

Les #01

Kernideeën van de humanistische psychologie:

- **Anti-deterministisch**: determinisme stelt dat alles in de mens is bepaald door genen, conditionering, leerervaringen, etc. De beweging hiertegen richt zich op keuzevrijheid, groeimogelijkheden en de kans op verandering.
- **Anti-reductionistisch**: reductionisme stelt dat alles bestaat uit separate onderdelen die apart kunnen worden bestudeerd en behandeld. De beweging hiertegen kijkt holistisch naar mensen als een geheel systeem.
- **Fenomenologisch**: dit houdt in dat er gewerkt wordt met en vanuit gegaan wordt van de waarheid van cliënt.

Kernmerken van de humanistische psychotherapie:

- De wil om de cliënt ten volle te zien, horen en te begrijpen. Focus op exploratie, waarbij zelfreflectie wordt aangemoedigd in zowel de cliënt als de therapeut.
- Een authentieke aanwezigheid van de therapeut. De therapeut speelt geen rol, is geen expert of meester en verschuilt zich niet achter technieken. Er is professionele betrokkenheid.
- Gevoel en beleving staan centraal. De beleving van het probleem wordt in de sessie gebracht, zodat het gevoeld kan worden en erbij kan worden stilgestaan.
- Hier-en-nu is belangrijk. Hiervoor bestaan experiëntiële en interactionele methodes.
- De therapeutische relatie speelt een centrale rol.

Carl Rogers → Cliëntgerichte psychotherapie

= grootste vertegenwoordiger en evidence-based vorm van de humanistische stroming

Toen Rogers begon als psycholoog waren psychoanalyse en gedragstherapie de dominantste kaders (humanistisch kader = derde kader = '3rd force'). Er werd veel gemeten en geadviseerd: reductionistisch.

Cliëntgerichte psychotherapie is ontstaan in de jaren 1930. Het ontstond als reactie op de populaire reductionistische visie in de psychologie van die tijd en komt voort uit de humanistische beweging. Het doel was om het mens als holistisch geheel te zien en terug centraal te plaatsen.

Cliëntgerichte psychotherapie bevat invloed van **Otto Rank** (voormalig collega van Freud die is buitengezet vanwege opinieverschillen). Hij stelde dat:

- De gevoelslaag is essentieel in therapie.
- Mensen slingeren tussen hun nood aan autonomie en nood aan verbodenheid, levensangst en doodsangst.
- Empathie en de echtheid van de (overdrachts-)relatie zijn van groot belang.

Belangrijk besef voor Rogers was dat raadgeving niet werkte. Mensen hebben geen raad/interpretaties van buitenaf nodig. Ze hebben een therapeutische omgeving (relatie) nodig waardoor ze kunnen groeien en waarin ze hun eigen antwoorden kunnen vinden.


Na empirisch onderzoek van bandopnames, kwam Rogers tot de volgende voorwaarden waaraan langdurig moet worden voldaan om een constructieve psychologische verandering teweeg te brengen in iemand:

1. Two persons are in psychological contact.
2. The client is in a state of incongruence (vulnerable, anxious, requesting help).
3. The therapist is in a state of congruence (integrated in the relationship).
4. The therapist experiences unconditional positive regard for the client.
5. The therapist experiences an empathic understanding for the client's internal frame of reference and endeavors to communicate this experience to the client.
6. The communication to the client of the therapist's empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree received.

Clïentgerichte psychotherapie is hierdoor geen medisch model, maar een **groei-/ontwikkelingsmodel**.

Schoolfase cliëntgerichte psychotherapie: 1940 – 1964

Post-schoolfase cliëntgerichte psychotherapie: trad in vanaf ongeveer 1965

 In deze fase viel de vroegere eenheid uiteen en ontstond er een gedifferentieerd landschap van centra en personen verdeeld over niet alleen de VS, maar ook Europa. Het rogeriaanse kader werd verbreed.

Ontwikkelingen die Rogers onderging in zijn standpunten:

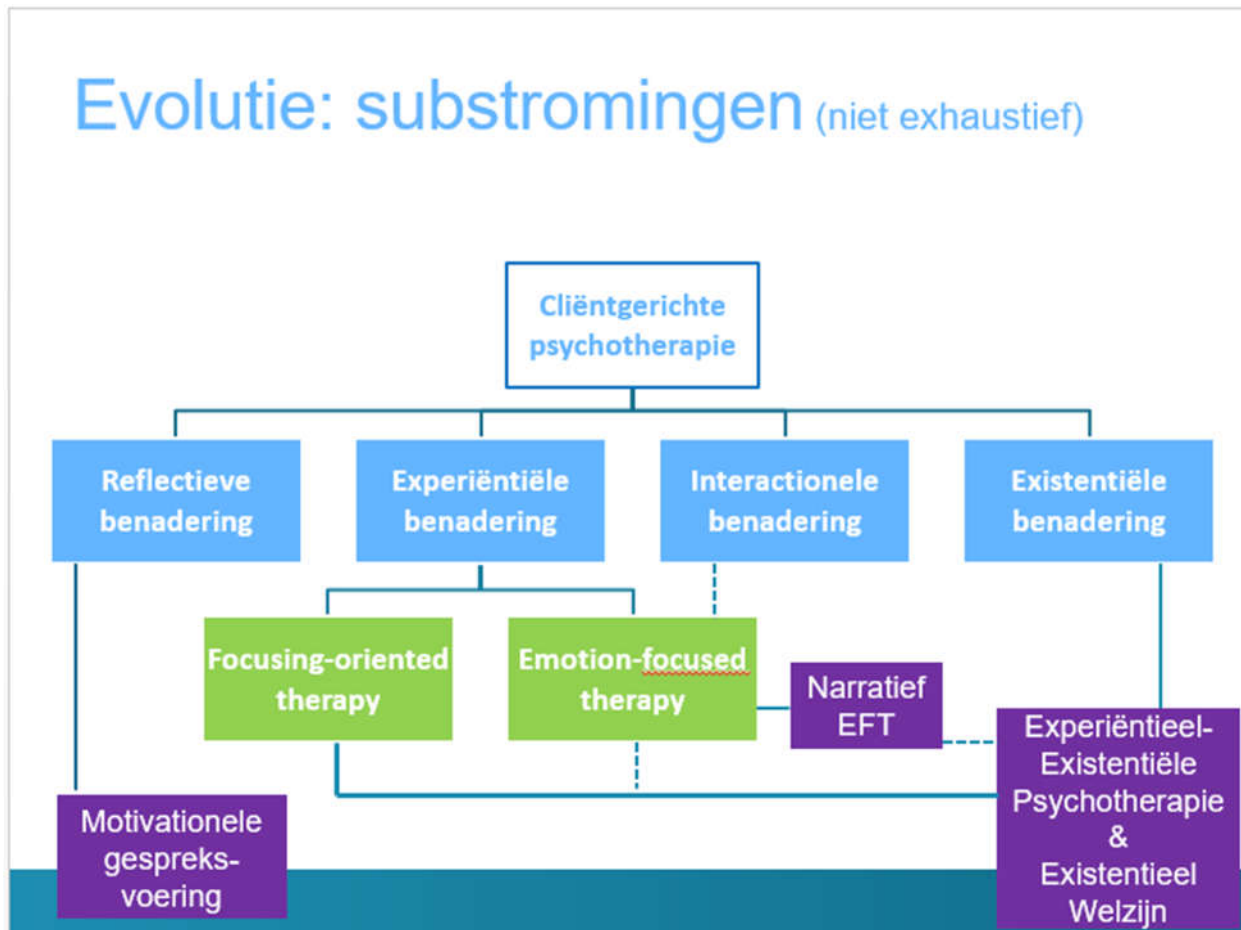
- Van 'reflection of feelings' naar meer 'reflection of underlying feelings' naar 'experiencing'.
- Hij ging zich richten op koppeltherapie en (grote) groepstherapie.
- Hij ging zich richten op mediatie van conflicterende groepen.

De benadering van Rogers heeft o.a. invloed gehad op:

- Ervaringsgericht onderwijs
- Conflicthantering op wereldniveau
- Self-determination theory
- Non-violent communication
- Positive psychology

Het handboek stelt dat de bijdrage van de therapeut alleen in relationele termen wordt beschreven en suggereert de bijdrage van de therapeut te hervormen tot zowel **relationele (het zijn) en taakgerichte aspecten (het doen)**.

Er zijn veel substromingen ontstaan uit de cliëntgerichte psychotherapie:



De **reflectieve benadering** is de klassieke rogeriaanse therapie. Een belangrijk instrument hierin is de beleving van de cliënt van moment tot moment. Zelfsturing van de cliënt wordt aangemoedigd met empathische reflecties. Deze reflecties brengen ordening en verdieping in het verhaal van de cliënt. Ze versterken ik-functies: zelfsturing, zelfaanvaarding en zelfintegratie.

Een evolutie hierin in de laatste decennia is de concretisering van relationele grondhoudingen in functie van specifieke problematiek, bv. pre-therapie bij psychotische stoornissen.

↳ De **motivationale gespreksvoering** komt voort uit de reflectieve benadering. Het is een concretisering van specifieke problematiek, het wordt toegepast bij verslavingen, ambivalenties en conflicterende belangen. Het is gecreëerd door William Miller. Het is een gestructureerd vorm van therapie die vooral toegepast wordt bij opgelegde hulpverlening/minder gemotiveerde cliëntengroep.

Focus-oriented therapy (FOT) is gecreëerd door Gendlin en legt het accent op focussen op lijfelijk gevoelde componenten. Focussen is een vorm van introspectie waarbij mensen leren stilstaan bij zichzelf door zich op hun lichamelijke aanvoelen van hun situatie te richten ('felt sense'). Er moet een juiste afstand worden gevonden om te kijken, niet analyseren, wel leren uitdrukken. Het leidt tot

nieuwe inzichten, een groeiende openheid, het ervaren van meer richting en zingeving in het leven. De achtergrondtheorie van deze methode is fenomenologisch-existentieel. Het idee is om gestolde processen in beweging te brengen.

Emotion-focused therapy (EFT) is gecreëerd door Greenberg en Elliott. Het maakt meer gebruik van actiegerichte methodes met als bedoeling het affectief-cognitief schema via emotie in het hier-en-nu bewerkbaar te maken. Het onderliggende idee is dat er geen uniform zelf bestaan, meer vele onderstromen of stukjes (cognitief-affectieve schema's). Er zijn vaak conflicten tussen deze stukken en groei betekent integratie van de verschillende zelfstukken. Het maakt gebruik van systematische unfolding, twee-stoelentechnieken en de lege-stoel techniek. Greenberg en Elliott maken onderscheid tussen enkele soorten emoties:

- **Basisemoties:** deze zetten aan tot actie (kwaadheid, angst).
- **Complexere emoties:** deze integreren informatie (schaamte, vreugde).
- **Primair adaptieve emoties:** onderbuikgevoel waaruit onmiddellijk een reactie komt die de overleving en het welzijn dient.
- **Primair maladaptieve emoties:** vastzittende emoties die tot een chronisch slecht gevoel leiden, zijn vaak het gevolg van traumatische ervaringen die onvoldoende erkend zijn.
- **Secundaire emoties:** deze dienen als afweer tegen primaire emoties die als ongewenst beleefd worden.
- **Instrumentele emoties:** hiermee worden anderen gemanipuleerd (bv. neptranen).

In de **interactionele benadering** (interpersoonlijke benadering) speelt de interactie tussen cliënt en therapeut een belangrijke rol. Het probleem van de C doet zich ook in deze interactie voor, waardoor de interactie tussen C en T het werkveld wordt (metacommunicatie). De echtheid staat voorop en de relatie moet voldoende stevig zijn alvorens confronterende interventies veilig kunnen worden toegepast. Veel feedback richting C over de *hoe* van zijn/haar communicatie en interactie.

De **existentiële benadering** richt zich op bronnen van angst die aan de basis liggen van defensieve reacties en van daaruit leiden tot symptomatologie. Angst en vermijdingsgedrag zouden ontstaan uit confrontatie met levensopgaven (bv. dood, aftakeling, vrijheid, etc.). Dit zijn **existential givens**. Het richt zich op de vraag: wat betekent het als mens te leven? Er is specifieke aandacht voor zingeving en betekenisverlening rondom dit vraagstuk.

