

INHOUD EN PROCES IN EXPERIËNTIËLE PSYCHOTHERAPIE EEN EMPIRISCHE EXPLORATIE

[CONTENT AND PROCESS IN EXPERIENTIAL PSYCHOTHERAPY
AN EMPIRICAL EXPLORATION]

Germain LIETAER, Paul DIERICK & Marleen NEIRINCK

Three hundred and twenty five sessions — stemming from 41 therapies and 25 therapists — were described by both client and therapist, on the basis of open questions concerning content of dialogue and curative processes. Two category systems were constructed. As to content, the data show that clients most often talk about their present interpersonal life problems, with little reference to childhood experiences or fantasmatic material. No correlation was found between specificity of content and degree of satisfaction about the session. Helping processes are described along the following dimensions: Relational climate, depth of selfexploration, experiential insight, session outcome, and a series of therapist interventions which go beyond the “classical” client-centered repertoire.

INLEIDING

Zowel in de theoretische als in de onderzoeksliteratuur van client-centered en experiëntiële psychotherapie, wordt zelden over „inhoud” gesproken. Dit heeft ondermeer te maken met het feit dat zowel Rogers als Gendlin de kwaliteit van het therapeutisch gebeuren in formele proces termen conceptualiseren: niet datgene waarover een cliënt spreekt, maar de *manier waarop* hij erover spreekt, zien zij als bepalend voor het therapeutisch gehalte van een sessie. Getuige van deze procesvisie zijn de vele onderzoeksschalen uit de client-centered traditie, waarmee het zelfexploratief gedrag van de cliënt op louter formele of paralinguïstische aspecten wordt beoordeeld: Rogers, Walker en Rablen, 1960; Klein, Mathieu-Coughlan en Kiesler, 1984; Wexler, 1975; Rice, Koke, Greenberg en Wagstaff, 1979.

Toch vonden wij het zinvol eens een naturalistisch-fenomenologisch onderzoek door te voeren naar het inhoudelijk aspect van client-centered/experiëntiële psychotherapie, dit met het oog op volgende vragen: Hoe beleven en verwoorden cliënten en therapeuten de inhoud

Deze studie werd uitgevoerd als onderdeel van het onderzoeksproject nr. 3.0045.77, gefinancierd door het F.G.W.O. (Promotors: Prof. J. Rombauts en Prof. G. Lietaer). Onze beste dank aan Marc Van Mechelen voor zijn bijdrage tot de eerste versie van het categorieënsysteem.

van hun therapeutische gesprekken? Welke aspecten worden zoal vermeld en wat is hun frequentie? In welke mate is er overeenkomst tussen de beleving van cliënt en therapeut? Op welke punten verschillen onze gegevens van analoog onderzoeksmateriaal uit de psychodynamische richting (Howard, Orlinsky & Hill, 1969; Orlinsky, Howard & Hill, 1970)? Vinden wij per cliënt een dominant thema terug doorheen verschillende sessies, of varieert de inhoud sterk van sessie tot sessie? Kan ons materiaal — bekomen via vrije antwoorden op een open vraag — inspirerend zijn voor de constructie van een gestructureerde vragenlijst, waarmee in verder onderzoek op een meer gestandaardiseerde en minder tijdrovende manier naar de inhoud van therapeutische gesprekken zou kunnen gepeild worden? Is het inderdaad zo dat de kwaliteit van therapeutische sessies weinig of niets te maken heeft met de inhoud ervan?

Ter afronding van dit artikel zullen wij het geheel van gegevens omtrent de inhoud van de therapeutische dialoog confronteren met een bondig overzicht van wat cliënten en therapeuten als helpende processen ervaren hebben tijdens de bestudeerde sessies. Via deze confrontatie hopen wij de verhouding tussen inhoud en proces in experiëntiële psychotherapie, scherper te stellen.

ONDERZOEKSPROCEDURE

Opzet en concreet verloop. Aan leden van de Vlaamse Vereniging voor Client-Centered Psychotherapie werd gevraagd of ze wilden meewerken aan een onderzoek over „factoren die een rol spelen in de mate waarin cliënt en therapeut al dan niet tevreden zijn over individueel-therapeutische sessies”. De geïnteresseerden kregen nadere uitleg over het concreet verloop van het onderzoek en werden verzocht twee cliënten aan te spreken voor medewerking. Deze cliënten werden dan aangeschreven door de onderzoeker en de mogelijkheid geboden contact met haar op te nemen voor verdere bespreking. Cliënten en therapeuten kregen een financiële vergoeding voor hun medewerking.

Uiteindelijk werkten 25 therapeuten mee, 16 met 2 cliënten en 9 met 1 cliënt. Zo werden er 41 therapieën in het onderzoek betrokken. Binnen elke therapie werd aan cliënt en therapeut gevraagd om de twee sessies een postsessievragenlijst in te vullen, en dit ten hoogste tien maal. Zodoende hoopten we cliënt en therapeut niet te zeer te belasten en het evalueren der onderscheiden sessies zo onafhankelijk mogelijk te laten verlopen. De anonimiteit van het onderzoek werd ten stelligste verze-

kerd. Cliënt en therapeut dienden de vragenlijst zo vlug mogelijk na de sessie in te vullen en deze rechtstreeks naar de onderzoeker op te sturen.

Het totaal aantal sessies waarover minstens één der betrokkenen de postsessie-vragenlijst invulde, bedraagt 349. Wij beschikken over 325 sessies waarover zowel cliënt als therapeut de vragenlijst invulde (zij het in enkele gevallen niet volledig); het zijn deze 325 sessies die de basis vormen voor de gegevens in Tabel 1.

De postsessie-vragenlijst. De postsessie-vragenlijst bestaat uit volgende onderdelen: 1. *een globale evaluatie* van de sessie, op een continuum van 1 (helemaal niet goed) tot 7 (zeer goed); 2. *vier open vragen*, waarvan de cliënt-formulering als volgt luidt: — met welke gevoelens en verwachtingen bent u naar deze sessie gekomen? — waarover werd er in deze sessie vooral gesproken? — zijn er in deze sessie dingen gebeurd, waarvan u het gevoel hebt dat ze u echt vooruithielpen? — zijn er in deze sessie dingen gebeurd, waarvan u de indruk hebt dat ze u niet vooruithielpen (misschien zelfs het tegendeel)? 3. *een processchaal*, bestaande uit 76 items die verwijzen naar relationele en taakgerichte aspecten van het therapeutisch proces.

In deze bijdrage zullen wij ons hoofdzakelijk richten op de gegevens verkregen via de open vraag naar de inhoud van het gesprek (zie hierboven, tweede vraag).

Proefgroepkarakteristieken. Voor een gedetailleerde beschrijving van de proefgroep, verwijzen wij naar een vorige bijdrage waarin de helpende processen besproken worden (Lietaer & Neirinck, 1984). Het volgende kan hier volstaan.

