

De therapeutische relatie

De therapeutische relatie

Anton Hafkenscheid

*Ter nagedachtenis aan mijn vader
J.R. Hafkenscheid (1926-2002)*

© De Tijdstroom uitgeverij, 2014
Omslagontwerp: Cees Brake bNO, Enschede.

Uitgegeven door De Tijdstroom Uitgeverij, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.
Internet: www.tijdstroom.nl
E-mail: info@tijdstroom.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 978 90 5898 256 8
NUR 777

Inhoud

Voorwoord – 9

Inleiding – II

Hoofdstuk 1 De therapeutische relatie: een kritische verkenning – 15

- 1 Inleiding – 15
- 2 De therapeutische relatie: wat moet er onder worden verstaan? – 16
- 3 (Hoe) kan de kwaliteit van de therapeutische relatie worden gemeten? – 19
- 4 De therapeutische relatie: voorwaardenscheppend of eigenlijk werkingsmechanisme? – 21
- 5 Beschouwing – 25
- 6 Hoe verder? – 27
Literatuur – 27

Hoofdstuk 2 Tegenoverdracht: patiënt- of therapeutgebonden? – 31

- 1 Inleiding – 31
- 2 Patiëntgebonden (objectieve) tegenoverdracht – 32
- 3 Therapeutgebonden (subjectieve) tegenoverdracht – 34
- 4 Empirisch onderzoek naar tegenoverdracht – 35
- 5 Tot slot – 38
Literatuur – 39

Hoofdstuk 3 Werken met gehechtheidproblematiek: emotionele implicaties voor de therapeut – 43

- 1 Inleiding – 43
- 2 Gehechtheidstijlen: een tweedimensionale vierdeling – 45
- 3 Enkele kanttekeningen – 49
- 4 Emotionele implicaties voor de therapeut – 50
- 5 Tot slot – 55
Literatuur – 56

Hoofdstuk 4 Een cliëntgericht en systeemtheoretisch perspectief op de therapeutische relatie: de interpersoonlijke communicatietheorie van Donald Kiesler – 57

- 1 Inleiding – 57
- 2 Harry Stack Sullivan: inspirator voor Kiesler – 59
- 3 De aanzet tot de interpersoonlijke communicatietheorie (ICT) – 61
- 4 De interpersoonlijke cirkel – 62
- 5 Complementaire interacties – 64
- 6 Psychopathologie: de maladaptieve transactiecycclus – 66
- 7 Objectieve tegenoverdracht – 67
- 8 De therapeutische taken en doelen – 69

- 9 De therapeutische strategie – 69
- 10 Therapeutisch werkzame metacommunicatieve feedback – 70
- 11 CBASP: een specifieke uitwerking van de ICT – 72
- 12 Empirische ondersteuning – 74
- 13 Tot slot – 75
- Literatuur – 77

Hoofdstuk 5 Een psychodynamisch perspectief op de therapeutische relatie: het resolutiemodel voor alliantiebarsten van Jeremy Safran – 79

- 1 Inleiding – 79
- 2 De kritiek van Safran op het cognitieve gedragsmodel – 81
- 3 Het concept ‘interpersoonlijk schema’ – 83
- 4 De cognitief-interpersoonlijke cyclus – 84
- 5 Alliantiebarsten – 86
- 6 De therapeutische relatie als onderhandelingsproces – 88
- 7 Ontwikkeling van het resolutiemodel voor het bewerken van alliantiebarsten – 89
- 8 De attitude van de therapeut – 94
- 9 Empirische ondersteuning – 97
- 10 Tot slot – 98
- Literatuur – 99

Hoofdstuk 6 Een leertheoretisch perspectief op de therapeutische relatie: de Functional Analytic Psychotherapy (FAP) van Robert Kohlenberg en Mavis Tsai – 101

- 1 Inleiding – 101
- 2 Stoornissen in het zelfgevoel – 103
- 3 Klinisch relevante gedragingen – 104
- 4 De functieanalyse – 106
- 5 De vijf therapeutische regels van FAP – 106
- 6 Casusconceptualisering – 110
- 7 Empirische ondersteuning – 111
- 8 Tot slot – 111
- Literatuur – 113