Yalom benadert het menselijk bestaan vanuit vier centrale bekommernissen: dood, vrijheid, eenzaamheid en zinloosheid. Ontkenning van de eindigheid van het leven is volgens Yalom de bron van veel problemen. Erkenning van de dood, ontmoetingen met anderen en het doorgeven van zaken die van belang zijn, geven het leven zin.

↳ De **positieve substroming** integreert positieve psychologie met existentiële, experiëntiële en cliëntgerichte psychotherapie. Naast aandacht voor problemen is er ruime aandacht voor het stimuleren van talenten, krachtbronnen, zingeving en persoonlijke spiritualiteit.

Bij **existentieel-welzijn-therapie** kunnen cliënten via oefeningen en experimenten ervaren hoe positieve gevoelens inwerken in hun leven.

Er bestaan non-verbale en actiegerichte hulpmiddelen die vaak worden toegepast en teruggevonden kunnen worden in allerlei substromingen. Ze worden echter ook als sub-oriëntaties op zichzelf beoefend, of gemengd tot nieuwe een gecombineerde benadering:

- Psychodrama
- Stoelentechnieken uit de gestalttherapie
- Lichaamsgeoriënteerde invalshoeken
- Creatieve expressie

Wat hebben alle substromingen met elkaar gemeen?

1. Ze delen eenzelfde mensbeeld dat er vanuit gaat dat:
 - De mens niet alleen een reactief wezen maar ook een proactief wezen en wordt gestuwd door een actualiseringstendens.
 - De mens niet volledige gedetermineerd, maar heeft invloed op het eigen leven. Er is sprake van een marge van vrijheid.
 - De mens is van nature sociaal.
 - De mens leeft in een spanningsveld tussen autonomie en verbondenheid.
2. Ze zijn persoonsgericht en hebben een holistisch karakter. De aandacht gaat niet alleen naar het elimineren van pathologie, maar ook naar het aanspreken van persoonlijke groei en mogelijkheden.
3. Er is focus op de fenomenologische wereld van de cliënt: de ervarende persoon staat centraal.

Niet iedere cliëntgerichte therapeut integreert alle substromingen, er zijn voorkeuren. In Vlaanderen wordt integratie benadrukt. Procesdiagnose en transdiagnostisch denken helpt bij het bepalen wat er het best wanneer kan worden gebruikt.

Les #02

Verbetering van welzijn van cliënten zal op en af gaan en kan plateaus hebben, het is geen rechte opgaande lijn. Onderwerpen kunnen meerdere keren terugkeren en op verschillende manieren besproken worden in een therapie. Een hulpvraag kan ook door de tijd veranderen.

Er zijn verschillende soorten **faseringsmodellen**. Deze bevatten pogingen om een terugkerend patroon in het therapeutisch proces aan te geven. Ze bieden herkenningspunten en kunnen wijzen op stagnaties binnen het therapeutisch proces. Deze faseringsmodellen zijn afhankelijk van:

- Het soort therapie
- Continuüm van non-directief tot semi-protocollair
- Het soort cliënten en hun soorten problematiek
- Achterliggend theoretisch kader

Rogers creëerde in 1942 een fasering die de nadruk legt op onvoorwaardelijke aanvaarding (en nog niet zo op echtheid of empathie, dat komt pas later in zijn carrière). Hierbij onderscheidde hij 12 stappen:

1. De persoon meldt zich aan voor hulp.
2. De therapeut legt uit wat de hulpverlening inhoudt.
3. De therapeut moedigt de cliënt aan zijn gevoelens rond zijn problemen de vrije loop te laten.
4. De therapeut accepteert, herkent en verheldert de negatieve gevoelens van de cliënt.
5. Na het uiten van negatieve gevoelens ontstaat bij de cliënt ook ruimte om aan zijn positieve, op groei gerichte gevoelens uitdrukking te geven.
6. Aanvaarding van de therapeut van ook de positieve gevoelens, van de volwassen en onvolwassen kanten van de cliënt, zorgt voor zelfinzicht bij de cliënt.
7. Door het zelfinzicht leert de cliënt zichzelf begrijpen en accepteren.
8. Tegelijkertijd komt er een proces van ontdekking van nieuwe mogelijkheden op gang.
9. Meest fascinerende moment breekt aan: de **positieve actie**.
10. Nadat de eerste acties zijn ondernomen, volgt er nu verdere groei.
11. Er is sprake van meer positief en geïntegreerd handelen van de kant van de cliënt. De samenwerking tussen cliënt en therapeut wordt nog hechter.
12. De behoefte aan hulp verdwijnt.

Fasering Barrett-Lennard (1990) is een bewerking van het fase-model van Rogers (1942). Het is op grond van observatie van een klassiek cliëntgericht therapieproces. Het omvat vijf fases (deze versie bevat aanpassingen van de professor om het te moderniseren):

1. **Ingangsfase:** Het begin van de therapie. Accepterend opstellen is belangrijk. Vooruitgang in deze fase betekent:
 - Keuze van cliënt voor therapie verduidelijkt zich
 - Cliënt identificeert waarom hij/zij hier is
 - Cliënt onderkent de rol van gevoelens in het probleem en toont deze

- Cliënt vertrekt niet enkel meer van een bepaalde inhoud maar verschuift naar hier-en-nu gevoelens en gedachten
 - Cliënt beseft meer dat de therapeut een aanwezige persoon is
 - Cliënt begint zich gehoord te voelen
- 2. Therapeutische relatievorming, emotieregulatie en 'woundedness':** De therapeutische relatie vormt zich verder. Therapeut wordt ervaren als vindingrijke bondgenoot. Therapeut geeft ook aandacht aan de dringende klacht en helpt te verdiepen.
- Er vindt emotie-regulatie plaats. De cliënt vindt een juiste afstand tegenover zijn/haar beleving en emoties waardoor de cliënt de binnenwereld leert te voelen zonder overspoeling of contactverlies. De cliënt laat iets meer zien van opgelopen kwetsuren ('**core pain**') en ervaart hierbij empathie van de therapeut. Belangrijke verschuiving vindt plaats van demoralisatie naar meer hoop, start aan een weg naar iets beters. Verwoorden kan helpen bij emotieregulatie. Hierbij is het belangrijk om beter de cliënt dingen zelf te laten verwoorden dan wanneer de therapeut dat te vaak doet voor de cliënt.
- Dit is een **make-or-break-fase**! Ofwel ontstaat er een dieper groeiend relationeel engagement, ofwel terminatie en geen diepere zelfexploratie. Kan zowel negatief als positief zijn (sommigen voelen zich beter na 1-2 afspraken en komen misschien jaren later pas terug).
- 3. Innerlijke relatievorming, zelfreflectie en existentiële vragen:** Er ontstaat zelfreflectie bij het bespreken van de kwetsuur. Existentie gaat een belangrijkere rol spelen. Er is een zoektocht naar de kern/grond van iemands identiteit of het zijn in relatie tot zichzelf en anderen. Er is een verdieping van het vertrouwen in de therapeut, er is geen veroordeling. Cliënt begint incongruentie tussen zelfbeeld en werkelijkheid in te zien. Kan leiden tot verandering zelfbeeld en het maken van keuzes en beslissingen om bepaalde dingen te ondernemen (bv. gesprekken aangaan, van baan wisselen, etc.). Er komt inzicht en erkenning van eigen rol in het probleem. Verdieping van beleving vindt plaats: opmerken van innerlijke beleving, betekenisverlening, zingeving, etc.
- 4. Synchronon engagement en het 'zelf' in actie:** Er is een toenemende synchroniciteit tussen het innerlijke leven van de cliënt en de interactie of uiterlijke expressie van de cliënt. Er is een toenemende synchroniciteit tussen wat cliënt en therapeut in de therapeutische relatie beleeft en uitdrukt ('**relational depth**').
- De 'core pain' staat niet meer op de voorgrond en de cliënt heeft meer ruimte. Cliënt plant de sessie niet meer of weinig: het gaat om het beleven en uitdrukken van wat er komt. Er is meer zelf-exploratie en een nieuwe vorm van veranderen (bv. wijziging in waarden en prioriteiten, besef van eigen gelaagdheid). Er is een nieuwe beleving van zichzelf als geheel. Een kwalitatieve shift naar meer zelftranscendentie vindt plaats. Er is een dieper besef van belang bestaande intieme relaties en wat hierin nodig te hebben.
- 5. Beëindigingsfase:** De focus verschuift naar plannen van cliënt buiten de therapie. Er wordt afgerond en afscheid genomen. Het is van belang dat dit verwerkt wordt (10% van de tijd regel) om terugval en onzekerheid te voorkomen.
- Deze fase kan ingeluid worden door externe factoren (bv. verhuizing) of door interne factoren zoals:
- Het probleem is geschiedenis geworden of wordt totaal anders beleefd.
 - De therapeutische relatie is fijn, maar niet meer noodzakelijk of essentieel om de verandering te verdiepen of onderhouden.

- De innerlijke nood om te zoeken neemt af bij cliënt, het innerlijke lijden is dermate afgenomen.
- Bij langer verblijven fase 4: veranderende attitude therapeut ('het wordt tijd om af te ronden...') wordt door cliënt waargenomen.
- Cliënt brengt het zelf op.

Belangrijke factoren om rekening mee te houden in een laatste gesprek zijn o.a.:

- Niet iedere cliënt rondt af. Cliënt kan beslissen om op te houden bij voldoende symptoomreductie en geen nieuwe afspraak maken.
- Afronding vraagt bijzondere aandacht. Er moet rekening worden gehouden met het type problematiek (bv. hechtingsproblemen, verlatingsangst). Er is kans op bewuste afronding en afscheid. Van tevoren kan dit best op tijd worden aangekondigd en de frequentie van de therapie sessies worden afgebouwd.
- Contactmogelijkheden opbrengen. Afbouwfrequentie bekijken en mogelijk de deur op een kier voor een vervolgspraak in de toekomst bij specifieke omstandigheden.
- Dingen die goed zijn om op te brengen in een laatste gesprek zijn wat er heeft geholpen, wat was er tekort, wat wil cliënt bijhouden, persoonlijke herinneringen, etc.

De fasering van Barrett-Lennard lijkt op de **fasering van Swildens**. Echter, bij Barrett-Lennard gaat het meer om een spontaan proces, terwijl het bij Swildens veel meer procesdirectief werkt. Swildens was een van de eersten die expliciet aandacht vroeg voor een fase-gebonden gedifferentieerd therapeutisch optreden en verbond dat met de hulpverwachting van de cliënt die gedurende de therapie verandert. Hij onderscheidde de volgende fasen:

1. De premotivatiefase
2. De symptoomfase
3. De conflictfase
4. De zelfexploratiefase
5. De afscheidsfase

Op basis van faseringen kunnen protocollen worden opgesteld voor specifieke aandoeningen. Zo stelden Teusch en Finke (2007) twee protocollen op voor de behandeling van angst- en stemmingsstoornissen aan de hand van de fasering van Swildens. Protocollering kan ook helpen bij het beperken van de hoeveelheid sessies die benodigd zijn (er bestaat maatschappelijke druk om behandelingen zo bondig mogelijk te houden).

Greenberg e.a. introduceerden protocollen voor het opheffen van specifieke processtagnaties. Het is aan de therapeut om alert te zijn op **procesmarkers** die op een stagnatie wijzen. Om deze te bewerken kan de therapeut een microtheorie gebruiken die is ontworpen voor de situatie. Greenberg e.a. omschrijven 13 procestaken die verdeeld kunnen worden in 5 overkoepelende types (zie tabel 13.1 op blz. 314 van het handboek).

