die hij wilde doen kon aanpakken.*

*Cliënt had waardering voor de zakelijkheid, inzet, betrokkenheid en persoonlijke visie van de therapeut. Hij was positief over de volgende therapeutische technieken: het stellen van duidelijke doelen, het afspreken van het aantal zittingen, het ontvangen van feedback, de registratie– en bezinningsopdrachten, en het oefenen door rollenspelen in de zittingen. Het advies om voor de schrijfopdrachten een mooi schrift aan te schaffen vond hij motiverend. De houding van de therapeut (door meneer Lodewijks omschreven als ‘klagen heeft consequenties’) had een gunstige uitwerking op hem.*

*Er was echter niet alleen maar lof. Cliënt rapporteerde ook onvrede: over de volle agenda van de therapeut en over de manier waarop de therapie was beëindigd. Aan de ene kant vond hij het goed dat het afgesproken aantal zittingen (tien) niet ver was overschreden, maar anderzijds had hij het gevoel te snel te zijn losgelaten.*

*Cliënt en therapeut beschouwden de therapie beiden als succesvol. De gestelde doelen waren bereikt. Ten tijde van het onderzoek ging het in grote lijnen goed, maar volgens meneer Lodewijks ontbrak er innerlijk nog iets aan dat hij moeilijk kon omschrijven.*

### **Depressieve klachten en dissociatieve kenmerken, 46 zittingen (mevrouw Mos, 45, huisvrouw)**

---

*Mevrouw Mos kwam na een opname (o.a. vanwege een psychose), gevolgd door dagbehandeling, in (na)behandeling. Zij woonde samen met haar man, die zes kinderen uit een eerder huwelijk had. Hoewel zij de kinderen graag mocht, voelde zij zich niet thuis in deze situatie en niet gewaardeerd door haar echtgenoot. De behandeling bestond uit een mengeling van gezinsgesprekken, gesprekken met de partner erbij en individuele gesprekken. De kern bestond uit het versterken van haar zelfvertrouwen, dat door affectieve verwaarlozing in haar jeugd en door het samenleven met haar huidige, nogal dominante, man miniem was geworden.*

*Het eerste cruciale voorval deed zich volgens cliënte voor aan het einde van de eerste zitting, toen de therapeut haar bij het weggaan een schouderklopje gaf. Ze had niet veel vertrouwen in de hulpverlening, maar dit had haar ontroerd en vertrouwen gegeven. Een tweede incident gebeurde tijdens een rollenspel. Ze kreeg opeens inzicht in zowel de positieve als de negatieve kanten van haar zelfbeeld. Het derde incident deed zich voor nadat de therapeut een pauze van drie maanden tussen de zittingen had ingelast. Aanvankelijk was ze hier kwaad over geweest. Later merkte zij dat het haar vertrouwen in zichzelf had gegeven, aangezien ze deze periode op eigen kracht uitstekend was doorgekomen.*

*In het algemeen had cliënte de feedback van de therapeut, het huiswerk in de vorm van de stemmingsmeter en het zoeken van afleiding bij depressieve gevoelens als prettig ervaren. Thuis zette de therapie zich voort, doordat ze alles opschreef en daarbij de gevoelens uit de zitting herbeleefde. Toch vond zij dat de persoonlijke eigenschappen van de therapeut (integriteit, menselijkheid, relativiseringsvermogen, informele houding en het geruststellen door te ventileren dat ze best problemen mocht hebben) meer de doorslag hadden gegeven dan de technieken. Als negatief punt noemde zij dat de zittingen soms erg kort duurden.*

*Mevrouw Mos was in totaal negen jaar in therapie geweest (de laatste jaren op infrequente basis). Uiteindelijk was ze ermee gestopt, omdat ze van mening was dat ze het nu eens alleen moest doen en het gevoel had dit aan te kunnen. Hoewel ze de therapie indertijd als geslaagd had beschouwd, was ze over het uiteindelijke resultaat niet bijster positief. Ze vertelde dat ze wel inzicht had gekregen maar dat dit niet veel had opgelost. Ze was nu weer depressief en dacht erover opnieuw contact met de therapeut op te nemen. De therapeut beschouwde deze therapie wel als geslaagd.*