Hoofdstuk 7 Een oplossingsgericht perspectief op de therapeutische relatie: de client-directed, outcome-informed (CDOI-)werkwijze van Barry Duncan en Scott Miller – 117

- 1 Inleiding – 117
- 2 Kritiek op evidence-based practice – 119
- 3 Practice-based evidence (PBE): een feedbackbenadering met twee simpele monitor-instrumenten – 122
- 4 Klinische toepassing – 125
- 5 Empirische ondersteuning – 131
- 6 Tot slot – 133
- Literatuur – 135

Hoofdstuk 8 Therapeutische interventies – 137

- 1 Inleiding – 137
 - 2 Het introduceren van de interpersoonlijke werkwijze – 138
 - 3 De woordkeuze van therapeutische interventies – 141
 - 4 Worsteling: ambivalentie, tweestrijd, conflicten en dilemma's – 143
 - 5 Subjectiviteit als vertrekpunt voor interpersoonlijke interventies – 145
 - 6 Objectieve waarneming als vertrekpunt voor interpersoonlijke interventies – 145
 - 7 Respectvol onderbreken – 148
 - 8 Uitnodigen en navragen – 149
 - 9 Subjectieve zelfonthulling: hardop over het eigen therapeutgedrag reflecteren – 151
 - 10 Disembedding: 'uit het spel stappen' – 155
 - 11 Objectieve zelfonthulling – 161
 - 12 Timing: subjectieve zelfonthulling met terugwerkende kracht – 166
 - 13 Self-fulfilling prophecies, vicieuze cirkels – 167
 - 14 Persoonlijke stijl – 170
 - 15 Subjectieve zelfonthulling in supervisie – 171
 - 16 Tot slot – 173
- Literatuur – 174
- Bijlage 8.1 Voorbeeld behandelovereenkomst – 175

Hoofdstuk 9 Monitoren van het therapeutisch proces: het perspectief van de therapeut – 179

- 1 Inleiding – 179
 - 2 De Therapeut Tevredenheidsschaal – 180
 - 3 De Beoordelingslijst Therapiegesprek – 181
 - 4 Session Rating Scale (SRS) Therapeutversies A en C – 182
 - 5 Het Interpersoonlijk Raster – 182
 - 6 Het meten van tegenoverdracht – 183
 - 7 Tot slot – 190
- Noten – 191
- Literatuur – 191
- Bijlage 9.1: Therapeut Tevredenheidschaal – 196
- Bijlage 9.2: Beoordelingslijst Therapiegesprek – 197
- Bijlage 9.3: Session Rating Scale, therapeutversie A – 198
- Bijlage 9.4: Session Rating Scale, therapeutversie C – 199
- Bijlage 9.5: Interpersoonlijk Raster – 200
- Bijlage 9.6: Werkblad Beïnvloedingsboodschappen – 201
- Bijlage 9.7: Countertransference Questionnaire – 202
- Bijlage 9.8: Impact Message Inventory (IMI-C) – 203

Ter afsluiting – 209

1 Inleiding – 209

2 De authentieke kameleon – 209

3 De Perceptual Control Theory (PCT): de interne conflicten van de therapeut – 212

4 De principiële asymmetrie van de therapeutische relatie – 214

5 Verdere empirische onderbouwing – 217

Literatuur – 220

Over de auteur – 221

Register – 223

Voorwoord

Tijdens het schrijven van dit boek heb ik van veel mensen aanmoediging en bemoediging mogen ontvangen. Met name wil ik noemen mijn lieve echtgenote Esmeralda Rietberg, mijn fijne kinderen Rogier en Dorothee, mijn oermoeder Thea Hafkenschied-van Stiphout, mijn lieve zussen Marja, Vera, Sabina en Esther, mijn leuke broer Rutger, mijn lieve vriendin en dierbare collega Marian Deen en mijn onafscheidelijke vriend Jaap de Hullu. Jaap de Hullu komt veel dank toe voor het kritisch doorlezen van het manuscript.

