

# EEN VREEMDE NABIJ

enkele aspecten van de  
psychotherapeutische relatie  
onderzocht

ROELF JAN TAKENS

# **Een vreemde nabij**

**Enkele aspecten van de  
psychotherapeutische relatie onderzocht**

VRIJE UNIVERSITEIT

**Een vreemde nabij**

**Enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht**

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

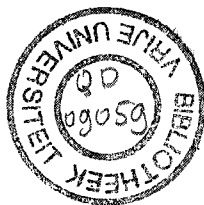
ter verkrijging van de graad van doctor aan  
de Vrije Universiteit Amsterdam,  
op gezag van de rector magnificus  
prof.dr. T. Sminia,  
in het openbaar te verdedigen  
ten overstaan van de promotiecommissie  
van de faculteit der Psychologie en Pedagogiek  
op maandag 11 juni 2001 om 13.45 uur  
in het hoofdgebouw van de universiteit,  
De Boelelaan 1105

door

**Roelf Jan Takens**

geboren te Emmen

Promotor: prof.dr. W. Koops  
Copromotor: prof.dr. G. Lietaer



## Inhoudsopgave

VOORWOORD .....	9
INLEIDING .....	13
HOOFDSTUK 1. Over de aard van de therapeutische relatie .....	17
1.1 De betekenis van de ander .....	17
1.2 Verstoorde relaties .....	18
1.3 Helpende relaties .....	19
1.4 Opvattingen over de therapeutische relatie .....	21
1.5 Constructies van de therapeutische relatie: een drietal onderzoeken .	23
<i>Onderzoek 1: Supervisoren over de aard van de therapeutische relatie</i> . . . .	23
<i>Onderzoek 2: Therapeuten over de aard van de therapeutische relatie</i> . . . .	27
<i>Onderzoek 3: Cliënten over de aard van de therapeutische relatie</i> . . . . .	28
1.6 Conclusie .....	29
HOOFDSTUK 2. Op weg naar een bestendig therapeutisch contact .....	31
2.1 Therapeut en cliënt: samen een span? Over matching van therapeuten en cliënten .....	32
2.1.1 Soort zoekt soort .....	32
2.1.2 Therapeutische voorkeuren .....	37
2.1.3 Gelijkheid of juist ongelijkheid? .....	40
2.1.4 Tegenpolen trekken elkaar aan .....	43
2.1.5 Besluit .....	46
2.2 Een werkzaam therapeutisch contact .....	47
2.2.1 Contact en interactie in de therapeutische relatie .....	48
2.2.2 Zelfonthullend gedrag van de cliënt .....	50
<i>Wat is zelfonthullend gedrag?</i> .....	50
<i>Zelfonthullend gedrag in psychotherapie</i> .....	52
2.2.3 Empathie van de therapeut .....	55
2.2.4 Therapeutische toegankelijkheid .....	55
<i>De therapeut als 'Persoonlijke Ander'</i> .....	56
<i>Het reconstrueren van cliënts constructies</i> .....	58
<i>Toegankelijkheid en empathie</i> .....	63
<i>Betekenisvolheid van persoonlijke constructen en extreme       beoordelingen</i> .....	67
<i>Therapeutische toegankelijkheid: onderzoeksmodel en       hypothesen</i> .....	68
2.3 Aspecten van de therapeutische relatie gemeten .....	74
2.3.1 Het meten van zelfonthullend gedrag bij de cliënt .....	74
<i>De ontwikkeling van een 7-puntsschaal voor het meten van       zelfonthullend gedrag</i> .....	76
2.3.2 Het meten van empathie bij de therapeut .....	78

2.3.3	De ontwikkeling van de Therapeutische Contact	
	Vragenlijst (TCV) .....	80
	<i>De relatievragenlijst van Barrett-Lennard</i> .....	80
	<i>Lietaers Relatie Vragenlijst</i> .....	82
	<i>De Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV)</i> .....	83
	<i>De items van de TCV</i> .....	84
	<i>De betrouwbaarheid van de TCV</i> .....	87
2.4	Een onderzoek naar therapeutische toegankelijkheid .....	90
2.4.1	Samenstelling van de onderzoeksgroep .....	91
2.4.2	Procedure .....	92
2.4.3	Resultaten .....	95
	<i>De bandscores (ACTZOG en ACTEMP)</i> .....	95
	<i>De vragenlijstscores (TCV-C en TCV-T)</i> .....	100
	<i>Contactbreuk</i> .....	102
	<i>Toetsing van de hypothesen</i> .....	103
	<i>De perceptie van een therapeut als een Persoonlijke Ander</i> <i>en zelfonthullend gedrag</i> .....	105
	<i>Het idealiseren van de therapeut</i> .....	109
	<i>Het reconstrueren van cliënts constructieprocessen</i> .....	110
	<i>Betekenisvolheid van de (persoonlijke constructen van de)</i> <i>cliënt</i> .....	114
	<i>Empathie en zelfonthullend gedrag</i> .....	116
2.4.4	Conclusies en discussie .....	117
	 HOOFDSTUK 3. Onderzoek over de therapeutische interactie .....	121
3.1	Inleiding .....	121
3.1.1	Het proces van zelfexplicitering .....	121
3.1.2	De schalen voor Bewerkingswijze (BW) en Bewerkings- aanbod (BA) .....	123
	<i>Bewerkingswijze</i> .....	123
	<i>Bewerkingsaanbod</i> .....	126
3.1.3	Het scoren van het bewerkingsniveau .....	127
	<i>Standaardzinnen en kernuitspraken</i> .....	128
	<i>Betrouwbaarheid en validiteit</i> .....	129
3.1.4	Sturingseffect .....	135
3.2	Enkele empirische bevindingen .....	136
3.2.1	Bewerkingswijze .....	137
3.2.2	Bewerkingsaanbod .....	138
3.2.3	Een vergelijking met onderzoek uit Bochum .....	139
3.2.4	Verschillen tussen sessies .....	140
3.2.5	Verschillen tijdens sessies .....	144
3.2.6	Therapeutkenmerken .....	146
	<i>Therapeutische ervaring</i> .....	147
	<i>Sekse van de therapeut en de cliënt</i> .....	151
	<i>Therapeutische oriëntatie</i> .....	152

3.3	Het proces van zelfexplicitering	155
3.3.1	Op weg naar zelfexplicitering: stap voor stap	156
3.3.2	Sturen en volgen	162
	<i>DEL-analyse</i>	163
	<i>Empirie</i>	165
	<i>Rogers in gesprek met Gloria en Kathy</i>	170
	<i>De DEL-analysen</i>	174
	<i>Conclusies ten aanzien van sturen en volgen</i>	176
3.4	Enkele toepassingen	177
3.4.1	Therapiestijlen	178
	<i>Rogers, Perls en Ellis</i>	178
	<i>Hypothesen</i>	179
	<i>Procedure</i>	180
	<i>Resultaten</i>	180
	<i>Conclusie</i>	184
3.4.2	Voor de verandering: een gevalstudie	184
	<i>Beschrijving van de casus</i>	185
	<i>Procedure</i>	187
	<i>Resultaten</i>	188
	<i>2e gesprek</i>	191
	<i>11e gesprek</i>	194
	<i>28e gesprek</i>	196
	<i>37e gesprek</i>	198
	<i>Conclusies en discussie</i>	200
	<b>HOOFDSTUK 4. Nabeschuwing</b>	207
4.1	Terugblik op de uitkomsten van de (deel)onderzoeken	207
4.2	Een methodologische terugblik	211
4.3	Suggesties voor verder onderzoek	214
4.4	Instrumenten voor het meten van de kwaliteit van de psychotherapeutische relatie en de interacties tussen therapeut en cliënt	215
	<i>De Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV)</i>	215
	<i>Het meten van empathie en zelfonthullend gedrag</i>	217
	<i>De Bewerkingsschalen van Sachse</i>	218
	<b>SUMMARY</b>	219
	<b>LITERATUUR</b>	227
	<b>BIJLAGEN</b>	245
	<b>PERSONALIA</b>	255

*Relationship gives persons  
A lived experience  
Relationship is not a matter  
of stimulus and responses  
It is more than response or  
the sum of persons  
It is relatedness and  
wholeness as Gestalt.  
It gives the human richer  
and deeper human existence.*

Bron: Miyamoto (1957). Zen in play therapy. *Psychologica*, p. 238.

Aan: José  
Harm Jan †  
Hanno  
Janneke



## Voorwoord

De weg die naar deze promotie leidde, was lang en is bepaald geen snelweg gebleken. Interessante landschappen verleidden nogal eens tot het nemen van een afslag 'weg van de snelweg'. Voordat ik het goed en wel besepte, bleek ik een meer toeristische route te zijn ingeslagen. Prachtige vergezichten doemden op, dat wel, maar van opschieten was natuurlijk geen sprake meer. Eigenlijk deerde dat niet zo, mijzelf in ieder geval nauwelijks. Het leverde immers een rijkdom aan ervaringen op\*. Het hedendaagse academische klimaat staat echter een dergelijk 'kuieren' niet meer toe. Er dient zo snel mogelijk gepromoveerd te worden; pas daarna volgt eventueel een universitaire aanstelling. In 'mijn tijd' was het omgekeerde (gelukkig?) nog het geval.

Zo trad ik in 1973 als wetenschappelijk medewerker in dienst bij de afdeling Klinische Psychologie met een uitdrukkelijke *onderwijstaak* in de psychodiagnostiek. Dat onderwijs diende gereorganiseerd c.q. gemoderniseerd te worden. Het evolueerde tot een hoorcollege 'clinical assessment' met bijbehorend practicum testdiagnostiek. Daarnaast wachtte de taak het bestaande stagenetwerk fors uit te breiden teneinde het gestaag groeiend aantal doctoraalstudenten van een praktijkplaats te kunnen voorzien (Takens, 1975). Voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek was evenwel (nog steeds) geen tijd ingeruimd, behalve wanneer het de vorm had van scriptiebegeleiding.

Het eerste onderzoeksproject waar ik aldus mee te maken kreeg, ging over zelfonthullend gedrag ('*self-disclosure*'). Het onderwerp was geïnitieerd door *professor Len Goodstein*, die destijds gasthoogleraar bij onze afdeling was, en leidde tot de eerste door mij begeleide doctoraalscripties (Van Mens-Peper & Snellen, 1976; Goldstein & Pluut, 1976) en vervolgens tot een uit-

---

\* Ik noem in dit verband:

- mijn vorming tot klinisch psycholoog-psychotherapeut en in het verlengde daarvan mijn bemoeienissen met de postdoctorale opleidingen, in het bijzonder die van psychotherapeut, klinisch psycholoog en later gezondheidszorgpsycholoog;
- mijn deeltijdse aanstelling als coördinator voor de wetenschappelijke aangelegenheden bij het Nederlands Instituut van Psychologen in de periode 1981-1989, waardoor ik veel ervaring opdeed met het organiseren van allerhande conferenties, waarvan de nationale Psychologencongressen en met name het 1ste Europese Psychologie Congres in 1989 in Amsterdam, de belangrijkste waren;
- mijn eigen praktijkvoering in de (cliëntgerichte) psychotherapie;
- mijn vele bestuurlijke activiteiten, zowel binnen als buiten de VU, hetgeen vanuit een academisch oogpunt beschouwd, per definitie het stellen van verkeerde prioriteiten impliceert.

werking van dit onderwerp in de context van de psychotherapeutische relatie. In deze dissertatie wordt daarvan verslag gedaan. Een gericht onderzoeksprogramma, zoals dat tegenwoordig gebruikelijk is, lag daar echter geenszins aan ten grondslag. Vanwege mijn belangstelling voor het vraagstuk van de indicatiestelling voor (inzichtgevende) psychotherapieën, in het bijzonder de selectie van cliënten voor psychotherapie en de matching met psychotherapeuten, verbond ik 'zelfonthullend gedrag' met het thema 'interpersoonlijke attractie' in psychotherapie (Takens, 1977a). Ik werkte dat uit (Takens, 1977b) in het raamwerk van de mij zeer aansprekende *Persoonlijke Constructen Theorie* van George Kelly (1955), hierin aangemoedigd door professor Han Bonarius, die ik als docent tijdens mijn studie psychologie in Groningen had leren kennen.

Allengs groeide dit onderzoek uit tot een waar onderzoeksproject 'therapeutische toegankelijkheid' (Takens, 1980), waaraan enige financiële ondersteuning werd toegekend door het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV). Hierdoor werd het mogelijk enkele student-assistenten aan te stellen voor de afname en uitwerking van de te verzamelen gegevens bij met name de *Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie* in Amsterdam en Den Haag. De inbedding van de ambulante psychotherapie in de Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) in het begin van de jaren tachtig en de daaraan gepaarde opheffing van de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie, hield helaas een voortijdig einde van onze dataverzameling in. Zo kwam ook van een reeds toegezegde medewerking van het IMP te Utrecht niets meer terecht.

De daardoor beperkte resultaten van ons onderzoeksproject waren evenwel geen reden voor de faculteit Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit om in 1985 een verzoek tot toelating tot de promotie op basis van mijn in concept gestelde dissertatie over dit onderzoeksproject tegen te houden. Ik vond het echter zelf toch een te schamel resultaat en zocht naar mogelijkheden voor aanvullend onderzoek. Andere besognes, zoals eerder vermeld, eisten echter mijn volledige aandacht op, waardoor een periode van windstilte aan het onderzoeksfront intrad.

Deze werd pas rond 1990 doorbroken door een contact dat was ontstaan met dr. Rainer Sachse van de Ruhr Universität te Bochum vanwege onze wederzijdse belangstelling voor nieuwe ontwikkelingen in de cliëntgerichte psychotherapie. Zijn opvattingen over 'doelgerichte gesprekspsychotherapie' (Sachse, 1992; Sachse en Maus, 1991) inspireerde tot een samenwerkingsverband inzake de analyse van de verbale interacties tussen therapeut en cliënt met het oog op het zelfexploratieproces van de cliënt (Sachse, 1987a, b). Behalve een analyse van het door ons reeds vergaarde materiaal met betrekking tot het onderzoeksproject 'therapeutische toegankelijkheid', werden door ons ook diverse andere (scriptie)onderzoeken in dit kader verricht. De resultaten daarvan zijn goeddeels in deze dissertatie vervat.

Aldus leg ik thans een proefschrift voor, dat alles bijeen, mijns inziens voldoet aan de eisen die in deze aan een promovendus gesteld mogen worden.

Een woord van dank past velen die aan de totstandkoming van dit proefschrift een bijdrage geleverd hebben. Allereerst wil ik mijn promotor, *professor Willem Koops*, hartelijk bedanken voor de aanhoudende positieve aandacht die hij me schonk, zijn tactvol optreden en het eindeloze vertrouwen dat hij in mij stelde. Hij slaagde erin mij, op het laatst nog enigszins tegen mijn eigen wil in ook, weer terug te plaatsen op de snelweg van het academische bestaan. Daarvoor niet alleen veel dank, maar ook hulde! Mijn copromotor, *professor Germain Lietaer*, wil ik eveneens hartelijk bedanken voor zijn warme belangstelling en betrokkenheid bij de totstandkoming van dit proefschrift, waar ook hij al lange tijd naar uitkeek. Ik heb zijn relevante opmerkingen bij de conceptversie(s) zeer ter harte genomen. Zou ik ze echter allemaal in dit proefschrift verwerkt hebben, dan zou een afronding ervan nog langer op zich hebben laten wachten. Ik heb daarom de vrijheid genomen ze hier en daar te laten voor wat ze zijn. Vervolgens een woord van dank aan *professor Han Bonarius*, met wie ik enkele jaren na mijn studie in Groningen (weer) contact opnam in verband met Kelly's Reptest en die mij enthousiasmeerde om in de richting van de Persoonlijke Constructen Psychologie verder te gaan. Met veel genoegen herinner ik me het eerste internationale congres dat ik met hem in Oxford bijwoonde (Takens, 1977b) en vooral ook (zijn organisatie van) het daaropvolgende congres in kasteel Nijenrode te Breukelen (Takens, 1979a).

Een woord van dank past ook aan de emeriti hoogleraren *professor Piet Cassee* en *professor Henk Wijngaarden*, met wie ik in het begin van mijn carrière aan de Vrije Universiteit veel van doen had. *Professor Cassee* haalde mij na mijn studie in Groningen naar Amsterdam, waarvoor ik hem achteraf nog steeds dankbaar ben. Zijn vaderlijke houding was in die beginjaren voor mij een kostbaar goed, ook al vertoonde ik wel eens de neiging om daar als een jonge zoon tegen in opstand te komen. *Professor Wijngaarden* wil ik graag bedanken voor de vele en nuttige supervisiegesprekken die ik door de jaren heen met hem mocht voeren. Als van geen ander heb ik van hem het psychotherapeutisch ambacht geleerd. En nog steeds, na al die jaren, beschouw ik hem als mijn grote leermeester in het cliëntgerichte gedachtegoed. In het kader van mijn ontwikkeling tot psychotherapeut bedank ik ook graag mijn leertherapeut *Jaap Veldkamp*, die bereid was om de plots afgebroken therapie door het onverwachte overlijden van mijn leertherapeut *Bodo Lehmann*, over te nemen. Ik heb onze gesprekken steeds als heel nabij en verrijkend ervaren. Ten slotte bedank ik nog het hoofd van de afdeling Klinische Psychologie, *professor Ad Kerkhof*, voor zijn getoonde belangstelling en de gelegenheid die hij me bood om tot een afronding van mijn proefschrift te komen.

Terugkerend naar het onderzoek, waar het in deze dissertatie tenslotte toch om gaat, wil ik hierbij, ook al is het een tijd geleden, graag alle *therapeuten* en *cliënten* van de destijds Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie, van de Psychiatrische Polikliniek te Heiloo en van de vakgroep Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit bedanken voor hun medewerking en het beschikbaar stellen van hun op band opgenomen therapiegesprekken. Juist door een dergelijke vastlegging van de alledaagse praktijk, wordt het mogelijk om iets van de veranderingsprocessen in psychotherapie te leren begrijpen. Het *Nederlands Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid* dank ik voor het beschikbaar stellen van een subsidie aan het onderzoek naar 'therapeutische toegankelijkheid'. Dit maakte de aanstellingen van enkele (student-)assistenten bij dit project mogelijk. In dit verband noem ik mijn collegae *Wim Snellen*, *Aart Kroep*, *Cees Doorn*, *Marina van der Wulp*, *Wenja van der Meulen*, *Evert Jan Stoffels* en *Jan van Strien*, die allen destijds als (student-)assistent bij mijn onderzoek(en) betrokken waren. In de verschillende stadia hielpen zij mee aan de voorbereiding, de dataverzameling en de gecomputeriseerde verwerking van de onderzoekgegevens. Ik ben hen daarvoor veel dank verschuldigd. Het is overigens leuk om te kunnen constateren dat inmiddels drie van hen zelf gepromoveerd zijn en één op het punt staat dat te doen.

De secretaresses *Marianne Ouwehand* en *Els Allan* bedank ik voor al hun in het pré-PC tijdperk verrichtte typewerk t.b.v. interne rapporten, congressbijdragen en wat dies meer zij, en *Regina van Groningen*, ten slotte, voor het in korte tijd op zeer professionele wijze persklaar maken van het manuscript.

Bovenal bedank ik echter *José en de kinderen* voor hun onmetelijke geduld, voor de tijd en ruimte die zij mij lieten om mijn dissertatie te schrijven. Met liefde draag ik aan hen dit proefschrift op.

*Ouderkerk a.d. Amstel, 15 april 2001, Pasen.*

## INLEIDING

De kwaliteit van de psychotherapeutische relatie blijkt een belangrijke voorspellende factor voor het succes van een psychotherapeutische behandeling te zijn. Daar zijn niet alleen onderzoekers het over eens (zie bijvoorbeeld Lambert & Bergin, 1994; Bachelor & Horvath, 1999), maar ook de practici zelf, ongeacht de therapeutische school waartoe zij zich rekenen. Toch lijkt de waarde die aan de therapeutische relatie wordt gehecht nogal te verschillen. Zo maakt het hanteren van de therapeut-cliënt relatie voor cliëntgerichte psychotherapeuten de kern uit van de therapeutische ontmoeting, gedragstherapeuten beschouwen het 'slechts' als een basisvoorwaarde voor verandering. Omdat de kwaliteit van de therapeutische relatie voor alle therapeutische scholen een rol van betekenis speelt, wordt het wel als een non-specifieke factor aangeduid (Frank & Frank, 1991; Beutler, Machado & Allster Neufeldt, 1994): het is niet specifiek verbonden met één bepaalde behandelwijze. Sommige auteurs (bijvoorbeeld Schofield, 1964; Lomas, 1973; Szasz, 1978) zien überhaupt niets specifiek in de therapeutische relatie als zodanig. Voor hen verschilt het in wezen niet van andere relatievormen en is psychotherapie eigenlijk niet anders dan een vorm van (duur betaalde) vriendschap. In hun kielzog hebben politici zich ook wel eens laten verleiden tot publieke uitspraken als zou men voor een goed gesprek net zo goed bij de plaatselijke kapper terecht kunnen. Hoe onzinnig dat soort uitspraken ook zijn, interessant blijft de vraag wat nou precies het kenmerkende van een therapeutische relatie is.

Op die vraag gaan we in het eerste hoofdstuk van dit proefschrift in, waarin we verslag doen van een onderzoek naar *de aard van de therapeutische relatie*. We vroegen aan 150 psychotherapeuten van diverse signatuur de therapeutische relatie te beoordelen op een aantal kenmerken (constructen). In een later stadium hebben we dat ook nog eens aan 66 cliënten, die in therapie waren (geweest), gevraagd. In het algemeen kwam de therapeutische relatie uit deze onderzoeken naar voren als een functionele, asymmetrische relatie, die duidelijk meer lijkt op de dokter-patiënt relatie en op de relatie tussen een leraar en een leerling, dan op een vriendschapsrelatie.

Een consequentie van dit resultaat is dat we bij de *matching* van therapeuten met cliënten niet zonder meer het 'soort-zoekt-soort' paradigma van de vriendschapsrelatie kunnen volgen. In veel (Amerikaans) onderzoek is dat wel gedaan, dat wil zeggen dat men veronderstelt dat hoe te meer de thera-

peut en de cliënt in bepaalde opzichten op elkaar lijken, des te beter de matching zou zijn. Ons inziens kan men beter uitgaan van de verschillende posities die de therapeut en de cliënt innemen en de daarmee samenhangende, te onderscheiden *taken* in het therapeutische proces (Takens, 1981a). Een en ander hebben wij geconcretiseerd in het onderzoek *Therapeutische Toegankelijkheid*, waarvan in hoofdstuk 2 van dit proefschrift verslag wordt gedaan. Vanuit een persoonlijk construct-theoretisch kader (Kelly, 1955; Bonarius, 1980) werd aan de variabele 'therapeutische toegankelijkheid' een therapeut- en een cliëntaspect onderscheiden. Wat de therapeut betreft werd verondersteld dat deze, om de cliënt te kunnen helpen, zich toegang moet verschaffen tot de persoonlijke leefwereld van de cliënt. Daarvoor zal hij in staat moeten zijn het 'persoonlijke constructen systeem' van de cliënt adequaat te reconstrueren. Voor de cliënt zal, omgekeerd, gelden, dat deze bereid moet zijn zich voor (de invloed van) zijn therapeut open te stellen; hij moet als het ware zijn therapeut toegang verlenen tot zijn persoonlijke wereld. Dit zal hij pas doen – zo veronderstelden wij – als hij de therapeut als een *persoonlijke ander* in tegenstelling tot een *externe ander* beschouwt.

Het onderzoek werd in een drietal instellingen uitgevoerd. Zesendertig therapeuten en 63 cliënten verleenden hun medewerking. De uitkomsten van dit onderzoek waren verrassend. Zo bleek er, in tegenstelling tot onze verwachting, een negatief verband tussen het voorspellen c.q. reconstrueren van de persoonlijke constructen van de cliënt en de empathie van de therapeut. Wat betreft de cliënt stuiten we op een al even verrassend resultaat: naarmate de therapeut meer als een *externe ander* wordt beschouwd, zijn cliënten geneigd meer zelfonthullend gedrag te vertonen.

In dit onderzoeksproject 'Therapeutische Toegankelijkheid' waren de perceptie van de therapeut door de cliënt en, omgekeerd, de perceptie van de cliënt door de therapeut de onafhankelijke variabelen. Als afhankelijke variabelen was gekozen voor het zelfonthullend gedrag van de cliënt en de empathie van de therapeut. Beide variabelen werden door ons beschouwd als concrete manifestaties van een goed op gang komen van een therapeutisch contact. Om de kwaliteit van een (beginnende) therapeutische werkrelatie te meten kan men natuurlijk ook afgaan op de persoonlijke indrukken van de betrokken therapiepartners zelf.

Uiteraard is dat een subjectieve meting, maar in de praktijk van met name de cliëntgerichte psychotherapie wordt daar grote waarde aan gehecht. Aangezien er ten tijde van de uitvoering van dit onderzoek geen goede vragenlijsten voor de meting van de kwaliteit van een (beginnende) therapeutische werkrelatie bestonden, besloten we zelf een dergelijke vragenlijst te ontwerpen. In paragraaf 3 van hoofdstuk 2 wordt daar verslag van gedaan. Deze *Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV)* kent een therapeut- en een cliëntversie en bevat items voor het meten van:

- het empathisch gedrag van de therapeut (alleen in de cliëntversie);

- het zelfonthullend gedrag van de cliënt (alleen in de therapeutversie);
- de gepercipieerde positieve/negatieve gezindheid;
- de wederzijdse sympathiegevoelens en
- de impact die de therapie op de cliënt heeft.

Recentelijk is deze vragenlijst door ons nader bewerkt en uitgebreid met items voor Directiviteit, Deskundigheid en Verwachtingen ten aanzien van de therapie (Höhner, 1998; Kels, 2000).

Verder kijkend dan alleen de wederzijdse percepties van therapeut en cliënt in het begin van een psychotherapeutisch contact, wordt in hoofdstuk 3 van dit proefschrift concreet ingegaan op de *therapeutische interactie* zelf. Met name wordt gekeken naar de wijze waarop de therapeut en de cliënt op elkaar betrokken zijn in het proces van *zelfexplicitering*. Onder zelfexplicitering wordt verstaan het waarnemen en differentiëren van gevoelens en betekenissen en het inpassen daarvan in een betekenisstructuur die persoonlijk relevant is, dat wil zeggen verbonden met persoonlijke waarderingen, gevoelens, intenties, en dergelijke (Takens, 1995). Explicitering is daarmee iets anders dan 'verklaren', dat wil zeggen het inpassen van een verschijnsel (gebeuren, gevoel, enz.) in een reeds bekende en algemeen geldende (causale) samenhang. Het gaat veeleer om de idiosyncratische aspecten van het persoonlijke referentiekader, dat betrekking heeft op een specifieke gebeurtenis, een bepaalde persoon, een concreet gevoel, en dergelijke. Om tot de beoogde verheldering te komen zal de cliënt een bepaalde procedure – strategie – moeten volgen. De beste strategie lijkt te zijn zichzelf zo veel mogelijk 'verdiepende' vragen te stellen. Ipso facto geldt dit voor de therapeut, die in het stellen van verdiepende vragen aan de cliënt zijn belangrijkste taak heeft. De manier waarop de cliënt zichzelf vragen stelt, wordt in procestermen de *bewerkingswijze* genoemd. In de therapeutische interactie staat daar dan het *bewerkingsaanbod* van de therapeut tegenover. Om het niveau van explicitering te kunnen bepalen ontwierp Sachse (1988;1990a) twee parallelle schalen voor respectievelijk cliënt- en therapeutuitspraken. Het zijn de schaal voor 'Bewerking-Wijze' (BW) en de schaal voor 'BewerkingsAanbod' (BA). Beide schalen onderscheiden 8 niveaus van explicitering, oplopend van een loutere beschrijving van onderwerpen via een (persoonlijke) waardering ervan tot aan een verduidelijking van aspecten van het innerlijke referentiekader van de cliënt. Met behulp van deze schalen kan onder meer worden vastgesteld:

- in hoeverre de cliënt zelf bezig is zijn innerlijke referentiekader te expliciteren;
- welk bewerkingsaanbod door de therapeut wordt gedaan en in hoeverre dit aansluit bij hetgeen waarmee de cliënt op dat moment bezig is;
- in hoeverre de cliënt het bewerkingsaanbod van de therapeut accepteert, met andere woorden in hoeverre de bewerkingswijze van de cliënt beïnvloed c.q. 'aangestuurd' wordt door de therapeut.

In hoofdstuk 3 van dit proefschrift worden enkele empirische bevindingen vermeld met betrekking tot het gebruik van de door ons vertaalde schalen (Takens, 1995), onder andere bij de analyse van therapeutische gesprekken die door ervaren en onervaren therapeuten werden gevoerd, vanuit verschillende referentiekaders, op verschillende tijdstippen, enzovoort. Speciale aandacht wordt geschonken aan het al dan niet sturend optreden door de therapeut. Bij wijze van exemplarisch voorbeeld van een sturingsanalyse zijn twee demonstratiegesprekken van Carl Rogers onderzocht op hun (non-)directiviteit (*paragraaf 3.3.2*). In een afsluitende paragraaf (*3.4*) worden, ten slotte, twee toepassingen van de schalen voor bewerkingswijze met betrekking tot het analyseren van psychotherapeutische interacties gerapporteerd. Het gaat er daarbij om verschillen in therapiestijl zichtbaar te maken (*paragraaf 3.4.1*) en om het verloop van een cliëntgerichte psychotherapie in het licht van de bewerkingswijze van de cliënt en het bewerkingsaanbod door de therapeut te beschouwen. Hierbij zijn enkele belangrijke stemmingsveranderingen in de therapie uitgangspunt van de procesanalyse (*paragraaf 3.4.2*). Over dit laatste onderzoek werd reeds elders door ons gepubliceerd (Takens & Foelkel, 1997; Takens, Hammink & Poort, 1997).

In het afsluitende hoofdstuk 4 blikken wij terug op de door ons uitgevoerde onderzoeken en bespreken we de waarde van enkele door ons ontworpen meetinstrumenten voor het bepalen van de kwaliteit van het psychotherapeutische contact.



# 1

## Over de aard van de therapeutische relatie

---

“De kleinst mogelijke eenheid bestaat uit twee mensen.  
De mens verschijnt. Niet aan zichzelf, maar aan anderen.”  
*W. Metz in 'Verantwoording', afscheidscollege, VU, 1982.*

### 1.1 De betekenis van de ander

Mensen hebben mensen nodig. Het hebben van (goede) betrekkingen met anderen is niet alleen belangrijk voor iemands welbevinden, maar is fundamenteel voor het leven zelf. Zonder communicatie is geen leven mogelijk (Giffin & Patton, 1981). Door velen is gewezen op de tussenmenselijke ontmoeting als een noodzakelijke voorwaarde voor de ontwikkeling van een persoonlijke identiteit (o.a. Allport, 1961; Erikson, 1968; Mead, 1970; Winnicott, 1960). Anderen benadrukten het belang van de ander voor de ‘verwerkelijking van het zelf’ (o.a. Rogers, 1959; Lomas, 1973).

Interactionele opvattingen over de menselijke persoon gaan veelal terug op de denkbeelden van existentiële wijsgeren als Søren Kierkegaard (1813–1855), Martin Buber (1878–1965), Karl Jaspers (1883–1969) en Jean Paul Sartre (1905–1983). In de voetsporen van Kierkegaard, wijst bijvoorbeeld Buber er in zijn klassieke werk ‘Ich und Du’ (Buber, 1923) op, dat de mens, diens eigen ‘ik’, bepaald wordt vanuit de relatie tot zijn medemens. Men kan de medemens als iets onpersoonlijks, een ‘ding’, beschouwen en als zodanig tegemoet treden (als een ‘het’, ‘zij’ of ‘hij’), of werkelijk als medemens ontmoeten (als een ‘jij’). Het ‘ik’ dat vanuit een ‘het’ leeft, is voor Buber een minder menselijk ‘ik’, dan het ‘ik’ vanuit een ‘jou’. ‘Ich werde an Du’, door jou word ik pas mezelf, zegt Buber. Jaspers formuleerde het zo: ‘Die Wahrheit beginnt zu zweien’ (Jaspers, 1932). De mens is dus ten minste tweezaam.

Deze tweezaamheid kan worden begrepen vanuit de behoefte van de mens aan informatie over zijn eigen functioneren. De wereld wordt pas leefbaar

wanneer het eigen falen en slagen met redelijk succes voorspeld kan worden. Daarvoor zijn externe referentiebronnen nodig, waartegen het eigen gedrag en de opvattingen kunnen worden afgemeten. In dit verband gebruikte Kelly de metafoer van de mens als wetenschapper (Kelly, 1955). Conform de wetenschappelijke methode stelt de mens hypothesen omtrent zichzelf en de hem omringende wereld op, die vervolgens op hun realiteitsgehalte worden getoetst. Aangezien er nauwelijks objectieve criteria bestaan waartegen gevalideerd kan worden, zal de persoon vooral afgaan op de sociale realiteit, dat wil zeggen het oordeel van anderen. De mens zal zijn opvattingen derhalve voortdurend met die van anderen willen vergelijken (Festinger, 1954).

Anderen zijn geschiktere vergelijkingsobjecten naarmate ze meer consistente informatie over jezelf verschaffen. Eensluitende informatie werkt geruststellend, terwijl 'cognitieve dissonantie' (onaangename) spanningen teweeg kan brengen (Festinger, 1957). De mens zal daarom geneigd zijn informatie die niet strookt met de eigen (zelf)opvatting te negeren of te vervormen. In dit verband onderscheidt Greenwald (1980) drie vormen van 'self-serving biases': egocentrisme, 'benefectance' en cognitief conservatisme. Egocentrisme blijkt vooral uit geheugenonderzoeken: mensen onthouden datgene het beste waarin ze zelf een actieve of veroorzakende rol hebben gespeeld. 'Benefectance' is de neiging om zichzelf verantwoordelijk te voelen voor dingen die succes hebben opgeleverd, terwijl bij mislukkingen de eigen verantwoordelijkheid wordt ontkend. Cognitief conservatisme, tenslotte, is het streven om bestaande kennisstructuren zo lang mogelijk in stand te houden om niet steeds te hoeven veranderen. Kortom, de mens lijkt geneigd ten faveure van zijn beeld over zichzelf naar zichzelf toe te redeneren, ook al wordt daarmee de realiteit in zekere mate geweld aangedaan.

## 1.2 Verstoorde relaties

Wanneer dergelijke 'parataxische' vertekeningen van de realiteit ernstige vormen aan gaan nemen kan een voor het psychisch welbevinden bedreigend 'niet-ik' ontstaan, dat in het uiterste geval zelfs kan leiden tot schizofreen gedrag (Sullivan, 1962).

Laing (1960, 1961) stelde dat de wereld van de schizofreen opgesplitst is in een binnenwereld ('het authentieke zelf') en een buitenwereld die 'vals' is. Deze splitsing stoelt op de 'ontologische onzekerheid', waarin de mens zich bevindt. Om anderen die onzekerheid niet te laten zien, splitst de schizofreen zich als het ware op in een verborgen (werkelijk) zelf en een uiterlijk (vals) zelf, dat zich schijnbaar aan de eisen van de hem omringende wereld heeft aangepast. Hierdoor raakt de schizofrene mens vervreemd, zowel van zichzelf als van het reële bestaan. Volgens Laing is dat echter de enige mogelijkheid tot overleven. Laing laat zich hier duidelijk inspireren door de existentieel filosoof Sartre (1905–1983), die in de spanning tussen het 'en-soi' en

‘pour-soi’ de oerbetekenis van het menselijk conflict zag (Sartre, 1943). De ander is een vreemde en tegelijkertijd meer nabij dan ik mijzelf en daardoor een bedreiging voor de eigen menswording. Juist in de blik van de ander (‘le regard d’autrui’) zoekt de mens de rechtvaardiging van zijn bestaan, aldus Sartre (1943).

Betekent dit nu dat het aloude credo van Thomas Hobbes (1588–1679), dat de mens zijn medemens tot wolf is (‘homo homini lupus’), van meer realiteitszin getuigt dan de menselijke opgave ‘elkaars broeders hoeder’ te zijn? Tot op zekere hoogte wel. Daar staat evenwel tegenover dat een ontmoeting tussen mensen soms ook tot een gemeenschappelijk ervaren kan leiden, een ‘wij’-beleving, waarin de ene persoon zijn existentiële ervaring deelt met iemand anders. Volgens Binswanger (1942) is ‘die Wirheit der Teilhahme’ zelfs fundamenteel voor het mens-zijn.

Het effect van het ‘met de ander zijn’ op (de ontwikkeling van) de persoon(lijkheid) zal in sterke mate afhangen van wie men ontmoet en hoe de interacties verlopen. Voor het geval er een systematische *ontkenning* van de persoon als zodanig plaatsvindt, zullen grote (inter)persoonlijke stoornissen, eventueel als schizofreen gedrag gelabeld, het gevolg kunnen zijn. Wanneer de persoon daarentegen in relaties met anderen zich in zijn eigen mens-zijn bevestigd weet, ontstaat er ruimte voor wat wel het proces van ‘zelfverwerkelijking’ (Maslow, 1968; Rogers, 1959) wordt genoemd.

### 1.3 Helpende relaties

Wanneer psychische stoornissen – tenminste deels – te herleiden zijn tot ontregelde tussenmenselijke relaties, dan ligt het voor de hand om de oplossing van menselijke conflicten tevens in de interpersoonlijke sfeer te zoeken. In dit verband vervult een ‘werkelijk gesprek’ volgens Carp (1973) een belangrijke functie. De betekenis ervan is gelegen in de zelfontmoeting met de ander. De ander fungeert daarbij als een projectie van het eigen zelf, waarbij de identiteit van dit zelf aan de ander wordt getoetst: “In de ontmoeting met de ander vindt een ontmoeting plaats met het eigen zelf, zoals ook in de ontmoeting met het eigen zelf de mens de ander ontmoet” (Carp, 1973, p.35). Het wezenlijke hierin schuilt in de zelfonthulling waarbij de mens zijn eigen individualiteit aan de ander durft te openbaren.

Dit vereist natuurlijk wel een omgeving die daartoe uitnodigt en de betrokkene(n) voldoende veiligheid biedt, of, zoals Carp het uitdrukte, waarin sprake is van een ‘verzorgende bemoeienis met elkaar’. Essentiële vragen die dan rijzen betreffen welk gespreksklimaat zelfonthullend gedrag stimuleert en welke tussenmenselijke betrekkingen zich daartoe het beste lenen. Zo kan men zich voorstellen dat de ‘verzorgende bemoeienis met elkaar’ bij voorkeur in de naaste omgeving plaatsvindt, in eerste instantie buiten het professionele hulpverleningskader om.

Chabot (1979), in reactie op de zich aftekenende professionaliseringstendenzen (zie o.a. De Swaan, 1979; Achterhuis, 1980), pleitte in dit verband voor het recht op 'zorgen voor elkaar zonder hulp van psychodeskundigen'. Enigszins nostalgisch doelde Chabot daarbij op de (naasten)hulp die burens, familie en vrienden elkaar in langzamerhand voorbijgaende tijden plachten te geven. Hij is het met Frank (1975) eens, die psychotherapie als een sociaal instituut beschouwt, die het gat moet opvullen dat is ontstaan door het verval van traditionele instellingen (kerk, gezin, e.d.) die zin aan het leven gaven en een gevoel van onderlinge verbondenheid verschaften.

Al eerder noemde Schofield (1964) psychotherapie een vorm van betaalde vriendschap. Volgens deze auteur bevatten vriendschapsrelaties, waarin sprake is van wederzijds respect en openhartigheid, dezelfde therapeutische elementen als het professionele therapeutische gesprek, en kunnen derhalve een overeenkomstig therapeutisch effect sorteren. Vertrekkend vanuit het standpunt van de professionele psychotherapeut, komt Lomas (1973) bijna tien jaar later tot ongeveer dezelfde conclusie. De therapeutische relatie krijgt voor hem pas betekenis wanneer er een authentieke ontmoeting plaats vindt tussen de therapeut en zijn cliënt. Hij vindt dat de bestaande therapeutische methoden (bedoeld wordt met name de psychoanalyse) de echtheid van de communicatie eerder belemmeren en daardoor vervreemdend werken. Het gaat er volgens hem niet om dat een alwetende therapeut juiste interpretaties van het gedrag van zijn cliënt geeft, maar veeleer dat een therapeut het menselijke klimaat schept waarin de cliënt zich veilig genoeg voelt om zichzelf te verkennen. In feite stelt Lomas hier niets nieuws, maar valt hij terug op het therapeutisch uitgangspunt van Rogers (1942). Deze formuleerde in 1957 (Rogers, 1957) een drietal condities die zowel noodzakelijk als voldoende werden geacht om een veranderingsproces bij de cliënt te bewerkstelligen. Naast respect en echtheid betrof dat vooral een empathische opstelling van de therapeut. Dat deze condities noodzakelijk zijn voor het op gang komen van een therapeutisch proces wordt sindsdien door niemand meer betwijfeld, ook niet buiten 'Rogeriaanse' kring; dat zij ook *voldoende* zouden zijn om een therapeutisch effect te sorteren lijkt echter een te optimistische gedachte, waar allengs cliëntgerichte therapeuten zelf ook hun vraagtekens bij zijn gaan zetten (zie Takens, 1994b).

Hoe dan ook, het moge duidelijk zijn dat in het brede spectrum van professionele en non-professionele hulpverleningsrelaties het interactionele element van eminent belang is. Voor wat betreft de psychotherapeutische betrekking werd dit reeds in 1959 uitstekend door Bordin verwoord in het volgende citaat:

"The key to the influence of psychotherapy on the patient is in his relationship with the therapist. Wherever psychotherapy is accepted as a significant enterprise, this statement is so widely subscribed to as to become

trite. Virtually all efforts to theorize about psychotherapy are intended to describe and explain what attributes to the interaction between the therapist and the patient will account for whatever behavior change results" (Bordin, 1959, p.235).

Het mag dan ook geen verbazing wekken dat in de 'officiële' definitie van psychotherapie, zoals opgesteld door de staatscommissie Medische Beroepsuitoefening (Commissie De Vreeze, 1973), en later overgenomen door de Werkgroep Psychotherapie (Verhagen, 1980), aan de psychotherapeutische relatie een centrale positie wordt toegekend:

"Psychotherapie is het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen door een deskundige, die daarvoor is opgeleid, van patiënten in die zin, dat zij hulp behoeven voor psychische moeilijkheden, conflicten of stoornissen *door middel van het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van een relatie*, teneinde die psychische moeilijkheden, conflicten en stoornissen op te heffen of te verminderen." (cursivering, RJT)

#### 1.4 Opvattingen over de therapeutische relatie

Ondanks de grote betekenis die door de verschillende therapeutische stromingen aan de therapeutische relatie wordt toegekend, bestaat er wel een grote diversiteit in opvattingen over het karakter van deze bijzondere tussenmenselijke betrekking.

Ongetwijfeld is er in de kring der psychoanalytici het meest gediscussieerd over de betrekking tussen de therapeut en de cliënt/patiënt (Sandler, e.a., 1973; Langs, 1976). Vaak wordt een onderscheid gemaakt tussen de therapeutische werkrelatie en de overdrachtsrelatie (Greenson, 1965; De Blecourt e.a., 1981; Frieswijk, Colson & Allen, 1984). De werkrelatie drijft als het ware op het relatief conflictvrije gebied van de patiënt en diens vermogen om op een realistische, verstandige wijze een therapeutisch contact aan te gaan. De overdrachtsrelatie daarentegen bestaat uit de infantiele neurotische reacties die de patiënt op zijn analyticus projecteert. Zij vormen de kern van de behandeling en worden aangewakkerd door de typische analytische situatie met een 'onzichtbare' therapeut, gezeten aan het hoofd van de bank waarop de patiënt is gelegen, de 'neutrale' opstelling van de therapeut, het dagelijks terugkerend ritueel van de analyse, en dergelijke (Stone, 1961). Green (1975) vindt de analytische omgeving zo ingericht dat de patiënt zich omringd voelt door de moederlijke zorg van de analyticus. Volgens een groot aantal analytici is de overdrachtsrelatie geworteld in de moeder-kind relatie (Greenacre, 1954; Klein, 1952; Winnicott, 1960; Zetzel, 1956).

Ook Strupp (1973) ziet de therapeutische relatie primair gemodelleerd naar de ouder-kind relatie. Als consequentie hiervan vindt hij dat een thera-

peut als koesterende ouder in belangrijke mate tegemoet dient te komen aan de wensen van de patiënt, met name wat betreft diens verlangen naar afhankelijkheid, steun, begrip en bijstand. Stone (1961) daarentegen is van mening dat de psychoanalytische situatie een zekere deprivatie in intimiteit scheidt welke met name de separatie-ervaringen weerspiegelt van het jonge kind in relatie tot zijn moeder. De analyticus representeert derhalve de 'moeder-van-de-scheiding' en is niet de arts die traditioneel geassocieerd wordt met de intiem verzorgende moeder. Volgens Szasz (1963) is dit nu juist de paradox van de analytische situatie: het stimuleert en frustreert tegelijkertijd de ontwikkeling van een intiem menselijk contact. Het begrip overdrachtrelatie is een hypothetisch construct, louter opgeworpen ter bescherming van de analyticus. Het houdt een ontkenning in of ten minste een mitigatie van het persoonlijke element in de analytische situatie. De therapeut is tot symbool gemaakt en wordt daarmee een onkwetsbare figuur. Een echt persoonlijk contact kan volgens Szasz alleen gedijen in een symmetrische relatie. In dit opzicht sluit hij aan bij de humanistisch georiënteerde psychotherapeuten die de gelijkheid tussen de therapiepartners benadrukken (Rogers, 1961; Lomas 1973; Mahrer, 1978). De therapeutische relatie wordt door hen niet als principieel verschillend van andere intieme verhoudingen gezien. Het is een natuurlijke samenkomst van twee mensen waarin wederzijds begrip, respect en waardering op de voorgrond staan.

Frank (1961;1986) beschouwt met name de asymmetrische structuur van de therapeut-cliënt verhouding als de heilzame factor in het psychotherapeutische proces. Hij vergelijkt psychotherapie met religieuze rituelen en magische geneeswijzen. Het succes daarvan ligt in het wekken van hoop, gekapitaliseerd in een gevoel van afhankelijkheid van de leider, de 'medicijnman'. Aan zijn persoonlijke uitstraling, maar meer nog aan allerhande lijfelijke attributen ontleent hij de krachten die binnen een bepaalde cultuur symbolische betekenis heeft en die de patiënt genezing kan brengen.

'Overtuiging' speelt ook een voornaam rol in de rationeel-emotieve therapie (RET) van Ellis (1962), waarbij de therapeut systematisch probeert irrationele, zelf-destructieve ideeën van zijn patiënt in te laten ruilen voor meer rationele opvattingen omtrent de realiteit. Volgens Strong (1968) kan men in dit opzicht veel leren van het 'opinion-change'-onderzoek. Net als bij counselingprocessen wordt daar communicatie in verband gebracht met gedragsverandering. Via het gesproken woord tracht de 'redenaar' zijn publiek te beïnvloeden, zoals de therapeut zijn cliënt. Idem vertrekken de gesprekspartners veelal vanuit een verschillend standpunt. Doordat de spreker meningen ventileert die afwijken van bestaande opvattingen bij de toehoorder c.q. de cliënt, ontstaat bij deze een toestand van 'cognitieve dissonantie'. Al naar gelang de geloofwaardigheid van de spreker c.q. therapeut zal de toehoorder respectievelijk de cliënt bereid zijn diens ideeën te assimileren, dan wel zijn

eigen denken te accommoderen (vergelijk ook de rationeel-emotieve benadering van Ellis, 1962).

Strong (1968) ziet dit beïnvloedingsproces in twee fasen verlopen. Eerst dient de geloofwaardigheid, betrokkenheid en attractiviteit van de spreker dusdanig vergroot te worden dat de kans op beïnvloeding optimaal is. Pas daarna kan de geplande boodschap worden gecommuniceerd. Bij het communicatieproces wordt gebruikgemaakt van bekrachtigers die bekend zijn uit de gedragstherapie, zoals het herhalen van de boodschap, het aanmoedigen, het erbij betrekken van de cliënt, et cetera.

Binnen de gedragstherapie zelf overigens wordt relatief weinig aandacht aan de therapeutische relatie geschonken. Dat wil niet zeggen dat men weinig waarde aan een goede hulpverleningsrelatie hecht. Men kiest echter voor een zakelijke opstelling en ziet de therapierelatie als een functioneel samenwerkingsverband, waarbij sprake is van duidelijk afgebakende rollen. De cliënt wordt als deskundige op het gebied van zijn eigen gedrag beschouwd, de therapeut is de deskundige op het gebied van methoden voor gedragsverandering (Klip, 1985). Wel wordt erkend dat ook in het gedragstherapeutische proces therapeutische variabelen als empathie, warmte, echtheid, begrip en emotionele rijpheid van de zijde van de therapeut nodig zijn (o.a. Brinkman, 1978; Schaap, Bennun, Schindler & Hoogduin, 1993). Vanuit een 'radicaal-behavioristisch' standpunt beschrijven Follette, Naugle en Callaghan (1996) hoe therapeuten door hun sociale bekrachtiging in de vorm van contingente en niet-contingente responsen stapsgewijs therapeutische veranderingen vorm geven.

Uit de literatuur blijkt dus een grote verscheidenheid aan opvattingen over het karakter van de therapeutische relatie, niettegenstaande het algemeen erkende belang ervan voor het welslagen van welk type behandeling dan ook. In hoeverre deze in de literatuur aangetroffen verschillen ook daadwerkelijk leven bij therapeuten uit de verschillende denominaties was voor ons aanleiding om enkele onderzoeken uit te voeren, waarbij we tevens wilden nagaan waarin volgens betrokkenen de therapeutische relatie zich onderscheidt van andere tussenmenselijke betrekkingen. In de volgende paragraaf wordt van deze onderzoeken onder zowel (ervaren) therapeuten als (ex-)cliënten verslag gedaan.

### **1.5 Constructies van de therapeutische relatie: een drietal onderzoeken**

#### *Onderzoek 1: Supervisoren over de aard van de therapeutische relatie*

##### *Proefpersonen*

Voor dit onderzoek werden 75 therapeuten uit drie therapierichtingen aangeschreven. Deze 75 therapeuten waren gerecruteerd uit de ledenlijst van de NVP (Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie) op basis van hun lid-

maatschap van een der specialistische psychotherapie-verenigingen, waarvan zij erkend supervisor waren. Om zo 'zuiver' mogelijk te werken mochten de betrokken supervisoren niet nog eens lid zijn van een andere specialistische psychotherapievereniging.

#### *Procedure*

De geadresseerden werd verzocht volgens de RepGrid procedure (Kelly, 1955) een tiental interpersoonlijke relaties met elkaar te vergelijken. Het betrof de relaties tussen:

1. ouder en kind;
2. oudere en jongere broer/zus;
3. leraar-leerling;
4. verkoper-klant;
5. therapeut-cliënt;
6. arts-patiënt;
7. vrienden;
8. (huwelijks)partners;
9. supervisor-supervisant;
10. collega's.

De RepGrid is een afgeleide van wat oorspronkelijk de 'Role Construct Repertory Technique' heette (Kelly, 1955). De 'test' is bedoeld om iemands persoonlijke constructen op te sporen en in kaart te brengen. Daartoe wordt een aantal belangrijke mensen in het leven van de proefpersoon ('rolfiguren') onderling op hun overeenkomsten en verschillen beoordeeld. De proefpersoon wordt gevraagd (steeds wisselende) combinaties van drie rolfiguren in gedachten te nemen en te bedenken in welk belangrijk opzicht twee van hen overeenkomen en hen tegelijkertijd doet verschillen van de derde persoon. De bedachte overeenkomst wordt het *construct* genoemd, het verschil is het *contrast*. Voor Kelly hield daarmee de eigenlijke testafname op, aangezien het hem in eerste instantie louter te doen was om het ontlokken van deze door de proefpersoon zelf geformuleerde constructdimensies. Veel gebruikers van de methode vragen evenwel de proefpersoon de geformuleerde constructen ook nog op de andere 'elementen' (dus op alle rolfiguren) te betrekken, waardoor een matrix met scores ontstaat (de 'Grid', letterlijk: 'raster'), die vervolgens op verschillende manieren statistisch bewerkt kan worden (bijvoorbeeld met behulp van principale componentenanalyse).

In het onderhavige onderzoek werden de proefpersonen vrij gelaten met betrekking tot het aantal te genereren constructdimensies. Het aantal was open gelaten, omdat tevoren moeilijk in te schatten was hoe divers men in het algemeen tegen relaties aankijkt. Na het formuleren van de constructdimensies



werd men gevraagd daarmee bovenstaande tien relaties op een 5-puntsschaal te beoordelen. Had men bijvoorbeeld de dimensie 'symmetrisch-ongelijkwaardig' geformuleerd, dan werden alle tien relaties op deze kwaliteit gescoord (een 1-score betekent in dit geval dat de betreffende relatie als symmetrisch wordt beschouwd, met een 5-score bestempelt men de relatie als ongelijkwaardig).

### Resultaten

Van bijna eenderde van de aangeschreven supervisors werd een compleet ingevuld formulier retour ontvangen (11 cliëntgerichte psychotherapeuten, 6 gedragstherapeuten en 7 psychoanalytici). Opvallend was het geringe aantal verschillende constructdimensies dat men formuleerde. Meestal kwam men op twee of drie uit; inhoudelijk leken zij de dimensies 'symmetrisch-asymmetrisch' en 'zakelijk-persoonlijk' te representeren.

In tabel 1.1 zijn de correlaties tussen de therapeutische relatie en de andere negen relaties vermeld voor de drie therapeutische richtingen en voor de totale groep supervisors (n=24).

Tabel 1.1. *Perceptie van de therapeutische relatie in relatie tot negen andere relaties door 24 supervisors uit drie verschillende therapierichtingen op basis van door hen zelf gegenereerde constructdimensies, uitgedrukt in product-moment correlaties.*

	ouder-kind	broer/zus	leraar-leerling	verkoper-klant	arts-patiënt	vrienden	(huwelijks)partners	supervisor-supervisor	collega's
Rogerialen (n=11)	-.07	-.38*	.70*	.33*	.67*	-.36*	-.38*	.64*	-.04
Gedragstherapeuten (n=6)	-.49	-.59*	.83*	.59*	.71*	-.54*	-.55*	.63*	-.06
Psychoanalytici (n=7)	-.18	-.52*	.67*	.41*	.74*	-.54*	-.53*	.60*	.07
Alle therapeuten (n=24)	-.19	-.45	.73*	.40	.70*	-.44	-.45	.63*	-.03

\* p<.01

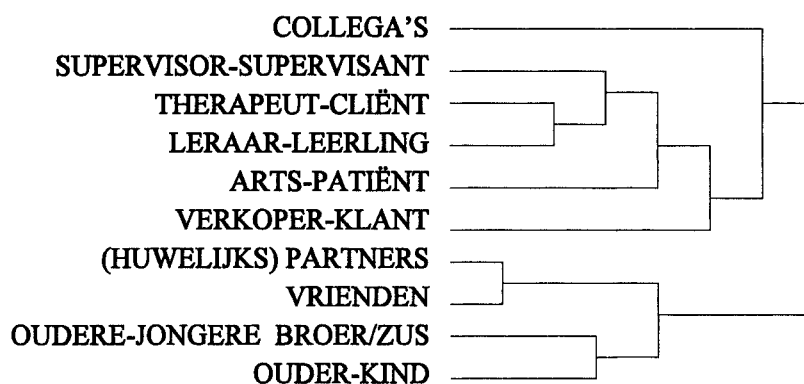
Tussen de drie therapeutische stromingen blijken slechts geringe verschillen in opvattingen te bestaan. De correlaties vallen bij de cliëntgerichte psychotherapeuten (= Rogerialen) in het algemeen wat lager uit dan bij de gedragstherapeuten en de analytici. Voor alle (drie) therapeutische stromingen worden de hoogste correlaties gevonden met betrekking tot de leraar-leerling relatie, de relatie tussen arts en patiënt en ook met betrekking tot de supervisie-relatie. Dit geldt voor alle therapeutische stromingen in vrijwel dezelfde mate. Deze relaties laten zich kenschetsen als asymmetrische verhoudingen, waarbij het hulpverleningselement voorop staat. In overeenstemming daar-

mee zijn de sterk negatieve correlaties met betrekking tot de relaties tussen echtgenoten, broer en zus en vrienden. De therapeutische relatie wordt dus naar het lijkt expliciet van de persoonlijke levenssfeer afgescheiden. Verder heeft de therapeut-cliënt relatie kennelijk niets weg van een collegiale verhouding, gelet op de onbeduidende correlaties in dit opzicht.

Uit een hiërarchische clusteranalyse die op de gegevens werd toegepast (zie tabel 1.2 en figuur 1.1.) blijkt nog eens hoe de therapeutische relatie voor de supervisors tot het domein der functionele relaties wordt gerekend.

Tabel 1.2. *Hiërarchische clusteranalyse (Johnson's Minimum Methode) van tien interpersoonlijke relaties zoals geconstrueerd door 24 therapeuten-supervisoren.*

Cluster	Clusterpaar	Clusterwaarde
1	(huwelijks)partners / vrienden	.17
2	therapeut-cliënt / leraar-leerling	.27
3	broer-zus / ouder en kind	.27
4	supervisor- supervisant / cluster 2	.38
5	cluster 4 / arts - patiënt	.43
6	cluster 1 / cluster 3	.61
7	cluster 5 / verkoper - klant	.65
8	collega's / cluster 7	1.08
9	cluster 8 / cluster 6	1.74



Figuur 1.1. *Hiërarchische clusteranalyse (Johnson's Minimum Methode) van tien interpersoonlijke relaties zoals geconstrueerd door 24 therapeuten-supervisoren.*

Het sterkste verband werd gelegd met de leraar-leerling relatie. Tezamen waren deze twee het meest geparenteerd aan de supervisor-supervisant relatie. En dit koppel vervolgens weer het meest aan de arts-patiënt relatie, enzovoort. De kern van het tegenovergestelde cluster wordt gevormd door de relatie tussen partners en vrienden, die tezamen weer het meest te maken lijken te hebben met het koppel broer/zus en ouder-kind.

Bij deze uitkomst moet worden aangetekend dat de vergelijkingen tussen de supervisors bemoeilijkt werden door de gevolgde REP-Grid procedure, waarbij iedere proefpersoon uitgenodigd was zijn eigen constructdimensies te formuleren. In tegenstelling tot onze verwachtingen bleek dit geen verruiming in het aantal gebruikte constructen op te leveren. Daarom werd alsnog besloten in een replicatie-onderzoek gebruik te maken van tien tevoren vastgestelde construct-contrastparen.

### *Onderzoek 2: Therapeuten over de aard van de therapeutische relatie*

#### *Proefpersonen*

Voor dit replicatie-onderzoek werden opnieuw 75 therapeuten aangeschreven, geselecteerd uit de NVP-ledenlijst. De betrokkenen behoeften deze keer echter geen supervisor in een van de drie richtingen te zijn. Als 'gewoon' lid van de NVP kunnen zij allen worden beschouwd als redelijk ervaren psychotherapeuten.

#### *Procedure*

Eenzelfde procedure werd gevolgd als in het eerste onderzoek, met dien verstande, dat nu de construct-contrast paren niet bij de proefpersonen werden ontlokt, maar werden aangeboden. Deze bevatten de meest genoemde constructen van de supervisors, die werden aangevuld met enkele volgens de literatuur relevante relatietekenen: persoonlijk-zakelijk; symmetrisch-asymmetrisch; doelbewust-spontaan; afhankelijk-onafhankelijk; oppervlakkig-intiem; tijdelijk-blijvend; wederzijds-eenzijdig; rationeel-emotioneel; afstandelijk-nabij; relatie is doel op zichzelf-relatie is middel tot.

#### *Resultaten*

Achtentwintig therapeuten (d.i. 37%) stuurden een volledig ingevuld formulier retour (9 Rogerianen, 13 gedragstherapeuten en 6 psychoanalytici).

Zoals uit de correlatietabel (tabel 1.3.) blijkt, werden nagenoeg dezelfde resultaten verkregen. Ten aanzien van de leraar-leerling relatie was de gepercipieerde overeenkomst bij de cliëntgerichte psychotherapeuten en de gedragstherapeuten wat minder groot, evenals bij de cliëntgerichte psychotherapeuten ten aanzien van de arts-patiënt relatie. In het algemeen scoorden de

cliëntgerichte psychotherapeuten deze keer wat minder pregnant dan de gedragstherapeuten en met name de analytici.

Table 1.3. *Correlaties tussen de therapeutische relatie en negen andere relaties, zoals beoordeeld door 28 therapeuten uit drie richtingen.*

	ouder-kind	broer/zus	leraar-leerling	verkoper-klant	arts-patiënt	vrienden	(huwelijks)partners	supervisor-supervisor	collega's
Rogeriaanen (n=9)	.15	-.14	.39*	.15	.40*	.05	.12	.58*	-.12
Gedragstherapeuten (n=13)	-.04	-.19	.49*	.33*	.60*	-.27*	-.18	.65*	-.02
Psychoanalytici (n=6)	-.11	-.37*	.85*	.42*	.80*	-.47*	-.37*	.70*	-.01
Alle therapeuten (n=28)	.01	-.21	.53*	.29	.57*	-.21	-.13	.64*	.03

\* p<.01

De uitkomsten van deze twee onderzoeken stemmen het meest overeen met de opvattingen die de gedragstherapeuten er theoretisch op na houden. De therapeutische relatie wordt namelijk in het algemeen als een functionele en asymmetrische relatie gezien, duidelijk niet als een persoonlijke relatie, zoals die tussen vrienden, broers en zusters en (huwelijks)partners. Met name voor de cliëntgerichte therapeuten is dit een opvallend resultaat. Opmerkelijk is voorts dat de psychoanalytici in dit onderzoek geen analogie trekken tussen de therapeutische relatie en de ouder-kind relatie.

### *Onderzoek 3: Cliënten over de aard van de therapeutische relatie*

Om te weten te komen hoe *cliënten* tegen de therapeutische relatie aankijken werd in een vervolgstudie (Ogink & Philips, 1985) op analoge wijze de mening gevraagd van 66 mensen die in therapie waren (geweest). Van de 34 mensen die hun formulieren terugstuurden hadden zeven een gedragstherapie, negen een kortdurende psychoanalytische therapie en achttien een cliëntgerichte therapie ondergaan.

Over de hele linie werden ook hier de hoogste correlaties gevonden tussen de therapeutische relatie en de arts-patiënt relatie ( $r=.41$ ,  $p<.01$ ) respectievelijk de leraar-leerling relatie ( $r=.39$ ,  $p<.01$ ).

Uitgesplitst naar therapierichting domineerden bij degenen die in gedragstherapie waren (geweest) de correlaties met de typische functionele relaties (leraar-leerling, collega's, verkoper-klant, arts-patiënt), bij de cliëntgerichte cliënten de relaties die met consultatie/adviesing te maken hebben (arts-pa-

tiënt en leraar-leerling), terwijl degenen die een psychoanalytische behandeling kregen ook enig verband zagen met de ouder-kind relatie ( $r=.25$ ). Tabel 1.4 wijst verder uit dat (ex-)cliënten de therapeutische relatie geenszins opvatten als een vriendenrelatie; zij die een Rogeriaanse of psychoanalytische behandeling hadden (gehad) zien er zelfs een tegenstelling in.

Tabel 1.4. *Correlaties tussen de therapeutische relatie en acht andere relaties zoals gepercipieerd door 34 cliënten.*

	ouder-kind	broer/zus	leraar-leerling	verkoper-klant	arts-patiënt	vrienden	(huwelijks)partners	collega's
Rogerianen (n=18)	.07	.00	.40*	.10	.41*	-.41*	-.04	.13
Gedragstherapeuten (n=7)	.00	.05	.47*	.43*	.38*	.19	-.17	.44*
Psychoanalytici (n=9)	.25	.03	.33*	.09	.44*	-.32*	.01	.07
Alle therapeuten (n=34)	.10	.04	.39*	.15	.41*	-.14	-.01	.17

\*  $p < .01$

Overigens bleek het wel uit te maken of men cliënten benaderde die op dat moment in therapie waren, dan wel hun therapeutische behandeling reeds hadden afgerond. De laatsten percipieerden een grotere overeenkomst met de ouder-kind relatie en met de collegiale verhouding. Met het beëindigen van de behandeling lijkt de therapeutische relatie geëvolueerd tot een meer persoonlijke en tegelijk ook meer symmetrische betrekking. Men ziet hier iets terug van het onderscheid dat in analytische kring wordt gemaakt tussen de overdrachtsrelatie en de werkrelatie: het overdrachtsaspect komt tot uitdrukking in de gepercipieerde overeenkomst met de ouder-kind relatie, terwijl de collegiale betrekking de (symmetrische) werkrelatie symboliseert. Opvallend is dat dit onderscheid wel door cliënten (achteraf, nog niet tijdens de therapie) wordt gemaakt en niet, zoals eerder bleek, door therapeuten.

## 1.6 Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat uit deze onderzoeken de therapeutische relatie bovenal als een functionele, asymmetrische verhouding naar voren komt, zowel bij therapeuten als bij cliënten. Het functionele karakter van de therapeutische relatie komt natuurlijk in de eerste plaats tot uitdrukking in de tijdelijkheid van het contact. Ook is het contact tussen therapeut en cliënt niet zozeer gericht op het in stand houden van de onderlinge betrekking, maar ontleent zijn betekenis primair aan buiten de relatie gelegen doelen (Biestek, 1968), bijvoorbeeld een verbetering van de relaties die de cliënt met derden

onderhoudt. De a-symmetrie die de therapeutische relatie blijkt te kenmerken zal vooral te maken hebben met de eenzijdige oriëntatie op uitsluitend de noden en behoeften van de cliënt. Het behoeft geen betoog dat therapeuten die in de relatie met hun cliënten oplossingen zoeken voor hun eigen problemen, hun heil beter elders kunnen zoeken.

Kortom, de therapeutische relatie is een speciale (werk)relatie, waarin met name sprake is van een ongelijkheid van rollen en een spanningsveld tussen het persoonlijke en functionele element. Dit maakt de therapeutische relatie zo verschillend van andersoortige tussenmenselijke betrekkingen en verschaft haar tevens de structuur die nodig is voor een optimale hulpverlening. Lehmann (1975) spreekt in dit verband van 'afstand en nabijheid in de therapeutische relatie'. Er is afstand nodig om de cliënt de ruimte te geven anders te kunnen zijn en zich autonoom te voelen. Anderzijds is nabijheid nodig om de cliënt te kunnen verstaan, te begrijpen hoe deze zich voelt en de wereld er voor hem uitziet. Therapeut en cliënt dienen volgens Lehmann (1975) te zoeken naar een evenwicht tussen afstand en nabijheid, waardoor de therapeut de cliënt van moment tot moment kan blijven begeleiden bij diens 'frightening search for himself' (Rogers, 1961), en de cliënt zich vrij en veilig genoeg voelt om zijn zoeken naar zichzelf voort te zetten.

Welke consequenties dit spanningsveld tussen 'afstand' en 'nabijheid', tussen het 'zakelijke' en 'persoonlijke' aspect, heeft voor het aangaan van een therapeutische relatie, zal in het volgende hoofdstuk aan bod komen. Met name is de 'match' tussen therapeuten en cliënten daarbij aan de orde. Wat zijn de voorwaarden voor het totstandkomen van een bestendig therapeutisch contact? Wanneer is de cliënt bereid de therapeut toegang te verlenen tot zijn/haar persoonlijk domein en wanneer zijn therapeuten (het beste) in staat zich toegang tot de persoonlijke belevingswereld van de cliënt te verschaffen?

Gelet op het grote aantal cliënten dat vroegtijdig een therapeutische behandeling staakt, zijn dit naar ons idee belangwekkende vragen die een antwoord behoeven. Met ons onderzoek naar 'therapeutische toegankelijkheid' proberen we (een begin van) dat antwoord te geven.

# 2

## Op weg naar een bestendig therapeutisch contact

---

In dit tweede hoofdstuk van het proefschrift gaan we in op het vestigen van een bestendig therapeutisch contact, waarbij onze aandacht met name uitgaat naar de interactionele factoren die een vruchtbare therapeutische werkrelatie bepalen. Wat maakt dat de cliënt zich bij de ene therapeut wel thuis voelt en bij de andere niet, en omgekeerd, waardoor is het met de ene cliënt prettiger werken dan met de andere? Kortom, waarom ‘klikt’ het tussen therapeut en cliënt in het ene geval wel en in het andere niet?

In een literatuuroverzicht bespreken we eerst de verschillende theoretische visies die aan de diverse matchingstudies ten grondslag liggen (paragraaf 2.1), waarna we het theoretisch raamwerk van waaruit wij onderzoek hebben verricht ontvouwen (paragraaf 2.2). Betoogd wordt dat de mate waarin de cliënt zelfonthullend gedrag vertoont, respectievelijk de therapeut empathie aan de dag legt, (mede)bepalend is voor het welslagen van het therapeutisch contact. Vervolgens wordt het begrip ‘therapeutische toegankelijkheid’ uitgewerkt in termen van Kelly’s interactiestelling (‘sociality corollary’, Kelly, 1955). Dat wil zeggen, voor de *cliënt* zal gelden, dat voor een goed op gang komen van de therapie deze zijn/haar therapeut als een ‘Persoonlijke Ander’ zal moeten (gaan) zien, terwijl voor de *therapeut* zal gelden, dat deze in staat moet zijn de persoonlijke constructen van de cliënt adequaat te reconstrueren. Daarna wordt in paragraaf 2.3 ingegaan op het meten van de werkzaamheid van het therapeutisch contact, met name op de twee variabelen die in dit kader het belangrijkste lijken: het zelfonthullend gedrag van de cliënt en de empathie van de therapeut. Daarbij gaat het in het bijzonder om de ontwikkeling van twee meetinstrumenten, respectievelijk de schaal voor meting van zelfonthullend gedrag (ZOG) en de Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV). Ten slotte wordt in paragraaf 2.4 verslag gedaan van ons

hoofdonderzoek naar 'therapeutische toegankelijkheid'. In de aanloop daar naartoe wordt hier en daar door ons uitgevoerd vooronderzoek gerapporteerd.

## **2.1 Therapeut en cliënt: samen een span? Over matching van therapeuten en cliënten**

Letterlijk betekent 'matching': 'aan elkaar paren', 'in overeenstemming brengen met', maar ook: 'opgewassen zijn tegen'. Hoewel deze laatste betekenis met enig recht op de therapeutische situatie zou kunnen slaan, wordt onder 'matching' in deze context toch vooral de koppeling van een cliënt aan een bepaalde therapeut verstaan.

In de literatuur komt men zowel het standpunt tegen dat voor een succesvol verloop van de therapie betrokkenen het beste aan elkaar gelijk kunnen zijn, als de opvatting dat zij vooral complementair aan elkaar behoren te zijn. Het een of het ander lijkt afhankelijk van het gekozen theoretisch uitgangspunt: ofwel men gaat uit van het adagium 'soort zoekt soort', ofwel men vindt juist dat 'tegenpolen elkaar aantrekken'. Beide uitgangspunten zijn – veelal impliciet – geënt op sociaal-psychologische desiderata omtrent 'interpersoonlijke attractie' (Duck, 1977; Takens, 1977a; 1977b). Een meer empirische benadering treffen we aan bij Whitehorn en Betz (1954) die onderscheid maakten in zogenaamde A- en B-therapeuten. A-therapeuten zouden met name geschikt zijn voor de behandeling van schizofrene patiënten, terwijl B-therapeuten beter met neurotici zouden kunnen werken. Deze indeling naar therapeutkenmerken heeft indertijd een stroom van onderzoeken op gang gebracht, maar kon uiteindelijk de toets der kritiek niet doorstaan (Razin, 1977). In deze paragraaf bespreken we eerst de onderzoeken die gebaseerd zijn op (on)gelijkheid in persoonlijke kenmerken van de therapeut en de cliënt. Daarna richten we ons op de complementariteitshypothese.

### *2.1.1 Soort zoekt soort*

Op intuïtieve gronden is men geneigd te denken dat matching van cliënten met therapeuten het succesvolst kan gebeuren op basis van bepaalde overeenkomsten (Abramowitz, Berger & Weary, 1982). De sociaal-psychologische literatuur over interpersoonlijke attractie en beïnvloeding geeft voedsel aan deze gedachte (Johnson & Matross, 1977). Men laat zich immers het gemakkelijkst beïnvloeden door anderen die men graag mag (McGuire, 1969; Strong & Dixon, 1971), terwijl attractie op zijn beurt weer gunstig wordt beïnvloed door bepaalde overeenkomsten in attitudes (Newcomb, 1961; Byrne, 1971; Duck, 1977). Byrne (1971) stelde dat gelijkheid positief werkt ten aanzien van iemands gevoel van eigenwaarde. Hij noemde dit het 'consensual-validation effect' en drukte het uit in een formule (Byrne & Nelson, 1965), die erop neer komt dat sympathie voor een onbekende ander ge-



zien wordt als een functie van de hoeveelheid overeenkomstige attitudes die de onbekende ander erop na lijkt te houden.

Dit streven naar een validatie van de eigen gezichtspunten werd voor het eerst verwoord door Festinger (1957) in zijn cognitieve dissonantie-theorie: mensen hebben behoefte aan een bevestiging van hun gezichtspunten en vermijden dissonantie. Heider (1958) ging er in zijn 'evenwichtstheorie' van uit, dat mensen een consistente samenhang tussen hun cognities en gevoelens nastreven. Uit beide theorieën kan de hypothese afgeleid worden dat een (gepercipieerde) overeenkomst tussen individuen attractiebevorderend werkt. Schachter (1959) stelde echter, omgekeerd, dat mensen die gedwongen zijn tot een intensief contact, de neiging vertonen een positieve houding jegens elkaar aan te nemen, waarbij men vervolgens zoekt naar onderlinge overeenkomsten. Er treedt als het ware een post-hoc verificatieproces op, een achteraf zoeken naar overeenkomsten, om te bezien of men de sympathiegevoelens terecht heeft geïnvesteerd.

Hoe dan ook, 'interpersoonlijke attractie' lijkt op het eerste gezicht alles te maken te hebben met een zekere overeenkomst in attitudes en persoonlijkheidskenmerken. Deze veronderstelling werd in een aantal door ons uitgevoerde en gesuperviseerde (scriptie-)onderzoeken nader uitgewerkt.

In het eerste onderzoek (Bregman & Van Dalen, 1977; zie ook Takens, 1980) stond de vraag centraal of mensen die overeenkomstig op een zelfbeoordelingsschaal scoorden, elkaar na een kennismakingsgesprek sympathieker zouden vinden dan paren van wie de scores sterk verschilden. Het onderzoek werd uitgevoerd bij 63 vrouwelijke eerstejaars psychologie-studentes, die elkaar niet of nog nauwelijks kenden. Aan de hand van een contrastparenlijst, ontleend aan Defares en Van der Werff (1968), scoorde elke proefpersoon haar zelfbeeld op een 7-puntsschaal. Op basis hiervan werd een groep van 26 paren met naar verhouding een onderling klein verschil in zelfbeeld onderscheiden van een groep van 27 paren met relatief grote verschillen. Ieder paar voerde een half uur durend gesprek over het waarom van hun studiekeuze. Achteraf werd gevraagd in hoeverre de gesprekspartner een sympathieke indruk had gemaakt. Tevens werd de proefpersonen verzocht op een 7-puntsschaal aan te geven, hoe zij dachten dat de gesprekspartner zichzelf op de twintig contrastparen had beoordeeld.

Onze veronderstelling, dat de paren met betrekkelijk overeenkomstige zelfbeelden hun gesprekspartner sympathieker zouden vinden dan de paren met relatief grote verschillen in zelfconcept, werd niet bevestigd. Wel werd een significant verband gevonden tussen de mate van 'veronderstelde congruentie' (geoperationaliseerd als de overeenkomst tussen het zelfconcept en het beeld dat men denkt dat de partner van zichzelf heeft) en de mate van interpersoonlijke attractie ( $r=.46$ ). Proefpersonen die dachten dat hun gesprekspartner een meer op henzelf gelijkend zelfbeeld hadden vonden deze partner opvallend sympathieker dan wanneer dit veronder-

stelde zelfbeeld minder op het eigen zelfbeeld leek ( $n_1=n_2=22$ , Wilcoxon  $S_0=39$ ,  $p<.01$ ).

Een zelfde resultaat werd gevonden in een vervolggexperiment met 28 eerstejaars-studenten die elkaar (nog) niet of nauwelijks kenden (Moed & Wever, 1981). Negen mannelijke en vijf vrouwelijke koppels kregen de opdracht in elkaars aanwezigheid een tiental persoonlijke constructen te ontwikkelen met behulp van de 'Repertory Interactie Techniek' (Bonarius, 1976). Deze procedure houdt in dat men in elkaars aanwezigheid om beurten een persoonlijk construct formuleert. Aldus krijgt men een direct zicht op het persoonlijke constructensysteem van de gesprekspartner. Na het formuleren van de 2x10 constructen werd men gevraagd zichzelf op deze twintig constructen te scoren en te bedenken hoe de gesprekspartner dit had gedaan (= reconstructie van het zelfbeeld van de gesprekspartner). Ook werd gevraagd of men de ander sympathiek vond en eventueel bereid was om in een vervolggesprek over de mogelijke problemen van de gesprekspartner te praten. Een van de uitkomsten van dit onderzoek was een significant verband tussen sympathie en waargenomen overeenkomst in zelfbeeld ( $r=.44$ ,  $n=28$ ,  $p<.05$ ).

In nog een ander onderzoek (Adriaanse & Schippers, 1977; zie ook Takens 1977b;1980) werd de hypothese getoetst dat de persoonlijke constructen van een individu meer overeenkomst zouden vertonen met die van een sympathieke ander dan met de persoonlijke constructen van een onsympathieke ander. Daarvoor vulden twintig ouderejaars studenten Kelly's RepGrid (Kelly, 1955) in, waarna hen werd gevraagd drie medestudenten te noemen die zij sympathiek vonden en drie medestudenten die als onsympathiek werden ervaren. Vervolgens werd ook deze studenten gevraagd een RepGrid in te vullen en namen van drie sympathieke respectievelijk onsympathieke collega's te noemen. Zo kon worden nagegaan of de sympathie- respectievelijk antipathiegevoelens al dan niet wederzijds werden ervaren. Noch bij de eenzijdige noch bij de wederzijdse sympathierelaties bleken de persoonlijke constructen van de betrokkenen inhoudelijk meer overeen te komen dan bij de 'onsympathieke' paren. Daarentegen bleek opnieuw dat mensen zichzelf meer overeenkomstig een sympathieke ander zien, ofwel een sympathieke ander overeenkomstig zichzelf ( $t=5,75$ ,  $n=65$ ,  $p<.005$ ).

Een consistente bevinding uit deze onderzoeken is dus dat er met name een verband lijkt te bestaan tussen *gepercipieerde* overeenkomst en sympathie. Over de richting van dit verband – en daarmee over de causaliteit – kan echter geen uitspraak gedaan worden. In ieder geval lijkt het prettig omgaan met anderen, waarvan men veronderstelt dat zij eender over zichzelf denken. Het 'consensual-validation' principe van Byrne (1971) geeft hiervoor een alleszins aannemelijke verklaring: men verwacht op grond van overeenkomstige

constructies van het zelfbeeld eerder van een sympathieke dan van een onsympathieke ander een bevestiging van zichzelf te krijgen.

Maar gaat deze redenering ook op voor een psychotherapeutische relatie? Men gaat een dergelijke relatie immers aan vanuit een bepaalde onvrede met zichzelf. Zoekt men daarom in de therapeut juist niet iemand die een ander perspectief biedt, de eigen gezichtspunten in zekere zin invalideert in plaats van bevestigt? En hoe werkt het omgekeerd, vanuit de therapeut? In hoofdstuk 1 van dit proefschrift kwamen we tot de conclusie dat de therapeutische relatie een asymmetrische structuur heeft, wat onder meer inhoudt dat er geen sprake is van overeenkomstige behoeften tussen therapeut en cliënt. Zo zal de therapeut geen behoefte hebben om zijn zelfopvatting aan die van zijn cliënten te valideren. Als het goed is staan hem daar andere mensen voor ter beschikking (bijvoorbeeld een leertherapeut). Het gelijkheidsprincipe lijkt in de therapeutische situatie dus niet vanzelfsprekend. Nochtans zijn er in de loop der tijd verscheidene onderzoeken vanuit dit perspectief opgezet, waarvan we de belangrijkste hier zullen refereren.

Twee klassieke studies op dit gebied zijn die van Axelrod (1952) en van Tuma en Gustad (1957). Hun beider conclusie, dat overeenkomst tussen therapeut en cliënt wat betreft persoonlijkheidsstructuur tot een succesvol therapieresultaat leidt, is echter onterecht, zo menen Meltzoff en Kornreich (1970). In beide onderzoeken werd slechts een enkele significante correlatie tussen overeenkomst en therapie succes gevonden, temidden van vele niet-significante correlaties. Methodisch verantwoord onderzoek werd verricht door Carson cum suis (Carson & Heine, 1962; Carson & Liewellyn, 1966). Carson veronderstelde een curvilineair verband tussen gelijkheid en therapie succes. Hij redeneerde dat een te grote gelijkheid tussen therapeut en cliënt, wegens het gevaar van 'over-identificatie', een goede therapeutische relatie zou belemmeren. Een te grote ongelijkheid zou evenmin adequaat zijn, omdat dan de therapeut zijn cliënt niet meer goed zal kunnen begrijpen. Het geassumeerde kromlijnige verband werd in eerste instantie inderdaad door hem gevonden (Carson & Heine, 1962). Lichtenstein (1966), die dit onderzoek, waarin de MMPI het meetinstrument was, repliceerde, vond echter geen steun voor de gestelde hypothese. Voet bij stuk houdend repliceerde Carson daarop nog eens zijn eigen onderzoek, maar slaagde er nu zelf ook niet in zijn eerder gevonden resultaat te confirmeren (Carson & Liewellyn, 1966). Gerler (1958) had jaren daarvoor gevonden dat een geringe overeenkomst tussen therapeut en cliënt (op de Ewing Personal Rating Form) niet leidde tot een groter therapie-effect dan een middelmatige overeenkomst. De groep die een middelmatige overeenkomst vertoonde werd daarentegen wel als meer verbeterd beoordeeld dan de groep met een grote gelijkheid op de EPRF.

Een te grote overeenkomst tussen therapeut en cliënt lijkt dus eerder inhiberend dan faciliterend te werken. Dat kan ook geconcludeerd worden uit de studies van Mendelsohn c.s. (Mendelsohn & Geller, 1963; Mendelsohn, 1966; Mendelsohn & Geller, 1967). Aanvankelijk vonden zij een significant lineair negatief verband tussen overeenkomst op de MBTI (Meyers-Briggs Type Indicator) en de duur van de therapie ( $r = -.31$ ), hoewel deze relatie niet significant bleek bij vrouwelijke cliënten (Mendelsohn & Geller, 1963). Enige jaren later kwam Mendelsohn (1966) op een meer kromlijinig verband uit. Dit verband kon hij een jaar daarna nog eens adstrueren met de bevinding dat hoe groter de overeenkomst tussen therapeut en cliënt was, des te vaker de cliënten niet op het afgesproken therapie-uur verschenen (Mendelsohn & Geller, 1967). In tegenstelling hiermee vonden Hunt, Carr, Dagadakis en Walker (1985) jaren later bij 63 therapeut-clieñtparen dat 24% van op cognitieve complexiteit gematchte therapiekoppels de eerste acht sessies niet overleefden tegenover maar liefst 60% van de niet-gematchte koppels. Cognitieve complexiteit was hierbij gedefinieerd als de mate van differentiatie van het persoonlijke constructen systeem en gemeten met de 'Interpersonal Diagnostic Test' (IDT), een afgeleide van Kelly's Repertory Grid (Kelly, 1955). Eenmaal de grens van de eerste twaalf sessies gepasseerd, maakte de matching overigens niet meer uit ten aanzien van het therapieresultaat. Matching lijkt dus vooral van belang voor het op gang komen van een vruchtbaar therapeutisch contact.

Dat kan ook geconcludeerd worden uit een tweetal studies van Herman (1997;1998). In de eerste studie onderzocht hij het effect van overeenkomst in de door Lazarus (1976) gepostuleerde BASIC-ID dimensies voor het menselijk (dis)functioneren op de impact van de therapie, direct na de eerste therapeutische ontmoeting. In de tweede studie ging het om het effect na twaalf zittingen. De BASIC-ID dimensies staan voor respectievelijk Behavior, Affect, Sensation, Imagery, Cognition, Interpersonal relations en Drugs/Biological/Physical factors en waren voor Lazarus (1976) het aangrijpingspunt voor zijn (multimodale) therapie. Herman (1998) vond bij negentien therapieparen dat hoe groter de overeenkomst tussen therapeut en cliënt op voornoemde dimensies, des te minder pathologie gerapporteerd werd na twaalf therapiezittingen.

Hierop aansluitend bevreemdt de uitkomst van de (pilot)studie van Dolinsky, Vaughan, Luber, Mellman en Roose (1998) niet, die vonden dat een goede matching positief gecorreleerd was met het oordeel van zowel de therapeut als de cliënt over de voortgang van het therapieproces, maar tegelijkertijd niets te maken had met een gepercipieerde overeenkomst in persoonlijkheidskenmerken tussen betrokkenen. Hun metingen bij 50 therapeut-clieñt dyades vonden echter pas *een jaar na aanvang* van de therapie plaats. Men kan zich voorstellen dat na zo'n tijd andere zaken belangrijker worden dan een veronderstelde gelijkheid met de therapeut c.q. cliënt, bijvoorbeeld het

feitelijke gedrag van betrokkenen in de therapie. Dat blijkt inderdaad het geval. Zo constateerden Dolinsky et al. een hoge correlatie tussen het oordeel van cliënten over een goede matching en de mate waarin de therapeut zich actief opstelde.

