

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Vanaf de bank bezien: het patiëntperspectief op psychoanalytische behandelingen in kwalitatief onderzoek

ANNA BARTAK & ROOS VAN GRIEKEN

We zitten in de nieuwe oostelijke tunnel van Amsterdam CS, drinken Chai Latte uit gouden kopjes en verwonderen ons over deze hypermoderne omgeving: hippe designerwinkels, kunstgalerijen, zorgvuldig gestylde loungehoekjes. Als er niet af en toe een trein overheen zou donderen, toktok-toktok-toktok, zouden we vergeten dat we midden op een station zaten. We hebben hier afgesproken om ons onderzoeksvoorstel voor een kwalitatieve studie naar patiëntperspectieven op herstel te bespreken met twee bestuursleden van de cliëntenraad van onze instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Hun voorstel om onze bespreking hier te houden, opent een hele nieuwe wereld voor ons in onze eigen stad. Precies dit kan de patiënt ook voor ons doen in onze eigen spreekkamer: een nieuwe wereld voor ons openen, een nieuw perspectief bieden, op ons samenzijn met de patiënt, op onze blik op ons werk en op onze theorieën.

Als we echter kijken naar de positie van het patiëntperspectief in de psychoanalytische wetenschap valt op dat de belangrijkste persoon, de patiënt, verrassend weinig aan het woord wordt gelaten. De huidige sterk kwantitatieve onderzoeksoriëntatie — meten is weten — is ingegeven vanuit het perspectief van de (klinische) wetenschapper. Om meer zicht te krijgen op de werkingsmechanismen en -processen in psychoanalytische therapie, is louter kwantitatief effectonderzoek onvoldoende. In kwalitatief onderzoek gaat het om ervaringen en betekenis. De ervaringen van patiënten in onderzoek helpen ons in de spreekkamer en bij het inrichten van de zorg en sluiten aan bij het concept *‘wise clinical practice as rooted in an in-depth exploration of clients’ idiosyncratic experiences’* (Levitt & Piazza-Bonin 2016).

Wij willen deze plek in het themanummer over onderzoek in het psychoanalytische veld graag gebruiken om de lezer een overzicht te geven van wat de recente kwalitatieve literatuur over het perspectief van de patiënt op (psychoanalytische) psychotherapie ons te bieden heeft. Ook willen we dit perspectief

---

naast de visie van therapeuten leggen. We zullen eindigen met implicaties van de bevindingen voor de klinische praktijk en een hartgrondig pleidooi voor verder onderzoek op dit, zeker in Nederland en Vlaanderen, redelijk onontgonnen terrein in de psychoanalytische wetenschap.

#### ¶ *Psychoanalyse en wetenschappelijk onderzoek*

Vanouds delen psychoanalytisch werk en wetenschap ‹een belangeloze nieuwsgierigheid, een houding van niet-weten en willen begrijpen› (Gomperts 2010). Desmet (2016) beschrijft passend dat ‹psychoanalyse en wetenschap beide gegrond zijn in een vermogen om vanuit een toestand van niet-weten geboorte te geven aan een nieuw weten›. Toch is hun verhouding er ook altijd een van ambivalentie geweest (onder anderen Gomperts 2017). Onderzoek werd veelal beleefd als een bedreigende eis van buitenaf in plaats van als een onlosmakelijk onderdeel van het psychoanalytische werk. Hier is in de laatste decennia een duidelijke verandering gekomen. Uit veel publicaties blijkt inmiddels de ‹evidence base› voor psychoanalytische therapieën (Leichsenring & Klein 2014; Cristea e.a. 2017), er is sprake van duurzame klachtenreductie en verbetering van persoonlijkheidsfunctioneren na psychoanalytische behandeling.

Toch is niet iedere patiënt tevreden over zijn behandeling (Leuzinger-Bohleber e.a. 2003). Veel patiënten blijven na de psychotherapie worstelen met het opbouwen van (intieme) relaties en het onder hun niveau presteren in studie en werkzaamheden (onder anderen Bateman e.a. 2015). Ook bij succesvolle behandelingen blijft het vaak nog gissen naar de werkzame factoren in therapieën. Over al dit zouden we veel te weten kunnen komen door therapieën op een kwalitatieve manier te onderzoeken, en aan patiënten zelf te vragen wat hen helpt. Dit gebeurt te weinig.

