

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) 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).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

BOEKBESPREKING

.....

De therapeutische relatie

.....

Bespreking van

ANTON HAFKENSCHIED (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: de Tijdstroom. 226 pp., € 34,00. ISBN 9789058982568

ADRIAAN SPREY ∅ JAN BERNARD

Wanneer een breed en veelzijdig boek verschijnt over de therapeutische relatie is er reden tot creatieve opwindning. Bladerend door de inhoud zien we zowel tal van klinische voorbeelden als empirische onderzoeken op dit gebied, en bovendien interessante onderwerpen als hechting, tegenoverdracht en monitorinstrumenten vanuit de therapeut. Vier theoretische modellen of referentiekaders worden besproken vanuit toonaangevende vertegenwoordigers. Kortom, een groot diner met vele gangen staat op het menu en het 'intellectueel saliveren' komt snel op gang.

Het is frappant dat de eerste alinea van de inleiding van het boek opent met een rechtstreekse aanval op de *evidence-based practice* en de daaruit voortvloeiende DBC's met de daaraan verbonden behandelrichtlijnen en behandelprotocollen. Het siert de auteur dat hij het belang van de therapeutische relatie niet benadrukt door bovengenoemde richtlijnen en protocollen neer te sabelen. Integendeel, zijn argumenten om de onmisbare aanwezigheid van de therapeutische relatie in elke behandelsituatie te benadrukken zijn steekhoudend. Hij doet dat onder andere door zich aan te sluiten bij het adagium van de medische psychologie, dat stelt dat het er niet om gaat *welke* ziekte de patiënt heeft, maar *welke* patiënt de ziekte heeft.

Zo vindt hij enerzijds dat problemen en stagnaties die zich voordoen in de behandeling te makkelijk weggezet worden als veroorzaakt door factoren die bij de patiënt liggen (zoals persoonlijkheidsstoornissen), waardoor het aandeel van de therapeut in de therapeutische relatie buiten schot blijft. Anderzijds houdt hij een pleidooi (reeds in de inleiding) om een beginnend therapeut zich eerst te laten bekwamen in alle facetten van de therapeuti-

sche relatie, in plaats van allerlei behandelprotocollen, omdat hij toch met lege handen staat als het protocol niet aanslaat en er zich tijdens de behandeling allerlei relationele spanningen tussen de therapeut en de patiënt manifesteren. Zelf zouden wij de vergelijking willen trekken met een reiziger die zonder kaart of enige kennis van kaartlezen uitsluitend op zijn tomtom vertrouwt.

Of een therapeut de therapeutische relatie nu het belangrijkste vindt of niet, bij het lezen van dit prikkelende, erudiete en integere boek zullen *open selfexposure* en uitgedaagde nieuwe cognities onvermijdelijk optreden. Therapeuten belijden, bestrijden of vermijden de therapeutische relatie, al naar gelang hun cognities daarover.

In hoofdstuk 1 geeft de auteur niet alleen een heldere, historische uiteenzetting, maar gaat hij ook in op de vraag wat er momenteel onder de therapeutische relatie wordt verstaan. Volgens de definitie van Bordin houdt de therapeutische relatie in: (1) overeenstemming over de doelen van de therapie, (2) overeenstemming over de taken van de therapie, en (3) de kwaliteit van de persoonlijke band tussen patiënt en therapeut. Alle verschillende therapiescholen zullen deze definitie in abstracto onderschrijven, maar wat betreft de concrete invulling van taken en doelen van de therapie lopen de meningen sterk uiteen. De auteur ontkracht de mythe dat een persoonlijke band tussen therapeut en patiënt altijd onmisbaar is voor een goed behandelresultaat (in de zin van snelle symptoomreductie), maar gaat ook in op het belang van de verschillende fasen die een therapeutische relatie tijdens de behandeling doorloopt. Hij laat hier fraai de rode draad zien, die door de verschillende vigerende therapeutische referentiekaders loopt.

Naast de moeilijkheden die naar voren komen bij het meten van de kwaliteit van de therapeutische relatie, geeft de auteur een leuk exposé van wat de therapeut allemaal kan verwachten als hij zich opstelt als *expert* (wat volgens de auteur te veel gebeurt in CGT-behandelingen). De auteur bepleit een meer constructivistische houding (waarmee hij zijn voorliefde voor Kiesler verraadt).