Het uitvoeren van deze procestaken kent ook een fasering, bestaande uit 7 stappen. Belangrijk is hier dat het steeds gaat om het activeren en vervolgens reorganiseren van emotionele schema's:

- Fase 0: Vroegsignaal
- Fase 1: Signalering en taakvoorbereiding
- Fase 2: Evoceren
- Fase 3: Exploratie en verdieping
- Fase 4: Deeloplossingen (opkomende veranderingen)
- Fase 5: Herstructurering en schemaverandering
- Fase 6: Doorgaan (op weg naar volledig herstel)

Soms wordt een techniek uit de gestalttherapie gebruikt, namelijk stoelenwerk. Greenberg e.a. onderscheiden drie soorten stoelendialogen:

1. Een **tweestoelendialoog** kan ingezet worden wanneer er sprake is van een innerlijk conflict, een tegenstelling van twee aspecten van het zelf (split).
2. Een **tweestoelenrollenspel** wordt toegepast wanneer er sprake is van een zelf-onderbrekende splitsing tussen het zelf als subject en als object.
3. **Legestoelwerk** voor unfinished business is bedoeld om gevoelens ten aanzien van een belangrijke ander die als te bedreigend wordt ervaren, toch tot uitdrukking te brengen.

Het eigen **mensbeeld** bepaalt hoe je omgaat met cliënt en problematiek. Het is belangrijk dat therapeuten hierbij werken met een methode waarin zij geloven. Wanneer er een model wordt opgelegd om mee te werken, presteren therapeuten slechter.

Elke theorie staat voor een bepaald mensbeeld. Er zijn grote verschillen tussen opvattingen over problematieksoorten en behandelingen tussen verschillende beelden.

Het mensbeeld van de humanistische psychologie is gericht op groei. Het **humanistisch mensbeeld** kent enkele typische kenmerken:

- De mens is **proactief** en wilt bijleren.
- De mens is **reactief** en wilt begrijpen en verwerken. Een persoon zoekt betekenis en zingeving. Er is een actualisatie-tendens en een self-healing capacity.
- De mens is **belichaamd**: het lichaam informeert de mens zodanig dat er sprake is van lichamelijk weten voor rationeel weten. Stilstaan bij beleven.
- De mens is **relationeel**. Er is voortdurende interactie en een nood aan interactie. Mensen vormen zichzelf ook naar anderen. Er is sprake van uiterlijke relaties met anderen, maar ook innerlijke relaties met jezelf en je eigen conflicten.

Volgens het humanistische beeld is een symptoom een signaal van een ontwikkelingsstop. Het symptoom moet worden begrepen in de context van de persoon en de levenssituatie, en het symptoom

verdwijnt wanneer groei weer terug toeneemt. Er is dus sprake van een focus op het herstellen of bevorderen van de groei van de persoon, in tegenstelling tot primaire symptoomgerichtheid.

Het **existentiële mensbeeld** staat onder invloed van existentiële filosofie, de fenomenologie, existentiële psychologie en psychiatrie, en de positieve psychologie. Het komt grotendeels overeen met het humanistisch mensbeeld, maar voegt er een kanttekening bij: mensen hebben te maken met existentiële vraagstukken zoals de dood en andere beperkingen. Het handboek meldt als belangrijke opvattingen:

- Het menselijk bestaan is uniek
- Het menselijk bestaan is een proces, geen ding
- Het menselijk bestaan wordt vrij gekozen
- Het menselijk bestaan is gericht op de toekomst en op zingeving
- Het menselijk bestaan is beperkt en begrensd en daardoor tragisch
- Het menselijk bestaan is een 'in-de-wereld-zijn'
- Het menselijk bestaan is een bestaan met anderen
- Het menselijk bestaan is een belichaamd bestaan
- De keuze tussen authenticiteit en inauthenticiteit

De existentiële psychotherapie en cliëntgericht-experientiële psychotherapie kennen enkele overeenkomsten:

- De nadruk ligt op de uniciteit en individualiteit van elke cliënt.
- De cliënt wordt begrepen in termen van zijn subjectieve, geleefde ervaringen.
- Psychologische problemen worden gezien als het resultaat van vervorming of ontkenning van ervaringen.
- De erkenning van iemands ware zijn kan leiden tot een grotere volheid in het leven.
- De nadruk ligt op het belang van een echte, spontane menselijke ontmoeting, technieken worden verworpen of zijn ondergeschikt.
- Acceptatie en waardering van een cliënt zijn belangrijk.

De existentiële psychotherapie en cliëntgerichte-experientiële psychotherapie kennen ook enkele verschillen:

- In existentiële therapie wordt meer belang gehecht aan de rol van keuzen en eigen verantwoordelijkheid. Cliënten worden niet alleen benaderd op het niveau van gevoelens en gewaarwordingen, maar ook op bewuste keuzes.
- De existentiële therapeut zal soms een directievere en educatievere rol aannemen.
- Uitdaging en confrontatie zijn even belangrijk in existentiële therapie als onvoorwaardelijk respect.
- Worstelingen en ongemak zijn inherent aan het menselijk bestaan; existentiële therapie gaat meer over het helpen van cliënten om zich te verhouden tot deze aspecten dan er aan voorbij te gaan of deze ongedaan te maken.
- In existentiële therapie worden meer assumpties gemaakt over wat de echte, onderliggende existentiële onderwerpen zijn voor cliënten.

- Existentiële therapeuten geloven niet dat de mens enkel inherent pro-sociaal is en beschrijven het bestaan minder in individualistische termen waardoor ze geneigd zijn de cliënt ook aan te moedigen om niet alleen zichzelf in overweging te nemen, maar ook anderen.

Existentiële givens zijn thema's waar iedereen vroeg of laat mee te maken heeft en die soms ook ons mens-zijn bepalen. Het zijn thema's die onoplosbaar zijn. Empirisch onderzoek toont aan dat deze existentiële thema's aanwezig zijn over verschillende diagnoses heen (**transdiagnostische factor**). Ze worden ook wel **ultimate concerns** genoemd.

Als therapeut kunnen we niet met deze existentiële laag van onze cliënten om als we er zelf geen weg mee afgelegd hebben.

Yalom (1980), geïnspireerd op Tillich, onderscheidt de volgende existential givens:

- Dood en de beperkingen van het bestaan
- Vrijheid, keuze en verantwoordelijkheid
- Existentiële isolatie en verbondenheid
- Zinloosheid en zingeving

Deze existentiële gegevens verschijnen vaak verpakt in therapie (= **ontische** verschijningsvorm), maar komen soms later in therapie in hun meer zuivere vorm aan bod (= **ontologische** thema's).

Vanhooren onderscheidt zelf de volgende existential givens in de PDF bron:

- Embodiment
- Autonomy and relatedness
- Freedom and responsibility
- Death, finiteness, and limitations
- Meaning and meaninglessness
- Un-Knowing

Dood is de ultieme vorm van het ervaren van beperkingen in het leven. Het realiseren van de dood kan leiden tot ontkenning en vermijding (bv. gedragen als onsterfelijk, geloven in hiernamaals) of tot verlamming door doodsangst (risico's uit weg gaan, controle, nihilisme). Ontkenning, verlamming en vermijding kunnen leiden tot existentiële schuld vanwege een ongeleefd leven.

Yalom: Door het ontkennen van de eigen eindigheid verliest het leven aan intensiteit en engagement. Besef van je dood vitaliseert en benadrukt waarde van je leven. Ontkennen van doodsangst leidt tot neurose. (Denk aan **Yalom's levenslijn**).

Naast de dood bestaan er nog andere beperkingen, zoals fysieke, sociale of verstandelijke beperkingen. Daarnaast zijn we ook afhankelijk van de tijdsgeest, erfgoed, religie, etc. en wat deze toelaten. Het zijn allemaal plafonds van mogelijkheden en groei.

Les #03

Vrijheid, keuze en verantwoordelijk zijn een collectieve existentiële given.

Jean-Paul Sartre stelde over de omgang met vrijheid dat:

- De mens is gedoemd tot vrijheid.
- De mens heeft vrije keuze, we zijn niet alleen object maar ook subject.
- Omdat we vrij kunnen handelen, zijn we ook verantwoordelijk voor onze acties en keuzes. Deze verantwoordelijkheid voor je leven kan overweldigend zijn.
- De mens zal hierdoor schuld ervaren die onontkoombaar is, het is immers zijn/haar eigen verantwoordelijkheid om de keuzes in het leven te maken.
- Andere mensen beperken de eigen vrijheid om te handelen.

Van Deurzen (2015) stelt dat vrijheid en verantwoordelijkheid toenemen, dit is een maturatieproces.

May (1950) stelt dat de opkomst van iemands vrijheid hecht samenhangt met angst en stress. Wegrennen van deze angst en stress zorgt voor een betekenisloos leven.

Buber (2010) en Jaspers (1951) stelden dat vrijheid te vinden in zelftranscendentie.

Er zijn limieten aan de vrijheid:

- Onze beperkingen helpen met kiezen (denk aan westerse keuzeproblemen)
- De keuzes van anderen kunnen ons beperken (of verder helpen)
- De mens creëert **self-imposed limitations** (**Bugental**, 1999). Dit is een ontkenning van onze keuzevrijheid. Het is belangrijk om hierbij stil te staan in therapieën.

Hoe komen we deze existentieel vraagstuk tegen in cliëntsituaties?

- Cliënt kan geen verantwoordelijkheid opnemen voor eigen keuzes, leven, de therapie. De persoon neemt hierbij een slachtofferpositie aan.
- Cliënt kan het maken van keuzes overlaten aan anderen of niet kiezen.
- Cliënt kan self-imposed limitations op anderen afschuiven of het zelf-opgelegde karakter niet willen zien.
- Er kan sprake zijn van een buitensporig schuldgevoel of verantwoordelijkheidsbesef.

Een volgend existentiële given is **isolatie en verbondenheid**. Volgens **Otto Rank** wordt ons leven getekend door een pendelen tussen autonomie en verbondenheid.

Er is sprake van een existentiële isolatie in het leven want:

- Men zal zichzelf nooit ontmoeten
- Niemand voelt exact hetzelfde of heeft hetzelfde meegemaakt
- Men kan levensbeslissingen niet aan anderen afstaan
- We sterven alleen

Er is echter ook sprake van een existentiële verbondenheid:

- We zijn tegelijk onlosmakelijk verbonden als mens
- We zijn altijd in interactie
- Dasein, miteinander-sein (**Heidegger**)

Dasein = Zijn, maar het fysieke, empirisch aanwezig zijn van het menselijke Zijn.

In de existentiële filosofie wordt 'dasein' geanalyseerd in vier verschillende dimensies. May en Van Deurzen hebben deze dimensies verder uitgewerkt vanuit een psychologisch perspectief:

1. **Umwelt (fysieke, materiele dimensie)**: Dit betreft alles dat te maken heeft met de tastbare wereld, het lichaam, de natuurlijke en materiele omgeving. In deze dimensie zijn veiligheid, comfort, plezier, gezondheid en schoonheid belangrijk. Dreigementen zijn armoede, pijn, ziekte, aftakeling en de dood. Binnen deze dimensie spreken mensen vaak over zichzelf met 'ik heb', 'ik kan' en 'ik doe'.
2. **Mitwelt (sociale dimensie)**: Dit betreft de relaties die een persoon heeft met anderen en de positie van een persoon is een samenleving. Belangrijke aspecten zijn status, succes, aanzien, zorg voor anderen, verantwoordelijkheid, vriendschap en een gevoel van toebehoren. Dreigementen zijn afwijzing, afkeuring, eenzaamheid, schaamte, schuld, etc. Binnen deze dimensie zijn werkwoorden die vaak terugkeren 'moeten', 'verwachten', 'verplichten' en 'verbinden'.
3. **Eigenwelt (psychologische, persoonlijke dimensie)**: Dit betreft psychologische aspecten zoals persoonlijkheidseigenschappen, intelligentie en zelfbeeld. In deze dimensie zijn zelfkennis, zelfactualisatie, zelfacceptatie, autonomie en vrijheid belangrijk. Dreigementen zijn verwarring, twijfel, imperfectie, een tekort aan vrijheid en disintegratie. Werkwoorden die hierin zichtbaar zijn 'willen', 'verlangen' en 'bereid zijn tot'.
4. **Überwelt (spirituele, transcendentale dimensie)**: Dit betreft zelf overstijgende idealen, betekenis, spirituele waarden, het gevoel dat het leven nut heeft en betekenisvol is niet alleen voor een persoon zelf maar in een kosmische context. Het ego-level wordt overstegen en men richt zich op hoe ze onderdeel zijn van een groter geheel. Deze dimensie kan een ander licht schijnen op de andere drie dimensies en helpen hiermee om te gaan. Door deze dimensionale lens telt de schoonheid van creaties veel in de Umwelt, de goedheid van mensen in de Mitwelt en de waarheid in de Eigenwelt.

