

Van reflectie tot interventie*

– een interpretatie van het proces van de client-centered therapy in interactionele termen

door W. van Kessel**

Psychische problemen en klachten van mensen worden steeds meer gezien als relationele problemen en psychotherapie wordt als consequentie hiervan opgevat als het bewerken van relaties. Dit is een weinig originele opmerking om een lezing mee te beginnen. Men vindt deze opvatting namelijk al terug bij Freud, als hij, vooral in zijn latere werken, als hoofdschotel van de therapie het analyseren en bewerken van de overdracht gaat beschouwen. Verdere uitwerkingen van deze gedachte zijn vooral gegeven door Sullivan, Leary, Carson en heel in het bijzonder de gezinstherapeuten, de Palo Alto-groep met Jackson, Bateson, Watzlawick en Haley. In bijna alle theorieën in de psychopathologie worden bij de beschrijving van de ontwikkeling van probleemgedrag relationele gebeurtenissen aangegeven als belangrijke condities. Hierbij wordt van het grootste belang geacht de relatie zoals die zich ontwikkeld heeft met de ouders. Bovendien wordt dan als vehiculum voor de bewerking van dit probleemgedrag ook de relatie gekozen, namelijk de therapierelatie.

Waar ik in dit referaat met U over zou willen nadenken is, of we uit deze uitgangspunten de consequenties voor de beschrijving van het therapie-proces wel trekken. Met andere woorden of we ook niet een heel andere denkwijze moeten gebruiken om het psychotherapeutisch proces te beschrijven dan de b.v. in de client-centered therapie gangbare beschrijvingen. We zouden tot een descriptie moeten komen, die veel consequenter voortvloeit uit deze relationele visie op problemen van cliënten en die het therapieproces ook consequenter beschrijft als een interactieel gebeuren. Daartoe zou ik eerst summier willen schetsen, hoe problemen en symptomen van mensen beschreven kunnen worden vanuit een relationele denkwijze, daarna iets over psychotherapie als het bewerken van relaties. Tenslotte zou ik willen trachten om vanuit deze therapievisie te kijken naar het therapie-

* Lezing, gehouden op het '1. Europäischer Kongress für Gesprächspsychotherapie' te Würzburg

** Psycholoog, Instituut voor Clinische en Industriële Psychologie, Trans 4, Utrecht

op dit congres vooral bezighoudt.

proces in de client-centered therapie, de therapievorm, die ons

1 Hoe kan men gestoord gedrag beschrijven in interaktionele taal

Nemen wij als startpunt een zinnetje van Th. Leary (1957), die opmerkt dat hoe gestoorder iemand is 'the more likely he is to have abandoned all interpersonal techniques except one - which he can handle with magnificent finesse'. Kenmerkend voor cliënten, die naar ons toekomen met hun problemen, is dat zij gevangen zitten in de rigiditeit van een heel beperkte interaktiestijl met hun medemensen. Bijvoorbeeld kunnen ze zich slechts onpersoonlijk, gedistantieerd opstellen en zich niet emotioneel engageren. Ofwel is de enige interaktionele rol, die ze kunnen spelen de dominante, autoritaire houding, waarmee ze de ander steeds passief en afhankelijk maken. Weer anderen kunnen slechts passief en afhankelijk zijn, en nog anderen hebben als enige wijze van engagement met de ander een afwijzende, agressieve houding, enz. Hoe beperkter nu het interaktionele repertoire, hoe armer en verschaarder hun belevingswereld is. Immers iedere interaktionele opstelling naar de ander vraagt van deze ander een passende tegenrol. Als ik gevangen zit in één enkele opstelling vraag ik van al mijn partners dezelfde tegenrol. Dit brengt met zich mee, dat al mijn relaties er hetzelfde uitzien en dat er ook aan partners niet zo veel nieuws meer te beleven valt. Ik maak de gang van zaken daardoor wel meer voorspelbaar en dit reduceert angst, maar betaalt dit met een beperking van wat er aan de mensen met wie ik te maken heb, nog te beleven valt. Hiermee heb ik dan niet alleen het gezicht van mijn diverse partners vastgelegd, maar ook het gezicht van mijn hele wereld, aangezien mijn beleving van de wereld steeds bepaald wordt door de virtuele of actuele relaties waarin ik iets beleef. Mijn fantasieën zijn dan even rigide als b.v. de wijze waarop ik mijn vrije tijd besteed. Al mijn belevingen zijn dan 'structure-bound' zoals Gendlin het uitdrukt en deze gebondenheid zal terug te vinden zijn in mijn sexueel gedrag evengoed als in de manier waarop ik werk, in mijn motoriek evengoed als in mijn wijze van denken, en praten.