De therapeuten hebben allen een postgraduate opleiding in de client-centered psychotherapie achter de rug en de meesten onder hen staan reeds minstens vier jaar in de praktijk. De onderzochte sessies liggen gespreid over alle fasen van therapie en meer dan de helft zijn afkomstig uit eerder langdurende therapieën (na het dertigste interview). De globale evaluatie van deze sessies valt vrij positief uit, vooral bij cliënten: bij therapeuten krijgen 63 % en bij cliënten 78 % der sessies een score van 5 of meer. De correlatie tussen cliënt- en therapeut-evaluatie is zeer laag en niet-significant ($r = .18$).

In verband met de cliënten geven wij alle beschikbare informatie weer; tegen de achtergrond van deze informatie kunnen de bevindingen over de inhoud van de gesprekken immers beter begrepen en geïnterpreteerd worden. Het gaat om 26 vrouwelijke en 25 mannelijke cliënten. 20 cliënten hebben een leeftijd tussen 20 en 30 jaar, 14 tussen 31 en 40 jaar,

en 7 boven de 40 jaar. Het gaat dus om een cliëntengroep die zich overwegend in de late adolescentie en de jonge volwassenheid bevindt. Op een paar uitzonderingen na waren zij in ambulante behandeling. De aard van hun problematiek werd bij het afsluiten van het onderzoek door hun therapeuten in het kort omschreven. Hieruit blijkt dat het om cliënten gaat met vrij ernstige moeilijkheden: meestal wordt verwezen naar neurotische stoornissen, en in een vijftal gevallen worden ook psychotische of borderline-elementen vermeld. De therapeuten beschrijven de problematiek van hun cliënt(en) zowel met behulp van de psychiatrische nomenclatuur als in termen van klachten, symptomen en psychodynamische structuren. Als dominante categorieën komen naar voren (minstens 10 maal vermeld): problematische relatie met ouderfiguren; partner- en huwelijksmoeilijkheden; afhankelijkheidsproblematiek; contactstoornissen; problemen op het werk of in de studie. Verder worden drie- tot zes maal vermeld: egozwakte; laag zelfbeeld; gevoelsafweer; te streng Ueberich; pathologisch verwerkte rouw; schizoïde en paranoïde reacties; depressieve elementen; derealisatie en zelfverlies; psychosomatische klachten; identiteitscrisis; seksuele problematiek; angstneurotische reacties. Tenslotte worden een- of twee maal vermeld: anorexia nervosa; concentratiestoornissen; hysterische problematiek; lesbische problematiek; narcisme; plankenkoorts; dwangmatig karakter; asociaal gedrag; alcoholisme. Alles samengenomen hebben wij de indruk dat we hier te doen hebben met een vrij representatieve steekproef uit de ambulante cliëntenpopulatie.

Hoog- en Laaggroepen. Teneinde te kunnen nagaan of bepaalde inhouds differentieën tussen „zeer goede” en „eerder onvruchtbare” sessies, hebben wij uit de totale steekproef van sessies een Hoog- en een Laaggroep geselecteerd, op basis van de globale evaluatie. Wij deden dit voor cliënten en therapeuten afzonderlijk, gezien de lage correlatie tussen hun beoordeling. De selectie verliep paarsgewijs: dit betekent dat wij per therapie steeds een zelfde aantal hoog- en laagsessies selecteerden. Een minimumverschilscore van 3 werd hierbij als criterium gesteld (in de helft van de gevallen echter was de verschilscore 4 of meer). Zowel in het cliënten- als in het therapeutenmateriaal voldeden 21 therapieën aan dit criterium, met één of twee sessies per extreme groep. De Hoog- en Laaggroep bij de cliënten is telkens samengesteld uit 28 sessies, bij de therapeuten uit 26 sessies. Deze paarsgewijze selectie biedt het voordeel dat de factor „cliënt” constant gehouden wordt: het verband tussen de kwaliteit van therapeutische sessies en hun inhoud kan hierdoor op een zuivere manier onderzocht worden.

Inhoudsanalyse. De antwoorden op de open vraag naar de inhoud werden verwerkt via inhoudsanalyse. Bij een eerste verkenning van het materiaal bleek dat de vraag op zeer verschillende manieren beantwoord werd: van zeer concreet tot zeer abstract, van zeer bondig tot zeer uitvoerig. Het was dan ook niet eenvoudig orde te scheppen in dit chaotisch materiaal. Eén onderzoeker stelde een voorlopig categorieënsysteem op, op basis van één representatief vijfde van het materiaal. Aan de hand van dit categorieënsysteem codeerden de drie onderzoekers een ander vijfde van het materiaal. Zij bespraken hun divergente codes en verfijnden op basis hiervan het systeem en de scoringsregels. Dit resulteerde in een categorieënsysteem, bestaande uit drie hoofdsectoren:

- het soort situatie of relatie waarover de cliënt gesproken heeft (A). Deze sector bevat de meest duidelijke en betrouwbare categorieën.
- de aard van de gevoelens en belevingen die tijdens de sessie aan bod gekomen zijn (B).
- antwoorden waaruit blijkt dat de cliënt gereflecteerd heeft op bepaalde, meer algemene belevings- en gedragspatronen van zichzelf (C).

Elk sessie-antwoord wordt opgedeeld in een zo groot mogelijk aantal zinvolle antwoordsegmenten. Elk segment bevat dus een nieuwe betekenisinhoud, onderscheiden van de betekenisinhoud van andere segmenten uit een sessie-antwoord. Het categorieënsysteem is mutueel-exclusief: dit betekent dat elk segment slechts één code krijgt (uit één der drie sectoren); in een klein aantal gevallen echter wordt afgeweken van dit principe (zie hierover verder in het artikel).

Met de definitieve vorm van het categorieënsysteem werd door twee onderzoekers een betrouwbaarheidsonderzoek uitgevoerd op nog een ander vijfde van het materiaal, dit nadat één onderzoeker vooraf de segmentering had doorgevoerd. De betrouwbaarheid van het coderen der inhoudelijke thema's bleek „voldoende hoog” te zijn: 76 % overeenkomst op het therapeutenmateriaal en 80 % overeenkomst op het cliëntenmateriaal.

Bij het vastleggen van de definitieve codes gaf de onderzoeker die het categorieënsysteem oorspronkelijk construeerde, de doorslag. Per sessie-antwoord werd eenzelfde categorie slechts eenmaal gecodeerd. Op de 325 sessies kwamen wij zodoende tot 706 cliënt-codes en 947 therapeut-codes. We beschikken derhalve over een uitgebreid staal van belevingsaspecten aangaande inhoudelijke thema's in ambulante client-centered/experiëntiële psychotherapie.

HET CATEGORIEËNSYSTEEM VOOR INHOUDELIJKE THEMA'S

De verschillende categorieën worden nauwkeurig omschreven op basis van alle antwoordsegmenten binnen elke categorie; waar het omwille van de duidelijkheid zinvol lijkt, illustreren wij bepaalde categorieën met enkele voorbeelden.

