

GEZINSTHERAPEUT ZIJN

Leesvoorbeeld

GEZINSTHERAPEUT

ZIJN | Peter Rober

P E L C K M A N S

**"If faut imaginer
Sisyphé heureux."**

Albert Camus – Le Mythe de Sisyphé

Inhoud

11 Inleiding

DEEL I 15 WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK OVER DE THERAPEUT

Hoofdstuk 1 16 De effectieve therapeut

Hoofdstuk 2 28 De complexiteit van de therapeutische relatie in de gezinstherapie

46 *Stairway to Heaven – Jason Sonck en zijn gezin (deel 1)*

DEEL II 51 DE GEZINSTHERAPEUT IN DE SESSIE

Hoofdstuk 3 52 De gezinstherapeut als gekwetste genezer

Hoofdstuk 4 64 De gezinstherapeut in actie

Hoofdstuk 5 86 Het innerlijk gesprek van de gezinstherapeut

Hoofdstuk 6 103 De emotieregulatie van de gezinstherapeut

130 *Stairway to Heaven – Jason Sonck en zijn gezin (deel 2)*

DEEL III 135 EEN EFFECTIEVERE GEZINSTHERAPEUT WORDEN

- Hoofdstuk 7 136 Feedbackgericht werken in de gezinstherapie
- Hoofdstuk 8 157 De Zelfsupervisie Vragenlijst
- 165 *Stairway to Heaven – Jason Sonck en zijn gezin (deel 3)*

DEEL IV 169 GEZINSTHERAPEUT ZIJN

- Hoofdstuk 9 170 Het verhaal van het gezin De Smet
- 182 Besluit
- 183 Referenties
- 194 Bijlage: Dialogische Feedback Vragenlijst

Een woord van dank...

**Aan de wolvinnen van het Context-team:
Barbara Lavrysen, Katrien Lagrou, Eline Smessaert
en Geertje Walravens**

**Aan Gert Storms, Karine Van Tricht,
Alien Horelbeke en Eva Deslypere**

Aan Marijke Cornelis

INLEIDING

HET VERHAAL VAN FILIP EN ZOË

Het is de eerste sessie. Filip (16 jaar) vertelt voorzichtig over zijn teruggetrokken leven, zonder vrienden en activiteiten. Hij voelt zich vaak eenzaam en onbegrepen. En dat is vorige zomer erger geworden toen zijn zus Zoë (19 jaar) aan de universiteit in Leuven ging studeren.

Filip: “Ja, ik mis mijn zus eigenlijk wel ...”

Hij laat een stilte en het valt me op dat hij er treurig uitziet.

Ik richt me tot Zoë: “Mis je je broer soms?”

Zoë zegt: “Helemaal niet. Ik heb mijn leven en hij het zijne. Ik heb veel vrienden en ik ben druk bezig in Leuven.”

Dat raakt me, want ik vind het erg voor Filip om dat te horen. Het lijkt alsof ze geen band met hem heeft.

Ik probeer nog eens: “Maar je denkt wel veel aan je broer? Maak je je soms zorgen over hem?”

Als ik mijn eigen woorden hoor, merk ik dat ik fout bezig ben. Ik hoor in mijn woorden dat ik vind dat ze aan hem *zou moeten* denken, dat ze zich zorgen *zou moeten* maken. Ik beseft dat ik helemaal opga in Filips perspectief en dat ik geen echte interesse toon in Zoë en in haar perspectief.

Zoë antwoordt: “Om eerlijk te zijn: nee, ik denk niet veel aan hem. Ik doe mijn eigen dingen.”

Haar woorden *mijn eigen dingen* vallen me op.

Ik vraag: “Vertel eens over die dingen, Zoë”, en ik hoor dat deze vraag een gepaste correctie is van mijn eerdere pogingen om aansluiting met haar te vinden. Ik toon echt interesse voor Zoë.

Zoë vertelt daarop dat ze zich in Leuven afsluit van de zorgen over thuis. Alleen op deze manier kan ze overleven. Thuis gaat er immers veel mis. Niet alleen met Filip. Wat erger is, zijn de spanningen tussen de ouders, die nauwelijks meer met elkaar spreken. “En dat weegt zwaar voor Filip en hij sluit zich af, zoals ik me afsluit in Leuven”, besluit Zoë.