Het is weliswaar niet plezierig om in een wereld te leven waarin mensen en dingen weinig kleur hebben, maar velen van ons doen het er mee. Ondanks alle beperkingen in de realisering van onze mogelijkheden, die het gevolg zijn van de beperkte wijze waarop wij steeds met andere mensen omgaan, weten de meesten van ons zich gelukkig toch te handhaven. Iemand komt echter echt in moeilijkheden, als het repertoire van zijn interaktioneel gedrag dermate beperkt is, dat hij ermee niet kan voldoen aan de eisen, die zijn omgeving hem stelt. In de talloze interacties waarin we ons iedere dag begeven wordt telkens een nieuwe opstelling van ons gevraagd. Soms moeten we passief en afhankelijk kunnen zijn, dan weer wordt er juist van ons gevraagd dat we initiatief nemen en het heft in handen nemen. Hier moeten we van ons

afbijten en voor onszelf opkomen, daar doet iemand nu juist weer een appèl op onze meegaandheid en affektie. Zo dreigen we in meer situaties vast te lopen en onthand te raken naarmate wij beperkter zijn in de relatiestijlen, die we ter beschikking hebben. Doorgaans neigen we dan ertoe die situaties te ontwijken waarvoor we onvoldoende uitgerust zijn, kunnen we echter een dergelijke situatie niet meer ontlopen dan geeft dit aanleiding tot allerlei moeilijkheden en konflikten. Dit doet zich met name daarvoor, waar we gekonfronteerd worden met interactiepartners, die nu juist gedrag van ons vragen dat we niet kunnen opbrengen. Een voorbeeld zal mogelijk het voorgaande enigszins kunnen verduidelijken. Ik denk aan een cliënt wiens overte omgangsstijl erg meegaand, beleefd en onderdanig is. Over de manier hoe deze student deze houding ontwikkeld heeft bij zijn dominante, altijd kritiserende vader zou veel te vertellen zijn. Ik doe het hier niet, omdat ik er meer bezig mee zou willen zijn, hoe de jongen als het ware op alle terreinen van zijn leven in deze rigide stijl gevangen zit. Als hij de therapiekamer binnenkomt, wacht hij steeds totdat ik hem vraag te gaan zitten; diezelfde houding is in alles terug te vinden. Hij zal nooit vanuit zichzelf iets ondernemen, zonder dat een autoriteit het goedgekeurd heeft. Hij leest pas een boek, als hij weet dat een 'groot schrijver' het geschreven heeft, of als een autoriteit het gekarakteriseerd heeft als 'zeer goed'. Hij kan nooit afgaan op wat hij zelf interessant of aantrekkelijk vindt, maar moet zijn eigen smaak steeds door anderen bevestigd zien. Zo ontplooit hij ook vanuit zich zelf geen enkel initiatief. Hij heeft dan ook het gevoel, dat hij zelf niets kan. In zijn beste momenten fantaseert hij wel b.v. over wat hij later met zijn studie zou kunnen gaan doen, maar zodra hij al fantaserend uitkomt in een situatie, waar hij initiatief moet nemen, wordt hij gespannen en vlucht angstig naar een meer ondergeschikte positie. Hij schuwt kontakten met meisjes, omdat hij het gevoel heeft dat meisjes initiatief en zelfstandigheid van hem vragen. Het enig seksuele contact, dat hij ooit met een meisje gehad heeft, was met een oudere studente, die hem duidelijk versierde en waar hij zich 'toen maar bij neergelegd heeft'. Voor de rest heeft hij enkele homoseksuele kontakten gehad met ook oudere partners, die steeds de avances naar hem maken. In deze relaties komt hij zelden tot een orgasme: hij voelt zich door al deze partners kritisch bekeken, beoordeeld in zijn prestaties en gekleineerd. Zijn therapiegedrag bestaat vooral hierin, dat hij ofwel telkens het probleem van zijn 'niet-kunnen' mij voorlegt, en dan afwacht wat ik voor hem ga doen, ofwel, dat hij mij rechtstreeks vraagt iets voor hem op te lossen. Voor de rest valt op, dat hij vrijwel elke uiting van mij opvat als afwijzing en kritiek. Hij kijkt me niet aan en als hij niet zwijgt dan praat hij heel zacht en zit wat ineengedoken op het randje van zijn stoel. Het lijkt alsof hij zich excuseert voor het feit, dat hij er is.

Na dit alles is het voor de hand liggend, dat hij moeilijk en omstandig zal omgaan met situaties waarin hij voor zich zelf moet

opkomen, waarin hij assertief of agressief moet zijn. Hoe afhankelijk of meegaand hij ook is, als iemand hem rechtstreeks een opdracht geeft, tracht hij er ook weer onderuit te komen. Hij voelt zich dan misbruikt, is bang het toch niet aan te kunnen en dit alles beklemt hem erg. Hij zou dan het liefst willen weigeren, maar durft dat niet rechtstreeks te doen en dus verontschuldigt hij zich dan maar vanwege zijn hoofdpijn. Een opdracht echt loyaal uitvoeren kan hij zelden. Zijn vader stimuleert hem erg snel af te studeren: hij zit dan ook konstant achter de boeken en gunt zich nauwelijks enige ontspanning, maar hij komt ook niet tot serieus studeren en maakt dus nauwelijks vorderingen. Veel dingen, die ik hem zeg, ook al zijn het 'slechts' reflecties, beaamt hij eerst, maar maakt er vrijwel steeds een kanttekening bij, waarmee hij dan bijna geheel invalideert wat ik hem gezegd heb. Over de jongen zou veel meer te vertellen zijn. Ik hoop toch, dat de beschrijving, die ik van hem gegeven heb voldoende is om U over te brengen, hoe bij iemand, die gevangen zit in de rigiditeit van zijn patroon, dezelfde stereotype gedragingen op alle terreinen van zijn leven terugkeren. Ook wil de gegeven beschrijving aantonen hoe rigiditeit aanleiding wordt tot het sluiten van interaktionele compromissen. Immers ondanks zijn beleefdheid en onderdanigheid is hij op een heel indirecte manier toch steeds in de oppositie.