### **De cruciale voorvallen**

Hoewel voorafgaand aan het interview met de respondenten het conceptuele verschil tussen een cruciaal voorval en een belangrijke therapie- of therapeutvariabele was besproken, hebben zij dit onderscheid niet allen op dezelfde wijze doorgevoerd (zoals blijkt uit het voorgaande). Sommigen beschouwden belangrijke repeterende

gebeurtenissen als een cruciaal voorval, anderen brachten deze onder bij de 'therapievariabelen'.

Van de 36 als cruciaal beschouwde voorvallen, brachten 33 een positieve verandering teweeg en drie een negatieve verandering, alledrie bij de heer Hermans (scheiding). Twee cliënten noemden geen enkel 'cruciaal voorval'. Volgens de heer Jansen was het een continu proces geweest zonder bepaalde doorbraken en volgens de heer Koning hadden zich geen veranderingen voorgedaan, tot het moment dat werd besloten dat het beter was om een ander soort behandeling te beginnen (farmacologisch i.p.v. psychologisch). Deze behandeling kan men beschouwen als een voorbeeld van een noodzakelijke strategiewijziging (Methorst & Ploos van Amstel, 1989).

**Tabel 1 Schematische weergave van de gegevens van cliënten.**

Cliënten	Klachten	Duur van de klachten	Eerder therapie?	Aantal sessies	Duur van de therapie	Nabehandeling
Hr. Amsen & Mevr. Bos	relatieproblemen	12 jr.	nee	4	<1 jaar	nee
Mevr. Calis & Hr. Dijkman	relatieproblemen	aantal jr.	nee	8	<1 jaar	nee
Hr. & mevr. Frank	relatieproblemen	±15 jr.	ja	14	<1 jaar	nee
Mevr. Groot	relatieproblemen	±10 jr.	ja	20	1-2 jaar	nee
Hr. Hermans	relatieproblemen	±4 jr.	nee	15	<1 jaar	nee
Mevr. Iepenburg (1e keer)	relatieproblemen	±6 jaar	nee	20	1-2 jaar	ja
Mevr. Iepenburg (2e keer)	paniekstoornis	paar maanden	ja: 8 jr. psychodyn.	6	<1 jaar	nee
Hr. Jansen	sociale angst, spanning	±3 jaar	ja: inzichtgevend	8	<1 jaar	ja
Hr. Koning	depressie	±1,5 jaar	nee	5	<1 jaar	ja
Hr. Lodewijks	levensproblemen	aantal jr.	ja	13	1-2 jaar	ja
Mevr. Mos	depressie	±20 jr	ja: opname	46	±9 jaar	nee

Meer dan de helft (19) van de cruciale voorvallen had betrekking op handelingen of uitspraken van de therapeut. Feedback en confrontatie bleken belangrijke therapeutische elementen te zijn, met name bij cliënten met relatieproblemen. Met 'feedback' wordt hier bedoeld: heretiketteren van gedrag, en de interpretaties van de therapeut die het functioneren en de onderlinge communicatiepatronen van cliënten betreffen. Het confronteren van de partner door de therapeut werd in drie gevallen beschouwd als doorslaggevend voor het succes, terwijl het in het vierde geval leidde tot een versneld scheidingsproces.

Overigens bleek dat het effect van de confrontaties in eerste instantie niet als positief werd beleefd. Boosheid en verongelijkt voelen waren de eerste emoties. Deze verdwenen later, als de cliënten de waarde van de confrontatie inzagen doordat zij zich bewuster werden van eigen gedrag, waardoor ze beter met hun problemen konden omgaan.

Opvallend was het cruciale voorval dat mevrouw Mos noemde: het schouderklopje na de eerste zitting, dat zij zich (in tegenstelling tot de therapeut) tien jaar later nog kon herinneren.

