

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

Boom

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

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

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

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

BOEKBESPREKING

.....

Too many notes ...

.....

Bespreking van

Nikolaos Kazantzis, Frank M. Datillio & Keith S. Dobson (2019). *De therapeutische relatie bij cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. 262 pp., € 39,95. ISBN 9036822442

ROLAND ROGIERS

In de beginjaren van de gedragstherapie was de therapeutische relatie amper een issue. Deze relatie werd – vaak impliciet – gedefinieerd als een leerling-leermeestermodel. Later ontstond wel een genuanceerder model over wat er speelt tussen therapeut en cliënt; dit vinden we terug in de cognitieve therapie van Beck (1979) en de schematherapie van Young (1992). Kazantzis, Datillio en Dobson willen met hun boek het onderwerp van de therapeutische relatie verder uitdiepen. Het manuscript baseerden zij op eigen onderzoek, trainingen en discussies met collega's. Ieder van de auteurs werkt als clinicus, docent en onderzoeker. Ieder heeft een trits publicaties en onderscheidingen achter de naam. Judith Beck verzorgde het voorwoord. Collega's, onder wie Martell, kwalificeren het werk als *superb* en *excellent required reading*. Aan referenties dus geen gebrek.

In het eerste hoofdstuk schetsen de auteurs de structuur van het boek, de competentieprofielen die horen bij cognitieve gedragstherapie, de opzet van de zelfreflectieoefeningen en er worden een aantal casussen voorgesteld waar later in het boek mee wordt gewerkt.

Het tweede hoofdstuk omschrijft wat we mogen verstaan onder een therapeutische relatie bij cognitieve gedragstherapie (CGT). Met name is dat: 'Een uitwisseling tussen therapeut en cliënt die zich ontwikkelt met als doel intieme gedachten, overtuigingen en emoties te delen, in een poging om verandering te bevorderen' (p. 16). Op die therapeutische relatie bouwt men dan de therapeutische alliantie en de werkaliantie verder op. Begrijp onder

‘therapeutische alliantie’ het consistent hanteren van de strategieën die verandering bevorderen, zeg maar de trouw aan het model. ‘Werkalliantie’ operationaliseren de auteurs via begrippen als wederzijds respect, elkaar aardig vinden en openlijke overeenstemming over doelen en en methoden binnen de behandeling. De auteurs spreken zich er niet over uit of deze termen ook gezien moeten worden als onderdeel van die relatie, dan wel of het twee aparte identiteiten betreft.

Kazantzis, Datillio en Dobson onderscheiden drie essentiële kenmerken specifiek voor de relatie binnen CGT. Vooreerst: *samenwerken*, waarbij twee partijen een eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid inbrengen en er maximaal ingezet wordt op afstemming omtrent doelen en strategieën om die doelen te realiseren. En hierbij hoort ook: CGT zet de cliënt aan het werk. Ten tweede *empirisch onderzoek*; als tweede kernelement definiëren zij het aanleren van de wetenschappelijke probleemoplossende methode. De cliënt leert een manier van denken aan waarmee de eigen ervaringen beoordeeld kunnen worden. De *socratische dialoog* ten slotte vormt het sluitstuk. Impliciet geven de auteurs mee dat het hierbij niet alleen om een gespreksvaardigheid gaat, maar ook om een therapeutische attitude, en derhalve vertoont de socratische dialoog een sterke link met teamwork. Ook hier beoogt men een modeling-effect.

Het derde hoofdstuk (deel I) bespreekt hoe de therapeut vanuit een casusconceptualisatie inspiratie kan vinden om de relatie vorm te geven en de interventies te implementeren. Naast de Beckiaanse triade (kernovertuigingen over het zelf, de anderen en de wereld) betrekken de auteurs in deze exploratie ook de hechtingsstijl en de culturele achtergrond. Het geheel geeft een beeld van waarden, interpersoonlijke vaardigheden en copingstrategieën van de cliënt. Deze verschillende aspecten tonen zich ook tijdens de consultatie en de therapeut dient deze mee te nemen in de casusconceptualisatie. Op die manier kunnen een aantal hypothesen geformuleerd worden omtrent cognitieve schemata en interactiepatronen, in bijzonder het vertonen van weerstand door de cliënt. In navolging van Beck situeren de auteurs ook de zogeheten ‘disfunctionele opvattingen en gedragingen’ als een manier van zinvolle coping in het verleden. Het kunnen zien van deze betekenissen en het respect voor de waarden is een belangrijke factor in het opbouwen van de therapeutische relatie.