#### ¶ *Het perspectief van de patiënt op (psychoanalytische) therapieën*

Gezien het feit dat patiëntfactoren een groot aandeel hebben in de variantie in therapie-uitkomsten (Wampold 2001), is er in het veld nog relatief weinig aandacht voor deze ‹vergeten factor› (tussen aanhalingsteken om aan te geven dat dit zogenaamd zo is/zogezegd), namelijk de patiënt zelf, in psychotherapieonderzoek. Patiënten zijn uiteindelijk degenen die het ‹effect› (zie hierboven) van een behandeling ervaren en kunnen beoordelen. Sterker nog, therapeuten blijken vaak niet goed in staat om hun eigen fouten in de behandeling waar te nemen (Kächele & Schachter 2014), en het oordeel van de patiënt over zijn eigen therapie blijkt een betere voorspeller van therapie-uitkomst dan het oordeel van de therapeut (Henkelman & Paulson 2006). Mogelijk wordt het tijd voor een paradigmaverschuiving waarbij wat er in therapie gebeurt (ook) veel meer wordt bekeken vanuit de invalshoek van de patiënt.

Internationaal is de kwalitatieve literatuur over het patiëntperspectief in alle vormen van psychotherapie groeiende: in een grote meta-analyse van kwalitatieve studies vonden Levitt en collega's (2016) tussen 1988 en 2013 in totaal 109 studies, waarbij alle beschikbare therapievormen werden opgenomen, variërend van cognitieve gedragstherapie, psychoanalytische tot *client-centered* therapie. Van deze studies richtten zich 37 specifiek of gedeeltelijk op psychoanalytische en psychodynamische therapievormen. Het kernthema dat de auteurs destilleren uit de perspectieven van de patiënt is de behoefte om oprecht gezien en gehoord te worden door de therapeut teneinde zélf actief destructieve patronen en onbevredigde (en soms nog onbewuste) kwetsbare behoeften te herkennen. De auteurs pleiten ervoor breder te kijken dan het eigen theoretisch referentiekader, en het perspectief van de patiënt als uitgangspunt te gebruiken voor hun begrijpen en handelen. Levitt en collega's (2016) formuleren hiervoor vijf richtinggevende principes:

- 1 In de bewustwording van eigen behoeften en het realiseren van verandering zijn vooral het ontwikkelen van meer nieuwsgierigheid naar zichzelf en het opmerken van eigen patronen behulpzaam.
- 2 In een diepgaande relatie met de therapeut, gekenmerkt door oprechte acceptatie en zorg, kan de patiënt zijn afweer laten zakken, zijn zelfacceptatie versterken en de therapeut internaliseren als tijdelijk surrogaat voor validering. Dit maakt het mogelijk om kwetsbare onderwerpen te exploreren.
- 3 Het gestructureerde kader van therapie geeft de patiënt een gevoel van veiligheid en vertrouwen. Enige flexibiliteit vanuit de therapeut op dit gebied, bijvoorbeeld in de duur van de eerste kennismakingsgesprekken, wordt in aanvulling hierop gewaardeerd. Structuur mag niet ten koste gaan van de opbouw van een warme en oprechte behandelrelatie.
- 4 Macht, zowel professioneel als cultureel, speelt altijd een rol in de therapiekamer. Het is belangrijk om de verschillen op dit gebied expliciet en open ter discussie te stellen teneinde terugtrekken en afweer samen met de patiënt te begrijpen.
- 5 Kracht en zelfredzaamheid van de patiënt spelen een belangrijke rol in het veranderproces. Patiënten verlangen van hun therapeut steun en vertrouwen in hun zelfhelend vermogen (in plaats overschatting van de kracht van hun eigen interventie) en stellen het zeer op prijs als hun behoeften tijdens de behandelsessie en hun eigen behandeldoelen regelmatig besproken worden.

De auteurs suggereren dat — in plaats van het voortdurend vergelijken van verschillende psychotherapiescholen — psychotherapieonderzoek moet uitgaan van meer universele factoren, zoals relationele, therapeut- en patiëntper-

spectieven. In de spreekkamer moeten patiënten een belangrijke rol te spelen als actieve en vormgevende deelnemers aan het therapeutisch proces. De rol van de therapeut is dan met name die van een steunfiguur die in het therapeutisch samenspel het potentieel van de patiënt tot volle bloei laat komen.

