



Provocatieve Therapie:

Een exploratie van het therapieproces

Masterthesis Klinische & Gezondheidspsychologie

Naam: Florian Roman

Jaartal: 2012

Begeleidende docent: Sibe Doosje

Samenvatting: Provocatieve therapie is een psychotherapeutische werkwijze waarin wordt verondersteld dat wanneer de cliënt op zorgzame, humoristische wijze door de therapeut wordt geprovoceerd en dit binnen zijn eigen referentiekader gebeurt, de cliënt geneigd is om te veranderen op een manier die tegengesteld is aan de definitie die de therapeut aan hem als persoon geeft. Provocatieve therapie wordt ook wel beschreven als een combinatie van (therapeutische)warmte, humor en uitdaging. In dit explorerend onderzoek is het therapieproces gevolgd van 13 deelnemers van provocatieve therapiesessies. Live observaties zijn vergeleken met video observaties van Frank Farrelly, de grondlegger van provocatieve therapie. Onderdelen van de aspecten warmte, humor en uitdaging bleken in verschillende mate aanwezig. Cliënten gaven een beschrijving over de ervaring van deze aspecten. De mate van extraversie van cliënten bleek invloed te hebben op het therapieproces en de mate van psychologische reactiviteit bleek geen invloed te hebben. Verder bleek dat cliënten vaker werden aangeraakt en minder vaak verbaal verzet toonden tijdens de videogesprekken van Frank Farrelly in vergelijking met de live gesprekken van de Nederlandse provocatieve therapeuten. Uit de therapie-uitkomst meting bleek dat cliënten de sessie als positief en nuttig hadden ervaren. Ten slotte zijn er een aantal provocatief therapeutische technieken beschreven en zijn er implicaties voor vervolgonderzoek aangedragen.

Abstract: Provocative therapy is a psychotherapeutic method with the hypothesis that when a client is provoked by the therapist in a caring and humoristic way and this happens within his own frame of reference, the client will change in a way that's contradictory to the definition the therapist is giving to him or her as a person. Provocative therapy is also referred as a combination of the aspects (therapeutic)warmth, humor and provocation. In this explorative study the process of 13 participants who take part of a provocative therapy session has been followed. The live observations were compared to video observations of Frank Farrelly, the founder of provocative therapy. Parts of the aspects of warmth, humor and provocation all seemed present to a different extent. Participants gave a description of their experiences with these aspects. The personality trait extraversion seemed to be of influence of the therapy

process, while psychological reactivity seemed to have no influence. Clients on the Frank Farrelly videos were more often touched by the therapist and showed less verbal resistance to the suggestion of the therapist in comparison to Dutch provocative therapists. The Therapy Result measure showed that clients regarded the session as positive and useful. In addition, a few provocative techniques were described and implications for future research were made.

Voorwoord

Sinds ik in 2006 kennis maakte met provocatieve therapie heeft het me erg veel plezier opgeleverd. Het is zowel interessant als leuk om steeds weer te merken hoe absurditeit en plagerij tot een verbetering van geestelijke gezondheid kan leiden. Nieuwsgierigheid naar dit onderwerp heeft tot het idee geleid om er onderzoek naar te doen in het kader van de masterthesis Klinische & Gezondheidspsychologie. Het was boffen dat dit vanuit de Universiteit Utrecht mogelijk was. Dit heb ik voornamelijk te danken aan mijn begeleidende docent Sibe Doosje, die me heeft geleerd dat er bijna altijd meerdere wegen naar Rome leiden. Ik wil hem graag bedanken voor het leerzame en gezellige contact. Daarnaast wil ik de provocatieve therapeuten Paul Berghuis, Gijs van Dinther, Frederique Driessens, Jaap Hollander, Mirjam Nagel, Sergio van der Pluijm, Freek Sarink, Jeroen Stek, Adélka Vendl en Jeffrey Wijnberg bedanken. Zij hebben naast het geven van hun visie over provocatieve therapie gezorgd dat er therapie sessies beschikbaar waren ter observatie. Ten slotte zou ik graag alle deelnemers willen bedanken, zonder hen was er immers geen onderzoek mogelijk.

Inleiding

Provocatieve therapie is een vorm van psychotherapie ontwikkeld door Frank Farrelly in de jaren 60. Oorspronkelijk was de werkwijze van Farrelly cliëntgericht maar door ontevredenheid over zijn effectiviteit als therapeut begon hij zijn cliënten te benaderen met humor en confrontatie. De daaropvolgende decennia benutte Farrelly om de technieken die hij gebruikte om cliënten in beweging te brengen aan te scherpen. Dit resulteerde in het boek 'provocative therapy' en het wereldwijd verzorgen van workshops voor geïnteresseerden (Farrelly & Brandsma, 1981). Verschillende psychologen en sociaal werkers uit Amerika, Europa, Rusland en Australië pikten deze werkwijze op. In Nederland zijn dit Jaap Hollander en Jeffrey Wijnberg, twee psychologen die tot op de dag van vandaag de opleiding 'provocatief coachen' verzorgen.

Over provocatieve therapie zijn geen wetenschappelijke publicaties bekend, enkel een aantal boeken. In de jaren 80 is er wel een trend waarneembaar in een groeiend aantal publicaties over paradoxale interventies. Deze interventies komen overeen met provocatieve technieken in de zin dat er gebruik wordt gemaakt van tegenstrijdigheid en humor bij het behandelen van psychische problemen (Brown & Slee, 1986). Een paradox kan worden gedefinieerd als *een tegenstrijdige uitspraak welke mogelijk gebruik maakt van meerdere semantische niveau's* (Brown & Slee, 1986). Wanneer een paradoxale interventie in gesprekstherapie wordt toegepast worden cliënten aangespoord om zich te verenigen met hun pathologische gedrag in plaats van ertegen te strijden, terwijl het

therapeutisch contact getuigt van empathie en humor (West, Main & Zarski, 1986). Een voorbeeld van een paradoxale techniek is de door Victor L. Frankl ontwikkelde *paradoxale intentie techniek*, waarbij cliënten hun problematische symptomen beoefenen. De cliënt kan hierdoor een symptoom bewust oproepen en ervaart meer controle aangezien het problematische gedrag niet meer onvrijwillig gebeurt (Michelson & Ascher, 1984). Het 'uitzetten' van een symptoom zal gemakkelijker gaan wanneer een cliënt deze eerst 'aan kan zetten' (West, Main & Zarski, 1986). De rol van de therapeut hierbij is om de cliënt te stimuleren te worden wie hij werkelijk is, in plaats van proberen te veranderen in iemand die hij denkt dat hij vanuit zijn sociale omgeving moet zijn (Breisser, 2004). Paradoxale technieken kunnen verdeeld worden in *berustinggerichte strategieën* en *verzetgerichte strategieën* (Dowd & Swoboda, 1984). Bij berustinggerichte strategieën gaat men er vanuit dat verandering optreedt omdat de cliënt meegaat met de suggesties van de therapeut, terwijl er bij verzetgerichte strategieën vanuit wordt gegaan dat verandering optreedt omdat de cliënt zich verzet tegen deze suggesties (Espie & Lindsay, 1984; Down & Swoboda, 1984; Shoham-Salomon, Avner & Neeman, 1989). Wetenschappelijke studies naar de effectiviteit van paradoxale interventies zijn voornamelijk afkomstig uit de jaren '80 en getuigen van een gebrek aan controlegroepen. Toch zijn er positieve berichten betreft de effectiviteit, zo beschreven Michelson et. al. (1984) dat paradoxale interventies effectief kunnen zijn bij het behandelen van agorafobie en paniekstoornissen. In een ander onderzoek over het behandelen van fobische, obsessief-compulsieve en paniekgerelateerde klachten herstelde 88.2% van de 51 patiënten of realiseerde verbetering (Gerz, 1966). Paradoxale interventies bleken ook effectief bij het behandelen van chronische insomnia (Espie & Lindsay, 1984), obsessieve gedachten (Solymon, Garza-Perez, Ledwidge & Solymon, 1972) en tevens succesvol in gezinstherapie (Coyne & Biglan, 1984).