Negen cruciale voorvallen hadden te maken met huiswerkopdrachten of oefeningen tijdens de zitting. Hierbij moet worden ingecalculeerd dat deze voornamelijk op conto van twee respondenten kwamen (meneer Lodewijks en mevrouw Iepenburg).

Vijftien van de 36 door cliënten genoemde cruciale voorvallen werden ook door de behandelaar genoemd. De meeste andere voorvallen die de therapeut zich herinnerde werden door de cliënten weliswaar niet benoemd als 'cruciaal voorval', maar wel als behorend bij een belangrijke algemene factor. Voor een uitgebreide beschrijving van de vergelijking tussen de door de therapeut genoemde cruciale voorvallen en die van de cliënten wordt verwezen naar Bond en Brugman (1989).

### ***Algemene invloeden: positieve therapie/therapeut-variabelen***

In totaal werd door de dertien cliënten 52 keer gememoreerd aan bepaalde algemene aspecten die zij in de therapie als belangrijk hadden ervaren. Hieronder vallen niet de eigenschappen die zij aan de behandelaar toegeschreven. Daarop komen we apart terug. De meest voorkomende algemene aspecten worden hieronder besproken.

Tien respondenten noemden huiswerkopdrachten, waarbij vooral de registratieopdrachten als belangrijk waren ervaren. Zij kregen door het registreren van irritaties, angsten of spanningen inzicht in het eigen functioneren en/of in de relatie. De cliënten met relatieproblemen waren in het bijzonder enthousiast over de stemmingsmeter. Twee cliënten memoreerden het belang van afleidingsopdrachten bij de aanpak van hun (individuele) problemen.

Negen cliënten refereerden aan interventies van de therapeut tijdens de zitting. Evenals bij de cruciale voorvallen ging het hierbij vaak om inzichtgevende feedback (cognitief herstructureren, verduidelijken van patronen). Het feit dat de therapeut hen regelmatig stimuleerde om in concrete termen over hun problemen en mogelijke oplossingen te praten, werd ook vaak als belangrijk bestempeld. Ditzelfde geldt voor het stellen van duidelijke doelen. Bij de cliënten waarbij een beperkt aantal zittingen was afgesproken, waren de meesten (maar niet iedereen) hierover te spreken. Voor de precieze cijfers waarop deze en de volgende beschouwingen zijn gebaseerd zij (opnieuw) verwezen naar Bond en Brugman (1989).

De partners die in relatietherapie waren geweest, bleken sterk overeen te stemmen in wat er in de behandeling belangrijk was geweest: de stemmingsmeter, de registratieopdrachten, het bespreken van de problemen in de zitting en feedback daarover.

Er was ook gevraagd of er aan het functioneren van hun behandelaar aspecten waren die zij in positieve zin van belang hadden geacht voor de behandeling. In totaal werden 31 positieve aspecten gememoreerd. Tien daarvan kwamen voor rekening van twee cliënten (mevrouw Mos en meneer Lodewijks). Er waren geen cliënten die geen enkel aspect noemden.

Zes cliënten noemden de zakelijke, directe en doelgerichte houding van hun behandelaar als essentieel. Zij stelden de duidelijkheid en zorgvuldigheid van de therapeut op prijs, ze vonden het belangrijk te weten waar ze aan toe waren. Een aantal respondenten

beschreef het als plezierig dat de behandelaar afwijkend was van het stereotype beeld van de psychotherapeut. Mevrouw Amsen vond bijvoorbeeld dat het niet 'zo'n zweverig type' was. Een ander (mevrouw Mos) zei dat ze het erg prettig had gevonden dat de therapeut zo menselijk was en niet zo'n 'vleesgeworden boek', zoals ze eerder had meegemaakt.

Door vier cliënten werd genoemd dat de persoonlijke mening van de therapeut belangrijk voor hen was geweest. Dat de behandelaar diens eigen mening gaf, de waarheid tegen iemand zei, duidelijk diens grenzen liet zien en openheid toonde, werd door de cliënten als prettig ervaren. Zij hadden hierdoor meer vertrouwen in de therapie.

