



[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)

# Directieve therapie: van kunst naar kunde

Kees Hoogduin en Alfred Lange\*

---

## Samenvatting

*In dit artikel wordt de ontwikkeling geschetst van de directieve therapie, zoals die in Nederland in de laatste decennia van de vorige eeuw heeft plaatsgevonden. Hierbij wordt speciaal aandacht geschonken aan de rol die Richard van Dyck hierin heeft gespeeld.*

## Inleiding

Jay Haley, die in het afgelopen jaar is overleden, gebruikte de term 'directieve therapie' om deze benadering nadrukkelijk te onderscheiden van de tot die tijd meestal toegepaste psychotherapieën (Haley, 1963), waarbij vermeden werd de patiënt adviezen en richtlijnen te geven. Hij ontwikkelde zijn ideeën na jarenlang het werk van Milton Erickson te hebben bestudeerd (Haley, 1967). Het is Van Dyck geweest die het gedachtegoed van Erickson en Haley in Nederland introduceerde (Van Dyck, 1973a, b; 1974a, b).

De directieve benadering was zeker niet nieuw in Nederland. De meeste psychologen en psychiaters, niet opgeleid in een specifieke therapie, gaven voortdurend adviezen en richtlijnen. Dat deze veelal gebaseerd waren op gezond verstand en later ook op ervaring doet even niet ter zake. Wat directieve therapie bijzonder maakte, was de golf van optimisme door de spectaculaire resultaten, die met name Erickson bij zijn patiënten bereikte. Patiënten die jarenlang met klachten hadden rondgelopen, waren na één zitting bij Erickson niet alleen hersteld, maar sloten ook vrij snel een gelukkig huwelijk en hadden bij follow-up vaak twee of drie gelukkige kinderen gekregen. Als reactie op de jarenlange non-directieve benadering zonder spectaculaire resultaten moest het roer om en de directieve therapie leek daarvoor de juiste oplossing.

---

## Intermezzo

*Halverwege de jaren zeventig van de vorige eeuw vond er een bijzondere bijeenkomst plaats op de werkkamer van Richard van Dyck. De bijeenkomst werd bijgewoond door de drie redacteuren van het Tijdschrift voor Directieve Therapie. Naast Richard van Dyck, hoofd van de polikliniek psychiatrie van de Jelgersma Kliniek, Kees van der Velden, verbonden aan een sociaal psychiatrische dienst, en Dick Oudshoorn, kinderpsychiater, waren twee oud-assistenten psychiatrie van de Jelgersma Polikliniek, Leen Joele en Kees Hoogduin, en twee psychologen/psychotherapeuten uit Amsterdam, Alfred Lange en Onno van der Hart,*

---

\* PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts, is lid van de directie van de HSK Groep. Tevens is hij hoogleraar psychopathologie aan de Radboud Universiteit, Nijmegen, sectie Klinische Psychologie en Persoonlijkheidsleer. E-mail: c.a.l.hoogduin@hsk.nl.

PROF. DR. A. LANGE is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. E-mail: a.lange@uva.nl.

*aanwezig. Van Dyck had de leiding van de vergadering en hij was er medeverantwoordelijk voor dat werd besloten de patiënten werkelijk anders te gaan behandelen.*

*Van Dyck had kort daarvoor in het Tijdschrift voor Psychiatrie een aantal artikelen gepubliceerd over een nieuwe (Amerikaanse) visie op symptoomontwikkeling en behandeling, in eerste instantie gebaseerd op de systeem- en communicatietheorieën (Van Dyck, 1973a, b; 1974a, b). Op zijn typerende, ogenschijnlijk aarzelende wijze had de toen nog Van Dijk hetende Richard de verraste Lange telefonisch overrompeld en voor de bijeenkomst uitgenodigd. De reden was dat Lange en Van der Hart enkele opvallende artikeltjes in het Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk hadden gepubliceerd over paradoxen en gedragscontracten (Lange & Van der Hart, 1973). Het telefoontje had zijn uitwerking niet gemist. De Amsterdammers hadden bij deze eerste bijeenkomst de drukproeven bij zich van een boek dat de theorieën over systemen en de leertheorie met elkaar verenigde. Dit boek groeide in een aantal revisies uit tot een standaardwerk waarin directieve therapie, cognitieve gedragstherapie en systeemtherapie tot één model werden gesmeed (Lange, 2006). Besloten werd tot vervolgbijeenkomsten. Dit leidde vrij snel tot een uitbreiding van de redactie van het Tijdschrift voor Directieve Therapie (TDT) van drie naar zeven redacteuren. Ook het abonneestbestand groeide daardoor van drie tot zeven (behalve de redacteuren werden er geen andere abonnees geaccepteerd).*