Zoals gezegd komen mensen in moeilijkheden waar ze met de beperktheid van hun interactierepertoire niet kunnen voldoen aan het appèl van hun omgeving waar deze gedrag van hen vraagt, dat ze niet kunnen waarmaken. De adequate, gevraagde opstelling kunnen ze niet geven, ze kunnen aan de andere kant, zoals Watzlawick c.s. gesteld hebben ook niet 'niet' communiceren. Er staat hun dus geen andere mogelijkheid open dan iets te communiceren, waarvan ze op een ander niveau ontkennen dat ze het communiceren. De beschreven jongen is namelijk agressief, hij is tégen, hij wijst andere mensen af, maar doet dit telkens verhuuld. Openlijk ontkent hij het, presenteert hij zich en beschrijft hij zich als voorkomend en onderdanig. Het is een onderdanigheid echter met een dubbele bodem. Vanuit Uw klinische ervaring zult U allen voldoende vertrouwd zijn met de enorme variëteit in technieken die mensen kunnen gebruiken om dit soort incongruente communicaties over te brengen. Ik zou nog iets willen zeggen over hoe ook zg. symptomen een functie kunnen hebben in deze communicatieve compromisvorming. Kommunikatief gezien zijn symptomen indirecte, dubbelzinnige boodschappen, die een duidelijk appèl karakter hebben op andere mensen zonder dat het subjeekt zich verantwoordelijk stelt voor het appèl dat hij doet. Een meisje, waarvan het gedrags- en klachtenpatroon gekarakteriseerd zou kunnen worden met het beeld van de anorexia nervosa is er als gevolg van het feit, dat ze nauwelijks meer enig voedsel tot zich neemt zo slecht uit gaan zien, dat iedereen in haar omgeving met bezorgdheid en medelijden zich met haar is gaan bezighouden. Haar ouders, die in het gezin een waar ter-

reurbewind uitvoerden, hebben haar afgeleerd om ooit op een direkte manier aandacht voor zichzelf te vragen. Het meisje heeft daardoor haar toevlucht genomen tot een indirecte, maar toch dwingende manier de aandacht en het medeleven van andere mensen op zich te vestigen. Door dit appèl op anderen te doen via haar 'ziekte' ontkent zij echter ook weer dat *zij* degene is die het appèl doet. Zij eist dus medelijden en aandacht op, maar ontkent ook weer dat zij degene is die dit doet, aangezien ze zich verschuilt achter haar ziekte. Hierdoor stelt ze zich veilig voor de kritiek van anderen op haar vraag, waar ze in feite niet de verantwoordelijkheid neemt voor de boodschappen die ze uitzendt.

2 De konsekwenties voor psychotherapie

Uit de hierboven gegeven beschrijving in interaktionele termen van gestoord gedrag, volgt de beschrijving van de doelstelling van psychotherapie in een interaktioneel model. In de psychotherapeutische relatie zal de cliënt kondities aangeboden moeten worden, die het hem mogelijk maken zijn stereotype manier van reageren te doorbreken en waarin hij bovendien steeds meer verantwoordelijk gemaakt wordt voor de boodschappen, die hij overbrengt. In de therapie zal de cliënt proberen zijn therapeut mee te nemen in hetzelfde interaktionele spel dat hij ook met zijn partners in het dagelijks leven speelt. De therapeut biedt veranderingskondities aan door nu juist steeds niet mee te gaan met de relatie, die de cliënt hem aanbiedt. Hierin onderscheidt zich de therapierelatie van de diverse relaties, die de cliënt in het dagelijks leven onderhoudt. Daar kan hij nl. zijn beperkt rolgedrag continueren, omdat hij zijn partners steeds dwingt in een passende tegenrol. Doen ze dat niet, dan verbreekt hij de relatie ofwel neemt hij zijn toevlucht tot allerlei compromissen, die hem en zijn partners uiteindelijk onbevredigd laten. In de therapie nu laat de therapeut zich niet in die tegenrol forceren; hij geeft dus niet de gevraagde, gebruikelijke reactie, maar stelt zich nu juist, zoals Beier het noemt 'a-sociaal' op. Hij bepaalt als therapeut de kondities en laat zich niet door de cliënt bepalen. Haley heeft dit beschreven als de strijd om het 'one-up-man-ship' in de therapie. In leertheoretische termen zou men kunnen stellen: de therapeut weigert de stereotype rol van zijn cliënt te reïncorceren, maar biedt nu juist cues aan, waarop de cliënt met nieuw gedrag moet antwoorden. De therapeut bewerkt verandering bij de cliënt door hem te frustreren in de manier waarop de cliënt hem telkens tracht te engageren. Dit brengt noodzakelijk met zich mee, dat de therapeut zichzelf ook frustreert, omdat hij niet spontaan kan responderen met dat gedrag waartoe de cliënt hem wel motiveert. Zo gezien zou men kunnen zeggen, dat de therapeutische interactie een voortdurende strijd is over het bepalen van de spelregels. Verschillende cliënten hanteren verschillende technieken om hun therapeuten te engageren. Een vrouw, die het hele uur volpraat en daarmee tracht te voorkomen dat de therapeut