### *2.1.2 Therapeutische voorkeuren*

Indachtig ons onderwerp van studie, namelijk het tot stand komen van een bestendig therapeutisch contact, is het interessant om uit te zoeken waar de voorkeur van cliënten voor bepaalde therapeuten en, omgekeerd, de voorkeur van therapeuten voor bepaalde cliënten, nu precies mee samenhangt. Speelt (gepercipieerde) overeenkomst daarbij nu wel of geen rol? Wat betreft de voorkeur van cliënten voor bepaalde therapeuten is dat volgens Hollander-Goldfein, Fosshage en Bahr (1989) niet het geval. In het instituut waar zij hun onderzoek uitvoerden, was het al jarenlang de gewoonte om cliënten op basis van voorgesprekken met drie therapeuten een keuze voor een therapeut te laten maken. Afgezien van een zeker volgorde effect (49% koos voor de laatst ontmoete therapeut), waren de belangrijkste redenen om voor een bepaalde therapeut te kiezen diens aantrekkelijkheid als mens, diens (veronderstelde) competentie, het gevoel door hem begrepen te worden en het idee dat hij begerenswaardige persoonlijkheidskenmerken zou bezitten die de cliënt zelf ontbeerde. Dus geen sprake van (gepercipieerde) gelijkheid! Ook niet van de kant van de therapeut, die, omgekeerd, de cliënt die hem had uitverkozen ook het meest aantrekkelijk vond om mee te werken.

Tot ongeveer eenzelfde resultaat kwamen Alexander, Barber, Luborsky, Crits-Christoph en Auerbach (1993), die 44 cliënten de gelegenheid gaven om twee gesprekken te voeren met twee therapeuten om zo tot een keuze voor een therapeut te komen. Ook hier was duidelijk sprake van een volgorde-effect. Driekwart van de cliënten koos voor de tweede therapeut. Afgezien daarvan kon geen verband worden gevonden met gelijkheid, in dit geval ten aanzien van demografische kenmerken. Voorkeuren van cliënten leken te maken te hebben met 'likability' van de therapeut, zoals met de Penn Helping Alliance Questionnaire (Alexander & Luborsky, 1986) en de voor dit doel ontworpen Mutual Attraction Questionnaire gemeten, maar niet zozeer met de kwaliteiten van de therapeut, zoals positieve gezindheid, onvoorwaardelijke aanvaarding, empathie en echtheid, gemeten met de Barrett-Lennard Relationship Inventory (Barrett-Lennard, 1962).

Wanneer we ons richten op de voorkeuren van therapeuten voor bepaalde cliënten kunnen we natuurlijk niet om de klassieke studies van Hollingshead en Redlich (1958) en Schofield (1964) heen. Hollingshead en Redlich toonden in hun epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen en de behandeling van psychische stoornissen in de stad New Haven aan, dat er een onmis-

kenbaar verband bestond tussen de sociale klasse waartoe men behoorde en het type behandeling dat men kreeg. Neurotische patiënten uit de hogere sociale klasse kregen praktisch allemaal een psychotherapeutische behandeling aangeboden, terwijl neurotici uit de lagere sociale klassen het meestal moesten doen met een ondersteunend contact. Een verklaring hiervoor zochten de onderzoekers in de houdingen van psychotherapeuten tegenover patiënten uit de verschillende sociale lagen van de bevolking (Hollingshead & Redlich, 1958, p.345):

“The therapists and the class V<sup>1</sup> patients are worlds apart socially. None of the therapists thought that friendships between these patients and themselves could be possible. They voiced hostile feelings towards the patients’ values, especially when the therapist was upward mobile from a class III or IV background. These differences were more marked toward male than female patients. The therapists, at least, understood class III values; this cannot be said regarding the values of classes IV and V. The lack of understanding between therapists and patients is a major reason why neurotic patients in the two lower classes drop out of treatment much faster than in the higher classes. The gulf between psychiatrist and patient may be explained, in part at least, by the lower status patients’ lack of education. Modern psychotherapy is most likely to succeed when communication is relatively easy between the therapist and the patient. Optimal conditions prevail when the therapist and the patient belong to the same social class. All too often, psychotherapy runs into difficulties when the therapist and the patient belong to different classes. In these instances, the values of the therapist are too divergent from those of the patient, and communication becomes difficult between them.”

Een geschikte patiënt is dan ook iemand: “who can cooperate with the therapist, one who understands his objectives, and what he is doing to attain them. A good patient is similar in cultural background to the good psychotherapist. The two can communicate with one another. In principle it is possible for any psychiatrist to understand any patient. In application, it is unlikely that any psychiatrist fully understands patients who have very different value systems from the ones he holds” (ibid. p.348).

Truax en Carkhuff (1967) zijn het daarmee eens wanneer zij stellen dat: “...An ideal therapist under ideal circumstances would provide high therapeutic conditions to all patients at all times. But the therapist, after all, is human. His own personal prejudices will inevitably operate to some degree – he will provide lower levels of conditions (say warmth) to patients

---

<sup>1</sup> Klasse V duidt op een lage sociale klasse (ongeschoolde arbeiders); tot klasse I behoren academici, hoge ambtenaren, enzovoort.

who are more personally irritating or unpleasant...” (Truax & Carkhuff, 1967).

Kort daarvoor was Schofield (1964) op basis van een enquête onder 377 psychotherapeuten (waarvan 140 psychiater, 149 maatschappelijk werker en 88 klinisch psycholoog), die zich primair bezig hielden met individuele psychotherapie, tot de conclusie gekomen dat de meest typische patiënt overeenkomstig de meest wenselijke patiënt gekarakteriseerd kon worden als jong, attractief, verbaal, intelligent en succesvol. Het zijn vooral deze zogenaamde ‘YAVIS-people’ (‘Youthful, Attractive, Verbal, Intelligent and Successful’) die voor psychotherapie worden geselecteerd. Daarentegen vallen de zogenaamde ‘HOUND-patiënten’ (‘Homely, Old, Unattractive, Non-verbal and Dumb’) meestal uit de therapeutische boot (Goldstein & Simonson, 1971).

In Nederland werd in dit verband wel over LIBO-patiënten gesproken, ofwel mensen met een Laag Inkomen, Beroepsprestige en Opleiding (De Swaan e.a., 1979). Volgens gegevens van Schutz (1981) werd bij het Amsterdamse Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP) minder dan 40% van de LIBO’s een therapieaanbod gedaan tegenover bijvoorbeeld 66% van de aangemelde studenten en 75% van de maatschappelijk werkers. Bovendien ging het bij de LIBO-cliënt dan praktisch altijd om een gedragstherapeutische behandeling (92%) en slechts bij uitzondering om een vorm van psychodynamische psychotherapie (8%). De Swaan (1979) zag ten aanzien van de LIBO-cliënt niet zozeer de aanmelding als wel de indicatiestelling voor een bepaalde therapievorm als het discriminerend moment. De oorzaak ligt volgens hem in de aard van het therapeutisch contact. Het spreekuur is een opgave waaraan mensen uit de lagere sociale klassen moeilijk kunnen voldoen, omdat het een verteltrant vereist die arbeiders in het algemeen minder goed beheersen, hetzij door hun, als gevolg van hun opvoeding beperkte ‘taalcode’, hetzij door hun geringe opleiding, hetzij vooral door hun afstand tot het psychotherapeutisch bedrijf. Deze redenering werd door cijfers van het IMP te Den Bosch destijds ondersteund (Grauenkamp & Peters, 1982): de groep cliënten uit de laagste sociale klassen bleek vrij evenredig vertegenwoordigd bij de aanmelding, maar tijdens de intakeprocedure gemiddeld vaker voor behandeling te worden afgewezen.

Het psychotherapeutisch gesprek stelt dus zo haar eisen, althans dat lijkt de mening van de poortwachters van dit bedrijf. Dat lag, curieus genoeg, in de begintijd van de psychotherapie, ongeveer een eeuw geleden toen Frederik van Eeden in Amsterdam de eerste kliniek voor psychotherapie oprichtte (1887), heel anders. Maar toen bestond er dan ook nog geen verbale inzichtgevende psychotherapie, maar praktiseerde men veeleer ‘suggestieve’ therapie. Volgens Van Eeden (1892) vonden met name arme, eenvoudige lieden

baat bij deze behandelingsmethode, Het onderstaande fragment<sup>1</sup> is in dit verband te fraai om hier niet geciteerd te worden.

“Bij een armen-praktijk (...) is de psychotherapie gemakkelijk en het succes groot. Men volgt een eenvoudig stelsel, men treedt met autoriteit op, men kommandeert, verspilt niet veel woorden, geeft geen uitleg en krijgt met weinig moeite verrassende resultaten. Maar krijgt men met meer beschaafde patiënten te doen dan bemerkt men spoedig dat dit systeem niet meer opgaat. Deze zijn sceptischer en onafhankelijker. Een toon van gezag irriteert hen en schijnt hun ridicuul. Zij willen niet gekommandeerd zijn, en vooral: ze willen niet aannemen zonder te begrijpen. Gij kunt geen indruk op ze maken zonder hen eerst een klaar idee van de zaak te geven. Gelukt U dit niet en tracht ge Uw zaak alleen te winnen door groter aplomb en energieke suggestie, dan lachen zij U uit, verliezen hun vertrouwen in U, en geven 't spoedig op. Dit is een enorme moeilijkheid – en juist voor de toekomst dezer geneesmethode van groot belang. Want men kan toch geen therapie alleen voor onbeschaafden en hospitaal-lidders inrichten” (Van Eeden, 1892, pp.12-13).

Gelukkig voor Van Eeden bracht Freud al vrij snel daarna de psychoanalyse tot grote bloei. In tegenstelling tot de ‘suggestieve’ therapie was hier nu juist “ein gewisser Mass natürlicher Intelligenz und ethischer Entwicklung” geïndiceerd (Freud, 1912). Maar dat had, zoals uit het voorgaande duidelijk geworden moge zijn, vooral ook te maken met een behoefte van de therapeut om een gesprek ‘op niveau’ te kunnen voeren.

### 2.1.3 *Gelijkheid of juist ongelijkheid?*

In een aantal (quasi-)therapiesettingen werd de gelijkheidshypothese ook door ons onderzocht. Daarbij ging het steeds om de overeenkomst tussen therapeut en cliënt wat betreft hun zelf-concept, zoals bepaald door middel van een twintigtal bipolaire constructen waarop de betrokkenen zichzelf scoorden (op een 5-puntsschaal). De constructdimensies waren afgeleid uit het onderzoek van Defares en Van der Werff (1968) naar de psychologische afstand tussen personen. Telkens werd de vraag gesteld of in een ‘attractief’ therapeutisch contact de zelfbeelden van therapeut en cliënt meer overeen zouden komen dan in een minder attractief therapeutisch contact. Onderstaand hiervan een tweetal voorbeelden.

Majoor (1978) onderzocht de gelijkheidsstelling in een therapeutische gemeenschap voor kansarme jongeren. Deze instelling had als bijzonder-

---

<sup>1</sup> Ontleend aan Brinkgreve, Onland en De Swaan (1979): De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf. Utrecht: Het Spectrum, Aula pocket nr.661.



heid dat de opgenomen jongeren zelf na enkele weken van hun verblijf een of twee stafleden mochten uitkiezen met wie zij een therapeutisch contact wilden aangaan. Bij dertien bewoners werd de hypothese getoetst dat hun zelfbeeld meer overeen zou komen met het zelfbeeld van het staflid dat als therapeut was uitverkoren dan met dat van een willekeurig ander staflid. Deze veronderstelling kon evenwel niet door de feiten worden geschraagd. Ook bleek geen grotere overeenkomst tussen de ideaal-zelfbeelden van de bewoners en de zelfbeelden van de gekozen therapeuten in vergelijking met die van de andere stafleden.

In een ander onderzoek (Takens, 1978) ging het, omgekeerd, om voorkeuren van therapeuten voor cliënten om een therapeutisch contact aan te gaan. De 'cliëntenpoule' bestond hier uit 26 studenten die een gesprekspracticum volgden. Zij waren verdeeld over drie groepen van respectievelijk negen, negen en acht personen. Iedere groep had twee practicumleiders die in dit onderzoek als de therapeuten werden beschouwd. Na afloop van het practicum noemden de practicumleiders ieder twee namen van studenten met wie zij desgevraagd wel of liever niet een therapeutische relatie zouden willen aangaan. In tegenstelling tot de verwachting bleken de zelfbeelden van de niet-attractieve 'cliënten' significant meer overeenkomst te vertonen met de zelfbeelden van de therapeuten dan de zelfbeelden van de attractieve 'cliënten' (Wilcoxon  $S_o=98$ ;  $n=16$ ;  $p<.001$ ).

Mag nu geconcludeerd worden dat *ongelijkheid* een aantrekkelijker propositie is dan overeenkomst in zelfbeeld? Het geringe aantal 'therapeuten' in dit onderzoek in aanmerking genomen en gegeven dat het hier geen daadwerkelijke therapeutische relaties betrof, lijkt een dergelijke conclusie tamelijk voorbarig. Maar het ondersteunt wel andere bevindingen, bijvoorbeeld die van Lesser (1961), die vond dat overeenkomst in zelfconcept significant negatief correleerde met vooruitgang in de therapie. In zijn onderzoek waren 11 therapeuten met 22 cliënten betrokken. Ook Snyder (1961) vond aanwijzingen voor het prevaleren van een *ongelijkheidshypothese*. Hij analyseerde de relaties van een therapeut met een twintigtal cliënten en vond dat drie van de vier cliënten wier scores op de EPPS (Edward's Personal Preference Scale) die van de therapeut het dichtst benaderden, achteraf door de therapeut als de moeilijkste cliënten werden aangemerkt, waarmee hij bovendien het slechtste resultaat had geboekt. Omgekeerd werden de vier cliënten waarop de therapeut aan het begin van de therapie het minst leek, door hem als de meest succesvolle casussen ervaren, met wie hij ook tijdens de therapie de beste werkrelatie zei te hebben gehad.

Reagerend op de tegenstrijdige resultaten van onderzoekers als Carson en Heine (1962), stelde Bare (1967) eveneens meer vertrouwen in het ongelijkheidsparadigma. Overigens had deze onderzoekster ook methodologische kritiek op genoemde onderzoekers, die persoonlijkheidsovereenkomsten poogden vast te stellen middels MMPI-profielanalyses. Dergelijke profiel-

analyses leveren volgens Bare slechts globale indexen op, die specifieke overeenkomsten c.q. verschillen op bepaalde dimensies verbloemen (zie ook Cronbach, 1955). Bovendien blijkt de samengestelde uitkomstmaat veelal te grof (Liechtenstein, 1966). In haar eigen onderzoek bij 47 therapeuten, die ieder vier tot zes cliënten behandelden, spitste Bare (1967) de hypothesen omtrent ongelijkheid toe op enkele subschalen van de persoonlijkheidsvragenlijst van Gordon (de GIP) en van de EPPS en vond statistisch significante, maar overigens bescheiden correlaties tussen de uitkomst van de therapie (zoals beoordeeld door therapeuten en cliënten) en ongelijkheid wat betreft 'original thinking', 'vigor' en 'responsibility'.

Vanuit een geheel andere invalshoek benaderde Landfield (1971) het probleem van de (on)gelijkheid tussen therapeut en cliënt. Hij formuleerde aparte hypothesen voor het op gang komen van een therapie en voor het succes van een behandeling. Wat het eerste betreft veronderstelde hij dat een *inhoudelijke overeenkomst* wat betreft de persoonlijke constructen van de therapeut en de cliënt gunstig zou zijn voor het (op gang komen van een) therapeutisch contact, terwijl een *verschillende structuur* van het persoonlijke constructen systeem een positief effect zou hebben op met name de uitkomst van de therapie. De rationale van dit laatste was dat, willen therapeut en cliënt zinvol met elkaar kunnen blijven communiceren, een verschillende organisatie van hun beider constructensysteem een vereiste is. Anders zou de therapeut de cliënt immers niets (nieuws) te bieden hebben. Wel is een zekere overeenkomst nodig om 'on speaking terms' te geraken. Vandaar de 'commonality' hypothese met betrekking tot het op gang komen van een therapeutische relatie. Landfield vond in zijn onderzoek, waaraan acht therapeuten, ieder met meerdere cliënten participeerden, voor beide hypothesen steun. Overigens lokten cliënten die inhoudelijk dezelfde constructen gebruikten als hun therapeuten, bij de laatsten wel negatieve beschrijvingen uit in termen van aanwezig geachte pathologie.

Alles bijeengenomen leveren de matchingsstudies waarbij een bepaalde (on)gelijkheid tussen de therapiepartners het uitgangspunt is, vooralsnog tegenstrijdige resultaten op. Een mogelijke verklaring hiervoor bieden Meltzoff en Kornreich (1970), die veronderstelden dat bij sommige cliënten een zekere overeenkomst wellicht beter werkt, terwijl voor anderen juist ongelijkheid tot meer succes zal leiden. Daarnaast zullen er cliënten zijn voor wie het niet uitmaakt of hun therapeut al dan niet dezelfde eigenschappen bezit, en cliënten die altijd zullen falen.

Op analoge wijze kan men op 'trait'-niveau redeneren dat overeenkomstige kenmerken goed zouden 'matchen' met ongelijkheid in andere opzichten. In dit verband verrichtte Dougherty (1976) interessant onderzoek. Nadat hij in een vooronderzoek had vastgesteld welke therapeut- respectievelijk cliëntkenmerken met therapie succes samenhangen, stelde hij voor een kruis-

validatie-onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid elf mogelijke regressievergelijkingen op die het succes van de therapie zouden kunnen verklaren. Vijf vergelijkingen konden de toets der kritiek doorstaan en werden in een experimentele vervolgstudie gebruikt teneinde de predictieve validiteit ervan vast te stellen. A priori voorspellingen werden gedaan ten aanzien van een optimaal gematchte groep, een 'deterioratie'-groep en – ter vergelijking – enkele relatief slecht gematchte groepen. De therapeuten in de optimaal gematchte groep toonden zich na tien therapie sessies opvallend tevredener over het verloop van de therapie dan de therapeuten in de 'deterioratie'-groep. Bij vijf van de zestien relaties die een slechte prognose hadden (d.i. in 31% van de gevallen), bleek de uitkomst inderdaad ondermaats. Het grote aantal mogelijke factoren dat het succes van een therapie bepaalt in aanmerking genomen, is dit zeker geen gering resultaat. Voor Dougherty is hiermede dan ook het belang van een goede matching zonneklaar aangetoond. Jammer is wel dat zijn formules, geënt op een zeer homogene cliënten- en therapeutengroep, slechts beperkte geldigheid kunnen hebben. Maar dat nadeel kleeft natuurlijk aan praktisch elk lokaal uitgevoerd onderzoek, hoe 'sophisticated' opgezet ook.

#### *2.1.4 Tegenpolen trekken elkaar aan*

In het voorgaande was 'soort zoekt soort' steeds het adagium. Het matchingsvraagstuk is echter even zo vaak benaderd vanuit de idee dat tegenpolen elkaar aantrekken. Bij dit paradigma staan interpersoonlijke behoeften van de betrokkenen voorop in plaats van bepaalde persoonlijkheidseigenschappen, attitudes, persoonlijke constructen, en dergelijke.

Volgens Sullivan (1953) biedt de therapeutische situatie de gesprekspartners de mogelijkheid elkaars (interpersoonlijke) behoeften te bevredigen. Psychotherapie wordt door hem als een dynamisch proces beschreven, gericht op een 'integratie' van de aanwezige behoeften van de betrokkenen. In het therapeutische proces zijn 'conjunctieve' en 'disjunctieve' krachten werkzaam, die de aanwezigen dichterbij elkaar brengen, respectievelijk uiteendrijven. Wanneer de interpersoonlijke behoeften zich complementair tot elkaar verhouden zal dit eerder tot intimiteit en een harmonisch gevoel van veiligheid leiden dan wanneer ze elkaars antagonisten zijn. Sullivans opvattingen zijn door Leary (1957) uitgewerkt tot een twee-dimensioneel persoonlijkheidsmodel, dat in de psychologie als 'de roos van Leary' grote bekendheid heeft gekregen. Leary categoriseerde, of beter: 'diagnosticeerde' mensen al naar gelang hun voornaamste interpersoonlijke gedragingen. De twee dimensies in zijn systeem zijn twee orthogonale assen die de belangrijkste tussenmenselijke verhoudingen representeren: 'liefde-haat' en 'dominantie-onderworpenheid'. Op een cirkel rond dit assenstelsel zijn vervolgens acht mogelijke interpersoonlijke kenmerken in kaart gebracht, welke op hun beurt

weer onderverdeeld zijn tot zestien subcategorieën. Een matching (van cliënten met therapeuten) op basis van complementaire behoeften laat zich eenvoudig uit dit systeem afleiden. Leary heeft zich daar overigens zelf nooit mee beziggehouden. Dat deed bijvoorbeeld Swensen (1967) wel, die de MMPI-gegevens uit het eerder vermelde onderzoek van Carson en Heine (1962) herscoorde langs de basisdimensies van Leary's systeem. Meer verbetering kon door twee externe beoordelaars worden vastgesteld wanneer therapeut en cliënt elkaars tegenpolen waren op de dimensie 'dominantie-onderworpenheid'. Wat betreft de dimensie 'liefde-haat' leek gelijkheid samen te hangen met therapiesucces.

Complementariteit wat betreft de behoefte om te domineren c.q. gedomineerd te worden kwam ook als een belangrijke matchingvariabele naar voren in het Indiana Matching Project waarvan Berzins (1977) verslag deed. Dit groots opgezet onderzoek, waaraan werd deelgenomen door maar liefst 751 patiënten (391 mannen en 360 vrouwen) tegenover een tiental therapeuten, beoogde een matchingsprocedure op te leveren ten behoeve van een kortdurende, op crisis-interventie lijkende, behandeling van patiënten die zo'n drie weken werden opgenomen in een universiteitskliniek. Men ging uit van vier mogelijke patiënt-gedragingen en drie therapeut-factoren. De patiënt-gedragingen hielden de neiging in anderen te ontlopen (patiënten met sociale angst en vermijdingsgedrag), tegen zichzelf gekeerd gedrag (patiënten met depressie en somatische klachten), afhankelijkheid van anderen (steun- en advieszoekende patiënten) en op anderen gericht gedrag (patiënten die behoefte hebben aan relaties met anderen). De drie therapeutfactoren waren geënt op zes persoonlijkheidskenmerken: impulsiviteit, ambitie, acceptatie, dominantie, voorzichtigheid en nederigheid. Van de 48 denkbare therapeut-patiënt combinaties – wanneer tenminste ook rekening wordt gehouden met de sekse van betrokkenen – bleken er veertien tot significante resultaten te leiden. In het algemeen suggereerden de uitkomsten een positief effect met betrekking tot complementariteit op de dimensie dominantie-onderworpenheid. Succesvolle dyades bestonden veelal uit onderworpen, geïnhibeerde, passieve patiënten gekoppeld aan dominante, expressieve, actieve, structuur biedende therapeuten. In een enkel geval leidde een omgekeerde matching tot een succesvolle therapie. Het effect was het sterkst wanneer de patiënt een vrouw was en de therapeut een man.

De interpersoonlijke 'compatibiliteits'-theorie van Schutz (1958) was, evenals Leary's theorie, voor een veel breder toepassingsgebied bedoeld dan alleen de matching van cliënten met therapeuten. Schutz ging uit van drie soorten behoeften: de menselijke behoefte om ergens bij te horen ('need for inclusion'), de behoefte aan macht ('need for control') en de behoefte aan genegenheid ('need for affection'). De laatste twee doen sterk denken aan Leary's dimensies dominantie-onderworpenheid en liefde-haat. Schutz maakte ten aanzien van zijn drie soorten behoeften verder nog een onderscheid in

- de behoefte het betreffende 'gedrag' te ontvangen dan wel zelf voort te brengen. Op grond van deze zes karakteristieken zouden twee mensen, zo voorstelde Schutz, goed met elkaar overweg kunnen ('compatibel' zijn) wanneer:
- ze reciproke behoeften hebben, dat wil zeggen dat de een kan geven waar de ander juist om vraagt;
  - de partners bereid zijn complementaire rollen te vervullen ten aanzien van wie de 'zender' respectievelijk de 'ontvanger' van het desbetreffende gedrag is;
  - er overeenstemming bestaat inzake het belang dat aan een bepaalde behoefte wordt gehecht.

Voor het meten van de zes interpersoonlijke behoeften ontwierp Schutz een vragenlijst, de 'Fundamental Interpersonal Relations Orientation Scale', die als FIRO-B grote bekendheid heeft gekregen. Gassner (1970) gebruikte de lijst in een experimenteel opgezet matchingsonderzoek, waarin 24 kapelaans betrokken waren. In het kader van een cursus pastorale counseling voerden deze geestelijken twee keer per week een gesprek met enkele zwaar gestoorde patiënten. De patiënten waren geselecteerd op basis van hun scores op de FIRO-B, zodanig dat naast een groep 'high-compatibility' gematchten een groep 'low-compatibility' gematchten ontstond. Ter controle was nog een 'no-treatment' groep van 24 patiënten samengesteld. Zowel na drie als na elf weken bleken de patiënten in de 'high-compatibility' conditie aanmerkelijk gunstiger over hun therapeut te oordelen dan de patiënten uit de 'low-compatibility' gematchte groep. Omgekeerd oordeelden de therapeuten ook positiever over hun 'high-compatible' patiënten, maar het verschil was niet significant. Ondanks de gunstige invloed op de therapeutische relatie kon geen significant verband worden vastgesteld ten aanzien van een verbetering in het gedrag van de patiënten, althans zoals na drie weken waargenomen door de verpleegkundigen in de kliniek. De vraag is natuurlijk of zoiets ook wel in alle redelijkheid kon worden verwacht, gezien de ernstige pathologie van de patiënten en mede gelet op het tamelijk non-professionele karakter van de geboden hulp, en dan nog wel na drie weken.

Des te interessanter zijn de uitkomsten van het matchingsonderzoek dat Mendelsohn en Rankin (1969) uitvoerden in een counselingscentrum. Hier bestond de therapeutengroep uit elf, merendeels ervaren counselors (6 mannen, 5 vrouwen), die 162 cliënten (104 mannen en 58 vrouwen) zagen gedurende maximaal acht zittingen. Hun counselingsactiviteiten waren gericht op school- en beroepskeuzeproblematiek en problemen van persoonlijke aard. Voor het eerste contact werd bij de cliënten de FIRO-B afgenomen. Er vond echter geen daadwerkelijke matching plaats. Achteraf werden de compatibiliteitsscores gerelateerd aan de uitslagen van een vragenlijst die de cliënten ruim drie maanden na de laatste zitting invulden. Deze vragenlijst mat op betrouwbare wijze de indruk van de cliënt over diverse aspecten van het counselingsproces, de behandelaar en het resultaat van de behandeling. Al-

leen bij vrouwelijke cliënten konden significante correlaties tussen 'compatibiliteit' en tevredenheid over het hulpverleningscontact worden vastgesteld. Deze hadden betrekking op alle drie door Schutz (1958) onderscheiden gebieden van interpersoonlijke behoeften. Wat betreft de behoefte aan controle was het verband positief; wat de andere twee gebieden betreft waren de correlaties overwegend negatief. Een uit de FIRO-B a posteriori samengestelde index voor compatibiliteit correleerde .54 ( $p < .001$ ) met de algemene indruk van de (vrouwelijke) cliënten over hun behandeling. Hun gedeeltelijk succesvolle resultaten schreven Mendelsohn en Rankin (1969) toe aan de door Tyler (1965) gevonden grotere gevoeligheid van vrouwen voor tussenmenselijke verhoudingen, hun sterker reageren op interpersoonlijke gedragingen dan mannen en hun grotere afhankelijkheid van anderen.

Tracey en Ray (1984) nuanceerden het complementariteitsmodel in die zin dat zij complementariteit met name van belang achten voor het begin van een therapie, met het oog op het vestigen van een bestendige therapeutische werkrelatie. Is de therapie eenmaal op gang gekomen, dan wordt van de therapeut juist een niet-complementaire houding verwacht, teneinde het rigide interactionele gedragspatroon van de cliënt te doorbreken. Tracey en Ray noemen dit de conflictfase in de therapie. Vergelijk in dit verband de asociale respons van Beier (1966) en de eveneens door Van Kessel en Van der Linden (1991) bepleitte niet-positionele opstelling van de therapeut. Aan het einde van de therapie is het dan zaak om weer tot een complementaire relatie te geraken, maar dan op basis van een 'gezonder' interacteren. Tracey vond enige empirische steun voor zijn model, onder andere dat een geringe complementariteit aan het begin van de therapie samenhang met een voortijdige beëindiging van de therapeutische relatie (Tracey, 1986)

Later probeerde Tracey dit driefasen-model theoretisch nog verder te verfijnen door onder andere een onderscheid te maken in 'positieve' en 'negatieve' complementariteit. Zo zal de positieve complementariteit in het begin van de therapeutische relatie bij de cliënt in de middenfase latente negatieve gevoelens manifesteren, waar de therapeut dan bedacht op moet zijn en niet complementair op moet reageren (Tracey, 1993). In eerste aanleg lokte dit verfijnde model vanwege zijn soms wat gekunsteldheid de nodige kritiek uit (Friedlander, 1993; Claiborn, 1993). Verder empirisch onderzoek zal de houdbaarheid van het model moeten aantonen.

### *2.1.5 Besluit*

Samenvattend blijken de matchingsonderzoeken waarbij is uitgegaan van een zekere complementariteit in interpersoonlijke behoeften minstens even goede resultaten op te leveren als de studies die gebaseerd zijn op een of andere vorm van gelijkheid tussen de therapiepartners. Toch zijn de bevindingen vooralsnog te schaars en te weinig eenduidig om de conclusie te rechtvaardigen.

gen dat tegenpolen elkaar ook in de context van een therapeutische relatie aantrekken.

Hierbij passen bovendien nog enkele meer theoretische opmerkingen. In de eerste plaats moeten we in het oog houden dat ten aanzien van complementariteit andere aspecten van de persoon(lijkheid) aan de orde zijn, namelijk interpersoonlijke behoeften, dan bij de gelijkheidshypothese, waar attituden en persoonlijkheidstrekken veeleer onderwerp van studie zijn. Verder is het zo, dat inherent aan matchingsprocedures op basis van complementaire behoeften, de idee is dat de deelnemers eropuit zijn om in de therapeutische relatie hun interpersoonlijke behoeften te bevredigen. Er is sprake van een 'compatibile' relatie (Schutz, 1958) wanneer aan ieders wensen tegemoet wordt gekomen: de 'zender' ('originator') geeft datgene wat de 'ontvanger' wil krijgen en vice versa. Sullivan (1953) schilderde in dit verband de therapeutische situatie als een spanningsveld, bijeengehouden door de krachten die uitgaan van de aanwezige behoeften van therapeut en cliënt. De vraag kan echter worden gesteld of de therapeutische situatie er wel op (in)gericht is om in gelijke mate aan de verlangens van de deelnemers tegemoet te komen, kortom of de behoeftebevrediging hier wel reciproque kan zijn. Zoals in hoofdstuk 1 van dit proefschrift is betoogd kent de therapeutische relatie een asymmetrische structuur, hetgeen niet verward mag worden met complementariteit. Onder meer blijkt dat uit de afhankelijkheid in de therapeutische relatie, die voor de cliënt in het algemeen groter zal zijn dan voor de therapeut, en kwalitatief ook anders. Kortom, de behoeftebevrediging is voor beide therapiepartners van een geheel andere orde.

Dit gegeven heeft consequenties voor bijvoorbeeld hetgeen Schutz (1958) als 'interchange compatibility' aanduidde: de behoeften van de therapiepartners lijken slecht uitwisselbaar. Aan dit feit gaan ons inziens onderzoekers voorbij wanneer zij zonder enig voorbehoud constellaties als die van Leary (1957) of Schutz (1958) op de therapeutische situatie toepassen.

## **2.2 Een werkzaam therapeutisch contact**

In een interne publicatie over fasering in psychotherapie maakte Swildens (1981) een onderscheid tussen 'contact', 'interactie' en 'ontmoeting' als drie modaliteiten van een tussenmenselijke relatie. 'Ontmoeting' houdt in het delen van de eigen situatie met die van een ander; het is de gemeenschappelijke ervaring die tot een 'wij-beleving' leidt. Het is 'die Wirheit der Teilnahme' zoals Binswanger (1942) het uitdrukte. Tegenover de ontmoeting staat de 'mitweltlichen Umgang oder der Verkehr', ofwel datgene dat Swildens (1981) 'interactie' noemt: een functionele omgang tussen mensen met meestal een extern, dat wil zeggen buiten de relatie gelegen, doel. Wanneer een relatie meer persoonlijk getint is en de relatie doel in zichzelf is geworden, is er volgens de auteur sprake van 'contact'. Uiteraard kan een 'interactie' over-

gaan in een 'contact' en omgekeerd een 'contact' terugvallen in een 'interactio-  
neel' omgaan met elkaar.

### 2.2.1 *Contact en interactie in de therapeutische relatie*

Volgens Swildens wordt de psychotherapeutische relatie gekenmerkt door zowel 'contact' als 'interactie'. In het begin overheerst de interactievorm die wel het therapeutisch 'contract' wordt genoemd. Vanuit dit contract ontwikkelt zich een relatie die ruimte moet bieden voor 'contact'. Het unieke van de therapeutische relatie is "dat zij in tegenstelling andersoortige hulpverleningsrelaties, bijvoorbeeld de arts-patiënt relatie, niet in een deskundig interageren opgaat. Meer nog: de mate waarin de relatie ook persoonlijk is, is een basisvoorwaarde voor een succesvolle therapie. Anders gezegd: een psychotherapeutische relatie is een functionele relatie, die alleen dan zijn doel bereikt, als zij daarnaast ook persoonlijk is" (Swildens, 1981, p.4-5). Vergelijk hierbij hetgeen hiervoor (in hoofdstuk 1) naar voren werd gebracht over de aard van de therapeutische relatie.

Ook De Haas (1983) maakt onderscheid in 'contact' en 'interactie', maar kent aan deze relationele hoedanigheden een andere betekenis toe. Onder 'contact' verstaat hij "het psychosociale raakvlak tussen mensen, dat het resultaat vormt van de gebieden ten opzichte waarvan en de mate waarin zij zich voor elkaar openstellen respectievelijk zich voor elkaar afsluiten" (De Haas, 1983, p.93). Er is sprake van 'interactie' wanneer er tussen betrokkenen de wederzijdse intentie bestaat zich aan de ander aan te passen respectievelijk invloed op de ander uit te oefenen. 'Interactie' zonder 'contact' is niet mogelijk. Volgens de auteur wordt een relatie opgebouwd vanuit een 'contact' en krijgt vorm door middel van een wisselwerking tussen 'contact' en 'interactie'. Deze wisselwerking zou dan de basis voor het psychotherapeutisch proces vormen.

Gesteld kan worden dat De Haas (1983) een dynamisch standpunt inneemt, waarbij 'contact' en 'interactie' als verschillende (opeenvolgende) stadia in een (therapeutische) betrekking worden beschouwd, terwijl Swildens (1981) meer neigt tot een topografische indeling naar soorten relaties. 'Contact' suggereert bij hem een intiemer, persoonlijker met elkaar omgaan dan een op 'interactie' gerichte verhouding.

In zijn artikel formuleerde De Haas (1983) een viertal *basisintenties* als achtergrond van het therapeutische handelen. Aan de hand van deze basisintenties krijgt de relatie vorm en wordt ze gestructureerd. De vier basisintenties behelzen: 'zich openstellen', 'zich afsluiten', 'zich aanpassen' en 'invloed uitoefenen'. De Haas probeert ze te integreren met de contact- c.q. interactiedimensie om aldus het therapeutisch proces te beschrijven. Zo stelt hij bijvoorbeeld dat de interactiedimensie niet eerder aan bod kan komen dan dat de contactdimensie een zodanige gestalte heeft gekregen, dat de therapeut in



staat is zich voor de cliënt open te stellen zonder overspoeld te raken, en zich van hem af te sluiten zonder hem te isoleren. Pas dan kan er sprake zijn van een therapeutisch vruchtbaar contact; een contact dat de voorwaarde vormt voor 'interactie', gekenmerkt door een wisselwerking tussen zich aanpassen en invloed uitoefenen.

Hoewel De Haas pretendeert dat zijn 'intentioneel model' op meerdere vormen van psychotherapie betrekking heeft, geeft hij in zijn artikel toch duidelijk blijk van een Rogeriaanse opvatting over therapie bedrijven. Met name zijn omschrijving van de aspecten 'zich openstellen', 'zich aanpassen' en 'zich afsluiten' ademen een Rogeriaanse sfeer. Aangezien voor het onderwerp van deze studie – het tot stand komen van een vruchtbaar therapeutisch contact – met name het continuüm 'zich openstellen'-'zich afsluiten', interessant is, beperken we ons hier tot een weergave van deze twee 'intenties'.

*Zich openstellen:* "De therapeut stelt zich open voor de cliënt op momenten dat hij probeert deze in de gespreksituatie zo goed mogelijk te begrijpen, door zich in diens belevingswereld te verplaatsen, met hem tracht mee te denken en te voelen en door de cliënt in de gelegenheid te stellen zich vrij te uiten over datgene wat hem op dat moment bezighoudt. Kenmerkend voor zich openstellen is een luisterende, receptieve houding. Daarnaast heeft 'zich openstellen' betrekking op de mogelijkheid die de therapeut heeft de cliënt iets te laten merken van zijn eigen gevoelens of denkbeelden"(p.95-96).

Zonder veel moeite herkent de lezer in deze omschrijving de Rogeriaanse condities 'empathie' en 'echtheid'. De laatste ligt met name ook besloten in de intentie 'zich afsluiten'.

*Zich afsluiten:* "De therapeut sluit zich van de cliënt af op momenten dat hij gevoelsmatig, rationeel of in zijn handelen afstand tot de cliënt neemt; hij zijn eigen gevoelens en denkbeelden als het ware tegenover die van de cliënt plaatst. Zich afsluiten vormt tevens een belangrijk aspect van het beëindigen van de therapeutische relatie" (p.96).

In het directe begin van de therapeutische ontmoeting zal de nadruk natuurlijk meer op de intentie 'zich openstellen' liggen dan op de intentie 'zich afsluiten'. Dit zich openstellen moet men zich trouwens niet als een passief gebeuren voorstellen. Een luisterende receptieve houding van de therapeut vereist een actieve participatie aan het gesprek met de cliënt (Rombauts, 1984). In dat opzicht drukt de eerder door ons gebezigde terminologie 'zich toegang verschaffen' (Takens, 1980) deze *actieve ontvankelijkheid* van de kant van de therapeut goed uit. Hoe men het ook benoemt, deze basisintentie zal primair zijn weerspiegeling vinden in het *empathisch gedrag* van de therapeut, zoals Rogers het destijds omschreef:

"... to assume, in so far as he is able, the internal frame of reference of the client, to perceive the world as the client sees it, to perceive the client himself as he is seen by himself, to lay aside all perceptions from the ex-

ternal frame of reference while doing so, and to communicate something of this empathic understanding to the client” (Rogers, 1951, p.29).

Alvorens dieper in te gaan op de betekenis van deze *therapeut*-variabele voor het (op gang komen van het) therapeutisch proces, stellen we de vraag wat de door De Haas geformuleerde basisintenties impliceren ten aanzien van het gedrag van de cliënt.

De Haas zelf gaat er kennelijk van uit, dat de basisintenties op analoge wijze opgeld doen voor de cliënt. Dat moet echter sterk worden betwijfeld op grond van het eerder beargumenteerde asymmetrische karakter van de therapeutische relatie (zie hoofdstuk 1). Dit maakt dat de intentie ‘zich openstellen’ voor de cliënt een andere betekenis heeft dan voor de therapeut. Vanuit zijn complementaire rol in het therapeutische proces zal de cliënt zich niet op dezelfde wijze in de belevingswereld van de therapeut behoeven te verplaatsen als omgekeerd wel noodzakelijk wordt geacht. Ook zullen de intenties ‘zich aanpassen’ en ‘invloed uitoefenen’ voor de cliënt anders ingevuld moeten worden: de therapeut zal zich meer aan zijn cliënt dienen aan te passen dan de cliënt aan zijn therapeut (zeker in een cliëntgerichte therapie!), terwijl ook de invloed die therapeut en cliënt op elkaar uitoefenen niet van dezelfde orde is. De intentie ‘zich openstellen’ heeft vanuit de positie van de cliënt gezien zelfs een dubbele betekenis: enerzijds zal de cliënt zich voor de invloed van de therapeut moeten openstellen (‘ontvankelijk’ zijn), anderzijds zal hij, daaraan voorafgaand, zichzelf voor de therapeut moeten ‘openen’. Dit laatste, waarop met name in het begin van een ‘openleggende’, inzichtgevend therapie het accent zal liggen, wordt in de literatuur wel aangeduid met de term ‘zelfonthulling’ (‘self-disclosure’, Jourard, 1968).

In het volgende gedeelte gaan we nader op dit aspect van zelfonthulling in.

### 2.2.2 *Zelfonthullend gedrag van de cliënt*

#### *Wat is zelfonthullend gedrag?*

Een Nederlandse vertaling van de uit Amerika stammende term ‘self-disclosure’ zou ‘zelf-onthulling’ of ‘zelf-onthullend gedrag’ kunnen zijn. Het klinkt niet fraai en roept wellicht verkeerde associaties op met een striptease act (waarvoor trouwens ook geen goede Nederlandse vertaling bestaat), maar een betere vertaling lijkt niet voorhanden.

Jourard omschreef ‘self-disclosure’ als “the act of making yourself manifest, showing yourself so others can perceive you” (Jourard, 1964). Om te meten in hoeverre iemand ‘zelfonthullend’ is, stelde Jourard aanvankelijk een lijst van 60 onderwerpen samen waarover de persoon al dan niet iets aan anderen heeft meegedeeld (Jourard & Lasakow, 1958). Later reduceerde hij deze lijst tot 40 items: de JSDQ-40 (Jourard, 1971). In beide lijsten komen zes aspecten van het ‘zelf’ aan de orde:

1. attitudes en meningen;
2. persoonlijke voorkeuren en interesses;
3. werk en studie;
4. financiële zaken;
5. persoonlijkheid en karakter;
6. het eigen lichaam.

De persoon wordt gevraagd aan te geven in hoeverre bepaalde anderen (vader, moeder, vriend, echtgenoot, kind) hem of haar in dit opzicht kent. Door ons werd de JSDQ-40 in het Nederlands vertaald en op betrouwbaarheid onderzocht (Van Mens-Peper & Snellen, 1976).

Volgens Truax en Carkhuff (1965) gaat het bij zelfonthulling met name om "het verbaliseren en beseffen van eigen opvattingen, normen, waarden, motieven, percepties van anderen, relaties, angsten en levensbeslissingen". Men kan zich afvragen of hier niet de begrippen zelfonthulling, zelfexploratie c.q. zelfexplicitering door elkaar gaan lopen. Bij de laatste termen gaat het juist ook om het zelf ontdekken van zaken die ook voor de persoon zelf onbekend of ten minste onduidelijk zijn, in figuur 2.1 aangeduid als het blinde en het verdrongen gebied. Dat is niet het geval bij zelfonthullend gedrag, dat wij zouden willen beperken tot het verstrekken van informatie die aan de persoon zelf bekend is.

	<i>bekend aan de persoon zelf</i>	<i>onbekend aan de persoon zelf</i>
bekend aan anderen	het publieke zelf	het blinde gebied
onbekend aan anderen	het verborgen gebied	het verdrongen gebied

Figuur 2.1. *Het zogenaamde 'Johari Window'*<sup>1</sup> (Luft, 1969).

Culbert (1968) onderscheidt in dit verband zelfonthulling van zelfdescriptie. Onder dat laatste verstaat hij het geven van informatie die bij anderen reeds bekend mag worden verondersteld of in algemene zin bekend zijn, zoals lichamelijke kenmerken, burgerlijke staat, het beroep dat iemand uitoefent, et cetera. In het Johari-window aangeduid als het 'publieke zelf'. Bij zelfonthullend gedrag gaat het dus met name om informatie uit het 'verborgen gebied'.

Pearce en Sharp (1973) onderscheiden zelfonthulling van drie andere vormen van gedrag, te weten 'non-disclosure', 'revealing' en 'confession'. Bij 'non-disclosure' tracht de persoon te voorkomen dat de ander hem leert kennen door bijvoorbeeld onjuiste informatie over zichzelf te geven of door op-

<sup>1</sup> De aanduiding 'Johari' representeert de voornamen van de auteurs Luft en Ingham (Luft, 1969).

zettelijk informatie achter te houden. 'Revealings' zijn de niet-bedoelde vormen van informatie-overdracht, zoals versprekingen en non-verbaal gedrag. 'Confessions' ten slotte zijn bekentenissen die min of meer onder druk van buitenaf worden afgedwongen, of onder invloed van drugs worden afgegeven. In geen van deze gevallen heeft de persoon in kwestie de intentie om iets persoonlijks over zichzelf kenbaar te maken. Egan (1970) heeft het over 'history' en 'honesty'. 'History' komt overeen met Pearce en Sharp's 'non-disclosure' en is bedoeld om de ander te choqueren, te verwarren of om de tuin te leiden. Er wordt meer gecommuniceerd over het verleden dan over het heden; het betreft voornamelijk feiten in plaats van subjectieve ervaringen, die op intellectuele wijze worden gepresenteerd zonder enige persoonlijke betrokkenheid. 'Honesty' is een wijze van communiceren waarbij subjectieve ervaringen centraal staan, die de luisteraar tot een meebeleven uitnodigen. Het zijn de oprechte pogingen van de spreker zich aan de ander bekend te maken.

Samenvattend kunnen we stellen dat de meeste auteurs onder zelfonthulling een doelbewuste poging van een persoon verstaan om middels het vertellen van persoonlijke informatie over zichzelf zich aan een of meerdere anderen bekend te maken. Meestal wordt niet gepreciseerd wat wel en geen 'persoonlijke informatie' is en beperkt men zich tot geverbaliseerd gedrag. Hoewel bij dit laatste vraagtekens gezet kunnen worden, gaan wij met het oog op ons onderzoek in deze omschrijvingen mee en stellen dat er sprake is van zelfonthullend gedrag wanneer iemand iets persoonlijks omtrent zichzelf aan een ander vertelt, met gevolg dat die ander zich een beeld van (bepaalde aspecten van) de betreffende persoon kan vormen.

#### *Zelfonthullend gedrag in psychotherapie*

"Maak U zelf bekend en Gij zult uzelf leren kennen". Dit orakel van Delphi raakt de kern van een inzichtgevende psychotherapie en maakt duidelijk dat zelfonthullend gedrag van groot belang is. Merkwaardig genoeg is over zelfonthullend gedrag in psychotherapie betrekkelijk weinig geschreven. Waar zelfonthulling in psychotherapie wel aan de orde wordt gesteld gaat het bijna altijd om de invloed van 'self-disclosure' van de kant van de therapeut op het zelfonthullend gedrag van de cliënt (Hendrick, 1987; Johnson & Matross, 1977; Stricker & Fisher, 1990; Watkins, 1990). Zo kwamen Johnson en Matross (1977) in hun overzicht tot de conclusie dat zelfonthulling door de therapeut een gunstig effect heeft op het vertrouwen dat de cliënt in de behandelaar stelt en zal leiden tot meer zelfonthullend gedrag van de zijde van de cliënt. Deze beïnvloeding staat in de literatuur wel bekend als het 'dyadische effect' (Ehrlich & Graeven, 1971; Jourard, 1971; Hengeveld, 1978). Gurman en Razin (1977) wijzen er echter op dat de door Johnson en Matross gerefereerde onderzoeken op een enkele uitzondering na geen daadwerkelijke therapeutische relaties behelzen en dat juist in therapierelaties, vanwege hun

asymmetrische karakter, de zaken nog wel eens heel anders zouden kunnen liggen.

In het verlengde hiervan vraagt Curtis (1981) zich af wanneer zelfonthullend gedrag door de therapeut geïndiceerd is. In sommige gevallen kan het nuttig zijn om door 'modeling' de patiënt tot meer openheid te bewegen (Mowrer, 1964). Daarnaast kan het een demystificerend effect op het therapeutisch proces hebben en de aanvankelijk defensieve opstelling van de patiënt wat mitigeren (Corey, 1977). Anderzijds kan het bij de patiënt weerstanden oproepen en de overdracht bemoeilijken. Niet voor niets pleitte Freud voor een volkomen neutrale opstelling van de therapeut en introduceerde hij in dit verband de zogenaamde abstinentieregels (Freud, 1912). Volgens Curtis (1981) dient per geval en van moment tot moment te worden bekeken in hoeverre zelfonthullend gedrag van de therapeut adequaat is. Lietaer (1991) spreekt in dit verband over 'transparantie' als een aspect van de echtheid van de therapeut en stelt dat het expliciet inbrengen van eigen belevingen door de therapeut een positieve mogelijkheid is om het therapeutisch proces te verdiepen. Deze zelfexpressies van de therapeut hebben voornamelijk betrekking op hetgeen zich tussen hem en de cliënt op relationeel niveau tijdens de sessie afspeelt en slechts zelden op het persoonlijke verleden of actuele leven van de therapeut. Danish et al. (1979) maken in dit opzicht een onderscheid tussen *zelf-betrokken* uitlatingen van de therapeut (dit zijn diens persoonlijke reacties op hetgeen de cliënt naar voren brengt) en *zelf-onthullende* opmerkingen (die betrekking hebben op het persoonlijke leven van de therapeut buiten de therapiesituatie om). Verscheidene onderzoekers (McCarthy & Betz, 1978; McCarthy, 1979; Reynolds & Fisher, 1983) vonden dat een zelfbetrokken opstelling van de therapeut door cliënten geprefereerd werd boven een zelfonthullende opstelling. Men vond de geïnvolveerde therapeut aantrekkelijker (McCarthy, 1979), deskundiger en vertrouwenwekkender (McCarthy & Betz, 1978; Reynolds & Fisher, 1983). Bovendien bleef de aandacht volledig op de cliënt gericht, daar waar deze zich in de zelfonthullende conditie duidelijk naar de therapeut verplaatste (McCarthy, 1979; Reynolds & Fisher, 1983). Een verschil tussen een zelfbetrokken en een zelfonthullende opstelling van de therapeut werd niet geconstateerd door Dowd en Boroto (1982). Hun proefpersonen vonden beide houdingen prettiger dan een therapeut die alleen maar samenvattingen en/of duidingen geeft. Overigens was dit onderzoeksresultaat slechts gebaseerd op een enkel interview door twee 'therapeuten' bij een en dezelfde cliënt, hetgeen de draagwijdte ervan natuurlijk wel sterk beperkt.

Wat betreft het *zelfonthullend gedrag van de cliënt* constateerde Braaten (1958) bij succesvolle therapieën vooral een toename in het onthullen van intieme informatie. Truax en Carkhuff (1965) vonden een significante lineaire relatie tussen het zelfonthullend gedrag van de cliënt en veranderingen aan het eind van de therapie ( $r=.57$ ;  $p<.05$ ). Dit verband was zelfs zo sterk dat

vanuit het niveau van zelfonthullend gedrag in het begin van een therapie de uitkomst van de behandeling met redelijk succes kon worden voorspeld. Zelfonthulling gemeten tijdens de tweede therapiesessie correleerde .64 ( $p < .05$ ) met het uiteindelijk therapieresultaat. Hierbij moet wel worden bedacht dat Truax en Carkhuff zelfonthullend gedrag en zelfexploratie als min of meer synonieme begrippen hanteerden. Een puur zelfonthullingsonderzoek is dit dan ook niet geweest, hoewel men er in de literatuur telkens wel als zodanig aan refereert.

Conceptueel zuiverder is de studie van Strassberg, Anchor, Gabel en Cohen (1978), waarbij zelfonthullend gedrag van cliënten in kortdurende psychotherapieën onder de loep werd genomen. Het onderzoek werd uitgevoerd bij 53 cliënten die door in totaal 26 therapeuten werden behandeld. Van iedere therapie was het tweede gesprek op de band opgenomen en werd door een buitenstaander op zelfonthullend gedrag gescoord (aan de hand van Strassbergs Intimacy Rating Scale). Succes in therapie was geoperationaliseerd als de verbetering op een 5-puntsschaal waarmee – achteraf door de therapeut – de ernst van cliënten problemen werd beoordeeld. Er bleek geen significante correlatie tussen de gegeven intimiteitsscores en de verbetering door de therapie. Wel kon een significant verband worden vastgesteld tussen het oordeel van de therapeut inzake de bereidheid van de cliënt om in de therapie persoonlijke, intieme dingen te bespreken en de uitkomst van de behandeling. De auteurs schrijven het gevonden ambivalente resultaat onder meer toe aan de verschillende gebruikte meetmethoden (extern oordeel versus het oordeel van de therapeut) en het feit dat de bandscores slechts betrekking hadden op een enkel gesprek, terwijl het therapeutoordeel een 'overall'-indruk betrof. Aangezien ook de succesmaat een therapeutoordeel inhield zou dit bovendien het gevonden significante resultaat in de hand gewerkt kunnen hebben. Anderzijds was er een zekere controle ingebouwd met betrekking tot de succesmaat door de betrokkenheid van enkele supervisoren, die eventueel corrigerend konden optreden. Wij voegen hieraan toe dat de bandscores waren gebaseerd op het zelfonthullend gedrag in het begin van de therapie, namelijk het tweede gesprek, terwijl het therapeutoordeel achteraf tot stand kwam en daarom waarschijnlijk (vooral) betrekking had op de eindfase van de therapie.

In ieder geval blijkt duidelijk uit het onderzoek van Strassberg et al. (1978) dat het zelfonthullend gedrag, zoals zich dat aanvankelijk in een therapie manifesteert, niet zonder meer bepalend is voor de uitkomst van de therapeutische onderneming. Dat mag ook geen verbazing wekken, het grote aantal factoren dat het uiteindelijk resultaat van een therapie bepaalt in aanmerking genomen. De kans dat een enkele variabele de uitkomst volledig kan voorspellen is bij voorbaat uiterst gering. Zeker wanneer men dan ook nog een variabele kiest waarvan de potentiële waarde vooral in het begin van het therapeutisch gebeuren wordt gedacht. De betekenis van zelfonthullend ge-

drag lijkt derhalve primair in het op gang komen van een therapeutisch proces geplaatst te moeten worden. Het gaat er dan om dat de cliënt zich zo veel mogelijk voor zijn therapeut openstelt en hem toegang verschaft tot zijn persoonlijke leefwereld. Aldus gaat zelfonthulling vooraf aan het proces van zelfexploratie en zelfervaring ('*experiencing*'), dat in termen van Rogers' processchaal (Walker, Rablen & Rogers, 1960) voorwaarde lijkt voor een op zelfactualisatie gerichte behandeling.

### *2.2.3 Empathie van de therapeut*

Tegenover het zelfonthullend gedrag van de cliënt in het begin van een therapeutische relatie staat de empathie van de therapeut. Door middel van zijn empathische houding en daaruit voortvloeiende interventies tracht de therapeut toegang te krijgen tot de belevingswereld van zijn cliënt. Over empathie is al zo veel geschreven, dat een nadere uitleg hier overbodig lijkt. We verwijzen graag naar de betreffende handboeken (o.a. Rogers, 1951;1961; Bohart & Greenberg, 1997; Vanaerschot, 1999; Vanaerschot & Van Balen, 1991) en volstaan hier met de opmerking dat de waarde van empathie voor (het op gang komen van) het therapeutische proces inmiddels ondubbelzinnig is aangetoond (zie onder meer in de handboeken van Bergin & Garfield, 1971;1978;1986;1994). In het volgende gedeelte komen we met name op de meting van empathie terug.

### *2.2.4 Therapeutische toegankelijkheid*

Eerder werd betoogd (hoofdstuk 1) dat de psychotherapeutische relatie een speciale relatie is, die niet zonder meer vergelijkbaar is met bijvoorbeeld een vriendschapsrelatie. In tegenstelling tot vriendschapsrelaties is de psychotherapeutische relatie asymmetrisch, wat onder meer inhoudt dat de behoeften van de cliënt voorop staan en niet die van de therapeut. Er is geen sprake van wederkerigheid zoals in een vriendschapsrelatie. Voor het onderzoek naar de factoren die het tot stand komen van een werkzaam psychotherapeutisch contact bepalen impliceert deze stellingname twee afzonderlijke benaderingen, enerzijds vanuit de positie van de cliënt en anderzijds vanuit de positie van de therapeut. Voor de therapeut zal gelden dat deze zich toegang zal moeten proberen te verschaffen tot de leefwereld van de cliënt. Voor de cliënt zal omgekeerd gelden dat deze bereid moet zijn zich voor de (invloed van de) therapeut open te stellen, met andere woorden de cliënt dient de therapeut toegang te verschaffen tot zijn persoonlijke wereld. We zouden dit de twee aspecten van 'therapeutische toegankelijkheid' kunnen noemen (Takens, 1980).

In het navolgende zal een aantal hypothesen worden geformuleerd over de voorwaarden waaronder cliënten bereid zijn therapeuten toegang tot hun persoonlijke wereld te verlenen, respectievelijk de condities waaronder therapeuten erin slagen zich die toegang te verschaffen. Voor beide aspecten biedt de Persoonlijke Constructen Theorie van G.A. Kelly (1955) naar het lijkt goede aanknopingspunten.

#### *De therapeut als 'Persoonlijke Ander'*

In zijn onderzoek naar factoren die van invloed zijn op extremiteit van beoordelingen kwam Bonarius (1971) uit op drie variabelen die met elkaar de mate van extremiteit lijken te bepalen. Achtereenvolgens zijn dit de persoon van de beoordelaar, de constructen waarmee beoordeeld wordt en de betekenisvolheid van het te beoordelen object. Uit experimenten bleek dat proefpersonen extremer scoren op persoonlijke constructen (P.C.'s) dan op externe ('extraneous') constructen (E.C.'s), die buiten het 'bruikbaarheidsbereik' van de persoon liggen. Het gevonden effect bleek sterker naarmate het te beoordelen object relevanter voor de proefpersoon was. In dat verband maakte Bonarius (1971) een onderscheid in zogenaamde 'Personal Others' (P.O.'s) en 'Extraneous Others' (E.O.'s). 'Personal Others', ofwel Persoonlijke Anderen, zijn voor het individu belangrijke andere mensen met wie een persoonlijke en emotionele relatie bestaat. Het kunnen iemands ouders, broer of zuster, geliefde of goede vriend(in) betreffen. In de omgang met juist deze mensen vormt het individu zijn persoonlijke constructen. Vanuit een constructpsychologisch gezichtspunt (Kelly, 1955) zijn de Persoonlijke Anderen met name belangrijk voor het ontwikkelen van een persoonlijke identiteit. Tegenover Persoonlijke Anderen staan de 'Extraneous Others', ofwel Externe Anderen. Dit zijn mensen met wie het individu geen persoonlijke of emotionele band onderhoudt. Het zijn de oppervlakkige kennissen die veel minder invloed hebben op (de ontwikkeling van) iemands persoonlijke constructen systeem.

Het Persoonlijke Ander-begrip bij Bonarius (1971) komt overeen met wat Sullivan (1953) al veel eerder iemands 'significante ander' noemde. Deze auteur vat persoonlijkheid op als "het betrekkelijke duurzame patroon van telkens weerkerende interpersoonlijke situaties die kenmerkend zijn voor een mensenleven". Het 'zelf' bestaat bij de gratie van betrekkingen met anderen. Volgens Sullivan wordt de identiteit gevormd door goed- en afkeuringen die iemand in reactie op zijn handelen van significante anderen ontvangt. In tegenstelling tot Freud zag Sullivan niet alleen vaders en moeders als significante anderen bij uitstek, maar evenzeer leeftijdgenoten met wie de persoon de wereld ontdekt en van wie hij betekenissen overneemt, zowel ten aanzien van de wereld als omtrent zichzelf. Hoe dan ook, Persoonlijke Anderen zijn van eminent belang voor de persoonlijkheidsontwikkeling. Omgekeerd zouden we dan kunnen veronderstellen dat men een ander pas kan beïnvloeden



wanneer men als een Persoonlijke Ander wordt beschouwd. Deze redenering toepassend op de therapeutische relatie betekent dit dat een perceptie van de therapeut als een Persoonlijke Ander als voorwaarde gezien kan worden voor een werkzaam therapeutisch contact. In termen van 'therapeutische toegankelijkheid': de cliënt zal vooral die therapeut toegang tot zijn persoonlijke leefwereld verlenen die als een Persoonlijke Ander wordt beschouwd.

Met betrekking tot dit cliënt-aspect van 'therapeutische toegankelijkheid' werden door ons een aantal onderzoeken verricht. Daarbij vroegen we ons steeds af of een therapeut waarbij een cliënt graag in behandeling is c.q. geweest zou zijn, meer als een Persoonlijke Ander dan als een Externe Ander wordt gepercipieerd. Het Persoonlijke c.q. Externe Ander begrip werd hierbij geoperationaliseerd in termen van mensen die de proefpersoon nabij zijn respectievelijk verder van de cliënt afstaan. In casu werden steeds als Persoonlijke Anderen beschouwd: de ouders, broers en zussen, levenspartner en vriend(inn)en van de cliënt en als Externe Anderen: oppervlakkige kennissen, een ver familielid, iemand die men uit het oog is verloren, et cetera. Door middel van een afname van de RepGrid (Kelly, 1955; zie voor een beschrijving hoofdstuk 1.5) werd onderzocht in hoeverre de proefpersoon zijn persoonlijke constructen (die eventueel eerst bij hem/haar waren ontlokt) op deze personen en op de 'attractieve' therapeut van toepassing achtte. Door het berekenen van de correlaties tussen de elementen kan worden vastgesteld in hoeverre de 'attractieve' therapeut overeenkomt met de Persoonlijke respectievelijk Externe Anderen van de proefpersoon.

In een eerste laboratoriumonderzoek (Takens, 1978) participeerden 26 deelnemers aan een gesprekspracticum voor doctoraalstudenten klinische psychologie en hun vier trainers. Slechts drie van de 26 proefpersonen bleken een 'attractieve' therapeut (d.i. "iemand met wie je het liefst een persoonlijk probleem zou willen bespreken") meer als een Externe Ander dan als een Persoonlijke Ander te hebben gescoord. Opvallend was het geringe onderscheid dat juist deze drie proefpersonen maakten tussen een 'attractieve' respectievelijk 'niet-attractieve' therapeut. Behalve dat de 'attractieve' therapeut significant meer als een Persoonlijke Ander werd gescoord ( $t=6.014$ ,  $df=25$ ,  $p<.005$ ) bleek in dit onderzoek omgekeerd ook de 'niet-attractieve' therapeut '(d.i. "iemand met wie je minder gauw een persoonlijk probleem zou willen bespreken") duidelijk meer als een Externe Ander te worden gepercipieerd ( $t=5.45$ ,  $df=25$ ,  $p<.005$ ).

In een vervolgonderzoek (Renalda & Voorendonk, 1979) konden in eenzelfde setting dezelfde hypothesen opnieuw bevestigd worden. Het beeld dat de deelnemers aan het gesprekspracticum van een 'attractieve' therapeut hadden kwam overeen met het beeld van hun Persoonlijke Anderen in tegenstelling tot Externe Anderen ( $F=22,65$ ,  $df=19$ ,  $p<.005$ ), terwijl een 'niet attractieve' therapeut meer overeenkomstig de Externe Anderen werd gescoord ( $F=13.74$ ,  $df=19$ ,  $p<.005$ ). Uit een multivariate

regressie-analyse viel af te leiden dat de 'attractieve' therapeut vooral overeenkomstig die Persoonlijke Anderen werd gepercipieerd die net als de proefpersonen zelf tamelijk jong waren ( $F=16.24$ ,  $df=1$ ,  $p<.005$ ). Daarnaast vertoonde de 'attractieve' therapeut relatief meer gelijkenis met de personen die een *positieve* invloed op de betrokken proefpersoon hadden (gehad) ( $F=13.52$ ,  $df=1$ ,  $p<.005$ ). Het omgekeerde gold ten aanzien van de 'niet-attractieve' therapeut ( $F=10.91$ ,  $df=1$ ,  $p<.005$ ).

Ten slotte werd de 'attractie' hypothese nog eens onderzocht in enkele daadwerkelijke therapie-settingen. Het betrof hier een zestal groepstherapieën die werden uitgevoerd bij een Sociaal Psychiatrische Dienst, een Bureau Studentenpsychologen en in een Psychiatrische Polikliniek (Smit & Hahn, 1979; zie ook Takens, 1980). In totaal deden 35 cliënten aan dit onderzoek mee. 'Attractieve' therapeuten werden door de cliënten significant meer als Persoonlijke Anderen gepercipieerd ( $t=4.57$ ,  $n=35$ ,  $p<.01$ ). Hierbij wordt wel opgemerkt dat zeven proefpersonen de 'attractieve' therapeut meer overeenkomstig hun Externe Anderen scoorden en dertien proefpersonen de 'niet-attractieve' therapeut veeleer als een Persoonlijke Ander. Desalniettemin stond deze tamelijk grote groep 'dissidenten' het gevonden significante resultaat niet in de weg.

Uit deze drie (voor)onderzoeken mag worden geconcludeerd dat cliënten meestal een voorkeur hebben voor therapeuten die als Persoonlijke Anderen worden beschouwd in tegenstelling tot Externe Anderen. Weliswaar is daarmee nog niets gezegd over 'toegankelijkheid' als zodanig. Dat wil zeggen het blijft de vraag of cliënten uiteindelijk ook bereid zullen zijn zich tegenover therapeuten die als een Persoonlijke Ander worden gepercipieerd te onthullen, hen aldus toegang te verlenen tot hun persoonlijke 'wereld'. Om die vraag te beantwoorden zouden we het liefst cliënten in een therapeutische setting confronteren met zowel een 'attractieve' als een 'niet-attractieve' therapeut. Het spreekt echter voor zich dat in de praktijk een dergelijk experimenteel opgezet onderzoek niet uitvoerbaar is. Derhalve zijn we op louter 'naturalistisch' onderzoek aangewezen. Ons hoofdonderzoek (zie paragraaf 2.4) is daar een voorbeeld van. In dat onderzoek wordt het 'Persoonlijke Ander' aspect in verband gebracht met (een toename van) het zelfonthullend gedrag van de cliënt en de wederzijdse waardering van het therapeutische contact.

#### *Het reconstrueren van cliënts constructies*

Het therapeut-aspect van 'therapeutische toegankelijkheid' werd door ons omschreven als de noodzaak voor de therapeut om toegang te verkrijgen tot de persoonlijke leefwereld van de cliënt. Ook deze voorwaarde voor het tot stand komen van een werkzaam psychotherapeutisch contact kan worden afgeleid uit Kelly's Persoonlijke Constructen Theorie, met name zijn 'sociality corollary' (door Bonarius, 1980, vertaald als 'interactiestelling'). De interac-

tiestelling houdt in dat iemand een rol in het leven van iemand anders kan spelen voorzover hij/zij in staat is de constructies van die andere persoon te (re-)construeren. Voor Kelly (1955) gold deze stelling niet alleen voor de psychotherapeutische relatie, maar in principe voor elke tussenmenselijke betrekking. Duck (1973) werkte de stelling uit in het kader van (de formatie van) vriendschapsrelaties. Niettemin lijkt de interactiestelling bij uitstek van toepassing op de therapeutische situatie.

Watson (1970) was de eerste die 'sociality', ofwel een juiste reconstructie van cliënts constructieprocessen, in verband bracht met de kwaliteit van een psychotherapeutisch contact. In een tijdsbestek van acht maanden liet hij een van zijn patiënten vier maal een RepGrid invullen. Watson zelf, als behandelend psychiater, moest dan telkens 'raden' hoe zijn patiënt de desbetreffende RepGrid had ingevuld. De juistheid van deze 'voorspelling' werd in een correlatiecoëfficiënt uitgedrukt en bleek over de vier afnames heen enigszins toegenomen. De auteur zag dit als een indicatie voor een verbeterd therapeutisch contact.

Watson is niet de enige gebleven die de interactiestelling implementeerde op de psychotherapeutische relatie. Dat deden na hem ook Ryle en Lunghi (1971), Rowe (1971), Rowe en Slater (1976) en vooral Landfield (1971). Vanwege de importantie van deze onderzoeken met betrekking tot ons hoofdonderzoek (zie paragraaf 2.4) gaan we er hier wat uitgebreider op in. Ryle en Lunghi (1971) namen een zogenaamde Grid af bij een patiënte, die reeds twee jaar in een psychoanalytische behandeling was. Bij een 'dyadische' Grid zijn de personen als elementen vervangen door relaties die iemand met (belangrijke) anderen onderhoudt. Net als bij Watson (1970) moest ook hier de therapeut proberen de Grid van de patiënte zo goed mogelijk te reconstrueren. De overeenkomst tussen de Grid van de patiënte en de door de therapeut gereconstrueerde Grid bleek alleszins redelijk ( $r=.50$ ). De reconstructie was het aanzienlijkst ten aanzien van die elementen (in casu relaties) die het vaakst in de therapie aan bod waren geweest. Niettemin kwamen ook enkele duidelijke discrepanties naar voren. Juist hierin zagen de auteurs belangrijke aanwijzingen voor de verdere behandeling.

Een opvallend foute reconstructie van slechts één element en één construct in het bijzonder trof Rowe (1971) aan in een onderzoek bij een psychiater die een patiënt op dat moment acht maanden in behandeling had. De psychiater moest in dit geval proberen te reconstrueren in hoeverre zijn patiënt vijftien constructen (waarvan zeven aangeboden en acht bij de patiënt waren ontlokt) op twintig elementen van toepassing achtte. De foute reconstructie, die op een medepatiënte betrekking had, werd volgens Rowe veroorzaakt door de enigszins gekunstelde interacties die zich tussen patiënten in een (psychiatrisch) ziekenhuis afspelen. De elementen in dit onderzoek waren overigens enkelvoudige personen en geen relaties zoals bij Ryle en Lunghi (1971). In

een latere studie was de RepGrid wel gebaseerd op dyadische relaties (Rowe & Slater, 1976). In dat onderzoek vulden zowel een patiënt als diens therapeut een RepGrid in voorafgaand aan de behandeling en nog eens na twee maanden, zodat de veranderingen in de reconstructies van de therapeut bekeken konden worden. Gelukkig bleken de veranderingen duidelijke verbeteringen te zijn, zoals in de correlatiecoëfficiënten (.60 respectievelijk .73) tot uiting kwam. Maar toch ook in dit geval doken weer enkele opmerkelijke foutieve reconstructies op. Volgens de auteurs manifesteert zich in dit type reconstructietaken niet alleen het voorspellend vermogen van de therapeut, maar vooral ook diens eigen persoonlijke constructensysteem.

Landfield (1971) nam naast het persoonlijke constructensysteem van de cliënt ook dat van de therapeut in beschouwing in een van de meest uitgebreide studies die op dit gebied zijn verricht. Daarbij vergeleek hij de persoonlijke constructen van de cliënt en de therapeut zowel op inhoudelijk als op structureel niveau. Voor dat laatste hanteerde Landfield de zogenaamde FIC-score, een maat voor het aantal onderling onafhankelijke constructen binnen iemands persoonlijke constructensysteem. Landfield veronderstelde dat voor een goed op gang komen van een therapeutisch contact overeenkomst wat betreft de inhoud van de persoonlijke constructen van therapeut en cliënt van belang is, terwijl bij het uiteindelijk succes van de therapie een verschillende structuur, dat wil zeggen een verschillende organisatie van beider constructensysteem juist bevorderend zou werken. Een dergelijke 'incongruentie' zou namelijk een stimulerend effect kunnen hebben op het produceren van nieuwe ideeën, ofwel het zoeken naar alternatieve constructies. Wat betreft de 'congruentie' met betrekking tot inhoud van de persoonlijke constructen van therapeut en cliënt, volgde Landfield naar eigen zeggen Kelly's interactiestelling door te stellen dat 'sociality', ofwel 'the process of subsuming' (d.i. het onderbrengen van andermans constructen in het eigen constructensysteem), in een psychotherapeutische relatie voorop dient te staan. Tegelijkertijd redeneert hij dat voor het ontwikkelen van een productieve therapeutische interactie enige 'commonality' (gemeenschappelijkheid in het construeren) voorwaarde is. Hij haalt hierbij Kelly aan die opmerkte dat: "...commonality between construction systems may make it more likely that one construction system can subsume a part of another", maar vergeet dan dat Kelly hieraan toevoegde: "but the fact is *incidental rather than essential* in those cases where roles are played between people who think alike and understand each other" (Kelly, 1955, p.99, cursivering R.J.T.). Kelly stelt dus nergens dat 'commonality' een garantie inhoudt voor een productief tussenmenselijk contact. Integendeel, zou men bijna kunnen zeggen op grond van het volgende citaat:

"Moreover, commonality can exist between two people who are in contact with each other without either of them being able to understand the other

well enough to engage in a social process with him. The commonality may exist without these perceptions of each other which enable the people to understand each other or to subsume each other's mental processes. As in the case in psychotherapy in which the clinician identifies himself so closely with his client's way of seeing things that he cannot subsume the client's mental processes, the role the clinician plays becomes impoverished and the social process or the productive outcome of the clinician-client relationship comes to a standstill." (Kelly, 1955, vol I, p.99).

Daarom is het merkwaardig dat Landfield (1971) uiteindelijk meer lijkt te kiezen voor 'commonality' dan voor 'sociality' als leidend principe voor zijn hypothesen inzake de bestendigheid van een psychotherapeutisch contact (Takens, 1981a,b). Nochtans blijft zijn onderzoek relevant in het kader van onze eigen vraagstellingen en hypothesen en derhalve de moeite van een korte bespreking waard.

Aan het onderzoek van Landfield deden twee groepen cliënten mee. De eerste groep bestond uit 37 cliënten (18 mannen en 19 vrouwen) voor wie een langer durende therapie (>3 maanden) was geïndiceerd. Dertien van hen (5 mannen en 8 vrouwen) hielden het echter nog geen zeven sessies vol. Zij vormden in deze groep de drop-outs. De tweede groep cliënten bestond uit 31 personen. Hun problematiek was over het algemeen ernstiger dan van de eerste groep en hun behandeling varieerde van twee bezoeken aan de kliniek (een soort RIAGG) tot enkele maanden. Negen van hen werden als voortijdige beëindigers aangemerkt, waarbij als criterium gold dat hun stoppen niet was ingegeven door het succes van de therapie. De therapeuten bij beide groepen cliënten waren steeds dezelfde acht mensen, waarvan één vrouw. Vier therapeuten waren stafleden van de psychologische faculteit; de andere vier waren gevorderde studenten. Ieder van hen had ten minste een jaar therapie ervaring. Een vergelijking tussen de blijvers en de drop-outs wees uit dat de persoonlijke constructen van de blijvers inhoudelijk een grotere overeenkomst vertoonden met die van hun therapeuten dan de persoonlijke constructen van de drop-outs. Bij de groep cliënten die voor een langerdurende therapie in aanmerking waren gekomen was dat verband evenwel (net) niet significant, in tegenstelling tot de meer gevarieerde groep cliënten. Indien alleen de onderling meest gerelateerde constructen in beschouwing werden genomen, was het verband in beide gevallen wel significant. Wat daar echter de psychologische betekenis van is, is onduidelijk.

Door ons werd ook enig (voor)onderzoek uitgevoerd met betrekking tot Kelly's interactiestelling.

Dat gebeurde bijvoorbeeld in een tweetal gesprekspractica voor doctoraalstudenten klinische psychologie. De ene groep bestond uit twee vrouwelijke en zes mannelijke studenten, de andere groep uit vijf vrouwen en

drie mannen. Iedere deelnemer moest een naam van een medegroepslid noemen met wie hij/zij desgevraagd als 'therapeut' graag bereid zou zijn een persoonlijk probleem door te praten (d.i. de 'attractieve cliënt') en een naam van een medegroepslid met wie hij/zij dat liever niet zou doen (d.i. de 'niet-attractieve cliënt'. Verondersteld werd dat men het zelfbeeld van de 'attractieve cliënt' beter zou weten te reconstrueren dan het zelfbeeld van de 'niet-attractieve cliënt'. De reconstructie vond plaats aan de hand van twaalf bij de betrokken 'cliënt' ontlokte persoonlijke constructen en twaalf door ons aangeboden constructdimensies (zie bijlage 1).

In tegenstelling tot de verwachting bleek men beter in staat het zelfbeeld van de 'niet-attractieve cliënt' te reconstrueren dan dat van de 'attractieve cliënt' met name bij een gebruik van de persoonlijke constructen van de betreffende 'cliënt'. Het resultaat was evenwel (net) niet significant. Een duidelijke tendens in de voorspelde richting werd wel gevonden wanneer de (door ons aangeboden) constructdimensies die de therapeut het meest bruikbaar vond in ogenschouw werden genomen. Evenzo bleken de 'therapeuten' ook beter van de 'attractieve cliënten' te kunnen voorspellen welke constructen deze het meest bruikbaar achtten dan van de 'niet-attractieve cliënten'. Met name ten aanzien van de persoonlijke constructen van de cliënt was deze bevinding significant.

De resultaten van dit laboratoriumonderzoek konden later in enkele praktijk-situaties worden bevestigd, bijvoorbeeld in een onderzoek bij zes groepstherapieën in drie verschillende settings (Smit & Hahn, 1979).

In dit onderzoek bleek dat groepstherapeuten significant beter de constructdimensies van hun cliënten waarmee ze relatief de slechtste werkre-latie onderhielden wisten te identificeren. Opmerkelijk was dat één therapeut alle negen cliënten uit zijn groep op grond van hun persoonlijke constructen juist kon aanwijzen. Bij dit resultaat wordt aangetekend dat de reconstructietaak in dit onderzoek wel heel speciaal was, namelijk het identificeren van een cliënt aan de hand van diens persoonlijke constructen. In alle andere onderzoeken op dit gebied luidde de opdracht zo goed mogelijk het zelf(ideaal)beeld van de betrokken cliënten weer te geven (te 'voorspellen'). Deze specifieke operationalisatie van 'toegankelijkheid' en de ongewone setting (groepstherapie in plaats van individuele psychotherapieën) beperkt natuurlijk de ecologische validiteit van het onderzoeksresultaat.

Des te interessanter worden daarmee de bevindingen uit een ander (voor-)onderzoek in een Krisiscentrum (Van Nispen & Sibbing, 1981; zie ook Takens, 1981a). Dit onderzoek was zo opgezet dat per cliënt ten minste twee therapeuten met elkaar vergeleken konden worden. Dit werd mogelijk door het met het oog op de 24-uursbezetting van het Krisiscentrum vigerende ploegendienststelsel. Daardoor waren steeds meerdere hulpverleners bij de behandeling van één en dezelfde cliënt betrokken. De sco-

res op een voor deze populatie aangepaste versie van onze Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV, zie paragraaf 2.3) werden in dit onderzoek in verband gebracht met een juiste reconstructie van het zelfbeeld van de cliënt door de hulpverleners.

Dit therapeut-aspect van 'toegankelijkheid' bleek evenwel niet gerelateerd aan de waardering van het therapeutisch contact, noch door de cliënt, noch door de therapeut zelf. Wanneer op grond van de scores op de TCV-C (d.i. de cliënt-versie van de vragenlijst) met betrekking tot de waardering van het hulpverleningscontact een indeling werd gemaakt in een groep 'attractieve' respectievelijk 'minder-attractieve' hulpverleners, bleek wel een tendens in de veronderstelde richting: de attractievere hulpverleners reconstrueerden het zelfbeeld van de betreffende cliënt beter dan de minder-attractief gevonden hulpverleners. Dit resultaat zou geïnterpreteerd kunnen worden als een neiging van cliënten om vooral die therapeuten te waarderen die er blijk van geven hen (dat wil zeggen de cliënten) redelijk goed te kennen c.q. te begrijpen.

Tot welke (voorlopige) conclusies geven deze resultaten nu aanleiding? In de eerste plaats blijkt zowel uit ons laboratoriumonderzoek als uit onze veldstudie een negatieve relatie tussen 'toegankelijkheid' en een voorkeur van de therapeut voor een bepaalde cliënt. Met andere woorden, het lijkt er eerder op dat therapeuten een voorkeur hebben voor cliënten, van wie ze naar verhouding weinig snappen. Van de andere kant, zo suggereert het onderzoek in het Krisiscentrum, lijken cliënten therapeuten te prefereren, die hen wel redelijk goed doorzien. Deze twee bevindingen hoeven elkaar natuurlijk niet bij voorbaat uit te sluiten. Het illustreert nogmaals de verschillende posities van waaruit therapeut en cliënt de therapeutische relatie waarderen.

#### *Toegankelijkheid en empathie*

Op het eerste gezicht lijkt 'toegankelijkheid', zoals in de vorige paragraaf werd omschreven (als een juiste reconstructie van cliënt's constructieprocessen), sterk op het uit het Rogeriaanse kader bekende begrip 'empathie'. Gaat het immers bij beide concepten niet om een zo goed en volledig mogelijk begrijpen van de cliënt, het aanvoelen van wat er in de cliënt omgaat, weten hoe diens wereld er precies uitziet, enzovoort? Met andere woorden, hebben we hier te maken met twee modaliteiten van één en hetzelfde begrip?

Voor Cartwright en Lerner (1963) was dat kennelijk geen vraag meer. Dat zou men althans kunnen afleiden uit hun operationalisatie van het begrip empathie, dat door hen in verband werd gebracht met de uitkomst van een psychotherapeutische behandeling. Als maatstaf voor empathie gold de overeenkomst tussen de zelfbeschrijving van een cliënt op een tiental persoonlijke constructen en de reconstructie (voorspelling) daarvan door de therapeut. De onderzoeksgroep bestond in dit geval uit zestien cliëntgerichte therapeuten die 28 cliënten (14 mannen en 14 vrouwen) in een universitair counse-

lingscentrum behandelden. De duur van de therapie varieerde van 16 tot 116 sessies (gemiddeld 40 zittingen). Empathie werd na de tweede keer en aan het eind van de behandeling gemeten. Bij therapieën die succesvol werden afgesloten kon een significante verbetering in de reconstructie van het zelfbeeld van de cliënt door de therapeut worden vastgesteld. Voor dit resultaat stelden de auteurs in de eerste plaats de therapeuten verantwoordelijk, die zich aan het einde van de behandeling beter in de leefwereld van hun cliënten konden verplaatsen. Overigens was er in deze studie sprake van een markant sekse-effect, dat wil zeggen de therapeuten behaalden in het begin van de therapie aanmerkelijk hogere empathiescores ten aanzien van cliënten van het andere geslacht. Het sekse-verschil was aan het einde van de behandeling volledig verdwenen. Voorts percipieerden de therapeuten zichzelf aanvankelijk vooral overeenkomstig hun cliënten van dezelfde sekse en verschillend van cliënten van het andere geslacht. Deze neiging was het sterkst ten aanzien van cliënten die naderhand het meest succesvol bleken.

Stelden Cartwright en Lerner (1963) impliciet 'toegankelijkheid' en empathie op één lijn, voor Smail (1972) was dat niet zo vanzelfsprekend. Zijn onderzoek kan als een validiteitsstudie worden opgevat met betrekking tot de begrippen 'sociality' en empathie.

Smail (1972) voerde zijn onderzoek uit in een groepstherapeutische setting bij een therapeut en zeven (neurotische) patiënten. Nadat de groep ongeveer zeven maanden bijeen was, werd bij iedere deelnemer tien persoonlijke constructen ontlokt. Voor elke patiënt afzonderlijk werd daaruit het meest 'representatieve' construct bepaald (d.i. de dimensie die het hoogst met de andere negen correleerde). Vervolgens diende iedereen zichzelf op deze zeven meest representatieve constructdimensies te beoordelen en aan te geven hoe men dacht dat de andere groepsleden dat hadden gedaan. Deze reconstructietaak werd ook door de therapeut uitgevoerd. Ten slotte moesten de proefpersonen (de therapeut inclusief) elkaar rangordenen naar gelang men in staat werd geacht de andere groepsleden te begrijpen. De correlatie tussen deze rangordening en het reconstructie-resultaat gold als maat voor empathie. Vooral wat de groepsleden onderling betreft bleek deze bijzonder hoog ( $r=.99$ ), maar toch ook wel voor de therapeut ( $r=.83$ ). Ten aanzien van de reconstructietaak behaalde de therapeut de hoogste score, terwijl hij tevens door de patiënten als het meest begrijpende groepslid werd aangemerkt.

Bij dit indrukwekkende onderzoeksresultaat passen nochtans enkele relativerende opmerkingen. In de eerste plaats ging het hier maar om een enkele groepstherapie. De groep was bovendien erg homogeen samengesteld, zoals uit de hoge correlaties tussen de zelfbeoordelingen blijkt ( $r=.84$ ). Ook kan men zich afvragen of de gevonden hoge correlaties op zichzelf een voldoende aanwijzing zijn voor de begripsvaliditeit van een dergelijk concept. In dit



verband zou een experimenteel opgezet onderzoek meerzeggend zijn geweest.

Exact tien jaren later werd een dergelijk onderzoek door twee van onze studenten uitgevoerd (Deiters & Van der Mey, 1982).