Bij zowel paradoxale als provocatieve therapie wordt de cliënt in beweging gebracht door gebruik te maken van verzet. Het verschil tussen deze twee werkwijzen ligt in de basishouding van de therapeut. Paradoxale therapie is therapie meer een verzameling technieken die de therapeut op een congruente wijze en in overleg met de cliënt toepast (Hill, 1992). In tegenstelling tot paradoxale therapie neemt een provocatieve therapeut voordurend de houding van 'de plaaggeest' of 'de advocaat van de duivel' aan (Farrelly & Brandsma, 1981; Hollander & Wijnberg, 2006). De provocatieve therapeut benadert de cliënt door middel van non-verbale acceptatie maar kiest ondertussen partij voor de negatieve kant van de cliënt (Farrelly & Brandsma, 1981). Een veronderstelling van provocatieve therapie is dat wanneer de cliënt door de therapeut wordt aangemoedigd om zijn zelfbelemmerende, deviante gedrag voort te zetten, deze de neiging krijgt om gedrag te gaan vertonen dat meer in overeenstemming is met sociale normen. Tevens wordt er vanuit gegaan dat wanneer de cliënt op zorgzame, humoristische wijze door de therapeut wordt geprovoceerd en dit binnen zijn eigen referentiekader gebeurt, de cliënt geneigd is om te veranderen op een manier die tegengesteld is aan de definitie die de therapeut aan hem als persoon geeft (Farrelly & Brandsma, 1981). Deze laatstgenoemde veronderstelling benadrukt het gebruik van verzetgerichte strategieën.

Provocatieve therapie wordt in de Nederlandse literatuur dikwijls beschreven als een combinatie van de elementen warmte, humor en uitdaging (Hollander & Wijnberg, 2005). *Warmte* wordt uitgedrukt in het contact tussen cliënt en therapeut en wordt in dit

onderzoek gedefinieerd als *de mate waarin de relatie tussen therapeut en cliënt positief gewaardeerd wordt* (Hafkenscheid, Duncan & Miller, 2010). De provocatief therapeutische relatie wordt ook wel beschreven als '*affectionate banter between friends*', een plagerig en vriendelijk contact met een grote dosis onvoorwaardelijke acceptatie (Farrelly & Brandsma, 1981; Hollander & Wijnberg, 2005). Warmte is voor een toeschouwer te zien door te kijken naar de letterlijke afstand tussen therapeut en cliënt; hoe meer warmte, des te dichter zitten ze op elkaar. De provocatief therapeut maakt daarom voortdurend lichamelijk contact met de cliënt (Farrelly & Brandsma, 1981; Hollander & Wijnberg, 2006). Warmte komt ook tot uitdrukking doordat de provocatief therapeut streeft naar *integriteit*. Dit betekent dat therapeuten in hun handelen eerlijkheid, gelijkwaardigheid en openheid tegenover betrokkenen betonen. Zij scheppen tegenover de cliënt duidelijkheid over de rollen die zij vervullen en handelen in overeenstemming daarmee (NIP, 2012). In provocatieve therapie wordt de integriteit tevens bewaakt door een interpretatiekader aan de cliënt te geven. Dit houdt in dat de therapeut uitleg geeft over de werkwijze, de rol die hij speelt en mogelijke reacties die bij de cliënt kunnen opkomen (Hollander & Wijnberg, 2005). Wanneer cliënten een therapeutische techniek begrijpen heeft dit als bijkomend voordeel dat ze zich meer bewust zijn van mogelijke veranderingen omdat ze op zoek gaan naar mogelijke effecten van deze techniek (Hill, 1992). Conoley en Beard (1984) deden een onderzoek waarbij een paradoxale interventie vergeleken werd met een non-directieve interventie. Zij concludeerden dat beide interventies sterk getuigden van door de cliënt waargenomen empathie, warmte en authenticiteit. *Humor* wordt in provocatieve therapie toegepast om de therapeutische relatie in een speelse context te zetten en om verwarring bij de cliënt te veroorzaken (Farrelly & Brandsma, 1981). Het creëren van verwarring door middel van humor kan verklaard worden door de werking van een mop, welke bestaat uit een context en 'de pointe'. Binnen een bestaande context heeft de pointe het grootste effect wanneer deze een absurde wending geeft aan de context. Kortstondige incongruentie schokt de normale waarneming wat vaak resulteert in een lach. Er kan onzekerheid tot stand komen wanneer het oorspronkelijke kader waardoor de context werd beschouwd geen stand meer houdt. Dergelijke onzekerheid bij de cliënt wordt als functioneel beschouwd wanneer het de cliënt aanspoort om zijn gedrag of denkpatronen vanuit een nieuw kader te bekijken (Farrelly & Brandsma, 1981). Volgens '*the association for applied and therapeutic humor*' is therapeutische humor elke interventie die bevorderlijk is voor de gezondheid door het stimuleren van een speelse ontdekking, expressie of waardering van incongruente of absurde situaties die zich in het dagelijkse leven voor kunnen doen. Deze interventies kunnen de gezondheid verbeteren of van toegevoegde waarde zijn voor de behandeling door op psychisch, sociaal, emotioneel, cognitief of spiritueel niveau bij te dragen aan het proces van genezing (Sultanoff, 2000). *Uitdaging* is gericht op het oproepen van verzet bij de cliënt. De therapeut maakt gebruik van *paradoxale interventies*, deze worden gedefinieerd als interventies die gebruik maken van verzet bij de cliënt om therapeutische doeleinden te behalen (Brown & Slee, 1986).

De respons die de cliënt op deze interventies heeft kan variëren door persoonsgebonden factoren als *Reactiviteit* en *Extraversie*. *Psychologische reactiviteit* is de mate waarin een individu geneigd is om weerstand te bieden tegen suggesties van anderen en kan zowel op verbale als non-verbale wijze worden geuit (Shoham-Salomon, Avner & Neeman, 1989). *Extraversie* is een bredere persoonlijkheidstrekk en bepaalt de spraakzaamheid, assertiviteit en enthousiasme van een persoon (Buss & Larsen, 2008). Geïnterviewde provocatieve therapeuten stelden dat cliënten verschillen in de mate waarin ze zich verzetten tijdens een provocatieve sessie. Daarnaast merkten zij ook een verschil in de uitdrukking van dit verzet op waarbij extraverte mensen meer verbaal verzet toonden en introverte mensen meer non-verbaal verzet. Dergelijke persoonsgebonden factoren zijn dus mogelijk van invloed op het therapieproces.

Bij gebrek aan wetenschappelijke literatuur over een behandelmethod die wel toegepast wordt, is het nuttig om explorierend onderzoek uit te voeren (Swanborn, 2004). In dit onderzoek wordt er een beeld gegeven van hoe provocatief therapie er in Nederland uit ziet. Ten eerste wordt er een beschrijving van het therapieproces gegeven door te toetsen in welke mate aspecten als humor, warmte, uitdaging en verwarring aanwezig zijn. Hierbij zullen live sessies door Nederlandse provocatief therapeuten worden vergeleken met video sessies van Frank Farrelly om te toetsen of er verschillen zijn tussen de werkwijze van de grondlegger en die van hedendaagse provocatief therapeuten. Ten tweede wordt er verwacht dat de persoonsgebonden factoren extraversie en reactiviteit van cliënten van invloed zijn op de uiting van verzet. Ten derde zullen er een aantal centrale aannames van provocatieve therapie worden getoetst. Omdat lachen en aanraken tijdens de sessies vaak tegelijkertijd plaatsvindt, wordt er verwacht dat lachen een mediator is in het verband tussen aanraking en de waardering die cliënten toeschrijven aan de therapeutische relatie. Het tot stand komen van verwarring kan op verschillende manieren worden verklaard. Enerzijds wordt er een constant beroep gedaan op de reactiviteit van de cliënt en anderzijds wordt de cliënt voortdurend aangespoord om te lachen om zijn problematiek. Er wordt verwacht dat het samenspel van humor en verzet leidt tot verwarring en dat hoe meer de cliënt in de war is direct na een sessie, des te hoger het verband is tussen het verbaal geuite verzet van de cliënt en het aantal keer dat de cliënt moest lachen. Als derde centrale aanname wordt er verwacht dat hoe meer de cliënt in de war is na een sessie, des te hoger het verband is tussen de reactiviteitscore van de cliënt en het aantal keer dat de cliënt moest lachen. Naast het beschrijven van het therapieproces, het toetsen van de invloed van persoonsgebonden factoren en de centrale aannames, zal er aandacht besteed worden aan hoe cliënten het therapieproces ervaren. Cliënten die aan dit onderzoek deelnemen, krijgen de gelegenheid om hun beschouwing te geven over de sessie die ze hebben gevolgd. Ten slotte zal er aan de hand van open observatie een beschrijving worden gemaakt van een aantal provocatief therapeutische technieken die verzet of een lachrespons bij de cliënt oproepen om de lezer een duidelijk beeld te geven van de werking van provocatieve interventies.