interveniert, kiest een andere vorm dan de man, die zijn therapeut voortdurend vraagt: 'Vertelt U me maar eens wat ik doen moet'. Op beide strategieën van de cliënt kan de therapeut echter niet ingaan. Zo zal hij zich nooit op de kondities van de cliënt laten kwaadmaken, evenmin als dat hij zich door zijn cliënt laat dwingen tot initiatieven, hij zal zich niet door zijn cliënt laten charmeren, maar zal zijn cliënt aan de andere kant ook niet toestaan hem emotioneel op een grote distantie te houden. De therapeut zal telkens moeten konstateren wat de bewerkingen zijn die zijn cliënt op hem tracht uit te voeren, om dan tot een reactie te komen die de manoeuvre van de cliënt onmogelijk maakt. Dat wil dus zeggen dat therapie-doen niet alleen kan zijn denken met de cliënt, maar altijd persé vooronderstelt, dat de therapeut ook over zijn cliënt denkt.

Een voorbeeld zou iets hiervan kunnen verduidelijken: nemen we een incident in de therapie, waar de cliënt zegt de mogelijkheid van zelfmoord te overwegen. Rogers heeft in zijn boek 'client-centered therapy' een fragment van een therapie weergegeven waar een vrouwelijke cliënte haar zelfmoordplannen naar voren brengt. Het incident schijnt nogal provocerend te zijn, omdat ik van studenten die het boek gelezen hebben, vaker gehoord heb dat ze de door Rogers beschreven reacties een wat weinig humaan, extreem doorgevoerd vasthouden aan de door hem gekozen uitgangstellingen vinden. Rogers zelf heeft er in de erop volgende pagina's ook nogal mee geworsteld wat een verantwoorde reactie zou zijn. Tenslotte geeft hij dan als zijn opvatting: 'It is as if he (i.e. the therapist) is willing for death to be the choice, that life is chosen, for neuroticism to be the choice, that a healthy normality is chosen'. Het is een konkretisering van wat voor Rogers therapie tot therapie maakt: geef de cliënt de vrijheid en de verantwoordelijkheid en hij zal zijn gezonde weg vinden. Ik geloof, dat over het incident nog iets anders te zeggen valt. De cliënt probeert haar therapeut te bewerken en in beweging te krijgen. Behalve haar zelfmoordplannen zegt ze in hetzelfde fragment ook nog: 'I wish I'd never started this therapy. I was happy when I was living in my dream world. There I could be the kind of person I would like to be.' De cliënte tracht een appèl te doen op haar therapeut, en ze gebruikt er grof geschut voor zoals uit bovenstaande blijkt. Wat ze graag van haar therapeut wil, zegt ze even verder: 'You are not going to suggest that I come oftener? You are not alarmed and I think I ought to come in - every day - until I get out of this'. Zij probeert de therapeut te dwingen zich meer voor haar in te zetten en zich over haar te ontfermen. Op dit appèl geeft de therapeut echter 'niet thuis'. Hij frustreert haar, raakt niet geëmotioneerd en zegt slechts: 'I believe you are able to make your own decision'. Ik ben het met de studenten eens dat Rogers hier erg ver gaat in wat zijn stellingname over therapie is. Hij is hier wel uiterst consequent. Ook hier laat de therapeut zich niet engageren door de dwingende bewerkingsmanoeuvres van de cliënte. Het is niet

humaan, in de zin van 'sociaal voor de hand liggend', maar juist daardoor therapeutisch effectief. Op metakommunikatief niveau brengt de therapeut over dat hij zich niet laat vangen in de netten, die de cliënt in haar metakommunikaties voor hem spant. In het door Rogers weergegeven fragment doet de therapeut nog een concessie door te zeggen: 'I'll see you whenever you want to come'. Ik zie dit als een tegemoetkoming aan de cliënt. Ik bedoel hiermee niet, dat het therapeutisch daardoor ineffektief zou zijn. Therapie doen is niet alléén cliënten frustreren; het is ook hen telkens weer tegemoet komen. Dit is wat Haley de therapiesituatie heeft doen beschrijven als een paradoxaal gebeuren. Het is wat hij noemt een 'beneficial ordeal'. Dat wil zeggen, dat in een context, waarin de therapeut er vóór de cliënt wil zijn, hij er toch niet op de kondities van de cliënt wil zijn, sterker nog de kondities van de cliënt wil frustreren.