Hij laat hiervoor een aantal empirische studies de revue passeren die de therapeutische relatie als de meest robuuste voorspeller van behandelingsucces aanwijzen. Ook hier echter ligt de waarheid in het midden. 'Er is alle reden om de therapeutische relatie meer als een proces te zien dan als een product,' stelt de auteur, en dat is een verfrissende aanmoediging om uit deze heilloze tweestrijd te komen (namelijk of het behandelingsucces afhangt van de relatie of van de technieken).

In hoofdstuk 2 wordt het begrip 'tegenoverdracht' zowel op een speelse manier besproken als met veel onderzoeksresultaten geardeerd. Via Kiesler, Rogers en het mooie concept van de therapeut als *wounded healer* komt de auteur tot de conclusie dat het inzicht in eigen verwondingen wel degelijk een belangrijke rol kan spelen bij het tot stand brengen van een goede therapeutische relatie en het zich kunnen inleven in de pijn van de patiënt. Tel hierbij

op dat onderzoek heeft uitgewezen dat overdrachtsreacties van de patiënt ten opzichte van de therapeut reactiveringen kunnen zijn van mentale representaties van andere sleutelfiguren dan uitsluitend de ouders. Belangrijke anderen in het actuele bestaan, zoals levenspartners, broers, zussen, collega's en leidinggevendenden, roepen eveneens tegenoverdrachtsreacties op. Daarmee maken ze het concept 'tegenoverdracht' voor de CGT'er acceptabeler, aangezien instrumenten als betekenisanalyse en rationele zelfanalyse hier een belangrijke rol kunnen spelen. Kortom, een aan te leren *countertransference management* (waarbij de therapeut leert zijn eigen tegenoverdrachtsreacties te analyseren en te hanteren) bleek mede een significante positieve voorspeller te zijn van een geslaagde behandeling.

Hoofdstuk 3 gaat over (on)veilige hechtingsstijlen en de rol die deze spelen in de therapeutische relatie. Het geeft een goed overzicht van de belangrijke, school-overstijgende gehechtheidstheorie van Bowlby. Bartholomew en Horowitz (1991) onderscheiden vier hechtingsstijlen: (1) veilige hechting, (2) aanklappende-ambivalente hechting, (3) angstig-afwijzende hechting en (4) vermijdende-afwijzende hechting. Deze berusten op de leergeschiedenis van de patiënt en zijn (traumatische) ervaringen met belangrijke anderen als ouders, broers en zussen. Persoonlijkheidsstoornissen worden gekenmerkt door onveilige hechtingsstijlen en leiden mede op grond daarvan tot specifieke interactiestoornissen, ook in de therapeutische relatie.

De taken van, en de emotionele gevolgen voor, de therapeut worden uitvoerig belicht, wat nuttige kennis en aandachtspunten kan opleveren voor intervisie, supervisie en cursussen. Een leertherapie en persoonsgerichte supervisie voor de vaak ook onveilig gehechte therapeut ('wounded healer') verdient aanbeveling, waarbij de auteur steeds de gevoeligheden, negatieve ervaringen en trauma's van de patiënt evenwichtig aanvult met die van de therapeut. Dit vereist eerlijke zelfanalyse en interactiebewust handelen van de therapeut, als belangrijke nieuwe gehechtheidsfiguur voor de patiënt. Hierbij kan Brewins verklaring (2006) voor de werking van allerlei vormen van CGT helpen. Volgens Brewin gaat het erom dat de patiënt meer positieve associaties opbouwt (ook binnen de therapeutische relatie), teneinde de talrijke oude negatieve associaties te verzwakken en te overwinnen. Kortom, een belangrijk hoofdstuk vol klinische relevantie voor cognitieve gedragstherapeuten die wat betreft het fenomeen 'hechting' bijscholing kunnen gebruiken.

