Werking, ideologie en doelmatigheid van een experimenteel therapeutisch programma: het communicatiecentrum voor echtparen te Lovenjoel*

*door J. Verhulst** en A. Vansteenwegen****

Op 1 oktober 1972 werd, in het kader van de poliklinische diensten van de universitaire psychiatrische kliniek te Lovenjoel, gestart met een experimenteel therapeutisch programma, onder de naam 'Communicatiecentrum voor Echtparen'. Psychische stoornissen, sexuele moeilijkheden en huwelijksproblemen worden er in hun relationeel aspect, samen met de levenspartner behandeld. Het programma loopt maandelijks gedurende drie werkweken fulltime, waarbij telkens slechts vier echtparen worden behandeld. In dit artikel zullen we de concrete werking van het programma beschrijven; vervolgens zullen we de 'therapeutische ideologie' die aan de basis ligt trachten te verwoorden en tenslotte maken we een eerste evaluatie van de doelmatigheid.

1 Verloop en werkwijze

Echtparen die belangstelling hebben voor het programma worden voorafgaandelijk door een staflid uitgenodigd voor een vaste kennismaking. Daarbij gaat het om een vrij zakelijke uitwisseling van informatie. Het staflid geeft uitleg over de inhoud van het programma, de kosten ervan, de praktische gang van zaken. Het paar vertelt iets over de eigen problemen en verwachtingen. De therapeut tracht daarbij de relationele aspecten van de problematiek te onderlijnen. Het doel van dit gesprek is immers om gezamenlijk te overleggen in hoever het therapeutisch programma aansluit bij de problemen van de cliënten. Een unilaterale selectie door de staf wordt dus vermeden. Het zijn de cliënten die tenslotte moeten beslissen of 'wat zij zoeken overeenkomt met wat wij te koop aanbieden'.

De drieweekse therapie zelf bestaat uit drie soorten activiteiten: communicatietherapie, lessen en oefeningen. De lessen en oefeningen hebben in de groep plaats met de vier echtparen samen.

Communicatietherapie — Dit zijn de echtpaartherapeutische sessies die elk paar dagelijks heeft met een therapeutenpaar. Er wordt begonnen met afzonderlijke interviews: de eerste dag is er een gesprek van de mannelijke therapeut met de man en van de vrouwe-

* Bij Leuven.

** Psychiater, lektor Katholieke Universiteit Leuven.

*** Psycholoog, wetenschappelijk assistent Katholieke Universiteit Leuven.

lijke therapeut met de vrouw. De tweede dag heeft er een gekruist interview plaats (man-vrouw). Deze gesprekken zijn vooral gericht op het verzamelen van gegevens: biografische anamnese, geschiedenis van de relatievorming, uitvoerige sexuele anamnese, analyse van de probleemstelling. Er is 's avonds ook huiswerk: de cliënten moeten een korte beschrijving maken van het probleem waarvoor ze gekomen zijn, een beschrijving van de ideale partner, van prettige en onaangename gebeurtenissen uit hun samenleven, enz. Op basis van al deze gegevens maken de therapeuten een uitvoerig verslag dat dan de vierde dag aan de cliënten wordt voorgelegd ter bespreking. Dit verslag wil een synthese bieden van de dynamiek van het relatieprobleem en zijn achtergronden. Het geeft tevens weer hoe de begeleiders de cliënten hebben gepercipieerd in die eerste dagen. Het maakt een bespreking mogelijk van de gestelde, psychodynamische hypothesen. Maar het lijkt vooral belangrijk, omdat het een cognitief inzicht geeft aan de cliënten. Zij worden erdoor van een aantal kwellende 'waarom'-vragen bevrijd en kunnen zich meer concentreren op de hier-en-nu-ervaringen. Doordat aan dit verklarend schema ook een therapeutische planning is toegevoegd leren de cliënten hun probleem nu ook meer in termen van verandering zien. Verder heeft de 'rondetafelsessie' wel eens een schokeffect: de cliënt wordt vaak geconfronteerd met onverwachte aspecten van zichzelf en van zijn relatie.
Het verder verloop van de training is sterk individueel aan elk echtpaar aangepast. De therapeuten begeleiden de cliënten, stimuleren hen om met elkaar te praten. Door kritische interventies en structurerende tussenkomsten wordt de communicatiestijl tussen de partners geanalyseerd en uitgezuiverd. Emotioneel belangrijke gegevens worden onderlijnd. De therapeuten geven ook technisch advies bij het aanpakken van bepaalde problemen of stellen alternatieve manieren van doen voor. Vaak wordt gebruik gemaakt van rollenspeltechnieken. Gedurende de laatste week wordt door de cliënten ook nog gewerkt aan het opstellen van een 'relatiecontract' (Welk soort relatie willen we? Welke afspraken hebben we gemaakt? Welke conflicten moeten nog uitgepraat worden? Voor hoe lang wordt ons engagement aangegaan? enz.).
Binnen deze echtpaarsessies wordt ook een Masters- en Johnsontherapie aangeboden. Wanneer er geen specifieke sexuele dysfuncties zijn, en de actuele relatie laat het toe, gaat men de zintuigoefeningen gebruiken als niet-verbale oefeningen in gelijkwaardige communicatie.
Lessen — Deze lessen worden op een zeer gemoedelijke manier gegeven en met kritische groepsdiscussies afgewisseld. Het gaat om eenvoudige theoretische concepten en technieken van gedragsverandering welke gebruikt kunnen worden in de verdere relatievorming. Laten we even de belangrijkste lessen overlopen.
— Basisopvattingen: grondprincipes voor verandering; kenmerken van een goed functionerende intieme relatie. Dit meedelen van een 'ideaal' relatiemodel lijkt ons erg belangrijk. De cliënt kan hiertegenover een persoonlijk standpunt innemen.

