

Het jij-en-ik in het hier-en-nu

Experts aan het woord over
interventies, deelnemer zijn, en hun
eigen bedding

Susan Vroemen

INHOUDS- OPGAVE

Pagina 03	De giraf
Pagina 05	Een sessie met Bas
Pagina 08	Samenvatting
Pagina 09	Hoofdstuk 1 Therapeutische relatie en relationele expertise
Pagina 16	Hoofdstuk 2 Verbinding. Implicaties uit de hechtingstheorieën
Pagina 27	Hoofdstuk 3 Expertonderzoek: opzet en aanpak
Pagina 32	Hoofdstuk 4 Schema's
Pagina 37	Hoofdstuk 5 Interventies
Pagina 56	Hoofdstuk 6 Wat hebben therapeuten nodig om deelnemer te zijn?
Pagina 60	Discussie
Pagina 63	Dankbetuiging
Pagina 64	Literatuur
Pagina 68	Bijlagen

De giraf

Bert kijkt me vragend aan. Ik heb net verteld dat het onderzoek geen datasaturatie heeft opgeleverd. Deze zomer heb ik wekelijks een interview gehouden met een expert in het therapeutenvak. En eerlijk gezegd: dat had ik best willen blijven doen. De rest van mijn leven. De vraag die centraal stond was hoe zij werken met het jij-en-ik in de therapeutische relatie. Wat doen ze om een goede relatie met hun cliënt te ontwikkelen? Regelmatig zat ik nog na te gloeien in de trein of auto terug naar huis. Ik was verrast door de openheid waarmee ik ontvangen werd, en voelde me bevoorrecht om een inkijkje te krijgen in hun manier van werken.

Ik zit in het eindgesprek van mijn scriptie met de twee begeleiders van het onderzoek Andrea en Bert. Ze zijn bijna net zo enthousiast over dit onderzoek als ik. Maar: geen datasaturatie dus.

‘Wat ontbreekt er denk je?’, vraagt Andrea, ‘Wat verwacht je dat er anders zou zijn in het model dat er nu ligt als je meer mensen zou interviewen?’

In gedachten ga ik de stappen langs. Er is zo veel waardevols uit dit onderzoek gekomen. De vier fases van therapeutische relatieontwikkeling zijn uitgewerkt met concrete taken. En tijdens de analyse begon het hart van de therapeutische relatie zich steeds duidelijker af te tekenen en vorm aan te nemen. De dialoog die de relationele expertise handen en voeten geeft.

Eigenlijk denk ik dat de fases, taken, en proceselementen in de dialoog hetzelfde zouden zijn, maar iedere opsomming doet tekort aan wat er in de spreekkamer gebeurt.

‘Als ik meer therapeuten zou interviewen zou er nog meer nuance komen’, zeg ik. ‘Er is geen standaard, maar het is maatwerk, een ambacht.’

Ik vertel hoe ik deze zomer na een hoop gepuzzel, en keer op keer door de transcripten lezen, het opeens ‘te pakken’ had. Hoe trots ik wel niet was: er was een model uitgekomen! En hoe ik niet heel lang daarna een beetje een kater had. In het model was namelijk in de verste verte niet meer voelbaar wat in de gesprekken wel voelbaar was: de essentie, de magie van de ontmoeting. Het voelde een beetje alsof ik de giraf uit elkaar gehaald had, ontleed, en niet meer in elkaar kon zetten.

Bert, had al vanaf het begin, naast zijn wetenschappelijke blik, oog voor de praktische toepassing. Een *good practice* en een lijst met aanbevelingen zou een mooi eindproduct zijn. En we zien alle drie mogelijkheden: dit model kan helpen bij kennisoverdracht. Misschien een publicatie?

‘Dit is niet over te dragen met rijtjes en lijstjes aanbevelingen’, hoor ik mezelf zeggen. Met pijn heb ik stukken moeten schrappen. Er was, vanzelfsprekend, een maximale lengte aan de scriptie. Hoe kan ik de essentie in een publicatie overbrengen? Een publicatie betekent dat het nog korter moet en het zou eigenlijk een boek moeten worden. Een boek met verhalen!

Hoe breng je dit gedeelte van het werken met mensen over? Je leert het door iemand voor de groep individueel werk te zien doen met een deelnemer, je ziet het in opnames van clientgesprekken, je leest het in dialogen. Je gaat meeresoneren, komt in een bepaalde staat van zijn. Je rechterhersenhelft wordt aangesproken. Ook in ons onderwijs en in andere kennisoverdracht kunnen we veel meer gebruik maken van de neurobiologie die zo mooi is uitgetekend door onderzoekers als Allan Schore, Dan Siegel en Stephen Porges.

Je leest hier een weergave van de kennisdeling van elf doorgewinterde experts: psychotherapeuten, klinisch psychologen, systeemtherapeuten met jarenlange ervaring. Het is een bewerking van de scriptie die ik schreef in het kader van mijn master levensloopspsychologie aan de Open Universiteit.

Het verhaal hierna is mijn bijdrage aan de giraf. Daarna komt het theoretisch kader met de theorieën van grootheden die de paden voor ons gebaad hebben en de moderne wetenschappers die hier mee verder zijn gegaan. Vervolgens lees je hoe dit onderzoek is opgezet en uitgevoerd en komen de experts aan het woord. Ik wens je veel inspiratie!

Susan Vroemen

Utrecht, december 2022

Een sessie met Bas

Hij werkt zo hard, dat hij het leven niet meer zo leuk vindt. Weekenden, avonden gaan op aan het werk. Het is zijn perfectionisme zucht hij, en hij kijkt me hulpeloos aan. Tegenover zijn perfectionisme is blijkbaar geen kruid gewassen.

“Wat ga je uit de weg door je werk zo perfect te doen?”, vraag ik.

Hij kijkt me met een groot vraagteken aan.

“Wat zou er gebeuren als je een steekje laat vallen?”, probeer ik opnieuw vanaf de andere kant.

Ik krijg een litanie dat dat nog nooit gebeurd is en dat hij alleen maar complimenten voor zijn werk krijgt. Hoeveel werk hij al verzet heeft, en hoe hij meerdere malen de situatie heeft gered. De voorbeelden worden breed uitgemeten. Er is geen speld tussen te krijgen.

“Dus, wat zou er mis kunnen gaan dan?”, vraag ik nog eens.

Het is ons vijfde gesprek en we zijn al een paar keer op dit punt gekomen. Iedere keer als we op de onderliggende laag komen, daar waar hij zich klein voelt, het idee heeft te falen, verzandt hij steevast in wollig taalgebruik en abstracties, krijgt zijn perfectionisme de schuld, en ... raak ik hem kwijt.

Als ik dichterbij kom, duwt hij me weg. Ik merk op dat ik heel voorzichtig ben geworden. Het is niet veilig genoeg voor hem, bedenk ik, terwijl ik verwonderd luister naar hoe hij onuitputtelijk moeilijke woorden aan elkaar rijgt. Hoe maak ik het veiliger? Hoe kan ik zorgen dat hij zonder gezichtsverlies naar zijn kwetsbare plekken kan kijken?

Zijn enorme angst om te falen, om niet geslaagd te zijn in het leven. Zijn grote wantrouwen in het oordeel van anderen dat hij vroeger veel te vaak ongefundeerd over zich heen kreeg. Ik bedenk dat ik niet veilig genoeg ben voor hem, anders waren al die woorden niet nodig.

“Weet je”, zeg ik, en onderbreek zijn woordenstroom. Hij hapt even naar lucht, en na een moment van verbazing zie ik opluchting op zijn gezicht. “Deze plek kennen we. Dit is een heel sterk deel van jou, met veel woorden en prachtige taal, maar die sneeuwt dat andere deel dat nogal bang is onder.”

Ik verbeeld de delen met twee placemats en leg die voor hem neer op de vloer. Ik wijs naar het kwetsbare deel: “Iedere keer als dit deel zich ook maar even laat zien, komt die ander ertussen”.

Hij knikt en is even stil. “Tja”, zegt hij, “dat komt denk ik door mijn zus vroeger.” Hij heeft me verteld over zijn oudere zus. Een meisje met problemen, die haar ongenoegen en frustraties op hem afreageerde. Ze gebruikte zijn zwakheden tegen hem. Zijn ouders waren zelf erg zoekend naar hoe ze op een goede manier haar gedrag konden begrenzen, en waren niet goed tegen haar opgewassen. Hij greep vaak mis als hij zocht naar hun steun. Hij voelde zich onbeschermd en maakte zijn eigen bescherming: hij zou niemand ooit nog een kijkje in zijn binnenwereld geven.

“Ja”, zeg ik zacht, “zij heeft je vertrouwen flink beschadigd. En nu zitten wij hier, jij en ik. Ben je bang dat ik hetzelfde zal doen?”

Hij lijkt even te schrikken en zegt van niet, dit is een hele andere situatie. Ik leg uit dat ons gevoel ons iets heel anders kan vertellen dan onze ratio en wat voor spanning dat kan geven. En ik vertel hem hoe ik ons contact ervaar.

“Wat ik merk Bas, is dat als we samen werken, dat je me steeds terug duwt als ik dichterbij kom. De vorige keer heb ik na onze sessie opgeschreven: “Bas komt met een brei van woorden, die als een rookgordijn tussen ons in liggen. Ze houden me op afstand. Ik wacht tot je je veilig genoeg voelt om te komen.”

Hij moet even slikken.

“ Klopt dat?”, vraag ik, “helpen de woorden jou om mij op afstand te houden?”

“Ja, dat klopt wel.”

“Wat heb jij nodig van mij om je veilig genoeg te voelen?”

Wat heb je nodig van mij?

Ooit stelde een leertherapeut me deze vraag: “Wat heb jij nodig van mij?”

Ik was er compleet van ondersteboven. Ik nodig van haar? In eerste instantie begon ik te ratelen wat ik zelf allemaal anders moest doen. Mijn thema is namelijk dat ik het zelf moet doen. Dat doe ik ook het liefst: dat voelt onafhankelijk, en dat voelt dan weer veilig.

“Nee”, onderbrak ze me toen, “wat heb jij nodig van mij?”.

Het bleek een magische vraag.

“Dat je geen oordeel over me hebt”, was mijn antwoord, en ik wist zelf op dat moment niet waar het vandaan kwam, maar het was ontzettend waar.

Ik voelde me gesteund doordat ze me die vraag stelde. Het ging dwars tegen mijn ‘ik-zit-hier-wel-maar-ik-doe-het-liever-alleen’-stuk in. Blijkbaar wilde zij ook iets doen om het samenwerken goed te laten verlopen. Dat ze het belangrijk vond om te horen wat ik daarbij van haar nodig had, gaf me het gevoel dat ik er toe deed voor haar. En dat voelde weer een stuk minder alleen.

De ‘Wat-heb-je-van-mij-nodig’-vraag ben ik een prachtige vraag blijven vinden die ik af en toe zelf aan mijn cliënten stel. Ik moet hem dan meestal nog een keer herhalen, net zoals mijn leertherapeut destijds bij mij. Het brengt het proces in het hier-en-nu naar het jij-en-ik. Ik laat de cliënt weten dat hij ertoe doet, dat ik het belangrijk vind dat we goed kunnen samenwerken, en dat hij me mag vertellen wat hij daarvoor nodig heeft van mij. Ik zeg er altijd bij dat ik niet weet of ik dat kan geven, maar dat ik het graag wil horen en, als het in mijn invloedssfeer ligt, ik mijn best zal doen. Het betekent voor mij ook: we doen dit samen.

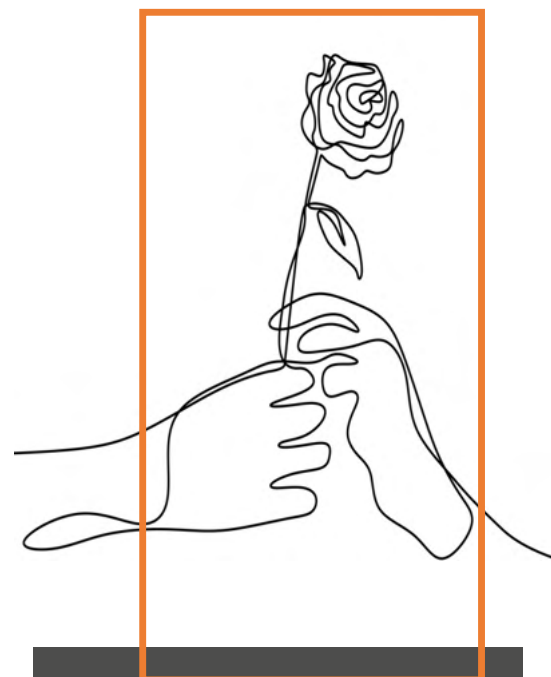
*Dit verhaal is met toestemming van de betrokkene gepubliceerd.

SAMEN- VATTING

De persoon van de therapeut en de therapeutische relatie leveren de grootste bijdrage aan het veranderingsproces van de patiënt; een grotere bijdrage zelfs dan het effect dat toegeschreven kan worden aan de specifieke interventies die eigen zijn aan elke behandelvorm. Vanuit de hechtingstheorie kunnen belangrijke implicaties afgeleid worden om een veilige, groeibevorderende therapeutische relatie te installeren. De vertaling daarvan naar interventies in de praktijk staat echter nog in de kinderschoenen.

Deze thesis presenteert de resultaten van een kwalitatief onderzoek naar de toepassing van de hechtingstheorie binnen de therapeutische relatie. Er werden elf experts geïnterviewd, waarbij de vraag centraal stond naar hoe zij zichzelf als deelnemer inbrengen in de therapeutische relatie en welke interventies zij inzetten. Daarnaast is gevraagd naar wat zij zelf nodig hebben in opleiding en supervisie.

Gebruik makend van Thematische Analyse zijn de interviewtranscripten geanalyseerd, waaruit een specifieke werkmethode naar voren komt. De bevindingen leveren empirische aanwijzingen voor acht proceselementen die tezamen de dialoog tussen client en therapeut vormen. Deze dialoog vormt de kern van de relatie en krijgt zijn toepassing binnen verschillende taken in vier fases van het proces van relatievorming. Binnen de proceselementen worden zeventien verschillende therapeutische interventies onderscheiden. De resultaten kunnen bijdragen aan de verdere integratie van het paradigma van de hechtingstheorie binnen psychologische begeleiding en het ontwikkelen van een richtlijn voor de therapeutische relatievorming en -ontwikkeling.



Wat :

Masteronderzoek

Onderzoeker :

Susan Vroemen

Eerste begeleider :

Dr. A. Grauvogl

Tweede begeleider :

Dr. B.R.H. Lenaert

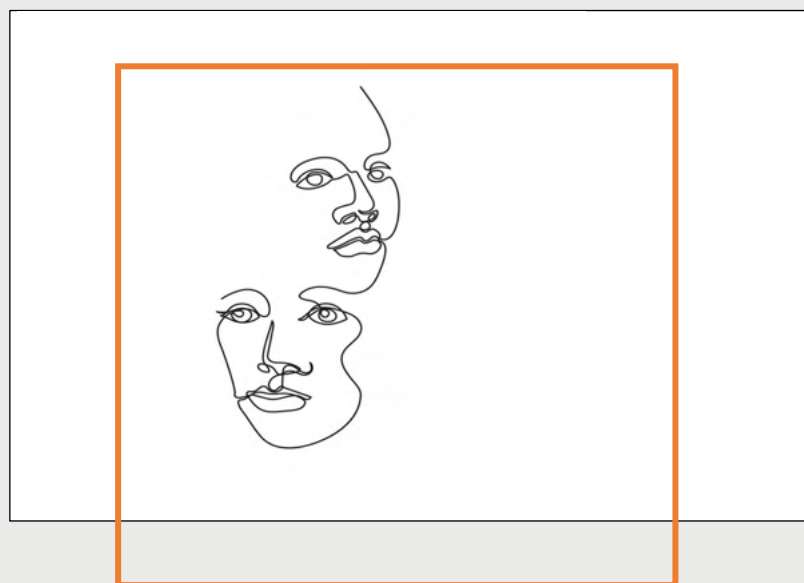
Datum :

12 december 2022

Hoofdstuk 1

Therapeutische relatie en relationele expertise

“There is still much to be learned about how the therapeutic relationship unfolds over time, how different events in the relationship contribute to process and outcome, and how client and therapist factors contribute to the therapeutic relationship.” (Clara E. Hill, 2014)



De therapeutische relatie blijkt een van de belangrijkste voorspellers te zijn van het veranderingsproces in therapie, onafhankelijk van de therapierichting van waaruit de therapeut werkt (Norcross & Lambert, 2018). Uit een meta-analyse van Flückiger en collega's (Flückiger et al., 2018) komt een positieve samenhang tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en behandeluitkomst van ongeveer 0.28 naar voren (95% betrouwbaarheidsinterval [.26, .30], $d = .58$). Desondanks weten we nog weinig over de relationele factoren die bijdragen aan de ontwikkeling van een sterke relatie. We weten niet precies hoe de therapeutische relatie zich ontwikkelt in de tijd, hoe verschillende interacties en interventies daarop van invloed zijn, en hoe cliënt- en therapeutfactoren een rol spelen. In een onderzoek van Arnow en Steidtmann (2014) gaven therapeuten uit verschillende stromingen aan dat ze weinig richtlijnen hebben voor hoe zij de relatievorming en -ontwikkeling kunnen begeleiden.

Hechting en interpersoonlijke dynamiek: het jij-en-ik

Op basis van de klassieke en moderne gehechtheidstheorieën kunnen principes in de interpersoonlijke dynamiek gedestilleerd worden die therapeuten helpen om een veilige, groeibevorderende relatie tot stand te brengen. In deze studie hebben we deze principes omschreven als het werken met 'het jij-en-ik in het hier-en-nu' van de therapeutische relatie.

Dit onderzoek brengt de werkwijze van elf experts in kaart en beantwoordt de vraag: 'Hoe passen experts de principes uit de hechtingstheorie toe in concrete interventies en relationele processen?' Daarnaast impliceert een interpersoonlijke relatie dat therapeuten zichzelf als deelnemer inbrengen in de relatie. Schema's die therapeuten hebben met betrekking tot hun rol als professional en de therapeutische relatie zijn van invloed op hoe zij aan de relatie deelnemen. In het onderzoek werden daarom ook de opvattingen en overtuigingen binnen deze schema's geïnventariseerd. Tenslotte is onderzocht wat therapeuten zelf nodig hebben aan training en begeleiding om voldoende bedding te ervaren om als deelnemer in de relatie aanwezig te zijn.

Hierna wordt allereerst een definitie van de therapeutische relatie gegeven en wordt geschetst wat de plek van de therapeutische relatie is binnen de hoofdstromingen in de psychotherapie. Vervolgens worden de principes beschreven die volgen uit de klassieke en moderne hechtingstheorieën voor het vormgeven van een veilige interpersoonlijke relatie. Er wordt een korte samenvatting gegeven van de huidige stand van zaken in de onderzoeksliteratuur met betrekking tot interventies, die aan deze principes vorm en inhoud geven.

Daarna wordt gekeken naar de onderzoeksliteratuur met betrekking tot de therapeut als deelnemer in de relatie en met name naar schema's die de therapeut hanteert die hierop van invloed zijn.

Definitie van de Therapeutische Relatie

Trijsburg en Snijders (2009, in Hafkenscheid, 2021) definiëren de therapeutische relatie als 'de houdingen en gevoelens van de cliënt en de therapeut ten opzichte van elkaar en de wijze waarop deze tijdens de behandeling tot uitdrukking worden gebracht'. De meeste meetinstrumenten die de kwaliteit van de therapeutische relatie in kaart brengen, zijn gebaseerd op de transtheoretische benadering van Bordin (1979). Bordin definieert de werkalliantie als (1) overeenstemming tussen cliënt en therapeut over therapeutische doelen, (2) overeenstemming over therapeutische taken, en (3) de kwaliteit van de persoonlijke band tussen cliënt en therapeut. De drie componenten kunnen niet los van elkaar worden gezien, maar elk beïnvloedt beide andere componenten.