Methode

Design

Dit onderzoek was explorierend en zowel kwalitatief als kwantitatief van aard. Het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek had een within-subjects correlatieel design. Dataverzameling bestond uit een observatiemeting tijdens live sessies, een observatiemeting van video's met gesprekken tussen Frank Farrelly en cliënten, een nameting direct na de sessies en een uitkomstmeting twee weken na elke sessie. Daarnaast werden doormiddel van vragenlijsten de persoonlijkheidstrekken reactiviteit en extraversie gemeten. Tijdens de observatiemetingen en de nameting lag de nadruk op het toetsen van de aanwezigheid van warmte, humor, uitdaging en verwarring. Bij de uitkomst meting lag de nadruk op tevredenheid en therapietrouw. Het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek bestond uit het open gedeelte van de observatiemeting en een open beschrijving die cliënten tijdens de nameting en de therapie-uitkomst meting gaven. Deze onderdelen gaven het onderzoek gezamenlijk een beschrijvend karakter. Om de *interne validiteit* te verhogen werd er gebruik gemaakt van triangulatie en subject review. Triangulatie houdt in dat er data wordt verzameld vanuit meerdere bronnen om de kans te verhogen dat er samenhangende gegevens worden gevonden. In dit onderzoek werd er daarom gebruik gemaakt van live observaties en video observaties van provocatieve therapiesessies. Subject review houdt in dat de interpretaties van het onderzoek worden bekeken door een participant uit de onderzoeksgroep en worden voorzien van feedback.

Populatie

De populatie bestond uit provocatieve therapeuten enerzijds, en participerende cliënten anderzijds. In totaal namen 13 cliënten deel aan dit onderzoek, waaronder 6 mannen en 7 vrouwen (leeftijd $M=41$; $SD=13.18$) en 7 provocatieve therapeuten, waaronder 4 mannen en 3 vrouwen. De jongste participant was 24 en de oudste 59. Daarnaast waren er nog participanten op de geobserveerde video's zichtbaar, deze waren na schatting van middelbare leeftijd en bestonden uit ongeveer evenveel mannen als vrouwen. Alle deelnemers hadden het complete onderzoeksproces doorgelopen en de vragenlijsten compleet ingevuld, er was geen sprake van uitval. Dit onderzoek was gericht op het proces en het therapeutisch effect van provocatieve therapie. Het was daarom van belang dat participerende therapeuten deze methode actief toepasten en dat ze getuigden van expertise op dit gebied. Participerende therapeuten bestonden daarom uit therapeuten die de opleiding provocatief coachen aan het IEP (Instituut Eclectische Psychologie) hadden afgerond en deze methode wekelijks gebruikten. De opleiding provocatief coachen wordt al meer dan 10 jaar door het IEP verzorgd en is geaccrediteerd door het NIP (Nederlands Instituut van Psychologen). Het accreditatiereglement is een nascholingsactiviteit gericht op het bevorderen en behouden van de deskundigheid van geregistreerde psychologen in Nederland. Een particuliere opleiding komt pas in aanmerking voor accreditatie wanneer deze van post-master niveau is, inhoudelijk is gebaseerd op actuele, valide en betrouwbare wetenschappelijke kennis en aansluit op psychotherapeutische referentiekaders van de eerstelijns psycholoog (NIP, 2011). De opleiding wordt verzorgd door Jaap Hollander en Jeffrey Wijnberg, beide psychotherapeuten en tevens

Nederlandse grondleggers van provocatieve therapie. Na afronding van de opleiding wordt er vanuit gegaan dat de deelnemer kwaliteiten bezit voor het succesvol uitvoeren van provocatieve therapie.

Procedure

Provocatieve therapeuten werden via mailcontact geïnformeerd over de doelstelling van dit onderzoek en konden via deze weg ook hun akkoord geven voor deelname. Cliëntenwerving werd gedaan op uitnodiging van een provocatief therapeut. Cliënten werden voor elke therapeutische sessie door de therapeut of de onderzoeker geïnformeerd over de inhoud van het onderzoek. Voordat het onderzoek begon werd er een instemmingverklaring gegeven en kregen cliënten de mogelijkheid om hun e-mailadres in te vullen om na het onderzoek debriefing te ontvangen. Cliënten werden vooraf ook geïnformeerd over de doelstelling van het onderzoek en daarmee in de gelegenheid gebracht om instemming tot deelname te geven. Zeven therapiegesprekken vonden plaats in therapieruimtes en zes vonden plaats op open middagen waar demonstraties provocatieve therapie werden gegeven. Tijdens de open middagen was er publiek aanwezig. De sessies waren voornamelijk gericht op eerstelijnsproblematiek. Cliënten werden direct na de sessie door de onderzoeker apart genomen voor het afnemen van de nameting en werden na twee weken telefonisch gecontacteerd voor de therapie-uitkomst meting.

Instrumentarium

Live-Observatie

De observatiemeting was afgenomen doormiddel van een vooraf opgesteld observatieschema. Dit schema bestond uit vier kwantitatieve items en een open gedeelte voor het beschrijven van de gespreksdynamica. Het eerste item was een vraag op een binaire schaal en onderving de vraag of de therapeut het hierboven beschreven interpretatiekader aan de cliënt had overhandigd. Daarnaast werd er doormiddel van turven drie items gescoord over warmte, humor en uitdaging. De totaalscores van deze drie items werden gedeeld door het aantal minuten van het bijbehorende gesprek om deze te normaliseren. Het eerste item had als doel om verzet te meten, telkens als de cliënt verbaal verzet uitte werd hier een punt aan toegekend. Het tweede item ging over de aanwezigheid van humor, dit item kreeg een punt wanneer de cliënt moest lachen. Lachen werd pas gescoord wanneer er sprake was van een grijns in combinatie met vocaal lachen. Warmte werd gescoord door te letten op de mate waarin de therapeut fysiek contact maakte met de cliënt. In het open gedeelte van het observatieschema kon de observator extra aantekeningen maken over de gespreksdynamica, hier werd met name gelet op interventies van de therapeut die een verzetsreactie of een lachrespons bij de cliënt teweegbrachten.

Video-Observatie Frank Farrelly Video`s

Er zijn 11 video`s aan de hand van het observatieschema beoordeeld met daarop gesprekken van Frank Farrelly met verschillende cliënten. De opnames zijn gemaakt in het kader van de opleiding provocatief coachen in Nederland en Duitsland. Frank Farrelly is de grondlegger van provocatieve therapie en is sinds de jaren 60 werkzaam als provocatief therapeut. Video-observatie heeft als voordeel dat het gedrag van zowel de therapeut als de cliënt kan worden bekeken zonder dat de aanwezigheid van de onderzoeker invloed kan uitoefenen op het gesprek.

Nameting therapieessies

De eerste nameting vond direct na de therapieessie plaats. Er werd aan cliënten gevraagd in welke mate zij zich verward voelden, geneigd waren zich te verzetten tegen de suggesties van de therapeut, het gesprek humoristisch vonden en zich gehoord, begrepen en gerespecteerd voelden door de therapeut. Deze vragen hebben betrekking op de aspecten verwarring, verzet, humorwaardering en waardering van de therapeutische relatie. De eerste vraag die werd gesteld was; "*In welke mate voelt u zich verward en waar merkt u dit aan?*". De tweede vraag die werd gesteld was; "*In welke mate was u geneigd om verzet te bieden tegen de suggesties van de therapeut?*". De derde vraag was; "*In welke mate vond u het gesprek humoristisch?*". En ten slotte was de vierde vraag; "*In welke mate voelde u zich gehoord, begrepen en gerespecteerd door de therapeut?*". Er werd aan de cliënten gevraagd om deze te scoren op schaal 1 tot 10 waarbij 1 heel erg laag was en 10 heel erg hoog. Na elke vraag kreeg een cliënt de gelegenheid om aan de hand van een open gestelde vraag de gegeven score te beargumenteren.

Therapie-uitkomst meting

De therapie-uitkomst meting vond twee weken na de therapieessie plaats via telefonisch contact. Deze meting bestond uit de Outcome Rating Scale (ORS), een vraag over tevredenheid en twee open vragen over probleemverandering en therapietrouw. De ORS is een 4-item tellende schaal bestemd voor het meten van het welbevinden van de cliënt en kent een hoge betrouwbaarheid ($\alpha=.80$) (Hafkenscheid et. al., 2010). Voor elk item werd aan de cliënt gevraagd of ze een rapport cijfer wilden geven op schaal 1 tot 10. Dit werd ook gedaan voor de vraag hoe tevreden de cliënt was over het gesprek. Vervolgens werden er twee open vragen gegeven. De eerste open vraag was; "Wat heeft u ondernomen sinds de provocatieve sessie? Indien u niets heeft ondernomen, hoe denkt u dan nu over het probleem?". Deze vraag was bestemd om eventuele acties die de cliënt had ondernomen om aan het probleem te werken of anders een verandering in denkwijze over het probleem in kaart te brengen. Ten slotte werd er aan cliënten gevraagd of ze nog een keer terug zouden willen gaan naar een provocatief therapeut en waarom ze dit wel of niet zouden willen doen. Deze laatste vraag was bestemd om therapietrouw te meten.