– Communicatieregels: welke manieren van uitdrukken bevorderen de communicatie en welke vertroebelen haar?
– Territorium en huwelijk: de territoriumleer van Bakker (2) als een eenvoudige praktische theorie om interpersoonlijke conflicten te onderkennen en op te lossen.
– Mythen en knopen: invloed op de relatie van verabsoluterende zelfbeelden.
– Efficiënte kinderopvoeding: het systeem van Gordon (7).
– Tijdsmanagement en geplande verandering: regels van effectief tijdsgebruik en planning van veranderingsprojecten in het dagelijkse leven.
Oefeningen — Een aantal halve dagen wordt vrij gehouden voor oefeningen en trainingen. Hierbij ligt de klemtoon op *Bach's* fighttraining (1): het aanleren van een methode om op een produktieve wijze conflicten te behandelen en ruzie te maken. Deze training wordt door de cliënten als bijzonder doelmatig geëvalueerd.
Nazorg — Elk paar wordt één week na het beëindigen van het programma teruggezien en verder nog na één, drie en zes maanden. De vorderingen en ook de moeilijkheden die de cliënten ondervinden bij het in de praktijk brengen van hun relatiecontract worden dan besproken. Voor vele mensen is deze nazorg onvoldoende, omdat ze zich nog onzeker voelen in het op gang gebrachte veranderingsproces. Om een meer intensieve nazorg te kunnen bieden dient de staf van het centrum in de toekomst te worden uitgebreid.

2 De therapeutische ideologie

Situering — Er is de laatste jaren een groeiend onbehagen merkbaar over de bestaande vormen van hulpverlening in de psychiatrie (20). Enerzijds komt er kritiek op de biologisch-georiënteerde psychiatrie en anderzijds stelt men de resultaten van alle psychotherapeutische behandelingsvormen in vraag. Het Communicatiecentrum ontstond uit deze controverse en wil pogen er een antwoord op te zijn. Dit weerspiegelt zich in volgende basisprincipes:
a – psychische stoornissen zijn relatiestoornissen;
De geïdentificeerde patiënt is te beschouwen als de symptoomdrager van een ziekte die in de relatie ligt. Vandaar dat het Communicatiecentrum zich uitsluitend richt tot echtparen of tot partners die een significante relatie met elkaar hebben. Overigens moet vermeld worden dat de staf van het Centrum, door dagelijkse ervaring, meer en meer is overtuigd geraakt van de stelling dat 'niemand op zijn eentje neurotisch kan zijn'. Neurotische tendensen kunnen zich slechts actualiseren in relatie met een hiervoor 'geschikte' partner.
b – geen diagnostische etiketten;
Klinische diagnosen zijn vaak misleidend voor een therapeutische aanpak. Zij reduceren de cliënt tot een object, een syndroom. Hun nut bestaat er in dat ze de therapeut een gevoel van competentie en zekerheid geven. Daarom wordt elk etiketteren in het Communicatiecentrum vermeden: er zijn geen diagnostische selectiekriteria; het schriftelijk verslag van de therapeuten is aan de cliënten

zelf gericht: de cliënt heeft zijn eigen dossier. Een eenvoudige technische taal en de noodzakelijke theoretische denkschema's worden aan de cliënt zelf aangeleerd.

c – reductie van psychofarmaca;

Psychofarmaca kunnen de produktieve krachten die in elke conflictueuze toestand aanwezig zijn verlammen. In principe worden op het Centrum geen geneesmiddelen voorgeschreven.

d – relativering van psychodynamische interpretaties;

Duidingen worden door de therapeut vaak als een wapen gebruikt om de bovenhand te houden op zijn patiënt. De therapeut geeft er immers door aan dat hij beter weet wat er in de patiënt omgaat dan deze laatste zelf. In het Communicatiecentrum worden psychodynamische verklaringen aan de cliënt meegedeeld, zodra zij bij de therapeut opkomen, ook indien het gaat om moeilijk te verwoorden concepten of delicate thema's (bv. oedipale wensen). Deze duidende inzichten worden echter enkel als subjectieve hypothesen aangeboden. Wanneer de cliënt de duiding afwijst laat de therapeut ze onmiddellijk vallen. Overigens blijkt de cliënt meestal gelijk te hebben.

