

Cliëntgerichte psychotherapie bij complexe posttraumatische stress-stoornis

Marijke Baljon

Tijdschrift voor Psychotherapie, 25 (september 1999), p. 305-321

Cliëntgerichte psychotherapie bij ernstige psychische stoornissen is mogelijk als de psychotherapeut in staat is de angstige innerlijke ervaringen van de cliënt te containen en de cliënt deze containment kan ervaren. Het focussen, zoals ontwikkeld door Gendlin, geeft de mogelijkheid afstand te nemen tot de beangstigende binnenwereld. Hierdoor kan er in de psychotherapie over gereflecteerd worden. Deze werkwijze wordt toegelicht aan de hand van de behandeling van een vrouw met een complexe posttraumatische stress-stoornis. Ter illustratie worden therapiefragmenten uit de beginfase, de middenfase en de eindfase van de therapie weergegeven.

I don't ask for your pity

But just for your understanding

Not even that no.

Just for your recognition of me in you,

And the enemy, time, in us all.

Tennessee Williams,

Sweet Bird of Youth (geciteerd in Fonagy e.a., 1995).

Inleiding

In dit artikel wordt verslag gedaan van de behandeling van een vrouw met een complexe posttraumatische stress-stoornis (Herman, 1992), waarbij vooral dissociatieve en depressieve symptomatologie op de voorgrond staat. De behandeling van deze ernstige problematiek vraagt erom de cliëntgerichte beginselen, die richting geven aan het psychotherapeutisch handelen, opnieuw te doordenken en te preciseren.

Van der Hart, Boon en Op den Velde (1995) definiëren dissociatie in navolging van Janet als het ontsnappen van bepaalde denkbeelden aan de controle en soms zelfs aan de kennis van het persoonlijk bewustzijn. Dissociatieve stoornissen kenmerken zich volgens DSM-IV door een stoornis in de normale integratieve functies van identiteit, geheugen, bewustzijn of waarneming van de omgeving. Uit onderzoek blijkt een sterke correlatie tussen dissociatieve symptomatologie in de volwassenheid en chronische traumatisering in de vroege jeugd (Draijer, 1996).

We spreken van psychotrauma als er sprake is van schokkende gebeurtenissen die een intens gevoel van angst en machteloosheid oproepen. Dissociatie doet zich voor als de persoon niet bij machte is de emotioneel en cognitief overweldigende ervaring te integreren in zijn persoonlijkheid. Bij chronische traumatisering kan de dissociatie ook chronisch worden, waardoor er vervlakking en een gefragmenteerd zelfbewustzijn ontstaat (Van der Hart, 1995; Herman, 1992). Psychotherapie moet voldoende veiligheid bieden om de cliënt te helpen datgene wat in het leven ondraaglijk was alsnog op te nemen in het ervaren. Dissociëren als overlevingsmechanisme wordt hierdoor minder nodig.

De meerderheid van de cliënten met een posttraumatische stress-stoornis lijdt ook aan een depressie (Van der Hart & Op den Velde, 1995). Dit is te begrijpen vanuit de extreme machteloosheid die ervaren is tijdens het trauma. Bovendien hebben mensen, die als jong kind chronisch getraumatiseerd zijn, een zeer negatief zelfbeeld ontwikkeld. Elliott, Clark, Kemeny, Wexler, Mack en Brinkerhoff (1990) gaan er bij de behandeling van depressie vanuit dat vroegere vijandige of kritische interacties met belangrijke anderen (waaronder lichamelijke en emotionele mishandeling) geleid hebben tot de verinnerlijking van a) een kwetsbaar zelf, dat ervaren wordt als zwak en slecht en b) een kwade interne criticus als aspect van het zelf. Deze overmatig strenge interne criticus is symptomatisch bij een depressie. Tegelijkertijd versterkt hij het verinnerlijkte besef van een zwak en slecht zelf en blokkeert actieve coping en het uiten van boosheid.

Voordat ik de casus naar voren breng, bespreek ik kort drie cliëntgerichte behandelingsprincipes die ik relevant acht voor de behandeling van cliënten met posttraumatische en dissociatieve stoornissen, namelijk containment als een aspect van empathie, het bevorderen van het zelfreflecterend vermogen via focussen en cliëntgericht begrenzen en structureren. Vervolgens wordt de casus gepresenteerd en wordt aan de hand van therapiefragmenten de helende werking van het focussen geïllustreerd. In de discussie wordt ingegaan op de wijze waarop cliëntgerichte behandelprincipes ingevuld en gedifferentieerd kunnen worden bij cliënten met posttraumatische stoornissen.

Containment als aspect van empathie

Empathie kan beschreven worden als het innerlijk proces van de psychotherapeut, waarbij deze zich een beeld probeert te vormen van de innerlijke beleevingswereld van de cliënt. Hij streeft naar cognitief en naar emotioneel begrip. Door af te stemmen op de cliënt vormt de psychotherapeut hypothesen, die hij toetst door deze aan de cliënt voor te leggen bijvoorbeeld in de vorm van een gevoelsreflectie. De reactie van de cliënt bevestigt of corrigeert de hypothese (Vanaerschot & Van Balen, 1991). Verschillende cliëntgerichte therapeuten benadrukken dat empathische afstemming zeer belangrijk is in de behandeling van ernstige psychiatrische stoornissen. Warner

(1991; 1998) laat zien hoe door een zorgvuldige empathische afstemming cliëntgerichte psychotherapie goede mogelijkheden geeft voor de behandeling van cliënten met een kwetsbare en/of gedissocieerde zelfbeleving.

Roelens (1996) zoekt aansluiting bij een informatieverwerkingsmodel. In zijn casusbeschrijving valt op hoezeer zijn cognitieve interventie voortkomt uit een empathische betrokkenheid op de cliënt. Invoelend begrijpen heeft echter een grens. Cliënten kunnen traumatische ervaringen hebben doorgemaakt die ver af liggen van wat de psychotherapeut uit zijn eigen leven kent. 'Empathie betekent dan vooral dat je als therapeut laat zien dat je "erbij wilt blijven", dat je iemand in zijn pijn en angst niet alleen laat. [...] Empathische afstemming betekent ook dat de therapeut de grenzen van wat de cliënt op dat moment aan kan in de gaten houdt. Empathie heeft een aspect van hulpego zijn en een "containment" functie» (Smith, 1998, p. 11). Het door Bion voor het eerst beschreven vermogen van de moeder om de emotionele toestand van het kind te containen wordt door velen van wezenlijk belang geacht in de psychotherapie.

