

De therapeutische relatie

Herziene uitgave

Anton Hafkenscheid

Voor mijn kinderen, hun moeder en hun grootmoeders

© 2021 de auteur, p/a Boom uitgevers Amsterdam

Tweede geheel herziene druk, 2021

Eerste druk, 2014

De Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom Uitgevers

Uitgegeven door Boom uitgevers Amsterdam BV

Prinsengracht 747-751

1017 JX Amsterdam

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

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j° Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

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

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Omslag: Michiel van Kleef, Schoon Ontwerp, Utrecht

Binnenwerk: Steven Boland

ISBN 9789024437320

NUR 777

www.boompsychologie.nl

www.boomuitgeversamsterdam.nl



Inhoud

Voorwoord	13
Inleiding	15
Deel I Grondslagen van de therapeutische relatie	21
Proloog	23
1 Aanloop tot de theorievorming over de therapeutische relatie	25
1.1 Inleiding	25
1.2 Het eerste referentiekader: de psychoanalyse	30
1.3 Het tweede referentiekader: de (cognitieve) gedragstherapie	33
1.4 Het derde referentiekader: de cliëntgerichte benadering	36
1.5 Tot slot	41
2 De therapeutische relatie: een kritische verkenning	45
2.1 Inleiding	45
2.2 De therapeutische relatie: wat moet eronder worden verstaan?	46
2.3 Kan de kwaliteit van de therapeutische relatie worden gemeten, en zo ja: hoe?	53
2.4 De therapeutische relatie: voorwaardenscheppend of eigenlijk werkingsmechanisme?	55

2.5	Onderzoek naar het belang van de therapeutische relatie voor de werkzaamheid van behandeling: welke methodologie?	57
2.6	Het belang van de therapeutische relatie voor de werkzaamheid van behandeling: een samenvatting van de onderzoeksliteratuur	60
2.7	Het belang van de therapeutische relatie bij meer dan een patiënt	68
2.8	Beschouwing	71
2.9	Tot slot	77
3	Werken met gehechtheidproblematiek: emotionele implicaties voor de therapeut	79
3.1	Inleiding	79
3.2	Gehechtheidstijlen	81
3.3	Enkele kanttekeningen	87
3.4	Werken met gehechtheidproblematiek: taken van de therapeut	88
3.5	Werken met gehechtheidproblematiek: emotionele implicaties voor de therapeut	90
3.6	Empirische ondersteuning	96
3.7	Tot slot	99
4	Tegenoverdracht: van een psychoanalytisch naar een interpersoonlijk concept	101
4.1	Inleiding	101
4.2	Transformatie van het tegenoverdrachtsconcept binnen het psychoanalytische referentiekader	103
4.3	Patiëntgebonden (objectieve) tegenoverdracht	106
4.4	Kritiek op de patiëntgebonden visie op tegenoverdracht	108
4.5	Empirisch onderzoek naar (tegen)overdracht als algemeen menselijk verschijnsel	111
4.6	Empirisch onderzoek naar therapeutgebonden tegenoverdracht	112
4.7	Empirisch onderzoek naar patiëntgebonden tegenoverdracht	114
4.8	Twee andere Nederlandstalige tegenoverdracht-instrumenten	116
4.9	Tot slot	118
	Bijlage 1 Countertransference Questionnaire	121
5	Het interpersoonlijk paradigma: grondbeginselen en ontwikkelingen	127
5.1	Inleiding	127
5.2	Grondbeginselen van het interpersoonlijk paradigma	129
5.3	De interpersoonlijke cirkel	130
5.4	Complementariteit	135

5.5	Het complementariteitsprincipe: tekortschietende empirische ondersteuning	139
5.6	Complementariteit: een herziene definitie	140
5.7	Het interpersoonlijk kernmotief	142
5.8	Persoonlijkheidspathologie interpersoonlijk gedefinieerd	145
5.9	Interpersoonlijke dynamiek	149
5.10	Tot slot	152
 Deel II Vijf relationele therapiemodellen		155
Proloog		157
6	Het cyclische-contextuele model: heilloze en heilzame vicieuze cirkels, handlangers of medeplichtigen	159
6.1	Inleiding	159
6.2	De klassieke psychoanalyse gewikt en gewogen	160
6.3	De eerste generatie gedragstherapie gewikt en gewogen	162
6.4	De tweede generatie gedragstherapie gewikt en gewogen	165
6.5	Het cyclische-contextuele model	166
6.6	Circulariteit en vicieuze cirkels	167
6.7	Ironie, tragiek en het onbewuste	171
6.8	Selffulfilling prophecy's	172
6.9	Handlangers of medeplichtigen	173
6.10	Contextafhankelijkheid van psychopathologie	178
6.11	Doorleefde wereld	181
6.12	De therapeutische relatie als microkosmos	183
6.13	Tot slot	185
7	De interpersoonlijke communicatietheorie: beïnvloedingsboodschappen en complementariteit	189
7.1	Inleiding	189
7.2	Harry Stack Sullivan: inspirator voor Kiesler	192
7.3	De aanzet tot de interpersoonlijke communicatietheorie (ICT)	194
7.4	De interpersoonlijke cirkel	197
7.5	Complementaire interacties	198
7.6	Psychopathologie: de maladaptieve transactiecycclus	201
7.7	Objectieve tegenoverdracht	203
7.8	De therapeutische taken en doelen	210
7.9	De therapeutische strategie	210