SECTOR A. SITUATIE- EN RELATIE-INHOUDEN

1. *Bezigheden en vrijetijdsactiviteiten*, waarbij niet expliciet verwezen wordt naar bepaalde personen of relaties.
Voorbeelden: reizen; werken in de tuin; over drie weken werkkamp; het mislukken van weekends; toneelbezoek...
2. *Sociale contacten*: relaties met vrienden, kennissen, burens; nieuwe contacten... kortom, alle contacten die niet binnen de strikt persoonlijke of intieme sfeer liggen en die ook niet verwijzen naar een werk- of schoolsituatie.
- 3a. *Werk* in beroeps- of schoolverband, zonder verwijzing naar relaties.
Voorbeelden: haar vele werk; studie boekhouden; vergadering; examen-spanning vroeger en nu; de druk van de RVA...
- 3b. *Relaties op het werk of op school*.
Voorbeelden: feedback van het personeel; conflict met de hoofdverpleegster; omgang met collega's...
4. *Gezinsverantwoordelijkheden en gezinsrelaties*. Deze categorie heeft betrekking op het gezin dat de cliënt zelf gesticht heeft en waar hij of zij eventueel in de rol van ouder zit. De antwoorden verwijzen naar: de materiële zorgen van het huishouden; de relaties binnen het gezin in het algemeen; de relatie als ouder tegenover kinderen en belevingen rond zwangerschap (aspecten van de man-vrouw relatie worden onder categorie 6a gescoord).
- 5a. *Actuele relatie met de ouders* (of pleegouders), waarmee de cliënt al dan niet nog samenwoont.
- 5b. *Actuele relatie met andere familieleden*. Hieronder zijn o.m. begrepen: de familie van herkomst of familieleden in het algemeen, broers en zusters, grootouders, ooms en tantes, leden van de schoonfamilie, personen die zo-ged-als-familie zijn (voorbeeld: inwonende knecht).
- 6a. *Relatie met de huwelijkspartner*.
- 6b. *Andere persoonlijk-intieme relaties*: o.a. met vriend(in), lief, verloofde, buitenechtelijke partner; intiem contact zonder nadere specificatie; belevingen rond een afgebroken relatie.
7. *Het verleden*: ervaringen uit het ver verleden, of uit het meer nabije verleden wanneer uit het antwoord blijkt dat het gaat om dingen die in de beleving van de cliënt voorbij zijn.
8. *De toekomst*: belevingen en verwachtingen ten aanzien van een toekomstige situatie.
9. *Het lichamelijk functioneren*: de algemeen lichamelijke toestand, lichamelijke klachten en symptomen, medische ingrepen...
- 10a. *Evaluatie van het therapeutisch proces*: antwoorden die een reflectie inhouden op het proces van de cliënt, zonder dat hierbij naar de relatie met de therapeut verwezen wordt.

Voorbeelden: verwachtingen van de cliënt in verband met de therapie; de reeds afgelegde weg in therapie; over de vorige sessie; moeilijkheid om de sessie te beginnen; over de bruikbaarheid van het boek "Verboden Toegang"; over het afbouwen van de sessies...

- 10b. *De relatie cliënt-therapeut*: belevingen en verwachtingen van de cliënt naar de therapeut toe; reacties, gevoelens, feedback, zelfonthullingen van de therapeut naar de cliënt toe.
- 10c. *Andere therapie-ervaringen*: een verblijf in een psychiatrische instelling, deelname aan een groepstherapie, een vorige therapeut...

SECTOR B. GEVOELS- EN ERVARINGSINHOUDEN

- 11. *Fantasmatische en ongewone ervaringen*. Het gaat hier voornamelijk om de exploratie van: dromen; fantasieën; vreemde, bizarre, psychotische ervaringen.
- 12. *Ervaringen rond dood, verlies, tegenslag*: het complex van gevoelens (angst, verdriet, pijn, opstandigheid, onmacht...) naar aanleiding van dood, ziekte of psychologische scheiding van een belangrijk persoon. De confrontatie met de mogelijkheid van de eigen dood (bijvoorbeeld naar aanleiding van een operatie of een auto-ongeval), alsook zelfmoordgedachten, worden eveneens onder deze categorie gescoord.
- 13. *Erotische en seksuele ervaringen*: het seksuele aspect van een relatie, verliefdheid, vrijen, masturbatie, homofiele ontmoeting...
- 14. *Gevoelens van vijandigheid, agressie, boosheid, woede, jaloezie, verbittering, wantrouwen, opstandigheid...* en het gedrag dat er uit voortvloeit (vechten, ruzie maken, vernielen, agressieve gevoelens onderdrukken...).
- 15. *Angst, schrik, zich bedreigd voelen*. (De situaties, personen of gevoelens waarvoor men bang is, worden afzonderlijk gescoord indien daarvoor categorieën voorhanden zijn.)
- 16. *Gespannenheid* (in het algemeen of in een bepaalde situatie), *overspanning, gejaagdheid*.
- 17. *Nood aan genegenheid, gevoelens van eenzaamheid*, het missen van iemand...
- 18. *Behoeftes aan erkenning, aandacht, zelfbevestiging, appreciatie, aanvaarding*; vrees voor kritiek of afwijzing...
- 19. *Gevoelens van tevredenheid, van vooruitgang*: zich goed voelen, voldoening, enthousiasme, het ervaren van eigen groeimogelijkheden, feitelijke vooruitgang...
- 20. *Gevoelens van ontevredenheid, mislukking, machteloosheid*: zich slecht voelen, „het gaat niet“, ontgoocheling, moedeloosheid...
- 21. *Depressieve gevoelens*: de cliënt voelt zich down, somber, melancholisch, nutteloos, passief; niets boeit hem nog; hij kan niets meer voelen; hij ervaart het leven als zinloos...
- 22. *Minderwaardigheidsgevoelens*, onzekerheid, gebrek aan zelfvertrouwen.
- 23. *Schuld- en schaamtegevoelens*.
- 24. *Geremdheid en blokkages* in het contact met anderen; gebrek aan spontaneïteit, niet „zichzelf kunnen zijn“...
- 25a. *Zelfstandigheid versus afhankelijkheid* in denken en doen. Ervaringen rond dit bipolaire thema worden ook dikwijls gescoord onder sector C, namelijk

- wanneer zij beschreven worden in de context van een reflectie op eigen belevings- en relatiepatronen.
- 25b. *Assertiviteit versus subassertiviteit*: ervaringen rond het al of niet opkomen voor eigen rechten, het uitkomen voor eigen gevoelens en ideeën, het bieden van weerstand... Deze categorie sluit nauw aan bij de vorige; zij verwijst echter meer naar het concreet-gedragsmatige aspect van de omgang met anderen.
- 25c. *Verantwoordelijkheid versus vlucht voor verantwoordelijkheid*. Deze categorie vertegenwoordigt het meer existentiële aspect dat met zelfstandigheid en assertiviteit verband houdt: het opnemen van verantwoordelijkheid voor het leven dat men leidt, voor de beslissingen die men neemt en de keuzes die men maakt. Ook ervaringen rond het dragen van verantwoordelijkheid voor anderen, worden in deze categorie opgenomen.
26. *Bekommernissen omtrent moraal, maatschappij, religie, metafysische problemen...*
 Voorbeelden: theorieën over de kosmos, en over het hiernamaals; de invloed van de maatschappij op de mens; haar strijd tussen het goede en het kwade; over de betekenis van het leven; over het kwaad, de jaloersheid, de haat in de wereld.

