



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

Stand van zaken in de directieve therapie

Alfred Lange*

Samenvatting

Enkele trends in de huidige psychotherapie (korte therapie, integratie, aandacht voor therapeut/cliënt-relatie, aandacht voor cognitieve factoren, gebruik van psychofarmaca, afname van paradoxale strategieën, afname van aandacht voor relationele factoren, en toenemende aandacht voor geprotocolleerde behandelingen) worden vergeleken met de standpunten die in de beginjaren van de directieve therapie domineerden en de huidige opvattingen binnen de directieve therapie.

Je hebt je erin gewerkt, vriendje, tot over je oren heb je je erin gewerkt, peinsde Oblomov, terwijl hij hem nakeek. En nu is hij blind en doof en stom voor al het andere in de wereld. Maar hij zal het ver brengen, over een tijdje zullen hem belangrijke dingen worden opgedragen en zal hij een hoge post bekleden... En dat noemen we carrière maken. Maar wat is daar maar een klein deel van de mens bij nodig. Wat doet hij met zijn geest, zijn wil, zijn gevoelens? Louter luxe is dat! En straks is zijn leven voorbij, zonder dat er veel in hem omgegaan is... (uit: I.A. Gontsjarov: *Oblomov*, Van Oorschot, 1958, pag. 28).

Inleiding

Het is nu ruim twintig jaar geleden dat ik een briefje kreeg, van een mij op dat moment onbekende heer. Het briefje zag er als volgt uit:

Geachte heer Lange, Hierbij een overdrukje van een artikel waarin een werkwijze wordt besproken, die naar ik uit uw publicatie in T.M.W. opmaak, [bedoeld is het Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk, AL], zeer verwant aan de uwe. Behalve dat ik zeer geïnteresseerd ben in uw eventueel commentaar vraag ik me ook af of er van uw kant belangstelling bestaat voor nader contact over dit soort onderwerpen.

Met vriendelijke groeten,

R. van Dijck (toen nog met ij, AL)

De artikelen waar de heer Van Dijck op doelde hadden als titels respectievelijk 'Opdrachten in huwelijks therapie' (Lange, 1972) en 'Kontrakten en opdrachten in relatietherapie' (Lange & Van der Hart, 1973). Er kwamen zaken in voor die in de latere directieve therapie centraal zouden staan: een eclecticische kijk, het geven van opdrachten (wat toen nog helemaal niet zo vanzelfsprekend was), en het vinden van

* PROF. DR. A. LANGE is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam, Roeterstraat 15, 1018 WB Amsterdam

een positieve etikettering voor de klachten. Milton Erickson had ons al danig beïnvloed, onder meer met zijn prachtige artikel over een 'bedwetting couple' (Erickson, 1971), en ook de paradoxale opdrachten van Haley drukten hun stempel op ons werk (Haley, 1963, 1967, 1973). 'Ons' slaat op Onno van der Hart en mijzelf. Wij vormden toen een twee-eenheid die een brug probeerde te slaan tussen de orthodoxe gezinstherapie en de gedragstherapie.

Terug naar het briefje. We besloten aan de uitnodiging om te bellen gehoor te geven. Wat kon ons gebeuren? De man aan de telefoon sprak aarzelend maar niet onvriendelijk. We wisten toen nog niet dat dit zijn handelsmerk was en dat (in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht) het permissieve taalgebruik een kenmerk van de directieve therapie zou worden. We maakten een afspraak. Hij zou nog een paar kornuiten meenemen die er net zo over dachten als hij. Ik zie ons nog in de auto op weg naar Oegstgeest: strategieën bedenkend voor elke configuratie die zich zou kunnen voordoen. Van de inhoud van de bijeenkomst weet ik me niet zoveel te herinneren, wel van de sfeer. Dick Oudshoorn vonden we het meest sympathiek; een aardige deskundige man. Van der Velden vonden we maar een rare kerel, met weinig respect voor zijn cliënten. Ook Hoogduin maakte een cynische indruk. Joele bleef een beetje op de achtergrond, en Van Dijk was door het gastheerschap kennelijk verhinderd zijn stempel op het gesprek te drukken.