Dit (laboratorium)onderzoek vond plaats op de VU, waar deelnemers aan twee gesprekspractica voor gevorderde (doctoraal)studenten de proefgroep vormden. De ene groep bestond uit zeven mannen en twee vrouwen; de andere groep uit vijf vrouwen en vier mannen. Halverwege het practicum werden alle achttien proefpersonen gevraagd zichzelf te beschrijven op twaalf aangeboden constructen (achtereenvolgens hoe men graag zou willen zijn, en hoe men in werkelijkheid was). Daarna werd men verzocht de zelfbeeldscores van de acht medegroepsleden te 'voorspellen'. Op basis van deze reconstructietaak werden door de onderzoekers therapeut-cliënt koppels samengesteld die nadien een (gesimuleerd) therapeutisch gesprek met elkaar voerden. De matchingsprocedure was zo uitgevoerd dat ieder groepslid twee keer als 'therapeut' een gesprek voerde in respectievelijk een 'toegankelijke' en 'ontoegankelijke' conditie. 'Toegankelijkheid' was hierbij geoperationaliseerd als de mate waarin de 'therapeut' erin geslaagd was het zelfbeeld van de verteller te reconstrueren. De toegankelijke conditie hield een  $r_{reconstructie} > .42$  in, bij ontoegankelijkheid was de  $r_{reconstructie} < .20$ . Alle gesprekken werden op geluidsband geregistreerd, zodat fragmenten daaruit konden worden beoordeeld op empathie en zelfonthullend gedrag. Twee externe beoordelaars behaalden 81,5% overeenstemming ten aanzien van empathie bij de 'luisteraars' en 80,6% wat betreft zelfonthullend gedrag van de 'vertellers'.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat luisteraars in de 'toegankelijke' conditie niet, zoals verwacht, meer empathisch gedrag vertoonden dan de luisteraars in de 'ontoegankelijke' conditie. Integendeel, juist in de 'ontoegankelijke' conditie werden hogere scores toegekend, zowel door de externe beoordelaars (op een 5-puntsschaal respectievelijk  $M = 3.62$  en  $M = 3.30$ ) als door de vertellers zelf (gepercipieerde empathie-scores op de Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV) respectievelijk  $M = 11.56$  en  $M = 10.17$ ), die in deze conditie sowieso enthousiaster over hun gesprekspartner waren, zoals bleek uit de scores op de subschaal *Gezindheid* van de TCV ( $M = 12.94$  respectievelijk  $M = 11.50$ ). In overeenstemming hiermee vonden we een negatieve correlatie tussen de reconstructiescores en het door de luisteraars vertoonde empathische gedrag, die in de ogen van de vertellers (gepercipieerde empathie) significant was ( $r = -.35$ ,  $p < .02$ ), met name in de 'ontoegankelijke' conditie ( $r = -.55$ ,  $p < .02$ ). Met andere woorden, hoe slechter de luisteraar het zelfbeeld van de verteller had gereconstrueerd, des te meer empathie hij/zij vertoonde. Ook de correlatie tussen de behaalde reconstructiescores en het oordeel van de verteller over de houding van de luisteraar, gemeten middels de subschaal *Gezindheid* van de TCV, was significant negatief voor de gehele groep ( $r = -.32$ ,  $p < .05$ ) en het meest pregnant in de 'toegankelijke' conditie ( $r = -.36$ ,

$p < .10$ ). Een positief oordeel over de houding van de luisteraar lijkt dus niet samen te (kunnen) gaan met goede reconstructiescores.

Samenvattend kan uit dit (laboratorium)experiment worden geconcludeerd dat een goede reconstructie van het zelfbeeld van de 'cliënt' niet leidt tot hogere niveaus van empathie bij de 'therapeut'. Eerder lijkt het tegendeel het geval. De vertellers oordeelden in ieder geval positiever over het contact met luisteraars die hun zelfbeeld relatief slecht hadden gereconstrueerd. Een mogelijke verklaring voor dit resultaat is dat de 'therapeut' zich meer inspant om de 'cliënt' te begrijpen als hij/zij aanvankelijk weinig van de ander begrijpt. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat een toespitsing van de reconstructietaak op een 'voorspelling' van het zelfbeeld van een cliënt in het allereerste begin van een therapeutisch contact een bijna onmogelijke opdracht is. Men kan zich voorstellen dat men eerder in staat is zich een indruk te vormen van hoe de cliënt graag zou willen zijn dan hoe deze zichzelf in werkelijkheid ziet. In dat geval ligt een reconstructie van het zelf-ideaalbeeld van de cliënt als operationalisatie van 'toegankelijkheid' meer voor de hand.

Teneinde dit idee te toetsen werd door ons een replicatie-onderzoek van het hierboven beschreven experiment uitgevoerd.

Wederom fungeerden twee groepen doctoraalstudenten klinische psychologie die een gesprekspracticum volgden als proefpersoon. De matchingsprocedure in dit experiment was aanzienlijk complexer dan in het vorige onderzoek, daar zowel met de reconstructiescores met betrekking tot het zelfbeeld van de deelnemers als met betrekking tot hun zelf-ideaalbeelden rekening gehouden werd. In een 2x2 factorieel design werden de reconstructiescores in verband gebracht met het empathieniveau van de luisteraars en het oordeel van de vertellers over het 'therapeutisch' contact, zoals gemeten met de TCV. Opvallend waren de betere reconstructiescores met betrekking tot het zelf-ideaalbeeld van de betrokkenen in vergelijking met de zelfbeelden, waarbij de spreiding ook veel groter was.

In tabel 2.1 kan men in een enkele oogopslag zien dat, volgens de externe beoordelaars, 'therapeuten' het meest empathisch waren tegenover 'cliënten' waarvan het zelf-ideaalbeeld naar verhouding het best is gereconstrueerd. Dit resultaat wordt versterkt voor het geval tegelijkertijd het zelfbeeld slecht is voorspeld. De 'cliënten', daarentegen, ervoeren geen opvallend verschil in empathisch gedrag van hun 'therapeuten' in de vier onderscheiden condities. Wel leken zij ongunstiger te oordelen over het contact met de 'therapeut' als het zelfbeeld en zelf-ideaalbeeld tevoren goed was gereconstrueerd.

Ook bij de uitkomsten van dit experiment gelden natuurlijk de relativiserende opmerkingen dat er sprake is van een gering aantal proefpersonen, de steekproef zeer homogeen was samengesteld en dat de gevoerde gesprekken geen daadwerkelijke therapeut-cliënt interacties betrof. Desondanks is de bevin-

ding, dat het nogal uitmaakt of men van een reconstructie van het zelf-ideaalbeeld uitgaat in plaats van het feitelijke zelfbeeld, de moeite waard om in onze onderzoeksopzet te betrekken.

Tabel 2.1. *Reconstructie van het zelf(ideaal)beeld, empathie en de kwaliteit van het therapeutisch contact.*

	goede reconstructie zelfideaal- beeld (N=9)			slechte reconstructie zelfideaal- beeld (N=7)		
	empathie (extern oordeel)	empathie (oordeel cliënt)	TCV-C (totaal- score)	empathie (extern oordeel)	empathie (oordeel cliënt)	TCV-C (totaal- score)
	3.5	11	34	3.0	7	27
reconstructie zelfbeeld relatief goed (N=9)	3.2	7	35	2.3	17	52
	3.2	11	36	3.5	11	41
	4.2	7	25	3.2	12	44
	2.5	8	34			
reconstructie zelfbeeld relatief slecht (N=7)	4.0	9	45	2.3	16	41
	4.5	11	41	2.8	10	41
	4.5	8	31	2.7	7	30
	3.8	15	49			

*Betekenisvolheid van persoonlijke constructen en extreme beoordelingen*

Tot nu toe stond bij de uitwerking van de toegankelijkheidsstelling vanuit de positie van de therapeut de reconstructie van cliënten constructieprocessen centraal als een operationalisatie van de betekenisvolheid ('meaningfulness') van de (persoonlijke constructen van de) cliënt. Eerder werd gewezen op het onderzoek van Bonarius (1971), die aantoonde dat extremiteit van beoordelingen niet alleen samenhangt met de persoon van de beoordelaar, maar evenzeer met de betekenisvolheid van het te beoordelen object en de constructen waarmee beoordeeld wordt. Getransponeerd op de therapeutische situatie zou dan de redenering passen dat een extreem gebruik van cliënten persoonlijke constructen een aanwijzing kan inhouden voor de mate waarin de cliënt de therapeut aanspreekt. Met andere woorden, de betekenisvolheid van de (persoonlijke constructen van de) cliënt zou tot uitdrukking moeten komen in de extremiteit van de beoordeling door de therapeut van de cliënt en/of in het gebruik van de persoonlijke constructen van de cliënt.

Om te bezien of ook dit een zinvol aspect van therapeutische toegankelijkheid is, werden door ons enkele vooronderzoeken uitgevoerd.

In het eerder genoemde (laboratorium)onderzoek van Moed en Wever (zie pagina 34) werd gebruikgemaakt van de Reptest Interactie Techniek (R.I.T.) (Bonarius, 1976).

Uit een groep van 28 eerstejaars psychologiestudenten werden negen mannelijke en vijf vrouwelijke koppels samengesteld, waarvan de leden elkaar nog niet tevoren hadden ontmoet. Paarsgewijs vulde men de R.I.T. in en beantwoordde men naderhand een aantal vragen. Eén van de vragen betrof de bereidheid van de proefpersoon om desgevraagd in een vervolgesprek met de gesprekspartner over diens eventuele problemen te praten. Het antwoord op die vraag werd in verband gebracht met de uitslagen inzake een zelfbeoordeling op tien persoonlijke constructen van de gesprekspartner. Conform onze veronderstelling bleek men significant extremer te scoren op de persoonlijke constructen van de als 'attractief' aangemerkte gesprekspartner dan op die van een minder attractief bevonden gesprekspartner (Wilcoxon-S=257, n=28, p<.05). Anders gezegd, men vond de constructdimensies van de 'attractieve' gesprekspartner het meest betekenisvol.

Dezelfde hypothese werd vervolgens nog eens gesteld in vijf (groeps-)therapeutische settingen (Smit & Hahn, 1979), waarbij in totaal tien therapeuten en 35 cliënten betrokken waren. In dit geval ging het om een verschil in betekenisvolheid van de persoonlijke constructen van de cliënt waarmee de therapeut zei de beste werkrelatie te onderhouden en die van de cliënt waarmee naar verhouding de slechtste therapeutische relatie bestond. De therapeuten gaven een oordeel omtrent de bruikbaarheid van de construct-dimensies van de beide cliënten voor (interpersoonlijke) beoordelingen. Ook hier werden naar verwachting de persoonlijke constructen van de 'attractieve' cliënten significant bruikbaar gevonden (rangtentoets, V=32, n=9, p<.05). Bovendien kon, net als bij Landfield (1971), worden geconstateerd dat de therapeuten de cliënten waarmee zij een goede therapeutische werkrelatie zeiden te onderhouden, extremer scoorden dan de cliënten waarmee een slecht(er) therapiecontact bestond (rangtentoets, V=43, n=10, p<.05).

De resultaten van ons onderzoek geven inderdaad aanleiding om in voortgezet onderzoek in de klinische i.c. psychotherapeutische praktijk de extremiteshypothese als operationalisatie voor de betekenisvolheid van de (persoonlijke constructen van de) cliënt te betrekken.

#### *Therapeutische toegankelijkheid: onderzoeksmodel en hypothesen*

In het laatste gedeelte van deze paragraaf willen we ons onderzoeksmodel met betrekking tot 'therapeutische toegankelijkheid' bij de lezer introduceren. Dit onderzoeksmodel is leidraad voor het hoofdonderzoek waarover in paragraaf 2.4 wordt gerapporteerd en is gebaseerd op de uitkomsten van de in de vorige paragrafen gepresenteerde vooronderzoeken. Indachtig het onderscheid dat tussen het cliënt- en therapeut-aspect van therapeutische toegankelijkheid moet worden gemaakt, wordt eerst op de cliëntkant ingegaan. Ver-

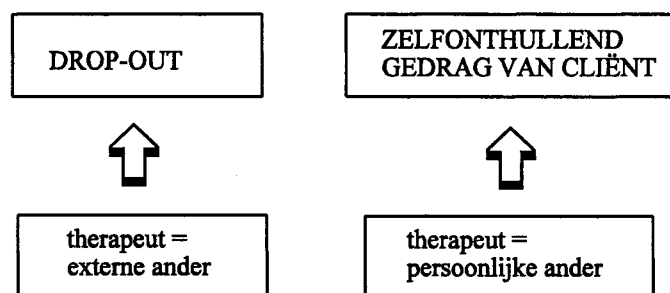
volgens wordt het model vanuit de positie van de therapeut geschetst, waarna beide aspecten ten slotte worden geïntegreerd tot een interactiemodel voor therapeutische toegankelijkheid.

Van de kant van de cliënt werd gesteld dat deze vooral toegang tot zijn/haar persoonlijke wereld zal verlenen wanneer de therapeut als een Persoonlijke Ander wordt gepercipieerd en niet als een Externe Ander. Dit 'toegang verlenen' zal tot uitdrukking komen in het actuele zelfonthullend gedrag van de cliënt, maar ook in een niet voortijdig verbreken van het therapeutisch contact. Dit leidt tot de volgende hypothesen:

*Hypothese 1.* Bij een voortijdig afgebroken therapeutische relatie heeft de cliënt de therapeut eerder als een Externe Ander dan als een Persoonlijke Ander ervaren.

*Hypothese 2.* De cliënt zal meer zelfonthullend gedrag vertonen naarmate de therapeut als een Persoonlijke Ander gepercipieerd wordt en niet zozeer als een Externe Ander.

In schema:



Hierop voortbordurend zou gesteld kunnen worden dat er sprake is van contactgroei wanneer de therapeut door de cliënt in toenemende mate gepercipieerd wordt als een Persoonlijke Ander en navenant minder als een Externe Ander. Vandaar de volgende hypothesen:

*Hypothese 3.* Na verloop van tijd zal de therapeut meer als een Persoonlijke Ander en minder als een Externe Ander worden beschouwd.

*Hypothese 4.* Naar gelang er een verschuiving optreedt in de beleving van de therapeut in de richting van een Persoonlijke Ander, zal er een toename in het zelfonthullend gedrag van de cliënt te zien zijn.

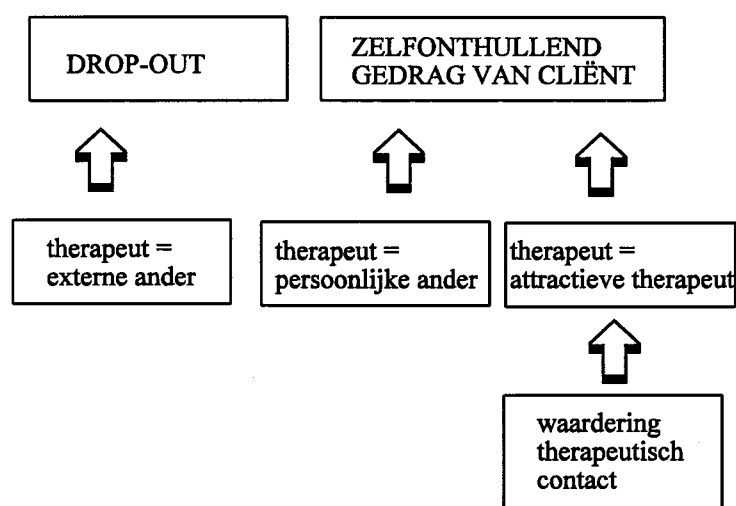
Gelet op de significante relaties die in onze vooronderzoeken (Takens, 1978; Smit & Hahn, 1979; Renalda & Voorendonk, 1979; Moed & Wever, 1981) telkens werd aangetroffen tussen een 'niet-attractieve therapeut' en Externe Anderen, lijkt ten aanzien van het aanvangsniveau van zelfonthullend gedrag de volgende hypothese plausibel:

*Hypothese 5.* Het aanvangsniveau van zelfonthullend gedrag van de cliënt wordt (mede) bepaald door een perceptie van de therapeut als een 'attractieve therapeut'.

In het verlengde hiervan en los van de perceptie van de therapeut als een Persoonlijke of Externe Ander zal de cliënt in een goed lopend therapeutisch contact de neiging hebben de therapeut te idealiseren. Dit kan worden uitgedrukt in de volgende hypothese:

*Hypothese 6.* In een goed verlopend therapeutisch contact zal de cliënt de therapeut meer overeenkomstig de tevoren gedachte 'attractieve therapeut' percipiëren.

In schema kunnen de hypothesen aldus worden samengevat:

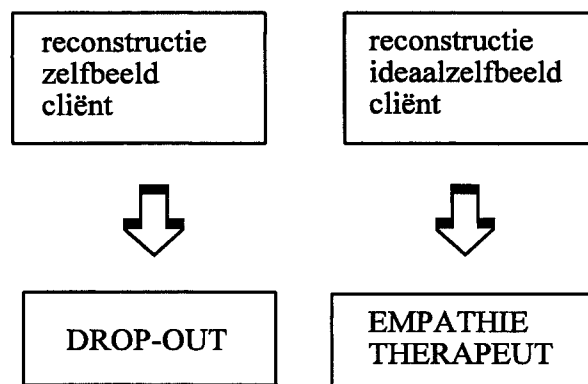


Wanneer we vervolgens het therapeut-aspect van Therapeutische Toegankelijkheid, oftewel het zich toegang verschaffen tot de persoonlijke wereld van de cliënt, bezien, dan biedt, zoals we eerder stelden, de interactiestelling van Kelly (1955) een goed aanknopingspunt. Een goede reconstructie van cliënts constructieprocessen lijkt voorwaarde om tot een goede therapeutische interactie te komen, hetgeen tot uiting zou moeten komen in het empathisch gedrag van de therapeut en in een niet voortijdig stranden van de therapeutische relatie. Echter, in tegenstelling tot sommige onderzoeksbevindingen (met name Smail, 1972), bleek uit door ons uitgevoerd vooronderzoek dat een goede reconstructie van het zelfbeeld van de cliënt niet samenhangt met hogere niveaus van empathie (Deiters & Van der Mey, 1982), noch tot positieve waarde ringen van een hulpverleningscontact door de cliënt leidt (Van Nispen & Sibbing, 1981). Wel leek een goede reconstructie van het ideaal-zelfbeeld van de cliënt gunstig op het empathisch gedrag van 'therapeuten' te werken (Takens, 1981b). Tevens werd gevonden dat 'therapeuten'

beter in staat waren het zelfbeeld van hun 'niet-attractieve cliënten' te reconstrueren dan dat van hun 'attractieve cliënten' (Takens, 1978; Koppenol, 1984), c.q. beter dan dat van die cliënten met wie men zei de relatief minst gunstige werkrelatie te onderhouden (Smit & Hahn, 1979). Wanneer we deze onderzoeksresultaten als een nuancering van de gestelde reconstructie-hypothese beschouwen, dan leidt dat tot de idee dat een goede reconstructie van het zelf-ideaalbeeld van de cliënt naast een slechte reconstructie van het zelfbeeld zal bijdragen aan de kwaliteit van het therapeutisch contact, onder meer tot uitdrukking komend in het empathisch gedrag van de therapeut en het oordeel van de cliënt over de therapeutische relatie.

*Hypothese 7:* Een goede reconstructie van het zelf-ideaalbeeld van de cliënt door de therapeut zal tot een hoger empathieniveau van de therapeut leiden en minder snel tot een afbreken van de therapie door de cliënt.

*Hypothese 8:* Een goede reconstructie van het zelfbeeld van de cliënt door de therapeut zal tot een lager empathieniveau van de therapeut leiden en sneller tot een afbreken van de therapie door de cliënt.



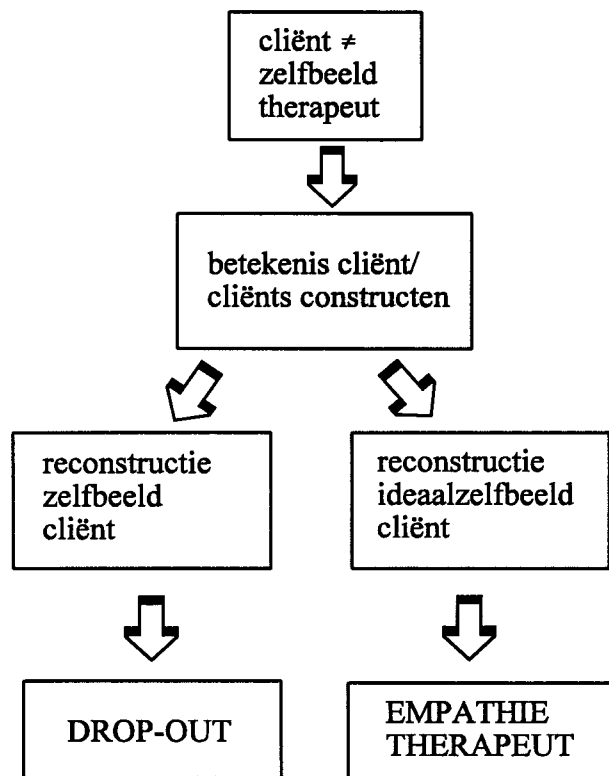
In de vorige paragraaf werd betekenisvolheid van de (persoonlijke constructen van de) cliënt als een medebepalende factor voor een werkzaam therapeutisch contact ingebracht. Uit de betreffende vooronderzoeken bleek dat 'therapeuten' de neiging vertonen extremer te scoren op de persoonlijke constructen van een 'attractieve cliënt' (Takens, 1978) en met name de persoonlijke constructen zinvol te vinden van de cliënten met wie zij een goede werkrelatie onderhouden (Smit & Hahn, 1979). Deze bevindingen sluiten aan bij die van Landfield (1971), die tevens aanwijzingen vond voor de idee dat de cliënt als persoon betekenisvol voor de therapeut moet zijn. Dit leidt dan tot de volgende hypothesen:

*Hypothese 9a:* Voor een juiste reconstructie van cliënts zelf(ideaal)beeld zullen de persoonlijke constructen van de cliënt voor de therapeut betekenisvol moeten zijn.

*Hypothese 9b:* Voor een juiste reconstructie van cliënts zelf(ideaal)beeld zal de cliënt als zodanig voor de therapeut betekenisvol moeten zijn.

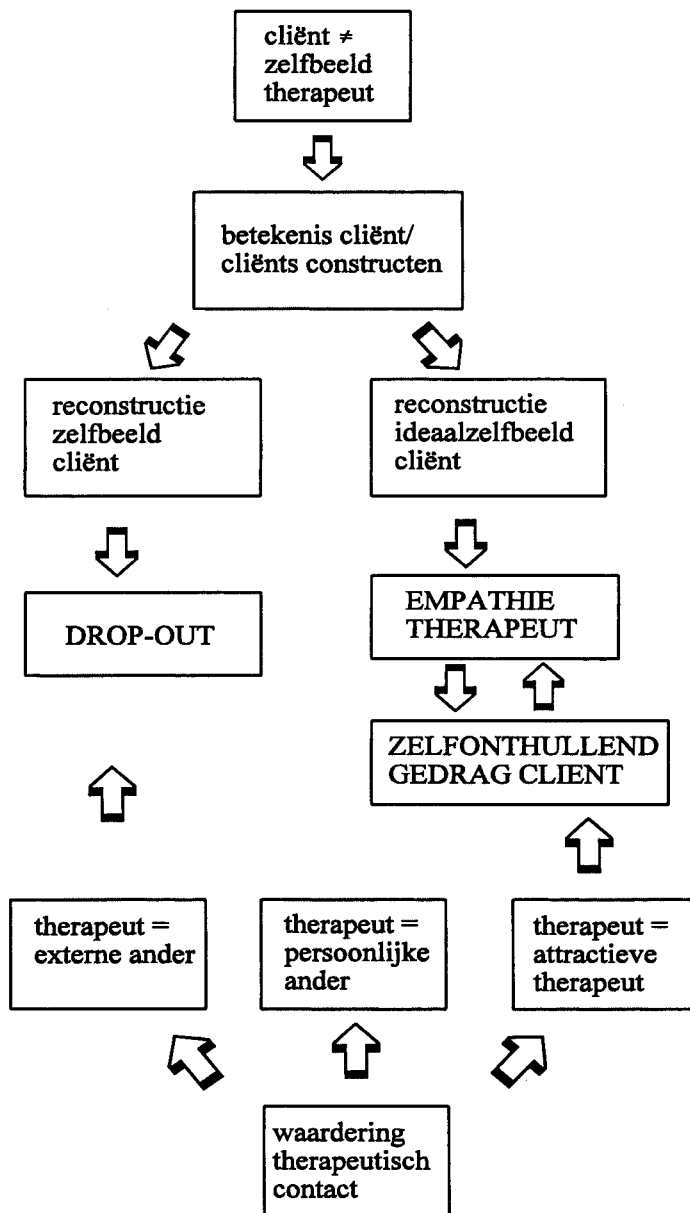
Als deze veronderstellingen juist blijken, wordt het natuurlijk interessant om vervolgens na te gaan wat maakt dat (de persoonlijke constructen van) een cliënt door de therapeut betekenisvol zijn c.q. worden. Op grond van de literatuur en eigen onderzoek (o.a. Takens, 1978) kan verondersteld worden:

*Hypothese 10:* Betekenisvolheid van een cliënt hangt samen met een perceptie van die cliënt als ongelijk aan het eigen (= therapeuts) zelfbeeld.



Nu het onderzoeksmodel zowel van de kant van de cliënt als vanuit de positie van de therapeut is geschetst, kunnen beide aspecten aaneengesmeed worden en ontstaat er een 'interactioneel' model voor 'Therapeutische Toegankelijkheid':





Hierbij wordt opgemerkt dat in de combinatie van de twee aspecten van therapeutische toegankelijkheid een interactie verondersteld wordt tussen het zelfonthullend gedrag van de cliënt en de empathie van de therapeut. Door een toename van het zelfonthullend gedrag van de cliënt zal de therapeut zich

immers een beter beeld van de cliënt kunnen vormen en, omgekeerd, door een grotere empathie van de therapeut, zal de cliënt zich kwetsbaarder durven op te stellen en intieme zaken aan de orde durven stellen. Vandaar dat de volgende hypothese werd gesteld:

*Hypothese 11:* Er bestaat een positieve correlatie tussen het zelfonthullend gedrag van de cliënt en de empathie van de therapeut.

In paragraaf 2.4 zal het onderzoek worden besproken waarin de hier gestelde hypothesen door ons op hun houdbaarheid zijn getoetst. Alvorens (de resultaten van) dit onderzoek te beschrijven, zullen in de volgende paragraaf (2.3) eerst de afhankelijke variabelen en de bijbehorende meetinstrumenten aan de orde komen.

### **2.3 Aspecten van de therapeutische relatie gemeten**

In deze paragraaf komen de meetinstrumenten, die we in ons hoofdonderzoek (paragraaf 2.4) zullen gebruiken, aan bod. Voor het cliëntaspect van therapeutische toegankelijkheid betreft dat een door ons ontwikkelde 7-puntschaal inzake zelfonthullend gedrag, waarmee externe beoordelaars het feitelijke (actuele) gedrag van de cliënt in de therapie kunnen scoren. Voor het therapeutaspect wordt teruggegrepen naar een alom bekende maat voor de meting van empathie, namelijk de door Carkhuff (1969) voor dit doel ontwikkelde 5-puntsschaal. Ten slotte wordt (uitgebreider) ingegaan op de constructie van een door ons samengestelde vragenlijst die de kwaliteit van het therapeutisch contact beoogt te meten. Van deze 'Therapeutische Contact Vragenlijst' hebben we een cliënt- en een therapeutversie ontwikkeld, respectievelijk de TCV-C en de TCV-T.

#### *2.3.1 Het meten van zelfonthullend gedrag bij de cliënt*

Wanneer men als buitenstaander het zelfonthullend gedrag van iemand wil beoordelen, doet zich onmiddellijk de vraag voor waar men op moet letten: op het aantal keren dat de persoon iets over zichzelf te berde brengt (= de hoeveelheid zelfonthullend gedrag) of meer op de inhoud van hetgeen naar voren wordt gebracht (= de mate van intimiteit van de informatie)? En hoort daar ook niet bij de manier waarop het een en ander wordt gepresenteerd, vanuit welke houding? Culbert (1968) spreekt van een zelfonthullingsattitude, waarmee hij bedoelt dat de betrokken persoon zich bereid toont om voor hem onbekende gebieden in aanwezigheid van een ander te exploreren en deze nieuw verworven (zelf)kennis te integreren met reeds bekende feiten over zichzelf. Cozby (1973) beschouwt als meest basale dimensies van zelfonthullend gedrag: a) de hoeveelheid informatie die onthuld wordt; b) de intimiteit van het onthulde; c) de tijd die wordt besteed aan het geven van de in-

formatie. We zijn het evenwel met Bloch en Goodstein (1971) eens dat 'duur' noch op theoretische noch op empirische gronden noodzakelijk enig verband behoeft te houden met de kwaliteit of de kwantiteit van het zelfonthullend gedrag. Dat vindt Chelune (1975) ook, die als belangrijkste parameters van zelfonthullend gedrag de affectieve manier van presentatie en de flexibiliteit daarin beschouwt.

Strassberg en Anchor (1975) vinden de 'diepte' ofwel de intimiteitswaarde van de zelfonthulling van het grootste belang. Deze auteurs verstaan onder intieme informatie persoonlijke gegevens die een individu maar met weinig anderen wil delen, dit in tegenstelling tot informatie die iemand zonder aarzelen bereid is tegenover bijna iedereen onder praktisch alle omstandigheden te onthullen. Zij ontwikkelden de 'Intimacy Rating Scale' (Strassberg & Anchor, 1975), waarbij werd uitgegaan van de 671 items die Taylor en Altman (1966) hadden samengesteld met betrekking tot 'zelfaspecten'. In plaats van de 10-puntsschaal van Taylor en Altman ontwierpen Strassberg en Anchor een 3-puntsschaal (lage, gemiddelde en hoge intimiteitswaarde). Het aantal items werd uiteindelijk teruggebracht tot 35, evenredig verdeeld over deze drie categorieën. Volgens de auteurs bezit de schaal een grote (begrips)validiteit.

In een onderzoek, dat ten doel had de relaties tussen de dimensies 'hoeveelheid', 'inhoud' en 'manier van presentatie' te bestuderen en tevens de validiteit van deze drie parameters van zelfonthullend gedrag vast te stellen (Feima & V.d. Jagt, 1976), maakten we gebruik van de schaal van Strassberg en Anchor voor het meten van de 'intimiteit' van de onthulde informatie. De 'hoeveelheid' zelfonthullend gedrag werd bepaald door het aantal 'ik-referenties' te tellen (Hengeveld, 1978) en de 'manier van presentatie' door de mate van betrokkenheid van de onthuller te scoren op de 'experiencing'-schaal van Klein, Mathieu, Gendlin en Kiesler (1969). Bij de scoring van 52 op geluidsband opgenomen gesprekken werden significante correlaties gevonden tussen respectievelijk de parameters 'hoeveelheid' en 'intimiteit' ( $r=.45$ ), 'hoeveelheid' en 'betrokkenheid' ( $r=.50$ ) en 'intimiteit' en 'betrokkenheid' ( $r=.51$ ). Om de validiteit van deze aspecten van zelfonthullend gedrag te bepalen werden de scores gecorreleerd met het oordeel van drie externe beoordelaars inzake het 'algemene beeld' dat zij van de proefpersonen hadden gekregen op grond van de gevoerde gesprekken. Het bleek dat alle drie dimensies significant positief gecorreleerd waren met het gestelde criterium: 'intimiteit' correleerde er .70 mee, 'hoeveelheid' .57 en 'betrokkenheid' .51. Het lijkt er dus op dat de inhoud van hetgeen onthuld wordt het nauwst gelieerd is aan het beeld dat over de persoon ontstaat. Dat kwam ook naar voren in de antwoorden van de betrokkenen zelf ten aanzien van de mate waarin zij zichzelf hadden onthuld. De scores op Strassberg's Intimacy Rating Scale correleerden .44 ( $p<.001$ ) met de invulling (op een 7-puntsschaal) van het item 'In het gesprek heb ik nauwelijks persoonlijke, intieme dingen verteld' versus 'In

het gesprek heb ik persoonlijke, intieme dingen verteld, die ik niet zo maar aan iedereen zou vertellen'. De scores op de experiencing schaal correleerden wat lager (.30,  $p < .01$ ) met de invulling van het item 'Ik voelde me bij dit gesprek weinig betrokken, was niet zo geïnvolveerd' versus 'Ik voelde me bij dit gesprek erg betrokken, was zeer geïnvolveerd'. De 'hoeveelheid'-scores bleken niet significant gecorreleerd met het betreffende item van de vragenlijst 'Ik heb veel over mezelf in dit gesprek verteld' versus 'Ik heb nauwelijks iets over mezelf in dit gesprek verteld' ( $r = .10$ ,  $p > .05$ ). Met dit resultaat werd rekening gehouden bij het samenstellen van een schaal ter beoordeling van actueel zelfonthullend gedrag in psychotherapie, dat het uiteindelijke doel van deze exercitie was.

#### *De ontwikkeling van een 7-puntsschaal voor het meten van zelfonthullend gedrag*

Na ampele discussie in een daarvoor speciaal samengesteld werkgroepje van drie doctoraalstudenten klinische psychologie met auteur dezes werd een 7-puntsschaal opgesteld (zie Box 2.1). Hiermee werd in eerste instantie een vijftal gespreksfragmenten van vijf minuten uit verschillende gesprekstherapieën beoordeeld. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bleek significant hoog ( $r = .78$ ,  $p < .05$ ). In tweede instantie werden nog eens vijftien qua zelfonthullend gedrag van de cliënt zo gevarieerd mogelijke therapiefragmenten door twee leden van de groep uitgezocht en aan de projectleider ter beoordeling voorgelegd. Slechts een enkel fragment werd door hem echt verschillend beoordeeld, dat wil zeggen meer dan één schaalpunt verschil. Achteraf bezien kwam dit door een opvallende discrepantie in het 'hoe'- en 'wat'-aspect (betrokkenheid versus intimiteit) van dit fragment. Deze werd daarom vervangen door een duidelijker fragment.

Een volgende stap was om vijf gevorderde doctoraalstudenten (drie vrouwen, twee mannen), die hun stage al achter de rug hadden, te vragen om de vijftien gespreksfragmenten nogmaals te beoordelen op zelfonthullend gedrag aan de hand van de door ons geformuleerde 7-puntsschaal. Ook bij hen bleek een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ( $RE_{bel} = .85$ ;  $F = 6.02$ ;  $p < .01$ ) en validiteit: hun scores correleerden significant met de door ons tevoren vastgestelde criteriumscores (Pearson- $r = .85$ ;  $p < .001$ ). Op grond van deze positieve bevindingen vonden we het verantwoord om de door ons geconstrueerde 7-puntsschaal te gebruiken in ons onderzoek inzake therapeutische toegankelijkheid voor de meting van het actueel zelfonthullend gedrag bij de cliënt.

- Schaalwaarde 1: Betrokkene vertelt niets over zichzelf, praat alleen (geen zelfonthulling) over feiten en gebeurtenissen die niet op hemzelf betrekking hebben. Het verhaal wordt zonder persoonlijke gevoelens verteld en bevat veel algemeenheden. Wat hij zegt mag iedereen van hem horen.
- Schaalwaarde 2: Betrokkene praat nu wel over zichzelf, maar de verstrekte informatie is puur feitelijk, in louter zakelijke termen gesteld. Zonder persoonlijke emoties vertelt hij datgene, wat iedereen van hem mag horen.
- Schaalwaarde 3: Betrokkene vertelt nog weinig persoonlijks; wat gezegd wordt heeft óf op anderen betrekking óf op algemene gebeurtenissen. Wel voelt hij zich wat meer betrokken bij het verhaal, kleurt daarom zijn verhaal meer in met persoonlijke gevoelens. De getoonde emoties blijven evenwel volledig aan het verhaal zelf gekoppeld en worden niet verder uitgewerkt. Waarover wordt gesproken is dan ook nog voor velen toegankelijk.
- Schaalwaarde 4: Betrokkene vertelt een meer persoonlijk verhaal. Het gaat nu primair over hemzelf, hoewel datgene wat hij vertelt van dien aard is, dat hij het nog aan zeer velen uit zijn omgeving zou kunnen respectievelijk durven vertellen. Omdat hij meer zelfgericht bezig is, is er een grotere betrokkenheid waarneembaar dan bij schaalwaarde 3, ofschoon ook hier het verhaal op zich centraal blijft staan.
- Schaalwaarde 5: Betrokkene praat over 'vertrouwelijke' zaken die betrekking hebben op persoonlijke intieme aangelegenheden van mensen uit zijn naaste omgeving, of die te maken hebben met een stuk eigen verleden. De informatie is van dien aard, dat het maar aan enkelen wordt toevertrouwd. Uiteraard voelt de verteller zich betrokken bij zijn verhaal. Eigen gevoelens klinken duidelijk door, maar worden niet hier-en-nu uitgewerkt, zodat het verhaal toch nog wat 'reflexief', beschrijvend van aard blijft.
- Schaalwaarde 6: Betrokkene vertelt vertrouwelijke informatie over zichzelf, die hij slechts aan zeer weinig anderen wil c.q. durft te vertellen. Hij is sterk betrokken bij zijn verhaal, dat duidelijk door hier-en-nu emoties wordt gekleurd. Het geheel maakt daardoor een doorleefde indruk. Zijn emoties werkt hij evenwel (nog) niet uit in een kritisch zelfonderzoek.
- Schaalwaarde 7: Betrokkene is bezig zichzelf zo volledig mogelijk te onthullen door zijn meest intieme gevoelens te exploreren in een kritisch zelfonderzoek. Hij stelt zich daarbij zeer kwetsbaar op, zowel tegenover de ander als tegenover zichzelf. Wat hij vertelt kan alleen in een vertrouwelijke relatie worden uitgewerkt, bijvoorbeeld in een psychotherapeutisch contact.

Box 2.1. Een 7-puntsschaal ter meting van actueel zelfonthullend gedrag (Takens, 1979b).

### 2.3.2 *Het meten van empathie bij de therapeut*

De meest gebruikte schalen voor het meten van empathie door externe beoordelaars zijn van Truax en Carkhuff (1967) en Carkhuff's revisie daarvan (Carkhuff, 1969). Korte fragmenten, variërend van 2-4 minuten, worden door niet betrokken (dus noch door de therapeut, noch door de cliënt zelf), maar wel speciaal voor dit doel getrainde 'raters', op het empathisch gehalte van de therapeut beoordeeld. Er zijn verschillende versies van de schaal in omloop. Voor ons onderzoek maakten we gebruik van de vertaling van de 5-puntsschaal van Carkhuff (1969) door De Moor (1975). De schaal loopt van een volledige afwezigheid (niveau 1) tot een optimale aanwezigheid van empathisch gedrag van de therapeut (niveau 5). Met name in de jaren zestig en zeventig is veel onderzoek verricht over het verband tussen empathie, warmte en echtheid met betrekking tot de vooruitgang in therapie. In een van de eerste overzichtsartikelen maakten Truax en Mitchell (1971) melding van maar liefst 92 onderzoeken. Uiteraard bevatten latere overzichten een nog groter aantal studies (Mitchell et al., 1977; Orlinsky & Howard, 1978, 1986; Parloff et al., 1978). Aanvankelijk was de conclusie van Truax en Mitchell (1971) zeer optimistisch. Therapeuten en counselors die accuraat empathisch reageerden, warmte uitstraalden en echt waren, bleken succesvol te zijn. Het maakte daarbij niet uit wat hun opleiding of theoretische achtergrond was en wat voor cliënten zij behandelden: studenten met studieproblemen, jeugdige delinquenten of gehospitaliseerde schizofrenen.

Mitchell, Bozarth en Krauft (1977) stelden zich wat later een stuk bescheidener op. Hun conclusie was dat het merendeel van de onderzoeken de beslissende invloed van de faciliterende condities noch ondersteunt, noch verwierpt. Tot op zekere hoogte zijn ze wel gerelateerd aan veranderingen bij de cliënt, maar de betekenis en generaliseerbaarheid is niet zo groot als eerder gedacht werd. Mitchell et al. baseerden deze uitspraak vooral op hun eigen, tamelijk groot opgezette onderzoek, dat zij in de beginjaren zeventig uitvoerden (Mitchell et al., 1973). In dezelfde lijn concludeerden Parloff et al. (1978) dat "alle richtingen in de psychotherapie het erover eens lijken te zijn dat een positieve relatie tussen therapeut en patiënt een noodzakelijke voorwaarde is voor elke vorm van therapie" (p.243), maar dat "relevante klinische observaties (...) twijfel hebben doen ontstaan omtrent de universele toepasbaarheid van Rogers' these dat hoe meer empathie, warmte en echtheid wordt getoond, des te groter de verandering bij (alle typen) patiënten" (p.244).

- Schaalwaarde 1: De verbale en niet-verbale gedragingen van de therapeut sluiten niet aan bij of doen afbreuk aan datgene wat de cliënt heeft gecommuniceerd. De referentie-kaders van beide gesprekspartners sluiten niet aan; zij opereren als het ware op een volstrekt verschillende golflengte. Er is geen echte communicatie. Uit de respons van de therapeut blijkt dat hij datgene dat de cliënt communiceert noch aanvoelt noch begrijpt. Wat de cliënt vertelt gaat langs hem heen.
- Schaalwaarde 2: De verbale en niet-verbale gedragingen van de therapeut blijken soms te corresponderen met wat de cliënt communiceert, maar alleen voor de oppervlakkige betekenisinhoud en affectieve geladenheid van de communicatie. De therapeut communiceert aanzienlijk minder dan wat de cliënt aan gevoelsinhoud heeft gecommuniceerd.
- Schaalwaarde 3: De verbale en niet-verbale gedragingen van de therapeut en de cliënt zijn uitwisselbaar. Zij drukken essentieel dezelfde betekenisinhoud en affectieve geladenheid uit. Aan de meest in het oog springende communicatie-inhouden wordt noch iets afgedaan noch iets toegevoegd. De diepere onderliggende gevoelens en emoties worden door de therapeut niet aangevoeld. Kortom, de hulpverlener communiceert niet minder doch ook niet meer materiaal dan de cliënt heeft gecommuniceerd. De therapeut merkt het feitelijke probleem van de cliënt op. Hij begrijpt dat dit een probleem voor de cliënt is, zonder echter te begrijpen wat dit voor de cliënt betekent.
- Schaalwaarde 4: De verbale en niet-verbale gedragingen van de therapeut communiceren meer dan wat er op het eerste gezicht door de cliënt gecommuniceerd wordt. Zij geven uitdrukking aan diepere gevoelens en inzichten waar de cliënt op dat ogenblik nog niet toe in staat is om ze zelf tot uitdrukking te brengen.
- Schaalwaarde 5: Uit het verbale en niet-verbale gedrag van de therapeut blijkt dat hij volledig betrokken is bij wat er in de ander omgaat. Hij voelt nauwkeurig aan wat de ander communiceert of tracht te communiceren. Beide gesprekspartners zijn harmonieus afgestemd op dezelfde golflengte. Zowel de betekenis als de intensiteit van het gehele gevoelsspectrum van de cliënt wordt door de therapeut correct begrepen, aangevoeld en gecommuniceerd.

Box 2.2. *De schaal voor het meten van Accurate Empathie (De Moor, 1975).*

Hoewel Orlinsky en Howard tezelfdertijd een overzicht gaven van groten-deels dezelfde onderzoeken, kwamen zij tot een iets andere stellingname dan Parloff et al. Hun conclusie luidde dat “de studies die tot op heden zijn verricht, suggereren dat de positieve kwaliteit van de relationele band, zoals deze tot uitdrukking komt in wederkerige, interpersoonlijke relationele gedragingen, duidelijker gecorreleerd zijn aan vooruitgang bij de patiënt dan welke speciale techniek dan ook door therapeuten gebruikt wordt” (Orlinsky & Ho-

ward, 1978, p.296). Ook Gurman (1977) stelde dat in het algemeen is gebleken dat er een positieve relatie bestaat tussen cliënts perceptie van de empathie van de therapeut en het succes van een therapie.

Na een duidelijke terugval in het aantal studies dat de relatie tussen de faciliterende condities en de uitkomst van therapie tot onderwerp heeft, rekenden Orlinsky, Grawe en Parks (1994) uit dat 54% van de door hen bestudeerde 115 onderzoeken toch een positief verband lieten zien tussen empathie en het resultaat van de behandeling. Indachtig het feit dat wij in ons onderzoek met name het begin van het therapeutisch proces willen onderzoeken, lijkt het meten van de empathie van de therapeut een adequate index voor het meten van (de kwaliteit van) de therapeutische relatie.

### 2.3.3 *De ontwikkeling van de Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV)*

Was in de vorige paragrafen de beoordeling van het zelfonthullend gedrag van de cliënt en de empathie van de therapeut door *externe* beoordelaars aan de orde, thans staat het oordeel over de kwaliteit van de therapeutische relatie van de betrokkenen zelf centraal. Uit onderzoek blijkt het oordeel van de therapeut en de cliënt enerzijds en dat van externe beoordelaars anderzijds tamelijk uiteen te lopen (Lambert, DeJulio & Stein, 1978; Schagen, 1985). Aan wiens oordeel het meeste waarde wordt gehecht is daarmee in zekere zin een kwestie van persoonlijke voorkeur. Nochtans blijkt het oordeel van de cliënt het hoogst met de uitkomst van therapie te correleren (Gurman & Razin, 1977; Orlinsky & Howard, 1986). Dat is een steun in de rug van cliëntgerichte psychotherapeuten, die uiteraard de meeste waarde hechten aan het oordeel van de cliënt. Vandaar dat wij besloten om de aspecten van zelfonthullend gedrag van de cliënt en de empathie van de therapeut ook aan de betrokkenen zelf ter beoordeling voor te leggen. In concreto hield dit (de constructie van) een vragenlijst in, waarin naast voornoemde aspecten ook de houding van de therapeut en de cliënt ten opzichte van elkaar, alsmede de indruk van betrokkenen over de impact van de therapie gemeten zou kunnen worden.

Voor de constructie van onze vragenlijst namen wij de relatievragenlijst van Barrett-Lennard (1962) en de Nederlandstalige versie van Lietaer (1974; 1976) als uitgangspunt.

#### *De relatievragenlijst van Barrett-Lennard*

In zijn oorspronkelijke vorm bevatte Barrett-Lennard's Relationship Inventory (R.I.) een 85-tal uitspraken over de houding die een therapeut tegenover zijn cliënt kan innemen (Barrett-Lennard, 1962). De vragenlijst kent een cliënt en een therapeutversie. In het eerste geval beoordeelt de cliënt (de houding van) de therapeut; in het tweede geval is er sprake van een zelfbeoordeling door de therapeut van zijn houding tegenover de cliënt. De betrokkenen



wordt gevraagd op een 6-puntsschaal aan te geven in hoeverre elk item van toepassing is geweest op de voorbije sessie.

Enkele jaren later reduceerde Barrett-Lennard de vragenlijst tot 64 items, verdeeld over vier subschalen, die de bekende therapeutische condities Empathie, Respect, Onvoorwaardelijke Aanvaarding en Congruentie representerden (Barrett-Lennard, 1966).

Gurman (1977) geeft een overzicht van veertien studies naar de test-hertest betrouwbaarheid van de R.I. en van tien studies waarin de interne consistentie van de subschalen werd onderzocht. Er blijkt een hoge stabiliteit: de test-hertest betrouwbaarheid van de totale vragenlijst schommelt rond de .90; voor de vier subschalen werd gemiddeld een test-hertest betrouwbaarheid gevonden van respectievelijk .83 (Empathie), .83 (Respect), .80 (Onvoorwaardelijkheid) en .85 (Congruentie). De interne consistentiecoëfficiënten lagen al even hoog: voor de totale lijst .91; voor de subschalen respectievelijk .84 (Empathie), .91 (Respect), .74 (Onvoorwaardelijkheid) en .88 (Congruentie).

Ter validatie van de R.I. bracht Barrett-Lennard (1962) de uitslagen van 42 cliënten op de lijst in verband met veranderingen door psychotherapie. Deze veranderingen werden op drie manieren gemeten: door middel van een Q-sorting door de cliënt, diens scores op de MMPI. en het oordeel van de betrokken therapeut. Een belangrijke uitkomst van dit indirecte validatieonderzoek was dat cliënten perceptie van de therapeutische relatie een betere voorspeller bleek van het therapeutisch succes dan de scores van de therapeut op de R.I. In het algemeen waren de resultaten van dit onderzoek positief, zodat de R.I. enige predictieve validiteit ten aanzien van therapeutisch succes kan worden toegezegd. Tot die conclusie kwam Gurman vijftien jaar later ook (Gurman, 1977). Al met al lijkt de waarde van de R.I. in de loop der tijd zowel voor onderzoek als voor de praktijk voldoende bewezen (Barrett-Lennard, 1986).

De indeling in de vier genoemde subschalen was door Barrett-Lennard weliswaar theoretisch beargumenteerd, maar verder niet empirisch verantwoord. Dat is een gemis, aangezien de subschalen onderling tamelijk sterk blijken te correleren (Barrett-Lennard, 1962; zie ook Gurman, 1977). Voor Lietaer was dat aanleiding om enkele factoranalyses op de R.I. uit te voeren (Lietaer, 1974;1976). Daarbij ging hij overigens uit van een door hemzelf uitgebreide versie van de R.I. Aan de 64 items van de herziene R.I. van Barrett-Lennard voegde hij twintig items uit de oorspronkelijke lijst toe. Daarenboven formuleerde hijzelf nog 39 items voor die aspecten van de helpende relatie die naar zijn mening niet of onvoldoende in de R.I. vertegenwoordigd waren. Dit alles bij elkaar resulteerde in een 'gereviseerde' Relatie Vragenlijst (R.V.), bestaande uit 123 items.

### *Lietaers Relatie Vragenlijst*

Deze gereviseerde vragenlijst werd onderworpen aan een betrouwbaarheids-onderzoek (Lietaer, 1976), waarbij 24 therapeuten en 96 cliënten in totaal 110 relatievragenlijsten invulden. Achtenvijftig hiervan hadden op cliëntgerichte therapieën betrekking en 52 op analytische. Van de 96 cliënten die de R.V. invulden waren 53 in een cliëntgerichte therapie en 43 in een psychoanalytisch georiënteerde behandeling. De invulling van de lijsten door therapeuten en cliënten vond op eenzelfde tijdstip plaats na ten minste vijf therapiezittingen. Ongeveer tweederde van de lijsten werd na het tiende interview ingevuld en ruim een kwart pas na het veertigste gesprek.

Uit de factoranalyse die op de R.V.'s van de therapeuten en de cliënten afzonderlijk werden uitgevoerd, bleek geen analoge structuur tussen beide vormen: zowel het aantal als de inhoud van de factoren verschilde. Kennelijk beleven therapeuten en cliënten de therapeutische relatie ieder op hun eigen manier. Maar om toch het doel, namelijk het construeren van één vragenlijst voor zowel therapeut als cliënt, te bereiken selecteerde Lietaer 'na grondige inspectie van de correlatie- en factormatrices van cliënten en therapeuten' zeven analoge 'trossen' van items uit beide groepen, die als basis dienden voor een nadere subschaalindeling. De items die in de twee versies (van therapeut c.q. cliënt) relatief het hoogst met elkaar correleerden werden uiteindelijk in vijf subschalen van acht items en twee subschalen van vier items (totaal dus 48 items) ondergebracht. Deze zeven subschalen werden door Lietaer als volgt omschreven:

*Empathie (E)*: Het van binnenuit begrijpen van de belevingswereld van de cliënt. De items refereren naar de accuraatheid van dit begrijpen en de communicatie ervan, naar het afgestemd zijn op de diepere betekenis van de boodschap van de cliënt, alsook naar de mogelijkheid emotioneel betrokken te zijn zonder zelf in de war te raken.

*Positieve Gezindheid (P)*: Dit is de positieve pool van de affectieve houding van de therapeut tegenover de cliënt: de mate waarin hij de cliënt waardeert en er graag contact mee heeft, er zich voor inzet en gelooft in zijn mogelijkheden.

*Incongruentie (I)*: Deze negatief geformuleerde variabele verwijst naar defensie en kwetsbaarheid bij de therapeut: onwennigheid en angst wanneer de cliënt bepaalde thema's wil bespreken; het is een poging om eigen gevoelens te verbergen en om moeilijkheden in de relatie onaangeroerd te laten. Daartegenover staat: innerlijke rust, het gevoel zichzelf te kunnen zijn.

*Negatieve Gezindheid (N)*: De negatieve pool van de affectieve houding van de therapeut tegenover de cliënt: afkeuring, onverschilligheid, irritatie, gebrek aan interesse.

*Onvoorwaardelijkheid (O)*: Deze variabele heeft betrekking op de standvastigheid in het aanvaarden van de cliënt. In de items worden de volgende factoren vernoemd die deze standvastigheid kunnen beïnvloeden: de

gemoedstoestand en het gedrag van de cliënt, de houding van de cliënt tegenover de therapeut.

*Transparantie (T)*: De bereidheid van de therapeut zich aan de cliënt te tonen zoals hij werkelijk is. De items refereren zowel naar de expressie van gevoelens over zichzelf als naar de expressie van indrukken en gevoelens ten aanzien van de cliënt. Daartegenover staat een afstandelijke en professionele houding van de therapeut.

*Directiviteit (D)*: Het omgaan met de cliënt op een autoritaire manier en vanuit een eigen referentiekader. Aspecten hiervan zijn: het niet eerbiedigen van de intimiteit en van het eigen ritme van de cliënt, het willen ombuigen van de cliënt naar eigen gevoels- en gedragspatronen.

Gezien hun hoge onderlinge correlatie kan met name de combinatie van de schalen Empathie (E), Positieve Gezindheid (P), Incongruentie (I) en Negatieve Gezindheid (N) (de EPIN-schalen) volgens Lietaer als een goede globale maat van de kwaliteit van de therapeutische relatie worden beschouwd (Lietaer, 1976;1979).

De halveringsbetrouwbaarheidscoëfficiënten (Spearman-Brown) van de door hem samengestelde subschalen bleken bij de therapeuten zeer hoog (range van .87 tot .95) en voldoende hoog bij de cliënten (van .81 tot .88) (Lietaer, 1976). Een interessante bevinding was (Lietaer, 1979) de geringe convergentie die gevonden werd tussen de therapeut- en cliëntbeleving van de relatiecomponenten. Alleen wat betreft empathie werd een betekenisvolle correlatie gevonden bij de cliëntgerichte groep ( $r=.46$ ). Deze bevinding is in overeenstemming met ander onderzoek (zie Gurman, 1977) waaruit blijkt dat de correlatie tussen cliënt en therapeutperceptie meestal erg laag en soms negatief is en was voor ons aanleiding om een tweetal, voor therapeut en cliënt verschillende vragenlijsten ter meting van de kwaliteit van het therapeutisch contact te construeren, waarbij rekening gehouden werd met het gezichtspunt van waaruit men de therapeutische relatie ervaart.

In het volgende gedeelte gaan we nader in op de constructie van deze vragenlijst ter meting van het therapeutisch contact (TCV), waarbij met name de items uit de E.P.I.N.-subschalen onze leidraad zijn geweest.

#### *De Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV)*

Met onze vragenlijst beoogden wij een viertal aspecten van het therapeutisch contact te inventariseren:

- a. De *waardering* van de therapeutische relatie, waarbij het ons met name te doen was om de affectieve houdingen van de therapiepartners ten opzichte van elkaar. Dit aspect komt overeen met hetgeen Lietaer Positieve respectievelijk Negatieve Gezindheid heeft genoemd.
- b. De perceptie van dat type gedrag van therapeut respectievelijk cliënt dat noodzakelijk geacht kan worden voor een goed op gang komen van het therapeutisch proces. Eerder werd onze keuze voor het *empathisch gedrag*

van de therapeut en het *zelfonthullend gedrag* van de cliënt in dit verband beargumenteerd. In concreto betekent dit dat de cliënt ervaart dat de therapeut zijn belevingswereld van binnenuit begrijpt en anderzijds de therapeut merkt dat de cliënt bezig is zichzelf te onthullen. We merken op dat de TCV juist in dit opzicht afwijkt van de gebruikelijke vragenlijsten zoals die van Barrett-Lennard (1962) en Truax en Carkhuff (1967), waarbij men zich uitsluitend bepaalt tot het gedrag c.q. de houding van de therapeut. Ons inziens wordt echter het oordeel van de therapeut over de relatie met zijn cliënt ten minste evenzeer beïnvloed door zijn perceptie van het (re)ageren van de cliënt als door een reflectie op zijn eigen functioneren. We achten het daarom noodzakelijk ook het gedrag c.q. de houding van de cliënt in de beoordeling te betrekken.

- c. Het verloop van de therapie, zoals door de therapeut en de cliënt tot op dat moment wordt geëvalueerd. Aangezien we bij de samenstelling van de TCV ons primair hebben laten leiden door het doel van ons onderzoek, namelijk inzicht krijgen in de processen tussen therapeut en cliënt die een vruchtbaar therapeutisch contact bewerkstelligen, is de nadruk gelegd op de zich ontwikkelende therapeutische relatie. Het zou voorbarig zijn om dan al van enig effect van de therapeutische relatie te spreken. Waar het ons met name om gaat is de vraag of de therapie bij de cliënt aanslaat. We noemen dit aspect daarom de *impact* van de therapie.
- d. De *sympathiegevoelens* die therapeut en cliënt voor elkaar hebben. Weliswaar lijken deze op het eerste gezicht in het onder a) gestelde aspect ('waardering') besloten te liggen, maar we hadden toch onze redenen om hiervoor apart een aantal items te formuleren. In de eerste plaats omdat het ons hier nadrukkelijk te doen is om een gevoelsmatig beleven van de ander, onafhankelijk van de therapeutische context waarin de ontmoeting plaatsvindt (en daarmee mogelijk zelfs kan interfereren). In de tweede plaats hadden we, in het verlengde van ander onderzoek, behoefte aan een afzonderlijke maat voor dit aspect van de relatie, teneinde sympathiegevoelens als onafhankelijke variabele in onze verdere onderzoekingen te kunnen betrekken.

#### *De items van de TCV*

Om het aspect WAARDERING te meten zijn we uitgegaan van de items die Lietaer formuleerde met betrekking tot zijn (P)ositieve en (N)egatieve gezindheidsschalen (1974;1976).

Teneinde het aantal items van de vragenlijst zo beperkt mogelijk te houden – om daardoor de kans op medewerking van therapeuten en cliënten aan ons onderzoek te vergroten – besloten we ons te bepalen tot de subschaalhelften die door Lietaer in een bijlage bij zijn artikel in 1979 werden genoemd. Gelet op de hoge halveringsbetrouwbaarheden (bij de therapeuten van .87 tot

.95; bij de cliënten van .81 tot .88) en de resultaten wat betreft interne consistentie van de subschalen lijkt dat een verantwoorde zaak.

In zijn bijlage vermeldt Lietaer (1976) vier P-items en twee N-items. Wij herformuleerden deze zes items zodanig dat we drie positief en drie negatief geformuleerde items verkregen die voor zowel de cliënt als de therapeutversie van de TCV bruikbaar leken. Voor dat doel wijzigden we het item 'Het lijkt me alsof ik hem op de zenuwen werk en een last voor hem ben' in 'Soms lijkt hij wat moeite met me te hebben'. Aldus zag de schaal er als volgt uit:

- (C2/T2)<sup>1</sup> - Soms lijkt hij wat moeite met me te hebben.
- (C5) - Ik geloof dat hij me wel graag ziet komen.
- (T5) - Ik geloof dat hij hier graag naar toe komt.
- (C8) - Hij zet zich nauwelijks voor me in.
- (T8) - Hij zet zich nauwelijks voor onze gesprekken in.
- (C10) - Ik heb het gevoel dat hij me accepteert zoals ik werkelijk ben.
- (T10) - Ik heb het gevoel dat hij me als therapeut zeker accepteert.
- (C18/T18) - Ik heb het gevoel dat hij mij eigenlijk niet zo waardeert.
- (C19/T19) - Ik denk dat hij me wel mag.

Ten aanzien van het aspect EMPATHIE, dat in onze vragenlijst alleen in de cliënt-versie is vertegenwoordigd, namen we de vier door Lietaer genoemde items ongewijzigd over (één item werd in plaats van positief in negatieve termen geformuleerd), aangevuld met twee items uit zijn volledige lijst (Lietaer, 1974;1976):

- (C1) - Hij voelt gewoonlijk goed aan wat er in mij omgaat.
- (C6) - Hij voelt niet altijd even goed aan wat mijn ervaringen voor mij betekenen.
- (C9) - Wanneer ik me gekwetst voel of overstuur ben, kan hij zich zeer goed in mijn gevoelens inleven, zonder zelf in de war te raken.
- (C11) - Ik vind dat hij mijn woorden wel begrijpt, maar niet de gevoelens die erachter zitten.
- (C14) - Hij schijnt zich in sommige van mijn gevoelens niet goed in te kunnen leven.
- (C16) - Soms slaagt hij er beter in mijn gevoelens onder woorden te brengen dan ik dat zelf kan.

---

<sup>1</sup> De getallen verwijzen naar de plaats van het item in de lijst, de C-duit de cliëntversie van de TCV aan, de T de Therapeut-versie. In de helft van de gevallen kon eenzelfde formulering voor de C(liënt)- als de T(herapeut)-versie gevonden worden; voor de andere items werden analoge formuleringen bedacht. Voor zowel de C-versie als de T-versie is een mannelijke en vrouwelijke vorm opgesteld (zie bijlage 2).

Voor het aspect ZELF-ONTHULLEND GEDRAG (in de therapeut-versie van de vragenlijst) waren vanzelfsprekend geen items beschikbaar, aangezien noch in Lietaers vragenlijst noch in die van anderen het gedrag van de cliënt is betrokken. Derhalve formuleerden we zelf een zestal items, waarbij we aansluiting zochten bij de door ons ontworpen beoordelingsschaal voor zelf-onthullend gedrag (zie paragraaf 2.3.1). We hebben de items uiteindelijk zo geformuleerd dat voldoende recht werd gedaan aan de onderliggende dimensies 'hoeveelheid', 'intimiteit' en 'betrokkenheid' (zie paragraaf 2.3.1). De items werden op dezelfde plaatsen in de therapeut-versie van de vragenlijst opgenomen als 'empathie' in de cliënt-versie:

- (T1) - Hij stelt zich kwetsbaar op, zowel tegenover mij als tegenover zichzelf.
- (T6) - Hij is nogal afwerend in ons contact.
- (T9) - Hij praat vaak over intieme dingen in de therapie.
- (T11) - Hij is niet bereid zich werkelijk bloot te geven.
- (T14) - Wat hij vertelt is niet meer dan een 'verhaal'.
- (T16) - Hij vertelt op een doorleefde manier over zichzelf.

Ook voor het aspect IMPACT van het therapeutisch contact boden de hier al vaak genoemde relatievragenlijsten van Barrett-Lennard (1962) en Lietaer (1974;1976;1979) geen aanknopingspunten. We waren dus opnieuw genoodzaakt een zestal items zelf te genereren. Dit leidde tot de formulering van de volgende items:

- (C3/T3) - Op de echt belangrijke dingen gaan we (nog) niet zo in.
- (C7/T17) - We komen in de therapie maar moeizaam op gang.
- (C12) - De therapie betekent best veel voor me.
- (T13) - Ik heb het gevoel dat de therapie best veel voor hem betekent.
- (C13/T12)- Ons contact verdiept zich steeds meer.
- (C17/T7) - Ik heb er niet veel vertrouwen in dat hij me (ik hem) kan helpen.
- (C20/T20)- Ik heb het gevoel dat ik (hij) veel aan onze gesprekken heb (heeft).

Ten slotte de SYMPATHIE-items. Besloten werd op een zo simpel mogelijke manier naar de gevoelens van betrokkenen in dit opzicht te vragen. Derhalve werden twee items geformuleerd, waarvan één positief en één negatief:

- (C4/T4) - Hij maakt een sympathieke indruk.
- (C15/T15)- Eigenlijk vind ik hem niet zo aardig.

Aldus verkregen we twee parallelle vragenlijsten, één voor therapeuten en één voor cliënten, bestaande uit niet meer dan twintig items. Aangezien we

ook nog rekening hielden met het geslacht van de betrokken proefpersonen kwamen we uiteindelijk tot vier versies van de TCV.

Proefpersonen werd gevraagd door middel van het omcirkelen van één van de vier antwoordcategorieën ja!/ja/nee/nee! aan te geven in hoeverre de betreffende uitspraak van toepassing was. Er was nadrukkelijk voor een 4-puntsschaal gekozen om de proefpersonen te dwingen een standpunt met betrekking tot het therapeutisch contact in te nemen. Een neutraal middenpunt zou, zo werd gevreesd, te verleidelijk kunnen zijn om zich in te verschuilen.

#### *De betrouwbaarheid van de TCV*

De TCV is op betrouwbaarheid onderzocht door een item-analyse uit te voeren en het berekenen van split-half betrouwbaarheidscoëfficiënten. Deze procedure is gevolgd ten aanzien van de vragenlijst in zijn geheel en voor de zes subschalen afzonderlijk. De subschaal SYMPATHIE is hierbij buiten beschouwing gebleven, aangezien het slechts twee items betreft. Zoals gesteld waren deze items om andere, buiten dit onderzoek gelegen redenen in de vragenlijst opgenomen.

Proefpersonen waren 57 cliënten en 31 therapeuten die aan ons hoofdonderzoek meededen (zie paragraaf 2.4). Zij vulden de TCV ieder drie keer in, namelijk na het tweede, respectievelijk zesde en tiende therapiegesprek. Sommige therapeuten deden meer dan eens mee, uiteraard met verschillende cliënten. De hier gepresenteerde berekeningen hebben uitsluitend betrekking op de afnames na het tweede therapiegesprek.

Tabel 2.2. *Correlatiematrix subschalen TCV (tweede sessie).*

Subschalen	Cliënt-versie (TCV-C) (n=57)			Therapeut-versie (TCV-T) (n = 31)		
	PEREMP	WAARDE	IMPACT	PERZOG	WAARDE	IMPACT
PEREMP	-					
WAARDERING-cl	.56	-				
IMPACT-cl	.62	.45	-			
TCV-cl	.88	.79	.82			
PERZOG	-.09	.12	.10	-		
WAARDERING-th	.21	.21	.15	.52	-	
IMPACT-th	.08	.26	.10	.62	.65	-
TCV-th	.11	.24	.14	.82	.84	.89

Uit de correlatiematrix (tabel 2.2) blijken de subschalen van zowel de cliënt- als de therapeut-versie onderling redelijk te correleren en zeer hoog met de totaalscore op de lijst, terwijl de correlaties met de subschalen van de andere (respectievelijk therapeut- en cliënt-)versie doorgaans zeer gering zijn. Dit betekent dat cliënten en therapeuten verschillend lijken te oordelen over de kwaliteit van het therapeutisch contact. Dit komt ook tot uitdrukking in de lage correlatie tussen de totaalscores op de twee lijsten ( $r=.20$ ).

Berekening van zowel Cronbachs alpha als de split-half betrouwbaarheidscoëfficiënt leverde voor beide versies meer dan voldoende hoge betrouwbaarheidsindices op (zie tabel 2.3).

Tabel 2.3. *Betrouwbaarheidscoëfficiënten cliënt- en therapeut-versie van de TCV.*

	Cliënt-versie TCV (n = 57)				Therapeut-versie TCV (n = 31)			
	TOTAAL	PEREMP	WAARDE	IMPACT	TOTAAL	PERZOG	WAARDE	IMPACT
Cronbach- $\alpha$	.88	.76	.73	.71	.84	.59	.74	.71
Split-half	.90	.82	.61	.76	.87	.53	.83	.57

(PEREMP = gepercipieerde empathie; WAARDE = waardering; PERZOG = gepercipieerd zelfonthullend gedrag).

Wat betreft de subschalen vallen de coëfficiënten in het algemeen wat lager uit dan voor de schaal als geheel. Dat is ook niet verwonderlijk, gelet op het geringe aantal items per subschaal. Naar verhouding is de interne consistentie van de subschaal PERZOG (= gepercipieerd zelfonthullend gedrag) het geringst.

De item-rest-correlaties (i.r.c.) over de totale lijst lopen uiteen van .25 tot .66 bij de cliënt-versie en van .17 tot .62 bij de therapeut-versie. Ten aanzien van de diverse subschalen variëren zij van .16 tot .70 (zie tabel 2.4).

Van Naerssen (1977) geeft als minimaal aanvaardbare ondergrens een item-rest correlatie van .20 aan, terwijl een i.r.c. tussen de .30 en .40 als normaal wordt beschouwd voor studietoetsen. Passen we dit criterium toe op de gegevens uit tabel 2.4, dan blijkt in de cliënt-versie item 2 ('Soms lijkt hij wat moeite met me te hebben') niet te voldoen en in de therapeut-versie item 9 ('Hij praat vaak over intieme dingen in de therapie') wat betreft het gebruik van de totale lijst als maat voor de kwaliteit van het therapeutisch contact. Het valt derhalve te overwegen deze items uit de vragenlijst te verwijderen, temeer daar item 9 deel uitmaakt van de minst betrouwbare subschaal PERZOG (= gepercipieerd zelfonthullend gedrag). Legt men een wat strenger criterium aan door ook de i.r.c.'s  $<.30$  als onbetrouwbaar aan te merken, dan



wordt uit de cliënt-versie ook nog item nr. 3 ('Op de echt belangrijke dingen gaan we (nog) niet zo in'), – deel uitmakend van de subschaal IMPACT – en item 16 ('Soms slaagt hij er beter in mijn gevoelens onder woorden te brengen dan ik dat zelf kan') – onderdeel van de subschaal PEREMP (gepercipieerde empathie) – verwijderd. Aangezien item 2 onderdeel is van de subschaal WAARDERING, zou aldus elke subschaal tot vijf items worden gereduceerd.

Tabel 2.4. *Item-rest correlaties van de TCV-C (n=57) en TCV-T (n=31).*

ITEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
TOTAAL	.61	.37	.25	.57	.49	.62	.39	.65	.51	.42	.59	.51	.50	.64	.66	.28	.61	.49	.48	.65
PEREMP	.53					.66			.50	.58			.53	.28						
WAARDE	.16			.58			.43	.57									.68	.66		
IMPACT		.27				.36					.49	.48				.55		.70		
TOTAAL	.49	.59	.35	.45	.38	.57	.39	.26	.17	.52	.40	.55	.42	.29	.35	.26	.62	.55	.53	.48
PERZOG	.55				.25			.24		.40			.26	.27						
WAARDE	.44			.50			.35	.58									.60	.50		
IMPACT		.33				.46					.54	.33				.59		.42		

Wanneer vervolgens op deze gereduceerde cliënt-versie van de TCV opnieuw een item-analyse wordt uitgevoerd, blijkt slechts een geringe toename van zowel de Cronbach-alpha als de halveringsbetrouwbaarheid (zie tabel 2.5). Nu was bij voorbaat op dit punt weinig winst te verwachten gelet op de toch al hoge betrouwbaarheidscoëfficiënten. Ten aanzien van de subschalen van de TCV kan wel een systematische verbetering worden geconstateerd van beide betrouwbaarheidsindices. Een reductie tot vijf items per subschaal levert dus enige winst op.

Tabel 2.5. *Betrouwbaarheidscoëfficiënten 'gereduceerde' cliënt- en therapeut-versie van de TCV.*

	Cliënt-versie TCV (n = 57)				Therapeut-versie TCV (n = 31)			
	TOTAAL	PEREMP	WAARDE	IMPACT	TOTAAL	PERZOG	WAARDE	IMPACT
Cronbach- $\alpha$	.90	.80	.83	.76	.85	.58	.73	.85
Split-half	.93	.85	.79	.81	.88	.70	.71	.88

(PEREMP = gepercipieerde empathie; WAARDE = waardering; PERZOG = gepercipieerd zelfonthullend gedrag).

Anders ligt dat met betrekking tot de therapeut-versie van de TCV. Afgaand op de item-rest correlaties zoals in tabel 2.4 staan aangegeven, zouden in eerste instantie de items nrs. 8, 9, 14 en 16 voor verwijdering in aanmerking komen. Deze liggen immers onder het .30 criterium van Van Naerssen (1977). Maar in tegenstelling tot de verwijderde items uit de TCV-C zijn de items nrs. 8, 9, 14 en 16 niet evenwichtig verspreid over de drie subschalen van de TCV-T, maar behoren merendeels tot de subschaal PERZOG. Nu was dat weliswaar qua betrouwbaarheid de zwakste subschaal (zie tabel 2.3) maar een weglating in deze subschaal van maar liefst drie items is wel erg fors. Bovendien is de i.r.c. van item 6 op subschaal niveau ook al beneden de maat (<.30), zodat deze eveneens voor verwijdering in aanmerking komt. Een dergelijke reductie geeft het bezwaar dat dan te weinig items overblijven om nog op zinvolle wijze van een subschaal te kunnen spreken.

Om toch het effect van een gereduceerd aantal items op de betrouwbaarheid van (de subschalen van) de TCV-T te onderzoeken werd besloten, analoog aan de TCV-C, per subschaal het item met de laagste i.r.c. weg te laten. Uit tabel 2.5 blijkt inderdaad een positief effect op de beide betrouwbaarheidsindices, maar de toename is niet dramatisch te noemen, terwijl de split-half betrouwbaarheid van de subschaal WAARDERING zelfs afneemt. Ook al omdat uit berekeningen bleek dat bij de tweede en derde afname (respectievelijk na het zesde en tiende gesprek) de item-rest correlaties over de niet gereduceerde lijsten veel hoger uitvielen, lijkt het beter om verder niet aan de oorspronkelijke samenstelling van de TCV-T te tornen.

Aangezien we een voorkeur hebben voor een parallelle structuur van de beide versies van de TCV werd, niettegenstaande de (geringe) winst die een reductie van het aantal items van de cliëntversie op zou leveren, besloten voor de bepaling van de kwaliteit van een therapeutisch contact in het onderzoek waarover in de volgende paragraaf gerapporteerd wordt, gebruik te blijven maken van de originele versies van de TCV-C en de TCV-T.

#### **2.4 Een onderzoek naar therapeutische toegankelijkheid**

In deze paragraaf wordt verslag gedaan van ons onderzoek naar therapeutische toegankelijkheid, waaraan in totaal 36 therapeuten en 63 cliënten medewerking verleenden. De dataverzameling vond in het begin van de jaren tachtig plaats ten tijde van de overgang van de Instituten voor Multidisciplinaire (ook wel: Multimethodische) Psychotherapie (de zgn. IMP-en) naar de afdelingen Psychotherapie van de RIAGG-en. Dat was voor de psychotherapie en de psychotherapeuten een turbulente tijd. Voor ons onderzoek, dat in twee IMP-en (in Amsterdam en Den Haag) plaatsvond, hield het in ieder geval een voortijdig einde in, omdat afgesproken procedures met betrekking tot de dataverzameling niet langer uitvoerbaar bleken. Naast de IMP-therapeuten werd door enkele psychotherapeuten van de vakgroep Klinische Psychologie van

de Vrije Universiteit aan het onderzoek deelgenomen, evenals door een enkele therapeut van een psychiatrische polikliniek. De veranderingen in het veld maakten een voorgenomen replicatie onderzoek helaas onmogelijk.

#### 2.4.1 Samenstelling van de onderzoeksgroep

Aanvankelijk was het onze bedoeling om iedere therapeut met vier cliënten deel te laten nemen: met een oudere en jongere respectievelijk mannelijke en vrouwelijke cliënt. In de praktijk bleek dit niet haalbaar. Zoals hierboven gememoreerd, kwam er door de opheffing van de IMP-en als zelfstandige instellingen een voortijdig einde aan ons onderzoek. Bovendien bleek, zoals zo vaak (Schagen, 1985), het uitvoeren van onderzoek in de praktijk op talloze moeilijkheden te stuiten, waardoor niet alleen grote vertraging ontstond, maar ook manco's in de verzamelde gegevens.

Uiteindelijk participeerden 63 cliënten aan ons onderzoek. Vijfentwintig van hen hadden zich aangemeld bij het Amsterdamse IMP, 27 bij het IMP in Den Haag, 9 cliënten gingen bij psychotherapeuten van de Vrije Universiteit in behandeling en 2 kregen een psychotherapeutische behandeling in een psychiatrische polikliniek. In tabel 2.6 is te zien met hoeveel cliënten de therapeuten in het onderzoek deelnamen.

Tabel 2.6. Samenstelling onderzoeksgroep.

Setting	Aantal cliënten per therapeut				Aantal cliënten	Aantal therapeuten
	1	2	3	4		
IMP- Amsterdam	6	3	3	1	25	13
IMP- Den Haag	11	3	2	1	27	17
Vrije Universiteit	2	2	1	-	9	6
Poli Psychiatrie	-	1	-	-	2	1
Totaal therapeuten	19	9	6	2		36
Totaal cliënten	19	18	18	8	63	

Bijna tweederde van de aan het onderzoek deelnemende therapeuten (n=36) was man (n=21). De meeste cliënten waren van het vrouwelijke geslacht (n=34). Uit tabel 2.7 blijkt dat de mannelijke cliënten (n=29) merendeels bij mannelijke therapeuten in behandeling waren genomen. Het cliëntenbestand van de vrouwelijke therapeuten (n=15) bestond voor meer dan de helft uit vrouwen (16 van de 27). Mogelijk speelde bij de matching van de cliënten met therapeuten overeenkomst in sekse een zekere rol. Dat kunnen we echter niet (meer) nagaan.

Tabel 2.7. *Verdeling cliënten over therapeuten naar sekse.*

therapeut	cliënt		totaal
	man	vrouw	
man	18	18	36
vrouw	11	16	27
totaal	29	34	63

De gemiddelde leeftijd van de cliënten is precies 31 jaar; de vrouwen zijn relatief wat jonger ( $M=30,5$  jaar) dan de mannen ( $M=31,8$  jaar). Opvallend, maar begrijpelijk, is het relatief jonge cliëntenbestand van de VU-therapeuten ( $M=25,6$  jaar): bij hen kwamen voornamelijk studenten in behandeling. De verhouding tussen mannen en vrouwen (46:54) en de spreiding over de leeftijdsklassen is typisch voor een I.M.P.-populatie (Deijs et al., 1975; jaarverslag I.M.P.-Amsterdam, 1978; jaarverslag I.M.P.- Den Haag 1978-1981).

Wat betreft de therapeuten kan nog worden opgemerkt dat we grotendeels met ervaren hulpverleners te maken hadden, dat wil zeggen gewone leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie ( $n=21$ ), hetgeen in die tijd als het criterium voor ervarenheid gold. In veruit de meeste gevallen ( $n=30$ ) waren het psychologen. Aan het onderzoek deden slechts drie maatschappelijk werkers, een enkele pedagoog, psychiater en arts mee.

Andere karakteristieken van de onderzoeksgroep zijn niet bekend, aangezien ze niet relevant werden geacht om voor dit onderzoek te inventariseren. Er zijn echter geen redenen aanwezig om te veronderstellen dat de onderzoeksgroep in bepaalde opzichten zou afwijken van de doorsnee I.M.P.-populatie.

#### 2.4.2 Procedure

Om de kans op succes bij de uitvoering van het onderzoek zo groot mogelijk te maken hebben we getracht de test-afnames bij therapeut en cliënt zoveel mogelijk te beperken, opdat deze slechts een minimale tijdsinvestering zou vergen. Zo werd de reconstructietaak van de therapeut beperkt tot een voorstelling van het (ideaal-)zelfbeeld van de cliënt in plaats van bijvoorbeeld diens gehele Gridraster. Om dezelfde reden werd besloten van de eerste tien zittingen alleen het tweede, zesde en tiende gesprek in beschouwing te nemen.

Na de betreffende sessies werd zowel aan de therapeut als aan de cliënt gevraagd enkele lijsten in te vullen (zie hieronder). Bij de cliënt zou zo mogelijk nog voor het eerste therapiecontact een REPGrid worden afgenomen om diens persoonlijke constructen te achterhalen. Deelnemers aan het onder-

zoek werd tevens verzocht de eerste tien sessies op geluidsband op te nemen en voor scoring af te staan.

In concreto werd de *cliënt* achtereenvolgens gevraagd (zie bijlage 3):

*a. voor het eerste contact met de therapeut* een REPGrid (negen elementen en twaalf persoonlijke constructen) in te vullen (zie bijlage 4) waarbij de elementen als volgt waren omschreven:

- (1) de vader, of iemand die in het leven van de cliënt de rol van vader heeft ingenomen;
- (2) de moeder, of iemand die in het leven van de cliënt de rol van moeder heeft ingenomen;
- (3) de echtgeno(o)t(e), dan wel vaste vriend(in) of anders beste vriend(in) van het andere geslacht;
- (4) de beste vriend(in) van hetzelfde geslacht;
- (5) een vroegere vriend(in) die men uit het oog is verloren, omdat deze later niet meer zo aansprak;
- (6) een familielid dat men weliswaar geregeld ontmoet, maar dat niet zo aanspreekt;
- (7) iemand uit de naaste omgeving met wie men slechts een zijdelings contact heeft (buurman/buurvrouw of een oppervlakkige kennis);
- (8) een (vroegere) collega/medestudent met wie men slechts zo nu en dan te maken heeft (gehad);
- (9) de (huis)arts of andere hulpverlener met wie men geregeld van doen heeft (gehad).

Daarna werd men gevraagd het *ideaal-zelfbeeld* ('zoals u graag zou willen zijn') op de hiervoor twaalf ontlokte persoonlijke constructen en op even zo vele door ons aangeboden constructdimensies te scoren, evenals het *feitelijke zelfbeeld* ('zoals u in werkelijkheid bent') en het beeld dat men heeft van een '*ideale therapeut*' ('een denkbeeldig iemand bij wie u graag in therapie zou zijn').

Hierna moest men:

- aangeven welke drie van de twaalf aangeboden constructdimensies het *meest bruikbaar* werden gevonden bij de zojuist verrichte beoordelingen (of meer in het algemeen: 'om mensen op te beoordelen') en welke drie *het minst bruikbaar*;
- met een + of - aangeven of de betreffende REPGrid elementen een positieve dan wel negatieve invloed in het leven van de betrokkene hebben gespeeld.

*b. na het tweede gesprek met de therapeut:*

- opnieuw op de twaalf persoonlijke constructen en de twaalf aangeboden constructen het *ideaal-zelfbeeld* te scoren, alsmede het *feitelijke zelfbeeld* en een indruk van de *therapeut* te geven en
- de cliëntversie van de TCV in te vullen;

- c. na het zesde gesprek dit nogmaals te doen, evenals
- d. na het tiende gesprek.

De *therapeut* werd achtereenvolgens gevraagd (zie voor procedure bijlage 3):

a. na het tweede gesprek op de twaalf persoonlijke constructen van de cliënt en de twaalf aangeboden constructen

- het eigen *ideaal-zelfbeeld* te scoren, evenals
- het eigen *feitelijke zelfbeeld* en
- een indruk te geven van de *cliënt*, alsmede
- aan te geven hoe men dacht dat de *cliënt zichzelf* had beoordeeld, om ten slotte
- het *ideaal-zelfbeeld van de cliënt* te reconstrueren, waarna gevraagd werd
- net als de cliënt aan te geven welke drie aangeboden constructdimensies het *meest bruikbaar* waren gevonden en welke drie het *minst bruikbaar*;
- de therapeutversie van de TCV in te vullen;

b. na het zesde gesprek opnieuw op de twaalf persoonlijke constructen van de cliënt en de twaalf aangeboden constructdimensies een indruk te geven van de cliënt

- het zelfbeeld van de cliënt te reconstrueren, en
- het *ideaal-zelfbeeld* van de cliënt te reconstrueren, om ten slotte nog
- de *T.C.V.-T* in te vullen.

c. na het tiende gesprek bovenstaande te herhalen.

De eerste testafname bij de cliënt, die op de VU of bij de betrokkene thuis plaatsvond, nam ongeveer anderhalf uur in beslag, de eerste afname bij de therapeut ongeveer een half uur, terwijl de andere afnames niet meer dan een kwartier in beslag namen. De afnames na het tweede, zesde en tiende therapiegesprek hielden in dat er vanuit de VU gezorgd werd dat op het betreffende moment de lijsten in gesloten enveloppe bij de therapeut klaar lagen. Cliënt en therapeut vulden een en ander op eigen gelegenheid in en stuurden het materiaal rechtstreeks naar de onderzoekers van de VU toe.

Alles bij elkaar leverde deze procedure materiaal van 63 therapeutische relaties op, dat wil zeggen, bij 63 cliënten was ten minste een REPGrid afgenomen en waren de onderzoekslijsten met betrekking tot het tweede therapiegesprek opgestuurd of persoonlijk afgegeven.

In tien gevallen strandde hier reeds de onderzoeksprocedure. Een enkele keer reageerde de cliënt in het geheel niet meer. Soms ook vond de therapeut deelname aan het onderzoek niet langer adequaat (2x). In drie gevallen was de behandeling inmiddels gestopt en vier keren waren communicatiestoornis-

sen tussen therapeut en instituut c.q. onderzoekers debet aan een voortijdige beëindiging van de onderzoeksrelatie.

Natuurlijk zouden er in de loop der tijd meer uitvallers bijkomen. Zo verstomden na het zesde gesprek (de tweede testafname) de geluiden van nog eens vijf cliënten c.q. therapeuten. Van evenzovelen werd na het tiende gesprek (de derde afname) geen respons meer ontvangen.

Het onderzoeksmateriaal van de 63 dyaden is dan ook verre van compleet geworden. Het zou te ver voeren in detail te beschrijven welke lijsten bij welke proefpersonen ontbreken. Bij de weergave van de onderzoeksresultaten in de volgende subparagraaf blijkt dat vanzelf uit het steeds fluctuerend aantal proefpersonen (N).

Aparte vermelding hier verdienen nog wel de bandopnamen. Voor dit onderdeel was afzonderlijk toestemming aan de betrokkenen gevraagd. Indien men het bezwaarlijk vond om de gesprekken op geluidsband op te nemen en ter scoring aan ons af te staan, kon men ook volstaan met uitsluitend deel te nemen aan het schriftelijke gedeelte van ons onderzoek. Van deze mogelijkheid maakten 12 personen (therapeuten en/of cliënten) gebruik. Achteraf kon van 42 cliënten het 'actueel' zelfonthullend gedrag (ACTZOG) worden bepaald en van evenzoveel therapeuten de aan de dag gelegde empathie (ACTEMP).

### 2.4.3 Resultaten

#### *De bandscores (ACTZOG en ACTEMP)*

Van de 63 therapieën waarop het hoofdonderzoek is gebaseerd werden in tweederde deel van de gevallen de interviews op geluidsband vastgelegd (n=42). Op een paar uitzonderingen na konden we beschikken over de banden van zowel het tweede, zesde als tiende gesprek (n=37). In twee gevallen ontbreekt alleen het tiende gesprek, omdat de therapeutische relatie voortijdig werd beëindigd. Om dezelfde reden ontbreken van één therapie de banden van het zesde en tiende gesprek. In twee gevallen mist een enkele opname als gevolg van een procedurele fout.