Autonomie en verbondenheid hangen eigenlijk samen. Wanneer men groeit in autonomie, is er meer verbinding mogelijk. Verbondenheid maakt autonomie mogelijk (hechting komt vooraf aan separatie of

onthechting). Het niet ontwikkelen van de ene pool maakt dat men de andere pool eigenlijk ook niet ontwikkelt. Hoe komen we dit vraagstuk van autonomie vs. verbondenheid dan tegen in cliëntsituaties?

- Weinig of geen autonomie. Dit leidt tot geen geloof in eigen mogelijkheden, een angst voor afkeuring, geen idee meer hebben van wat men zelf wil.
- Zich niet verbinden. Dit kan voortkomen uit een angst om zichzelf te verliezen of een angst om gekwetst te worden.
- Kan een cliënt zich met de therapeut verbinden, of staat hij/zij vooral op de pool van de autonomie? En hoe gaat de cliënt de relatie met zichzelf aan?

De therapeutische relatie kan wat betreft deze existentiële kwestie als oefen-lab functioneren voor autonomie (eigen stem krijgen, mogen verschillen) en voor verbondenheid (de ander toelaten, dialoog, empathie, relational depth).

Volgens **Buber** (1923) kunnen we het bestaan op twee verschillende manieren benaderen:

1. The attitude of **I towards an it**: towards an object that is separate in itself, which we either use or experience.
2. The attitude of **I towards a thou**: in a relationship in which the other is not separated by discrete bounds.

Cooper (2015) plaatst Bubers tweedeling toe op interpersoonlijke attitudes naar het zelf:

1. The attitude of **I towards I**: in which one I-position encounters and confirms another I-position in its uniqueness and wholeness.
2. The attitude of **I towards me**: in which one I-position experiences another I-position in a detached and objectifying way. This is associated with psychological distress.

Een andere existentiële betreft **zingeving en zinloosheid**. Het existentiële veld is erover verdeeld of het leven op zich zin heeft. Atheïstische denkers in dit vraagstuk zijn Sartre, Camus, Yalom, Camus. Gelovige denkers zijn Kierkegaard, Jaspers, Buber, Tillich, Frankl.

Er is een consensus over het feit dat de mens niet zonder zingeving kan. Hierbij wordt wel gediscussieerd over **of we betekenis in het leven vinden of maken**. Sommigen geloven in een combinatie van beide standpunten.

- Sartre: keuze levensproject
- Kierkegaard: leap of faith

Neurofenomenologie: mens is geen informatieverwerker, 'informatie' is reed betekenis die gegeven werd.

Zingeving en zinloosheid sluiten elkaar niet uit. Ervaring van zinloosheid geeft vaak aanleiding tot diepere zingeving (zie posttraumatische groei). Volgens **Frankl** is zingeving juist situationeel en veranderend.

Betekenisloosheid heeft in onderzoek minder aandacht gekregen dan de ervaring van zingeving.

In onderzoek binnen de positieve psychologie is gevonden dat de ervaring van betekenis geassocieerd kan worden met welzijn, gezondheid, veerkracht, etc. Het wegblijven van een gevoel van zingeving wordt geassocieerd met psychopathologie zoals depressie.

Binnen de positieve psychologie wordt ook gekeken naar de kwestie **eudaimonische zingeving tegenover hedonistische zingeving**. Eudaimonisme wilt zeggen het streven naar geluk. Het is het einddoel in Aristoteles' deugdethiek dat bereikt kan worden door verstandig te kiezen hoe te handelen. Hedonisme stelt dat genot als het hoogste goed. Dit zoeken naar genot is subjectief. **Steger** (2012) stelt dat eudaimonische zingeving robuuste samenhang vertoont met psychisch welzijn, verminderde psychopathologie en een betere fysieke gezondheid.

Vier componenten van zingeving zijn:

1. Coherence
2. Purpose
3. Significance
4. Felt sense van zingeving

Enkele vondsten over zingeving in wetenschappelijk onderzoek:

- Een derde van cliënten heeft met expliciete zingevingsvragen te maken volgens therapeuten. Meer dan twee derde heeft te maken met impliciete vragen volgens cliënten zelf.
- Klinische populaties scoren lager op zingeving dan de niet-klinische populatie.
- Binnen klinische populatie scoren mensen met depressie het laagst.
- Zingevingsovername verhoogt effectiviteit van therapie.
- Zingeving kan werken als preventie en buffer tegen suïcide.

Wat zijn de consequenties van een existentiële mensvisie?

- Visie op psychopathologie: klacht of symptoom is een *voormalig* creatief antwoord op de existentiële uitdaging van het eigen leven. Een leven zonder angst is dan ook niet wenselijk, want tegenslagen vallen niet uit te sluiten.
- Doelen van psychotherapie: het geven van nieuwe (impliciete) antwoorden op de existentiële givens waardoor men hiermee kan omgaan, nieuwe keuzes kan maken, nieuwe verbondenheden kunnen vormen en een zinvol bestaan kunnen leiden.
- Therapeutische taken: een authentieke ontmoeting met de cliënt aangaan én een authentieke relatie binnen de cliënt zelf stimuleren (proces). Inhoud en richting van het leven van de cliënt is de keuze en verantwoordelijkheid van de cliënt zelf!

Een **existentiële crisis** kan zich voordoen door indringende gebeurtenissen, traumatische ervaringen of door **existential shattering** (= het plots realiseren van de existentiële werkelijkheid waarbij de voormalige antwoorden op de given opeens vervallen). Maar ook zonder een crisis bestaat er altijd een existentiële of ontologische laag in cliënten hun problematiek. Het exploreren en verwoorden van deze laag gebeurt in de existentiële substrooming van cliëntgerichte therapie meer explicieter.

Existentiële substroomingen:

- Logotherapie
- Existentieel-humanistische therapie
- Existential analysis
- Dasein-analyse
- Existentieel-fenomenologische therapie
- Meaning-centered + Meaning-oriented therapie
- Experiëntieel-existentiële psychotherapie (in ontwikkeling in Leuven)

Experiëntieel-existentiële psychotherapie integreert verschillende substroomingen van de cliëntgerichte psychotherapie maar met een uitgesproken existentiële toets. Het is sterk beïnvloed door het werk van Rogers en Gendlin, en door het gehele existentiële veld. Het gaat er vanuit dat wat cliënten brengen uiteindelijk betrekking heeft op de ontologische thema's. Het heeft zowel aandacht voor de ontische kant (de concrete uitdrukking van de moeilijke verhouding met een existentieel thema) als voor de ontologische laag. De therapie heeft een sterke nadruk op het feit dat we deze existentiële thema's tegenkomen in de beleving van onze thema's en probeert deze thema's dan ook op een experiëntieel niveau in beweging te brengen.

Cliënten ontwikkelen een nieuwe verhouding tegenover zichzelf (I-me → I-I) en anderen (I-it → I-Thou) en hun existentiële thema's. Ze engageren zich in hun leven en ervaren nieuwe vormen van zingeving.

De experiëntieel-existentiële psychotherapie gebruikt een micro/meso/macro-dimensioneel niveau voor de menselijke beleving en zingeving:

- **Micro**: hier-en-nu beleving (felt sense, interactie), betekenis zeer concreet, ontisch
- **Meso**: narratief (identiteit, ander-beeld, levensverhaal, familie verhaal), ontisch
- **Macro**: zelf-transcendente thema's, existential givens, ontologisch

Voor de therapie betekent dit:

- Micro: focusing, emotieregulatie, emotion-focused, interactioneel
- Meso: levenslijn, exploratie levens/familie-verhaal, emotion-focused therapy
- Macro: exploratie, benoemen, containment, holding the space, relational depth, doelen stellen, literatuur voorschrijven

En andere substrooming is **meaning-centered therapy**, ontwikkeld door Breitbart en Poppito in 2014. Deze richt zich vooral op het onderhouden van zingeving bij (terminaal) zieke patiënten. Dit wordt vaak

aangeboden in de vorm van groepstherapie. Momenteel is er een pilootgroep gaande in UZ Leuven bij kankerpatiënten. Deze gaat over:

- Concept en bronnen van zingeving
- Zingeving en identiteit voor en na kanker
- Levensverhaal: wat maakte wie we vandaag zijn, wie willen we in de toekomst zijn?
- Limieten als bron van zingeving
- Creatieve bronnen: verantwoordelijkheid, moed en creativiteit
- Waarden, schoonheid, goedheid
- Presentatie van onze levenslessen en nalatenschap

Les #04

Volgens Rogers gaat empathie om het begrijpen van de beleveniswereld van een cliënt zonder jezelf daarin te verliezen. In een video zegt hij twee belangrijke dingen over empathie:

1. Het gaat erom om als persoon aanwezig te zijn met de ander.
2. Het gaat er niet alleen om dat je goed luistert naar wat de ander vertelt, maar ook wat eronder wordt gezegd en kijkt naar de persoon die onder deze woorden zit.

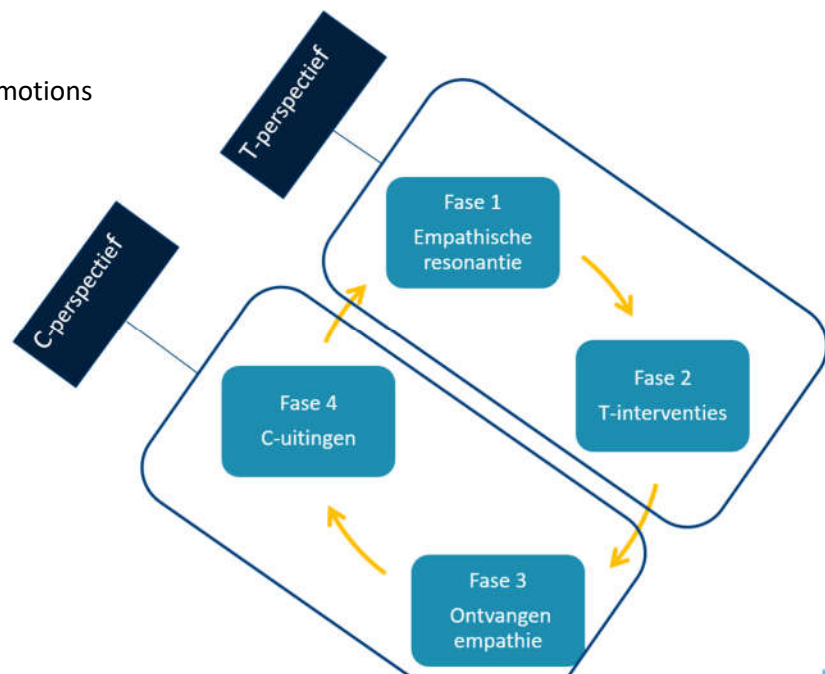
Een vaak gemaakte fout in empathie is dat wij onszelf als referentiekader nemen. Het gaat juist om de ander, en vanuit welke ervaring en cognities deze persoon vertrekt en dingen ervaart. Empathie gaat ook niet over dingen beter maken! Het gaat om communiceren over wat je wel en niet begrijpt, het draait om connectie met de ander. Inleven is hierbij essentieel, maar het is even belangrijk om jezelf niet te verliezen in de ander en emotioneel besmet te worden. Emotieregulatie is nodig.

Empathie, onvoorwaardelijk respect en echtheid zijn kenmerken van een helpende relatie. Volgens Rogers' visie werkt een therapie niet zonder deze grondhoudingen. Binnen cliëntgerichte en humanistische therapie ligt de nadruk op deze grondhoudingen van begin tot het einde van de therapie.

Er zijn veel verschillende factoren die invloed hebben op de uitkomst van een therapie. De grootste effecten worden uitgeoefend door aspecten van de kwaliteit van de therapeutische relatie. Empathie speelt hier een belangrijke rol bij.