In hoofdstuk 4 wordt na een beschrijving van de persoon Kiesler en diens ontwikkeling zijn interpersoonlijke communicatietheorie en cirkel behandeld. In deze interpersoonlijke cirkel wordt menselijke communicatie ingedeeld in twee onafhankelijke dimensies van gevoel (vriendelijk versus vijandig) en macht (dominant versus volgzaam). Dit levert vier zuivere posities (vergelijk de roos van Leary) en vier gemengde posities op, in totaal acht posities. Een voorbeeld is vriendelijk-volgzaam gedrag van de patiënt. De omgeving en de therapeut gaan complementair op de patiënt reageren door

diens interactie-appèl. In dit voorbeeld komt de therapeut in de positie van vriendelijk-dominant. Dit zijn de waarschijnlijkheidswetmatigheden in de communicatie. Gevallen van psychopathologie als persoonlijkheidsstoornissen en recidiverende depressies worden gekenmerkt door eenzijdigheid en rigiditeit. De nadelen van deze interactiestoornissen zijn groot en therapie beoogt te helpen bij verandering van interpersoonlijk communicatief gedrag. Na aanvankelijk empathisch en complementair volgen van de patiënt zal de therapeut het nadelige gedrag niet meer *reinforcen*. Uiteindelijk gaat hij de patiënt metacommunicatieve feedback geven door middel van subjectieve zelfonthulling, dat wil zeggen door het gevoel dat het gedrag van de patiënt bij hem oproept met de patiënt open te bespreken. Kiesler formuleert tien klinisch belangrijke voorwaarden waaraan de feedback moet voldoen om therapeutisch effectief te zijn. Mooi is dat de auteur een open en kwetsbaar eigen aandeel van de kant van de therapeut bepleit.

In hoofdstuk 5 is volgens Safran het constructief oplossen van alliantiebarsten in het 'hier en nu' van de therapeutische relatie een unieke manier om de patiënt te helpen zijn disfunctionele interpersoonlijke schema's te boven te komen. Immers, deze barsten in de alliantie of de therapeutische relatie treden onvermijdelijk op en kunnen leiden tot *drop-out* van de patiënt, maar kunnen vaak ook gerepareerd worden, wat door de therapeut te leren is. Safran geeft hiervoor concrete suggesties en presenteert een fasemodel. Volgens Safran is psychopathologie het niet in evenwicht zijn van het streven naar autonomie versus verbondenheid, uit angst voor onderwerping versus afwijzing of verlating. Therapie dient de eenzijdigheid en de vicieuze cirkels tussen patiënt en therapeut te verminderen en te doorbreken. Deze opvatting in eigen interpersoonlijke theoretische taal komt naar onze mening inhoudelijk dicht bij Becks opvatting van overontwikkeld eenzijdig kerngedrag bij persoonlijkheidsstoornissen. Door de enthousiaste maar eenzijdige nadruk van de auteur op het interpersoonlijke, missen we de aandacht voor het intrapsychische, zoals zelfbeeld en beeld van anderen.

De auteur heeft al eerder laten blijken dat de CGT volgens hem weinig aan eigen theorievorming heeft gedaan over de specifieke betekenis van de therapeutische relatie. Hij probeert in deze lacune te voorzien door in hoofdstuk 6 de *functional analytic psychotherapy* (FAP) te introduceren. Deze methodiek heeft net als de ACT kritiek op de CGT vanwege de hardnekkige aanname dat enerzijds emotionele problemen gevolgen zijn van cognitieve vertekeningen en anderzijds anders denken leidt tot anders doen. De auteur introduceert met de FAP een model waarbij de interactie tussen therapeut en patiënt consequent in operante leertheoretische termen beschreven wordt. De focus ligt op het probleemgedrag, dat zich manifesteert in het directe contact tussen patiënt en therapeut.

De therapeutische relatie speelt dan ook een belangrijke rol in het negeren van het probleemgedrag en het bekrachtigen van het verbetergedrag, wat niet per se een resultaat hoeft te zijn van succesvolle interventies. Dit trekt

uiteraard een zware wissel op de persoon van de therapeut, die altijd een authentieke balans moet zien te vinden tussen negeren en belonen, wat een 'operante beïnvloeding' nu eenmaal vereist. Terecht ziet de auteur de FAP als een waardevolle bijdrage voor CGT-therapeuten die er niet voor terugschrikken om zichzelf als warm dominante counselor in de strijd te gooien, bijvoorbeeld bij de uitleg van de FA, de BA en de HT aan de patiënt. Naar onze mening spreekt dit vanzelf voor de ervaren cognitieve gedragstherapeut, maar misschien is dit wishful thinking?