Uit de aldus verkregen 120 gesprekken werden telkens drie fragmenten van vijf minuten door ons overgenomen en, van een code voorzien, gerandomiseerd met andere gesprekken op een moederband opgeslagen. De drie fragmenten hadden steeds betrekking op het middelste gedeelte van het eerste, respectievelijk tweede en derde kwartier van het therapie-'uur'. (Zoals bekend duren therapiegesprekken in de regel 45 minuten; vandaar onze keuze voor een opname van respectievelijk de 5de-10de, 20ste-25ste en 35ste-40ste minuut uit elk gesprek). De reden om 'steekproefsgewijs' drie fragmenten per gesprek te laten beoordelen en niet het gehele gesprek is niet alleen tijdsbesparing geweest, maar ook het tegengaan van regressieve tendensen in de scoringen naar het midden toe. Het blijkt overigens heel gebruikelijk om met

het scoren van slechts enkele fragmenten te volstaan (o.a. Truax & Carkhuff, 1967; Kiesler, 1973), waarbij verder opvalt dat men ten aanzien van de lengte van de fragmenten geen standaard volgt (Lambert & Hill, 1994).

De in totaal 360 gespreksfragmenten werden in eerste instantie aan twee externe beoordelaars ter scoring voorgelegd. Het betrof twee pas afgestudeerde (klinisch) psychologen: een man van 31 jaar en een vrouw van 29 jaar. Ervaring met (de behandeling van) patiënten/cliënten hadden zij met name in hun stage opgedaan; één hunner nam deel aan een intervisiegroep inzake individuele psychotherapeutische behandelingen. Betrokkenen waren voldoende op de hoogte van het empathiebegrip om aan de hand van de 5-puntsschaal van Carkhuff (1969) het door de therapeut vertoonde empathiegedrag (ACTEMP) te beoordelen. Voor het gebruik van onze 7-puntsschaal ter meting van het zelfonthullend gedrag van de cliënt (ACTZOG) kregen zij eerst een korte training, waarbij ze onder meer ter validering van hun oordelen een vijftiental oefenfragmenten moesten scoren. Teneinde voor vermoeidheidseffecten te controleren en mogelijk te ontwikkelen antwoordtendenties tegen te gaan, beoordeelde ieder van hen de 360 fragmenten in een andere (zoveel mogelijk tegengestelde) volgorde. Bovendien moest de één eerst het gedrag van de cliënt (ACTZOG) beoordelen, waar de ander begon met het gedrag van de therapeut (ACTEMP). De scoring werd hier en daar ernstig bemoeilijkt door de soms zeer slechte verstaanbaarheid van de gevoerde gesprekken. Om die reden kon een enkel fragment in het geheel niet worden gescoord.

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (i.b.b.) te bepalen werd de intra-class correlatie coëfficiënt R (Ebel, 1951) berekend. Deze kwam wat betreft de ACTZOG-scores uit op .57; wat betreft de ACTEMP-scores was  $R=.74$ . Daarmee blijft de i.b.b. ten aanzien van ACTZOG onder de maat ( $F(1,350)=2.3$ ). De ACTEMP-scores blijken daarentegen wel voldoende betrouwbaar:  $F(1,341)=3.8$  ( $p=.05$ ).

Dit leidde ertoe dat een tweede stel beoordelaars, met ongeveer dezelfde achtergrond als het eerdere koppel, gevraagd werd de beoordelingstaak opnieuw uit te voeren. De mannelijke en vrouwelijke student volgden exact dezelfde procedure als het eerste koppel. Deze 'replicatie' bleek alleszins de moeite waard geweest. De i.b.b. ten aanzien van de ACTZOG-scores kwam nu aanmerkelijk hoger uit:  $R=.78$  ( $F[1,350]=4.6$ ;  $p<.05$ ). Opvallend was dat deze twee beoordelaars het weer veel minder met elkaar eens bleken wat betreft de ACTEMP-scores:  $R=.44$  ( $F[1,341]=1.8$ ; n.s.). Op grond van deze resultaten werd besloten in het hoofdonderzoek voor ACTZOG de scores van de laatste twee beoordelaars te gebruiken en ten aanzien van ACTEMP de scores van het eerste paar aan te houden.

Een nadeel van de betrouwbaarheidscoëfficiënt R is dat zij alleen gebaseerd is op de variantie in de scores per beoordelaar (intra-class) en de variantie tussen de beoordelaars (inter-class) buiten beschouwing laat. De



i.b.b. geeft daarmee vooral een tendens in het scorepatroon weer (in hoeverre de beoordelaars het met elkaar eens zijn over welke gedragingen naar verhouding hoge dan wel lage scores verdienen), maar geeft geen informatie over de onderlinge overeenstemming wat betreft (de hoogte van) de score op zichzelf. Een ander nadeel dat aan de i.b.b. kleef is het gebrek aan 'power' om een juiste correlatie vast te stellen wanneer de spreiding van de scores gering is. Dat is met name bij psychotherapieschalen nogal eens het geval, en waarop, zoals straks zal blijken, dit onderzoek geen uitzondering vormt.

Lawlis en Lu (1972) bevelen daarom het gebruik van een maat voor interbeoordelings-overeenstemming (i.b.o.) aan, zodat duidelijk wordt in hoeverre verschillende beoordelaars aan een bepaald gedrag exact dezelfde score toekennen. In de door hen gegeven formule wordt de kans dat de beoordelaars het toevallig volledig met elkaar eens zijn in aanmerking genomen. Wanneer  $N$  het aantal te beoordelen items (in casu gespreksfragmenten) is en  $N_1$  het aantal overeenkomstige scores,  $N_2$  het aantal niet-overeenkomende scores,  $k$  het aantal beoordelaars,  $n$  het aantal schaalpunten en  $p$  de waarschijnlijkheid dat  $k$  beoordelaars overeenstemming bereiken louter op grond van toeval, dan kan de nulhypothese dat het gevonden overeenstemmingspercentage puur toevallig is, getoetst worden d.m.v. de formule (Lawlis & Lu, 1972):

$$\chi^2 = \frac{(N_1 - N_p - \frac{1}{2})^2}{N_p} + \frac{(N_2 - N(1-p) - \frac{1}{2})^2}{N(1-p)}$$

De chi-kwadrat verdeling heeft hierbij één vrijheidsgraad. Wanneer de nulhypothese kan worden verworpen, is de conclusie gewettigd dat de beoordelaars voldoende discriminatievermogen bezitten en dat het gevonden overeenstemmingspercentage niet aan toeval is te wijten.

De mate van overeenstemming kan vervolgens worden uitgedrukt in een T-waarde (Tinsley & Weiss, 1975), een index analoog aan Cohens kappa-coëfficiënt (Cohen, 1960), volgens de formule:

$$T = \frac{N_1 - N_p}{N - N_p}$$

Lawlis en Lu (1972) geven voor diverse waarden van  $k$  (= aantal beoordelaars) en  $r$  (= criterium voor overeenstemming) de kans ( $p$ ) aan dat een gevonden overeenstemming op toeval berust. Zo is bij een 5-puntsschaal de kans dat twee beoordelaars het volledig met elkaar eens zijn ( $r=0$ ) over een beoordeling .20. Wanneer echter ook een afwijking in het oordeel van één schaalpunt wordt beschouwd als overeenstemming ( $r=1$ ), dan wordt

de kans vergroot tot .52. Deze kanswaarde kan worden afgeleid uit de formule:

$$p = \frac{(N-1) \sum_{i=1}^{k-1} 2^{k-1} + N}{N^k}$$

Dit voorbeeld wordt hier genoemd omdat de mate van actuele empathie (ACTEMP) middels een 5-puntsschaal (Carkhuff, 1969) werd vastgesteld, waarbij voor 'overeenstemming' een marge van één schaalpunt zou gelden. Voor actueel zelfonthullend gedrag (ACTZOG) werd een 7-puntsschaal gebruikt en navenant de grens voor 'overeenstemming' bij 1½ schaalpunt ( $r=1\frac{1}{2}$ ) gelegd. Op analoge wijze kan dan worden uitgerekend dat de kans dat twee beoordelaars het 'toevallig' met elkaar eens zijn .44 bedraagt.

Met deze kennis gewapend kon worden uitgerekend dat de eerste twee beoordelaars significant met elkaar overeenstemden in hun oordeel inzake de empathische opstelling van de therapeuten (T-ACTEMP=.63;  $\chi^2=199.2$ ;  $p<.0001$ ). De twee laatste beoordelaars bleken het behoorlijk met elkaar eens te zijn wat betreft het actueel zelfonthullend gedrag van de cliënten (T-ACTZOG=.70;  $\chi^2=183.2$ ;  $p<.0001$ ).

Wanneer men niet alle beoordeelde fragmenten afzonderlijk in beschouwing neemt, maar ze per gesprek middelt, dan blijkt de overeenstemming over de toe te kennen scores per gesprek nog groter te worden. T-ACTEMP wordt dan .78, evenals T-ACTZOG. Al met al kan worden gesteld dat de beoordelaars het duidelijk met elkaar eens zijn wat betreft toe te kennen scores inzake ACTZOG en ACTEMP en dat hun scores voldoende betrouwbaar zijn om als afhankelijke variabelen in het onderzoek dienst te doen (tabel 2.8).

Het zelfonthullend gedrag van de cliënten is over de drie gesprekken heen gezien opvallend stabiel. In tegenstelling tot hetgeen men misschien zou verwachten, valt er naar verloop van tijd geen toename te constateren. Bij de derde afname (het tiende gesprek) vallen de scores in de hogere categorie – schaalwaarde 6 – zelfs behoorlijk terug (dat is trouwens ook het geval ten aanzien van schaalwaarde 4). Van een gelijkmatige verdeling van de scores over de negen gebruikte schaalwaarden is geenszins sprake. Verreweg de meeste scores vallen binnen de range 4-6. Dat wil zeggen dat de cliënten, ook reeds in het begin van de psychotherapeutische ontmoeting, in het algemeen geneigd waren persoonlijke en intieme zaken in de gesprekken aan de orde te stellen. Er bevonden zich in ieder geval geen cliënten in de steekproef die in

het geheel niets over zichzelf wilden vertellen. Van de andere kant kwam ook niemand (nog) toe aan een exploratie van zijn meest intieme gevoelens in een kritisch zelfonderzoek (schaalwaarde 7<sup>1</sup>). Wellicht was het daarvoor nog te vroeg.

Tabel 2.8. *Frequentieverdeling van de actuele zelfonthullende gedragsscores over de drie sessies (S1, S2 en S3).*

Schaal- waarde	klasse- grenzen	S1 (%)	S2 (%)	S3 (%)
2,5	2,26 - 2,75	1 ( 2,4)	0 ( 0 )	1 ( 2,7)
3	2,76 - 3,25	0 ( 0 )	0 ( 0 )	1 ( 2,7)
3,5	3,26 - 3,75	2 ( 4,9)	2 ( 5,1)	3 ( 8,1)
4	3,76 - 4,25	7 (17,1)	7 (18,0)	1 ( 2,7)
4,5	4,26 - 4,75	9 (22,0)	8 (20,5)	6 (16,2)
5	4,76 - 5,25	9 (22,0)	10 (25,6)	11 (29,7)
5,5	5,26 - 5,75	9 (22,0)	6 (15,4)	12 (32,5)
6	5,76 - 6,25	3 ( 7,3)	6 (15,4)	1 ( 2,7)
6,5	6,26 - 6,75	1 ( 2,4)	0 ( 0 )	1 ( 2,7)
N		41 (100)	39 (100)	37 (100)
M		4,8	4,9	4,9
s.d.		0,8	0,8	0,8

Ook wat betreft ACTEMP kan niet van een evenredige verdeling van de scores over alle schaalwaarden worden gesproken. Geen van de therapeuten wordt door de externe beoordelaars in de hoogste of laagste categorie gescoord. Veruit de meeste scores vallen binnen de range 2½-3½. Dit niveau komt overeen met een begrijpen van feitelijke problemen van de cliënt zonder echter de emotionele betekenis die dit voor de cliënt heeft (zie de beschrijving van de empathieschaal van Carkhuff in paragraaf 2.3.2). Carkhuff (1969) noemt dit het minimaal niveau van faciliterend interpersoonlijk functioneren. De therapeut voegt niets toe, noch doet iets af aan de communicatie-inhouden van de cliënt. Dat valt van deze doorgaans ervaren en zeer goed opgeleide psychotherapeuten wellicht tegen, hoewel Truax en Mitchell (1971) er reeds op wezen dat slechts een gering percentage professionele counselors en therapeuten gemiddeld 5 of hoger scoorden op een 9-puntsschaal voor accurate empathie (Truax & Carkhuff, 1967).

<sup>1</sup> De schaalwaarde 7 werd zelfs geen enkele keer door beide beoordelaars over een fragment toegekend.

Tabel 2.9. *Frequentieverdeling actuele empathiescores over drie sessies (S1, S2 en S3).*

Schaal- waarde	klasse- grenzen	S1 (%)	S2 (%)	S3 (%)
2	1,76 - 2,25	1 ( 2,5)	6 (15,0)	5 (13,5)
2,5	2,26 - 2,75	10 (25,0)	13 (32,5)	7 (18,9)
3	2,76 - 3,25	15 (37,5)	10 (25,0)	11 (29,7)
3,5	3,26 - 3,75	12 (30,0)	7 (17,5)	9 (24,3)
4	3,76 - 4,25	2 ( 5,0)	4 (10,0)	5 (13,5)
N		40 (100)	40 (100)	37 (100)
M		3,1	2,8	3,0
s.d.		0,5	0,6	0,6

Interessant is te zien dat in de latere gesprekken wat meer spreiding in de scores optreedt, dat wil zeggen er worden meer hogere en lagere schaalwaarden gebruikt. Kennelijk worden therapeuten in het ene geval empathischer, terwijl het empathisch gedrag bij anderen afneemt. Voor ons onderzoek zijn deze fluctuaties natuurlijk interessant. Gemiddeld genomen neemt het empathieniveau echter niet toe.

#### *De vragenlijstscores (TCV-C en TCV-T)*

In tegenstelling tot het feitelijk vertoonde gedrag van de therapiepartners, zoals door de externe beoordelaars gescoord, neemt het zelfonthullend gedrag van de cliënten en de empathie van de therapeuten in de beleving van betrokkenen zelf wel degelijk toe. Dit kan worden opgemaakt uit tabel 2.10 waar de frequentieverdeling van de scores op de betreffende subschalen van de Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV) wordt weergegeven.

Het verschil in gepercipieerd zelfonthullend gedrag tijdens het tweede gesprek (PERZOG1) en het tiende gesprek (PERZOG3) is significant ( $t=2.48$ ;  $df=99$ ;  $p<.01$ ), evenals de toename van de gepercipieerde empathie (PEREMP) over die gesprekken ( $t=1.77$ ;  $df=99$ ;  $p<.05$ ).

Dat er volgens de externe beoordelaars geen, maar volgens de betrokkenen zelf wel sprake is van een toename in het zelfonthullend respectievelijk het empathische gedrag, illustreert nog eens het probleem dat men in psychotherapieonderzoek tegenkomt van de weinig convergente oordelen bij gebruikmaking van verschillende informatiebronnen (Cartwright, Kirtner & Fiske, 1963; Lambert & Hill, 1994). De correlatiecoëfficiënten tussen de actuele maat (= het externe oordeel) en de gepercipieerde (= het oordeel van de betrokkenen) zijn dan ook laag (zie tabel 2.11).

Tabel 2.10. *Frequentieverdeling scores gepercipieerd zelfonthullend gedrag (PERZOG) en gepercipieerde empathie (PEREMP) op drie verschillende tijdstippen.*

Score	PERZOG 1		PERZOG 2		PERZOG 3		PEREMP 1		PEREMP2		PEREMP 3	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
10 - 12	2	(3,7)	1	(2,0)	1	(2,1)	-	-	-	-	-	-
13 - 15	4	(7,4)	6	(12,1)	2	(4,3)	4	(7,0)	-	-	1	(2,3)
16 - 18	13	(24,1)	10	(20,4)	9	(19,1)	7	(12,3)	10	(20,0)	5	(11,4)
19 - 21	11	(20,4)	6	(12,2)	7	(14,9)	12	(21,1)	8	(16,0)	2	(4,5)
22 - 24	18	(33,3)	11	(22,4)	12	(25,5)	15	(26,3)	12	(24,0)	15	(34,1)
25 - 27	4	(7,4)	9	(18,4)	11	(23,4)	10	(17,5)	13	(26,0)	11	(25,0)
28 - 30	2	(3,7)	6	(12,2)	5	(10,6)	9	(15,8)	7	(14,0)	10	(22,7)
N	54	(100)	49	(100)	47	(100)	57	(100)	50	(100)	44	(100)
M	20,2		21,3		22,3		22,6		23,1		24,1	
s.d.	4,0		4,9		4,5		4,4		3,9		4,0	

Tabel 2.11. *Correlaties oordeel externe beoordelaars en betrokkenen zelf.*

	PERZOG1	PERZOG2	PERZOG3	PEREMP1	PEREMP2	PEREMP3
ACTZOG1	.11			ACTEMP1	.14	
ACTZOG2		.16		ACTEMP2	.26	
ACTZOG3			.21	ACTEMP3		-.14

Wat betreft de *totaalscores* op de TCV (zie tabel 2.12) is de *toename* over de drie afnames in de therapeutversie (TCV-T) significant ( $t=3.04$ ;  $df=109$ ;  $p<.005$ ). De scores op de cliëntversie (TCV-C) nemen weliswaar ook gestaag toe, maar de toename is hier niet significant.

De stijging van de gemiddelde vragenlijstscores kan op twee manieren worden geïnterpreteerd:

1. men is in het algemeen de (relatie met de) gesprekspartner (cliënt c.q. therapeut) meer gaan waarderen, en/of
2. de ontevreden hebben het therapeutisch contact voortijdig beëindigd, waardoor de lagere scores uit de steekproef zijn verdwenen.

In hoeverre deze laatste verklaring steekhoudend is, zal moeten blijken wanneer we de contactbrekers in onze steekproef aan een nadere beschouwing onderwerpen.

Tabel 2.12. *Frequentieverdeling totaalscores Therapeutische Contact Vragenlijst van therapeuten en cliënten.*

Score	TCV-T 1		TCV-T 2		TCV-T 3		TCV-C 1		TCV-C 2		TCV-C 3	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
- 50	2	( 3,7)	2	( 4,1)	0	( 0)	1	( 1,8)	0	( 0,0)	1	( 2,3)
51 -60	5	( 9,3)	8	(16,3)	4	( 8,5)	4	( 7,0)	3	( 6,0)	3	( 6,8)
61 -70	17	(31,5)	5	(10,2)	8	(17,0)	6	(10,5)	5	(10,0)	2	( 4,5)
71 -80	21	(38,9)	18	(36,7)	13	(27,7)	20	(35,1)	14	(28,0)	10	(22,7)
81 -90	8	(13,0)	11	(22,4)	14	(29,8)	17	(29,8)	18	(36,0)	20	(45,5)
91 -100	2	( 3,7)	5	(10,2)	8	(17,0)	9	(15,8)	10	(20,0)	8	(18,2)
N	54	(100)	49	(100)	47	(100)	57	(100)	50	(100)	44	(100)
M	70,7		74,8		77,9		78,4		80,7		81,4	
s.d.	11,6		12,9		12,2		11,1		10,2		11,4	

### *Contactbreuk*

Acht van de 63 cliënten bij wie voor de aanvang van de therapie een REP-Grid was afgenomen, bereikten om de een of andere reden niet het tiende gesprek. Een tweetal viel al af vóór het tweede gesprek, drie tussen de tweede en zesde zitting en drie cliënten trokken zich na het zesde gesprek terug. Niet in alle gevallen was evenwel sprake van 'contactbreuk' in de zin van een voortijdig terugtrekken uit de therapeutische relatie zonder de instemming van de therapeut. Zo was in één geval een verhuizing van de cliënt oorzaak van een vroegtijdige beëindiging van de therapeutische relatie (na twee gesprekken). Bij een ander werd de therapie na de eerste ontmoeting met de therapeut op diens initiatief omgezet in een partner-relatie therapie. Zo iets kan natuurlijk niet als contactbreuk worden aangemerkt. Twijfelachtig is het geval, waarbij de cliënt na het tweede gesprek zei geen therapie meer nodig te hebben, omdat hij tijdens de vakantieperiode elders in behandeling was gegaan. Daarentegen is voor ons wel een echte contactbreker de cliënte die na acht gesprekken geen verdere therapie meer nodig achtte, terwijl haar therapeut daar een ander idee over had. Aldus komen we in totaal, inclusief het genoemde twijfelachtige geval, uit op zes contactbrekers.

Deze zes personen blijken naar rato afkomstig uit de drie onderzoekspopulaties: een tweetal behoorde tot het Amsterdamse bestand, drie waren in therapie bij het I.M.P.-den Haag en één bij een VU-therapeut. Wat betreft hun leeftijd en sekse vielen zij niet uit de toon bij de overige cliënten. Evenmin vertoonden de therapeuten in dit opzicht opmerkelijke verschillen. Kortom, de groep contactbrekers lijkt een getrouwe afspiegeling van het onderzoeksbestand.

Wat betreft het zelfonthullend gedrag van de uitvallers (ACTZOG) en de empathie van hun therapeuten (ACTEMP) zijn nauwelijks gegevens voor-

handen. Slechts van één therapie – die na het zesde gesprek werd afgebroken – werden zowel het tweede als het zesde gesprek op geluidsband opgenomen en door de externe beoordelaars op ACTZOG en ACTEMP gescoord. Noch de ACTZOG-scores (beide keren exact 4.75), noch de ACTEMP-scores (respectievelijk 2.88 en 3.83) wijken af van de betreffende gemiddelde scores (zie tabellen 2.8 en 2.9). Van een andere voortijdig beëindigde relatie kon alleen het tweede gesprek op de band worden vastgelegd. In dit geval lag de ACTZOG-score wat aan de hoge kant (5.33) terwijl de ACTEMP-score (2.63) enigszins beneden het gemiddelde (3.1) bleef. Uiteraard zijn deze gegevens te gering om er een conclusie aan te kunnen verbinden.

Van de meeste van de zes gestrande therapieën zijn wel vragenlijstscores (TCV) beschikbaar. Het blijkt dan (zie tabel 2.13) dat het oordeel van de contactbrekers over de kwaliteit van het therapeutisch contact iets minder gunstig uitvalt dan dat van de overige cliënten. Het wordt er na de zesde sessie gemiddeld ook niet beter op in tegenstelling tot de overige cliënten. Eenzelfde, maar dan nog iets geprononceerder beeld leveren de oordelen van de therapeuten op, die na de tweede afname gemiddeld zelfs lager zijn gaan scoren. Wellicht houden hun lagere scores verband met het zelfonthullend gedrag van de cliënten dat na zes gesprekken in hun ogen vermindert. Omgekeerd zijn de cliënten ook minder te spreken over het empathisch gedrag van hun therapeuten, hetgeen tot de conclusie leidt dat zowel de contactbreker als diens therapeut het erbij lijken te laten zitten.

Tabel 2.13. Scores contactbrekers en hun therapeuten ten aanzien van het therapeutisch contact (TCV), gepercipieerde empathie (PEREMP) en zelfonthullend gedrag (PERZOG) bij de eerste en tweede afname.

	TCV-C1	TCV-C2	TCV-T1	TCV-T2	PEREMP1	PEREMP2	PERZOG1	PERZOG2
Contactbrekers	76.7 (n=6)	76.7 (n=6)	65.0 (n=4)	62.7 (n=3)	21.8 (n=6)	20.3 (n=6)	20.8 (n=4)	17.7 (n=3)
Overigen	78.4 (n=57)	80.7 (n=50)	70.7 (n=54)	74.8 (n=49)	22.6 (n=57)	23.1 (n=50)	20.2 (n=54)	21.3 (n=49)

#### *Toetsing van de hypothesen*

Over het mogelijke waarom van de hierboven geconstateerde teloorgang werd door ons de volgende hypothese opgesteld:

*H1: Bij een voortijdig afgebroken therapeutische relatie heeft de cliënt de therapeut meer als een Externe Ander dan als een Persoonlijke Ander ervaren.*

In tabel 2.14 zijn, voorzover aanwezig, beide perceptiescores op drie verschillende momenten weergegeven: vóór aanvang van de therapie (TPA-0, TEA-0; het ging hierbij dus om een 'attractief' geachte therapeut) en na twee (TPA-1, TEA-1), respectievelijk zes therapiegesprekken (TPA-2, TEA-2). Op het eerste gezicht is duidelijk dat de gestelde hypothese niet opgaat. In vier van de vijf gevallen is  $TPA-1 > TEA-1$  en in twee van de drie gevallen is  $TPA-2 > TEA-2$ . Alleen cliënt AP2 beoordeelt op beide tijdstippen zijn therapeut meer als een Externe Ander, zoals we ten aanzien van een contactbreker ook hadden verwacht. Bij deze cliënt wordt de overeenkomst met de Persoonlijke Ander ook kleiner ( $TPA-2 < TPA-1$ ); de overeenkomst met zijn Externe Anderen is evenwel niet groter ( $TEA-1 > TEA-2$ ). Alle contactbrekers beschouwen een 'attractieve therapeut' overigens wel meer als een Persoonlijke Ander dan een Externe Ander ( $TPA-0 > TEA-0$ ), conform onze eerdere vooronderzoeken (Takens, 1980) en hebben daar zelfs een meer uitgesproken verwachting over dan de niet-contactbrekers ( $M=203$  tegenover  $M=162$  bij alle cliënten).

Tabel 2.14. *Perceptie door zes contactbrekers van een 'attractieve' therapeut en hun feitelijke therapeuten als een Persoonlijke respectievelijk Externe Ander (de aanduidingen in de eerste kolom betreffen de codes van de betrokken cliënten).*

Cliënt	TPA-0	TEA-0	TPA-1	TEA-1	TPA-2	TEA-2
AN1	212	122	186	168	196	146
AP2	210	204	208	218	196	198
VF2	188	153	186	179	192	163
HC2	227	175	223	171	-	-
HM2	179	176	179	166	-	-
HQ1	203	166	-	-	-	-
M	203,2	166	196,4	180,4	194,7	169

*TPA-0= Overeenkomst 'Attractieve' therapeut en Persoonlijke Anderen zoals door cliënt voorafgaand aan de therapie gepercipieerd (M=162 voor de totale groep van 63 cliënten, met een range van 98-227);*

*TEA-0= Overeenkomst 'Attractieve' therapeut en Externe Anderen zoals door cliënt; voorafgaand aan de therapie gepercipieerd (M=165 voor de totale groep van 63 cliënten, met een range van 101-225);*

*TPA-1= Overeenkomst Therapeut en Persoonlijke Anderen zoals door cliënt na het tweede gesprek gepercipieerd (M=171 voor de totale groep van 56 cliënten; range = 120-223);*



- TEA-1= Overeenkomst Therapeut en Externe Anderen zoals door cliënt na het tweede gesprek gepercipieerd (M=179 voor de totale groep van 56 cliënten; range = 101-224);*
- TPA-2= Overeenkomst Therapeut en Persoonlijke Anderen zoals door cliënt na het zesde gesprek gepercipieerd (M=167 voor de totale groep van 50 cliënten; range = 110-212);*
- TEA-2= Overeenkomst Therapeut en Externe Anderen zoals door cliënt na het zesde gesprek gepercipieerd (M=178 voor de totale groep van 50 cliënten; range = 105-219).*

Uiteraard geldt hier de beperking dat we met zeer weinig proefpersonen van doen hebben. Ook dienen we hierbij te bedenken dat in het algemeen bij de eerste afname de therapeuten nauwelijks vaker als een Persoonlijke Ander dan als een Externe Ander werden gepercipieerd (respectievelijk 30 en 26 keer; zie ook de toetsing van onze derde hypothese).

*De perceptie van een therapeut als een Persoonlijke Ander en zelfonthullend gedrag*

In onze tweede hypothese is de perceptie van een therapeut als een Persoonlijke (TPA) respectievelijk Externe Ander (TEA) in verband gebracht met het zelfonthullend gedrag van de cliënt. We veronderstelden dat:

*H2: De cliënt zal meer zelfonthullend gedrag vertonen naarmate een therapeut meer als een Persoonlijke Ander en minder als een Externe Ander wordt gepercipieerd.*

Deze hypothese kan worden onderzocht door het actueel zelfonthullend gedrag (ACTZOG) te bepalen in de conditie TPA>TEA versus de conditie TPA<TEA. In het eerste geval wordt een hoger niveau van zelfonthullend gedrag verondersteld. Vergelijking van het zelfonthullend gedrag in beide condities leert ons echter dat op geen der drie afnametijdstippen het ACTZOG-niveau significant verschilt. Ook ten aanzien van gepercipieerd zelfonthullend gedrag (PERZOG) treden geen significante verschillen op (tabel 2.15).

Dezelfde hypothese kan ook op een andere manier worden onderzocht, namelijk door de absolute waarden van TPA en TEA in ogenschouw te nemen. Bij hogere waarden van TPA (groter dan de mediaanscore) zou dan meer ACTZOG c.q. PERZOG moeten worden geconstateerd dan bij relatief lage waarden van TPA (<Md). Ten aanzien van TEA zou het omgekeerde moeten gelden. Ook deze berekeningswijze levert evenwel geen significante resultaten op.

Tabel 2.15. *Zelfonthullend gedrag in de condities TPA>TEA en TPA≤TEA.*

	ACTZOG	N	T	PERZOG	N	T
TPA-1>TEA-1	4,78	21	-.03	20,2	27	.09
TPA-1≤TEA-1	4,79	18		20,1	24	
TPA-2>TEA-2	5,07	21	1.25	22,0	30	.91
TPA-2≤TEA-2	4,73	14		20,6	16	
TPA-3>TEA-3	4,74	22	-1.86	22,1	28	.01
TPA-3≤TEA-3	5,21	12		22,1	15	

Vervolgens is gekeken naar de *veranderingen* die in de beleving van de cliënt optreden ten aanzien van de therapeut als een Persoonlijke Ander respectievelijk Externe Ander. Zo werd verondersteld dat:

*H3: Na verloop van tijd zal de therapeut door de cliënt meer als een Persoonlijke Ander in tegenstelling tot een Externe Ander worden beschouwd.*

Ten eerste constateren we dat bij de eerste afname de therapeut in het algemeen nauwelijks vaker als een Persoonlijke Ander dan als een Externe Ander wordt gepercipieerd (respectievelijk 30 en 26 keer). Maar dit beeld verandert aanzienlijk bij de tweede en derde afname: TPA-2 is in 31 gevallen groter dan TEA-2 en in 19 gevallen kleiner dan TEA-2. Dit verschil is significant (Wilcoxon  $S_0=346$ ;  $n=50$ ;  $p<.05$ ); TPA-3 is in 29 gevallen groter dan TEA-3 en in vijftien gevallen kleiner dan TEA-3 ( $S_0=382$ ;  $n=44$ ;  $p<.05$ ).

De geconstateerde verschuiving kan evenwel niet worden verklaard door een toenemende overeenkomst met de Persoonlijke Anderen van de cliënt, maar wordt met name veroorzaakt door een opmerkelijke teruggang in de perceptie van de therapeut als een Externe Ander tussen het tweede (TPA-1) en zesde (TPA-2) gesprek ( $S_0=617$ ;  $n=50$ ;  $p<.01$ ). Kortom, wordt de therapeut aanvankelijk nauwelijks meer als een Persoonlijke dan als een Externe Ander ervaren, tussen het tweede en zesde gesprek wordt dit verschil pregnant en vooral veroorzaakt door een geringere perceptie als een Externe Ander.

In de volgende hypothese werd aan bovenstaande verandering een toename van het zelfonthullend gedrag van de cliënt gekoppeld:

*H4: Naar gelang er een verschuiving optreedt in de beleving van de therapeut in de richting van een Persoonlijke Ander in tegenstelling tot een Externe Ander, zal er sprake zijn van een toename in het zelfonthullend gedrag van de cliënt.*

Uit tabel 2.16 kan worden opgemaakt dat het zelfonthullend gedrag van de cliënt toe- noch afneemt op grond van een zich wijzigende perceptie van de therapeut als een Persoonlijke Ander, maar wel significant toeneemt wanneer de therapeut in de loop der gesprekken meer als een Externe Ander wordt beschouwd. Hier manifesteert zich dus een tegengestelde tendens als werd verondersteld. Wanneer het oordeel van de therapeuten omtrent het zelfonthullend gedrag in ogenschouw wordt genomen, zien we echter wel een trend in de voorspelde richting. De toename van PERZOG is echter dermate gering dat het resultaat niet significant is.

Tabel 2.16. Toename in zelfonthullend gedrag bij een verandering in de beleving van de therapeut als een Persoonlijke c.q. Externe Ander.

	toename ACTZOG	N	T	toename PERZOG	N	T
TPA-2 > TPA-1	.02	14		.89	18	
TPA-2 ≤ TPA-1	.27	19	-105	.69	26	.16
TPA-3 > TPA-2	.01	16		1.42	19	
TPA-3 ≤ TPA-2	-.20	15	76	.35	20	.91
TPA-3 > TPA-1	.07	18		2.58	24	
TPA-3 ≤ TPA-1	-.05	14	35	1.06	17	1.20
TEA-2 > TEA-1	.29	25	1.74	.69	35	
TEA-2 ≤ TEA-1	-.22	8	*	1.11	9	-.27
TEA-3 > TEA-2	.11	19	1.85	.23	22	
TEA-3 ≤ TEA-2	-.40	12	*	1.71	17	-1.26
TEA-3 > TEA-1	.20	22	1.69	1.66	29	
TEA-3 ≤ TEA-1	-.37	10	*	2.67	12	-.72

\*  $p \leq .05$

Het *aanvangsniveau* van cliënts zelfonthullend gedrag werd door ons in verband gebracht met een perceptie van de therapeut overeenkomstig een tevoren gedachte 'attractieve' therapeut:

*H5: Het aanvangsniveau van zelfonthullend gedrag van de cliënt wordt (mede) bepaald door een perceptie van de therapeut als een 'attractieve' therapeut.*

Om de betreffende hypothese te onderzoeken werden de  $T_1T_0$ -scores (die de overeenkomst tussen de therapeut en de 'attractieve' therapeut uitdrukken) langs de mediaan gesplitst in een 'hoge' en een 'lage' groep. Wanneer dit gebeurde op basis van de persoonlijke constructen van de cliënt ( $T_1T_0PC$ ) bleek – ook nu weer tegengesteld aan onze verwachting – een significant verschil: cliënten die hun therapeut op de 'attractieve' therapeut vonden lijken, vertoonden minder zelfonthullend gedrag in het tweede therapiegesprek ( $M_1=4.5$ ;  $M_2=5.0$ ;  $t=-2.44$ ;  $p<.01$ ). Gelet op de uitkomsten van de toetsing van de voorgaande hypothesen is dit onverwachte resultaat achteraf echter niet verbazingwekkend. Het lijkt er dus op dat cliënten zich inspannen om zich vooral bekend te maken tegenover een therapeut die als minder 'nabij' wordt ervaren.

Eenzelfde resultaat komt naar voren wanneer we het zelfonthullend gedrag van de cliënten beschouwen tegen de achtergrond van hun eigen ideaal-zelfbeeld. Als namelijk op analoge wijze de  $T_1I_1PC$ -scores (= de mate waarin de therapeut door de cliënt overeenkomstig zijn ideaal-zelfbeeld wordt gescoord) in een 'hoge' respectievelijk 'lage' groep worden verdeeld, blijkt een significant verschil ten aanzien van het actueel zelfonthullend gedrag in het begin van de therapeutische ontmoeting ( $ACTZOG_1=4.6$ ;  $ACTZOG_2=5.0$ ;  $t=1.76$ ;  $p<.05$ ). Kortom, cliënten lijken dus de neiging te hebben zich eerder tegenover een therapeut die als 'veraf' wordt beschouwd te onthullen dan tegenover een 'nabije' therapeut.

Tabel 2.17. *Perceptie van een therapeut conform 'attractieve' therapeut en als Persoonlijke respectievelijk Externe Ander.*

	TPA	N	T	r	TEA	N	T	r
$T_1T_0PC$ hoog	194,6	27	2.84**	.42	174,9	27	-155	-.28
$T_1T_0PC$ laag	180,4	29			186,6	29		
$T_2T_0PC$ hoog	194,0	23	2.73**	.40	166,3	23	-	-.28
$T_2T_0PC$ laag	179,5	27			181,1	27		
$T_3T_0PC$ hoog	194,6	22	1.69*	.37	171,7	22	-76	-.22
$T_3T_0PC$ laag	184,2	22			178,9	22		

Behalve een direct effect op het aanvangsniveau van het zelfonthullend gedrag kan ook een 'indirect' effect uit het onderzoeksmodel (zie paragraaf 2.4) worden afgeleid. Hiermee wordt bedoeld op de mogelijke invloed van cliënt's perceptie van zijn therapeut als een attractieve therapeut op zijn perceptie van de therapeut als een Persoonlijke Ander. Inderdaad blijkt van een derge-

lijke invloed sprake. Een verdeling van de  $T_1T_0PC$ -scores in een relatief hoge c.q. lage groep (wederom via de mediaanscores) laat in de groep met de hoogste overeenkomstsscores ook een significant hogere overeenkomst met cliënts Persoonlijke Anderen zien ( $t=2.84$ ;  $n=56$ ,  $p<.005$ ). De samenhang uitgedrukt in een correlatiecoëfficiënt bedraagt .42. Ook later in de therapie blijkt eenzelfde (significant) verband te bestaan (zie tabel 2.17).

#### *Het idealiseren van de therapeut*

Gesteld werd dat in een goed lopend therapeutisch contact de cliënt de therapeut zal gaan 'idealiseren'. Dit zou tot uitdrukking moeten komen in een perceptie van de therapeut als sterker gaan lijkend op cliënts 'attractieve therapeut':

*H6: In een goed verlopend therapeutisch contact zal de cliënt de therapeut meer overeenkomstig de tevoren gedachte 'attractieve therapeut' percipiëren.*

Om deze hypothese te onderzoeken werden als maatstaf voor een goed verlopend therapeutisch contact de scores op de cliënt-versie van de Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV) genomen. Deze werden steeds volgens de mediaanscore in een hoge en een lage groep verdeeld, waarna beide groepen vergeleken werden ten aanzien van  $TT_0PC$  (= de overeenkomst met de 'attractieve therapeut' op de persoonlijke constructen van de cliënt), respectievelijk  $TIPC$  (= de overeenkomst met het zelfideaalbeeld van de cliënt op de eigen persoonlijke constructen). De laatste vergelijking werd toegevoegd om (exploratief) na te gaan of in een goed verlopend therapeutisch contact de cliënt de therapeut meer overeenkomstig zijn eigen ideaal-zelfbeeld zal gaan percipiëren. Tabel 2.18 geeft een overzicht van de gevonden verschillen.

Opvallend is hoe systematisch cliënten die naar verhouding gunstig over het contact met hun therapeut oordelen deze als een 'attractieve therapeut' beschouwen. Dat gebeurt zowel na het tweede, zesde als tiende gesprek. Daarentegen bestaat er duidelijk minder consistentie ten aanzien van een overeenkomst met het eigen ideaal-zelfbeeld ( $TIPC$ ). Men lijkt dus niet zozeer geneigd de eigen ideaal-opvatting op de therapeut te projecteren.

Tabel 2.18. 'Idealisering' van de therapeut, dat wil zeggen de overeenkomst tussen de 'werkelijke therapeut' zoals gepercipieerd door de cliënt en zijn perceptie van een 'attractieve therapeut', op basis van de Persoonlijke Constructen van de cliënt.

Variabele	TCV-C > Md	TCV-C < Md	df	T	Mann-Whitney U
T <sub>1</sub> T <sub>0</sub> PC	58,3	54,2	50	2.35	214.5
T <sub>2</sub> T <sub>0</sub> PC	58,6	53,2	39	2.42**	128.5*
T <sub>3</sub> T <sub>0</sub> PC	60,1	54,6	35	2.13*	113.5*
T <sub>1</sub> I <sub>0</sub> PC	54,4	53,0	49	.56	298.5
T <sub>2</sub> I <sub>0</sub> PC	58,8	52,7	39	2.94**	109***
T <sub>3</sub> I <sub>0</sub> PC	58,1	55,5	35	1.12	135

\* p<.05; \*\* p<.01; \*\*\* p<.005

T<sub>1</sub>T<sub>0</sub>PC= overeenkomst perceptie therapeut na tweede gesprek en 'attractieve therapeut'

T<sub>2</sub>T<sub>0</sub>PC= overeenkomst perceptie therapeut na zesde gesprek en 'attractieve therapeut'

T<sub>3</sub>T<sub>0</sub>PC= overeenkomst perceptie therapeut na tiende gesprek en 'attractieve therapeut'

T<sub>1</sub>I<sub>0</sub>PC= overeenkomst perceptie therapeut na tweede gesprek en zelfideaalbeeld cliënt

T<sub>2</sub>I<sub>0</sub>PC = overeenkomst perceptie therapeut na zesde gesprek en zelfideaalbeeld cliënt

T<sub>3</sub>I<sub>0</sub>PC = overeenkomst perceptie therapeut na tiende gesprek en zelfideaalbeeld cliënt

#### *Het reconstrueren van cliënts constructieprocessen*

Centraal in onze opvatting ten aanzien van het therapeutaspect van 'therapeutische toegankelijkheid' staat het goed kunnen reconstrueren van cliënts constructieprocessen als voorwaarde voor een goed verlopend therapeutisch contact. Verondersteld werd (H7 en H8) dat met name een juiste reconstructie van het ideaal-zelfbeeld door de therapeut tot hogere niveaus van empathie zou leiden:

*H7: Een goede reconstructie van het zelf-ideaalbeeld van de cliënt door de therapeut zal tot een hoger empathieniveau van de therapeut leiden en minder snel tot een afbreken van de therapie door de cliënt.*

*H8: Een goede reconstructie van het zelfbeeld van de cliënt door de therapeut zal tot een lager empathieniveau van de therapeut leiden en sneller tot een afbreken van de therapie door de cliënt.*

Tabel 2.19. Reconstructie van cliënts (Ideaal)Zelfbeeld en Empathie.

Reconstructie	ACTEMP	df	T	PEREMP	df	T
RE I1 PC > 59.8	3.10	36	.23	23.3	46	.93
RE I1 PC ≤ 59.8	3.06			22.0		
RE I2 PC > 60.2	3.08	33	1.68*	23.7	36	.53
RE I2 PC ≤ 60.2	2.73			22.9		
RE I3 PC > 59.5	3.04	30	-.01	24.5	35	.12
RE I3 PC ≤ 59.5	3.04			24.3		
RE Z1 PC > 51.2	3.02	36	-.32	23.4	46	.87
RE Z1 PC ≤ 51.2	3.08			22.2		
RE Z2 PC > 53.0	3.00	33	1.19	22.7	36	-1.03
RE Z2 PC ≤ 53.0	2.74			24.1		
RE Z3 PC > 53.7	3.03	30	-.12	24.8	35	.70
RE Z3 PC ≤ 53.7	3.05			23.9		

\*  $p < .05$

RE I1 PC = reconstructie zelfideaalbeeld cliënt door therapeut na tweede gesprek

RE I2 PC = reconstructie zelfideaalbeeld cliënt door therapeut na zesde gesprek

RE I3 PC = reconstructie zelfideaalbeeld cliënt door therapeut na tiende gesprek

RE Z1 PC = reconstructie zelfbeeld cliënt door therapeut na tweede gesprek

RE Z2 PC = reconstructie zelfbeeld cliënt door therapeut na zesde gesprek

RE Z3 PC = reconstructie zelfbeeld cliënt door therapeut na tiende gesprek

ACTEMP = empathie van therapeut gescoord door externe beoordelaars

PEREMP = empathie van therapeut zoals gepercipieerd door de cliënt

Splitsing van de reconstructiescores langs de verschillende mediaanscores in relatief 'goede' c.q. 'slechte' voorspellingen door de therapeuten geeft evenwel slechts een significant resultaat ten aanzien van de reconstructie van het zelfideaalbeeld na het zesde gesprek (REI2PC; zie tabel 2.19). In het algemeen levert de toetsing van deze hypothese een tamelijk instabiel beeld op. Dit geldt al evenzeer ten aanzien van de door cliënt gepercipieerde empathie (PEREMP). De correlatiecoëfficiënten (zie tabel 2.20) maken duidelijk hoe zwak het verband tussen de variabelen is.

Tabel 2.20. *Correlaties tussen reconstructie van cliënts (ideaal)zelfbeeld en empathie.*

	ACTEMP 1	ACTEMP 2	ACTEMP 3	PEREMP 1	PEREMP 2	PEREMP 3
RE I1	-.06			.13		
RE I2		.06			-.12	
RE I3			-.10			.19
RE Z1	-.10			.02		
RE Z2		.26			-.06	
RE Z3			.09			.11

Bij dit (magere) resultaat dient men echter wel te bedenken dat in de berekeningen steeds is uitgegaan van reconstructiescores in absolute zin, zonder aanzien des persoons. Dat wil zeggen dat er niet *per therapeut* een relatief goede van een relatief slechte reconstructie werd onderscheiden, maar dat over alle scores heen telkens een 'hoge' respectievelijke 'lage' groep werd samengesteld op basis van de betreffende mediaanscore. In onze vooronderzoeken (Takens, 1978,1984; Deiters & Van der Mey, 1982; Koppenol, 1984) waren juist de *verschillen per therapeut* het uitgangspunt voor de berekeningen. Gelukkig konden deze ook op een gedeelte van ons materiaal uitgevoerd worden, aangezien zestien therapeuten met meer dan één cliënt aan dit onderzoek participeerden.

Als op die manier (non-parametrisch) getoetst wordt, blijkt de therapeut het meest empathisch (ACTEMP) te zijn tegenover de cliënt wiens zelfbeeld hij aanvankelijk het slechtst voorspelt (RE Z1 PC;  $V_0=57$ ;  $n=12$ ;  $p<.05$ ). Ook werden in die gevallen de hoogste empathiescores door de cliënt toegekend (PEREMP 1;  $V_0 =65$ ;  $n=14$ ;  $p<.05$ ). Ten aanzien van de reconstructie van cliënts *zelfideaal*beeld werden geen significante verschillen aangetroffen, ofschoon er bij de eerste afname (RE I1 PC) wel een tendens in dezelfde richting viel waar te nemen zowel inzake actuele empathie (ACTEMP 1;  $V_0=50$ ;  $n=12$ ), als ook ten aanzien van door de cliënt gepercipieerde empathie (PEREMP1;  $V_0=58$ ;  $n=14$ ).

Met enige voorzichtigheid kunnen we dus concluderen dat met name een slechte reconstructie van het zelfbeeld van de cliënt een positieve invloed lijkt te hebben op het empathieniveau van de therapeut.

Wat betreft de relatie tussen het reconstrueren van het zelf(ideaal)beeld van de cliënt en het *voortijdig afbreken* van de therapeutische relatie valt op (zie tabel 2.21) dat de therapeuten vooral de zelfbeelden van de contactbrekers aanvankelijk, dat wil zeggen na het tweede gesprek, slechter dan gemiddeld reconstrueren wanneer zij dat doen met gebruikmaking van de persoonlijke constructen van hun cliënt (REZ<sub>1</sub>PC). Vooral het zelfbeeld van één van de twee vroegste afhakers (ppn HC2) wordt slecht gereconstrueerd. De betrok-



ken therapeut kon daar al helemaal geen chocola van maken, naar het lijkt. Inzake de reconstructietaak in zijn totaliteit doet zich ten aanzien van de contactbrekers eenzelfde tendens voor als ten aanzien van de gehele groep cliënten wat betreft het verschil tussen het reconstrueren van het zelfbeeld respectievelijk het zelfideaalbeeld van de cliënt: het eerste blijkt in het begin van een therapie moeilijker dan het tweede, met name als men daarbij alleen van de persoonlijke constructen van de cliënt gebruik mag maken. Ten aanzien van de contactbrekers valt daarover na het zesde gesprek overigens moeilijk een uitspraak te doen, gelet op het geringe aantal proefpersonen (n=3).

Tabel 2.21. *Reconstructiescores ten aanzien van zelf (ideaal)beeld contactbrekers op cliënten persoonlijke constructen en de aangeboden vaste constructen (de aanduidingen in de eerste kolom betreffen de codes van de betrokken cliënten).*

Cliënt	REZ <sub>1</sub> PC	REZ <sub>2</sub> PC	REI <sub>1</sub> PC	REI <sub>2</sub> PC	REZ <sub>1</sub> VC	REZ <sub>2</sub> VC	REI <sub>1</sub> VC	REI <sub>2</sub> VC
AN1	45	41	61	51	56	55	64	58
AP2	53	62	56	60	63	56	62	59
VF2	50	56	63	65	59	52	60	57
HC2	39	-	56	-	52	-	66	-
HM2	47	-	55	-	50	-	53	-
HQ1	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale groep	50.6 (sd=6.4)	51.3 (sd=8.5)	58.6 (sd=5.2)	59.2 (sd=5.4)	48.7 (sd=8.3)	49.4 (sd=7.1)	60.1 (sd=5.8)	59.3 (sd=6.6)

REZ<sub>1</sub>PC = *Reconstructie Zelfbeeld cliënt op diens Persoonlijke Constructen na het tweede gesprek*

REZ<sub>2</sub>PC = *Reconstructie Zelfbeeld cliënt op diens Persoonlijke Constructen na het zesde gesprek*

REI<sub>1</sub>PC = *Reconstructie Ideaalzelfbeeld cliënt op diens Persoonlijke Constructen na het tweede gesprek*

REI<sub>2</sub>PC = *Reconstructie Ideaalzelfbeeld cliënt op diens Persoonlijke Constructen na het zesde gesprek*

REZ<sub>1</sub>AC = *Reconstructie Zelfbeeld cliënt op Vaste Constructen na het tweede gesprek*

REZ<sub>2</sub>AC = *Reconstructie Zelfbeeld cliënt op Vaste Constructen na het zesde gesprek*

REI<sub>1</sub>AC = *Reconstructie Ideaalzelfbeeld cliënt op Vaste Constructen na het tweede gesprek*

REI<sub>2</sub>AC = *Reconstructie Ideaalzelfbeeld cliënt op Vaste Constructen na het zesde gesprek*

*Betekenisvolheid van de (persoonlijke constructen van de) cliënt*

Net zo belangrijk als de reconstructiehypothese werd de betekenisvolheid van (de persoonlijke constructen van) de cliënt als determinant van een werkzaam therapeutisch contact beschouwd. Dit leidde tot de hypothese dat een goede reconstructie van cliënts zelf(ideaal)beeld zal afhangen van de betekenisvolheid van de persoonlijke constructen van de cliënt (*H9a*) en van de cliënt als zodanig (*H9b*):

*H9a: Voor een juiste reconstructie van cliënts zelf(ideaal)beeld zullen de persoonlijke constructen van de cliënt voor de therapeut betekenisvol moeten zijn.*

*H9b: Voor een juiste reconstructie van cliënts zelf(ideaal)beeld zal de cliënt als persoon voor de therapeut betekenisvol moeten zijn.*

Hypothese 9a werd geoperationaliseerd in termen van extreemheid in het gebruik van cliënts persoonlijke constructen bij een zelfbeoordeling door de therapeut (EXTR.PC). Deze zelfbeoordeling op cliënts constructen vond na het tweede gesprek plaats. Als maat voor extreemheid gold de afstand tussen de gegeven score (1-5) en de middenscore (3), gesommeerd over de twaalf gebruikte constructen.

Behalve dat er geen enkele correlatie tussen deze extreemheidsscores (EXTR.PC) en de reconstructie van cliënts zelf(ideaal)beeld bleek te bestaan ( $r = \text{resp. } .05 \text{ en } .01$ ), leverde zowel een parametrische (student-t-toets) als non-parametrische (Wilcoxon) toetsing van de gestelde hypothese geen significante resultaten op. Een goede reconstructie van cliënts zelf(ideaal)beeld lijkt dus niet afhankelijk te zijn van de mate waarin de persoonlijke constructen van de cliënt voor de therapeut betekenisvol zijn.

Hoe anders ligt dat ten aanzien van de betekenisvolheid van de cliënt als persoon (*H9b*). We zien dan dat de therapeuten die met meerdere cliënten in het onderzoek participeerden de zelf(ideaal)beelden van hun cliënten die zij het meest betekenisvol vonden – en die zij dus het meest extreem scoorden – aanvankelijk het best reconstrueerden (REZ1VC/REI1VC) ( $V_0$  respectievelijk 72.5 en 46 bij  $n=13$  respectievelijk  $n=10$ ; in beide gevallen is  $p < .02$ ). Bij de derde afname (REZ3VC/REI3VC) was van een omgekeerd (significant) verband sprake ( $V_0$  respectievelijk 55.5 en 51;  $n =$  respectievelijk 11 en 10;  $p$  daardoor  $< .02$  respectievelijk  $< .01$ ). Bij deze vergelijkingen is expliciet uitgegaan van de scores op de vaste, door ons aangeboden, constructdimensies (VC) om mogelijke effecten van ‘betekenisvolheid’ van de persoonlijke constructen (PC) van de cliënt voor de therapeut te vermijden.

Hoewel we vanwege het geringe aantal waarnemingen voorzichtig moeten zijn met het trekken van conclusies, lijkt het er dus op dat bij dit soort reconstructietaken betekenisvolheid van de betrokken persoon als zodanig wel van

belang is, in tegenstelling tot betekenisvolheid van de te gebruiken scoringscategorieën (in casu de persoonlijke constructen van de cliënt).

Naast een invloed van de factor 'betekenisvolheid' op de *reconstructie* van het zelf(ideaal)beeld van de cliënt kan ook een effect op het *empathisch gedrag* van de therapeut worden verwacht. Het is de moeite waard dit verband alsnog na te gaan, nu gebleken is dat 'sociality' geenszins samenvalt met het actuele empathische gedrag van een therapeut (zie blz.112). Als we dit doen en de verschillen per therapeut (ten aanzien van de verschillende cliënten) bezien, blijkt de betekenisvolheid van de persoonlijke constructen van de cliënt voor de therapeut niet samen te hangen met diens vertoonde empathie (ACTEMP-1) en ook niet met het door de cliënt waargenomen empathische gedrag (PEREMP-1). Daarentegen blijkt wederom dat betekenisvolheid van de cliënt als persoon wel van invloed is: de therapeuten die hun cliënten de meest extreme scores toekenden, vertoonden juist ten opzichte van deze cliënten de *minste* empathie (ACTEMP/ PEREMP). Dat geldt althans voor de eerste twee afnames ( $V_{L1}$  respectievelijk 48.5 en 44.5 bij een  $n=10$  respectievelijk  $n=12$ ;  $p$  respectievelijk  $<.02$  en  $<.10$ ;  $V_{L2}=30$  respectievelijk 22;  $n$  respectievelijk 9 en 6;  $p<.10$  en  $<.05$ ). We zien hierbij dus eenzelfde teneur als bij de reconstructiehypothese.

Wat betreft de mogelijke samenhang tussen de betekenisvolheid van een cliënt en een perceptie van die cliënt als (on)gelijk aan het eigen zelfbeeld van de therapeut werd de volgende hypothese gesteld:

*H10: De betekenisvolheid van een cliënt hangt samen met een perceptie van die cliënt als ongelijk aan het eigen zelfbeeld van de therapeut.*

Wederom werd een non-parametrische toetsing uitgevoerd tussen de verschillende dyades per therapeut. Dit leverde twee significante resultaten op. Ten eerste bleek dat in geval de therapeut bij aanvang van de therapie een naar verhouding geringe overeenkomst met de cliënt op diens persoonlijke constructen percipieerde (C1ZTPC) hij de cliënt veel betekenisvoller vond ( $V_R=68$ ;  $n=14$ ;  $p<.05$ ). Was de therapie eenmaal op gang gekomen, dan leek dit verband te verdwijnen om zelfs bij het tiende gesprek (C3ZTPC) in een tegengestelde richting te gaan ( $V_0=60.5$ ;  $n=12$ ;  $p<.05$ ). Betekenisvolheid van de gesprekspartner lijkt dus vooreerst ingegeven door een (gepercipieerde) discrepantie in zelfopvatting, terwijl na tien bijeenkomsten de cliënt bij een verschillend gepercipieerd zelfbeeld juist aan betekenis inboet.

De betekenisvolheid van de (persoonlijke constructen van de) cliënt zou, achteraf bezien, natuurlijk ook moeten blijken uit de scores van de therapeut op de Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV-T). Dat blijkt te kloppen: na

tien gesprekken wordt de cliënt met wie de therapeut een beter contact lijkt te hebben door deze extremer gescoord, zowel op de persoonlijke constructen van de cliënt (EXC3PC;  $V_0=66.5$ ;  $n=12$ ;  $p<.01$ ) als op de persoonlijke + aangeboden (vaste) constructen (EXC3AC;  $V_0=56.5$ ;  $n=12$ ;  $p<.05$ ).

Een andere te verwachten samenhang, ten slotte, is die tussen de betekenisvolheid van de (persoonlijke constructen van de) cliënt en het door de cliënt vertoonde zelfonthullend gedrag, met name zoals door de therapeut gepercipieerd (PERZOG). In dit opzicht werd het volgende gevonden:

1. De therapeut blijkt zichzelf extremer te scoren op de persoonlijke constructen van de cliënt (EXZTPC), wanneer de cliënt naar verhouding meer zelfonthullend gedrag vertoont in de ogen van de therapeut (PERZOG1;  $S_0=61.5$ ;  $n=13$ ;  $p<.05$ ).
2. In dat geval blijkt de therapeut tevens de cliënt op de verschillende momenten significant extremere scores toe te kennen (EXC1PC; EXC2PC; EXC3PC;  $S_0$ -waarden respectievelijk 51.5, 42.5 en 77.5 bij  $n$  respectievelijk 13, 10 en 13).
3. Een *toename* in het (gepercipieerde) zelfonthullend gedrag blijkt alleen in de laatste door ons beschouwde termijn (tussen het zesde en tiende gesprek) een toename van de extremiteit in de scores ten aanzien van de cliënt op te leveren (EXC3PC - EXC2PC; Wilcoxon  $S=43$ ;  $n=10$ ;  $p<.01$ ).

Bij deze resultaten moet overigens bedacht worden dat bij de toetsingen steeds *per therapeut* de cliënten met de grootste respectievelijk kleinste (toename in) zelfonthullend gedrag tegenover elkaar werden geplaatst. Echter, ook wanneer in absolute zin verbeteringen tegenover verslechtingen in PERZOG worden gesteld, vinden we, althans tussen het zesde en tiende gesprek, een tendens in de veronderstelde richting ten aanzien van een extreme scoring van de cliënt (EXC3PC;  $M1 = 11.13$ ;  $M2 = 9.75$ ;  $n1 = 23$ ;  $n2 = 16$ ; Wilcoxon-S-ongereleerd = 507.5). Kortom, het lijkt erop dat therapeuten in de loop der gesprekken meer betekenis gaan hechten aan de (persoonlijke constructen van de) cliënt naarmate deze meer bereid is zich tegenover de therapeut te onthullen.

#### *Empathie en zelfonthullend gedrag*

In het eerder door ons geschetste *interactionele* model van therapeutische toegankelijkheid (paragraaf 2.4) werd een invloed van het zelfonthullend gedrag van de cliënt op het empathisch gedrag van de therapeut verondersteld en, omgekeerd, een positief verband tussen de empathie van de therapeut en het zelfonthullend gedrag van de cliënt:

*H11: Er bestaat een positieve correlatie tussen het zelfonthullend gedrag van de cliënt en de empathie van de therapeut.*

Door een toename van het zelfonthullend gedrag van de cliënt zal de therapeut zich immers een beter beeld van de cliënt kunnen vormen, terwijl door een grotere empathie van de therapeut, de cliënt zich kwetsbaarder zal durven opstellen en intieme zaken aan de orde stellen.

Tabel 2.22. *Correlaties (Pearson-r) tussen zelfonthullend gedrag van de cliënt en empathie van de therapeut.*

	ACTZOG	ACTZOG1	ACTZOG2	ACTZOG3	PERZOG1	PERZOG2	PERZOG3
ACTEMP	.63						
ACTEMP1		.38			.15		
ACTEMP2			.44			.07	
ACTEMP3				.50			.24
PEREMP1		.16			-.09		
PEREMP2			.27			.00	
PEREMP3				.06			-.09

Uit tabel 2.22 blijkt wel een duidelijke samenhang tussen het *actuele* zelfonthullend gedrag van de cliënt (ACTZOG) en de *feitelijke* empathie van de therapeut (ACTEMP), dus zoals geconstateerd door de externe beoordelaars, maar geenszins tussen het door de therapeut *gepercipieerde* zelfonthullend gedrag van de cliënt (PERZOG) en de door de cliënt *ervaren* empathie van de therapeut (PEREMP). De hoge correlatie tussen beide actuele gedragingen van cliënt en therapeut kan te maken hebben met het feit dat de externe beoordelaars hun oordelen telkens op dezelfde (vijf-minuten) fragmenten baseerden, daar waar cliënten en therapeuten waarschijnlijk een veel globaler oordeel velden. Omtrent de causaliteit van de beoordelingen kan natuurlijk niets gezegd worden. Was de mate van het zelfonthullend gedrag van de cliënt bepalend voor het empathieniveau van de therapeut of leidde de empathie van de therapeut nu juist tot meer of minder zelfonthullend gedrag bij de cliënt? We weten het niet.

#### 2.4.4 Conclusies en discussie

Vatten we de resultaten van onze toetsingen samen, dan vallen er zowel aan de kant van de cliënt als aan de zijde van de therapeut twee hoofdconclusies te trekken:

1. Cliënten hebben de neiging zichzelf meer te onthullen tegenover therapeuten die zij als 'veraf' percipiëren; naarmate de therapeut als meer nabij

wordt ervaren, is er (althans na het tweede gesprek) minder zelfonthullend gedrag.

2. Therapeuten vertonen meer empathie tegenover cliënten wier zelf(ideaal)-beelden zij bij aanvang van de therapie relatief slecht kunnen reconstrueren c.q. voorspellen.

In het verlengde van het bovenstaande is gebleken dat cliënten allengs (met name tussen het zesde en tiende gesprek) hun therapeuten minder als een Externe Ander gaan beschouwen. In het begin van een therapie kan nog geen verschil worden geconstateerd wat betreft de perceptie van een therapeut als een Persoonlijke Ander c.q. Externe Ander. Contactbrekers in dit onderzoek verschilden in dit opzicht trouwens niet van de andere cliënten.

Verder blijken cliënten minder zelfonthullend gedrag te vertonen tegenover therapeuten die in het begin van de therapeutische ontmoeting als 'attractief' worden beschouwd. Cliënten die positief over het contact met hun therapeut oordelen, vinden deze naar verhouding meer op hun 'ideale therapeut' lijken. En ook: hoe positiever men over het contact wordt, des te meer gaat men de therapeut idealiseren.

Het gevonden resultaat wat betreft het therapeut-aspect van 'therapeutische toegankelijkheid' laat zich als volgt nuanceren. Geen significante relatie kon worden vastgesteld tussen het reconstrueren van het zelf(ideaal)beeld van de cliënt en het door de therapeut vertoonde en door de cliënt ervaren empathisch gedrag, althans wanneer naar de absolute niveaus van 'toegankelijkheid' wordt gekeken. Echter, wanneer in dit opzicht de verschillen per therapeut in beschouwing worden genomen, blijkt dat hoe slechter de therapeut het zelfbeeld van zijn cliënt reconstrueert, des te empathischer hij zich aanvankelijk opstelt. Deze bevinding ondersteunt de resultaten uit diverse eerder door ons uitgevoerde vooronderzoeken.

Verder blijkt een goede reconstructie van cliënt's zelf(ideaal)-beeld, in tegenstelling tot wat we verwachtten, niet afhankelijk te zijn van de mate waarin de persoonlijke constructen van de cliënt voor de therapeut betekenisvol zijn. Betekenisvolheid van de cliënt als zodanig (als persoon dus) lijkt daarentegen wel van belang.

Min of meer logisch uit het bovenstaande voortvloeiend, blijkt de therapeut naar verhouding weinig empathisch gedrag te vertonen wanneer deze de cliënt in het begin van een therapeutische relatie een betekenisvolle figuur vindt.

De therapeut ervaart een cliënt overigens betekenisvoller naarmate hij de cliënt in het begin minder op zichzelf vindt lijken. Na het tiende gesprek lijkt in dit opzicht een omkering op te treden: wanneer de cliënt verschillend aan het eigen zelfbeeld gepercipieerd blijft, dan boet hij/zij aan betekenis in. Dit laatste komt ook tot uitdrukking in de waardering van de therapeut van het

contact met de cliënt: na het tiende gesprek staat de therapeut veel positiever tegenover de cliënt wanneer de overeenkomst in zelfbeeld relatief groot is.

Verder is het zo dat de therapeut de cliënt een betekenisvoller persoon gaat vinden wanneer hij een goed therapeutisch contact met hem/haar heeft opgebouwd. Bovendien blijkt de therapeut aan de (persoonlijke constructen van de) cliënt die hij het meest zelfonthullend vindt in de loop der tijd de meeste betekenis toe te kennen, hetgeen tevens een betere reconstructie van het zelf-ideaalbeeld van de cliënt tot gevolg heeft.

De resultaten van dit onderzoek hebben ons op een aantal punten verrast, in die zin, dat we op basis van de literatuur inzake de 'matching' van cliënten met therapeuten van tegenovergestelde premissen waren uitgegaan. Maar de uitkomsten zijn, ondanks hun vaak geringe significantie, dermate consistent, en ook in lijn met de door ons uitgevoerde vooronderzoeken, dat we bovenstaande conclusies toch met een zekere stelligheid durven te trekken.

De uitspraak 'onbekend maakt onbemind' lijkt voor de therapeutische situatie dus niet zonder meer op te gaan. Integendeel eigenlijk: men lijkt zich in de respectievelijke rollen als cliënt en therapeut meer in te spannen als de ander een 'vreemd' iemand gevonden wordt. De cliënt is eerder bereid zich tegenover een therapeut die aanvankelijk als 'veraf' wordt gepercipieerd te onthullen, terwijl een cliënt de therapeut vooral aanspreekt als die er in het begin van een therapie 'geen chocola' van kan maken. Hij/zij zal dan meer geneigd zijn zich in de cliënt te verdiepen, hetgeen tot uitdrukking komt in zijn empathische gedrag.

Bij deze resultaten tekenen we aan dat we ons in dit onderzoek beperkt hebben tot zich ontwikkelende therapeutische relaties. Het onderzoeksmateriaal heeft betrekking op de eerste tien zittingen van in principe langerdurende psychotherapieën. Met name hebben we metingen verricht na het tweede, zesde en tiende gesprek. Ofschoon uit de literatuur bekend is dat de therapeutische relatie zich vaak al na de eerste zittingen zet en de kwaliteit van therapeutische relaties al vroeg in de therapie bepalend lijkt te zijn voor de uitkomst van de therapie, valt te verwachten, dat in de loop van de therapie andere wetmatigheden zullen gelden. In ons onderzoeksmateriaal troffen we dat bijvoorbeeld bij de derde afname, na het tiende gesprek dus, aan met betrekking tot overeenkomst in zelfbeeld: wanneer de cliënt verschillend aan het eigen zelfbeeld (van de therapeut) gepercipieerd blijft, dan boet hij/zij aan betekenis in. Het is jammer dat we niet over latere gegevens uit de betreffende therapieën beschikken, zodat we de verdere ontwikkeling zouden hebben kunnen uitzoeken. Wellicht dat andere onderzoekers daarover nog eens hun licht kunnen laten schijnen.

# 3

## Onderzoek over de therapeutische interactie

---

### 3.1 Inleiding

In dit derde hoofdstuk wordt verslag gedaan van onderzoek dat door ons is verricht naar de feitelijke interactie tussen de therapeut en de cliënt in het begin van een psychotherapeutisch contact. Daarbij maken we voornamelijk gebruik van het onderzoeksmateriaal dat reeds verzameld was voor het in het vorige hoofdstuk (2) gerapporteerde onderzoek naar *Therapeutische Toegankelijkheid* (paragraaf 2.4), in casu de gesprekken die op geluidsband werden vastgelegd. Het betreft een analyse van dezelfde fragmenten uit de tweede, zesde en tiende sessies, waarbij nu gekeken wordt naar de wijze waarop de therapeut en de cliënt op elkaar betrokken zijn in het proces van *zelf explicitering*.

#### 3.1.1 Het proces van zelf explicitering

Zoals al vaker naar voren is gebracht, zag Rogers (1957) de therapeutische grondhoudingen: empathie, respect en echtheid, als noodzakelijke en voldoende voorwaarden om veranderingen bij de cliënt te bewerkstelligen. Volgens Sachse (1987a,b) kan men evenwel niet volstaan met het toeschrijven van het effect van therapie uitsluitend aan de *houding* van de therapeut. Attitude-onderzoek heeft immers aangetoond dat het verband tussen houding en gedrag uiterst zwak en soms zelfs afwezig is (o.a. Fishbein, 1973). Het is dus niet gezegd dat wanneer een therapeut zich empathisch, echt en respectvol opstelt dit a) ook als zodanig door de cliënt wordt ervaren en b) zonder meer bij laatstgenoemde tot het gewenste gedrag leidt. Daarbij komt nog dat de ene therapeut er beter dan een ander in slaagt zijn houding in bijpassend



gedrag tot uitdrukking te brengen, de ene cliënt gemakkelijker dan een ander tot zelfexploratie komt, enzovoort. Het feitelijke therapeutische proces kan dus niet slechts via het vaststellen van therapeutische houdingen worden begrepen. Men zou er daarom beter aan doen om de aandacht te richten op de verbale interacties tussen therapeut en cliënt als concretisering van het therapeutisch *handelen* c.q. de *handelingsintenties* van de therapiepartners, aldus Sachse (1987b). Het zijn immers de concrete gedragingen van de therapeut die door de cliënt worden waargenomen en verwerkt. In een *gespreks*-therapie bestaat dat gedrag overwegend uit *verbale* activiteit. Vandaar dat Sachse de verbale interventies van de therapeut als de meest wezenlijke factor met betrekking tot de effectiviteit van een therapie beschouwt.

De verbale interventies als concretisering van de handelingsintenties van de therapeut vloeien direct voort uit de *taken* die therapeut en cliënt in het therapeutische proces hebben. Als belangrijkste taak van zowel de therapeut als de cliënt ziet Sachse het expliciteren van het persoonlijke referentiekader van de cliënt (Sachse, 1987a,b). Dit *expliciteren* werd elders door ons omschreven als het waarnemen en differentiëren van gevoelens en betekenissen en het inpassen daarvan in een betekenisstructuur die persoonlijk relevant is, dat wil zeggen verbonden met het innerlijke referentiekader van de cliënt (Takens, 1995). Het belang daarvan is gelegen in het feit dat cliënten vaak niet begrijpen waarom ze zich zo (rot) voelen als ze zich voelen, reageren zoals ze reageren. In een *doelgerichte* psychotherapie (Sachse, 1992) is men erop gericht cliënten inzicht in de interne determinanten van hun gedrag en cognitief-affectieve schemata te verschaffen, zodat zij (weer) in staat zijn tot 'zelfregulerend' handelen, dat wil zeggen dat zij zelf oplossingen voor hun problemen kunnen vinden, zich anders kunnen gaan voelen en gedragen. Om dit te bereiken is het nodig bestaande 'interne schemata' te activeren om deze vervolgens te onderzoeken op hun adequaatheid. 'Explicitering' reikt daarmee verder dan 'verklaren', dat wil zeggen het inpassen van een verschijnsel (gebeuren, gevoel, enzovoort) in een reeds bekende en algemeen geldende (causale) samenhang<sup>1</sup>. Veeleer zijn bij explicitering de idiosyncratische aspecten van het persoonlijke referentiekader met betrekking tot een specifieke gebeurtenis, een bepaalde persoon, of een concreet gevoel, aan bod. Als de cliënt bijvoorbeeld niet begrijpt waarom hij zich de laatste tijd zo afkerig voelt ten aanzien van zijn partner, kan door het activeren van de innerlijke schemata die de cliënt er rond zijn partner op nahoudt, inzicht verkregen worden in de determinanten van zijn gevoelens: hangen die samen met haar ei-

---

<sup>1</sup> Vandaar dat wij de voorkeur geven aan de term 'explicitering' in plaats van Sachse's 'expliceren' ('Explizierung') (Takens, 1995).

sende opstelling, haar onverwachte woedeaanvallen en/of zijn vermoeden dat ze het stiekem met een ander houdt?

Om tot de beoogde verheldering te komen zullen cliënt en therapeut een bepaalde strategie moeten volgen. De meest voor de hand liggende weg is het stellen van 'verdiepende' vragen. Sachse (1987a,b, 1992) ziet dit als de belangrijkste taak voor de therapeut, maar ook voor de cliënt. De manier waarop de cliënt zichzelf vragen stelt wordt in procestermen de *bewerkingswijze* genoemd. In de therapeutische interactie staat daar dan het *bewerkingsaanbod* van de therapeut tegenover.

### 3.1.2 De schalen voor *Bewerkingswijze* (BW) en *Bewerkingsaanbod* (BA)<sup>1</sup>

Om het niveau van explicitering te kunnen bepalen ontwierp Sachse (1988, 1990a) twee parallelle schalen voor respectievelijk cliënt- en therapeutuit-spraken. Het zijn:

- de schaal voor 'BewerkingsWijze' (BW) en
- de schaal voor 'BewerkingsAanbod' (BA).

Met behulp van deze schalen zou het mogelijk zijn om vast te stellen (Sachse, 1987b):

- in hoeverre de cliënt *zelf* bezig is zijn innerlijke referentiekader te explicite-ren;
- welk bewerkingsaanbod door de therapeut wordt gedaan en in hoeverre dit verschilt van hetgeen waarmee de cliënt op dat moment bezig is;
- in hoeverre de cliënt het bewerkingsaanbod van de therapeut accepteert, met andere woorden in hoeverre de bewerkingswijze van de cliënt beïnvloed c.q. 'gestuurd' wordt door de therapeut. We komen hier in paragraaf 3.1.3 op terug.

#### *Bewerkingswijze*

Het expliciteren kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Zo kan de cliënt een concrete gebeurtenis beschrijven, een bepaalde situatie schetsen, of vertellen wat er met hem aan de hand is. Hij bevindt zich daarmee op het *mededelingenniveau*. De cliënt kan ook zeggen wat hij van iets vindt of welke gevoelens een gebeurtenis bij hem oproept. Hij kent dan een *waardering* aan het gespreksonderwerp toe. Ten slotte kan de cliënt het onderwerp aangrijpen om iets omtrent zichzelf te verduidelijken. Hij is dan bezig zijn innerlijke referentiekader te *expliciteren*.

Deze drie hoofd niveaus, die de cliënt veelal achtereenvolgens in het therapie-proces doorloopt, laten zich nog verder detailleren. Op het mededelingenni-

---

<sup>1</sup> De uitleg van de schalen is overgenomen uit het hoofdstuk 'Een wijze van (be)werken' (Takens, 1995).

veau kan een cliënt proberen persoonlijk relevante onderwerpen te *vermijden* of er een theorie over te ontwikkelen: men is dan aan het *intellectualiseren*. Vanzelfsprekend wordt dit in een (cliëntgerichte) therapie niet als een vruchtbare activiteit beschouwd. Integendeel, het houdt de cliënt af van het verdiepen van zijn belevingen. Op het niveau van de *waardering* kan de cliënt zijn evaluatie zien als een 'objectief gegeven', dat wil zeggen volledig gekoppeld aan het onderwerp zelf ('hij is nu eenmaal een nare man'), of meer ervaren als een 'persoonlijk oordeel', gebaseerd op eigen subjectieve waarneming ('ik vind hem een nare man'). In het laatste geval heeft de cliënt duidelijk meer oog voor zijn eigen aandeel in het waarderingsproces. In het verlengde ervan kan de cliënt zich bezighouden met de *betekenis* die het gebeurde, de betrokken persoon, et cetera voor hem heeft. Dat wil zeggen, hij kan stilstaan bij de reacties, de gevoelens, die in hem worden opgeroepen. Op dit expliciteringsniveau kan de cliënt, ten slotte, niet alleen gericht zijn op de vraag wat in hem deze gevoelens doet opkomen, maar hij kan ze ook proberen te verbinden met andere aspecten van zijn innerlijke referentiekader (*integratie*).

Aldus worden acht niveaus van explicitering onderscheiden (zie Box 3.1). Bij het bepalen van het niveau van bewerking gaat het met name om *de manier waarop* de cliënt zich *hier-en-nu* met het gespreksonderwerp bezighoudt. De inhoud van het gespreksonderwerp doet in principe niet ter zake. Deze kan best intiem zijn, terwijl er in de therapeutische interactie hier en nu weinig mee gedaan wordt. De cliënt laat het bijvoorbeeld bij een beschrijving van zijn gevoelens. Daarom wordt de uitspraak: 'Ik voel me ontzettend waardeloos' als een mededeling opgevat (niveau 3), tenzij het een explicitering van een eerder naar voren gebracht gevoel/waardering betreft. Met andere woorden, het gaat om *geactualiseerde* belevingen, die in de hier-en-nu situatie van de therapie 'bewerkt' worden.

Wanneer de cliënt een gebeurtenis uit het (al dan niet recente) *verleden* aan de orde stelt, geldt ipso facto dat het bewerkingsniveau wordt bepaald door de wijze waarop de cliënt daar *nu* mee omgaat. Vertelt hij hoe hij er toen over dacht of welke gevoelens toen bij hem werden opgeroepen, dan is hij aan het beschrijven (niveau 3). Grijpt hij daarentegen de gebeurtenis van destijds aan om aan te geven wat hij er nu van vindt, of welke gevoelens nu (weer) bij hem teweeg worden gebracht, dan wordt een hogere score toegekend (niveau 4-6): de cliënt is de gebeurtenis van toen immers *nu* aan het bewerken. Zegt de cliënt bijvoorbeeld: 'Na dat telefoongesprek vorige week voelde ik me heel naar', dan is dat een *mededeling* (niveau 3); zegt hij echter: 'Als ik aan dat telefoongesprek van vorige week terugdenk, dan krijg ik weer dat nare gevoel', dan is dat een uitspraak op niveau 6. Ingewikkelder ligt het bij een uitspraak als: 'Ik was toen heel boos op jou'.

1. *Vermijding*. Betrokkene brengt niets (persoonlijk) relevants naar voren; er vindt geen bewerking van relevante inhoud hier-en-nu plaats.
2. *Intellectualisering*. Betrokkene probeert wat gezegd is te vatten in een theoretische structuur; hij maakt daarbij gebruik van algemeen beschikbare 'feitelijke' kennis en refereert niet aan zijn persoonlijke belevingswereld; 'willen weten waarom' staat voorop in plaats van '(her)beleven'. Betrokkene vraagt zich af: 'Hoe kan ik dat verklaren? Welke theorie past daarbij?'
3. *Mededeling*. Betrokkene beschrijft een concrete gebeurtenis, vertelt wat er (met hem) aan de hand is, schetst een bepaalde situatie, et cetera; betrokkene onthoudt zich daarbij echter van enig persoonlijk commentaar, dat wil zeggen hij zegt niet wat hij er nu van vindt of wat voor gevoel(ens) het gebeurde nu bij hem oproept.
4. *Waardering*. Betrokkene drukt in wat hij zegt een oordeel over iets of iemand uit; zijn waardering wordt echter als een eigenschap van het beoordeelde object beschouwd en niet zozeer als een persoonlijke evaluatie van betrokkene zelf.
5. *Persoonlijke waardering*. Betrokkene geeft zijn mening over iets of iemand; het gaat hierbij om zijn eigen persoonlijke oordeel, waardoor het innerlijke referentiekader van betrokkene impliciet aan de orde is.
6. *Betekenisverlening*. Betrokkene kent aan een gebeurtenis of situatie een bepaalde betekenis toe; hij geeft aan dat het hem iets doet, dat het gebeurde een bepaald gevoel bij hem oproept.
7. *Explicitering*. Betrokkene expliciteert (verwoordt) de betekenis van het gebeurde in relatie tot zijn innerlijke referentiekader. Aan de orde is de vraag: 'Waar komt dat gevoel bij mij precies vandaan?'
8. *Integratie*. Betrokkene legt een verband tussen het geëxpliciteerde en andere aspecten van zijn innerlijke referentiekader; stuit daarbij op bepaalde samenhangen, maar ook op tegenstrijdigheden. Uiteindelijk gaat het er om dat de reconstructies in een nieuw perspectief worden geplaatst.

Box 3.1. *Schaal voor Bewerkingswijze (Takens, 1995; naar Sachse, 1990a).*

Uit de context van het gesprek moet duidelijk worden of men hier van doen heeft met een beschrijving van een *destijds* gevoel, of dat de beleving *thans* voelbaar aanwezig is. Mogelijk maakt het zelfs deel uit van een explicitering van het innerlijke referentiekader van de cliënt, die de relatie met zijn therapeut aan het onderzoeken is.

Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn geworden dat explicitering een *actief* proces is, dat door de cliënt wordt ondernomen met een bepaald *doel*, namelijk het verhelfen van zijn innerlijke referentiekader. In dit verband is het *verschil tussen schaalwaarde 2 en 7* ook belangrijk: is de cliënt daadwerkelijk bezig zijn innerlijke referentiekader te verhelfen *op basis van een geactualiseerd gevoel*, dan wordt een 7 gegeven; als de cliënt in dit proces echter *theorieën van buiten* gebruikt, dan is het een uitspraak op niveau 2.

Soms liggen deze twee zo verschillende niveaus heel dicht bij elkaar. Men ziet de cliënt dan als het ware 'doorslaan' in het expliciteren van zijn innerlijke beleving(en), dat verwordt tot een zoeken naar een aannemelijke verklaring voor zijn gedachten en gevoelens. Zo kan de cliënt tot de conclusie komen dat 'je natuurlijk nooit boos op je zieke moeder kunt zijn'.

Opmerkelijk bij niveau 8, ten slotte, is dat de 'integratie' van het in de therapie geëxpliciteerde minstens zo vaak buiten het therapie-uur plaatsvindt als erbinnen. Dat is ook wel voorstelbaar. De cliënt neemt het besprokene in de therapie mee naar huis, laat het daar nog eens de revue passeren, waarbij zich allerhande associaties met andere aspecten van zijn referentiekader kunnen opdringen. Met andere woorden, de persoon wordt zich 'opeens' bewust van allerlei zaken die met het onderwerp verband houden. Dit is een bekend fenomeen in psychotherapie, dat zich ook wel na beëindiging van de therapie voordoet (Gallagher-Thompson, Hanley-Peterson & Thompson, 1990).

#### *Bewerkingsaanbod*

Tegenover de bewerkingswijze van de cliënt staat het bewerkingsaanbod van de therapeut. Dit bewerkingsaanbod is gericht op een verdere explicitering van de betekenis die het gespreksonderwerp voor de cliënt heeft. In het algemeen komt het erop neer dat de therapeut de cliënt verdiepende vragen stelt. Typerende vragen in dit verband zijn: 'Wat vindt u daarvan?' Of: 'Hoe voelt dat?' Hiermee beoogt de therapeut de betekenis van het gezegde bij de cliënt te actualiseren. Wanneer de *gevoelde betekenis* (vergelijk Gendlins 'felt sense'; Gendlin, 1978) geactualiseerd is, kan de cliënt uitgenodigd worden om zijn innerlijke referentiekader te expliciteren, bijvoorbeeld door hem te vragen wat in hem maakt dat hij dit zo en niet anders ervaart.

Het is goed om te benadrukken dat het bewerkingsaanbod van de therapeut prospectief, en niet retrospectief, is gedefinieerd. Dat wil zeggen, het niveau van het bewerkingsaanbod wordt bepaald door wat de cliënt er (vervolgens) mee kan doen. Zal het hem ertoe aanzetten om zijn impliciet aanwezige gevoelens daadwerkelijk te gaan ervaren? Stelt het hem in staat zijn gevoelens onder woorden te brengen? Slaagt hij er vervolgens in om ze in verband te brengen met (andere aspecten van) zijn innerlijke referentiekader? In het prospectieve karakter van het bewerkingsaanbod schuilt tevens het verschil met de empathische respons, welke betrekking heeft op hetgeen de cliënt tot dan toe naar voren heeft gebracht. Als de cliënt bijvoorbeeld vertelt in wat voor lastig parket hij zich bevindt, zou een empathische reactie van de therapeut kunnen zijn: 'Ik hoor dat je toen behoorlijk klem zat'. Een 'verdiepend' therapeutisch aanbod zou veeleer de volgende vraag zijn: 'Als je daar nu aan terugdenkt, wat voor gevoel roept dat dan bij je op?' Daar waar de empathische respons met name bedoeld is om te laten merken dat de therapeut goed aanvoelt wat er in de cliënt omgaat, is een verdiepend therapeutisch aanbod er primair op gericht de cliënt aan het werk te zetten c.q. te hou-

den. Het bewerkingsaanbod beoogt daarmee een katalyserend effect te hebben op het expliciteringsproces. In zekere zin houdt dit een sturend optreden van de therapeut in (zie paragraaf 3.1.3).

Volledig analoog aan de schaal voor bewerkingswijze van de cliënt (BW-schaal) construeerde Sachse (1988, 1990a) een schaal voor het bewerkingsaanbod door de therapeut (BA-schaal). Ook deze schaal kent acht niveaus. We geven de omschrijvingen (zie Box 3.2):

1. *Vermijding*. De therapeut gaat op een niet-relevant detail van het verhaal van de cliënt in, of hij begint over iets heel anders dan waar de cliënt op dat moment mee bezig is. In het algemeen: de therapeut inviteert de cliënt om over (op dat moment) niet persoonlijk relevante zaken te vertellen.
2. *Intellectualisering*. De therapeut zet de cliënt aan over zijn probleem te 'theoretiseren'. Of hij probeert zelf het probleem c.q. het gedrag of de beleving van de cliënt in een theoretische structuur te vatten (duiding). Daarbij wordt algemeen beschikbare 'feitelijke' kennis gebruikt en niet zozeer aangesloten bij het persoonlijke referentiekader van de cliënt.
3. *Mededeling*. De therapeut vraagt de cliënt c.q. moedigt deze aan (meer) informatie over zichzelf of over een bepaalde gebeurtenis te verschaffen, een bepaalde situatie (uitgebreider) te beschrijven, et cetera.
4. *Waardering*. De therapeut nodigt de cliënt uit om over het gespreksonderwerp een oordeel uit te spreken.
5. *Persoonlijke waardering*. De therapeut inviteert de cliënt zijn persoonlijke mening over iets of iemand te geven.
6. *Betekenisverlening*. De therapeut vraagt de cliënt naar de betekenis die een bepaalde gebeurtenis of situatie voor hem heeft; hij inviteert de cliënt aan te geven wat het hem doet, wat voor gevoel het bij hem oproept.
7. *Explicitering*. De therapeut moedigt de cliënt aan de betekenis van het gebeurde in verband te brengen met zijn innerlijke referentiekader.
8. *Integratie*. De therapeut inviteert de cliënt een relatie te leggen tussen het geëxpliciteerde en andere aspecten van zijn innerlijke referentiekader; hij moedigt de cliënt aan zijn reconstructies in een nieuw perspectief te plaatsen.