7.10	Therapeutisch werkzame metacommunicatieve feedback	212
7.11	CBASP: een specifieke uitwerking van de ICT	214
7.12	Empirische ondersteuning	217
7.13	Tot slot	219
	Bijlage 2 Beoordelingsschaal Beïnvloedingsboodschappen (BBB-C)	222
8	Het resolutiemodel: signaleren en repareren van alliantiebarsten	227
8.1	Inleiding	227
8.2	De kritiek van Safran op het cognitieve gedragsmodel	231
8.3	Het concept 'interpersoonlijk schema'	235
8.4	De cognitief-interpersoonlijke cyclus	236
8.5	Alliantiebarsten	238
8.6	De therapeutische relatie als onderhandelingsproces	240
8.7	Taakanalyse	242
8.8	Ontwikkeling van het resolutiemodel voor het bewerken van alliantiebarsten	245
8.9	Een gedetailleerdere versie van het resolutiemodel	250
8.10	De attitude van de therapeut	253
8.11	Empirische ondersteuning	255
8.12	Tot slot	258
9	De Functional Analytic Psychotherapy (FAP): selectieve bekrachtiging en leertheoretische casusconceptualisering	259
9.1	Inleiding	259
9.2	Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	260
9.3	Van ACT naar FAP	262
9.4	Stoornissen in het zelfgevoel	264
9.5	Klinisch relevante gedragingen	265
9.6	Klassiek en operant leren	268
9.7	Functieanalyse	271
9.8	De vijf therapeutische regels van FAP	272
9.9	Casusconceptualisering	277
9.10	Empirische ondersteuning	278
9.11	Tot slot	280
10	Routine Process Monitoring (RPM): Feedback-Informed Treatment (FIT)	283
10.1	Inleiding	283
10.2	Kritiek op de empirically supported treatment (EST)-benadering	287

10.3	Practice-based evidence (PBE): een feedbackbenadering met twee simpele monitorinstrumenten	290
10.4	Klinische toepassing: de ORS en SRS bij de patiënt geïntroduceerd	294
10.5	Klinische toepassing: het bespreken van de scores met de patiënt	296
10.6	Klinische toepassing: het bespreken van het scoreverloop over achtereenvolgende behandelcontracten	299
10.7	Empirische ondersteuning	303
10.8	Tot slot	305
Deel III	Werken binnen de therapeutische relatie: de klinische praktijk	309
Proloog		311
11	Therapeutisch commentaar en het daar-en-toen/dan: knowing what to say when	315
11.1	Inleiding	315
11.2	Merknamenteaal	316
11.3	Metaboodschappen	320
11.4	De demoraliserende bijwerkingen van diagnostische labels	325
11.5	Voortbouwen op de krachten waarover de patiënt reeds beschikt	328
11.6	Het bevorderen van gevoelscompassie	331
11.7	Het accentueren van innerlijke conflicten	334
11.8	Attributie en suggestie	340
11.9	Her-etikettering en paradox	342
11.10	Tot slot	346
12	Therapeutisch commentaar en het hier-en-nu: knowing what to say when	347
12.1	Inleiding	347
12.2	Het introduceren van de interpersoonlijke werkwijze	348
12.3	Het positieve versterken en het negatieve verzwakken	352
12.4	Aanspreken met begrip voor de persoon en/of de situatie	358
12.5	Worsteling: ambivalentie, tweestrijd, conflicten en dilemma's benoemen	360
12.6	Openingsfrases: subjectiviteit als vertrekpunt voor interpersoonlijke interventies	362
12.7	Objectieve waarneming als vertrekpunt voor interpersoonlijke interventies	364
12.8	Respectvol onderbreken	367

12.9	Uitnodigen en navragen	370
12.10	Subjectieve zelfonthulling: hardop over het eigen therapeutgedrag reflecteren	372
12.11	Disembedding: 'uit het spel stappen'	378
12.12	Objectieve zelfonthulling	384
12.13	Timing: subjectieve zelfonthulling met terugwerkende kracht	392
12.14	Selffulfilling prophecy's: vicieuze cirkels	394
12.15	Persoonlijke stijl	398
12.16	Tot slot	400
	 Bijlage 3 Behandelovereenkomst	 402
	Bijlage 4 Holistische theorie volgens het SLAAP-model	408
	Bijlage 5 Checklist behandeldoelen	409
	Bijlage 6 Voortgang in uw belangrijkste behandeldoelen	414
	Bijlage 7 Vragenlijst Objectieve zelfonthulling	415
13	Interpersoonlijke groepstherapie: therapeutisch commentaar en het hier-en-nu	419
13.1	Inleiding	419
13.2	Groepsleden zijn hulpvrager en hulpverlener	421
13.3	Sociale microkosmos	424
13.4	Parallellen tussen daar-en-toen/dan en hier-en-nu	427
13.5	Veiligheid	432
13.6	Therapeutisch commentaar en groepsfasen	435
13.7	De rol en positie van de groepstherapeut	440
13.8	Tot slot	447
	 Bijlage 8 Afspraken groepsbehandeling	 449
14	Supervisie relatie en persoonsgerichte supervisie	453
14.1	Inleiding	453
14.2	De therapeutische relatie als basis voor persoonsgerichte supervisie	455
14.3	Kenmerken van een persoonsgerichte benadering van supervisie	456
14.4	Een interpersoonlijke visie op parallelprocessen	459
14.5	Critical events en taakanalyse in de supervisie relatie	464
14.6	Voorbeeldcasus	467
14.7	Systematisch monitoren ter ondersteuning van persoonsgerichte supervisie	473
14.8	Empirische ondersteuning	474
14.9	Tot slot	475

15	Ter afsluiting	477
15.1	Inleiding	477
15.2	Therapeuteffect	478
15.3	De authentieke kameleon	480
15.4	De Perceptual Control Theory (PCT): de interne conflicten van de therapeut	484
15.5	De principiële asymmetrie van de therapeutische relatie	487
15.6	Empirische onderbouwing	491
	Literatuur	497
	Register	513
	Over de auteur	517

Voorwoord

Voor elke ggz-behandelaar die in leertherapie gaat, en voor elke cliënt die in behandeling gaat, zal de keuze voor zijn behandelaar in eerste instantie bepaald worden door de inschatting of die behandelaar hem met zijn problemen verder zal brengen, zijn klachten zal doen verminderen. Je gaat in psychotherapie omdat je ergens onder lijdt of last van hebt, en daar wil je een effectieve behandeling voor.

