

Peter Rober & Gert Storms

Therapeuten Verhalen



Acco Leuven / Den Haag

Inhoud

Vooraf (schets van een inleidend kader)

Gert Storms	9
Enkele woorden vooraf	
Peter Rober	15
De Therapeut: wat de wetenschappelijke literatuur ons erover leert	

De Verhalen

Dirk De Wachter	31
Nadenken over het leven	
Jaak Beckers	39
Over normale menselijke leerprocessen	
Edith Tilmans-Ostyn	49
Voorgaan terwijl je volgt	
Manu Keirse	59
Als rouwtherapeut mee in de put gaan zitten en perspectief geven	
Germain Lietaer	69
De kwaliteit van de werkrelatie is belangrijker dan de concrete methodieken	
Justine van Lawick	79
Lijden en vreugde: zo is het leven	
Werner Matthys	87
“Ik heb een diploma psychologie maar ben geen psycholoog”	

Jozef Corveleyn	97
Ethiek in de menselijke omgang	
Maureen Luyens	107
Als je als therapeut zelf niet verandert door je therapieën, dan stop je er beter mee	
Guido Pieters	117
“Ik durfde het u niet aandoen” en andere lessen in bescheidenheid	
Greet Vanaerschot	127
Resonerende empathie en begrijpen zonder woorden als basis voor een helende relatie	
Marijke Bisschop	137
Het gaat om het kind	
Luc Declercq	145
De therapeut als Parcival	
Mia Leijssen	153
Geboeid door het leven	
Edel Maex	163
“Heb je mij gemanipuleerd?”	
Sien Schraepen	171
Zin in een vol bestaan	
Paul Verhaeghe	183
Over het belang van nieuwsgierigheid	

Achteraf (tastend naar een soort besluit)

Peter Rober	197
In het spiegelpaleis: Reflecties na het lezen van de verhalen	

De Therapeut: wat de wetenschappelijke literatuur ons erover leert

Peter Rober

Ik luisterde, maar ze bleef stil.
Ze was zachtjes aan het huilen.

Voor mij zat Emma. Een 42-jarige moeder. Twee jaar geleden was haar enige zoon alleen gaan wonen. Hij was bij de federale politie in Brussel beginnen te werken en hij kon zich nu zijn eigen appartement veroorloven. Emma was blij dat hij zo zelfstandig geworden was en ze was zelfs trots geweest op haar zoon.

“Ik heb het toch niet zo slecht gedaan”, zei ze.

Ze had haar kind alleen opgevoed. Zijn vader had haar verlaten nog voor het kind geboren was. Ja, ze was trots op haar zoon. Maar toch had ze zich verlaten gevoeld toen hij naar Brussel verhuisde. Ze was erg neerslachtig geworden en kwam niet meer buiten. Ze had het gevoel dat haar leven geen zin meer had. Op aanraden van haar huisarts was ze in therapie gegaan.

De therapie sloeg aan. Vertellen over haar leven, stilstaan bij belangrijke momenten en alles op een rijtje zetten... het deed haar deugd. Ze voelde zich beter en kwam weer buiten.

Maar vorig weekend vertelde haar zoon dat hij zich kandidaat had gesteld voor de speciale eenheid terrorisme-interventie van de federale politie. De aanslag in de luchthaven had hem erg aangeprepen, en hij wilde zich inzetten om het land weer veilig te maken.

Toen Emma me dat vertelde, was ze zachtjes beginnen te wenen.

Het was lang stil.

“Ik ben bang”, fluisterde ze.

“Mmm”, zei ik en ik hoopte dat het empathisch klonk.

Ze veegde haar tranen weg en zei: “Ik ben ook trots op hem. Het is belangrijk werk

en alleen de besten kunnen deel uitmaken van die speciale eenheid. Maar als ik foto's zie van die politiemannen met zwarte alpinomutsen en zware wapens, dan ben ik bang. Als moeder zou je toch liever willen dat je kind een ander beroep kiest. Een veiliger beroep."

Ik knikte begrijpend, maar ik kon niet anders dan aan mijn eigen moeder denken. Ik herinner me hoe ze reageerde toen ik haar zei dat ik psychotherapeut wilde worden. Ze vroeg: "Wil je heel de dag naar de ellende van de mensen luisteren? Wil je dat je hele leven doen? Zou je niet beter huisarts worden of zo?"

Dat waren de vragen die ze me stelde. Ze was misschien ook wel trots, ik weet het niet. Ik voelde vooral dat ze bang was dat ik niet gelukkig zou zijn als psychotherapeut. Inderdaad, als therapeut doe je een heel leven niets dan luisteren naar cliënten die heel persoonlijke dingen vertellen over hun pijn en verwarring. Het is daardoor een mooi beroep, maar ook een beroep dat erg belastend kan zijn en dat gevaren met zich meebrengt¹. Zo is er bijvoorbeeld het gevaar op *compassion fatigue*², secundaire traumatisering³ en, wellicht nog belangrijker, burn-out⁴. Onderzoekers hebben beschreven hoe therapeuten in hun loopbaan altijd een beetje bezig zijn met burn-outpreventie en het ontwikkelen van professionele veerkracht⁵.