In een andere studie benadrukken Werbart en collega's (2015) hoe belangrijk de zorgende rol van de therapeut is, en hoe belemmerend het is als deze niet zo ervaren wordt. Twintig jongvolwassen patiënten die na hun psychoanalytische psychotherapie op symptoomniveau niet verbeterd waren, werden aan het einde van hun behandeling en drie jaar daarna geïnterviewd over hun visie op de therapie. Zij beschreven de therapeutische relatie als afstandelijk en kunstmatig, en ervoeren de focus in de therapie als te sterk gericht op inzicht en op hun geschiedenis, waardoor de therapie te weinig aansloot op hun eigen behandeldoelen en -behoeften. Er ontstond een discrepantie tussen wat de patiënten als belangrijke motor voor verandering beschouwden, namelijk een actieve therapeut die de patiënt stimuleert actief te zijn tijdens zijn eigen therapie, en de focus van de therapeut op probleeminzicht en levensgeschiedenis.

In een kwalitatieve studie naar de visie op psychologische verandering in Mentalization Based Treatment van dertien vrouwelijke patiënten met borderline symptomatologie en middelenmisbruik beschrijven Morken en collega's (2017) vier thema's:

- 1 <voelen van het gevoel>: van de neiging om emoties te controleren en te verdringen zijn patiënten veranderd richting het (durven) ervaren en tolereren van emoties als iets wat in hun binnenwereld bestaat;
- 2 <dingen overdenken>: van het impulsief ageren veranderden patiënten richting het zichzelf en hun eigen mentale toestanden bevragen voordat zij tot actie overgaan;
- 3 <in jouw schoenen lopen om naar mezelf te kijken>: het verwijten naar anderen veranderde in het onderzoeken van de eigen rol;
- 4 <uitstappen uit de molen van eigen negatieve gevoelens door naar jou te kijken>: in plaats van gedrag en gezichtsuitdrukkingen van anderen persoonlijk op te vatten veranderden patiënten door meer empathisch te reflecteren over wat er achter de gedragingen van anderen zou kunnen zitten.

Interessant hierin is dat de door patiënten beschreven veranderingen het theoretische concept van mentaliseren redelijk precies weerspiegelen, en dat dit mentaliserende proces tot stand komt in de interactie met de therapeut (en de groep). In deze interactie verwerven patiënten meer *agency* over hun eigen leven, hetgeen hen in staat stelt om daadwerkelijke veranderingen, ook op het gebied van middelenmisbruik, te realiseren. Het (weer leren) besturen van eigen reacties resulteert in een betekenisvoller leven. De auteurs opperen het

idee dat therapieën die gericht zijn op *higher order cognitions* (= mentaliseren) mogelijk krachtiger zijn dan therapieën die louter gericht zijn op gedrag.

Ook Leonidaki en collega's beschrijven de therapeutische relatie als een motor voor verandering (Leonidaki e.a. 2018). Zij interviewden vijf patiënten die Dynamic Interpersonal Therapy ondergingen over hun perspectief op veranderingmechanismen in de therapie. De vier kernthema's voortkomende uit hun studie zijn:

- 1 het vermogen om tot nu toe verborgen aspecten van het zelf te belichten;
- 2 de persoonlijke uitwisseling met de therapeut die intieme angsten uitdaagde en bespreekbaar maakte;
- 3 het steeds meer begrijpen van de eigen problematiek als een interpersoonlijk fenomeen;
- 4 het samenvoegen van stukjes van het eigen leven (de eigen levenspuzzel) in een coherent narratief.

Leonidaki en collega's (2018) koppelen deze bevindingen aan verschillende psychoanalytische concepten, waaronder de hechtingsrelatie met de therapeut die bij de patiënt tot verandering van de interne werkmodellen over relaties leidt, en opnieuw het concept van mentaliseren als een overkoepelend proces op weg naar verandering in het omgaan met zichzelf en anderen.

