

Samenvatting

Evidence-based behandelingen zijn voor veel patiënten effectief. Er is echter een aanzienlijk aantal patiënten dat niet profiteert, voortijdig de behandeling afbreekt of na de behandeling terugvalt. Eventuele stagnaties in de therapeutische alliantie signaleren en repareren kan een bijdrage leveren aan de effectiviteit van behandelingen. Dit artikel beschrijft twee typen relatiebreuken – ontwijkende en confronterende – en hoe deze kunnen worden herkend en gerepareerd volgens het resolutiemodel van Safran en Muran.¹ Daarnaast kan het exploreren van de breuken in de therapeutische relatie benut worden voor het bewerken van relationele kernthema's. Bij ontwijkende relatiebreuken gaat het daarbij meestal over het onvoldoende serieus nemen van de eigen gevoelens en verlangens. Bij confronterende relatiebreuken betreft het vaak het vermijden van de eigen kwetsbaarheid en daarmee ook van werkelijke intimiteit in contacten. De benadering is integratief en interactioneel. Uit onderzoek blijkt dat dit significant effect heeft op het verminderen van voortijdig beëindigen van de behandeling door de patiënt.

De eerste bevindingen doen vermoeden dat behandeling die in geval van stagnaties voorrang geeft aan het bewerken daarvan leidt tot een beter behandelresultaat, zowel wat betreft de samenwerking als symptoomreductie, dan het vasthouden aan de specifieke behandeltechniek.



Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- > weet u hoe u uw interactioneel kompas kunt ontwikkelen en benutten;
- > kunt u signalen herkennen die kunnen wijzen op verstoringen in de therapeutische interactie;
- > weet u wat er bedoeld wordt met vermijdende en confronterende relatiebreuken binnen de therapeutische relatie;
- > bent u op de hoogte van principes van metacommunicatie bij het bewerken van relatiebreuken.

Trefwoorden

relatiebreuk, therapeutische relatie, metacommunicatie, interactioneel kompas

Marijke Baljon

Drs. M.C.L. Baljon, klinisch psycholoog-psychotherapeut; eigen praktijk voor psychotherapie en coaching; hoofddocent, supervisor en leertherapeut in het kader van de beroepsopleidingen tot GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut

Het repareren van relatiebreuken als therapeutische taak¹

Inleiding

Het vestigen en onderhouden van de therapeutische relatie vraagt in elke vorm van psychotherapie voortdurend aandacht. Uit onderzoek blijkt dat er al vroeg in de behandeling (eerste vijf sessies) een verband is tussen de alliantie en het therapieresultaat. Dit is onafhankelijk van het soort behandeling.² Bij de beoordeling van de kwaliteit van de alliantie blijkt in de beginfase het perspectief van de patiënt een betere voorspeller dan dat van de therapeut. Van belang is de bevinding dat het positieve oordeel van de patiënt correleert met behandelingsucces² en het negatieve patiëntoordeel met eenzijdige beëindiging van de behandeling door de patiënt.³

¹ Dit artikel is een bewerking van Baljon M. Het hanteren van relatiebreuken. In: Colijn S, Snijders H, Thunnissen M, Bögels S, Trijsburg W. Leerboek psychotherapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2009. p. 437-47.

Een mogelijke verklaring voor het verschil in beoordeling van therapeut en patiënt is, dat lastige gevoelens door patiënten vaak niet of indirect worden geuit. Om voortijdige beëindiging van de therapie te voorkomen, is het daarom belangrijk vanaf het begin oog te hebben voor ambivalenties binnen de therapeutische relatie. Als er problemen in de relatie ontstaan, heeft het repareren daarvan prioriteit boven het specifieke focus van de behandeling. Safran en Muran¹ ontdekten dat het onderkennen en bewerken van dergelijke relatiebreuken een versnellende werking heeft op het therapeutische proces. Ook verminderde daardoor de drop-out.