Ik voel dat Zoë nu contact maakt met haar broer, en ik zie Filip voorzichtig be-amend knikken. Dat stelt me gerust en ik richt me tot de ouders.

Ik zeg: “Jullie beide kinderen trachten zich af te sluiten van wat er thuis gebeurt. Vertel eens hoe het bij jullie thuis loopt.”

WAT IS GEZINSTHERAPIE?

Er bestaat een heldere en eenvoudige omschrijving van wat gezinstherapie is: *een therapeut praat met het gezin waarin een of meer gezinsleden zich zorgen maken over iets*. In essentie is er dus niets magisch aan gezinstherapie: het gaat om een reeks gesprekken met gezinnen. De uitdaging voor de gezinstherapeut ligt in de wijze waarop het gezin binnenkomt: ze zijn in emotionele crisis. Er is kwaadheid, angst, wanhoop of verdriet; soms openlijk, maar vaak verhuld in allerlei soorten stiltes. En er is geen vertrouwen: noch in elkaar, noch in zichzelf, noch in de wereld die hard en koud is wanneer de dingen echt tegenzitten.

Dat is de uitdaging voor de gezinstherapeut: *hoe kan ik met deze mensen een therapeutisch proces op gang brengen?* Ze zijn niet in een toestand waarin ze hun beste beentje kunnen voorzetten. Integendeel, ze zijn bang en verkrampt, onzeker en boos, voorzichtig en afwachtend ... En daar sta je dan als gezinstherapeut ...

De verlichting van het lijden van het gezin is het ultieme doel. In de sessie echter is de therapeut niet gericht op probleemoplossing of genezing. Integendeel, een te sterke focus op verlichting van het lijden blijkt juist te leiden tot machteloosheid en frustratie. De therapeut is wel gericht op het bevorderen van het vertrouwen tussen de gezinsleden en de verbinding tussen hen. Een betere verbinding in de sessie heeft voor effect dat de therapeutische interventies dieper inwerken, en praten opnieuw deugd doet. Er is meer vertrouwen, de gezinsleden staan meer open, en zo kunnen helende woorden meer gevoelige snaren raken. De therapie wordt een correctieve emotionele ervaring voor het gezin. De gezinstherapeut beseft dat daardoor de eigen probleemoplossende vermogens en de zelfhelende krachten van het gezin bevorderd worden.

Het gaat er soms hard aan toe in gezinstherapeutische sessies. Het begint vaak met een beleefde stilte en voorzichtige woorden. Maar geleidelijk – wanneer het proces op gang komt – worden er meer emoties opgeroepen bij alle betrokkenen, ook bij de therapeut. Verdriet, pijn, boosheid, angst, wanhoop ... het passeert allemaal de revue en van de therapeut wordt verwacht dat hij/zij met de gezinsleden meevoelt. De therapeut moet die emoties dus ook zelf een stuk ondergaan. Maar anders dan de gezinsleden moet de therapeut daarbij rustig blijven en zijn/haar rol van therapeut vervullen. Dat is een belangrijk deel van de kunst van het *gezinstherapeut zijn*.

In de internationale literatuur wordt over *presence* gesproken (Hayes & Vinca, 2017): het is een toestand van openstaan voor de andere, terwijl men toch contact houdt met zichzelf. De aandacht van de therapeut is naar de gezinsleden gericht, maar hij/zij blijft goed in contact met zichzelf. Hij/zij is voortdurend bezig om hier een evenwicht in te vinden, en als hij/zij denkt het juiste evenwicht gevonden te hebben, ontsnapt het hem/haar telkens opnieuw. Zo blijft de therapeut bezig. Zoals Sisyfus die telkens opnieuw de rots de berg op moet duwen.

Een gezinstherapeut moet machteloosheid kunnen verdragen. Er zal altijd meer lijden zijn dan een therapeut kan oplossen. Zelfs een perfecte therapeut zou tekortschieten. Maar een perfecte gezinstherapeut bestaat niet. We zijn allemaal mensen die zich inzetten om psychisch lijden te verlichten en we doen dat zo goed mogelijk. We zijn niet perfect, en dat is acceptabel zolang we ons inzetten om te leren en beter te worden.