De volgende morgen bij het ontbijt vertelde ik aan mijn vrouw Marijke over de sessie met Emma en over mijn herinnering aan de reactie van mijn moeder.

Marijke dacht even na en zei toen: "Je schreef in een van je boeken dat een psychotherapeut is zoals een prostitué; ze worden per uur betaald voor wat intimiteit."

"Dat heb ik inderdaad ooit geschreven", zei ik.

"Ik vind dat dat niet klopt", antwoordde Marijke. "Een therapeut is meer zoals een pastoor. Als mensen leden en wanhopig waren, gingen ze naar een pastoor, niet naar een prostitué. Daar vertelden ze de dingen die hun hart bezwaarden. En de pastoor luisterde. Hij vergaf hen, zonder te oordelen. Het oordeel liet hij over aan God."

"Dus jij voelt je als een pastoor?" vroeg ik.

Marijke is zelf therapeute.

"Neen, ik voel me geen pastoor. Maar ik voel me meer pastoor dan prostitué."

Wat is psychotherapie?

Het is een vraag die ik elk jaar stel aan mijn studenten klinische psychologie: "Wat zou je zeggen als je een nieuwe buurman hebt en die vraagt wat voor werk je doet? Je zou dan wellicht antwoorden dat je psychotherapeut bent. Maar stel dat je

buurman dan vraagt wat een psychotherapeut eigenlijk doet of wat psychotherapie eigenlijk is?"

Als ik die vraag stel aan de studenten, volgt er meestal een lange stilte. Wanneer ik aandring, antwoordden de moedigsten onder hen iets als "een therapeut lost problemen op" of "een therapeut helpt mensen die het moeilijk hebben". Soms zegt iemand: "Een therapeut is een praatdokter." Dat zijn het soort antwoorden dat ik steevast krijg. Dan vraag ik: "In heel wat beroepen worden problemen opgelost. Een loodgieter lost het probleem van het lek in je waterleiding op. De garagist zoekt uit wat het probleem is met je wagen. Een tandarts verlost je van het probleem met je tandpijn."

Dan zijn de studenten geïntrigeerd, want de voor de hand liggende antwoorden zijn de pas afgesneden. Zo ontstaat er ruimte voor verwondering en dan mogen ze zelf denken.

Ik stel ze een nieuwe vraag: "Wat is het verschil tussen een tandarts en een psychotherapeut?"

In gesprek met de studenten wordt al gauw duidelijk dat er een groot verschil is. Als je bij een tandarts komt, zeg je wat je probleem is ("Ik heb tandpijn, linksonder") en dan zegt de tandarts: "Doe je mond eens wijd open." Hij gaat aan het werk. Soms geeft hij een spuitje, om je te verdoven zodat je geen pijn voelt. Hoe dan ook, je moet zelf niets doen. Je wacht tot hij klaar is met de behandeling en dan ben je opgelucht. Je pijn is weg en je gebit voelt als nieuw.

Hoe anders gaat het bij de psychotherapeut...

In de behandeling van de psychotherapeut kan de cliënt niet passief zijn, maar hij moet gemotiveerd aan zelfonderzoek doen. De cliënt moet zichzelf in vraag stellen en aan zichzelf werken. Eerlijk naar zichzelf kijken en keuzes maken over wat hij wil in het leven. Voor cliënten is therapie geen picknick. Vaak doet het pijn om naar zichzelf te kijken en bij een psychotherapeutische behandeling is er geen verdoving.

Als ik daar met de studenten over praat, besluiten ze vaak dat een tandarts heel weinig gelijkenissen heeft met een therapeut. We zoeken dan verder en vaak komen we ertoe dat een aantal andere beroepen misschien meer gelijkenissen vertonen met het werk van een psychotherapeut. De berggids, bijvoorbeeld. Die begeleidt wel, maar de cliënt moet toch zelf de berg op. De berggids doet het niet in jouw plaats. Je zal misschien naar beneden kijken en schrikken van de diepte, maar dan herinnert de gids je eraan dat je naar boven moet kijken, dat je vooral je doel in het oog moet houden, dat je in jezelf moet geloven, dat je niet mag opgeven, enzovoort. De gids maakt een verschil, maar de cliënt moet het uiteindelijk zelf doen. Met dat soort

van oefeningen probeer ik de studenten te helpen na te denken over het beroep dat velen onder hen later zullen uitoefenen.