Het interactioneel kompas

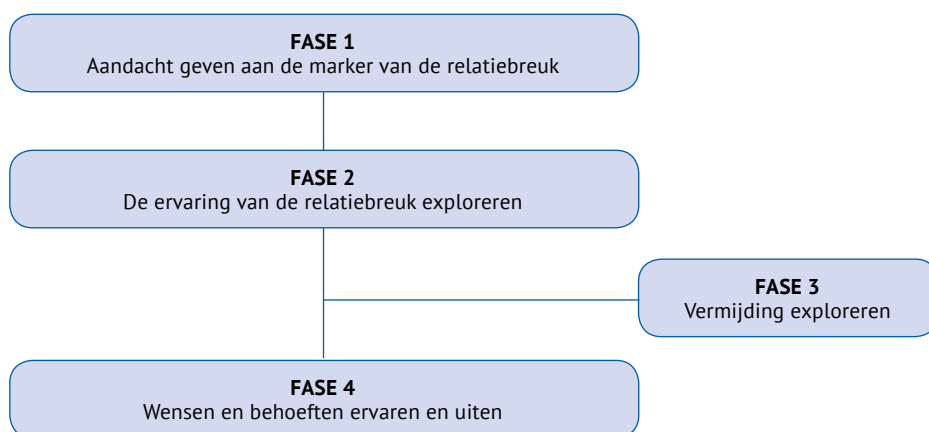
Relationele verstoringen komen binnen een psychotherapie meestal in verholde vorm naar voren. Het onderkennen daarvan vraagt daarom een constante alertheid van de therapeut. We kunnen ervan uitgaan dat patiënten zowel positieve als negatieve gevoelens hebben rond het in therapie zijn/gaan. Patiënten zoeken enerzijds verlichting van hun lijden, maar zijn tegelijkertijd bang voor verandering. Door lastige gevoelens als pijn, woede, schaamte, schuld en angst kunnen ze zich afsluiten voor beïnvloeding door de therapeut. Om deze afweer op te merken, let de therapeut niet alleen op wat de patiënt vertelt. Non-verbale signalen zeggen vaak veel meer. Als therapeut kunt u de signalen van relatiebreuken op het spoor komen, door tijdens de therapiegesprekken voortdurend

alert te zijn op wat de patiënt met u doet. Dat vraagt van de therapeut dat hij goed in contact is met de eigen beleving. Dit wordt ook wel aangeduid als *therapeutische presentie* of een houding van *mindfulness in actie*.⁴ Dit betekent dat de therapeut zich volledig op het moment richt en zich openstelt voor zowel de eigen ervaring als die van de patiënt. Het is daarbij van belang dat hij uitfiltert wat van hemzelf is en wat wordt opgeroepen door het gedrag van de patiënt. Zo kan de therapeut de eigen gewaarwordingen benutten om inzicht te krijgen in de interactionele stijl van de patiënt, als ware het een *interactioneel kompas*. Safran en Muran¹ noemen daarvan vier aspecten:

1. *Bewustzijn van gevoelens, beelden en fantasieën, die de patiënt bij u oproept.* Het is belangrijk deze eigen ervaringen zorgvuldig te exploreren, alvorens er een interventie op te baseren.
2. *Bewustzijn van actietendensen.* Bijvoorbeeld de neiging om met de patiënt in discussie te gaan of om de patiënt adviezen te geven.
3. *Bewustwording, achteraf, van eigen reacties.* Vaak wordt u zich pas achteraf bewust van de impact die de ander heeft. Er blijft iets bij u hangen of u realiseert zich hoe u hebt gereageerd, bijvoorbeeld door u te gaan rechtvaardigen als reactie op de kritiek van de patiënt.
4. *Onderkennen van het interpersoonlijk appel van de patiënt.* Bijvoorbeeld: u merkt dat tijdens het gesprek uw gedachten steeds afdwalen. U gaat zich realiseren dat dit te maken heeft met de manier waarop de patiënt gewoonlijk praat: vaag en monotoon.

Tabel 1 Voorbeelden van markers van relatiebreuken (Safran en Muran, p. 142).¹

ontwijking	confrontatie
<i>Ontkenning van gevoelens van boosheid.</i> Dit terwijl die voor de therapeut duidelijk aanwezig zijn.	<i>Klagen over de therapeut als persoon.</i> De patiënt klaagt over de gereserveerde opstelling van de therapeut en noemt hem te passief.
<i>Minimale reacties.</i> De patiënt reageert met korte, afgemeten antwoorden op open, explorerende vragen van de therapeut.	<i>Deskundigheid van de therapeut.</i> De patiënt vindt de opmerkingen van de therapeut zinloos en stelt de bekwaamheid van de therapeut ter discussie.
<i>Veranderen van onderwerp.</i> De patiënt exploreert een onderwerp en verlegt dan plotseling zijn aandacht naar iets wat daar weinig mee te maken heeft.	<i>Therapeutische technieken.</i> De patiënt raakt geïrriteerd door vragen over innerlijke belevingen en vraagt zich hardop af wat daar het nut van is.
<i>Rationalisaties.</i> De patiënt bespreekt een pijnlijke ervaring rationeel en afstandelijk.	<i>Twijfels uiten over het in therapie zijn.</i> De patiënt uit twijfels over de voortzetting van de therapie.
<i>Oeverloze verhalen.</i> De patiënt vertelt overdreven uitvoerig verhalen of anekdotes om een ervaring toe te lichten	<i>De praktische aspecten van de therapie.</i> De patiënt klaagt over de therapietijd.
<i>Spreken over anderen.</i> De patiënt vertelt uitvoerig over andere mensen en wat ze allemaal doen.	<i>Voortgang van de therapie.</i> Bijvoorbeeld, de patiënt klaagt over het uitblijven van duidelijke resultaten van de therapie.