Op die middag in Oegstgeest werd het *Tijdschrift voor Directie Therapie (TDT)* opgericht. Een tijdschrift met zeven redacteuren, de enige abonnees tevens. Het blad kwam in het begin ongeveer viermaal per jaar uit. Elk nummer werd gevierd met een gezamenlijk etentje van redacteuren en lezers, waarbij ieders bijdrage vrijwel onvoorwaardelijk mocht rekenen op bijval van de anderen. Egoversterking was een belangrijk kenmerk.

In 1981 kreeg *TDT* een serieuze broer: het *Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose* (later kortweg *Directieve therapie* genaamd). Voor het grote publiek, voor de carrières, kortweg voor de stand van zaken in de directieve therapie, leek dit een goede zaak. Voor *TDT* zelf was dit niet het geval; het werd steeds meer een eerste 'draft' van iets dat later 'echt' gepubliceerd zou worden. Het sprankelende ging er een beetje af. De tand des tijds sloop erin en het blad stierf een zachte dood in 1994, nadat het aantal uitgebrachte nummers jaarlijks steeds minder was geworden en twee redacteuren zich hadden teruggetrokken, de een slechts tijdelijk. Ik vertel niet wie dit waren.

Ik wil de stand van zaken in de directieve therapie vandaag niet bespreken aan de hand van hoogdravende wetenschappelijke artikelen, maar door trends die er nu heersen te vergelijken met wat wij in ons enthousiasme in de eerste *TDT*-jaren verkondigden.

De trends

Trend nummer 1: Korte therapieduur

Veel officiële stukken verkondigen tegenwoordig dat psychotherapie te duur is; er moet gestreefd worden naar kortdurende behandelingen. De tijd dat er zonder blikken of blozen jaren psychoanalyse of andersoortige therapieën werden vergoed, lijkt in rap tempo te verstrijken. Eerst zullen de vrijgevestigden eraan moeten geloven. Later zullen

ook de Riagg's en poliklinieken zich moeten verantwoorden als therapieën meer dan vijftien zittingen in beslag nemen.

Wat hebben wij hierover in de jaren zeventig vermeld?

Een discussie tussen Polak en onze voorman Van Dijck in oktober 1977 is in deze verhelderend. Polak probeerde de vloer met ons aan te vegen, omdat alleen langdurige inzichtgevende therapie (lees: psychoanalyse) emanciperend zou zijn. Met de hem kenmerkende vasthoudendheid riposteert Van Dijck als volgt:

Sommige cliënten hebben niet de belangstelling of het geduld om deze indirecte weg te bewandelen, anderen volgen de therapeut (de inzichtgevende therapeut) op de weg naar de dieper liggende problemen, maar behouden desondanks hun symptomen. Bij deze groepen van patiënten, die beslist geen zeldzaamheid zijn, kan het alleen maar anti-emancipatoir uitpakken door te blijven vasthouden aan een strategie waarbij het direct en indirect aanpakken van symptomen vermeden wordt (Van Dijck, 1977, p. 79).

Juist onze korte behandelingen waren volgens hem emanciperend, want die waren immers voor iedereen beschikbaar. De tijd lijkt ons hierin gelijk te geven, al is een kanttekening wel op zijn plaats. Het is immers de vraag of de directieve therapie wel zo blij moet zijn met de drastische inperking van het aantal uren. Het lijkt bijna alsof we ons doel voorbij zijn geschoten, en onze opvattingen gebruikt worden om behandelingen die wat meer vergen dan de doorsnee om zeep te brengen.

Leen Joele wees al in 1978 op het gevaar van al te veel nadruk op het kortdurende. De kreet 'het aantal zittingen wordt beperkt gehouden' vond hij toen al wat al te krijgshaftig. Juist de therapeut die zijn aanpak baseert op pragmatische overwegingen, zal soms met cliënten lang doorgaan. Joele noemt dan verschillende categorieën van cliënten waar dat nodig is. Bijvoorbeeld de adolescent 'in de groei', bij wie tijdens de therapie steeds nieuwe problemen ontstaan, en de cliënten die (zonder terug te vallen in oude kwalen) gestadig maar langzaam blijven verbeteren. Het zou jammer zijn als de directieve credo's ertoe leiden dat dergelijke mensen verstoken blijven van een wat langere begeleiding.