Iedereen die in (leer-)therapie is geweest heeft aan den lijve ondervonden dat eigenlijk al vanaf het eerste contact met je behandelaar andere overwegingen beginnen mee te spelen: Wat voor iemand is het? Wat zou ze van me vinden? Hoe reageert ze op wat ik zeg? Snapt ze waar ik zo mee worstel?

En na een paar zittingen: Als ze me beter leert kennen, verliest ze dan haar interesse in mij? Gaat ze zien wat er mis aan me is, en dat pijnlijk benoemen? Gaat ze hetzelfde doen wat anderen altijd doen als ik me blootgeef?

En na nog meer zittingen: Laat ze zich door me om de tuin leiden? Durft ze ook niet door te vragen? Kan ik het verdragen wanneer ze wel zal doorvragen? Zullen we blijven steken waar ik altijd blijf steken?

De therapie is dan niet alleen meer een onderneming waar je op basis van ideeën van een deskundige op de meest effectieve manier je psychische problemen gaat aanpakken; nee, het wordt een contact waar je je al of niet veilig voelt, met een persoon waar je al dan niet vertrouwen in gaat krijgen, bij wie je al dan niet net als eerder je meest kwetsbare en onzekere momenten gaat verhullen, een relatie waarin je al dan niet gaat snappen wat er altijd in je leven in je contacten misgaat, en waarin je leert daar anders mee om te gaan ...

Je voelt van alles en je wordt aan het denken gezet: niet alleen over de klachten en problemen die je aanbracht, maar steeds meer ook over de persoon die tegenover je zit. Als cliënt kruipt op deze manier de therapeutische relatie onder je huid. Die relatie kan je steeds meer gaan afleiden, belemmeren en afstoten, of kan je juist steunen, uitdagen en van alles laten meemaken waarmee je verder komt.

Er is in de huidige geestelijke gezondheidszorg een grote stapel handboeken voor de psychotherapeutisch behandelaar over hoe je de cliënt kunt helpen diens klachten, problemen en patronen te veranderen. Er zijn echter nog steeds opvallend weinig handboeken over de relatie tussen behandelaar en cliënt. Anton Hafkenscheid heeft zijn unieke boek uit 2014 op grond van ervaring in de opleiding en commentaar van collega's verder uitgebreid en verdiept. Hij bespreekt verschillende theoretische perspectieven op de therapeutische relatie en hij behandelt het wetenschappelijk onderzoek. Hij completeert dit vervolgens met hoofdstukken die de lezer helpen de therapeutische relatie als veranderingsinstrument in te zetten.

Als noodzakelijke aanvulling op alle stoornis-, probleem- of klachtgerichte handboeken: een waardevol boek voor elke ggz-professional.

Sjoerd Colijn

Hoofdopleider van de opleidingen tot Psychotherapeut bij de stichtingen
BOPP West-Nederland en Midden-Nederland

Inleiding

Elke patiënt heeft recht op die behandeling voor haar of zijn* 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. Ziedaar het reveil van de *empirically supported treatment* (EST)-beweging, 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 EST-benadering legt zwaar de nadruk op *accountability*: verantwoording, zowel in termen van behandelkwaliteit als in termen van kosteneffectiviteit. Medici moeten zich voor hun therapeutisch handelen verantwoorden naar de patiënt (die ervan verzekerd 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 (naar ziektebeeld georganiseerde) behandelrichtlijnen en behandelprotocollen die momenteel als paddenstoelen uit de grond schieten, zijn een logisch uitvloeisel van de EST-gedachtegang. De *randomized clini-*

* Overal waar in dit boek de therapeut en patiënt met ‘hij’ en ‘hem’ worden aangeduid kan evengoed ‘zij’ en ‘haar’ worden gelezen.

cal (controlled) trial (RCT) geldt binnen de EST-benadering als de ‘gouden standaard’. De RCT, gerandomiseerd vergelijkend effectonderzoek met een (quasi-)experimentele opzet, is voor EST-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-prioriverschillen 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 EST-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 *consensusoordelen* 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 invloedrijkere EST-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 stoornissenstelsel 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-realitybehandelingen, waarbij de meeste patiënten en therapeuten elkaar nooit in levenden lijve zullen ontmoeten. De COVID-19-pandemie zal deze ontwikkelingen naar verwachting nog meer versnellen.

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 allerminst een uitgemaakte zaak. Stroomlijning kan ook leiden tot meer bureaucratisering en verkokering, dus tot inefficiëntie en daarmee tot verspilling. De snelle opkomst en proliferatie van richtlijnen, protocollen, verplicht monitoren en digitale behandelingen zetten 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.

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 DSM-5-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 verlopend behandelproces.

Ook erkende, afgebakende en via officiële registratie afgeschermd behandelvormen, zoals schematherapie, dialectische gedragstherapie, Mentaliseren Bevorderende Therapie 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 ontleen. 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 protocolair 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 protocollaire behandeling relationele spanningen tussen patiënt en therapeut manifesteren.