3 De 'client-centered' therapeut: reflecties opgevat als interventies in interacties

Om U nu te laten zien wat ik bedoel met een interaktionele beschrijving van het therapieproces zal ik dit nu verder uitwerken aan de hand van wat een client-centered therapeut doet. De gedachtengang in de 'client-centered' theorie is in grote lijnen als volgt: De therapeut biedt een zo min mogelijk bedreigende atmosfeer aan, waarin het de cliënt mogelijk gemaakt wordt om via de weg van de zelfexploratie zichzelf terug te vinden en te aktualiseren. Ik vraag me nu af of deze beschrijving toch niet wat te simplistisch is om adequaat weer te geven, wat er in de therapierelatie gebeurt. In wat Haley het 'beneficial ordeal' noemt, zal de client-centered therapeut zich dus meer herkennen in het 'beneficial' dan in het 'ordeal'. In het navolgende zou ik willen nagaan of de kondities, die in de client-centered hoek beschreven zijn, als therapeutenvoorwaarden om deze 'beneficial atmosphere' te realiseren, tevens ook niet kondities voor een 'ordeal' zijn. Laten we daartoe eerst eens bekijken: hoe ziet de client-centered therapeut de cliënt, die zich aanmeldt voor therapie. Het is de cliënt zoals Rogers die beschreven heeft op de laagste trappen van de proces-schaal. Ik kies de karakterisering gegeven door Tausch, en wel de laagste trap, omdat deze door het extreme karakter het duidelijkste beeld geeft (Tausch, 1968 p. 253): '... eine weitgehend rigide, statische, undifferentierte und unpersönliche Art des psychischen Funktionierens von Klienten, mit geringer Bereitschaft ihre Gefühle auszudrücken. Die Klienten sind gleichsam entfernt von ihren Gefühlen und Erfahrungen, beziehen sich wenig oder gar nicht auf sie, haben Wahrnehmungen in Form rigider Konstrukte, fürchten enge Beziehungsverhältnisse zu anderen Menschen, halten ein Konzept des eigenen Selbst aufrecht, das starr ist und oft nicht mit ihren seelischen und organischen Erfahrungen übereinstimmt'. Als ik me probeer voor te stellen, hoe de bovenbeschreven cliënt

gestalte geeft aan zijn relatie tot zijn therapeut dan kom ik tot het volgende beeld: Hij stelt zich erg afhankelijk op, hij komt niet tot een emotioneel engagement, hij betreft zich niet direct op de therapeut, gaat een direct persoonlijk contact uit de weg. 'Ein enges Engagement mit anderen Personen (i.e. dem Therapeuten) wird häufig vermieden', schrijft Tausch. Hij stelt zich niet diskutabel, maar poneert zich absoluut en maakt zich daarvoor ontoegankelijk. Hij legt zichzelf vast in absolute en definitieve uitspraken. Hij verhuult zich ook in vage algemeenheden en rationalisaties, in psychologiserende uitspraken over zichzelf in plaats van zichzelf direct mee te delen. Hij voorkomt ook een direct open contact door over zichzelf te praten in de 'men'- of 'je'-vorm. Hij externaliseert. Hij ontkent de emoties, die hij te zien geeft en brengt daardoor de therapeut in verwarring. Hij presenteert zich als slachtoffer van een gebeuren, dat hem overkomt en niet als auctor van zijn eigen gedrag. Met deze omgangsvorm verwacht de cliënt een bepaalde manier van reageren van zijn omgeving op te roepen. Ons 'gewone sociale' antwoord in het dagelijks leven op zo iemand, die ons steeds in alles vraagt 'kom niet te dicht op mijn huid' zou een grotere distantie ook van onze kant zijn. Distantie roept distantie op. Zo plegen we ook op abstracte redentaties in te gaan met nieuwe redentaties. Zijn kille zakelijkheid zou niet onze affectie oproepen. Het zou voor ons dan ook niet gemakkelijk zijn hem direct aan te spreken. Op zijn dubbele boodschappen zou het niet eenvoudig zijn een eenduidig antwoord te geven, dus vaak zouden ook wij in onze reacties wat verwarrend zijn. Ook wij van onze kant zouden ons niet gemakkelijk bloot geven. Allemaal reacties die de bovenbeschreven cliënt in de dagelijkse omgang zou oproepen van zijn sociale omgeving. Doordat de omgeving er op de bovenbeschreven manier op reageert, wordt dit interactiepatroon van de cliënt in stand gehouden, . . . totdat iemand er plotseling eens heel anders op gaat reageren. Zo iemand is de therapeut. Laten we daarom eens bekijken wat hij doet. In de volgende voorbeelden zou ik willen proberen aan te tonen hoe de door de client-centered therapeuten gehanteerde reflecties en andere antwoorden in feite interventies zijn, die de cliënt willen frustreren in diens manier van omgang met de therapeut en hem willen motiveren een andere relatievorm uit te proberen.