SECTOR C. BELEVINGS-, GEDRAGS-, RELATIEPATRONEN

Onder deze brede categorie worden antwoorden gescoord waaruit voldoende blijkt dat de cliënt gereflecteerd heeft op een aspect van zijn zelfstructuur. De concrete situationele of relationele context is hierbij van ondergeschikt belang en wordt dan ook dikwijls niet eens vermeld in het antwoord. Het gaat om de exploratie van een meer algemeen patroon, waarvan de cliënt ziet dat het zich herhaalt, dat het „van hem” is: intrapsychische structuren, innerlijke conflicten, relatie- en communicatiepatronen, defensiemechanismen, persoonlijkheids- en karaktertrekken, dieperliggende houdingen, aspecten van de eigen identiteit... Ook het exploreren van de diepere motivationele betekenis van bepaalde patronen of van de oorsprong ervan, worden onder deze sector gescoord.

Het onderscheid tussen sector C en categorieën uit sector B — reflectie op een algemeen patroon versus concrete gevoelens en belevingen — is soms moeilijk te trekken en is in feite slechts van graduele aard. Het hangt voor een deel van de antwoordstijl af; beide aspecten komen ook soms samen voor. In dit laatste geval wordt een antwoord onder beide sectoren gescoord. Een dergelijke dubbele scoring komt het meest frequent voor bij de categorieën 14, 15, 17 en 25a (agressie, angst, affectie, afhankelijkheid).

In enkele gevallen zijn de antwoorden onder sector C zeer algemeen of bondig (bijvoorbeeld: over de wijze waarop ik me opstel tegenover andere mensen; over zijn zelfbeeld; de afweer van zijn angst; over mijn overgevoeligheid en de gevolgen daarvan; over mijn perfectionisme; over zijn façade; over haar superioriteitsgevoel). Meestal echter worden deze patronen vrij gedetailleerd omschreven. Gezien de individuele kleur van dit soort antwoorden, was het niet mogelijk en ook niet zinvol afzonderlijke categorieën op te stellen. In plaats hiervan geven wij een representatieve „bloemlezing”.

- Over het weigeren een keuze te maken; wat niet kan, want je kiest steeds. Waarom kiezen om je eigen leven te vergooien? Welke rol speelt je vader daarin?
- Hoe ik er in slaag iedereen op veilige afstand te houden. Hoe geprogrammeerd al de relaties met mijn vrienden en vriendinnen zijn. Welke kansen je mist door alles uit te cijferen, vóórdat je aan iets begint.
- Over haar neiging tot piekeren, met alle correlaten, ook in haar gedrag tijdens de sessie.
- ... de betekenis van die verleidingsmanoeuvres voor hem.
- Zijn façade, zijn zich anders willen voordoen dan hij eigenlijk is, zichzelf en de situatie willen controleren...
- Over haar eigen houding t.a.v. haar man; „ik toon niet hoe kwetsbaar ik ben; ik toon niet wat ik eigenlijk mis en verlang”...
- Onmacht van cliënte om zich tegenover anderen te verzetten; haar neiging om steeds te doen wat anderen van haar verlangen, uit nood aan genegenheid...
- De ambivalentie tussen haar verlangen om te „regresseren” en het zichzelf voortdurend onder controle houden.
- Warmte wensen en tegelijkertijd verwerpen.
- Blokkages in deze therapeutische relaties versus blokkages in persoonlijke relaties: overeenkomsten en verschilpunten.
- Totale afscherming van mijn kwetsbaarheid beletten me te voldoen aan mijn nood aan affectie.
- Waarom een oppervlakkige relatie wel stand houdt en een diepere relatie steeds afgebroken wordt na een periode van een hoop moeilijkheden.
- Over de twee delen in mij: de sterke, zekere, die allerlei dingen onderneemt, al dan niet omdat ik er mij toe verplicht voel; anderzijds de kleine, zwakke, en hoe ik dit tweede stuk van me te weinig aan zijn trekken laat komen in mijn manier van leven...
- Over zijn massale projectiemechanismen, waardoor ik hem niet kan bereiken.
- Hoe veronderstellingen haar beleving doorkruisen en beïnvloeden.
- Gezocht naar „wie ik ben”...
- Cliënte merkt dat zij tegenover haar kinderen soms dezelfde gedragspatronen vertoont als haar ouders tegenover haar...
- ... Uiteindelijk zag ik duidelijker dat mijn relatie met God de Vader verband heeft met mijn vader...
- Haar tweestrijd tussen iets voor zichzelf willen en haar schuldgevoelens daaromtrent...
- Over haar probleem van haar steeds terecht komen in driehoeksrelaties...
- Over mijn houding tegenover autoriteiten i.v.m. sollicitaties; parallel met moeilijkheden in mijn relatie met mijn vriend.
- Over het interactiepatroon cliënte-moeder: moeder vraagt cliënte iets ... zij weigert ... moeder zet haar onder druk d.m.v. wenen ... cliënte geeft toe en voelt zich ellendig ...
- Over de uitzichtloze strijd van cliënte om bij haar moeder de eerste plaats in te nemen en de gevolgen daarvan ...
- Over het feit dat ze voortdurend geneigd is als buffer op te treden tussen haar man en de kinderen.