Na zeven jaar beleeft dit boek een tweede druk. Deze tweede druk verschilt drastisch van de eerste uitgave. Ervaringen met het gebruik van de eerste druk in het postdoctoraal onderwijs voor gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen waren de motivatie om het boek sterk uit te breiden. De eerste uitgave werd door cursisten en recensenten gelukkig goed ontvangen. Met name vanuit opleidingstherapeuten waren er echter ook kritische kanttekeningen. Ze vonden het boek soms te beknopt geschreven. Ook werd in de eerste versie kennis verondersteld die zij niet in hun vooropleiding hadden meegekregen. Dat is voor een leerboek onwenselijk. Het oorspronkelijke boek was ook voor de supervisiesituatie bedoeld (dus niet alleen voor het academische en postacademische onderwijs), maar een hoofdstuk over supervisie ontbrak. Het hoofdstuk over therapeutische

interventies leunde zwaar op het gedachtegoed van Paul Wachtel, maar dat gedachtegoed zelf werd nergens in het boek echt uitgewerkt. Cursisten waren het meest enthousiast over dat ene hoofdstuk over therapeutische interventies. In hun commentaar gaven ze aan behoefte te hebben aan meer handvatten voor de alledaagse praktijk: ‘Wat kun en mag je zeggen tegen je patiënten, en hoe zeg je het dan?’ Laatste kritische kanttekening was dat er in de eerste uitgave nauwelijks aandacht uitging naar de therapeutische relatie in behandelingen met meer dan een patiënt (echtpaar- en gezinssystemen, groepen). Deze uiteenlopende kritische reacties heb ik mij ter harte proberen te nemen. De eerste uitgave telde negen hoofdstukken. Deze herziene uitgave telt vijftien hoofdstukken, waarvan zes nieuwe. Nieuw zijn de hoofdstukken 1 (‘Aanloop tot de theorievorming over de therapeutische relatie’), 5 (‘Het interpersoonlijk paradigma: grondbeginselen en ontwikkelingen’), 6 (‘Het cyclische-contextuele model: heilloze en heilzame vicieuze cirkels, handlangers of medeplichtigen’), 11 (‘Therapeutisch commentaar en het daar-en-toen/dan: *knowing what to say when*’), 13 (‘Interpersoonlijke groepstherapie: therapeutisch commentaar en het hier-en-nu 2’) en 14 (‘Supervisie relatie en persoonsgerichte supervisie’). Alle hoofdstukken uit de eerste druk ondergingen een update. Met name empirische uitkomsten van meta-analyses die na het uitkomen van de eerste druk werden gepubliceerd zijn toegevoegd aan deze hoofdstukken. Waar in de eerste druk slechts een hoofdstuk over therapeutische interventies ging, zijn dat er in deze herziene uitgave drie (de hoofdstukken 11, 12 en 13). Om het boek niet al te zeer te laten uitdijen is hoofdstuk 9 uit de eerste druk – over monitoren van het therapeutisch proces – geschrapt. Dit hoofdstuk heb ik gemoderniseerd en uitgewerkt tot een boek over *deliberate practice* (Hafkenscheid, 2018). In het oorspronkelijke boek ontbrak een opbouw in delen. De sterke uitbreiding van het boek vraagt om zo’n opbouw. In deze uitgebreide en herziene druk worden de hoofdstukken ondergebracht in drie delen. Deel I heeft de grondslagen van de therapeutische relatie als thema. Dat deel omvat de eerste vijf hoofdstukken. Deel II bestaat eveneens uit vijf hoofdstukken. Elk hoofdstuk behandelt een relationeel therapiemodel. In deel III wordt in drie hoofdstukken de overstap van de theorie naar de praktijk gemaakt. Dit deel richt zich op voorbeeldinterventies die de behandelaar ter beschikking staan bij het werken in de therapeutische relatie.

Net als in 2014 verwacht ik dat dit herschreven boek in een lacune zal voorzien. Boeken over (of met aandacht voor) therapeutische gesprekstechnieken zijn er natuurlijk wel meer, maar ik ken ook zeven jaar later 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.

Deel I

Grondslagen van de therapeutische relatie

Proloog

De literatuur over de therapeutische relatie is omvangrijk, divers en in zekere zin onoverzichtelijk. Het concept zelf wordt uiteenlopend gedefinieerd, als wetenschappers en therapeuten überhaupt al de moeite nemen om tot een definitie te komen. Vaak wordt stilzwijgend aangenomen dat er consensus is over wat er onder de therapeutische relatie wordt verstaan. Die aanname is onterecht. Er zijn uiteenlopende visies op de therapeutische relatie mogelijk. Die visies vinden hun wortels in de drie grote theoretische referentiekaders die de psychotherapie heeft voortgebracht: het psychoanalytische/psychodynamische referentiekader, het leertheoretische/behavioristische referentiekader en het cliëntgerichte/humanistische referentiekader. In deel II zullen vijf visies op de therapeutische relatie (oftewel: relationele therapiemodellen) worden uitgewerkt. Om die visies goed te kunnen plaatsen is enige kennis van de drie grote theoretische referentiekaders een voorwaarde. Daarom gaat dit eerste deel van start met een bespreking op hoofdlijnen van de drie referentiekaders, waaruit de huidige psychotherapie is voortgekomen. Dat gebeurt in hoofdstuk 1. Dat een goede therapeutische relatie een voorwaarde is voor het succes van psychotherapie wordt door weinigen betwist. De wereld van de geestelijke gezondheidszorg is echter wel sterk verdeeld zodra het gaat over *het relatieve* belang van de therapeutische relatie ten opzichte van ‘bewezen effectieve’ technische behandelprocedures. Juist in die controverse komt het er in de eerste plaats op aan dat zo concreet mogelijk wordt afgesproken wat er precies onder de therapeutische relatie wordt verstaan en wat een therapeutische relatie ‘goed’ maakt. In de tweede plaats moet worden uitgezocht wat er empirisch bekend is over het belang van (de kwa-

liteit van) de therapeutische relatie voor het resultaat van psychotherapie of van andere psychologische behandelingen. Hoofdstuk 2 van dit eerste deel voorziet in een kritische verkenning van beide punten.