In dit verband is een follow-up-onderzoek interessant, dat De Beurs, Van Balkom, Van Dyck en Lange (in review) uitvoerden naar de effecten van een kortdurende geprotocolleerde behandeling van agorafobie. Zoals gebruikelijk waren de resultaten van exposure en ook van medicatie na twaalf weken behandeling behoorlijk positief. De patiënten verbeterden vrijwel op alle metingen, inclusief een gedragsmaat. Echter, slechts een minderheid was vrij van klachten bij de nameting. Twee jaar later werden de patiënten opnieuw opgezocht, en geïnterviewd. Maar liefst zeventig procent bleek nabehandeling gehad te hebben, met een gemiddelde duur van twaalf zittingen.

Het is opvallend dat dergelijke langere follow-ups in de literatuur zelden worden aangetroffen, en het relativeert de absolute waarde van het credo van korte therapie.

Trend nr. 2: Integratie van stromingen

In 1992 rapporteerden Omer en Dar in het *Journal of Consulting and Clinical Psychology* een interessante inhoudsanalyse van driemaal twee jaargangen van dat blad: '67-'68, '77-'78 en '87-'88. Zij vonden een duidelijke afname van door theorie geïnspireerde artikelen, en een toename van artikelen waarin pragmatische behandelingspakketten op hun waarde werden onderzocht. In zijn speech voor het *Dth*-jubileum in 1985 refereerde Sol Garfield (Garfield, 1986) aan dezelfde trend: een toenemende neiging om elementen van verschillende theoretische kaders te integreren. De neiging tot integratie zien we ook terug in het feit dat er een *Journal of Psychotherapy Integration* is opgericht, en dat er een prestigieus *Handbook of psychotherapy integration* is uitgegeven, onder redactie van Norcross en Goldfried (1992). Zelfs bij therapiestromingen die vroeger nogal orthodox in de leer waren, bijvoorbeeld de gezinstherapie, heeft het integratievirus toegeslagen. Dit blijkt bijvoorbeeld in een recent themanummer over de effectiviteit van gezinstherapie in het *Journal of Marital and Family Therapy*. Zich baserend op een aantal meta-analyses, wijzen Pinsof en Wynne (1995) op diverse gebieden waar gezinstherapie sec weinig effectief is, zoals depressie, schizofrenie en verslaving. Alleen in combinatie met individuele technieken kan gezinstherapie hier een extra waarde hebben.

Wat hebben wij over integratie vermeld? Te veel om op te noemen. Vanaf het begin hebben wij bijvoorbeeld een lans gebroken voor het combineren van concepten uit de communicatietheorie (Haley stond hoog op onze verlanglijst) met de permissieve hypnotherapie van Milton Erickson (Van Dyck was zelfs op bedevaart naar hem gegaan; enkele anderen kwamen wat dat betreft net te laat) en met leertheoretische concepten (bijv. responspreventie). Hooguit de psychoanalytische ingrepen kwamen er wat bekaaid van af.

Eclectisch is de directieve therapie nog steeds. Een mooi voorbeeld daarvan zien we in een recent artikel van Peters, Hoogduin, Verbraak en Methorst (1996). In de daar beschreven behandelingen van ernstige dwang, wordt gebruik gemaakt van uitgekende combinaties van cognitieve gedragstherapie, farmacotherapie, en het inschakelen van de omgeving.

Trend nr. 3: Aandacht voor de therapeut/cliënt-relatie

Er is in de laatste jaren flink veel onderzoek gedaan naar het belang van de relatie tussen de therapeut en zijn of haar cliënt (zelden wordt hierbij de term 'patiënt' gebruikt). Het zal weinigen zijn ontgaan dat er in de directieve therapie al in de beginjaren een lans werd gebroken voor het optimaliseren van de verhouding tussen cliënt en therapeut. Waar anderen bij mislukkingen plachten te spreken van ongemotiveerde cliënten (hun fout), legden de directieve therapeuten de causaliteit bij de behandelaar die er niet in was geslaagd de cliënt voldoende te motiveren. Van der Velden, bijvoorbeeld, kon zich weleens vrolijk maken over 'grappige' kanten van patiënten (hij bleef ze consequent patiënten noemen), maar aan de andere kant stelde hij met ons regelmatig het gebrek aan hoffelijkheid, acceptatie, respect, enzovoort (kortom fatsoen) waarmee patiënten vaak werden bejegend, aan de kaak. De lijdensweg van mejuffrouw Van Effen door het land van RIAGG's en psychiatrische poliklinieken is daarvan een schokkende getuigenis (Van der Velden, 1989). Toen het in de

gebruikelijke psychotherapie nog in zwang was om psychologische problemen vooral te benoemen als topjes van ijsbergen, maakte de directieve therapie zich sterk voor het positief etiketteren: een krachtig middel om patiënten het zelfrespect te geven dat zij nodig hebben om iets aan hun moeilijkheden te gaan doen. Een voorbeeld dat ik u niet wil onthouden, geeft Van der Hart in 1977. Ik zal het letterlijk weergeven.