Gelso en collega's (Gelso & Mohr, 2001; Gelso et al., 2013) onderscheiden naast de werkalliantie de reële relatie en de overdrachtsrelatie. Binnen de reële relatie formuleert het 'volwassen deel' van de cliënt een hulpvraag en vanuit dit deel zet de cliënt de stap naar hulpverlening. Dit 'volwassen deel' heeft een realistische, adequate perceptie en interpretatie van het gedrag van de therapeut. De overdrachtsrelatie is de relatie waarin belevingen en percepties van de cliënt ten aanzien van de therapeut, en andersom, de belevingen en percepties van de therapeut ten aanzien van de cliënt, worden gevormd en vervormd door de eigen psychologische structuren en het persoonlijke verleden. Hierbij worden gevoelens, attitudes en gedragingen die redelijkerwijs thuishoren bij vroegere relaties met belangrijke anderen meegenomen naar de therapeutische relatie. In dit onderzoek volgen we Hafkenscheid (2021) die de werkalliantie van Bordin verbreedt tot de hele therapeutische relatie. Hij stelt dat elk van de drie componenten van de werkalliantie zowel 'gezonde', reële, als disfunctionele cliënt- en therapeutgedragingen omvat, die voortvloeien uit overdracht en tegenoverdracht.

De Therapeutische Relatie binnen de Hoofdstromingen

Binnen de individuele psychotherapie onderscheiden we vier hoofdstromingen. Elk biedt een eigen perspectief op de ontwikkeling van de menselijke psyche en het ontstaan van psychopathologie. Alle hoofdstromingen onderschrijven het concept van de werkalliantie van Bordin. Ze verschillen echter voor wat betreft de plek die aan de relatie binnen het therapeutisch proces toegekend wordt. Hieronder volgt op hoofdlijnen een beschrijving van het belang en de

plek van de therapeutische relatie binnen de hoofdstromingen. Achtereenvolgens komen de psychoanalyse, de cliëntgerichte benadering, de cognitieve gedragstherapie, en de systeemtherapie aan bod. Daarnaast worden de uitgangspunten van een van een bekend interpersoonlijk model genoemd, namelijk de Interpersoonlijke Communicatietheorie (ICT) van Kiesler.

Psychoanalyse

In de psychoanalyse ontstaat psychopathologie door onbewuste innerlijke conflicten. De grondlegger van de psychoanalyse, Sigmund Freud, stelde dat de psychische structuur is samengesteld uit een Id, de instinctieve behoeften zoals seksuele en agressieve driften, een Superego dat de morele normen en standaarden van ouders, gezin en gemeenschap omvat, en het Ego, dat rationeel functioneert en bemiddelt tussen Id en Superego. Id en Superego worden mede gevormd door de ervaringen in de jonge ontwikkelingsfasen. Als Superego en Id met elkaar in conflict zijn en het Ego vindt daar geen aanvaardbare oplossing voor, treden afweermechanismen in werking om stressvolle gedachten en emoties te onderdrukken, en kunnen symptomen van psychopathologie ontstaan. Een overdrachtsneurose is een onbewuste terugkeer van deze innerlijke conflicten, stammend uit de kindertijd, in het hier-en-nu van de therapeutische relatie (Safran, 2020).

In de klassieke psychoanalyse is de analyse van de overdracht van de cliënt ten aanzien van de therapeut, een centrale therapeutische taak. Het werken met de relatie bestaat eruit dat de therapeut een neutrale en abstinente positie inneemt. Het doel hiervan is dat de overdrachtsneurose zich aandient. De therapeut neemt een expertpositie in en voorziet de gevoelens van de cliënt van betekenis. Gevoelens die de therapeut in het contact ervaart, worden gezien als tegenoverdracht en deze dienen buiten de relatie blijven (Slavin, 2007). Harmonie, disharmonie en spanningen in de relatie worden toegeschreven aan overdrachtsgevoelens en gezien als een vertekende waarneming van de cliënt (Wallin, 2020).

Binnen de analytische school heeft het denken over plaats en functie van de therapeutische relatie vanaf de jaren '90 steeds meer plaatsgemaakt voor relationeel denken (Benjamin, 1990; Gomperts, 2002; Slavin, 2007; Wallin, 2020). Het relationele denken staat een meer gelijkwaardige relatie tussen cliënt en therapeut voor. Zij ziet beiden als een volwassen deelnemer met verantwoordelijkheid voor het eigen aandeel in de relatie (Rait, 2000). Ieder brengt zichzelf, met zijn eigen geschiedenis, overtuigingen en denkbeelden, in de relatie in. Er is sprake van wederkerigheid in dit proces: de een beïnvloedt en wordt beïnvloed door de ander, en andersom.

Om dit paradigma te beschrijven, wordt de term tweepersoonspsychologie gebruikt, dit in tegenstelling tot de eenpersoonspsychologie van de klassieke school (Gomperts, 2002; Wallin, 2020). Safran en Muran met hun resolutiemodel voor alliantiebarsten (Hill & Knox, 2009; Safran, 2015) en het model van Relational-Cultural Therapy (Frey, 2013) zijn bekende modellen uit deze school.

Persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie

Persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie, voorheen cliëntgerichte psychotherapie, genoemd, ziet psychopathologie als een gestagneerde actualiseringstendens en het niet (voldoende) authentiek kunnen vormgeven aan het eigen leven. Het therapeutisch gesprek staat centraal in de behandeling en hierbij wordt uitgegaan van een relatie die zo horizontaal mogelijk is, en waarbij therapeut en cliënt een emotionele band aangaan (Rogers, 1959; Rogers, 2020). Volgens Rogers (Rogers, 1959) moet de therapeut, om een relatie te kunnen bieden waarin de cliënt kan groeien, zich begeven in een ontmoeting van persoon tot persoon. Dit wordt gezien als een belangrijke randvoorwaarde: de relatie biedt een veilige omgeving en enkel binnen die veiligheid kan een cliënt zich openen voor en toegang krijgen tot zijn eigen innerlijke belevingswereld. Daarbinnen kan zijn verhaal verteld worden en zich ontvouwen. De cliënt is zelf de expert met betrekking tot zin- en betekenisgeving van zijn eigen ervaring.

Om een dergelijke veilige relatie tot stand te brengen, is de grondhouding van de therapeut belangrijk. Deze kenmerkt zich door onvoorwaardelijke aanvaarding, echtheid en empathie. Empathie is tevens een belangrijk instrument: doordat de therapeut zich empathisch afstemt en met tentatieve bewoordingen spiegelt, voelt de cliënt zich volledig begrepen. Dit wordt gezien als een krachtige relationele ervaring (Lux, 2021; Rogers, 1975). Rogers (1959) wees op de wederkerigheid van deze therapeutische voorwaarden, en ging daarmee uit van de therapeutische relatie als een tweerichtingsproces (Murphy & Cramer, 2014). Spanningen en impasses worden gezien als een bedreiging van de therapeutische relatie en uitgangspunt is dat ieder zijn aandeel daarin heeft. Er wordt gezamenlijk gezocht naar een oplossing. Dit wordt ook wel de "Relationship-dialogue" genoemd (Elliott, 2004).

Hafkenscheid (2021) benoemt dat de cliëntgerichte benadering de eerste theorievorming over het therapeutisch gesprek heeft ontwikkeld, en daarmee de basis heeft gelegd voor het moderne denken over de therapeutische relatie. Hij waarschuwt dat de grondhouding wijdverspreid, en ook door andere scholen overgenomen is, maar dat het toepassen ervan een complexe vaardigheid is, die gedegen training vraagt.

Cognitieve gedragstherapie

Binnen de cognitieve gedragstherapie wordt psychopathologie gezien als het gevolg van een verkeerde gewoontevorming en disfunctionele cognities. Vermijding en veiligheidsgedrag spelen een cruciale rol in het ontstaan en in stand houden van de pathologie. De cognitieve gedragstherapie richt zich op het ontmantelen van veiligheidsgedrag en blootstellingsprocedures, activering van gezonde gedragspatronen en het aanleren van functionele cognities (Hafkenscheid, 2021). De therapeutische relatie biedt een context waarbinnen de therapeutische interventies toegepast kunnen worden. De relatie is daaraan ondergeschikt. Spanningen en storingen die zich in de relatie voordoen, worden gezien als het gevolg van een verstoord denkpatroon van de cliënt, dat uitgedaagd dient te worden (Hill & Knox, 2009).

Systeemtheorie

De Systeemtheorie gaat ervan uit dat psychische klachten nooit los staan van het 'systeem', in casu het gezin of de partnerrelatie. De relaties binnen het systeem zijn van invloed op de problemen die iemand ontwikkelt. De systeemtherapeut kijkt naar de onderlinge interactiepatronen: op welke manier mensen met elkaar omgaan, hoe ze met elkaar communiceren en hoe ze, binnen de relationele context, betekenis geven aan hun klachten. Friedlander en collega's (2011) stellen dat de therapeutische relatie niet alleen een cruciale factor is voor het verloop en de uitkomsten in individuele therapie, maar ook in systeemtherapie. In tegenstelling tot individuele psychotherapie echter, moet de therapeut, in systeemtherapie, verschillende allianties tegelijk aangaan en onderhouden (Rait, 2000). Het contextuele werk, een specifieke stroming binnen de systeemtheorie heeft belangrijke principes geformuleerd als het gaat om de relationele ethiek. Deze principes zijn verticale en horizontale loyaliteit, wederkerigheid in geven en nemen, rechtvaardigheid, verantwoordelijkheid, en betrouwbaarheid (Heyndrickx, 2022).

Interpersoonlijke modellen van psychopathologie

Interpersoonlijke modellen veronderstellen dat zowel hulpvrager als hulpverlener bepaalde interpersoonlijke schema's, zelfdefinities en wereldbeelden, bijvoorbeeld in de vorm van angsten en verlangens meebrengen in de spreekkamer. Daarnaast is er een realisme ten aanzien van de rol en positie van beiden en het feit dat deze aan verandering onderworpen zijn. Zo kunnen hulpvragers op enig moment hulpverlener worden, en andersom kunnen hulpverleners zelf hulpvrager zijn (Hafkenscheid, 2018). Een bekend interpersoonlijk model van psychopathologie is de interpersoonlijke communicatietheorie en -therapie (afgekort tot ICT) van Donald J. Kiesler.

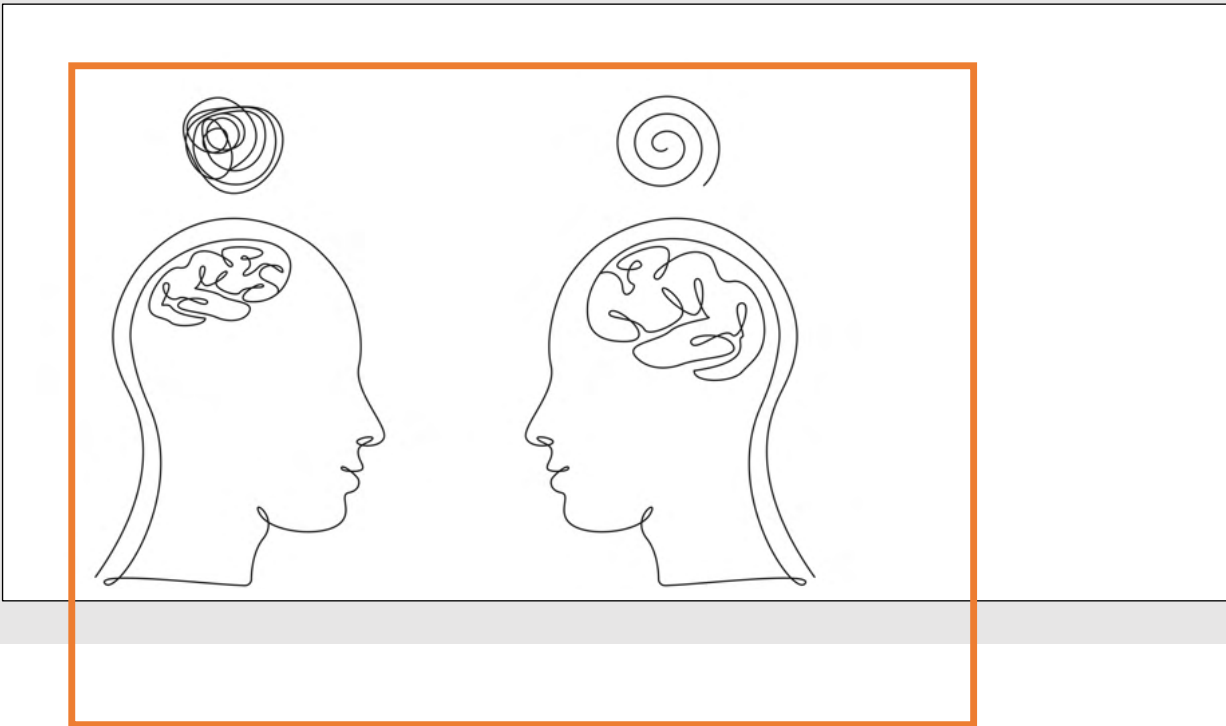
In dit model wordt 'psychische gezondheid' interpersoonlijk gedefinieerd door het vermogen van het individu om zijn omgangsstijlen flexibel en in intensiteit aan te passen aan wisselende sociale omstandigheden (anders gezegd: aan 'wat de context vraagt of nodig maakt'). Bij pathologie is de omgangsstijl meer rigide. De therapeut gebruikt metacommunicatieve feedback, waarmee de problematiek in het 'hier en nu' van de therapeutische relatie gebracht wordt.

Samenvattend zien we dat de hoofdstromingen niet alleen verschillen voor wat betreft de plek die aan de relatie binnen het therapeutisch proces toegekend wordt maar tevens dat er een andere visie is op de rol van de therapeut. Waar de therapeut in de psychoanalyse en cognitieve gedragstherapie een meer neutrale, abstinente expertrol aanneemt, is hij in de persoonsgerichte benadering, en in de relationele en interpersoonlijke school een deelnemer. In de systeemtheorie hanteert de therapeut het principe van meervoudige partijdigheid en vormt hij meerdere allianties.

Tweepersoonspsychologie

Hierboven werd al even de term tweepersoonspsychologie gebruikt. Binnen de Analytische School heeft er vanaf de jaren '90 een paradigmawisseling plaatsgevonden. De termen 'eenpersoonspsychologie' en 'tweepersoonspsychologie' werden aanvankelijk gebruikt om deze paradigmawisseling in de psychoanalyse aan te duiden. 'Eenpersoonspsychologie' is de overkoepelende term geworden voor de relatie waarin de therapeut zich abtinent opstelt en zich onthoudt van interactie met de cliënt, en waar klachten worden gezien vanuit het intrapsychische domein. De therapeut kan deze evalueren los van de eigen psychologie. 'Tweepersoonspsychologie' heeft als overkoepelende term betrekking gekregen op de onderling verbonden concepten uit de relationele, interpersoonlijke, interactionele, sociaal-constructivistische en object-relationale stromingen (Gomperts, 2002).

Jordan (2000; Jordan & Schwartz, 2018) wijst erop dat de eenpersoonspsychologie van de analytische school nog steeds wijd verbreid is, ook onder niet-analytici. Het volgens deze eenpersoonspsychologie werken met concepten als de therapeut als expert, overdracht- en tegenoverdracht en projectie zijn door veel postmoderne benaderingen, van CGT tot coach- en counselingsopleidingen, overgenomen en gemeengoed geworden (Gelso & Bhatia, 2012; Hill & Knox, 2009; Jordan, 2000). Hoewel in de Analytische School dus een ontwikkeling heeft plaatsgevonden naar relationeel denken, is dat nieuwe gedachtengoed nog niet overal doorgedrongen.



Hoofdstuk 2

Verbinding. Implicaties uit de hechtingstheorieën

In dit hoofdstuk kijken we welke principes we uit zowel de klassieke als de moderne hechtingstheorie kunnen destilleren om een sterke, groeibevorderende relatie te creëren. Hoe maak je het veilig voor je cliënt en jezelf, en hoe faciliteer je de ontwikkeling van de relatie binnen die veiligheid?

De klassieke hechtingstheorieën

Zet twee mensen bij elkaar en ze vormen een band. Bij elkaar horen, *'belonging'*, is een fundamentele, alles doordringende menselijke drijfveer (Baumeister & Leary, 1995 in Spilt, 2011). Het zit in onze genen. Volgens Bowlby (1980) zijn we genetisch geprogrammeerd om ons te verbinden met anderen; in eerste instantie aan onze ouders of verzorgers, en later in ons leven aan een partner maar ook belangrijke anderen als een therapeut. Bowlby (1988), de grondlegger van de hechtingstheorie, zag de therapeutische relatie als een hechtingsrelatie.

De hechtingstheorieën van Bowlby (1969 in (Wallin, 2020), Mahler (Benjamin, 1990; Bergman et al., 2015) en Benjamin (1990, 1995) zijn in essentie theorieën over menselijke relaties en identiteit. Het geeft een constructivistische kijk op de wereld: het kind leert over relaties door ze te ervaren in de ontmoeting met anderen.

Bowlby

Een kernbegrip in zijn theorie is het innerlijk werkmodel. Dit zijn mentale representaties of schema's die het kind in de interactie met zijn primaire verzorgers ontwikkelt. Deze schema's bevatten gedachten, gevoelens, en attitudes ten aanzien van zichzelf in relatie tot de gehechtheidsfiguur. Kinderen die op voorspelbare, consistente wijze zorg en steun ontvangen wanneer zij hun behoeften kenbaar maken, en die getroost worden in tijden van stress, ontwikkelen daardoor een positief zelfbeeld: ze voelen zich de moeite waard om aandacht en liefde te krijgen. Tegelijkertijd ervaren ze dat anderen betrouwbaar en beschikbaar zijn voor zorg en hulp. Dit leidt tot een positief beeld van de ander. We noemen dit een veilige gehechtheid. Het kind ervaart zijn ouder als een veilige basis (*secure base*) om van daaruit de wereld te verkennen. Eenmaal in de wereld is de ouder een veilige haven (*safe haven*) om naar terug te keren wanneer hij ervaringen opdoet waarbij hij hulp nodig heeft.

“We zijn genetisch geprogrammeerd om ons te verbinden met anderen.”

Er zijn ook kinderen die opgroeien in een omgeving waarin de ouders niet of nauwelijks beschikbaar zijn om zorg en steun te bieden, of waarin zelfs sprake is van verwaarlozing. Dit leidt tot negatieve interne werkmodellen van zichzelf en/of anderen. We noemen dit een onveilige hechting.

Bowlby (Bowlby, 1988) moedigt de therapeut aan om een veilige basis voor de cliënt te creëren waarin de cliënt zich geaccepteerd voelt. De cliënt kan de relatie dan als een secure base gebruiken om van daaruit zijn innerlijke belevingswereld te exploreren. De therapeut kan een nieuwe gehechtheidsfiguur zijn, bij wie de cliënt nieuwe gehechtheidspatronen kan ontwikkelen. De ingang om met deze oude hechtingswonden te werken, door nieuwe te creëren, was voor Bowlby het hier-en-nu en de relatie tussen cliënt en therapeut. Hij verwoordt dat (1988, p. 141) als volgt:

“A patient’s way of construing his relationship with his therapist is not determined solely by the patient’s history: it is determined no less by the way the therapist treats him. Thus the therapist must strive always to be aware of the nature of his own contribution to the relationship ... I want to emphasize ... that the focus of therapy must always be on the interactions of the patient and therapist in the here and now”

Mahler en Benjamin

Een belangrijke ontwikkeltaak die nauw samenhangt met hechting is de vorming van autonomie. Mahler beschreef in haar separatie-individuatie theorie hoe een kind, vanuit de symbiotische relatie met zijn moeder of primaire verzorger, zich ontwikkelt tot iemand die zichzelf ziet en ervaart als een gescheiden entiteit en een eigen persoonlijkheid (Bergman et al., 2015). Separatie en individuatie gaan hand in hand. Separatie betekent het loskomen van het kind uit de symbiotische relatie met de moeder en een ontstaan van een gevoel van onafhankelijkheid. Het kind wordt zich bewust dat het een eigen identiteit heeft.