e – gelijkwaardigheid in de hulpverleningsrelatie;

De therapeutische relatie is dikwijls gekenmerkt door een grote ongelijkheid: macht, gezag en kennis staan er tegenover afhankelijkheid en onkunde. De patiënt wordt geobjectiveerd en geobserveerd. Op het Centrum wordt getracht een dergelijke relatievorming, die als antitherapeutisch wordt aangevoeld, onmogelijk te maken en ze door fundamentele gelijkwaardigheid te vervangen. Men tracht dit o.a. tot stand te brengen door:

– een gemoedelijke sfeer, met vlotte omgangsvormen;

– de pedagogische structuur van het programma. De therapeuten stellen zich in de eerste plaats op als 'technisch-deskundigen', die een aantal methoden aanleren om het vooropgestelde relatiedoel te bereiken. De hulpverlening in strikte zin vindt dus plaats in het kader van een nuchtere, zakelijke, pedagogische relatie. Hierdoor komt ruimte vrij voor gewoon menselijk contact, voor invoelen en meevoelen;

– de gemeenschappelijke taal. De theoretische concepten die de staf hanteert worden ook aan de cliënten aangeleerd;

– de open communicatie. De therapeuten delen ook eigen ervaringen (bv. uit het eigen huwelijk) en problemen mee, wanneer dit in de context relevant kan zijn.

f – concrete gemeenschappelijke doelstellingen;

Men gaat er bij klassieke psychotherapieën van uit dat de persoonlijkheidsontwikkeling van de patiënt ergens is klem geraakt en weer op gang moet worden gebracht. De therapeut kan bij dit 'autonome' groeiproces slechts als katalysator werken. Het doel van de therapie, nl. de ontwikkeling van een volwassen, 'complexen-vrije' persoonlijkheid, blijft vaag en ongrijpbaar. Op het Centrum is het uiteindelijke doel: de ontwikkeling van een relatie die gekenmerkt wordt door gelijkwaardigheid, persoonlijke autonomie en verbondenheid door engagement t.a.v. concrete afspra-

ken. Dit doel wordt in de lessen verduidelijkt en expliciet als ideaalmodel gesteld. De cliënten kunnen hiertegenover zelf hun standpunt bepalen. Op basis daarvan kunnen, in onderling overleg, concrete therapiedoelen worden geformuleerd. Het gaat dus niet om een spontaan groeiproces maar om methodisch-geplande verandering.

g – ingebouwde research.

In vele klassieke psychotherapieën was er bijna geen objectivering van de resultaten. De uitkomsten waren niet vergelijkbaar. In het Centrum wordt een onderzoeksprogramma mee ingebouwd dat aan de hand van bepaalde indices de veranderingen die er plaats grijpen operationeel tracht vast te leggen.

Inspiratiebronnen — Het Communicatiecentrum is een alternatief hulpverleningscentrum dat vooral werd opgezet vanuit de volgende inspiratiebronnen:

– de communicatietherapieën van de Palo Alto school: Jackson (98), Haley (8) en Satir (17);
– de trainingsmethoden van Bach (1);
– de 'parent effectiveness training' beweging van Gordon, vanuit de cliënt-centered therapie (7);
– de behandeling van sexuele dysfuncties door Masters en Johnson (12);
– het paedagogisch-therapeutisch model van Bakker (3).

Deze relaties hebben enkele gemeenschappelijke trekken: er wordt meer aandacht besteed aan het aanleren en inoefenen van efficiënt gedrag dan aan de onbewuste motieven die het dysfunctionele gedrag zouden kunnen verklaren; er is een verschuiving van individuele en psychodynamische aanpak naar relationele en communicatieve aangrijpingspunten.

Cognitieve herstructurering en ervarend leren — Het voornaamste therapeutische mechanisme waardoor op het centrum een proces van geplande verandering wordt op gang gebracht, is wat we 'cognitieve herstructurering' noemen. Bestaande cognitieve modellen en 'zekerheden' die de cliënt heeft t.a.v. zichzelf, zijn partner, het verleden, de groei van zijn relatie, zijn toekomstverwachtingen enz. worden in belangrijke mate in twijfel getrokken en afgebroken. Dit kan gebeuren omdat de cliënten voortdurend geconfronteerd worden en vertrouwd geraken met een nieuwe denkwijze, gebaseerd op het circulair-causale denken van de systeemtheorieën en op de pragmatisch-cognitieve schema's uit Bakker's Territorium-theorie (2). Deze denkwijze haalt haar grote impact uit een strenge logica en uit het feit dat de meeste aspecten van het menselijk gedrag erdoor op een bruikbare en op een niet-veroordelende wijze kunnen begrepen worden. Zij is voldoende anders om bestaande cognitieve schema's te kunnen afbreken. Bovendien geeft zij inzicht in de mogelijkheid om een alternatieve levensstijl en een andere relatie te ontwikkelen, die als meer bevredigend worden gepercipieerd.