#### ¶ *Het perspectief van de therapeut op (psychoanalytische) therapieën*

Bovengenoemde kernthema's komen voor een deel terug in het kwalitatieve onderzoek naar het perspectief van *therapeuten* in psychoanalytisch onderzoek (Lilliengren & Werbart 2010). Op zoek naar de kernfactor van wat volgens therapeuten helpt in psychoanalytische psychotherapie beschrijven zestien ervaren therapeuten het tot stand brengen van een nabije, veilige en vertrouwensvolle band die het voor de patiënt mogelijk maakt zichzelf langzaam open te stellen en te praten over gedachten en gevoelens die aanvankelijk gevaarlijk en verboden leken. Dit geeft ruimte om innerlijke representaties van zichzelf en anderen in de interactie met de therapeut te ontdekken, te testen en te herzien. De relatie met de therapeut wordt een helende factor op zichzelf als in deze relatie een tegenwicht geboden kan worden aan de negatieve verwachtingen gebaseerd op vroegere ervaringen met anderen. De therapeuten beschreven hiernaast ook een therapiebelemmerende factor die er volgens hen voor zorgde dat weinig verandering in de kernproblematiek van een patiënt optrad: de angst van de patiënt voor het aangaan van een vertrouwelijke en intieme relatie.

Dezelfde onderzoekers interviewden veertien therapeuten van jongvolwassenen die op symptoomniveau 'succesvol' behandeld waren met psychoanaly-

tische psychotherapie (Werbart e.a. 2017). De therapeuten werden zowel aan het begin als aan het einde van de behandeling geïnterviewd en rapporteerden drie belangrijke thema's voor succes: [1] bijzonder gemotiveerd zijn om de behandelaar van 'juist die' patiënt te zijn, [2] het vasthouden van een veilige, aandachtige en opmerkelijke therapeutische houding, en [3] toegewijd werken in elke sessie. Opvallend in deze laatste opsomming is trouwens dat specifiek psychoanalytische begrippen ontbreken.

### ¶ *Discussie*

Samengevat blijken patiënten zeer waardevol licht te kunnen werpen op het therapieproces alsook op de betekenis van de therapeutische relatie. Patiënten benadrukken hun behoefte aan ontwikkeling en versterking van hun eigen kracht in de therapie om zodoende hun leven buiten de therapie (nieuwe) vorm te kunnen geven. Kernthema's zijn: het ontdekken van eigen behoeften als centraal proces in therapie dat gedragen wordt door bewustwording van patronen, de behoefte aan regie over het eigen leven en betrokken worden in hun therapieproces, en de rol van de therapeut als actief, accepterend, betrokken en open in dit gezamenlijke proces.

Psychoanalytische concepten als hechting, objectrelaties, werken in de overdracht en mentaliseren zijn te herkennen in kwalitatief onderzoek naar patiëntervaringen. Met name het concept van mentaliseren als mogelijke motor van verandering lijkt weerspiegeld te worden (de Meulemeester e.a. 2018). Daarnaast wordt de veel bediscussieerde traditionele psychoanalytische rol van de therapeut als abstinente spiegel door patiënten en therapeuten juist als niet-behulpzaam aangemerkt, en krijgen klassieke psychoanalytische interventies zoals interpretatie geen belangrijke rol toebedeeld door patiënten. Zo benadrukken Leonidaki en collega's (2018) juist de helende rol van de therapeutische relatie en de patiënt als actieve vormgever, in plaats van de helende werking van interpretaties. Dit sluit aan bij de toenemende bewustwording van het belang van een steunende therapeutische relatie in het psychoanalytische veld (onder anderen De Vlemminck 2018), en onderstreept wat Lambert al beweerde: dat slechts 15% van de werkzaamheid van psychotherapie kan worden toegeschreven aan therapeutische technieken (Lambert 1992).

### ¶ *Aanbevelingen voor klinische praktijk*

De huidige resultaten van kwalitatief onderzoek naar het patiëntperspectief in psychoanalytische behandelingen wijzen op het belang van het serieus nemen van de visie van de patiënt in plaats van het star vasthouden aan ons eigen therapeutisch kader en kennis. De patiënten lijken aan ons te vragen:

- ‹Wilt u mij van begin af aan actief betrekken in mijn behandelproces, en in de planning, de doelen, de structuur en de evaluatie ervan?›
- ‹Wilt u mij stimuleren in mijn nieuwsgierigheid naar mezelf en kunt u mij een veilige plek geven om te exploreren waar mijn behoeften liggen?›
- ‹Wilt u alert zijn op tekenen van ontevredenheid bij mij of bij uzelf en deze met mij bespreken?›
- ‹Bent u zich bewust van de machtsverhouding tussen ons en weegt u goed af of dit besproken moet worden?›
- ‹Gaat u de focus niet te veel leggen op wat u belangrijk vindt in mijn therapie maar inventariseert u regelmatig wat ik verwacht, hoe ik onze samenwerking zie en hoe ik de voortgang van de therapie ervaar?›
- ‹Veronderstelt u niet te snel dat wij het eens zijn over de therapiedoelen en het proces daarheen?›
- ‹Vraagt u zich weleens af of u nog steeds gemotiveerd bent «mijn» therapeut te zijn en gaat u na wat er aan de hand is wanneer dat niet (meer) zo is?›

#### ¶ *Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek*

De voornaamste implicatie voor het onderzoeksveld is dat het kwalitatief onderzoek van het patiëntperspectief in de psychoanalytische wetenschap een prominentere plek moet krijgen, zeker in het Nederlandse taalgebied. Er zijn in Nederland wel degelijk initiatieven voor kwalitatief onderzoek naar patiëntperspectieven op behandeling, de meeste op het gebied van niet-psychoanalytische behandelingen. Kikkert en collega's onderzochten de ervaringen van schizofreniepatiënten (Kikkert e.a. 2006), van Grieken keek in haar proefschrift naar het perspectief van patiënten, naasten en behandelaren op de behandeling van depressie, variërend van medicatiecontacten, psychotherapie tot klinische opnames (van Grieken e.a. 2014, 2016), de Klerk en collega's ondervroegen patiënten en therapeuten naar hun ervaringen met schematherapie (de Klerk e.a. 2017), en de Saeger en collega's onderzochten wat voor patiënten belangrijk was in hun traject van therapeutisch-psychologisch onderzoek (de Saeger e.a. 2016).

Om deze lijn van onderzoek te verbreden zijn de auteurs inmiddels in Nederland het project PICTURES gestart: Perspectives of Individuals, Carers, and Therapists Under REsearch. Hierin worden de ervaringen van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek op hun herstel en behandeling kwalitatief onderzocht. Ook het perspectief van naastbetrokkenen en therapeuten zal worden belicht.



¶ *Conclusie*

Wat hierboven werd beschreven zou u kunnen doen denken aan uw eigen spreekkamer: Wanneer lukte het wel om aan te sluiten bij wat de patiënt zo belangrijk vindt, en wanneer slaagde u hier niet in? Als u dan niet de therapeut bent die u zo graag wilt zijn voor uw patiënt, gaat u dan harder uw best doen, of gaat u te rade bij de patiënt?

Door het volgen van kwalitatieve onderzoeksliteratuur en het actief bevragen van de patiënt, diens naasten en de therapeut, krijgen onderzoekers en klinici een belangrijk werktuig in handen dat een andere kant belicht dan de huidige sterk kwantitatieve (onderzoeks)cultuur. We willen hier pleiten voor een grotere plek voor (kwalitatief) onderzoek naar het perspectief van de patiënt. Maar we kunnen dit gehele artikel ook heel kort zo samenvatten: <Wees moedig en vraag het uw patiënt>.

*Literatuur*

- BATEMAN, A.W., GUNDERSON, J., & MULDER, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 735-743.
- CRISTEA, I.A., GENTILI, C., COTET, C.D., PALOMBA, D, BARBUI, C, & CUIJPERS, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328.
- DE VLEMINCK, J. (2018). Ohne Sympathie keine Heilung — Sándor Ferenczi en de analytische techniek. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 24(2), 127-129.
- DESMET, M. (2016). Psychoanalyse en empirisch onderzoek. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 22(3), 164-174.
- GOMPERTS, W. (2010). Cijfers en verhalen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36(6), 378-393.
- GOMPERTS, W. (2017). Psychoanalyse en wetenschap: Een eeuw een paar apart. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 23(1), 26-41.
- GRIEKEN, R.A. VAN, BEUNE, E.J., KIRKENIER, A.C., KOETER, M.W., ZWIETEN, M.C. VAN, & SCHENE, A.H. (2014). Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. *Journal of Affective Disorders*, 167, 153-159.
- GRIEKEN, R.A. VAN, VERBURG, H.F., KOETER, M.W. STRICKER, J., NABITZ, U.W., & SCHENE, A.H. (2016). Helpful factors in the treatment of depression from the patient's, carer's and professional's perspective: A concept map study. *PloS one*, 11(12), e0167719.
- HENKELMAN, J., & PAULSON, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 139-150.
- KÄCHELE, H., & SCHACHTER, J. (2014). On side effects, destructive processes, and negative outcomes in psychoanalytic therapies: Why is it difficult for psychoanalysts to acknowledge and address treatment failures? *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 233-258.
- KIKKERT, M.J., SCHENE, A.H., KOETER, M.W., ROBSON, D., BORN, A., HELM, H., ... GRAY, R.J. (2006). Medication adherence in schizophrenia: Exploring patients', carers' and professionals' views. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 786-794.
- KLERK, N. DE, ABMA, T.A., BAMELIS, L.L., & ARNTZ, A. (2017). Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspectives. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 45(1), 31-45.
- LAMBERT, M.J. (1992). *Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists*. In: J.C. Norcross & M.R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- LEICHSENRING, F., & KLEIN, S. (2014). Evidence for psychodynamic psycho-