Met het ontwikkelen van kruipen en lopen kan een kind door zijn toenemende mobiliteit letterlijk meer afstand nemen, met als gevolg dat het de wereld om hem heen meer gaat verkennen. Hij kan echter steeds terugkeren naar zijn moeder, zijn veilige thuishaven. Het proces eindigt met het vermogen van object-constantie. Het kind heeft in deze fase ook zijn cognitieve vermogens verder ontwikkeld en kan innerlijk een beeld van zijn moeder vasthouden en dit oproepen bij haar afwezigheid (De Witte, 1980; Matthys, 1985) waardoor hij meer onafhankelijkheid heeft verworven.

In het hoofdstuk Recognition and Destruction (1990) zet Benjamin uiteen hoe het separatie-individuatie proces begeleid wordt door een parallelproces van het ontwikkelen van intersubjectiviteit en wederkerigheid. Benjamin beschrijft hoe het kind tijdens de exploratiefase plezier ervaart in de afstemming met de ouder wanneer het ontdekt dat deze zijn gevoelens deelt. Het kijken naar de ouder en het checken gaat niet alleen over veiligheid zoeken zoals

Mahler stelt, maar volgens Benjamin ook over contact en het delen van elkaars binnenwereld. Ze noemt dit: *“Contacting the child’s mind”*. Er ontstaat een nieuwe vorm van verbinding.

In Mahler’s theorie wordt het conflict van toenadering en afstand opgelost wanneer het kind het eindstadium bereikt van object-constantie. Volgens Benjamin (1990) is het verwerven van intersubjectiviteit een net zo belangrijke ontwikkelingstaak:

“[...] separation is then truly the other side of connection to the other. It is this appreciation of the other’s reality that completes the picture of separation and explains what there is beyond internalization: the establishment of a shared reality.”

Deze interpersoonlijke dynamiek gaat naar het hart van de relatie. Neurobiologisch onderzoek naar hechting bevestigt dat de vorming van de therapeutische relatie een interactief, intersubjectief proces is. Het werk van onder andere Schore (2009, 2017, 2021), Siegel (2001, 2019), en Porges (Porges, 2003) laat zien dat de therapeutische relatie een systeem is tussen twee mensen, dat zijn uitwerking op beiden heeft. De relatie tussen hen komt tot stand en wordt onderhouden via interpersoonlijke uitwisseling in het hier-en-nu. Hierbij is de manier waarop de therapeut in het moment aanwezig is met de cliënt, hoe hij zich afstemt op de cliënt en op dat wat er in de relatie gebeurt, en hoe hij omgaat met ontregeling en ontwrichting van de verbinding, van cruciaal belang. Deze uitbreiding op de hechtingstheorie van Bowlby vanuit neurobiologisch perspectief wordt ook wel de moderne hechtingstheorie genoemd.

Moderne Hechtingstheorieën

Schore (2009, 2017, 2021), Siegel (2001, 2019), en Porges (Geller & Porges, 2014; Porges, 2003), vooraanstaande onderzoekers uit de neurowetenschappen, hebben de laatste drie decennia de hechtingstheorie uitgebreid. Hun onderzoeken tonen aan dat met name de eerste levensjaren, maar ook daarna, de ontwikkeling van de hersenen in interactie met anderen tot stand komt. De hersenen worden als het ware ‘ingeregeld’ door de ervaringen die een persoon opdoet met een belangrijke ander.

Sleutel hierin zijn de nonverbale emotionele communicatie die verloopt via gezichtsuitdrukkingen, gebaren en lichaamshouding, de intonatie van de stem, en het ritme van de woorden (Schore, 2021; Siegel, 2019). Wanneer nonverbale communicatie positief en afgestemd is, voelt iemand zich kalm en verbonden, wat een gevoel van innerlijke veiligheid geeft. Via de ander ontvangt hij zijn gevoelstoestand gespiegeld terug en ontstaat een gedeelde emotionele ervaring.

“Onze hersenen worden als het ware ‘ingeregeld’ door de ervaringen die we opdoen met een belangrijke ander.”

Een kind leert in de relatie met zijn ouder zijn affecten te reguleren en via die route later zelfregulatie toe te passen. Dit vormt zijn latere ‘*window of tolerance*’: de mate waarin hij als volwassene emoties kan verdragen (Riksen-Walraven, 2002). Belangrijk hierbij is dat communicatie contingent, afgestemd en responsief is. Riksen-Walraven (2002) legt in haar rede het begrip contingentie uit als afstemming in de betekenis van opeenvolging in de tijd. De timing is dus belangrijk. Doordat het gedrag een reactie uitlokt (die kinderen kunnen koppelen aan hun eigen gedrag) ontstaat het besef dat ze impact hebben op de ander. Dat resulteert in wat Stern (1985, in Benjamin, 1990) “een gevoel van *agency*” noemt. Door de impact op elkaar voelen ouder en kind zich beiden gezien en erkend. Agency is enorm belangrijk als we het hebben over de ontwikkeling van een gevoel van zelf sturing hebben in je leven, autonomie en daarmee identiteitsontwikkeling.

Ouders zijn nooit continu op hun kind afgestemd. Er ontstaan momenten van ‘*mismatch*’. Tronick (1989) heeft met zijn onderzoeken laten zien dat met name het herstellen van deze momenten van mismatch cruciaal zijn voor het vestigen van een sterke band. Wanneer een ouder kort na een mismatch de verbinding herstelde, dan gaf dat juist een grotere emotionele veiligheid. Schore (2017, 2021) en Siegel (2001, 2019) vonden neurobiologisch bewijs voor de stelling van Tronick dat juist die herstelmomenten, naast afstemming en responsieve reacties, zorgen voor een stevige hechtingsband waarin het kind emotionele veerkracht ontwikkelt en een gevoel van stabiliteit in zichzelf vindt.

Belangrijke implicaties voor de therapeutische praktijk

Met betrekking tot het opbouwen van een sterke therapeutische relatie zijn de volgende principes uit deze hechtingstheorieën, vrij vertaald naar Siegel (2001) en Schore (2015, 2017, 2021) in het bijzonder van belang:

1. **Uitwisseling: *feeling felt*.** Het delen van primaire emoties, die op afgestemde, non-verbale wijze geuit worden, zorgt voor een directe verbinding tussen twee mensen. Schore noemt deze afstemming ‘resonantie’ (Schore, 2009). Deze uitwisseling is wederkerig: de cliënt merkt dat hij een impact heeft op de therapeut. Dit maakt dat hij zich veilig voelt.

2. De reflectieve dialoog: betekenis geven. De therapeut start een zoektocht om samen met de cliënt betekenis te geven aan diens impliciete gevoelstoestanden. Dit gebeurt op zo'n manier dat de cliënt door de dialoog zijn innerlijke gemoedstoestanden beter gaat begrijpen. Door het gesprek ervaart de cliënt dat zijn ervaring belangrijk is en dat hij erover kan delen met een ander.
3. Coherent narratief: integratie. De therapeut, die zijn ervaringen geïntegreerd heeft, wordt in staat geacht om zijn cliënt te helpen om te komen tot een coherent verhaal rond een specifieke ervaring. Dit kan vervolgens opgenomen worden in het levensverhaal van de cliënt. Hiermee kan hij moeilijke ervaringen verwerken en een plek geven.
4. Herstel van disharmonie: opnieuw verbinden. Wanneer afgestemde communicatie verstoord wordt, wat onvermijdelijk is, dan is het bespreken van de verstoring belangrijk om de verbinding te herstellen. De cliënt leert dat verbinding opnieuw tot stand kan komen. Daarnaast leert hij, door het bespreekbaar maken en doorvoelen, wat er in hemzelf en in de ander omgaat op die momenten.
5. Emotionele communicatie: het vieren van het positieve en insluiten van het negatieve. De therapeut kan positieve emoties uitvergrooten door in blijdschap en plezier te delen. Dit is constructief voor het zelfbeeld van de cliënt. Net zo belangrijk is het vermogen van de therapeut om verbonden te blijven met zijn cliënt op het moment dat deze verwarrende, pijnlijke, of ongemakkelijke emoties ervaart. Hierdoor leert de cliënt dat de ander blijft op moeilijke momenten, en kan hij zijn pijnlijke en verwarrende emoties gaan begrijpen.

Bovenstaande betekent dit dat de therapeut fungeert als een veilige basis voor de cliënt door consistente, voorspelbare en betrouwbare zorg te verlenen. Dat doet hij door responsief en afgestemd te zijn op zijn cliënt en zich te laten raken. Hij helpt de cliënt om te reflecteren op zijn gevoelens om tot een coherent narratief te komen. Hij viert successen mee en blijft wanneer het ongemakkelijk wordt. Wanneer verstoringen in de relatie ontstaan, dan is er ruimte om dit door te werken en mogen gevoelens van teleurstelling, boosheid, en wrok er zijn. Ze worden onderzocht met de intentie om de verbinding te herstellen.

Voorgaande kenmerkt de therapeutische relatie als een intersubjectieve, ontwikkelingsgerichte relatie waarin therapeut en cliënt een dynamisch systeem vormen. Hierin is het handelen en gedrag van de een van invloed op de ander, en andersom. In dit onderzoek omschrijven we dit als het jij-en-ik van de relatie in het hier-en-nu.

Bestaande onderzoeksliteratuur

In de bestaande literatuur is gekeken naar publicaties van empirisch onderzoek naar hoe de principes uit de genoemde hechtingstheorieën in de praktijk in concrete interventies en relationele processen worden toegepast. Goed onderzocht zijn het inzetten van empathie en het onderhandelingsproces binnen de relatie bij verstoringen en disrupties, maar ook bij het delen van positieve en negatieve momenten samen. Hieronder wordt de onderzoeksliteratuur met betrekking tot deze onderwerpen op hoofdlijnen weergegeven.

Empathie

Rogers (1975) omschrijft het concept empathie als een belangrijk relationeel proces. Dit proces start met hoe we empathie in het dagelijks taalgebruik kennen: de therapeut leeft zich in in de gevoels- en gedachtewereld van de cliënt. Als proces betekent het dat de therapeut sensitief is van moment tot moment, wanneer de cliënt zijn innerlijke wereld verkent en verschillende gemoedstoestanden tegenkomt. De therapeut luistert met een frisse en onbevangen blik, ook naar die dingen waar de cliënt zelf angstig voor is en bij weg wil blijven. Om dit te kunnen doen, moet de therapeut nieuwsgierig zijn en zijn cliënt echt willen leren kennen.

Er kunnen onaangename gevoelens of gedachten opkomen, waarbij de therapeut innerlijk werk moet doen om zijn eigen mening en (voor)oordelen te parkeren. Het vraagt een luisterende maar ook een vragende houding. De therapeut neemt een houding aan van 'niet-weten' en stelt vragen in plaats van dat hij dingen invult. Het proces wordt verder gedragen doordat de therapeut, dat wat hij bij zichzelf opmerkt tijdens het luisteren, spiegelt aan de cliënt en checkt of het een juiste weergave is.

“Being listened to by an understanding person makes it possible for a person to listen more accurately to himself, with greater empathy toward his own visceral experiencing, his own vaguely felt meanings.” (Rogers, 1975)

Onderzoek laat zien dat dit proces van empathisch begrijpen synchronisatie tussen de biologische systemen van cliënt en therapeut tot stand brengt (Koole & Tschacher, 2016). Dit leidt tot meer veiligheid en vertrouwen en heeft volgens Lux (2021) een gunstig effect op de therapeutische alliantie.

Jordan (2000; Jordan & Schwartz, 2018) heeft de wederkerigheid van empathie verder uitgewerkt. Een voorbeeld hiervan is wanneer de therapeut zijn emoties toont, waardoor de cliënt merkt dat zijn verhaal impact heeft. De cliënt ervaart dat de therapeut door hem geraakt wordt en daar woorden aan geeft. Het geeft de cliënt een gevoel van *mattering*: ertoe doen, de moeite waard zijn om de ander te raken en een respons te ontvangen. Hiermee ervaart de cliënt dat hij impact heeft op de relatie. Jordan noemt dit, analoog aan de correctieve emotionele ervaring, de correctieve *relationele* ervaring. Het is destructief voor de cliënt om te ervaren dat bij het tonen van zijn gedachten, gevoelens of uitreiken een gepaste reactie uitblijft.

Herstellen van verbinding

Safran en Muran (2003, 2005) ontwikkelden een methodiek voor het herstellen van breuken in de alliantie, waarin meta-communicatie centraal staat. Zij stellen dat de therapeutische relatie gevormd wordt in een doorlopend proces van onderhandeling (*negotiating*). Die onderhandeling betreft niet alleen de taken en doelen van de werkaliantie maar tevens hoe therapeut en cliënt zich tot elkaar verhouden. In hun methode wordt veel aandacht gegeven aan het exploreren van de gevoelens en cognities van de cliënt rond spanningen, disharmonie en relatiebreuken. Bevindingen uit hun onderzoeken (Safran, 2014) tonen dat de bijdrage van de therapeut aan wat er in de relatie plaats vindt net zo belangrijk is als de bijdrage van de cliënt. In deze methode past de therapeut zelfonthulling toe in het gezamenlijk onderzoek naar wat er mis gaat in de relatie. Dit zorgt voor een nieuwe relationele ervaring. Deze methode is vorm gegeven in de *Brief Relational Therapy* en goed onderzocht. Toepassing kan een maladaptief interpersoonlijk patroon op basis van oude schema's/ innerlijke werkmodellen transformeren (Safran, 2014).

Processing the relationship

Hill en Knox (2009) trekken het bovengenoemde proces van onderhandelen breder en zien dit als een doorlopende taak van cliënt en therapeut dat, ook los van spanningen en breuken, aan de orde is. Zij ontwikkelden het concept '*Processing the Relationship*', waar we niet echt een goede vertaling voor konden vinden. Een belangrijk begrip hierin is onmiddellijkheid (*immediacy*). Relationeel werk bestaat eruit om, door middel van meta-communicatie, gezamenlijk te reflecteren op wat in het hier-en-nu gebeurt in de cliënt-therapeut interactie.

Uit diverse gevalsstudies (Hill et al., 2014; Hill et al., 2008; Kasper et al., 2008; Mayotte-Blum et al., 2012) blijkt dat de cliënt zich door de toepassing van *immediacy* gevalideerd voelt en de therapeut als zorgzaam ervaart. Het helpt cliënten om hun gevoelens naar de therapeut toe onder woorden te brengen en op een nieuwe manier met anderen de interactie aan te gaan.

Dit leidde tot beter interpersoonlijk functioneren en een verbetering van de therapeutische relatie (Hill & Knox, 2009). Hill (2014) wijst in dit kader uitdrukkelijk op dat immediacy alle hier-en-nu interacties binnen de therapeutische relatie omvat, zoals bijvoorbeeld interacties die de persoonlijke relatie betreffen. Ze kunnen overdracht omvatten, maar dat hoeft zeker niet altijd zo te zijn.

Jordan (1997, 2000) heeft het bespreekbaar maken van gevoelens door de cliënt en het belang van een adequate reactie van de therapeut uitgewerkt in de Relational-Cultural Theory en daar enkele gevalstudies naar gedaan. Wanneer de cliënt zijn authentieke gevoelens naar de therapeut kan uiten, en die reageert op gepaste wijze, dan voelt de cliënt zich geaccepteerd. Dit versterkt de relatie en werkt transformerend: de verbinding wordt meer authentiek. Wanneer de therapeut echter geen of een ongepaste respons geeft, zal de cliënt strategieën ontwikkelen om zich terug te trekken uit de verbinding. Hij zal zich terug trekken en enkel nog inbrengen wat acceptabel is voor de therapeut. Hij doet dat om in de relatie te kunnen blijven. Carol Gilligan (1982, in Jordan, 2000) noemt dit: *“Keeping yourself out of relationship in order to stay in relationship”*. De prijs is echter het verlies aan authenticiteit omdat de cliënt zich meer en meer terughoudt. De relatie wordt een schijnvertoning en zowel therapeut als cliënt zijn de verliezers van deze interactie. Ook Wallin (2020) benadrukt dat een therapeutische relatie zo integraal mogelijk moet zijn: het is belangrijk dat alles er mag zijn: zowel positieve als negatieve gevoelens. Op die manier hoeft een cliënt niets in zichzelf af te wijzen (Wallin, 2020).

“Keeping yourself out of relationship in order to stay in relationship.” (Gilligan, 1982)

Naast deze drie interventies zijn er relatief weinig publicaties van empirisch onderzoek naar hoe de principes uit de genoemde hechtingstheorieën in de praktijk in concrete interventies en relationele processen worden toegepast. Daarnaast is gekeken naar onderzoek naar hoe de therapeut zichzelf als deelnemer in de relatie inzet en wat van invloed is op de wijze waarop hij dat doet.

De Therapeut in de Relatie

In een intersubjectieve therapeutische relatie, is de therapeut deelnemer en brengt hij zichzelf als persoon in. De vraag is niet óf hij zichzelf meeneemt, maar hóe. Bij de vraag hoe de therapeut zichzelf in de relatie inbrengt, spelen motivatie en schema's een belangrijke rol.

Motivatie

Barnett (2007) en Langer (2019) schrijven over behoeften van de therapeut in de therapeutische relatie. Wanneer studenten of beginnende therapeuten de vraag krijgen waarom ze voor het vak gekozen hebben, dan is het antwoord in het algemeen 'om anderen te helpen'. Anne Power (2016, in Langer, 2019) stelt dat het geen geheim is onder therapeuten dat we onze carrière kiezen om in onze eigen behoeften te voorzien. Dit hoeft goede zorg helemaal niet in de weg te staan, zolang we het ons maar bewust zijn en er eerlijk over zijn naar onszelf en de cliënt. Hier komt ook het belang van leertherapie en supervisie om de hoek kijken. Riley (2009) deed onderzoek naar de docent-student dyade. Hij kwam tot de conclusie dat voor docenten de relatie met hun studenten belangrijk is voor hun professionele identiteit: *"The teacher needs to form a working relationship with at least one student to maintain a professional identity of 'teacher.'*" Dit kan verschillende vormen aannemen. Zo kan een docent zich effectief en zelfverzekerd voelen in de interactie met een bepaalde student, maar tevens kan een docent, naast zijn rol als zorggever, zorgvrager worden omdat hij ook een afhankelijkheid ervaart om zijn rol bevestigd te zien.

Kottler en Carlson (2007) hebben veel onderzoek gedaan naar persoonlijke groei en ontwikkeling die therapeuten ervaren door hun interacties met cliënten. In hun boek *'The cliënt who changed me'* (2007) beschrijven zij een aantal van deze persoonlijke transformaties. In dit boek maken vooraanstaande therapeuten melding van het feit dat ze worden uitgedaagd door hun cliënten om meer te leren over een onderwerp. Anderen spreken over parallelprocessen waarin zij, door getuige te zijn van het proces dat de cliënt doormaakt, in de gelegenheid worden gesteld om aan hun eigen thema's te werken. Weer anderen maken melding van bijna spirituele ervaringen die zij hadden door aanwezig te zijn bij belangrijke momenten van inzicht van hun cliënten. Volgens Kottler (Kottler & Hunter, 2010) is het niet verwonderlijk dat in de intieme relatie die we ontwikkelen met de mensen die we helpen, de impact wederkerig is. Ook Schore noemt dit wederkerige aspect van de therapeutische relatie, in die zin dat het niet meer enkel over de cliënt gaat, maar tegelijkertijd over onszelf (Schore in een interview met David Bullard 2015).