Een toenemende identificatie met dit alternatieve denksysteem wordt verkregen door ervarend leren: een communicatiestijl die

van dit alternatief model is afgeleid, wordt daadwerkelijk ingeoefend (cfr. fight-training, Masters- en Johnsonoefeningen). Dit bewust experimenteren op het vlak van de realiteit met een andersoortig gedrag veroorzaakt een sterke emotionele stress, welke in het therapeutisch contact moet opgevangen worden.
Vermelden we in dit verband nog dat het ideaalbeeld van een goede relatie, ontstaan binnen deze nieuwe denkrichting, als volgt kan geformuleerd worden: het is een relatie van gelijkwaardigheid (het eigen leven, de eigen tijd, gedachten, gevoelens en werk zijn even belangrijk als die van de partner), onderscheidenheid (elke partner blijft verantwoordelijk voor het eigen leven en moet dus leren opkomen voor wat hij zelf wil), gedeelde verantwoordelijkheid (beide partners zijn in gelijke mate verantwoordelijk voor de evolutie van hun relatie), groei (de dynamiek in de relatie moet worden bevorderd door een open communicatie en door aandacht voor de positieve rol van de conflicten) en concreet herhaald engagement (duidelijke afspraken over het engagement ten aanzien van de relatie en de prioriteit die men er aan geeft).

3 Evaluatie

Algemene evaluatie — Zowel de cliënten als de therapeuten vinden subjectief dat er belangrijke veranderingen in de relatie optreden op het einde van de drieweekse training. Daarbij wordt de hypothese gesteund dat een bevredigende relatie met een significante partner een garantie is voor psychisch welzijn. Het is tevens onze indruk dat dit veranderingsproces bij een goed deel van de echtparen wordt doorgezet. Een eenvoudig criterium voor de prognose is het volgende: echtparen die na de training een concrete verandering aanbrengen in hun dagelijkse leefgewoonten evolueren verder in gunstige zin. Inzicht alleen blijkt volkomen nutteloos wanneer het niet gepaard gaat met enige daadwerkelijke gedragsverandering. Het lijkt ons dat we het meest succes hebben bij problemen in de partnerkeuze, huwelijksmoeilijkheden waarbij echtscheiding wordt overwogen, acting-outgedrag van één van de partners, echtparen waarbij één van de partners erg veranderd is en sexuele dysfuncties. Voor wat de sexuele problematiek betreft liggen onze resultaten op korte termijn niettemin onder het niveau van Masters en Johnson. O.i. loopt de sexuele training in het Centrum vertraging op doordat ook andere aspecten van de relatie tezelfdertijd worden behandeld. Deze vaststelling werd ook in andere centra gemaakt.
Inherente tekortkomingen van het programma zijn:

- de hoge arbeidsintensiteit. Vier therapeuten werken er haast full-time aan slechts een honderdtal mensen per jaar;
- de indirecte selectie. Door de nadruk op verbale training en cognitief leren voelen mensen met behoorlijke intellectuele ontwikkeling zich sterker tot het programma aangetrokken dan anderen.

Empirische evaluatie — Resultaten van psychotherapie empirisch vaststellen en meetbaar maken is een moeilijke opdracht. We heb-

ben voor dit programma een explorerend onderzoek opgezet. We gaan uit van de *self-report-gegevens* van 32 personen: vier groepen van vier echtparen. Een IQ-schatting (Matrices-Raven) gaf een Me van 115 bij een spreiding van 85 tot > 126. De leeftijd ging van 20 tot 56 jaar (Me = 32). Deze cliënten waren 1 tot 27 jaar gehuwd (Me = 10 j.). Ze hadden gemiddeld twee kinderen. We verzamelden onze gegevens onmiddellijk vóór en onmiddellijk nà het programma. Voor twee van onze instrumenten hebben we follow-up-gegevens van zes maand na het programma.

Hypothesen — We gingen ervan uit dat deze echtparen ná het programma een betere *relatie* met elkaar zouden hebben dan ervoor. Om onze resultaten operationeel te kunnen vastleggen, moesten we op zoek naar een opvatting die dat zou toelaten. We maakten gebruik van de dimensies die door Rogers (13, 14) in een persoonsbevorderende relatie worden onderscheiden. Onze eerste hypothese is dan dat de onvoorwaardelijke positieve gevoelens, de empathie en de echtheid zouden toenemen in deze relaties. Verder verwachtten we ook dat elke cliënt *individueel* zou evolueren.

De theorie van Maslow (11) over de zichzelfrealizerende persoonlijkheid diende hier als basis om te komen tot een operationeel uitwerken van de persoonlijke groei. In zijn opvatting zouden we verwachten — tweede hypothese — dat de cliënten zouden evolueren in de richting van meer autonomie, meer erkenning en uitdrukking van eigen gevoelens, meer zelfwaardegevoel en meer zelfaanvaarding, meer erkenning van de eigen agressiviteit en meer soepelheid tegenover normen. We verwachten ook dat ze meer in het heden zouden leven, dan bezeten zijn door toekomst of verleden.