- Haar conflict tussen doen wat ze graag doet en waardering willen van haar overste.
- Over mezelf en mijn moeite om me direct te uiten zoals ik mij op het moment voel.
- Vrijen versus diepere relatie; de onmogelijkheid van dit laatste.
- Over zijn moeilijkheid om agressie te voelen en ook om deze te uiten.
- Cliënte begint van haar kindsheid tot nu de belangrijkste relaties na te gaan: steeds deed ze wat anderen goed vonden.
- De drang naar macht bij cliënte, en het mechanisme om die macht te bekomen (zowel in persoonlijke relaties als op haar werk).
- Hoe het komt dat ik mensen heel snel volledig vertrouwen en ze als heel positief zie, maar mij bij de minste kritiek van hun kant in de steek gelaten en verworpen voel.
- Het feit dat ik over het algemeen betere contacten heb met vrouwen dan met mannen (de therapeut uitgezonderd).
- Over het feit dat ik anderen niets kan zeggen over wat er in mij omgaat en over mijn verdriet.
- Ze ziet het verband tussen haar psychosomatische klachten en het niet „zichzelf durven zijn“.
- Over mijn zwangerschap. Mijn wisselende houding er tegenover. Ik heb het gevoel dat ik nog niet echt gekozen heb.
- Het ging vooral over mijn problemen i.v.m. autoriteit. Dit werd betrokken op alle belangrijke figuren in mijn leven (ouders, oversten op het werk ...).
- ... Uiteindelijk is me dan duidelijk geworden dat ik in elke relatie bang ben voor stiltes en intiemer contact.
- De vooropgezette modellen van mezelf, waar ik voortdurend mee worstel.
- Ik herkende zeer duidelijk dat ik mij voornamelijk gedraag als „kind“ en te weinig als „volwassene“ (cfr. transactionele analyse).
- Hoe ze elkaar ziek maken en hun ziek-zijn elkaar afwisselt.
- Over mijn wantrouwen tegenover mensen en vanwaar dit wel kan komen.
- Wanneer ik praat wordt ik op heel korte tijd gespannen. Ik voel dat ik a.h.w. een muur van woorden optrek om mij te beschermen ...

AARD EN FREQUENTIE DER INHOUDELIJKE THEMA'S: COMMENTAAR

De gegevens uit Tabel 1 spreken in hoge mate voor zichzelf. Toch willen wij de belangrijkste resultaten in reliëf plaatsen en van enige commentaar voorzien.

1. Het was voor cliënten en therapeuten blijkbaar geen moeilijke opgave een antwoord neer te schrijven op de open vraag over de inhoud: in tegenstelling tot de andere vragen uit het onderzoek, treffen we bijna geen blanco-antwoorden aan. Grosso modo vallen de antwoorden uiteen in twee soorten: de categorieën van sector A verwijzen naar zones uit de leefwereld van de cliënt waarover gesproken werd, terwijl de categorieën van sector B verwijzen naar concrete problematische

belevingen binnen deze zones. Sector C sluit in feite aan bij sector B, met dit verschil echter dat de betrokkenen hier op een meer reflexieve manier verwijzen naar een kernproblematiek „onder” de belevingen, naar een aspect van de zelfstructuur dat zich doorheen de concrete moeilijkheden van het leven manifesteert. De frequenties binnen deze sector liggen vrij hoog (12 tot 16 %) en laten zien dat een cliënt tijdens therapie meer doet dan zomaar komen vertellen wat hij in de voorbije dagen allemaal heeft meegemaakt: feiten en gebeurtenissen vormen slechts een aanloop tot het meer inzichtelijke werk van een zoektocht naar „het eigen aandeel”. Dit zegt uiteraard iets over indicatiestelling voor dit soort therapie: de cliënt moet gemotiveerd zijn en de mogelijkheden bezitten om zich op deze manier over zijn probleem te „buigen”.

2. In ons onderzoek worden de antwoordsegmenten afzonderlijk gecoördineerd, los van hun samenhang met andere antwoordsegmenten uit een globaal sessie-antwoord. Men kan zich echter de vraag stellen of er bepaalde dominante verbanden terug te vinden zijn tussen categorieën. We gingen dit zorgvuldig na en vonden in cliënt- en therapeutenmateriaal een paar in het oog springende associaties. Sector C-antwoorden worden zeer frequent weergegeven in de context van de relatie met een intieme partner (6a-b), en in associatie met belevingen rond angst, agressie, affectie en zelfstandigheid (14, 15, 17 en 25a). Verder bleek ook hoezeer angst alle problematiek doordringt: deze categorie komt voor in associatie met haast alle A- en B-categorieën. In het therapeutenmateriaal tenslotte stelden we een duidelijk verband vast tussen de relatie met de ouders (5a) en belevingen rond agressie en subassertiviteit (14 en 25b); bij cliënten vonden we dit echter niet terug.
3. Een inspectie van de categorieën binnen elke sector laat het volgende zien (we richten ons hierbij op de percentages binnen sector A en B afzonderlijk; gezien de geringe verschillen tussen cliënten en therapeuten, werden deze percentages berekend op basis van het aantal cliënt- en therapeutsegmenten samen). Onder sector A is de relatie met een intieme partner (6a-b) de zone die veruit het meest frequent wordt vernoemd (26 %). Ook de relatie met ouders of familieleden (5a-b), alsook de werksetting (3a-b) komen veelvuldig ter sprake (respectievelijk 16 en 13 %). De visie van Freud dat psychische gezondheid veel te maken heeft met „kunnen werken en beminnen”, krijgt hier empirische ondersteuning. Het merendeel der A-categorieën wijst erop dat

Tab. 1. — Category system for manifest content aspects of dialogue: Frequencies and percentages for clients and therapists

sector	categories	full sample (N = 325)						high and low groups			
		freq.		%		sector		freq. C. (N = 28)		freq. T. (N = 26)	
		C	T	C	T	C+T	H	L	H	L	
1	leisure time activities	19	28	2,7	2,9	6,1	1	3	1	1	
2	social contacts	25	27	3,5	2,9	6,8	2	3	3	2	
3a	work, school, career	30	41	4,3	4,3	9,2	2	2	1	4	
3b	relations in work or school setting	15	15	2,1	1,6	3,9	1				
4	Household responsibilities; relationships with children	21	31	3,0	3,3	6,8	1		2	2	
5a	relationship with parents	35	44	5,0	4,6	10,3	2	3	2	1	
5b	relations with other family members	20	24	2,8	2,5	5,7		2		2	
6a	relation with husband or wife	28	52	4,0	5,5	10,4	3		7	2	
6b	other personal, intimate relationships	54	68	7,7	7,2	15,8	7	6	3	6	
7	the past	17	13	2,4	1,4	3,9	1	1		1	
8	the future	8	9	1,1	1,0	2,2	2	1			
9	body functioning, symptoms	8	20	1,1	2,1	3,6	1		2	2	
10a	evaluation of therapeutic process	22	32	3,1	3,4	7,0	1	4	2	2	
10b	client-therapist relationship	17	21	2,4	2,2	4,9	4	1	2		
10c	previous therapy experiences	10	16	1,4	1,7	3,4	1		2	2	
	total A	329	441	46,6	46,6	100	29	26	25	27	