"It's a two-way street: therapists become better, too, because of their clients!" (Kottler, 2010)

Schema's

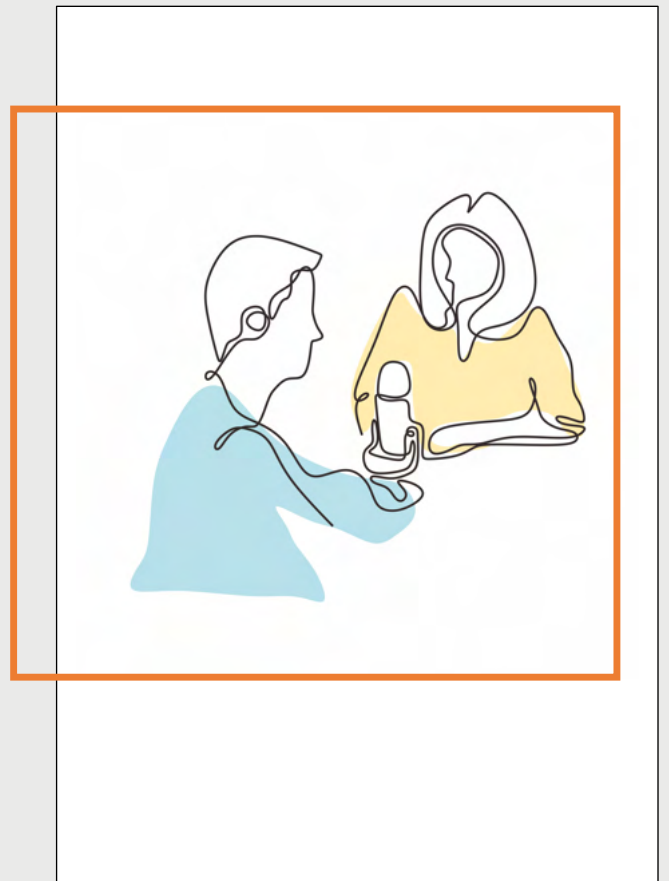
Schema's zijn van invloed op de informatieverwerking van sociale processen. Ze kunnen specifieke gedachten en affectieve gemoedstoestanden activeren die bepalend zijn voor de respons naar de cliënt toe (Koenen et al., 2019). Inzicht in deze modellen is van essentieel belang omdat ze beschouwd worden als de determinanten van sensitief handelen (De Wolff & Van IJzendoorn, 1997).

Zoals ouders een mentale representatie maken van de relatie met hun kind, zo ontwikkelen therapeuten eveneens werkmodellen, of schema's, van hun relatie met individuele cliënten (Daniel, 2006; Marmarosh, 2015). Onderzoek naar leraren wijst uit dat deze schema's overtuigingen en verwachtingen omvatten van zichzelf als professional en de verschillende rollen daarin (zorggever, expert, begeleider, hechtingsfiguur), en schema's over de dyadische (een-op-een) relatie. Hierin zijn overtuigingen en verwachtingen opgeslagen over de behoeften van de student en hoe de leraar en de student zich tot elkaar verhouden (Spilt, 2010). In dit onderzoek gaan we ervan uit dat dit ook voor therapeuten geldt, en willen we de opvattingen binnen deze schema's onderzoeken.

Hoofdstuk 3

Expertonderzoek: opzet en aanpak

In dit onderzoek staat de vraag centraal hoe therapeuten met het jij-en-ik in het hier-en-nu van de relatie werken. Op basis van de hechtingstheorie nemen we aan dat dit bijdraagt aan het installeren van een veilige relatie. Het doel is om een bijdrage te leveren aan een *good practice* met interventies die groeibevorderende interpersoonlijke relaties tot stand brengen. Uit de hechtingstheorie vloeit tevens voort dat de therapeut zichzelf inbrengt in de relatie. Een tweede doelstelling is dan ook om te inventariseren hoe therapeuten zichzelf als deelnemer in de relatie inbrengen, en wat zij hierbij nodig hebben in training en supervisie.



In een onderzoek van Arnow en Steidtmann (2014) gaven therapeuten uit verschillende stromingen aan dat ze weinig richtlijnen hebben voor hoe zij de relatievorming en -ontwikkeling kunnen begeleiden. Dit onderzoek doet een poging om een meer diepgaand begrip te ontwikkelen van de processen en interventies vanuit het perspectief van hechting. Het uiteindelijke doel is om met deze kennis voordeel te doen in de therapeutische praktijk en therapeuten in hun relationele expertise te ondersteunen door middel van training en opleiding.

Vragen in dit onderzoek

1. Hoe brengt de therapeut zichzelf in de relatie in? Om dit te onderzoeken kijken we naar de opvattingen van de therapeut binnen verschillende schema's:
 - a. opvattingen over de therapeutische relatie;
 - b. opvattingen over zichzelf als professional.
2. Welke jij-en-ik-interventies passen therapeuten toe om een veilige, groeibevorderende therapeutische relatie te installeren?
3. Wat vraagt het ontwikkelen van relationele expertise in termen van supervisie, opleiding, en training?

Opzet

In deze studie draait het om de perceptie en ervaringen van zeer ervaren therapeuten, de experts in dit onderzoek. Om deze in kaart te brengen is een kwalitatief onderzoeksdesign (gevalsstudie) gehanteerd waarbij diepte-interviews werden afgenomen bij elf experts.

Dit onderzoek is gebaseerd op de aanname dat er een schat aan kennis is bij ervaren therapeuten, en dat er, wellicht impliciet, veel wordt gedaan om een veilige sfeer te creëren en een stevige verbinding.

Deelnemers aan het expertonderzoek

Dit onderzoek is gebaseerd op de aanname dat er een schat aan kennis is bij ervaren therapeuten, en dat er, wellicht impliciet, veel wordt gedaan om een veilige sfeer te creëren en een stevige verbinding. Het is in die zin een expert-onderzoek. De deelnemers zijn gericht geworven (purposive sampling) via de VPeP (Vereniging voor Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie), de NVPP (Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie) en de VCW (Vereniging van Contextueel Werkers). De eerste twee beroepsverenigingen hebben een cliëntgerichte, intersubjectieve oriëntatie op de therapeutische relatie. De VCW is een beroepsvereniging voor systeemtherapeuten die werken vanuit de contextuele theorie. Voor dit onderzoek zijn elf zeer ervaren therapeuten geïnterviewd, van wie zes klinisch psycholoog/psychotherapeut, twee psychotherapeuten (van wie een tevens systeemtherapeut), een psychiater, een GZ-psycholoog i.o. KP/psychotherapeut, en een systeemtherapeut. Vier deelnemers werken in een instelling, waarvan twee daarnaast gedeeltelijk in een eigen praktijk. Zeven deelnemers werken geheel in een eigen (groeps)praktijk. Van de elf deelnemers zijn zeven therapeuten docent binnen erkende opleidingen in Nederland. Alle deelnemers werken met volwassenen.

De deelnemers hebben ieder naast hun specialistische opleiding nog verdere verdiepingsopleidingen gevolgd. De tabel in de bijlage A bevat de achtergrond, theoretische oriëntatie, en aanvullende specialisaties van de deelnemers.

Data

De interviews werden afgenomen aan de hand van een semigestructureerd interviewschema (bijlage B). Hierbij hield de deelnemer een casus uit de eigen praktijk in gedachten van een afgerond begeleidingstraject waarin gewerkt werd met het jij-en-ik in het hier-en-nu. De interviews zijn getranscribeerd waarna de transcripten gecodeerd en geanalyseerd konden worden. Voorafgaand aan het onderzoek is toestemming verkregen van de commissie Ethische Toetsing Onderzoek (cETO) van de Open Universiteit.

Onderzoekster

Omdat kwalitatief onderzoek nooit objectief is, maar gekleurd wordt door de onderzoeker, wordt hier aangegeven wat mijn achtergrond is. Ik heb dat gedaan vanuit een achtergrond als gezondheidswetenschapper en psychosociaal therapeut. Ik ben opgeleid in transactionele analyse, NLP, en emotion focused therapy (EFT-i). Het therapeut zijn is een voordeel en tegelijkertijd zorgt het natuurlijk voor een bias. Door transparantie met betrekking tot de wijze van dataverzameling, coderen en analyse is getracht om de subjectiviteit te monitoren.

Zo zijn in de analyse de fasen van de thematische analyse als voorgesteld door Braun en Clarke (2006) gevolgd zodat de werkwijze inzichtelijk is. Daarnaast zijn, om de betrouwbaarheid te vergroten, de thema's en subthema's aan het einde van het analyseproces tijdens een intervisiemoment met een collega-therapeuten besproken.

Analyse

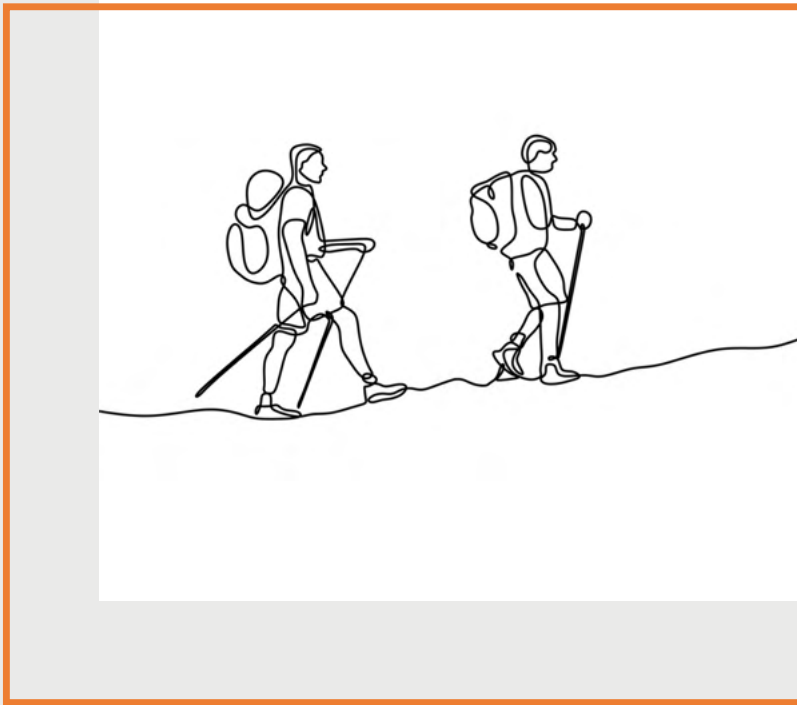
De data zijn geanalyseerd volgens de methodiek van thematische data-analyse (Braun & Clarke, 2006), waarbij inductieve en deductieve analyse gecombineerd werden. Analyse vond plaats binnen het theoretisch kader, terwijl er tegelijkertijd ruimte was om nieuwe thema's en verbanden te ontdekken. Bij kwalitatief onderzoek lopen dataverzameling, analyse en reflectie op de data in relatie tot de onderzoeksvragen door elkaar (Baarda, 2005). Het is een iteratief proces dat voortduurt tot geen nieuwe inzichten meer volgen (theoretische verzadiging). Binnen dit iteratief proces zijn naar Braun en Clarke (2006) verschillende rondes te onderscheiden:

- Het analyseproces startte met het bekend raken met de data. De interviews werden woordelijk getranscribeerd. Voor het coderen van de transcripten werd het online programma Dedoose versie 9.0.62 gebruikt.
- De volgende stap was het lezen en herlezen van de transcripten, nu met als doel om interventies en opvattingen binnen de schema's te identificeren, en te achterhalen wat therapeuten zelf nodig hebben om op deze manier te werken. Alle betekenisvolle tekstfragmenten kregen een initiële code.
- Het resultaat is een verzameling van vooral beschrijvende codes. De originele transcripten van de interviews werden steeds gebruikt om terug te kijken naar de context waarin dingen gezegd waren.
- In de derde ronde werd gekeken door het raamwerk van de hechtingstheorie en werd de analyse meer bepaald door het theoretisch kader. Dit resulteerde in een herziening van initiële codes en sommige codes werden toegevoegd.
- In de vierde ronde werd gebruik gemaakt van mindmapping (Lucidcharts) om de codes te organiseren en categoriseren, en om de thema's te destilleren. In deze fase werd gezocht naar structurerende codes, die gegroepeerd werden in hoofd- en subgroepen.
- De lijst met codes en categorieën is steeds opnieuw naast de data gelegd, evenals de theorie. In dit stadium werd hiervoor het (off-line) programma Scrivener gebruikt in combinatie met mindmapping. Een proces van steeds verder doorgronden en verfijnen.
- In een laatste analyse zijn de uiteindelijke thema's en subthema's geformuleerd en omschreven zoals gerapporteerd in het resultaatgedeelte.

Het analyseproces resulteerde in:

1. Een inventarisatie van opvattingen en overtuigingen over de therapeutische relatie, en de verschillende professionele rollen die de deelnemers daarin voor zichzelf zien.
2. Een omschrijving van tien taken die vorm geven aan de therapeutische relatieontwikkeling en acht categorieën relationele interventies die ingezet worden om deze taken te realiseren.
3. Een inventarisatie van wat experts nodig hebben aan opleiding, supervisie en intervisie om te kunnen werken met het jij-en-ik van de relatie.

Hierna worden de resultaten per onderdeel weergegeven. Citaten worden anoniem weergegeven.



Hoofdstuk 4

Schema's

Schema's zijn van invloed op de informatieverwerking van sociale processen. Ze kunnen specifieke gedachten en affectieve gemoedstoestanden activeren die bepalend zijn voor de respons naar de cliënt toe (Koenen et al., 2019).

Schema van de therapeutische relatie

Een veilige plek

Therapeuten omschrijven de therapeutische relatie als een veilige plek, waar alles besproken kan worden en waarin de cliënt zijn eigen thema's kan onderzoeken, ook in relatie tot de therapeut. Mevrouw Rood noemt het ook "een verandermiddel" en een "voertuig". Het creëren van veiligheid doen therapeuten in continue afstemming en dialoog met hun cliënt. Ze zien de relatie als een gezamenlijke onderneming, waarin je samen op onderzoek gaat en waarbij ook de therapeut niet precies de uitkomsten weet. Het 'samen' vinden ze van groot belang.

Mevrouw Indigo: Om met mensen echt contact te maken, om een goede relatie op te bouwen. Omdat ik ervan overtuigd ben dat dat de belangrijkste voorwaarde is voor mensen ook om open te kunnen zijn, om te kunnen zoeken in zichzelf, om te kunnen groeien. Dus het is voor mij de kern van wat ik doe.

Therapeuten omschrijven de relatie als een hechtingsrelatie, waarin zij een hechtingsfiguur zijn voor de cliënt, maar waarin zij zelf zich ook hechten aan de cliënt. Mevrouw Blauw zegt daarover: "...Ik denk dat als je een langer durend traject met elkaar doet, dat je ongelofelijk belangrijk wordt voor de patiënt en nou, omgekeerd in enige mate ook wel: dat patiënten belangrijk worden voor de therapeut." Terwijl Mevrouw Paars opmerkt: "Ik vind het toch vooral ontzettend belangrijk dat mensen zich niet al te zeer hechten." Zij verwijst hierbij naar de contextuele theorie van Nagy (Heyndrickx, 2022) die stelt dat de hechting tussen mensen die in een familierelatie tot elkaar staan onvergelijkbaar is met de therapeutische relatie.

Asymmetrie in de relatie

Belangrijk kenmerk van de relatie is een asymmetrie in expertise, in kwetsbaarheid en in verantwoordelijkheden. De therapeut is een deskundige en heeft diepgaande kennis van psychische processen, diagnostiek en behandeling; de cliënt vaak niet.

"Zijn hele leven ligt op een gegeven moment als het ware bloot, en het mijne niet."

De tweede asymmetrie is dat de cliënt kwetsbaar is in die zin dat de therapeut na verloop van tijd weet heeft van zijn kwetsbaarheden en waar hij voor zijn gevoel faalt in het leven. Andersom is dat niet zo. Dat maakt het ongelijkwaardig en de cliënt is afhankelijk van de therapeut dat die daar op een zorgvuldige en integere manier mee omgaat. Mevrouw Aquamarijn: "Daar [rondom het vraagstuk van de cliënt] pluizen we echt op de millimeter uit: 'Wat gebeurt er precies?' En zijn hele leven ligt op een gegeven moment als het ware bloot, en het mijne niet."

Mede daarom speelt een therapeut vaak een tijdje een hele belangrijke rol in het leven van de cliënt.

De heer Groen: Dat is ook weer dat je natuurlijk als therapeut moet beseffen dat je de zeker zo'n periode echt heel belangrijk voor iemand bent. ... Ja, mensen die in therapie zijn, en dat weet ik ook van mijn eigen leertherapie: je bent er natuurlijk best veel mee bezig.

De derde asymmetrie is die in verantwoordelijkheden. De verantwoordelijkheid voor het proces ligt bij de therapeut. Mevrouw Paars verwoordt dit als: "Ik ben als therapeut verantwoordelijk voor het proces: vanaf de eerste seconde, het eerste telefoontje tot de laatste keer dat we elkaar zien."

Deze asymmetrieën zijn bepalend voor hoe de therapeuten hun rol als professional zien (zie hierna).

Schema van de rollen als professional

Een betrouwbare ander zijn

De therapeutische relatie is dus een asymmetrische relatie en therapeuten vinden het daarom belangrijk om voor de cliënt een veilige, betrouwbare 'ander' te zijn. Het vraagt de nodige zorgvuldigheid. Voor wat betreft een 'ander' zijn, geven therapeuten aan als medemens in de relatie te staan. Mevrouw Aquamarijn geeft aan dat ze als mens ook de kwetsbare thema's kent waar de cliënt mee worstelt als verlies, ziekte, verlating. Laten merken dat je deze thema's ook kent, maakt het veilig voor de cliënt om zijn problemen te bespreken. Een ander aspect daarin is je laten raken. Mevrouw Geel zegt daarover: "Wat ik belangrijk vind, is dat je je moet durven laten raken. Je moet durven jezelf ook kwetsbaar op te stellen,... Zeker in de psychotherapie ben je zelf het belangrijkste instrument."

Een betrouwbare ander zijn vraagt van de therapeut om oprecht, authentiek en congruent in het contact te zijn. Veel cliënten zijn als kind vaak niet goed gespiegeld door hun ouders en moesten zich vaak aanpassen.

Mevrouw Violet: Je bent geen blank screen, dat zeiden ze dan vroeger. Dat je dat idealiter moest zijn. Maar ik denk juist dat cliënten heel goed zien wat er met jou is. Dat hebben ze ook bij hun eigen ouders juist moeten afstemmen omdat er iets raars mee was. Ze moesten zich aanpassen. Dat zien ze heel goed. Als je het gaat ontkennen, dan doe je weer hetzelfde als wat hun ouders deden: net doen of het er niet is. ... het zou

niet goed zijn om het te ontkennen als cliënten dat heel terecht zien. Of dat je er soms zelf meer woorden aan geeft.”

Mevrouw Aquamarijn legt expliciet de link met incongruent gedrag van de therapeut en het ontstaan van een hechtingstrauma in de relatie tussen therapeut en cliënt: “En dan denk ik: dan geef je een soort hechtingstrauma, want ik moet daar als betrouwbare ander zijn.”

Rollen

“Mijn instrument is dat ik medemens ben.”