Dertien cliënten kwamen met *sexuele dysfuncties* naar het programma en kregen een Masters-en-Johnsontherapie. Hier werd verwacht, als derde hypothese, dat ze zouden evolueren in de richting van een volledig bevredigende sexuele relatie.

Instrumenten — Voor evaluatie van de veranderingen in de *relatie* maakten we gebruik van de *Relatievragenlijst* (10). Het gaat om een afgeleide en verbeterde versie van de Relationship Inventory die door Barrett-Lennard (4) werd opgesteld om de Rogeriaanse dimensies in de relatie meetbaar te maken. De nederlandstalige aanpassing en verbetering leidde tot een vorm van 50 items die vijf grondhoudingen op een psychometrisch verantwoorde wijze met 5 subschalen van 10 items bestrijkt:

– *positieve gezindheid:* de positieve gevoelens die men voor iemand heeft zoals waardering, interesse, genegenheid, hartelijkheid;
– *empathie:* het vermogen de wereld van de partner aan te voelen alsof het de eigen wereld was;
– *transparantie:* het zich laten kennen als persoon, de mate waarin men doorzichtig en duidelijk is voor de partner in verband met de gevoelens die men ten opzichte van zichzelf en zijn partner heeft, meegedeelde echtheid;
– *directiviteit:* de mate waarin men beslist in de plaats van de partner, hem overdreven beschermt of zijn mogelijkheden onderschat;
– *onvoorwaardelijkheid:* houding, afgesplitst van de onvoorwaardelijke positieve gevoelens, waarbij men aan de partner geen voorwaarden stelt, waarbij

men hem volkomen aanvaardt zoals hij is;
Deze grondhoudingen komen om beurt aan bod in 50 items waarop men in zes categorieën kan scoren. De subschalen zijn opgesteld op basis van factoranalytisch onderzoek. Hun betrouwbaarheid gaat van 0,93 tot 0,68. Er zijn twee vormen: vorm A geeft aan hoe ik de grondhoudingen van de ander tegenover mij ervaar (b.v. 'Ik heb het gevoel dat zij me afkeurt'). Vorm B geeft aan hoe ik zelf mijn houding tegenover hem zie (b.v.: 'Ik voel dat ik hem afkeur.').
Thorton vond met de Amerikaanse vorm van deze vragenlijst een correlatie van 0,92 met de Mariage adjustment Schedule van Burgess (17).

We verwachtten dus een stijging op de schalen van positieve gezindheid, empathie en transparantie. We verwachtten een daling in de directiviteit. Inzake onvoorwaardelijkheid was het moeilijk een hypothese te maken. Om de *individuele groei* vast te leggen gebruikten we de Personal Orientation Inventory (16) (9). We gebruikten de voorlopige nederlandstalige versie.* Het gaat om een 150 paar waarde- en gedragsbeoordelingen waaruit men er telkens één moet kiezen. Elk item wordt bij de verwerking tweemaal gescoord. Eerst voor de basisdimensies van de *selfactualising person:* de zelfstandigheid en de tijdscompetentie. Dan voor tien subschalen die elk een dimensie van de zelfactualisatie beslaan. We werkten met de ruwe scores. Deze schaal wordt aanbevolen om de veranderingen in een persoon te evalueren (5).
Laten we de twee hoofdschalen en de tien subschalen even voorstellen.

De twee hoofdschalen hebben telkens twee dimensies:
1 — *Time competence-Time incompetence:* meet de mate waarin iemand in het heden leeft en heden, verleden en toekomst voor hem een zinvol geheel vormen. Dit in tegenstelling tot degenen die vooral in het verleden leven met schuld, berouw of wrevel, of in de toekomst met niet gerealiseerde wensen, verwachtingen en angsten (23 items).
2 — *Inner support-Other support:* gaat na of iemands gedrag afgestemd is op hemzelf of op de anderen. Zelfstandige individu's worden vooral geleid door verinnerlijkte principes en motivaties. Wie op de anderen is afgestemd is tot op grote hoogte beïnvloedbaar (137 items).
Bij ons onderzoek hielden we alleen rekening met één dimensie van deze complementaire schalen: *time competence* en *inner support*. De tien subschalen zijn:
— *Self-actualising value:* geeft de mate aan waarin iemands waardesysteem gelijkt op dat van de zichzelf realiserende persoonlijkheid (26 items);
— *Existentiality:* betreft de soepelheid waarmee iemand waarden in zijn leven toepast 'met gezond verstand' (32 items);
— *Feeling reactivity:* de mate waarin men eigen gevoelens en noden aanvoelt (32 items);
— *Spontaneity:* de mate waarin men zijn gevoelens spontaan uit (18 items);
— *Self Regard:* de mate waarin men zichzelf graag heeft, zelfwaardegevoel (16 items);
— *Self Acceptance:* aanvaarding van eigen zwakheden en tekorten (16 items);

* Die aan het Centrum voor Client-centered therapie en counseling van de Katholieke Universiteit Leuven bewerkt wordt o.l.v. G. Lietaer.