De bedoeling is inmiddels duidelijk: elk gedrag dat de cliënt vertoont tegenover de therapeut zal bijdragen tot verdere casusconceptualisatie. Gelukkig hebben de auteurs ook aandacht voor het aandeel van de therapeut in het activeren en onderhouden van bepaalde patronen. Samengevat zou men kunnen stellen dat de effectiviteit van therapie mede bepaald wordt door een complex geheel van factoren, zoals de therapeutische relatie, de gebruikte behandelmethode en patiëntkenmerken. Dat die therapeutische relatie best een gecompliceerd gegeven is kan afgeleid worden uit de werk-

zame factoren die een rol spelen. Denk aan empathie, alliantie, gestructureerde cliëntfeedback, positieve waardering, samenwerking en het bereiken van een consensus over probleem, strategieën en doel. Het lijstje kan nog aangevuld worden: congruentie door de therapeut, het al dan niet kunnen repareren van breuken in de alliantie, managen van tegenoverdracht en het hanteren van de hechtingsstijl. Oog hebben voor de specificiteit van de cliënt is dan ook cruciaal: niet iedere cliënt reageert op basis van zijn schema's positief op bijvoorbeeld elke vorm van empathie. De kwaliteit van de clinicus openbaart zich dan onder meer in het zich flexibel kunnen opstellen, rekening houdend met de casusconceptualisatie en dus de specificiteit van de cliënt. Met de uiteindelijke bedoeling dat de therapeut zorgt voor een relationele ervaring die verschilt van eerdere ervaringen, om op die manier het probleemoplossend repertoire van de cliënt uit te breiden.

In het vierde hoofdstuk bespreken Kazantzis en collega's de samenwerking en het empirisch onderzoek. *Samenwerking* impliceert de actieve betrokkenheid van de cliënt. De therapeut faciliteert die door rationalen te voorzien, overleg te voeren en feedback te geven, waarbij hij gebruikmaakt van een inclusieve taal ('Zullen we ...'). Dit samenwerken gebeurt via *shaping* en positieve bekrachtiging en rekening houdend met het reactantieprincipe (hoe meer de cliënt zich in een bepaalde richting gedirigeerd voelt, hoe groter de kans op oppositie).

Empirisch onderzoek slaat op het aanleren van de wetenschappelijke probleemoplossende sequens (werken met hypothesen, concretiseren en deze toetsen) om op die manier cliënten te leren betekenis te geven aan hun ervaringen (denk aan het 5G-schema). Empirisch onderzoek omvat, naast de observaties die de cliënt verzamelt, ook het opzoeken van wetenschappelijke kennis. Empirie impliceert ook het verankeren van het geleerde in beleving en gedrag. Emoties spelen in dit proces een belangrijke rol, vooral als criterium voor de mate waarin een interventie aanslaat bij de cliënt. Doel van het empirisch onderzoek is niet – zoals soms nog gedacht wordt – de cliënt zijn ongelijk te bewijzen, maar om alternatieven aan te bieden voor het huidige functioneren.

Socratische communicatie is zowel techniek als relatievorm, waarbij door gerichte vragen inzicht en begrip kunnen worden gefaciliteerd. De therapeut legt daarbij een gezonde nieuwsgierigheid aan de dag voor de ervaringen en de betekenisverlening daarvan door de cliënt. De socratische dialoog wordt ook gelinkt aan die empirie. Illustratieve vragen bij psycho-educatie zijn bijvoorbeeld: 'Waarom zou jij merken dat dit nuttige informatie is? Hoe kun je die informatie toepassen op je probleem?'

Deel II gaat over het toepassen van de principes in de praktijk. Hoofdstuk 6 beschrijft welke interventies therapeuten kunnen introduceren bij de start van de sessie: stemmingscontrole, link met de vorige sessie, huiswerkbe-

spreking en nagaan van de huidige punten van zorg om uiteindelijk dit alles te integreren in het opstellen van de agenda.

Een centraal punt in het betoog van het hele boek is dat de interactie tussen therapeut en cliënt een aanduiding geeft van de cognitieve en relationele schemata waarmee de cliënt werkt en/of worstelt. De auteurs pleiten er dan ook voor om de hiervoor besproken stappen eveneens in deze context te bekijken. Ter illustratie: als huiswerk bijvoorbeeld niet werd gemaakt, dan lijkt het opportuun om hierin samen de schemata te exploreren en dit te integreren in de casusconceptualisatie.