Een veilige, betrouwbare therapeut zijn, krijgt vorm in verschillende rollen. Zo zien therapeuten zichzelf als expert, hechtingsfiguur, getuige en rolmodel. De rol van expert is belangrijk in het geven van psycho-educatie, maar ook wanneer therapeuten hun diagnostische expertise inzetten om hun interventies af te stemmen op de vermogens en het draagvlak van de cliënt op dat moment. Bovenal zijn ze expert als het gaat om een diepgaand begrip van psychische processen. Dit maakt het mogelijk om het proces van de cliënt goed te begeleiden. Een tweede belangrijke rol is die van hechtingsfiguur. De manier waarop therapeuten zichzelf als hechtingsfiguur zien verschilt. Sommige therapeuten verwijzen in Bowlby's terminologie naar 'the stronger, wiser other' (Mikulincer & Shaver, 2017) en maken de vergelijking met de ouder-kindrelatie. Andere therapeuten zien zichzelf weliswaar als een hechtingsfiguur maar als medemens en niet zozeer als ouder. In alle gevallen wordt het 'samen' gezien als essentieel om de cliënt de veiligheid te geven om zijn binnenwereld te kunnen exploreren of nieuw gedrag te verkennen. De rol van getuige hangt hier nauw mee samen: de stappen die de cliënt in zichzelf of in de wereld zet worden gezien en erkend, wat helpt om deze te integreren. De laatste belangrijke rol is die van rolmodel. Therapeuten gaan voor in het contact: de niet-wetende houding, van waaruit nieuwsgierigheid en onderzoek mogelijk wordt, het reflecteren op dat wat er gezegd, gedacht en gevoeld wordt, en ook in het laten zien van concreet voorbeeldgedrag.

Mevrouw Blauw: Ik gedraag me in het directe ik-en-jij hier-en-nu contact niet als een expert, in de zin van dat ik allemaal al weet hoe het bij iemand zit, hoe het gaat, en waar het door komt. En dat vind ik ook belangrijk. Juist omdat je mensen, *reflective functioning* wil aanleren. Maar ook dat zich dat ontwikkelt. Dat je ook voor doet: 'We weten heel veel niet.'

Deze rollen laten zien dat therapeuten voor de uitdaging staan om zichzelf in te brengen als deskundige én als medemens.

Mevrouw Aquamarijn: Ik wil absoluut de deskundige zijn. Ik wil wel dat iemand denkt: ik ben daar in goede handen, ze weet wat ze doet. En dat zal ik ook doen [de rol van expert aannemen]. Dus soms zal ik ook dingen zeggen of psychoeducatie geven, of emotie-educatie van het werkt zo, of het blijkt uit onderzoek dat... Maar ik wil ook communiceren: 'Ik ben ook een medemens in eerste instantie'. Je bent het allebei. En mijn instrument is dat ik medemens ben.

Motivatie en wederkerigheid

Bepalend voor hoe de therapeut zichzelf meeneemt in de relatie tot zijn cliënt is zijn eigen dieperliggende motivatie om het vak te beoefenen. Therapeuten geven aan dat het essentieel is om je eigen motivatie te onderzoeken om zuiver in het contact te staan: wat haal je er zelf uit? Zo wordt het vertrouwen dat cliënten in de therapeut stellen enorm gewaardeerd, en dat geeft ook de therapeut een gevoel van 'ertoe doen'. Mevrouw Geel noemt het "een bijzondere ervaring dat iemand mij zo mee laat kijken" en dat, wat er in het proces van de cliënt gebeurt, ook voor haar zelf helend kan zijn.

Ook eigen (negatieve) ervaringen of juist positieve ervaringen in leertherapie zijn vormend. Een aantal deelnemers hebben een neutrale, in de zin van onbewogen, houding van hun leertherapeut als niet helpend of rondom negatief ervaren. De ervaring 'ertoe doen voor de leertherapeut' wordt door deze therapeuten genoemd als een omslag in hun eigen therapieproces en iets wat ze aan hun eigen cliënten mee willen geven. Ook bepaalde 'onopgeloste' thema's kunnen een motivatie zijn om het vak uit te oefenen en therapeuten geven aan dat het goed is die van jezelf te kennen.

Mevrouw Blauw: "... Dat [eigen thema's] kun je beter goed kennen van jezelf, zodat je weet waar je dan in getriggerd raakt, dan dat je ja, zo die mythe houdt van 'Ik kan heel goed luisteren, ik ben heel empathisch en dat vind ik ook het mooiste aan mijn werk'."

We hebben nu een beeld van met welke schema's therapeuten naar de relatie met hun cliënt en hun eigen rol als professional kijken. In het hoofdstuk hierna leren we welke interventies ingezet worden om het proces van relatievorming te sturen.

Hoofdstuk 5

Interventies

Naast schema's is gekeken naar interventies die concreet toegepast worden. De analyse van interventies resulteerde in een omschrijving van vier fases met ieder hun eigen taken, die vorm geven aan de therapeutische relatieontwikkeling. De eerste drie fases zien we terug bij Hardy et al. (2007, in Hafkensheid, 2021). De respondenten voegen hier een vierde fase, namelijk de afronding, aan toe en geven een specifieke inhoud aan deze vier fasen. De volgende fasen en taken worden onderscheiden:

- Fase 1: Het vestigen van de relatie: intersubjectieve ruimte maken, kennismaken en kennis nemen van het verhaal, overeenstemming bereiken over het hoe en het wat van de samenwerking.
- Fase 2: Het ontwikkelen van de relatie: creëren van een 'samen', ontwikkeling van het narratief, de relatie evalueren.
- Fase 3: Het beschermen en consolideren van de relatie: werken met ervaringen in het contact, omgaan met breuken.
- Fase 4: Afscheid nemen van de relatie: besluit om afscheid te nemen, en integratie van wat geleerd en gedeeld is.

In bijlage C wordt de thema en subthema-structuur grafisch weergegeven.

De analyse resulteerde daarnaast in de ontwikkeling van acht categorieën relationele interventies. Achter een paar categorieën staat 'cliënt'. Dit betekent dat de cliënt aan het woord is. Echter, ook dan is de therapeut aan het werk. De omschrijving eronder geeft steeds de taken van de therapeut weer.

8 CATEGORIEËN

RELATIONELE INTERVENTIES

1



Aanwezig zijn

Je open stellen en aanwezig zijn.
Onvoorwaardelijk acceptierend zijn voor alles
wat er is.

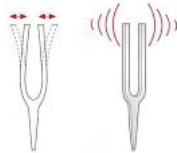
2



Verhaal vertellen (cliënt)

De cliënt vertelt. Taken van de therapeut hierbij
zijn: erbij blijven en moeilijke gevoelens
verdragen. Angst en schaamte reduceren, die
bemoelijken het vertellen van het verhaal.
Helpen om de woorden te vinden.

3



Het verhaal beluisteren

Luisteren en je laten raken. Waarnemen van de
non-verbale communicatie en intunen op de
verschillende lagen in het verhaal.

4



Resoneren en verwerken

In jezelf het verhaal doorvoelen en verwerken.
Je geeft het betekenis vanuit jouw gevoels- en
ervaringswereld én je professionele kaders.



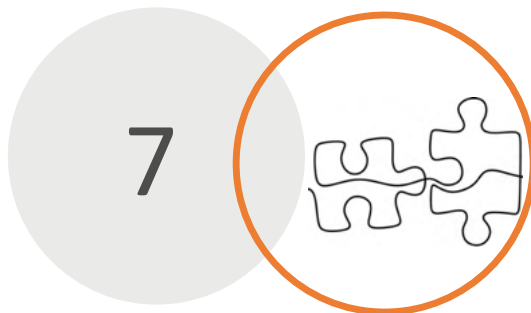
Respons

In gevoelstaal geef je een respons. Je maakt expliciet wat impliciet is en dit is een belangrijke stap voor de cliënt om zijn problemen te doorgronden en narratief te vormen.



Respons ontvangen (cliënt)

Niet alles wat je zegt, kan door de cliënt ontvangen worden. Als therapeut help je je cliënt hiermee door metacommunicatie en metaprocesing.



Doorwerken (cliënt)

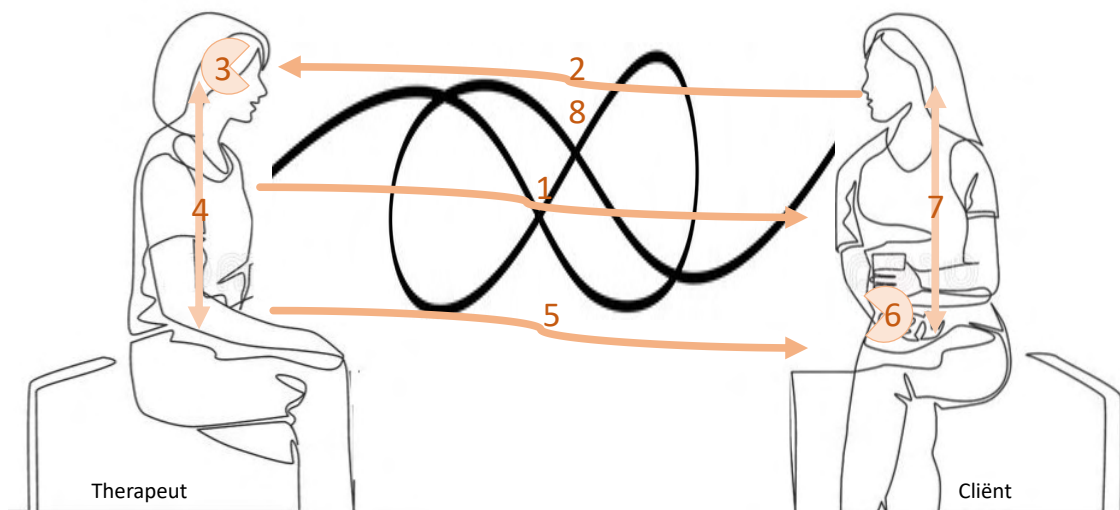
De cliënt gaat in deze stap zijn verhaal, gespiegeld en geholpen door jou, verwerken. Centraal hierbij staan doorvoelen, reflecteren en betekenis geven.



Vernieuwd narratief (cliënt)

De klachten en problemen en het verhaal van de cliënt ontwikkelen zich. Het wordt gedeeld, verwerkt, bewerkt, doorgewerkt en vooral begrepen. De cliënt komt tot een nieuw narratief dat opnieuw verteld wordt.

Deze acht categorieën kunnen in een model weergegeven worden als proceselementen in de dialoog tussen therapeut en cliënt. Ze vormen samen de kern van het relationele werk in de therapeutische relatie.



Deze acht proceselementen omvatten ieder een aantal specifieke interventies. Deze zijn in de tabel hieronder weergegeven. Belangrijk is om op te merken dat het volgordelijk weergegeven van de proceselementen kunstmatig is, en als doel heeft om de verschillende elementen in dit proces te kunnen omschrijven en zo beter te begrijpen. In werkelijkheid vinden deze alle acht continu tegelijkertijd plaats, wat het proces extra complex maakt. Zo nemen therapeuten in 'stap 6', wanneer de cliënt hun respons ontvangt, nauwlettend waar hoe dit ontvangen wordt. Zij stellen zich ook daarin open en acceptierend op en laten de verbale en non-verbale cues in zichzelf resoneren. Hiermee kunnen ze vervolgens hun cliënt helpen om de respons tot zich te nemen, dan wel te onderzoeken wat daarin belemmerend werkt. Dit is iets wat therapeuten in werkelijkheid continu doen.

De rol van de theoretische oriëntatie van de therapeut lijkt vooral bij stap 4 en 5 een plek te krijgen. In deze stappen verwerkt de therapeut de informatie, geeft hij een respons. Vervolgens helpt hij zijn cliënt om op zijn beurt die respons te verwerken. Dit zijn bij uitstek de stappen waarbij 'de mens' en 'de professional' samenkomen. Dit verwerken of 'verteren' kan hij op verschillende niveaus en vanuit diverse perspectieven doen. De specifieke achtergrond, ervaringen en opleidingsrichting bepalen mede hoe de therapeut de ervaringen van de cliënt conceptueel begrijpt en welke vorm zijn respons krijgt.

Tabel 2

Relationele interventies per proceselement

Relationele interventies		
E m p a t h i e	1. Therapeut: zich open stellen en aanwezig zijn.	1.1 Onvoorwaardelijke acceptatie 1.2 Aanwezigheid expliciet maken, wij-taal
	2. Cliënt: Het verhaal vertellen	2.1 Erbij blijven: moeilijke gevoelens verdragen 2.2 Onderzoeken, nieuwsgierig zijn: verhelderende en verdiepende vragen stellen
	3. Therapeut: Het verhaal beluisteren, horen en zich laten raken.	3.1 Luisteren naar de verbale en waarnemen van de non-verbale communicatie 3.2 Intunen/ inleven: als mens luisteren: hoe ken ik dit, hoe voelt dat, wat maakt de cliënt door?
	4. Therapeut: resoneren, doorvoelen, onderzoeken, verwerken.	4.1 Onderscheiden wat is van mij, wat is van de cliënt: eigen thema's kennen. 4.2 Het verhaal 'verteren': betekenis geven/ interpreteren. 4.3 Begrijpen van de onderliggende drijfveren (ontgiften)
	5. Therapeut: respons in woorden (gevoelstaal) teruggeven.	5.1 Expliciet maken wat impliciet is: taal zoeken voor ervaringen 5.2 Transparant, authentiek en congruent zijn 5.3 Zelfonthulling 5.4 Valideren 5.5 Professionele kaders bieden aan de cliënt om ervaringen te kunnen plaatsen en die helpen om zelf zijn ervaringen 'te verteren'.
	6. Cliënt: de woorden (gevoelstaal) ontvangen en aannemen.	6.1 Cliënt helpen met ontvangen en aannemen door metacommunicatie en metaprocesing.
	7. Cliënt: de woorden (gevoelstaal) verwerken.	7.1 Cliënt begeleiden in verwerking: door hem te leren erbij te blijven, naar de pijn toe te gaan, emotieregulatie, zelfregulatie, woorden geven. 7.2 Reflecteren en betekenis geven
	8. Cliënt: Vernieuwd narratief vertellen	Zie 2.

Deze relationele interventies komen in de verschillende fases van de therapeutische relatie-ontwikkeling terug en worden ingezet om de taken te realiseren. Hierna volgt een beschrijving per fase.

Fase 1 Vestigen van de relatie

Taken fase 1:

- Intersubjectieve ruimte maken
- Kennis maken en kennis nemen van het verhaal
- Overeenstemming bereiken over de samenwerking

Intersubjectieve ruimte maken

Therapeuten steken er veel energie in om een plek voor de cliënt te creëren waar hij zich kan uitspreken. Er wordt met de cliënt expliciet bij stil gestaan dat de relatie een plek is waarin alles besproken kan worden. Mevrouw Mosterd gebruikt de woorden “veilige plek” en “wolk”. Dit ruimtelijke aspect lijkt te verwijzen naar de intersubjectieve ruimte waarin specifieke processen als het verhaal vertellen, ervaringen onderzoeken en begrijpen, emoties verwerken, en het narratief vormen (zie verder), hun plek krijgen.

Kennis maken en kennis nemen van het verhaal

In deze fase maken therapeut en cliënt kennis en vertelt de cliënt zijn verhaal. De cliënt wordt welkom geheten met alles wat er is. De therapeut wordt door de cliënt deelgenoot gemaakt. Therapeuten gaan open het contact in en willen de cliënt vooral leren kennen; “Ik lees van tevoren niet wat er speelt, want ik wil iemand eerst ontmoeten om eens te kijken hoe maakt iemand in de wachtkamer contact, of als ik de deur open doe”, zegt mevrouw Rood. In deze fase zijn therapeuten vooral actieve luisteraars. “Niets van dat ik de zwijgende therapeut ben. Het is luisteren en volgen eigenlijk, en validerende spiegeling geven”, zegt mevrouw Geel. Om dat te kunnen doen tunen ze in op het verhaal en hoe de cliënt dat zowel verbaal als non-verbaal vertelt.

Het belangrijk dat alles er mag zijn. Mevrouw Aquamarijn vertelt over een cliënte die een bijzondere ervaring gehad had, waar ze met niemand over kon praten: “Maar ik weet dat wat zij ontzettend fijn heeft gevonden, is dat ik het eigenlijk wel heel serieus nam. Het was voor haar heel belangrijk dat ze daarover kon vertellen.”

Het komt voor dat cliënten verwarring, angst en schaamte ervaren rond hun verhaal en de problemen die ze ervaren. Hoe de therapeut hiermee omgaat is van groot belang voor het opbouwen van de vertrouwensrelatie. Wanneer een cliënt moeilijk tot zijn verhaal kan komen, benoemen de experts dat en staan ze daarbij stil, waarna ze helpen met het vinden van de woorden.

Mevrouw Oranje: Er kunnen zoveel redenen zijn om niet te hoeven, kunnen, willen, beginnen. Dus dan is het zaak om het daarover te hebben: ‘Goh ik zie dat het hartstikke lastig is om te beginnen ... wat houdt u tegen, wat gebeurt er dat het zo lastig is om iets te bespreken?’

Schaamte en angst kunnen zo hevig zijn, dat de therapeut zich daar onthand bij voelt omdat het alle bewegingsruimte beperkt. Wat therapeuten doen is dat benoemen, en onderzoeken.

Mevrouw Indigo: Ik ben erg voor de angst verlagen. ... Dus iemand die vanuit angst eigenlijk alles meteen op tafel gooit, dus helemaal niet afgestemd, die rem ik af. En bij iemand bij wie ik voel van oh ja, maar hier zit nog een hele grote blokkade, die stel ik gerust. Dan zeg ik: ‘Het komt wel, de onderwerpen komen vanzelf langs, daar hebben we tijd voor.’ Dus ik probeer eigenlijk meteen in te voegen in het begin om een veilige ruimte te creëren waarin iemand zich gezien voelt.

Afstemmen vermogens en niveau

Afstemmen op de vermogens en het niveau van je cliënt is een taak die we in alle vier de fasen terug zien komen. Bij het vestigen van de relatie is het belangrijk om in te schatten wat de cliënt nodig heeft en wat hij aan kan. Dit om de interventies zo goed mogelijk aan te laten sluiten. Je hebt hier je therapeutische expertise nodig in termen van diagnostiek, kennis van psychische processen en hechtingstijlen.

De heer Groen: Ik denk dat je ... ook in het contact, dat je natuurlijk ook steeds die diagnosticus blijft en steeds moet aanvoelen: zijn er ook hele zwakke kanten in die persoonlijkheid? ... Want dat heeft enorme consequenties voor het werken in de therapie.

Overeenstemming bereiken over de samenwerking

Een wederkerige relatie is het fundament van de therapeutische relatie. Sommige therapeuten gebruiken de metafoor van het berglandschap waarin cliënt en therapeut samen op reis gaan. De therapeut is hierin degene die kennis heeft van de bergen en bergwandelingen. Deze fungeert als gids. De cliënt is degene die de weg bepaalt, het kompas in zichzelf draagt en die steeds toetst of ze op de goede weg zitten.

Alle therapeuten gaan ervan uit dat er op enig moment spanningen en conflicten zullen optreden en ook dat het voor sommige cliënten lastig is om negatieve gevoelens te uiten. Gepoogd wordt om vooraf de drempel te verlagen door uitleg te geven dat in een relatie spanningen kunnen ontstaan en de cliënt uit te nodigen om dit te bespreekbaar te maken wanneer hij dat ervaart.

Mevrouw Oranje: De afspraak is dat alles hier besproken kan worden: wat je vindt en wat je voelt. Dat alle gevoelens er kunnen zijn en dat dat hier kan, en dat het ook hier blijft, binnen deze kamer. Ook als het gaat over boze gevoelens, ook naar mij toe.

Informatie en begrijpen wat je kunt verwachten als cliënt is belangrijk voor de ontwikkeling van de relatie. Therapeuten geven vrij veel uitleg over hoe ze werken. Mevrouw Rood: “In eerste sessies leg ik ook best wel veel uit: zo werkt het hier. En we beginnen best wel een beetje concreet.” Dit zodat de cliënt al werkenderwijs inzicht krijgt in wat er van hem verwacht wordt. Sommige therapeuten maken ook dat meteen expliciet en geven een weergave van hoe de samenwerking eruit ziet en ieders rol en inbreng daarin, zoals mevrouw Blauw: “Dat je bij het begin samen afsprekt van ik ga dit doen, ik verwacht van jou dat je dat gaat doen.” Dat maakt het veilig. De afstemming over wat de doelen zullen zijn, en hoe daar gezamenlijk aan gewerkt zal worden, krijgt uiteindelijk zijn weerslag in de behandelovereenkomst of caseformulation.