Cluckers (1989) vertaalt containen als bevatten, vasthouden, inhouden. De ouder herkent en beantwoordt de noden van het kind. Ze geeft de angst betekenis, begrenst deze en maakt deze aldus veiliger om te ervaren. Doordat het kind herhaaldelijk ervaart dat het een plaats heeft in de gedachten en het gevoel van de ouder en dat het begrepen wordt, kan het kind geleidelijk aan zelf de mentale ruimte ontwikkelen om zichzelf, zijn impulsen, gevoelens en wensen als het ware te bevatten. Geconfronteerd met cliënten die worstelen met innerlijke belevingen die affectief overweldigend zijn, is het de taak van de psychotherapeut om een ruimte te creëren waarbinnen ondraaglijke gevoelens en gedachten opgevangen kunnen worden. Containment is een dynamisch proces. De psychotherapeut stelt zijn vermogen om de beangstigende ervaringen te bewerken ter beschikking van de cliënt. Als de cliënt hier iets van op kan nemen, treedt er een verschuiving op in zijn zelfbeleving. Het creëren van afstand tot het innerlijk ervaren, waardoor er op gereflecteerd kan worden, is van wezenlijk belang (Fonagy e.a., 1995).

Bevorderen van het zelfreflecterend vermogen door focussen

De dynamiek tussen afstand en nabijheid is een essentieel element in de psychotherapie. In het focussen (Gendlin, 1981; 1996) is deze dynamiek in stappen uiteen gelegd. De aandacht wordt gericht op een intern referentiepunt, een lichamenlijk gevoelde betekenis. Er is aanvankelijk meestal sprake van een diffuus beleven, dat door actief bevragen betekenis kan krijgen. Een eerste stap is ruimte maken, waarbij niet aan een probleem gewerkt wordt, maar juist afstand gecreëerd wordt tot alles wat de cliënt bezighoudt. Dit geeft een lichamenlijk ervaren opluchting. De tweede stap is om de aandacht te richten op een bepaald probleemgebied. Terwijl de persoon daarbij stilstaat, registreert hij wat hij in zichzelf gewaar wordt. Hij kan bijvoorbeeld een brok in de keel voelen of een zwaar gevoel in de onderbuik. Dit beleven noemt Gendlin de *felt sense*. Het gaat om iets dat aanvankelijk vaag is, maar toch betekenis heeft. Gendlin zet uiteen hoe door een innerlijke dialoog deze betekenis ontcijferd kan worden. Dit bevordert de ontwikkeling van het zelfreflecterend vermogen. In het focussen 'wordt de cliënt uitgedaagd tot observeren en reflecteren op wat er in hem omgaat, hij leert de positie van een ervarend subject innemen, zodat er geleidelijk een observerend zelf aanwezig komt dat de eigen belevingen tot object van aandacht kan maken.» (Leijssen, 1995a, p. 131). Clickauf-Hughes, Wells en Chance (1996) bevelen onder andere imaginatietechnieken aan om het observerend ego te versterken. Elders beschreven we hoe bij een vrouw met een bipolaire stoornis zich via het focussen een reflecterend vermogen ontwikkelde dat zelfs tijdens een manische episode enigszins bleef functioneren (Baljon & De Graaf, 1997).

Begrenzen en structureren in cliëntgerichte psychotherapie

De cliëntgerichte psychotherapie is geëvolueerd van non-directief naar ervaringsgericht (Lietaer, 1991). Sturende interventies zijn geëigend als ze de procesmatige kwaliteit van het beleven kunnen bevorderen (De Haas, 1991). Een empathische interventie van de psychotherapeut begrenst en structureert het ervaren van de cliënt. Doordat het beleefde benoemd wordt, wordt het afgegrensd van ander soortgelijk beleven en wordt het meer (be)grijpbaar. Focussen is te beschrijven als een gestructureerde werkwijze ter bevordering van de kwaliteit van de beleving.

Depestele (1997) pleit er in een fenomenologische beschouwing voor de grondhouding van grenzen stellen, toe te voegen aan de Rogeriaanse grondhoudingen: 'Men heeft slechts vrijheid binnen een bepaalde structuur. Echte vrijheid in de existentialistisch opvatting is tweezijdig: én aanvaarden van een feitelijkheid én overstijgen daarvan. Vrijheid is niet een arbitrair om het even wat te kunnen doen. Het is tegelijkertijd én een aanvaarden van, bijvoorbeeld, ons verleden, onze situatie, de "gegevens", én er in het nu dat van maken wat we er van willen maken. Zich vrij bewegen gebeurt op een vaste bodem, zich vrij ontwikkelen binnen een bepaald kader» (Depestele, 1997, p. 51). Een duidelijke structuur in de sessies en grenzen stellen aan het gedrag van de cliënt kunnen een dergelijk kader bieden. Het duidelijkst is dit voelbaar bij cliënten met ernstige problematiek. De Haas (1981) en Tervoort (1996) bevelen voor borderline cliënten een actief structurerende opstelling van de psychotherapeut aan. Zij achten dit nodig gezien de ongerichte angst en het onvoldoende afgegrensd zelfgevoel van deze cliënten. Structureren en begrenzen is nuttig als het de veiligheid om te kunnen beleven bevordert, dus als het een containmentfunctie heeft.

De cliënte

Bouk is een alleenstaande verpleegkundige, die ik leerde kennen toen zij tegen de 50 liep. Zij is op dat moment opgenomen op een afdeling voor vervolgbehandeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Ik ben verbonden aan de polikliniek van dit ziekenhuis en aan mij wordt consult gevraagd in de eindfase van de klinische behandeling.

»Bouk lijdt aan een depressief beeld met vitale kenmerken. Zij heeft last van indringende herbelevingen rond haar overleden dochtertje, amnesieën in het heden, chronische depersonalisatie en nachtmerries. Er is sprake van gestagneerde rouw. In haar persoonlijkheid valt op dat zij koppig is en gemakkelijk in autoriteitsconflicten terecht komt. Door een actieve coping, waarbij hard werken en gevoelens negeren op de voorgrond staan, heeft zij zich sociaal en beroepsmatig lang weten te handhaven. Tijdens de behandeling blijkt dat haar zelfbeleving chaotisch is. Zij houdt zich staande door een aaneenschakeling van ezelsbruggetjes en briefjes. Zonder dit verliest zij haar greep op het leven en haar oriëntatie in de tijd.⁴

In termen van DSM-IV is er sprake van een depersonalisatiestoornis, dissociatieve amnesie en een posttraumatische stress-stoornis met depressieve kenmerken. Omdat er sprake is van complexe traumagerelateerde problematiek zou ik in navolging van [Herman \(1992\)](#) liever spreken van een complexe posttraumatische stress-stoornis, ook wel aangeduid als *Disorder of extreme stress not otherwise specified* (DES NOS; [Jongedijk, Carlier, Schreuder & Gersons, 1995](#)).