Het zevende hoofdstuk bespreekt de implementatie van de principes bij gedragsgerichte interventies. Een enigszins misleidende titel, want ook hier weer is het cognitieve kader dominant. Dat blijkt onder meer doordat dit hoofdstuk begint met een samenvatting van Becks theorie van psychopathologie, waarbij het operante leerparadigma jammer genoeg onbesproken blijft. In dit hoofdstuk pleiten de auteurs terecht voor het checken van cognitieve schema's, normen en waarden bij het construeren van gedragsopdrachten. De auteurs beschrijven hoe samenwerking, empirisch onderzoek en socratische dialoog kunnen helpen bij gedragsgerichte interventies. Het is verrijkend dat de auteurs een lans breken voor het meenemen van het experiëntiële in zowel het opstellen als het evalueren van gedragsopdrachten.

Het achtste hoofdstuk gaat over de toepassing van de drie sleutelbegrippen op cognitiegerichte interventies. Dit wordt uitgewerkt aan de hand van een casus met een complexe diagnostiek en navenant gedrag in de therapeutische relatie. Via de socratische dialoog worden cognities en cognitieve processen geëxploreerd, met inbegrip van de ervaringen die de overtuigingen ondersteunen of tegenspreken. Ook bij het ontwikkelen van alternatieve perspectieven, bij het synthetiseren en bij overleg over het nut van de nieuwe inzichten en ervaringen, wordt gebruikgemaakt van de socratische bevraging, zoals: 'Zijn er argumenten die je negatieve gedachte niet ondersteunen?' Dit wordt aangevuld met het pleidooi om te kijken naar uitzonderingen: is er sprake van een effectiever probleemoplossend cognitief functioneren in andere contexten en kan dit gebruikt worden?

In hoofdstuk 9 wordt een experiment gedefinieerd als een cognitieve of gedragsmatige oefening die een cliënt doelgericht helpt een overtuiging of aanname te evalueren. Er zal dus altijd sprake zijn van een voorspelling, wat impliceert dat er ruimte moet zijn voor het bijstellen van de hypothese op basis van nieuwe ervaringen. Binnen de gedragsexperimenten worden twee categorieën onderscheiden: actieve, alternatieve gedragingen en verzamelen van informatie door observatie of bevraging bij anderen. Het uiteindelijke doel is te komen tot een verandering op inhoudelijk cognitief of procesmatig vlak. Andermaal wordt het duidelijk: deze auteurs zijn cognitief therapeuten.

Hoofdstuk 10 sluit helemaal aan bij de visie dat het werk van de cliënt tussen de CGT-sessies in minstens even belangrijk is als de bijeenkomsten. Evidentie toont de correlatie aan tussen de mate waarin er binnen therapie

geïnvesteed wordt in huiswerk en de mate van succes van therapie. Ook het huiswerk gebeurt in onderling overleg en is daarom zeer persoonsspecifiek. De therapeut zal de rationale expliciteren, tijd nemen, de cliënt betrekken in de uitwerking, hinderpalen identificeren en de kosten-batenanalyse van verandering bespreken. Daarnaast wordt de lezer ook uitgenodigd om te reflecteren over eigen cognities, attitudes, aannamen en waarden wanneer er frustratie opduikt als cliënten huiswerk niet maken.

Andermaal zal de casusconceptualisatie uitsluitel moeten geven of het huiswerk niet de negatieve gedachten van de cliënt zal triggeren. Dit niet expliciteren verhoogt de kans op weerstand. Instructief zijn de voorbeelden van socratische vragen die gekoppeld worden aan het bespreken van het huiswerk of bij het ontwerpen van de interventies ('Denk je dat de interventie zal helpen?'). Net zoals erg concreet dient uitgevlooid te worden: waar, wanneer, waarom, met wie? Verfrissend is het advies om gebruik te maken van visualisaties om obstakels op te sporen. Huiswerk zal ten slotte, indien nodig, inge oefend worden tijdens de sessie. Het hoofdstuk sluit af met enkele praktijktips onder meer over specifieke vragen omtrent de bereidheid van de cliënt.

Hoofdstuk 11 behandelt het afsluiten van de therapeutische relatie en terugvalpreventie. Gegeven het feit dat veel problemen waar cliënten voor in behandeling komen een flinke kans op recidief inhouden, zien de auteurs therapie als een tijdelijk hulpmiddel, eerder dan als een permanente probleemoplossing. Hervatten van een therapie beschouwen zij dan ook als een normaal fenomeen en niet als mislukking. Voor chronische problematiek adviseren Kazantzis en collega's de therapie nooit af te sluiten.