Het betreft een gezinstherapie met een systeem dat bestaat uit een 45-jarige vrouw, haar 35-jarige vriend en haar zestienjarige dochter. Dochter is de jongste van vier kinderen, en de laatste die nog thuis woont. Het gezin heeft een moeilijk verleden. Moeder is van vader gescheiden, vader is overleden, moeder heeft diverse opnames achter de rug, de kinderen – ook de jongste dochter – hebben in tehuizen gezeten.

Dochter is nu een tijdje thuis en kan absoluut niet met moeders vriend opschieten. Ze hebben enorme ruzies, waarin zij scheldt en tiert en hij meestal zijn mond houdt – zich onderwijl op tegenmanoeuvres bezinnend. Hij kan bijvoorbeeld de deur op slot houden, zodat zij er 's avonds niet in kan.

Na twee taxatiezittingen begint de therapeut het derde gesprek als volgt. Hij geeft aan dat dochter met haar ruzie maken met moeders vriend iets heel belangrijks doet. Daarmee voorkomt ze dat ze een concurrent van moeder wordt; dat ze tussen moeder en vriend in komt te staan. Door steeds heel agressief op hem te reageren, houdt ze hem op afstand.

Als de therapeut is uitgesproken, heerst er enige ogenblikken een verbijsterde stilte. De vriend kijkt de therapeut met open mond aan, maar blijkt verstomd te zijn. Moeder zegt dan dat het klopt wat de therapeut gezegd heeft. Zij heeft dat altijd wel gedacht.

Dochter: 'Jezus Christus, eerst deed ik alles fout en nu ben ik de redder van het gezin...'

Dan volgt een tweede positief etiket. 'Jullie zijn allen enorm eerlijke en open mensen, die erg veel dingen uitvechten en uitpraten. Daarmee verschillen jullie van talloze gezinnen, waarin ze altijd in het geniep met conflicten – die altijd in gezinnen optreden – omgaan.' (*TDT* , 4, 4, p. 43–44).

Het gezin leek indertijd zeer met de interventie gebaat: ze verklaarden in de volgende zitting dat de sfeer enorm was opgeklaard en dat ze de gesprekken bij de therapeut niet meer nodig hadden.

Ik weet niet of Van der Hart dergelijke wonderbaarlijke genezingen nog steeds uitvoert, en of hij graag herinnerd wil worden aan dit geschrift. Ik weet wel dat het een fraai voorbeeld is van cliënten dermate positief tegemoet treden dat de kans op verandering het grootst is.

De *TDT* –ers volstonden niet met positief etiketteren of andere congruente manieren om de relatie met cliënten te verbeteren. Zij vonden ook wegen om cliënten die door anderen als hopeloos werden beschouwd – omdat ze 'weerstand' zouden hebben tegen behandeling – te motiveren. Dergelijke cliënten werden door de *TDT* –ers beschouwd

als mensen die wat ambivalent waren, het graag beter wisten en misschien niet graag deden wat anderen hen opdroegen. Die moesten dus ook anders bejegend worden: met 'utilisatietechnieken' (Hoogduin 1975b) of met 'judo' (Lange, 1975). Hierbij werd naar hartelust geput uit het gedachtengoed van Milton Erickson, die beschreef hoe je die 'moeilijke' mensen over de streep kon trekken door ze te laten kiezen, of suggesties te geven in plaats van opdrachten (Haley, 1967, 1973).