Opvallend is dat de auteur wel de (voor de gemiddelde cognitieve gedragstherapeut) onbekende FAP uitkiest, maar aan het in de CGT-praktijk zeer gangbare monumentale werk van Beck (2004, 2014) en Young (2005) over de therapeutische relatie in het hele boek slechts één alinea wijdt. Dat is jammer.

Hoofdstuk 7 behelst een pleidooi voor de therapeutische factor als tegenhanger van het beklemmende keurslijf van de *evidence-based practice* en de protocollen, die Duncan en Miller een catastrofe voor de ontwikkeling van de psychotherapie noemen. Hun werkwijze leunt op verfrissende paradigma's als: 'De patiënt wordt verantwoordelijk gemaakt voor het succes van de behandeling en de therapeut voor het gebrek aan progressie in de therapie', en: 'Het gaat er niet om hoe goed het gaat met de patiënt, maar hoe goed hij het doet.' Bij dit alles conformeert de therapeut zich niet aan een theoretisch referentiekader, maar laat zijn inbreng grotendeels bepalen door een feedbacksysteem. Daarin worden behalve bovengenoemde bevindingen van de patiënt ook de persoon van de therapeut en de interactie tussen beiden continu geëvalueerd en besproken.

En hier laat de auteur dan ook terecht kritiek horen: het feedbacksysteem kan (onbedoeld) de resultaten beïnvloeden. Wat psychotherapie is, wordt wel erg ruim ingevuld, en een paradigmaloze aanpak kan veel stuurloosheid opleveren, onder het mom van 'u vraagt en wij draaien'. Daartegenover kan een theoretisch referentiekader als bijvoorbeeld de CGT het benodigde tegenwicht bieden. Al met al een leuk hoofdstuk, dat tot nadenken aanzet.

Hoofdstuk 8 gaat over interventies vanuit het interpersoonlijke model. De nadruk op dit model gaat samen met het ontbreken van inbedding in het cognitieve en leertheoretische model, het gedragstherapeutisch proces, en de holistische theorie en functieanalyse. Dat is jammer. Wel zijn deze interventies gesprekstechnische juweeltjes, veelal vanuit de rogeriaanse (cliëntgerichte) hoek. De concrete voorbeelden en dilemma's zijn inspirerend en klinisch bruikbaar. Wat echter ontbreekt, is aandacht voor persoonlijkheidstrekken. De focus ligt op gevoelens en cognities.

In hoofdstuk 9 worden als aanvulling op de ROM interessante monitorinstrumenten vanuit het gezichtspunt van de therapeut gepresenteerd, bijvoorbeeld de Therapeut Tevredenheidschaal, de Session Rating Scale (SRS), de Countertransference Questionnaire (CQ) en de IMI-C van Kiesler. De IMI-C meet de door de therapeut ervaren beïnvloedingsboodschappen, ei-

gen cognities en emoties als reactie op de patiënt. De IMI-C is door de auteur uitvoerig psychometrisch onderzocht, royaal beschikbaar gesteld op internet en er is een korte, zeer gebruiksvriendelijke versie van. Aanbevolen dus om meteen zelf klinisch mee aan de slag te gaan.

Concluderend zijn wij enthousiast over dit erudiete en genuanceerde boek, dat rijk is aan concrete voorbeelden. Juist voor cognitieve gedragstherapeuten bespreekt het verrijkende en minder bekende onderwerpen, zoals hechting, tegenoverdracht, het eigen aandeel van de therapeut, interpersoonlijke vicieuze cirkels en interventies. De gepresenteerde meetinstrumenten zijn direct vruchtbaar toe te passen in de eigen klinische praktijk. Ook de vele overzichten van empirisch onderzoek bij de therapeutische relatie zijn dege-lijk. Het is echter meer een integratief en interpersoonlijk dan een CGT-boek, en de confrontatie met het werk van Beck en Young zou een prikkelende uitdaging zijn als aanvulling bij een eventuele tweede druk.

Het boek is heel bruikbaar, en een aanrader voor supervisies en vervolgcursussen. De besproken onderwerpen zijn te belangrijk om niet in de CGT te integreren. Deze integratie zal weliswaar leiden tot cognitieve dissonantie, maar daarmee een creatieve impuls vormen voor het wetenschappelijke en klinische debat.