Persoonsgebonden factoren

Persoonsgebonden factoren zijn bepaald door middel van een vragenlijst die de cliënt voor een provocatieve sessie moest invullen. In deze vragenlijst wordt er geïnformeerd naar leeftijd, sekse, opleidingsniveau en gesprekservaring met de provocatieve werkwijze. Om de persoonlijkheidsfactoren reactiviteit en extraversie in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de *psychological reactance scale* en het onderdeel Extraversie van de Nederlandse versie van de FIRNI (Five Individual Reaction Norms Inventory).

De *psychological reactance scale* is een 28 items tellende vragenlijst die afgenomen wordt op een 4-punt likertschaal. De functie van de schaal is om in kaart te brengen in welke mate een individu geneigd is zich te verzetten in sociale situaties. Dit kan doormiddel van verbaal of non-verbaal verzet (Dowd, Milne & Wise, 1991; Buboltz, Thomas & Donnell, 2002). De schaal is vanuit het Engels in het Nederlands vertaald om deze toegankelijker te maken voor de participanten van dit onderzoek.

De FIRNI is een in 2005 ontwikkelde schaal om persoonlijkheid te meten. De complete FIRNI omvat alle persoonlijkheidsfactoren van de BIG-5. In dit onderzoek is enkel gebruik gemaakt van de Extraversie schaal. Dit is een 10 items tellende vragenlijst die afgenomen wordt op een 4-punt likertschaal (Denissen & Penke, 2008).

Verwerking en analyse van de gegevens

Voor het verwerken en analyseren van de kwantitatieve data is gebruik gemaakt van het statistische computerprogramma SPSS. Omdat niet alle variabelen normaal verdeeld waren en er sprake is van een kleine onderzoeksgroep (N=13) is ervoor gekozen om de correlatieberekeningen te doen met Spearman's correlation. Moderatie en mediatie zijn berekend doormiddel van een lineaire regressie analyse. Voor het vergelijken van de behaalde scores van de live-observaties met die van de video-observaties is gebruik gemaakt van een enkelvoudige T-toets. Het verzamelen van kwalitatieve data werd gedaan aan de hand van open vragen die aan cliënten werden gesteld. Analyse van de antwoorden die cliënten op deze open vragen gaven werd gedaan door te letten op overeenkomsten en verschillen. Kwalitatieve data afkomstig uit de live en video observaties werden geselecteerd doormiddel van twee criteria. Ten eerste werd er op gelet in hoeverre een interventie van de therapeut lachen bij de cliënt veroorzaakte en ten tweede werd er gelet of een interventie van de therapeut verzet bij de cliënt opriep.

Resultaten

Beschrijving van het provocatieve therapieproces

Het proces van de provocatieve therapie sessies is doormiddel van drie metingen in kaart gebracht. Deze drie metingen waren een observatiemeting, een evaluatiemeting direct na elke sessie en een uitkomstmeting twee weken na elke sessie.

De eerste meting bestond uit een observatie van cliënt- en therapeutgedragingen tijdens de live en video sessies. De gemiddelde gespreksduur van de live sessies was 30 minuten (SD=29.89) en de gemiddelde gespreksduur van de Frank Farrelly video's was 24.91 (SD=3.65). Er werd gemeten in welke mate de cliënt verbaal verzet en een lachrespons uitte en hoe vaak de therapeut fysiek contact maakte met de cliënt. De resultaten van deze metingen worden weergegeven in tabel 1. Voor de live sessies geldt dat bij 11 van de 13 gesprekken het provocatieve interpretatiekader aan de cliënten werd gegeven. De twee participanten die deze niet ontvingen hadden al eerder deelgenomen aan een provocatief gesprek, er kan dus vanuit worden gegaan dat deze twee al bekend waren met deze vorm van communiceren.

Tabel 1.

Frequentie gemiddelde scores per 10 minuten van gedragingen van cliënten en therapeuten tijdens live sessies en video-opnames.

	Observatiemeting Live sessies			Observatiemeting Frank Farrelly Video's		
	Verbaal verzet	Lach respons	Fysiek contact	Verbaal verzet	Lach respons	Fysiek contact
Gem	4,17	6,94	2,84	0,90	9,50	10,58
St.dev	3,39	4,02	2,43	1,04	5,76	5,54

In tabel 1 is af te lezen dat cliënten tijdens de live sessies per tien minuten gemiddeld vier keer verbaal verzet uitten, zeven keer moesten lachen en ongeveer drie keer door de therapeut werden aangeraakt. Voor de video observaties geldt dat de cliënten per tien minuten gemiddeld één keer verbaal verzet uitten, negen keer moesten lachen en tien keer door de therapeut werden aangeraakt. De gemiddelde scores van de live observaties en de video observaties zijn met elkaar vergeleken en verschilden significant van elkaar. Cliënten geobserveerd op de Frank Farrelly video's werden vaker door de therapeut aangeraakt ($t(10)=6.33$; $p=.000$), moesten vaker lachen ($t(10)=5.46$; $p=.000$) en vertoonden minder vaak verbale uitingen van verzet ($t(10)=2.86$; $p=.017$). De groep cliënten die een live sessie hadden in aanwezigheid van publiek werd vergeleken met de groep cliënten die live sessies hadden in therapieruimtes om te toetsen of de aanwezigheid van publiek invloed had op het gedrag van de cliënt. Dit was het geval, cliënten die een live sessie hadden in aanwezigheid van publiek moesten significant vaker lachen dan cliënten die een live sessie hadden in een therapieruimte ($t(12)=5.20$; $p=.000$).

De tweede meting bestond uit een nameting die direct na elke sessie bij de cliënt werd afgenomen. Cliënten moesten op een schaal van 1 tot 10 aangeven in welke mate ze zich verward voelden, ze zich verzet hadden tegen de interventies van de therapeut, ze het gesprek humoristisch vonden en in welke mate ze zich begrepen, gehoord en

gerespecteerd voelden door de therapeut. Als nadere validatie is er getoetst of er sprake was van relaties tussen de scores van de live observatie en de nameting. Deze bleken niet significant met elkaar te correleren. De derde meting vond twee weken na elke sessie plaats en bestond uit de Outcome Rating Scale (ORS) en een item over tevredenheid, beide werden gescoord op een schaal van 1 tot 10. De resultaten van de tweede en derde meting worden weergegeven in tabel 2.

Tabel 2.

Scores van de Nameting en de Uitkomstmaten.

	Nameting				Uitkomstmaten	
	Verwarring	Verzet	Humor waardering	Therapeutische relatie	ORS	Tevredenheid
Gem	5,00	4,38	8,00	7,77	7,78	7,54
St.dev	2,52	2,72	1,00	1,14	0,59	1,05

In tabel 2 is af te lezen dat cliënten de mate waarin ze verward waren en de mate waarin ze zich geneigd voelden om zich te verzetten tegen de suggesties van de therapeut als middelmatig beoordeelden. De mate waarin cliënten het gesprek als humoristisch beoordeelden en in hoeverre de cliënten zich begrepen, gehoord en gerespecteerd voelden door de therapeut kregen relatief hoge scores. De ORS en de mate waarin cliënten tevreden waren over de therapeutische sessie kregen ook relatief hoge scores.

Tabel 2.

Scores van de Nameting en de Uitkomstmaten.

	Nameting				Uitkomstmaten	
	Verwarring	Verzet	Humor waardering	Therapeutische relatie	ORS	Tevredenheid
Gem	5,00	4,38	8,00	7,77	7,78	7,54
St.dev	2,52	2,72	1,00	1,14	0,59	1,05

Invloed van persoonsgebonden factoren op het therapieproces

Doormiddel van twee meetinstrumenten werd er gekeken hoe cliënten scoorden op de trekken extraversie en psychologische reactiviteit op een 4-punt Likertschaal. De cliënten scoorden gemiddeld 2.08 (SD=.54) op extraversie en gemiddeld 1.62 (SD=.28) op psychologische reactiviteit. Om in kaart te brengen of deze persoonsgebonden factoren invloed hadden op het therapieproces zijn de scores op extraversie en reactiviteit in verband gebracht met de scores van de observatiemeting, de nameting en de uitkomstmaten. Omdat er sprake was van een kleine participantengroep (N=13) en een groot deel van de variabelen een kurtosis waarde hadden die niet tussen de 1 en de -1 lag, is er gekozen voor spearman's correlation. De resultaten zijn zichtbaar in tabel 3.

Tabel 3.*Correlaties tussen persoonlijkheid en observaties tijdens het therapieproces.*

	Persoonsgebonden Factoren		Observatiemeting			Nameting			Uitkomstmaten		
	Reac	Extra	Vbvz	Lach	F-cont	Verw	Verz	Hum	T-rel	ORS	Tevr
Reac	X	.15	-.08	.27	-.31	-.37	-.08	.54	.18	-.08	.09
Extra	.15	X	.69**	.05	.09	.21	.76**	.30	.43	-.13	.51

** $p < .001$. Reac=Reactiviteit, Extra=Extraversie, Vbvz=Verbaal Verzet,

Lach=Lachrespons, F-cont=Fysiek contact, Verw=Verwarring, Verz=Verzetsneiging,

Hum=Humorwaardering, T-rel=Therapeutische relatiewaardering, ORS=Outcome

Rating Scale, Tevr=Tevredenheid.