Het lijkt of de nadruk op motiveringstechnieken, specifieke variabelen en therapeutvariabelen veel bijval heeft gehad (bijv. Williams & Chambless, 1990). Toch vrees ik dat dit tegenvalt. In de meeste therapieopleidingen komt het onderwerp zelden expliciet aan de orde, en zelfs in de geschriften komt het motiveren maar mondjesmaat aan bod. Het belang wordt wel onderkend, maar krijgt tegenwoordig minder aandacht dan in de directieve therapie steeds is gepropageerd. Een gunstige uitzondering hierop vormen misschien de programma's voor cognitieve gedragstherapie bij borderline-patiënten, waar het belang van een positieve opstelling jegens de patiënt centraal staat, in het overigens zeer structurende programma (Linehan, 1996).

Trend nr. 4: Aandacht voor cognitieve factoren

Het succes van gerenommeerde gedragstherapeutische technieken, zoals het opzoeken van gevreesde plekken, wordt niet langer verklaard in stimulus-responstermen, maar wordt gezien als een gevolg van nieuwe cognities. Van den Hout en Merckelbach (1993) hebben daarover in *Dth* een belangwekkend artikel geschreven. Gedragstherapie heet tegenwoordig dan ook nog maar zelden 'gedragstherapie'. Meestal wordt er het woord 'cognitief' aan toegevoegd. Dit gebeurt in alle talen. Tijdschriften veranderen van naam, en er zijn flink wat tijdschriften waar het alleen maar om cognities gaat. Uitdagen van foutieve attributies, disfunctionele schema's en gedachten; het behoort nu tot het standaardrepertoire van elke behandelaar.

Met deze trend mogen wij tevreden zijn. In *TDT* spraken wij weliswaar niet over disfunctionele cognities, maar wij deden er wel alles aan om patiënten te laten ervaren dat hun angsten of depressieve gedachten, of wat nog meer niet prettig was, geen al te grote grond hadden. Wij deden dat niet zo zeer door middel van gestandaardiseerd doorvragen. De eerlijkheid gebiedt te vermelden dat de directieve therapie wat dat betreft veel heeft geleerd van de latere cognitieve therapeuten, met hun socratische manier van ondervragen (Arntz, 1991). Maar op het gebied van 'uitdagende gedragsexperimenten' en 'her-etiketteringen' hebben we altijd vooraan gestaan. Wat te denken van mevrouw Paars met haar fobie voor supermarkten, die door Van der Velden in 1975 werd gemotiveerd tot het 'Mies Bouwman-spelletje'? Zij werd gestimuleerd om met haar man langs een serie artikelen te gaan en er zoveel mogelijk van proberen te onthouden. Haar man werd gevraagd mee te gaan en te zorgen dat het tempo hoog bleef. Na afloop merkte zij dat zij niet bang was geweest, wat haar tot nieuwe opvattingen over zichzelf bracht (Lange & Van der Velden, 1975).

Ook minder opvallende manieren om patiënten anders tegen hun problematische kanten aan te laten kijken, hebben altijd hoog in het vaandel gestaan. Het geven van voorlichting, het anders benoemen van de klachten (in het bijzonder het eerder genoemde positief etiketteren), en het stimuleren van positieve activiteiten (in het bijzonder symbolische en rituele activiteiten) zijn voorbeelden hiervan.

Trend nr. 5: Toenemend voorschrijven van psychofarmaca

Na de jaren van de antipsychiatrie, geeft de tijdgeest nu een belangrijke stem aan de biologische psychiatrie. Schizofrenie wordt – gelukkig – niet meer behandeld zonder neuroleptica. Bij tal van andere stoornissen wordt snel gegrepen naar antidepressiva.

Wie denkt dat de directieve therapie hierin achter de feiten heeft aangelopen, heeft het mis. In een tijd dat in de gedragstherapie en inzichtgevende therapieën nog lelijk tegen pillen werd aangekeken, werden in *TDT* al in goede eclecticische traditie behandelingen beschreven waarin psychofarmaca werden gecombineerd met praten en adviezen. In 1975 beschrijft Dick Oudshoorn bijvoorbeeld de vijftienjarige Sissie, die behandeld werd voor doodsangst, enuresis en pijn aanvallen. Naast gezinsgesprekken en blaastraining wordt haar ook Tofranil voorgeschreven. En dat was niet uitzonderlijk; ook de andere *TDT* –psychiaters waren al in die jaren niet afkerig van het voorschrijven van psychofarmaca. In dat opzicht waren wij bepaald niet trouw aan ons grote voorbeeld, Haley, die tot ver in de jaren tachtig strijd voerde tegen het gebruik van psychofarmaca bij de behandeling van schizofrenie (Haley, 1989).