*In 1981 kwam uit het TDT een vaktijdschrift voort dat nu zijn 27<sup>ste</sup> verjaardag heeft onder de naam Directieve therapie (Dth). Tevens verscheen er een viertal boeken waarvan de hoofdstukken voor het merendeel door de redactie van TDT werden geschreven: Directieve therapie 1, 2, 3 en 4, onder redactie van Kees van der Velden bij Bohn Stafleu Van Loghum uitgegeven in 1977, 1980, 1989 en 1992.*

De essentie van directieve therapie kan in tien uitgangspunten worden weergegeven (Van Dyck, Van der Velden, & Van der Hart, 1980; Hoogduin, Schaap, & Kladler, 1993; Van der Velden & Van der Hart, 1985):

- 1 Directieve therapie is primair bedoeld voor mensen met klachten, niet voor het wroeten in de ziel voor 'persoonlijke groei'.
- 2 Tijdens de behandeling wordt er aangesloten bij de verwachtingen van de patiënt. De visie van de patiënt op zijn problematiek wordt vooralsnog als een zinvolle zienswijze geaccepteerd. Bovendien wordt de patiënt op een hoffelijke manier tegemoet getreden.
- 3 De klachten worden in een positieve context geplaatst. Dit houdt onder meer in dat met respectering van de waarneembare klinische gegevens een zo optimistisch mogelijk uitgangspunt genomen wordt: een verschrikkelijke jeugd kan wel aan de orde komen als mogelijke factor in de *symptomatology*, maar de cliënt wordt eerder geholpen een streep onder die jeugd te zetten dan alle ellende er blijvend aan te attribueren.
- 4 De therapeut geeft richtlijnen en adviezen. Dit houdt in dat de therapeut zich actief bemoeit met de oplossing van de problematiek waar de patiënt mee komt.
- 5 De relevante personen uit de omgeving van de patiënt worden bij voorkeur bij de behandeling betrokken. Wanneer iemand ernstige klachten heeft, heeft dit vrijwel altijd consequenties voor de andere gezinsleden. Dit kan zijn in de vorm van extra beroep, steun of hulpvaardigheid, maar soms kunnen de reacties van de gezinsleden de klachten doen ontstaan of instandhouden of zelfs versterken. Ditzelfde kan in relatie met collega's ook op het werk spelen. Later is het involveren van gezinsleden in de behandeling bij sommige directieve therapeuten gezakt op de lijst van prioriteiten.

- 6 De doelstellingen van de behandeling worden concreet gehouden. Dit houdt in dat ook voor de patiënten duidelijk moet zijn wat de doelstelling van de behandeling is. Deze zal concreet worden geformuleerd.
- 7 De behandeling is in principe beperkt in tijd.
- 8 De therapeut appelleert aan het voorstellingsvermogen van de patiënt. Er wordt niet alleen een appel gedaan op de verstandelijke en emotionele mogelijkheden van de patiënt, maar ook op zijn voorstellingsvermogen.
- 9 De behandeling is eclecticisch. Binnen de directieve therapie is er een voorkeur die behandelingsstrategie – eventueel dat theoretisch verklaringsmodel – toe te passen waarvan door onderzoek of ervaringen is aangetoond dat deze werkzaam is bij de aangeboden klacht.
- 10 De benadering is pragmatisch. Dit uitgangspunt ‘Wat werkt bij dit probleem bij deze patiënt in deze situatie?’ sluit aan bij het vorige. Afhankelijk van een bepaalde situatie kan worden gekozen voor een gezinstherapeutische benadering van een bepaalde klacht of voor een meer individuele aanpak. Eerdere behandelingen die een patiënt heeft gehad, kunnen bijvoorbeeld bepalend zijn voor de te volgen strategie.