Empathie is geen sympathie. Volgens de in de les getoonde animatie bevat het vier aspecten:

1. Perspective taking
2. Absence of judgement
3. Recognizing emotions
4. Communicating these emotions



Empathie moet worden afgestemd op de beleving van de ander. Dit omvat moment-to-moment empathie enerzijds, maar ook een holistische empathie anderzijds. Het is belangrijk om deze empathie te communiceren naar de ander. Een cliënt kan zich begrepen voelen, wat tot opluchting (felt shift) en verdere exploratie leidt. Wanneer de cliënt zich niet begrepen voelt, is verdere toelichting en exploratie nodig. Empathie kan ook te dreigend of confronterend zijn, dus stem altijd af!

Binnenkant empathie: speelt zich af binnen een persoon (therapeut)

Buitenkant empathie: empathie in actie, hoe empathie wordt gecommuniceerd (naar cliënt)

Resoneren = proberen te voelen wat de ander bedoelt.

Bij binnenkant empathie maakt een therapeut zich leeg om zijn/haar sensitiviteit te verhogen. Er wordt mentale ruimte gemaakt voor de cliënt en de zintuigen worden afgestemd (resoneren). Containt is hierbij belangrijk:

- Verteerd (hoe voelt dit aan voor C, wat gebeurt er hier, hoe kan ik dit begrijpen?)
- Bewerkt (hoe kan ik dit terug communiceren in een behapbare manier?)
- Bewaard (hoe kan ik dit langer bijhouden: het aanvoelen, inhoud, taal, inzichten patronen?)

Bij buitenkant empathie is het belangrijk om op de volgende aspecten te letten:

- Vorm (reflectie, vragen, aansluitend, etc.)
- Inhoud (alle stukken van C, rekening houden met subjectieve beleving, afstemming)
- Taal (sleutelwoorden, beeldtaal, mag stuntelig)
- Bedoeling (beleving bevestigen, laten weten dat je C hebt gehoord)
- Houding (non-verbale houding van zelf in gaten houden)

De functies van empathie zijn:

- Helpt mee tot het creëren van een veilige therapeutische relatie waarin de cliënt zich begrepen voelt. Het is een corrigerende ervaring die aanzet tot een meer veilige hechtingsstijl. Men leert zelf-empathie (wijziging innerlijke relatie tot I-I).
- Het werkt emotie-regulerend en zelfversterkend.
- Het werkt zelf-exploratie in de hand en verdiept de belevingsstroom.
- Het creëert en verdiept betekenis en zelf-integratie.

Existentiële empathie houdt in dat de therapeut kan resoneren met de ontologische existentiële thema's die bij de cliënt een rol spelen en dat de therapeut dit begrijpen kan communiceren. Echter, dit kan voor therapeuten moeilijk zijn, omdat dit 'close to home' raakt: we hebben immers allen te maken met deze thema's. Het is dus belangrijk dat therapeuten hiermee om leren gaan. Dit kan door in de opleiding er aandacht aan te bieden (zoals in dit vak), maar het kan ook plaatsvinden door **secundaire posttraumatische groei**.

De functies van existentiële empathie zijn:

- Het overbruggt existentiële isolatie.
- Het zet aan tot een toenemende zingeving (doel, coherentie, significantie)
- Ontwikkelen van bestaansrecht (= ook existentieel thema!), veerkracht en een andere verhouding met existentiële thema's.
- Helpt om zich anders te leren verhouden tot de existentiële givens en hun ontologische en ontologische vormen.

Enkele dingen die een therapeut kan doen om te voorkomen dat hij/zij 'verdrinkt' in de ervaring van een ander. Oftewel, tips voor bij dreigende compassion fatigue of secundaire traumatisering:

- Op tijd de automatische werking van de spiegelneuronen proberen tegen te gaan
 - Reguleren van autonome reacties (ademhaling)
 - Het non-verbale gedrag niet spiegelen (bv. houding)
 - Deels bewust denken aan wat belangrijk voor je is/jouw zingeving
 - Contact houden met een veilige plek in je lichaam
- Verschil inbouwen en toch verbinding houden
- In cliëntdossier niet alleen ontwikkeling van cliënt bespreken, maar ook noteren hoe je je zelf erbij voelde. Dit is een vorm van verwerking. Houd er wel rekening mee dat op ieder moment de cliënt dit dossier in kan kijken.

Posttraumatische groei is een fundamentele verandering in hoe iemand het leven ervaart, ontstaan door het meemaken en het verwerken van een heftige gebeurtenis die een persoon heeft meegemaakt. Deze groei kan leiden tot een verdiepte waardering voor relaties en het leven, nieuwe waarden en doelen, en een nieuwe blik op wat belangrijk is in het leven. Om dit te bereiken is het belangrijk dat de persoon met het trauma goede therapie ontvangt van therapeuten die in staat zijn om zich bezig te houden met existentiële thema's en die existentiële empathie kunnen tonen.

Les #05

Empathie, onvoorwaardelijk respect/aanvaarding en echtheid zijn kenmerken van een helpende relatie. Onvoorwaardelijke aanvaarding is niet simpelweg een techniek, maar een belangrijke attitude in therapie. Het woord komt uit een tijd dat mensen vaker voeren omdat de wegen slecht waren. Aanvaarding was het startpunt van een bootroute. Dit is opvallend, omdat in onze maatschappij aanvaarding vaak als een eindpunt wordt gezien.

Wanneer een cliënt onvoorwaardelijke aanvaarding ontvangt, weet hij/zij dat hij/zij alles kan zeggen zonder afkeuring, waardoor de kans voor openheid van de cliënt toeneemt. Wanneer iemand aanvaarding ontvangt, durft diegene ook naar zijn/haar eigen schaduwkanten te gaan kijken, terwijl dit normaal gesproken teveel schaamte oproept. Aanvaarding verhoogt ook de mate waarin een cliënt openstaat voor wat de therapeut te zeggen heeft.

Hoe een therapeut met een cliënt omgaat, bepaalt ook hoe een cliënt later met zichzelf en met anderen omgaat. Empathie en aanvaarding zijn hiervoor dus belangrijk!

Volgens Rogers kan voorwaardelijke liefde van de ouders zorgen voor problematiek bij mensen op latere leeftijd, d.m.v. **vervorming, verwerping en negatie**.

Ieder mens heeft nood aan aanvaarding, liefde, etc. Als kleine kinderen zijn we hiervoor afhankelijk van onze ouders. We hebben weinig kennis en geen taal om onze gevoelens uit te drukken. In een normale situatie helpen ouders met het benoemen van de emoties van baby's. Ze reflecteren de innerlijke wereld van het kind. Kinderen hebben dus anderen (voornamelijk de ouders) nodig om zichzelf te leren kennen. Als dit goed verloopt, ontwikkelt het kind zich tot iemand die zichzelf begrijpt en zijn eigen gevoelens correct kan benoemen.

Dit opvoedproces kan ook verkeerd verlopen. Iedere ouders maakt wel eens fouten, maar er komt een kritiek punt waarin dit zoveel wordt gedaan, dat het kritieke gevolgen gaat hebben. Wanneer ouders veel fouten maken bij het benoemen en reflecteren, gaat er iets fout bij de spiegeling. De ervaringen van het kind worden vervormd, wat kan leiden tot een persoon met incongruentie: ze ontwikkelen een anders zelfbeeld, er is sprake van verwarring en emoties kunnen niet goed worden benoemd. Deze kinderen kunnen later deze vervormde emoties van anderen verwerpen, of ze kunnen niet goed om met hun eigen emoties of die van anderen.

Als therapeut is het belangrijk om dit in te zien. Een therapeut biedt iets radicaals anders aan, namelijk **onvoorwaardelijke aanvaarding in plaats van voorwaardelijke**. Dit is zeldzaam buiten therapie. Je geeft hiermee bestaansrecht aan een cliënt en leert deze in zijn geheel zien.

Hypermentaliseren = 'doorslaan' in het bezig zijn met wat een ander denkt en wat er in het hoofd van een ander omgaat. Dit komt vaak voor bij persoonlijkheidsstoornissen.

Schaduwkanten hebben een functie, net als bomen die scheef zijn gegroeid: die groeiden immers altijd naar het licht, ze zijn niet foutief. De schaduwkanten van de cliënten hebben ook een functie (gehad). Door dit te beseffen, verleggen we de lat van aanvaarding en ons empathisch vermogen.

Alhoewel onvoorwaardelijke aanvaarding belangrijk is, valt dit altijd binnen een duidelijk aangegeven kader. Als therapeut mag je grenzen stellen. Er is ook sprake van meldingsplicht bij de vermelding van bepaalde handelingen of plannen. Dit hoeft geen contradictie te zijn en doet niet af aan de waarde van de aanvaarding die plaatsvindt binnen deze grenzen!

Het is belangrijk om als therapeut je beperkingen te beseffen. Wanneer je een cliënt ontvangt waarvoor je absoluut geen vorm van onvoorwaardelijke aanvaarding kan ervaren, is het belangrijk voor de welzijn van deze cliënt dat een therapeut dit erkent en de cliënt overdraagt naar een collega (**warme doorverwijzing**). Echter, je kan ook groeien als therapeut en je grenzen van aanvaarding steeds verder verleggen. Dit gebeurt door levenservaring, het onder ogen zien van de eigen schaduwkanten, en het langer uitvoeren van therapeutische processen.

Bij aanvaarding is positieve gezindheid van belang. Dit bestaat uit **inzet, bevestiging en niet-possessieve warmte**. Dit betekent o.a. dat de therapeut niet over-, maar ook niet onder-engaged moet zijn. Het is altijd aan de cliënt om zijn/haar eigen keuzes te maken en zijn/haar eigen leven te sturen. We moeten geloven in de mogelijkheden van de cliënt.

Een karikatuur dat wordt gemaakt van de onvoorwaardelijke aanvaarding is dat het zou gaan om een antiautoritaire laissez faire houding die onrealistisch en onhaalbaar zou zijn. Dit is niet het geval.

Onvoorwaardelijke aanvaarding:

- Het is een ideaal, een intentie.
- Het is gericht op beleving, eerder dan op gedrag
- Het is een existentiële invalshoek: beperking van het bestaan
- Perfectie is onmogelijk, het proberen is al belangrijk

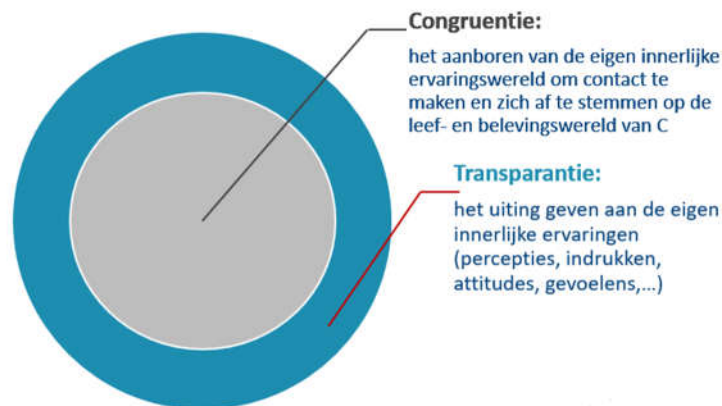
Agape = een vorm van liefde die niet bezittelijk is, staat tegenover Eros.

Iedereen heeft een **innerlijke criticus**. Net als onze schaduwkanten en vergroeide bomen, heeft deze een functie. De criticus probeert ons voor iets te behoeden. Wanneer we met deze innerlijke criticus gaan werken, draait het dus niet alleen om het veranderen van negatieve gedachten. Het gaat om het zelf-protectieve onderliggende proces dat doorgesloten is. Dit stuk moeten we leren kennen. Het geven van een vorm (leeftijd, geslacht) aan de innerlijke criticus, kan helpen met het in gesprek gaan ermee.

Les #06

Empathie, onvoorwaardelijk respect/aanvaarding en echtheid zijn kenmerken van een helpende relatie. Bij echtheid gaat het om echt aanwezig te zijn bij de ander. Echtheid in een therapeutische context veronderstelt het aankunnen van een bepaalde mate van kwetsbaarheid en openheid. Belangrijk hierbij is de dosering van de echtheid, afhankelijk van wat een cliënt aankan.