De therapeutische relatie is per definitie een aangelegenheid van twee (of meer) mensen: een hulpverlener en een hulpvrager (of meer hulpvragers). Zo bezien is de therapeutische relatie dus altijd interpersoonlijk. De term ‘interpersoonlijk’ krijgt in dit boek echter een invulling die veel verder en dieper gaat. Dit boek vraagt vooral aandacht voor specifieke interpersoonlijke dynamieken binnen de therapeutische relatie die therapeutische verandering blokkeren of juist bevorderen. In het eerste geval manifesteert zich binnen de ‘microkosmos’ van de therapeutische relatie vaak het psychopathologische patroon waardoor de patiënt is vastgelopen. In het tweede geval kan de therapeutische relatie worden gezien als eigenlijke veranderingsfactor, en niet louter als de smeerolie om de ‘bewezen effectieve’ behandelingen hun werk te kunnen laten doen.

Kennis van de gehechtheidtheorie is onontbeerlijk om het interpersoonlijke karakter van psychopathologische patronen – binnen en buiten de therapeutische relatie – goed te kunnen snappen. De gehechtheidtheorie is niet alleen onmisbaar om inzicht te krijgen in de disfunctionele interpersoonlijke patronen van *de patiënt*. Deze theorie helpt net zozeer om de reacties van *de therapeut* op defensief gehechtheidsgedrag van de patiënt te kunnen plaatsen. Hoofdstuk 3 behandelt psychopathologie als gehechtheidproblematiek, met aandacht voor de emotionele implicaties voor de therapeut.

Tot de grondslagen van de therapeutische relatie behoren ook de tegenoverdrachtsreacties. Daarmee wordt onder meer bedoeld op de emotionele reacties en daaruit voortvloeiende gedragsneigingen van de therapeut op de disfunctionele interpersoonlijke stijl en het defensieve gehechtheidsgedrag van de patiënt. Tegenoverdrachtsreacties kunnen de patiënt tekort doen, maar kunnen ook helpen om de psychopathologie van de patiënt (interpersoonlijk) te begrijpen en therapeutisch te bewerken. Dat is het onderwerp van hoofdstuk 4.

Met hoofdstuk 5 wordt het eerste deel afgesloten. In dat hoofdstuk wordt het interpersoonlijk perspectief op psychopathologie en op de therapeutische relatie geformaliseerd in de gedaante van de interpersoonlijke cirkel en de communicatieregels die aan het circulaire denken binnen de ‘interpersoonlijke ruimte’ ten grondslag liggen. Met communicatieregels wordt niet bedoeld hoe communicatie *zou behoren* te verlopen (volgens bijvoorbeeld cultureel bepaalde fatsoensregels), maar meer hoe communicatiepatronen *feitelijk* kunnen worden beschreven volgens een behoorlijk vast verloop: zeker wanneer niet alleen verbaal (op inhoudsniveau), maar vooral ook op betrekkningsniveau (de ‘stille taal’) naar communicatie wordt gekeken.

Aanloop tot de theorievorming over de therapeutische relatie

1.1 Inleiding

Het vakgebied van de psychotherapie is relatief jong. Pas rond de vorige eeuwwisseling kwam de ontwikkeling van de psychotherapie als afgebakende professie op gang. Voor die tijd was het psychisch lijden van de mens vooral het werkterrein van individuen met aanzien binnen de gemeenschap, die bijzondere gaven en kwaliteiten (kennis, wijsheid) kregen toegekend, zoals geestelijken. Zij gaven aan psychisch lijden niet zozeer een psychologische, maar vooral een mystieke, religieuze of spirituele betekenis.

Psychotherapie en religie: hebben ze iets met elkaar gemeen? De geschiedenis van de psychotherapie beslaat nog geen anderhalve eeuw. De geschiedenis van de wereldgodsdiensten omvat tientallen eeuwen, en sommige godsdiensten bestaan zelfs al een paar duizend jaar. Alleen al door zo'n verschil ligt een vergelijking tussen psychotherapie en religie misschien niet direct voor de hand. Toch zijn er onmiskenbare parallellen tussen beide.

Religies zijn normatieve, ideologische en spirituele stelsels, met waarheidsclaims die wetenschappelijk bevestigd noch weerlegd kunnen worden. Religies zijn gebaseerd op godsbeelden. Uit elk godsbeeld vloeit een mens- en wereldbeeld voort. Die godsbeelden zijn (en worden helaas nog steeds) uitgevocht in grimmige godsdienstoorlogen. Omdat godsbeelden nauw verbonden zijn met mens- en wereldbeelden gaat de strijd per definitie ook over het wezen van de mens en de wereld. Of beter gezegd: over hoe de mens en de wereld volgens het eigen religieuze gelijk in elkaar *zouden moeten* steken. Niet alleen *tussen*, maar ook *binnen* de religies worden de degens gekruist.

Controverses over de juiste uitleg van heilige en profetische teksten hebben heel wat keren aanleiding gegeven tot scheuringen en afsplitsingen.

Elke religieuze stroming kent rituelen. Naast de strijd over gods-, mens- en wereldbeelden is ook de keuze voor en de invulling van rituelen vaak de bron (geweest) van bittere en soms gewelddadige conflicten binnen of tussen religies.

Gelukkig is de geschiedenis van de psychotherapie niet in bloed gedrenkt. Ook die geschiedenis is echter getekend door een verhitte ideologische scholensrijd: niet over godsbeelden, maar wel over mens- en wereldbeelden, over de juiste uitleg van de 'bronteksten' en over de juiste keuze en invulling van behandeltechnieken.