De meeste cliënten refereerden aan een of meer aspecten van een motiverende houding: stimuleren door aanmoediging, steun (soms specifiek, bijv. door de stoel dichterbij te schuiven), betrokkenheid en tevredenheid tonen over bereikte resultaten, het gevoel geven dat zij niet de enige waren met dit soort problemen.

De eerste indruk van de cliënten over de therapeut bleek in bijna alle gevallen aan het einde nog te bestaan. Alleen één cliënt (meneer Jansen) wijzigde zijn opvattingen. Hij vond de therapeut in het begin gesloten en te zakelijk. Hij vond diens houding een forse overgang na de voorafgaande, Rogeriaanse, therapie. Gaandeweg had de therapeut echter zijn vertrouwen gewonnen en kon hij diens humor zelfs waarderen.

### ***Algemene invloeden: negatieve therapie/therapeut-variabelen***

Acht van de dertien respondenten noemden geen negatieve aspecten van de behandelingstechnieken. De overige vijf noemden gezamenlijk zes negatieve kanten aan de behandelingsaanpak. Tweemaal betrof het een niet-gelukte 'modeling' en tweemaal een te geringe frequentie van de zittingen. Opvallend was dat degene die het meest (150%) tevreden was over het resultaat (meneer Frank), hoorde bij degenen die de meeste klachten hadden over de ondergane therapie (te oppervlakkig en te lange duur tussen de zittingen). Ten aanzien van de niet-succesvolle behandelingen was er maar één respondent die kritiek had op de therapeutische gang van zaken. Deze cliënt (meneer Koning) vond het huiswerk 'niet geraffineerd'.

In totaal werd door tien cliënten negentien keer gerefereerd aan aspecten van de therapeut die zij als negatief hadden ervaren. (Drie noemden geen enkele negatieve kant van de therapeut.) Meer dan de helft van de kritische opmerkingen kwam op rekening van drie cliënten (meneer Jansen; meneer en mevrouw Frank). Het meest negatief waren laatstgenoemden. De therapeut toonde volgens hen wel professionele betrokkenheid, maar de benadering vonden ze weinig persoonlijk. Zijn methoden vonden ze echter prima, en – in tegenstelling tot de therapeut die deze behandeling als 'mislukt' had genoteerd – waren ze tevreden met het resultaat. Twee cliënten (meneer Jansen en mevrouw Frank) namen het de therapeut zeer kwalijk dat hij hen niet had opgebeld nadat zij een afspraak niet waren nagekomen. Zij zagen dit als een uiting van 'niet-betrokken zijn'.

Vijf cliënten memoreerden momenten dat de therapeut te weinig aandacht aan een bepaald probleem had geschonken. Bij drie van de vijf gold dit niet het probleem

waarvoor ze in therapie waren gekomen. Overigens verweten zij zichzelf dat zij niet duidelijker hadden aangegeven waarover ze wilden praten.

Twee personen (meneer Jansen en meneer Lodewijks) waren niet te spreken over de volle agenda van de therapeut. Volgens hen had dit echter geen direct negatief effect gehad op het therapeutische proces. Het is opmerkelijk dat de cliënten bij wie de behandeling ook door henzelf als mislukt werd beschouwd (meneer Koning en meneer Hermans) geen enkele negatieve therapeut-variabele noemden.

## Discussie

### *Beoordeling van het resultaat van de behandelingen*

Bond en Brugman (1989) geven een overzicht in tabelvorm van de beoordeling die cliënten en therapeut gaven aan het resultaat van de behandeling. In verreweg de meeste gevallen stemden zij overeen. Er waren echter een paar discrepanties. Ten aanzien van mevrouw Mos was de therapeut heel tevreden. Gezien haar geringe draagkracht achtte de behandelaar het resultaat, dat de relatie met haar partner was verbeterd en zij zonder depressies of psychoses redelijk onafhankelijk functioneerde, als het maximaal haalbare. Zijzelf was echter behoorlijk ontevreden, omdat haar problemen niet helemaal waren verdwenen.