In tabel 3 zijn er twee sterk significante verbanden af te lezen. Ten eerste is er een significant positieve correlatie tussen extraversie en de mate waarin de cliënt zich verbaal verzette tijdens de observatiemeting. Ten tweede is er een significante positieve correlatie tussen extraversie en de mate waarin de cliënt geneigd was zich te verzetten tegen de suggesties van de therapeut, aangegeven door de cliënt zelf in de nameting. De hypothese dat Extraversie invloed heeft op de uiting van verzet is ondersteund, maar de hypothese dat reactiviteit invloed heeft op de uiting van verzet is niet ondersteund.

Toetsing van centrale aannames in de provocatieve therapie

Drie hypothesen werden getoetst. Ten eerste werd er verwacht dat lachen een mediërende rol zou hebben op het verband tussen aanraking en waardering die cliënten toeschrijven aan de therapeutische relatie. Tussen het aantal keer dat de cliënt werd aangeraakt door de therapeut en de waardering die cliënten toeschreven aan de therapeutische relatie was geen significante correlatie ($r=.01$, $p=.96$). Ook tussen het aantal keer dat de cliënt werd aangeraakt en het aantal keer dat de cliënt moest lachen was geen zichtbaar verband ($r=-.35$, $p=.24$). De hypothese dat lachen een mediërende rol heeft in het verband tussen aanraking en waardering die cliënten toeschrijven aan de therapeutische relatie is dus niet bevestigd. De tweede hypothese was dat het samenspel van humor en verzet leidt tot verwarring en dat hoe meer de cliënt in de war is direct na een sessie, des te hoger het verband is tussen het verbaal geuite verzet van de cliënt en het aantal keer dat de cliënt moest lachen. Verwarring kon niet verklaard worden door het aantal keren dat de cliënt de therapeut tegensprak $b = -8.99$, $t(-1.13) = -.84$, $p=.42$ en verwarring kon ook niet verklaard worden door het aantal keer dat de cliënt tijdens het gesprek moest lachen $b = -2.75$, $t(-.69) = -.90$, $p=.39$. Verwarring kon ook niet verklaard worden door het product van lachen en verzet $b=7.57$, $t(1.21) = .74$, $p = .48$. De hypothese dat het samenspel van humor en verzet leidt tot verwarring is niet bevestigd. Ten slotte werd er verwacht dat hoe meer de cliënt in de war is na een sessie, des te hoger het verband is tussen de reactiviteitscore van de cliënt en het aantal keer dat de cliënt moest lachen. Verwarring kon niet verklaard worden door reactiviteit $b = -3.08$, $t(-.35) = -.93$, $p = .38$ en ook niet door het aantal keer lachen $b = -.78$, $t(-.19) = -.29$, $p = .78$. Het product van reactiviteit en het aantal keer lachen kon verwarring niet verklaren $b = -.84$, $t(-.09) = -.29$, $p = .90$. De hypothese dat het verband tussen reactiviteit en het aantal keer dat de cliënt moest lachen een positieve invloed heeft op de mate van verwarring is ook niet bevestigd.

Beschouwing van de cliënten over het therapieproces

Doormiddel van vier open vragen direct na een provocatieve therapieessie kregen cliënten de gelegenheid om hun score op verwarring, neiging tot verzet, humorwaardering en de waardering van therapeutisch contact te onderbouwen. Een score werd als hoog beschouwd wanneer deze hoger dan het groepsgemiddelde lag.

Cliënten beschreven het ervaren van verwarring voornamelijk in cognitieve termen. Hoge verwarring werd beschreven als extreme drukte in het hoofd, veel door blijven denken, het 'worstelen met woorden' of moeite om het gesprek in het hoofd te evalueren. Lage verwarring werd vooral beschreven als verduidelijking van het probleem en een rustig gevoel in het hoofd. Cliënten met een hoge verzetscore beschreven verzet vooral in verbale termen door te stellen dat ze de therapeut hebben tegengesproken, zeggen dat ze het er niet mee eens waren of door dingen goed te praten en het tegendeel te bewijzen. Cliënten de houding, mimiek en het stemgebruik van de therapeut, evenals het uitvergroten van problemen, het geven van absurde oplossingen, het benoemen van de interne toestand van de cliënt en het extreem zwart-wit benaderen van een probleem als humoristische factoren van het gesprek. Vooral het gebruik van humor en het gevoel dat er werkelijk naar hen werd geluisterd zorgde ervoor dat cliënten zich gehoord, begrepen en gerespecteerd voelden door de therapeut.

Twee weken na de provocatieve sessie kregen cliënten via telefonisch contact twee open vragen gesteld. Cliënten die iets hadden ondernomen beschreven verandering in hun gedrag of in de wijze waarop ze over het probleem dachten. Cliënten die niets hadden ondernomen beschreven dat ze te weinig hadden aan een enkele sessie, het gesprek te kort duurde of dat het probleem enkel was verhelderd. Alle cliënten antwoordden dat ze weer terug zouden willen gaan naar een provocatieve therapeut. Motivatie om nog een keer deel te nemen werd beschreven als een positieve ervaring betreft de vermindering van psychische klachten of dat ze zich aangesproken voelden door de werkwijze. Vooral de directheid van de methode en het gebruik van humor werden hierbij genoemd.

Geobserveerde therapeutische technieken

Naast het scoren van verbaal verzet, het aantal keer lachen en het aantal keren dat de cliënt door de therapeut werd aangeraakt werd er tijdens de live- en video observaties gelet op door de therapeut ingezette therapeutische technieken doormiddel van een open observatieschema. Hierbij werd voornamelijk gelet op interventies van de therapeut die verzet of een lachrespons bij de cliënt opriepen. Uiteraard waren er veel meer interventies die humor of verzet opriepen aanwezig tijdens de sessies dan hieronder beschreven, er is voor gekozen om de interventies te illustreren waarbij de cliëntreacties het sterkst aanwezig waren.

Kant kiezen wanneer er sprake is van een dilemma

Wanneer er bij de cliënt sprake was van een dilemma werd er door de therapeut op overdreven wijze gekozen voor één kant van het probleem. In fragment 1 wordt deze interventie direct aan het begin van de sessie en op een vrij directe wijze toegepast.

1. <i>Therapeut:</i>	Wat is het probleem ?
2. <i>Cliënt:</i>	Nou het is niet zozeer een probleem maar meer een dilemma.
3. <i>Therapeut:</i>	Oké, dus het is de ene kant en de andere kant.
4. <i>Cliënt:</i>	Ja!
5. <i>Therapeut:</i>	En de ene kant is wel, en de andere kant is niet.
6. <i>Cliënt:</i>	Precies!
7. <i>Therapeut:</i>	Oké, nou ik zou zeggen niet!
8. <i>Cliënt:</i>	<i>(lacht)</i> niet doen hè?
9. <i>Therapeut:</i>	nee, niet doen! zijn we klaar met het gesprek?
10. <i>Cliënt:</i>	<i>(lacht)</i> Nee!

Fragment 1. Kant kiezen

Een bepaalde kant kiezen bij innerlijke problemen wordt ook wel beschreven als een strategisch provocatief patroon en heeft als doel om beide kanten van het probleem te verhelderen en de verantwoordelijkheid van het oplossen van het dilemma bij de cliënt neer te leggen (Hollander & Wijnberg, 2005). In fragment 1 leidt de directheid en de verrassende wending die deze interventie aan het gesprek geeft tot een lachrespons bij de cliënt. De therapeut kiest zo direct een kant van het dilemma dat de cliënt in regel 8 vervolgens een poging doet om onderbouwing bij de therapeut te ontlokken. De therapeut gaat op dit verlangen naar onderbouwing in door nog directer te reageren wat bij de cliënt weer tot een lachrespons bij de cliënt leidt.

Overdrijving

Het overdrijven van het gedrag van de cliënt vond vooral plaats wanneer de cliënt extra nadruk legde op bepaalde uitspraken. Deze uitdrukkingen worden ook wel *sleutelwoorden* genoemd en bestaan uit verbale uitingen die de cliënt non-verbaal extra accentueert (Derks & Hollander, 2008). De geobserveerde therapeuten lieten overdrijving zien op zowel het verbale als het non-verbale aspect van de sleutelwoorden. In fragment 2 wordt er ingegaan op het non-verbale aspect van de sleutelwoorden.