»Uit de levensgeschiedenis is van belang dat Bouk vanaf haar vroege jeugd door haar moeder verwaarloosd en mishandeld is. Moeder kon de afhankelijkheid van haar kinderen niet verdragen en reageerde er op met vernederen, slaan en opsluiten. De situatie was zo ernstig dat de huisarts ingreep en bewerkstelligde dat Bouk en haar zusje de hele lagere schoolperiode in het weekend en rond de woensdagmiddag bij oma logeerden 'om moeder te ontlasten'. Zij huwt een wat jongere, afhankelijke man. Na een aantal mislukte zwangerschappen krijgt zij een dochtertje, dat op 6-jarige leeftijd aan kanker overlijdt. Daarop decompenseert haar echtgenoot. Hij wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, waar een bipolaire stoornis wordt vastgesteld. Hij onttrekt zich aan psychiatrische behandeling en overlijdt een paar jaar later door onduidelijke oorzaak. Bouk voelt zich dan zo verward en depressief dat zij hulp vraagt. Een ambulante rouwtherapie leidt tot verdere verslechtering van haar toestandsbeeld en maakt opname in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk. Tien jaar later decompenseert zij opnieuw tijdens een verhuizing. Zij is zo verward dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis nodig is.⁴ Bij opname wordt depressieve en dissociatieve symptomatologie vastgesteld. Het behandelteam besluit tot een toedekkend beleid, maar Bouk vraagt zelf om een rouwtherapie. Na grondig overleg ([Van Audenhove, 1995](#)) wordt besloten tot rouwverwerking bij een creatief therapeut. Deze behandeling verloopt constructief. Haar innerlijke onrust door de geleden verliezen neemt af, maar er blijft een sterke mate van depersonalisatie bestaan. Dan legt de behandelend psychiater de casus aan mij voor met de vraag of focussen hiervoor een geschikte behandeling zou kunnen zijn. Ik probeer dit uit door haar nog tijdens de opname deel te laten nemen aan een cursus focussen, die ik op de polikliniek geef volgens het model van [Coffeng \(1986\)](#). Bouk komt trouw en zegt er veel baat bij te hebben. De vaststelling dat de chronische depersonalisatie blijft bestaan ondanks de rouwtherapie, doet vermoeden dat de problematiek niet enkel op de geleden verliezen terug te voeren is, maar dat deze zich geënt heeft op onverwerkte trauma's uit de kindertijd. Gezien haar gunstige reactie op de rouwtherapie en de cursus focussen lijkt een langer durende inzichtgevende psychotherapie het overwegen waard. Als experiment om na te gaan in hoeverre het focussen werkzaam is bij de behandeling van ernstige problematiek, bied ik aan haar na ontslag uit de kliniek in psychotherapie te nemen. Zowel Bouk als de behandelend psychiater grijpen dit aanbod met beide handen aan.

Deze therapie heeft viereneenhalf jaar geduurd. Bouk komt de eerste tweeënehalf jaar wekelijks, daarna in een steeds lagere frequentie. In totaal zijn er 153 sessies. Zij wordt in het eerste en derde jaar op haar eigen verzoek drie, respectievelijk twee weken opgenomen in de kliniek. Bouk is in die perioden zo chaotisch en afwezig, dat zij bang is in een schemertoestand te gaan zwerfen. Geleidelijk aan wordt duidelijk dat conflicten met haar ouders de pijn van de geleden verliezen reactiveren, vooral rond feestdagen. Zij gebruikt tijdens de psychotherapie antidepressieve medicatie, op voorschrift van de psychiater die haar naar mij verwezen heeft. Ook na afsluiting van de psychotherapie zegt zij deze medicatie nog niet te kunnen missen.

Focussen in een gestructureerde cliëntgerichte psychotherapie

Voor cliënten die bang zijn om door hun emoties overspoeld te worden, kan een duidelijke indeling van de sessies en soms een wat kortere duur dan de gebruikelijke 45 minuten veiligheid verschaffen. Een actieve houding van de psychotherapeut en de focusinginstructies dragen hier ook aan bij, maar bevorderen ook een zekere afhankelijkheid.

Een sessie begint met een gesprek, waarin cliënte wordt uitgenodigd om te vertellen wat haar bezighoudt. Ik vorm mij hierbij een indruk hoe het met cliënte gaat. Het komt incidenteel voor dat cliënte te labiel of te gedepersonaliseerd is om te focussen. Dan bestaat de sessie uit een steunend gesprek, waarin besproken wordt hoe cliënte zich in de actualiteit kan handhaven. De afweging om al dan niet te gaan focussen gebeurt in overleg. Bouk wil het meestal toch graag proberen. Zij merkt dan vrij snel, of het haar lukt om contact te maken met haar binnenwereld, of dat de depersonalisatie overgaat in dissociatie. Als dit gebeurt, valt zij stil en als ik vraag hoe zij zich voelt zegt zij bijvoorbeeld: 'Ik zak weg' of 'Ik voel alleen nog maar mijn hoofd, het lijkt of ik verder geen lichaam heb.' Een actieve benadering van de psychotherapeut is dan nodig om haar in het hier en nu terug te krijgen. Een lichaamsgerichte benadering is het meest effectief, bijvoorbeeld: 'Kun je je voeten voelen in je schoenen, je rug tegen de stoelleuning?' Bouk gaat in de loop van de behandeling sneller onderkennen wanneer zij dreigt weg te zakken en stopt dan zelf het focussen. In het dagelijks leven merkt zij dat als zij wat rustiger aandoet en gezelschap vermijdt, zij verder controleverlies in de vorm van dissociatieve episodes kan voorkomen. Dit wordt mogelijk door een grotere zelfacceptatie. Rekening houden met haar beperkingen, dat past niet in haar oorspronkelijke zelfbeeld van iemand die alles aankan.