Adriaan Sprey is klinisch psycholoog/psychotherapeut. Als opleider psychodiagnostiek en psychotherapie organiseert en geeft hij supervisie, opleidingen en nascholingen op het (grens)gebied van persoonlijkheidsstoornissen vanuit zijn eigen opleidingspraktijk. Tevens is hij verbonden aan de GGZ Groep.

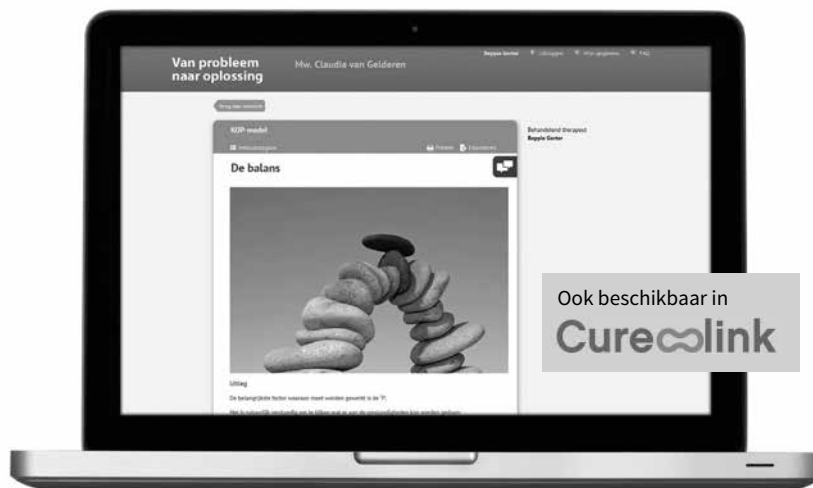
Jan Bernard is klinisch psycholoog/psychotherapeut en supervisor VGt. Hij is ook als docent/workshopgever werkzaam bij de RINO Noord-Holland. Tevens is hij verbonden aan twee psychotherapiepraktijken: de GGZ Groep en Ithaca.

Correspondentieadres: Adriaan Sprey. www.adriaansprey.nl. E-mail: info@adriaansprey.nl

Literatuur

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226-244.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. and associates (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (pp. 92-112). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2014). *Cognitive therapy of personality disorders* (pp. 125-139). New York: Guilford Press.
- Brewin, Ch. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 765-784.
- Young, J. E., Weisglas, M., & Klosko, J. (2005). De therapeutische relatie. In *Schemagerichte therapie* (pp. 187-217). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

Nieuw: kortdurend behandelen met het KOP-model online



Het KOP-model van Paul Rijnders en Els Heene is nu beschikbaar als blended behandeling. Met deze laagdrempelige vorm van eHealth helpt u uw cliënten in vijf (of meer) stappen op weg naar psychisch evenwicht.

De voordelen op een rij:

- ✓ Cliënt werkt deels zelfstandig, dus komt beter voorbereid bij u
- ✓ Flexibel programma: bepaal zelf het aantal sessies
- ✓ Elke sessie is te declareren
- ✓ Geen opstartkosten: meteen aan de slag
- ✓ Geschikt voor huisartsenzorg (POH-GGZ) en Basis GGZ

Lees meer op www.kop-model.nl

Boom | Psychologie
& Psychiatrie

www.boompsychologie.nl
info@boompsychologie.nl
+31 (0) 20 524 45 14

Bewezen effectieve methoden nu als online cursus

Voluit leven en *Leven met pijn*, de succesvolle methoden gebaseerd op mindfulness en ACT, zijn nu beschikbaar als online cursus. De cursussen zijn zelfstandig te doorlopen, maar ook geschikt voor begeleide zelfhulp.



De voordelen:

- ✓ Direct eHealth implementeren zonder licentiekosten
- ✓ Groot effect op angst en depressieve klachten: mensen komen tot bloei
- ✓ Lage drop-out door motiverende technologie

Lees meer en bestel op
www.boompsychologie.nl/onlinezelfhulp

**Boom | Psychologie
& Psychiatrie**

info@boompsychologie.nl
+31 (0) 20 524 45 14