Gezinstherapeut worden is een levenslang leerproces, waarin de therapeut steeds verder ontwikkelt tot wie hij/zij is. Geïnspireerd door de experiëntiële gezinstherapeut David Keith (Keith & Paparone, 2017) kunnen we stellen dat er drie fases zijn in de ontwikkeling van een gezinstherapeut.

1. **Leren over gezinstherapie**, waarbij kennis over gezinnen en over psychotherapie centraal staat.
2. **Gezinstherapie leren doen**, waarbij het leren van interventietechnieken en het stap voor stap volgen van een protocol centraal staan.
3. **Gezinstherapeut zijn**, waarbij het *zijn* van de therapeut centraal staat. Wat de therapeut geleerd heeft in termen van nuttige kennis, interventietechnieken en protocollen is zo sterk ingeoeft dat het geïncorporeerd is: het is deel geworden van de persoon van de therapeut. Om die kennis of die kunde in de sessie aan te spreken, is het voor de therapeut niet meer nodig erbij stil te staan: het gaat intuïtief en zonder expliciet denken.

Dit boek gaat over *gezinstherapeut zijn*. Ik vat wel de kennis samen die we hebben over psychotherapie in het algemeen, en over gezinstherapie in het bijzonder. Ik zal ook stilstaan bij de wijze waarop een therapeut gezinssessies kan doen. Maar de nadruk ligt in dit boek op *gezinstherapeut zijn*: op de persoon die aanwezig is bij het lijdende gezin; de persoon die probeert nuttig te zijn en zichzelf overbodig te maken.

Deel I

Leesexemplaar

**WETENSCHAPPELIJK
ONDERZOEK OVER
DE THERAPEUT**

Leesexamenjaar

DE EFFECTIEVE THERAPEUT

Is psychotherapie effectief? Zo ja, wat maakt dat psychotherapie effectief is? Dit zijn de centrale vragen in dit hoofdstuk waarin we het recente wetenschappelijke onderzoek over psychotherapie zullen overlopen. Daarbij zullen we ook vaststellen dat onderzoek toont dat niet alle psychotherapeuten even effectief zijn. Sommige therapeuten zijn meer effectief dan andere. Die bevinding uit het recente psychotherapieonderzoek heeft een aantal onderzoekers aan het denken gezet. Wat onderscheidt de effectieve therapeut van de minder effectieve therapeut?

Waar dit boek over gezinstherapie gaat, zal in dit hoofdstuk eerder de psychotherapie (in het algemeen) in de focus staan. We gaan uit van de veronderstelling dat wat geldt voor de psychotherapie in het algemeen wellicht ook iets zegt over de gezinstherapie.

PSYCHOTHERAPIE IS EFFECTIEF

Uit het onderzoek van de psychotherapie in de voorbije decennia blijkt dat psychotherapie globaal genomen effectief is (Barkham & Lambert, 2021).

Onderzoek toont dat psychotherapie goed werkt, maar zeker niet perfect is. Niet iedereen wordt geholpen. Om het simpel uit te drukken: naar schatting een derde van de cliënten wordt beter door therapie, een derde van de cliënten wordt beter in de periode dat ze in therapie zijn (maar daarbij zijn andere factoren dan de therapie helpend geweest), en een derde van de cliënten wordt niet beter. Verder is het zo dat 'beter worden' niet betekent dat mensen volledig van hun lijden verlost worden in therapie. Meestal is er wel een verbetering, maar vaak blijft er na de therapie toch een deel van de klachten over.

Het effect van psychotherapie

Onderzoekers Wampold en Imel (2015) stellen dat psychotherapie een *effect size* van 0,75 tot 0,80 heeft. De *effect size* (in dit boek gebruiken we als index *Cohen d*) is een statistische maat waarmee we verschillende behandelingen met elkaar kunnen vergelijken. Maar wat betekent ze juist? Een *effect size* van 0,80 betekent dat de

gemiddelde persoon die in therapie gaat het na een tijd beter doet dan 79% van de personen die niet in therapie zijn gegaan.