De psychotherapie zoals wij die nu kennen is voortgekomen uit drie onderscheiden paradigma's, ook wel 'referentiekaders', 'scholen', 'hoofdrichtingen' of 'hoofdstromingen' genoemd. Elk bieden ze een eigen perspectief op de menselijke natuur en op psychopathologie. De eerste en oudste school is de psychoanalyse, gebaseerd op de drifttheorie en de vroegkinderlijke ontwikkeling. Het tweede referentiekader is de gedragstherapie (later: cognitieve gedragstherapie), gebaseerd op de theorieën over leren en over cognitieve informatieverwerking. De derde hoofdstroming is de cliëntgerichte psychotherapie, gebaseerd op humanistische en existentiële uitgangspunten. Deze drie paradigma's worden in eerste instantie meestal geassocieerd met individuele psychotherapie. Ze hebben echter ook de systeembehandelingen (partnerrelatie- en gezinstherapie) en groepsbehandeling sterk beïnvloed: elk van de hoofdstromingen kent systeem- en groepsvarianten.

De hoofdstromingen, scholen, paradigma's of referentiekaders bevochten niet alleen elkaars mens- en wereldbeeld, maar ook elkaars *behandeltechnieken*. Verderop wordt duidelijk dat deze behandeltechnieken volgens een antropologische optiek (Frank & Frank, 1991) flinke gelijkenis vertonen met religieuze rituelen. Net als veel religieuze strijd was de strijd tussen de psychotherapeutische referentiekaders slechts ten dele inhoudelijk gemotiveerd. Minstens zo belangrijk waren de sociologische en economische motieven. De referentiekaders moesten zich soms scherper en luidruchtiger profileren dan inhoudelijk gerechtvaardigd was, om erkenning te vinden bij patiënten, verwijzers en financiële instanties.

Ondertussen voltrok zich binnen elk van de drie paradigma's tegelijk een soort oecumenische beweging: een stil transformatieproces waarbij inzichten en empirische kennis uit (een van) beide andere hoofdstromingen – vaak in aangepaste vorm en met een eigen taal (andere concepten) – in de eigen hoofdstroming werden opgenomen. Ook werden behandeltechnieken van 'de concurrent' in een gemodificeerde vorm, onder een andere benaming

en met een andere rationale, in het eigen behandelarsenaal opgenomen. Dit transformatieproces, dat zich dus afspeelt op zowel het theoretisch niveau als het niveau van het therapeutisch handelen, is allerminst voltooid. Het transformatieproces was onontkoombaar. Elk referentiekader is (en wordt) ermee geconfronteerd dat de therapeutische ambities en pretenties van het eerste uur lang niet altijd konden worden waargemaakt, vooral wanneer patiënten zich niet gedroegen (of in staat waren om zich te gedragen) volgens de ‘favoriete werkelijkheidsreductie’ van het referentiekader. Zonder hulp van de concurrent ging het eenvoudig niet. En zelfs met die hulp bleef (en blijft) het vaak worstelen met de effectiviteit van psychotherapeutische behandeltechnieken, die gemiddeld genomen bescheiden is.

De drie grote psychotherapeutische paradigma’s zijn niet alleen van binnenuit geëvolueerd. Steeds vaker werden en worden, buiten deze referentiekaders om, zogenaamd ‘innovatieve’ behandelvormen in elkaar geknutseld en naar voren geschoven. Die ‘nieuwe’ behandelvormen zijn vaak het resultaat van vernuftig knip-en-plakwerk. Nadat ze in een gerandomiseerd vergelijkend effectonderzoek zijn uitgetest worden ze – geheel volgens de neoliberale traditie – zo snel mogelijk afgeschermd en gecertificeerd, alsof het gedeponeerde handelsmerken zijn. Deze ‘merknaambehandelingen’ verwijzen in weinig meer naar de grondslagen van de hoofdrichtingen waartoe ze uiteindelijk vrijwel allemaal zijn terug te leiden.

Bij elkaar opgeteld wordt het aantal verschillende vormen van psychotherapie inmiddels geschat op ten minste 250, en die schatting is aan de zeer voorzichtige kant (Cuijpers, 2012). Er bestaan aanzienlijk minder voorzichtige schattingen, oplopend tot ramingen van meer dan vierhonderd therapeutische varianten (Duncan et al., 2004). Zulke schattingen evenaren of overtreffen onderhand het aantal psychische stoornissen dat in het vakgebied wordt onderscheiden.

Nog steeds komen er behandelvormen bij. Het einde van deze aanwas aan therapeutische merknamen ligt niet in het verschiet. Nieuwe behandelvormen worden door hun bedenkers stevast met heilig vuur aangeprezen als doorbraak op de weg naar de genezing van psychisch lijden. Die lofzangen zijn wel enigszins vergelijkbaar met de beloftes van profeten die heil en ‘verlossing’ in het vooruitzicht stellen aan mensen die bereid zijn om hun profetieën voor waar aan te nemen en de plichten die daaruit voortvloeien te vervullen.

Religies bieden de gelovigen houvast en troost. Ze hebben in dat opzicht een belangrijke psychologische functie. Toch kan moeilijk worden beweerd dat de ene religie die functie gemiddeld beter vervult dan de andere. Evenmin kan worden volgehouden dat nieuwe religies het in dit opzicht beter doen dan hun voorgangers.

Voor de psychotherapie ligt dit niet helemaal hetzelfde. Er zijn wel degelijk aanwijzingen dat de hedendaagse psychotherapie heel wat effectiever is dan de psychotherapie uit de tijd dat het ambacht ontstond. Tegelijkertijd houdt de effectiviteit van psychotherapie intussen allang geen gelijke tred meer met de aanwas van al die als nieuw gepresenteerde behandelvormen. Het plafond lijkt in zicht: de effectiviteit van psychotherapie neemt niet noemenswaardig meer toe.