Figuur 1 Fasemodel voor het bewerken van relatiebreuken (p. 249)⁵

Markers voor relatiebreuken

Safran en Muran¹ onderscheiden twee soorten relatiebreuken: ontwijkende en confronterende. Beide kunnen gezien worden als een angstvermijdende oplossing. In geval van *ontwijking* geven patiënten voorrang aan het in contact blijven met de therapeut boven hun behoefte aan zelfbeschikking. Bij de *confronterende* relatiebreuken gaan patiënten het conflict aan ten koste van de verbondenheid met de therapeut. In tabel 1 staat een aantal *markers*, ook wel processignalen genoemd, die op relatiebreuken kunnen wijzen, met steeds een voorbeeld.

Het gefaseerd bewerken van ontwijkende relatiebreuken

Fase 1 Aandacht geven aan de relatiebreuk

Als de therapeut merkt dat hij ingezogen raakt in het interactioneel appel van de patiënt, is de eerste taak zich hieruit los te maken. Hij doet dit door een neutrale meta-positie in te nemen. Daardoor raakt de stereotiepe interactie *ontkoppeld*. Vervolgens vestigt de therapeut de aandacht van de patiënt op wat er gebeurt door er vanuit de eigen beleving over te gaan praten:

T. 'Ik merk dat mijn gedachten afdwalen. Ik weet niet precies wat er aan de hand is, maar ik denk dat het iets te maken zou kunnen hebben met iets afstandelijks in jouw stem. Heb jij enig idee wat er voor jou speelt op dit moment?'

Een dergelijke interventie kan confronterend zijn voor de patiënt. Het is daarom van belang dat de therapeut dergelijke opmerkingen duidelijk markeert als een indruk van hemzelf en dat hij ervoor openstaat hoe dit bij de patiënt overkomt:

T. 'Ik zie dat je ervan schrikt als ik dit zeg. Misschien zit ik er ook naast. Ik ben er benieuwd hoe jij dit gesprek tot nu ervaart.'

Als reactie hierop zou de patiënt kunnen toegeven dat hij zich terugtrekt uit het contact, bijvoorbeeld omdat hij zich gekwetst heeft gevoeld door iets wat de therapeut zojuist zei. Vaak praten patiënten over negatieve gevoelens in algemene termen, om het conflict met de therapeut te vermijden. De taak van de therapeut is dan de patiënt te helpen zich specifieker uit te drukken.

Bijvoorbeeld: de patiënt klaagt over hulpverleners in het algemeen. In reactie hierop brengt de therapeut het gesprek op de actuele situatie:

T. 'Als je ervoor openstaat, zou ik je willen vragen om eens uit te proberen hoe het is als je dit persoonlijk maakt...'

Wat je daarnet zei over hulpverleners in het algemeen: is dat ook op mij van toepassing?'

Fase 2 De ervaring van de relatiebreuk exploreren

In deze fase begint de patiënt zich voorzichtig te uiten. Hij zwakt zijn eigen woorden vaak nog af:

P. 'Ik ben een beetje geïrriteerd, maar dat stel niet veel voor.'

In deze fase komt de patiënt in contact met onderliggende verlangens, die in principe assertief zijn en daardoor vermengd zijn met boze gevoelens. Patiënten kunnen echter bang worden van hun eigen boosheid, wat hen weer remt om hun gevoelens werkelijk serieus te nemen. In dit stadium is het de taak van de therapeut om de patiënt te helpen zich verder te uiten. Als de patiënt zich ambivalent toont, valideert de therapeut beide kanten en richt zich vervolgens op de aspecten, waar patiënt het moeilijk mee heeft.

Twee voorbeelden van dit type interventie:

T. 'Ik begrijp dat je er onzeker over bent of dat wat je dwars zit wel belangrijk genoeg is. Als je er verder op in wilt gaan, wil ik er graag meer over horen.'

T. 'Het klinkt alsof er twee kanten in je zijn. De ene kant vindt dat het niets voorstelt, maar de andere kant heeft er last van. Ik zou willen voorstellen dat je de kant die vindt dat het niets voorstelt even parkeert en me wat meer vertelt vanuit de kant die er last van heeft.'

Een tweede type interventie is de patiënt feedback geven over de manier waarop hij zijn eigen uitspraken ontkracht:

T. 'Ik krijg het gevoel dat je een begin maakt met het uiten van negatieve gevoelens, maar dat je vervolgens direct weer op de rem trapt.'

Als de patiënt dit herkent, kan een volgende interventie zijn:

T. 'Heb je enig idee wat voor risico je loopt als je recht voor zijn raap zegt hoe je het ervaart?'

Een derde type interventie is het voorstellen van een experiment. De therapeut oppert een hypothese omtrent de behoefte die vermeden wordt en nodigt de patiënt uit om die direct te uiten:

P. 'Ik ben een beetje gefrustreerd dat het zo langzaam gaat, maar ik weet dat er geen magische oplossing is.'

T. 'Ik vraag me af of je een experiment wilt wagen. Probeer eens tegen me te zeggen: "Ik wil meer!"'

P. 'Dat kan ik niet zeggen.'

T. 'Waarom niet? Wat gebeurt er met je wanneer je je voorstelt dat je dat zou zeggen?'

P. 'Dan voel ik me kinderachtig.'

Van hieruit leidt de therapeut de patiënt naar het exploreren van zijn harde, afwijzende houding ten opzichte van zijn eigen behoeften. Dat kan hij doen vanuit zijn eigen referentiekader. Een psychodynamisch georiënteerde psychotherapeut legt wellicht iets andere accenten dan iemand die werkt vanuit cognitieve therapie, de schematherapie of de persoonsgerichte, experiëntiële benadering.