<i>Cliënt is ontzet omdat ze erg boos kan worden op haar dochter en daarbij uit haar slof schiet.</i>	
1. <i>Cliënt:</i>	Ik ben twee à drie jaar terug <u>zo boos</u> op haar geweest!
2. <i>Therapeut:</i>	(imiteert op overdreven wijze het gebaren van de cliënt) Je bent <u>zo boos</u> op haar geweest, je hebt het <u>zo bont</u> gemaakt..
3. <i>Cliënt:</i>	(onderbreekt therapeut) Nou dus niet! maar ik word dan <u>zo boos</u> ..
4. <i>Therapeut:</i>	(onderbreekt cliënt) omdat ze zo'n lief kind is ?
5. <i>Cliënt:</i>	Nee dat is ze niet, <u>tergend!</u>
6. <i>Therapeut:</i>	(imiteert gebaren cliënt) " <u>tergend</u> " je dochter lijkt toch een beetje op je!

Fragment 2. Overdrijving op non-verbaal aspect van sleutelwoorden.

In fragment 2 is te zien dat de overdrijving op het non-verbale aspect van de sleutelwoorden ertoe leidt dat de cliënt geneigd is deze te verbeteren. In regel 3 verzet de cliënt zich door de reactie van de therapeut te relativiseren. De therapeut pakt daarna in regel 5 het volgende sleutelwoord "tergend" en imiteert op overdreven wijze de gebaren die de cliënt bij dit woord maakte.

<i>Cliënt is ontzet omdat ze erg boos kan worden op haar dochter en daarbij uitschiet.</i>	
1. Cliënt:	Het probleem is dat ik het <u>niet in orde</u> vind dat ik zo boos wordt!
2. Therapeut:	En ik zeg ik vind het <u>ook niet in orde!</u>
3. Cliënt:	En ik vind haar (dochter) ook <u>niet in orde!</u>
4. Therapeut:	Nee, precies!
5. Cliënt:	Dat is ze ook niet!
6. Therapeut:	En dat vind ik <u>niet in orde!</u>
7. Cliënt:	dat zij niet <u>in orde is?</u>
8. Therapeut:	Ze is hartstikke <u>in orde</u> maar <u>jij bent niet in orde</u> , wie is hier nou <u>niet in orde?</u> vind je mij dan <u>wel in orde?</u>
9. Cliënt:	(kijkt verward voor zich uit en lacht).
10. Therapeut:	Dit is even van belang, ik vind <u>jou niet in orde</u> , jij vind <u>haar niet in orde...</u>
11. Cliënt:	(onderbreekt therapeut verbaasd) Jij vind mij niet in orde ?!
12. Therapeut:	Nee, ik vind <u>jou niet orde</u> , maar vind je het dan <u>wel in orde</u> dat ik <u>dat niet in orde vind ?</u>
13. Cliënt:	Dat vind ik <u>niet in orde!</u>
14. Therapeut:	dus je vind <u>haar niet in orde</u> en je vind <u>mij niet in orde</u> , maar vind je jezelf <u>in orde?</u>
15. Cliënt:	Maar ik geloof je niet, jij vind mij ook heus <u>wel in orde</u>
16. Therapeut:	Nou jij bent mijn moeder niet maar verder vind ik je een leuk mens!
17. Cliënt:	(Lacht) Dus jij bent blij dat ik jou moeder niet ben? Nou ik ben ook blij dat jij mijn kind niet bent!

Fragment 3. Overdrijving op verbaal aspect van sleutelwoorden.

In fragment 3 wordt er ingegaan op het verbale aspect van de sleutelwoorden. In dit fragment wordt een gedeelte van de zin die de cliënt non verbaal bekrachtigde door de therapeut op de hak genomen door deze te herhalen en in verschillende contexten te plaatsen. Wanneer een woord veelvuldig wordt herhaald, verliest deze zijn betekenis en begint vreemd aan te voelen. Dit verschijnsel noemt men *semantische satiatie*. In regel 9 is dit te zien doordat de cliënt verwarring toont en in de lach schiet. In regel 15 toont de cliënt verzet door een uitspraak van de therapeut die voor haar belangrijk was recht te trekken. De therapeut reageert hier op door op komische wijze beroep te doen op haar beeld als moeder, vervolgens pakt de cliënt de therapeut op assertieve wijze terug in regel 17.

Zwart-wit beschrijving van zelfbeeld cliënt

Het zelfbeeld dat de cliënt tijdens het gesprek over zichzelf naar voren bracht werd door de therapeut dikwijls geherformuleerd in twee extremen. Deze extremen werden vervolgens gedramatiseerd aan de hand van gefantaseerde voorbeelden. In fragment 4 wordt er een zwart-wit beschrijving gegeven van hoe mensen omgaan met verkeerssituaties.

1. <i>Therapeut:</i>	Wat is het probleem ?
2. <i>Cliënt:</i>	Ik ben bang om een ongeluk te krijgen als ik aan het autorijden ben
3. <i>Therapeut:</i>	En terecht, autorijden is ook heel erg gevaarlijk. Er zijn een hoop jonge vrouwen die overlijden voor ze 26 jaar worden door een auto ongeluk, enkel en alleen omdat ze even naar de supermarkt wouden gaan om een pak melk te kopen.
4. <i>Cliënt:</i>	(lacht) ja er zou zo iets kunnen gebeuren.
5. <i>Therapeut:</i>	Inderdaad, en dan zal op je graftombe komen te staan "hier ligt [...] gestorven terwijl ze een pakmelk wilde kopen. In het verkeer kan je twee kanten op, je bent een moordenaar of je word zelf vermoord!
6. <i>Cliënt:</i>	Ja maar ik hoef toch niet perse dood te gaan als ik in de auto stap?
7. <i>Therapeut:</i>	Nou oké, misschien ga je niet direct dood. In dat geval beland je in een rolstoel en kan je enkel nog je linkerhand gebruiken terwijl je de hele dag zit te kwijlen "en... ik... wou... enkel... een pak... melk....kopen.."
8. <i>Cliënt:</i>	(lacht)
9. <i>Therapeut:</i>	Sommige mensen schaffen een tank aan, of een enorme sneeuwploeger om er zeker van te zijn dat zij niet degene zijn die ten onder gaan.
10. <i>Cliënt:</i>	Nou ik heb maar een oude auto.
11. <i>Therapeut:</i>	Een oude auto, dat is een ongeluk die op zich laat wachten, je bent duidelijk iemand die klaar is om in het verkeer te worden vermoord!
12. <i>Cliënt:</i>	Ja maar ik leef nu toch ook nog, en ik heb al aardig wat gereden in mijn auto. Maar ik wil me relax voelen als ik in de auto zit.

Fragment 4. Zwart-wit beschrijving zelfbeeld cliënt.

In fragment 4 wordt een lachrespons bij de cliënt opgewekt door dramatisering van mogelijke rampen die kunnen voorkomen in het verkeer. De therapeut stelt in regel 5 dat je twee verschillende soorten mensen hebt in het verkeer waarvan beide extreme gevallen zijn. Daarna pint hij de cliënt vast op één van de twee soorten door te stellen dat een ongeluk onoverkomelijk is. Door deze interventie wordt er een beroep gedaan op de cliënt om de twee extremen te relativiseren, dit doet de cliënt dan ook in regel 12.

Absurde oplossingen

Wanneer de cliënt advies vraagt aan de therapeut krijgt deze antwoord in de vorm van absurde oplossingen. Reacties van de cliënten op deze interventie bestonden zowel uit verzet als een lachrespons. Opvallend was dat wanneer de aangeboden oplossingen zeer absurd waren ze sneller een lachrespons opriepen en wanneer ze dichterbij de realiteit stonden ze sneller een verzetsneiging opriepen.

<i>Cliënt is bang dat ze haar ex-vriend op straat tegenkomt en loopt daardoor een gespannen gevoel door de stad.</i>	
<i>1.Cliënt:</i>	Maar wat kan ik dan doen om relax over straat lopen zonder dat ik bang ben om hem tegen het lijf te lopen.
<i>2.Therapeut:</i>	Weet je wat jij moet doen ? een clownspak meenemen en als je hem dan tegenkomt aan hem vragen of hij dat aan wil trekken!
<i>3.Cliënt:</i>	Haha, dat zou wel heel grappig zijn inderdaad.

Fragment 5. Absurde oplossing

In fragment 5 gebeuren er twee dingen. Ten eerste wordt er impliciet aan de cliënt duidelijk gemaakt dat de therapeut niet met constructieve oplossingen gaat komen. Daarnaast wordt de interne representatie van de beangstigende situatie die de cliënt heeft, belachelijk gemaakt wat tot een lachrespons leidt bij de cliënt.