Naarmate het psychotherapeutisch speelveld dichter en dichter bevolkt raakt met een bonte verzameling van therapeutische methoden en technieken wordt een ongemakkelijke vraag urgent: kunnen zoveel verschillende therapeutische methoden en technieken wel de specifieke werking en werkzaamheid hebben die ze door de bedenkers ervan krijgen toegedicht?

Al in de jaren dertig van de vorige eeuw kwam er voorzichtig aandacht voor de ‘gemeenschappelijke factoren’, ook wel ‘universele factoren’ genoemd. De Amerikaanse psycholoog en psychotherapeut Saul Rosenzweig (1907-2004) was de grondlegger van de gedachte dat therapeutische benaderingen weliswaar naar de vorm heel divers kunnen zijn, maar op latent niveau onderliggende werkzame factoren kunnen delen (Duncan, 2002). Rosenzweig (1936) opperde dat een bepaalde therapeutische procedure therapeutisch effectief kan blijken, zonder dat de theoretische verklaring voor de werkzaamheid ervan wetenschappelijk klopt.

Alternatieve theoretische verklaringen voor de werkingsmechanismen kunnen soms steekhoudender zijn dan de oorspronkelijke verklaring die de ontwerper van een therapeutische interventie er zelf aan gaf. Rosenzweig (vriend en studiegenoot van de behaviorist B.F. Skinner in Harvard) noemde als voorbeeld de psychoanalytische behandeling, die werkzaam zou kunnen zijn doordat de psychoanalyticus sociale gedragingen van de patiënt in het hier-en-nu van de therapeutische ontmoeting op pavloviaanse wijze herconditioneert. De psychoanalyticus kan in de bereikte therapeutische verandering ten onrechte het wetenschappelijk gelijk van zijn eigen psychoanalytische ‘doctrine’ bevestigd zien.

Enkele decennia na Rosenzweig (1936) werd de Amerikaanse psychiater Jerome Frank (1909-2005) beroemd met zijn boek *Persuasion and Healing* (Frank, 1961, 1973). Dertig jaar later verscheen een geactualiseerde versie, die deze psychiater samen met zijn dochter Julia schreef (Frank & Frank, 1991). Net als Rosenzweig zochten vader en dochter Frank naar het gemeenschappelijk fundament onder de grote verscheidenheid aan therapeutische benaderingen. Deze auteurs zagen het overwinnen van demoralisatie (ofte wel: het mobiliseren of herstellen van hoop en vertrouwen in eigen kunnen) bij de patiënt als een van de belangrijkste functies van elke psychothera-

peutische benadering. Frank en Frank (1991) probeerden te verklaren hoe patiënten dankzij psychotherapie vermindering van lijdensdruk bereiken. Daarvoor trokken zij een parallel met de aanzienlijke placebo-effecten die soms bij vergelijkend medicatieonderzoek worden gevonden. Stoffen zonder actieve ingrediënten kunnen een helend effect hebben wanneer de patiënt in de werkzaamheid ervan gelooft, en zo is dat ook vaak het geval bij psychotherapeutische behandelingen. Voor vader en dochter Frank was het verschil tussen de moderne, professionele psychotherapie ten opzichte van de traditionele, ‘bovennatuurlijke’ genezingsrituelen eerder gradueel dan principieel. Volgens hen zijn vanuit een antropologisch perspectief vier aspecten kenmerkend voor de effectiviteit van alle vormen van psychotherapie: (a) een emotioneel geladen relatie, waarin de patiënt zich toevertrouwt aan de genezer, (b) een duidelijk identificeerbare praktijkruimte, waarin het genezingsritueel zich voltrekt, (c) een plausibel, geloofwaardig of overtuigend verklaringskader (een ‘geslaagde mythe’) voor de klachten en problemen van de patiënt, waarmee het inzetten van het genezingsritueel gerechtvaardigd kan worden, en (d) de beschikbaarheid van een genezingsritueel, waarvoor patiënt en genezer zich beiden actief willen inzetten en waarvan beiden geloven dat het een genezende werking heeft. In elke willekeurige behandelrelatie tussen een patiënt en een therapeut komen deze vier aspecten terug.

Frank en Frank (1991; p. 155 en p. 172) zagen de therapeutische relatie als een van de meest bepalende factoren voor het welslagen van een behandeling. In de tijd dat hun boek verscheen, waren er al de nodige onderzoeksresultaten waarmee hun opvatting empirisch kon worden onderbouwd.

Op het eerste gezicht lijkt de universele-factorenbenadering het belang van de grote psychotherapeutische referentiekaders sterk te relativiseren. Volgens de universele-factorenbenadering bepaalt de kwaliteit van de relatie tussen patiënt en therapeut de uitkomst van de behandeling immers (veel) sterker dan de kenmerken – mensbeeld, wereldbeeld, behandelritueel – van het referentiekader waarin de therapeut ‘gelooft’. Dat is waarom de universele-factorenbenadering vaak *aspecifiek* wordt genoemd: het doet er niet zozeer toe welk mensbeeld, wereldbeeld en behandelritueel aan een (wetenschappelijk) waarheidscriterium voldoet, zolang patiënt en therapeut overtuigd zijn van hun eigen ‘favoriete werkelijkheidsreductie’. Anders gezegd: de therapeutische relatie ‘staat boven de partijen’.