Fase 3 Vermijding exploreren

Het is onvermijdelijk dat er tijdens het bewerken van de relatiebreuk blokkades optreden. De patiënt neigt ertoe de emoties die tijdens het proces naar voren komen, te ontwijken. Er zijn twee subtypen te herkennen. Het eerste komt voort uit de verwachting dat de ander negatief zal reageren als de patiënt zal tonen hoe deze zich werkelijk voelt. Als een dergelijke vermijding optreedt, is het belangrijk om de verwachtingen en overtuigingen die de patiënt remmen, zorgvuldig en empathisch te exploreren. Het tweede subtype vermijding komt voort uit zelfkritiek. De therapeut kan deze zelfkritiek vanuit zijn eigen referentiekader bewerken.

Fase 4 Uitdrukking geven aan onderliggende behoeften en gevoelens

In deze fase uit de patiënt onderliggende behoeften. Dit gaat nu verder dan in fase 2. In fase 2 heeft het uitdrukken van behoeften vaak een verontschuldigende of verongelijkte toonzetting. Er klinkt zelfkritiek in door of de verwachting dat de behoeften toch wel niet beantwoord zullen worden. In fase 4 is er een begin van acceptatie van de eigen verantwoordelijkheid voor verlangens en behoeften, in plaats van de verwachting dat de ander automatisch weet wat je nodig hebt en bereid is daarin te voorzien. Zodra de patiënt op deze manier behoeften en wensen begint te uiten is het belangrijk dat u als therapeut empathisch en zonder te oordelen reageert. Dit is voor de patiënt een corrigerende ervaring, omdat hij er meestal impliciet van uitgaat dat er afwijzing volgt op het uiten van behoeften.

Het bewerken van confronterende relatiebreuken

Kritische en agressieve belevingen van patiënten zijn moeilijk te verdragen. Het is onvermijdelijk dat bij therapeuten gewone menselijke reacties opkomen als ergernis en afweer. Als therapeut dient u bereid te zijn om het eigen aandeel in confronterende interacties met de patiënt onder ogen te zien. Dat maakt het mogelijk om samen met de patiënt te onderzoeken wat er tussen u beiden speelt. Het fasemodel voor het bewerken van confronterende relatiebreuken is vergelijkbaar met dat voor ontwijkende. Er zijn echter belangrijke accentverschillen. In geval van intense agressie bij de patiënt, kan het ontkoppelen van de confronterende interactie een taai en langdurig proces zijn. In fase 2 ligt de nadruk op het verhelderen van patiënt's interpretatie van de situatie en minder op het bevorderen van het uiten van de eigen belevingen. De behoeften die in het eindstadium naar voren komen liggen meer op het vlak van een verlangen naar koestering en contact dan van verlangen naar individualiteit. Ten slotte wordt er bij de vermijding een onderscheid gemaakt tussen het vermijden van agressie en het vermijden van kwetsbare gevoelens.

Fase 1 Markers van confronterende relatiebreuken bespreekbaar maken

Zoals aangegeven in tabel 1 zijn de markers van een con-



fronterende relatiebreuk meestal vormen van directe of indirecte kritiek op de therapie of de therapeut. Het is voor de therapeut vrijwel onmogelijk om hierop niet enigszins defensief te reageren. Als de interactie een vijandig karakter krijgt, heeft het exploreren van het interactiepatroon de eerste prioriteit. De eerste stap is door metacommunicatie de vicieuze cirkel van agressie en tegenagressie te doorbreken. Dit kan bijvoorbeeld door de klem waar u als therapeut inzit als een dilemma aan de patiënt voor te leggen:

T. 'Ik voel druk om jou ervan te overtuigen dat ik je kan helpen, maar tegelijkertijd krijg ik het gevoel dat ik niets kan zeggen wat jou kan overtuigen...'

Fase 2 De ervaring van de confronterende relatiebreuk exploreren

Metacommunicatie heeft verschillende functies. Ten eerste kan het de therapeut helpen om innerlijke ruimte terug te winnen. Wanneer intense boosheid op therapeuten afkomt, kunnen ze verlamd raken door hun eigen innerlijke strijd met betrekking tot agressieve gevoelens. Daardoor ontbreekt hun de ruimte om te reflecteren op de interactie. Er is een tweeledig bewustzijn nodig om de situatie tegelijkertijd te beleven en hem te observeren. Door eenvoudigweg aspecten van uw eigen ervaring te verwoorden, *het onzegbare te zeggen*, kan het proces op gang komen, waardoor u als therapeut bevrijd wordt en uw innerlijke ruimte hersteld wordt. De eenvoudigste manier is iets over de eigen beleving te zeggen:

T. 'Ik voel me aangevallen, en op een bepaalde manier boos, maar ik durf dat niet te tonen, omdat ik bang ben dat het dan tussen ons gaat escaleren.'