Fysiek contact en lachrespons

De laatste beschreven interventie is geen specifieke techniek maar een opvallend patroon waarvan tijdens meerdere observaties sprake was. Sommige provocatief therapeuten raakten, al dan niet bewust, de cliënt telkens aan wanneer deze in lachen uitbarstte. Nadat deze handeling enige tijd werd herhaald barstte de cliënt soms ook in lachen uit wanneer de cliënt door de therapeut werd aangeraakt zonder dat de therapeut een humoristische interventie toepaste.

<i>1.Therapeut:</i>	<i>(maakt komische opmerking en raakt de cliënt aan)</i>
<i>2.Cliënt:</i>	<i>(Geeft lachrespons)</i>
<i>3.Therapeut:</i>	<i>(maakt komische opmerking en raakt de cliënt aan)</i>
<i>4.Cliënt:</i>	<i>(Geeft lachrespons)</i>
<i>5.Therapeut:</i>	<i>(raakt de cliënt aan)</i>
<i>6.Cliënt:</i>	<i>(Geeft lachrespons)</i>

Fragment 6. Absurde oplossing

Discussie

In dit onderzoek is er een beeld gegeven over hoe provocatieve therapie er in Nederland uit ziet. Dit werd gedaan door het therapieproces van een aantal cliënten te beschrijven, het toetsen van de persoonsgebonden factoren extraversie en reactiviteit op dit proces en het toetsen van een aantal centrale aannames van provocatieve therapie.

Het volgen van het therapieproces van de cliënten bestond uit een observatiemeting, een nameting direct na de sessie en een therapie-uitkomst meting die twee weken na elke sessie plaatsvond. Daarnaast kregen de cliënten de mogelijkheid om hun beleving te beschrijven. Aan de hand van de resultaten werd duidelijk dat de in de literatuur beschreven elementen warmte, humor en uitdaging alle drie in verschillende mate aanwezig waren. Tijdens alle sessies werd het provocatieve interpretatiekader door de therapeut aan de cliënt overgedragen. Cliënten waren hierdoor op de hoogte van de rol die de therapeut zou spelen en welke emoties ze konden verwachten. Warmte in de vorm van fysiek contact was ook aanwezig, de therapeuten raakten cliënten per tien minuten ongeveer vier keer aan. Cliënten gaven na het gesprek gemiddeld een relatief hoge score aan de waardering van het therapeutische contact en beschreven dat ze het gevoel hadden dat er goed naar hen werd geluisterd en dat ze serieus werden genomen. Daarnaast werd door de cliënten het gebruik van humor als bijdrage aan het goede contact tussen hen en de therapeut beschouwd. Dat humor aanwezig was tijdens de sessies werd duidelijk doordat cliënten per tien minuten gemiddeld zeven keer moesten lachen, dit is relatief veel voor een psychotherapeutische werkwijze. Ook de meting van humorwaardering die direct na de sessie plaatsvond kreeg gemiddeld een hoge score. Cliënten vonden vooral de houding, mimiek en het stemgebruik van de therapeut komisch, evenals het uitvergrooten of extreem zwart-wit benaderen van problemen en het geven van absurde oplossingen. Er was tijdens de sessies ook sprake van uitdaging. Cliënten waren gemiddeld per tien minuten drie keer geneigd om zich verbaal te verzetten tegen de suggesties van de therapeut. De mate waarin cliënten dachten dat ze zich tijdens het gesprek tegen de suggesties van de therapeut hadden verzet was echter middelmatig. Cliënten met een hoge score beschreven de manier waarop ze zich verzetten vooral in termen van verbaal verzet. Uit de therapie-uitkomst meting werd duidelijk dat cliënten twee weken na de live sessies gemiddeld erg tevreden waren over het gesprek. Ook de score op de Outcome Rating Scale (ORS) was hoog. Alle cliënten gaven aan dat ze weer terug zouden willen gaan naar een provocatieve therapeut. De voornaamste reden van therapietrouw was dat de directheid van de methode en het gebruik van humor in de therapie sessies werd gewaardeerd. Concluderend kan worden gesteld dat het ondergaan van provocatieve therapie door cliënten als positief en nuttig werd ervaren. Verandering met betrekking tot de ingebrachte problematiek van cliënten bestond uit gedragsverandering of een wijziging in de manier van denken over het probleem.

Er werd verwacht dat de persoonsgebonden factoren extraversie en reactiviteit invloed zouden hebben op het therapieproces. De hypothese dat extraversie invloed heeft op de uiting van verzet is bevestigd. Hoe hoger cliënten scoorden op de trek extraversie, des te meer verbaal verzet ze tijdens de sessie uitten en des te hoger de mate waarin cliënten aangaven zich te hebben verzet tegen de suggesties van de therapeut. De hypothese dat reactiviteit invloed zou hebben op het therapeutische proces is niet

bevestigd. Er werden geen significante verbanden gevonden tussen psychologische reactiviteit en de variabelen gemeten tijdens de live observaties, de nameting en de therapie-uitkomst.

In dit onderzoek werden een aantal centrale aannames van provocatieve therapie getoetst. De eerste hypothese was dat lachen een mediërende rol zou kunnen hebben hebben op het verband tussen aanraking en waardering die cliënten toeschrijven aan de therapeutische relatie. Deze hypothese is in dit onderzoek niet bevestigd. De in de literatuur beschreven aanname dat het aanraken van de cliënt door de therapeut bevorderlijk zou zijn voor het therapeutische contact wordt in dit onderzoek niet ondersteund. In de beschrijving die cliënten gaven over wat volgens hen een bijdrage leverde aan het therapeutische contact kwam aanraking van de therapeut niet voor. Wel beschreven ze het gebruik van humor door de therapeut en het gevoel dat ze serieus werden genomen en dat er goed naar hen werd geluisterd. De tweede hypothese was dat het samenspel van humor en verzet leidt tot verwarring en dat hoe meer de cliënt in de war was direct na een sessie, des te hoger het verband zou zijn tussen het verbaal geuite verzet of reactiviteit van de cliënt en het aantal keer dat de cliënt moest lachen. Deze hypothese was ook niet ondersteund. Dit onderzoek kon daardoor geen verklaring geven over de oorzaak van door de cliënt ervaren verwarring na een provocatieve sessie. Er is echter wel concretisering mogelijk over de inhoud van ervaren verwarring. Cliënten beschreven de mate van verwarring voornamelijk in cognitieve termen zoals 'extreme drukte in het hoofd' en 'veel door blijven denken'. Wanneer men tracht een meetinstrument op te stellen om verwarring te meten kan hier rekening mee worden gehouden. Een dergelijk meetinstrument kan van nut zijn om te toetsen of verwarring een bijdrage kan leveren aan het verhelpen van psychische problemen.

Om in kaart te brengen of er verschillen waren in werkwijze tussen de grondlegger van de provocatieve therapie, Frank Farrelly, en hedendaagse Nederlandse 'Neo-Farrellyanen' zijn videosessies van Frank Farrelly vergeleken met de live geobserveerde sessies. De grootste verschillen waren de uiting van verbaal verzet van de cliënt en het aantal keer dat de therapeut de cliënt aanraakte. Bij de geobserveerde live sessies van Nederlandse provocatief therapeuten waren cliënten aanzienlijk vaker geneigd om zich verbaal te verzetten. Geïnterviewde provocatief therapeuten beschreven dat tijdens de Nederlandse opleiding voor provocatieve therapie er nadruk werd gelegd op interventies die verzet oproepen, wat dit verschil kan verklaren. Dat Frank Farrelly meer fysiek contact met de cliënten maakte in vergelijking met de Nederlandse provocatief therapeuten kan op dezelfde wijze verklaard worden, al moet daarbij wel rekening gehouden worden met de variatie binnen de Nederlandse therapeutengroep. Zo waren er Nederlandse therapeuten die cliënten veel aanraakten tijdens het gesprek, terwijl anderen geen enkele keer fysiek contact maakten.