“In eerste sessies leg ik ook best wel veel uit: zo werkt het hier.”

In deze uitwisseling kan hechting en vertrouwen groeien. Het is daarom belangrijk om de gemaakte afspraken na te komen. Mevrouw Geel vertelt dat sommige cliënten haar daar ook in testen en hoe belangrijk het is om afspraken na te komen.

Mevrouw Geel: ‘Kan ik iets van jou aannemen?’, ‘Ben jij te vertrouwen?’ En dat zit hem in kleine dingen. Enerzijds kleine dingen, anderzijds zijn het ook wel dingen die in de praktijk vaak misgaan. ... Er kan altijd wat gebeuren, in een GGZ-instelling is het nog

weleens crisis. Maar in principe is het zo: 'Deze tijd heb ik voor jou'. Ik zie bijvoorbeeld bij collega's, die dan zeggen: 'Ik heb ze even afgebeld, het kwam mij nu niet uit en morgen kunnen ze ook wel.' Terwijl ik dan denk: 'Volgens mij is het zo belangrijk om te laten zien van, ik ben betrouwbaar in mijn afspraken, ik ben voorspelbaar.'

Door transparant te zijn kan de therapeut voor de cliënt betrouwbaar blijven, ook als hij zich niet aan afspraken kan houden. Mevrouw Violet: "Ik denk dat transparantie belangrijk is, congruent zijn, authentiek. Zeggen wat je doet, en doen wat je zegt."

Zij geeft als voorbeeld: Ik ben soms best een beetje vergeetachtig door de medicatie die ik moet nemen. Dat vertel ik dan ook tegen cliënten: 'Het kan zijn dat ik iets vergeet. Ik probeer wel alles op te schrijven, maar dat lukt soms niet en dan ligt het daar aan. Het is niet dat ik je wil verwaarlozen.'

Fase 2 Ontwikkelen van de relatie

Nadat de relatie gevestigd is, verschuift in deze tweede fase de nadruk naar het creëren van een 'samen' en de uitwisseling tussen de cliënt en de therapeut.

Taken fase 2:

- Het creëren van een 'samen'
- Ontwikkeling van het narratief
- De relatie evalueren

Het creëren van een 'samen'

De meeste therapeuten maken expliciet dat zij naast de cliënt staan in zijn proces met als doel dat de cliënt het gevoel heeft dat hij er niet alleen voor staat. Naast de hiervoor genoemde metafoor van het berglandschap gebruiken ze 'wij-taal'. Mevrouw Aquamarijn zegt: "We gaan een tocht maken en ik ga mee. ... ik trek ook laarzen aan en ga de bergen in of het moeras in: ik ga mee, every step of the way."

Door op die manier als mens naast de cliënt te gaan staan bevorderen therapeuten verdieping in de relatie en een meer authentieke verbinding. Een aantal aspecten die vaak onder 'de attitude van de therapeut' worden genoemd, noemen de experts expliciet in deze fase, en wel als werkwoord. Het is niet alleen zo dat ze een accepterende, validerende, empathische houding aannemen, maar ze dóen dit actief.

Het doel is enerzijds dat de cliënt zich gezien en gehoord voelt, en anderzijds helpen ze de cliënt hiermee toegang te verkrijgen tot zijn diepere gedachten en gevoelens.

Mevrouw Geel: ... Het zijn vaak mensen die toch terug gespiegeld hebben gekregen: 'Wat jij denkt, dat klopt niet', 'Wat jij voelt, dat klopt niet'. En als ze dan door mij gevalideerd worden van: 'Ik snap heel goed dat je je zo voelde. Volgens mij had je heel goed in de gaten dat het niet klopte', bijvoorbeeld. Dat is ook belangrijk.

Mevrouw Violet valideert ook door standpunt in te nemen: En ik heb echt wel een aantal keer gehoord, dat ik de eerste therapeut was die zei wat een klootzak die ander is. Als niemand dat ooit expliciet zegt, dan blijven ze ergens denken ..., dat heb je toch heel snel denk ik als slachtoffer, maar dan toch ergens denken van ja: ik heb iets gedaan wat niet goed geweest is.

Het zijn vaak mensen die toch terug gespiegeld hebben gekregen: 'Wat jij denkt, dat klopt niet', 'Wat jij voelt, dat klopt niet'.

Een 'wij' wordt versterkt door concrete relationele acties zoals een gemeenschappelijke interesse, een gedeelde ervaring, en humor.

Mevrouw Mosterd geeft van dit laatste een voorbeeld: ... Ik moest er wel om lachen, dat ik bij een cliënt zei: 'Ja, ik vind het zo knap zoals je het doet 's nachts, stilstaan bij wat komt er nu weer op.' Ik zeg: 'Want ik merk de laatste nachten dat ik weer de hele tijd iets weg aan het duwen ben.' ... En toen zei die cliënte: 'Ja, maar het werkt echt heel goed hoor, je moet gewoon echt...' Ik zei: 'Ik zal aan je denken vannacht.'

Een aantal therapeuten noemt 'zich open stellen' en 'nieuwsgierig zijn'. Hiermee stellen ze zich benaderbaar op, zodat mensen zich voldoende op hun gemak voelen om de dingen waar ze mee zitten in te brengen. Het verlaagt het stressniveau bij de cliënt en maakt de weg vrij voor een open en eerlijke communicatie.

Experts zijn ook nieuwsgierig naar de diepere lagen, of hetgeen de cliënt niet onder woorden kan brengen. Mevrouw Blauw: “... Ik geloof oprecht ook dat er in de verhalen allerlei lagen zitten en dat het helpt om daar nieuwsgierig naar te zijn en er dus vragen over te stellen.”

Jezelf inbrengen

Therapeuten brengen zichzelf op verschillende manieren als deelnemer in. Ze doen dit door naar de cliënt te verwoorden wat ze op dat moment in het contact ervaren, en door over zichzelf te onthullen wat er bij hen in het contact geraakt is. Een belangrijke interventie daarna is om na te gaan hoe de cliënt de empathie, zelfonthulling of aanwezigheid van de therapeut ervaart. Dit valt onder metaprocessen. Mevrouw Mosterd doet dat door na te vragen en te observeren hoe haar cliënt daar op reageert: “Ik zeg bijvoorbeeld: ‘Bijzonder hoe je dit nu gedaan hebt’, en iemand verstrakt meteen, dan vraag ik: ‘Hoe is het voor jou dat ik dit nu tegen je zeg?’ Ja, dan ben je het meteen aan het metaprocessen.”

Het doel van het metaprocessen is het vergroten van het vermogen van de cliënt om, dat wat de therapeut inbrengt, aan te kunnen nemen. In relatie tot het onderwerp zelfonthulling geven therapeuten heel expliciet aan dat wanneer zij een eigen ervaring delen, dat altijd ten dienste moet zijn aan de behandeling. Een voorwaarde is ook dat de therapeut zelf ‘rond’ is met het thema. Dit om te voorkomen dat cliënten het gevoel krijgen dat ze voor de therapeut moeten zorgen. Mevrouw Violet: “Dat vinden mensen fijn, dat menselijke stukje zeg maar. Maar ik denk wel dat je moet oppassen, zeker gezien de problematiek soms van mensen. Zeker als mensen geparentificeerd zijn, dat je niet te veel de ander gaan belasten.”

In deze fase wordt de therapeut meer geïnternaliseerd en dit stimuleren de experts bij hun cliënten.

Mevrouw Blauw: En dan vraag ik ook wel eens van hoe is het, heb je nog een beetje aan mij gedacht zo. Als ze dan vertellen van ... dat ik dan wel vraag van ‘Was ik nog ergens in je achterhoofd?’ ... Ik denk het is heel belangrijk dat je jezelf een beetje present houdt.

Andersom laten therapeuten merken dat zij ook aan de cliënt denken. Mevrouw Blauw: “Nou, ik zeg vaak wel iets in de loop van het proces van ‘ik heb aan je gedacht toen ik daar was of iets las ...’.”

Je ontwikkelt een band en tegelijkertijd blijft de therapeutische relatie een professionele relatie. De heer Bruin benoemt dat hij naast het aangaan van een relatie met de cliënt ook steeds aandacht heeft voor het systeem en dat hij in gedachten houdt: “Dat wij de patiënt eigenlijk

terug moeten geven aan thuisfront.” Mevrouw Paars noemt dat het “van je afwijzen”, je verwijst de cliënt als het ware naar de relevante anderen in zijn leven.

Ontwikkeling van het narratief

In de vorige fase heeft de cliënt zijn verhaal verteld, in deze fase gaat hij zijn verhaal doorgronden en begrijpen. Therapeuten zetten hun kennis en vaardigheden in om een therapeutisch kader of een leeromgeving te creëren waarbinnen de cliënt stappen in zijn helingsproces kan zetten, en vaardigheden als bijvoorbeeld reflecteren aanleert. Ze stemmen steeds af waar de cliënt is in zijn ontwikkeling en narratief.

Vanuit de hechtingstheorie is het vormen van een coherent narratief essentieel. Therapeuten leggen hier een grote nadruk op. Ze vinden het belangrijk om de cliënt te helpen ervaringen rond zijn klachten en problemen te doorgronden, en gevoelens die daarmee samenhangen door te werken. Enerzijds doen ze dat door de cliënt een kader aan te bieden en hem te leren zelf zijn klachten, problemen of ervaringen te plaatsen. In schematherapie wordt bijvoorbeeld gewerkt met een kader waarin mensen ‘taal’ leren om hun problemen te kunnen benoemen en plaatsen.

Mevrouw Violet: Mensen leren heel erg door woorden te geven aan ‘dit is de coping kant’, of ‘dit is een ouder-modus’... En ook ‘dit is een schema vanuit deze gedachte’. Dat wordt dan soms heel erg als sturend ervaren. Maar aan de andere kant geeft het cliënten juist heel veel controle omdat ze al heel snel zelf taal hebben. Daarmee ben je wel minder afhankelijk van de therapeut vind ik.

Anderzijds ontstaat diepgaand begrip door het inzetten van de empathie in combinatie met de andere proceselementen in de dialoog. De therapeut stelt zich open en acceptierend op, laat zich raken door het verhaal van de cliënt, doorvoelt dit en geeft daar woorden aan. Hier wordt gezamenlijk op gereflecteerd. Dit proces is de essentie in het vormen van het narratief zodat het een plek kan krijgen in het leven van de cliënt. Omdat de cliënt hier ervaringen gaat exploreren waarin hij in zijn denken of voelen vastloopt, of die met reden nog niet tot verwerking zijn gekomen, is het belangrijk om er als therapeut ‘bij’ te blijven. Mevrouw Aquamarijn: “... Je moet iemand hebben die erbij is, die het snapt, die het ziet, en die ook weet.”

Empathie is van wezenlijk belang in de dialoog en therapeuten geven aan dat deze vaardigheid in het algemeen enorm onderschat wordt.

Mevrouw Aquamarijn: Empathie is veel meer dan alleen maar *positive regard* van 'Oh wat rot voor je'. Nee, ik ga voelen hóe rot het is, en ik geef het woorden, en ik verbind het aan het narratief. Dus eigenlijk wat we bij empathie altijd zeggen, daarom horen responsief zijn en het narratief ook bij elkaar: ik leef in, ik resoneer, ik voel het, ik probeer er kaas van te maken, ik leg het voor, en ik verbind het aan het narratief: 'Maar zou het kunnen', 'Is het misschien zo dat'.

De relatie evalueren

In deze fase bestaat de relatie als entiteit en kan ze expliciet gemaakt worden. Dat wat er tussen therapeut en cliënt gebeurt is op zichzelf onderwerp van gesprek. Evaluatie vindt plaats op drie niveaus: op microniveau, na de sessie, en gedurende het traject. Op microniveau monitort de therapeut continu de reacties die de cliënt laat zien op zijn uitingen en interventies. Mevrouw Oranje: Ik vraag heel erg vaak van 'Goh hoe vind je dit, dat ik dit zeg?' Of: 'Goh ik zeg nou wel dit, maar ja hoe is dat dan voor jou?' Of: 'Ik zie je fronsen als ik dit zeg, wat voel je erbij?'

Op het niveau van de sessie. De heer Bruin hanteert het principe van "Vraag na, en vraag door: 'Hoe is het voor jou?', 'Wat vond je in deze sessie prettig?', 'Wat vond je minder prettig?'"

En gedurende het traject in de vorm van een tussentijdse evaluatie.

Mevrouw Indigo: Ik check heel vaak tijdens een traject met mensen van: 'Zitten we op het goede spoor?', 'Vind je nog dat het goed gaat?', 'Zijn er dingen die niet aan de orde komen?', 'Vind je iets wat ik zou moeten doen?'. Dus ik wil altijd de relatie bespreekbaar maken en houden.

Fase 3: Het beschermen en consolideren van de relatie

Strubbelingen in de relatie worden gezien als iets wat zich onvermijdelijk gaat voordoen. Een spanning kan door de therapeut opgemerkt worden, door de cliënt, of door beiden. Met spanning wordt hier bedoeld dat er iets wringt in het contact.

Taken fase 3:

- Werken met ervaringen in het contact.
- Omgaan met breuken

Werken met ervaringen in het contact

Therapeuten kunnen in het contact met de cliënt irritatie of angst ervaren. Zij kunnen dit inbrengen en hiermee werken. Vanuit de psychoanalytische psychotherapie wordt dit het werken met tegenoverdracht genoemd, bij de cliëntgerichte therapie is dat het inzetten van jezelf als barometer. Wat therapeuten hierbij doen, is dat zij bespreekbaar maken wat zij in het contact met de cliënt ervaren. Hierbij gebruiken zij hun eigen reacties op wat er in dat contact gebeurt. Verschillende deelnemers geven hierbij aan dat het belangrijk is om onderscheid te maken tussen wat de cliënt oproept, en dat wat geraakt wordt in het eigen leven of de eigen geschiedenis van de therapeut. Dit vraagt van de therapeut om deze gevoelens eerst bij zichzelf te onderzoeken. Mevrouw Rood zegt daarover: “... Wij als therapeuten ervaren van alles in die therapeutische relatie. En wij moeten onderscheid maken: ‘Wat hoort nou bij mij of wat roept de ander in mij op?’”

De therapeut probeert vervolgens haar ervaring te begrijpen en in woorden terug te geven aan de cliënt. Hierbij worden onvoorwaardelijke acceptatie, empathie en congruentie in gezamenlijkheid toegepast.

Mevrouw Aquamarijn legt hier de essentie van deze taak uit: Maar empathie, onvoorwaardelijke acceptatie, dus de positive regard, geen oordeel hebben, en congruent zijn. Nou dat klinkt allemaal heel simpel ... maar de combinatie van die drie is een ongelofelijke opgave. Want als ik echt congruent moet zijn en iemand zit te pushen van ‘Ja, maar mag ik je dan misschien morgen even bellen’ en ik voel echt ‘Nee’, maar ik moet wel onvoorwaardelijk acceptierend zijn, en ik moet ook invoelen hoe het komt dat die ander mij zo nodig wil bellen maar ik voel eigenlijk ‘Nee’. ... En dan moet je dapper zijn want dan moet je soms zeggen: ‘Goh ik wil er helemaal voor je zijn, maar ik wil even erbij stilstaan wat het bij mij toch oproept’. ... Nou dan ben je zelf kwetsbaar.

In dit kader wordt het belang van ‘ontgiften’ genoemd. Hiermee wordt bedoeld dat je je eigen reactie uitstelt en probeert te begrijpen vanuit welke gronden de cliënt reageert, zodat je zonder lading en oordeel een respons kunt geven.

Mevrouw Geel: En wat de kunst is als therapeut: dat je wel waarneemt dat het gebeurt, maar dat je niet direct daarnaar gaat handelen, maar dat je probeert te begrijpen wat het is. En dat je dat in woorden, op gegeven moment, kan gaan teruggeven aan de patiënt. Dat het weer van de patiënt wordt, maar niet op zo'n giftige manier. Ze noemen het ook weleens ontgiften, wat je doet. Dat je het in jezelf ontgift en teruggeeft.

Omgaan met breuken

Wanneer een spanning vanuit de cliënt bespreekbaar wordt gemaakt, gebeurt dat vaak in de vorm van het uiten van onvrede, teleurstelling, of verwijten. Sommige cliënten hebben hier geen moeite mee, maar voor anderen is het moeilijk om deze gevoelens met hun therapeut te delen. Mevrouw Oranje: “Ja nou ja, het is wel moedig om het te zeggen, zeker als mensen een beetje agressie gewend zijn.” Vaak is het helpend dat in de eerste fase al is aangegeven dat spanningen kunnen optreden en dat alles bespreekbaar is.

Eerst en vooral is het belangrijk om goed uit te vragen wat precies de grieven zijn en de gevoelens die de cliënt daarbij ervaart te valideren. Ook hier wordt het principe “vraag na, en vraag door” (de heer Bruin) genoemd. Mevrouw Mosterd vertelt hoe zij zichzelf voornam om echt te luisteren naar een cliënte die steeds maar bleef terugkomen op een bepaald onderwerp.

Mevrouw Mosterd: En toen heb ik op een dag besloten: ‘Het gaat zo niet, ik raak haar kwijt.’ Dus toen zei ik: ‘Ik doe iets niet goed, ik begrijp je niet goed, ik hoor je niet goed, ik wil je gewoon horen’. En toen heb ik echt twee sessies geprobeerd ... en daar refereren we ook nog regelmatig aan: hoe ik haar niet begreep en hoe anders dat nu is.

Experts zien spanningen als iets wat voortkomt uit de dynamiek tussen therapeut en cliënt. Dit impliceert dat zowel de cliënt als de therapeut ieder een eigen aandeel daarin hebben. Dit aandeel kan meer of minder bij de cliënt liggen en meer of minder bij de therapeut. Het is in beide gevallen zaak om de gevoelens van de cliënt te valideren en ze te onderzoeken, bij zowel de cliënt als bij zichzelf.

Mevrouw Oranje vertelt hoe zij omging met verwijten waarin ze zich niet herkende. Toen heb ik dat eerst gevalideerd: dus we hebben het eerst gehad over van ‘Goh jeetje ja, wat een rot gevoel moet dat zijn geweest en wat akelig. Maar ja, ik herken dit niet want het zou niet in me opkomen. Nee, het is wel apart wat er hier gebeurt.’ Dus het problematiseren ... ‘Wat gebeurt hier nou in onze relatie? Jij ervaart mij zo, maar zo ben ik niet en ik herken het ook niet, maar het is wel heel belangrijk en we moeten daarnaar kijken samen van hoe kan dat, wat is daar nou toch gebeurd?’

Het komt ook voor dat experts wel een eigen aandeel herkennen in de verwijten.

Mevrouw Blauw: Nou ja, soms als mensen zeggen van ‘Ik voel me verkeerd begrepen’ ofzo, dan voel ook wel eens dat ik denk: ‘Nou, ja, dat kan ik me eigenlijk voorstellen.’ Want ik had het inderdaad verkeerd begrepen of ik heb iets gezegd waarvan ik goed begrijp dat je dat denkt.

Experts geven aan dat het essentieel is om de verantwoordelijkheid voor het eigen aandeel te nemen om een betrouwbare ander te zijn. In dit kader noemt mevrouw Geel onder verwijzing naar Jessica Benjamin (in Drozec, 2018) de interventie 'You go first'.