Hiermee krijgt de patiënt feedback over de impact van zijn gedrag op een ander. Vooral als de negatieve gevoelens indirect geuit werden, kan dit de patiënt helpen zich bewust te worden van deze gevoelens. Bovendien geeft de therapeut hiermee de gezonde boodschap dat over agres-

sieve gevoelens gewoon gepraat kan worden, zonder destructieve gevolgen. Door zelfonthulling met betrekking tot de invloed die de patiënt op u heeft, stelt u zich kwetsbaar op. Dit verzacht vaak de boosheid. Dit geeft de patiënt meer ruimte om naar zijn eigen aandeel te kijken. De therapeut helpt hem vervolgens de beleving te verwoorden. Dit bevordert dat de patiënt zich zijn eigen gedrag meer kan toe-eigenen

Door het bespreken van de gevoelens in het hier en nu, waarbij therapeut en patiënt uitwisselen hoe ze de interactie ervaren hebben, komt er ruimte om de interpretatie die de patiënt geeft van de situatie nader te onderzoeken. Bijvoorbeeld: een patiënt vond dat de therapeut onvoldoende rekening met hem hield, toen hij een afspraak verzette. De therapeut gaf toe dat hij zijn eigen belangen had laten voorgaan. Dit gaf ruimte aan de patiënt om te verwoorden dat hij zich zorgen maakte of de therapeut wel voldoende zorgzaam voor hem was. Daarna werd het mogelijk om stil te staan bij het wantrouwen van patiënt in dit opzicht. Soms is het voldoende als de therapeut de patiënt op deze manier helpt zijn gevoelens te exploreren en ze vervolgens empathisch valideert. Vaak is het nodig om onderliggende, kwetsbare behoeften nader te exploreren (fase 4).

Fase 3 Vermijding exploreren

Bij confronterende relatiebreuken is het belangrijk oog te hebben voor zowel het ontwijken van agressie als voor het ontwijken van kwetsbare gevoelens. U doet dit door voortdurend op subtiele veranderingen in de emotionele toestand van de patiënt te letten. Zelfs patiënten die openlijk vijandig zijn, ervaren momenten van angst, schuld of schaamte over het uiten van agressieve gevoelens. Ze proberen dan vaak de schade te beperken door hun acties te rechtvaardigen of diffuser te maken door ze te veralgemeniseren.

Als u als therapeut overspoeld wordt door uw eigen emotionele reactie op de agressie van de patiënt, is het moeilijker om deze verschuivingen in de beleving van de patiënt op te merken. Daarom is het belangrijk als therapeut manieren te ontwikkelen om het eigen angstniveau te reguleren, bijvoorbeeld met behulp van mindfulness. Vervolgens gaat u terug naar fase 2.

Tijdens het bewerken van confronterende relatiebreuken komen patiënten op een goed moment in contact met kwetsbare gevoelens. Dit maakt angstig en patiënten vallen regelmatig terug op de vertrouwde agressieve toestand. Als dit gebeurt, is het helpend als de therapeut deze verschuiving opmerkt en aan de patiënt voorlegt. Bijvoorbeeld:

T. 'Ik heb de indruk dat je in contact kwam met iets van verdriet en toen opeens terecht kwam in een harder, meer agressief gevoel. Merkte je dat?'

P. 'Eh, ja, nu je het zegt...'

T. 'Heb je enig idee wat er in je omgving net voordat het gebeurde?'

In het begin vinden patiënten het moeilijk dit op te merken en er bij stil te staan. Door herhaling kunnen ze dat in de loop van de tijd leren.

Fase 4 Uitdrukking geven aan onderliggende behoeften en gevoelens

Het duurt vaak lang en vraagt veel geduld van de therapeut voor de patiënt in contact komt met de behoeften en verlangens, die achter de agressie schuilgaan. In extreme gevallen lukt dat nooit. Het is belangrijk om als therapeut consistent te tonen dat u bereid bent serieus te nemen waar het de patiënt werkelijk om gaat. Het voortdurend valideren van het gezichtspunt van de patiënt, de bereidheid om het eigen aandeel in de interactie toe te geven en het vermogen om overeind te blijven bij de agressie van de patiënt zijn hierbij essentieel. In deze laatste fase is er iets veranderd in de therapeutische relatie. De patiënt heeft voldoende vertrouwen gekregen in de therapeut om deze toe te laten bij pijn en verdriet die samenhangen met de ervaren wanhoop. Het toelaten van de zorg en het begrip van de therapeut kan een belangrijke nieuwe ervaring zijn voor de patiënt.