Het feit dat mensen die in therapie gaan gemiddeld genomen verbeteren, betekent nog niet dat die verbetering aan de therapie zelf kan worden toegeschreven: slechts ongeveer 14% van het resultaat van de psychotherapie wordt verklaard door de psychotherapie zelf (Wampold & Imel, 2015). Het grootste deel van het resultaat van de therapie is het gevolg van factoren die niets met de therapie zelf te maken hebben. Het gaat dan over kenmerken van de cliënt en van diens omgeving: bijvoorbeeld, de cliënt krijgt een promotie op zijn werk waardoor hij/zij in een beter functionerend team terechtkomt, de cliënt wordt verliefd en ziet plots een rooskleurige toekomst, de cliënt verhuist naar een groter huis met een mooie tuin waarin hij/zij een moestuin begint enzovoort. Al die veranderingen in het leven van de cliënt hebben een grote invloed op zijn/haar psychisch welbevinden.

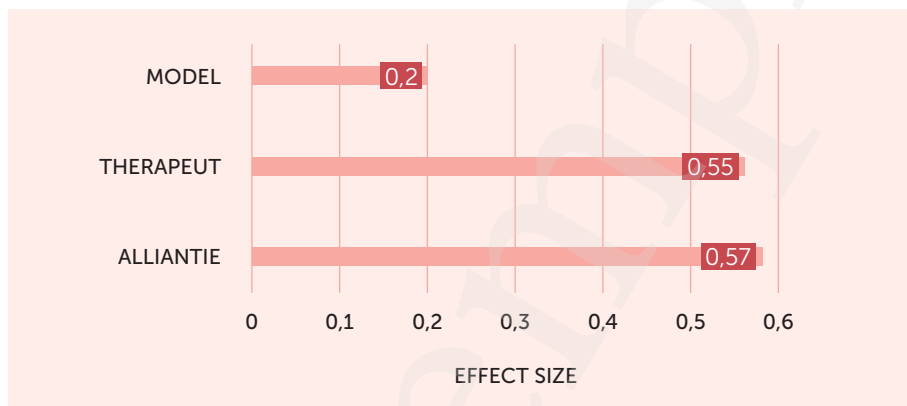
Het is geen geheel nieuwe bevinding dat het leven van de cliënt buiten de therapie een grote bijdrage levert tot het resultaat van de psychotherapie (zie bijvoorbeeld Hubble, Duncan, & Miller, 1999; Bohart & Greaves Wade, 2013), maar het blijft een vaststelling die vaak vergeten wordt in het evidence-based klimaat dat de geestelijke gezondheidszorg overheerst. Het is ook een bevinding die ons aan het denken moet zetten: hoe kan ik in mijn praktijk als psychotherapeut de cliënt- en contextfactoren van mijn cliënten het best gebruiken ten dienste van het welzijn van mijn cliënten? Over deze vraag is vroeger al wel eens nagedacht (zie bijvoorbeeld Duncan & Miller, 2000), maar ze verdient zeker verdere reflectie.

OVER HET BELANG VAN BEHANDELMODELLEN

Onderzoek toont ook dat er weinig verschillen in effectiviteit zijn tussen verschillende therapeutische behandelmodellen (Barkham & Lambert, 2021). Het gaat om de verschillende therapeutische modellen die academisch verankerd zijn; wat Wampold de bonafide behandelingen noemt (Wampold & Imel, 2015). Ze zijn theoretisch en conceptueel uitgebouwd, en er is empirisch onderzoek van goede kwaliteit dat de werkzaamheid ervan aantoont. In grote lijnen gaat het over (cognitief) gedragstherapeutische, experiëntiële, psychodynamische en systemische (gezins- en relatietherapeutische) modellen. Die modellen zijn wel heel verschillend wat betreft theorie, concepten en interventies, maar die verschillen blijken niet samen te han-

gen met grote en consistente verschillen in werkzaamheid. Deze verschillende therapiemodellen zijn globaal genomen allemaal ongeveer even effectief (Barkham & Lambert, 2021).

Al zijn er blijkbaar weinig verschillen in hun effectiviteit, toch zijn behandelmodellen niet onbelangrijk. Ze zijn nodig opdat therapie zou werken. Dat blijkt uit onderzoek naar de factoren die maken dat therapie werkt. Zo is er de meta-analyse van Wampold (2015) waarbij onderzocht werd welke de relatieve invloed is van verschillende therapiefactoren op de effectiviteit van therapie (uitgedrukt in *effect size*).