Ten aanzien van het echtpaar Frank lag de discrepantie andersom. De therapeut had er bij het afsluiten van de behandeling weinig fiducia in gehad dat de geringe verbeteringen zouden standhouden. De cliënten rapporteerden echter het tegendeel: het resultaat was volgens meneer zelfs als 150 procent te betitelen.

Twee behandelingen waren formeel gezien 'mislukkingen' en leverden als zodanig geen discrepante beoordeling op. Toch kan men bij de beoordeling kanttekeningen zetten. De psychologische behandeling van de vitaal-depressieve man (meneer Koning) was inderdaad niet gelukt. Maar men zou ook kunnen zeggen dat de therapeut, die van begin af aan had aangedrongen op een farmacologische behandeling, vijf zittingen nodig had om de cliënt te motiveren voor een verwijzing in die richting. En, aangezien dit vervolg succes had, is de eerdere behandeling niet voor niets geweest. Dit geldt ook voor de andere 'mislukking' (de relatietherapie met meneer Hermans en partner). Omdat herstel van de relatie het aanvankelijke doel was geweest, is de behandeling formeel gezien mislukt. Ons inziens begrijpelijk beschouwde cliënt de behandeling achteraf als geslaagd, aangezien zijn ex-vrouw zich zeer negatief en zelfzuchtig opstelde en het goed voor hem was dat hij daar niet verder in mee was gegaan: een visie die door de therapeut werd gedeeld.

Resumerend kunnen we stellen, dat wanneer het vooraf gestelde doel niet is bereikt, men van een mislukking moet spreken, maar dat er gevallen zijn waarin de beoordeling niet zo simpel is.

### ***Beoordeling van de aard van de behandelingen***

Het is opmerkelijk hoeveel cruciale voorvallen en andere therapie-ingrediënten de cliënten zich geruime tijd na afloop nog herinnerden. De 'impact' van directieve therapie is misschien groter dan we vaak veronderstellen. Een positief punt voor de directieve therapie is dat de respondenten stelselmatig aangaven het plezierig te vinden dat er ook tussen de zittingen hard was gewerkt (in plaats van alleen praten).

Sommige cliënten rangschikten bepaalde terugkerende interventies onder 'cruciale voorvallen', waar anderen dergelijke aspecten als meer algemene therapie-variabelen beschouwden. Een voorbeeld zagen we bij meneer Lodewijks: de manier van afscheid nemen na elke zitting hoorde zijns inziens bij de cruciale voorvallen. Wanneer we de door de cliënten als cruciaal beschouwde voorvallen en de wat algemenere kanten bij elkaar beschouwden, dan valt op dat cliënten zich opmerkelijk veel herinneren en dat er (in het geval van relatietherapieën) een vrij grote overeenstemming is tussen de partners onderling. Er is tevens veel overeenstemming tussen de cliënten en hun therapeut. Circa drie kwart van wat de cliënten noemen aan therapeutische interventies is ook door de betreffende behandelaar genoemd als van groot belang in de behandeling.

De resultaten suggereren, dat in de directieve therapie specifieke interventies door cliënten wel degelijk van groot belang worden geacht voor het resultaat. Dit wijkt af van de gegevens die Llewelyn en Hume (1979) verkregen bij cliënten die een gedragstherapie of een psychodynamische therapie hadden ondergaan. De gegevens wijzen er echter ook op dat directieve therapie meer is dan alleen slimme huiswerkopdrachten. Hoewel sommige daarvan zeer goed aansloegen (zoals registratieopdrachten en gedragscontracten), blijkt dat andere bronnen van inzicht vaak crucialer voor de cliënten waren. Het gaat dan om confrontaties of andere feedback over hun functioneren, en de steeds terugkerende manier waarop de therapeut de cliënten stimuleerde tot het concretiseren van de problematiek en de mogelijke oplossingen. (Met name bij de relatietherapieën was dit het geval.) Dit illustreert de 'link' die er bestaat tussen cognitieve therapie en directieve therapie (Lange, 1991; Lange, 1994a, par. 3.5). Het onderstreept ook dat de tegenstelling directief/inzichtgevend een onzinnige tegenstelling is. De cliënten waren vooral te spreken over de inzichten die ze hadden verkregen uit de combinatie van feedback en huiswerk.