Anton Hafkenschied
Maart 2014

Inleiding

Elke patiënt heeft recht op die behandeling voor haar of zijn¹ aandoening, die op het moment dat de behandeling wordt gestart als de beste geldt. Wetenschappelijke kennis, en niet het geloof van de behandelaar (of de patiënt) in de werkzaamheid van een behandeling moet bepalen welke behandeling op dat moment de beste is. En blijken twee behandelingen op grond van empirisch onderzoek even effectief te zijn, dan krijgt de goedkoopste behandeling de voorkeur. Zie daar het reveil van de *evidence-based practice* (EBP), een relatief nieuwe benadering in de gezondheidszorg die de geneeskunde op een zo hoog mogelijk wetenschappelijk plan wil brengen. Dat streven impliceert dat de geneeskunde ontdaan moet worden van empirisch slecht gefundeerde of door nieuwe (empirisch verkregen) kennis achterhaalde medische praktijken. De EBP-benadering legt zwaar de nadruk op *accountability*: verantwoording zowel in termen van behandelkwaliteit alsook in termen van kosteneffectiviteit. Medici hebben zich voor hun therapeutisch handelen te verantwoorden naar de patiënt (die er verzekerd van moet zijn de behandeling te krijgen die zich wetenschappelijk als de beste heeft bewezen), maar ook naar de zogeheten 'derde partijen': andere belanghebbenden die de almaar groeiende kosten van de gezondheidszorg voor hun rekening nemen. De Diagnose Behandelcombinatie (DBC) en de (naar ziektebeeld georganiseerde) behandelrichtlijnen en behandelprotocollen die momenteel als paddenstoelen uit de grond schieten, zijn een logisch uitvloeisel van de EBP-gedachtegang. De *Randomized Clinical (Controlled) Trial* (RCT) geldt binnen de EBP-benadering als de 'gouden standaard'. De RCT, gerandomiseerd vergelijkend effectonderzoek met een (quasi-)experimentele opzet, is voor EBP-adepten de enige onderzoeksstrategie waarmee valide beslist kan worden welke beschikbare behandeling empirisch als beste uit de bus komt. De RCT is bekend uit het vergelijkend geneesmiddelenonderzoek. Toewijzing van patiënten aan medicijn A of B vindt plaats op grond van een toevalsprocedure, om de kans te minimaliseren dat een van beide medicijnen bevoordeeld wordt door *a-priori*-verschillen tussen de patiëntengroepen. Overigens is een van beide geteste pillen doorgaans een inert medicijn of een regelrechte foppil (placebo).

Voor het vergelijkende geneesmiddelenonderzoek is de 'dubbelblind'-situatie een *conditio sine qua non*. Dubbelblind wil zeggen dat patiënten en de artsen die de effecten van een medicijn beoordelen niet mogen weten welk medicijn de patiënt kreeg toegediend, om niet te worden beïnvloed door vooroordelen of verwachtingseffecten.

Ongeveer een kwart eeuw geleden waaide de EBP-benadering vanuit de somatische geneeskunde over naar de geestelijke gezondheidszorg. De *American Psychiatric Association* (APA) had daarin het voortouw, met het opstellen van behandelrichtlijnen voor specifieke psychiatrische stoornissen (variërend van bipolaire stoornissen, Alzheimer tot nicotineverslaving), die overigens lang niet altijd alleen (of zozeer) op RCT-resultaten zijn gebaseerd, maar minstens zo vaak op *consensus*oordelen van experts. De behandelrichtlijnen volgden de *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders* (DSM) als indelingssysteem voor psychiatrische stoornissen en hadden een sterk biologisch psychiatrisch stempel.