– *Nature of Man;* Constructive: de mate waarin men de mens ziet als zijnde essentieel goed en waarin men de tegenstellingen in de mens kan verzoenen (16 items);
– *Synergy:* de mate waarin men de tegenstellingen in het leven niet ziet als tegenstrijdig, maar als betekenisvol met elkaar verbonden: werk en spel, lust en liefde, enz. (slechts 9 items);
– *Acceptance of agression:* de mate waarin men agressie in zichzelf kan aanvaarden, zonder ontkenning of verdringing (25 items);
– *Capacity for intimate contact:* geschiktheid om tot een contactvolle intieme relatie te komen, zonder overdreven verplichingen en verwachtingen (28 items).

Voor de evaluatie van de veranderingen inzake de *sexualiteit* hebben we zelf een rating scale opgesteld die volgende trappen omvat:
0 = geen enkele prettige aanraking
1 = prettige aanraking op sommige lichaamsdelen
2 = genitaal contact aangenaam, zonder intromissie
3 = intromissie pijnloos
4 = aangename coïtale bewegingen
5 = zaaduitstorting na intromissie, orgasme

Deze schaal werd door de therapeuten ingevuld aan de hand van concrete gedetailleerde gegevens van de cliënten.
Resultaten — Laten we eerst de gegevens voor de *relatie* bekijken (Tabel 1).

Tabel 1:
Gemiddelden van de R.V.-subschalen, vóór, ná de training en na zes maanden, voor beide vormen van de R.V. (N=32)

	vorm A			vorm B		
subschaal	x voor	x na	x na 6 m.	x voor	x na	x na 6 m.
posit. gezind.	41,03	45,15[3]	43,25	42,18	45,87[3]	43,00
empathie	34,59	37,81[3]	37,12[1]	38,09	36,93	36,31[1]
transparantie	35,15	40,96[3]	39,62[1]	39,50	41,40	41,00
directiviteit	38,46	36,09[2]	38,87	38,46	36,43[1]	35,53[2]
onvoorwaardelijkheid	37,84	34,53[2]	35,62	38,12	35,37[3]	37,59

[3] t-toets significant op 0,01; [2] op 0,05 en [1] op 0,10 α-niveau

Na het programma is de positieve gezindheid in beide vormen significant toegenomen. De directiviteit is significant gedaald in vorm A en op 0,10 niveau in vorm B. De onvoorwaardelijkheid daalt in beide vormen op significante wijze. De empathie bij de partner is gestegen; die in vorm A, bij zichzelf, is gedaald. De transparantie in de A-vorm is gestegen op significante wijze, in de B-vorm niet significant.
Na zes maanden vinden we stijging van de empathie en de transparantie in de A-vorm op 0,10 niveau. De empathie tegenover de partner is gedaald op 0,10 niveau. Na zes maand is de directiviteit

tegenover de partner (B-vorm) significant afgenomen. (Zie ook Figuur 1 en Figuur 2).

I.v.m. de gegevens voor de *persoonlijke groei* beschikken we tot nu toe alleen over de stand vóór en nà het programma (zie tabel 2).

Tabel 2:
Subschalen van de P.O.I.: t-waarden, en significantieniveau van de verschillen tussen de afnemingen vóór en ná het programma (N=32)

schaal	t^0	α-niveau
inner support	6,234	0,0005
time competence	3,585	0,001
self actualising value	4,542	0,0005
existentiality	4,108	0,0005
feeling reactivity	3,456	0,001
spontaneity	3,830	0,0005
self regard	2,343	0,025
self acceptance	3,791	0,0005
nature of man	– (gedaald)	
synergy	0,840	n.s.
acceptance of agression	2,649	0,01
capacity intimate contact	5,361	0,0005

We vinden dus zeer significante stijgingen op alle schalen, behalve op de Synergy-schaal en op de Nature of Man-schaal.
Nu volgen de resultaten van de therapie voor de *sexuele dysfuncties* bij volgende stoornissen: primaire impotentie (N=3), situationele anorgasmie (N = 4) en primaire anorgasmie (N = 6) (zie tabel 3). Hier beschikken we ook over follow-up gegevens na zes maand.

Tabel 3:
Resultaten op een rating scale van de Masters-en-Johson-therapie bij sexuele dysfuncties per diagnostische categorie en per patiënt, met aanvangsniveau, eindniveau en niveau na zes maanden

dysfunctie	N	voor	na	na 6 maanden
prim. impotentie	3	2	5	5
		0	4	4
		0	3	4
prim. anorgasmie	6	0	4	4
		0	4	4
		1	4	5
		0	5	4
		0	5	5
		0	4	4
situat. anorgasm.	4	0	4	4
		1	4	3
		1	5	5
		1	4	4
totaal	13	x: 0,46	4,22	4,16

Op één na hebben alle cliënten het vierde niveau bereikt: ze kwamen tot aangename coïtale bewegingen. Vier bereiken een volledige orgastische reactie. Het aanvangsniveau lag bij de meesten erg laag.