Trend nr. 6: Afname van paradoxale strategieën

In de jaren zestig, zeventig en tachtig stond de gezinstherapie bol van de paradoxale opdrachten. Die kwamen zowel uit de koker van de Palo Alto-groep (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967; Haley, 1963) als uit die van de Milanese gezinstherapie (Selvini Palazzoli et al., 1979). Wanneer men de jaargangen van tijdschriften als *Family Process* en het *Journal of Marital and Family Therapy* bekijkt, dan ziet men daar nu veel minder van terug. Gezinstherapie lijkt minder ‘getruct’ te zijn geworden dan vroeger.

In de gedragstherapie namen paradoxale interventies altijd al een minder vooraanstaande plaats in, maar in de jaren tachtig kwam men ze toch herhaaldelijk tegen, bijvoorbeeld in de behandeling van angststoornissen (Asher, 1989).

In de directieve therapie was er in de beginjaren onenigheid over de toepassing van paradoxale adviezen. Het ‘Ten geleide’ in *TDT*, 3, 1, in 1975, spreekt boekdelen. De hoofdredacteur doet daar verslag van een door hem gepleegde inhoudsanalyse van het aantal malen dat het woord ‘paradox’ door elk der redacteuren per tien bladzijden werd gebezigd. Van Dijk spande de kroon (4,823), op grote afstand gevolgd door Hoogduin (1,554). De anderen zaten daar niet zo ver vanaf, behalve de hoofdredacteur (Van der Velden) die voor zichzelf de score 0 wist te bewerkstelligen. Van der Velden kwam met deze telling in het verweer tegen de verwijten van de heren Van der Hart en Lange dat de *TDT* –geschriften te veel paradoxale elementen bevatten. Zij vonden dat de anderen te veel uit waren op trucs en propageerden zelf de congruente aanpak.

De ontwikkelingen lijken de Amsterdammers gelijk te hebben gegeven. De paradoxale opdrachten en de ‘utilisatie’-technieken hebben in de directieve therapie voor een belangrijk deel plaats gemaakt voor zelfcontrole en exposure. De directieve therapie is samen met de gedragstherapie en de gezinstherapie opgeschoven naar het midden, waarin vooral wordt gezocht naar een rationele, probleemoplossende aanpak. Dit betekent overigens niet dat de paradoxale gedachte is verdwenen uit de directieve therapie; zij is alleen subtieler geworden, volwassener. In plaats van zwaarwichtige

paradoxe opdrachten prevaleert nu de permissieve ondertoon: niet trekken aan patiënten, ze hoeven niet (meteen) te veranderen; de symptomen mogen nog even blijven bestaan, maar ondertussen wordt er wel wat aan gedaan. De directieve therapie lijkt in dit opzicht volwassener te zijn geworden.

Trend nr. 7: Afname van aandacht voor relationele factoren

Er is flink wat onderzoek naar de toegevoegde waarde van gezinstherapie bij de behandeling van individuele klachten. De resultaten zijn bepaald niet eenduidig. In een door hen geredigeerd themanummer manen Pinsof en Wynne (1995) de gezinstherapeuten dan ook tot enige bescheidenheid. Soms wordt gevonden dat een eclectische vorm van gezinstherapie superieur is aan individuele therapie; soms blijkt dat er geen verschillen zijn. De gegevens zijn vaak moeilijk te interpreteren, omdat de therapieën zelden uitvoerig beschreven zijn en gezinstherapie nu eenmaal minder gemakkelijk in een strak protocol is vast te leggen.

Hoe men er ook tegen aan kijkt, het valt niet te ontkennen dat er slechts weinig instellingen in Nederland zijn waarin het gebruikelijk is om bij individuele klachten de directe omgeving in te schakelen.

In de beginjaren was het voor de directieve therapie vanzelfsprekend dat alle hulpmiddelen moesten worden gebruikt, dus ook dat men moest onderzoeken hoe de klacht in de gezins- of relatiestructuur was verweven, en dat men daar ook in kon interveniëren. Het komt voor in alle programmatische uitgangspunten. Een citaat illustreert hoe belangrijk Hoogduin (1975a) het vond dat partners van patiënten participeerden in de behandeling:

Het is onze ervaring, dat het niet verschijnen van de partner eigenlijk niet ligt aan de moeilijke chef of de drukke werkzaamheden, maar dat vaak juist relationele problemen hieraan ten grondslag liggen. De cliënt durft of wil de partner er niet bij betrekken. Dat het in dit geval voor de behandeling zeer gewenst is dat de partner meedoet, ligt voor de hand.