Alleen al om de steeds invloedrijker EBP-boot niet te missen kon die andere APA, de *American Psychological Association*, niet achterblijven. De *APA Division 12 Task Force* werd in het leven geroepen. De APA omarmde, net als de psychiatrische beroepsvereniging, het stroomstelsel van de DSM, hoewel psychologen – anders dan psychiaters – van huis uit meer verwantschap voelen met een dimensionale dan met een categoriale diagnostiek. De APA kon zich echter ten opzichte van de psychiatrische tegenhanger wetenschappelijk profileren door zich af te zetten tegen consensusrichtlijnen en te pleiten voor richtlijnen die uitsluitend gebaseerd mogen zijn op de ‘keiharde’ resultaten van RCT’s.

Terwijl deze fase van stroomlijning en standaardisering nog niet eens is voltooid komen er in hoog tempo alweer nieuwe, drastische veranderingen op de geestelijke gezondheidszorg af. Door de razendsnelle ontwikkelingen binnen de informatietechnologie staat de geestelijke gezondheidszorg aan de vooravond van *e-health*, internet- en *virtual-reality*-behandelingen, waarbij de meeste patiënten en therapeuten elkaar nooit in levende lijve zullen ontmoeten.

Tegen het idee van meer stroomlijning in de geestelijke gezondheidszorg valt als zodanig weinig bezwaar in te brengen: de geestelijke gezondheidszorg is een schaars en kostbaar goed, dat gewoon zo efficiënt mogelijk moet worden ingezet. Van therapeuten en patiënten mag op zijn minst worden gevraagd dat zij zich goed bewust zijn van de maatschappelijke kosten van de behandelingen die zij respectievelijk bieden en ontvangen. Dat bewustzijn hoeft niet per se te leiden tot een opgejaagd gevoel. Dat richtlijnen, protocollen en digitale behandelingen de geestelijke gezondheidszorg effectiever en goedkoper maken, is overigens nog allermist een uitgemaakte zaak. Stroomlijning kan ook leiden tot meer bureaucratiesering en verkokering, dus tot inefficiëntie en daarmee tot verspilling. De snelle opkomst en proliferatie van richtlijnen, protocollen, verplicht monitoren en digitale behandelingen zet de ambachtelijke en creatieve kant van het psychotherapeutisch werk hoe dan ook onder druk. Aan de vraag welke rol en positie er in de geestelijke gezondheidszorg overblijven voor de therapeutische relatie valt daarmee niet te ontkomen. Met dit boek hoop ik duidelijk te maken dat de therapeutische relatie nog steeds, en juist in deze tijd, onmisbaar en springlevend is, alle *managed care* en technologische ontwikkelingen ten spijt. Daarvoor is het nodig dat de therapeutische relatie (a) uit de esoterische sfeer wordt gehaald, (b) zich bedient van een duidelijk begrippenkader, (c) een heldere theoretische onderbouwing kent en (d) zich natuurlijk ook empirisch gesteund weet. In dit boek werk ik vier perspectieven op de therapeutische relatie uit: een cliëntgericht en systeemtheoretisch perspectief (hoofdstuk 4), een psychodynamisch perspectief (hoofdstuk 5), een leertheoretisch perspectief (hoofdstuk 6) en een oplossingsgericht perspectief (hoofdstuk 7). Als voorloper op deze vier uitwerkingen wordt in de eerste drie hoofdstukken echter eerst aandacht besteed aan de vraag wat de therapeutische relatie nu eigenlijk inhoudt (hoofdstuk 1), wat de rol is van patiënt en therapeut in die relatie (hoofdstuk 2) en wat de emotionele implicaties voor de therapeut kunnen zijn wanneer de patiënt onveilig is gehecht (hoofdstuk 3). In hoofdstuk 8 bespreek ik aan de hand van voorbeeldinterventies hoe de therapeutische relatie daadwerkelijk therapeutisch kan worden gemaakt. In hoofdstuk 9 ten slotte behandel ik acht monitorinstrumenten die de therapeut kan benutten om de therapeutische relatie te volgen. Ik sluit het boek af met een hoofdstuk waarin ik de therapeutische relatie nog eens van verschillende kanten belicht en in een wat breder kader plaats.