FIGUUR 1.1. FACTOREN DIE BIJDAGEN TOT HET THERAPEUTISCH EFFECT

Uit het diagram (figuur 1.1) blijkt dat de alliantie (de therapeutische relatie) en de therapeut een veel grotere invloed hebben op het resultaat van psychotherapie dan het behandelmodel. Maar het effect van het model is niet nul. Het model is niet onbelangrijk. Dit lijkt op het volgende te wijzen: een therapeut moet een model hebben wil hij/zij resultaat behalen met psychotherapie. Het maakt wellicht niet zoveel uit welk model, want onderzoek toont dat ze allemaal ongeveer even effectief zijn (Barkham & Lambert, 2021).

De therapeutische relatie is cruciaal

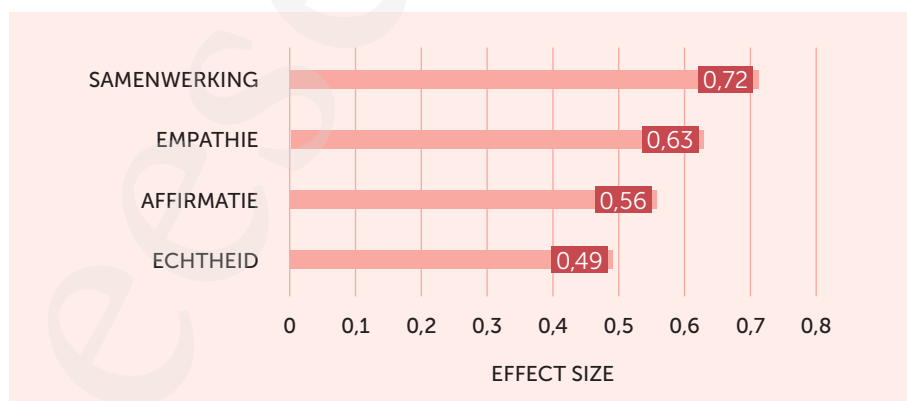
Een *effect size* van 0,57 wijst erop dat *de relatie* tussen de cliënt en de therapeut (ongeacht de specifieke therapeutische benadering) heel belangrijk is voor de werking van psychotherapie. De kwaliteit van die relatie voorspelt het effect van therapie: als de cliënt zich begrepen en gehoord voelt, dan is er een goede kans dat de therapie

werkt. En omgekeerd: als de cliënt zich niet begrepen en gehoord voelt, is er weinig kans dat de therapie helpend is.

De belangrijkste kritiek op deze bevinding is dat ze gebaseerd is op correlationeel onderzoek, en dat een correlatie niets zegt over de richting van het verband: is het resultaat van de therapie het gevolg van de goede therapeutische relatie, of is het omgekeerd: de therapeutische relatie wordt beter als de therapie goed loopt? Dit is een terechte opmerking en er is dan ook nogal wat onderzoek gedaan om dit verband nader te bekijken. Crits-Christoph en Connolly Gibbons (2021) hebben deze studies op een rijtje gezet en ze besluiten dat er voldoende evidentie is om te spreken van een causaal verband tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en het resultaat van psychotherapie. Toch zal het wellicht gaan om een circulair verband: de goede kwaliteit van de therapeutische relatie draagt bij tot een goed resultaat, en de goede evolutie van de therapie draagt bij tot een betere relatie. Hoe dan ook is het belangrijk dat de therapeut in de praktijk met zorg en toewijding omgaat met de therapeutische relatie (Crits-Christoph & Connolly Gibbons, 2021).

Er is heel wat onderzoek dat ons kan leren wat de ingrediënten moeten zijn van de therapeutische relatie opdat die werkzaam zou zijn. Dit zijn de belangrijkste elementen zoals ze uit het onderzoek van Wampold en Imel (2015) naar voren komen: samenwerking therapeut-clieënt, empathie, affirmatie van de cliënt (ook wel acceptatie genoemd) en echtheid van de therapeut (ook wel congruentie genoemd).

We kunnen het relatieve belang van deze relatiekenmerken voor het resultaat weer geven zoals in figuur 1.2.



FIGUUR 1.2. FACTOREN DIE BIJDAGEN TOT EEN GOEDE THERAPEUTISCHE RELATIE