Deelaspecten van de echtheid zijn congruentie/transparantie, immediacy, en authenticiteit.



Transparantie omvat wat je laat uitschijnen naar de buitenwereld. Dit heb je vaak niet helemaal onder controle.

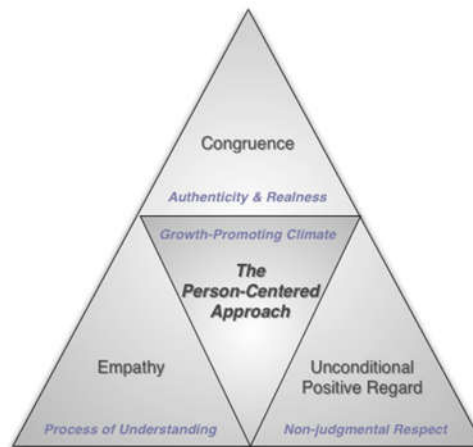
Congruentie gaat over de binnenwereld. Echtheid is openheid voor de binnenwereld, want vanuit hier komt onze empathie, aanvaarding en echtheid. Ideaal zijn we afgestemd op zowel het proces van de cliënt als het proces van onszelf. Je staat in contact met de cliënt, maar ook met alle lagen van jezelf. Dit is congruentie. Wanneer hiervan sprake is, ben je echt aanwezig.

In de transparante cirkel kan je ervoor kiezen om aan een vorm van **self-disclosure** te doen in de therapeutische relatie. Dit vertrekt altijd vanuit congruentie, anders is het niet echt! Vormen van disclosure zijn:

- Therapist life disclosure = Een onthulling over iets uit het leven van de therapeut van buiten de therapie.
- Personal clarity disclosure = Een uitleg over waarom je als therapeut bepaalde vragen stelt of bepaalde dingen zegt –het informeren van de cliënt.
- Client content reaction = Een reactie vanuit jouw eigen beleving op wat de cliënt vertelt. Dit kan belangrijk zijn voor cliënten die weinig contact hebben met hun eigen gevoel.
- Interaction disclosure = Het geven van feedback over wat zich voordoet tussen therapeut en cliënt.

Immediacy is het geven van feedback over wat zich voordoet in de interactie met een cliënt. Het krijgt vaak de vorm van een opgebouwde confrontatie, en moet dus ook zeer zorgvuldig worden uitgevoerd. Dit soort interacties zijn een belangrijk aspect van de interactionele substrooming.

Er is een verschil tussen mindfulness en cliëntgerichte therapie. Bij mindfulness observeer je en laat je passeren. Bij cliëntgerichte therapie observeer je en laat je juist niet passeren, je vindt de juiste afstand om het te ervaren en erbij stil te staan.



Alle drie de grondhoudingen, **empathie, onvoorwaardelijk respect/aanvaarding en echtheid**, zijn nodig voor een goede therapie. Als één van de drie ontbreekt, wankelt de rest. Echter, ook de cliënt speelt een grote rol in hoeverre de therapeutische aanwezigheid onthaald wordt. Het kunnen ervaren van deze therapeutische aanwezigheid door de therapeut **en** de cliënt kan leiden tot momenten van **relational depth**. Dit is een moment van ontmoeting waarbij je als therapeut volledig 'in' de therapie zit, en waarbij je het gevoel hebt dat je de cliënt helemaal begrijpt **en** dat de cliënt dit ook helemaal ontvangt. Het is geen fusie of symbiose, want soms is net het verschil heel voelbaar, dat paradoxaal genoeg net overstegen wordt. Het is een unieke momentopname die therapeut en cliënt op een bepaalde manier verandert. Existentiële eenzaamheid wordt overstegen en zelf-integratie vindt plaats. Een cliënt zal in zijn of haar toekomst vaak terugrijpen op momenten als deze.

Naast de grondhoudingen, is er in een therapeutische relatie ook sprake van taak- en doelaspecten. Hoe meer de cliënt betrokken is bij het opstellen hiervan, hoe hoger de effectiviteit van de therapie is. De betrokkenheid van de cliënt stijgt als de therapie over de '**basis concern**' van de cliënt gaat. Dat is het basisthema dat er toe doet, dat het doel van de therapie bepaalt, en waar naar gezocht wordt om op aan te sluiten.

Les #07

Vanuit de grondhoudingen engageren humanistische psychotherapeuten zich in het ten gronde willen begrijpen van wat cliënten hen brengen. Dit kan o.a. via:

- Existentieel-ontologische focus (macro-dimensie)
- Het narratieve, het verhaal, zelfbeeld, etc. (meso-dimensie)
- Wat men ervaart terwijl men vertelt, zowel intrapsychisch als interactioneel (micro-dimensie)

Het willen begrijpen is een gezamenlijk project van cliënt en therapeut. Het is een speciale dynamiek, want als mens zijn we nieuwsgierig en willen we dingen begrijpen. Een cliënt wilt niet alleen een klacht verhelpen, maar ook begrijpen hoe het is ontstaan, werkt, etc.

Dit willen begrijpen is terug te brengen tot de existentiële givens. We willen weten wat dingen betekenen, we hebben het moeilijk als we iets niet begrijpen, en we voelen ons miserabel als ons leven geen betekenis lijkt te hebben.

Viktor Frankl besprak de term '**will to meaning**': een basisdrang van de mens om betekenis te zoeken.

Er zijn twee hoofdmanieren om samen te zoeken en te vinden:

1. **Psycho-educatie**: Dit kan cliënten helpen omdat het informatie en dus betekenis verschaft. In sommige situaties is dit zeer nuttig. Echter, het kan ook een probleem vormen, omdat de informatie hier van buitenaf komt. De therapeut wordt hierdoor autoriteit. De cliënt kan stoppen met zelf-exploratie.
2. **Exploratie**: Dit is de geprefereerde methode in humanistische therapieën. Het is belangrijk dat een cliënt zelf zijn problemen kan exploreren, omdat hij dit ook zelfstandig zal moeten kunnen na de therapie is afgerond. Zelf zoeken zorgt er ook voor dat een cliënt emotioneel geloofd en begrijpt, in plaats van het probleem alleen rationeel, cognitief te kennen.

Volgens **Bugental** is één van de kernaspecten van psychotherapie een zoekproces. Als de therapeut kan aansluiten op waar het bij de cliënt uiteindelijk om gaat (**ultimate concern**) ontspint zich vanzelf een zoekproces bij de cliënt dat zich voortdurend verdiept. De therapeut probeert dit proces te stimuleren door o.a. de eigen nieuwsgierigheid aan te wenden en geen pijnlijke zaken uit de weg te gaan.

Soms lijkt het zelf-exploratieproces nergens toe te leiden. Dit kan drie vormen aannemen:

1. Cliënt kijkt te rationeel naar zichzelf (als een object; I-me). Oplossen door naar de emotie te leiden.
2. Cliënt wordt constant overspoeld door emotie. Oplossen door de juiste afstand aan te leren om te kijken en voelen.
3. Het proces lijkt in rondjes te draaien. Dit heeft vaak te maken met de therapeutische relatie. Oplossen door dit ter sprake te brengen en aan te passen.

Cliëntgericht onderzoek kent verschil tussen succesvolle en minder succesvolle exploratie. Vaak is dit na één sessie te analyseren. Onsuccesvolle cliënten praten meer over externe zaken, hebben een rationele benadering en gebruiken woorden zonder dit te toetsen aan wat ze beleven. Succesvolle cliënten zoeken innerlijk en toetsen hun woorden aan het hier en nu (**inner referent**).

Op grond van onderzoek hiernaar maakten Rogers en Gendlin een schaal waarbij het verschil in beleving wordt aangegeven. Hoe hoger op de schaal, hoe hoger de therapie:

1. The client simply talks about events, ideas, or others.
2. The client refers to self but without expressing emotions.
3. The client expresses emotions but only as they relate to external circumstances.
4. The client focuses directly on emotions and thoughts about self.
5. The client engages in an exploration of his or her inner experience.
6. The client gains awareness of previously implicit feelings and meanings.
7. The client engages in an on-going process of in-depth self-understanding which provides new perspectives to solve significant problems.

Op grond van hoe succesvolle cliënten exploreren, ontwikkelde **Gendlin** het **focussen**. Dit is een specifieke introspectieve methode die cliënten helpt om te exploreren rond hun situatie. Cliënten worden geholpen om contact te houden met hun beleving in het hier en nu. Deze beleving heeft een sterke affectief-lichamelijke component. Het richt zich dus vooral op vage lichamelijke gewaarwordingen (**felt sense**) die rond de situatie hangt. De cliënt wordt geholpen om deze beleving op betekenis te exploreren. Nieuwe betekenis via dit soort exploratie gaat gepaard met een fysiek-merkbare verschuiving (**felt shift**). Dit is een teken dat de therapie goed verloopt.

Focussen is dus een manier van exploreren waarbij we, in plaats van enkel te denken, stilstaan bij wat het probleem/situatie/thema bij ons lichamelijk oproept. De therapeut kan hierbij helpen door:

- Te helpen met de ontwikkeling van een gezonde innerlijke relatie en een juiste afstand ten aanzien van emoties/gevoelens.
- Een ontvankelijke attitude te helpen ontwikkelen.
- Te helpen symboliseren. Dit is een proces van betekenis geven die niet per se via taal hoeft te gebeuren, het kan ook plaatsvinden door andere uitwerkingsmiddelen zoals kunst, spel, etc.
- Vragen te stellen.

Natuurlijke focussers hebben enkele eigenschappen gemeen:

- Ze hebben een open en verwelkomende attitude voor hun vage lichamelijke gewaarwordingen (good mothering).
- Ze hebben taal, woorden, metaforen, etc. om deze vage gewaarwordingen te symboliseren (good fathering).
- Ze gebruiken hun felt sense als kompas en vinden richting in hun leven (environment).
- Ze gebruiken 'rechter hersenhelft' en hebben verbinding tussen linker en rechter hersenhelft.
- De lichamelijke gewaarwording en gevoelde betekenis verschilt van emoties en gevoelens.

Moeizame focussers hebben enkele eigenschappen gemeen:

- Ze hebben problemen met mothering/fathering/environment, zich uitend in de volgende punten:
 - Missen van openheid naar binnenwereld (structure-bound) of bepaalde belevingsgehelen (frozen wholes).
 - Te zeer steunen op ratio (linker hersenhelft), praten uit het hoofd.
 - Voortdurend overspoeld worden door emoties.
 - Het missen van taal en symbolisering.
 - Geen vertrouwen in het eigen proces (interne criticus), geen gevoel van richting hebben.

Focussen kent volgens Gendlin enkele stappen:

1. Ruimte maken
2. Een 'gevoelde betekenis' (felt sense) laten komen
3. Een handvat vinden (symbolisering)
4. Resoneren (verfijnen van symbolisering)
5. Vragen en exploreren
6. Ontvangen (directions)

Binnen **Focusing-Oriented Therapy (FOT)** wordt focussen gezien als één van de belangrijkste methodes om beweging te brengen in de cliënt door de innerlijke verhouding ten opzichte van het probleem te veranderen. Er wordt stilgestaan bij de felt sense van het probleem en gesymboliseerd. De therapeut maakt ook ruimte om stil te staan bij de felt sense van de cliënt en de therapeutische relatie in zichzelf.

De therapeut heeft bij FOT veel aandacht voor het proces, minder aan de inhoud (hoe men beleeft in plaats van wat men beleeft). De therapeut gebruikt ook zichzelf als instrument om de felt sense van de cliënt te laten ontvouwen. De therapeut staat stil bij haar eigen felt sense van de therapeutische relatie in functie van accurate empathie, begrijpen wat er aan de hand is, etc.

De therapeut kan cliënten ook verwijzen naar specifieke focusing-trainingen waar de vaardigheid tot focussen aangeleerd worden (voor moeizame focussers).

Gendlin ziet structure-bound experiencing en frozen wholes als de basis van psychologische problemen.

Structure-bound experiencing = Een manier van beleven die maakt dat ervaringen komen vast te zitten en geen betekenis krijgen (verwerking). Het beleven is geblokkeerd, de groeistappen, actie-tendens of het ontwikkelingsproces van de persoon (carrying forward) wordt tegengehouden, maar blijft aankloppen in een pathologische vorm. Ze kunnen worden veroorzaakt door voorwaardelijke aanvaarding, slechte mothering/fathering en als gevolg van een complex trauma.