Mevrouw Geel: Als er een breuk is, dan hebben we daar allebei een aandeel in gehad. Maar het is jouw verantwoordelijkheid, jouw morele verantwoordelijkheid als therapeut om als eerste te zeggen: 'Het spijt me.' Of: 'Wat heb ik niet goed gedaan?' En dat je de patiënt eigenlijk voorgaat in een nieuwe relatie waarin een ander kan laten zien dat hij het ook niet oké heeft gedaan. Dat is een nieuw soort relatie. Dat kennen de meeste mensen niet.

Op deze manier samenwerken rond een spanning of verstoring kan de relatie enorm versterken. Mevrouw Blauw: "Dus daar hebben we het goed over kunnen hebben en ja, en ook over dat we van elkaar geleerd hebben."

Afstemmen op de ontwikkeling van de cliënt

Bij spanningen en breuken is afstemmen op waar de cliënt in zijn ontwikkeling is essentieel. Soms moet de therapeut veel verdragen. Dit is ook afhankelijk van hoe ver iemand is in zijn behandeling en voor welke problematiek hij komt.

Mevrouw Blauw: ... Bij een neurotisch iemand, die boos kan worden en die steeds wel ergens nog wel in het achterhoofd heeft meedraaien: 'Ik ben wel boos over dat ik fout begrepen ben, maar uiteindelijk is degene die tegenover me zit toch wel goed.' En dat gaat op zeker moment wel weer prevaleren of dat vindt z'n weg wel weer. En dan kan je goed naast iemand blijven staan die boos is. Maar ik denk wat er bij mensen met een borderline persoonlijkheids-organisatie toch vaak gebeurt, is dat er ook momenten zijn dat je voelt: het bloed wordt onder mijn nagels vandaan gehaald en ik heb echt wel de intentie om naast iemand te blijven staan als die woede, wrok en boosheid voelt, maar ik begin zelf ook te denken van 'Zoek het uit'.

Nadat ieders aandeel in het hier-en-nu is onderzocht, is er ruimte om te kijken of oude leerervaringen (schema's, overdracht, interne werkmodellen) meespelen in de reactie van de cliënt naar de therapeut toe.

Mevrouw Geel: ... We halen niet direct het verleden erbij. Als de gemoederen weer een beetje gezakt zijn, dan kunnen we er samen op terugkijken van: 'Vorige week ging het zo. Ik heb nog eens even moeten denken. Het deed mij ergens aan denken. Heb jij dat idee ook?'

Ook hier is afstemmen weer essentieel om goed aan te kunnen sluiten. Niet alles is overdracht of voortvloeiend uit oude schema's, zeker niet als de relatie al wat verder ontwikkeld is en cliënt inzicht heeft en emoties doorgewerkt zijn.

Mevrouw Oranje: De relatie heeft zich ook ontwikkeld. Dus mensen zijn dan ook beter in staat om, of ze gaan ook leren, om over zichzelf te praten. ... Om dingen onder woorden te gaan brengen, om weer toe te laten, om zich niet eindeloos te schamen over dingen. Dus ik wijt dat meer aan een ontwikkeling die heeft plaatsgevonden zo.

Fase 4: Afscheid nemen van de relatie

Ook afscheid nemen is een relationeel proces. Experts vinden het erg belangrijk gezamenlijk de begeleiding af te sluiten, waarbij het geleerde en gedeelde geïntegreerd wordt. Therapeuten benoemen dat cliënten het afscheid soms vermijden omdat het pijnlijke gevoelens, ook uit het verleden, met zich meebrengt. Stil staan bij de gevoelens rond het afscheid kan in dat opzicht heel helend zijn.

Taken fase 4:

- Besluit om afscheid te nemen
- Integratie: terugblik op wat geleerd en gedeeld is

Besluit om afscheid te nemen

Therapeuten geven aan dat het moment van afscheid nemen in onderling overleg wordt afgesproken. Ze vinden het belangrijk om alles rondom het afscheid zo veel mogelijk expliciet te maken.

Mevrouw Oranje vraagt na: 'Goh wat betekent dat voor je?' En: 'Hoe is dat voor je?', 'Hoe voel je je daarover?', 'Hoe denk je dat dat zal zijn?'. En: 'Hebt u er al over nagedacht hoe u dat zou willen doen?' ... Nou dan gaan we het daar weer over hebben en dan maken we afspraken.

Wanneer het afscheid naderbij komt, is het van cruciaal belang om niet te vroeg los te laten. Er kunnen nog allerlei thema's de revue passeren, die dan gezamenlijk, in de relatie, opgevangen en doorgewerkt kunnen worden.

Integratie: terugblik op wat geleerd en gedeeld is

Therapeuten reflecteren samen met hun cliënt op het proces. Ook hierin mag alles er zijn. Dit om na te gaan of er nog zaken onafgerond zijn die verwerking behoeven, en daarnaast om de ervaringen rond het gezamenlijke werk te integreren.

Mevrouw Aquamarijn: ... Als het dan echt stopt, ga ik altijd wel evalueren: 'Hoe is het gegaan?', 'Wat heeft je vooral geholpen?', 'Wat ligt er nog?', 'Hoe zou je daarmee om kunnen gaan?', 'Hoe heb je mij ervaren?', 'Wat was helpend?'. ... Dus we gaan het allemaal door. En ik geef altijd wel mee hoe ik de ander ervaren heb, hoe het voor mij was.

Dat laatste, dat deze therapeut haar eigen ervaring van het proces meegeeft, wordt ook door andere therapeuten genoemd. Veelal geven ze dit aan de cliënt op papier mee. Mevrouw Mosterd: "... Nou ja, wat jij als therapeut echt momenten vond waar je diep ontroerd was of waar je, nou ja, de moed en de verandering hebt gezien."

Therapeuten realiseren zich dat ze een hechtingsfiguur zijn voor de cliënt. Waar dat kan geven ze de cliënt de mogelijkheid om later in de toekomst terug te komen. De cliënt heeft de hechtingsrelatie veelal geïnternaliseerd. Het afscheid gaat dan ook niet om onthechten maar om verandering in het contact. Sommige therapeuten besteden expliciet aandacht aan dat internaliseren, zoals de heer Groen die aan sommige cliënten letterlijk vraagt: "Hoe neem je mij met je mee?"

Afstemming

In deze fase stemt de therapeut op de cliënt af door na te gaan wat deze in het afscheid nodig heeft en wat hij aan kan.

De heer Groen: Die vraag [wat iemand nodig heeft en aankan] blijft natuurlijk steeds heel leidend, dus als iemand het heel moeilijk vindt om te stoppen en het heel moeilijk vindt om jou los te laten, dan kan ik wel zo'n vraag stellen van: 'Nou, oké, feitelijk gaan we elkaar niet meer zien, maar ik kan me voorstellen dat je mij wel een beetje meeneemt.' ... En iemand die toch wel wat verwaarloosd is, daar heb ik ook wel eens tegen gezegd: 'Nou, kun je je voorstellen dat, ook als we eenmaal gestopt zijn, dat ik toch nog wel eens aan je denk?'

Therapeuten geven aan dat zij zelf ook gehecht kunnen raken aan de cliënt en dat zij in het contact met sommige cliënten ook zelf dingen geleerd hebben. Het wel of niet delen van de eigen gevoelens met de cliënt vraagt een zorgvuldige afweging.

Je wilt recht doen aan het proces dat samen doorlopen is, recht doen aan de relatie die ontstaan is, en tegelijkertijd geen druk leggen op de cliënt. Het criterium om al dan niet te delen is dat de cliënt door het delen niet belast mag worden en dat de weg vrij blijft voor de cliënt om terug te komen als dat nodig is. Mevrouw Paars zegt: “Ik ben de therapeut, en je moet terug kunnen komen, zonder dat je denkt: ‘Oh, maar nu moet zij ook weer een boel van mij kunnen leren’. Of: ‘Ik moet niet tegenvallen’.”

Tenslotte noemt de heer Bruin in het kader van het onderwerp afscheid nemen dat het belangrijk is om cultuursensitief te zijn. Bepaalde culturen hebben zo hun rituelen en het is belangrijk om die te kennen en daar op gepaste wijze mee om te gaan.

Hoofdstuk 6

Wat hebben therapeuten nodig om deelnemer te zijn?

In het cliëntcontact zetten therapeuten zichzelf als instrument en deelnemer in. Dit vraagt jarenlange training, goede rolmodellen en blijvend supervisie en intervisie. Hieronder wordt beschreven wat therapeuten nodig hebben.

Opleiding en leertherapie

De heer Bruin stelt dat de volgende onderwerpen onderdeel zouden moeten uitmaken van de GZ-opleiding: de hechtingstheorie, interpersoonlijk werken, de systeemtheorie, en de leertheorieën (model-leren). Bij de hechtingstheorie voegt hij daar de emotionele ontwikkelingspsychologie aan toe. Hij signaleert hier een lacune in de opleiding.

De heer Bruin: Ik vind dat wij expert moeten zijn op het gebied van hechting, dat sowieso. Ik vind dat de hechtingstheorie veel te slecht gedoceerd wordt in het vak. Ja, ik hoor het ook van de GZ-psychologen in de [KP-]opleiding. Ze hebben er nog nooit, bijna nog nooit van gehoord. ... Dus ik vind dat je een expert moet zijn in de hechtingstheorieën, en dan weet je ook veel over psychopathologie, namelijk vanuit een ontwikkelingspsychologisch perspectief.

De deelnemers noemen dat pas laat, namelijk pas hun specialistische opleiding, het relationeel werken aan bod kwam. De heer Bruin en mevrouw Violet noemen dat er in de master en ook in de GZ-opleiding vrij weinig aandacht is voor gesprekstechnieken en therapeutische vorming. Daarbij worden juist de relationele vaardigheden in de regel als vanzelfsprekend aangenomen.

De heer Bruin: “Ik vind dat wij therapeuten gewoon slecht gespreksvaardigheden of interviewvaardigheden leren. ... Ja, dat wordt van vaak gezien als ‘Ja, maar dat kan toch iedereen’. Dat is echt flauwekul dat iedereen dat kan.”

Mevrouw Violet vindt het belangrijk dat je als psycholoog zicht krijgt op hoe je zelf acteert in het contact met de ander: “Werken met die relatie gaat ook heel veel over jezelf.” Leertherapie ondersteunt dit en dit miste zij zelf in haar GZ-opleiding. In het voorgaande is vaak genoemd dat therapeuten raakbaar moeten zijn, zich kwetsbaar moeten durven opstellen, en dat hun professionele rol omvat dat ze deelnemer zijn in de therapeutische relatie. Ze hebben hun eigen inbreng als deelnemer en die wordt, naast hun professionele opleiding, sterk gevormd door eigen patronen, verlangens en angsten. Therapeuten ontkomen er niet aan dat ze tijdens hun werk tegen eigen projecties en (tegen)overdracht aanlopen, wat kan leiden tot onzekerheid, irritatie en boosheid. Het werk brengt met zich mee dat ze vaak te maken hebben met gecompliceerde interacties. Ze geven aan dat leertherapie belangrijk is om te leren om hun eigen (tegenoverdrachts)reactie beter te begrijpen. Hierdoor kunnen zij moeilijke interacties hanteren en samen met de cliënt doorwerken.

Verschillende deelnemers vinden het essentieel dat zij hun eigen thema’s goed kennen, zodat ze zuiver onderscheid kunnen maken wat van henzelf is en wat van de cliënt is. Dat laatste is voorwaarde om überhaupt in en met de relatie te kunnen werken. Dit alles is een proces van doorlopende ontwikkeling. Mevrouw Mosterd zegt daarover: “Soms kom je erachter, op die manier [door leertherapie te volgen]: weer een nieuw thema, of nog een verdieping van het thema. Shit, is het nou nog steeds daar?”

Daarnaast vinden deelnemers het belangrijk om te ervaren hoe het is om in therapie te zijn en wat er dan van je gevraagd wordt in termen van kwetsbaar zijn. Mevrouw Violet: “Zij [de cliënten] moeten dat ook doen, waarom zou ik dat niet doen?” Zij noemt ook dat je in leertherapie kunt leren wat voor therapeut je bent: “Welke manier van werken past het beste bij je?” Omdat je zelf het verschil ervaart tussen bijvoorbeeld een cognitieve interventie of ervaringsgericht werken.

Supervisie

Een belangrijke vaardigheid in het contact is om goed waar te nemen. Zo neemt *mevrouw Rood* vanaf het begin van de kennismaking steeds notie van wat er gebeurt in het contact zonder daar direct iets mee te doen, maar waarin ze wel hechtingspatronen herkent naarmate de tijd vordert. Dit betekent dat je goed moet weten waar je op moet letten, en dit waarnemen moet je dan ook leren.

Mevrouw Aquamarijn: ... Zelf heb ik echt ontzettend veel geleerd van supervisors die gewoon zeiden wat zij zouden doen of wat zij zien. ... 'Wat valt er eigenlijk überhaupt allemaal te zien en te doen?'

Supervisie kan ook een plek zijn waarin naast het aanleren van technische vaardigheden ook relationele vaardigheden centraal staan. De heer Groen geeft aan dat het kunnen oefenen met de supervisor een meerwaarde heeft omdat de supervisant dan aan den lijve ervaart wat een bepaalde interventie doet en hoe het werkt. Mevrouw Violet is zelf supervisor geweest bij de GZ-opleiding en noemt dat de supervisie tijdens de GZ-opleiding meer op de interactie tussen therapeut en cliënt gericht zou moeten zijn.

Mevrouw Violet: ... Daar [op de GZ-opleiding] worden mindere en andere eisen aan gesteld dan aan de supervisie die ik nu zelf volg. Ik moet mezelf nu filmen en dat laten zien en dat is allemaal niet bij de supervisie van de GZ.

Therapeuten zien professionele ontwikkeling als een proces dat in principe nooit 'af' is.

Mevrouw Oranje: ... Ik vind ook wel van belang dat je niet denkt dat je alles al kan of zo. Ik bedoel, je moet ook bij jezelf voortdurend te rade gaan van of, als je een zwakke plek merkt, of denkt: nou dit gaat niet goed, of: ik zit zelf niet goed in mijn vel. Dan moet je ook iets voor jezelf gaan zoeken. Dus je moet altijd je eigen beperkingen ook weten.

Intervisie

Intervisie wordt gebruikt om de eigen gevoelens met betrekking tot een bepaald interactiepatroon met de cliënt te toetsen. Het komt voor dat cliënten zulke verstoorde interactiepatronen hebben, dat de therapeut veel moet verdragen. Ook het kunnen praten met intervisiegenoten om de eigen gevoelens rondom een moeilijke interactie te verwerken en steun te ervaren is noodzakelijk.

Mevrouw Blauw: Daar heb je intervisie en supervisie zo bij nodig om je eigen gevoel een beetje onder controle te houden. Want het is toch eigenlijk regelmatig dat ik denk.... ja, dat je soms alle hoeken van de kamer te zien krijgt.

Daarnaast kan in een veilige intervisiegroep ook gekeken worden naar eigen patronen, als een therapeut regelmatig in het contact met verschillende cliënten tegen iets aanloopt. In dit kader wordt veel waarde gehecht aan het maken van opnames, zodat collega's mee kunnen kijken naar ieders inbreng in de interactie. Mevrouw Rood: "Ja, dat vind ik helpend hè, als collega's echt samen met mij gaan kijken ... Nou ja, naar mijn stukken kijken, dat vind ik fijn."

Aanbevelingen

Aanbevolen wordt om de volgende kerndoelen op te nemen in de GZ-opleiding, leertherapie, supervisie en intervisie. Voor de master wordt aanbevolen om veel meer aandacht te hebben voor gespreksvaardigheden.

1

Opleiding

Theoretische onderbouwing vanuit de hechtingstheorie, emotionele ontwikkelingspsychologie, interpersoonlijk werken, de systeemtheorie, en de leertheorieën (model-leren).

2

Leertherapie

- Eigen patronen, thema's en blinde vlekken leren kennen.
- Eigen reacties leren hanteren, en leren om een adequate respons te geven.
- Ervaren hoe het is om in de cliëntpositie te zitten.
- De leertherapeut fungeert als rolmodel.
- Inzicht krijgen in welke manieren van werken bij je passen als therapeut.

3

Supervisie

- Leren waarnemen aan de hand van de waarneming van de supervisor.
- Relationele vaardigheden kunnen oefenen met de supervisor.
- Samen met de supervisor een moeilijke interactie kunnen analyseren.

4

Intervisie

- Zelf een plek hebben om je verhaal te kunnen doen en steun te ervaren.
- Eigen patronen in de interactie kunnen onderzoeken.
- Horen hoe iemand anders zou reageren in een soortgelijke situatie.

Discussie

De eerste onderzoeksvraag was: *Hoe brengt de therapeut zichzelf in de relatie in?* De resultaten laten zien dat de relatie wordt beschouwd als het vehikel van de therapie, een ruimte, waarin de cliënten hun ervaringen kunnen onderzoeken en gaan begrijpen. Respondenten beschrijven de relatie als een samenwerking, een gezamenlijke zoektocht waarin cliënt en therapeut ieder een eigen verantwoordelijkheid hebben en het product een co-creatie is. Dit zien we in de literatuur terug in het begrip tweepersoonspsychologie dat als overkoepelende term gebruikt wordt voor de onderling verbonden concepten uit de relationele, interpersoonlijke, interactionele, sociaal-constructivistische en object-relationale stromingen (Gomperts, 2002).

Respondenten benoemen verschillende asymmetrieën tussen cliënt en therapeut: een asymmetrie in expertise, kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid. Dit maakt dat de therapeut er veel belang aan hecht een betrouwbare, veilige ander te zijn. In dit onderzoek noemen respondenten verschillende rollen waarmee zij hier invulling aan geven: de rol van expert, hechtingsfiguur, getuige, en rolmodel. Therapeuten zijn professionals en hun instrument is mens-zijn. In de literatuur legt Zetzel (Horvath & Luborsky, 1993) de nadruk op het inbrengen van de eigen menselijkheid in de therapeutische relatie. Dit zou de veiligheid versterken. Dit is echter niet de enige reden die therapeuten noemen. Zij gebruiken hun mens-zijn als instrument om uitvoering te kunnen geven aan specifieke interventies.

De tweede onderzoeksvraag is hoe de klassieke en moderne hechtingstheorieën concrete toepassing vinden: *Welke jij-en-ik-interventies passen therapeuten toe om een veilige, groeibevorderende therapeutische relatie te installeren?* Tijdens het analyseproces werd een bepaalde werkmethode zichtbaar. Allereerst is er empirische ondersteuning voor het verdelen van het proces van therapeutische relatievorming en -ontwikkeling in vier fasen die samen tien taken omvatten. Het gaat om het vestigen van de relatie, het ontwikkelen van de relatie, het beschermen en consolideren van de relatie, en tenslotte de fase van afscheid nemen. In de literatuur vinden we deze fasen met min of meer vergelijkbare omschrijving terug in (Hardy et al., 2007) geciteerd door Hafkenscheid (2021). De uitwerking van taken per fase is een toevoeging hierop vanuit dit onderzoek.

Daarnaast leveren de bevindingen empirische aanwijzingen voor acht categorieën relationele interventies die samen de proceselementen van de dialoog tussen client en therapeut vormen. Binnen deze categorieën worden zeventien therapeutische interventies onderscheiden. Veel van deze technieken zien we terug in de psychotherapeutische vakliteratuur, zoals het 'ontgiften' in de psychoanalytische psychotherapie (Bion, 1962, in Nicolai, 1999), en de empathiecyclus in de cliëntgerichte therapie (voor een recente overzicht zie Rogers, 2020). In die zin is de inventarisatie van interventies die in deze studie wordt beschreven niet nieuw. Niettemin is de unieke bijdrage van deze studie het rubriceren van de interventies in hun samenhang in een model van de dialoog. Het model beschrijft de dialoog als kern van de therapeutische relatie. Het onderzoek maakt inzichtelijk hoe deze dialoog wordt ingezet om uitvoering te geven aan de taken in de vier fasen van therapeutische relatievorming. Voor zover ons bekend, is tot nu toe, op enkele gevalsstudies op specifieke onderdelen na, niet eerder onderzoek verricht naar het in kaart brengen van het proces van relatievorming vanuit de hechtingstheorieën.