Het middendeel van de sessie wordt aan focussen besteed. Cliënte gaat daar echt voor zitten, richt de blik naar binnen en doet meestal ook letterlijk haar ogen dicht. De therapeut zorgt er altijd voor minstens tien minuten over te hebben voor een nabespreking van wat in het focussen naar voren is gekomen.

Als inleiding op het focussen vraag ik cliënte om diep door te ademen, zich te concentreren op het midden van haar lichaam en te verwoorden wat daar ervaren wordt. Als ik de indruk heb dat zich een duidelijke felt sense ontwikkeld heeft, vraag ik waar dit gevoel mee te maken zou kunnen hebben. Vervolgens stimuleer ik een dialoog tussen de *felt sense* en de genoemde levenssituatie. In de therapie met Bouk vallen er weinig stiltes. Als zij wat langer zwijgt, intervineer ik, omdat zij dan, zoals gezegd, meestal blijkt te dissociëren.

»Een voorbeeld uit de beginfase, sessie 8.

T 1. Hoe voel je je van binnen?

C 1. Onrustig.

T 2. Waar voel je die onrust?

C 2. Van mijn nek tot mijn benen.

T 3. Als je nu je aandacht eens richt op het midden van je lichaam, hoe zou je dan die onrust omschrijven?

C 3. Het lijkt wel een tumor.

T 4. Wat voor tumor?

C 4. Die overal doorheen vreet.

T 5. Hoe ziet dat er uit?

C 5. Ik ken tumoren; 't is net een stuk vlees met haken en slingers.

T 6. Wat maakt dat je op dit moment in je leven een tumor in je voelt?

C 6. Hij wil me kapot maken.

T 7. Wat in je leven maakt dat...

C 7. Net of alles te veel is.

T 8. Welke dingen?

C 8. Een heleboel.

T 9. Een gevoel van alles is me teveel en dat vreet aan me

C 9. Een drukke agenda.

T Een drukke agenda.

10.

C Misschien dat drukke dat ik straks weer ga werken.

10.

T Aan de ene kant wil je dat, aan de andere kant ben je daar bang voor...Kun je proberen of je er ruimte van kunt maken van die tumor... voelen dat je iemand bent achter die tumor?

C Daar zijn meer soldaatjes voor nodig, die zijn er niet.

11.

T O, dat lukt je gewoon niet, er moet gevochten worden, die kracht heb je helemaal niet... Kun je je voorstellen hoe het is als het werk weer goed loopt, je weer in je ritme zit, hoe dat zou voelen?

C Dat zou lekker zijn.

12.

T Kun je dat ook voelen op dit moment, dat moment komt wel weer?

13.

C Toch beangstigt het me op de een of andere manier, heel vreemd.

13.

T Wat is er angstig aan?

14.

C Dat er mensen zullen sterven of zo. [Zij vertelt over een sterfgeval dat zij op haar werk heeft meegemaakt.]

T Wat doet het jou als er iemand sterft, want dat hoort bij het werk. Wat voel je dan van binnen?

15.

- C [zucht] Ik voel me wel zeker op zo'n moment, dat is het punt niet.
15.
- T In het hanteren van de situatie voel je je heel zeker, maar aan de andere kant raakt het je ook heel diep.
16.
- C Een raar gevoel, heel machteloos.
16.
- T Machteloos dat je de dood niet kunt keren.
17.
- C (zucht) Voor oude mensen komt de dood wel als een vriend.
17.
- T Hoe is het om daar bij stil te staan; voor mensen die hun leven voltooid hebben, is de dood vaak een vriend.
18.
- C Zo was het voor mijn oma.
18.
- T Voor oma kwam de dood als een vriend.
19.
- C Nu word ik weer wat rustiger.
19.
- T Je bent wel machteloos tegenover de dood, maar je bent niet machteloos als mensen sterven.
20.
- C Dat zeg ik, kalm en rustig, dat er altijd iemand is waar ze op terug kunnen vallen.
20.
- T Ja, je kunt er gewoon zijn; hoe voelt dat?
21.
- C Ik word er hartstikke benauwd van.
21.
- T Op welk moment word je nou benauwd?
22.
- C Dat ik dat zei van mijn oma.
22.
- T Wat daarin maakt je benauwd, denk je?
23.
- C Dat de dood ook een vijand kan zijn.
23.
- T Wanneer is de dood een vijand als je aan je oma denkt?
24.
- C Dat ze weg is gegaan.
24.
- T Ja, je mist haar. De dood was een vriend voor je oma, maar een vijand voor jou!
25.
- C [zucht] Ik dacht altijd dat ik iedereen een slag voor kon zijn.
25.
- T Ja, maar de dood is sterker dan jij.
26.
- C [zucht].
26.
- T Hoe is het nu met het benauwde gevoel?
27.
- C Is er nog.
27.

T Wat van je oma blijft je bij?
28.

C De gezonde oma.
28.

T Niet hoe ze op het laatst was, maar toen ze nog goed was, dat blijft je bij, dat kun je met je mee
29. dragen.

C Zullen we het hierbij laten? «
29.

Focussen en de ontwikkeling van het zelf

»Bouk is in haar vroege jeugd door haar moeder voorgespiegeld dat zij ongewenst en slecht is. Als Bouk pijn had of ziek was, nam de haat toe die zij in moeders ogen zag. Nabijheid is voor haar beangstigend omdat zij zich dan kwetsbaar voelt. Deze kwetsbaarheid is geassocieerd met de mishandeling door moeder. Zij heeft bij oma meer zorg ontmoet en daardoor heeft zij een zorgzaam aspect kunnen verinnerlijken. Als Bouk voor anderen zorgt heeft zij de controle en ervaart zij zichzelf als minder slecht. Zij heeft deze zelfaspecten echter onvoldoende kunnen integreren.«

Tijdens het focussen ziet Bouk beelden voor zich, die aspecten van haar zelfbeleving verbeelden. Als zij alleen is, zijn deze beelden beangstigend. In de therapie dissocieert zij als er een stilte valt. Als de psychotherapeut er met haar over in gesprek blijft, kan zij er wel bij stil staan. In deze beginfase kan zij tijdens het focussen meer emotionele nabijheid verdragen dan in een gesprek waarin haar rechtstreeks gevraagd wordt zich te uiten over haar gevoelens. Het is alsof, terwijl zij haar ogen sluit en de bij haar opkomende beelden beschrijft, er een intermediaire ruimte ontstaat, waarin wij samen kunnen kijken naar een afbeelding van haar belevingswereld.