Bespreking — Laten we eerst de veranderingen in de *relatie* bespreken. Voorzover de Relatievragenlijst inderdaad iets zegt over de vermelde dimensies, mag men wel zeggen dat de meeste cliënten in meerdere opzichten significant veranderd zijn in richting van onze hypothese. Op de dimensie van Positieve Gezindheid is er een significante stijging na drie weken: men ervaart zijn partner en zichzelf als meer positief gezind tegenover de ander. De Empathie bij de partner ervaart men als toegenomen, terwijl men zichzelf inzake empathie ziet dalen. Dit laatste kan te wijten zijn aan de oefeningen waardoor men afleert van gedachten te lezen en allerlei dingen bij zijn partner te veronderstellen. Het zou wel kunnen dat men als resultaat hiervan zichzelf beter ingevoeld weet terwijl men zelf het eigen empathisch vermogen wat critischer gaat bekijken. Deze effecten blijven ook nog na zes maanden duren, zij het in geringere mate. Verder is het ook volgens onze hypothese dat de Transparantie significant gestegen is voorzover die bij de partner ervaren wordt. Dit effect blijft zich na zes maanden manifesteren op 0,10 niveau. Er is weinig verandering in de percenten van de eigen transparantie. Dat de directiviteit is afgenomen is niet verwonderlijk, vermits men in het Communicatiecentrum zoveel aandacht besteedt aan de gelijkwaardigheid. Men beleeft zowel zichzelf als zijn partner als minder directief. Merkwaardig is ook dat men na zes maand zelf significant veranderd blijft op dit domein. De daling van de onvoorwaardelijkheid is zeer significant. Dit stelt een eigen probleem dat we elders behandeld hebben (18). Voorzover we dus van uit dit *meetinstrument naar de relatie mogen veralgemenen lijken deze relaties op een ingrijpende wijze veranderd en blijven enkele van deze effecten na zes maanden doorwerken.*

Wat de *individuele groei* betreft liggen de resultaten ook in het verlengde van onze hypothese. Over het geheel genomen zijn de cliënten in hun opvattingen, voorzover die door de P.O.I. worden 'gemeten' significant veranderd in de richting van de zichzelfrealizerende persoonlijkheid. Ze zijn meer zelfstandig geworden en leven meer in het heden. Ze erkennen hun gevoelens meer, ook de aggressieve. Ze aanvaarden zichzelf meer en hun zelfwaardegevoel lijkt gestegen. Hun spontaniteit is vergroot en ze staan meer open voor intieme contacten. Dit alles voorzover de P.O.I. een index is van hun opvattingen over waarde en gedrag. Het gaat niet om gedragsobservaties. Op beide schalen die een optimistische en verzoenende kijk op de wereld betreffen, is er geen verandering. Is dit te wijten aan die aspecten van het programma waar men afleert te vlug toe te geven?

Toch lijken deze *cliënten in hun beleving significant veranderd te zijn in de richting van de zichzelfrealiserende persoonlijkheid.*

Tenslotte is er ook *voor de sexuele problematiek een merkwaar-*

dig resultaat. Hoewel het schema van de korte behandelingsmethode strikt wordt gevolgd, liggen onze resultaten evenwel duidelijk lager dan die van Masters-en-Johnson (12). Misschien is dit te wijten aan enkele verschillen met de oorspronkelijke therapie. Die verschillen zijn: 1. men heeft geen sessies in het weekend en op woensdag, 2. men werkt niet alleen aan de sexualiteit maar aan de hele relatie, 3. er heerst geen sfeer van continue sexuele revalidatie, 4. sommige therapeuten hebben nog geen uitgebreide ervaring, 5. de graad van psychopathologie van de cliënten is waarschijnlijk zwaarder dan die van de Amerikaanse groep. Eén derde van onze cliënten was vroeger psychiatrisch opgenomen.
Het feit dat men tegelijkertijd aan de hele relatie werkt, lijkt eerder een negatieve invloed te hebben op de Masters-en-Johnson-therapie. (Misschien brengt het onderzoek van W. Everaerd (6) op dit gebied enige opklaring.) Paren met een goede relatie hebben meer kans op succes (19). Hoewel er na zes maand een zekere terugval is, mag men als besluit van deze empirische evaluatie wel stellen dat de zeer gunstige klinische indruk op een objectieve — zij het beperkte — basis werd bevestigd, zowel voor de relatie en de persoonlijke groei als voor de sexuele problematiek.

Summary

Working methods, basic philosophy and results of an experimental therapeutic program: the Communication Centre for marital partners at Lovenjoel, near Leuven.