Een anekdote

Op een faculteitsvergadering waarin nagedacht werd over de wijze waarop een universitaire opleiding therapeuten kan vormen, hoorde ik het volgende. “Om goede therapeuten te worden moeten onze studenten meer praktijkervaring opdoen”, zei een van mijn jonge collega’s. “Ze moeten meer stages doen. Met hun voeten het werkveld in.”

Een andere, oudere collega reageerde meteen: “Nee, niet meer praktijkervaring. Therapeuten hebben vooral een wetenschappelijke opleiding nodig.” De opmerking kwam van een experimenteel psycholoog die labo-onderzoek doet. Hij is een wetenschappelijke autoriteit en sprak dan ook op een toon die weinig tegenspraak duldt. “Uiteindelijk is psychotherapie toch niet meer dan een opeenvolgende reeks van experimenten”, ging hij verder.

“Psychotherapie? Experimenten? Hoe bedoel je?” vroeg ik verbijsterd.

“Wel ja, zoals in het labo moet de therapeut in de klinische praktijk toch telkens opnieuw hypothesen stellen en die vervolgens experimenteel toetsen. Het is toch gewoon hetzelfde proces als met proefpersonen of ratten in het labo.”

Er klonk twijfel noch ironie in zijn stem. Hij meende wat hij zei: therapie is zoals een experiment en cliënten zijn proefpersonen waarop experimenten worden uitgevoerd. Ik keek rond in de vergadering. Ik zag meerdere collega’s instemmend knikken. Maar sommigen keken ook weg, alsof ze zich schaamden. Mijn jonge collega zuchtte en zweeg. Ik wist ook niet wat te zeggen.

Toen ik thuiskwam, vertelde ik het aan Marijke.

“Dat is pijnlijk”, zei ze.

“Ja”, zei ik.

Ze zei niets maar bleef me rustig aankijken.

In de korte stilte die volgde, kon ik voelen hoe ontmoedigd ik was.

“Pfff”, was het enige wat ik kon zeggen.

“Wat ga je nu doen?” vroeg ze.

“Ik ga fietsen”, zei ik. “Een lange tocht maken. Want ik moet dit uit mijn hoofd zetten. Anders loop ik er heel de tijd over te piekeren en krijg ik hoofdpijn.”

“Fietsen kan helpen”, zei ze. “Maar stop onderweg toch maar even bij de apotheker voor een doosje *Dafalgan*.”

Het belang van de behandeling

Er is weinig discussie bij wetenschappers over de vraag of psychotherapie nut heeft. Mensen die worstelen met problemen en psychisch lijden, doen er goed aan een therapeut te raadplegen. Therapie werkt, dat is wetenschappelijk afdoende aangetoond⁶ en daarover is er onder wetenschappers nog weinig discussie. De onenigheid tussen wetenschappers draait vooral om de werkzame bestanddelen van therapie: welk ingrediënt van therapie zorgt voor effect?

Laten we het eens vergelijken met een medicament. Het belangrijkste pijnstillende bestanddeel van *Dafalgan* is paracetamol. De andere bestanddelen zijn hoogstens wat ondersteunend. Maar wat werkt vooral in de psychotherapie? Wat is daar het belangrijkste bestanddeel?

Dat is nu juist de discussie tussen wetenschappers... daar zijn ze niet uit. Een van de problemen waar wetenschappers op stuiten, is dat verschillende therapieën met verschillende bestanddelen vaak toch ongeveer hetzelfde effect hebben. Men spreekt hier van het *Dodo Bird-verdict*. Dat verwijst naar het boek *Alice in Wonderland* van Lewis Carroll, waarin het besluit van een loopwedstrijd tussen Dodo-vogels was: "Everybody has won, and all should have prizes." Voor alle duidelijkheid, dat betekent niet dat om het even wat de therapeut doet, ook werkt. Er zijn heel wat dingen die niet werken om psychisch lijden te verlichten. Handoplegging, chakra's of *channeling* bijvoorbeeld werken niet⁷. Ze hebben hoogstens een placebo-effect. Het Dodo Bird-verdict gaat over de grote vier psychotherapeutische richtingen: de experiëntiële of *client-centered* therapie, de (cognitieve) gedragstherapie, de psychodynamische therapie (afgeleid uit de inzichten van Sigmund Freud) en de relatie/gezinstherapie (ook systeemtherapie genoemd). Die vier richtingen hebben een theoretische onderbouwing, zijn academisch verankerd en voor elk van die richtingen is er voldoende empirisch onderzoek om te kunnen stellen dat ze werken. Bij wijze van spreken zou je kunnen zeggen: wat je probleem ook is, als je bij een goed opgeleide therapeut van een van die vier stromingen in therapie gaat, zit je als cliënt goed.

Natuurlijk, het feit dat je in therapie bent bij een therapeut die opgeleid is in een van de vier richtingen, is geen garantie voor succes. Een goede berggids is immers ook geen garantie dat je de top zal bereiken. We kunnen zeggen dat een goede opleiding van de therapeut in een van de vier grote richtingen een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde is opdat therapie werkt. Er is meer nodig.