– Op het wat koele, afstandelijke, externaliserende verhaal van een cliënt antwoordt de therapeut met . . . empathie. Dat wil zeggen, dat hij intervenieert in de interactie, dat hij de cliënt telkens heel persoonlijk aanspreekt en niet meegaat in diens zakelijk betoog. De therapeut 'ajourne le dialogue, il le met entre parenthèses. Il ne veut pas discuter. Sa position est moins de répondre au sujet que de le confronter avec lui-même', schrijft Amado Levy over de analytikus, maar dit geldt niet minder voor de client-centered therapeut. Een cliënt zegt b.v. 'de maatschappij van tegenwoordig geeft de mens geen mogelijkheden meer tot vrijheid'. De therapeut antwoordt: 'U voelt zich onvrij gemaakt als

U met mensen in contact komt'. In volgende interventies tracht de therapeut die mensen ook nog concreter te maken; zijn vrouw, zijn baas en bij voorkeur natuurlijk: hij zelf, de therapeut, zodat de cliënt zijn verhaal over de maatschappij-visie gaat opgeven en komt tot het aktueel beleven van zijn onvrijheid en gespannenheid en hiermee op een andere, meer betrokken wijze met zijn therapeut in gesprek gaat.

– Op de inkongruente boodschappen van de cliënt geeft de therapeut een konfrontatie, die van de cliënt een grote kongruentie vraagt. B.v. een cliënt zit nerveus bewegend op zijn stoel de ene sigaret na de andere te roken, en tracht daarbij zijn therapeut te overtuigen, dat hij een eind aan de gesprekken wil maken, omdat hij de laatste tijd zo'n innerlijke rust heeft, zodat hij het voortaan wel weer alleen kan. De therapeut antwoordt: 'Ik begrijp niet precies wat U me zeggen wilt, want ik zie de rust niet zo waarover U spreekt'. Wat er gebeurt is, dat de cliënt de therapeut in verwarring tracht te brengen. Deze echter laat zich niet vangen, merkt de manoeuvre van de cliënt op en dwingt hem om op eenduidiger manier te zeggen, wat hij te zeggen heeft.

– Op de vage, abstrakte algemeenheden van de cliënt antwoordt de therapeut met konkreetheid. Een cliënt zegt: 'in sommige situaties voel ik onbewust iets van agressie. Een mens moet op zijn tijd ook eens kwaad zijn, als hij het maar beheerst doet'. Therapeut antwoordt: 'U voelt U af en toe kwaad worden, maar dan weet U nog niet wat U er mee moet beginnen. Kunnen we een voorbeeld vinden, waar U iets van kwaadheid voelde?' Ook hier frustreert de therapeut de cliënt in diens poging de therapeut op een afstand te houden. Hij gaat niet mee met psychologisering en moralisering van de cliënt, waardoor de cliënt zijn positie t.a.v. de therapeut wil verstevigen. De cliënt poneert zich door algemene zekerheden te presenteren en maakt zich daardoor onaantastbaar. De therapeut spreekt hem aan op heel andere kondities door steeds vragen te stellen bij deze pseudo zekerheden. Als de cliënt hierin met de therapeut meegaat, wordt er wederom een relatiepatroon veranderd.

– De cliënt voelt zich zelf niet verantwoordelijk voor zijn gedrag, presenteert zich als slachtoffer van gebeurtenissen, die hem overkomen. De therapeut maakt de cliënt verantwoordelijk, waar deze zich presenteert als iemand, die niet verantwoordelijk is. Het subjektiveren, dat kenmerkend is voor een Rogeriaanse approach betekent metakommunikatief dat de therapeut niet mee wil gaan in de stelling, die zijn cliënt ingenomen heeft, nl. dat dingen hem overkomen in zijn leven zonder dat hij er zelf een rol in speelt. Het subjektiveren maakt de cliënt telkens verantwoordelijk voor wat hij zegt en doet. Een vrouw, die juist besloten heeft gescheiden van haar man te gaan wonen vertelt: 'het loopt steeds weer anders af. Iedere keer als ik probeer me van hem los te maken moet er iets gebeuren, waardoor ik toch weer naar hem terug moet. Zo ook vorige week. Ik was nog geen dag op mijn etage of ik werd ziek en belde hem op voor pillen'. De

therapeut antwoordt 'telkens als U besluit om van hem weg te gaan heeft U toch geen vrede met Uw besluit, en . . . besluit ook weer om terug te gaan.'