### ***Beoordeling van de therapeut***

Over het algemeen laten de cliënten zich positief uit over hun behandelaar: deskundig, 'zichzelf', direct, menselijk, en open over zichzelf. Interessanter dan deze constatering zijn sommige opvallende discrepanties. Het is bijvoorbeeld opmerkelijk dat twee cliënten (mevrouw en meneer Frank, zoals we al zagen) wel zeer tevreden waren over het resultaat en over de deskundigheid van de therapeut, maar absoluut niet over een aantal van zijn methoden en over hem als persoon (onpersoonlijk, onbetrokken). Dit illustreert dat niet alles wat goed voor cliënten is, de behandelaar ook populair maakt. Het omgekeerde lijkt evenzeer waar. Twee van de drie 'mislukte cliënten' hebben geen enkel verwijt ten aanzien van hun behandelaar; niet jegens de methoden en niet jegens de persoon. Misschien hadden zij er vrede mee, dat er niet meer in zat dan er is uitgekomen, en waren het ook geen echte mislukkingen.



De als negatief ervaren punten leveren een concrete aanbeveling op: wanneer cliënten die in het algemeen trouw op de zittingen verschijnen eens niet opdagen, is het verstandig hen op te bellen. Wanneer men dit achterwege laat (bijv. uit strategische overwegingen), bestaat er een grote kans dat cliënten dit zien als een uiting van een onbetrokken houding van de therapeut.

### ***Duur van de behandeling***

Er waren gemiddeld veertien zittingen met deze cliënten. Bij het beoordelen van dit cijfer kunnen we incalculeren dat er een 'uitbijter' (mevrouw Mos) was (46 zittingen over 9 jaar verdeeld). Als we haar niet meerekenen waren er gemiddeld elf zittingen, wat overeenkomt met de constatering van Van der Velden (1989b) dat de meeste directieve therapieën na zo'n twaalf zittingen kunnen worden afgesloten. De behandeling met mevrouw Mos illustreert echter, dat het ook in directieve therapie wenselijk kan zijn behandelingen langdurig door te laten lopen, zeker als dit per jaar relatief weinig zittingen kost en er tussen cliënt en behandelaar overeenstemming blijft over de doelstelling.

Tegenover de extreem lange behandeling van mevrouw Mos stond de korte behandeling (vier zittingen) van mevrouw Amsen en haar partner, de heer Bos. Deze geringe duur was des te opmerkelijker, aangezien de klachten al twaalf jaar bestonden. Dit onderstreept het elders gevonden gegeven dat de duur van klachten niet noodzakelijkerwijs een voorspeller is van het aantal benodigde zittingen (Emmelkamp & Van den Hout, 1983).

### ***Tekortkomingen van het onderzoek***

We kunnen op grond van dit onderzoek niet veel pretenties hebben. Het gaat maar om een kleine steekproef van cliënten, die pas achteraf uit het bestand is getrokken. Bovendien heeft er een zekere selectie plaats gehad: dertien van de twintig aangeschreven ex-clieënten (65%) konden en wilden meedoen. Op zich is dat een behoorlijke respons-rate, maar er kan vertekening zijn opgetreden: relatief meer niet-geslaagde behandelingen en negatieve herinneringen bij degenen die niet aan het onderzoek meededen. Het gaat er ons echter niet om conclusies te trekken over de populatie van directieve behandelingen. Het gaat veeleer om een schets van het soort gedachten en evaluaties ten aanzien van directieve therapie die bij ex-clieënten kunnen voorkomen.