Andere werkzame bestanddelen

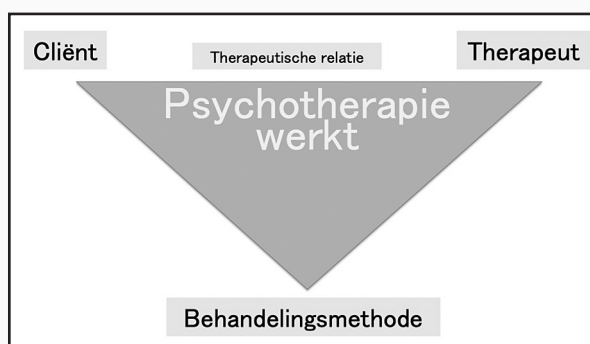
Het is natuurlijk vreemd dat het niet uitmaakt welk soort therapie je volgt. Dat is vooral vreemd omdat die therapieën inhoudelijk heel verschillend zijn: de therapeut van de ene richting stelt andere vragen dan die van de andere richting. Hij legt de oorzaak van je moeilijkheden vaak bij andere dingen en doet andere interventies. Bij de ene therapeut krijg je bepaalde huiswerkopdrachten terwijl je bij de andere vooral moet praten over je ervaringen en beleving. Bij de ene therapie ga je alleen, terwijl je bij de andere samen met je partner en je kinderen gaat. Maar anderzijds is het misschien toch niet zo vreemd dat het effect ongeveer gelijk blijft. Laten we het nog eens vergelijken met *Dafalgan*. *Dafalgan* is een pijnstiller met als werkzaam bestanddeel *paracetamol*. Maar er zijn andere pijnstillers die andere werkzame bestanddelen hebben: *niet-steroïde ontstekingsremmers* (NSAID's) bijvoorbeeld zijn het werkzame bestanddeel van *Nurofen* en *Ibuprofen*. Er zijn nog heel wat andere pijnstillende werkzame stoffen, tot cannabis en heroïne toe.

Misschien geldt dat ook voor psychotherapie: de bestanddelen van de vier theoretische richtingen zijn verschillend, maar ze hebben alle een gelijkaardig effect. De meeste wetenschappers zijn echter van oordeel dat er naast het specifieke van de vier effectieve therapeutische benaderingen ook niet-specifieke bestanddelen zijn die de werking van de vier therapieën kunnen verklaren. Misschien wordt een belangrijk deel van het werkzame van therapie immers verklaard door bestanddelen die ze – ondanks hun verschillen – toch gemeenschappelijk hebben. Dat is de hypothese van de *common factors* of de gemeenschappelijke factoren⁸. Sommige wetenschappers hangen heel strikt die hypothese aan en stellen dat de specifieke behandeling niet belangrijk is en dat de werkzaamheid van psychotherapie volledig verklaard wordt door de gemeenschappelijke factoren. Andere wetenschappers zijn gematigder. Volgens hen zijn gemeenschappelijke factoren wellicht samen met de specifieke behandelingsmethode verantwoordelijk voor de werkzaamheid van therapie. Op grond van de beschikbare wetenschappelijke evidentie lijkt die gematigde visie het meest aangewezen en kunnen we stellen dat de werkzame bestanddelen van psychotherapie de volgende zijn:

- de behandeling;
- de cliënt;
- de therapeutische relatie;
- de persoon van de therapeut.

Of om het anders te zeggen: het lijkt erop dat de werkzaamheid van therapie gezocht moet worden in de driehoek van werkzame factoren: cliënt-therapeut-behandeling.

Psychotherapie: de driehoek van werkzame factoren



Laten we dit schema even uit de doeken doen. Zoals hierboven aangehaald, is het wetenschappelijk voldoende aangetoond dat de *behandelingsmethode* een van de werkzame factoren van psychotherapie is. Het is echter niet de enige factor. Er is heel wat wetenschappelijke evidentie die erop wijst dat de kenmerken van *de cliënt* op zich mee bepalen in welke mate psychotherapie werkt. Therapie werkt immers bij sommige cliënten beter dan bij andere. Het spreekt daarbij vanzelf dat de ernst van de diagnose een rol speelt. Therapie heeft meestal meer effect bij een fobie dan bij een persoonlijkheidsstoornis. Verder weten we dat de motivatie van de cliënt heel belangrijk is: gemotiveerde cliënten hebben meer baat bij psychotherapie dan ongemotiveerde. Ook de mate waarin de cliënt sociale steun heeft, is van belang: hoe meer de cliënt gesteund wordt door familie en vrienden, hoe groter het effect van therapie. Deze en andere factoren die met de cliënt en zijn omgeving te maken hebben, beïnvloeden het resultaat van therapie enorm.