The article gives a short description of the working methods, the basic philosophy and the results of an experimental therapeutic program for marital partners, established at the University of Leuven in 1972. This program is organised on a three-week, full-time basis and includes daily sessions of couples therapy by dual-sex teams of therapists, as well as daily meetings with the total group of clients. In the latter, the emphasis is put upon training and cognitive learning. This intensive, educational program is meant to offer an alternative to more traditional forms of psychiatric treatment.

The first assessment of the clinical results is very promising. An interesting finding is that those clients who bring about some concrete change in their lives, continue to improve after the therapy and this independently of the insights gained or progress made during the training.

A first attempt to operationalise the efficiency of the program was also made. The *partner relationship* was analysed by means of a revision of the Relationship Inventory (Barrett-Lennard, Lietaer). At the end of the three week program a very significant increase on the Positive Regard scale and a significant negative change on the Directive and Unconditionality scales was found (N=32). Also, on the Transparancy and Empathy scales a significant positive change was found in the perception of the attitudes of the partner. This same change pattern was found in a follow-up research after 6 months. As for the *individual* growth, measured by the Personal Orientation Inventory (Shostrom), also very significant positive changes on a number of dimensions of the selfactualising person were found.

The *sexual adaptation* for cases of primary and situationally anorgasmy and primary impotence was measured by a subjective rating scale (N=13). Most patients rated on this scale started the program on a level of 'no pleasant bodily contact' and arrived after the program on a level of 'pleasant coital movements'. At the 6 month's follow-up they continued to function on the same level.

Literatuur

1 G. Bach en P. Wyden, *The Intimate Ennemy,* Avon Books, New York, 1970.

2 C. B. Bakker, M. K. Bakker–Rabdau, *No Trespassing. Explorations in Human Territoriality.* Chandler and Sharp, San Francisco, 1973.

3 C. B. Bakker, H. E. Armstrong, The Adult Development Program, in *Proceedings of the Fifth World Congress of Psychiatry,* Mexico, 1971.

4 G. T. Barrett–Lennard, Dimensions of therapist response as casual factors in therapeutic change. *Psychol. Monogr.* 1962, Vol. 76, No. 43 (Whole No. 562), 1-36.

5 A. E. Bergin, S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and Behavior Change. An Empirical Analysis.* John Wiley en Sons, New York, 1971.

6 W. Everaerd, Het onderzoek naar de behandeling van stoornissen in de beleving van de seksualiteit in man vrouw-interacties. Gepolycopieerd. *Instituut Klinische en Industriële Psychologie,* R.U. Utrecht, 1973.

7 T. Gordon, *Parent Effectiveness Training,* Wyden, New York, 1972.

8 J. Haley, *Strategies of Psychotherapy,* Grune & Stratton, New York, Londen, 1971.

9 R. R. Knapp, *The measurement of self-actualisation and its theoretical implications. A report of research based on the Personal Orientation Inventory* (POI). Educational and Industrial testing service. San Diego, Cal., 1971.

9b W. J. Lederer, D. D. Jackson, *The mirages of marriage,* Norton & Company Inc., 1968.

10 G. Lietaer, Nederlandstalige revisie van Barrett-Lennard's Relationship Inventory. Een factoranalytische benadering van de student-ouderrelatie. *Ned. Tijdschrift Psychologie,* ter perse.

11 A. Maslow, *Toward a psychology of being.* Van Nosland, New York, 1962.

12 W. H. Masters, V. E. Johnson, *Human Sexual Inadequacy,* Little Brown & Co., Boston, 1970.

13 C. R. Rogers, The necessary and sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change, *J. Consult. Psychol.,* 1957, 21, No. 2, 95-103.

14 C. R. Rogers, *Becoming Partners. Marriage and its Alternatives.* Delacorte Press, New York, 1972.

15 V. Satir, *Conjoint Family Therapy,* Science and Behavior Books, Palo Alto, Californië, 1964.

16 E. L. Shostrom, *Manual for the Personal Orientation Inventory.* Educatitonal and Industrial Testing Service, San Diego, Californië, 1966.

17 B. M. Thorton, *Dimensions of perceived relationship as related to marital adjustment.* Unpublished masters thesis. Auburn, Ala. 1960. Samengevat in G. Barrett-Lennard, *Technical Note on the 64-item revision of the Relationship Inventory.* University of Waterloo, 1966.

18 A. Vansteenwegen, *Opleiding in de client-centered psychotherapie.* Ongepubliceerd specialisatieverslag, K.U. Leuven, 1973.

19 A. Vansteenwegen, J. Verhulst, Behandeling van sexuele dysfuncties met Masters-en-Johnsontherapie. *Tijdschrift voor Geneeskunde,* 1974 (in druk).

20 J. Verhulst, *Pokerspelgeneeskunde. Psychiatrie spel van het toeval?* De Nederlandse boekhandel, Antwerpen/Utrecht, 1972.