Ook bij de andere directieve therapeuten was het vanzelfsprekend dat partners en eventueel andere gezinsleden meekwamen naar de behandeling. Zo beschouwen Joele en Hoogduin het in *TDT*, 2, 10 als vanzelfsprekend dat de vrouw van meneer Plezier meekomt bij de intake voor de behandeling van meneers dwangklachten.

Bekijken we de geschriften van de laatste jaren, dan zien we steeds minder behandelingen waarin aan de omgevingscontext van de patiënt aandacht wordt geschonken. De directieve therapie heeft zich aangepast aan de trend en niet andersom.

Trend nr. 8: Toenemende voorkeur voor geprotocolleerde interventies

Voor een aantal stoornissen, zoals angst en depressies, zijn protocollen ontwikkeld die op gestandaardiseerde wijze kunnen worden toegepast. Voor het volwassen worden van het vak psychotherapie is dit een belangrijke ontwikkeling. Het houdt in dat

therapeuten gereedschap krijgen waar ze mee aan het werk kunnen, en niet afhankelijk zijn van intuïtie en geniale invallen. In een interview met Suzanne Baart in *de Volkskrant* van 29 mei 1996 doet Hoogduin verslag van enkele ontwikkelingen in deze en verwijst naar onderzoek waaruit blijkt dat een geprotocolleerde behandeling van paniekstoornis het zelfs beter doet dan op maat gesneden behandelingen. Dit lijkt wat ver te gaan. De vraag rijst wat de op maat gesneden behandelingen dan hebben ingehouden.

De directieve therapie beschouwde zich aanvankelijk als de vertegenwoordiger van het gedachtengoed van Milton Erickson, die op bijna dwangmatige wijze voor iedere patiënt iets nieuws wilde bedenken. Hiervan lijkt niet zoveel meer over te zijn. De directieve therapie heeft een middenpositie ingenomen. Wanneer we de *Dth's* van de laatste jaren bekijken, dan treffen we veel beschrijvingen aan van standaardbehandelingen, vergelijkend onderzoek, maar ook casuïstische artikelen waarin buitenissige behandelingen worden beschreven. Het eerder gememoreerde artikel van Peters et al. levert een mooi voorbeeld ervan hoe standaard-behandelings-elementen op een niet-gestandaardiseerde wijze worden aangepast aan de specifieke constellatie van bepaalde patiënten.

Tot besluit

Tijdens het *Dth*-jubileum van 1985 hield Sol Garfield een rede waarin hij voorspelde dat de toekomst lag in de cognitieve gedragstherapie met wat extra aandacht voor motiveringstechnieken. Garfield lijkt gelijk te hebben gekregen, en de directieve therapie is met zijn gelijk meegegaan. Moeten we nu tevreden zijn? Ja en nee. 'Ja' omdat veel van waar de directieve therapie vanaf het eerste uur voor stond nu gemeengoed is geworden of aan het worden is: kortdurende behandeling is niet langer verdacht; behandelingen mogen – zelfs bij voorkeur – symptoomgericht zijn. 'Ja' omdat de directieve therapie heeft geleerd van de ontwikkelingen, en volwassener is geworden. Het is prachtig dat de directieve therapie zich baseert op systematisch onderzoek, overdraagbare interventiemodellen beschrijft en zich bezint op manieren om veranderingen kwantitatief vast te leggen.

Maar we hebben ook reden om minder blij te zijn: er is ook het een en ander verloren gegaan. De afnemende aandacht voor timing, voor specifieke eigenschappen van patiënten, voor de context van patiënten, doet de vraag rijzen of de term 'directieve therapie' nog langer recht van bestaan heeft, te meer nu de cognitieve gedragstherapie zoveel elementen bevat die aanvankelijk aan de directieve therapie voorbehouden waren.

Indien de directieve therapie in Nederland als een identificeerbare stroming wil blijven voorbestaan zal zij zich weer sterk moeten maken voor het beschrijven en onderzoeken van unieke patiëntconstellaties. Zij mag gerust weer de luis in de pels van de officiële therapievormen worden.