Dat kan op het eerste gezicht vreemd lijken, maar zo vreemd is het niet. Bij zowat alle medische interventies speelt de patiënt zelf een rol. Wat is de algemene gezondheid van de patiënt? Is de patiënt hoopvol of neerslachtig? Is de patiënt een roker of niet? Heeft de patiënt voldoende lichaamsbeweging? Al die vragen zijn belangrijk voor artsen om een inschatting te maken in welke mate een medische ingreep zal werken of niet (in medische taal heet dat 'prognose').

Onderzoek wijst verder ook op het belang van de kwaliteit van de *relatie* tussen de cliënt en de therapeut (ongeacht de specifieke therapeutische benadering)⁹. De kwaliteit van die relatie is voorspellend voor het effect van therapie¹⁰. 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 de kans klein dat de therapie helpend is.

Een andere belangrijke werkzame factor die gemeenschappelijk is voor de vier hoofdrichtingen, is de *persoon van de therapeut*. Ongeacht het soort therapie blijken sommige therapeuten effectiever te zijn dan andere.¹¹ Ook dat klinkt misschien vreemd. *Dafalgan* werkt ongeacht welke dokter het geneesmiddel voorschrijft. Maar psychotherapie is geen pilletje en wie de therapeut is, maakt wel degelijk uit.

De therapeut

Uit onderzoek komt naar voren dat het in termen van effectiviteit niet veel uitmaakt welke van de vier hoofdrichtingen van therapie je volgt, maar de specifieke therapeut blijkt wel cruciaal te zijn. Om het simpel te zeggen: er zijn goede en slechte therapeuten¹².

Toen men dat vaststelde, is men gaan bestuderen waarin goede therapeuten dan precies verschillen van slechte therapeuten¹³. Onderzoek wees uit dat het geslacht van de therapeut niet van belang is: mannelijke en vrouwelijke therapeuten zijn gemiddeld even goed. Ook leeftijd is niet belangrijk. Zelfs beroepservaring lijkt niet de verklaring te zijn voor het verschil tussen goede en slechte therapeuten. Het belangrijkste punt blijkt de mate te zijn waarin de therapeut flexibel is en erin slaagt met heel verschillende cliënten een goede therapeutische relatie aan te gaan¹⁴. Iedere therapeut kan wel met sommige cliënten werken, maar goede therapeuten kunnen met heel veel verschillende soorten cliënten werken, elk met hun specifieke bijzonderheden. Verder is het ook belangrijk dat de therapeut over faciliterende interpersoonlijke vaardigheden beschikt¹⁵: hij moet aansluiten bij het probleem zoals de cliënt het ervaart, hoopvol, warm en empathisch zijn, emotioneel expressief, enzovoort.

Psychotherapie als ambacht

Vanuit de academische psychologie wordt het *scientist-practitioner*-model naar voren geschoven als het ideaal. Volgens dat model moet de therapeut werken op een wetenschappelijk onderbouwde manier: *evidence-based* en hypothesetoetsend. Psychotherapie wordt in dat model voorgesteld als een beroep dat in de eerste plaats bestaat uit het toedienen van wetenschappelijk onderbouwde behandelingsmethoden.

Nogal wat therapeuten in de praktijk zien het anders: “Psychotherapie is niet zomaar het toepassen van wetenschappelijke kennis”, stellen ze. “Het is eerder een ambacht.” Wetenschappelijke kennis is niet onbelangrijk, maar voor therapeuten die in de praktijk staan, is het duidelijk dat dergelijke kennis alleen niet volstaat om goed werk te leveren als therapeut. Ze zullen er bijvoorbeeld op wijzen dat de relatie met de cliënt ook belangrijk is en niet enkel de behandelingsmethoden, hoe wetenschappelijk onderbouwd die ook zijn. Een goede therapeut moet flexibel zijn in de relatie met de cliënt en de therapeut is des te effectiever naarmate hij zich kan afstemmen op de unieke cliënt die voor hem zit.

Om zich in het vuur van de sessie goed af te stemmen op de cliënt die voor hem zit, moet de therapeut over zelfkennis beschikken en voldoende introspectief zijn. In de wetenschappelijke literatuur heet dat *self-awareness*¹⁶. De therapeut moet zich zoveel mogelijk bewust zijn van zichzelf, en hij moet niet enkel hypothesetoetsend werken maar ook intuïtief durven te handelen in het contact met de cliënt¹⁷.