Als psychotherapeut kijk ik mee naar de beelden en leef ik me in de betekenis daarvan in. Ik geef erkenning dat de eigen beleving er mag zijn door dit accepterend te verwoorden. Ik voel in het boven beschreven fragment bezorgdheid door het angstige karakter van de beelden. Al luisterend vraag ik me af wat de veiligheid kan bevorderen. Een eerste stap is om te helpen woorden te geven aan wat aanvankelijk heel diffuus ervaren wordt (T1 – T5). Vervolgens zoek ik naar een verband met iets in haar leven (T6). Bouk reageert daar niet op, maar werkt het angstige karakter van het beeld verder uit. Dit roept de zorg bij me op of Bouk voldoende afstand ervaart. Vandaar dat ik in T11 voorstel om ruimte te maken. In C11 wijst Bouk deze interventie af. Ik kies dan voor een interventie om Bouk in contact te brengen met een situatie, waarin zij zich goed pleegt te voelen. Uit C13 leid ik af dat zij voldoende ruimte heeft om naar haar *felt sense* te kijken. Achteraf gezien was mijn bezorgdheid mogelijk overbodig. Wellicht had ik na C10 gewoon door kunnen gaan met het exploreren van de *felt sense*. T28 beoogt opnieuw om Bouk in contact te brengen met een situatie in haar leven waarin zij zich veilig heeft gevoeld. Deze techniek, genaamd veilige plek, wordt veel gebruikt door hypnotherapeuten en wordt beschreven in [Van der Hart en Boon \(1995\)](#). De verwachting is dat door te spiegelen dat haar binnenwereld aandacht en zorg verdient, de zelfbeleving verschuift van puur slecht naar: misschien toch wel de moeite waard. Het aspect van het zelf dat in staat is om voor anderen te zorgen, kan geactiveerd worden om voor de angstige aspecten van het zelf te zorgen. Hierdoor wordt de integratie van het zelf bevorderd.

Het werken met de interne criticus

In het focussen is er veel aandacht besteed aan het omgaan met een overmatig streng geweten. [Gendlin \(1996\)](#) beschrijft hoe innerlijke kritische gedachten het therapeutisch proces kunnen verstoren en beveelt aan deze gedachten rechtstreeks aan te vallen. [Elliott en anderen \(1990\)](#) bevelen bij de behandeling hiervan een tweestoelendialoog aan, om het als zwak ervaren zelf te versterken en de tegenstrijdige aspecten van het zelf te integreren.

»Voorbeeld uit de middenfase, sessie 45. G is haar overleden echtgenoot, F haar overleden dochtertje.

T 1 Hoe is het nu van binnen?

C 1 Hol en leeg.

T 2 Op wat voor manier hol en leeg?

C 2 Of ik alleen een omhulsel ben.

T 3 Hoe is het dan in dat omhulsel?

C 3 Benauwd.

T 4 Benauwd, net of je in een lege ruimte zitten

C 4 en er niet meer uit kan

T 5 Waar ben je dan in die holle ruimte?

C 5 Ik zoek de kanten af of ik er uit kan komen.

T 6 Op zoek naar een opening, hè? Dat benauwde gevoel, waar voel je dat?

C 6 Hier.

T 7 In je keel, alsof de adem je benomen wordt.

C 7 Ja.

T 8 Kun je preciezer zeggen hoe je dat voelt bij je keel?

C 8 Dan wordt de keel dicht geknepen.

T 9 Door iets? Door wat voor iets?

C 9 Ik denk van G.

T Wat van G knijpt je keel dicht?

10.

C De laatste periode dat F ziek was.

10.

T Wat maakt je zo benauwd, op wat voor manier knijpt G je keel dicht?

11.

C Ik weet dat hij veel aandacht nodig had. Ik had het idee dat hij zich zo ontzettend aan mij

11. vastklampte.

T Dat gaf je een benauwd gevoel, dat vastklampen.

12.

C Kon ik hem die aandacht niet geven of wilde ik dat niet?"

12.

Ik vat dit op als een conflict met een overmatig streng geweten. De volgende interventies zijn er dan ook op gericht om het zelf te versterken en het geweten te matigen, maar dit is geen eenvoudige opgave.

"T Dat is een vraag die je jezelf stelt. F ziek, doodziek, G klampte zich vast: kon ik het niet of wilde ik het niet?

C 's Avonds was ik zo ontzettend moe als zij op bed was, was je blij dat je kon proberen je te ontspannen. Als G begon, zei ik: Alsjeblieft hou op!

T Je wou het niet, maar je kon het ook niet.

14.

C Eerst deed ik ze alle twee. Ik ben later alleen op F doorgedaan. Ik heb hem af laten glijden, ik wist dat hij het nodig had.

T Je hebt hem af laten glijden en daar voel je je schuldig over, alsof je toch het gevoel hebt: dat had ik moeten doen.

C De tekens die hij gaf waren meer dan duidelijk. Voor F geboren werd kon ik met hem lezen en schrijven. [C vertelt een en ander over de relatie.] Ik heb niet eens ontdekt dat hij zo ver was afgeleden.

T Dus aan één kant heb je de signalen wel gezien, maar ook weer niet, niet helemaal en het is net of je van jezelf vindt dat je dat had moeten kunnen. Als je naar jezelf kijkt van een afstandje, Bouk die met een doodziek kind zit en een moeilijke man, vind je dat ze dat moet kunnen?

C Als een ander er zo voor zit, denk je: dat kan niet.

16.

T Wat had je nodig?

17.

C Ik had meer energie nodig.

17.

T Wat had je kunnen gebruiken?

18.

C Ik heb G. uitbesteed aan de huisarts, dat klinkt heel rationeel. Toen F op een keer weer zo heel ziek was geworden, toen ik thuis kwam en G te veel slaapmedicijnen had genomen. Ik kreeg hem niet wakker, dan moet je de huisarts wel bellen. Daar ging hij toen een keer per week naar toe voor een gesprek. Voor mijn gevoel heb ik hem toen uitbesteed.