Wat de voorbeelden willen illustreren is, dat de reacties van de therapeut ook waar dit 'slechts' reflecties betreft, altijd beweringen van interactie zijn. De therapeut wil interveniëren in het interactiepatroon, dat de cliënt hem aanbiedt. Iets meer provocerend zou je kunnen zeggen, dat de therapeut een unconditional non-acceptance heeft voor de relatiestereotypie van de cliënt. Naar mijn overtuiging simplificeert Rogers het gebeuren in de therapie als hij stelt, dat het slechts het aanbieden van een niet-bedreigende relatie is van de cliënt. Het is dan ook niet zo verbazingwekkend, dat Truax in één van zijn onderzoeken vond dat het aanbieden van hogere niveaus in het begin van de therapie van de z.g. therapeutische variabelen door de therapeut in de hand werkt dat cliënten prematuur als drop-out de therapie verlaten. Voor de cliënt zoals deze beschreven wordt op de laagste trappen van de processchaal is het wel erg bedreigend om hem de door Rogers, Truax en Carkhuff beschreven relatiekondities aan te bieden. Deze maken het de cliënt nl. toenemend moeilijk om op zijn kondities de relatie aan te gaan.

Aan het eind van mijn verhaal kom ik terug bij de vraag, die ik in het begin ervan stelde: vloeien de in de client-centered therapy gangbare beschrijvingen van het therapie-proces wel konsekwent voort uit de uitgangspunten? In deze uitgangspunten wordt de ontwikkeling van gedrag en dus ook van probleemgedrag beschreven als een interactioneel gebeuren; klachten en problemen van mensen worden gezien als communicatie-stoornissen en de therapierelatie wordt gezien als vehikulum om dit gedrag te bewerken. Als we nu naar de gangbare procesbeschrijvingen kijken, blijken deze met de uitgangspunten niet kongruent te zijn. Hoe wordt nl. in de client-centered therapy het proces beschreven? In de processchaal van Rogers beschrijven de meeste te onderscheiden dimensies iets, dat het beeld oproept, als zou zich in de cliënt iets afspelen: bijv. de wijze waarop deze zich betreft op zijn gevoelens, de wijze van ervaring, de betrokkenheid op zijn problemen e.d. Ook de experiencing-scale van Gendlin geeft de betrokkenheid weer van de cliënt op diens eigen ervaringen. Elders is het proces beschreven als een afnemende inkongruentie tussen het 'self-concept' en het 'ideal-concept'. Voorts is in de client-centered therapy de in de humanistische psychologie gangbare term 'zelf-aktualisatie' overgenomen. Ik vind dit om meer redenen een erg ongelukkige term om het therapieproces te karakteriseren, onder meer omdat ook deze term de veranderingen van de cliënt benadrukt zonder dat de zich vernieuwende wijze van betrokkenheid op zijn omgeving erin terug te vinden is. Aan al deze beschrijvingen kleven een aantal theoretische bezwaren, waarvan ik u er twee zou willen voorleggen:

1 - Het zijn erg gebrekkige expliciteringen van het interactionele proces tussen cliënt en therapeut. De gebruikte uitdruk-

kingswijze geeft de suggestie, dat de waar te nemen veranderingen, veranderingen in de cliënt zouden zijn, terwijl nu juist het aksent zou moeten liggen op het relationele gebeuren.

2 – De interpretaties zijn eenzijdig door het overaksentueren van het emotionele aspekt van het proces. Het eenzijdig benadrukken van het belang akkurate reflekties van emoties te geven, het beschrijven van het therapieproces als een verandering in de experiëncing, simplificeren de kompleksiteit van het therapie-proces. Het geeft nl. de indruk, dat de enige rigiditeit van cliënten hun 'emotioneel geblokkeerd-zijn' is.

Dit alles heeft konsekwenties ook voor de praktijk van de psychotherapie. Enige hiervan zal ik U in het kort voorleggen.

Mensen blijken een grote creativiteit te hebben in het ontwerpen van hun leven, maar ook in het deformeren ervan. De variëteit ervan is te groot om in één unitaristisch model adequaat beschreven te kunnen worden, de pluriformiteit in deformaties is te groot om met behulp van een enkele, als 'universeel' gepresenteerde methode behandeld te kunnen worden. Iedere therapie zou daarom niet alleen moeten beginnen met een exploratie en analyse van het door de cliënt gepresenteerde probleem, maar ook gedurende de gehele therapie, zou de voor de cliënt ideosynkratische interaktiestijl steeds verhelderd moeten worden en wel in de relatie tot zijn klachten. Op grond van deze verheldering ontwerpt de therapeut zijn interventies, die de cliënt zullen motiveren zijn rigide interaktiewijzen te veranderen. Elke therapeutische procedure zou verantwoord moeten zijn in een deskriptie van de relationele rigiditeiten van de cliënt, en deze deskriptie zou tevens moeten resulteren in een interpretatie van de klacht. Het is duidelijk dat de therapeut hierbij niet alleen met zijn cliënt meedenkt, zich als het ware in hem verplaatst, maar dat hij ook over zijn cliënt denkt. Hij vormt zich ook steeds een beeld van hem. Deze verhelderingen leiden tot het steeds konkreter formuleren van doelstellingen en werkwijzen en dit opent de weg tot een structurering en verantwoording van het therapieproces. Cliënt en therapeut weten waar ze naar toe werken, waarom ze dit doen en hoe ze het aanpakken. Bij het formuleren van doelstellingen is de term 'zelfaktualisatie' weinig geschikt. Allereerst omdat deze term te algemeen en daardoor te nietszeggend is, om houvast te geven bij het expliciteren van een specifieke procedure. Bovendien vind ik de term misleidend, waar hij de suggestie geeft, dat er in de loop van het therapieproces in toenemende mate een 'zelf' vrijkomt, los van de invloed van de ander, met name de psychotherapeut. Iedere ontwikkeling echter voltrekt zich in dialoog met anderen en zal dan ook de sporen dragen van die ander. Zowel proces- als effectonderzoek, ook van zogenaamde niet-direktieve therapieën, wijst uit dat therapeuten wel degelijk (vaak heel subtiel en impliciet) de richting van de ontwikkelingsgang van hun cliënten beïnvloeden (vgl. bv. Welkowitz en Cohen (1967), Rosenthal (1955), Truax (1966)), ook al kiest de therapeut als 'facilitator' is adequaat voor zover het gaat om dit expli-