Wanneer het woord *intuïtie* valt, worden heel wat academische psychologen onrustig en wantrouwig. Het klinkt onwetenschappelijk en subjectief, goeroeachtig en wazig. Dat wantrouwen is begrijpelijk, want nogal wat verdachte *healers* beroepen zich op hun intuïtie om hun vreemde praktijken te verantwoorden. Verder weten we uit wetenschappelijk onderzoek dat intuïtie vaak een slechte raadgever is. Maar in de context van de psychotherapeutische praktijk gaat ‘intuïtie’ vooral over een *intuïtief begrijpen* of aanvoelen van wat de cliënt beleeft. De therapeut is geëngageerd om zich in te leven in het lijden van de cliënt en tracht te begrijpen wat het worstelen met het leven voor de cliënt betekent¹⁸. De therapeut laat zijn expliciet denken even los om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de vaak verwarrende complexiteiten die de cliënt ervaart. Op zo’n moment staat niet de wetenschappelijke kennis van de therapeut centraal, maar wel diens mens-zijn. Het impliciet begrijpen van de therapeut – het hoeft niet noodzakelijk verwoord te worden – is troostend voor de cliënt en wordt vaak aangevoeld als ‘ik sta niet alleen’.

In een dergelijk proces van intuïtief begrijpen verwijst het woord ‘intuïtie’ naar de impliciete kennis van de therapeut, die zijn expliciete kennis aanvult. In de hedendaagse wetenschappelijke psychologie is er een herwaardering van impliciete en onbewuste cognitieve processen in het algemeen¹⁹ en van intuïtie in het bijzonder²⁰. Er zijn verschillende cognitieve *dual process*-theorieën die de complexiteit van dat proces kunnen vatten. Zo beschrijft Nobelprijswinnaar Daniel Kahneman twee cognitieve systemen die elkaar afwisselen in ons handelen²¹. Systeem 1 is een proces van automatisch, snel en intuïtief handelen. Het is een handelen dat responsief is op de omgeving, zich baserend op impliciete ingeslepen

kennis. Die kennis wordt ook *knowledge-in-action* genoemd²². Systeem 2 is een traag proces van bewust expliciet nadenken en alternatieven overwegen. In dat geval spreekt men soms van *reflection-in-action*²³. Beide systemen zijn van belang voor een optimaal professioneel functioneren. Een goed functionerende therapeut kan flexibel bewegen van intuïtieve responsiviteit naar expliciete reflectie en terug. De expliciete reflectie draagt bij tot het corrigeren van het intuïtieve handelen (systeem 1) wanneer blijkt dat het proces niet in de gewenste richting beweegt.

Dat illustreert opnieuw dat een therapeut in het therapeutische proces meer moet zijn dan enkel een technicus die wetenschappelijke kennis toepast. Hij moet niet enkel over voldoende wetenschappelijke kennis beschikken en zorgvuldig luisteren naar de cliënt, maar moet ook goed in contact blijven met zichzelf om te voelen wat het gesprek met hem doet en of het gesprek wel in de goede richting evolueert. Zo kan de therapeut in gevallen waarin het gesprek niet goed evolueert, onderzoeken of hij gehinderd wordt door gedachten of problemen die met hemzelf, niet met zijn cliënt, te maken hebben. Misschien moet zijn intuïtieve handelen in relatie met de cliënt bijgestuurd worden. Dat betekent dat de therapeut zichzelf goed moet kennen en zelfkritisch moet zijn. In de wetenschappelijke literatuur spreekt men van *professional self-doubt* of *PSD*²⁴. Onderzoek suggereert dat psychotherapeuten die, binnen een globaal positief gevoel van zelfwaarde als therapeut, zichzelf in vraag durven te stellen en durven te twijfelen aan zichzelf, betere resultaten halen met hun therapieën.

Klinische expertise

Het gezaghebbende Amerikaanse Institute of Medicine omschrijft *evidence-based practice* als de integratie van de beste onderzoeksevidentie met klinische expertise en de waarden van de cliënt²⁵. Het gaat dus niet enkel over wetenschappelijke evidentie over wat werkt en over de voorkeuren van de cliënt, maar ook over het inzetten van de klinische expertise van de therapeut.

Maar wat is klinische expertise? Volgens datzelfde Institute of Medicine verwijst het begrip naar het vermogen (*ability*) van de therapeut om klinische vaardigheid (*skill*) en beroepservaring te gebruiken om de cliënt in te schatten; zijn persoonlijke waarden, diens verwachtingen, diens mentale gezondheid, de kansen en risico's van specifieke interventies, ... Hoe dan ook is die klinische expertise belangrijk omdat de wetenschappelijke evidentie vaak erg algemeen is. Het is de opdracht van de therapeut om telkens weer te kijken naar de unieke cliënt en te evalueren hoe de wetenschappelijke evidentie het best ten dienste van de cliënt gesteld kan worden.