Box 3.2. *Schaal voor Bewerkingsaanbod (Takens, 1995; naar Sachse, 1990a).*

### 3.1.3 Het scoren van het bewerkingsniveau

De schalen voor bewerkingswijze c.q. -aanbod worden door Sachse beschouwd als onderdelen van een zogenaamde FINBE-analyse (Sachse, 1988, 1990a). FINBE staat dan voor het beschrijven van de Formele, INhoudelijke en BEwerkingswijze aspecten van de therapeutische interactie. Formele aspecten betreffen bijvoorbeeld de spreektijd van de cliënt en/of de therapeut,

de hoeveelheid woorden die men gebruikt, et cetera. Een inhoudelijke analyse verwijst puur naar *wat* gezegd wordt, terwijl een analyse van de bewerkingswijze betrekking heeft op de *proceskant* van het gesprek. In ons onderzoek zullen we ons met name op dit procesaspect van de therapeutische interactie richten, dus *hoe* therapeut en cliënt aan het werk zijn.

#### *Standaardzinnen en kernuitspraken*

Therapeut en cliënt vervullen in hun interactie afwisselend de rol van toehoorder en spreker. Als toehoorder verwerkt men het verbale gedrag van de ander zoals dat wordt waargenomen en geïnterpreteerd. Als spreker beoogt men de ander iets duidelijk te maken door bepaalde aspecten van de betekenisstructuur ervan onder woorden te brengen. Men refereert daarmee aan wat in de taalpsychologie wel de 'propositionele basis' van het gezegde genoemd wordt (Herrmann, 1982). Deze propositionele basis staat voor hetgeen een spreker op een gegeven ogenblik bedoelt uit te drukken. Dat kan zeer omvattend zijn, want iemand bedoelt vaak meer dan hij ineens kan zeggen. Het is dan nodig er een gedeelte uit te selecteren om te verwoorden. Dit wordt de 'semantische input' genoemd. Deze semantische input wordt vervolgens op een individuele manier, in een eigen 'taal', in bepaalde lexicale 'items' gecoëderd. Deze 'lexicale codering' is hetgeen we de spreker uiteindelijk horen zeggen. De luisteraar heeft de taak om de lexicale codering, omgekeerd, als het ware te decoderen tot de semantische input om vervolgens te kunnen begrijpen wat de spreker er vooreerst mee bedoelde uit te drukken (wat de propositionele basis oftewel de *kern* van het gezegde is). Aldus verwijst een *kernuitspraak* altijd naar de propositionele basis van de bewoordingen van de spreker.

Om bij een analyse van een gesprek de kern(en) in het verhaal van de cliënt aan te kunnen wijzen, beveelt Sachse (1988;1990a) aan de ruwe tekst (= de lexicale codering) allereerst te transformeren tot een 'standaardtekst'. De gestandaardiseerde tekstsinnen bevatten de semantische input van het gesprokene en kunnen worden beschouwd als de kleinst mogelijk af te grenzen uitspraken die grammaticaal en syntactisch nog op zichzelf staan. Hieruit kunnen vervolgens één of meer zinnen geselecteerd worden, die (tezamen) de kernuitspraak van de 'claus' vormen. Zowel bij het standaardiseren van de tekst als bij het formuleren van kernzinnen moet men erop letten dat aan de inhoud van het gezegde geen afbreuk wordt gedaan.

Voorbeelden van dit standaardiseringsproces vindt men in het hoofdstuk van deze auteur in het Praktijkboek Gesprekstherapie (Takens, 1995). Overigens, in de praktijk van het scoren van therapeutische gesprekken beperken we ons veelal tot het formuleren van kernzinnen en het scoren daarvan op respectievelijk de schalen voor BewerkingsWijze (BW) en BewerkingsAanbod (BA).

### *Betrouwbaarheid en validiteit*

Betrouwbaarheid van het FINBE systeem heeft enerzijds betrekking op (het aantal) geformuleerde standaard- respectievelijk kernuitspraken, anderzijds vooral op de mate waarin de scores op de BW- respectievelijk BA-schaal betrouwbaar zijn vastgesteld.

Sachse (1990a) wilde weten of standaard- en kernuitspraken betrouwbaar uit een ruwe tekst kunnen worden geëxtraheerd. Voor de beantwoording van deze vraag gebruikte hij 30x5 tripletten<sup>1</sup> uit de middenfase van 50 gesprekstherapieën. Dit leverde 180 cliënt- en 150 therapeutuitspraken op. Over het aantal standaarduitspraken bleken twee beoordelaars het zeer met elkaar eens: ten aanzien van cliëntuitspraken correleerden de oordelen .85 (Kendall's tau), ten aanzien van de therapeutuitspraken werd een correlatie van .93 gevonden. Ook over het aantal kernuitspraken was men het zeer eens: wat betreft de cliëntuitspraken correleerden de oordelen .88, wat betreft de therapeutuitspraken .92. Twee andere beoordelaars probeerden vast te stellen waarop de standaard- respectievelijk kernuitspraken van de therapeut betrekking hadden: op de direct daaraan voorafgaande standaard- of kernuitspraak van de cliënt, op een eerdere standaard- of kernuitspraak (= recursie) dan wel nergens op (= misverstand). De volgende overeenstemmingscoëfficiënten (Cohens Kappa) werden gevonden: .89 ten aanzien van standaarduitspraken, .95 ten aanzien van kernuitspraken, .88 ten aanzien van recursies en .81 ten aanzien van 'misverstanden'. Nog weer een andere beoordelaar werd gevraagd 50 willekeurige standaarduitspraken van zowel cliënten als therapeuten 'terug te vertalen' in ruwe teksteenheden. Een laatste beoordelaar vergeleek deze teksteenheden met de oorspronkelijke tekst van de cliënt c.q. therapeut: 84% van de cliëntuitspraken werden als inhoudelijk equivalent beoordeeld en 88% van de therapeutuitspraken. Ten slotte werden deze 50 standaarduitspraken nog eens met de bijbehorende kernuitspraak aan een tweetal beoordelaars voorgelegd met de vraag welke standaarduitspra(a)k(en) in de kernuitspraak verdisconteerd was/waren. Met betrekking tot de cliëntuitspraken was men het in 84% van de gevallen eens, met betrekking tot de therapeutuitspraken in 90% van de gevallen.

Ten aanzien van de toepassing van de BW- en de BA-schalen rapporteerde Sachse betrouwbaarheden variërend van .78 tot .93 voor de BW-schaal en van .60 tot .81 voor de BA-schaal (Sachse, 1990a;1990d;1991a; Sachse & Maus, 1991). Als verklaring voor de wat lagere betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de BA-schaal ten opzichte van de BW-schaal voerde hij aan dat gesprekstherapeuten hun bewerkingsaanbod soms (te) impliciet, dat wil zeggen

---

<sup>1</sup> Een triplet omvat een cliëntuitspraak, gevolgd door een uitspraak van de therapeut en de daaropvolgende cliëntuitspraak (C<sub>1</sub>-T<sub>1</sub>-C<sub>2</sub>).



op 'non-directieve' wijze, inbrengen (Sachse, 1990c). Anders gezegd, zij maken onvoldoende duidelijk wat zij met hun opmerkingen bedoelen. Of dit een terechte observatie is laten we hier in het midden, feit is in ieder geval dat wij in eigen onderzoeken (zie tabellen 3.1 en 3.2) nauwelijks lagere betrouwbaarheden voor de BA-schaal ten opzichte van de BW-schaal hebben aangetroffen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheidscoëfficiënten voor de BW-schaal lopen uiteen van .67 (Ziegelaar-Verweij, 1991) tot .99 (Lookman, 1993); net als bij Sachse 1990a,d;1991a,b) liggen zij doorgaans in de .80 (Olman & Renssen, 1991; Wissink, 1992; Kayser, 1993; Lookman, 1993; Silberg, 1994; Oosterling, 1999). De range van interbeoordelaarsbetrouwbaarheidscoëfficiënten voor de BA-schaal loopt van .63 (Hammink, 1997) tot .97 (Kayser, 1993; Lookman, 1993; Silberg, 1994), en verschilt daarmee nauwelijks van die met betrekking tot de BW-schaal.

Naast de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid stelde Sachse ook de test-hertestbetrouwbaarheid van de schalen vast. Zes beoordelaars die ieder twee maal 30 uitspraken met een tussenpoos van drie maanden scoorden, behaalden betrouwbaarheidsscores tussen de .83 en .89 voor de BW-schaal en tussen de .76 en .81 voor de BA-schaal (Sachse, 1990d). Sachse en Maus (1991) vermeldden voor twee beoordelaars test-hertestbetrouwbaarheidscoëfficiënten van .81 en .86 inzake de BW-schaal. Het tijdsinterval was wederom drie maanden. Sachse noemt deze cijfers elders ook (Sachse, 1991a), maar heeft het dan over een tijdsinterval van vijf maanden. Hoe dan ook, alles bij elkaar lijken de schalen zowel qua interbeoordelaars- als test-hertestbetrouwbaarheid goed te voldoen.

Met betrekking tot de *validiteit* van de schalen is het in de eerste plaats interessant te weten in hoeverre deze iets anders meten dan reeds bestaande (proces)schalen, zoals de zelfexploratie-schaal (Truax, 1961; Truax & Carkhuff, 1967) en de experiencing-schaal (Klein, Mathieu, Gendlin & Kiesler, 1969). In testtechnische termen gaat het hier dus om de 'construct'-validiteit (Drenth, 1966), in het bijzonder de 'soortgenoot'-validiteit (De Groot, 1961) van de schaal.

In een onderzoek op onze afdeling (Schreurs, 1991) werd van vijftien fragmenten (afkomstig uit twee therapiegesprekken; elk fragment duurde vijf minuten) het niveau van zelfexploratie bepaald aan de hand van de 'Tentative scale for the measurement of depth of self-exploration' (DX-schaal, Truax & Carkhuff, 1967). Twee andere beoordelaars scoorden dezelfde fragmenten op het bewerkingsniveau met behulp van de BW-schaal. Om praktische redenen werd niet het hele fragment gescoord, maar steeds twee tripletten, dat wil zeggen vier cliëntuitspraken per segment van vijf minuten. De Pearson-correlatie tussen de DX- en BW-scores bedroeg .52 ( $p < .01$ ).

Tabel 3.1. *Betrouwbaarheden BW-schaal.*

Onderzoeker(s)	Aantal beoordelaars	Aantal beoordeelde eenheden	Betrouwbaarheden
Sachse (1990a)	2	2x50 kernuitspraken	.78 tot .93 (tau)
Sachse (1990d)	6 x 2	400 tripletten	.87 tot .94
Sachse (1991a)	onbekend	onbekend	.79 tot .85
Sachse & Maus (1991)	2	648 uitspraken	.82 (Kendalls tau)
Ziegelaar-Verweij(1991)	3 (3 x 2)	58-72 kernuitspraken	.67 tot .82
Olman & Renssen(1991)	2	97 standaarduitspraken	.84 (Pearson-r)
Wissink (1992)	2	219 standaarduitspraken	.84 (Pearson-r)
Kayser (1993)	3 (3 x 2)	186 kernuitspraken	.70 tot .94
Lookman (1993)	3 (3 x 2)	173 kernuitspraken	.69 tot .99
Silberg (1994)	3 (3 x 2)	191 kernuitspraken	.69 tot .96
Silberg (1994)	3 (3 x 2)	330 standaarduitspraken	.86 tot .91
Poort (1996)	2	206 kernuitspraken	.72 (Kendalls tau)
Hammink (1997)	2	412 kernuitspraken	.71 tot .81
Oosterling (1999)	3 (3 x 2)	306 kernuitspraken	.81 (Kendalls tau)

Tabel 3.2. *Betrouwbaarheden BA-schaal.*

Onderzoeker(s)	Aantal beoordelaars	Aantal beoordeelde eenheden	Betrouwbaarheden
Sachse (1990a)	2	2x50 kernuitspraken	.71 tot .79 (tau)
Sachse (1990d)	6 x 2	400 tripletten	.79 tot .87.
Sachse (1991a)	onbekend	onbekend	.74 tot .81
Sachse & Maus (1991)	2	190 uitspraken	.60 (Kendalls tau)
Ziegelaar-Verweij(1991)	3 (3 x 2)	29-36 kernuitspraken	.66 tot .91
Olman & Renssen(1991)	2	97 standaarduitspraken	.84 (Pearson-r)
Wissink (1992)	2	108 standaarduitspraken	.84 (Pearson-r)
Kayser (1993)	3 (3 x 2)	170 kernuitspraken	.69 tot .97
Lookman (1993)	3 (3 x 2)	166 kernuitspraken	.68 tot .97
Silberg (1994)	3 (3 x 2)	180 kernuitspraken	.89 tot .97
Silberg (1994)	3 (3 x 2)	101 standaarduitspraken	.93 tot .96
Poort (1996)	2	166 kernuitspraken	.71 (Kendalls tau)
Hammink (1997)	2	280 kernuitspraken	.63 tot .81
Oosterling (1999)	3 (3 x 2)	214 kernuitspraken	.76 (Kendalls tau)

Op analoge wijze werd van achttien fragmenten uit twee (andere) therapiegesprekken het 'experiencing' niveau bepaald met behulp van de 'Patient Experiencing Scale' (PES; Klein, Mathieu, Gendlin & Kiesler, 1969) en evenzo door twee (andere) beoordelaars gescoord aan de hand van de BW-schaal. De correlatie was ook hier significant (Pearson- $r=.60$ ;  $n=18$ ;  $p<.005$ ). Er blijkt dus enige overeenkomst tussen de BW-schaal en de DX-, respectievelijk PES-schaal.

Een nagenoeg gelijke correlatie tussen de BW-schaal en de DX-schaal kwam uit het onderzoek van Sachse en Maus (1991) te voorschijn: Kendall's tau bedroeg  $.50$  ( $n=152$ ;  $p<.001$ ); de correlatie tussen de BW- en de PES-schaal viel wat lager uit ( $\tau=.47$ ;  $n=152$ ;  $p<.001$ ). Daarentegen correleerden de DX- en PES-schaal onderling veel sterker ( $\tau=.71$ ). Dit verschil in hoogte van de correlaties tussen de BW-schaal en de DX- respectievelijk PES-schaal enerzijds en de DX- en PES-schaal anderzijds, interpreteerden de onderzoekers als steun voor hun gedachte dat het bij de BW-schaal uitsluitend gaat om de bewerkingswijze, terwijl bij de DX- en de PES-schaal ook het *inhoudelijke* aspect meespeelt.

Dit belangrijke onderscheid tussen bewerkingswijze en inhoud werd door Sachse en Maus (1991) nader onderzocht door vier beoordelaars in koppels van twee maar liefst 5753(!) cliëntuitspraken op zowel inhoud als bewerkingswijze te laten scoren. Elk koppel beoordeelde de helft van de uitspraken. Tussen de inhouds- en bewerkingscores werd een (Kendall-tau) correlatie gevonden van  $.0015$  ( $p=.45$ ). Het lijkt er dus inderdaad op dat de bewerkingswijze volledig los van de inhoud van het gezegde gescoord kan worden.

Om dit verschil tussen inhoud en bewerkingswijze te illustreren vestigen we de aandacht op het volgende gespreksfragment:

- C1. Opeens moet ik aan mijn vader denken, die een paar maanden geleden is overleden. Nadat hij was begraven, was eigenlijk alles over. Ik denk daar nu vrijwel niet meer aan terug.
- T1. Wat bedoel je met dat eigenlijk alles over was?
- C2. Nou, ik had gedacht dat ik er wel verdrietig over zou zijn. Maar na de begrafenis was alles weg. Dat vind ik merkwaardig.
- T2. Je bent daar verbaasd over, zo van hoe kan dat nou?
- C3. Ja, het roept bij mij de vraag op of ik ooit wel om hem heb gegeven, of dat ik überhaupt geen verdriet kan voelen.
- T3. Want dat voel je niet.
- C3. Nee, in het geheel niet.

Qua 'experiencing' zou dit fragment geen hoge score krijgen. De cliënt is immers (nog) ver van zijn gevoelens c.q. verdriet verwijderd. En over de inhoud van zijn gevoelens omtrent (het overlijden van) zijn vader weten we ook (nog) niets. Tegelijkertijd echter maakt de cliënt zijn therapeut deelgenoot van zijn verbazing over het feit dat hij niets voelt. Op 'metaniveau'

communiceert hij daarmee terdege wel iets van een gevoel: ten minste verbazing, waar ook zorg in doorklinkt. In C3 geeft hij daar betekenis aan: 'het roept bij mij de vraag op of ik ooit wel om hem heb gegeven, of dat ik überhaupt geen verdriet kan voelen'. Qua bewerkingswijze scoort hij zodoende een 6, wat er op duidt dat hij actief betrokken is in een proces van zelfexplicitering.

Het omgekeerde kan natuurlijk ook het geval zijn. Zo kan een cliënt iets heel persoonlijks naar voren brengen, bij voorbeeld de slechte relatie met zijn echtgenote, waar hij heel 'theoretiserend' over praat: 'Ik denk dat ik steeds mijn moeder in haar zoek'. Op inhoudsniveau zou een dergelijke uitspraak wellicht een score 7 krijgen; op bewerkingsniveau echter niet meer dan een 2 ('theoretiseren').

De validiteit van een meetinstrument wordt ook wel opgehangen aan de voorspellende waarde ervan. Men spreekt dan van 'predictieve validiteit' (Drenth, 1966). Sachse en Maus onderzochten de predictieve validiteit van de BW-schaal in hun onderzoek bij 152 cliënten en 56 therapeuten (Sachse & Maus, 1991). Daarvoor parenteerden zij de hoogste scores wat betreft cliënten bewerkingswijze aan het oordeel van de therapeut over het functioneren van de cliënt na beëindiging van de therapie (ten opzichte van het begin van de therapie). De correlatie tussen deze twee maten bleek significant (Kendalls tau = .69;  $p < .001$ ). Iets lager, maar toch ook significant waren de correlaties tussen het therapeutenoordeel en de hoogste scores betreffende zelfexploratie (DX) en experiëncing (PES) (respectievelijk .56 en .57, beiden  $p < .001$ ). Ook hier weer wijst Sachse op de vermenging van het inhouds- en betrekkingaspect bij de DX- en PES-schaal, waardoor de correlaties mogelijk iets lager zijn uitgevallen. Wanneer alleen het inhoudsaspect in beschouwing wordt genomen, dan blijkt er geen significante correlatie met het therapeutenoordeel inzake het (verbeterde) functioneren van de cliënt (tau = -.081;  $p < .13$ ). Eenzelfde resultaat deed zich voor bij een gedeelte van hun oorspronkelijke steekproef (25%, dat wil zeggen 38 cliënten) waarbij een significant verband gevonden werd tussen het maximale bewerkingsniveau en de veranderingen op een persoonlijkheidsvragenlijst, in casu de FPI (Fahrenberg e.a., 1978). Deze vragenlijst meet eigenschappen als nervositeit, depressiviteit, innerlijke kalmte, geremdheid, extravertie en emotionele labiliteit. Ten aanzien van de DX-scores kon in dit opzicht geen significant verband worden vastgesteld. Hiermee was voor Sachse aangetoond dat de BW-schaal, in tegenstelling tot de DX-schaal, wel een zekere predictieve validiteit bezit.

Met betrekking tot de validiteit van de BA-schaal ontbreken gegevens van Sachse. In eigen onderzoek gingen we de relatie tussen BA-scores en het empathieniveau van de therapeut na. We veronderstelden daar een relatie tussen, omdat zowel van het bewerkingsaanbod als van de empathische opstelling

van de therapeut een faciliterende werking op het zelfexploratatieproces bij de cliënt uitgaat, althans zo is de gedachte (o.a. Truax & Carkhuff, 1967). Truax en Carkhuff (1967) definieerden accurate empathie als het vermogen van de therapeut om zich in de actuele gevoelens van de cliënt te verplaatsen en dit aanvoelen van de cliënt vervolgens te communiceren. Voor de meting van Accurate Empathie (AE) ontwierp Truax (1961) een 9-puntsschaal, oplopend van een totaal gebrek aan empathie (niveau 1) tot een nauwkeurig aanvoelen van verborgen gevoelens en emotionele nuances bij de cliënt, alsmede het communiceren daarvan (niveau 9). In onze onderzoeken maakten we doorgaans gebruik van een door De Moor (1975) gereduceerde 5-puntsschaal.

In een eerste onderzoek van Schreurs (1991) werd geen significante correlatie tussen het bewerkingsaanbod van de therapeut en diens empathisch gedrag gevonden ( $n=17$ ;  $r=-.12$ ). Een reden daarvan zou de geringe spreiding in de AE-scores kunnen zijn. Daarom werd het onderzoek door Wissink (1992) gerepliceerd op een databestand met een grotere spreiding in de AE-scores, in casu op 45 fragmenten uit vijftien therapiegesprekken. Nu werd wel een significante correlatie tussen de BA- en de AE-scores gevonden ( $r=.72$ ;  $n=45$ ;  $p<.001$ ). De mate waarin het bewerkingsaanbod *verdiepend* was, bleek ook significant met de empathische opstelling van de therapeut samen te hangen ( $r=.60$ ;  $p<.001$ ), evenals de mate waarin de therapeut inging op de kern van de voorafgaande cliëntuitspraak ( $r=.45$ ;  $p<.001$ ).

Aangezien het bij de empathie van de therapeut ook van wezenlijk belang is dat het als zodanig door de cliënt wordt gepercipieerd, werd in enkele onderzoeken het bewerkingsaanbod van de therapeut door ons ook in verband gebracht met de empathie, zoals door de cliënt waargenomen (PEREMP). Dit aspect werd gemeten met behulp van de Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV, zie hoofdstuk 2.3.3), waarvan PEREMP een van de subschalen is. Kayser (1993) vond evenwel in een analyse van 54 gespreksfragmenten, afkomstig uit achttien therapiegesprekken, geen enkel verband tussen het gemiddelde niveau van het therapeutisch bewerkingsaanbod en de door de cliënt gepercipieerde empathie. Dat vond Mangnus (1995) ook niet in een veel uitgebreidere steekproef van 177 gespreksfragmenten uit 59 therapiegesprekken. Over ongeveer hetzelfde onderzoeksmateriaal kwam Schutz (1997) tot de conclusie dat er weliswaar geen significante correlatie tussen het bewerkingsaanbod van de therapeut en de gepercipieerde empathie bestond, maar wel met het empathieniveau, zoals door externe beoordelaars was vastgesteld (ACTEMP) ( $r=.38$ ;  $n=299$ ;  $p<.001$ ). Alles bijeen lijkt er dus wel sprake van een positief verband tussen het bewerkingsaanbod dat de therapeut doet en diens empathie, zoals door externe beoordelaars aan de hand van de betreffende schaal van Truax (1961) kan worden vastgesteld, maar er bestaat geen relatie tussen het bewerkingsaanbod en de door de cliënt gepercipieerde empathie. Wellicht heeft dit te maken met de perspectiefname: het bewerkingsaanbod en de actuele empathie worden beide door externe beoordelaars

vastgesteld; onder andere Gurman (1977) en Horvath en Marx (1990) lieten zien dat de therapeut en cliënt heel verschillend tegen de therapie en de therapeutische relatie kunnen aankijken.

#### 3.1.4 Sturingseffect

Met het oog op een faciliteren van het expliciteringsproces bij de cliënt is volgens Sachse niet zozeer het absolute niveau van het bewerkingsaanbod van belang, als wel het 'relatieve bewerkingsaanbod', dat wil zeggen het aanbod *in relatie tot* het niveau waarop de cliënt op dat moment aan het werk is (Sachse & Maus, 1987). Ten opzichte van cliënt's bewerkingswijze kan het bewerkingsaanbod:

- op een *zelfde* niveau gedaan worden (bijvoorbeeld: de cliënt vertelt iets en de therapeut vraagt hem daar wat meer over te vertellen);
- op een *dieper* niveau gedaan worden (bijvoorbeeld: de cliënt vertelt iets en de therapeut vraagt hem wat hij daarvan vindt);
- op een *vlakker* niveau gedaan worden (bijvoorbeeld: de cliënt vertelt wat hij van iets vindt en de therapeut vraagt naar meer feitelijke informatie).

Een belangwekkende vraag is dan in hoeverre het bewerkingsaanbod van de therapeut van invloed is op de bewerkingswijze van de cliënt. Met andere woorden: gaat er van het bewerkingsaanbod van de therapeut een sturende werking uit en, omgekeerd, hangt de bewerkingswijze van de cliënt (mede) af van het bewerkingsaanbod van de therapeut?

Dat blijkt inderdaad het geval (Sachse 1990b,c,d; 1991a,b; 1992; Sachse & Maus, 1987;1991; Mater, 1991; Takens, 1994c; Kroese, 1996; Schutz, 1997). Een verdiepend aanbod door de therapeut leidt tot een verdiepte bewerkingswijze van de cliënt, een vervlakkend aanbod werkt een vervlakkening in de bewerkingswijze in de hand en een interventie van de therapeut op eenzelfde niveau leidt tot een ongewijzigde bewerkingswijze bij de cliënt. Daarbij geldt dat het effect van vervlakkende interventies meestal groter is dan van een verdiepend aanbod. Een bewerkingsaanbod op hetzelfde niveau als waarop de cliënt zich bevindt lijkt het minst van invloed. De cliënt kan dan 'spontaan' alle kanten uitgaan: verdiepen, vervlakken of hij kan op hetzelfde bewerkingsniveau blijven. Het sturingseffect lijkt maximaal wanneer het bewerkingsaanbod van de therapeut aansluit op een *kernuitspraak* van de cliënt; een *recursief* bewerkingsaanbod, dat inhaakt op een eerdere uitspraak van de cliënt blijkt de minste 'stuurkracht' te hebben (Sachse, 1990b,c). Verder blijkt het sturingseffect groter naarmate de cliënt zich op een dieper bewerkingsniveau bevindt (Sachse & Maus, 1991). Dat betekent dat een verdiepend bewerkingsaanbod door de therapeut juist dan een maximaal effect kan hebben. Anderzijds is het expliciteringsproces op een diep niveau natuurlijk ook gemakkelijk(er) te verstoren.

In paragraaf 3.3.2 komen we met empirische gegevens op dit sturingseffect terug en zullen dan met name ook bezien hoe Rogers een ontwikkeling in deze heeft doorgemaakt. Maar eerst zullen we in het volgende gedeelte (paragraaf 3.2) in meer algemene zin enkele empirische bevindingen met betrekking tot de bewerkingschalen presenteren.

### **3.2 Enkele empirische bevindingen**

In de eerste plaats wordt een overzicht gegeven van de verdeling van de scores op respectievelijk de schalen voor Bewerkingswijze (BW) en Bewerkingsaanbod (BA) (paragraaf 3.2.1 en 3.2.2). Een vergelijking wordt gemaakt (paragraaf 3.2.3) met de verdelingen zoals die uit eerder onderzoek van Sachse en Maus (1987) in Bochum naar voren zijn gekomen. In een meer gedetailleerde analyse wordt naar verschillen in bewerkingswijze c.q. -aanbod tussen tweede, zesde en tiende gesprekken gekeken (paragraaf 3.2.4) en wordt onderzocht of er in dit opzicht ook sprake is van een fluctuatie tijdens het therapie-uur (paragraaf 3.2.5). Daarna wordt het verband onderzocht tussen het niveau waarop cliënten en therapeuten aan het werk zijn en de ervaring van de therapeut respectievelijk de sekse van de therapeut en de cliënt, en het therapeutische referentiekader van waaruit gewerkt wordt (paragraaf 3.2.6). In een volgende paragraaf wordt aandacht geschonken aan twee belangrijke dynamische processen: de manier waarop de hogere niveaus van bewerkingswijze bereikt worden, c.q. hoe het werken op die niveaus het best in stand gehouden kan worden (paragraaf 3.3.1) en de interactie tussen de therapeut en de cliënt, met name het sturende optreden van de therapeut (paragraaf 3.3.2).

Het onderzoeksmateriaal waarop onze analyses betrekking hebben, stamt uit het project 'Therapeutische Toegankelijkheid', waarover in hoofdstuk 2 van dit proefschrift gerapporteerd werd. Aan dat onderzoeksproject werd door 63 cliënten (34 vrouwen, 29 mannen) en 37 psychotherapeuten (15 vrouwen, 21 mannen) meegedaan. Het betreft langerdurende inzichtgevende psychotherapieën vanuit een psychodynamisch en/of cliëntgericht referentiekader (>20 zittingen). Ofschoon ons geen diagnoses in strikte zin, volgens het DSM of anderszins, bekend zijn, kan gesteld worden dat de cliënten gekenmerkt worden door een lichte tot zware neurotische problematiek. Het merendeel van de therapeuten praktiseerde langer dan tien jaar.

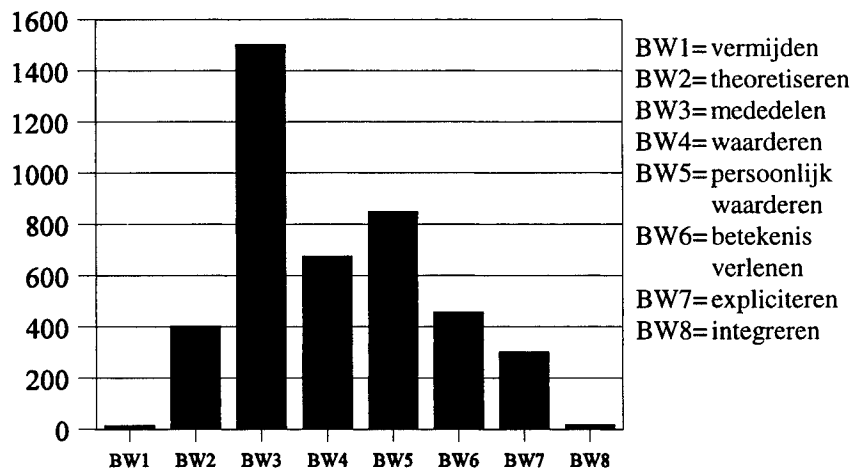
Aangezien om uiteenlopende redenen (geen medewerking, technische mankementen, slordigheid) niet alle therapieën op band konden worden vastgelegd, staan ons specifiek voor dit gedeelte van het onderzoek 104 op audiotape opgenomen gesprekken van 39 therapieën bij 20 vrouwelijke en 19 mannelijke cliënten van 20 psychotherapeuten (9 vrouwen en 11 mannen) ter beschikking. Het gaat dan steeds om drie gesprekken uit de eerste tien sessies,

in concreto om het tweede, zesde en tiende gesprek. Van 30 van de 39 therapieën is het gelukt om alle (drie) gesprekken vast te leggen; van vijf therapieën zijn twee gesprekken opgenomen, van vier therapieën is maar één gesprek beschikbaar. Aldus beschikken we over 35 opnames met betrekking tot het tweede gesprek, 36 met betrekking tot het zesde gesprek en 33 met betrekking tot het tiende therapiegesprek.

Van ieder gesprek zijn steeds drie 5-minuten fragmenten verbatim uitgeschreven (het middengedeelte uit respectievelijk het eerste, tweede en derde kwartier). Deze 312 gespreksfragmenten zijn daarna met behulp van het FINBE-systeem geanalyseerd, dat wil zeggen dat er per cliënt- c.q. therapeut-uitspraak door twee beoordelaars een of meerdere kernzinnen werden geformuleerd, waaraan vervolgens scores voor de bewerkingswijze c.q. het bewerkingsaanbod werden toegekend. Meestal was er sprake van slechts één kernzin per uitspraak, hetgeen per definitie natuurlijk ook zo bedoeld is. In die gevallen waar meerdere kernen geformuleerd waren (met name in de cliënt-uitspraken), werd in verband met het berekenen van het sturingseffect (zie paragraaf 3.3.2) daaruit één kernzin gekozen, die ons het meest 'prominent' leek, de zogenaamde *prominente kernzin*. Deze procedure leverde in totaal 4223 cliëntscores en 2887 therapeutscores op.

### 3.2.1 Bewerkingswijze

In figuur 3.1 wordt de scoreverdeling met betrekking tot de bewerkingswijze (BW) van de cliënten over alle 312 fragmenten weergegeven (n=4223).



Figuur 3.1. *Bewerkingswijzen Cliënten (n=4223).*

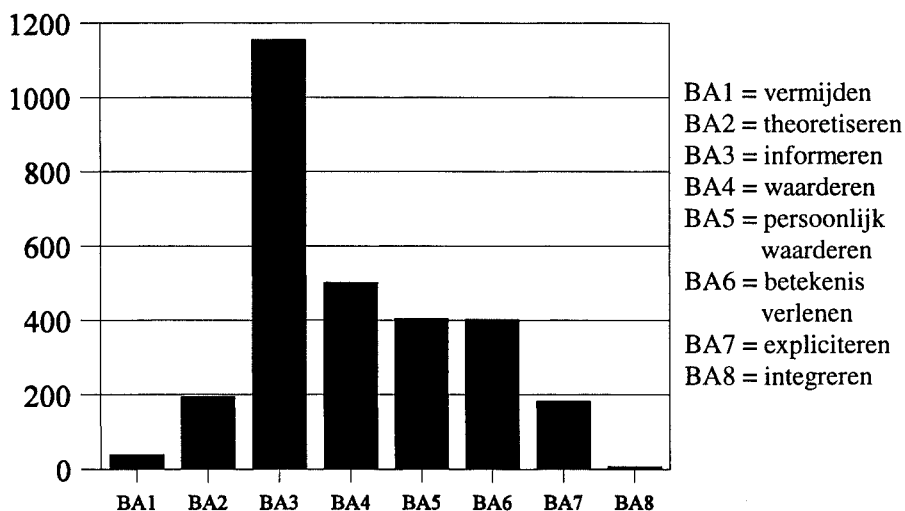


Verreweg de meeste scores vallen in de categorie 'mededelingen' (N=1503, oftewel 35,6 % van het totaal). Daarnaast wordt er door cliënten veel op 'waardering' niveau gesproken.

De categorieën BW4 ('waardering') en BW5 ('persoonlijke waardering') zijn samen ook goed voor 36% van de scores. Afgaande op het kleine aantal scores op de niveaus 7 en 8 lijken de momenten waarop er echt inzichtgevend gewerkt wordt, schaars. Een verklaring daarvoor zou kunnen zijn dat onze gegevens betrekking hebben op beginnende therapeutische relaties, waarin de cliënt nog niet zo toe is aan een explicitering van zijn innerlijke referentiekader. Anderzijds moet bedacht worden dat men niet voortdurend op hoge niveaus van explicitering kan vertoeven, zonder in een 'theoretiseren over' te vervallen (Takens, 1995). Het is daarom heel adequaat om na een moment van explicitering weer terug te keren naar een lager niveau, om van daaruit een volgende stap in het zelfexploratatieproces te zetten. Aldus is er sprake van een spiraliserend proces van verdieping.

### 3.2.2 *Bewerkingsaanbod*

In figuur 3.2 wordt de verdeling van het bewerkingsaanbod van de therapeuten weergegeven. In het algemeen zien we eenzelfde beeld als aan de kant van de cliënt.



Figuur 3.2. *Bewerkingsaanbod Therapeuten (n=2887).*

Zelfs nog wat uitgesprokener dan bij de bewerkingswijze van de cliënten wordt het meest gescoord op het mededelingenniveau (40% van de uitspraken). Niet geheel onverwacht ligt het accent bij de therapeut wat meer op ni-

veau 4 (17.35%) dan op 5 (14%). Dat heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat in deze categorieën ook de evaluerende uitspraken van de therapeut ondergebracht worden (zie Takens, 1995). Deze zal zich vanzelfsprekend wat terughoudender opstellen waar het gaat om het geven van zijn eigen persoonlijke mening (BA5). Dat er in verhouding tot de bewerkingswijze van de cliënt wat vaker een aanbod op niveau 6 (14%) wordt gedaan, doet vermoeden dat de therapeuten hun taak als 'facilitator' in het therapeutische proces serieus nemen. Zoals het hoort (Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Sachse, 1992) lijken zij, zeker in deze beginfase van de therapie, hun cliënten aan te sporen om de persoonlijke betekenis van bepaalde gebeurtenissen te onderzoeken. Daarentegen zullen de cliënten in het begin van een therapie vooral geneigd zijn hun problemen in algemene termen te vatten. Dit zou het verschil met betrekking tot niveau 2 (cliënten 9,5%; therapeuten 6,7%) kunnen verklaren.

Tamelijk opmerkelijk bij de therapeuten, ten slotte, is het naar verhouding tot de cliënten groter aantal interventies op niveau 1 (cliënten 0,4%; therapeuten 1,4%). Laten therapeuten zich dus vaker dan hun cliënten verleiden tot irrelevante uitweidingen van het gespreksonderwerp? Het ziet er naar uit, maar gelukkig doet het zich slechts bij uitzondering voor. Zo herinneren we ons een therapeut die, in reactie op zijn cliënt die iets opmerkte over het pianospel dat in de therapieruimte hoorbaar was, uitgebreid inging op de moeilijke pianolessen van zijn dochter. De beoordeling van dit gespreksfragment leverde nogal wat 1-scores op.

### 3.2.3 Een vergelijking met onderzoek uit Bochum

Hoewel de hiervoor gepresenteerde verdelingen stoelen op behoorlijk grote aantallen gegevens, kan men zich afvragen hoe 'normaal' ze toch zijn. Om dat na te gaan maken we een vergelijking met de data van de grondlegger van het scoringssysteem, Rainer Sachse uit Bochum (BRD). De data die Sachse (1992) rapporteert, vinden hun oorsprong in het onderzoek van Sachse en Maus (1987). Zij analyseerden destijds van 152 therapieën steeds het middelste gesprek. Van elk gesprek werden steeds de eerste tien tripletten na vijf gespreksminuten geanalyseerd. In totaal ging het dus om 1520 tripletten. In het onderzoek van Sachse (1992), dat als doel had de invloed van bepaalde interventiekenmerken op het sturingseffect van het bewerkingsaanbod vast te stellen, bleek van deze 1520 tripletten een 69-tal niet goed in te delen wat betreft hun interventiekenmerken. Zodoende wordt door Sachse (1992) slechts een verdeling van de overgebleven 1451 tripletten vermeld (zie tabel 3.3).

De vergelijking tussen onze onderzoeksgroep en die van Sachse laat opmerkelijke verschillen zien ten aanzien van de niveaus 2, 6 en 7 (zie tabel 3.3).

Tegenover een relatief groter aantal interventies in onze steekproef op niveaus 2 (6.7% versus 1.8%) en 7 (6.3% versus 3.6%), staat bij Sachse een relatief hoger aantal 6-scores (21.3% tegenover 14.0% in ons onderzoek). Wellicht hebben deze verschillen te maken met het therapeutisch referentiekader van waaruit gewerkt is. Sachse's steekproef bestond uitsluitend uit cliëntgerichte therapeuten, terwijl dat bij ons maar voor de helft het geval was. Voor de rest waren het voornamelijk psychoanalytisch georiënteerde therapeuten. Van cliëntgerichte psychotherapeuten mag verwacht worden dat zij naar verhouding vaker een aanbod doen op niveau 6. Zij hechten immers groot belang aan het verbaliseren van actuele gevoelens (vergelijk Gendlins 'felt sense'). Psychoanalytisch georiënteerde therapeuten, met hun nadruk op inzicht, zullen meer geneigd zijn tot een bewerkingsaanbod op niveau 2 (theoretiseren) of 7 (expliciteren). In paragraaf 3.2.6 komen we op deze verschillen met betrekking tot het therapeutisch referentiekader terug. Aan het gegeven, ten slotte, dat door onze therapeuten ook vaker een aanbod op niveau 1 werd gedaan (1.4% tegenover 0.5%), mag, gezien het geringe aantal interventies op dit niveau, geen betekenis worden verleend.

Tabel 3.3. *Bewerkingswijze (BW) en Bewerkingsaanbod (BA) in ons onderzoek en bij Sachse (1992).*

Niveau	Ons onderzoek				Sachse (1992)	
	BW	%	BA	%	BA	%
1	15	0.4	39	1.4	7	0.5
2	403	9.5	194	6.7	26	1.8
3	1503	35.6	1156	40.0	661	45.5
4	675	16.0	501	17.4	205	14.1
5	849	20.1	404	14.0	187	12.9
6	457	10.8	403	14.0	309	21.3
7	302	7.1	183	6.3	52	3.6
8	19	0.5	7	0.2	4	0.3
Totaal	4223	100	2887	100	1451	100

### 3.2.4 Verschillen tussen sessies

Zoals eerder vermeld, konden we van 30 therapieën beschikken over geluidsbanden van zowel de tweede, zesde als tiende zitting. In tabel 3.4 staan de scores met betrekking tot de *bewerkingswijze* over deze 90 gesprekken naar sessie uitgesplitst.

Een opmerkelijke teruggang valt te constateren met betrekking tot cliënt op niveau 3 (Mededelingenniveau) ( $F[2,267]=4.36$ ;  $p=.01$ ), met name tussen het tweede en zesde gesprek (van 39.7% naar 33%;  $F[1,178]=8.03$ ;  $p=.005$ ). Tussen het zesde en tiende gesprek neemt het aantal uitspraken op niveau 3 overigens weer wat toe (van 33% naar 35.3%), maar niet opvallend ( $F[1,178]=1.61$ ;  $p=.20$ ). Een meer gestage teruggang doet zich voor op niveau 5 (persoonlijke waardering) ( $F[2,267]=3.25$ ;  $p=.04$ ), waarbij met name het verschil tussen het tweede en zesde gesprek significant is ( $F[1,178]=4.26$ ;  $p=.04$ ).

Tabel 3.4. *Bewerkingswijze (BW) cliënten op drie verschillende tijdstippen: het tweede, zesde en tiende gesprek (n=90).*

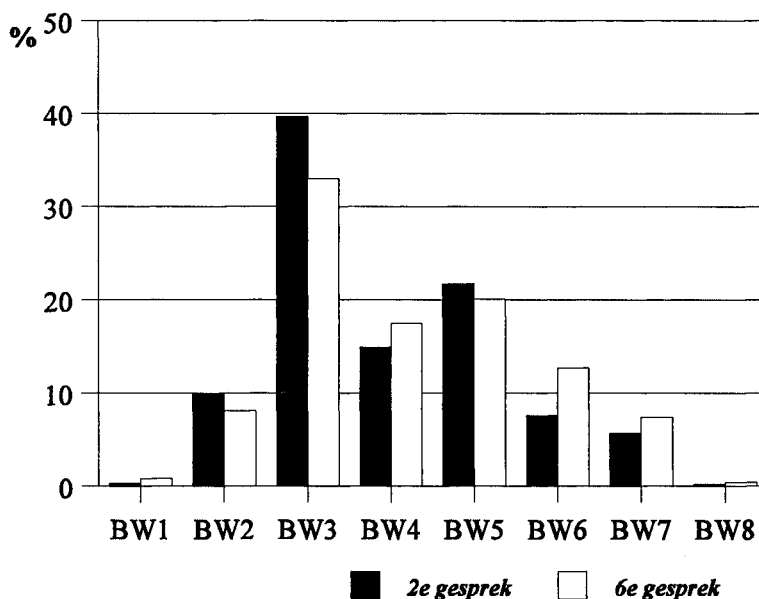
	S2	%	S6	%	S10	%	F	p
BW1	4	0.3	9	0.8	2	0.2	.69	.50
BW2	130	9.9	94	8.1	112	9.0	1.52	.22
BW3	522	39.7	382	33.0	437	35.3	4.36	.01
BW4	196	14.9	202	17.5	214	17.3	.26	.77
BW5	286	21.7	232	20.1	226	18.3	3.25	.04
BW6	100	7.6	147	12.7	134	10.8	3.02	.05
BW7	75	5.7	85	7.4	105	8.5	1.31	.27
BW8	3	0.2	5	0.4	7	0.6	.54	.58
Totaal	1316	100	1156	100	1237	100	3.38	.04

Tegenover deze afnames staat een zeer sterke toename van de bewerkingswijze op niveau 6, alweer in het bijzonder tussen het tweede en zesde gesprek (een stijging van 7.6% naar 12.7%;  $F[1,178]=5.66$ ;  $p=.02$ ). Het aantal uitspraken op niveau 7 stijgt ook voortdurend (van 5.7% naar 7.4% naar 8.5%), maar de stijging is niet significant ( $F[2,267]=1.31$ ;  $p=.27$ ). Een lineaire, maar eveneens niet significante toename doet zich ten slotte voor op niveau 8. Het geringe aantal uitspraken op dit niveau (respectievelijk 3, 5 en 7) is daar waarschijnlijk debet aan.

Al met al lijken de veranderingen wat betreft de bewerkingswijze het grootst tussen het tweede en zesde gesprek (zie figuur 3.3), waarbij we een afname zien van scores op de niveaus 2, 3 en 5 en een toename van cliëntuitspraken op de hogere niveaus (6, 7 en 8).

De gemiddelde bewerkingswijze neemt toe van 4.01 tot 4.26 ( $F[1,178]=5.89$ ;  $p=.02$ ), zodat we kunnen stellen dat er duidelijk sprake is van een verdieping van het therapeutisch proces aan de kant van de cliënt tussen het tweede en zesde gesprek. Deze verdieping zet zich echter niet voort tussen het zesde en

tiende gesprek. De bewerkingswijze neemt dan gemiddeld zelfs iets af: van  $M=4.26$  naar  $M=4.22$  ( $F[1,178]=.15$ ;  $p=.70$ ) (zie ook figuur 3.3).



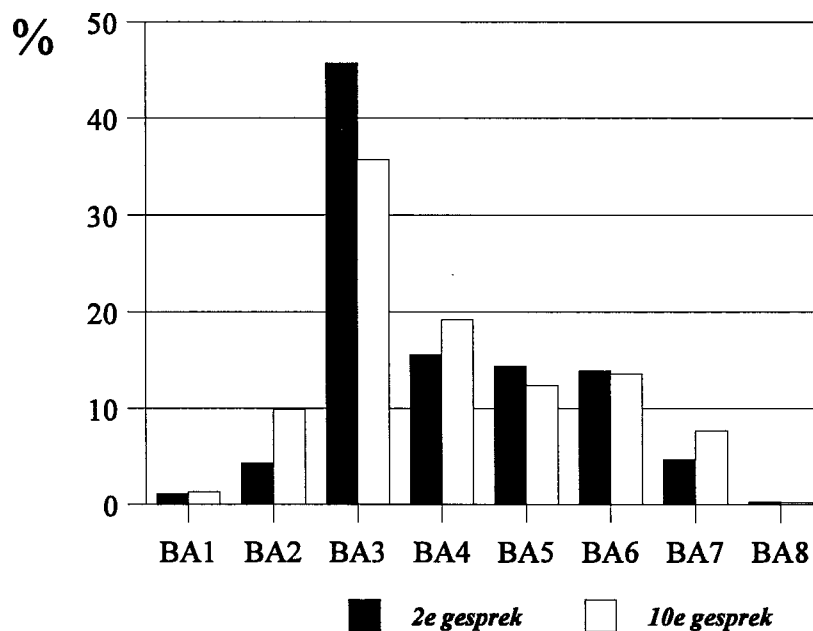
Figuur 3.3. *Bewerkingswijze tweede versus zesde gesprek.*

Met betrekking tot het *bewerkingsaanbod* door de therapeuten zien we weliswaar een toename van het gemiddelde niveau tussen het tweede ( $\bar{x}=4.08$ ) en zesde gesprek ( $\bar{x}=4.15$ ), maar deze is niet significant ( $F[1,178]=.39$ ;  $p=.53$ ). Daarna lijkt het niveau waarop een bewerkingsaanbod wordt gedaan te stabiliseren, gezien de gemiddelde score van 4.14 over alle tiende gesprekken (zie ook figuur 3.4).

Ten aanzien van de verschillende niveaus (zie tabel 3.5) springt naast de verwachte terugloop van therapeutische interventies op het Mededelingenniveau, met name tussen het tweede en zesde gesprek (van 45.7% naar 37.5%,  $F[1,178]=6.58$ ;  $p=.01$ ), de enorme toename van het aantal interventies op niveau 2 in het oog, met name tussen de zesde en tiende sessie (van 5.3% naar 9.9%,  $F[1,178]=9.61$ ;  $p=.002$ ). Tussen het tweede en tiende gesprek zijn die zelfs meer dan verdubbeld (van 4.3% naar 9.9%;  $F[2,267]=11.9$ ;  $p=.001$ ). Daar staat dan weer een toename van het bewerkingsaanbod op niveau 7 tegenover (van 4.7% naar 7.7%), maar deze toename is niet significant ( $F[2,267]=1.16$ ;  $p=.31$ ).

Tabel 3.5. *Bewerkingswijze (BA) therapeuten op drie verschillende tijdstippen: het tweede, zesde en tiende gesprek (n=90).*

	S2	%	S6	%	S10	%	F	p
BA1	10	1.1	16	2.0	11	1.3	.28	.76
BA2	39	4.3	43	5.3	86	9.9	8.11	.00
BA3	415	45.7	304	37.5	310	35.7	4.36	.01
BA4	142	15.6	161	19.9	167	19.2	.75	.48
BA5	131	14.4	124	15.3	108	12.4	.73	.48
BA6	126	13.9	108	13.3	118	13.6	.48	.62
BA7	43	4.7	52	6.4	67	7.7	1.16	.31
BA8	3	0.3	2	0.3	2	0.2	.14	.86
Totaal	909	100	810	100	869	100	.21	.81



Figuur 3.4. *Bewerkingsaanbod tweede versus tiende gesprek.*

Het lijkt er dus op dat therapeuten al vrij snel in de interactie met hun cliënten het pad van de informatieverzameling verlaten om zich meer toe te gaan leggen op het expliciteren van het innerlijke referentiekader van hun cliënten,

maar dat zij daarbij, zeker in de beginfase van de therapie, hun doel nogal eens voorbij schieten en gaan 'theoretiseren'. Zeker vanuit een cliëntgericht standpunt is dat natuurlijk niet de bedoeling.

### 3.2.5 Verschillen tijdens sessies

Valt er behalve *tussen* de gesprekken ook een onderscheid te maken tussen verschillende momenten tijdens *één en hetzelfde* gesprek? En waar komen die eventuele verschillen uit voort? In ons onderzoek analyseerden we telkens drie fragmenten per gesprek uit respectievelijk het eerste, tweede en derde kwartier (5e-10e minuut, 20e-25e minuut en 35e-40e minuut). In de tabellen 3.6 en 3.7 wordt de verdeling over de acht bewerkingsniveaus weergegeven en de toetsing van de verschillen over de drie fragmenten (ANOVA).

Tabel 3.6. *Bewerkingswijze (BW) op drie verschillende tijdstippen tijdens eenzelfde sessie (totaal 312 fragmenten).*

	Fr.1	%	Fr.2	%	Fr.3	%	F	p
BW1	4	0.3	4	0.3	7	0.5	.16	.85
BW2	118	8.0	145	10.4	140	10.4	.86	.42
BW3	543	36.6	501	35.9	459	34.1	1.41	.25
BW4	251	16.9	200	14.3	224	16.6	1.87	.16
BW5	316	21.3	283	20.3	250	18.6	2.85	.06
BW6	166	11.2	145	10.4	146	10.9	.59	.55
BW7	77	5.2	112	8.0	113	8.4	2.24	.11
BW8	7	0.5	5	0.4	7	0.5	.15	.86
Totaal	1482	100	1395	100	1346	100	.39	.68

Inspectie van de data in tabel 3.6 laat een toename zien op de niveaus 2 en 7, met name tussen het eerste en tweede kwartier. Alleen de toename op niveau 7 blijkt significant ( $F[1, 206]=4.03$ ;  $p<.05$ ). Daar staat een afname van de scores op niveaus 3-6 tegenover, die op niveau 4 tot significantie leidt ( $F[1,206]=3.95$ ;  $p<.05$ ). Tussen het tweede en derde kwartier verandert er niet veel. Er is sprake van een wat verdere teruggang op de niveaus 3 en 5, maar de vermindering is niet significant. Door de band genomen neigt alleen de verandering met betrekking tot niveau 5 over de drie fragmenten heen tot significantie ( $F[2,309]=2.85$ ;  $p=.06$ ).

Deze bevindingen zijn zoals we hadden kunnen verwachten. Het spreekt vanzelf dat cliënten pas na verloop van tijd tot een explicitering van hun in-

nerlijke referentiekader zullen geraken en daar in het gesprek niet onmiddellijk mee beginnen. Wanneer het gesprek eenmaal op gang is gekomen, zal de cliënt zijn aandacht allengs meer naar binnen richten (al dan niet gestuurd door de therapeut). Naventant zullen dan de bewerkingen op de andere niveaus afnemen. Het is daarbij interessant om te zien dat het aantal (kern)uit-spraken van de cliënt in de loop van het gesprek geleidelijk aan lijkt te dalen, wat zou passen bij de gedachte dat een verdiepend gesprek om meer stiltes en stilstaan vraagt. De afname is echter niet significant, zodat het vooralsnog niet als feit kan worden aangenomen.

Tabel 3.7. *Bewerkingsaanbod (BA) door de therapeut op drie verschillende tijdstippen in het therapiegesprek (totaal 312 fragmenten).*

	Fr.1	%	Fr.2	%	Fr.3	%	F	<i>p</i>
BA1	13	1.4	12	1.3	14	1.4	.03	.97
BA2	55	5.9	58	6.0	81	8.15	2.01	.14
BA3	397	42.8	398	41.3	361	36.3	.45	.64
BA4	161	17.3	150	15.6	190	19.1	1.70	.18
BA5	126	13.6	142	14.7	136	13.7	.32	.73
BA6	136	14.7	137	14.2	130	13.0	.07	.93
BA7	38	4.1	64	6.6	81	8.15	3.39	.03
BA8	2	0.2	3	0.3	2	0.2	.14	.87
Totaal	928	100	964	100	995	100	.59	.55

Geheel in overeenstemming met het bovenstaande zien we aan de kant van de therapeut in de loop van het gesprek een gestage en significante vermeerdering van het aantal interventies op niveau 7 bij een welhaast gelijkblijvend bewerkingsaanbod op de andere niveaus (tabel 3.7). Weliswaar zien we tussen het tweede en derde kwartier het aantal interventies op niveau 2 ook toenemen, maar deze toename is niet significant ( $F[1,206]=2.41$ ;  $p=.12$ ). Dat is tevens het geval met betrekking tot het bewerkingsaanbod op niveau 4, waarbij het verschil ook (net) niet significant is ( $F[1,206]=3.08$ ;  $p=.08$ ). Wat betreft de toename op niveau 7 (en in mindere mate op niveau 2) kunnen we ons afvragen, of dit nu juist een *gevolg* is van de verdieping bij de cliënt, of dat de therapeut met zijn/haar aanbod juist een verdiept bewerken bij de cliënt *initieert*. Met andere woorden, nemen therapeuten primair een volgende houding aan, of zijn zij geneigd middels een (verdiepend) bewerkingsaanbod het expliciteringsproces bij de cliënt in een bepaalde richting te sturen? Op dit kip-ei probleem met betrekking tot het aansturen van het therapeutisch proces, waarover Sachse al jarenlang publiceert (o.a. Sachse, 1990b,c,d), komen wij straks uitvoeriger terug (paragraaf 3.3.1). Eerst nog een laatste opmerking



bij het *aantal kernuitspraken* van de therapeuten, dat duidelijk verschilt van dat van de cliënten (vergelijk tabel 3.6 met tabel 3.7). Behalve dat het totaal aantal kernuitspraken van de therapeuten beduidend minder is dan dat van de cliënten (wat logisch is, aangezien cliënten doorgaans meer aan het woord zijn dan therapeuten) is er sprake van een tegengestelde trend, dat wil zeggen, daar waar het aantal kernuitspraken bij de cliënten in de loop van het gesprek lijkt af te nemen, neemt het bij de therapeuten juist wat toe (maar niet significant). Dat laatste is ook niet onlogisch, want waar de een aan het woord is, zal doorgaans de ander zwijgen (anders zou het tot een kakofonie leiden, zoals we in twistgesprekken wel aantreffen). En al even vanzelfsprekend lijkt het dat de therapeut zich vooral in het begin van een gesprek (nog) meer luisterend opstelt. Dat past namelijk bij de rolverdeling zoals die in cliëntgerichte en psychodynamische therapieën al dan niet expliciet is afgesproken en waar de cliënt het gesprek meestal opent met het vertellen van de laatste wederwaardigheden. Pas nadien zal de therapeut zijn inbreng hebben en wordt de cliënt verwacht meer te gaan luisteren, niet alleen naar wat de therapeut te zeggen heeft, maar vooral ook naar wat hem/haar innerlijk beweegt.

### 3.2.6 *Therapeutkenmerken*

Als het gaat om de invloed van therapeutkenmerken vast te stellen, ligt het meest voor de hand om naar variabelen als leeftijd, opleiding, ervaring en de sekse van de therapeut te kijken en natuurlijk ook naar het theoretisch referentiekader van waaruit gewerkt wordt.

Van deze variabelen zijn leeftijd, opleiding en ervaring bij voorbaat sterk gecontamineerd, aangezien de professionele vorming van de therapeut vaak pas jaren na het doctoraalexamen een aanvang neemt, vervolgens heel wat jaren vergt en de opleiding voor een niet onaanzienlijk deel bestaat uit het onder supervisie verrichten van therapieën.

In ons onderzoek werd *therapeutische ervaring* geoperationaliseerd in termen van het toegelaten zijn tot het gewone lidmaatschap van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP). Lidmaatschap van die vereniging gold in die tijd als een officieuze erkenning als psychotherapeut. Elf deelnemende therapeuten waren ten tijde van de uitvoering van het onderzoek gewoon lid van de NVP, negen waren dat (nog) niet. Het was van hen bekend dat zij wel bezig waren dat lidmaatschap te verwerven, hetgeen onder meer bleek uit het feit dat zij allen op dat moment in supervisie waren. De ervaren therapeuten waren allen gerenommeerde vaklieden, die veelal als supervisor en opleider in de beroepskring grote bekendheid genoten.

Helaas is er wat betreft de hoeveelheid ervaring sprake van een zeer scheve verdeling over de beide seksen. Slechts twee van de elf ervaren therapeuten zijn vrouwen, terwijl in de groep onervaren therapeuten maar twee man-

nen zitten. We hebben hier dus duidelijk met een ‘confounding’ variabele te maken. In de bespreking van de resultaten met betrekking tot de *sekse* van de therapeut komen we daar op terug.

Wat betreft de *theoretische oriëntatie* bleken tien therapeuten (vijf mannen en vijf vrouwen) een cliëntgerichte achtergrond te hebben, zes (één vrouw en vijf mannen) een analytische, terwijl een viertal therapeuten vanuit een ander (bijvoorbeeld systemisch) kader werkte.

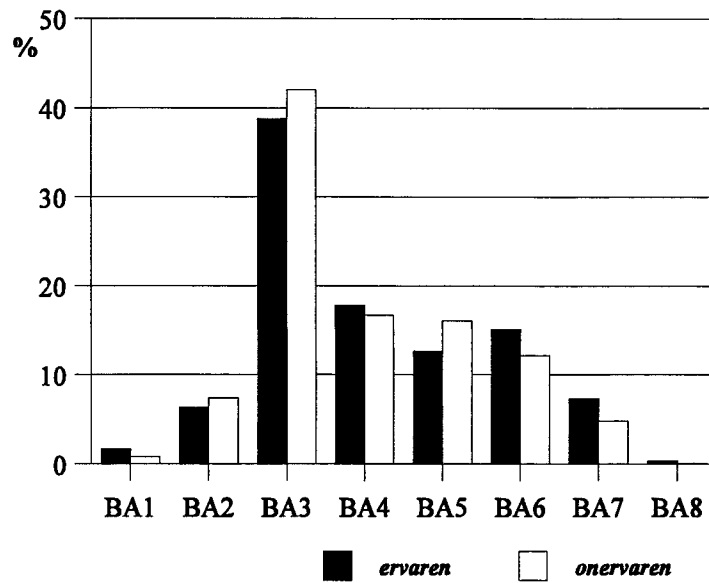
#### *Therapeutische ervaring*

De eerste vraag die we stelden was of er verschillen zijn vast te stellen tussen ervaren en onervaren therapeuten ten aanzien van het niveau waarop er doorgaans een bewerkingsaanbod wordt gedaan.

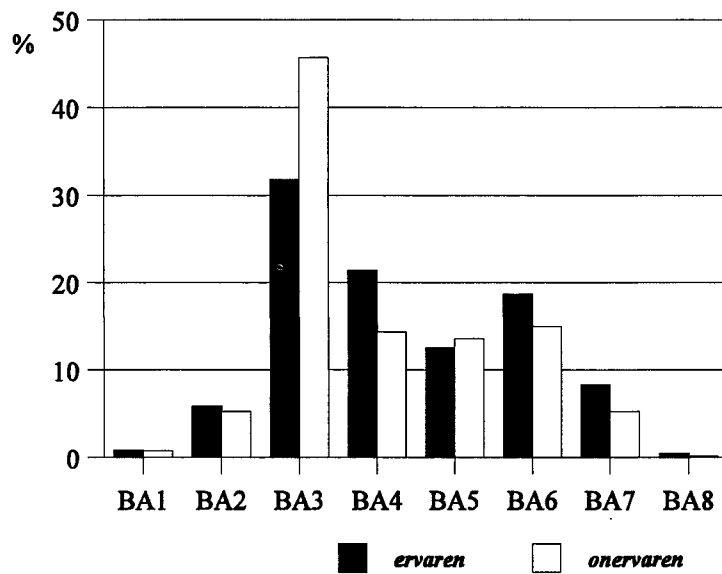
Tabel 3.8. *Bewerkingsaanbod door ervaren (n=11) en onervaren (n=9) therapeuten.*

Niveau	Ervaren		Onervaren		Ervaren vs Onervaren	
	N	%	N	%	F	p
BA1	30	1.70	9	0.80	1.71	.19
BA2	111	6.30	83	7.37	.26	.61
BA3	683	38.78	473	42.01	.03	.86
BA4	313	17.77	188	16.70	1.23	.27
BA5	223	12.66	181	16.07	2.05	.15
BA6	266	15.11	137	12.17	4.98	.03
BA7	129	7.33	54	4.80	4.04	.04
BA8	6	.34	1	0.09	2.04	.15

Uit tabel 3.8 en figuur 3.5 blijken er in dit opzicht inderdaad verschillen te bestaan. De ervaren therapeuten doen naar verhouding vaker een aanbod op de hogere niveaus, met name op niveau 6 ( $F [1;309]=4.98; p<.05$ ) en 7 ( $F[1;309]=4.04; p<.05$ ). Daarentegen scoren de onervaren therapeuten hoger op de niveaus 2, 3 en 5, maar de verschillen zijn niet significant. Bij de cliëntgerichte psychotherapeuten (zie figuur 3.6) zijn de verschillen ten aanzien van de niveaus 3 ( $F[1,156]=12.98; p<.01$ ) en 4 ( $F[1,156]=4.78; p<.05$ ) wel significant.



Figuur 3.5. *Beweringsaanbod ervaren (n=11) versus onervaren therapeuten (n=9).*

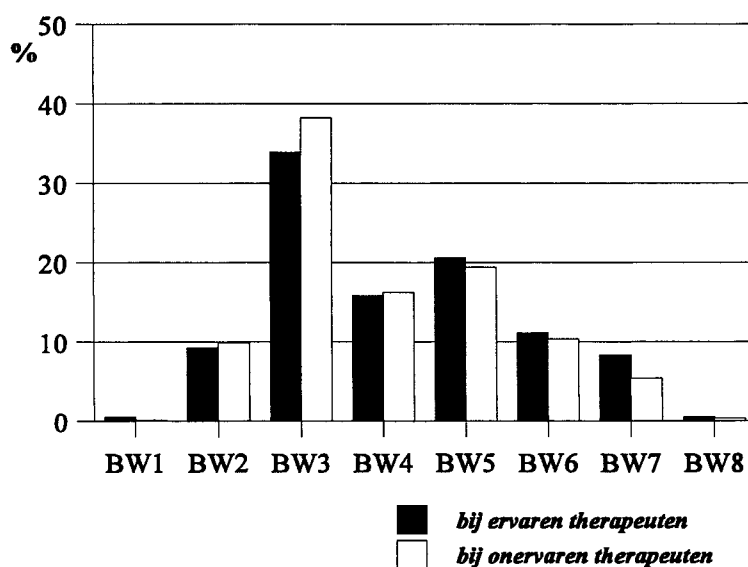


Figuur 3.6. *Beweringsaanbod ervaren (n=5) versus onervaren (n =5) cliëntgerichte therapeuten.*

Kortom, de ervaren therapeuten onderscheiden zich van hun minder ervaren collega's in het meest wezenlijke van een 'doelgerichte gesprekstherapie' (Sachse, 1992), namelijk het doen van een (ver)diep(end) bewerkingsaanbod ( $M_1=4.19$ ;  $M_2=3.99$ ;  $N_1=185$ ;  $N_2=126$ ;  $F[1,309]=5.47$ ;  $p=.02$ ). Dat ziet er dus geruststellend uit, maar hoe reageren cliënten hierop? Worden zij navenant tot een diepere bewerkingswijze aangezet?

Tabel 3.9. *Bewerkingswijze cliënten van ervaren (n=21) en van onervaren (n=16) therapeuten.*

Niveau	Ervaren		Onervaren		Ervaren vs Onervaren	
	N	%	N	%	F	p
BW 1	13	0.51	2	0.12	1.21	.27
BW 2	236	9.30	167	9.91	.10	.75
BW 3	859	33.86	644	38.20	1.52	.22
BW 4	401	15.81	274	16.25	.01	.93
BW 5	522	20.58	327	19.40	.90	.34
BW 6	282	11.12	175	10.38	.53	.47
BW 7	211	8.32	91	5.40	7.15	.01
BW 8	13	0.51	6	0.36	.45	.50



Figuur 3.7. *Bewerkingswijze cliënten bij (on)ervaren therapeuten.*

Dat blijkt inderdaad het geval te zijn (zie tabel 3.9; zie ook figuur 3.7).

Cliënten die door ervaren therapeuten behandeld worden, zijn in het algemeen op een hoger niveau aan het werk dan de cliënten van minder ervaren therapeuten ( $M_1=4.25$ ;  $M_2=4.05$ ;  $N_1=186$ ;  $N_2=126$ ;  $F[1;310]=8.37$ ;  $p<.005$ ). De laatsten doen relatief meer uitspraken op de lagere niveaus, terwijl de cliënten van ervaren therapeuten naar verhouding meer uitspraken op de hogere niveaus doen. Met name het verschil ten aanzien van niveau 7 is significant ( $F[1;310]=7.15$ ;  $p=.01$ ) en bij cliënten in cliëntgerichte psychotherapie ten aanzien van niveau 3 ( $F[1,157]=8.84$ ;  $p<.005$ ). We mogen dus concluderen dat cliënten die tegenover een ervaren therapeut zitten, meer geneigd zijn om hun persoonlijke referentiekader aan een (zelf)onderzoek te onderwerpen dan cliënten die met een relatief onervaren therapeut te maken hebben.

Bij dit resultaat merken we op, dat onze metingen zich slechts uitstrekten over de eerste tien gesprekken. Of de gevonden verschillen zich ook nog later in de therapie zullen manifesteren, is nog maar de vraag. Het zou goed kunnen zijn, dat ervaren therapeuten vooral beter zijn in het *snel(ler)* op gang brengen van een therapeutisch proces. Als het proces eenmaal op gang is, zullen de verschillen verdwijnen, zowel ten aanzien van het bewerkingsaanbod, als ten aanzien van de bewerkingswijze van de cliënt.

Helaas beschikken wij niet over gespreksmateriaal na het tiende gesprek, zodat deze gedachtegang hier niet getoetst kan worden. Het enig mogelijke in dit opzicht is de verschillen tussen het tweede, zesde en tiende gesprek te onderzoeken. In tabel 3.10 staan de gemiddelde niveaus van zowel het bewerkingsaanbod als de bewerkingswijze op deze drie tijdstippen vermeld.

Tabel 3.10. *Verschillen tussen (on)ervaren therapeuten met betrekking tot het bewerkingsaanbod en de bewerkingswijze van de cliënt op drie tijdstippen (270 gesprekken).*

	2e gesprek	6e gesprek	10e gesprek	totaal
<i>Bewerkingsaanbod van</i>				
ervaren therapeuten	4.12	4.23	4.28	4.21
onervaren therapeuten	4.02	4.02	3.92	3.99
<i>Bewerkingswijze bij</i>				
ervaren therapeuten	4.16	4.29	4.33	4.26
onervaren therapeuten	3.79	4.22	4.05	4.02

Het lijkt er inderdaad op dat ervaren therapeuten het therapeutisch proces in de loop der gesprekken meer weten te verdiepen dan hun meer onervaren collega. Ook bij de cliënten zien we een gestage toename van de gemiddelde hoogte van de bewerkingswijze. De verschillen zijn echter niet significant,

zodat de conclusie dat ervaren therapeuten het therapeutisch proces beter aansturen, in ieder geval voorlopig, nog te voorbarig is.

#### *Sekse van de therapeut en de cliënt*

Hoe groot de invloed is van de matching tussen therapeut en cliënt op basis van hun sekse op het totstandkomen van een productieve werkrelatie en daarmee op de uitkomst van een therapie is vooralsnog onduidelijk. Schutz (1981) vond destijds in een onderzoek onder gedragstherapeuten bij het IMP in Amsterdam aanzienlijke verschillen in duur van de behandeling tussen mannelijke en vrouwelijke therapeuten. De therapieën van de mannen duurden veel langer dan die van de vrouwen, vooral als zij vrouwen in behandeling hadden. Zij deden er in dat geval gemiddeld maar liefst 25% langer over dan hun vrouwelijke collega's met mannelijke cliënten. Wanneer het ging om behandelingen van sociale angst, interpersoonlijke angst of het aanleren van sociale vaardigheden, liepen de verschillen in therapieduur zelfs op tot 50%. Als verklaring voor deze verschillen opperde Schutz drie mogelijkheden:

- a. de (traditionele) man-vrouw combinatie houdt het langst stand; mogelijk vinden mannen het toch moeilijk om een vrouw als therapeut te hebben, waardoor zij eerder geneigd zijn de behandeling te stoppen (de '*rol-dominantie*' hypothese);
- b. mogelijk vinden vrouwelijke therapeuten mannelijke cliënten weer eerder 'geestelijk gezond' dan vice versa (de '*sociaal geneeskundige*'-hypothese);
- c. wellicht boeken vrouwelijke therapeuten sneller resultaat dan mannen (de *effect-hypothese*).

De eerste twee hypothesen sluiten aan bij het vermoeden van Sallaerts-Boonekamp en Trijsburg (1993) dat vooral de meer onbewuste aspecten van de relatie, zowel vanuit de patiënt (overdracht) als vanuit de therapeut (tegenoverdracht), van invloed zijn op de duur van de behandeling.

Als de effect-hypothese van Schutz op zou gaan, dan zouden vrouwelijke therapeuten in het begin van een therapie op diepere niveaus een bewerkingsaanbod moeten doen dan hun mannelijke vakbroeders, respectievelijk zouden cliënten bij vrouwelijke therapeuten op diepere niveaus aan het werk zijn.

In ons onderzoek bleek dat niet het geval. Integendeel, de vrouwelijke therapeuten in onze steekproef (N=9) stelden significant meer informatieve vragen (BA=3;  $F=17.30$ ;  $df=1,310$ ;  $p<.001$ ) en deden ook vaker een bewerkingsaanbod op de niveaus 4 ( $F=11.06$ ;  $df=1,310$ ;  $p=.001$ ) en 5 ( $F=5.47$ ;  $df=1,310$ ;  $p<.05$ ), terwijl de mannelijke therapeuten (N=11) vaker neigden tot een bewerkingsaanbod op niveau 7 ( $F=3.55$ ;  $df=1,310$ ;  $p=.06$ ). Het gemiddelde bewerkingsaanbod door de mannelijke therapeuten was significant op een dieper niveau ( $M=4.25$ ) dan dat van de vrouwelijke therapeuten ( $M=3.97$ ;  $F=10.33$ ;  $df=1,309$ ;  $p=.001$ ).

In het verlengde hiervan zagen we de cliënten van onze vrouwelijke therapeuten vaker uitspraken op mededelingenniveau doen ( $F=25.90$ ;  $df=1,310$ ;

$p < .001$ ), als ook op waarderingsniveau 4 ( $F=14.31$ ;  $df=1,310$ ;  $p < .001$ ), terwijl de cliënten van onze mannelijke therapeuten tot meer expliciteringen neigden ( $F=3.23$ ;  $df=1,310$ ;  $p=.07$ ). In het geheel genomen zijn de cliënten van mannelijke therapeuten, net als hun therapeuten, op een dieper niveau aan het werk ( $M=4.28$ ) dan de cliënten van vrouwelijke therapeuten ( $M=4.03$ ). Het verschil is weliswaar niet zo groot, maar wel significant ( $F=11.25$ ;  $df=1,310$ ;  $p < .001$ ) en krijgt extra reliëf tegen de achtergrond van het gegeven dat de mannelijke cliënten eerder neigen tot uitspraken op mededelingenniveau ( $F=3.64$ ;  $df=1,310$ ;  $p=.06$ ) en in vergelijking tot vrouwelijke cliënten meer persoonlijke waarderungen uiten ( $F=10.02$ ;  $df=1,310$ ;  $p < .002$ ).

Doen mannelijke therapeuten het dus beter dan hun vrouwelijke collegae? Het heeft er de schijn van, maar ook hier is schijn bedrieglijk. Zoals al eerder werd opgemerkt is de seksevariabele bijna volledig gecontamineerd met de ervaring van de therapeut. Negen van de elf ervaren therapeuten waren mannen, zeven van de negen onervaren therapeuten waren vrouwen. Omgekeerd, van de elf vrouwelijke therapeuten behoorden slechts twee tot de groep ervaren therapeuten, terwijl van de elf mannelijke therapeuten er maar twee als onervaren te boek stonden. In de vorige paragraaf zagen we dat het niveau van zowel het bewerkingsaanbod door de therapeut als het bewerkingsniveau van de cliënt varieerde naar gelang de ervaring van de therapeut. Nader onderzoek moet dus duidelijk maken welke variabele (het meest) bepalend is voor het niveau van (be)werken: de sekse of de ervaring van de therapeut.

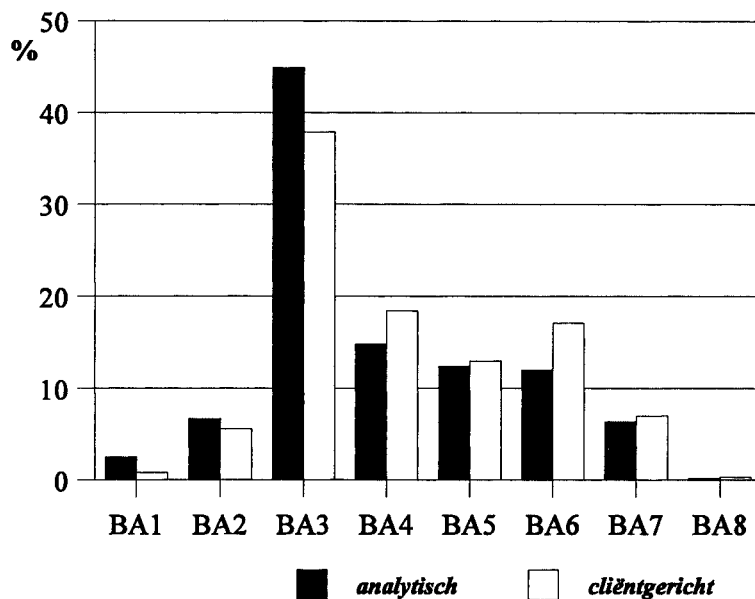
#### *Therapeutische oriëntatie*

In een aparte paragraaf (3.4) zullen we ingaan op het gebruik van het FINBE-systeem bij het identificeren van de verschillende therapeutische referentiekaders. Hier rapporteren we over de verschillen die we aantreffen in ons onderzoek, waaraan elf cliëntgerichte psychotherapeuten (vijf mannen en zes vrouwen), zes analytici (vijf mannen en één vrouw) en vier anders georiënteerde psychotherapeuten (één man en drie vrouwen) participeerden. We beperken ons hier tot het onderscheid tussen de cliëntgerichte en de analytisch georiënteerde psychotherapeuten.

Het bewerkingsaanbod van de cliëntgerichte psychotherapeuten ligt gemiddeld genomen ( $M=4,25$ ;  $s.d.=.72$ ;  $n=158^1$ ) iets hoger dan dat van de analytici ( $M=4,02$ ;  $s.d.=.89$ ;  $n=93^1$ ). Dit verschil is significant ( $F=5,11$ ;  $df=1,249$ ;  $p < .05$ ). In figuur 3.8 is te zien dat de cliëntgerichte psychotherapeuten hoger scoren op de niveaus 4-8 en de psychoanalytici op de niveaus 1-3.

---

<sup>1</sup> De  $n$  verwijst in dit geval naar het aantal gescoorde gespreksfragmenten van 5 minuten.



Figuur 3.8. *Beweringsaanbod analytische (n=6) versus cliëntgerichte (n=10) psychotherapeuten.*

In tabel 3.11 worden deze verschillen nog eens afgezet tegen de verdeling van Sachse en Maus (1987).

Tabel 3.11. *Beweringsaanbod van cliëntgerichte (n=10) versus analytisch (n=6) georiënteerde therapeuten en in vergelijking tot Sachse en Maus (1987).*

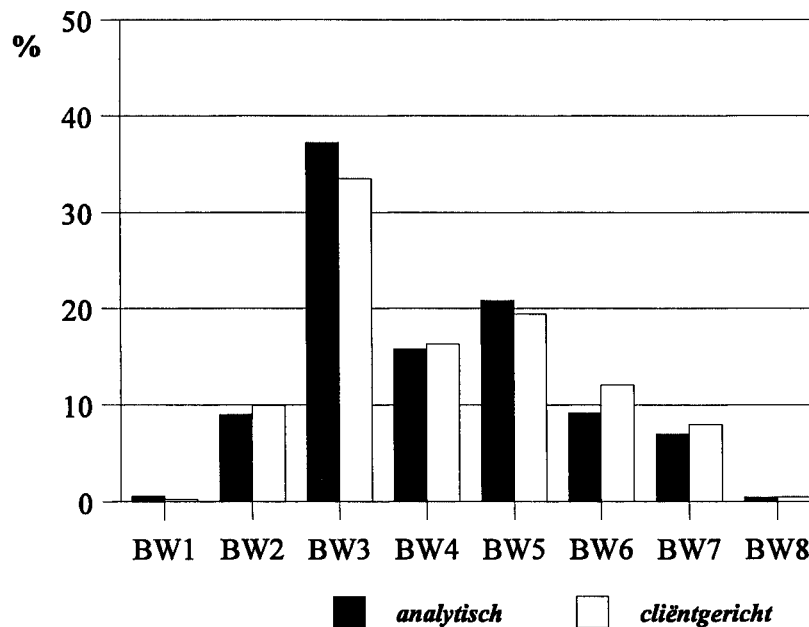
Niveaus	cliëntgericht		analytisch		cliëntgericht versus analytisch		Sachse & Maus (1987)	
	N	%	N	%	F	p	N	%
BA1	12	0,8	23	2,5	4.02	.05	7	0,5
BA2	83	5,6	61	6,7	1.18	.28	26	1,8
BA3	563	37,9	408	44,9	3.85	.05	661	45,6
BA4	273	18,4	134	14,8	2.19	.14	205	14,1
BA5	193	13,0	113	12,4	.00	.97	187	12,9
BA6	254	17,1	109	12,0	5.61	.02	309	21,3
BA7	104	7,0	58	6,4	.04	.83	52	3,6
BA8	5	0,3	2	0,2	.22	.64	4	0,3



Met name de verschillen ten aanzien van de niveaus 1, 3 en 6 zijn significant. Met andere woorden, de analytici blinken uit in hun interventies op mededelingenniveau en zij gaan vaker in op irrelevante zaken, terwijl de cliëntgerichte therapeuten duidelijk een frequenter aanbod doen op betekenisniveau ('Wat doet het je ...'). Dat laatste verbaast niet tegen de achtergrond van het cliëntgerichte standpunt dat aan de actuele beleving groot belang moet worden gehecht.

In vergelijking tot de onderzoeksgroep van Sachse en Maus (1987), die uit (51) louter cliëntgerichte therapeuten bestond, is de 6-score nog niet eens hoog te noemen. Het iets hogere percentage 7-scores van onze groep cliëntgerichte therapeuten zien we niet weerspiegeld in de uitkomsten van Sachse en Maus. Kennelijk zijn de therapeuten in onze steekproef (zowel de cliëntgerichte therapeuten als de analytici) wat meer gespist op het verkrijgen van inzicht en minder op het puur ervaren, ook al houdt dat soms alleen maar een theoretisch begrijpen in (vergelijk de scores op niveau 2). Zou dat te maken kunnen hebben met het gegeven dat onze onderzoeksgroep relatief meer ervaren therapeuten bevatte (zie vorige paragraaf)?

Hoe reageerden de cliënten op deze verschillende therapeutische aanbiedingen? Lieten zij zich daardoor beïnvloeden?



Figuur 3.9. Bewerkingswijze cliënten in analytische (n=31) of cliëntgerichte (n=53) psychotherapie.

Zo te zien (figuur 3.9) nauwelijks. Ofschoon de bewerkingswijze in de analytische therapieën op niveau 1 en 3, analoog aan de verschillen in het therapeutisch aanbod, wat hoger uitvalt dan in de cliëntgerichte therapieën, en omgekeerd, de bewerkingswijze op de niveaus 6,7, en 8 wat lager, zijn de verschillen niet significant, behalve ten aanzien van niveau 6 (zie tabel 3.12).

Kennelijk zetten cliëntgerichte therapeuten, meer dan hun analytische collega's, hun cliënten ertoe aan bij de (actuele) betekenis van het besprokene stil te staan. Of deze aansturing rechtstreeks het gevolg is van een meer verdiepend therapeutisch aanbod danwel voortkomt uit een modelfunctie van de cliëntgerichte therapeut, is hier niet uit af te leiden. In de volgende paragraaf zullen wij explicieter ingaan op het sturende karakter van een therapeutisch aanbod.

Tabel 3.12. *Bewerkingswijze cliënten in cliëntgerichte (n=53) versus cliënten in analytische (n=31) gesprekken.*

Niveaus	cliënten in cliëntgerichte therapie		cliënten in analytische therapie		cliëntgericht versus analytisch	
	N	%	N	%	F	p
BW1	6	0,26	7	0,56	.38	.54
BW2	228	9,93	112	9,00	1.36	.25
BW3	770	33,52	463	37,22	.09	.77
BW4	375	16,33	196	15,76	.98	.32
BW5	446	19,42	259	20,82	.01	.94
BW6	277	12,06	114	9,16	6.69	.01
BW7	183	7,97	87	6,99	1.37	.24
BW8	12	0,52	6	0,48	.07	.79

(N = aantal uitspraken op de verschillende bewerkingsniveaus;  
 totaal aantal gescoorde uitspraken bij cliëntgerichte therapeuten = 2297;  
 totaal aantal gescoorde uitspraken bij analytische therapeuten = 1244)

### 3.3 Het proces van zelfexplicitering

Cliënten weten vaak niet waarom ze zich voelen zoals ze zich voelen, denken zoals ze denken, zich gedragen zoals ze zich gedragen. Kortom, ze begrijpen zichzelf niet (meer). In een 'doelgerichte' psychotherapie dienen volgens Sachse (1992) de 'interne determinanten' die bij het ontstaan van psychische problemen een rol spelen, geëxpliciteerd te worden. Onder 'interne determinanten' verstaat hij iemands overtuigingen, verlangens, motieven, doelen, et

cetera. Pas wanneer de cliënt daar inzicht in heeft gekregen, kan hij zijn gedrag c.q. beleving veranderen, zodat na te streven doelen bereikt kunnen worden. Sachse spreekt in dit verband van een herstel van het 'zelfregulerende gedrag' van de cliënt (Sachse, 1992).

Een belangrijke stap in dit expliciteringsproces, dat we eerder omschreven als "het waarnemen en differentiëren van gevoelens en betekenissen en het inpassen daarvan in een betekenisstructuur die persoonlijk relevant is" (Takens, 1995), is het activeren van de onderliggende affectieve schemata (Sachse, 1992). Veelal komt dit erop neer dat de cliënt een diffuus gevoel ervaart, bijvoorbeeld een vaag gevoel van onbehagen of van woede, zonder zelf te weten wat de betekenis daarvan is in de context van het aan de orde zijnde probleem. Om die te begrijpen is een verdiepte bewerking nodig, met name een cognitieve representatie van het innerlijke referentiekader. Van daaruit kan de problematische situatie begrepen worden, kan de cliënt erachter komen waarom iets, bijvoorbeeld, als bedreigend wordt ervaren, waar het gevoel van onbehagen vandaan komt, et cetera.

Dit 'clarifying himself to himself from the inside' (Van Balen, 1990) gaat niet vanzelf. Cliënt zowel als therapeut dienen hiertoe een bepaalde, voor de cliënt nog nieuwe en dus onbekende, strategie te volgen. Deze strategie houdt het stellen van verdiepende vragen in, door de therapeut aan de cliënt en door de cliënt aan zichzelf: 'Wat vind ik daarvan?', 'Wat voel ik daarbij?', 'Waar doet me dat aan denken?', enzovoort. Korthedshalve wijzen we in dit verband op de eerder geformuleerde acht bewerkingsniveaus (paragraaf 3.1.2). Merk op dat de therapeut in dit proces dus heel duidelijk een sturende functie heeft. Hij is niet alleen metgezel of 'medeverkenner' (Van Balen, 1990, noemde hem 'companion in the search'), maar ook leidsman, gids en wegbe-reider. Elders hebben wij erop gewezen dat een dergelijke actieve inzet van de therapeut, hoewel misschien niet passend bij de traditionele manier van werken van client-centered therapeuten, zeker cliëntgericht genoemd mag worden (Takens, 1994b). In deze paragraaf gaan we nader in op de strategieën om het expliciteren te verdiepen. Hoe komt een cliënt tot verdieping en wat is de rol van de therapeut daarbij?