- T 19. Daar geef je een heel negatieve klank aan. Je kunt ook zeggen: ik redde het niet, ik heb hulp gevraagd.
- C 19. Zo was het. Op dat moment was ik ook radeloos, je komt van de één vandaan, je ziet het zelf niet meer zitten en je komt thuis en daar ligt nummer twee. Je denkt: op een goed moment word ik knettergek.
- T 20. Hoe is dat voor je dat je zegt: op een goed moment kan ik het niet meer, er zijn dingen die je niet kunt.
- C 20. Voor jezelf, je kunt het niet meer, het lukt je niet meer.
- T 21. Ja goed, bepaalde dingen die lukken je niet. Hoe is dat dan?
- C 21. Dan val je jezelf wel tegen. Ik was altijd iemand met ontzettend veel energie. Ik kon altijd wel door, en dan ineens, F, ik had mijn handen vol.
- T 22. Hoe is dat dan, het is je eer te na om dingen niet te kunnen, maar hoe sta je er nu tegenover?
- C 22. Als het anders afgelopen was, het is heel naar afgelopen, het blijft bij je, had ik dat niet kunnen voorkomen.
- T 23. Maar dat wist je toen natuurlijk niet.
- C 23. Maar dat weet je nu wel en dat beeld komt er toch bij.
- T 24. Hoe voel je je nu van binnen?
- C 24. Daar voel ik me niet zo happy bij, dat ik een miskleun heb begaan. Je kiest voor jezelf en je kiest voor F. Wat zijn de gevolgen geweest!
- T 25. Wat had je anders gekund?
- C 25. Wist ik het maar. Ik heb geen spijt dat ik met F door ben gegaan.
- T 26. Wat had je nodig om er voor F te zijn?
- C 26. Meer energie. Het was ook een hele rare situatie in huis, omdat G geen aandacht kreeg, dan willen ze toch aandacht. Ik durfde die twee haast niet alleen thuis te laten.
- T 27. Je was ook bang, hè?
- C 27. [vertelt over hoe zij naar haar werk ging.] Je ging ook altijd heel raar weg.
- T 28. Maar als je eraan denkt dat je G niet bij haar vertrouwde, wat voel je dan naar G toe?
- C 28. Ik ben kwaad op G [shift]. Dat zit er ook wel. Dat je je er niet in kan verplaatsen, dat iemand jaloers is op zijn eigen doodzieke kind.
- T 29. Dus je zit eigenlijk met een gevoel van kwaadheid naar G toe.
- C 29. Elke maandagmiddag gingen we naar het ziekenhuis. Als ik er G over wilde vertellen, was het steeds: 'Ja maar ikrsquo;. Dat hoor ik nog wel vaak 's nachts: 'Ja maar ik&'. Deze vorm van schuldgevoel was hardnekkig. Pas in de eindfase van de therapie kan Bouk van binnen uit ervaren dat zij tevreden over zichzelf kan zijn, ook als zij niet alles aankan. Haar zelfbeeld is veranderd. Het spijt haar dat zij zichzelf niet meer kan zien als iemand die niet stuk te krijgen is. 'Ik ben wel menselijker geworden', verzucht zij. De grote winst voor haar is dat de depersonalisatie sterk is verminderd. Het doet haar goed dat zij van dingen kan genieten, maar ook boosheid en verdriet echt kan voelen.

Afscheidsfase

In het derde jaar van de therapie krijg ik een gevoel van stagnatie. De therapiezittingen doen Bouk goed, maar ze krijgen een stereotiep karakter. Ik stel me de vraag in hoeverre een langdurige afhankelijkheid van therapie in het belang van cliënte is. Ik begin met Bouk voor te stellen de frequentie van de gesprekken te verlagen naar om de veertien dagen. Bouks reactie is: 'Gaan we dan ook stoppen?'. Hierdoor voel ik me genoodzaakt aan haar voor te leggen dat een psychotherapie een proces is met een begin en een eind en dat ik niet verwacht dat alle pijn door de behandeling weggenomen kan worden. Bouks nuchtere kant kan dit begrijpen. We spreken af de therapie over anderhalf jaar te beëindigen en in die periode de frequentie van de zittingen geleidelijk te verlagen. Bij elk van deze stappen vertoont Bouk een verlatingsreactie. Dit blijkt uit een toename van dissociatie en preoccupatie met het verlies van haar dochtertje. Het geven van containment is in deze fase niet gemakkelijk. De schrik die ik voel als Bouk weer een aantal keren ernstig gedissocieerd bij me komt, laat ik niet aan haar merken, maar deel ik wel met een vertrouwde collega. Deze helpt me om een consistente steunende houding aan te blijven nemen en niet van het afgesproken beëindigingsplan af te wijken. De verlatingsreacties van Bouk worden geleidelijk aan minder heftig en maken plaats voor trots dat zij zich zo snel weer weet te herstellen. In de laatste sessie blijkt dat de begrenzing helend gewerkt heeft. Zij begint als volgt.

C 1 Ik ben eindelijk Bouk. Ik ben hartstikke ziek geweest, hartstikke bang voor de paarden en weet ik het wat, maar ik sta helemaal met de voeten op de grond, Marijke. Ik ben niet chaotisch, niks.

T 1 Je hebt jezelf eruit getrokken...

C 2 Ja .

T 2 Sjonge, jonge.

C 3 Ik zou jou bellen, maar ik denk, die gelooft het vast niet.

T 3 Dacht je dat?

C 4 Dat dacht ik ja, dus ik durfde niet.

T 4 Dat is jammer, maar...

C 5 Ja, het frappante is. Anders ben ik bang voor de paarden binnen en nou was ik hartstikke bang voor de paarden buiten. En nou weet ik ook wat de oorzaak geweest is van die angst voor paarden.

T 5 Ja? Vertel eens...

C 6 Van eh, toen ik een jaar of drie was ben ik dus eerst weggelopen en oma heeft me eigenlijk een beetje cru weer teruggebracht van: jij hoort daar, en een poosje daarna ben ik eigenlijk geslagen door de paarden en dat waren mijn maatjes en dat was eigenlijk de eerste keer van mijn leven dat ik op mijn kop stond, toen was alles weg.

T 6 Dat herinner je je.

C 7 Dat herinner ik me. Dat kwam bij me boven, omdat ik eerst altijd binnen bang was, dat is logisch, want je kunt geen kant op, omdat ik nu buiten bang ben, dan kan je in wezen alle kanten op, dat kon ik dus eerst niet plaatsen.

T 7 Nee, precies.

C 8 Ja, ik ben wel wankel en 's morgens soms hartstikke misselijk en weet ik het wat, maar ik ben een heel eind.

T 8 Hartstikke mooi.