De derde onderzoeksvraag luidt: *Wat vraagt het ontwikkelen van relationele expertise in termen van supervisie, opleiding, en training?* Therapeuten zetten zichzelf in als instrument en zijn deelnemer in de relatie. Dit vraagt van hen specifieke vaardigheden en jarenlange training. In de basis- en de GZ-opleiding wordt vooral ingestoken op de vaktechnische ontwikkeling van therapeuten. Relatievorming, hechtingstheorie, en hoe therapeuten zichzelf als instrument in kunnen zetten, komt veelal pas in de specialistische vervolgoopleidingen aan de orde. Deelnemers vinden dit laat. Leertherapie wordt nodig geacht om eigen patronen te leren kennen en hanteren. Supervisie wordt genoemd als plek waar geleerd kan worden van de waarneming van de supervisor, geoefend met relationele vaardigheden en interacties met de cliënt geanalyseerd kunnen worden. In de literatuur noemt Marmarosh (2015) een verdergaande rol voor de supervisor. Zij noemt dat een supervisor zijn supervisant (de therapeut) erop kan wijzen wanneer deze bepaalde emoties van de cliënt ontwijkt, in de verdediging gaat, of probeert om een conflict toe te dekken in plaats van het te onderzoeken. De supervisor die een secure base biedt aan zijn supervisant heeft het vermogen om zorgen en angsten te reguleren, de supervisant te stimuleren om zich in te leven in zijn cliënt, en om hem te steunen wanneer hij een risico neemt door bijvoorbeeld de woede of teleurstelling van de cliënt te onderzoeken in een sessie.

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. Er zijn elf experts geïnterviewd. Hoewel dit onderzoek een duidelijk beeld laat zien van de toepassing van de hechtingstheorie in de praktijk van de deelnemers, heeft dit aantal niet tot theoretische saturatie geleid. Vergelijkbaar

onderzoek met andere deelnemers zal waarschijnlijk nieuwe elementen toevoegen. Daarnaast was de gekozen scope van het onderzoek vrij breed. De oorspronkelijke onderzoeksvraag naar schema's die therapeuten hanteren, omvatte ook een vraag naar eigen hechtingsschema's. Deze vraag is veel te omvangrijk gebleken en na het proefinterview vervallen. Ze is echter in het kader van de onderzoeksvraag zeer relevant. Dit is een omissie in het huidige onderzoek. De data zijn verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Dit levert informatie op over de manier waarop de respondenten het onderwerp beleven. In het interview is gereflecteerd op een casus uit de praktijk die reeds afgesloten was. Mogelijk is er door deze methodologische opzet sprake van een bias.

Dit brengt ons tot de volgende aanbevelingen. Bias door reflectie achteraf op een casus kan verkleind worden door het inzetten van meerdere onderzoeksmethodes. Gedacht kan worden aan het analyseren van audio- of video-opnames. Hierbij kunnen de interacties tussen therapeut en cliënt geobserveerd worden. Een andere additionele informatiebron is het gezamenlijk met de therapeut kort na de sessie op de opname reflecteren om te vernemen wat er op bepaalde sleutelmomenten door hem/ haar heen ging. Daarnaast kan de deelnemersgroep uitgebreid worden met meer therapeuten, maar ook door cliënten te vragen naar hun bevindingen. Tenslotte wordt aanbevolen om onderzoek te verrichten naar hechtingsschema's van therapeuten in relatie tot de schema's die zij hanteren met betrekking tot de therapeutische relatie en rollen als professional.

Geconcludeerd kan worden dat dit onderzoek de *good practices* presenteert van zeer ervaren therapeuten. Het geeft inzicht in hoe de hechtingstheorie in de praktijk wordt toegepast en laat zien hoe experts zichzelf als deelnemer in de therapeutische relatie inzetten. Het beschreven model van de dialoog en de werkmethode van taken in de verschillende fasen van de relatieontwikkeling kan van nut zijn voor het ontwikkelen en uitbreiden van opleidings- en trainingsprogramma's en richtlijnen. Tevens voorziet het in een spiegel voor therapeuten om hun eigen handwijze te evalueren. Uit het onderzoek volgen concrete aanbevelingen voor opleiding, inclusief leertherapie, supervisie en intervisie.

DANKBETUIGING

Via de Vereniging voor Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie (VPeP), de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie (NVPP), en de Vereniging van Contextueel Werkers (VCW) kwam ik in contact met zeer ervaren therapeuten, die bereid waren een avond of middag op te offeren voor een interview. Ik werd met open armen ontvangen! Ieder gesprek was anders en altijd voelde ik me bevoorrecht dat degene voor me zijn of haar kennis en ervaringen met me wilde delen. Tijdens het schrijven kon ik putten uit meer dan 300 pagina's aan transcripten. Het was alsof ik een commissie van elf wijze mannen en vrouwen voor me had: een enorme bron! Ik ben jullie zeer dankbaar.

Ook ben ik mijn vriendinnen en collega's Marjolein Eskes en Margriet Dings erkentelijk voor hun interesse en steun. Marjolein voor haar beschikbaarheid voor het proefinterview, Margriet voor het kunnen delen over hetgeen mij raakte tijdens dit onderzoek, en het meekijken met de thema's en subthema's die zich aftekenden. Studievriendin Margot Metz, die zich professioneel met de therapeutische relatie bezighoudt onder andere vanuit de invalshoek van Shared Decision Making, voor de fijne uitwisseling en toegang tot haar netwerk.

Andrea Grauvogl en Bert Lenaert: veel dank voor de vrijheid en het vertrouwen dat ik van jullie kreeg om dit onderzoek in deze vorm op te zetten en de vraagbaak die jullie boden. Jullie zorgden voor de puntjes op de i!

Literatuur

- Barnett, M. (2007). What brings you here? An exploration of the unconscious motivations of those who choose to train and work as psychotherapists and counsellors. *Psychodynamic Practice*, 13(3), 257-274. <https://doi.org/10.1080/14753630701455796>
- Benjamin, J. (1990). Recognition and destruction. An outline of intersubjectivity. In S. A. Mitchell, L. (Ed.), *Relational psychoanalysis. The emergence of a tradition*. (pp. 181-200). Routledge.
- Benjamin, J. (1995). *Like subjects, love objects. Essays on recognition and sexual difference*. Yale University Press.
- Bergman, A., Blom, I., Polyak, D., & Mayers, L. (2015). Attachment and separation-individuation: Two ways of looking at the mother-infant relationship. *International Forum of Psychoanalysis*, 24(1), 16-21. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2014.893390>
- Bowlby, J. (1980). By ethology out of psycho-analysis: An experiment in interbreeding. *Animal Behaviour*, 28(3), 649-656. [https://doi.org/10.1016/S0003-3472\(80\)80125-4](https://doi.org/10.1016/S0003-3472(80)80125-4)
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Daniel, S. I. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 968-984. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.02.001>
- De Witte, H. F. J. (1980). Over de ontwikkeling van het transitionale object. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22(5), 296-311. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1989pdf.pdf
- De Wolff, M., & Van IJzendoorn, M. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb04218.x>
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. H., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association.
- Frey, L. L. (2013). Relational-cultural therapy: Theory, research, and application to counseling competencies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44, 177-185. <https://doi.org/10.1037/a0033121>
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 25-33. <https://doi.org/10.1037/a0022060>
- Geller, S. M., & Porges, S. W. (2014). Therapeutic presence: Neurophysiological mechanisms mediating feeling safe in therapeutic relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 178-192. <https://doi.org/10.1037/a0037511>
- Gelso, C. J., & Bhatia, A. (2012). Crossing theoretical lines: The role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy*, 49(3), 384-390. <https://doi.org/10.1037/a0028802>
- Gomperts, W. (2002). Is de psychoanalyse veranderd? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57(5), 451-472.
- Hafkenscheid, A. (2018). *Beter worden in je vak. Systematische zelfreflectie voor professionals in de ggz*. Boom Uitgevers.
- Hafkenscheid, A. (2021). *De therapeutische relatie*. Boom Uitgevers. (2014)
- Hardy, G., Cahill, J., & Barkham, M. (2007). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change: A research perspective. In *The therapeutic relationship in*

- the cognitive behavioral psychotherapies.* (pp. 24-42). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Heyndrickx, P., De Loof, L., Knip, R., Van Herck, A., Klaveren van, W. (2022). *Handboek contextuele hulpverlening*. Pelckmans.
- Hill, C. E., Gelso, C. J., Chui, H., Spangler, P. T., Hummel, A., Huang, T., Jackson, J., Jones, R. A., Palma, B., Bhatia, A., Gupta, S., Ain, S. C., Klingaman, B., Lim, R. H., Liu, J., Hui, K., Jezzi, M. M., & Miles, J. R. (2014). To be or not to be immediate with clients: The use and perceived effects of immediacy in psychodynamic/interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 24(3), 299-315.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.812262>
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29. <https://doi.org/10.1080/10503300802621206>
- Hill, C. E., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C., & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy*, 45(3), 298-315.
<https://doi.org/10.1037/a0013306>
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy : Curative factors in dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. <https://go.exlibris.link/TcjhrndB>
- Jordan, J. V. (2000). The role of mutual empathy in relational/cultural therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 4;56;(4;8;), 1005-1016. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200008\)56:8<1005::AID-JCLP2>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200008)56:8<1005::AID-JCLP2>3.0.CO;2-L)
- Jordan, J. V., & Schwartz, H. L. (2018). Radical empathy in teaching. *New Directions for Teaching and Learning*, 2018(153), 25-35. <https://doi.org/10.1002/tl.20278>
- Kasper, L. B., Hill, C. E., & Kivlighan, D. M. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study I. *Psychotherapy*, 45(3), 281-297. <https://doi.org/10.1037/a0013305>
- Koenen, A. K., Bosmans, G., Petry, K., Verschueren, K., & Spilt, J. L. (2019). Toward empirical evidence for teachers' mental representations of dyadic relationships with students: Two priming experiments. *Psychologica Belgica*, 59(1), 156-176.
<https://doi.org/10.5334/pb.471>
- Koole, S. L., & Tschacher, W. (2016). Synchrony in psychotherapy: A review and an integrative framework for the therapeutic alliance. *Frontiers in Psychology*, 7, 862-862.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00862>
- Kottler, J. A., & Carlson, J. (2007). *The client who changed me: Stories of therapist personal transformation*. Taylor & Francis. <https://books.google.nl/books?id=NL-i3l6bhmsC>
- Kottler, J. A., & Hunter, S. V. (2010). Clients as teachers: Reciprocal influences in therapy relationships. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31(1), 4-12.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1375/anft.31.1.4>
- Langer, R. (2019). Psychotherapist retirement: What is lost and what is gained. *Psychodynamic Practice*, 25(4), 342-355. <https://doi.org/10.1080/14753634.2019.1670094>
- Lux, M. (2021). Werkzame factoren van de persoonsgerichte houding vanuit een neurowetenschappelijk perspectief. *Tijdschrift Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie*, 4, 220-231. (Wirkfaktoren personenzentrierter Beziehungsgestaltung aus neurowissenschaftlicher Sicht (Lux, 2020))
- Marmarosh, C. L. (2015). Emphasizing the complexity of the relationship: The next decade of attachment-based psychotherapy research. *Psychotherapy*, 52(1), 12-18.
<https://doi.org/10.1037/a0036504>

- Matthys, W. (1985). Objectconstantie: De theorie van de normale ontwikkeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27(6), 377-392.
https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_2238pdf.pdf
- Mayotte-Blum, J., Slavin-Mulford, J., Lehmann, M., Pesale, F., Becker-Matero, N., & Hilsenroth, M. (2012). Therapeutic immediacy across long-term psychodynamic psychotherapy: An evidence-based case study. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 27-40.
<https://doi.org/10.1037/a0026087>
- Murphy, D., & Cramer, D. (2014). Mutuality of rogers's therapeutic conditions and treatment progress in the first three psychotherapy sessions. *Psychother Res*, 24(6), 651-661.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.874051>
- Nicolai, N. J. (1999). Overdracht en tegenoverdracht bij traumabehandelingen. In P. G. H. Aarts & W. D. Visser (Eds.), *Trauma, diagnostiek en behandeling* (pp. 1-20).
- Porges, S. W. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology and Behavior*, 79(3), 503-513. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(03\)00156-2](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(03)00156-2)
- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 211-224. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<211::AID-JCLP7>3.0.CO;2-H](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<211::AID-JCLP7>3.0.CO;2-H)
- Riksen-Walraven, M. (2002). Wie het kleine niet eert... Over de grote invloed van vroege sociale ervaringen. *Journal of Philosophy of Education*.
- Riley, P. (2009). An adult attachment perspective on the student–teacher relationship & classroom management difficulties. *Teaching and Teacher Education*, 25(5), 626-635.
<https://doi.org/10.1016/j.tate.2008.11.018>
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework In S. Koch (Ed.), *Psychology a study of a science. Formulations of the person and the social context* (Vol. 3, pp. 184-256). McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2-10. <https://doi.org/doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Rogers, C. R. (2020). *Client centered therapy (new ed)*. Robinson. (1950)
- Safran, J. D. (2015). The relational turn, the therapeutic alliance, and psychotherapy research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39, 449-475.
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381-387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2003). *Negotiating the therapeutic alliance*. Guilford Publications.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2005). Brief relational therapy and the resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Psychotherapy Bulletin*, 40.
- Safran, J. D. H. J. (2020). Psychoanalysis and psychoanalytic therapies.
<http://public.ebib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=6233970>
- Schore, A. N. (2009). Relational trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159, 189-203. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04474.x>
- Schore, A. N. (2015). *Allan schore on the science of the art of psychotherapy* [Interview]. Psychotherapy.net. <https://www.psychotherapy.net/interview/allan-schore-neuroscience-psychotherapy>
- Schore, A. N. (2017). Playing of the right side of the brain. *American Journal of Play*, 9(2), 105-142.

- Schore, A. N. (2021). The interpersonal neurobiology of intersubjectivity. *Frontiers in Psychology*, 12, 648616-648616. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.648616>
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight," and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 67-94. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<67::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<67::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-G)
- Siegel, D. J. (2019). The mind in psychotherapy: An interpersonal neurobiology framework for understanding and cultivating mental health. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(2), 224-237. <https://doi.org/10.1111/papt.12228>
- Slavin, J. H. (2007). The imprisonment and liberation of love: The dangers and possibilities of love in the psychoanalytic relationship. *Psychoanalytic Inquiry*, 27(3), 197-218. <https://doi.org/10.1080/07351690701389262>
- Spilt, J. L., & Koomen, H. M. Y. (2010). Het leerkracht relatie interview. *Kind en Adolescent*, 31(2), 58-70. <https://doi.org/10.1007/bf03089703>
- Spilt, J. L., Koomen, H. M. Y., & Thijs, J. T. (2011). Teacher wellbeing: The importance of teacher-student relationships. *Educational Psychology Review*, 23(4), 457-477. <https://doi.org/10.1007/s10648-011-9170-y>
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112-119. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.2.112>
- Wallin, D. J. (2020). *Gehechtheid in psychotherapie*. Nieuwezijds. <https://books.google.nl/books?id=75LUgMBVRZIC>

BIJLAGEN

BIJLAGE A Demografische gegevens deelnemers onderzoek

Expert	Beroep	Theoretische oriëntatie	Leef-tijd	M/ V	Inhoudelijke Specialisaties
1.	KP/ psychotherapeut	Psychoanalytische psychotherapie	72	M	AFT
2.	KP/ psychotherapeut	Persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie, CGT	64	M	Interpersoonlijke communicatie-therapie
3.	Psychiater/ psychotherapeut	Psychoanalytische psychotherapie	53	V	TFP
4.	Psychotherapeut	Persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie	54	V	EFT
5.	psychotherapeut/ systeemtherapeut	Persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie	55	V	EFT-c, AEDP
6.	Systeemtherapeut	Contextuele Therapie	74	V	
7.	GZ-psycholoog i.o. KP/Psychotherapeut	CGT	47	V	Schema-therapie
8.	KP/ psychotherapeut	Persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie	60	V	EFT
9.	KP/ psychotherapeut	Psychoanalytische psychotherapie	62	V	EFT-c, TFP
10.	KP/ psychotherapeut	Psychoanalytische psychotherapie	61	V	AFT, TFP, MBT
11.	KP/ psychotherapeut	Persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie	50	V	EFT

AEDP = Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy

EFT = Emotion Focused Therapy, EFT-c = for couples

AFT = Affectfobietherapie

MBT = Mentalization Based Therapy

CGT = Cognitieve gedragstherapie

TFP = Transference-Focused Therapy

BIJLAGE B Interviewschema

1. Algemene vragen:

- Demografische gegevens: leeftijd?
- Werkt u met een specifieke doelgroep in uw praktijk?
- Hoe lang duurt een traject gemiddeld bij u? (ongeveer - aantal sessies en tijdsperiode)

2. Wat zijn uw opvattingen over de therapeutische relatie? Wat is dat voor u? Wat denkt u dat de behoeften van uw cliënt zijn, en welke ideeën heeft u over hoe jullie je tot elkaar verhouden?

- Hoe ziet u uw taken en rol als professional daar in? (Rol bijvoorbeeld: zorggever, expert, begeleider, hechtingsfiguur).

3. Definitie

In dit onderzoek staat het werken met het 'jij-en-ik' in het 'hier-en-nu' van de therapeutische relatie centraal. Hieronder versta ik dat de therapeut fungeert als een veilige basis voor de cliënt door consistente, voorspelbare en betrouwbare zorg te verlenen. Dat doen zij door responsief en afgestemd te zijn en zich te laten raken. Zij helpen de cliënt om te reflecteren op zijn gevoelens om tot een coherent narratief te komen. Zij vieren successen mee en blijven wanneer het ongemakkelijk wordt. Wanneer verstoringen in de relatie ontstaan, dan is er ruimte om dit door te werken en mogen gevoelens van teleurstelling, boosheid, en wrok er zijn. Ze worden onderzocht met de intentie om de verbinding te herstellen. Dit kenmerkt de therapeutische relatie als een intersubjectieve, ontwikkelings-gerichte relatie waarin therapeut en cliënt een dynamisch systeem vormen. Hierin is het handelen en gedrag van de een van invloed op de ander, en andersom. In dit onderzoek omschrijven we dit als het jij-en-ik van de relatie in het hier-en-nu.

- Wat is uw definitie van werken met het jij-en-ik in het hier-en-nu?
- Welke waarde kent u toe aan hechting in de therapeutische relatie?

4. Kunt u beschrijven hoe, in het geval van de door u gekozen cliënt, het jij-en-ik aan het begin van de therapeutische relatie aanwezig was?

- Wat deed u in de eerste sessies om een veilige hechting tot stand te brengen? Wat deed de cliënt daar in?

5. Zijn er tijdens de therapie momenten geweest waarop het jij-en-ik betekenisvol werd? Wat gebeurde er? Wat vond u daarvan? Hoe werkte u hiermee met deze cliënt? Hoe heeft u dat ervaren? Wat deed dat met u? Wat vond u lastig?
 - Heeft u wellicht andere voorbeelden van andere casuïstiek?
6. Hoe speelde het jij-en-ik in de afrondende fase van de therapie?
7. Hoe was het werken met het hier-en-nu ten dienste van het proces van de cliënt? Wat denkt u of weet u dat het hem gebracht heeft? (Bepaalde inzichten, emotionele of relationele correctieve ervaring, ...?)
 - Heeft het u zelf iets gebracht?
8. Wat heeft u nodig (gehad) in supervisie, leertherapie, intervisie om met het jij-en-ik te kunnen werken?
9. Zijn er nog andere ervaringen rond deze thema's die u zou willen delen?

BIJLAGE C Thema- en subthema structuur