Er zijn een aantal kritische kanttekeningen te maken bij het huidige onderzoek. Eerder onderzoek wijst er op dat mensen meer geneigd zijn om te lachen wanneer er lachend publiek aanwezig is (Hertenstein, Holmes, McCullough & Keltner, 2009). Dat was ook het geval in het huidige onderzoek. Cliënten waren vaker geneigd te lachen wanneer er publiek aanwezig was tijdens de therapeutische sessies. De meeste provocatief therapeutische sessies worden in de praktijk echter gegeven in daarvoor bestemde therapieruimtes zonder publiek. Ten tweede gaven sommige cliënten aan dat een enkele sessie te kort was om te zorgen voor verandering en dat het probleem enkel

was verhelderd. Onderzoek naar de effectiviteit van provocatieve therapie zou zich moeten richten op meerdere sessies om een accuraat beeld te geven. Ten derde was er sprake van een kleine participantengroep. Dit onderzoek kon daardoor geen verklaring geven over de oorzaak van door de cliënt ervaren verwarring na een provocatieve sessie. Ten slotte is er nog een kanttekening te maken over het meten van verzet. Er werden geen significante verbanden gevonden tussen psychologische reactiviteit en de variabelen gemeten tijdens de live observaties, de nameting en de therapie-uitkomst. Een mogelijke verklaring is dat de hoeveelheid variatie verklaard door de psychologische reactiviteitschaal maar 22% is. Psychologische reactiviteit is daardoor maar gedeeltelijk een trek-achtige variabele en is ook afhankelijk van situationele variabelen (Dowd, Milne & Steven, 1991). Een andere verklaring is dat de expressie van psychologische reactiviteit sterk kan verschillen per individu. Buboltz, Thomas & Donell (2002) beschreven in een onderzoek naar de onderliggende factorstructuur van de psychologische reactiviteitschaal dat een unidimensionale score wellicht geen accuraat beeld geeft van de mate van reactiviteit van een individu. Ze beschreven dat de schaal bestond uit de vier onderliggende dimensies; weerstand tegen autoriteit, vatbaarheid voor invloed van buitenaf, conflictvermijding en het bewaren van persoonlijke vrijheid. Deze afzonderlijke dimensies zorgen ervoor dat psychologische reactiviteit op verschillende manieren tot uitdrukking kan komen (Buboltz, Thomas & Donell, 2002). Dit onderzoek richtte zich enkel op de aanwezigheid en mate van invloed van psychologische reactiviteit en niet op hoe deze trek tot uitdrukking kwam.

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de hypothese dat mensen die hoog scoren op de trek extraversie zich meer bewust zijn van geuit verzet omdat deze mensen meer gebruik maken van verbaal verzet. Een andere suggestie is het vergelijken van een paradoxale interventie met een congruente interventie en daarbij het verschil in effectiviteit tussen participanten met een hoge of lage score op psychologische reactiviteit te meten. Het geobserveerde patroon dat een lachrespons mogelijk kan worden gekoppeld aan de fysieke aanraking van de therapeut verdient extra aandacht. Er kan een model over worden gevormd aan de hand van klassieke conditionering. Het aanraken van de cliënt door de therapeut is in dit geval de neutrale prikkel en dient als conditionele stimulus, de interventie die de cliënt aan het lachen maakt is de ongeconditioneerde stimulus en de lachrespons zelf is de conditionele reactie. Na enige tijd zal de conditionele reactie ook optreden zonder aanwezigheid van de ongeconditioneerde stimulus, het aanraken van de cliënt door de therapeut is dan genoeg om een lachrespons bij de cliënt op te roepen. Dit model is echter speculatief en er zal vervolgonderzoek nodig zijn om te toetsen of deze conditionering plaatsvindt en hoeveel tijd hiervoor nodig is. Daarbij moet er rekening mee worden gehouden dat een aanraking 'an sich' ook al kan functioneren als communicatiemiddel om verschillende emoties over te dragen of de intensiteit van een emotie te verhogen (Platow, Haslam, Both, Chew, Cuddon, Goharpey, Maurer, Rosini, Tsekouras & Grace, 2005). Eerder onderzoek toonde aan dat blijdschap als emotie doormiddel van aanraking wordt gecommuniceerd in de vorm van een schuddende, kloppende, knuffelende of licht knijpende aanraking (Hertenstein, Holmes & Keltner, 2009). Deze vorm van aanraking komt sterk overeen met de beschrijving over aanraking als therapeutische interventie ter bevordering van het therapeutische contact die in de literatuur over provocatieve therapie werd beschreven (Hollander & Wijnberg, 2006).

Referenties

- Breisser, A. (2004) The paradoxical theory of change. *International Gestalt Journal*. Opgehaald van: <http://www.gestalt.org/arnie.htm>, datum: 04-07-2012.
- Brown, J.E., & Slee, P.T. (1986). Paradoxical strategies: the ethics of intervention. *Professional psychology: Research and practice*, 17(6), 487-491.
- Buboltz Jr., W.C., Thomas, A., & Alison, J. D. (2002). Evaluating the factor structure and internal consistency reliability of the therapeutic reactance scale. *Journal of counseling & development*, 80, 120-125.
- Buss, D.M., & Larsen, R.J. (2008). *Personality psychology: domains of knowledge about human nature*. New York: McGraw-Hill.
- Conoley, C.W., & Beard, M. (1984). The effects of a paradoxical intervention on therapeutic relationships measures. *Psychotherapy: theory, research, practice training*, 21(2), 273-277.
- Coyne, J.C., & Biglan, A. (1984). Paradoxical techniques in strategic family therapy: a behavioral analysis. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 15(3), 221-227.
- Denissen, J. J. A., & Penke, L. (2008). Motivational individual reaction norms underlying the five factor model of personality: first steps towards a theory-based conceptual framework. *Journal of Research in Personality*, 42, 1285-1302.
- Derks, L., & Hollander, J. (2008). *Essenties van NLP: Sleutels tot persoonlijke verandering*. Utrecht: Kosmos Uitgevers.
- Dowd, T.E., & Swoboda, J.S. (1984). Paradoxical interventions in behavior therapy. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 15(3), 229-234.
- Dowd, T.E., Milne, C.R., & Wise, S.C. (1991). The therapeutic reactance scale: a measure of psychological reactance. *Journal of counseling & development*, 67, 541-545.
- Espie, C.A., & Lindsay, W.R. (1985). Paradoxical intention in the treatment of chronic insomnia: six case studies illustrating variability in therapeutic response. *Behavioral research and therapy*, 23(6), 703-709.
- Farrelly, F., & Brandsma, J. (1981). *Provocative therapy*. U.S.: Meta Publications.
- Gerz, H.O. (1966). Experience with the logotherapeutic technique of paradoxical intention in the treatment of phobic and obsessive-compulsive patients. *American Journal of Psychiatry*, 123(5), 548-553.
- Hafkenscheid, A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (2010). The outcome and session rating scales: a cross-cultural examination of the psychometric properties of the Dutch translation. *Journal of brief therapy*, 7 (1&2), Opgehaald van: <http://www.slideshare.net/barrylduncan/hafkenscheiddutchors>, datum: 04-07-2012.

- Hertenstein, M.J., Holmes, R., & Keltner, D. (2009). The communication of emotion via touch. *Emotion, 9*(4). 566-573.
- Hill, M. (1992). A feminist model for the use of paradoxical techniques in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and practice, 23*(4). 287-292.
- Hollander, J., & Wijnberg, J. (2006). *Provocatief coachen: de basis*. Schiedam: Scriptum.
- Hollander, J., & Wijnberg, J. (2005). *Succes is ook niet alles: verder met provocatief coachen*. Schiedam: Scriptum.
- Hout, van den, M.A. (2010). *Experimentele psychopathologie. over angst, verslaving, depressie en andere ellende*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Michelson, L. & Ascher, M.L. (1984). Paradoxical intention in the treatment of agoraphobia and other anxiety disorders. *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry, 15*(3). 215-220.
- Nederlands Instituut van Psychologen (2011). *Accreditatiereglementen*. Opgehaald van: <http://www.psynip.nl/website/registratieenaccreditatie/accreditatie/reglementen/accreditatiereglementen>, datum: 04-07-2012
- Nederlands Instituut van Psychologen (2012). *Beroepscode voor psychologen*. Opgehaald van: <http://www.psynip.nl/website/wat-doet-het-nip/beroepsethiek/beroepsethiek-en-beroepscode>, datum: 04-07-2012
- Platow, M.J., Haslam, S.A., Both, A., Chew, I., Cuddon, M., Goharpey, N., Maurer, J., Rosini, S., Tsekouras, A., & Grace, D.M. (2005). "Its not funny if they're laughing": self-categorisation, social influence and responses to canned laughter. *Journal of experimental social psychology, 41*. 542-550.
- Shoham-Salomon, V., Avner, R., & Neeman, R. (1989). You're changed if you do and changed if you don't: mechanisms underlying paradoxical interventions. *Journal of consulting and clinical psychology, 57*(5). 590-598.
- Solymon, L., Garza-Perez, J., Ledwidge, B.L., & Solymon, C. (1972). Paradoxical intention in the treatment of obsessive thoughts: a pilot study. *Comprehensive psychiatry, Vol. 13*(3). 291-297.
- Sultanoff, S.M. (2000). *Humor matters*. Opgehaald van: <http://www.humormatters.com/definiti.htm>, datum: 04-07-2012
- Swanborn, P.G. (2004). Kwalitatief onderzoek en exploratie. *Kwalon, 26*(2), 7-13.
- West, J.D., Main, F.O., & Zarski, J.J. (1986). The paradoxical prescription in individual psychology. *Individual psychology: Journal of Adlerian theory, Research & practice, Vol. (2)*. 241-224.