C 9 Wie had dit nou verwacht, hè?

T 9 Wat...

C Nee ik voelde wel steeds ik zit er tegen aan en ik moet nog een stukje.
10.

T En nu je dat weet van die herinnering is er ook een beetje de angel uit, zeg je.
10.

C Ja.
11.

T Echt een soort opluchting.
11.

C Ja, echt een soort opluchting
12.

T Van: dat is het.

13.

C Ja, echt iets van: nou kan ik weer een heel eind verder.

14.

T Ja.

14.

C Ja, dankzij jou Dus nou vind ik mijn eigen weg wel verder.

15.

T Ja precies, dat is het mooie.“

15.

In een brief die zij me kort na deze laatste zitting stuurt, verwoordt zij dat zij zich erg in de steek gelaten voelde toen we het in de op een na laatste zitting over het afscheid hadden. 'Ik haatte je gewoon.' Vervolgens beschrijft zij hoe zij in de daarop volgende weken constructief over zich zelf na heeft kunnen denken. 'Nu ik de benen weer wat op de grond krijg voel ik dat ik een andere Bouk ben. Ik kan over bepaalde dingen heen kijken, ik kan vergelijken en samen voegen.' Hiermee geeft zij aan hoezeer haar reflecterend en integratief vermogen is toegenomen. Er heeft zich een helende innerlijke relatie ontwikkeld ([Leijssen, 1995b](#)).

Discussie

In een cliëntgerichte psychotherapie staat empathie centraal. In de hier besproken therapie hebben inzichten uit het dissociatiemodel mijn empathisch begrip verdiept. Dit model bracht mij er toe verder te kijken dan de rouw om haar dochtertje, die Bouk steeds naar voren schoof als oorzaak van haar problemen. Ernstige chronische dissociatie is vrijwel altijd terug te voeren op traumatisering in de vroege jeugd. Bouk volgde mij met tegenzin als ik haar voorstelde om stil te staan bij de mishandeling door moeder, maar kwam er wel door in proces.

Ook attendeerde het dissociatiemodel mij op de mogelijkheid dat het zelf gefragmenteerd beleefd werd. Bouk ging zelf het angstige, verwaarloosde aspect van zichzelf benoemen als Boukje. Het was voor haar een verrassende gedachte dat zij Boukje niet hoefde te bestraffen, maar haar kon troosten op dezelfde manier waarop zij haar eigen dochtertje troostte toen deze ziek was. Hierdoor ging zij het angstige en zwakke meer als een geïntegreerd deel van zichzelf ervaren. De expliciete fasering van het afscheid bleek een essentiële bijdrage te leveren aan het doorwerken van een diepe separatieangst. Door zich te separeren ging zij zichzelf meer als een eenheid beleven.

De gedifferentieerde toepassing van de cliëntgerichte beginselen is bij ernstig getraumatiseerde cliënten vooral gericht op het versterken van veiligheid en integratie. Het is niet gerechtvaardigd om zonder meer te vertrouwen op hun zelfactualiserend vermogen als zij empathisch bejegend worden. Gevoelens worden als bedreigend ervaren en daarom sterk afgeweerd. De structuur en de aangepaste tijdsduur van de zittingen helpen de cliënt om het overzicht te bewaren. Procesdirectieven, zoals uitgewerkt in de procedure van het focussen helpen de cliënt om zoveel afstand te creëren dat hij stil kan staan bij zijn innerlijk beleven. Een directieve benadering kan door autoriteitsgevoelige cliënten te veel als een aantasting van de autonomie beleefd worden, waardoor de weerstand toeneemt. Focusinginstructies zijn directief voor het proces, maar niet voor de inhoud van het beleven en worden daardoor minder als een bedreiging van de autonomie ervaren.

Als de cliënt zijn innerlijk ervaren in beeldspraak verwoordt en hier met zijn therapeut over spreekt, is er voldoende afstand om zelfreflectie mogelijk te maken. Hierdoor kan zich bij de cliënt een reflecterend vermogen ontwikkelen. Empathisch invoelen van de binnenwereld van de cliënt brengt de cliëntgerichte psychotherapeut in contact met een innerlijke chaos, die behoefte heeft aan containment. Door deze te bieden wordt de veiligheid gecreëerd waardoor de cliënt zich open kan stellen voor zijn innerlijke belevingswereld. Geleidelijk aan gaat de cliënt ervaren dat het serieus nemen van de eigen binnenwereld niet zo verkeerd is als de innerlijke criticus denkt en ontstaat een mildere houding tegenover zichzelf. De psychotherapeut stimuleert een innerlijke dialoog tussen aspecten van het zelf, die als betrekkelijk losstaand worden beleefd. Hierbij worden constructieve aspecten als het vermogen om te zorgen gestimuleerd en destructieve aspecten als de interne criticus afgezwakt. Centraal staat een bemoediging van het als slecht en zwak ervaren zelf. Hierbij zijn de klassieke Rogeriaanse factoren: empathie, acceptatie en echtheid de wezenlijke helpende elementen.

Integratie wordt bevorderd door bovenstaande dialoog en door uitleg over het verband tussen angsten in het heden en vroegere traumatische ervaringen. Dit laatste activeert cognitieve strategieën om tot integratie te komen. Geleidelijk aan verinnerlijkt de cliënt een zelfbeeld dat meer samenhang vertoont. De begrenzing van de therapie in de afscheidsfase kan individuatie bevorderen als de cliënt voldoende stevigheid heeft ontwikkeld om de pijn van het afscheid te kunnen doorleven. Volgens mij is er dan een structurele verandering van de persoonlijkheid opgetreden, waarbij het zelf een gezondere integrerende functie kan vervullen. In de diepte is er meer veiligheid en zelfacceptatie ontstaan.

Om de cliënt veiligheid te kunnen bieden, moet de psychotherapeut zich zelf veilig voelen. Een goede inbedding in een team, waarin ruimte is om te kunnen delen wat de cliënt oproept is hiervoor een eerste vereiste. De psychotherapeut moet over vaardigheden beschikken om niet overspoeld te worden door de ervaringen van de cliënt. Kennis over psychopathologie, die het mogelijk maakt om de reacties van de cliënt te begrijpen, draagt bij aan het vermogen om overzicht te houden over wat er gebeurt in de therapie. Een goede begrenzing is ook voor de hulpverlener van belang, bijvoorbeeld in de tijd die ter beschikking wordt gesteld aan de cliënt. Doordat de therapeut zich veilig voelt, kan hij de beangstigende ervaringen van de cliënt containen. Een belevingsgerichte

psychotherapeut komt bij ernstig getraumatiseerde cliënten in contact met een binnenwereld die angstig en gefragmenteerd is. Dit is voor de psychotherapeut alleen te verdragen als hij voldoende afstand kan bewaren om hierover te reflecteren. Als de cliënt waarneemt dat de psychotherapeut zijn belevingen kan begrijpen en verdragen, helpt hem dat om deze ook zelf te verdragen.