Casus

Petra (49) is in therapie vanwege sociale isolatie en samenwerkingsproblemen op haar werk. Ze is anderhalf jaar geleden ziek gemeld wegens burn-out. Ze is inmiddels een

jaar in therapie. Tijdens de sessies is al meerdere keren aan de orde geweest dat als ze haar agressie uit, de therapeut niet op een manier reageert waardoor ze zich geholpen voelt. De therapeut legt haar voor dat als ze probeert haar agressie te verbergen, ze zich wrokkig voelt. Daarom weet ze niet of ze al dan niet zal beginnen over wat haar dwars zit. De therapeut moedigt haar aan zich toch maar uit te spreken.

P. 'We hebben het hier eerder over gehad en het brengt ons nergens.' (confrontatiemarker)

T. 'Hmm, dus het voelt zinloos!' (T. start de exploratie van het interpersoonlijk schema)

P. 'Ja, ik kan me niet permitteren om zo door te gaan, het zo te laten...'

T. 'Ik hoor echte wanhoop in wat je zegt.'

P. 'Ja, dat geloof ik ook. Ik ben nu al anderhalf jaar uit mijn werk en mensen beginnen zich af te vragen wat er in hemelsnaam met me aan de hand is. We hebben hier af en toe een goed gesprek gehad, maar ik heb nog steeds niet het gevoel dat er iets verandert.'

T. 'Wil je me iets vertellen over je wanhoop?'

P. 'Ik weet het niet. Ik probeer er niet aan te denken.' (vermijding van de kwetsbaarheid)

T. 'Wat zou er gebeuren als je daar nu met mij dieper op in zou gaan?'

P. 'Ik zou me nog hopeloziger gaan voelen, en dan vind ik mezelf zwak en zielig.'

T. 'Hm. Dus er is iets erg ongemakkelijks rond het met mij bespreken van je hopeloze gevoelens.'

P. 'Ja, ik weet niet zeker of ik erop vertrouw dat je er dan voor me bent.' (haar stem breekt; overgang naar kwetsbaarheid)

T. 'Wat ervaar je nu?'

P. 'Ik ben verdrietig.'

T. 'Kun je me meer vertellen over dat verdriet?'

P. 'Ik voel me gekwetst en alleen, en ik weet niet waar ik daarmee heen moet.' (ze begint te huilen)

Principes van metacommunicatie

Uit voorgaande voorbeelden blijkt dat het met de patiënt in gesprek gaan over wat er in het hier en nu van de therapieessessie gebeurt het belangrijkste principe is voor het bewerken van relatiebreuken. We noemen dit metacommunicatie. De belangrijke principes hiervan zijn weergegeven in tabel 2.

Overdrijf niet. Soms is er een simpel misverstand, dat met gezond verstand opgelost kan worden. Ook kan er sprake zijn van onduidelijkheid over de door de therapeut inge-