Abstract

Some current trends in psychotherapy (brief therapy, integration of therapeutic schools, emphasis on therapist/client relationship, emphasis on cognitive elements, less emphasis on

relational elements and more emphasis on treatment protocols) are compared to the dominant approaches in the first years of the development of directive psychotherapy.

Referenties

- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve Therapie*, 11, 4, 252–268.
- Ascher, L.M. (red.) (1989). *Therapeutic paradox*. New York: Guilford Press.
- Baart, S. (1996). Confectie–therapie beter dan maatwerk. *De Volkskrant*, 25 mei.
- Beurs, E., de Balkom, A.J.L.M. van, Dyck, R. van, & Lange, A. (in review). Long-term outcome of pharmacological and psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: A two year neaturalistic follow-up.
- Dijck, R. van (1997). Emancipatie en directieve therapie. *TDT*, 5, 1, 79–83.
- Erickson, M.H. (1971). Indirect hypnotic therapy of a bedwetting couple. In: J. Haley (red.), *Changing families*. New York: Grune & Stratton.
- Garfield, S.L. (1986). Toekomstige ontwikkelingen in de psychotherapie. *Directieve Therapie*, 6, 1, 4–16.
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton. Nederlandse uitgave: *Strategieën in de psychotherapie*. Utrecht: Bijleveld, z.j.
- Haley, J. (red.) (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson M.D.* New York: Grune & Stratton.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson M.D.* New York: Norton. Nederlandse uitgave: *Buitengewone therapie*. Haarlem: De Toorts, 1975.
- Haley, J. (1989). The effect of long-term outcome studies on the therapy of schizophrenia. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 127–132.
- Hart, O. van der (1997). Nog iets positiefs. *TDT*, 4, 4, 43–44.
- Hoogduin, C.A.L. (1975a). Weerstanden, prognostische betekenis, utilisatie–technieken I. *TDT*, 3, 1, 23–29.
- Hoogduin, C.A.L. (1975b). Weerstanden, prognostische betekenis, utilisatie–technieken. II. *TDT*, 3, 2, 52–55.
- Hout, M. van den, & Merckelbach, H. (1993). Over exposure. *Directieve Therapie*, 13, 3, 192–203.
- Joele, L. (1978). Langer durende (–durige) (psycho)–t(h)erapie. *TDT*, 5, 3, 30–36.
- Joele, L., & Hoogduin, K. (1975). Behandeling van een man met een dwangneurose d.m.v. een conjoint therapie van het directieve type. *TDT*, 2, 10, 4–14.
- Lange, A. (1972). Opdrachten in gezins- en huwelijks therapieën. *Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk*, 26, 15, 387–394. Ook in: A. van der Plas (red.), *Gezinsfenomenen*. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1973.
- Lange, A. (1975). De lege stoel, een oplossing voor therapeuten die niet aan hun cliënten willen trekken. *TDT*, 3, 4, 10–31.
- Lange, A., & Hart, O. van der (1973). Kontrakten en opdrachten in relatietherapie. *Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk*, 27, 21, 517528.
- Lange, A., & Velden, K. van der (1975). Afleiding. *TDT*, 5, 1, 35–44.
- Linehan, M. (1996). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Norcross, J.C., & Goldfried, M.R. (red.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Omer, H., & Dar, R. (1992). Changing trends in three decades of psychotherapy research; The flight from theory into pragmatics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 1, 88–93.
- Oudshoorn, D. (1975). Ervaringen met bedplassers (II). *TDT*, 3, 1, 18–26.
- Peters, W., Hoogduin, K., Verbraak, M., & Methorst, G. (1996). Ervaringen met de ambulante behandeling van gecompliceerde patiënten met een dwangneurose. *Directieve Therapie*, 16, 2, 92–104.
- Pinsof, W.M., & Wynne, L.C. (1995). The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 585–613.
- Selvini Palazzoli, M., et al. (1979). *Paradox en tegenparadox*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Velden, K. van der (1989). Uit de ziekte–geschiedenis van mejuffrouw H. van Effen, *Directieve Therapie*, 9, 1, 67–77.

- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton. Nederlandse uitgave: *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1970.
- Williams, K.E., & Chambless, D.L. (1990). The relationship characteristics and outcome of the in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 21, 1, 111–116.