Een onderzoek als dit zou natuurlijk aan gewicht winnen als het zou worden uitgevoerd bij cliënten met meer uiteenlopende klachten. Misschien zouden dan aspecten naar voren komen die nu in het geheel niet aan bod kwamen (zowel in positieve als negatieve zin). Het zou ook interessant zijn wanneer een onderzoek als dit bij representanten van andere therapierichtingen zou worden uitgevoerd. Het zou ook fraaier zijn als van tevoren met cliënten zou worden overeengekomen dat zij meewerken aan de follow-up-interviews, ongeacht het verloop van de behandeling.

Het valt te bezien of onderzoekers op dit terrein gebruik moeten blijven maken van interviewers, of dat er vragenlijsten kunnen worden ontwikkeld die hetzelfde aan het

licht brengen. Vragenlijsten leveren iets minder gevaar op voor sociaal-wenselijke antwoorden en zijn minder arbeidsintensief. Beschouwing van recente overzichtspublikaties over onderzoek naar therapieprocessen en therapeutvariabelen stemt echter weinig tevreden over wat vragenlijstonderzoek in dit opzicht aan de weet brengt (Beutler, Machado & Allstetter Neufeldt, 1994; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Bovendien blijkt uit de antwoorden van de geïnterviewden op de vraag wat zij van het interview vonden, dat het doorvragen van de interviewers en het persoonlijk contact van groot belang is geweest voor de kwaliteit van hun medewerking (Bond & Brugman, 1989).

---

### Abstract

*Thirteen patients who had recently terminated directive therapy, and their therapist, were given a structured interview about the aspects of their treatment that they experienced as either positive or negative. Critical incidents and more general aspects of both therapy and therapist were identified. The results show that the well-known characteristics of directive therapy, such as homework assignments, were regarded as important; yet, more importance was attributed to the moments during the sessions when patients gained certain insights as a result of what the therapist said or did. In the discussion, attention is focused both upon this and upon some rather unusual discrepancies in the statements of the patients.*

### Referenties

- Beutler, L.E., Machado, P.P.P., & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In: E.E. Bergin & S.L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change*. New York: John Wiley & Sons.
- Bond, J., & Brugman, M. (1989). 'Critical incidents' tijdens directieve therapie. Amsterdam: Vakgroep klinische psychologie, UvA.
- Dyck, R. van, Lange, A., & Velden, K. van der (1980). Mislukte directieve behandelingen. In: K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dyck, R. van (1986). *Psychotherapie, placebo en agressie*. Leiden: Academisch proefschrift.
- Elliott, R., James, E., Reimschuessel, C., Cislo, D., & Sack, N. (1985). Significant events and the analysis of immediate therapeutic impacts. *Psychotherapy*, 22, 620-630.
- Emmelkamp, P.M.G., & Hout, M. van den (1983). Failure in treating agoraphobia. In: E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Failures in behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Greenberg, L.S., James, P.S., & Conry, R.F. (1988). Perceived change processes in emotionally focused couples therapy. *Journal of Family Psychology*, 2, 5-23.
- Lange, A. (1980). Timing. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (1989). De behandeling van een vrouw met haartrekken; met commentaar van de cliënte. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Lange, A. (red.) (1991). *Themanummer cognitieve therapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lange, A. (1994a). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A. (1994b). Een behandeling van chronische angst om te plassen. *Directieve therapie*, 14, 2, 77-89.
- Llewelyn, S.P., & Hume, W.I. (1979). The patient's view of therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 29-35.
- Methorst, G., & Ploos van Amstel, E. (1989). Veranderen van strategie - enkele richtlijnen. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Omer, H. (1994). *Critical interventions in psychotherapy*. New York: Norton.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - Noch einmal. In: E.E. Bergin & S.L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change*. New York: John Wiley & Sons.

- Velden, K. van der (red.) (1977). *Directieve therapie 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der (red.) (1980). *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der (red.) (1989a). *Directieve therapie 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der (1989b). Inleiding: ontwikkelingen in de directieve therapie. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.