Tabel 2 Principes van metacommunicatie; vrij naar Safran en Kraus.⁶

	principes van metacommunicatie	voorbeeld
1.	<i>Exploreer voorzichtig en bekwaam.</i> Benadruk de eigen subjectiviteit.	Als een patiënt op een vraag van de therapeut tekenen van angst of spanning vertoont (bijvoorbeeld een diepe zucht, plotselinge verandering van de houding), kan de therapeut op de volgende manier reageren: 'Ik heb gemerkt dat je zuchtte en vervolgens abrupt van onderwerp veranderde, juist nu ik een vraag stel over je vrouw. Ik vraag me af of je je door deze vraag ongemakkelijk voelt, of misschien boos. Ik kan er natuurlijk naast zitten, maar ik vraag me af of dit misschien met elkaar te maken heeft...?'
2.	<i>Trek niet te snel parallellen met andere relaties.</i> Patiënten kunnen dit als een beschuldiging ervaren. De nadruk dient te liggen op het verkennen van de innerlijke ervaring van de patiënt in het hier en nu.	
3.	<i>Neem de verantwoordelijkheid voor uw eigen bijdragen aan de interactie, open en zonder in de verdediging te gaan.</i>	Bijvoorbeeld, als de therapeut zich ervan bewust wordt dat zijn opmerking kritisch of beschuldigend van toon was, kan hij zeggen: 'Ik ben me ervan bewust dat ik zonet hard of ongeduldig kan hebben geklonken. Ik vraag me af of je dat ook zo hebt ervaren.'
4.	<i>Start in het hier en nu.</i> Metacommunicatie moet gebaseerd zijn op de waarneming van de therapeut in het moment. Wat waar is in een sessie kan onwaar zijn in de volgende, en wat waar is aan het begin van een sessie hoeft later in dezelfde sessie niet waar te zijn.	De therapeut kan het beste specifieke feedback geven met betrekking tot directe ervaring met de patiënt: 'Op dit moment heb ik het gevoel dat je erg voor me op je hoede bent.' Of: 'Als je spreekt, krijg ik een gevoel van buitengesloten zijn, net alsof je me wegduwt. Herken je daar iets van?'
5.	<i>Focus op wat concreet en specifiek is.</i> Richt waar mogelijk vragen, opmerkingen en commentaar op concrete voorvallen in het moment in plaats van op algemeenheden. Dit bevordert een belevingsgericht bewustzijn in plaats van abstracte, intellectualistische speculaties.	'Ik voel je van mij wegtrekken op dit moment. Heb je daar zelf enig besef van?' Bij het geven van feedback, liever niet zeggen: 'Je neigt tot een zeer abstracte manier van spreken.' Beter is: 'Wat je nu zegt is wat abstract voor me.'
6.	<i>Evalueer en exploreer de reacties van patiënten op interventies.</i> Therapeuten dienen de kwaliteit van de reacties van patiënten op hun interventies steeds te volgen. Indien de interventie leidt tot een afname van betrokkenheid dan is het zaak om te onderzoeken hoe de patiënt de interactie ervaart.	'Ik probeer je een antwoord te geven, maar ik heb het gevoel dat er op dit moment niets is wat ik kan zeggen, waarmee je echt tevreden zou kunnen zijn; herken je dat?'
7.	<i>Wees alert op de relationele betekenis van elke interventie voor zowel de patiënt als de therapeut.</i> De impact van elke interventie wordt gemedieerd door haar relationele betekenis.	Een patiënt met een opdringerige moeder kan elke poging van de therapeut om haar beleving te exploreren als storend ervaren. Als een therapeut gefrustreerd wordt door zijn patiënt, kan een interpretatie die op zichzelf zorgvuldig is, toch door de patiënt als kritisch ervaren worden.
8.	<i>Creëer een 'wij-gevoel' van samenwerking.</i> Patiënten voelen zich vaak alleen tijdens een relatiebreuk. De therapeut streeft ernaar een bondgenoot te worden, die de patiënt steunt in zijn of haar strijd, in plaats van weer een eindeloze opeenvolging van figuren die de patiënt niet begrijpen.	'Volgens mij hebben we een gedeeld dilemma. Ik heb het gevoel dat we allebei erg ons best doen, maar op de een of andere manier zitten we vast.'
9.	<i>Exploreer uw eigen ervaring en deel deze eventueel met beleid met de patiënt.</i> Therapeuten kunnen het gevoel hebben vast te zitten. Het delen van dergelijke gevoelens met patiënten kan de therapeut vrijer maken om effectiever op te treden. Als de therapeut daar de woorden niet voor kan vinden, kan hij de patiënt ook vragen hoe hij denkt dat de therapeut zich voelt tijdens het gesprek.	'Ik vraag me af of je enig idee hebt wat er op dit moment door mij heen gaat?'
10.	<i>Houd er rekening mee dat pogingen om relatiebreuken op te lossen kunnen leiden tot meer breuken.</i> Zelfs de meest zorgvuldig en met gevoel geformuleerde metacommunicatie kan tot escalatie leiden. Eenzelfde soort impasse kan zich veelvuldig voordoen. Therapeuten moeten proberen dat steeds opnieuw als uniek te waardereren en te bespreken in de actualiteit van het moment.	

zette procedure. Uitleg hierover of het kiezen van een andere benadering, die beter aansluit bij de patiënt, kan dan het probleem oplossen.

Wetenschappelijk onderzoek

Safran, Muran en Shaker³ geven een overzicht van onderzoek naar de werkzaamheid van de behandeling gebaseerd op de hier behandelde principes, die ze kortdurende relationele therapie noemen. Op standaard effectmaten blijkt de kortdurende relationele therapie evenwaardig aan andere behandelvormen, waaronder cognitieve gedragstherapie. Met name bij persoonlijkheidsstoornissen is er bij de relationele therapie significant minder drop-out.

Voorgaande werkwijze kan ook binnen andere vormen van psychotherapie ingepast worden. Constantino en anderen⁷ deden onderzoek naar het effect van de toevoeging van technieken die gericht zijn op de opsporing en reparatie van relatiebreuken in een *evidence-based* behandeling voor patiënten met een depressie. In dit onderzoek werden 22 patiënten volgens een toevalsprocedure toegewezen aan alleen een cognitieve therapie (CT) of aan een 'geïntegreerde cognitieve therapie' (GCT). In de geïntegreerde behandeling werden de therapeuten getraind om in het contact met de patiënt alert te zijn op *markers* voor eventuele stagnaties in de therapeutische alliantie. Ook werd in die conditie na elke sessie een empathievragenlijst afgenomen. Een verlaagde empathiescore werd eveneens gezien als een *marker*. Wanneer zich *markers* voordeden, weken therapeuten af van het protocol om eventuele stagnaties te exploreren en zo nodig reparatiestrategieën toe te passen. Dus als de patiënt bijvoorbeeld klaagt over het huiswerk, is het advies aan de therapeut actief te exploreren wat de moeilijkheid is voor de patiënt en vervolgens bereidheid te tonen om te overleggen hoe het probleem zou kunnen worden opgelost. De therapeuten in de CT-conditie werden daarentegen getraind om eventueel negatieve reacties van cliënten op empathische wijze te onderzoeken en gerelateerde disfunctionele overtuigingen uit te dagen volgens het cognitieve model.