### *3.3.1 Op weg naar zelfexplicitering: stap voor stap*

Zo de cliënt al niet zelf het gesprek opent, begint een therapieessie vaak met de vraag van de therapeut aan de cliënt hoe het hem de afgelopen periode is vergaan of met de uitnodiging om door te gaan op het gespreksonderwerp van het vorige therapie-uur. Sommige therapeuten vragen hun cliënten aan het begin van elk therapeutisch gesprek expliciet om over een als problematisch ervaren situatie te vertellen (Rice, 1974; Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Hoe dan ook, meestal start een therapieessie op 'mededelingen'-niveau en komt men pas gaandeweg tot een explicitering van het innerlijke referentie-

kader. Zoals hierboven aangegeven, dienen daartoe eerst de affectieve emotionele schemata van de cliënt geactiveerd te worden. Want, pas als de cliënt beseft wat een gebeurtenis, c.q. een problematische situatie bij hem voor gevoel(ens) oproept, kan hij op zinvolle wijze kijken naar de daaraan ten grondslag liggende schemata, naar wat maakt dat hij zich nu zus of zo voelt. In termen van de bewerkingswijzeschaal is het dus nodig om eerst stil te staan bij de emotionele betekenis van het gebeurde (niveau 6), teneinde het expliciteren van het innerlijke referentiekader (niveau 7) een zinvolle activiteit te laten zijn. Eerder stelden wij (Takens, 1995) dat wanneer vanuit een lager bewerkingsniveau (bijvoorbeeld niveau 3 of 4) tot explicitering wordt overgegaan, het gevaar van theoretisering (niveau 2) ontstaat. De cliënt bedenkt dan eenvoudigweg hoe het zou kunnen komen dat hij zich zus of zo voelt, in plaats van dat hij vanuit een doorleefd ervaren verbindingen legt met zijn innerlijke referentiekader.

Aldus geredeneerd bestaat er dus iets als een 'ideale' procesgang, een ideaal gedacht verloop van het expliciteringsproces, waarbij de cliënt eerst enkele tussenstations aandoet (met name niveaus 5 en 6), alvorens het expliciteringsniveau (7) te bereiken. Deze procesgang wordt noodzakelijk geacht om tot wezenlijke veranderingen, dat wil zeggen aanpassingen van het persoonlijke referentiekader, ofwel tot integratie (niveau 8) te kunnen komen.

Hieruit vloeien twee vraagstellingen voort (Bredero, 1997):

1. *Hoe bereiken cliënten in de regel de bewerkingsniveaus 7 en 8?*
2. *Leidt een dergelijke 'ideale' procesgang tot een 'stabielere' expliciteringsproces, dat wil zeggen: slaagt de cliënt er in deze omstandigheid ook in om dit hogere bewerkingsniveau (langer) vast te houden?*

Om de eerste vraag te kunnen beantwoorden hebben we in ons onderzoek de aanloopcores naar het bewerkingsniveau 7/8 in ogenschouw genomen<sup>1</sup>, zowel wat betreft de bewerkingswijze (BW-) als voor het bewerkingsaanbod (BA-) (tabel 3.13).

Opvallend is het hoge aantal scores op niveau 7 met betrekking tot zowel de bewerkingswijze als het bewerkingsaanbod. Dit duidt op een continuering van een reeds in gang gezet expliciteringsproces (de 7-scores houden dan aan). Het is ons er in eerste instantie echter om te doen na te gaan hoe het expliciteringsniveau *bereikt* wordt. Met andere woorden, alleen die 7/8-scores waar een *andere* BW-score ( $\neq 7/8$ ) aan voorafgaat, zijn in dit verband interessant. In tabel 3.13 is derhalve ook een gecorrigeerde opstelling weergegeven, waarbij de voorafgaande 7/8-scores buiten beschouwing zijn gelaten, als de vorige BW-score ook een 7 of 8 was (N=85).

---

<sup>1</sup> Vanwege het zeer geringe aantal 8-scores zijn deze niet apart in beschouwing genomen, maar bij de 7-scores gevoegd.

Tabel 3.13. *Verdeling aanloopcores naar BW7/8-niveau.*

	Aanloop naar BW7/8				Aanloop naar BW7/8 'gecorrigeerd'			
	BW- (N=256)	BW- (in %)	BA- (N=263)	BA- (in %)	BW- (N=171)	BW- (in %)	BA- (N=171)	BA- (in %)
Niveau 1	0	0	1	0.4	0	0	1	0.6
Niveau 2	11	4.3	7	2.7	11	6.4	5	2.9
Niveau 3	43	16.8	56	21.3	43	25.1	45	26.3
Niveau 4	30	11.7	32	12.2	30	17.5	25	14.6
Niveau 5	44	17.2	27	10.3	44	25.7	23	13.5
Niveau 6	43	16.8	44	16.7	43	25.1	29	17.0
Niveau 7	80	31.3	92	35.0	n.v.t		40	23.4
Niveau 8	5	2.0	4	1.5			3	1.8

BW- = Bewerkingswijze score direct voorafgaand aan BW7 of BW8-score  
 BA- = Bewerkingsaanbod score direct voorafgaand aan BW7 of BW8-score  
 'gecorrigeerd' houdt in: zonder voorafgaande BW7/8-scores en BA7/8-scores wanneer daaropvolgende score ook een 7 of 8 is.

Om te kunnen beoordelen of in de aanloop naar het beoogde expliciteringsniveau bepaalde bewerkingsniveaus relatief vaak, of juist minder vaak, zijn aangedaan, hebben we de 'aanloopcores' vergeleken met alle door ons gescoorde uitspraken van therapeuten en cliënten uit onze steekproef (zie paragraaf 3.3.1 en 3.3.2) (tabel 3.14).

Naar verhouding blijken dan in de aanloop naar het BW7/8-niveau minder cliëntuitspraken op de niveaus 2 en 3 voor te komen en meer op de niveaus 4, 5 en met name 6. Dit verschil is significant ( $z=1.67$ ;  $p<.05$ ). Er lijkt dus inderdaad sprake van een getrapt proces wat betreft zelfexplicitering, inhoudende dat de cliënt veelal eerst tot een actualisatie van zijn beleving(en) komt alvorens (in dit verband) zijn innerlijke referentiekader te expliciteren.

Wat betreft het bewerkingsaanbod door de therapeut valt in tabel 3.14 allereerst het hoge percentage interventies op niveau 7 op, wat erop lijkt te duiden dat cliënten de neiging hebben om het bewerkingsaanbod van hun therapeut te volgen. Omgekeerd zou gezegd kunnen worden dat er van het therapeutisch aanbod (op met name dat hoge niveau) een onmiskenbaar sturend effect uitgaat (Sachse, 1990b,c,d; zie ook paragraaf 3.1.3 en 3.3.2). Verder zien we, net als ten aanzien van de bewerkingswijze van de cliënt, naar verhouding meer scores op niveau 6 en minder op de lagere niveaus (met name niveaus 2 en 3) ( $z=1.67$ ;  $p<.05$ ). Hieruit leiden we af dat een bewerkingsaanbod op een laag niveau minder snel een explicitering van het innerlijke refe-

rentiekader van de cliënt tot gevolg zal hebben en dat ook bij de therapeut de neiging bestaat om vooreerst de beleving van de cliënt te actualiseren. Dit laatste zien we bevestigd in de aanloop die de therapeut neemt. Hij doet naar verhouding veel aanbiedingen op niveau 6, alvorens een aanbod op niveau 7 te doen.

Tabel 3.14. *Aanloop naar Bewerkingsniveaus 7 en 8 in vergelijking tot alle gedane uitspraken (in %) en aanloop naar BA7/8 scores (in aantal en %).*

	Aanloop naar BW 7/8		Verdeling totaal		Aanloop naar BA7/8	
	BW- (N=171)	BA- (N=171)	BW (N=4223)	BA (N=2887)	BA- (N=167)	in %
Niveau 1	0	0.6	0.4	1.4	1	0.6
Niveau 2	6.4	2.9	9.5	6.7	7	4.2
Niveau 3	25.1	26.3	35.6	40.0	56	33.5
Niveau 4	17.5	14.6	16.0	17.4	32	19.2
Niveau 5	25.7	13.5	20.1	14.0	27	16.2
Niveau 6	25.1	17.0	10.8	14.0	44	26.3
Niveau 7		23.4	7.1	6.3		
Niveau 8		1.8	0.5	0.2		

BW- = Bewerkingswijze score direct voorafgaand aan BW7/8-score

BA- = Bewerkingsaanbod score direct voorafgaand aan BW7/8-score

Nu we enig zicht hebben gekregen op de wijze waarop cliënten in het algemeen een hoog bewerkingsniveau bereiken, wordt het interessant om uit te zoeken of een 'goede' aanloop ook tot een 'stabiel' bewerkingsproces bij de cliënt leidt. Met andere woorden, zal de cliënt als hij via een aanbod op niveau 6 of 7 tot explicitering is aangezet, dit niveau van (be)werken beter kunnen vasthouden dan wanneer er sprake is van een 'spontaan' expliciteren? En gaat het vooral goed als de cliënt daarvoor zelf ook al op een relatief hoog bewerkingsniveau zat (niveau 5 of 6)?

Om deze vragen te beantwoorden vergelijken we de aanloopcores naar de eerst bereikte BW7/8-scores in de gevallen dat de volgende BW-score ook een 7 of 8 is (de zogenaamde 'stabiele' BW7/8-scores) met die gevallen waarbij de volgende bewerkingswijze op een lager niveau plaatsvindt (de BW7/8-scores zijn dan 'instabiel').

Tabel 3.15. Aanloopscores naar een (in)stabiel 7-niveau van bewerkingswijze.

	BW stabiel		BW instabiel		BA stabiel		BA instabiel	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niveau 1	0	0	0	0	0	0	1	1.0
Niveau 2	5	12.2	5	5.0	0	0	3	2.9
Niveau 3	9	22.0	28	28.0	12	27.9	31	29.5
Niveau 4	9	22.0	14	14.0	6	14.0	15	14.3
Niveau 5	12	29.3	22	22.0	7	16.3	14	13.3
Niveau 6	6	14.6	31	31.0	4	9.3	20	19.0
Niveau 7/8			n.v.t.		14	32.5	21	20.0
Totaal	41	100	100	100	43	100	105	100

BW stabiel = BW-scores voorafgaand aan stabiele BW7

BW instabiel = BW-scores voorafgaand aan instabiele BW7

BA stabiel = BA-scores voorafgaand aan stabiele BW7

BA instabiel = BA-scores voorafgaand aan instabiele BW7

Uit tabel 3.15 blijkt in de eerste plaats dat er veel meer instabiele dan stabiele BW7/8-scores zijn. Dat wil zeggen dat als de cliënt het expliciteringsniveau bereikt heeft, de volgende bewerking veelal op een lager niveau plaatsvindt. Vanzelfsprekend is die kans, statistisch gezien, bij voorbaat al groot. Daarom is het goed om ook de *vervolgscores* in beschouwing te nemen (tabel 3.16). We zien dan een naar verhouding tot onze 'standaardverdeling' opvallend groot aantal bewerkingen op niveau 7/8 (samen 34,7%). Het expliciteringsproces is dus ook weer niet zo instabiel als het op het eerste oog misschien lijkt.

Wat betreft de *aanloop* naar het BW 7/8-niveau (tabel 3.15) valt het relatief hoge percentage BW2-scores in de 'stabiele' conditie op (12,2% tegenover 5% in de instabiele conditie), evenals het relatief lage percentage BW6-scores (14,6% tegenover 31%). Dat lijkt in tegenspraak met de eerder gevonden resultaten en druist ook in tegen onze verwachtingen daaromtrent. Het aantal waarnemingen is echter te gering om er harde conclusies uit te kunnen trekken. Nochtans lijkt het erop dat voor een stabiel expliciteringsproces bij de cliënt een verwijlen op 'betekenisniveau' geen 'must' is.

Tabel 3.16. *Verdeling vervolgscores na het bereiken van het BW7/8-niveau.*

	Vervolg op BW7/8				Standaard-verdeling (in %)	
	BW+ (N=242)	BW+ (in %)	BA+ (N=242)	BA+ (in %)	BW (N=4223)	BA (N=2887)
Niveau 1	0	0	3	1.2	0.4	1.4
Niveau 2	11	4.5	9	3.7	9.5	6.7
Niveau 3	40	16.5	52	21.5	35.6	40.0
Niveau 4	31	12.8	38	15.7	16.0	17.4
Niveau 5	42	17.4	21	8.7	20.1	14.0
Niveau 6	34	14.0	44	18.2	10.8	14.0
Niveau 7	77	31.8	71	29.3	7.1	6.3
Niveau 8	7	2.9	4	1.7	0.5	0.2

BW+ = Bewerkingswijze score direct volgend op een BW7 of BW8-score

BA + = Bewerkingsaanbod score direct volgend op een BW7 of BW8-score

Wat betreft de voorafgaande scores van de therapeut (BA), zijn de BA7/8-scores in de stabiele conditie in aantal duidelijk het grootst en naar verhouding opmerkelijk groter dan in de instabiele conditie. Hieruit maken we op dat een bewerkingsaanbod van de therapeut op niveau 7/8 een gunstig effect lijkt te hebben op de stabiliteit van het expliciteringsproces bij de cliënt. Maar ook hier geldt dat het aantal waarnemingen dusdanig klein is, dat elke conclusie op zijn minst voorbarig is. Dat geldt al niet anders ten aanzien van het lager aantal scores dat op de niveaus 2 en 6 in de stabiele conditie wordt aangetroffen. De door ons gestelde hypothesen moeten we voorlopig dus aanhouden.

Maken we ten slotte nog een uitstapje naar de vervolgscores na een (in)stabiele BW7/8, dat wil zeggen nemen we die scores die volgen op een BW7/8-score waaraan wel respectievelijk geen BW7/8-score voorafgegaan is, in ogenschouw (tabel 3.17), dan valt op dat in de stabiele conditie veelal een voortzetting van het expliciteringsproces plaatsvindt (in bijna de helft van de gevallen, zowel wat betreft de bewerkingswijze van de cliënt als het bewerkingsaanbod door de therapeut). In de instabiele conditie vallen de cliënten sneller terug naar de niveaus 5 en 6, terwijl de therapeuten dan naar verhouding meer aanbiedingen doen op het waarderingsniveau (BA4 en BA5). Het is lastig om aan dit patroon een psychologische betekenis te geven, aangezien we hierbij te maken kunnen hebben met een statistisch arte-



fact, voortkomend uit het grote aantal 7-scores dat de getalsverhoudingen in sterke mate beïnvloedt. Er zou meer over te zeggen zijn als we de navolgende scores er ook bij zouden kunnen betrekken, maar voor een dergelijke analyse zouden we over (nog) meer gegevens moeten kunnen beschikken. Het grote aantal van 4223 BW-scores en 2887 BA-scores uit 104 therapiegesprekken (=312 gespreksfragmenten van vijf minuten) waarop ons onderzoek is gebaseerd, is daarvoor zelfs niet toereikend.

Tabel 3.17. *Vervolgscores na een (in)stabiel 7-niveau van bewerkingswijze.*

	BW stabiel		BW instabiel		BA stabiel		BA instabiel	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niveau 1	0	0	0	0	0	0	3	1.7
Niveau 2	4	6.0	7	4.0	3	4.5	6	3.4
Niveau 3	10	14.9	30	17.1	14	20.9	38	21.7
Niveau 4	7	10.4	24	13.7	8	11.9	30	17.1
Niveau 5	8	11.9	34	19.4	2	3.0	19	10.9
Niveau 6	6	9.0	28	16.0	13	19.4	31	17.7
Niveau 7/8	32	47.8	52	29.7	27	40.3	48	27.4
Totaal	67	100	175	100	67	100	175	100

BW stabiel = BW-scores volgend op een stabiele BW7/8-score

BW instabiel = BW-scores volgend op een instabiele BW7/8-score

BA stabiel = BA-scores volgend op een stabiele BW7/8-score

BA instabiel = BA-scores volgend op een instabiele BW7/8-score

### 3.3.2 *Sturen en volgen*

In zijn onderzoeken richtte Sachse zich vooral op het sturingseffect dat van het therapeutisch aanbod verondersteld werd uit te gaan (Sachse & Maus, 1987;1991; Sachse 1990b,c,d). Het eerste onderzoek werd bij 51 therapeuten (23 vrouwen en 20 mannen) en 152 cliënten (91 vrouwen en 61 mannen) uitgevoerd (Sachse en Maus, 1987). Van iedere therapie (n=152) werden steeds uit de middenfase tien tripletten (beginnend na de eerste vijf minuten van de zitting) met behulp van het Finbe-systeem geanalyseerd. Het sturingseffect van verdiepende en vervlakkende interventies bleek het grootst. Een bewerkingsaanbod op hetzelfde niveau als waarop de cliënt zat, had nauwelijks invloed. Dat wil zeggen, de cliënt kon 'spontaan' alle kanten uitgaan: verdiepen, vervlakken of op hetzelfde bewerkingsniveau blijven. Een replicatie-

onderzoek enkele jaren later (Sachse & Maus, 1991) bij 30 therapeuten en 80 cliënten leverde een nagenoeg zelfde resultaat op. Mater (1991) vond evenwel dat er ook van de 'neutrale' interventies door de therapeut een sturende werking uit kan gaan, met name in de richting van een gelijk blijven of vervlakken van het bewerkingsniveau. In haar onderzoek vergeleek Mater goede en slecht(er) lopende therapieën van enkele therapeuten en slaagde erin om op basis van het sturingseffect de goede van de minder goede gesprekken te onderscheiden, hetgeen niet lukte als uitsluitend het bewerkingsniveau van de cliënt in ogenschouw genomen werd. Een indicatie voor een goed gesprek was tevens het aantal 'gelijkblijvende' c.q. verdiepende interventies van de therapeut, waarbij de cliënt op eenzelfde of dieper niveau van zelfexplicitering volgde.

Sachse toonde aan dat het sturingseffect maximaal is wanneer het bewerkingsaanbod van de therapeut aansluit op een kernuitspraak van de cliënt; een bewerkingsaanbod waarbij gerefereerd wordt aan een (standaard) uitspraak van de cliënt heeft op zijn beurt weer meer 'stuurkracht' dan een 'recursief' bewerkingsaanbod, dat refereert aan een eerder gedane uitspraak van de cliënt (Sachse, 1991c).

Verder bleek het sturingseffect groter naarmate de cliënt zich op een dieper bewerkingsniveau bevond (Sachse & Maus, 1991). Dit betekent enerzijds dat een verdiepend bewerkingsaanbod door de therapeut juist daar een maximaal effect kan hebben, anderzijds dat het expliciteringsproces op een diep niveau (hierbij valt te denken aan BW 6-8) gemakkelijk te verstoren is. Een vervlakkende interventie door de therapeut zal in die omstandigheid sneller een negatief effect hebben. Daarbij moet bedacht worden dat de kans op een vervlakkend aanbod dan natuurlijk sowieso al groter is. Het is dus moeilijk om op een diep niveau te blijven werken en daarom zaak voor de therapeut om juist dan zeer alert te reageren op de uitspraken van de cliënt. Vergelijk hierbij ook hetgeen in de vorige paragraaf (3.3.1) gezegd werd over het vasthouden van een hoog expliciteringsniveau.

#### *DEL-analyse*

Om het sturingseffect te meten worden zogenaamde tripletten in ogenschouw genomen, dat wil zeggen twee achtereenvolgende cliëntuitspraken ( $C_1$ - $C_2$ ) en de tussenkomst van de therapeut ( $T_1$ ):  $C_1$ - $T_1$ - $C_2$ . Een therapeutisch aanbod is *verdiepend* wanneer  $T_1 > C_1$ , *vervlakkend* wanneer  $T_1 < C_1$  en *neutraal* wanneer  $T_1 = C_1$ . Het *effect* van het therapeutisch aanbod is verdiepend wanneer  $C_2 > C_1$ , vervlakkend wanneer  $C_2 < C_1$  en niet aanwezig wanneer  $C_2 = C_1$ . Als er van *sturing* sprake is, zal een verdiepend therapeutisch aanbod ( $T_1 > C_1$ ) leiden tot een verdiepte bewerkingswijze bij de cliënt ( $C_2 > C_1$ ), een vervlakkend therapeutisch aanbod ( $T_1 < C_1$ ) leiden tot een oppervlakkigere bewerkingswijze bij de cliënt ( $C_2 < C_1$ ), terwijl een neutraal therapeutisch aanbod ( $T_1 = C_1$ ) niet tot veranderingen in de bewerkingswijze van de cliënt zal leiden ( $C_2 = C_1$ ). Aldus

kunnen we de sturingshypothese uitdrukken in de volgende verwachtingsmatrix  $V$  (tabel 3.18):

Tabel 3.18. *Verwachtingsmatrix sturingshypothese.*

V	$C_2 > C_1$	$C_2 = C_1$	$C_2 < C_1$
$T_1 > C_1$	1	0	0
$T_1 = C_1$	0	1	0
$T_1 < C_1$	0	0	1

Buiten de diagonaal verwachten we nagenoeg lege cellen aan te treffen. Om die reden wordt de observatiematrix  $O$  (tabel 3.19) getoetst tegen de foutenmatrix  $\Omega$  (tabel 3.20). Dat zou eenvoudigweg kunnen met een  $\chi^2$ -toets. Echter, om ook *de mate van overeenstemming* van de observaties met de gestelde hypothese tot uitdrukking te brengen, stelt Sachse (1988) een DEL-analyse (Hildebrand e.a., 1977) voor. De DEL ( $\nabla$ ) hangt namelijk niet alleen van de observaties af, maar ook van het gekozen model, waardoor berekend kan worden *in hoeverre* de waargenomen getallen passen bij het gekozen model.

Tabel 3.19. *Observatiematrix O.*

O	$C_2 > C_1$	$C_2 = C_1$	$C_2 < C_1$
$T_1 > C_1$	$O_{11}$	$O_{12}$	$O_{13}$
$T_1 = C_1$	$O_{21}$	$O_{22}$	$O_{23}$
$T_1 < C_1$	$O_{31}$	$O_{32}$	$O_{33}$

Tabel 3.20. *Foutenmatrix  $\Omega$ .*

$\Omega$	$C_2 > C_1$	$C_2 = C_1$	$C_2 < C_1$
$T_1 > C_1$	0	1	1
$T_1 = C_1$	1	0	1
$T_1 < C_1$	1	1	0

De DEL-coëfficiënt kan variëren van +1 (alle waarnemingen liggen op de diagonaal) tot -1 (geen van de waarnemingen ligt op de diagonaal). Een random verdeling van de waarnemingen geeft een DEL-waarde van 0. Een positieve waarde houdt dus een zekere mate van sturing in.

Terecht wijst Van Capelle (1991) erop, dat het onjuist is de DEL te toetsen tegen de hypothese  $DEL=0$ , zoals Sachse doet. De reden daarvan is dat extreme niveaus slechts in één richting kunnen veranderen of anders gelijk blijven. Bijvoorbeeld, een triplet dat begint met een cliëntuitspraak op niveau 8, kan alleen gevolgd worden door een 'neutraal' of vervlakkend therapeutisch aanbod respectievelijk een volgende cliëntuitspraak op hetzelfde of op een lager niveau. De hierdoor veroorzaakte 'regressie naar het midden' leidt

onder de nulhypothese bij voorbaat tot een positieve DEL-waarde voor de observatiematrix. Van Capelle stelt daarom voor de verwachtingsscores in de DEL-analyse aan te passen aan het uitgangsniveau van de betreffende cliënt-uitspraak. Daartoe worden eerst van alle uitgangsniveaus van  $C_1$  de proportie van de drie responscategorieën (resp. +, =, -) berekend. Op deze wijze worden de verwachtingswaarden per niveau bepaald. Vervolgens kan voor iedere combinatie van therapeutinterventie en cliëntuitspraak een aangepaste verwachtingswaarde berekend worden en daarmee voor de totale matrix een aangepaste DEL-waarde<sup>1</sup>.

### *Empirie*

Om een DEL-waarde vast te stellen over alle door ons verzamelde gegevens met betrekking tot de eerder genoemde 104 gesprekken, kunnen we op twee wijzen te werk gaan: een berekening maken over alle geanalyseerde tripletten gezamenlijk (N=2351), of een berekening per vijf minuten fragment, waarna een gemiddelde DEL-waarde over alle 312 fragmenten kan worden uitgerekend. Dit laatste is echter niet goed mogelijk, omdat het aantal waarnemingen per fragment dan meestal te gering is om een redelijke (observatie- respectievelijk verwachtings)matrix te vullen. Sterker nog, zelfs bij een combinatie van de drie fragmenten per gesprek (N=104) is het aantal scores soms nog te gering voor een betrouwbare berekening. In dit geval hadden we te maken met een zestiental twijfelachtige uitkomsten.

In tabel 3.21 is in de eerste plaats het aantal verdiepingen, vervlakkingen en 'neutrale' interventies van de therapeuten en de reactie daarop van de cliënten over alle 2351 geanalyseerde tripletten weergegeven.

Tabel 3.21. *Sturingsmatrix over 2351 tripletten.*

	$C_2 > C_1$	$C_2 = C_1$	$C_2 < C_1$	$\Sigma$
$T_1 > C_1$	396	139	80	615
$T_1 = C_1$	266	466	156	888
$T_1 < C_1$	115	179	554	848
$\Sigma$	777	784	790	N=2351

<sup>1</sup> Onze dank gaat uit naar dr. F.J.L van Capelle van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam, die in het kader van de doctoraalscriptie van Mater-De Bruijn (1991) een computerprogramma voor deze aangepaste DEL-analyse schreef (voortaan door ons als DEL\*-analyse aangeduid).

Hierover is de DEL-coëfficiënt<sup>1</sup> en de DEL\* berekend. Deze zijn respectievelijk .40 en .28. De gemiddelde DEL-waarde over de 88 (=104 minus 16) gesprekken zou uitgekomen zijn op .38 (sd=.14); de DEL\* op .20 (sd=.15).

Alle waarden zijn significant ( $p < .05$ ). We mogen dus concluderen dat er een sturende werking van het therapeutisch aanbod op de bewerkingswijze van de cliënt uitgaat.

De DEL-waarde suggereert zelfs een sterk effect; volgens de DEL\*-waarde is er sprake van een gematigd positieve sturing. Daarbij dient men te bedenken dat aan dit onderzoek voor het overgrote deel door cliëntgerichte en psychoanalytische therapeuten werd deelgenomen. Met name van deze groep psychotherapeuten zou men verwachten dat zij eerder een volgende houding zouden aannemen in hun 'non-directieve' benadering. In hoeverre dat laatste (ook) het geval is, zullen we straks zien, wanneer we het sturingseffect van een cliëntuitspraak op een therapeutisch aanbod onder de loep nemen. Eerst staan we nog stil bij de eventuele verschillen tussen de drie sessies (het 2e, respectievelijk 6e en 10e gesprek) en de drie tijdsmomenten in de therapie (1e, 2e en 3e kwartier).

Tabel 3.22. *Sturingseffecten berekend over drie fragmenten tijdens tweede, zesde en tiende gesprek.*

Fragm.	2e gesprek (N=30)			6e gesprek (N=30)			10e gesprek (N=30)			alle gesprekken (N=90)		
	DEL	DEL*	N	DEL	DEL*	N	DEL	DEL*	N	DEL	DEL*	N
1e Fr.	.45	.33	276	.40	.29	196	.40	.27	241	.42	.30	713
2e Fr.	.39	.23	245	.37	.21	225	.32	.15	237	.36	.21	707
3e Fr.	.38	.24	242	.42	.31	233	.46	.37	245	.42	.32	720
Totaal	.41	.28	763	.40	.28	654	.40	.28	723	.40	.28	2140

Opmerking: DEL=ongecorrigeerde DEL-waarde; DEL\*= aangepaste DEL-waarde; N=aantal geanalyseerde tripletten.

Sachse (1991a) veronderstelde namelijk dat cliënten pas in de loop van de therapie leren vragen aan zichzelf te stellen met het oog op het expliciteringsproces. Daarom zouden zij met name in het begin van een therapie behoefte hebben aan een 'sturend' optreden van de therapeut. Zien we dat ook terug in

<sup>1</sup> In het vervolg worden toch steeds ook DEL-waarden gerapporteerd om vergelijkingen met resultaten uit onderzoeken van Sachse mogelijk te maken.

ons materiaal? Met andere woorden, is de therapeut in het tweede gesprek ‘sturender’ dan in bijvoorbeeld het tiende gesprek? Zoals eerder vermeld, hebben we van 30 therapieën de beschikking over bandmateriaal van het tweede, zesde en tiende gesprek. Uit de FINBE-analyse en de berekende DEL- c.q. DEL\*-waarden blijkt evenwel de sturing door de therapeut niet te verschillen op de drie onderscheiden momenten in de therapie (zie tabel 3.22). De DEL-waarden liggen steeds rond de .40, terwijl de DEL\* constant op .28 uitkomt.

Ten aanzien van de drie onderscheiden fragmenten *tijdens* het therapiegesprek valt op dat het sturingseffect in het middengedeelte (fragment 2) steeds het geringst is. Dit verschil kan niet verklaard worden door een meer volgende houding van de therapeut bij het bewerkingsniveau van de cliënt, zoals uit tabel 3.23 valt af te leiden. Het aantal ‘neutrale’ bewerkingsaanbiedingen neemt tijdens het tweede kwartier namelijk af, daar waar het aantal verdiepende en vervlakkende interventies juist toeneemt (ten opzichte van het eerste kwartier). Voorlopig komen we dan ook niet verder dan de constatering, dat cliënten in die middenfase van het therapeutisch gesprek meer hun eigen gang lijken te gaan, zich in ieder geval wat minder laten leiden door de therapeut.

Tabel 3.23. *Therapeutisch aanbod in het eerste, tweede en derde kwartier van een therapiegesprek.*

Bewerkingsaanbod	1e kwartier		2e kwartier		3e kwartier		totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%
verdiepen (+)	160	22,5	196	27,7	206	28,6	562	26,3
neutraal (=)	299	41,9	229	32,4	285	39,6	813	38,0
vervlakken (-)	254	35,6	282	39,9	229	31,8	765	35,7
totaal	713	100	707	100	720	100	2140	100

Van hieruit is het interessant om, in meer algemene zin, de overstap te maken naar het mogelijk sturend effect van het bewerkingsniveau van de cliënt op het bewerkingsaanbod van de therapeut. Met andere woorden, in hoeverre wordt de therapeut in zijn interventies beïnvloed door c.q. sluit hij aan bij het bewerkingsniveau waarop de cliënt op dat moment verkeert?

Opvallend is dat Sachse zich in zijn onderzoeken met betrekking tot het sturingseffect nooit heeft beziggehouden met deze kant van de zaak. Terwijl het volgen van de cliënt in diens zelfexploratatieproces, in zijn *frightening search for himself* (Rogers, 1951), zoals dat zo mooi heet, in cliëntgerichte kringen van eminent belang wordt geacht en men daarin door de jaren heen dan ook een grote traditie heeft opgebouwd. Voor Rogers heeft het volgen

van de cliënt, zeker in de tijd van de ‘non-directieve therapie’, altijd een groter gewicht gehad dan het sturen. Dat paste ook geheel bij zijn opvattingen over de zichzelf actualiserende persoon, oftewel “the inherent and immutable tendency of organisms, including the human being, to grow, develop and expand, to differentiate, to maintain and restore themselves and to realize their natures as best they can under their circumstances” (Rogers, 1980). De therapeutische situatie moet vanuit dit perspectief gezien worden als een ‘growing space’ en niet als een plek waar ‘manipulatie’ plaatsvindt. Bijgevolg “it is to be noted that this theory of therapy involves, basically, no intervening variables” (Rogers, 1959, p.220). Of dit wel een houdbaar standpunt is, zullen we zo dadelijk zien, wanneer we Rogers’ eigen optreden in zijn gesprekken met Gloria en Kathy gaan analyseren. Vooreerst presenteren we hier echter de resultaten uit ons eigen onderzoek met betrekking tot het ‘volgen’ door de therapeut, mede om een norm in deze te ontwikkelen.

Net als bij de DEL-analyse met betrekking tot het sturingseffect van het therapeutisch aanbod, staan ons twee wegen open om de DEL/DEL\* voor het sturingseffect van de bewerkingswijze van de cliënt te berekenen: een calculatie over alle geanalyseerde tripletten gezamenlijk (N=2290), of een berekening van de gemiddelde DEL/DEL\*-waarde over alle 312 vijf minuten fragmenten. Voor alle duidelijkheid: het gaat nu dus steeds om T-C-T tripletten in plaats van een analyse van C-T-C tripletten.

In tabel 3.24 worden de verschillende reacties van de therapeut op de verdiepende, gelijkblijvende en vervlakkende bewerkingswijzen van de cliënt weergegeven. De daarover berekende DEL-coëfficiënt bedraagt .35 en de DEL\*-coëfficiënt .23. De gemiddelde DEL-waarde over de 83 (=104 minus 21 ‘onbetrouwbare’) gesprekken komt uit op .32 (sd=.14); de DEL\* op .18 (sd=.15).

Tabel 3.24. ‘Volgen’ matrix over 2290 tripletten.

	T <sub>2</sub> > T <sub>1</sub>		T <sub>2</sub> = T <sub>1</sub>		T <sub>2</sub> < T <sub>1</sub>		Σ	
	N	%	N	%	N	%	N	%
C <sub>1</sub> > T <sub>1</sub>	418	56,0	258	27,8	83	13,5	759	33,1
C <sub>1</sub> = T <sub>1</sub>	211	28,3	459	49,5	116	18,8	786	34,3
C <sub>1</sub> < T <sub>1</sub>	117	15,7	210	22,7	418	67,7	745	32,5
Σ	746	100	927	100	617	100	2290	100

Ook nu weer zijn alle berekende DEL-waarden significant (p<.05), zodat we mogen concluderen dat er van de bewerkingswijze van de cliënt een sturende werking op het therapeutisch aanbod lijkt uit te gaan. Tegelijkertijd valt het

relatief grote aantal gelijkblijvende interventies door de therapeut (N=927) op (zie tweede kolom in tabel 3.24). Kennelijk heeft de therapeut de neiging om sowieso aan het niveau van zijn vorige bewerkingsaanbod vast te houden.

Net als bij het bewerkingsaanbod hebben we onderzocht of het sturingseffect van de bewerkingswijze op de onderscheiden momenten in de therapie (het 2e, 6e en 10e gesprek) van elkaar verschilt (zie tabel 3.25), evenals op de drie tijdstippen tijdens het therapie-uur (1e, 2e en 3e kwartier; zie tabel 3.26).

Tabel 3.25. *Volgen tijdens tweede, zesde en tiende gesprek (N=90).*

Sessie	DEL	DEL*	N
2	.34	.22	727
6	.32	.20	632
10	.34	.23	699
Totaal			2058

Tabel 3.26. *Volgen tijdens eerste, tweede en derde kwartier (N=104).*

Kwartier	DEL	DEL*	N
1	.19	.10	756
2	.28	.15	764
3	.43	.33	770
Totaal	.35	.23	2290

Tussen de onderscheiden gesprekken zien we geen opmerkelijke verschillen in het sturingseffect, tussen de drie fragmenten tijdens het therapie-uur wel. Met name aan het eind van het gesprek, in het derde kwartier (zie tabel 3.26), nemen de DEL-waarden drastisch toe. Dat betekent dat in die fase van het therapiegesprek de bewegingen van de cliënt wat betreft verdiepen, vervlakken of gelijkblijven, in sterkere mate gevolgd worden door de therapeut wat betreft zijn bewerkingsaanbod. Uit de tabellen die De Vries (1997) in haar doctoraalscriptie presenteert, valt af te leiden dat dit niet te maken heeft met een veranderende bewerkingswijze van de cliënt (in de zin van dat deze meer gaat verdiepen of vervlakken), zodat het verschil in sturingseffect geheel op conto van de therapeut geschreven moet worden. Het lijkt er daarmee op dat de therapeut aan het eind van het therapie-uur minder lijkt vast te houden aan zijn eigen strategie en een meer volgende houding aanneemt. Hoe we dit in samenhang met het gevonden resultaat inzake het sturingseffect van het bewerkingsaanbod moeten zien, is vooralsnog onduidelijk. Is het een kwestie van verminderde energie aan het eind van het uur, waardoor de therapeut meer een laissez-faire-houding aanneemt, of is er juist sprake van een grotere geïnvolveerdheid in de belevingswereld van de cliënt, waartoe hij zich eindelijk toegang heeft weten te verschaffen? Op grond van ons cijfermateriaal is daar moeilijk iets over te zeggen. Een nadere, vooral inhoudelijke, analyse zou daar mogelijk uitkomst in kunnen brengen.



### *Rogers in gesprek met Gloria en Kathy*

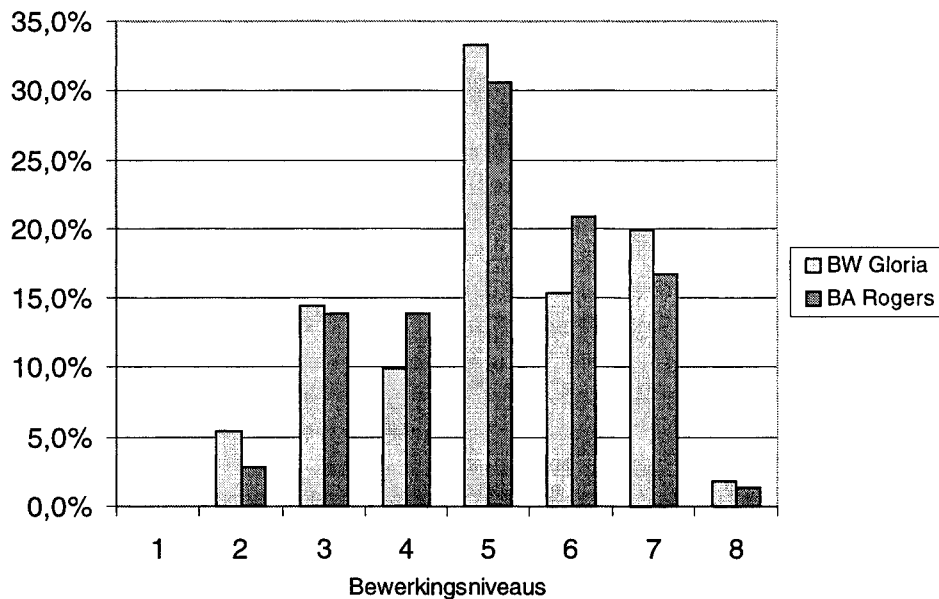
In 1965 werd een film opgenomen (Shostrom, 1965), waarin een en dezelfde cliënte, Gloria, een gesprek voerde met drie verschillende psychotherapeuten. Dat waren achtereenvolgens Rogers, Perls en Ellis. De bedoeling van de film was de diversiteit in psychotherapeutische benaderingen te demonstreren. De film lijkt daar goed in geslaagd te zijn en heeft in de loop der jaren grote bekendheid gekregen. Niet alleen in onderwijskringen werd de film enthousiast ontvangen, ook bood het onderzoekers een unieke gelegenheid om veronderstelde verschillen tussen de therapeutische scholen te meten (o.a. Barak & LaCrosse, 1975; Chen, 1981; Essig & Russell, 1990; Hill, Thames & Rardin, 1979; Holdstock & Holdstock, 1994; Kiesler & Goldston, 1988; LaCrosse & Barak, 1976; Meara, Pepinsky, Shannon & Murray, 1981; Meara, Shannon & Pepinsky, 1979; Mercier & Johnson, 1984; Miller, Prior & Springer, 1987; Shostrom & Riley, 1968; Stalikas & Fitzpatrick, 1995; Weinrach, 1986, 1990, 1991; Zimmer & Cowles, 1972). Wij zijn hierin niet achtergebleven en gebruikten de film om de verschillen tussen Rogers, Perls en Ellis ten aanzien van hun bewerkingsaanbod te onderzoeken. In paragraaf 3.4 zullen wij daarvan verslag doen.

In deze paragraaf leggen wij ons toe op het gesprek van Gloria met Rogers en vergelijken die met een gesprek dat Rogers, tien jaar later, met Kathy voerde. Dat gesprek kwam op eenzelfde wijze tot stand (Shostrom, 1975) en diende hetzelfde doel. Alleen waren de therapeuten hier achtereenvolgens Rogers, Shostrom (de maker van de film) en Lazarus. De beide cliënten zijn redelijk vergelijkbaar. Beiden zijn middle-class Amerikaanse vrouwen, ongeveer even oud (begin 30) en sinds enkele jaren gescheiden. *Gloria* vraagt zich af of ze er goed aan zou doen om haar negenjarige dochter Pamela de waarheid over haar huidige seksleven te vertellen. Ze twijfelt daar aan, bang als ze is dat Pamela haar dan niet langer als moeder zal respecteren. In het gesprek met Rogers wordt duidelijk dat ze vooral zelf moeite heeft met het accepteren van haar (seks)leven en legt ze verbanden met haar eigen afwijzende ouders. *Kathy*, wiens man, van wie ze was gescheiden, inmiddels is overleden, heeft moeite met het alleenzijn, maar ook met het aanknopen van nieuwe relaties, waarin ze zich snel misbruikt voelt.

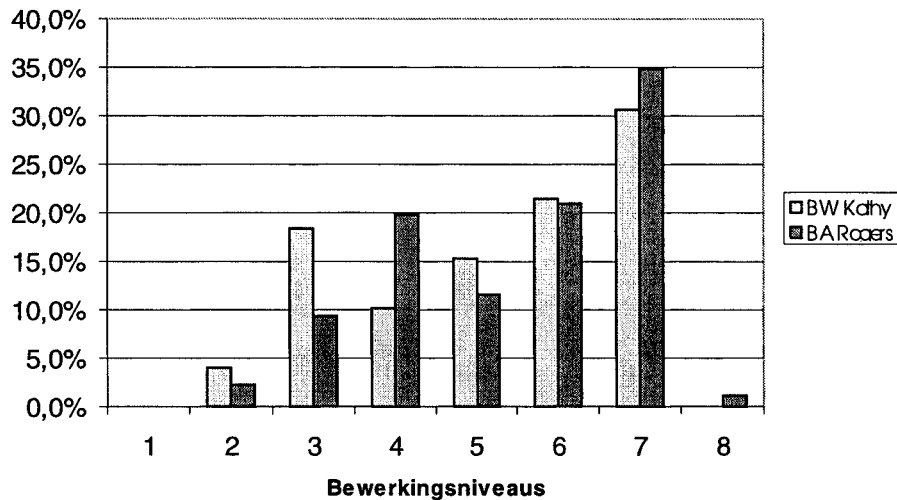
Aanvankelijk was het onze bedoeling om door middel van het scoren van het gesprek van Rogers met Gloria op de bewerkingschalen tot een vorm van validatie van het FINBE-systeem te komen. Dit interview gold in cliëntgerichte kring immers als een voorbeeld bij uitstek van een goed gevoerd therapeutisch gesprek, waarin Rogers zijn uitgangspunten op voortreffelijke wijze in de praktijk bracht (o.a. Thorne, 1992). We zouden dus hoge scores wat betreft bewerkingswijze c.q. -aanbod mogen verwachten (Olman-V.d. Jagt & Renssen, 1991). In tweede instantie vonden we het echter ook interessant om een vergelijking te maken met een soortgelijk gesprek, tien jaar later gevoerd,

om de ontwikkelingen in het doen en laten van Rogers te registreren. Rogers had namelijk in een interview met Evans (1975) beweerd dat hij in de loop der jaren nogal was veranderd in de richting van een meer persoonlijk aanwezig zijn in de therapeutische relatie (*presence*). Deze persoonlijke aanwezigheid in het kader van een *person-to-person encounter* zou weerspiegeld worden in een grotere inbreng van zijn kant, in verhouding tot de meer non-directieve opstelling waartoe Rogers zich jarenlang had bepaald, zo veronderstelden we (Takens, 1994c). Aldus verwachtten we meer sturing van de kant van Rogers in het gesprek met Kathy dan in zijn gesprek met Gloria, waar *reflections of feelings* de boventoon zouden voeren.

Om dit na te gaan werden eerst beide gesprekken verbatim uitgeschreven en van alle uitspraken kernzinnen geformuleerd. Deze werden vervolgens op de beide bewerkingsschalen gescoord (tabellen 3.27 en 3.28; zie ook de figuren 3.10 en 3.11), waarin de scores van de beide gesprekken ten aanzien van de bewerkingwijze van Gloria en Kathy en het bewerkingaanbod van Rogers nog eens in een histogram weergegeven worden.



Figuur 3.10. Rogers in gesprek met Gloria.



Figuur 3.11. Rogers in gesprek met Kathy.

In de eerste plaats valt op dat de scores van zowel Gloria als Kathy met betrekking tot de bewerkingswijze zeer hoog zijn (gemiddeld 5.05 respectievelijk 5.23), zeker voor een eerste ontmoeting met een therapeut. Ter vergelijking hebben we in tabel 3.27 ook de scores van ons eigen, in paragraaf 3.2 gerapporteerde, onderzoek geplaatst (BW gemiddeld 4.09). Ligt in het gesprek van Gloria de top op niveau 5 (persoonlijke waardering), bij Kathy ligt die zelfs op niveau 7 (explicitering). Dit is uitzonderlijk, daar waar doorgaans niveau 3 (mededelingen) het hoogst is. Het illustreert hoe therapeutisch er in beide gevallen gewerkt wordt. Bij Kathy zien we ook een zeer hoge score op niveau 6 (betekenisverlening). In de aanloop naar niveau 7 verbaast dat natuurlijk niet (zie ook paragraaf 3.3.1) en onderstreept het de kwaliteit van het gesprek. Bij Gloria staat naast een hoog 7-niveau, dat overigens iets lager uitkomt dan bij Kathy, een sterk verhoogd 5-niveau. Daarmee laat Gloria zich (in dit gesprek althans) kennen als iemand die gemakkelijk haar mening durft te geven en daar (in dit gesprek) ook op uit is. Kathy lijkt daarentegen wat vaker in direct contact met haar innerlijke belevingswereld te staan, van waaruit ze over zichzelf reflecteert. Opmerkelijk in dit verband is haar opmerking in het gesprek met Rogers dat zij juist grote moeite heeft om haar gevoelens te uiten ('to come out the cave'), zo kwetsbaar als zij zich vaak in het contact met mannen voelt. Kennelijk ervaart zij dit anders in haar relatie met Rogers.

Tabel 3.27. *Bewerkingswijze (BW) Gloria en Kathy, mede in vergelijking met ons onderzoek (BW Algemeen).*

	BW Gloria		BW Kathy		BW Algemeen	
	N	%	N	%	N	%
Niveau 1	0	0	0	0	15	0.4
Niveau 2	6	5,4	4	4,1	403	9.5
Niveau 3	16	14,4	18	18,4	1503	35.6
Niveau 4	11	9,9	10	10,2	675	16.0
Niveau 5	37	33,3	15	15,3	849	20.1
Niveau 6	17	15,3	21	21,4	457	10.8
Niveau 7	22	19,8	30	30,6	302	7.1
Niveau 8	2	1,8	0	0	19	0.5
Totaal	111	100	98	100	1482	100
Gemiddeld	5.05		5.23		4.09	

In de eerste plaats valt op dat de scores van zowel Gloria als Kathy met betrekking tot de bewerkingswijze zeer hoog zijn (gemiddeld 5.05 respectievelijk 5.23), zeker voor een eerste ontmoeting met een therapeut. Ter vergelijking hebben we in tabel 3.27 ook de scores van ons eigen, in paragraaf 3.2 gerapporteerde, onderzoek geplaatst (BW gemiddeld 4.09). Ligt in het gesprek van Gloria de top op niveau 5 (persoonlijke waardering), bij Kathy ligt die zelfs op niveau 7 (explicitering). Dit is uitzonderlijk, daar waar doorgaans niveau 3 (mededelingen) het hoogst is. Het illustreert hoe therapeutisch er in beide gevallen gewerkt wordt. Bij Kathy zien we ook een zeer hoge score op niveau 6 (betekenisverlening). In de aanloop naar niveau 7 verbaast dat natuurlijk niet (zie ook paragraaf 3.3.1) en onderstreept het de kwaliteit van het gesprek. Bij Gloria staat naast een hoog 7-niveau, dat overigens iets lager uitkomt dan bij Kathy, een sterk verhoogd 5-niveau. Daarmee laat Gloria zich (in dit gesprek althans) kennen als iemand die gemakkelijk haar mening durft te geven en daar (in dit gesprek) ook op uit is. Kathy lijkt daarentegen wat vaker in direct contact met haar innerlijke belevingswereld te staan, van waaruit ze over zichzelf reflecteert. Opmerkelijk in dit verband is haar opmerking in het gesprek met Rogers dat zij juist grote moeite heeft om haar gevoelens te uiten ('to come out the cave'), zo kwetsbaar als zij zich vaak in het contact met mannen voelt. Kennelijk ervaart zij dit anders in haar relatie met Rogers.

Tabel 3.28. *Bewerkingsaanbod Rogers in gesprek met Gloria en Kathy, mede in vergelijking met ons onderzoek (BA Algemeen).*

	BW Gloria		BW Kathy		BW Algemeen	
	N	%	N	%	N	%
Niveau 1	0	0	0	0	39	1.4
Niveau 2	2	2.8	2	2.3	194	6.7
Niveau 3	10	13.9	8	9.3	1156	40.0
Niveau 4	10	13.9	17	19.8	501	17.4
Niveau 5	22	30.6	10	11.6	404	14.0
Niveau 6	15	20.8	18	20.9	403	14.0
Niveau 7	12	16.7	30	34.9	183	6.3
Niveau 8	1	1.4	1	1.2	7	0.2
Totaal	72	100	86	100	2887	100
Gemiddeld	5.08		5.49		4.04	

Wat zich aan de kant van de twee cliënten voordoet, speelt zich ook af aan de kant van de therapeut, in casu Rogers: opvallend weinig 2- en met name weinig 3-scores (zie tabel 3.28). In het gesprek met Gloria treffen we de meeste scores aan op niveau 5, in het gesprek met Kathy op niveau 7. De vraag die zich dan opdringt is of dit hoge niveau van explicitering door Rogers geïnitieerd is, of dat de cliënten eigener beweging daartoe gekomen zijn en hij hen daarin volgt. Anders en enigszins gechargeerd gezegd: is Rogers nou zo'n uitnemende psychotherapeut, of heeft hij in deze gesprekken te maken gehad met twee uitzonderlijk goede cliënten?

Een antwoord op deze vraag is niet eenvoudig te geven, aangezien het sterk aan een kip-ei-probleem doet denken. Niettemin kunnen we er door middel van een DEL-analyse wel iets over zeggen. Een dergelijke analyse wilden we toch al uitvoeren met het oog op onze eerder geformuleerde vraagstelling, namelijk of er in de loop der tijd een verandering in Rogers' optreden vastgesteld kan worden.

#### *De DEL-analysen*

In tabel 3.29 staan de 57 interacties tussen Rogers en Gloria geschematiseerd (het aantal interacties is geringer dan het aantal BW- respectievelijk BA-scores in de tabellen 3.27 en 3.28, aangezien er per uitspraak meerdere 'bewerkingen' kunnen plaatsvinden). De vraag die zich nu voordoet luidt: als er sprake is van een verdieping, een gelijk blijven of een vervlaking in het therapeutisch aanbod van Rogers, hoe reageert Gloria daar dan op: met ook een

verdieping, respectievelijk gelijk blijven of vervlakkening wat betreft haar bewerkingswijze, of trekt ze zich in dit opzicht niets van Rogers' aanbod aan?

Uitgedrukt in een DEL\*-waarde kan worden gesteld dat Rogers weinig sturend is (DEL\*=0.19 tegenover 'normaal' 0.28) Hij neemt, in tegendeel, juist een volgende houding aan, zoals uit de betreffende DEL-analyse blijkt (tabel 3.30) (DEL\*=0.39 tegenover 'normaal' .23). Waar al sprake is van een sturend optreden, doet zich dat met name in negatieve zin voor: als Rogers vervlakt (23 keer), volgt Gloria hem daar vaak in (16 keer). Hierbij wordt aangetekend dat de kans op een vervlakkening van de bewerkingswijze op de hogere niveaus (waar in dit gesprek veel op gewerkt wordt), natuurlijk bij voorbaat groot is. Dit kan een zeker 'confounding' effect hebben. Bezien we namelijk de verdiepende interventies van Rogers (die veel geringer in aantal zijn) dan volgt Gloria hem daar toch ook in ongeveer de helft van de gevallen in.

Wanneer we vervolgens kijken naar het interview met Kathy, tien jaar later, dan blijkt Rogers zijn non-directieve houding goeddeels te hebben ingeruild voor een veel actiever optreden. We vinden dan namelijk een sturingseffect van 0.40 wat betreft Rogers optreden, terwijl er veel minder sprake is van een volgende houding (DEL\*=0.22) (zie de tabellen 3.31 en 3.32).

Tabel 3.29. *De invloed van Rogers' bewerkingsaanbod op Gloria's bewerkingswijze.*

	G+	G=	G-	Σ
R +	5	4	0	9
R =	11	10	4	25
R -	4	3	16	23
Σ	20	17	20	57

R+ : verdiepend aanbod van Rogers  
R= : gelijkblijvend aanbod van Rogers  
R- : vervlakkend aanbod van Rogers  
G+ : verdieping bewerkingswijze Gloria  
G= : gelijkblijvende bewerkingswijze Gloria  
G- : vervlakte bewerkingswijze Gloria

DEL\*=0.19;  
95% betrouwbaarheidsinterval:  
-0.04, +0.41

Tabel 3.30. *De invloed van Gloria's bewerkingswijze op Rogers' bewerkingsaanbod.*

	R+	R=	R-	Σ
G+	19	2	4	25
G=	4	10	5	19
G-	2	2	9	13
Σ	25	14	18	57

G+ : verdieping bewerkingswijze Gloria  
G= : gelijkblijvende bewerkingswijze Gloria  
G- : vervlakte bewerkingswijze Gloria  
R+ : verdiepend aanbod van Rogers  
R= : gelijkblijvend aanbod van Rogers  
R- : vervlakkend aanbod van Rogers

DEL\*=0.39;  
95% betrouwbaarheidsinterval:  
-0.16, +0.41

Tabel 3.31. De invloed van Rogers' beweringsaanbod op Kathy's bewerkingswijze.

	K+	K=	K-	Σ
R+	14	2	3	19
R=	7	21	5	33
R-	3	4	11	18
Σ	24	27	19	70

R+ : verdiepend aanbod van Rogers  
 R= : gelijkblijvend aanbod van Rogers  
 R- : vervlakkend aanbod van Rogers  
 K+ : verdieping bewerkingswijze Kathy  
 K= : gelijkblijvende bewerkingswijze Kathy  
 K- : vervlakte bewerkingswijze Kathy

DEL\*=0.40;  
 95% betrouwbaarheidsinterval:  
 -0.19, +0.60

Tabel 3.32. De invloed van Kathy's bewerkingswijze op Rogers' beweringsaanbod.

	R+	R=	R-	Σ
K+	14	4	1	19
K=	10	17	11	38
K-	0	4	9	13
Σ	24	25	21	70

K+ : verdieping bewerkingswijze Kathy  
 K= : gelijkblijvende bewerkingswijze Kathy  
 K- : vervlakte bewerkingswijze Kathy  
 R+ : verdiepend aanbod van Rogers  
 R= : gelijkblijvend aanbod van Rogers  
 R- : vervlakkend aanbod van Rogers

DEL\*=0.22;  
 95% betrouwbaarheidsinterval:  
 -0.01, +0.43

Onze hypothese dat Rogers in het gesprek met Kathy zich sturender en minder volgend opstelt dan in zijn gesprek met Gloria, wordt door deze cijfers dus bevestigd. Wellicht houdt dit verband met het grote aantal scores op de niveaus 6 en 7 in het gesprek met Kathy. Het past bij Rogers' stijl van interveniëren om naar de betekenis van iets te vragen en de cliënt vervolgens uit te nodigen daarover te reflecteren. In het gesprek met Gloria werden, met name door haarzelf, veel interventies op niveau 5 geïnitieerd. Rogers lijkt bij haar vooral geneigd om in aansluiting daarop haar mening aan een kritisch zelfonderzoek te laten onderwerpen. Ondanks deze accentverschillen toont Rogers zich in de twee interviews een actief en betrokken luisteraar, die in zijn 'spiegelende functie' beide cliënten op knappe wijze weet aan te zetten tot een explicitering van hun belevingswereld.

#### Conclusies ten aanzien van sturen en volgen

Uit onze berekeningen van de DEL\*-coëfficiënten blijkt het sturingseffect van de bewerkingswijze van de cliënt praktisch even groot als dat van het beweringsaanbod door de therapeut (.23 om .28). Dit illustreert dat er in de therapeutische interactie onmiskenbaar sprake is van een wederzijdse beïnvloeding, dat wil zeggen de therapeut stuurt niet alleen het therapeutisch proces van zelfexplicitering aan, maar laat zich daarin ook door de cliënt leiden. Wellicht wordt een goede therapeut juist gekenmerkt door beide bewegingen:

het is iemand die kan sturen en volgen. Nochtans lieten de therapeuten in ons onderzoek zich in het algemeen positiever uit over een sessie, c.q. de therapeutische relatie – zoals gemeten met de Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV-T) – naarmate er sprake was van een groter sturingseffect ( $DEL^* > Md = .21$ ) ( $t = 1.81$ ;  $df = 83$ ;  $p = .07$ ). In lijn hiermee toonden cliënten zich minder tevreden over de sessies waarin de therapeut zich vooral volgend opstelde ( $DEL^* < Md = .17$ ) ( $t = -1.88$ ;  $df = 68$ ;  $p = .06$ ) en waren ze van mening dat die sessies een geringere impact hadden ( $t = -1.80$ ;  $df = 70$ ;  $p = .08$ ).

Zoals eerder gesteld kon Mater (1991) op grond van de  $DEL^*$ -waarden goede van slechte therapie sessies onderscheiden. In haar onderzoek was aan drie ervaren cliëntgerichte psychotherapeuten gevraagd een productief en een minder productief gesprek uit een en dezelfde therapie voor een FINBE-analyse ter beschikking te stellen. Hoewel bij twee van de drie therapeuten het verschil wat betreft sturingseffect tussen de twee ingestuurde gesprekken niet bepaald groot was (het verschil tussen de therapeuten was opmerkelijker), kon het betreffende onderscheid toch gemaakt worden. Dat lukte ook door uitsluitend de therapeutische interventies die het bewerkingsniveau van de cliënt aanhielden of verdiepten, en de reactie daarop van de cliënt, in ogenschouw te nemen. In de goede gesprekken (als zodanig dus door de betrokken therapeuten aangemerkt) verdiepte het proces zich dan meer. Uitgedrukt in percentages 'goede' therapeutinterventies ging het om respectievelijk 78% tegenover 67%, 72% tegenover 62% en 64% tegenover 53%.

Natuurlijk is het ook interessant om na te gaan of de aansturing van het therapeutische proces door de therapeut mede afhankelijk is van diens ervaring en therapeutisch referentiekader. Dat blijkt echter niet het geval. Noch ten aanzien van de ervaring, noch ten aanzien van de theoretische achtergrond van de therapeut konden we in ons onderzoek significante verschillen vaststellen. Met andere woorden, ervaren therapeuten sturen niet meer dan hun onervaren collega's, en analytici niet meer dan cliëntgerichte psychotherapeuten. Al met al een verrassend resultaat!

### **3.4 Enkele toepassingen**

In deze paragraaf willen we enkele toepassingen van het FINBE-systeem laten zien met betrekking tot het analyseren van psychotherapeutische interacties. Gekozen is voor een onderzoek naar verschillen in therapiestijl (paragraaf 3.4.1) en een analyse van het therapeutisch proces in een 'single-case' studie (paragraaf 3.4.2). Het eerste onderzoek sluit aan bij hiervoor gerapporteerde bevindingen inzake de theoretische oriëntatie van de therapeuten in ons hoofdonderzoek (paragraaf 3.2.6) en betreft een vergelijking tussen gesprekken die een cliënte voerde met drie verschillende therapeuten. Een deel van dit materiaal werd hiervoor reeds gebruikt bij onze analyse van de gesprekken die Rogers voerde met Gloria respectievelijk Kathy (zie paragraaf



3.3.2). Het tweede onderzoek betreft een analyse van een compleet op video opgenomen psychotherapeutische behandeling, die een veertigtal sessies omvatte. Hierover werd elders reeds door ons gepubliceerd (Takens & Foelkel, 1997; Takens, Hammink & Poort, 1997).

#### 3.4.1 *Therapiestijlen*

De verschillende therapeutische scholen sorteren in het algemeen een even groot effect, zo blijkt uit de voornaamste onderzoeksoverzichten (bijvoorbeeld Bergin & Lambert, 1978; Lambert & Bergin, 1994; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Smith, Glass & Miller, 1980). Met een knipoog naar de uitspraak van de Dodo-vogel in Alice's avonturen in Wonderland (Carroll, 1865/1962) concludeerden Luborsky et al. (1975) dan ook dat "Everybody has won and all must have prizes". Ofschoon vele wegen dus naar hetzelfde Rome lijken te leiden, kunnen tussen therapeuten uit diverse richtingen duidelijke verschillen vastgesteld worden, niet alleen wat betreft hun theoretische opvattingen (o.a. Kimble, 1984; Peterson & Bradley, 1980; Poznanski & McLennan, 1995), maar ook wat betreft het verbale gedrag in de therapie (Brunink & Schroeder, 1979; Hill, Thames & Rardin, 1979; Lee & Uhlemann, 1984; Stiles, 1979) en de toepassing van specifieke therapeutische technieken (o.a. Gomes-Schwarz, 1978; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Sundland, 1977).

#### *Rogers, Perls en Ellis*

Zoals eerder vermeld (paragraaf 3.2) werd door Shostrom in 1965 een filmserie opgenomen om de verschillen tussen een drietal therapierichtingen te demonstreren. Een en dezelfde cliënte, Gloria, voerde drie gesprekken van ongeveer een half uur met drie prominente psychotherapeuten, allen grondleggers van een eigen therapeutische benadering: Carl Rogers (client-centered therapie), Fritz Perls (Gestalttherapie) en Albert Ellis (Rationeel Emotieve therapie). Deze unieke gelegenheid voor onderzoekers om feitelijke overeenkomsten en verschillen tussen therapeutische oriëntaties te onderzoeken heeft in de loop van de tijd heel wat research uitgelokt (o.a. Barak & LaCrosse, 1975; Chen, 1981; Essig & Russell, 1990; Hill, Thames & Rardin, 1979; Holdstock & Holdstock, 1994; Kiesler & Goldston, 1988; LaCrosse & Barak, 1976; Meara, Pepinsky, Shannon & Murray, 1981; Meara, Shannon & Pepinsky, 1979; Mercier & Johnson, 1984; Miller, Prior & Springer, 1987; Shostrom & Riley, 1968; Stalikas & Fitzpatrick, 1995; Weinrach, 1986, 1990, 1991; Zimmer & Cowles, 1972). Sommigen gebruikten de drie interviews om bepaalde meetinstrumenten, die speciaal ontworpen waren om verschillen in therapeutische aanpak vast te stellen, op betrouwbaarheid en validiteit te onderzoeken (bijvoorbeeld Hill, Thames & Rardin, 1979; Barak & LaCrosse, 1975; LaCrosse & Barak, 1976). Zo troffen Hill et al. in de toe-

passing van het door haar ontwikkelde categorieënsysteem voor verbaal gedrag (Hill, 1978), onmiskenbare verschillen aan tussen de drie therapeuten, goed passend bij hun therapeutische oriëntaties. Rogers' verbale interventies bleken voornamelijk te vallen in de categorieën 'minimale aanmoediging' (53%), parafrasering (11%), interpretatie (7%), reflectie (7%) en informatie geven (7%). De interventies van Perls lieten zich – overigens minder gemakkelijk – indelen in de categorieën direct guidance (19%), information (12%), interpretation (12%), open question (10%), minimal encourager (8%), closed question (6%), confrontation (6%), approval-reassurance (5%) en nonverbal referent (5%). Ellis maakte het meest gebruik van information (30%), direct guidance (21%), minimal encouragers (14%), interpretation (12%), closed questions (6%) and restatements (5%).

Naast inhoudelijke analyses van het verbale gedrag zijn de drie gesprekken ook meermalen op formele stijkenmerken onderzocht. Meara en haar medewerkers (Meara, Shannon & Pepinsky, 1979; Meara, Pepinsky, Shannon & Murray, 1981) vonden theoretisch verwachte verschillen in aantal, lengte en complexiteit van de uitspraken van zowel de drie therapeuten als van Gloria. Hun vermoeden werd bevestigd, dat de therapeut door zijn taalgebruik 'tussen de regels door' aan de cliënt overseint wat een goede manier is om over zichzelf te praten. In de loop van de gesprekken bleek Gloria haar taalgebruik steeds meer aan dat van haar therapeuten aan te passen. Mercier en Johnson (1984) stelden in hun onderzoek een wederzijds convergerend taalgebruik vast, zodat 'concerted action' ook een aanpassing van de therapeut aan de cliënt impliceert.

Hoewel in deze laatste studies met betrekking tot 'concerted action' de interacties tussen Gloria en haar drie therapeuten centraal stonden, ontbreekt tot nog toe een analyse van het expliciteringsproces, zoals door Sachse (1992) en door ons in dit boek beschreven. Zo'n analyse zou interessant zijn, omdat het meer licht kan werpen op de wijze waarop een cliënt in zijn/haar doen en laten tijdens de therapie beïnvloed wordt door de wijze waarop de therapeut aan het proces van zelfonderzoek bij de cliënt vorm geeft. Welke verschillen zijn er in dit opzicht tussen de drie benaderingen te constateren en komen die overeen met hetgeen we vanuit de onderscheiden theoretische uitgangspunten mogen verwachten?

### *Hypothesen*

Ten aanzien van Rogers' interventies veronderstelden we dat deze primair op bewerkingsniveau 6 ('betekenisverlening') gericht zouden zijn. Het zou Rogers er immers om te doen zijn dat Gloria zich in haar subjectief ervaren begrepen voelt, wat haar zou aanmoedigen haar idiosyncratische belevingswereld aan een proces van zelfonderzoek te onderwerpen. Ipso facto verwachten we dat Gloria zich vooral zou bewegen op de niveaus 6 en 7 ('explicitering'). Perls, die in zijn Gestaltbenadering meer een confronterende houding

aanneemt, zou veeleer uitspraken doen op het niveau van (persoonlijke) waarderingen (4 en 5), om de cliënt zo een spiegel voor te houden wat betreft haar optreden in de therapie. De reacties van Gloria daarop zouden zowel van evaluatieve aard kunnen zijn (met name op niveau 5, teruggevend hoe zij over zichzelf denkt), als betekenisverlenend (door aan te geven hoe zij zich hieronder voelt – niveau 6 dus), soms ook wel expliciterend (zichzelf trachten te verduidelijken op niveau 7). Van Ellis als rationeel-emotieve therapeut verwachtten we vooral veel theoretisering (niveau 2), in zijn poging Gloria van de irrationaliteit van haar gedachten te overtuigen. Hoe Gloria daarop zou reageren, was moeilijker te voorspellen. Zou zij weerstand kunnen bieden aan de verleiding om ook over zichzelf te gaan theoretiseren (niveau 2), of zou zij zich in het debat met Ellis eerder uitgedaagd voelen om haar eigen standpunten te verdedigen (niveau 5: 'Ik vind juist dat ...')? Wat we in ieder geval minder verwachtten aan te treffen zijn interacties op niveau 6, aangezien in deze vorm van therapie nu eenmaal minder belang aan geactualiseerde belevingen wordt gehecht.

#### *Procedure*

Om onze hypothesen te toetsen, werden de drie gesprekken, die Gloria achtereenvolgens voerde, door ons verbatim uitgeschreven, waarna per interactie één of meerdere kernzinnen werden geformuleerd. Deze kernzinnen werden vervolgens door twee getrainde beoordelaars op Bewerkingswijze (Gloria) respectievelijk Bewerkingsaanbod (Rogers/Perls/Ellis) gescoord<sup>1</sup>. Ter adstructie werden de op videoband gezette films vertoond. Over eventuele verschillen werd gediscussieerd tot consensus werd bereikt. Ten slotte werd per therapeut- respectievelijk cliëntuitspraak die kernzin uitgekozen, die als meest prominente voor de interactieanalyse (= DEL-analyse) in aanmerking zou komen.

#### *Resultaten*

Uit tabel 3.33 blijkt dat Rogers het meest frequent een bewerkingsaanbod deed op niveau 5 (30,6%). Het aantal interventies op niveau 6 (20,8%) blijft wat achter bij onze verwachtingen, maar steekt wel in positieve zin af tegen de scores van Perls en Ellis op dit niveau (respectievelijk 9 en 3,3%). Datzelfde geldt ten aanzien van de scores op niveau 7, die naar verhouding bij Rogers opmerkelijk vaak voorkomen (16,7%).

---

<sup>1</sup> De scores met betrekking tot het interview met Rogers zijn overgenomen uit eerder uitgevoerd onderzoek (zie paragraaf 3.2.3). In het kader van de doctoraalscriptie van Hoelen (1995) werden de scores met betrekking tot de interviews met Perls en Ellis verzameld.

Tabel 3.33. *Beweringsaanbod van Rogers, Perls en Ellis en Bewerkingswijze van Gloria (in percentages).*

Niveau	Beweringsaanbod door:			Bewerkingswijze Gloria bij:		
	Rogers	Perls	Ellis	Rogers	Perls	Ellis
1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2	2,8	9,8	47,5	5,4	9,0	10,5
3	13,9	36,1	16,4	14,4	20,2	33,3
4	13,9	28,6	14,8	9,9	13,3	12,3
5	30,6	11,3	9,8	33,3	28,5	17,6
6	20,8	9,0	3,3	15,3	22,2	15,8
7	16,7	5,2	8,2	19,8	6,3	10,5
8	1,4	0,0	0,0	1,8	0,1	0,0
N	72	133	61	111	144	57

Alles bijeen genomen vertoef Rogers in zijn gesprek met Gloria doorgaans op de hogere bewerkingsniveaus, waarmee hij zich laat kennen als een bijzonder goede gesprekstherapeut.

Zelfs in een gesprek, dat niet meer dan een half uur duurt, slaagt hij er namelijk met grote regelmaat in zijn gesprekspartner tot een explicitering van haar persoonlijke referentiekader te brengen. Opvallend is het geringe percentage interventies op mededelingenniveau (13,9%). Rogers blijkt dus niet zo zeer geïnteresseerd in feitelijkheden, maar veeleer in de subjectieve belevingen van zijn gesprekspartner. Wat vindt zij ergens van, daar lijkt Rogers primair in geïnteresseerd. Ook bijzonder en geheel in lijn met het voorgaande, is het zeer kleine percentage interventies op niveau 2 (2,8%). Als experimenteel therapeut verafschuwde Rogers getheoretiseer en gerationaliseer en dat maakt hij met dit optreden nogmaals duidelijk.

Ook Perls houdt niet zo zeer van theoretiseren, maar zou, zo veronderstellen we, meer uit zijn op confrontaties met Gloria d.m.v. het geven van (persoonlijke) waarderingen. Onze scores zijn daar echter niet geheel mee in overeenstemming. Weliswaar is het percentage scores op niveau 4 in vergelijking tot Rogers en Ellis hoog te noemen (28,6%), maar op niveau 5 liet Perls het toch wel wat afweten (11,3%). Daarentegen is het aantal scores op niveau 3 relatief het hoogst (36,1%). Het lijkt er daarmee op dat Perls zijn cliënt eerder een spiegel voorhield door haar te confronteren met feitelijkheden (althans wat Perls voor waar aannam), dan met zijn eigen opvattingen. Hij deed dus meer uitspraken van het type 'Jij bent iemand die ...', dan van

het type 'Ik vind jou ....'. Aan onderzoek van het innerlijke referentiekader van de cliënt kwam Perls duidelijk (nog) niet toe. Het lage percentage interventies op niveau 7 (5,2%) wijst daarop.

Wel geheel in overeenstemming met onze verwachting scoorde Ellis veruit het hoogst op niveau 2 (47,5%) en het laagst op niveau 6 (3,3%). Theoretiseren is voor hem belangrijker dan 'ervaren' en dat maakte hij in dit gesprek met Gloria volledig waar. Niet voor niets stelde hij in zijn introductie voorafgaand aan het gesprek dat zijn strategie inhoudt '...to go after the client's view, to persuade her to re-think what she is doing'. Bij zijn strategie past natuurlijk niet een stilstaan bij gevoelens die worden opgeroepen, noch een zelfonderzoek naar idiosyncratische betekenisstructuren.

Kijken we vervolgens in tabel 3.33 naar Gloria's bewerkingswijzen, dan zien we het hoogste percentage 3-scores in het gesprek met Ellis. Met 33,3% is dat eigenlijk geen opvallend hoog percentage (vergelijk onze bevindingen in paragraaf 3.2), maar wel significant afwijkend van de andere twee gesprekken. Überhaupt wijkt de gehele scoreverdeling van de bewerkingswijze in het gesprek met Ellis niet erg af van hetgeen wij elders (bij cliëntgerichte en psychoanalytische therapeuten) hebben aangetroffen (zie paragraaf 3.2). Gloria toonde zich hiermee redelijk bestand tegen het bombardement aan theoretische argumentaties die Ellis over haar uitstortte. Ze bleef 'gewoon' reageren, hetgeen ze naderhand in haar commentaar op de gesprekken ook bevestigde.

In het gesprek met Rogers vallen de hogere scores op de niveaus 5 en 7 op, hetgeen ook tot uitdrukking komt in de hoogste gemiddelde score ten aanzien van bewerkingswijze (zie tabel 3.34). Gelet op het lage percentage scores op niveau 4 (9,9%), kunnen we stellen dat als Gloria een waardering van iets gaf, ze meestal haar persoonlijke mening gaf en dit ook als zodanig kenbaar maakte (33,3%). Naar verhouding deed Gloria in het gesprek met Rogers veruit het meest aan zelfonderzoek, in de zin van het expliciteren van haar persoonlijke referentiekader (19,8%). Voor zover dit in de andere twee gesprekken al aan de orde was, bleef het veel impliciet. Zeker in het gesprek met Perls, waar ze – conform onze verwachting – veel op niveaus 5 en 6 reageerde op de vaak confronterende opmerkingen van Perls.

Deze bevindingen zijn in overeenstemming met het commentaar dat Gloria naderhand op de drie gesprekken gaf. Zo vertelde ze, dat zij zich bij Rogers het meest op haar gemak had gevoeld. Hij had haar een goed gevoel over haarzelf gegeven. Maar, omdat ze bang was nooit kwaad op hem te kunnen worden, zou hij toch niet de juiste therapeut voor haar zijn geweest. Haar voorkeur zou in dat opzicht eerder uitgaan naar Perls, door wie ze zich zeer aangesproken voelde. Ze had nog wel even met hem door willen knokken. Jammer dat het gesprek maar zo kort had geduurd. Over het gesprek met Ellis was Gloria minder tevreden. Ze vond het een kil gesprek, te veel gericht op nadenken, terwijl ze het tegelijkertijd soms moeilijk vond om haar gedachten

erbij te houden. Ondanks de energie die ze er van haar kant in had gestoken, waren ze er niet in geslaagd tot een goede verstandhouding te komen.

Tabel 3.34. Gemiddelde bewerkingswijze en bewerkingsaanbod in de gesprekken met Rogers, Perls en Ellis.

	Bewerkingsaanbod door:			Bewerkingswijze Gloria bij:		
	Rogers	Perls	Ellis	Rogers	Perls	Ellis
M	5,08	3,89	3,3	5,05	4,56	4,26
s.d.	1,4	1,3	1,6	1,6	1,45	1,6
$N_k$	72	133	61	111	144	57
$N_c$	60	113	35	59	113	35
$N_k/N_c$	1,2	1,18	1,74	1,88	1,27	1,63

M = gemiddeld bewerkingsniveau

s.d = standaarddeviatie van gemiddeld bewerkingsniveau

$N_k$  = aantal geformuleerde kernuitspraken

$N_c$  = aantal clausen

In zekere zin laat zich dat ook afleiden uit de gemiddelde scores met betrekking tot de bewerkingswijze van Gloria respectievelijk het bewerkingsaanbod van de drie therapeuten (zie tabel 3.34). Deze zijn het hoogst in het gesprek met Rogers, het laagst in het gesprek met Ellis. Natuurlijk verbaast dat niet tegen de achtergrond van de uitgangspunten van de cliëntgerichte psychotherapie, waar het erom te doen is de cliënt tot een explicitering van zijn innerlijke referentiekader aan te zetten (Sachse, 1992; Takens, 1995). In een rationeel-emotieve therapie zal dat minder aan de orde zijn, hoewel dat daar, als het goed is, ook niet uit het oog wordt verloren (Weinrach, 1986).

Wat in tabel 3.34 verder opvalt is het grote aantal clausen ( $N_c$ ) en het daarmee samenhangende aantal geformuleerde kernuitspraken ( $N_k$ ) in het gesprek tussen Gloria en Perls. En dat terwijl het gesprek van Gloria met Perls een stuk korter duurde (21 minuten) dan de gesprekken met Rogers en Ellis (ieder 30 minuten)! In de dialoog met Perls lijkt dus sprake van de meeste 'interactie'. Deze observatie sluit goed aan bij het commentaar van Gloria, die zei door Perls het meest te zijn aangesproken op haar 'fighting self'. En waar gevochten wordt, zijn de interacties vaak kort, krachtig en talrijk.

Het geringst in aantal zijn de interacties tussen Gloria en Ellis. Tegelijkertijd treffen we bij Ellis het grootste aantal kernuitspraken *per claus* ( $N_k/N_c$ ) aan. Dit zou erop kunnen duiden dat deze therapeut veel aan het woord is geweest, in ieder geval veel meer dan zijn twee collega's. Maar hoe mag je

ook anders verwachten van een therapeut die probeert zijn cliënt van zijn gelijk te overtuigen?

In het gesprek met Rogers zien we veel kernuitspraken per claus aan Gloria's zijde en weinig aan de kant van de therapeut. Dit laat zien dat Rogers – geheel naar verwachting – zijn cliënte veel ruimte liet om zich over zichzelf uit te spreken en dat hij zelf voor een wat terughoudender opstelling koos (zie ook paragraaf 3.3.2).

### *Conclusie*

Alles bij elkaar bleek het in dit onderzoek goed mogelijk om de wijze van werken, zowel aan de kant van de cliënt, als aan de kant van de drie therapeuten, met behulp van het FINBE-systeem in beeld te brengen. Dit systeem lijkt daarmee een welkome aanvulling op bestaande analyses, zoals die van Hill (1978), die geënt zijn op een meer categoriale indeling van therapeutische interventies.

Op zichzelf zijn de gevonden resultaten niet spectaculair te noemen, in de zin van onverwacht. Hooguit hadden we in het gesprek van Gloria met Rogers wat hogere scores op bewerkingsniveau 6 verwacht. In dit opzicht was daarmee niet zozeer sprake van een 'experientiële ontmoeting', maar veeleer van een inzichtgevend gesprek. Het deed aan de kwaliteit ervan evenwel niets af.

### *3.4.2 Voor de verandering: een gevalstudie<sup>1</sup>*

Bij een analyse van een therapeutisch gesprek kan men zich op drie aspecten richten.

In de eerste plaats op allerhande *vormaspecten*, zoals de hoeveelheid woorden die gebruikt worden, het aantal interacties dat tussen therapeut en cliënt plaatsvindt, de tijd dat de gesprekspartners aan het woord zijn, de duur van stiltes, syntactische en grammaticale structuren, enzovoorts. Dit soort kwantificerend onderzoek is meestal zeer arbeidsintensief, levert echter naar verhouding tot de geleverde inspanning doorgaans weinig bruikbare informatie op. In de tweede plaats kan men zich op de *inhoud* van het gesprek richten, dus op *wat* cliënt en therapeut zoal tegen elkaar zeggen. Veelal gaat het

---

<sup>1</sup> Deze paragraaf is als twee afzonderlijke artikelen eerder gepubliceerd in het Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie (Takens & Foelkel, 1997; Takens, Hamink & Poort, 1997) en als voordracht gepresenteerd op het 4e Internationale Congres over Cliëntgerichte en Experientiële Psychotherapie in Lissabon (1997). Het is een bewerking van een eerdere voordracht op de studiedag van de VCgP en de Vgt over de mogelijkheden en beperkingen van N=1 onderzoek. Deze studiedag werd op 18 oktober 1996 gehouden in Psychiatrisch Centrum 'Bloemendaal' en droeg als motto 'Twee zielen, één gedachte'.

dan om een kwalitatieve analyse van de gespreksthema's, wat daarin aan bod is, wat er gedurende de therapie verandert, enzovoort. De meeste gevalsstudies gaan over inhoudelijke veranderingen tijdens de therapie.

Naast formele en inhoudelijke analyses van therapeutische interacties, kan men zich ten slotte ook richten op de *wijze waarop* cliënt en therapeut aan het werk zijn en op elkaar reageren. Is de cliënt, bijvoorbeeld, bereid en in staat om zichzelf verdiepende vragen te stellen? In hoeverre wordt het expliciteringsproces door het bewerkingsaanbod van de therapeut aangestuurd? Et cetera.

In de hier te presenteren gevalsstudie is zowel een inhoudelijke analyse als een analyse van de bewerkingswijze aan de orde. Wat betreft de inhoudelijke analyse van de therapeutische interactie hebben we ons in eerste instantie laten inspireren door de researchstrategie zoals door Rice en Greenberg (1984) naar voren gebracht. Deze auteurs suggereren dat, om inzicht te krijgen in het psychotherapeutische proces, men zich het beste kan richten op het nauwkeurig bestuderen van veranderingsmomenten, zoals die zich in een bepaalde context voordoen. Daarin terugkerende patronen kunnen mogelijk iets (meer) zeggen over de aard van therapeutische veranderingsprocessen. Een veelgebruikte manier om na te gaan wat belangrijke veranderingsmomenten in een sessie geweest zijn, is de zogeheten 'Interpersonal Process Recall'-methode (IPR), waarbij achteraf aan de cliënt, soms direct na afloop van de sessie, gevraagd wordt wat hem/haar in het bijzonder over het gesprek is bijgebleven en wat belangrijk is geweest. Verschillende varianten van deze oorspronkelijk door Kagan (1975) voor trainings- en supervisie doeleinden ontwikkelde methode treffen we aan in onderzoek van Elliott (1986), Elliott en Shapiro (1992), Rennie (1992), Toukmanian (1992), Wiseman (1992) en Vanaerschot (1997).

In de hier te presenteren gevalsstudie zijn wij niet zoals bovengenoemde auteurs uitgegaan van specifieke 'markers' in een bepaalde sessie, maar van opmerkelijke veranderingen in de stemming van de cliënt in de loop van de therapie. Wanneer die werden aangetroffen, analyseerden wij het daaraan voorafgaande gesprek in de veronderstelling dat de stemmingsverandering van de cliënt (mede) het gevolg zou zijn van de gebeurtenissen in dat voorafgaande gesprek. Onze analyse hield in eerste instantie in dat er naar opmerkelijke fragmenten gezocht werd, die achteraf de stemmingsverandering zouden kunnen verklaren. Vervolgens werd over deze zogenaamde 'markeringsmomenten' een analyse van de bewerkingswijze van de cliënt en het bewerkingsaanbod van de therapeut met behulp van de FINBE-schalen uitgevoerd.

#### *Beschrijving van de casus*

De casus die hier aan de orde is, kan gezien worden als een doorsnee behandeling van een doorsnee cliënt uit een doorsnee psychotherapeutische praktijk. Cliënte (Anna) is een 43-jarige, goedverzorgde vrouw met een vriende-



lijke uitstraling. Tijdens de intakegesprekken stelt ze zich coöperatief op. Ze is wat onrustig en laat een grote lijdensdruk zien. Bij de aanmelding noemt Anna als klachten: slaapproblemen, toenemende gespannenheid, tegen hyperventilatie aan en zorg om haar oudste dochter van dertien, die net de puberteit is binnengestapt. Al snel voegt zich daarbij de onvrede die ze in de relatie met haar man ervaart, ook in seksueel opzicht. Al zolang zij elkaar kennen vertoont hij potentiële stoornissen, waardoor zij zich seksueel tekort gedaan voelt.

Een half jaar geleden kon Anna de drukte op haar werk plotsklaps niet meer aan en belandde – na zeventien jaar onafgebroken als docent op een middelbare school voor de klas te hebben gestaan – in de ziekteket. Voorlopig werkt ze weer twee ochtenden per week, maar het valt haar steeds zwaarder, mede door haar moeilijke in- en doorslapen. De wat lichtere slaapmiddelen helpen niet meer en zwaardere medicijnen wil ze niet gebruiken. Ze voelt zich voortdurend moe, labiel en onder druk staan van de talrijke verplichtingen die ze zichzelf oplegt. In contacten met anderen voelt ze zich vaak overspoeld door de emoties van de ander en kan daarin geen eigen grenzen stellen.

Zoals gezegd, maakt ze zich ernstig zorgen over haar oudste dochter van dertien, die met haar gevoelens geen raad lijkt te weten en zich erg afwerend in het contact opstelt. In haar geslotenheid en overgevoeligheid herkent cliënte haar eigen puberteit, die ze zich als de vreselijkste periode in haar leven herinnert: vol eenzaamheid en wanhoop. Zoals zij nu haar eigen kind zou willen helpen – maar door deze niet wordt toegelaten – zo werd zijzelf door haar moeder emotioneel in de steek gelaten. Moeder, evenals cliënte afkomstig uit een streng gereformeerd gezin, wordt omschreven als een zeer overheersende vrouw, die met ijzeren hand het gezin bestierde. Een keiharde opvoeding, waarin aan het gevoelsleven van de vijf kinderen totaal voorbij werd gegaan. Moeder was een koele en kwetsende vrouw, die niet in staat bleek enige liefde op haar kinderen over te brengen. Nog steeds kan moeder cliënte zeer kwetsen. Anna probeert zoveel mogelijk het contact met moeder te vermijden, maar ze blijkt in haar emotionele beleving toch meer aan moeder gebonden dan haar lief is. Met de jongste dochter van acht jaar, met haar afhankelijkheid de tegenpool van de oudste, heeft ze een goed contact; het kind klimt regelmatig bij haar op schoot, hoewel ook zij soms heel lastig en koppig kan zijn.