Toch is er wat betreft de theorievorming over de therapeutische relatie geen enkele reden om de drie hoofdstromingen al te lichtvaardig overboord te gooien. De herkomst van theorievorming over de therapeutische relatie is divers en tamelijk versnipperd, maar onlosmakelijk verbonden met elk van de drie hoofdstromingen. Om die theorievorming over de therapeutische

relatie te kunnen begrijpen is het nodig om op zijn minst de grondbeginselen van alle drie referentiekaders te kennen: het mens- en wereldbeeld, de visie op psychopathologie, en het daaruit voortvloeiende behandelritueel. Dat is waar dit eerste hoofdstuk zich op richt. De psychoanalyse is het eerste referentiekader dat zal worden besproken. Daarna volgt een bespreking van de (cognitieve) gedragstherapie, voortgekomen uit het behaviorisme. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de cliëntgerichte benadering.

De drie referentiekaders staan aan de basis van de diverse theoretische modellen over de therapeutische relatie, die verderop in verschillende hoofdstukken vanuit onderscheiden perspectieven worden besproken. De hechtingstheorie van Bowlby (hoofdstuk 3), het cyclische-contextuele psychodynamische model van Wachtel (hoofdstuk 6) en het alliantiebarstenmodel van Safran (hoofdstuk 8) zijn geïnspireerd door de psychoanalyse; de *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP) van Kohlenberg en Tsai (hoofdstuk 9) door de (cognitieve) gedragstherapie; en de interpersoonlijke communicatietheorie van Kiesler (hoofdstuk 7) door de cliëntgerichte benadering. Elk van de drie referentiekaders beschouwt het fenomeen van de ambivalentie en het innerlijk conflict als een centrale oorzakelijke en in stand houdende factor van psychopathologie, maar geeft aan het fenomeen een andere invulling, zoals hierna zal blijken.

1.2 Het eerste referentiekader: de psychoanalyse

Mensbeeld en wereldbeeld, visie op psychopathologie

Het ontstaan van de psychotherapie als eigen vakgebied kan worden toegeschreven aan Sigmund Freud (1856-1939), een zenuwarts van Joodse afkomst uit Wenen, destijds – naast Boedapest – een van de twee hoofdsteden van de Oostenrijks-Hongaarse dubbelmonarchie.

Niet veel langer dan honderd jaar geleden ontwierp Freud de psychoanalyse: de eerste en oudste hoofdstroming binnen de psychotherapie. De tijd waarin Freud zijn medische opleiding genoot werd beheerst door de (inmiddels gedateerde) opvatting dat psychische verschijnselen konden worden begrepen door ze te ontleden in neurofysiologische en mechanische elementen of basisprincipes (Safran, 2012). Als kind van zijn tijd formuleerde Freud zijn gedachtegoed op het grensvlak van psychologie en biologie. Zijn intrapsychische theorie over menselijke motivatie was gegrond in de libidotheorie, die twee instinctieve bronnen van psychische energie onderscheidt: de levensdrift (seksuele drift) en de doodsdrijf (agressieve drift). Deze antagonistische oerdriften waren voor hem de voedingsbodem voor het men-

selijk lijden. Driften doorlopen een cyclisch proces, volgens een biologische wetmatigheid. Kenmerkend aan driften is de energie-opbouw, die leidt tot stuwing. Naarmate de stuwing groter wordt neemt de druk op driftontlading toe. Zodra de drift zich heeft ontladen begint deze zich onherroepelijk opnieuw op te bouwen.

De psychoanalyse is een conflicttheorie (Safran, 2012; Safran & Gardner-Schuster, 2016). Enerzijds biedt driftontlading het individu opluchting en herstel van innerlijke rust. Anderzijds brengt de aandrang tot driftontlading het individu potentieel in conflict met de gemeenschap (de stam, clan) waarvan hij deel uitmaakt. Driftontlading staat op gespannen voet met de geschreven en ongeschreven regels (geboden en verboden) die binnen de gemeenschap van kracht zijn. Wanneer gemeenschapsnormen erdoor worden geschonden zal de daadwerkelijke ontlading van een drift door de gemeenschap worden bestraft of vergolden. Een ontwikkelingstaak voor de mens is dus om een balans te vinden tussen het beheersen en het ontladen van gestuwde driften. De gewetensontwikkeling zorgt ervoor dat gemeenschapsnormen al vanaf jonge leeftijd steeds meer worden verinnerlijkt. Op imaginair niveau kan driftontlading geblokkeerd raken doordat op bestraffing of vergelding wordt geanticipeerd: bestraffing of vergelding vanuit de gemeenschap, maar ook vanuit het eigen geweten. Verinnerlijkte driftbeheersing kan net zo'n bron van menselijk lijden zijn als bestraffing of vergelding van driftontlading door de gemeenschap. Als zodanig is de voortdurende innerlijke strijd die de mens moet voeren in de omgang met zijn eigen driften een tragische kant van het menselijk bestaan.

Die strijd tussen angst en verlangen begint volgens Freud al in de vroege kindertijd: de oedipale fase, waarin het kind in een ambivalent losmakingsproces moet wedijveren met de ene ouder (voor de jongen: de vader) om de liefde van de andere ouder (voor de jongen: de moeder). De kleuter zou seksuele verlangens koesteren ten opzichte van de ouder van het andere geslacht en vijandige gevoelens ten opzichte van de als rivaal ervaren ouder van hetzelfde geslacht.

De psychoanalyse is bij uitstek de leer van het onbewuste. Al in de eerste levensfase zouden kinderen fantaseren over seksuele contacten met volwassenen, maar die verboden fantasieën vanwege hun overweldigende en daarmee bedreigende karakter 'vergeten', door ze naar het onbewuste te verdringen. Van deze omstreken en dubieuze hypothese heeft de psychoanalyse al lange tijd afstand genomen. De hypothese was het product van een tijd waarin seksualiteit sterk in de taboesfeer lag. Gebleven is het psychoanalytische uitgangspunt dat ervaringen in de (vroege) kindertijd bepalend zijn voor de driftregulatie in de levensloop: de manier waarop mensen in