In de afsluitende fase gaat de therapeut na wat voor de cliënt werkte in de therapie. Dit hoofdstuk behandelt ook moeilijk verlopende behandelingen. Ook hier gebruikt men de empirische probleemoplossende cyclus: identificeren waar het fout loopt, hypothesen daarover maken, een kosten-batenanalyse over het al dan niet handhaven van de weerstanden en het zoeken naar adequate, alternatieve coping. Casusconceptualisatie en zelfreflectie door de therapeut bij storend gedrag beletten niet dat de therapeut vanuit het oogpunt van de eigen veiligheid en integriteit ook grenzen zal moeten stellen.

Deel III behandelt een amalgaam van diverse topics, zoals ethiek binnen de therapeutische relatie, het identificeren van en het omgaan met de eigen reacties van de therapeut, en werken met paren, kinderen en groepen. Essentieel in het betoog over ethiek is uiteraard het stellen van grenzen aan sommige gedragingen van cliënt en therapeut. Transparante communicatie en teamwork tussen cliënt en therapeut zijn een middel om onder sommige delicate kwesties uit te komen. Verder komen onderwerpen als middelengebruik of *disclosure* door de therapeut aan bod, naast een topic als zelfzorg. Centraal criterium is dat de therapeut binnen de relatie voorwaarden schept die hem in staat stellen zich ten volle te focussen op zijn cliënt en dat wat hij

al dan niet doet, de cliënt dient. Ook in deze topics is de casusconceptualisatie een houvast. Bijvoorbeeld: hoe zal de cliënt vanuit zijn betekenisverlening en schemata reageren op de zelfonthulling en is hij daarmee gebaat? Anticiperen op problematiek rond grenzen, transparantie, overleg en casusconceptualisatie blijken zowat de centrale tools om met diverse problemen in de relatie om te gaan.

Hoofdstuk 13 beschrijft het identificeren van en omgaan met de reacties van de therapeut. Daarbij komen zowel de fundamentele generieke als de CGT-vaardigheden nog eens aan bod. Specifiek voor CGT wordt hier het streven naar het zuiver houden van de interventies benadrukt (adherentie) naast de competentie in het doorlopen van de therapeutische procedures. Dit in combinatie met flexibiliteit. Dit hoofdstuk behandelt diverse thema's maar herhaling is troef.

Het veertiende hoofdstuk behandelt het werken met systemen. In wezen krijgen we hierbij een herhaling van de gebruikte tools, zij het dan dat de auteurs de complexiteit herkennen van bijvoorbeeld het installeren van werkalliantie, samenwerking, motivatie en casusconceptualisatie. De therapeut dient in die gevallen te werken op verschillende niveaus: met ieder verschillend lid van het systeem, met het systeem op zich als geheel en met de aanwezige subsystemen. De chaos slaat hier wat toe. Gelukkig voorzien de auteurs in een instructief kader rond het bevorderen van gezamenlijk empirisch onderzoek en het stimuleren tot cohesie.

Het laatste hoofdstuk behandelt de relationele aspecten van de therapie binnen de context van het werken met kinderen en adolescenten. Uiteraard zal de therapeut rekening dienen te houden met diverse aspecten die verbonden zijn aan het ontwikkelingsniveau van de cliënt, zal hij diverse vormen van communicatie gebruiken (visuele elementen en spel) en kunnen de ouders met een gevarieerde intensiteit betrokken worden bij de therapie. Bij jongeren lijken vooral de aard en de kwaliteit van het eerste gesprek bepalend voor al dan niet starten van de therapie. Anderzijds lijkt de therapeutische uitkomst voor kinderen met externaliserende problemen meer te worden beïnvloed door de therapeutische alliantie, wellicht omdat ze meer problemen ervaren met gezag dan kinderen met internaliserende problematiek die minder problemen hebben op dit vlak en sneller bereid zijn om afspraken te maken over doelen en taken. Ook nu wordt er een lans gebroken voor flexibiliteit binnen een zo getrouw mogelijk opvolgen van de therapeutische principes van het behandelprotocol (bijvoorbeeld wel huiswerk meegeven, maar flexibel zijn in aard en omvang). De strategieën die aangereikt worden om de werkalliantie te bevorderen, verschillen in wezen niet zoveel van wat eerder besproken werd, zij het dan dat de positie van de ouders gedefinieerd moet worden en dat zij akkoord moeten gaan met deze positie. Terzijde wordt nog ingegaan op de vrees van therapeuten dat exposure de relatie zal schaden, wat door onderzoek wordt tegengesproken. De therapeut dient wel een aantal richtlijnen in acht te nemen: samen bespreken van de rationale en het modificeren aan de

patiëntkenmerken terwijl toch geen afbreuk wordt gedaan aan de werkzame principes. En in het geval van kinderen: maximale ondersteuning bieden tijdens exposure met het kind. Ten slotte worden er nog een aantal meetinstrumenten genoemd die een indicatie kunnen geven van de mate van alliantie tussen jeugdige en therapeut.