Soms wordt de klinische expertise van de psychotherapeut in de praktijk vertaald als *klinische wijsheid*. De Amerikaanse onderzoekster Heidi Levitt stelt op grond van haar onderzoek bij ervaren therapeuten dat klinische wijsheid veronderstelt dat de therapeut ambigüiteit en kwetsbaarheid kan verdragen²⁶. De therapeut moet het risico nemen *het-niet-te-weten*. Zo is het duidelijk dat wijsheid en kennis niet hetzelfde zijn en dat je om *wijs* te zijn, soms je *kennis* tussen haakjes moet zetten. De therapeut moet in de praktijk nu en dan zijn kennis in het achterhoofd houden om zich af te stemmen op de unieke cliënt. In het afstemmen op de cliënt is het belangrijk dat de therapeut, vanuit een erkenning van de *eigen* kwetsbaarheid, momenten van kwetsbaarheid van de cliënt in de sessie herkent en er zorgvuldig mee omspringt. Ook momenten van ambigüiteit in de communicatie van de cliënt met de therapeut zijn belangrijk. De therapeut moet die momenten opmerken en er responsief mee omgaan. De respectvolle nieuwsgierigheid van de therapeut kan een nuttig instrument zijn om samen met de cliënt te exploreren wat er in de complexiteit van de ambigüiteit allemaal speelt.

Het juiste spoor

Hij sprak me aan in de supermarkt.

“Dank je voor wat je voor mijn zoon hebt gedaan”, zei hij.

Ik herkende hem vaag, maar ik kon hem niet plaatsen.

Hij zag mijn verwarring en lichtte toe: “Mijn zoon Arne is jaren geleden bij jou in therapie geweest. Hij was toen 17. Hij wilde stoppen met school en verloor zichzelf in *computergames* en wiet.”

Toen herinnerde ik het me. De vader maakte zich zorgen over Arne, die zich op zijn kamer terugtrok en met wie hij geen contact kon krijgen. Vader wilde dat hij in therapie ging, maar de zoon wilde helemaal niets.

Ze kwamen samen voor een eerste sessie.

Ik vroeg Arne waar zijn moeder was.

“Thuis”, zei hij.

“Ze is depressief en wil het huis niet verlaten”, lichtte vader toe.

“Mmm”, zei ik en ik liet een stilte vallen.

Vader en zoon keken me vol verwachting aan.

“Misschien moeten we met de start van de therapie wachten tot moeder bereid is mee te komen?”

Ik schrok van mijn eigen woorden, die ik zonder veel nadenken had uitgesproken, maar ik zag de ogen van de jongen oplichten. Ik had iets gezegd dat hem raakte en daarom ging ik verder in dezelfde richting.

“Speelt ze ook computerspelletjes? Rookt ze wiet?” vroeg ik.

“Nee,” zei Arne, “maar ze zou beter wat wiet roken. Dat zou haar deugd doen.”

Na twee sessies met de zoon en de vader was de moeder bereid om mee in therapie te komen. We deden een zestal gezinstherapeutische sessies en daarna heb ik Arne nog een tijd individueel gezien. In die individuele sessies deden we eigenlijk weinig echt therapie. Het lag hem niet. Hij wilde niet praten over school of over wiet, en al zeker niet over zijn gevoelens. Maar hij had wel vertrouwen in mij. Dat voelde ik. Ik heb met hem gezocht naar wat hem interesseerde. Het bleek dat hij vroeger veel gevoetbald had en dat hij wel te motiveren was om te sporten. We hebben dan samen een loopprogramma opgezet. Het schema bestond uit drie wekelijkse loopsessies. In het begin van de therapie gewoon drie keer per week rustig joggen en op het einde één sessie van 30 minuten, één van 45 minuten en één van 60 minuten per week. Hij volgde nauwgezet het trainingsprogramma dat ik voor hem opstelde. Tijdens de therapiesessie bespraken we zijn vorderingen. Nu en dan hebben we ook over het gezin gepraat. Hij vertelde dat hij zich vaak zorgen maakte over zijn moeder, die zelfmoordgedachten had. Hij wilde dan niet naar school want hij wilde zoveel mogelijk bij haar zijn. Die gesprekjes waren wel belangrijk, maar het loopprogramma stond centraal in onze sessies. Hij voelde dat hij vorderingen maakte: hij liep geleidelijk sneller en was minder snel moe. Dat motiveerde hem. Ik voelde dat hij trots was op wat hij deed. Hij heeft uiteindelijk zijn humaniora afgemaakt. Toen hij aan de universiteit begon, hebben we de therapie gestopt. Ik weet niet of hij toen nog wiet gebruikte.

Daar stond ik met mijn supermarktmandje. Arnes vader zei: “Hij is in juni afgestudeerd als kinesitherapeut...”

Ik merkte dat hij ontroerd was.

“... en ik ben je heel dankbaar dat je hem op het juiste spoor hebt gezet.”

Dit boek

In dit boek vertellen therapeuten verhalen over hun werk. Het zijn ervaren therapeuten die al heel wat kilometers op hun teller hebben. Onderzoekers zouden zeggen dat ze zich in de *senior professional phase* bevinden²⁷. Ze hebben minstens 25 jaar ervaring als therapeut en de meesten hebben ook een deel van hun professionele carrière besteed aan lesgeven of schrijven over hun vak. Hun professionele ontwikkeling komt naar voren als een levenslang proces waarin ze continu blijven nadenken over hun vak en over wat het betekent therapeut te zijn.