Anna wil door middel van de therapie niet alleen van haar slapeloosheid afkomen, maar ook: “weten wat er in mij zit en aan mijzelf werken. Graag nu, omdat ik nu toch ben vastgelopen. Misschien komt het van vroeger, hoewel ik dacht die periode achter me gelaten te hebben en het daar liever ook niet meer over wil hebben. Misschien heb ik in mijn dagelijkse leven ook wel een verkeerde voorstelling over wat moet of juist niet moet (...) en kan ik niet

relativeren. Want uiteindelijk ben ik toch vastgelopen (...) Ik wil op een goede manier verder.”

In het intake-overleg wordt afgesproken Anna een openleggende psychotherapie aan te bieden, met als doel haar tot meer ontspanning, minder controlebehoefte en tot een grotere aanvaarding van zichzelf en anderen te brengen.

De therapie werd uitgevoerd door een ervaren cliëntgerichte mannelijke therapeut, heeft precies een jaar geduurd en bestond uit 42 wekelijkse gesprekken. Vier maanden na beëindiging van de therapie vond nog een follow-up gesprek plaats. Op een enkele uitzondering na werden alle gesprekken op videoband opgenomen, waardoor deze voor onderzoek toegankelijk werden gemaakt.

#### *Procedure*

De inhoudelijke analyse van de therapie werd uitgevoerd door een wat oudere studente, die reeds kon bogen op een ruime therapeutische ervaring. Het onderzoek vond plaats in het kader van haar doctoraalscriptie (Foelkel, 1991). Door de onderzoekster werden eerst alle 42 gesprekken integraal bekeken c.q. nageluisterd. Na elk gesprek werd over de sessie aan de hand van een protocol systematisch een aantal vragen beantwoord, zoals welke thema's door wie (cliënt of therapeut) aan de orde werden gesteld, wat het belang van die thema's was voor de therapie, hoe er door de therapeut op ingegaan werd, hoe de interactie tussen therapeut en cliënt verliep en of er in dit gesprek vooruitgang dan wel terugval ten opzichte van de vorige sessie was geboekt. De bedoeling hiervan was om belangrijke veranderingsmomenten wat betreft stemming, gedrag en functioneren van Anna op te sporen.

In acht gesprekken werd door cliënte op niet mis te verstane wijze kenbaar gemaakt dat er sprake was van een dergelijke verandering. Dit betrof de gesprekken 3, 5, 12, 16, 26, 29, 35 en 38. Hieruit werd in eerste aanleg een vier-tal gekozen, waarbij rekening gehouden werd met een zo globaal mogelijke verdeling over de hele therapie en evenredigheid ten aanzien van 'vooruitgang' en 'achteruitgang', zoals deze door de cliënt werd beleefd. Aldus werden vier sessies geselecteerd:

- gesprek 3 (Anna: 'Ik word gek van mijzelf')
- gesprek 12 (Anna: 'Ik voel me plezierig en ontspannen')
- gesprek 29 (Anna: 'Ik voel me afschuwelijk')
- gesprek 38 (Anna: 'Ik voel me sterker en prettig')

Vanuit de gedachte dat deze evaluaties in sterke mate bepaald zouden zijn door hetgeen in het daaraan voorafgaande gesprek heeft plaatsgevonden, zijn die voorafgaande gesprekken, dat wil zeggen de sessies 2, 11, 28 en 37, vervolgens op hun zogenaamde 'markeringsmomenten' onderzocht. Dit hield steeds de volgende stappen in:

1. een beschrijving van de themata die in het gesprek aan de orde waren;
2. het maken van een keuze voor één of meerdere markeringsmomenten, oftewel:  
wat was het meest markante thema dat aan de orde kwam?
3. een (inhoudelijke) weergave van wat er zich tussen cliënt en therapeut in die gemarkeerde momenten afspeelde;
4. een interpretatie van het markeringsmoment in het licht van de therapeutische procesgang.

Naderhand zijn de genoemde vier gesprekken integraal uitgeschreven en alle cliënt- en therapeutuitspraken beoordeeld op 'bewerkingswijze' conform het FINBE-systeem (Sachse, 1988;1990a). Dit hield in dat per claus steeds één of soms meerdere kernuitspraken werden geformuleerd, die vervolgens met behulp van de schalen voor bewerkingswijze respectievelijk bewerkingsaanbod steeds door twee beoordelaars werden gescoord (Hammink, 1997).

### *Resultaten*

Kendalls correlatiecoëfficiënten tonen aan dat de twee beoordelaars het zeer wel met elkaar eens waren, zowel wat betreft de scoring van de bewerkingswijze van de cliënt (BW) als het bewerkingsaanbod door de therapeut (BA). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheden varieerden van .71 tot .81 voor de bewerkingswijze van de cliënt en van .63 tot .81 voor het bewerkingsaanbod door de therapeut (zie tabel 3.35).

Tabel 3.35. *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheden over de vier gesprekken (alle waarden zijn significant:  $p < .001$ ).*

	2e gesprek	11e gesprek	28e gesprek	37e gesprek	Totaal
BW	.74 (N=105)	.71 (N=102)	.76 (N=108)	.81 (N=97)	.75 (N=412)
BA	.63 (N=75)	.65 (N=64)	.81 (N=76)	.73 (N=65)	.70 (N=280)

In tabel 3.36 wordt een overzicht gegeven van de bewerkingswijze van de cliënt en in tabel 3.37 van het bewerkingsaanbod van de therapeut tijdens de vier onderzochte sessies op de acht niveaus van bewerkingswijze (niveau 1 ontbreekt omdat er niet op dit niveau werd gescoord).

In algemene zin is er sprake van een hoog bewerkingsniveau aan de kant van de cliënt ( $M=4.55$ ;  $s.d.=1.40$ ) en een al even hoog niveau (of kan men beter spreken van een 'diep' niveau?) van het bewerkingsaanbod door de therapeut ( $M=4.53$ ;  $s.d.=1.43$ ). Deze uitspraak is gebaseerd op een vergelijking

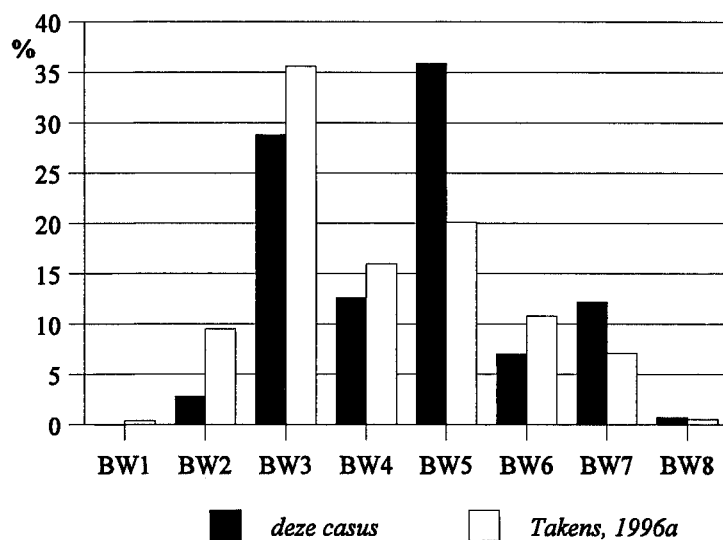
met de elders in dit proefschrift gepresenteerde ‘doorsnee’ therapieën van cliëntgerichte en psychodynamisch werkende psychotherapeuten (zie paragraaf 3.4.2 en de figuren 3.12 en 3.13).

Tabel 3.36. *Bewerkingswijzen van cliënt Anna.*

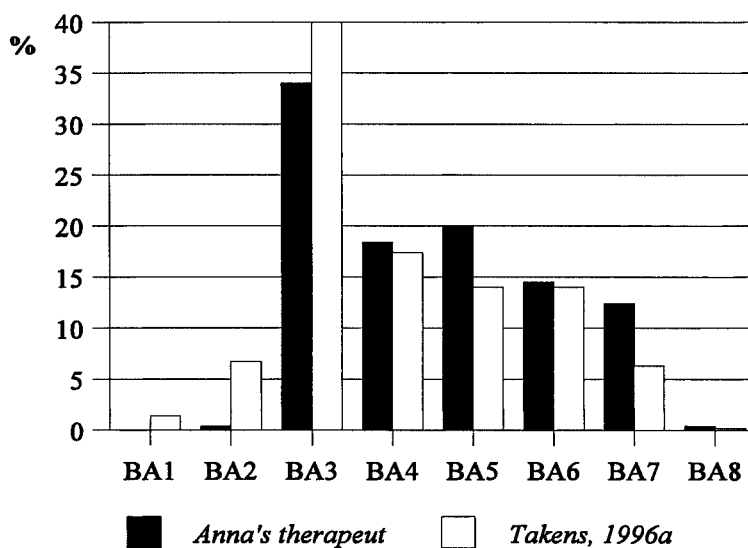
	BW02		BW11		BW28		BW37		BW-totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2	4	3.4	3	2.6	5	3.9	1	1.0	13	2.8
3	33	28.4	30	26.1	32	25.2	37	36.6	132	28.8
4	8	6.9	21	18.3	22	17.3	7	6.9	58	12.6
5	42	36.2	38	33.0	55	43.3	30	29.7	165	35.9
6	12	10.3	8	7.0	3	24.0	9	8.9	32	7.0
7	15	12.9	15	13.0	10	7.9	16	15.8	56	12.2
8	2	17.0	0	0.0	0	0.0	1	1.0	3	0.7
<b>Totaal</b>	<b>116</b>	<b>100</b>	<b>115</b>	<b>100</b>	<b>127</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>100</b>	<b>459</b>	<b>100</b>

Tabel 3.37. *Bewerkingsaanbod door de therapeut van Anna.*

	BA02		BA11		BA28		BA37		BA-totaal	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2	0	0.0	1	1.5	0	0.0	0	0.0	1	0.4
3	28	36.8	17	26.2	25	32.9	26	40.0	96	34.0
4	9	11.8	16	24.6	15	19.7	12	18.5	52	18.4
5	14	18.4	14	21.5	17	22.4	11	16.9	56	19.9
6	17	22.4	7	10.8	7	9.2	10	15.4	41	14.5
7	7	9.2	10	15.4	12	15.8	6	9.2	35	12.4
8	1	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4
<b>Totaal</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>282</b>	<b>100</b>



Figuur 3.12. *Vergelijking bewerkingswijze cliënt.*



Figuur 3.13. *Vergelijking bewerkingswijze therapeut.*

Opvallend is het grote aantal scores op bewerkingsniveau 5 (persoonlijke waardering). Doorgaans constateren we de hoogste scores op niveau 3 (zie figuur 3.12), in dit geval bevindt zich de top van de verdeling op niveau 5. Veel van de uitspraken van cliënte bevatten dus persoonlijke waarderingen,

daar waar men 'normaliter' het meest op mededelingenniveau communiceert. Een mogelijke interpretatie van dit gegeven is dat we te maken zouden kunnen hebben met een cliënte die haar woordje wel klaar heeft in een voortdurende behoefte om de therapeut duidelijk te maken wat ze van iets vindt. In combinatie met het wat verlaagde 6-niveau duidt het extreem hoge 5-niveau op een neiging van cliënte tot cognitief verwerken met een voorbijgaan aan innerlijke belevingen. Met andere woorden, het lijkt erop dat cliënte het gemakkelijker vindt om voor haar mening uit te komen dan om stil te staan bij wat haar innerlijk beweegt.

Toch leidt een en ander tot een naar verhouding veelvuldig expliciteren van haar persoonlijke referentiekader (hoge BW7), waarover bijzonder weinig getheoretiseerd wordt (zeer lage BW2), hetgeen wijst op een succesvolle therapie (Takens, 1995). Die indruk wordt versterkt door hetgeen we aan de zijde van de therapeut ten aanzien van het bewerkingsaanbod aantreffen: ook daar een zeer laag niveau van theoretiseren (BA2) en een (daarmee samenhangend?) relatief hoog niveau van explicitering (BA7) (zie figuur 3.13). Dat er naar verhouding door de therapeut wat vaker een bewerkingsaanbod wordt gedaan op het persoonlijke waarderingsniveau (BA5), heeft ongetwijfeld te maken met het extreem hoge 5-niveau aan de kant van de cliënt, alhoewel hier niet uit afgeleid kan worden of de therapeut de cliënt in 'dit opzicht nu juist volgde, dan wel aanstuurde.

Om te bepalen of de therapeut de neiging had de cliënt in de vier gesprekken procesmatig aan te sturen dan wel vooral te volgen, werden DEL\*-waarden berekend. Voor het aansturen werden DEL\*-waarden van respectievelijk .07, .09, -.05 en .11 gevonden; voor 'volgen' DEL\*-waarden van respectievelijk .12, .12, .16 en .13. Met name de eerste reeks is opvallend, wanneer we bedenken dat een gemiddeld sturingseffect van .28 normaal is (zie paragraaf 3.2). Wat betreft het 'volgen' zit de therapeut ook wat aan de lage kant ('normale' DEL\*-waarde=.18), maar niet zo opvallend als ten aanzien van het sturen. We kunnen in ieder geval concluderen dat in deze therapie de therapeut meer volgend dan sturend is opgetreden.

In de discussie aan het eind van dit artikel komen we op bovenstaande bevindingen terug. We richten eerst de aandacht op de afzonderlijke gesprekken, in casu het 2e, 11e, 28e en 37e gesprek.

### *2e gesprek*

In het derde gesprek meldt Anna: 'Ik denk dat ik een knop om moet schakelen, want ik word gek van mezelf.' Gedurende dit hele gesprek drukt cliënte een grote angst uit voor een doorbraak van haar heftige gevoelens. Ze is gespannen en labiel. Ze vertelt hoe ze met lezen, nadenken en regelen haar emoties gedurende de voorafgaande week onder controle heeft weten te houden: 'Ik word nu al overspannen van de manier waarop ik met mezelf bezig ben. Ik ben er doodmoe van, het kost zoveel energie.' Er is ook sprake van

een toenemende zelfkritiek die onder andere tot uitdrukking komt in een uitspraak als: 'Ik ben een vreselijk mens.'

De vraag is nu of uit het voorafgaande therapiegesprek aanwijzingen gevonden kunnen worden die bovenstaande reacties van Anna in het derde gesprek kunnen verklaren. Daartoe gaan we op zoek naar het markeringsmoment in het tweede gesprek.

De *thema's* die in dit gesprek volgens de onderzoekster (Foelkel, 1991) aan de orde waren:

1. Ik ben niet de moeite waard om aandacht te krijgen (00.00–05.10)<sup>1</sup>;
2. Ik geef graag aandacht aan de problemen van anderen (10.38–15.38);
3. De narijheid van anderen trek ik mij veel te veel aan, ik verlies daarbij mijn grenzen en dat verlamt me (15.30–20.15);
4. De heftige emoties die bij de puberteit horen, mag ik nu van mezelf niet meer hebben (24.31–31.20);
5. Ik moet controle houden over mijn emoties, anders ga ik eraan kapot, net als vroeger in mijn puberteit, toen mijn emoties door mijn ouders volkomen genegeerd werden (37.07–47.00).

#### *Het markeringsmoment: thema 4*

Volgens de onderzoekster springt er in dit gesprek één passage uit, die als het markeringsmoment kan worden beschouwd. Het betreft het thema waarbij cliënte refereert aan haar puberteit. Ze zegt dat er in haar puberteit allerlei vreselijke dingen gebeurden, zowel slechte als mooie dingen. Om die dingen kon ze ontzettend verdrietig zijn, of heel blij. Ze gaf zich altijd helemaal aan deze emoties over, zó erg dat ze dacht eraan kapot te zullen gaan als ze er geen halt aan zou toeroepen. Nu ze zich dit weer herinnert moet ze huilen. Ze stoort zich daaraan, want ze zou zichzelf moeten kunnen beheersen. Maar dat is moeilijk. Ze maakt zich erg druk over haar verleden. Het komt aldoor naar boven, terwijl ze het wil verdringen.

#### *De interactie met de therapeut*

Volgens de onderzoekster sluiten de interventies van de therapeut in dit gedeelte goed aan bij de emoties van cliënte, waarbij hij Anna steeds vaker uitnodigt om haar belevingen te verkennen. Daarbij toont hij zich niet alleen zeer empathisch, maar geeft cliënte ook de ruimte haar emoties en de achtergronden ervan te exploreren.

---

<sup>1</sup> De cijfers tussen haakjes verwijzen naar de betreffende tijdstippen in het gesprek in minuten en seconden.

### *Inhoudelijke analyse van het markeringsmoment door de onderzoekster*

In deze eerste fase van de therapie drukt cliënte haar strijd uit tussen enerzijds het controleren en anderzijds het laten gaan van haar emoties. Dit staat volgens de onderzoekster voor de kern van haar hele problematiek en cliënte wordt zich hiervan op gevoelsniveau steeds meer bewust. Ze beseft dat haar emoties van nu te maken hebben met de gevoelens van zinloosheid en ellende uit haar puberteit. Ze beseft dat ze deze gevoelens verdringt, maar dat ze dat doet omdat ze er anders aan kapot gaat. Vanuit haar angst heeft ze een grote neiging tot rationaliseren en zelfdepreciatie. Doordat de therapeut constant exploratieve vragen binnen het referentiekader van de cliënt stelt, voelt zij zich door hem aanvaard en gezien. De vertrouwensbasis groeit en cliënte laat haar controle meer los. Er vindt hier een verdieping van het proces plaats, waarbij cliënte de therapeut naar het meest intieme domein van haar vertwijfeling voert, namelijk haar puberteit. Daarmee geeft ze hem inzage, laat ze hem toe, wat tegelijkertijd paniekgevoelens oproept, welke ze in het laatste thema weer de baas probeert te worden.

Kortom, tijdens dit gesprek is het voor cliënte steeds duidelijker geworden hoe groot haar angst is om de controle over haar emoties te verliezen. Intellectueel wist ze dit reeds lang te plaatsen, maar nu ontdekt ze dit ook op emotioneel niveau. In haar puberteit had cliënte veel verdriet, dat soms zo heftig was, dat zij dacht eraan kapot te zullen gaan, als zij zich daaraan zou overgeven. In het contact met de therapeut, bij wie ze – in tegenstelling tot bij haar ouders – wél helemaal zichzelf mag zijn, wordt die lading van haar emoties voor haar opnieuw onverdraaglijk. Dit zou een goede verklaring kunnen zijn voor de angstreactie van cliënte in het derde gesprek.

### *Bewerkingswijze*

Deze inhoudelijke analyse van de onderzoekster sluit goed aan bij de gegevens uit de FINBE-analyse en de indrukken van de therapeut over dit gesprek, waarin volgens de laatste wat minder 'gecontroleerd' door cliënte werd gepraat. 'Kennelijk vindt cliënte het plezierig om ruimte te krijgen haar gevoelens te uiten.' De therapeut doet in deze sessie relatief veel aanbiedingen op niveau 6 (22,4% tegenover 14,5% over alle 4 geanalyseerde gesprekken), wat bij de cliënt ook tot verhoudingsgewijs meer uitspraken op betekenisniveau leidt (10,3% tegenover 7,0% over alle 4 geanalyseerde gesprekken) en daarmee tot een gemiddeld iets hoger bewerkingsniveau ( $M=4,67$  tegenover  $M=4,55$  over de 4 geanalyseerde gesprekken). Dat het de therapeut in deze sessie kennelijk meer ging om het ervaren ('*experiencing*'), dan om het verkrijgen van inzicht, blijkt wel uit het naar verhouding lager bewerkingsaanbod op niveau 7 (9,2% bij een gemiddeld percentage van 12,4).

Bezien we specifiek het gedeelte van het gesprek dat door de onderzoekster als markeringsmoment werd gekozen (thema 4, dat expliciet aan de orde was van de 24e tot de 32e minuut), dan constateren we hier een extreem hoog



percentage 6-scores, zowel wat betreft het bewerkingsaanbod door de therapeut (36%) als de bewerkingswijze van de cliënt (22%). De therapeut stelt in dit fragment voorts veel informatieve vragen (55%), terwijl cliënte rijkelijk strooit met persoonlijke waarderingen (50%). Dit patroon duidt op een onmiskenbare poging van de therapeut om de cliënt dichterbij haar gevoelens te brengen; deels gaat Anna op dit aanbod in, maar blijft tegelijkertijd gevangen in haar stereotype wijze van interacteren, namelijk het uiten van haar (persoonlijke) opvattingen.

### *11e gesprek*

Het twaalfde gesprek begint Anna met de mededeling: 'Ik zit hier wel prettiger dan de vorige week. Ik voel me ook beter...uh...ja, en dan denk ik hoe komt dat nou?...Want vorige week was ik zo down (...) en dinsdag (de dag na de therapie) voelde ik me heel plezierig. Ik kon weer ontspannen voor de klas staan, ik kon weer een geintje maken, iemand eens een keertje aanraken...'. Vooral in de eerste helft van dit gesprek toont Anna opluchting en tevredenheid. Met regelmaat drukt ze haar verbazing hierover uit: 'Hoe komt dat nou?'

Laten we proberen een antwoord op haar vraag te vinden door te zoeken naar de markeringsmomenten in het elfde gesprek.

### *De thema's in het 11e gesprek:*

1. Ik ben bekaf, mijn werk kost zoveel energie, dat ik niet weet of ik het nog wel kan volhouden (00.00–16.30);
2. Mijn schoonmoeder vertelde dat haar zoon met haar gebroken heeft. Ik trek mij haar probleem verschrikkelijk aan, ik kan er geen afstand van nemen en word er doodmoe van (19.40–23.40);
3. Ik droomde dat ik ruzie had met mijn moeder: Ik ga tegen haar in, ik wil mij laten horen en mijn vader staat er met een sussend gebaar bij (24.50–26.50);
4. Ik heb mijn ouders, en met name mijn moeder, de afgelopen week naar mijn hand gezet, helemaal op de manier zoals ik dat wilde (26.50–29.55);
5. Ik vind het overdreven van mezelf dat ik daarover (thema 4) zo tevreden ben (30.33–33.30);
6. Mijn problemen hoeven niet meteen te worden opgelost, daar mag ik tijd voor nemen (46.40–48.55).

### *De markeringsmomenten: thema's 4 en 5.*

Het moment waarop Anna gaat vertellen over een verhuizing van haar ouders werd als eerste markeringsmoment in dit gesprek beschouwd (thema 4). Zij vertelt dan hoe zij haar ouders in verband met hun verhuizing twee dagen in een hotel ondergebracht had en wel op háár voorwaarden. Tijdens het vertellen wordt Anna steeds vitaler. Met krachtige gebaren en voortdurende stem-

verheffing onderstreept ze haar behaalde triomf, namelijk dat ze haar ouders, en dan met name haar moeder, eens even volledig naar haar hand had gezet: 'Mijn moeder was er zelfs stil van en dat is een compliment!'. Dit thema gaat naadloos over in een felle zelfkritiek op haar triomfgevoel (thema 5). Enigszins besmuikt vertelt ze: 'Maar ik mag niet echt van mijn triomf genieten. En waarom mag ik dat nou weer niet van mezelf?!'

#### *De interactie met de therapeut*

De therapeut geeft volgens de onderzoekster Anna in deze passage alle ruimte om haar triomfverhaal in geuren en kleuren uiteen te zetten. Vervolgens attendeert hij cliënte op haar zelfkritiek, waarmee ze het plezier van haar overwinning voor zichzelf bederft. Tegelijkertijd ondersteunt en rechtvaardigt hij haar triomfgevoel. Ditzelfde doet hij even later, wanneer hij appelleert aan haar wraakgevoelens ten opzichte van moeder.

#### *Inhoudelijke analyse van het markeringsmoment door de onderzoekster*

In deze fase van de therapie drukt Anna haar strijd uit tussen enerzijds haar triomfgevoel (haar moeder eens flink de baas te zijn geweest) en anderzijds haar schuldgevoel hierover. Doordat de therapeut met zijn interventies grote ruimte geeft aan de beleving van cliënte, komt haar triomfgevoel in dit gesprek tot bloei. Anna beseft, weliswaar enigszins angstig, hoezeer de controle over haar moeder haar genoegdoening geeft. Elke interventie van de therapeut rechtvaardigt deze genoegdoening. Echter, als de therapeut hierbij het wraakaspect te duidelijk laat meeklinken, zet dit bij cliënte onmiddellijk een kettingreactie van zelfverwijt op gang. Kennelijk raakt deze interventie de kern van een ander aspect van haar problematiek: een woede naar moeder die er niet mag zijn. Anna beseft dat haar schuldgevoel-reactie laat zien, hoezeer ze nog aan haar ouders vastzit. Wanneer de therapeut haar opnieuw de ruimte geeft haar verhaal op háár manier te doen, schiet cliënte weer onmiddellijk terug in haar triomfgevoel. De verdieping van het proces is hierin gelegen dat Anna steeds meer gevoelsmatig tot het besef komt, dat het toch te gek is dat ze niet van haar triomfgevoelens mag genieten. Thema 6 heeft in dit licht nog een aanvullende functie: Anna mag in de therapie de tijd nemen om aan haar problemen te werken.

Concluderend stelt de onderzoekster dat Anna haar woede op moeder heeft kunnen luchten en hiervoor steun en bijval van de therapeut heeft gekregen. Alhoewel zij, getuige haar grote schuldgevoel, niet onverdeeld haar overwinning binnen kan halen, heeft ze wél, waarschijnlijk ook voor het eerst, de intense genoegdoening ervan bewust ervaren, bijna als in een roes. Haar geweten wordt daarbij voor een groot deel door de therapeut ontlast, die met bijna alle interventies haar genoegdoening rechtvaardigt. Aan het einde van het gesprek krijgt cliënte bovendien nog te horen dat ze de tijd mag nemen voor haar problemen, hetgeen haar ontslaat van een door haarzelf

opgelegde plicht tot haast maken. Dat dit alles bij Anna ontspanning teweegbrengt – waarvan ze in het twaalfde gesprek melding maakt – lijkt een voor de hand liggende reactie.

#### *De bewerkingswijze*

In de bewerkingswijze scores zien we het bovenbeschreven proces aardig weerspiegeld. In het bijzonder geeft de verhoging van niveau 4 (18,3% tegenover 12,6% gemiddeld) aan dat cliënte meer dan anders uitspraken over iets of iemand durft te doen. Vooral in het markeringsgedeelte is dit aan de orde (BW4 = 24%). Dingen over bijvoorbeeld moeder worden met tamelijke stelligheid beweerd (“Mijn moeder is verschrikkelijk, echt een vreselijk mens!”), zonder de relativering van het persoonlijk oordeel, waartoe Anna steeds zo geneigd is (BW5 = 24% tegenover 35,9% ‘normaal’). De therapeut stelt zich in dit opzicht duidelijk volgend op, dat wil zeggen ook zijn uitspraken c.q. vragen op niveau 4 zijn in deze sessie hoger (24,6% tegenover 18,4% gemiddeld) en in het markeringsgedeelte is het bewerkingsaanbod op niveau 5 opvallend laag (7,7% tegenover 19,9% gemiddeld). Tegelijkertijd staat hij in dit fragment veelvuldig stil bij haar gevoelens (BA6 = 23,1% ten opzichte van 14,5 gemiddeld en in dit gesprek 10,8%). Dat er tijdens het markeringsgedeelte vruchtbaar gewerkt wordt, wordt zichtbaar gemaakt in zowel hoge BA7 scores (30,8% tegenover 12,4% gemiddeld) en BW7-scores (20% tegenover 12,2 % gemiddeld).

#### *28e gesprek*

In het 29e gesprek meldt Anna: “...Alles van vroeger komt weer boven. Ik voel me in een tang zitten waar ik niet uit kan komen. Ik heb het gevoel dat mijn hele leven zoals het nu is nog zo vast zit aan vroeger. Ik heb angst daar niet van los te komen en boosheid dat ik daar niet beter mee om kan gaan. Het heeft alles met m’n moeder te maken en dat vind ik zo afschuwelijk.” Dit alles zegt ze (huilend) in de eerste 5 minuten. Gedurende het vervolg van dit gesprek beschrijft cliënte hoezeer ze door haar moeder werd gemanipuleerd. Ze voelt zich nog steeds het slachtoffer: “Tot in het diepst van mijn wezen voel ik mij kapot gemaakt.”

Wat is er in het 28e gesprek gebeurd dat Anna zo overstuur is geraakt?

#### *De thema’s in het 28e gesprek:*

1. Ik heb iets meer zicht op hoe ik in elkaar zit en dat geeft me een gevoel van rust (00.00–00.57);
2. Ik heb een heleboel dingen van mijn moeder, maar die hoeven niet altijd negatief te zijn (01.18–07.20);
3. Ik hoop dat mijn dochter, die veel van mij overneemt, niet ook mijn problemen overneemt en later zal zeggen: ‘Wat zit ik aan mijn moeder vast.’ (07.20–14.19);

4. Ík zit aan mijn moeder vast. Prettig vind ik dat niet, maar daar moet ik me nou op mijn 43e jaar maar eens bij neerleggen (18.50–31.16);
5. Ik kán en ik wíl niks met mijn gevoelens over moeder. Ik zie de zin er niet van in daar nog langer over te praten (31.16–44.26);
6. Ik ben helemaal nog niet klaar met mijn moeder (45.20–einde).

*Het markeringsmoment: thema's 5 en 6*

Het eerste half uur van dit gesprek is Anna tamelijk verstandelijk aan het betogen. Ze spreekt zichzelf toe in de zin dat ze zich nu maar eens moet neerleggen bij het feit dat ze nog steeds aan moeder vastzit. Het 'hoofdstuk moeder' moet nou maar eens afgesloten worden. Zodra de therapeut Anna echter confronteert met het gevoelsaspect van haar besluit ('Je spreekt jezelf toe, maar één ding lijkt je niet te mogen en dat is je gevoelens daarover geven ... over moeder') komt daar verandering in. Cliënte voelt zich daarop aangesproken en verweert zich vervolgens heftig, waarbij ze ten slotte steeds meer met zichzelf geconfronteerd wordt.

*De interactie met de therapeut*

In deze fase van de therapie drukt Anna zowel haar angst als haar onmacht uit om zich met haar emoties over moeder te verstaan. Doordat de therapeut met zijn interventies steeds meer een appèl doet op haar dubbele boodschappen – zowel die naar zichzelf als naar de therapeut toe – raakt cliënte meer en meer in het nauw. De rationalisaties waarmee ze haar pertinent 'niet willen praten over moeder' heeft omgeven, worden daarbij steeds meer aangetast. Bijgevolg verweert Anna zich heftig. Daarbij worden haar onmachtsgedoeleens ten slotte ook voor haarzelf steeds zichtbaarder. Haar 'niet willen' verschuift naar 'niet kunnen'. Ze kan haar emoties domweg niet aan. In het kwetsbare besef van haar onmacht zoekt ze de steun van de therapeut: deze moet maar bepalen of ze 'verder' moet of niet. Als de therapeut dit delegeren van haar initiatief naar haar terugspeelt, kiest cliënte op de valreep voor de realiteit. Alsof ze de laatste mogelijkheid tot oplossen van het probleem niet wil verspelen. Door de confronterende interventies van de therapeut is de verdieping van het proces hierin gelegen dat cliënte ten slotte voor zichzelf toegeeft dat de problemen met moeder vérstrekkender gevolgen voor haar hebben, dan ze altijd heeft willen inzien. Onder andere voor haar seksuele leven.

*Inhoudelijke analyse van het markeringsmoment door de onderzoekster*

De onderzoekster concludeert aldus dat Anna zich in dit gesprek min of meer met haar emoties in het nauw gedreven voelt. Met het besef, dat in thema 6 tot uitdrukking komt, is cliënte ten slotte volledig op zichzelf teruggeworpen. Ze is haar afweer kwijt, de problemen met moeder zijn een uitgesproken feit waar ze eigenlijk niet meer omheen kan, ze moet daar zelf ja of nee tegen

zeggen, en tegelijk kan ze de verantwoording voor deze beslissing niet dragen, noch kan ze de gevolgen ervan dragen als ze er ja tegen zegt. Wat ze ook doet, het is altijd verkeerd. Kortom Anna verkeert in een ernstig dilemma. Haar reactie in gesprek 29 lijkt hiermee verband te houden.

### *Bewerkingswijze*

In de FINBE-analyse zien we de gang van zaken in dit 28e gesprek weerspiegeld in een relatief groot aantal BW2-scores (3.9%; gemiddeld 2.8%) en vooral in de hoge scores op niveau 4 (17.3%) en 5 (43.3%) tegenover een gering aantal scores op niveau 6 (2.4%; gemiddeld 7.0%). Het geeft aan dat cliënte nogal 'cognitief' bezig is en wel op haar karakteristieke wijze door veel (persoonlijke) evaluaties te geven ('Ik moet ...', 'Ik wil ...', 'Ik denk ...'), terwijl een reis naar haar innerlijke belevingswereld nagenoeg achterwege blijft (percentage BW7-scores=7.9 tegenover 12.2% gemiddeld). Sterker nog, ze lijkt er zich zoals hierboven al gesteld, tegen te verzetten. Gelet op de – toch al tamelijk gevorderde – fase van de therapie duidt dit op 'weerstand'.

De confronterende houding van de therapeut komt tot uiting in een naar verhouding hogere score op niveau 7 (15.8% bij een gemiddelde van 12.4%) en een lagere score op niveau 6 (9.2% bij een gemiddelde van 14.5%). In zijn commentaar achteraf geeft de therapeut aan spijt van deze opstelling te hebben. Hij vat de weerstand van Anna op als een behoefte van haar om de touwtjes in de therapie in handen te houden en van verder zelfonderzoek af te zien, waarmee hij er een interactioneel probleem van maakte, in plaats van dat hij aansloot bij cliëntes gevoelens van onmacht en twijfel aan zichzelf om iets aan haar situatie te kunnen veranderen.

Een en ander komt versterkt naar voren in het markeringsmoment van dit gesprek (31'05"–38'33"), waarin de cliënt uitermate hoog op niveaus 4 en 5 scoort (resp 22% en 50%) en de therapeut met name op niveaus 4 (35,7%), 5 (28,6%) en 7 (35,7%). In dit gespreksfragment komen, noch aan de kant van de cliënt, noch aan die van de therapeut, scores op niveau 6 voor: Anna vertoont weerstand om bij haar gevoelens stil te staan en de therapeut doorbreekt deze weerstand niet.

### *37e gesprek*

Het 38e gesprek wordt door Anna geopend met de volgende opmerkingen: "Het gaat beter met me, ik mag niet mopperen. Ik voel me sterker, dat voelt wel prettig. Ik voel me weerbaarder. Ik kan het leven weer beter aan. Ik voel me alsof ik een ziekte heb gehad waarvan ik langzaam maar zeker herstel." Ook nu weer wordt verondersteld dat deze beleving van Anna verband houdt met hetgeen er in het voorafgaande gesprek aan de orde is gekomen. Laten we derhalve op zoek gaan naar het markeringsmoment in het 37e gesprek.

*De thema's in het 37e gesprek:*

1. Als ik niet over mezelf nadenk gaat het beter met me (00.00–05.56);
2. Als ik me fit voel ga ik weer 300% op de dingen in. Aan de ene kant moet ik dat van mezelf en aan de andere kant heb ik daar geen zin meer in (05.56–22.52);
3. Ik wil de dingen op hun beloop kunnen laten en mijn best doen mij daarbij plezierig te voelen (22.52–34.40);
4. Ik heb een eigen inbreng in mijn eigen situatie, die ik me niet zomaar door een ander af laat nemen (34.40–38.10);
5. Ik vind het belachelijk van mezelf dat ik zo afhankelijk ben van het oordeel van een ander over mij. Dat is fout van mezelf en daar wil ik vanaf (38.10–42.50);
6. Als ik opkom voor mijzelf ben ik toch nog heel bang dat ze me zullen pakken. Mijn moeder pakt mij ook nog steeds (41.24–einde).

*Het markeringsmoment: thema's 4, 5 en 6 (gedeeltelijk)*

In dit gedeelte van het gesprek ontdekt Anna de vreugde van de autonomie, maar beseft tegelijkertijd hoe broos dit alles nog is en hoe angstig ze eigenlijk nog is voor een afwijzing.

Door de empathische opstelling van de therapeut durft ze deze angst nu meer te beleven. Ze wordt zich van haar weerloosheid bewust en wil hier verandering in. Doordat ze zich milder tegenover haar eigen kwetsbaarheid opstelt, verliest dit zijn zelfdepreciërend karakter en durft Anna haar vijand recht in de ogen te kijken.

*De interactie met de therapeut*

Elke interventie van de therapeut sluit volgens de onderzoekster goed aan bij de emotionele beleving van cliënte, waardoor zij zich steeds dieper in de materie begeeft. Wanneer de therapeut na ongeveer een half uur aan Anna vraagt hoe ze zich nu voelt, antwoordt ze: "Heerlijk" en lacht. 'Waarom lach je?' vraagt de therapeut vervolgens. Daarop gaat cliënte rechtop zitten, krijgt iets heel beslits over zich en maakt aan de therapeut duidelijk dat zij zich niet meer door een ander in de war wenst te laten maken. Dit is een opmerkelijk moment in de therapie waarin Anna heel krachtig overkomt, juist ook in het voelen van haar kwetsbaarheid. Daarna is de therapeut vooral duidend bezig. Hij benoemt cliëntes angst dat ze het niet vol zal houden als ze de situatie eens een keer naar haar hand probeert te zetten, waarna hij deze angst in verband brengt met haar relatie met moeder, door wie zij zich misbruikt voelt.

*Inhoudelijke analyse van het markeringsmoment door de onderzoekster*

In deze fase van de therapie drukt Anna de strijd uit tussen enerzijds haar wens tot zelfbeschikking en anderzijds haar angst hiervoor. Zij ontdekt dat zij een eigen wil heeft, dat ze nee kan zeggen zonder de ander (in casu de thera-

peut) te verliezen. Doordat de therapeut dit inzicht als zodanig positief 'la-belt' kan cliënte ingaan op de beleving van de angst. Het is voor cliënte een vitaliserende ontdekking te beseffen dat als zij opkomt voor haar eigen behoeften ze daarop tegelijkertijd gepakt kan worden. Dit inzicht maakt dat cliënte er nu voor kan kiezen de strijd met die antagonist aan te gaan. Ze is er niet meer het weerloze slachtoffer van, maar de regisseur die zelf de scènes uit haar leven gaat bepalen. Hoe moeizaam wellicht nog, ze stelt wel een daad. De weerbaarheid waar Anna in het volgende gesprek melding van maakt, lijkt dan ook zeer aannemelijk verklaard te kunnen worden door haar uitgesproken wens tot zelfbepaling.

#### *Bewerkingswijze*

Zowel de iets hogere gemiddelde BW-score (4.60 tegenover 4.55) als het scorepatroon van de BW-scores geeft aan dat cliënte goed aan het werk is. We zien slechts een enkele BW2-score naast een opvallend laag percentage BW4- en BW5-scores (respectievelijk 6.9% en 29.7%), tegenover een hoger aantal BW6- en BW7-scores (resp. 8.9% en 15.8%). Van de BA-scores zijn niveaus 3 en 6 enigszins verhoogd (resp. 40.0% en 15.4%). De therapeut lijkt daarmee de cliënt vooral informatieve vragen te stellen en waar mogelijk naar persoonlijke betekenissen van het een en ander. In het markeringsgedeelte staat het expliciteren van het innerlijke referentiekader duidelijk centraal. Zowel de therapeut als de cliënt behalen in dit gedeelte opvallend hoge scores wat betreft explicitering: BA7=42.9%, BW7=27.8%. Met percentages van 35.7% voor BA6 en 33.3% voor BW6 is ook het actualiseren van het gevoel onmiskenbaar aanwezig. Kortom, het interactiepatroon tussen therapeut en cliënt wijst erop dat hier gewerkt wordt zoals dat in een vruchtbare therapie verwacht mag worden.

#### *Conclusies en discussie*

Nu we deze vier sessies uitgebreid geanalyseerd hebben, zowel naar inhoud als op bewerkingswijze, doet zich de vraag voor wat dergelijke analyses uiteindelijk opleveren ten aanzien van het verkrijgen van een (beter) inzicht in de therapeutische procesgang. Want dat was immers de bedoeling van onze exercitie, geïnspireerd op de researchstrategie van Rice en Greenberg (1984)?

Als we de markeringsmomenten uit de vier geanalyseerde gesprekken nog eens op een rij zetten:

2e gesprek,

thema 4: 'Die heftige emoties uit mijn puberteit overspoelen mij';

11e gesprek,

thema 4: 'Ik heb mijn moeder eens eindelijk in mijn macht gehad';

thema 5: 'Ik voel me schuldig dat ik me daar zo goed bij voel';

28e gesprek,

thema 5: 'Ik moet me op mijn 43e nu maar eens bij het probleem 'mijn moeder' neerleggen';

thema 6: 'Toch doortrekt het probleem 'mijn moeder' mijn hele bestaan';

37e gesprek,

thema 4: 'Ik bepaal mijn leven en niet een ander';

thema 5: 'Belachelijk dat ik zo afhankelijk van anderen ben; daar wil ik van af';

thema 6: 'Ik ben bang dat ik gepakt wordt als ik voor mezelf opkom.

Mijn moeder kan me ook nog steeds pakken',

dan kan hier ruwweg uit afgeleid worden dat bij cliënte het inzicht ontstaat, dat de problemen met haar dochter verband lijken te houden met haar eigen puberteit en deswege ook met de relatie met haar eigen moeder. Zij wil daar niet langer onder gebukt gaan, maar ze beseft dat zoiets niet zomaar, dat wil zeggen zonder schuldgevoelens, lukt. Tevens wil ze zich niet zo afhankelijk van anderen voelen en meer haar leven zelf bepalen, maar ze is bang dan gepakt te zullen worden.

De vraag doet zich nu voor of deze inhoudelijke interpretatie van hetgeen zich waarschijnlijk bij cliënte in de therapie heeft voorgedaan wel de juiste is. Of is het 'zo maar' een interpretatie gebaseerd op vier toevallige momenten in de therapie en waren we tot heel andere conclusies gekomen als we vier andere gesprekken hadden geanalyseerd? Kortom, hoe betrouwbaar en valide is deze 'critical moments' strategie geweest?

Om de betrouwbaarheid ervan vast te stellen zouden we kunnen nagaan of eenzelfde inzicht zou ontstaan als we vier andere opmerkelijke veranderingsmomenten in de therapie geanalyseerd zouden hebben. Vervolgens zouden we onze uitkomsten naast de oordelen van de cliënt en de therapeut aan het eind van de therapie kunnen leggen. Dan is de validiteit van onze interpretatie aan de orde.

1. *Betrouwbaarheid*. Zoals bij de werkwijze werd vermeld, deden zich ook opmerkelijke emotionele reacties voor tijdens het 5e, 16e, 26e en 35e gesprek:

gesprek 5: 'Ik voel me ongelukkig en slaap heel slecht';

gesprek 16: 'Ik wil het bijltje erbij neergooien';

gesprek 26: 'Ik zit verschrikkelijk vast aan mijn moeder';

gesprek 35: 'Ik voel me een stuk beter en rustiger'.

Een 'markerings' analyse van de daaraan voorafgaande gesprekken (sessie 4, 15, 25 en 34), die we hier uit ruimtegebrek verder achterwege laten, leverde het volgende beeld op:

gesprek 4: cliënte heeft zorgen om de puberteitsproblemen van haar dochter en voelt zich hierin onmachtig;



- gesprek 15: cliënte barst van de emoties, vooral van agressieve aard; daar wist ze vroeger naar haar moeder al geen raad mee en nog steeds niet;
- gesprek 25: cliënte is bang voor de agressie van ouders van schoolkinderen als zij zich in háár agressie laat gaan;
- gesprek 34: cliënte voelt zich gek worden van de vreselijke dingen die mensen elkaar aan kunnen doen; aanvaarding van dit onoplosbare gegeven maakt haar rustig.

Vergelijken we deze ‘markeringsmomenten’ met die welke uit de vier eerdere gesprekken naar voren kwamen, dan treffen we verrassende overeenkomsten aan. Als we vervolgens beide reeksen ‘markeringsmomenten’ met elkaar integreren, dan kristalliseert de problematiek van cliënte en de procesgang in deze therapie zich als volgt uit:

- cliënte heeft grote angst voor controleverlies over haar heftige emoties;
- die emoties houden verband met problemen in haar puberteit, welke ze thans in haar oudste dochter herkent;
- cliëntes oncontroleerbare emoties houden verband met agressieve gevoelens naar met name haar moeder;
- als ze deze agressie uitleeft, lucht haar dit op, maar tegelijk voelt ze de bedreiging ervoor gestraft te zullen worden;
- dit vormt een onoplosbaar probleem dat haar hele bestaan doordrenkt;
- aanvaarding van die onoplosbaarheid lijkt de enige ‘oplossing’;
- aldus ontstaat er toch enige ruimte voor een gevoel van autonomie.

2. *Validiteit.* Kijken we vervolgens naar hetgeen de cliënt en de therapeut na afloop over het resultaat van de therapie te vertellen hebben.

In het laatste (42e) gesprek, direct na de zomervakantie, zegt cliënte dat het in alle opzichten wel redelijk met haar gaat. “Ik ben wel tevreden over mezelf, voorzover je dat natuurlijk van jezelf mag zeggen. Ik heb meer inzicht in mezelf gekregen en denk meer bij de dingen na. Het gaat nog wel vaak fout, maar ik blijf het dan toch proberen. Ik weet nu beter wat ik zou willen doen. Bijvoorbeeld soms meer afstand nemen.” In de vakantie zag ze scherper dan eerst haar valkuilen, met name haar neiging zich overal verantwoordelijk voor te voelen. Als het lukte het initiatief eens bij de ander te laten, gaf dat best een prettig gevoel. Maar ze blijft geneigd de regie te houden, ook in haar relatie met haar echtgenoot en dat leidt nog wel eens tot conflicten. Maar alles bij elkaar heeft ze het gevoel dat het nu wel zo goed met haar gaat, dat ze het zelf verder wil proberen. Een volgend gesprek wordt bij wijze van follow-up afgesproken voor over vier maanden (dit is na de kerstvakantie). Cliënte meldt dan:

*Over het algemeen genomen voel ik me redelijk. Bovendien heb ik meer inzicht in wat er met me gebeurt. Toch vind ik een heleboel dingen nog moeilijk: ik ben eerder moe van het lesgeven dan vroeger, vooral als de*

*kinderen druk zijn. Ik kan nog steeds moeilijk pas op de plaats maken en mezelf rust geven. Ik heb nog steeds de neiging over mijn grenzen te gaan en dan verdwijnt mijn gevoel. Vooral als mensen plotseling een appèl op me doen moet ik meteen voor ze klaar staan. Als ik dat niet doe voel ik me tekortschieten en vreselijk schuldig. Ik voel me meteen beschuldigd – vooral als het mijn kinderen betreft, dat is nog echt een conflict in mezelf. Als de druk te groot wordt slaap ik weer slecht, maar over het algemeen slaap ik beter dan vroeger. Ik kom iets makkelijker voor mezelf op. Ik mag mezelf iets meer verwennen – maar dat moet ik dan wel steeds van tevoren bedenken. Spontaan gebeurt zoiets nog niet. Ik wil nu in huis een kamer voor mezelf gaan inrichten. Ik heb geleerd beter naar mezelf te luisteren en de dingen maar te accepteren zoals ze zijn. Ik kan het leven dan ook wel weer alleen aan, maar lees wel graag boeken over psychische problemen. Dat geeft me steun. Tegenover X (echtgenoot) voel ik mij sterker, merk dat hij mij meer de ruimte geeft. Maar onze seksuele relatie is nog steeds niet goed. Hij kan zich zo slecht geven en omdat ik vroeger zo'n affectie tekort gekomen ben, wil ik vooral ook zijn liefde krijgen en niet alleen maar liefde geven. Misschien moet ik het maar los laten, maar eigenlijk zou ik wel willen dat we ervoor in therapie zouden gaan, maar dat wil hij niet; en ik wil hem niet dwingen. En voor de rest denk ik dat ik het wel red.*

Deze reflecties van cliënte na afloop over de therapie zijn een aanwijzing voor de validiteit van onze 'markeringsanalyse'. Hetzelfde geldt voor de indruk van de therapeut. Deze schrijft over het resultaat van de therapie het volgende:

*Cliënt durft beter haar met name agressieve gevoelens door te laten klinken, zowel in haar eigen beleving als in haar gedrag naar anderen toe. Ze is gaan beseffen dat de oorzaak van haar onregelde agressiehouding alles te maken heeft met de relatie met haar moeder (toen en nu). Hierop wil of durft ze echter niet dieper in te gaan, waardoor het therapieproces op dit punt stagneert. Niettemin is er door de therapie duidelijk vooruitgang geboekt met betrekking tot haar manier van omgaan met problematische situaties. Kortom, haar copingstijl is veranderd:*

- in plaats van negeren c.q. ontkennen van (agressieve) gevoelens, hetgeen leidde tot sterke zelfdeprecieatie, vertoont ze nu meer assertief gedrag, dat wil zeggen ze laat zich meer leiden door eigen gevoelens, behoeften en wensen en komt daar ook voor op;*
- ze heeft beter zicht gekregen op haar eigen (interactioneel) functioneren (bijvoorbeeld gedrag op school, in relaties met collega's, met echtgenoot en dochter).*

*Alles bij elkaar een redelijk succesvol verlopen behandeling, waar ik met plezier op terugkijk.*

Hoe verhoudt zich, ten slotte, deze inhoudelijke analyse tot de uitgevoerde analyses met betrekking tot de bewerkingswijzen van therapeut en cliënt?

In haar reflectie op de therapie zei cliënte, zowel in het laatste als in het follow-up gesprek na vier maanden, dat weliswaar nog niet alles van een leien dakje gaat, maar dat ze door de therapie wel meer inzicht in zichzelf heeft gekregen, dat ze daardoor beter kan omgaan met moeilijke situaties en ook beter weet wat ze wil. De therapeut sloot zich in zijn evaluatie daarbij aan. Kortom, de therapie heeft dus best wat opgeleverd. Dat verbaast ons niet getoet op de hoge gemiddelde scores, zowel wat betreft de bewerkingswijze van de cliënt ( $M=4.55$ ) als het bewerkingsaanbod door de therapeut ( $M=4.53$ ) en de relatief hoge overall-scores met betrekking tot niveau 7 (explicitering van het innerlijke referentiekader). Om dat laatste is het immers in een doelgerichte psychotherapie te doen (Sachse, 1992;1996).

De extreem hoge 5-scores, vooral aan de kant van de cliënt, kunnen tweërlei geïnterpreteerd worden. Enerzijds lijkt de cliënt niet te schromen om haar persoonlijke mening te ventileren. Ze zegt dus va(a)k(er) wat ze ergens van vindt en beschouwt dat zelf als een winst van de therapie. Anderzijds komt ze daarmee veelal niet toe aan een stilstaan bij haar innerlijke belevingswereld, dat wil zeggen ze voorkomt daarmee een exploratie van de gevoelens die in het therapeutisch gesprek bij haar worden opgeroepen (cf. het relatief lage BW6-niveau). In een belevingsgerichte psychotherapie wordt het zetten van die stap echter als noodzakelijk beschouwd om tot wezenlijke veranderingen te komen (zie paragraaf 3.1). Daar lijkt cliënte dus niet echt aan toegekomen, hetgeen in haar evaluatie ook tot uitdrukking wordt gebracht. Opmerkelijk in dit verband is het 28e gesprek, waarin een extreem hoog percentage 5-scores en laag percentage 6- en 7-scores voorkomt. Wij interpreteerden dit patroon als duidend op 'weerstand'. Volgens de onderzoekster verkeerde cliënte op dat moment in een ernstig dilemma: wel of niet ingaan op, casu quo toegeven aan de geactualiseerde gevoelens van boosheid naar moeder, hetgeen haar reactie in het daaropvolgende 29e gesprek ('Ik voel me in een tang zitten waar ik niet uit kan komen. Alles van vroeger komt weer boven') tot gevolg had. Uiteindelijk koos cliënte ervoor om niet verder op deze problematiek in te gaan.

Tegenover de weerstand in het 28e gesprek stond een doorbraak van gevoelens naar aanleiding van het 2e gesprek. In deze sessie werd het hoogste aantal scores op niveau 6 behaald, zowel wat betreft bewerkingswijze (10,3%), als bewerkingsaanbod (22,4%), met gevolg dat cliënte in het derde gesprek verzuchtte bang te zijn om gek van zichzelf te worden en daarom "een knop moet omschakelen ... Ik word nu al overspannen van de manier waarop ik met mezelf bezig ben. Ik ben er doodmoe van, het kost zoveel energie." Met name de bijdrage van de therapeut aan het exploratieproces van de cliënt met veel aanbiedingen op niveau 6 valt daarbij op. Dat stemt overeen met de observatie van de onderzoekster dat de therapeut de cliënt steeds vaker uitnodigde om haar belevingen te verkennen. Bijgevolg vond een verdie-

ping van het proces plaats, met als uitkomst dat cliënte bereid was haar therapeut toegang te verschaffen tot het meest intieme domein van haar vertwijfeling, namelijk haar puberteit. De heftige gevoelens die dat opriep, konden niet zonder meer ongedaan gemaakt worden en leidden tot hevige angstreactions, waarvan cliënte in het derde gesprek melding maakte.

Ten slotte nog een enkel woord met betrekking tot de keuze van de vier door ons geanalyseerde gesprekken. We gingen daarbij uit van een evenredige verdeling ten aanzien van 'vooruitgang' en 'achteruitgang', zoals beleefd door de cliënt. In het 3e gesprek had cliënte opgemerkt dat ze gek van zichzelf werd, wat maakte dat we dit gesprek, evenals het 29e gesprek ('ik voel me afschuwelijk'), als 'achteruitgang' aanmerkten. Vanuit de gedachte dat de voorafgaande therapeutische sessie, in casu het tweede gesprek, dit gevoel van cliënte (mede) teweeg zou hebben gebracht, werd het tweede gesprek op zijn 'markeringsmomenten' onderzocht. Zowel uit de inhoudelijke analyse (Takens & Foelkel, 1997) als uit de analyse van de bewerkingswijze blijkt het achteraf een zeer productief gesprek te zijn geweest en procesmatig veel op gang te hebben gebracht. Dit toont nog eens aan dat zelfs een versterking van negatieve gevoelens bij de cliënt ook een teken van vooruitgang kan zijn. Rogers wees er in zijn eerste beschrijving van het therapeutisch proces in 1942 reeds op dat cliënten doorgaans eerst hun negatieve gevoelens over zichzelf uiten, waar zij pas later ruimte vinden om ook met positieve gevoelens te komen (Rogers, 1942). Eigenlijk is alleen in het 28e gesprek conform de verwachting een stagnatie in het therapeutische proces zichtbaar geworden. Betekent dit dat we beter andere sessies tegenover elkaar hadden kunnen stellen om de therapeutische factoren op te sporen? We waren inderdaad liever afgegaan op het directe oordeel van de cliënt zelf over de meest succesvolle respectievelijk minst succesvolle sessies, maar dat werd niet aan de cliënt gevraagd. In tegenstelling tot ander onderzoek, bijvoorbeeld dat van Elliott (1986), Elliott en Shapiro (1992) en Vanaerschot (1997), waarbij aan de cliënt na iedere sessie systematisch gevraagd wordt welke momenten hij/zij de belangrijkste heeft gevonden, werd in ons geval, zoals meestal in de dagelijkse praktijk, de cliënt daarmee niet lastig gevallen.

Overigens, niet alleen in dit opzicht verschilde ons onderzoek met dat van Elliott en anderen. De methode van de 'marker'analyse die Rice en Greenberg (1984) introduceerden en ons ten voorbeeld strekte, is gekaderd in een 'taakgerichte' therapeutische context, wat inhoudt dat hun analyses zich vooral richtten op hetgeen therapeut en cliënt in een therapie geacht worden te doen, namelijk het 'ontvouwen en oplossen van problematische reactiewijzen' (zie ook Rice, 1974; Greenberg, Rice & Elliott, 1993). In ons geval was de therapie daar niet speciaal op gericht; er was veeleer sprake van een 'doorsnee' cliëntgerichte aanpak. Ondanks deze verschillen lijkt onze 'post-hoc' analyse toch goed in deze traditie van kwalitatief procesonderzoek te passen.

# 4

## Nabeschuwing

---

In dit afsluitende hoofdstuk van dit proefschrift blikken we terug op de door ons uitgevoerde onderzoeken. Dit doen we door de gevonden resultaten nog eens op een rij te zetten, waarbij we over de horizonten van de verschillende (onder)delen heen proberen te kijken naar de algemene betekenis van onze (deel)onderzoeken voor de bestaande kennis over de psychotherapeutische relatie in het algemeen en het tot stand komen van een vruchtbaar therapeutisch contact in het bijzonder (paragraaf 4.1). Vanzelfsprekend zullen we daarbij de beperkingen van de (deel)onderzoeken niet uit het oog verliezen (paragraaf 4.2). Waar nodig zullen kritische kanttekeningen ten aanzien van de uitvoering van de onderzoeken worden geplaatst en suggesties voor verder onderzoek gedaan (paragraaf 4.3). Speciale aandacht zal ten slotte worden besteed aan mogelijke toepassingen van de in deze dissertatie gebruikte en door ons ontwikkelde meetinstrumenten in de klinische praktijk en de opleiding van psychotherapeuten (paragraaf 4.4).

### 4.1 Terugblik op de uitkomsten van de (deel)onderzoeken

De in deze dissertatie gepresenteerde onderzoeken hadden achtereenvolgens betrekking op:

- a. de aard van de psychotherapeutische relatie;
- b. het tot stand komen van een bestendig therapeutisch contact en
- c. de (verbale) interacties tussen therapeut en cliënt in de eerste tien sessies.

Ondanks deze verscheidenheid aan onderwerpen was er een gemeenschappelijke noemer, namelijk de betrokkenheid van de deelnemers aan de psychotherapeutische ontmoeting op elkaar. Deze onderlinge betrokkenheid was steeds de inzet van onze onderzoeken.

Wat betreft *de aard van de psychotherapeutische relatie* kwamen we tot de conclusie dat er primair sprake is van een *functionele asymmetrische* verhouding, net als bij de relatie tussen leraar – leerling, supervisor en supervisant c.q. arts en patiënt, en in tegenstelling tot bijvoorbeeld vriendschapsrelaties. Hierover waren therapeuten en cliënten het duidelijk met elkaar eens.

Deze bevinding had voor ons onderzoek naar het op gang komen van een vruchtbaar therapeutisch contact, ofwel *therapeutische toegankelijkheid*, de consequentie dat wij niet kozen voor het veelvoorkomende paradigma 'soort zoekt soort', zoals dat vaak in onderzoek naar vriendschapsrelaties gehanteerd wordt, maar de verschillende *taken* van de therapeut en de cliënt in het therapeutisch proces als uitgangspunt namen. De eerste taak waar de therapeut zich voor geplaatst weet, is het zich toegang verschaffen tot (de persoonlijke wereld van) de cliënt; de cliënt dient omgekeerd de therapeut toegang tot zijn persoonlijke wereld te verlenen.

In dit opzicht formuleerden wij enkele hypothesen, waarvan de belangrijkste aan de kant van de *cliënt* was, dat deze meer *zelfonthullend* gedrag zou vertonen naar gelang hij zijn therapeut als *Persoonlijke Ander* zou percipiëren. Deze hypothese kwam geenszins uit. Eerder was er een tegengestelde tendens waarneembaar: naarmate de therapeut meer als een *Externe Ander* werd gepercipieerd nam het zelfonthullend gedrag van de cliënt toe. Daarbij dient in aanmerking genomen te worden dat de meeste therapeuten na verloop van tijd minder als Externe Ander werden beschouwd, wat op zichzelf natuurlijk geen verrassende zaak is. Het gemiddelde niveau van het 'actueel' (dat wil zeggen zoals door externe beoordelaars gescoord) zelfonthullend gedrag bleef overigens redelijk stabiel over de drie metingen heen. Het lijkt er dus op dat cliënten wanneer zij in de loop van de gesprekken meer afstand tot hun therapeut gaan ervaren, zij de neiging hebben meer over zichzelf te gaan vertellen. Een pleidooi voor een abstinente houding van de therapeut, zoals de analytici voorstaan (o.a. Stone, 1961) c.q. een aanwijzing voor therapeuten om niet (te snel) te dichtbij te komen, maar om voldoende afstand tot hun cliënten te bewaren (Lehmann, 1975)? De resultaten uit dit onderzoek laten in dit opzicht het trekken van harde conclusies niet toe, maar het gezegde 'onbekend maakt onbemind', lijkt in ieder geval niet voor psychotherapeutische relaties op te gaan.

Aan de kant van de *therapeut* veronderstelden we dat deze meer *empathie* zou vertonen naarmate hij er beter in zou slagen het *zelf(ideaal)beeld* van de cliënt te *reconstrueren*. Dit zou op haar beurt weer samenhangen met de *betekenisvolheid* van (de *persoonlijke constructen* van) de cliënt. Dit laatste bleek in zoverre het geval, dat de therapeuten die met meerdere cliënten in het onderzoek participeerden, in het begin van de therapeutische ontmoeting de zelf(ideaal)beelden van hun cliënten beter reconstrueerden als zij meer betekenis hechtten aan de persoon van de cliënt, dat wil zeggen aan deze extre-

mere scores toekenden. Bij de derde afname (na het 10e gesprek) was echter van een omgekeerd verband sprake: het zelf(ideaal)beeld van de 'betekenisvollere' cliënt werd dan significant slechter gereconstrueerd. Een goede verklaring hiervoor is moeilijk te vinden. Wellicht heeft het te maken met een tanende belangstelling voor de cliënt die men 'wel al kent'. Verveling ligt op de loer, terwijl de cliënt, van wie men nog niet veel begrijpt, juist interessanter wordt.

Deze redenering wordt gevoed door de uitkomsten van de door ons onderzochte hypothese met betrekking tot de reconstructie van het zelf(ideaal)beeld van de cliënt. Ten aanzien van de reconstructie van het zelf(ideaal)beeld van de cliënt werd geen verband met de empathie van de therapeut gevonden. Empathie bleek echter wel samen te hangen met een slechte reconstructie van het feitelijke zelfbeeld van de cliënt, met name in het begin van de therapie. Wederom lijkt het erop dat de therapeut zich meer inspant (in casu meer empathie vertoont) bij cliënten van wie hij aanvankelijk weinig snapt. Dus ook van de kant van de therapeut lijkt het gezegde 'onbekend maakt onbemind' in de therapeutische situatie niet op te gaan.

Kortom, therapeutische toegankelijkheid, ofwel de vorming van een bestendig therapeutisch contact, lijkt vooral gefaciliteerd te worden door een perceptie van de ander, in casu de cliënt en de therapeut, als een persoon die wat verder van je af staat, maar die kennelijk de moeite waard is om nader te leren kennen respectievelijk om je kwetsbaar tegenover op te stellen.

Onze empirische bevindingen ten aanzien van het proces van explicitering uit hoofdstuk 3 van deze dissertatie samenvattend, kunnen we stellen dat:

- verreweg de meeste therapeut- en cliëntuitspraken op bewerkingsniveau 3 (het niveau van informatieverstrekking, ofwel het mededelingenniveau) worden gedaan, namelijk respectievelijk 40% en ruim 35%;
- cliënten wat meer dan therapeuten op het niveau van 'persoonlijk waarden' (= bewerkingsniveau 5) scoren, met andere woorden vaker zeggen wat zij van iets vinden;
- therapeuten daarentegen naar verhouding vaker een aanbod doen op het niveau van betekenisverlening (= bewerkingsniveau 6), dus vragen naar wat het gebeurde bij de cliënt oproept c.q. welke betekenis deze daaraan hecht;
- cliënten zich hierdoor kennelijk aangespoord voelen om naar verklaringen voor de bij hen opgeroepen gevoelens te zoeken; in het begin van een therapeutisch contact vindt dat overigens met name (nog) in algemene termen plaats ('theoretiseren over'= bewerkingsniveau 2);
- op weg naar een werkelijke explicitering van het persoonlijke referentiekader van de cliënt (bewerkingsniveaus 7 en 8) therapeuten en cliënten veelal eerst de hogere tussenliggende bewerkingsniveaus (vanaf niveau 4) lijken aan te doen;

- een dergelijke aanloop echter niet tot een 'stabiel' expliciteringsproces leidt, dat wil zeggen dat cliënten doorgaan met het verduidelijken van de samenhang tussen de aan de orde zijnde dingen; men is veeleer geneigd om het therapeutisch gesprek op een lager niveau voort te zetten;
- het niveau van bewerking wel duidelijk aangestuurd wordt door het bewerkingsaanbod van de therapeut: hoe dieper dit aanbod, des te dieper ook de bewerkingswijze van de cliënt (DEL\*-waarde=.28);
- therapeuten zich, omgekeerd, met betrekking tot hun bewerkingsaanbod ook laten leiden door het voorafgaande bewerkingsniveau van hun cliënt (DEL\* =.18), waarbij wel wordt aangetekend dat onze onderzoekspopulatie geheel en al uit cliëntgerichte en analytische psychotherapeuten bestond, voor wie een non-directieve opstelling een natuurlijk uitgangspunt is;
- de bewerkingswijze van de cliënten tussen het tweede en zesde gesprek significant toeneemt; met name stijgt het aantal scores op de hoogste bewerkingsniveaus (6-8) en daalt het aantal op de niveaus 2, 3 en 5;
- ten aanzien van het bewerkingsaanbod door therapeuten een stijging van de scores op de niveaus 2 en 7 valt te constateren; tussen het 6e en 10e gesprek verdubbelt zelfs het aantal scores op niveau 2;
- tijdens de gesprekken er sprake is van een dynamiek zoals die in cliëntgerichte en psychodynamische therapieën te verwachten valt: de therapeut doet allengs vaker een bewerkingsaanbod op niveau 7 (explicitering) en ook cliënten expliciteren meer (met name tussen het 1e en 2e kwartier), onder een gelijktijdige afname van het aantal uitspraken op niveau 3 (mededeling) en, met name, 5 (persoonlijke waardering);
- de meer ervaren therapeuten naar verhouding vaker een bewerkingsaanbod op de hogere niveaus (6-8) doen dan hun onervarener collega's; bij de cliëntgerichte therapeuten treffen we anderzijds tevens een lager aantal scores op de bewerkingsniveaus 3 en 4 aan;
- tegelijkertijd/omgekeerd cliënten die door ervaren psychotherapeuten behandeld worden gemiddeld genomen op een hoger niveau aan het werk blijken dan cliënten van minder ervaren therapeuten; ook hier is het verschil ten aanzien van het expliciteringsniveau (7) significant;
- vrouwelijke therapeuten meer informatieve vragen lijken te stellen (BA3), terwijl hun mannelijke collega's vaker een bewerkingsaanbod doen op niveau 7 (vanwege het vrijwel volledig gecontamineerd zijn van de seksevariabele met de ervaring van de therapeut, past hier enige voorzichtigheid ten aanzien van het trekken van conclusies: het gevonden sekseverschil zou even goed aan de ervaring van de therapeut toegeschreven kunnen worden);
- wat betreft de theoretische oriëntatie van de therapeuten significante verschillen aantoonbaar zijn ten aanzien van het bewerkingsaanbod op de niveaus 1, 3 en 6 tussen de cliëntgerichte en psychoanalytisch werkende psychotherapeuten: de cliëntgerichte therapeuten in onze steekproef scoorden vaker op niveau 6, terwijl de uitspraken van de analytici naar verhouding



frequenter gescoord werden op de niveaus 1 en 3; ook gemiddeld genomen scoorden de cliëntgerichte psychotherapeuten hoger dan hun analytische collega's;

- we, in het verlengde van het voorgaande, bij de cliënten van de cliëntgerichte psychotherapeuten significant meer scores op niveau 6 zien; voor het overige verschilden de cliënten niet zozeer in hun bewerkingswijze.

De theoretische oriëntatie van de therapeut kwam ook duidelijk naar voren in onze analyse van de gesprekken die Rogers, Perls en Ellis achtereenvolgens met eenzelfde cliënte, Gloria, voerden. Deze therapeuten maakten school in respectievelijk de cliëntgerichte, Gestalt en Rationeel-Emotieve Therapie. Conform onze verwachting behaalde Rogers in zijn gesprek met Gloria de hoogste scores op met name de bewerkingsniveaus 6 en 7, terwijl Perls in verhouding tot de andere therapeuten het meest op niveau 4 intervenueerde en Ellis de hoogste scores behaalde op niveau 2. Deze resultaten zijn voor ons een aanwijzing voor de (begrips)validiteit van met name de bewerkingsaanbodschaal.

De validiteit van zowel de bewerkingswijze- als bewerkingsaanbodschaal werd door ons ook nog eens onderzocht door een 'doorsnee' therapie met behulp van het FINBE-systeem te analyseren, in het bijzonder die momenten in de therapie waarop de cliënt blijk gaf van een zekere verandering in haar stemming. We troffen duidelijke parallellen aan tussen een eerder gemaakte inhoudelijke analyse van deze 'markeringsmomenten' en de later uitgevoerde bewerkingsanalyse, zodat het erop lijkt dat aan de bewerkingschalen enige begrips- of constructvaliditeit toegekend kan worden.

Al met al durven we te stellen dat het analyseren van therapiegesprekken met behulp van het FINBE-systeem, in het bijzonder de bewerkingschalen, de onderzoeker een goed inzicht kan verschaffen in de wijze waarop therapeuten en cliënten aan het werk zijn en hun (verbale) interacties op elkaar ingrijpen.

## **4.2 Een methodologische terugblik**

De gegevens waarop de gerapporteerde resultaten in hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3 van deze dissertatie gebaseerd zijn, waren afkomstig van ruim zestig als inzichtgevend bedoelde gesprekstherapieën, uitgevoerd door een dertigtal psychotherapeuten, van wie ongeveer de helft zeer ervaren en de andere helft nog in het begin van hun carrière als psychotherapeut zaten. Helaas was het onmogelijk om alle therapieën op (geluids)band op te nemen en daarmee toegankelijk te maken voor een analyse op gespreksniveau, opdat de mate van empathie van de therapeut en het zelfonthullend gedrag van de cliënt vastgesteld kon worden, evenals het beloop van de interactie tussen de therapiepartners wat betreft het niveau van explicitering. Aanvankelijk was het onze bedoeling om de bij dit onderzoek betrokken therapeuten steeds met vier cliën-

ten te laten deelnemen: twee vrouwelijke en twee mannelijke cliënten. Zoals zo vaak bij onderzoek in de klinische praktijk is het uitvoeren ervan echter een hachelijke zaak (zie o.a. Schagen, 1985). Men is afhankelijk van de bereidheid tot medewerking van zowel cliënten als therapeuten, maar vooral ook van instellingen, die zich verantwoordelijk voelen voor een zo ongestoord mogelijke hulpverlening. Gelukkig vroeg ons onderzoeksdesign niet om enig therapeutisch ingrijpen. Het ging er juist om een zo gewoon mogelijke (be)handelwijze in beeld te krijgen. Wel werd men gevraagd om tijdens de eerste tien gesprekken drie keer enkele vragenlijsten in te vullen en werden de aan het onderzoek deelnemende cliënten voorafgaand aan de behandeling lastiggevallen met een afname van een Repertory Grid. Het meest kwetsbare deel van ons onderzoek was evenwel het op geluidsband laten opnemen van de eerste tien gesprekken met het oog op het analyseren van het gespreksbe- loop. Dat toch nog veel cliënten en therapeuten bereid waren om ons op deze wijze een kijkje in de keuken van de therapeutische ontmoeting te laten nemen, heeft ons vreugdevol gestemd. Niettemin lukte het, op een enkele uit- zondering na, niet om de bedoelde vier cliënten per therapeut te rekruteren. Met name ten aanzien van het op het op geluidsband opgenomen krijgen van de gesprekken moesten we helaas menige veer laten.

Uiteraard doet dit afbreuk aan de waarde van de resultaten van onze on- derzoeken. Zo konden wij nauwelijks systematische vergelijkingen maken tussen de verschillende cliënten per therapeut, bijvoorbeeld inzake therapeu- tische toegankelijkheid. Juist die verschillen in de bereidheid van cliënten om de(zelfde) therapeut toegang tot hun persoonlijke wereld te verlenen en, om- gekeerd, het vermogen van een therapeut om zich toegang tot de persoonlijke werelden van zijn (verschillende) cliënten te verschaffen, waren ons oog- merk.

Ondanks de vele lacunes in het verzamelde materiaal kon toch een aantal zinvolle analyses uitgevoerd worden met de hiervoor samengevatte resultaten als gevolg. Vanwege de beperktheid van het verzamelde materiaal en de niet altijd even consistente uitkomsten, beschouwen wij onze conclusies als tenta- tief, dat wil zeggen dat meer definitieve conclusies ten aanzien van met name 'therapeutische toegankelijkheid' pas getrokken kunnen worden als replica- tie-onderzoek heeft plaats gevonden. Wij haasten ons echter om hieraan toe te voegen dat ons onderzoek en onze onderzoekshypothesen wel gebaseerd waren op de uitkomsten van diverse eerder door ons uitgevoerde vooronder- zoeken in quasi-experimentele setting (o.a. Takens, 1978,1981a; Renalda & Voorendonk, 1979; Deiters & Van der Mey, 1982) en klinische praktijk (Ma- joor, 1978; Smit & Hahn, 1979; Van Nispen & Sibbing, 1981).

Wat ook moeilijk in de hand te krijgen c.q. te houden is bij onderzoek in de klinische praktijk, is een goede spreiding van de (on)afhankelijke variabelen. Kijken we in ons hoofdonderzoek inzake therapeutische toegankelijkheid

bijvoorbeeld naar de verdeling van de scores op de afhankelijke variabelen 'actueel zelfonthullend gedrag' (ACTZOG) en 'actuele empathie' (ACTEMP), dan valt onmiddellijk de geringe spreiding op (respectievelijk 0.8 en 0.6 schaalpunt). De gemiddelde hoogte van de scores ( resp. 4.85 voor ACTZOG en 3.00 voor ACTEMP) doet vermoeden dat we te maken hebben met cliënten die redelijk zelfonthullend gedrag vertoonden (volgens de betreffende schaalwaarde praatten zij over vertrouwelijke zaken die betrekking hebben op persoonlijke intieme aangelegenheden van mensen uit hun naaste omgeving of die te maken hebben met een stuk eigen verleden; de informatie is in ieder geval van dien aard dat deze slechts aan enkelen wordt toevertrouwd) en therapeuten die zich in empathisch opzicht nauwelijks faciliterend opstelden. De laatsten bewogen zich rond het midden van de schaal, dat wil zeggen op het 'uitwisselbare' niveau van empathie ('zij doen niets af aan hetgeen de cliënt in zijn bewoordingen uitdrukt, maar voegen daar ook niets aan toe'). Hoewel dit laatste wellicht tegenvalt, is het in overeenstemming met resultaten uit menig onderzoek waaruit blijkt dat ook ervaren therapeuten vaak maar minimaal empathisch gedrag vertonen (Mitchell, Bozarth & Krauft, 1977). Nochtans hadden we wat de spreiding betreft liever een ruimere verdeling aangetroffen, zodat we 'goede' van 'slechte' dyades zouden hebben kunnen onderscheiden.

Ook ten aanzien van de scores op de (sub)schalen van de Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV) was de spreiding gering en lijken we te maken hebben gehad met in het algemeen goed verlopende gesprekken. Over de verdeling van de onafhankelijke variabelen, bijvoorbeeld inzake de perceptie van de therapeut als een Persoonlijke c.q. Externe Ander en de reconstructie van het (ideaal)zelfbeeld van de cliënt door de therapeut, is moeilijker iets te zeggen. We hebben geen norm voorhanden waar het een en ander aan opgehangen kan worden. Hoe dan ook, de uitkomsten van ons onderzoek zouden wellicht pregnanter geweest zijn als er in het therapeutisch gedrag van zowel de cliënten als de therapeuten een grotere variatie was opgetreden.

Een andere beperking van ons onderzoek betreft de onderzochte groep cliënten. Het waren allen 'neurotisch' gestoorden, die voor een inzichtgevend therapie geïndiceerd waren. Het zou goed kunnen zijn dat er bij ernstiger gestoorden andere resultaten uit de bus zouden zijn gekomen, evenals bij cliënten die minder geschikt worden geacht voor een inzichtgevende therapie, of daartoe minder gemotiveerd zijn. En wat te denken van cliënten uit een andere etnische cultuur? We refereerden in hoofdstuk 2 aan de studie van De Swaan et al. (1979), die liet zien dat IMP-clieënten in meerdere opzichten dicht bij hun therapeuten staan. De al bij voorbaat redelijke verstandhouding tussen de therapiepartners zou derhalve vertroebelend hebben kunnen werken op de uitkomsten van ons onderzoek ('bodemeffect'). Het geringe aantal drop-outs tijdens de eerste tien gesprekken (N=6) wijst ook in die richting. Normaliter haakt namelijk wel zo'n 25% van de cliënten in de beginfase van

een therapie af (Grauenkamp & Peters, 1982; Van der Sande, Van Hoof & Hutschemaekers, 1992).

### 4.3 Suggesties voor verder onderzoek

Om bovengenoemde redenen zou het interessant zijn om (gedeelten van) ons onderzoek naar therapeutische toegankelijkheid te repliceren, waarbij in de eerste plaats een grotere diversiteit in de cliëntenpopulatie nagestreefd wordt.

Om meettechnische redenen zou het aanbeveling verdienen om systematischer dan in ons onderzoek gelukt is meerdere cliënten per therapeut in het onderzoek te betrekken, waardoor naar verhouding betere tegen minder goede 'matches' afgezet kunnen worden.

Vanuit de cliëntkant valt bij voorbaat natuurlijk niet veel te regelen. Toch zou het interessant zijn om achteraf een groep waarbij de therapeut als steeds 'externer' wordt gepercipieerd, te kunnen vergelijken met een groep voor wie de therapeut allengs meer een Persoonlijke Ander is geworden. In ons onderzoek was dat onderscheid nauwelijks aan te brengen.

In het verlengde daarvan zou het begrip 'therapeutische toegankelijkheid' tegen het licht van bekende fenomenen als (tegen)overdrachtgevoelens gehouden kunnen worden. Maar daarvoor zouden metingen over een langere periode dan tien sessies gewenst zijn. Dat laatste zou sowieso de moeite waard zijn teneinde de ontwikkeling van de therapeutische relatie in zijn totaliteit beter in beeld te krijgen. Het mooiste zou natuurlijk zijn om hierbij ook de uitkomsten van de behandelingen te betrekken, hoewel aan het vaststellen van het effect van een therapie veel haken en ogen kleven (Bergin & Garfield, 1971,1994; Garfield & Bergin, 1978,1986; Schagen, 1983).

Het langer volgen van de therapeutische interactie (over meer dan 10 sessies) zou ook zijn vruchten kunnen afwerpen ten aanzien van een verdere 'normering' van de verdeling van de bewerkingscores. Hoewel onze verdeling inzake de bewerkingsaanbod-scores redelijk lijkt op die Sachse vond bij het scoren van 1520 tripletten afkomstig uit 152 middelste gesprekken van evenzovele therapieën (Sachse & Maus, 1987), zouden we toch meer scores op de niveaus van explicitering (niveau 7) en integratie (niveau 8) verwachten en wellicht ook op niveau 2 (intellectualisering). Deze verwachtingen gelden zowel de bewerkingswijze-scores van de cliënt als de bewerkingsaanbod-scores van de therapeut.

In dat verband zou het interessant zijn om ook gegevens uit andere onderzoekscentra in een frequentieanalyse te betrekken. Niet alleen uit Bochum (Sachse), maar ook uit Bern (Grawe) zijn inmiddels gegevens beschikbaar, waarover binnenkort gepubliceerd zal worden (Sachse & Takens, in voorbereiding).

Wanneer een gro(o)t(er) aantal gesprekken in kaart gebracht zijn, ontstaat de mogelijkheid om prototypische behandelvormen op hun eigenaardigheden

te onderzoeken. Een eerste aanzet daartoe vormde onze analyse van de gesprekken die Rogers, Perls en Ellis achtereenvolgens met Gloria voerden. Dergelijke analyses zouden niet alleen over andere vormen van therapie voortgezet kunnen worden, maar ook ten aanzien van bepaalde cliëntenpopulaties. Ziet een therapie met een psychosomatische cliënt er bijvoorbeeld anders uit dan de behandeling van iemand met een persoonlijkheidsstoornis? En hoe verlopen de therapeutische interacties met allochtone cliënten, met niet-gemotiveerde cliënten, met verbaal zwakkere cliënten, et cetera?

De studies van Sachse waren veelal op het sturend effect van het bewerkingsaanbod van de therapeut gericht (Sachse, 1990b,c,d.). Voor het handlingsrepertoire van de psychotherapeut zou het relevant zijn in dit opzicht nadere differentiaties aan te brengen, zodat specifieke therapeutische interventies op hun effectiviteit getoetst kunnen worden. Kortom, er valt in dit opzicht nog veel onderzoek te verrichten.

#### **4.4 Instrumenten voor het meten van de kwaliteit van de psychotherapeutische relatie en de interacties tussen therapeut en cliënt**

In deze laatste paragraaf blikken we ten slotte nog eens terug op de door ons gebruikte en vooral ook zelf ontwikkelde meetinstrumenten inzake de psychotherapeutische relatie c.q. interactie. In concreto betreft het de door ons ontwikkelde Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV), de schalen voor het meten van empathie en zelf-onthullend gedrag en, last but not least, de Bewerkingsschalen van Sachse (1988;1990a) om de interactie tussen therapeut en cliënt in beeld te brengen.

##### *De Therapeutische Contact Vragenlijst (TCV)*

In de loop der jaren zijn heel wat instrumenten ontwikkeld om de kwaliteit van met name de therapeutische werkrelatie (*working alliance*) te kunnen meten. In paragraaf 3 van hoofdstuk 2 van deze dissertatie zijn met name de *Relationship Inventory* van Barrett-Lennard (1962;1986) en de (bewerkte) vertaling daarvan door Lietaer (1974;1976) besproken. Bekende andere lijsten zijn de *Working Alliance Inventory* van Horvath en Greenberg (1989), die door Vertommen en Vervaeke (1990) in het Nederlands zijn vertaald en als *Werkalliantie Vragenlijst (WAV)* bekendheid hebben gekregen (Vervaeke & Vertommen, 1993;1996), de *Therapeutic Alliance Scales* van Marziali (1981; 1984), de *California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS)* van Barkham, Andrew en Curverwell (1993) en de *Penn Helping Alliance Scales* van Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis en Cohen (1983). Laatstgenoemde schalen werden door De Ruiter, Garssen, Rijken en Kraaimaat (1989) in het Nederlands vertaald. Een latere versie van de schalen, de *HAQ-II* (Luborsky e.a., 1996), werd door Trijsburg, Van 't Spijker, Van Dam en

Duivenvoorden (1999) vertaald en op hun structurele kenmerken, alsmede betrouwbaarheid onderzocht.

De voornaamste reden voor ons om een eigen schaal voor de meting van de kwaliteit van het therapeutische contact te ontwikkelen was, dat er ten tijde van de voorbereiding en het uitvoeren van het hoofdonderzoek naar therapeutische toegankelijkheid nog geen van de hierboven genoemde schalen ontwikkeld waren, anders dan de Relatievragenlijst van Barrett-Lennard (1962) c.q. Lietaer (1974;1976). We achtten het voor ons onderzoek bovendien van belang dat de aspecten gepercipieerde empathie (van de therapeut door de cliënt) en zelfonthullend gedrag (van de cliënt, zoals gepercipieerd door de therapeut) als subschalen in de vragenlijst tot uiting zouden komen. Daarbij in aanmerking genomen dat we een zo kort mogelijke lijst wilden gebruiken om de betrokken cliënten en therapeuten zo weinig mogelijk te belasten, leek de keuze voor het construeren van een eigen Therapeutische Contact Vragenlijst voor de hand liggend en alleszins gerechtvaardigd.

Hoewel onze vragenlijst de kwaliteit van de therapeutische relatie vooral in algemene zin blijkt te meten, hebben we achteraf niet de indruk dat hij veel onderdoet voor de andere hierboven genoemde vragenlijsten. Ook daarin manifesteert zich veelal een algemene factor die een inschatting geeft van de kwaliteit van de therapeutische werkrelatie (Trijsburg e.a., 1999). Nochtans hebben wij onderzoek in gang gezet met als doel een vragenlijst te verkrijgen die de diverse aspecten van de therapeutische (werk)relatie in wat bredere zin meet. Daarbij is ook gekeken naar zaken als 'veiligheid in de relatie', 'activiteit van de therapeut', 'directiviteit' en 'deskundigheid'. De eerste onderzoeken waarin deze aspecten in een viertal subschalen waren ondergebracht, naast de bestaande subschalen van onze TCV voor empathie, zelfonthullend gedrag, gezindheid en therapeutische impact, hebben vooralsnog niet het gewenste resultaat opgeleverd, dat wil zeggen, de bedachte factorstructuur kwam in het geheel niet uit de verf (Höhner, 1998; Kels, 2000). Voor ons is dat echter geen reden om het onderzoek op dit punt te staken. Het belang van een goede vragenlijst voor de meting van de kwaliteit van de therapeutische relatie is daarvoor te groot. Diverse auteurs (bijvoorbeeld Lambert, 1992; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) blijven in hun onderzoeksoverzichten namelijk de (voorspellende) waarde van een goede werkrelatie voor een succesvolle therapie benadrukken. Volgens Vervaeke en Vertommen (1993) blijkt een meting van de werkrelatie aan het begin van de behandeling overigens een betere voorspelling van het eindresultaat op te leveren dan een meting in de middenfase, of als het gemiddelde van over de gehele therapie in aanmerking genomen wordt. Horvath, Gaston en Luborsky (1993) rapporteerden in hun meta-analytische studie een correlatie van .26 tussen de kwaliteit van de werkrelatie en het succes van de therapie. Greenberg, Elliott en Lietaer (1994) komen met een gemiddelde correlatie van .48 zelfs nog wat hoger uit. Daarmee is deze relationele factor een alleszins redelijke graadmeter voor de

uitkomst van de therapie (Trijsburg e.a., 1999), ook al zijn cliënt en therapeut het in hun beoordeling van de kwaliteit van de werkrelatie het vaak met elkaar oneens (Horvath e.a., 1993). Net als in ons onderzoek naar therapeutische toegankelijkheid, zouden wij daar fijntjes aan toe willen voegen.