Frozen whole = Een specifieke structure-bound experiencing, kan beperkt zijn tot één of meerdere belevingsgehelen. Ze kunnen worden veroorzaakt door de angst voor de inhoud van de beleving en overspoeling.

Structure-bound experiencing en frozen wholes zijn vastgelopen belevingsstromen. De FOT zal zich richten op de twee dingen en cliënten stimuleren tot openheid tegenover ervaren.

Eén van de meest recente cliëntgerichte substromingen is **Experiential-Existential Psychotherapy (EEP)**. Deze kan worden begrepen als een combinatie van voornamelijk FOT en de existentiële benaderingen. Volgens deze therapie is de verhouding van mensen ten aanzien van de existentiële givens vaak structure-bound: we spreken dan van **ontologische incongruentie**. Beweging krijgen in hoe mensen zich verhouden met existentiële thema's komt vaak pas na het kunnen focussen op de felt sense van hun bestaan.

Wijzigingen op vlak van hoe we beleven heeft effect op wie we zijn, op ons zelfbeeld en op hoe we ons verhouden met het existentiële. EEP richt zich op:

- Micro-dimensie: hier en nu beleving, felt sense
- Meso-dimensie: narratief, zelfbeeld
- Macro-dimensie: ontologische vragen

Les #08

Mensen komen in therapie omwille van een persoonlijke crisis of chronische problemen. Dit hangt altijd samen met gevoelens en emoties, of de specifieke afwezigheid ervan.

Emoties zijn complexe, organismisch gebaseerde reacties op perceptie van onszelf en de wereld. In een emotie worden meerdere processen van verschillende niveaus geïntegreerd: bio-fysiologische, cognitieve, motivationele, expressief-motorische.

Emotieschema's en de eruit resulterende emotionele reacties bestaan uit een aantal componenten dat met elkaar verbonden is in een netwerk. Elliott, Watson, et al. onderscheiden de volgende delen:

1. **Perceptueel-situationele componenten:** de perceptie van actuele situaties of herinneringsbeelden over vroegere situaties.
2. **Het kernffect** ten aanzien van de situatie. De affectieve reactie vormt als het ware het centrum van het geactiveerde emotieschema waarmee alle andere componenten verbonden zijn.
3. **Lichaamssensaties en non-verbale expressie:** duidelijk aanwezig bij intense emoties.
4. **Betekenisaspecten:** de idiosyncratische betekenis die de situatie voor de persoon heeft, in functie van zijn noden of doelstellingen.
5. **Behoeften en persoonlijke belangen:** verlangens, wensen, doelstellingen, waarden waaraan in een bepaalde situatie tegemoetgekomen wordt of die dreigen gedwarsboemd te worden.
6. **Actietendensen:** gedragsmogelijkheden of feitelijk gedrag waarmee men aan zijn behoeften en verlangens tracht te voldoen.

Een volledige **ervaringscyclus** bevat: emoties, beelden, lichaamssensaties, situaties in de realiteit. Zolang die vier elementen er niet zijn, blijft er iets ontbreken en voelt het onaf. Een therapeut helpt het ervaringsproces vervolledigen door de ontbrekende componenten te evoceren.

Gevoelens behoren tot de kern van wie we zijn. Woorden en cognities helpen ons om onze belevingswereld te begrijpen. Verandering komt er door rechtstreeks contact te maken met onze belevingswereld (gevoelens, felt sense, emoties, etc.).

Andere therapieën volgen meestal een andere weg: men probeert om zodanig de cognities te veranderen dat de emoties veranderen.

Zoals vermeld in een bron behorende bij les 1, maken Greenberg en Elliott onderscheid tussen enkele soorten emoties:

- **Basisemoties:** deze zetten aan tot actie (kwaadheid, angst), dienen voor overleving.
- **Complexere emoties:** deze integreren informatie (schaamte, vreugde) omtrent onszelf en onze situatie. Ze bevatten ook complexere gegevens over ons zelfbeeld, betekenis, etc.
- **Adaptieve emoties:** onderbuikgevoel waaruit onmiddellijk een reactie komt die de overleving en het welzijn dient (zoals kwaadheid bij grensoverschrijding, maar ook complexere gevoelens zoals verwondering en mededogen).

- **Maladaptieve emoties:** vastzittende emoties die tot een chronisch slecht gevoel leiden (zoals onverwerkt verdriet, destructieve kwaadheid of complexere gevoelens zoals vervreemding en leegte), zijn vaak het gevolg van traumatische ervaringen die onvoldoende erkend zijn.
- **Secundaire emoties:** deze dienen als afweer tegen primaire emoties die als ongewenst beleefd worden (zoals angst voor kwaadheid, schaamte om verdriet). Deze kunnen veroorzaakt worden door een persoon zelf, maar ook door significante anderen (conditions of worth).
- **Instrumentele emoties:** hiermee worden anderen gemanipuleerd (bv. neptranen). Dit kan bewust of onbewust plaatsvinden en is afhankelijk van de ontwikkelingsgeschiedenis.

Bij secundair maladaptieve emoties wordt de onderliggende existentiële nood van de primaire emoties nooit ingevuld. Mensen zitten chronisch vast, wat kan leiden tot intrapsychische en interactionele conflicten, bizar en grensoverschrijdend gedrag, verwarring, leegte en zinloosheid. Belangrijk is het leren van een openheid ten aanzien van de eigen belevenis en emoties. Therapie kan hierbij helpen door:

- Toepassing van de drie grondhoudingen
- Specifieke openheid voor de instrumentele, secundaire en primaire emoties en de onderliggende noden ervan (EFT)
- Emotie-regulatie, introspectie, stilstaan, leren voelen en verwoorden (focussen)

Basis stappen in het begeleiden hierbij zijn:

- ❖ Een veilige therapeutische relatie opbouwen
- ❖ Emotie-regulatie
- ❖ Doorvoelen en expressie van de emotie
- ❖ Verwerken
 - Identificeren van emotie
 - Woorden geven (empathie) en betekenis scheppen
 - Empathische exploratie en verbinden
- ❖ Richten op onderliggende noden en actie-tendens

Emotion-Focused Therapy (EFT) is ontstaan door **Greenberg, Watson, Elliott en Goldman**. De therapie brengt verschillende vormen van problematisch emotioneel functioneren in kaart (**markers**) en stelt specifieke methodieken op om hierop in te spelen (**taken**). Er is dus sprake van proces-differentiatie.

Onder taken begrijpt EFT:

- Het specifiek inzetten van de therapeutische relatie en de grondhoudingen
- Actiegerichte methodes om 'affectief-cognitief schemata' in het hier en nu bewerkbaar te maken.

Voorbeelden:

Marker	Taak
Conflict split: De cliënt beschrijft een conflict tussen twee delen van zichzelf, waarbij één aspect van zichzelf (a) een zelfkritisch stuk is (self-critic split); (b) een verplichtend of opleggend stuk (coaching in beslissend split); of (c) een ander stuk voortdurend afblokt (self-interruption split).	Tweestoelendialoog
Unfinished business/ unresolved relationships: De cliënt verwijt, klaagt of voelt pijn of verlangen bij een relatie met een significante ander.	Lege stoel werk
Angst omwille van emoties niet te kunnen reguleren: De cliënt ervaart sterke emotionele pijn bij de aanwezigheid van de innerlijke criticus of ervaart het ontbreken van verbinding of ondersteuning, en de empathie van de therapeut lijkt niet genoeg te zijn.	Self-soothing work

Naast de markers en taken is in EFT de aandacht gericht op het onderkennen van de secundaire maladaptieve emoties van de cliënt, die de primaire emoties en hun adaptieve noden in de weg zitten. Door het therapeutisch proces heen wordt er zowel erkenning gegeven aan de secundaire emoties om zo vervolgens tot de primaire emoties en hun noden te komen. De cliënt leert deze primaire emoties (terug) te ervaren en gehoor te geven aan de onderliggende noden.

Voortdurende dialectiek in de EFT dwingt de verschillende zelfaspecten van een cliënt tot evolutie. Zolang de zelfaspecten constructief met elkaar in dialoog zijn, zal dit de ontwikkeling van het zelf bevorderen. Lukt dit niet, dan evolueert het systeem van gezonde meerstemmigheid naar een pathologische fragmentatie. Disfuncties zijn dus gekarakteriseerd door een stagnatie in de interacties tussen delen van het zelf.

De EFT kent uitgewerkte semi-protocollen voor depressie, sociale angst, gegeneraliseerde angst, complex trauma, relatie- en familietherapie, en nog meer.

Greenberg stelde vier algemene principes op voor emotieverandering binnen EFT:

1. Het zich bewust worden van emoties
2. Emotieregulatie
3. Het transformeren van de emotie
4. Reflectie

Deze principes worden gebruikt in **emotie coaching**, een proces van persoonlijkheidsverandering dat bestaat uit acht stappen die verdeeld worden in twee fases:

I. Fase 1

1. De cliënt helpen zich bewust te worden van zijn emoties

2. De cliënt helpen zijn emotionele beleving te verwelkomen en te aanvaarden
 3. De cliënt helpen zijn emoties te verwoorden
 4. Het identificeren van de primaire gevoelens van de cliënt
- II. Fase 2**
5. Het evalueren of een primaire emotie een gezonde reactie is dan wel een ongezonde en niet meer aangepaste reactie op de huidige situatie
 6. Het identificeren van de destructieve overtuigingen die verbonden zijn aan de onaangepaste primaire emoties
 7. De toegang bevorderen tot alternatieve adaptieve emotionele reacties en behoeften
 8. Het omvormen van onaangepaste emoties en van destructieve overtuigingen bevorderen

Sue Johnson ontwierp de **Emotionally Focused Therapy**. Deze richt zich op partnerrelaties, de hechtingstheorie en secundaire en primaire emoties.

Les #09

Cliëntgerichte psychotherapie en al zijn substromingen stemmen zich voortdurend af op de uniciteit van de cliënt. Echter, het heersende medische model gaat er vanuit dat er identificeerbare ziektes bestaan en dat er hiervoor dan ook een specifieke behandeling moet zijn. Vanuit dit medisch model lijkt het logisch dat de effectiviteit van psychotherapie wordt gemeten aan de hand van de effectiviteit van het wegnemen van de identificeerbare categoriale stoornis.

De cliëntgerichte stroming is anti-reductionistisch en vindt het medisch model problematisch, want:

- Categoriale diagnostiek bij psychische problemen lijkt heel vaak te overlappen, pure ziektebeelden zijn eerder een uitzondering.
- Om de effectiviteit van een psychotherapie bij bijvoorbeeld een depressie aan te tonen, worden alle mogelijke proefpersonen met een dubbeldiagnose geweerd –hoe zinnig zijn de resultaten van het onderzoek, wanneer veel mensen wel een dubbeldiagnose hebben?
- Er kan sprake zijn van oneigenlijk gebruik van labels door personen en de samenleving. Label wordt hierbij een identiteit of diagnose die kan verdwijnen. Er is daardoor weinig aandacht voor krachtbronnen en individualiteit.
- Hoge gezondheidsraad (2019) waarschuwt voor categoriale diagnose en stelt het individuele verhaal van de unieke cliënt terug meer centraal. Deze trend zien we ook in de medische wereld.

Er is meer bewustwording dat psychische problematieken vaak onderliggende dynamieken gemeenschappelijk hebben. Dit zijn **transdiagnostische factoren**. Effectieve therapie richt zich dan op de unieke constellatie van deze transdiagnostische factoren bij de unieke cliënt.

Dit betekent niet dat categoriale diagnostiek zinloos is. Het is eerder nodig dat we leren zien hoe transdiagnostische factoren zich configureren binnen grote categorieën en binnen unieke individuen. Cliëntgerichte therapie paste vanaf het begin een transdiagnostische benadering toe en wist deze transdiagnostische factoren heel nauwkeurig op te volgen en de therapie hierop aan te passen. Dit noemen we **procesdiagnose**.