Patiënten in de GCT-conditie beoordeelden de alliantie beter en de mate van empathie hoger dan de patiënten in de CT-conditie. In de GCT-conditie was er minder eenzijdige beëindiging van de behandeling door de cliënt (0%)

dan in de CT-conditie (27%). Beide behandelingen leidden tot een significante afname van de klachten aan het einde van de behandeling. De vermindering van klachten was wat groter in de GCT-behandeling dan in de CT-behandeling. Ook waren er binnen de GCT-variant minder aanwijzingen voor negatieve interpersoonlijke problemen en vijandigheid bij de patiënt dan bij een controlegroep.⁷ Deze bevindingen, hoewel ze als voorlopig moeten worden beschouwd, ondersteunen de validiteit van het resolutiemodel.

Conclusie

De hier besproken benadering is integratief van karakter en kan binnen elke vorm van psychotherapie toegepast worden. Het gaat erom dat de therapeut zich bewust is van kenmerkende relationele patronen of subtiele verstoringen in het contact. Bij stagnatie in het therapieproces is het van belang dit te beschouwen als een relationeel gegeven, waaraan zowel patiënt als therapeut een aandeel heeft. Door hier met de patiënt over te metacommuniceren kunnen deze verstoringen benut worden om tot een beter therapieresultaat te komen.

Literatuur

- 1 Safran JD, Muran JC. Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide. New York, London: Guilford; 2000.
- 2 Horvath AO, Bedi RP. The alliance. In: Norcross JC (Ed). Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press; 2002. p. 37-69.
- 3 Safran JD, Muran JC, Shaker A. Research on therapeutic impasses and ruptures in the therapeutic alliance. Contemporary Psychoanalysis 2014;50;1(2):211-32.
- 4 Geller S. De ontwikkeling van therapeutische presentie: therapeutisch drummen en mindfulness-oefeningen. Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie 2009;47(4):273-87.
- 5 Safran JD, Muran JC, Samstag LW. Repairing alliance ruptures. In: Norcross JC (Ed). Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press; 2002. p. 235-54.
- 6 Safran JD, Kraus J. Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. Psychotherapy 2014;51(3):381-7.
- 7 Constantino MJ, Marnell ME, Haile AJ, Kanther-Sista SN, Wolman K, Zappert L, Arnow BA. Integrative Cognitive Therapy for Depression: A Randomized Pilot Comparison. Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training 2008;45:122-34.

Financiële banden: de auteur heeft geen financiële banden die betrekking hebben op dit onderwerp.

EINDTOETS

- 1. Als onderdeel van het interactioneel kompas zijn de eigen fantasieën die de patiënt bij de therapeut oproept irrelevant.**
juist/onjuist
- 2. Waarvan is bij de patiënt sprake bij confronterende relatiebreuken?**
 - klagen over de therapeut als persoon
 - ontkenning van gevoelens van boosheid
 - veranderen van onderwerp
- 3. Wat is het uiteindelijke doel bij het bewerken van ontwijkende relatiebreuken?**
 - boosheid leren uiten
 - contact met assertieve verlangens
 - kwetsbaarheid leren ervaren
- 4. Wat is het uiteindelijke doel bij het bewerken van confronterende relatiebreuken?**
 - onderliggende kwetsbare gevoelens exploreren
 - uiten van de eigen belevingen
 - vertrouwen krijgen in de therapeut
- 5. Waar gaat het bij metacommunicatie vooral om?**
 - het duiden van de beleving van de patiënt
 - samen uitzoeken wat er in het hier en nu van de therapeutische relatie speelt
 - exploreren van de beleving van de patiënt
- 6. Wat is het effect van de besproken benadering vooral, blijkt uit wetenschappelijk onderzoek?**
 - verminderen drop-out bij persoonlijkheidsstoornis
 - het meer uiten van agressie door de patiënt
 - klachtvermindering
- 7. Wat lijkt bij het toepassen van de beschreven benadering binnen cognitieve gedragstherapie essentieel dat de therapeut leert als de patiënt klaagt over het huiswerk?**
 - begrip te tonen voor de moeite die de patiënt ermee heeft en vervolgens het belang van de opdracht geduldig opnieuw aan de patiënt uit te leggen
 - bij zichzelf na te gaan wat het klaaggedrag bij hem oproept en vervolgens deze eigen beleving aan de patiënt voor te leggen
 - te exploreren wat de moeilijkheid is voor de patiënt en vervolgens bereidheid te tonen om te overleggen hoe de uitvoering van opdracht aangepast zou kunnen worden.