CONCLUSIE

.....

Het boek is zeker geslaagd in het proberen te definiëren op welke manier de relatie binnen CGT zich onderscheidt van andere modellen. Teamwork, het empirisch onderzoek en de socratische dialoog zijn daarbij de drie cruciale kenmerken. Wel dient gezegd te worden dat het puur gedragsmatige hierbij stiefmoederlijk bedeed werd. Wanneer de auteurs voorstellen om na te denken over welke schema's bij de therapeut geactiveerd worden, om van daaruit de storende interactie te bestuderen, is het wellicht al even interessant om deze interactie ook vanuit het operante leerproces te bekijken (Hermans, Raes, & Orlemans, 2019). De auteurs gaan ervan uit dat het veranderen van de schema's van de therapeut zich ook zal vertalen in effectiever gedrag. Ik heb zo mijn twijfels.

Wat het gepropageerde overlegmodel betreft blijft de vraag of dit inderdaad ook in alle situaties 'best practice' is. Wat te doen bij ernstige crises? Of wat te denken van mensen die door hun culturele achtergrond (ouderen, cliënten uit sommige allochtone culturen) wel degelijk advies en leiding verwachten van een hulpverlener en overleg eerder zien als gebrek aan deskundigheid?

Soms ogen de suggesties ook erg simpel. Als een jongere aan een therapeut vraagt om zijn ouders niet in te lichten – toch wel een delicaat item – is de suggestie: beweeg de jongere ertoe dat hij zelf zijn ouders inlicht. Tsja, dat ik daar zelf nog nooit was opgekomen.

De auteurs verdienen erkenning voor het inbrengen van bestaand onderzoek rond het thema van de therapeutische relatie. Jammer is dat men zich soms beperkt tot het vermelden van referenties (p. 121). Het boek is tevens opgevat als een werkboek voor therapeuten en maakt gebruik van reflectieopdrachten, naast praktijktips, en daar zitten best een paar bruikbare bij.

In de film *Amadeus* (Milos Forman, 1984) zit een scène waarin Amadeus de mening vraagt van keizer Jozef II over een compositie. De keizer antwoordt 'Too many notes ...' De lectuur triggerde vaak die herinnering. In wezen is het uitgangspunt simpel: de auteurs introduceren drie essentiële kenmerken van de cognitief-gedragstherapeutische relatie die ze rigoureus toepassen op de verschillende fasen van het therapeutische proces, aangevuld met het centrale begrip casusconceptualisatie. Ik kon echter niet loskomen van het idee dat zij bij het creëren van het manuscript ultieme volledigheid be-

trachten. Dat maakt het overzicht wat moeilijk, waardoor ik vaak door de bomen het bos niet meer zag.

364

Kortom: een waardevol boek, maar jammer genoeg in mijn ogen geen hoogvlieger. Wellicht waren mijn verwachtingen te hoog gespannen? Therapeuten die op zoek zijn naar inspiratie voor het omgaan met problematische relaties binnen psychotherapie, zou ik eerder het boek van Keijsers, Vossen en Keijsers (2012) suggereren.

Roland Rogiers is klinisch psycholoog, voorheen verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en ELGZ van UGent en als psychotherapeut werkzaam binnen het Centrum voor Angst- en Stemmingsstoornissen van de Dienst Psychiatrie, UZGent. Gepensioneerd. Actief als supervisor voor de VVGT en als opleider verbonden aan de Permanente Vorming Gedragstherapie (Volwassenen) van UGent en KULeuven. *Correspondentieadres*: Bosstraat 17, 9170 St Gillis Waas, België. E-mail: roland.rogiers@telenet.be.

Referenties

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2018). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Keijsers, G. P. J., Vossen, C. J. C., & Keijsers, L. H. A. (2012). *Helpen veranderen: Motiveringsstrategieën in de psychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- Young, J. E., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 11-23.