We hebben voor dit boek ervaren therapeuten als gesprekspartners gekozen – ze waren allemaal ouder dan hun gesprekspartners – omdat zij met enig overzicht kunnen vertellen over de wijze waarop ze als persoon met hun beroep zijn omgegaan en hoe ze een evenwicht hebben gevonden tussen hun professionele zelf en hun persoonlijke zelf. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt vooral dát de uitdaging te zijn voor therapeuten²⁸. Verder toont onderzoek ook aan dat ervaren therapeuten in hun werk een soort evenwicht gevonden hebben tussen de persoon die ze zijn en hun professioneel functioneren²⁹. Ze hebben doorgaans geen spijt van hun beroepskeuze. Ze vinden het een mooi beroep en zijn dankbaar dat ze het hebben mogen uitoefenen.

Noten

- 1 Sussman, M.B. (1995). *A perilous calling: The hazards of psychotherapy practice*. New York (NY): Wiley.
- 2 Figley, C.R. (2008). Compassion fatigue: Therapists chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441.
- 3 Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist, countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton & Company.
- 4 Simionato, G.K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1431-1456.
- 5 Rønnestad, M.H., & Skovholt, T.M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York: Routledge.
- 6 Lambert, M.J. (Ed.) (2013). *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th Ed.). New York: Wiley.
- 7 Zie bijvoorbeeld: Milton, J., & Wiseman, R. (1999). Does psi exist? Lack of replication of an anomalous process of information transfer. *Psychological Bulletin*, 125, 387-391.
- 8 Zie bijvoorbeeld:
 - Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S. (Eds.) (1999). *The heart and soul of change*. Washington, DC: The American Psychological Association.
 - Wampold, B.E. (2010). The research evidence for common factors models. A historically situated perspective. In B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy* (2nd Ed.; pp. 49-81). Washington, DC: APA Press.
- 9 Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2018). Psychotherapy relations that work III. *Psychotherapy*, 55, 303-315.
- 10 Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.S., & Horvath, A.O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55, 316-340.
- 11 Castonguay, L.G., & Hill, C.E. (Eds) (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 12 Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M.J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists and the law of variability. In L.G. Castonguay, & C.E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 13-36). Washington, DC: American Psychological Association.

- 13 Bijvoorbeeld:
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H. Noble, S. et al. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th Ed.; pp. 227-306). New York: Wiley.
 - Baldwin, S.A., & Imel, Z.E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th Ed.; pp. 258-297). New York: Wiley.
- 14 Wampold, B.E., Baldwin, S.A., Holtforth, M.G., & Imel, Z.E. (2017). What characterizes effective therapists? In L.G. Castonguay, & C.E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 37-53). Washington, DC: American Psychological Association.
- 15 Wampold, B.E., Baldwin, S.A., Holtforth, M.G., & Imel, Z.E. (2017). What characterizes effective therapists? In L.G. Castonguay, & C.E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 37-53). Washington, DC: American Psychological Association.
- 16 Aveline, M. (2005). The person of the therapist. *Psychotherapy Research*, 15(3), 155-164.
- 17 Aveline, M. (2005). The person of the therapist. *Psychotherapy Research*, 15(3), p. 160.
- 18 Aveline, M. (2005). The person of the therapist. *Psychotherapy Research*, 15(3), p. 161.
- 19 Zie bijvoorbeeld: Dijksterhuis, A.P. (2007). *Het slimme onbewuste. Denken met gevoel*. Amsterdam: Prometheus.
- 20 Bijvoorbeeld:
- Kahneman, D., & Klein, G. (2009). Conditions for intuitive expertise: A failure to disagree. *American Psychologist*, 64(6), 515-526.
 - Klein, G. (2017). *Sources of power: How people make decisions*. Cambridge: MIT Press.
- 21 Kahneman, D. (2011). *Thinking fast and slow*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- 22 Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- 23 Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- 24 Wampold, B. (2017). What should be practice? A contextual model for how psychotherapy works. In T. Rousmaniere, R.K. Goodyear, S.D. Miller, & B.E. Wampold (Eds.), *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training* (pp. 49-66). Hoboken, NJ: Wiley Blackwell.
- 25 Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 132, 71-72.
- 26 Levitt, H.M., & Piazza-Bonin, E. (2016). Wisdom and psychotherapy: Studying expert therapist' clinical wisdom to explicate common processes. *Psychotherapy Research*, 26, 31-47.
- 27 Rønnestad, M.H., & Skovholt, T.M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York: Routledge.
- 28 Zie bijvoorbeeld:
- Orlinsky, D.E., & Rønnestad, M.H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
 - Rønnestad, M.H., & Skovholt, T.M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York: Routledge.
- 29 Rønnestad, M.H., & Skovholt, T.M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York: Routledge.