De therapeutische technieken en interventies aan het begin van de behandeling verschillen van de interventies die worden gebruikt wanneer de therapie enige tijd loopt of bijna wordt afgesloten. We onderscheiden de volgende drie fasen:

- 1 De interventies zijn er vooral op gericht een eventuele crisis te bestrijden en een goede werkrelatie met de patiënt en zijn relevante omgeving tot stand te brengen.
- 2 De interventies hebben tot doel bepaalde problemen op te lossen en symptomen te laten verdwijnen.
- 3 De interventies ontlenen hun betekenis aan het bestendigen van de oplossing – dit mag ruim worden opgevat – waardoor de kans op een recidief kleiner wordt.

Afhankelijk van het probleem zullen de verschillende fasen korter of langer duren. Wanneer mensen behandeling zoeken, zien ze zelf geen (goede) uitweg meer. Er kan in feite altijd worden gesproken van een crisis.

Gedurende de eerste fase van de behandeling sluit de therapeut zich aan bij de opvattingen van de patiënt; er wordt ingegaan op de vraag waarmee de patiënt komt. Wanneer patiënten merken dat het probleem dat hen het meeste dwarszit alle aandacht van de therapeut krijgt, geeft dat vertrouwen dat er aan hun problemen wordt gewerkt en er dus uitzicht is op een oplossing. In de tweede fase vindt de feitelijke behandeling van de klachten plaats. Met behulp van de interventies wordt geprobeerd het ongewenste gedrag te beïnvloeden. Na deze behandelingsperiode kan er aanleiding zijn de therapie nog enige tijd voort te zetten om de verbetering te bestendigen en een te voorzien recidief te voorkomen. Het is ook wel eens mogelijk dat symptoomgedrag in korte tijd gunstig te beïnvloeden is, terwijl andere factoren, zoals sociaal isolement, slechte woonomstandigheden, school- en werkproblemen, pas op langere termijn of soms in het geheel niet oplosbaar zijn.

Deze kenmerken moeten worden gezien als een uitwerking van de drie door Haley geformuleerde therapeutische paradoxen (Haley, 1963):

- 1 De patiënt komt voor behandeling, dus voor beëindiging van de symptomen. De therapeut staat de patiënt echter toe door te gaan met het symptoomgedrag of moedigt dit zelfs aan (*prescribing the symptom*, pagina 181).

- 2 De therapeut verbindt echter consequenties aan het continueren van het symptoomgedrag. Deze consequenties zijn niet direct als straf op te vatten, hoewel de uitvoering ervan wel moeite en inspanningen vraagt. Het handelt echter om gedrag dat nuttig of anderszins van belang wordt geacht (*benevolent ordeal*, pagina 181).
- 3 De therapeut construeert een welwillende context, maar wel zo gedefinieerd dat die tot veranderingen gaat leiden (*benevolent framework*).

Samengevat komen deze paradoxen neer op: doe wat je deed, doe het op mijn voorwaarden en veranderingen zullen plaatsvinden.

De paradoxen, vooral het symptoom voorschrijven, werden enthousiast toegepast door jonge therapeuten met soms spectaculaire resultaten.

---

### **Intermezzo**

*In een supervisie met Richard van Dyck kwam een zogenaamd fighting couple aan de orde. Het handelde om een echtpaar dat heftige ruzies afwisselde met koppig zwijgen. De ruzies escaleerden soms in ordinaire slagenwisselingen. Op de vraag hoe deze problematiek te behandelen, deed Van Dyck een voorstel conform de paradoxen van Haley: zeg tegen het echtpaar dat ruziemaken een teken is van een sterke affectie voor elkaar. Laat hen doorgaan met ruziemaken, maar alleen op een vast tijdstip, bijvoorbeeld 's avonds van 19.30 tot 20.00 uur. Bovendien moeten tijdens het ruziemaken de partners gelegenheid hebben elkaars argumenten aan te horen. Dat is bij gewoon ruziën moeilijk omdat, wanneer de partner aan het woord is, de ander druk bezig is een afdoende repliek te verzinnen. Dus thuis eerst de een vijf minuten aan het woord en daarna de ander vijf minuten, enzovoort tot het halfuur voorbij is. Daarna is er koffie. Mochten er overdag nog ruzies dreigen dan dient vriendelijk naar de vaste ruzietijd te worden verwezen.*

*Het advies werd opgevolgd. Het paar was verrast, maar raakte overtuigd van de positieve mogelijkheden van het advies. Veertien dagen later vertelden zij tijdens de volgende sessie vol trots geen enkele ruzie meer te hebben gehad.*