11	fantasmatic and strange experiences	6	9	0,8	1,0	2,3	1	1	1	
12	experiences with death, loss, adversity	10	11	1,4	1,2	3,2	2	2	2	
13	erotic and sexual experiences	12	27	1,7	2,9	6,0	1	2	4	
14	angry feelings or behavior	25	42	3,6	4,4	10,3	2	1	5	
15	anxiety, fear	34	58	4,8	6,1	14,1	3	3	4	
16	stress, agitation, strain	3	11	0,4	1,2	2,1	1	2	3	
17	need for affection; loneliness	19	21	2,7	2,2	6,1	1	2	2	
18	need for appreciation, acceptance	18	23	2,6	2,4	6,3	2	1	1	
19	experience of happiness, progress	25	37	3,5	3,9	9,5	3	3	1	
20	experiences of unhappiness, failure	22	40	3,1	4,2	9,5	2	4	3	
21	depressive feelings	2	6	0,3	0,6	1,2	1	1	1	
22	feelings of inferiority	7	13	1,0	1,4	3,1	1	1	1	
23	shameful or guilty feelings	11	12	1,6	1,3	3,5	1	1	2	
24	social inhibition	12	15	1,7	1,6	4,2	1	3	2	
25a	dependency	29	37	4,1	3,9	10,1	1	2	2	
25b	subassertiveness	7	20	1,0	2,1	4,2	2	1	2	
25c	fear of responsibility	7	5	1,0	0,5	1,8	1	1	1	
26	religious, moral, societal concerns	12	4	1,7	0,4	2,5	1	1	1	
	total B	261	391	37,0	41,3	100	23	18	29	15
C	patterns of experiencing, relating, behaving	116	115	16,4	12,1		11	7	15	7
	TOTAL	706	947	100	100		63	51	69	49
	no answer	12	3				5	1	1	1
	unclear answer	14	7				2	2	2	2

cliënten tijdens therapie voornamelijk met hun actuele interpersoonlijke leefwereld begaan zijn; het verleden komt zelden expliciet aan bod. Toch moeten we hier enige nuancering aanbrengen. Bij het nalezen van de voorbeelden onder sector c blijkt namelijk dat cliënten het „nu” niet geïsoleerd ter sprake brengen, maar in continuïteit met hun verleden: zij zien hun moeilijkheden als rigiede patronen die zich in de tijd herhaald hebben en richten hun aandacht hierbij ook op de achtergronden van hun actuele problemen. Binnen sector A valt verder nog op dat het therapeutisch gebeuren zelf en de relatie met de therapeut (10a-b) een niet onbelangrijke focus vormt van de gesprekken (12 %).

Binnen sector B nemen de categorieën in verband met tevredenheid en ontevredenheid (19 en 20) een centrale plaats in (samen 19 %): cliënten gebruiken het therapeutisch uur om over de dieptepunten en lichtpunten van hun bestaan te spreken. Ook zien we dat de bipolaire as zelfstandigheid-afhankelijkheid en de correlaten hiervan (25a-b-c) een dominant aspect vormen van hun problematiek (16 %). In combinatie met de gegevens uit sector A lijkt dit erop te wijzen dat het vinden van het delicate evenwicht tussen verbondenheid en zelfstandigheid een kernprobleem uitmaakt van deze steekproef van cliënten. Gevoelens van angst en agressie staan hierbij dikwijls op de voorgrond (respectievelijk 14 en 10 %). De fantasmatische laag — met ondermeer het exploreren van droommateriaal — wordt haast niet vernoemd: vinden cliënten deze belevingszone inderdaad niet relevant in het kader van hun actuele moeilijkheden of hebben client-centered therapeuten er te weinig aandacht voor?

4. Uit de vergelijking van de twee standpunten blijkt dat therapeuten meer gedetailleerde antwoorden geven dan cliënten (240 segmenten meer in het therapeutenmateriaal). De percentages voor de diverse categorieën zijn echter zeer gelijklopend. Over alle sessies heen is er dus een grote overeenkomst inzake de wijze waarop cliënten en therapeuten de inhoud van de gesprekken beschrijven. Ook wanneer we paarsgewijs de antwoorden per sessie vergeleken, hadden we meestal de indruk dat door beide betrokkenen dezelfde kernthema's vermeld werden in hun individueel-gekruid antwoorden. In tegenstelling tot andere dimensies van het therapeutisch gebeuren (beleving van de relatie, van helpende processen; tevredenheid over de voorbije sessie ...), stellen we — wat de perceptie van de gespreksinhoud betreft — dus een grote convergentie vast tussen cliënt en therapeut.

5. In ons onderzoek zijn er 24 therapieën opgenomen, waarvan we cliënt- en therapeutgegevens hebben over 10 sessies. Dit materiaal laat ons toe na te gaan in welke mate dezelfde thema's terugkeren per cliënt. Bij ongeveer twee derde van de cliënten merken we inderdaad een zekere constantie, in die zin dat bepaalde thema's in minstens 5 van de 10 sessies aan bod komen; deze tendens is duidelijker voor de A-categorieën dan voor de B-categorieën, en duidelijker ook in de therapeut-antwoorden dan in de cliënt-antwoorden. Daarnaast merken we toch ook een grote variëteit van bezette categorieën per cliënt (meestal meer dan 10). Wij kunnen dus besluiten dat er zich een „matige” constantie voordoet in de inhoudelijke thematiek: per cliënt staan bepaalde thema's wel eerder in de focus, maar dit sluit niet uit dat er ook nog geregeld andere inhouden in de gesprekken opduiken.
6. Orlinsky, Howard en Hill (1969 en 1970) deden een analoog onderzoek over psychodynamisch-georiënteerde face-to-face therapie. Het lijkt ons interessant onze gegevens met de hunne te confronteren. Een rechtstreekse vergelijking is echter onmogelijk, aangezien zij werkten met een gestructureerde vragenlijst (samengesteld weliswaar op basis van een vooronderzoek met open vragen). Ook dient vermeld dat in hun onderzoek enkel vrouwelijke cliënten opgenomen waren. Spijts deze verschillen in cliëntpopulatie en methodologische aanpak, zijn de gelijkenissen tussen deze twee vormen van ambulante therapie toch zeer groot. Grosso modo vinden wij in hun studie dezelfde categorieën terug (zij het soms anders geformuleerd), en ook de frequentieverhoudingen liggen in dezelfde lijn. Ook in psychodynamische therapieën brengen cliënten dus hoofdzakelijk problemen uit hun actuele interpersoonlijke leefwereld, en neemt de exploratie van het verleden slechts een bescheiden plaats in (zij het iets minder bescheiden dan in client-centered therapie). De auteurs interpreteren hun gegevens in termen van Eriksons theorie over de ontwikkelingstaken van de mens. Cliënten komen hoofdzakelijk in therapie vanuit actuele adaptatieproblemen die verband houden met de opdrachten van de adolescentie en de jonge volwassenheid: het vinden van een eigen identiteit en van intimiteit. In tegenstelling tot onze verwachting komt het exploreren van de innerlijke fantasmatische wereld ook bij hen slechts minimaal aan bod. De convergentie tussen cliënt- en therapeutperceptie van de inhoud, beschrijven zij als matig tot hoog. Wat betreft de constantie van de inhoudelijke thematiek per cliënt, vinden zij een duidelijke stabiliteit voor de gevoels- en belevingsinhouden (door hen

geïnterpreteerd als „nucleaire conflicten”), maar een vrij lage stabiliteit voor de situatie- en relatie-inhouden. Op dit punt vonden wij in ons materiaal eerder een tegenovergestelde tendens. Misschien heeft dit te maken met het feit dat hun B-categorieën iets meer uitgesproken in psychodynamische termen geformuleerd zijn, waardoor ze duidelijker als probleemcategorieën overkomen.