niveau te ontkennen. Het karakteriseren van de rol van de therapeut als 'facilitator' is adequaat voor zover het gaat om dit explicietere interactieniveau; het maakt voor hem de weg vrij om op een ander niveau 'manipulator' te zijn.

Zelfaktualisatie is het verbreden van mijn interactierepertoire in mijn omgang met mensen en dingen. Deze verbreding zal iemand anders mij moeten aandragen. Dit brengt met zich mee dat de rol van de therapeut niet slechts daarin bestaat, dat hij de cliënt volgt op diens weg. De therapeut intervenueert actief; zelfs waar hij besluit zich zogenaamd passief en afwachtend op te stellen. Met deze opstelling beoogt hij namelijk te intervenueeren, bijvoorbeeld zijn cliënt tot initiatief of tot agressie te brengen. Het verbreden van het interactionele repertoire van de cliënt behelst meer als slechts het ontvankelijk worden voor nieuwe emoties. U allen zult cliënten kennen, wier omgangsstijl niet akkuraat beschreven kan worden door middel van de processchaal van Rogers of die van Gendlin. Het scala van interactionele beperkingen is aanmerkelijk groter. Het eenzijdig benadrukken van het belang van emoties aktualiseren, verarmt de verscheidenheid van denkbare therapiedoelstellingen. We kunnen dan ook niet aannemen dat de doelstelling 'cliënten dichter bij hun gevoelens brengen' relevant is voor de hele diversiteit van klachten. Emoties zijn kwaliteiten van betrekkingwijzen, zoals onder andere door Sartre gesteld is. Aan deze betrekkingwijzen zijn ook gedrags- en cognitie-aspekten te onderscheiden. Therapie, opgevat als het bewerken van interacties, zal dus ook deze drie aspecten moeten bewerken. De therapeut actualiseert niet slechts nieuwe emoties bij zijn cliënt, hij evocert ook nieuw gedrag en zoekt naar cognitieve coderingen. Het wil me zelfs voorkomen dat de effectiviteit van veel encountergroepen e.d. beperkt wordt onder andere doordat vaak slechts emotionele behoeften bevredigd worden en voorbij gegaan wordt aan het belang van het cognitief herstruktureren.

Dit alles heeft weer ten gevolge dat de therapeut gebruik kan maken van een veel grotere variëteit van relationele kondities om de interactiestijl van zijn cliënt te bewerken. In de client-centered therapy worden een beperkt aantal relatiekondities beschreven als noodzakelijk en voldoende voorwaarden om het therapieproces op gang te brengen. Dit brengt het gevaar met zich mee, dat de therapeut gerigidiseerd wordt, waar hij bijvoorbeeld nog slechts reflecties mag geven. Het geeft weinig ruimte aan zijn creativiteit en inventiviteit, om op verschillende manieren het interactionele repertoire van de cliënt te bewerken.

Literatuur

- Amado Levy Valensi, E., *Le dialogue psychoanalytique*. Parijs, 1962.
Beier, E., *The silent language of psychotherapy*, Chicago, 1967.
Haley, J., *Strategies of psychotherapy*. New York, 1963.
Kessel, W. v. & Linden, P. v. d., *Een interactioneel model voor gestoord gedrag en voor psychotherapie*. Stencil I.C.I.P.-Utrecht, 1973.

- Leary, Th., *Interpersonal diagnosis of personality*. New York, 1957.
- Rogers, C. R., *Client-centered therapy*. Boston, 1951.
- Rosenthal, D., Changes in some moral values following psychotherapy.
J. of consult. psych., 1955, 19 p. 431.
- Tausch, R., *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen, 1968.
- Truax, Ch. B., Reinforcement and non-reinforcement in Rogerian therapy.
J. abnorm. soc. psych. 1966, 71, 1, 1-9.
- Welkowitz, J., Cohen, J., Value system similarity. Investigation of patient
- therapist dyads. *J. of consul. psych.* 1967, 31, 48-55.