*Tijdens de volgende supervisiebijeenkomst werd dit gemeld. Van Dyck glimlachte en zei op zijn wat verlegen aarzelende manier: 'Had je iets anders verwacht?'*

## **De gevolgen**

De groep rond Van Dyck bracht in Nederland eind jaren zeventig en in de jaren tachtig een stroom van publicaties op gang waarin succesvolle strategieën en wonderbaarlijke genezingen werden gerapporteerd. Binnen de groep werd onder invloed van de Amsterdammers de belangstelling voor de gedragstherapie groter. Gedragstherapeuten waren minder geïmponeerd door spectaculaire successen bij individuele patiënten dan door gegevens uit vergelijkend onderzoek. De directieve therapie kwam nu enigszins in een spagaat. De grote held, Milton Erickson, aan wie Van Dyck al een bedevaart had gewijd, hield er niet van om ooit een interventie te herhalen. Iedere patiënt moest bij hem uniek zijn. Laat staan behandeld worden volgens een vast protocol!

Allengs groeide echter het besef dat men toch niet helemaal op die anekdotische resultaten moest vertrouwen als bewijs voor overdraagbare effectiviteit. De meeste

initiatiefnemers van de directieve therapie werden daarom steeds grotere voorstanders van het uitvoeren van vergelijkende studies. Waren de successen in het verleden misschien geen werkelijke successen? Toch wel. In zijn dissertatie gaf Van Dyck (1986) een overzicht van de gemeenschappelijke therapiefactoren en een alternatieve verklaring voor de fraaie resultaten van de directieve therapie. Het grootste deel van de effecten van psychotherapie konden vanuit die gemeenschappelijke therapiefactoren begrepen worden: de aanwezigheid van een intense relatie, een therapeutische context, een geloofwaardige rationale en een procedure die verwachtingen wekt.

Welnu, het is niet al te ingewikkeld om de kenmerken van de directieve therapie hierin te herkennen. Het aansluiten bij de verwachtingen van de patiënt, het plaatsen van de klacht in een positieve context, het concreet formuleren van de doelstellingen en voor de patiënt ook duidelijk maken wat de doelen zijn. Voeg daarbij het enthousiasme en de bevoegtheid van de therapeut, dan wordt duidelijk dat patiënten zeer positieve verwachtingen zullen krijgen over de effecten van de behandeling en dat is nu juist van belang voor het ontstaan van die effecten. Bovendien werd, wanneer uit onderzoek was gebleken dat een bepaalde behandelingsstrategie effectief was, deze ook in de behandeling geïncorporeerd.

Nog interessanter wordt het wanneer we de paradoxen van Haley nog eens bekijken vanuit een gedragstherapeutisch gezichtspunt. Plotseling is het voorschrijven van het symptoom een procedure die bij gedragstherapie altijd aan de orde is. Het registreren van de klachten na de intake-procedure is niet wezenlijk verschillend van symptoom voorschrijven. Het *benevolent ordeal* is niet verschillend van de interventies die bij zelfcontroleprocedures worden toegepast. Immers, ook bij deze strategie wordt impliciet uitgegaan van het voortduren van de symptomatologie. Bij de zelfcontroleprocedure blijven patiënten symptoomgedrag vertonen, maar ook nu wordt het hen door de aan het gedrag gekoppelde consequenties moeilijk gemaakt om ermee door te gaan. Zo zijn de stimuluscontrole, stimulusresponsinterventies en responsconsequenties vrij gemakkelijk als het door Haley beschreven *benevolent ordeal* op te vatten.

---

### **Intermezzo**

*In 1977 was de verschijning van Directieve therapie in Nederland zeer succesvol. Een van de auteurs ging in de universiteitsboekhandel in zijn stad kijken of het boek te koop was. Tot zijn verbazing lagen er drie stapels van wel vijftien boeken hoog. Hij vroeg de verkoper of het boek een beetje liep: 'Meneer, dit boek is een echte bestseller.' De verkoper had het goed ingeschat; van dit boek dat tot 2000 te koop was, werden tienduizenden exemplaren verkocht.*