Langs de moeizame weg van de open-vraag-methode kwamen wij tot categorieën die zeer analoog zijn aan deze uit de studies van Orlinsky e.a. Dit houdt een wenk in voor verder onderzoek: met weinig informatieverlies lijkt het mogelijk via een gestructureerde vragenlijst te peilen naar de inhoud van therapeutische sessies. Gezien de hoge convergentie tussen cliënt- en therapeutperceptie, lijkt het daarenboven voldoende zo'n vragenlijst enkel aan de therapeuten voor te leggen.

INHOUD EN KWALITEIT VAN HET PROCES

Onderscheiden zeer goede sessies zich van onvruchtbare sessies op het vlak van de inhoud? Uit Tabel 1 valt op te maken dat dit voor de Situatie- en relatiesector in het geheel niet het geval is. Voor de B- en C-sector moeten we een onderscheid maken tussen cliënten en therapeuten. Bij therapeuten vinden we een dubbel aantal B- en C-segmenten in de Hooggroep. Bij cliënten is deze tendens ook wel merkbaar, maar niet uitgesproken genoeg om betrouwbaar te zijn. Het meest markante verschil tussen Hoog- en Laaggroep bij cliënten, is eigenlijk terug te vinden in de blanco-antwoorden: 5 in de Laaggroep, en geen enkel in de Hooggroep.

Wij kunnen hieruit besluiten dat de specifieke inhoud van een sessie inderdaad weinig te maken heeft met de globale evaluatie ervan. Enkel bij therapeuten vinden wij enig verband tussen de globale sessie-evaluatie en de manier waarop zij de inhoud beschrijven: hun antwoorden lijken erop te wijzen dat cliënten ook wel over situationele en relationele gebeurtenissen vertellen in de laagsessies, maar hierbij weinig gevoelens brengen en van weinig reflectie getuigen. Dit zegt wel iets over wat therapie tot een vruchtbare onderneming maakt, maar toch niet veel. Daarom — en ook om het verschil tussen inhoud en proces duidelijker te stellen — willen we dit artikel afronden met een overzicht van wat cliënten en therapeuten als helpende processen ervaren hebben tijdens deze sessies. Het feitenmateriaal van dit gedeelte van het onderzoek werd eveneens via inhoudsanalyse verwerkt. We beperken ons hier tot het weergeven van de hoofdcategorieën en hun percentages, gevolgd door

een bondige commentaar; voor een meer uitvoerige bespreking van dit onderzoeksgedeelte, verwijzen we naar een vorige publikatie (Lietaer & Neirinck, 1984).

HOOFDCATEGORIEËN VAN HELPENDE PROCESSEN

A. *Inzet, aanvaarding en empathie van de therapeut* (C: 17 %; T: 8 %)

In deze hoofdcategorie verwijzen cliënten en therapeuten naar diverse facetten van de door Rogers beschreven relationele grondhoudingen „empathie” en „onvoorwaardelijke positieve aanvaarding”: aandacht, warmte, engagement, diepgaand begrijpen, receptiviteit voor welke belevingen ook, ruimte en respect, vertrouwen in en bevestiging van de persoon van de cliënt.

B. *Persoonlijk contact met een authentische therapeut* (C: 4 %; T: 4 %)

Hier wordt verwezen naar de binnenzijde (congruentie) en de buitenzijde (transparantie) van de echtheid van de therapeut: de therapeut kan rustig en „ongewapend” aanwezig zijn bij wat de cliënt brengt; hij stelt zichzelf voldoende kwetsbaar op als persoon; creëert een relatie eerder op voet van gelijkheid; brengt soms eigen gevoelens en belevingen in.

C. *Zichzelf kunnen exploreren, hierin gestimuleerd door de therapeut* (C: 20 %; T: 39 %)

Het is helpend voor de cliënt dat hij de gelegenheid krijgt met iemand te praten, dat hij heeft durven spreken over iets wat moeilijk is voor hem, dat hij zijn beleving op een vruchtbare manier heeft kunnen expliciteren, dat hij zijn beleving van de therapeutische relatie heeft kunnen bespreken. De therapeut verdiept dit proces via exploratorische vragen en gevoelsreflecties, en soms via het aanbieden van specifieke procedures (zoals focusing, geleide fantasie ...).

D. *Intens doorleven van gevoelens; zelfaanvaarding* (C: 6 %; T: 15 %)

De cliënt kan hier-en-nu bepaalde gevoelens en emoties doorleven en uiten. Hij komt nauwer in voeling met eigen noden en problemen, komt tot meer aanvaarding van zichzelf. Dikwijls ervaart hij dit als een verschuiving: het toelaten van een nieuwe of veranderende beleving.

E. *Confrontatie en feedback* (C: 5 %; T: 5 %)

De therapeut wijst de cliënt op een meer directe manier (vaak op een toon van „zie je niet dat ...”) op mogelijke betekenissen die hijzelf vermoedt, op contradicties die hij opmerkt (o.m. tussen verbaal en

niet-verbaal niveau), op zijn mogelijkheden, op stukken van de realiteit waarmee de cliënt geen rekening houdt. De therapeut geeft zijn persoonlijke indrukken weer over de manier van zijn of zich gedragen van de cliënt (o.m. ten aanzien van de therapeut) of van een persoon waarover de cliënt spreekt; hij geeft feedback over wat de cliënt bij hem aan gevoelens teweegbrengt.

- F. *Inzicht in zichzelf en anderen; duiding door de therapeut* (C: 19 %; T: 14 %)

De cliënt leert iets over zichzelf en zijn problemen dat hij tevoren niet wist: hij heeft nu een scherper beeld van eigen gevoelens en gedragingen, van wat er meespeelt in zijn gedrag, van hoe hij met anderen omgaat, van het feit dat hij „onnodig” negatieve gevolgen vreest wanneer hij zou uitdrukken wat hij werkelijk voelt, van hoe hij gegroeid is tot wie hij nu is, van de band tussen actuele belevingen binnen de relatie met de therapeut en belevingen in het eigen leven. De cliënt heeft nu een duidelijker zicht op bepaalde omstandigheden, een beter inzicht in of een ander beeld van bepaalde personen uit zijn leefwereld.