De medische psychologie kent het adagium dat het er niet om gaat *welke* ziekte (aandoening) de patiënt heeft, maar welke *patiënt* de ziekte (aandoening) heeft. Bij dat adagium zoekt dit boek aansluiting. De lezer zal in dit boek nauwelijks DSM-IV- of DSM5-taal tegenkomen. Ik onderken zeker de voordelen van descriptieve classificatie. Het wellicht belangrijkste voordeel is dat behandelaars zo veel mogelijk dezelfde taal spreken als zij het over psychopathologische verschijnselen hebben. Wanneer zich problemen in de therapeutische relatie voordoen kan stoornisspecifieke classificatie echter zeer misleidend en improductief zijn. Behandelaars zijn gemakkelijk geneigd om zich achter de DSM te verschuilen door problemen die in de therapeutische relatie optreden 'weg te verklaren' uit (persoonlijkheids)stoornissen waarmee de patiënt eerder is geclassificeerd, of waarmee de patiënt alsnog wordt geclassificeerd. De verantwoordelijkheid voor wat er fout loopt, komt daarmee primair bij de patiënt te liggen. Dat is niet alleen *unfair*, maar ook onwerkzaam. Kenmerkend aan de relationele therapiemodellen die in dit boek behandeld worden, is dat de therapeut nadrukkelijk zoekt naar zijn eigen aandeel in een suboptimaal of ineffectief verloopend behandelproces.

Ook erkende, afgebakende en via officiële registratie afgeschermdede behandelvormen, zoals schematherapie, dialectische gedragstherapie, *Mentalisation Based Therapy of Emotion Focused Therapy* blijven in dit boek buiten beschouwing. Het voordeel van het therapeutisch werken binnen het kader van deze deels gemanualiseerde behandelvormen is natuurlijk dat therapeuten er houvast en richting aan ontlene. Ze kennen echter ook zodanige overlap, dat niet altijd duidelijk is waarom ze onder een eigen gedeponeerde 'merknaam' moeten worden weggezet en beschermd. Zelf geloof ik dat de toekomst van de psychotherapie meer ligt in algemene, stoornisoverstijgende therapeutische veranderingsprincipes, zoals empathie, metacommunicatie en feedback. Uiteraard moeten die algemeen therapeutische veranderingsprincipes zo goed mogelijk empirisch worden verankerd.

Veel onderzoekers, docenten en therapeuten menen dat jonge collega's het vak het best leren door zich eerst te bekwamen in het uitvoeren van behandelprotocollen bij specifieke, liefst 'enkelvoudige' stoornissen. Hoe de therapeutische relatie te hanteren is volgens hen van later belang. Met deze opvatting ben ik het pertinent oneens. Therapeuten kunnen niet vroeg genoeg in hun opleidingstraject en loopbaan kennismaken met relationele therapiemodellen. Het zich eigen maken van het werken binnen de therapeutische relatie kost jaren en vereist veel oefening. De omschakeling van protocollair behandelen naar relationeel behandelen is lastiger dan omgekeerd. Veel jonge collega's voelen zich compleet met lege handen staan als het protocol niet aanslaat en als zich in een protocolaire behandeling relationele spanningen tussen patiënt en therapeut manifesteren. Met dit boek hoop ik in een lacune te voorzien. Boeken over (of met aandacht voor) therapeutische gesprekstechnieken zijn er natuurlijk wel meer, maar ik ken eigenlijk geen Nederlandstalig boek dat zich specifiek richt op relationele psychotherapiemodellen. Ik heb dit boek in eerste instantie geschreven voor aankomende therapeuten (studenten in de masterfase, gezondheidszorgpsychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters in opleiding). Wellicht kunnen ook ervaren collega's met dit boek hun voordeel doen, juist in deze tijd waarin de therapeutische relatie als therapeutisch instrument ten onrechte in de verdrukking dreigt te raken. Ik spreek de hoop uit dat dit boek de lezer mag inspireren.

Noot

- 1 Overall waar in dit boek de therapeut en patiënt met 'hij' en 'hem' worden aangeduid kan evengoed 'zij' en 'haar' worden gelezen.