- therapy in specific mental disorders: A systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(1), 4-32.
- LEONIDAKI, V., LEMMA, A., & HOBBS, I. (2018). The active ingredients of dynamic interpersonal therapy (DIT): An exploration of clients' experiences. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 1-17.
- LEUZINGER-BOHLEBER, M., STUHR, U., RÜGER, B., & BEUTEL, M. (2003). How to study the 'quality of psychoanalytic treatments' and their long-term effects on patients' well-being: A representative, multi-perspective follow-up study. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(2), 263-290.
- LEVITT, H.M., & PIAZZA-BONIN, E. (2016). Wisdom and psychotherapy: Studying expert therapists' clinical wisdom to explicate common processes. *Psychotherapy Research*, 26(1), 31-47.
- LEVITT, H.M., POMERVILLE, A., & SURACE, F.I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801.
- LILLIENGREN, P., & WERBART, A. (2010). Therapists' view of therapeutic action in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 570.
- MEULEMEESTER, C. DE, VANSTEELANDT, K., LUYTEN, P., & LOWYCK, B. (2018). Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(1), 22.
- MORKEN, K.T., BINDER, P.E., AREFJORD, N., & KARTERUD, S. (2017). Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment? *Psychotherapy Research*, 1-16.
- SAEGER, H. DE, BARTAK, A., EDER, E.E., & KAMPHUIS, J.H. (2016). Memorable experiences in therapeutic assessment: Inviting the patient's perspective following a pretreatment randomized controlled trial. *Journal of Personality Assessment*, 98(5), 472-479.
- WAMPOLD, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum Publishers.
- WERBART, A., BELOW, C. VON, BRUN, J., & GUNNARSDOTTIR, H. (2015). 'Spinning one's wheels': Nonimproved patients view their psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 25(5), 546-564.
- WERBART, A., MISSIONS, P., WALDENSTRÖM, F., & LILLIENGREN, P. (2017). 'It was hard work every session': Therapists' view of successful psychoanalytic treatments. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2017.1349353.

## SUMMARY

*Perspectives from the couch: The patient's perspective in psychoanalytic research*

To bridge psychoanalytic research and clinical practice we have to translate quantitative research results into language that helps us understand what our patients need. Qualitative research into the patient's perspective has great value to offer the clinician. The voice of the most important person in the consulting room is there to contribute to the therapeutic endeavour, and this can help us actively to strengthen and further develop psychoanalytic therapies. This article presents an up-to-date overview of the available qualitative literature regarding the patient's perspective on psychoanalytic treatments and considers the implications for the therapist's daily work and for research agenda. Patients stress the importance of being active agents in their own therapies. In that vulnerable process they seek active, accepting and caring support by therapists to achieve the goals that actually matter to them. The patient's view of the therapy process partly reflects the view of therapists and psychoanalytic theories. On the other hand, the classical roles of patient and therapist in psychoanalytic therapies are called into question. The relative poverty of available literature on the patient's perspective on psychoanalytic therapy, most notably in a Dutch context, indicates the importance of incorporating this kind of qualitative research into our current science.

*Key words: patient's perspective, qualitative research*

*Manuscript ontvangen 1 juni 2018*

*Definitieve versie 12 november 2018*