De therapeut helpt de cliënt hierbij door op een heldere wijze te herformuleren wat de cliënt zei, door het gesprek te structureren of te richten op belangrijke probleemgebieden, door onderliggende gevoelens en conflicten te duiden, door op negatieve cirkels te wijzen en andere mogelijkheden voor te stellen, door gevoelens van anderen te verduidelijken, door verbanden te leggen tussen verschillende elementen uit de therapie of tussen actuele problemen en vroegere ervaringen.

- G. *Raad, advies en bekrachtiging door de therapeut* (C: 5 %; T: 4 %)

De therapeut geeft informatie over bepaalde levensrealiteiten en over meer constructieve manieren van communiceren. Hij stelt voor bepaalde situaties anders aan te pakken of op een andere manier om te gaan met eigen problemen. Hij doet concrete suggesties t.a.v. praktische problemen. Hij steunt de cliënt openlijk of subtiel in wat hij denkt, voelt of doet. Hij moedigt de cliënt aan in wat hij voornemens is te doen en bevestigt dat hij dit kan.

- H. *Inzicht in nieuwe mogelijkheden; voornemens en plannen* (C: 8 %; T: 3 %)

De cliënt heeft iets geleerd over zichzelf dat nieuwe mogelijkheden voor hem aanwijst. Hij maakt voornemens i.v.m. zijn omgang met

anderen en zichzelf: wat hij denkt te kunnen, te zullen of te moeten doen. De cliënt stippelt in concreto een bepaald plan uit.

1. *Momentane opluchting, ervaring van vooruitgang* (C: 16 %; T: 8 %)

Als gevolg van het therapeutisch gebeuren, voelt de cliënt zich meer ontspannen of ervaart hij bepaalde momentane veranderingen in zijn zelfbeleving. Hij ervaart een positieve evolutie bij zichzelf. De therapeut bevestigt of beklemtoont positieve veranderingen bij de cliënt, hij spreekt geloof en vertrouwen uit. Dit geeft de cliënt meer hoop en moed.

COMMENTAAR

- De relationele grondhoudingen van empathie en aanvaarding (A) worden duidelijker als curatieve factoren beklemtoond door cliënten dan door therapeuten (17 versus 8 %).
- De factor authenticiteit en transparantie (B) krijgt slechts een beperkt percentage antwoorden toebedeeld: 4 %. Dit wijst er op dat „ontmoeting” en „wederzijdsheid” slechts zeer sporadisch als helpende ervaringen op de voorgrond komen in het proces van individuele client-centered therapie.
- De categorieën die verwijzen naar zelfexploratie, het intens doorleven van gevoelens en het onder ogen zien van soms pijnlijke aspecten van zichzelf (C en D), vormen samen de grootste klasse van antwoorden. Ofschoon dit ook het geval is in het cliëntenmateriaal (26 %), is dit toch vooral in het oog springend in het therapeutenmateriaal (54 %).
- Confrontatie en feedback (E) maken 5 % uit van alle antwoorden. Dit percentage is niet hoog, maar wijst er toch op dat client-centered therapeuten ietwat directiever geworden zijn en meer hun eigen reacties in de relatie brengen.
- Inzicht (F) blijkt een belangrijke ingrediënt van client-centered therapie te zijn; vooral cliënten beschrijven het helpende van hun sessies in termen van inzicht (19 %).
- Raad en advies en het bekrachtigen van gevoelens en gedragingen (G), maken blijkbaar ook deel uit van client-centered therapie, ofschoon deze vormen van interveniëren niet in de theorie zijn opgenomen.
- Cliënten verwijzen meer dan hun therapeuten naar aspecten die te maken hebben met actie in de toekomst: inzicht in nieuwe mogelijkheden, voornemens en plannen (H).
- En tenslotte moeten we misschien niet verwonderd zijn over het feit dat cliënten meer de klemtoon leggen op het onmiddellijk effect van

hun sessies, op ervaringen van opluchting en vooruitgang als helpen-de processen (1): 16 % van hun antwoorden vallen onder deze categorie; bij de therapeuten is dit slechts 8 %.

Onze algemene indruk is dat deze onderzoeksbevindingen in grote mate een bevestiging betekenen van de client-centered theorie in verband met factoren die persoonlijkheidsverandering in de hand werken. Hoewel er zekere verschillen zijn tussen cliënten en therapeuten, beleven beide partijen toch zelfexploratie en ervaringsgetint inzicht als de voornaamste ingrediënten van hun therapeutische sessies, dit in de context van een veilige relatie met een aanvaardende en empatische therapeut. Wat betreft de specifieke therapeutinterventies, zien we dat het klassieke beeld van client-centered therapie uit de Chicago-periode een lichte wijziging heeft ondergaan. Naast het formuleren van de manifeste boodschap en het reflecteren van impliciete gevoelens, doen client-centered therapeuten ook andere soorten interventies: zij bieden de cliënt specifieke technieken aan om zijn ervaringsproces te verdiepen, zij brengen wel eens eigen belevingen in, zij confronteren en geven feedback, zij interpreteren, geven soms raad en advies, en bekrachtigen bepaalde gevoelens en gedragingen meer dan andere. Deze bredere waaier van interventies illustreert de evolutie van client-centered therapie naar een ruimer opgevatte ervaringsgerichte therapie, waarin de therapeut zich niet meer *continu* binnen het belevingsveld van de cliënt beweegt, maar op bepaalde momenten vanuit zijn eigen belevingskader een inbreng doet. Enkele van deze interventies — zoals het selectief bekrachtigen van bepaalde gevoelens of gedragingen — wijzen erop dat client-centered therapeuten ook wel eens invloed uitoefenen langs theoretisch-onorthodoxe wegen.

Een vergelijking van de gegevens over curatieve processen met deze over de gespreksinhoud, laat zien dat het hier om twee aspecten van het therapeutisch gebeuren gaat die weinig met elkaar te maken hebben. Weliswaar kunnen sessies slechts therapeutisch worden indien de inhoud voldoende persoonlijk is, maar het specifiek curatieve van deze sessies wordt verder toch beschreven in louter formele, niet-inhoudelijke termen. Dit wijst in de richting van wat Orlinsky en Howard als kenmerkend zien voor „goede psychotherapie”: psychoanalytisch van inhoud en experiëntieel van vorm.

REFERENTIES

- Howard, K. I., Orlinsky, D. E., & J. A. Hill (1969). Content of dialogue in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 16, 396-404.

- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, Ph., & Kiesler, D. J. (1984). The experiencing scales. In W. M. Pinsoff & L. Greenberg (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Orlinsky, D. E., Howard, K. I., & Hill, J. (1970). The patient's concerns in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 16, 104-111.
- Rice, L. N., Koke, C., Greenberg, L., & Wagstaff, A. (1979). *Manual for client vocal quality*. Toronto: York University Counseling & Development Center.
- Rogers, C. R., Walker, A., & Rablen, R. (1960). Development of a scale to measure process changes in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 16, 79-85.
- Wexler, D. A. (1975). A scale for the measurement of client and therapist expressiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 486-489.