Bouk (niet haar echte naam) dank ik voor haar toestemming om over haar behandeling te publiceren. Dr. J. Pols en mw. drs. A. Bos bedank ik voor hun opbouwende commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Summary

This article describes the valuable aspects of the concept of projective identification. It also raises a number of critical notes regarding the way the concept is sometimes used. Before concluding that projective identification is present, it is helpful to keep a number of distinctions in mind: that between defence and deficit, between projective identification and primary identification, between intention to communicate and communicative potential of behaviour, between projective identification as defence and projective identification as communication, between projective identification of the patient and projective identification of the therapist.

Literatuur

1. Audenhove, C. Van, (1995). Indicatiestelling in de psychotherapie. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 21, 182-193.
2. Baljon, M.C.L., & Graaf, M.J. de (1997). Cliëntgericht psychotherapie bij een vrouw met een bipolaire stoornis; een voorbeeld van psychiatrische psychotherapie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 39, 33-43.
3. Clickauf-Hughes C., Wells, M., & Chance, S. (1996). Techniques for strengthening Client's Observing Ego. *Psychotherapy*, 33, 431-440.
4. Cluckers, G. (1989). Containment in de therapeutische relatie: de therapeut als drager en zingevoer. In H. Vertommen, G. Cluckers, & G. Lietaer (red.), *De relatie in therapie* (pp. 49-64). Leuven: Universitaire Pers.
5. Coffeng, A.M. (1986). Focussen, een cursus als pre-therapie. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 11, 402-409.
6. Depestele F. (1997). Over grenzen en aanverwante problemen van de cliëntgerichte psychotherapie. *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie*, 35, 33-64.
7. Draijer N. (1996). Trauma, persoonlijkheidsstoornissen en andere psychiatrische diagnoses. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 51, 1134-1152.
8. Elliott, R., Clark, C., Kemeny, V., Wexler, M.M., Mack, C., & Brinkerhoff, J. (1990). The impact of experiential therapy on depression: The first ten cases. In G. Lietaer, J. Rombouts, & R. van Balen (red.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 549-621). Leuven: University Press.
9. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective Self, and Borderline States. The Predictive Specificity of the Adult Attachment Interview and Pathological Emotional Development. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (eds.), *Attachment Theory, Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 233-278). Hillsdale New York/Londen: The Analytic Press.
10. Gendlin, E.T. (1981). *Focusing* (2nd edition). New York: Bantam Books.
11. Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: a manual of the experiential method*. New York: The Guilford Press.
12. Jongedijk, R.A., Carlier, I.V.E., Schreuder, J.N., & Gersons, B.P.R. (1995). Is er plaats voor de Complexe Posttraumatische Stress Stoornis? PTSS en DES NOS nader beschouwd. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 37, 43-54.
13. Haas, O.P. de (1981). Gestructureerde gesprekstherapie bij borderline cliënten. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 7, 70-80.
14. Haas, O.P. de (1991). Psychotherapeutisch interveniëren binnen de cliëntgerichte benadering. In J.C.A.G. Swildens, O.P. de Haas, G. Lietaer, & R. Van Balen (red.), *Leerboekgesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering* (pp. 355-376). Amersfoort/Leuven: Acco.
15. Hart, O. van der (red.) (1995). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
16. Hart, O. van der, Boon, S., & Velde, W. op den (1995). Trauma en dissociatie. In O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 61-78). Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
17. Hart, O. van der, & Velde, W. op den (1995). Posttraumatische stoornissen. In O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 103-144). Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
18. Hart, O. van der, & Boon; S. (1995). Schrijfopdrachten en hypnose voor de verwerking van traumatische herinneringen. In O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 233-266). Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
19. Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
20. Leijssen, M. (1995a). *Gids voor gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

21. Leijssen, M. (1995b). Kenmerken van een helende innerlijke relatie. In G. Lietaer, & M. Van Kalmthout (red.), *Praktijkboek gesprekstherapie. Psychopathologie en experiëntiëleprocesbevordering* (pp. 27-37). Utrecht: De Tijdstroom.
22. Lietaer, G. (1991). Authenticiteit en onvoorwaardelijke positieve gezindheid. In J.C.A.G. Swildens, O.P. de Haas, G. Lietaer, & R. Van Balen (red.), *Leerboek gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering* (pp. 17-64). Amersfoort/Leuven: Acco.
23. Roelens, L. (1996). Accomodating Psychotherapy to Information-Processing Constraints. A Person-centered Psychiatric Case Description. In R. Hutterer, G. Pawlovsky, P.F. Schmid, & R. Stipsits (eds.), *Client-centered and Experiential Psychotherapy, A Paradigm in Motion*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
24. Smith, A. (1998). Onmacht en houvast...posttraumatische stressstoornis en cliëntgerichte psychotherapie. *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie*, 36, 5-20.
25. Tervoort, M.G.A. (1996). Ambulante individuele psychotherapie bij cliënten met borderlineproblematiek: houding en gedrag van de psychotherapeut. *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie*, 34, 4-21.
26. Vanaerschot, G., & Van Balen, R. (1991). Empathie. In J.C.A.G. Swildens, O.P. de Haas, G. Lietaer, & R. Van Balen (red.), *Leerboek gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering* (pp. 93-137). Amersfoort/Leuven: Acco.
27. Warner, M.S. (1991). Fragile process. In L. Fusek (ed.), *New directions in cliënt-centered therapy: Practice with difficult cliënt populations. Monograph Series 1* (pp. 41-58). Chicago: Counseling and Psychotherapy Center.
28. Warner, M.S. (1998). A client-centered approach to therapeutic work with dissociated and fragile process. In L. Greenberg, J. Watson, & G. Lietaer (eds.), *Handbook of experiential psychology* (pp. 368-387). New York: Guilford Press.

Copyright 2007, Bohn Stafleu van Loghum, Houten