### **Slot**

Het vernieuwende van de directieve therapie lijkt misschien wat verdampt. Cognitieve gedragstherapie lijkt ervoor in de plaats te zijn gekomen. Is de directieve therapie hierdoor nu overbodig? Wij menen van niet. Het lijkt eerder dat de twee stromingen elkaar wederzijds gestimuleerd hebben en nog steeds stimuleren. De cognitieve gedragstherapie heeft geprofiteerd van de motiveringstechnieken waar de directieve therapie zich sterk voor heeft gemaakt. We zien dit terug in de vele studies naar het belang van de therapeut-cliëntrelatie. We zien het ook in de vele substromingen die

er binnen de cognitieve gedragstherapie zijn ontstaan. Wat te denken van 'acceptance therapy', van 'mindfulness' of 'solution-focused therapy'? Hebben we dat binnen de directieve stroming al niet tientallen jaren geleden gelezen? Omgekeerd heeft de directieve therapie geprofiteerd van de kwantitatieve onderzoeksbenadering binnen de cognitieve gedragstherapie. De directieve therapie is er volwassener door geworden. Het zal wel niet lukken omdat het niet in de internationale terminologie past, maar zou 'DIRECTIEVE GEDRAGSTHERAPIE' niet een veel betere naam zijn dan cognitieve gedragstherapie?

Was het niet zo dat mogelijk gemeenschappelijke therapiefactoren van groot belang waren bij de successen van de directieve therapie. Hoe zit het met een gedragstherapeutisch protocol? Bijvoorbeeld bij de behandeling van angststoornissen met de voor de patiënt zo beangstigende exposure met de vervelende zelfregistraties en het uitvoeren van de veeleisende huiswerkopdrachten. De idee dat patiënten met een angststoornis staan te popelen om een dergelijk programma dag in dag uit uit te voeren, is niet realistisch. Patiënten zien ertegen op om juist die dingen te gaan doen die ze niet durven of die ze al tijden vermijden.

De directieve therapie heeft mogelijk vooral zijn waarde gehad doordat het de patiënten het idee en het gevoel gaf eindelijk zijn klachten de baas te kunnen worden. Welnu, wanneer deze ingrediënten vanuit de directieve therapie gecontinueerd worden met een *evidence-based* protocollaire, cognitief-gedragstherapeutische strategie kan er zeker een positieve bijdrage voor de effectiviteit van de gedragstherapie worden verwacht.

Zo is het ook gegaan: de creatieve directieve therapie ontwikkelde zich van een beloftevolle therapie tot een waardevolle motiveringsstrategie in de protocollaire *evidence-based* cognitieve gedragstherapie.

---

### **Abstract**

*This article describes the development of directive therapy in the Netherlands during the last decennia of the 20th century. Special attention is given to the role of Richard van Dyck in this process.*

### **Referenties**

- Dyck, R. van (1973a). De toepassing van communicatietheorie en systeemtheorie in de psychiatrie, deel I B: Enkele karakteristieken van menselijke communicatie, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 15, 521-531.
- Dyck, R. van (1973b). De toepassing van communicatietheorie en systeemtheorie in de psychiatrie, deel I A. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 15, 432-442.
- Dyck, R. van (1974a). De toepassing van communicatietheorie en systeemtheorie in de psychiatrie, deel II: Toepassing in de psychotherapie en conclusies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 16, 18-36.
- Dyck, R. van (1974b). Vormen van directieve therapie bij echtparen en gezinnen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 16, 209-228.
- Dyck, R. van, Velden, K. van der, & Hart, O. van der (1980). Een indeling van directieve interventies. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 2* (pp 17-25). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dyck, R. van (1986). *Psychotherapie, placebo en suggestie*. Academisch proefschrift. Leiden: Rijksuniversiteit van Leiden.

- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Haley, J. (Ed.) (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy. Selected papers of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Grune & Stratton.
- Hoogduin, C.A.L., Schaap, C.P.D.R., & Kladler, A. (1993). Uitgangspunten voor een directieve begeleiding. In: J.J.L. van der Klink (red.), *Psychische problemen en de werksituatie* (pp. 43-54). Amsterdam: NIA.
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen; cognitieve gedrags- en systeemtherapie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A. & Hart, O. van der (1973). Kontrakten en opdrachten in relaties. *Tijdschrift voor Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk*, 27 (21), 517- 528.
- Velden, K. van der & Hart, O. van der (1985) Directieve psychotherapie en de psychiatrie. In: C.A.L. Hoogduin et al. (red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie, 1985/1986* (pp 248-268). Deventer: Van Loghum Slaterus.