#### *Het meten van empathie en zelfonthullend gedrag*

In ons onderzoek naar therapeutische toegankelijkheid maakten we gebruik van de empathie-schaal van Carkhuff (1969), welke door De Moor (1975) in het Nederlands is vertaald. De schaal heeft zijn waarde voor onderzoek en onderwijs op het gebied van de (cliëntgerichte) psychotherapie in de loop der jaren ruimschoots bewezen. We gaan er hier dan ook verder niet op in.

Wat betreft de door ons gecomponeerde schaal voor zelfonthullend gedrag (Takens, 1979b) willen we nog wel een enkele opmerking maken. In paragraaf 3.1 van hoofdstuk 2 hebben we de ontwikkeling van deze 7-puntschaal voor het beoordelen van zelfonthullend gedrag beschreven. De schaal is samengesteld uit een drietal componenten: a. de *hoeveelheid* informatie die iemand over zichzelf vertelt; b. de *intimiteit* van het onderwerp; c. de *mate van betrokkenheid* die de verteller daarbij toont. We achtten de schaal voldoende betrouwbaar en valide om in ons onderzoek naar therapeutische toegankelijkheid te gebruiken als maat voor het op gang komen van een productief psychotherapeutisch contact van de zijde van de cliënt. Met name in het begin van een psychotherapeutische behandeling leek ons dit cliëntgedrag van belang. De gedachte daarbij is dat zelfonthulling als het ware voorafgaat aan het proces van zelfexploratie en 'zelfervaring' (ook wel 'self-experiencing' genoemd, Gendlin, 1962). Om het innerlijke referentiekader in een therapie (met behulp van de therapeut) aan een (kritisch) zelfonderzoek te onderwerpen, zal de cliënt immers eerst het nodige over zichzelf naar voren moeten brengen. Van daaruit kunnen opgeroepen gevoelens nader gedifferentieerd worden, achtergronden in kaart gebracht en kan het geëxpliciteerde tegen het licht van het persoonlijke referentiekader gehouden worden.

De relatie tussen zelfonthulling, zelfexploratie en zelfervaring ('experiencing') werd door Stavrinou (1987) in een doctoraalscriptie onderzocht door achttien therapiefragmenten uit respectievelijk het 3e, 14e en 28e gesprek van zes (cliëntgerichte) psychotherapieën, gegeven door vijf cliëntgerichte psychotherapeuten, door twee externe beoordelaars op de betreffende drie schalen te laten scoren. Het bleek dat in het begin van de therapie (3e gesprekken) zelfonthulling, zelfexploratie en zelfervaring nog weinig gecorreleerde variabelen waren, maar dat hun onderlinge correlaties in de latere fasen van de therapie toenamen. Middels een scalogram analyse vond hij steun voor de hypothese dat in het begin van de therapie met name het zelfonthullend gedrag van de cliënt het therapeutisch proces aanstuurt, waarna zelfexploratie en zelfervaring belangrijk(er) worden.

Om die reden beschouwen wij de schaal voor zelfonthullend gedrag als een welkome aanvulling op het bestaande arsenaal aan therapie-procesmaten, met name waar het gaat om het op gang komen van het proces van zelfexploratie en experiëncing aan af te meten.

*De Bewerkingschalen van Sachse (1988,1990a)*

Een belangrijk deel van dit proefschrift was gewijd aan het gebruik van de schalen van Sachse (1988;1990a) om de bewerkingswijze van de cliënt en het bewerkingsaanbod van de therapeut vast te stellen. In dat kader werd een en ander aan beschrijvende statistiek gepresenteerd: hoe zien psychotherapeutische gesprekken er doorgaans wat betreft bewerkingsniveau uit, in hoeverre beïnvloedt het bewerkingsaanbod van de therapeut de bewerkingswijze van de cliënt, et cetera. Onze empirische gegevens zijn nadrukkelijk bedoeld om het decor te verschaffen, waartegen specifieke analyses van therapeutische interacties uitgevoerd kunnen worden. Daarbij valt te denken aan opvallende momenten in een behandeling, wanneer de therapeutische interactie gestagneerd lijkt, of juist in een stroomversnelling is geraakt. Komt dat dan door een (niet-)aansluitend bewerkingsaanbod door de therapeut? En waarom slaat een verdiepend bewerkingsaanbod op dat moment juist wel/niet aan? Zijn er andere redenen te bedenken waarom de cliënt op dat moment in zijn/haar expliciteringsproces stagneert? Een (mini-)FINBE analyse van specifieke gespreksfragmenten lijkt een uitermate geschikt middel om dit soort vragen te beantwoorden, bijvoorbeeld in een supervisie relatie. In dit verband wijzen we graag op een lopend onderzoeksproject dat we bij de stichting Geestelijke Gezondheidszorg 'Parnassia' in Den Haag uitvoeren, waarbij psychiaters in opleiding gevolgd worden in hun ontwikkeling als psychotherapeut en waarbij systematisch gespreksfragmenten onder de FINBE-loupe gehouden worden (Van Gils, 1997; Bakker, 1999). Overigens, het instrumentarium leent zich niet alleen voor gespreksanalyses in het kader van supervisie en intervisie, maar lijkt ook een probaat middel om op het eigen therapeutisch functioneren te reflecteren.

Inmiddels hebben de door ons vertaalde (Takens, 1995) bewerkingschalen van Sachse (1988;1990a), naar het lijkt, hun weg gevonden naar diverse opleidingen in de (cliëntgerichte) psychotherapie. Wij prijzen ons daarmee gelukkig, maar het noopt ook tot een verdere uitwerking en ontwikkeling van de schalen, iets waar we ons de komende jaren graag mee bezig willen houden.



## Summary

This dissertation explores some important aspects of the therapeutic relationship:

- the nature of the psychotherapeutic relationship (*chapter 1*);
- the conditions on which clients are prepared to give their therapists access to their personal world, and reversely, the conditions on which therapists succeed in gaining access to their client's personal world (*chapter 2*);
- the interactions between therapist and client during the first 10 sessions with a view to deepening the client's (self) exploratory process (*chapter 3*).

In all research projects the focus has been on the mutual involvement of the therapy partners with each other, whether it concerns the establishment of an enduring therapeutic relationship, the quality of the therapeutic contact, or the actual interactions between therapist and client.

With respect to *the nature of the psychotherapeutic relationship* we started by asking 75 prominent psychotherapists, i.e. supervisors qualified as such by their professional associations, of three different therapeutic denominations (behaviour therapy, psychoanalytic and client-centered psychotherapy), to describe similarities and differences between the psychotherapeutic relationship and nine other interpersonal relationships. By using Kelly's RepGrid procedure (Kelly, 1955), which enables to elicit someone's personal constructs, we triggered the respondents' own conceptions in this regard. The respondents were found to construe the psychotherapeutic relationship chiefly as an asymmetrical functional relationship in accordance with the relationship between a doctor and a patient, a teacher and a pupil, respectively a supervisor and a supervisee.

We replicated this investigation in a sample of another 75 experienced psychotherapists, now using 12 supplied constructdimensions (Van Wetsum, 1984). Similar outcomes were obtained, which were also in line with the results of a third investigation, carried out later among clients who were having or had been having behavioural, psychodynamic or client-centered therapy (Ogink & Philips, 1985). In all cases the psychotherapeutic relationship was considered most similar to the relationship between a doctor and a patient, a teacher and a pupil, whereas the least similarity showed up with a friendly relationship.

As a consequence of the above findings for our research regarding the development of a fruitful therapeutic relationship (our project '*therapeutic accessibility*'; chapter 2), we did not find it correct to depart from the paradigm 'birds of a feather flock together', as is often used in research on rela-

tionships between friends. Instead, we took into account the different *tasks* of the therapist and the client in the therapeutic process. The first task facing the therapist is to *gain access* to (the personal world of ) the client; the client, in turn, must *give* the therapist *access* to his personal world.

In this respect we formulated a number of hypotheses, of which the most important one at the side of the *client* was that he would show more *self-disclosing behaviour* if he would perceive his therapist as a *Personal Other* rather than as an *Extraneous Other*. On the side of the *therapist* we assumed that he would show more *empathy* if he succeeded better in *reconstructing* the client's construction processes, in casu client's (*ideal*) *self-image*. The latter task would also be dependant upon the *meaningfulness* of (the personal constructs of) the client.

Three preliminary studies (Takens, 1978; Renalda & Voorendonk, 1979; Smit & Hahn, 1979) showed that clients did prefer therapists whom they regarded as Personal Others and not as Extraneous Others. Clients were also found to prefer therapists who proved to be good at reconstructing the client's self-images (Van Nispen & Sibbing, 1981). On the other hand, preliminary research (Deiters & Van der Mey, 1982) did not show that a good reconstruction of the client's self-image resulted in higher levels of empathy by therapists. Rather the opposite seemed to be the case. However, higher levels of empathy were seen in therapists who were relatively good at reconstructing their client's *ideal* self-image (Takens, 1982). As regards the meaningfulness of (the personal constructs of) the client the hypotheses formulated in preliminary research (Smit & Hahn, 1979) were actually confirmed: the personal constructs of the 'attractive' clients were considered significantly more useful, and the therapists scored more extremely on the clients with whom they said to have good working relationships than on the clients with whom the therapy contact was relatively poor.

As a consequence of the above, the following hypotheses were formulated in our main research, which was carried out in some psychotherapy institutes and in which altogether 36 (client-centered and psychoanalytic) psychotherapists and 63 clients participated:

1. *Clients will show more self-disclosure if the therapist is perceived as a Personal Other rather than an Extraneous Other;*
2. *In due course therapists will be considered more as a Personal Other and less as an Extraneous Other;*
3. *In untimely ended therapeutic relationships clients will have perceived the therapist as an Extraneous Other rather than a Personal Other;*
4. *In line with the perception of the therapist as a Personal Other, an increase in the client's self-disclosure will be noticed;*
5. *Client's level of selfdisclosure at the onset of a therapy will be related to a perception of the therapist as an 'attractive therapist';*

6. *In a smoothly starting therapeutic contact clients will perceive their therapists rather similar to their previously conceived 'attractive therapist';*
7. *A good reconstruction of the clients' ideal self-image by the therapist will result in higher levels of empathy showed by therapists and will less quickly lead to dropping-out of treatment;*
8. *A good reconstruction of the client's self-image by the therapist will result in lower levels of empathy showed by therapists and will more quickly lead to dropping out of treatment;*
- 9a. *For a correct reconstruction of the client's (ideal) self-image the client's personal constructs must be meaningful to the therapist;*
- 9b. *For a correct reconstruction of the client's (ideal) self-image the client as such must be meaningful to the therapist;*
10. *Client's meaningfulness is related to a perception of that client as different from therapist's own self-image;*
11. *A positive correlation exists between client's level of selfdisclosure and therapist's level of empathy.*

On the part of the client our hypotheses did not prove correct at all. Rather, an opposite tendency showed up: the more the therapist was perceived as an *Extraneous Other*, the higher client's level of selfdisclosure. In this regard it must be considered that in the course of time most therapists were seen less like Extraneous Others, which in itself is, of course, not surprising. The average level of client's selfdisclosure (i.e. as scored by external raters), though, remained reasonably stable throughout the first ten sessions. It looks as if clients are more inclined to disclose themselves in the course of therapy when they experience more distance from their therapists. Does this argue for the 'rule of abstinence' as the proper attitude to be taken by therapists, like the psychoanalysts advocate, or for a plea for therapists not to come too close (too soon) but to keep sufficient distance from their clients (Lehmann, 1975)? The outcomes of this research do not allow to draw firm conclusions in this respect, but in any case the saying '*unknown, unloved*' does not seem to apply to therapeutic relationships.

On the part of the *therapist* it was found that therapists participating in our research with several clients reconstrued their client's ideal self-images better if they attached more meaning to the person of their client, i.e. scoring him more extremely. At the third testing occasion (after the 10th session), however, an opposite trend showed up: the (ideal) self-image of the 'more meaningful' client was significantly poorer reconstrued. A good explanation for this result is hard to find. Perhaps it has to do with a dwindling interest in the client whom the therapist 'knows well enough by now'. There can be an imminence of boredom, whereas the client whom one does not yet understand, becomes more interesting.

This reasoning is fed by the outcomes of the hypotheses we investigated with regard to the reconstruction of the client's (ideal) self-image. With respect to the reconstruction of the client's *ideal* self-image no relation with therapist's empathy was found. Empathy, however, did prove to be linked with a poor reconstruction of the client's *actual self*-image, especially at the beginning of the therapy. Again it seems that the therapist makes more effort (in this case, shows more empathy) with clients whom he initially does not understand. Therefore, also on the part of the therapist the saying 'unknown, unloved' does not seem to apply in the therapeutic situation.

In short, therapeutic accessibility, or the establishment of an enduring therapeutic contact, seems to be facilitated by a perception of the therapy partner as a person who is somewhat remote, but worthwhile to become more acquainted with, respectively towards whom one is willing to adopt a vulnerable position.

In the *third chapter* of this dissertation the audiotaped interviews of the above research were used to analyse the *actual interactions* between the therapist and the client at the very beginning of the psychotherapeutic encounter, the second, sixth and tenth interview in especial. The focus in these analyses is on the process of (deepening) the explicitation of the inner world of the client. By *explicitation* we mean: "*experiencing and differentiating feelings and meanings that fit into personal relevant schemes, i.e. the client's inner frame of reference*" (Takens, 1995). In the therapeutic encounter this means that the therapist asks the client, as well as the client asks himself, in-depth questions in order to get a picture of the idiosyncratic aspects of the client's experiencing. These therapeutic tasks ensue from the purpose of an insight oriented psychotherapy, which is aimed at providing clients with insight into the internal determinants of their behaviour and enabling them to act in a 'self-regulating' way (again) (Sachse, 1992). The manner in which the client is dealing with this task is called the '*processing mode*'. On the other hand, the therapist can put forward '*processing proposals*' to the client. Sachse (1988;1990a) developed two (parallel) scales for measuring the depth of clients' processing modes respectively therapist's processing proposals. With the help of these scales one can explore:

- to what extent the client himself is explicating his inner frame of reference;
  - which processing proposals are made by the therapist and to what extent they are in conjunction with the client's processes at that very moment;
  - to what extent the client accepts the therapist's processing proposals, in other words to what extent the therapist is 'directing' the client's processes.
- Explicitation can take place at various levels. For instance, the client can describe a concrete event, a certain situation, or tell what he is feeling. He then finds himself at the *report* level. The client can also *value* the things he

is talking about or tell what emotions an event evokes in him. In the latter case, he is acting on a *personal meaning* level. Next he can use the event to clarify something about himself. In that case, he is *explicitating* his inner frame of reference. Finally, when he draws connections between the explicitated aspects of meaning and other aspects of his inner frame of reference, he is acting on the level of *integration*.

The data that were available to us for this part of our research, stems from 104 audiotaped sessions of 39 therapies with 20 female and 19 male clients of 20 psychotherapists (9 women and 11 men). We succeeded in audiotaping the second, sixth as well as the tenth sessions of 30 therapies completely; of five therapies two sessions were taped, of four therapies only one session was available. Of each session three 5-minute segments were written out verbatim (the middle parts of the first, second and third quarter of the session). Next, the 312 interview fragments thus obtained were analysed for their processing level, which means that two raters formulated one or more core sentences for each client respectively therapist statement, which was then scored for the level of processing mode respectively processing proposal. This procedure yielded altogether 4223 scores for processing modes and 2887 scores for processing proposals. With regard to the process of explicitation we found the following:

- by far the most therapist and client statements are on the level 3 ('report'), viz. 40% and slightly above 35% respectively;
- clients score slightly more than therapists at the level of 'personal valuing' (= processing level 5), in other words they say more often what they think about something;
- therapists, on the other hand, make relatively more proposals at the level of personal meaning (= processing level 6), i.e. they ask what the client is experiencing in relation to the event or what is happening;
- clients apparently feel encouraged by this to explicitate aspects of meaning that are recognized with the content being processed; however, at the start of a therapeutic encounter, this (still) happens especially in general terms ('intellectualizing' = processing level 2);
- setting out for a true explicitation of the client's personal frame of reference (processing levels 7 and 8) therapists and clients often seem to call in first at the processing levels 4 and up;
- such a course does not, however, result in a more 'enduring' explicitation process, that is to say that clients continue to clarify their inner worlds; they rather drop into lower processing levels;
- the processing level of the client is clearly directed by the therapist's processing proposal: the deeper his proposal, the more the client is inclined to deepen the explicitation process; this yields also when the therapist is flattening the process by his proposals.

- vice versa, therapists let themselves be led by their client's previous processing modes, too (it must be noted, however, that our sample consisted entirely of client-centered and analytical psychotherapists, to whom a non-directive attitude comes as a natural stance);
- the client's processing mode increases significantly between the second and sixth session; in particular the number of scores at the highest processing level augments, the numbers at the levels 2, 3 and 5 decrease;
- regarding the therapists' processing proposals an increase of the scores at levels 2 and 7 can be seen; between the 6th and 10th session the number of scores at level 2 has even doubled;
- during the sessions a dynamism is observed such as can be expected in client-centered and psychodynamic therapies: the therapist makes gradually more proposals at level 7 ('explicitation'), and clients, too, explicitate more often (especially between the 1st and 2nd quarter of an hour), while at the same time the number of statements at level 3 ('report') and especially at level 5 ('personal valuing') decreases;
- the more experienced therapists make processing proposals at the higher levels (6-8) relatively more often than their less experienced colleagues; moreover the client-centered therapists offer less proposals at the levels 3 and 4;
- at the same time, clients undergoing therapy from experienced therapists are found to work on average at a higher level than clients of less experienced therapists; as with the processing proposals, the difference regarding the explicitation level (7) is here significant too;
- female therapists seem to ask more informative questions (level 3), whereas their male colleagues more often make processing proposals at level 7 (as the gender variable is almost entirely contaminated with the therapist's experience, some prudence is called for with respect to drawing conclusions here: the gender difference found may just as well be attributed to the therapist's experience);
- concerning the therapists' theoretical orientation significant differences can be established with respect to the processing proposals at levels 1, 3 and 6 between the client-centered and analytical psychotherapists: the client-centered therapists in our survey scored more often at level 6, whereas the statements made by the analytical therapists were scored relatively more frequently at the levels 1 and 3; also on average the client-centered psychotherapists scored higher than their analytical colleagues;
- in line with the above, we see significantly more scores at level 6 from clients of client-centered therapists; for the rest the clients did not differ so much in their processing modes.

The therapist's theoretical orientation became also clearly apparent in our analysis of the interviews that Rogers, Perls and Ellis successively had with

the same client, Gloria. These therapists were the founders of the client-centered, Gestalt respectively Rational-Emotive Therapies. In accordance with our expectations, Rogers obtained in his interview with Gloria the highest scores at the processing levels 6 and 7, whereas in relation to the other therapists Perls intervened the most at level 4 and Ellis at level 2. These findings can be viewed as to support the (construct) validity of the processing mode scales.

We did examine the validity of the processing scales, too, by analysing an 'everyday' therapy, in particular those sessions preceding a change of mood in the client, and found clear analogues between a content analysis made earlier of these 'marker moments' and a processing analysis carried out later on. So it looks as if some construct validity may be attributed to the processing scales.

In our final *chapter (4)* we reviewed the results of our research and added some critical comments. We identified some methodological shortcomings and limitations. The value of the scales and questionnaires used in this research was considered, as they were often developed especially for these investigations, e.g. the scale for measuring client's selfdisclosure and our Therapeutic Relationship Inventory. They both seem to be welcome additions to the existing repertoire of therapy research instruments. That can also be said of (our translations of) Sachse's processing mode scales, which seem excellent instruments for the analysis of psychotherapeutic interviews. They may provide researchers, as well as practitioners, with a clear understanding of the way in which therapist and client are at work in therapy and how therapeutic interactions are intertwined.

## Literatuur

- Abramowitz, S.I., Berger, A. & Weary, G. (1982). Similarity between clinician and client: Its influence on the helping relationship. In T.A. Wills (Ed.), *Basic processes in helping relationships*. New York: Academic Press.
- Achterhuis, H. (1980). *De markt van welzijn en geluk*. Baarn: Ambo.
- Adriaanse, C. & Schippers, J. (1977). *Interpersoonlijke attractie gemeten m.b.v. de Reptest*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Alexander, L.B., Barber, J.P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P. & Auerbach, A. (1993). On what basis do patients choose their therapists? *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2, 135-146.
- Alexander, L.B. & Luborsky, L.S. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The therapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). New York: Guilford.
- Allport, G.W. (1961). *Patterns and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Axelrod, J. (1952). *An evaluation of the effect on progress in therapy of similarities and differences between the personalities of patients and their therapists*. New York: Unpublished Ph.D. dissertation New York University.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 133-178). Washington DC: American Psychological Association.
- Bakker, H. (1999). *Doelgericht interveniëren; Een evaluatie van het gebruik van de FINBE-schalen bij de training van arts-assistenten in opleiding tot psychiater*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Balen, R. van (1990). The therapeutic relationship according to Carl Rogers: Only a climate? A Dialogue? Or both? In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapies in the Nineties* (pp. 65-85). Leuven: Leuven University Press.
- Barak, A. & LaCrosse, M.B. (1975). Multidimensional perception of counselor behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 471-476.
- Bare, C.E., (1967). Relationship of counselor personality and counselor-client similarity to selected counseling success criteria. *Journal of Counseling Psychology*, 14, 419-425.
- Barkham, M., Andrew, R.M. & Curverwell, A. (1993). The California Psychotherapy Alliance Scales: A pilot study of dimensions and elements. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 157-165.
- Barrett-Lennard, G.T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76, (43, Whole No. 562).
- Barrett-Lennard, G.T. (1966). *Technical note on the 64-items revision of the Relationship Inventory*. Waterloo, Ontario: University of Waterloo.
- Barrett-Lennard, G.T. (1986). The Relationship Inventory now: Issues and advances in theory, method and use. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The therapeutic process: A research handbook* (pp. 439-476). New York: Guilford.
- Beier, E.G. (1966). *The silent language of psychotherapy*. Chicago: Aldine.



- Bergin A.E. & Garfield, S. (1971). *Handbook of psychotherapy and behavior change; An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Bergin A.E. & Garfield, S. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change; An empirical analysis (4th ed.)*. New York: Wiley.
- Bergin, A.E. & Lambert, M.J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis (2nd ed., pp. 139-189)*. New York: Wiley.
- Berzins, J.I. (1977). Therapist-patient matching. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy; A handbook of research (pp. 222-251)*. New York: Pergamon Press.
- Beutler, L.E., Machado, P.P. & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis (4th ed., pp. 229-269)*. New York: Wiley.
- Biestek, F. (1968). *Wesen und Grundsätze der helfenden Beziehung in der sozialen Einzelhilfe*. Freiburg.
- Binswanger, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. München: Reinhardt Verlag (1973).
- Blécourt, B. de, Beenen, F., Gomes-Spanjaard, C., Hommes, H., Verhage-Stins, L. & Verhage, F. (1981). Het samenwerkingsverband ('working-alliance') van patiënt en analyticus. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 7, 307-317.
- Bloch, E. & Goodstein, L.D. (1971). Comment on "influence of an interviewer's disclosure on the self-disclosing behavior of interviewees". *Journal of Counseling Psychology*, 18, 595-597.
- Bohart, A.C. & Greenberg, L.S. (1997). *Empathy reconsidered; New directions in psychotherapy*. Washington DC.: American Psychological Association.
- Bonarius, J.C.J. (1971). *Personal construct psychology and extreme response style: An interactional model of meaningfulness, maladjustment and communication*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Bonarius, J.C.J. (1976). *De RepTest Interactie Techniek*. Utrecht: ongepubliceerd manuscript.
- Bonarius, J.C.J. (1980). *Persoonlijke psychologie (2 delen)*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Bordin, E.S. (1959). Inside the therapeutic hour. In E.A. Rubenstein & M.B. Parloff (Eds.), *Research in psychotherapy (pp. 235-246)*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Braaten, L.J. (1958). *The movement from non-self to self in client-centered psychotherapy*. Chicago: Unpublished doctoral dissertation, University of Chicago.
- Brederode, L. (1997). *Explicitering: Stap voor stap?* Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Bregman, C. & Dalen, J. van (1977). *Interpersoonlijke attractie en overeenkomst in zelfbeeld*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Brinkman, W. (1978). Het gedragstherapeutisch proces. In J.W.G. Orlemans (red.), *Handboek gedragstherapie, deel A*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Brunink, S.A. & Schroeder, H.E. (1979). Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, gestalt, and behavior therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 567-574.

- Buber, M. (1923). Ich und Du. In *Das dialogische Prinzip* (pp. 7-121). Heidelberg: Schneider (1962).
- Buber, M. (1957). Distance and relation. *Psychiatry*, 20, 97-104.
- Byrne, D. (1971). *The attraction paradigm*. New York: Academic Press.
- Byrne, D. & Nelson, D. (1965). Attraction as a linear function of proportion of positive reinforcement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 659-663.
- Capelle, F.J.L. van (1991). *Persoonlijke Mededeling*.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping in human relations*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Carp, E.A.D.E. (1973). *Het werkelijke gesprek*. Leuven: Acco.
- Carroll, L. (1962). *Alice's adventures in wonderland*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books. (Original work published in 1865)
- Carson, R.C. & Heine, R.W. (1962). Similarity and success in therapeutic dyads. *Journal of Consulting Psychology*, 26, 38-43.
- Carson, R.C. & Llewellyn, Jr. C.E. (1966). Similarity in therapeutic dyads; A re-evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 30, 458.
- Cartwright, D.S., Kirtner, W.L. & Fiske, D.W. (1963). Method factors in changes associated with psychotherapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 164-175.
- Cartwright, R.D. & Lerner, B. (1963). Empathy, need to change and improvement with psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 138-144.
- Chabot, B.E. (1979). Het recht op zorgen voor elkaar en zijn onopgemerkte uitholling. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 5, 199-216.
- Chelune, G.J. (1975). Self-disclosure: An elaboration of its basic dimensions. *Psychological Reports*, 36, 79-85.
- Chen, C.L. (1981). Speech-rhythm characteristics of client-centered, gestalt, and rational-emotive therapy interviews. *Journal of Communication Disorders*, 14, 311-320.
- Claiborn, C.D. (1993). Evaluating the interpersonal stage model. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 413-415.
- Cohen, J.A. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Corey, G. (1977). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Cozby, P.C. (1973). Self-disclosure: A literature review. *Psychological Bulletin*, 79, 73-91.
- Cramer, D. & Takens, R.J. (1992). Therapeutic relationship and progress in the first six sessions of individual psychotherapy: A panel analysis. *Counseling Psychology Quarterly*, 5, 25-36.
- Cronbach, (1955). Processes affecting scores on 'understanding of others' and 'assumed similarity'. *Psychological Bulletin*, 52, 177-193.
- Culbert, S. (1968). *The interpersonal process of self-disclosure: It takes two to see one*. New York: Renaissance.
- Curtis, J.M. (1981). Indications and contra-indications in the use of therapist's self-disclosure. *Psychological Reports*, 49, 499-507.

- Defares, P.B. & Van der Werff, J.J. (1968). *Psychologische afstand tussen personen*. Assen: Van Gorcum.
- Deijs, W., Elzinga, J.L. & Zeggeren, R.M. van (1975). *Ervaringen van drop-outs tijdens de aanmeldingsprocedure. Een onderzoek bij het I.M.P.-Amsterdam in 1974*.
- Deiters, G. & Mey, H. van der (1982). *Empathie en zelfbeeld: Een onderzoek naar therapeutische toegankelijkheid*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit
- Dijkstra, S., Dudink, A.C.M. & Takens, R.J. (1983). *Psychologie en onderwijs*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dolinsky, A., Vaughan, S.C., Luber, B., Mellman, L. & Roose, S. (1998). A match made in heaven? A pilot study of patient-therapist match. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 7, 119-125.
- Dougherty, F.E. (1976). Patient-therapist matching for prediction of optimal and minimal therapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 889-897.
- Dowd, E.T. & Boroto, D.R. (1982). Differential effects of counselor self-disclosure, self-involving statements, and interpretation. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 8-13.
- Drenth, P.J.D. (1966). *De psychologische test*. Arnhem: Van Loghum Slaterus.
- Drenth, P.J.D., Koops, W., Orlebeke, J.F. & Takens, R.J. (1983). *Psychologie in Nederland; Enkele ontwikkelingen in 1982*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Drenth, P.J.D., Sergeant, J.A. & Takens, R.J. (1990). *European Perspectives in Psychology* (3 Volumes). London: John Wiley.
- Duck, S.W. (1973). *Personal relationships and personal constructs: A study of friendship formation*. London: Wiley.
- Duck, S.W. (1977). *Theory and practice in interpersonal attraction*. London: Academic Press.
- Ebel, R.L. (1951). Estimation of the reliability of ratings. *Psychometrika*, 16, 407-424.
- Eeden, F. van (1892). *Het beginsel der psychotherapie*. Amsterdam: Versluys.
- Egan, G. (1970). *Encounter: Group processes for interpersonal growth*. Belmont CA: Wadsworth.
- Ehrlich, H.J. & Graeven, D.B. (1971). Reciprocal self-disclosure in a dyad. *Journal of Experimental Social Psychology*, 7, 389-400.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal Process Recall (IPR) as a process research method. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process* (pp. 503-527). New York: Guilford.
- Elliott, R. & Shapiro, D. A. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. In S.H. Toukmanian & D.L. Rennie, *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 163-186). London: Sage.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Essig, T.S. & Russell, R.L. (1990). Analysing subjectivity in therapeutic discourse: Rogers, Perls, Ellis, and Gloria revisited. *Psychotherapy*, 27, 271-281.
- Evans, R.I. (1975). *Carl Rogers: The man and his ideas*. New York: Dutton.
- Fahrenberg, J., Selg, H. & Hampel, R. (1978). *Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI (3. Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.

- Feima, E. & Jagt, P. v.d. (1978). *Onderzoek met betrekking tot de meting van aktuele zelf-onthulling*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Berkeley: Stanford University Press.
- Fishbein, M. (1973). The prediction of behaviors from attitudinal variables. In C.D. Mortenson & K.K. Sereno (Eds.), *Advances in communication research*. New York: Harper & Row.
- Foelkel, F. (1991). *Voor de verandering: Een procesanalyse van een client-centered therapie*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Follette, W.C., Naugle, A.E. & Callaghan, G.M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins.
- Frank, J.D. (1975). An overview of psychotherapy. In G. Usdin (Ed.), *Overview of the psychotherapies*. New York: Brunner.
- Frank, J.D. (1986). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (2nd ed)*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3rd ed)*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Freud, S. (1912). *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytische Behandlung*. Wien: Gesammelte Werke VIII.
- Friedlander, M.L. (1993). When complementarity is uncomplimentary and reactions to Tracey. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 410-412.
- Frieswyk, S.H., Colson, D.B. & Allen, J.G. (1984). Conceptualizing the therapeutic alliance from a psychoanalytic perspective. *Psychotherapy*, 21, 460-464.
- Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, P. & Thompson, L.W. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 371-374.
- Garfield, S. & Bergin A.E. (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change; An empirical analysis (2nd ed.)*. New York: Wiley.
- Garfield, S. & Bergin A.E. (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change; An empirical analysis (3rd ed.)*. New York: Wiley.
- Gassner, S.M. (1970). Relationship between patient-therapist compatibility and treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 408-414.
- Gendlin, E.T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning*. New York: Free Press of Glencoe.
- Gendlin, E.T. (1978). *Focusing*. New York: Everest House.
- Gerler, W. (1958). Outcome of psychotherapy as a function of client-counselor similarity. *Dissertation Abstracts*, 18, 1864-1865.
- Giffin, K. & Patton, B.R. (1981). *Grondslagen van de interpersoonlijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

- Gils, L. van (1997). *Leren verdiepen; Het gebruik van de FINBE-schalen voor bewerkingsniveau in de training van psychotherapeuten*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Goldstein, A.P. & Simonson, N.R. (1971). Social psychological approaches to psychotherapy research. In A.E. Bergin & S.L. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 154-195). New York: Wiley.
- Gomes-Schwarz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1023-1035.
- Grauenkamp, F.J. & Peters, F. (1982). *Kenmerken van cliëntenpopulaties en hun psychotherapeutische behandeling*. Tilburg: Intern rapport Katholieke Hogeschool Tilburg.
- Green, A. (1975). The analyst, symbolization and absence in the analytic setting. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 1-22.
- Greenacre, Ph. (1954). The role of transference. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 2, 671-684.
- Greenberg, L., Elliott, R. & Lieater, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A.E. Bergin & S.L. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509-539). New York: Wiley.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change*. New York: Guilford.
- Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenwald, A.G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, 35, 603-618.
- Groot, A.D. de (1961). *Methodologie: Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Den Haag: Mouton.
- Gurman, A.S. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 503-543). New York: Pergamon.
- Gurman, A.S. & Razin, A.M. (1977). *Effective psychotherapy; A handbook of research*. Oxford: Pergamon.
- Haas, O. de (1983). De therapeutische relatie opnieuw bekeken. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 9, 90-99.
- Hamminck, S. (1997). *Tussen vinden en voelen; Een kwantitatieve FINBE-analyse van een cliëntgerichte psychotherapie*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Hendrick, S.S. (1987). Counseling and self-disclosure. In V.J. Derlega & J.H. Berg (Eds.), *Self-disclosure: Theory, research and therapy* (pp. 303-327). New York: Plenum.
- Hengeveld, F. (1978). *Het dyadisch effect: Een onderzoek naar zelfonthullend gedrag bij verschillende luistercondities*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Herman, S.M. (1997). Therapist-client similarity on the Multimodal Structural Profile Inventory as a predictor of early session impact. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 6, 139-144.

- Herman, S.M. (1998). The relationship between therapist-client modality similarity and psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 7, 56-64.
- Herrmann, Th. (1982). *Sprechen und Situation*. Berlin: Springer Verlag.
- Hildebrand, D.K., Laing, J.D. & Rosenthal, H. (1977). *Analysis of ordinal data: Quantitative applications in the social science, Vol.8*. Beverly Hills: Sage.
- Hill, C.E. (1978). Development of a counselor verbal response category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.
- Hill, C.E., Thames, T.B. & Rardin, D.K. (1979). Comparison of Rogers, Perls, and Ellis on the Hill Counselor Response Category System. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 198-203.
- Hoelen, J.J. (1995). *Rogers, Perls en Ellis in gesprek met Gloria: Een expliciteringsonderzoek*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Höhner, S. (1998). *Een vragenlijst die de therapeutische relatie zo volledig mogelijk meet*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Holdstock, T.L. & Holdstock, L. (1994). *Rogers, Perls and Ellis: The Gloria series revisited by means of the self-confrontation method of Hermans*. Paper presented at the 3rd International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy in Gmunden, Austria.
- Hollander-Goldfein, B., Fosshage, J.L. & Bahr, J.M. (1989). Determinants of patients' choice of therapist. *Psychotherapy*, 26, 448-461.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. (1958). *Social class and mental illness: A community study*. New York: Wiley.
- Horvath, A.O., Gaston, L. & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. In N.E. Miller, L. Luborsky, J.P. Barber & J.P. Dougherty (Eds.), *Psychodynamic treatment research; A handbook for clinical practice*. New York: Basic Books.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A.O. & Marx, R.W. (1990). The development and decay of the working alliance during time-limited counselling. *The Canadian Journal of Counselling*, 24, 240-259.
- Hunt, D.D., Carr, J.E., Dagadakis, C.S. & Walker, E.A. (1985). Cognitive match as a predictor of psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 22, 718-721.
- Jaarverslag I.M.P.- Amsterdam 1978.
- Jaarverslag I.M.P.- Den Haag 1978-1981.
- Jaspers, K. (1932). *Philosophie I, II, III*. Berlin: Springer Verlag.
- Johnson, D.W. & Matross, R.P. (1977). Interpersonal influence in psychotherapy: In A.S. Gurman & A.N. Razin, *Effective psychotherapy; A handbook of research* (pp. 395-432). Oxford: Pergamon Press.
- Jourard, S.M. (1964). *The transparent self; Self-disclosure and well-being*. Princeton, N.J.: Van Nostrand.
- Jourard, S.M. (1968). *Disclosing man to himself*. Princeton, N.J.: Van Nostrand.
- Jourard, S.M. (1971). *Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self*. New York: Wiley.
- Jourard, S.M. & Lasakow, P. (1958). Some factors in self-disclosure. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 56, 91-98.

- Kagan (1975). *Interpersonal Process Recall: A Method for influencing human action*. Houston: Educational Psychology Department, University of Houston.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 Vol.). New York: Norton.
- Kels, V. (2000). *Een onderzoek naar de betrouwbaarheid van een vragenlijst die de relatie tussen cliënt en therapeut meet: Een replicatie-onderzoek*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Kempen, G.A.M. & Takens, R.J. (1986). *Psychologie, Informatica en Informatisering*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kessel, W. van & Van der Linden, P. (1991). De hier-en-nu-relatie in cliëntgerichte therapie: Het interactionele gezichtspunt. In Hans Swildens e.a. (red), *Leerboek Gespreksterapie: De cliëntgerichte benadering* (pp. 223-249). Utrecht: de Tijdstroom.
- Kiesler, D.J. (1973). *The process of psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Kiesler, D.J. & Goldston, C.S. (1988). Client-centered complementarity: An analysis of the Gloria-film. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 127-133.
- Kimble, G.A. (1984). Psychology's two cultures. *American Psychologist*, 39, 833-839.
- Klein, M. (1952). The origins of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 33, 433-438.
- Klein, M.H., Matthieu, P.L., Gendlin, E.T. & Kiesler, D.J. (1969). *The Experiencing Scale: A research and training manual* (Vol. I). Madison: University of Wisconsin.
- Klip, E. (1985). Een beeld van de gedragstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11, 94-110.
- Koppenol, K. (1984). *Similarity, commonality and sociality*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Kroese, E. (1996). *Sturing in een gesprek en in de loop van de therapie*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- LaCrosse, M.B. & Barak, A. (1976). Differential perception of counselor behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 170-172.
- Laing, R.D. (1960). *The divided self*. London: Tavistock.
- Laing, R.D. (1961). *Self and others*. London: Tavistock.
- Lambert, M.J. (1992). The implications of outcome research for psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lambert, M.J., DeJulio, S.S. & Stein, D.M. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 85, 467-489.
- Landfield, A.W. (1971). Personal construct systems in psychotherapy. Chicago: Rand McNally.
- Langs, R. (1976). *The therapeutic interaction*. New York: Aronson.
- Lawlis, G.F. & Lu, E. (1972). Judgement of counseling process: Reliability, agreement and error. *Psychological Bulletin*, 78, 17-20.

- Lazarus, A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald.
- Lee, D.Y. & Uhleman, M.R. (1984). Comparison of verbal responses of Rogers, Shostrom, and Lazarus. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 91-94.
- Lehmann, B.W. (1975). Enkele gedachten over afstand en nabijheid in de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1, 96-101.
- Lesser, W.M. (1961). The relationship between counseling progress and empathic understanding. *Journal of Counseling Psychology*, 8, 330-336.
- Lichtenstein, E. (1966). Personality similarity and therapeutic success: a failure to replicate. *Journal of Consulting Psychology*, 30, 282.
- Lietaer, G. (1974). Nederlandstalige revisie van Barrett-Lennard's Relationship Inventory: Een faktoranalytische benadering van de student-ouderrelatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 29, 191-212.
- Lietaer, G. (1976). Nederlandstalige revisie van Barrett-Lennard's Relationship Inventory voor individueel therapeutische relaties. *Psychologica Belgica*, 17, 73-94.
- Lietaer, G. (1979). De beleving van de relatie door cliënt en therapeut in client-centered en psychoanalytisch georiënteerde therapie: Een empirische bijdrage. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 5, 141-160.
- Lietaer, G. (1991). Authenticiteit en onvoorwaardelijke positieve gezindheid. In H. Swildens e.a. (red.), *Leerboek Gesprekstherapie; De cliëntgerichte benadering* (pp. 27-64). Amersfoort: Acco.
- Lomas, P. (1973). *True and false experience*. London: Allen Lane.
- Lookman, M.C.J. (1993). *Bewerkingswijze, zelfonthullend gedrag en impact in psychotherapie*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L.M., Frank, A. & Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II). *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260-271.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M. & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. A counting signs vs. global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Luft, J. (1969). *Of human interaction*. Palo Alto, CA: National Press.
- Mahrer, A.R. (1978). The therapist-patient relationship: Conceptual analysis and a proposal for a paradigm shift. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 201-215.
- Majoor, B. (1978). *Kliënten kiezen hun therapeut*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Mangnus, C. (1995). *In hoeverre zeggen het bewerkingsaanbod en de bewerkingswijze iets over de kwaliteit van het therapeutisch contact?* Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 417-423.



- Marziali, E., Marmar, Ch. & Krupnick, J. (1981). Therapeutic Alliance Scales: Development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry*, 138, 361-364.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). New York: Litton.
- Mater-de Bruijn, E.C.G.T. (1991). *Therapeutische interventies en het zelfexploratief proces*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- McCarthy, P.R. (1979). Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements across counselor-client gender pairings. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 538-541.
- McCarthy, P.R. & Betz, N.E. (1978). Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 251-256.
- McGuire, W.J. (1969). The nature of attitudes and attitude change. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology* (Vol. 3). Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Meara, N.M., Pepinsky, H.B., Shannon, J.W. & Murray, W.A. (1981). Semantic communication and expectations for counseling across three theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 110-118.
- Meara, N.M., Shannon, J.W. & Pepinsky, H.B. (1979). Comparison of the stylistic complexity of the language of counselor and client across three theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 181-189.
- Meltzoff, J. & Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton.
- Mendelsohn, G.A. (1966). Effects of client personality and client-counselor similarity on the duration of counseling: A replication and extension. *Journal of Counseling Psychology*, 13, 228-234.
- Mendelsohn, G.A. & Geller, M.H. (1963). Effects of counselor-client similarity on the outcome of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 71-77.
- Mendelsohn, G.A. & Geller, M.H. (1967). Similarity, missed sessions, and early termination. *Journal of Counseling Psychology*, 14, 210-215.
- Mendelsohn, G.A. & Rankin, N.O. (1969). Client-counselor compatibility and the outcome of counseling. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 157-163.
- Mens-Peper, A. van & Snellen, W. (1976). *Self-Disclosure; Een literatuurstudie over self-disclosure en een exploratief onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de vertaalde self-disclosure vragenlijst*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Mercier, M.A. & Johnson, M. (1984). Representational system predicate use and convergence in counseling: Gloria revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 161-169.
- Miller, M.J., Prior, D. & Springer, T. (1987). Q-sorting Gloria. *Counselor Education and Supervision*, 27, 61-68.
- Mitchell, K.M., Bozarth, J.D. & Krauft, C.C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, nonpossessive warmth, and genuineness. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 482-502). New York: Pergamon.

- Mitchell, K.M., Truax, C. B., Bozarth, J.D. & Krauft, C.C. (1973). *Antecedents to psychotherapeutic outcome* (Final Report, NIMH MH 12306). Fayetteville, AR: University of Arkansas, Arkansas Rehabilitation Research and Training Centre.
- Miyamoto (1975). Zen in play therapy. *Psychologica*, 238.
- Moed, J. & Wever, J. (1981). *Interpersoonlijke attractie: Een onderzoek naar de variabelen die samenhangen met de mate van attractie binnen de relatie hulpgever-hulpvrager*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Moor, W. de (1975). *De psychotherapeutische interventie (I. De probleemidentificatiefase)*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Mulder, G. & Takens, R.J. (1989). *Nederlands Psychologisch Onderzoek: Bijdragen aan de klinische psychologie en het emotie-onderzoek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Munnichs, J.M.A. & Takens, R.J. (1983). *Psychologie en Gerontologie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Naerssen, R.F. van (1977). *Studietoetsen: Construeren, afnemen, analyseren*. Den Haag: Mouton.
- Newcomb, T.M. (1961). *The acquaintance process*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Nispen, Ch. van & Sibbing, T. (1981). *De wederzijdse waardering in hulpverleningsrelaties*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Ogink, I. & Philips, J. (1985). *Cliënten over hun therapeutische relatie*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Olman-Jagt, P. v.d & Renssen, M. (1991). *De interactie tussen Rogers en Gloria geanalyseerd*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Oosterling, N. (1999). *Een vergelijking van een experiëntiële en een interactionele therapeutische benadering*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy; Noch einmal. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (4th.ed., pp. 270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1978). The relation of process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 283-329). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd. ed., pp. 311-381). New York: Wiley.
- Parloff, M.B., Waskow, I.E. & Wolfe, B.E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (2n ed., pp. 233-282). New York: Wiley.
- Pearce, W.B. & Sharp, S.M. (1973). Self-disclosing communication. *The Journal of Communication*, 23, 409-425.
- Peterson, G. & Bradley, R.W. (1980). Counselor orientation and theoretical attitudes toward counseling: Historical perspective and new data. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 554-560.
- Poort, G. (1996). *FINBE-analyse van een cliëntgerichte psychotherapie*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Poznanski, J.L. & McLennan, J. (1995). Conceptualizing and measuring counselor's theoretical orientation. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 411-422.

- Razin, A.M. (1977). The A-B Variable: Still promising after twenty years? In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy; A handbook of research* (pp. 291-324). New York: Pergamon.
- Renalda, A. & Voorendonk, R. (1979). *Als cliënten kiezen konden*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Rennie, D.L. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: The unfolding of reflexivity. In S.G. Toukmanian & D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research; Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 211-233). London: Sage.
- Reynolds, C.L. & Fisher, C.H. (1983). Personal versus professional evaluation of self-disclosing and self-involving counselor statements. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 451-454.
- Rice, L.N. (1974). The evocative function of the therapist. In D.A. Wexler & L.N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 289-311). New York: Wiley.
- Rice, L.N. & Greenberg, L.S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford.
- Rogers, C.R. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Cambridge, Mass.: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science*, (Vol 3., pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Rogers, C.R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rombauts, J. (1984). Empathie: Actieve ontvankelijkheid. In G. Lietaer, Ph.H. van Praag & J.C.A.G. Swildens (red.), *Client-centered psychotherapie in beweging; Naar een procesgerichte benadering* (pp. 167-176).
- Rowe, D. (1971). An examination of a psychiatrist's predictions of a patient's constructs. *British Journal of Psychiatry, 118*, 231-244.
- Rowe, D. & Slater, P. (1976). Studies of the psychiatrist's insight into the patient's inner world. In P. Slater (Ed.), *The measurement of the intrapersonal space by Grid technique Vol.1, Explorations of intrapersonal space*. London: Wiley.
- Ruiter, C. de, Garssen, B., Rijken, H. & Kraaimaat, F. (1989). De werkrelatie bij kortdurende gedragstherapeutische behandelingen voor agorafobie. *Gedrags therapie, 22*, 313-322.
- Ryle, A. & Lunghi, M. (1971). A therapist's prediction of a patient's dyad grid. *British Journal of Psychiatry, 118*, 555-560.
- Sachse, R. (1987a). Wat betekent 'zelfexploratie' en hoe kan een therapeut het zelfexploratieproces van de cliënt bevorderen? *Psychotherapeutisch Paspoort, 4*, 5.71-5.93.
- Sachse, R. (1987b). *From attitude to action: On the necessity of an action-oriented approach in client-centered therapy*. Voordracht op het jubileumcongres van de Vereniging voor Rogeriaanse Therapie, Arnhem.

- Sachse, R. (1988). *Mikro-Prozeßanalysen der Therapeut-Klient-Interaktion: Manual für formale, inhaltliche und Bearbeitungs-Analyse von Klienten- und Therapeuten Äußerungen (FINBE-System)*. Bochum: Ruhr-Universität.
- Sachse, R. (1990a). *Mikro-Prozeßanalysen der Therapeut-Klient-Interaktion: Manual für formale, inhaltliche und Bearbeitungs-Analyse von Klienten- und Therapeuten Äußerungen (FINBE-System) (2. Fassung)*. Bochum: Ruhr-Universität.
- Sachse, R. (1990b). Concrete interventions are crucial: The influence of the therapist's processing proposals on the client's intrapersonal exploration in client-centered therapy. In G. Lietaer, J. Rombauts en R. van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the Nineties* (pp. 295-308). Leuven: Leuven University Press.
- Sachse, R. (1990c). Acting purposefully in client-centered therapy. In P.J.D. Drenth, J.A. Sergeant & R.J. Takens (Eds.), *European perspectives in psychology (vol. 2, pp. 65-79)*. London: Wiley.
- Sachse, R. (1990d). The influence of therapist processing proposals on the explication process of the client. *Person-Centered Review*, 5, 321-344.
- Sachse, R. (1991a). Gesprächspsychotherapie als 'affektive Psychotherapie': Bericht über ein Forschungsprojekt (1.Teil). *GwG-Zeitschrift*, 22, 83, 30-42.
- Sachse, R. (1991b). Gesprächspsychotherapie als 'affektive Psychotherapie': Bericht über ein Forschungsprojekt (2.Teil). *GwG-Zeitschrift*, 22, 84, 32-40.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Maus, C. (1987). Einfluß differentieller Bearbeitungsangebote auf den Explizierungsprozeß von Klienten in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1, 75-86.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. & Takens, R.J. (2001). Publikatie in voorbereiding.
- Sallaerts-Boonekamp, I.A.M. & Trijsburg, R.W. (1993). Matching op basis van sekse: Een beschouwing. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 19, 130-141.
- Sande, R. van der, Hoof, F. van & Hutschemaekers, G. (1992). *Vraag en aanbod in de Riagg*. Utrecht: NcGv (NcGv-reeks 92-20).
- Sandler, J., Dare, Ch. & Holder, A. (1973). *The patient and the analyst: The basis of the psychoanalytic process*. New York: International Universities Press.
- Sartre, J.P. (1943). *L'être et le néant*. Paris: Gallimard.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L. & Hoogduin, K. (1993). *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. Chichester: Wiley.
- Schachter, S. (1959). *The psychology of affiliation*. Stanford: Stanford University Press.
- Schagen, S. (1983). *Het effect van psychotherapie: Meetbaarheid en resultaten*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Schagen, S. (1985). *De praktijk van psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Schofield, W. (1964). *Psychotherapy: The purchase of friendship*. New York: Prentice Hall.

- Schreurs, A.J.M. (1991). *De therapeutische bewerkingschalen van Sachse: Meten ze werkelijk iets nieuws?* Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Schutz, H. (1981). Gedragstherapie bij IMP-cliënten. *De Psycholoog*, 26, 690-701.
- Schutz, M. (1997). *Wat bepaalt het niveau van bewerkingsaanbod en bewerkingswijze? Het verband tussen bewerkingsaanbod, bewerkingswijze, empathie, zelfonthullend gedrag en de perceptie van de therapeut als een persoonlijke of externe ander.* Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Schutz, W.C. (1958). *FIRO: A threedimensional theory of interpersonal behavior.* New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Shostrom, E.L. (1965). *Three approaches to psychotherapy (I).* Orange, CA: Psychological Films.
- Shostrom, E.L. (1975). *Three approaches to psychotherapy (II).* Orange, CA: Psychological Films.
- Shostrom, E.L. & Riley, C.M. (1968). Parametric analysis of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 628-632.
- Silberg, S. (1994). *The Client Processing Scale: A quest for differentiation between content and process aspects; A validity study.* Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Smail, D.J. (1972). A Grid measure of empathy in a therapeutic group. *British Journal of Medical Psychology*, 45, 165-169.
- Smit, C. & Hahn, L. (1979). *Psychotherapeutische attractie in beginnende groepstherapieën.* Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy.* Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Snyder, W.U. (1961). *The psychotherapeutic relationship.* New York: McMillan.
- Soudijn, K.A. & Takens, R.J. (1984). *Psychologie en economische recessie.* Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Stalikas, A. & Fitzpatrick, M. (1995). Client good moments: An intensive analysis of a single session. *Canadian Journal of Counselling*, 29, 160-175.
- Stavrinou, E.M. (1987). *Self-disclosure, self-exploration, and experiencing in the process of psychotherapy: An exploratory study.* Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Stone, L. (1961). *The psychoanalytic situation.* New York: International University Press.
- Strassberg, D.S. & K.N. Anchor (1975). Rating intimacy of self-disclosure. *Psychological Reports*, 37, 562.
- Strassberg, D.S., Anchor, K.N., Gabel, H. & Cohen, B. (1978). Client self-disclosure in short-term psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 153-157.
- Stricker, G. & Fisher, M. (1990). *Self-disclosure in the therapeutic relationship.* New York: Plenum.
- Strong, S.R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 215-224.
- Strong, S.R. & Dixon, D.N. (1971). Expertness, attractiveness and influence in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 18, 562-570.
- Strupp, H.H. (1973). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 15, 215-224.

- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, H.S. (1962). *Schizophrenia as a human process*. New York: Norton.
- Sundland, D.M. (1977). Theoretical orientations of psychotherapists. In A.S. Gurman and A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 189-222). New York: Pergamon Press.
- Swaan, A. de (1979). *Sociologie van de psychotherapie (2): Het spreekuur als opgave*. Utrecht: Het Spectrum.
- Swensen, C.H. (1967). Psychotherapy as a special case of dyadic interaction: Some suggestions for theory and research. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4, 7-13.
- Swildens, J.G. (1981). Fasering in psychotherapie. *Mededelingenblad VRT*, oktober, 2-9.
- Szasz, Th. (1963). The concept of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 432-443.
- Szasz, Th. (1978). *The myth of psychotherapy*. New York: Anchor books.
- Takens, R.J. (1975). Stagiaires en de plaats van de stage in het studieprogramma. *De Psycholoog*, 10, 487-489.
- Takens, R.J. (1977a). *Interpersoonlijke attractie en zelf-onthullend gedrag in (verbale) psychotherapie; Gedachten omtrent een onderzoek(slijn)*. Amsterdam: Interne publicatie Vrije Universiteit.
- Takens, R.J. (1977b). *Interpersonal attraction and similarity in personal constructs*. Paper presented at the 2nd International Congress on Personal Construct Psychology, Oxford, UK.
- Takens, R.J. (1978). *Psychotherapeutische attractie; Een laboratoriumonderzoek over interpersoonlijke attractie bij deelnemers aan het gesprekspracticum-B*. Amsterdam: Interne publikatie Vrije Universiteit.
- Takens, R.J. (1979a). Persoonlijke Constructen Psychologie als dogma? *De Psycholoog*, 14, 476-481.
- Takens, R.J. (1979b). *Self-disclosure*. Amsterdam: Interne publicatie Vrije Universiteit.
- Takens, R.J. (1980). Therapeut en cliënt: Samen een span? Over attractie en toegankelijkheid in de psychotherapeutische relatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 35, 6, 355-369.
- Takens, R.J. (1981a). Commonality, sociality and therapeutic accessibility. In Han Bonarius, Ray Holland & Seymour Rosenberg (Eds.), *Personal Construct Psychology: Recent advances in theory and practice* (pp. 251-261). London: Mc. Millan.
- Takens, R.J. (1981b). *Sociality and empathy in the therapeutic dyad*. Paper presented at the 4th International Conference on Personal Construct Psychology, St. Catherines, Ontario.
- Takens, R.J. (1982). *On the nature of the psychotherapeutic relationship*. Paper presented at the International Conference on Personal Relationships, Madison, Wisconsin, U.S.A.
- Takens, R.J. (1983a). *Constructions of the psychotherapeutic relationship*. Paper presented at the 5th International Congress on Personal Construct Psychology, Boston, U.S.A.

- Takens, R.J. (1983b). *Towards a beneficial psychotherapeutic relationship*. Poster presented at the 5th International Congress on Personal Construct Psychology, Boston, U.S.A.
- Takens, R.J. (1984). *Voorwaarden voor een werkzaam therapeutisch contact*. Voordracht op het Psychologencongres te Ede.
- Takens, R.J. (1986a). *Patient and therapist: A special kind of relationship*. Paper presented at the 3rd International Conference of Personal Relationships, Herzlia, Israël.
- Takens, R.J. (1986b). *Accessibility in psychotherapy: An interactional approach*. Paper presented at the 21st International Congress of Applied Psychology, Jerusalem, Israël.
- Takens, R.J. (1991). *Where strangers meet: Some notes on the therapeutic encounter*. Paper presented at the 2nd International Conference on Client-Centred and Experiential Psychotherapy, Stirling, Scotland.
- Takens, R.J. (1993). Handlingsgerichte gesprekstherapie. Bespreking van Sachse en Maus (1991), Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie, en van Sachse (1992), Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. *VRT-Periodiek*, 31, 61-66.
- Takens, R.J. (1994a). Wo sich Fremde treffen; Einige Bemerkungen zur therapeutischen Begegnung. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, R. Sachse & R. Tausch, *Jahrbuch Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1994* (pp. 87-108). Köln: Gesellschaft für wissenschaftlichen Gesprächspsychotherapie e.V.
- Takens, R.J. (1994b). Een toekomst voor persoonsgerichte psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 20, 2, 94-103.
- Takens, R.J. (1994c). *Rogers reappreciated: A process-analysis of Rogers' interviews with Gloria and Kathy*. Paper presented at the 3rd International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy, Gmunden, Austria.
- Takens, R.J. (1995). Een wijze van (be)werken. In G. Lietaer & M. van Kalmthout, *Praktijkboek gesprekstherapie; Psychopathologie en experiëntiële procesbeoordeling* (pp. 93-106). Utrecht: De Tijdstroom.
- Takens (1996a). *Anwendung der Bearbeitungsskalen: Einzelne empirische Befunde*. Voordracht op het 40e Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, München.
- Takens (1996b). *Vóór de verandering*. Voordracht op de studiedag "2 zielen, 1 gedachte" over N=1 onderzoek, georganiseerd door de Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie en de Vereniging voor Gedragstherapie in het Psychiatrisch Ziekenhuis Bloemendaal te Loosduinen.
- Takens, R.J. (1997). *Moments of change*. Paper presented at the 4th International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy in Lisbon.
- Takens, R.J. & Foelkel, B. (1997). *Vóór de verandering (I); Een kwalitatieve analyse*. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 35, 91-104.
- Takens, R.J., Hammink, S. & Poort, G. (1997). *Vóór de verandering (II); Een kwantitatieve analyse*. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 35, 320-335.
- Taylor, D. & Altman, I. (1966). Intimacy-scaled stimuli for use in studies of interpersonal relations. *Psychological Reports*, 19, 729-730.
- Thorne, B. (1992). *Carl Rogers*. London: Sage.

- Tinsley, H.E.A. & Weiss, D.J. (1975). Interrater reliability and agreement of subjective judgments. *Journal of Counseling Psychology*, 22, 358-376.
- Toukmanian S.G. (1992). Studying the client's perceptual processes and their outcomes in psychotherapy. In S.G. Toukmanian & D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research; Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 77-107). London: Sage.
- Tracey, T.J. (1986). Interactional correlates of premature termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 784-788.
- Tracey, T.J. (1993). An interpersonal stage model of the therapeutic process. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 396-409.
- Tracey, T.J. & Ray, P.B. (1984). Stages of successful time-limited counseling: A comparison of two definitions. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 13-27.
- Trijsburg, R.W., Van 't Spijker, A., Van Dam, Q.D. & Duivenvoorden H.J. (1999). The Helping Alliance Questionnaire (HAQ-11); Een vragenlijst om de werkrelatie in psychotherapie te bepalen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 25, 145-161.
- Truax, C.B. (1961). *Therapeutic conditions*. Madison: University of Wisconsin (Discussion papers of the Wisconsin Psychiatric Institute, nr.13).
- Truax, C.B. & Carkhuff, R.R. (1965). Client and therapist transparency in the psychotherapeutic encounter. *Journal of Counseling Psychology*, 12, 3-9.
- Truax, C.B. & Carkhuff, R.R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Truax, C.B. & Mitchell, K.M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 299-344). New York: Wiley.
- Tuma, A.H. & Gustad, J.W. (1957). The effects of client and counselor personality characteristics on client learning in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 136-141.
- Tyler, L.E. (1965). *The psychology of individual differences (3rd ed.)*. New York: Century-Crofts.
- Vanaerschot, G. (1997). *Plaats en betekenis van de empathische interactie in belevingsgerichte psychotherapie; theoretische en empirische exploratie*. Leuven: Katholieke Universiteit.
- Vanaerschot, G. (1999). De empathische interactie in de praktijk. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 37, 3-18.
- Vanaerschot, G. & Van Balen, R. (1991). Empathie. In Hans Swildens e.a. (red), *Leerboek Gesprekstherapie: De cliëntgerichte benadering* (pp. 93-137). Utrecht: de Tijdstroom.
- Verhagen, H.J.A. (1980). *Advies inzake een beleid voor psychotherapie*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Vervaeke, G. & Vertommen, H. (1993). De werkalliantie: Visies op een bruikbaar concept en de meting ervan. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 19, 2-15.
- Vervaeke, G.A.C. & Vertommen, H. (1996). De Werkalliantievragenlijst (WAV). *Gedragstherapie*, 22, 139-144.
- Vreeze, J.Th. (1973). *Rapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.



- Vries, G. de (1997). *Bewerkingswijze: Invloed van de cliënt in de therapeutische ontmoeting*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Walker, S., Rablen, R.A. & Rogers, C.R. (1960). Development of a scale to measure process change in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 16*, 79-85.
- Watkins Jr., C.E. (1990). The effects of counselor self-disclosure: A research review. *The Counseling Psychologist, 18*, 477-500.
- Watson, J.P. (1970). A measure of therapist-patient understanding. *British Journal of Psychiatry, 117*, 319-321.
- Weber, H. (1979). *Betrouwbaarheids- en validiteitsonderzoek van een schaal voor het meten van "aktueel zelf-onthullend gedrag"*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Weinrach, S.G. (1986). Ellis and Gloria: Positive or negative model? *Psychotherapy, 23*, 642-647.
- Weinrach, S.G. (1990). Rogers and Gloria: The controversial film and the enduring relationship. *Psychotherapy, 27*, 282-290.
- Weinrach, S.G. (1991). Rogers' encounter with Gloria: What did Rogers know and when? *Psychotherapy, 28*, 504-506.
- Wettum, I. van (1984). *De psychotherapeutische relatie en ander verdriet*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Whitehorn, J.C. & Betz, B.A. (1954). A study of psychotherapeutic relationships between physicians and schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry, 111*, 321-331.
- Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis, 41*, 585-595.
- Wiseman, H. (1992). Conceptually-based Interpersonal Process Recall (IPR) of change events: What clients tell us about our micro theory of change. In S.G. Toukmanian & D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research; Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 51-76). London: Sage.
- Wissink, A.J. (1992). *Empathie en bewerkingsaanbod in cliëntgerichte therapie*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Zetzel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis, 37*, 369-376.
- Ziegelaar-Verweij, A. (1991). *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en -overeenstemming van de therapeutische bewerkingschalen van Sachse*. Amsterdam: Doctoraalscriptie Vrije Universiteit.
- Zimmer, J.M. & Cowles, K.H. (1972). Content analysis using FORTRAN: Applied to interviews conducted by C. Rogers, F. Perls, and A. Ellis. *Journal of Counseling Psychology, 19*, 161-166.

## Bijlage 1

### *Aangeboden constructen in de onderzoeken met betrekking tot de aard van de therapeutische relatie*

a. persoonlijk	-	zakelijk
b. gelijkwaardig	-	ongelijkwaardig
c. doelbewust	-	spontaan
d. afhankelijk	-	onafhankelijk
e. oppervlakkig	-	intiem
f. tijdelijk	-	blijvend
g. wederzijds	-	eenzijdig
h. rationeel	-	emotioneel
i. afstand	-	nabijheid
j. relatie is doel op zich	-	relatie is middel tot

### *Aangeboden constructen in de onderzoeken met betrekking tot 'therapeutische toegankelijkheid'*

a. warm	-	koud
b. open	-	gesloten
c. laat over zich lopen	-	komt voor zichzelf op
d. energiek	-	futloos
e. verstandelijk	-	gevoelsmatig
f. agressief	-	niet agressief
g. autoritair	-	niet autoritair
h. spontaan	-	niet spontaan
i. echt	-	gemaakt
j. angstig	-	niet angstig
k. wantrouwend	-	vertrouwend
l. afstandelijk	-	belangstellend

## Bijlage 2

Formulier T.C.V.- T.

Codenummer.....

Hieronder staan een twintigtal uitspraken over de gesprekken met uw client. Zoudt u willen aangeven of u het al dan niet met de uitspraak eens kunt zijn? Baseer uw oordeel op met name het laatste gesprek (dat u net achter de rug hebt).

Omcirkel  ja! indien u het volledig met de uitspraak eens bent.

Omcirkel  ja indien u het met de uitspraak meer eens dan oneens bent.

Omcirkel  nee indien u het met de uitspraak meer oneens dan eens bent.

Omcirkel  nee! indien u het met de uitspraak volledig oneens bent.

1.	Hij stelt zich kwetsbaar op, zowel tegenover mij als tegenover zichzelf	ja! ja nee nee!
2.	Soms lijkt hij wat moeite met me te hebben	ja! ja nee nee!
3.	Op de echt belangrijke dingen gaan we (nog) niet zo in	ja! ja nee nee!
4.	Hij maakt een sympathieke indruk	ja! ja nee nee!
5.	Ik geloof dat hij hier graag naar toe komt	ja! ja nee nee!
6.	Hij is nogal afwerend in ons contact	ja! ja nee nee!
7.	Ik heb er (nog) niet zoveel vertrouwen in dat ik hem kan helpen	ja! ja nee nee!
8.	Hij zet zich nauwelijks voor onze gesprekken in	ja! ja nee nee!
9.	Hij praat vaak over intieme dingen in de therapie	ja! ja nee nee!
10.	Ik heb 't gevoel dat hij me als therapeut zeker accepteert	ja! ja nee nee!
11.	Hij is niet bereid zich werkelijk bloot te geven	ja! ja nee nee!
12.	Ons contact verdiept zich steeds meer	ja! ja nee nee!
13.	Ik heb 't gevoel dat de therapie best veel voor hem betekent	ja! ja nee nee!
14.	Wat hij vertelt is niet meer dan een "verhaal"	ja! ja nee nee!
15.	Eigenlijk vind ik hem niet zo aardig	ja! ja nee nee!
16.	Hij vertelt op een doorleefde manier over zichzelf	ja! ja nee nee!
17.	We komen in de therapie maar moeizaam op gang	ja! ja nee nee!
18.	Ik heb 't gevoel dat hij me eigenlijk niet zo waardeert	ja! ja nee nee!
19.	Ik denk dat hij me wel mag	ja! ja nee nee!
20.	Ik heb 't gevoel dat hij veel aan onze gesprekken heeft	ja! ja nee nee!

Hieronder staan een twintigtal uitspraken over de gesprekken met uw therapeut. Zoudt u willen aangeven of u het al dan niet met de uitspraak eens kunt zijn? Baseer uw oordeel op met name het laatste gesprek (dat u net achter de rug hebt).

Omcirkel  ja! indien u het volledig met de uitspraak eens bent.

Omcirkel  ja indien u het met de uitspraak meer eens dan oneens bent.

Omcirkel  nee indien u het met de uitspraak meer oneens dan eens bent.

Omcirkel  nee! indien u het met de uitspraak volledig oneens bent.

1.	Hij voelt gewoonlijk goed aan wat er in mij omgaat	ja!	ja	nee	nee!
2.	Soms lijkt hij wat moeite met me te hebben	ja!	ja	nee	nee!
3.	Op de echt belangrijke dingen gaan we (nog) niet zo in	ja!	ja	nee	nee!
4.	Hij maakt een sympathieke indruk	ja!	ja	nee	nee!
5.	Ik geloof dat hij me wel graag ziet komen	ja!	ja	nee	nee!
6.	Hij voelt niet altijd even goed aan wat mijn ervaringen voor mij betekenen	ja!	ja	nee	nee!
7.	We komen in de therapie maar moeizaam op gang	ja!	ja	nee	nee!
8.	Hij zet zich nauwelijks voor me in	ja!	ja	nee	nee!
9.	Wanneer ik me gekwetst voel of overstuur ben, kan hij zich zeer goed in mijn gevoelens inleven, zonder zelf in de war te raken	ja!	ja	nee	nee!
10.	Ik heb het gevoel dat hij me accepteert zoals ik werkelijk ben	ja!	ja	nee	nee!
11.	Ik vind dat hij mijn woorden wel begrijpt, maar niet de gevoelens die erachter zitten	ja!	ja	nee	nee!
12.	De therapie betekent best veel voor me	ja!	ja	nee	nee!
13.	Ons contact verdiept zich steeds meer	ja!	ja	nee	nee!
14.	Hij schijnt zich in sommige van mijn gevoelens niet goed in te kunnen leven	ja!	ja	nee	nee!
15.	Eigenlijk vind ik hem niet zo aardig	ja!	ja	nee	nee!
16.	Soms slaagt hij er beter in mijn gevoelens onder woorden te brengen dan ik dat zelf kan	ja!	ja	nee	nee!
17.	Ik heb er niet veel vertrouwen in dat hij me kan helpen	ja!	ja	nee	nee!
18.	Ik heb 't gevoel dat hij mij eigenlijk niet zo waardeert	ja!	ja	nee	nee!
19.	Ik denk dat hij me wel mag	ja!	ja	nee	nee!
20.	Ik heb 't gevoel dat ik veel aan onze gesprekken heb	ja!	ja	nee	nee!

## Bijlage 3

Procedure dataverzameling onderzoek 'therapeutische toegankelijkheid'.

R.J. Takens.

1. Wanneer zich een nieuwe client bij één der deelnemende therapeuten voordoet, zorg er dan voor dat client z.s.m. benaderd wordt met het verzoek medewerking te verlenen aan dit onderzoek.
2. Afhankelijk van vastgestelde datum van eerste therapiegesprek afspraak maken met client voor eerste testafname (Grid) nog vóór eerste therapiegesprek. (Wacht niet te lang af, maar neem tijdig initiatieven.)
3. Van te voren codenummer bepalen en noteren op het (dubbele) testformulier. Code is opgebouwd uit drie componenten.
  1. Met een letter wordt de naam van de therapeut aangegeven (voor therapeuten met twee letters: resp. HA HB en HC ).
  2. Daarna wordt de client gecodeerd middels een cijfer waarin ook het geslacht wordt aangeduid: mannelijke clienten 1, 3, (5),.....  
vrouwelijke clienten 2,4, (6),.....
  3. Tenslotte wordt de zitting vastgelegd in een cijfercode:  
0 voor de Grid-afname (alleen bij client)  
1 voor de afname na de 2e zitting  
2 voor de afname na de 6e zitting  
3 voor de afname na de 10e zitting

### Voorbeelden

HA 10: dit zet je op het(dubbele) Gridformulier van de eerste mannelijke client bij

HB 23: dit zet je op de formulieren voor de afname na het 10e gesprek van de eerste vrouwelijke client bij (zowel op het formulier voor client als therapeut).

4. Houdt het inleidende gesprek met de client niet te lang. De Grid-afname neemt op zich al behoorlijk veel tijd. Leg kort uit dat het doel van het onderzoek is een stuk van het therapeutisch proces te bestuderen, met name het op gang komen van het therapieproces. We zijn geïnteresseerd in de vraag hoe dat verloopt en hoe de betrokkenen (client en therapeut) daar tegenaan kijken.  
N.B. Een verkeerde uitleg is bijvoorbeeld dat het er ons om zou gaan te kijken hoe therapeut en client met elkaar omgaan, wat ze van elkaar vinden, etc.

5. Check of op het Gridformulier het codenummer staat aangegeven. Noteer ook de leeftijd van de client.
6. Begin met het Namenformulier. Zeg niet letterlijk voor wat er op het blaadje staat. Werk vanuit je bekendheid met de bedoelde figuren. Je weet dat het ons om m.n. vier Belangrijke Anderen en vier Externe Anderen gaat. Soepelheid in de instructie is hier belangrijk. Let bij de verschillende 'element'-omschrijvingen ('vader', 'moeder' enz.) wel goed op de geslachtsverschillen.
7. Leg het Namenformulier boven het Grid-Raster. Wijs op de drie cirkeltjes. Laat de client goed de bedoelde figuren in gedachten nemen. Vraag vervolgens: "Zijn er van deze drie mensen twee bij, die in een bepaald opzicht erg op elkaar lijken? Zoudt U ook kunnen zeggen in welk opzicht ze op elkaar lijken? Ik bedoel daarmee niet dat ze allebei blauwe ogen hebben of zoets, maar het gaat meer om bepaalde persoonskenmerken. Zo zoudt U bijvoorbeeld kunnen vinden dat deze twee mensen allebei erg gesloten zijn, terwijl hij/zij (derde persoon) dat niet is, maar integendeel erg open. Nou mag U dit gegeven voorbeeld niet meer gebruiken, maar probeert U zelf eens iets te vinden waarin twee van deze drie mensen aan elkaar gelijk zijn. U mag zelf bepalen welke twee mensen U hierbij kiest. Dat kunnen zij zijn (aanwijzen!) of zij, of zij. Probeer U maar eens." Kom op deze wijze met de client tot een formulering van het construct. Vraag daarna aan de client wat deze als tegenstelling hiervan ziet. Laat de client deze tegenovergestelde eigenschap onder het contrast opschrijven.
8. Schrijf het Namenformulier één rijtje omlaag en kom op analoge wijze tot een omschrijving van het tweede construct resp contrast. Werk zo de 12 rijen af. (N.B. Merk op dat het contrast volgens deze instructie niet persé van toepassing hoeft te zijn op de derde persoon uit de triade.)
9. Leg het Namenformulier weer boven de eerste rij van de Grid, en leg het blaadje waarop de uitleg van de 5-punts-schaal staat naast de client neer. Neem de 5-punts-schaal samen nog eens door. Vergewis je ervan dat de client de betekenis van de getallen goed door heeft. Laat de client vervolgens de 12 rijen hierop invullen (dus nu ook de hokjes waarin de cirkels staan).

10. Wijs daarna op de kolom I rechts op het blad.  
Vraag de client daarin aan te geven hoe deze uitgaande van de 12 constructen graag zou willen zijn (ideaalbeeld). Vouw het blad uit en laat daarna de client diens ideaalbeeld scoren op de 12 vaste constructen.
11. Vervolgens wordt de client gevraagd zichzelf te beoordelen op alle 24 constructen, d.w.z. vraag hoe de client zegt in werkelijkheid te zijn. (kolom Z.)
12. Tenslotte vraag je de client hoe een voor hem/haar ideale therapeut eruit zou moeten zien ('een denkbeeldig iemand bij wie U graag in therapie zou zijn') (Kolom T).
13. Hierna vraag je de client of deze aan kan geven welke drie van de 12 vaste constructen hij/zij het meest bruikbaar vond in de zojuist verrichte beoordelingstaken (of algemener: 'om mensen op te beoordelen'). Idem de hiervoor drie minst bruikbare constructen.
14. De eerste zitting is nu praktisch rond. Alleen loop je met client nog eens het oorspronkelijke Namenformulier door met het verzoek d.m.v. een + of - aan te geven of de invloed die de betrokken persoon op de client heeft (gehad) door deze als gunstig (positief) dan wel ongunstig (negatief) wordt beschouwd. (Instructie: "Ieder van deze personen heeft een bepaalde rol in Uw leven gespeeld of speelt die nog. Zoudt U kunnen zeggen of U de invloed die de betreffende persoon op U heeft (gehad) door U als gunstig (positief) of als ongunstig (negatief) wordt beschouwd?")
15. Leg de client aan het einde van deze eerste sessie uit dat je hem/haar graag weer aan het eind van het tweede therapiegesprek wilt ontmoeten om wat eenvoudiger lijstjes af te nemen. Vraag de client naar de datum/tijd van deze tweede sessie voorzover dat bekend is.
16. Na de eerste zitting neem je de 24 constructparen (12 'persoonlijke' en 12 'vaste') over op het blanco constructenformulier; liefst getypt, netjes geschreven met zwarte inkt mag eventueel ook. Fotocopieer dit blaadje vervolgens 20 keer. Samen met de relatievragenlijsten vormen deze constructenlijsten het materiaal waarmee verder wordt gewerkt.

17. Informeer bij de betreffende therapeut wanneer het tweede therapiegesprek gepland staat en maak een afspraak met hem om e.e.a. af te nemen.
18. Maak het testmateriaal voor na dit tweede therapiegesprek klaar. Je hebt daarvoor 8 constructenlijsten nodig en 2 relatievragenlijsten (één therapeut en één client versie; denk aan de hij/zij vorm), en het lijstje waarop apart de 12 vaste constructen staan. (Formulier T6)
- Voorzie al dit materiaal van hetzelfde codenummer (zittingen-code: nummer 1).  
Type (schrijf) de betreffende instructie vervolgens boven aan het blad.  
Voor de client zijn dit achtereenvolgens:
1. Kunt u d.m.v. het omcirkelen van een cijfer op dit blad aangeven hoe U op dit moment graag zou willen zijn?
  2. Kunt U d.m.v. het omcirkelen van een cijfer op dit blad aangeven hoe U op dit moment in werkelijkheid bent?
  3. Kunt U d.m.v. het omcirkelen van een cijfer op dit blad aangeven hoe U Uw therapeut op dit moment ziet?
- Voor de therapeut zijn dit achtereenvolgens:
- 1 en 2 als voor de client.
  3. Kunt U d.m.v. het omcirkelen van een cijfer op dit blad aangeven hoe U uw client op dit moment ziet?
  4. Kunt U d.m.v. het omcirkelen van een cijfer op dit blad aangeven hoe U denkt dat de client zichzelf op dit moment beoordeelt?
  5. Kunt U d.m.v. het omcirkelen van een cijfer op dit blad aangeven hoe U denkt dat de client op dit moment graag zou willen zijn?
19. Neem na het tweede therapiegesprek z.s.m. (liefst aansluitend) bij de client eerst de drie constructenlijstjes af (volgorde: ideaalbeeld, zelfbeeld, therapeutbeeld) en daarna een relatievragenlijst. Stop het geheel in een (antwoord)enveloppe en plak deze in het bijzijn van de client dicht. Maak indien mogelijk een afspraak voor de volgende keer (na het zesde gesprek), dan wel instrueer de client zo, dat e.e.a. via de therapeut afgehandeld kan worden.
20. Neem ook z.s.m. na het tweede therapiegesprek de lijstjes bij de therapeut af.
- Volgorde: zelfideaalbeeld, zelfbeeld, beeld client, voorspelling clients zelfbeeld, voorspelling ideaalbeeld client.
- Hierna vraag je de therapeut om op het betreffende formulier aan te geven welke drie vaste constructen hij het meest resp. het minst bruikbaar vond. Tenslotte vult ook de therapeut een relatievragenlijstje in. Ook dit materiaal gaat in een gesloten (antwoord)enveloppe.



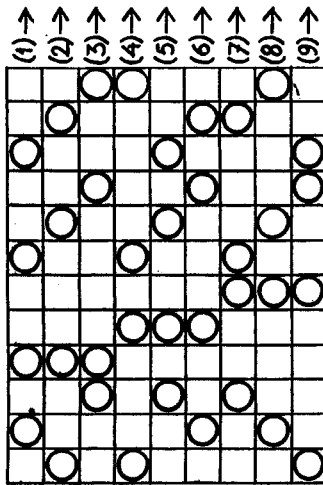
21. Neem de bandjes van de eerste twee gesprekken mee (eventueel alleen van het tweede) en voorzie deze van codenummer (geef ook aan wat welk gesprek is!) en geef de therapeut zo nodig nieuwe bandjes.
22. Maak met de therapeut afspraken voor de volgende keren (na het zesde en tiende gesprek).
23. Maak het materiaal voor de volgende keer in orde. Voor de client is dat exact hetzelfde als de vorige keer; voor de therapeut vervalt het invullen van het eigen zelf(ideaal)beeld en het lijstje met de 12 vaste constructen. (Dus client en therapeut vullen elk drie constructenlijstjes en een relatievragenlijst in.)  
Let ook op de codenummers.
24. Herhaal dit voor/na de tiende therapiezitting.
25. Zorg ervoor dat de client de laatste keer (na het tiende gesprek) in het bezit wordt gesteld van de beloofde boekenbon.

# Bijlage 4

## REP. GRID

codenummer

leeftijd



CONSTRUCT

CONTRAST

I Z T




meest bruikbare dimensies  
de nrs : \_ ; \_ ; \_

minst bruikbare dimensies  
de nrs : \_ ; \_ ; \_

- 13 WARM
- 14 OPEN
- 15 LAAT OVER ZICH LOPEN
- 16 ENERGIEK
- 17 VERSTANDELIJK
- 18 AGRRESSIEF
- 19 AUTORITAIR
- 20 SPONTAAN
- 21 ECHT
- 22 ANGSTIG
- 23 WANTRouwEND
- 24 AFSTANDELIJK

- KOUD
- GESLOTEN
- KOHT VOOR ZICHZELF OP
- FUTLOOS
- GEVOELSHATIG
- NIET AGRRESSIEF
- NIET AUTORITAIR
- NIET SPONTAAN
- GEHAAKT
- NIET ANGSTIG
- VERTROUWEND
- BELANGSTELLEND


## Personalia

Roelf Jan Takens (1948) werd in Emmen geboren en behaalde in 1966 zijn eindexamen HBS-B aan het Thorbecke Lyceum te Arnhem. Na zijn studie (klinische psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen trad hij in 1973 als wetenschappelijk medewerker in dienst bij de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Zijn taken bestonden aanvankelijk vooral uit het geven van (diagnostiek) onderwijs aan doctoraalstudenten klinische psychologie. Na de institutionalisering van het postdoctorale onderwijs in Regionale Instituten voor Nascholing en Opleiding (de zgn. RINO's) is het accent steeds meer komen te liggen op de postdoctorale beroepsopleidingen (tot psychotherapeut, klinisch psycholoog en gezondheidszorgpsycholoog). Zo is hij thans hoofddocent cliëntgerichte psychotherapie bij de Centrale RINO groep in Leiden en Utrecht en adjunct-hoofdopleider voor de postdoctorale beroepsopleidingen klinische psychologie en gezondheidszorgpsychologie in Amsterdam. In het predoctorale onderwijs is hij thans betrokken bij het onderwijs in de (klinische) gespreksvoering, klinisch psychologische behandelvormen en persoonlijkheidsleer.

Naast zijn functie als universitair docent is hij een dag per week werkzaam als zelfstandig gevestigd psychotherapeut in zijn woonplaats Ouderkerk a.d. Amstel. Daarvoor was hij in de periode 1981-1989 coördinator voor de wetenschappelijke aangelegenheden bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP); van 1989-1998 consulent-trainer bij het Managementcentrum De Baak en in de periode 1991-1993 tevens docent bij de vakgroep Psychiatrie in de Valeriuskliniek.

In 1980 werd hij geregistreerd als psycholoog-psychotherapeut bij het NIP; in 1981 gevolgd door de registratie als klinisch psycholoog. In 1979 werd hij gewoon lid van de Vereniging voor Rogeriaanse Therapie; sinds 1980 is hij lid van de Nederlandse Vereniging van Psychotherapie.

Met de instelling van het overheidsregister voor psychotherapeuten in 1986 werd hij als zodanig ingeschreven; in 1989 volgde zijn erkenning als supervisor, leertherapeut en opleider bij de Vereniging voor Rogeriaanse Therapie (thans: Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie).

In deze vereniging maakte hij lange tijd deel uit van het bestuur: van 1986-1990 als portefeuillehouder Opleidingen en van 1990-1995 als voorzitter. Op dit moment is hij lid van de Wetenschappelijke Commissie en lid van de Redactie van het Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie. Verder vertegenwoordigt hij de vereniging in het Europese Netwerk van Cliëntgerichte Psychotherapie Associaties (NEAPCEPC), waarvan hij sinds kort voorzitter is.

Recentelijk is hij ook toegetreden tot de Redactie van het tijdschrift: "Toegang tot de internationale vakliteratuur", een uitgave van Bohn, Stafleu en Van Loghum Slaterus. Per 1999, ten slotte, is hij bij Koninklijk Besluit benoemd tot lid van het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam en plaatsvervangend lid van het Regionaal Tuchtcollege te Groningen voor de beroepsgroep psychotherapeuten.

Psychotherapie is een zakelijk, maar tegelijkertijd ook heel persoonlijk samenzijn van mensen die daarvoor nog vreemden voor elkaar waren. Binnen de kortste keren echter, vaak zelfs al binnen enkele minuten, raken zij in een intiem gesprek verwickeld. Dat maakt de therapeutische ontmoeting tot een bijzondere ervaring. Speciaal is ook de asymmetrische structuur van de therapeutische relatie: van de cliënt wordt verwacht dat deze zeer persoonlijke dingen aan de orde stelt, terwijl de therapeut weinig tot niets over zichzelf te berde zal brengen.

De auteur van dit boek heeft deze bijzondere tussenmenselijke betrekking tot onderwerp van studie gemaakt. Allereerst doet hij verslag van onderzoek naar de structuur van de therapeutische relatie. Vervolgens gaat hij in op het aspect van 'therapeutische toegankelijkheid': onder welke voorwaarden zijn cliënten bereid hun therapeut toegang tot hun persoonlijke (belevings)wereld te geven? En, omgekeerd, bij wie lukt het de therapeut (beter) om zich toegang tot de persoonlijke (belevings)wereld van de cliënt te verschaffen? Ten slotte worden enkele onderzoeksbevindingen gerapporteerd over (het verdiepen van) de therapeutische dialoog, met name in beginnende gesprekstherapieën.

*Roelf Jan Takens is klinisch psycholoog – psychotherapeut en als universitair docent verbonden aan de Vrije Universiteit. Naast zijn academische werkzaamheden verricht hij psychotherapieën vanuit een cliëntgerichte invalshoek in eigen praktijk te Ouderkerk a/d Amstel.*

NUGI 713

ISBN 90-265-1698-3



**SWETS & ZEITLINGER**  
PUBLISHERS