Enkele typische transdiagnostische factoren zoals die vandaag geïdentificeerd worden. In groen staat ernaast wat voor methode de cliëntgerichte therapie en substromingen hiervoor hebben ontwikkeld:

- Emotieregulatie (**empathie, focusing, EFT**)
- Emotionele gewaarwording, experiëntiële vermijding (**focusing, EFT**)
- Perfectionisme, intolerantie voor onzekerheid, dwangmatig gedrag (**aanvaarding, werken IC**)
- Zelfbeeld (**klassieke en existentiële benadering**)
- Mentaliseren (**grondhoudingen, empathie, directheid, zelfonthulling, interactioneel**)
- Existentiële angst, doodsangst (**existentiële therapie**)
- Zelfcompassie, schaamte, zelfkritiek (**werken met IC, interactioneel**)
- Leefstijl (**existentiële therapie, existentieel welzijn, interactioneel**)
- Welzijn, weerbaarheid, zingeving (**existentiële therapie**)

Fases in de algemene cliëntgerichte therapie overloopt deze transdiagnostische factoren in een volgorde die eigen is aan het unieke therapeutische proces met die unieke cliënt. Procesdiagnose komt neer op het kunnen lezen van het therapeutische proces en wat de cliënt of de therapeutische relatie op dit moment in het hier en nu nodig hebben. Processen wisselen en veranderen door de therapie heen, dus de procesdiagnose ook. Procesdiagnose informeert de therapeut dus wat te doen op welk moment.

Deze procesdiagnose gebeurt op basis van hoe de cliënt zichzelf beleeft, hoe deze de belevingen vormgeeft en hoe deze dit alles in de therapeutische relatie uitdrukt. Hierbij moet de therapeut aandacht hebben voor incongruenties bij de cliënt, maar ook voor de eigen belevingen.

Margaret Warner identificeert verschillende patronen van transdiagnostische factoren en onderzoekt hoe therapeute hier het best mee om gaan. Drie van de processen die zij onderscheidt zijn het fragiel proces, het dissociatief proces en het psychotisch proces.

Fragiel proces

Er is sprake van moeilijkheden in reguleren van de intensiteit van het beleven en het vasthouden van de eigen beleving. Dit kan zich uiten in:

- Zeer lage intensiteit van beleven (over-regulatie)
 - Weinig of niet kunnen voelen of vasthouden
 - 'Opgeven' (het niet meer belangrijk vinden)
- Zeer hoge intensiteit van beleven (onder-regulatie)
 - Overspoelend
 - Niet kunnen ophouden
 - Verhoogde kwetsbaarheid
 - Geen perspectief van de ander kunnen innemen
 - Er is vaak sprake van een chaotische levensstijl of een grote incongruentie tussen de buiten- en binnenwereld

Empathie is in dit geval vaak de enig mogelijk interventie, parafraseren helpt daarbij. Bij een andere interventie voelt men zich ofwel beschadigd en vernietigd, of verliest men de connectie met de eigen binnenkant. Volhoudende empathische therapeut werkt als enige manier om blijvend contact te leren maken met beleving zonder overspoeld te worden. De cliënt leert dan:

- Aandacht bij de beleving houden
- Reguleren intensiteit van beleven
- Benoemen van beleving
- De beleving van anderen kunnen toelaten zonder gevoel van persoonlijke annulering
- Stappen uit existentiële isolatie en schaamte

Dissociatief proces

Hier kan sprake van zijn na fysieke en seksuele trauma's. In de kindertijd is er een openheid voor autosuggestie. De persoon heeft ontdekt bij het ervaren van geweld dat men de beleving ervan (pijn, angst, etc.) kan uitzetten. Dissociatie wordt gebruikt als manier om de beleving te verwerken. Hierdoor mist de persoon de vaardigheden om:

- Belevingen vast te houden
- Emoties te moduleren
- Belevingen te symboliseren

Er ontstaan afgesplitste stukken, bijvoorbeeld het hulpeloze kinderstuk (angst voor eigen kwaadheid), de eigen agressie (beleving van destructiedrang en walging t.a.v. kinderstuk), of de goede/slechte ouder. Bij doorgedreven dissociatie dreigt de ontwikkeling van de persoonlijkheidsintegratie niet goed te verlopen (denk aan DIS en gerelateerde problematiek).

Belangrijk voor therapie in dit geval is:

- ✓ Zorg voor reële veiligheid
- ✓ Installeren interpersoonlijke veiligheid
- ✓ Installeren intrapsychische veiligheid
- ✓ Empathie (containen, moduleren, benoemen)
- ✓ Triggers van switchen van afgesplitste stukken leren herkennen
- ✓ Lang proces van verbinding tussen verschillende belevingen
- ✓ Ontwikkelen doormaken (vasthouden, moduleren, benoemen)

De **interactionele substroming** vestigt de aandacht voornamelijk op de hier-en-nu interactie tussen cliënt en therapeut, in plaats van op de innerlijke beleving. Twee belangrijke ideeën liggen aan de basis:

1. Problemen en problematieken zijn interactioneel, ze spelen zich af in de interactie met de omgeving. De beleving is het gevolg hiervan, maar niet de focus.
2. Deze doen zich dus ook voor in de therapeutische relatie.

Typerend is dat de therapeut (als deel van de interactie) in de eerste fase van de therapie deel wordt van deze problematische interactie. De therapeut wordt 'getraind' door de cliënt in een manier van in interactie treden en reageert dus complementair. Hierdoor komt de therapeut ook vast te zitten en is er altijd een moment van impasse in de therapie. De therapeut wordt deze impasse gewaar:

- Therapeut kan dan niet-complementair reageren
- Therapeut kan dan directheid gebruiken, een metagesprek voeren om zelf los te geraken uit deze interactie (= **disembedding**). Kan een metagesprek voeren om samen met de cliënt te kijken of deze interactie zich ook buiten de therapie voordoet.

De therapeutische relatie wordt als een speelruimte of als experimenteeruimte gezien waar de cliënt een nieuw soort interactie leert aan te gaan.

Les #10

Rouw is een levenslang proces, het wordt megedragen in iedere opvolgende levensfase. Oude rouwmodellen spreken over stereotiepe fasen die elkaar zouden opvolgen (denk aan Kübler: ontkenning, woede, onderhandelen, depressie, aanvaarding). Deze modellen zijn achterhaald en onrealistisch. Tegenwoordig richt men zich erop dat ieder rouwproces uniek is.

Rouwen is een **duaal proces**: de realiteit van het verlies staat naast de realiteit van het leven dat verder gaat. Hier wordt tussen heen en weer gegaan, vooral kinderen zijn goed in switchen hiertussen.

↳ Bij rouw is er sprake van **verliesgerichte coping** en **herstelgerichte coping**. Het is belangrijk om voor beide oog te hebben. Ieder persoon heeft een eigen voorkeurstijl. In therapie moet je hiermee rekening houden, maar er moet ook ruimte zijn om beide vormen van coping aan het bod te laten komen. De niet geprefereerde stijl kan door de therapeut gestimuleerd worden, zodat een cliënt niet teveel op alleen de een of andere vorm steunt. Wanneer er binnen een gezin verschillende vormen van coping worden geprefereerd, kan dit leiden tot conflicten. Psycho-educatie is in dat geval van belang.

In vroegere modellen van rouw werd de nadruk gelegd op loslaten. Tegenwoordig betekent rouw niet losmaken, maar juist verbinden. Het is belangrijk om bij rouw de overledene aanwezig te stellen in de therapie. Echter, er moet wel een transitie gemaakt worden van een fysieke relatie naar een **symbolische relatie**, oftewel een herinneringsrelatie. Bij therapie bij kinderen helpt het om met rituelen en creativiteit deze symbolische relatie vorm te geven.

Verlies heeft een diepgaande impact op onze identiteit en aannames over de wereld. Dit kan zich uiten door geen keuzes te kunnen maken, faalangst, angst om anderen te verliezen, etc. Het is belangrijk om onvoorwaardelijke acceptatie te tonen en vertrouwen in de capaciteiten van een kind in therapie te hebben om deze moeilijkheden te boven te komen.

Rouwen is echter niet alleen maar negatief, iets kwijtraken. Het geeft ook mogelijkheden tot persoonlijke groei. Verlies overkomt je, hierin heb je geen keuze. Maar rouwen is een actief proces waarin je wel keuzes kan maken! Een hoopvolle houding is belangrijk, mits deze niet wordt opgelegd door iemand. Het moet niet empathie en aanvaarding in de weg staan.

Rouwen en hechten zijn twee kanten van dezelfde medaille. Het aangaan van een therapeutische relatie na traumatisch verlies is spannend, vooral voor een kind. Dit is een krachtig therapeutisch instrument. Omdat men zich hecht aan een therapeut, wetende dat de relatie ook zal beëindigen en de relatie een herinneringsrelatie zal worden, kan dit als een corrigerende ervaring werken.

Rouwen is niet alleen een emotioneel proces, maar ook een cognitief proces: **betekenisgeving** staat centraal. Een van de grootste verschillen tussen traumatisch verlies en normaal verlies is de moeilijkheid om betekenis te geven. Belangrijk is dat betekenisgeving vertrekt vanuit de cliënt en niet opgelegd wordt door de therapeut.

Rouwen is niet alleen een intrapersonlijk proces, maar ook een **interpersoonlijk proces**, vooral bij kinderen. In therapie betekent dat dat je veel oog moet hebben voor hoe het gezin rouwt. Een pathologisch rouwproces bij kinderen is meestal te wijten aan gebrek van steun en hulp door volwassenen. Ouders moeten dan gestimuleerd worden om zelf ook hulp te zoeken, en de communicatie tussen gezinsleden moet bevorderd worden. Het is ook essentieel om jezelf als therapeut niet onmisbaar te maken. Je bent er maar een korte tijd en de cliënten moeten na jouw vertrek zelfstandig verder kunnen.

Traumatische rouw = traumatische ervaringen die gepaard gaan met verlies (bv. overlijden na zelfdoding of moord of ongeval) of verlieservaringen die traumatisch zijn (verlies van een kind of ander onverwacht en schokkend verlies).

Rouwen is een gezond, natuurlijk proces. Kinderen kunnen hier vaak zelfstandig doorheen werken. Echter, bij traumatisch verlies zijn er veel risicofactoren aanwezig, waardoor er een grotere kans is op complicaties. Therapie is dan aanbevolen.

Rouwen kan ontwikkelingstaken belemmeren, bv. het is moeilijk voor een adolescent om zich af te zetten tegen ouders als er een ouder afwezig is door overlijden, of wanneer het kind de taak van een ouder moet overnemen. Dit beperkt de normale ontwikkeling en heet **disabling grief**.

Rouwen kent een cyclisch verloop. Bij een nieuwe ontwikkelingsfase wordt opnieuw gerouwd op een ander niveau. Hiermee moet rekening worden gehouden in rouwtherapie met kinderen!

Voor een kind zijn woorden niet de eerste manier om beleving rond verlies te symboliseren. Het is dus essentieel om een taal te vinden om de beleving uit te drukken, dit verschilt per kind. Methodiek is niet het doel, laat dit je niet beperken als therapeut. Het ene kind zal tekenen, de ander bouwt iets.

Wanneer kinderen moeite hebben om het traumatisch gebeuren 'echt' te geloven, helpt het om het tastbaar en visueel te maken (bv. een voor- en natekening laten maken).

Les #11

Bij **psychosegevoelige mensen** kunnen we spreken van een *strijd om het recht op beleving*. Wanneer deze mensen spreken over hun ervaringen met psychosesymptomen zoals hallucinaties, worden zij vaak niet serieus genomen. Men schakelt snel over naar medicatie en managing van de symptomen, iets dat psychosegevoelige mensen vervreemdt van hun eigen ervaringen. Dit doet af aan de exploratie en betekenisgeving die juist de cliëntgerichte therapie zou opzoeken.

De groep van psychosegevoelige mensen is zeer divers wat betreft gender, cultuur, sociaaleconomische status, opleidingsniveaus en interesses. Hun levensloop kent enkele opvallende feiten:

- Ze hebben vaak al vroeg een ervaring van sociale uitsluiting, bijvoorbeeld door het zijn van de zondebok in het gezin of door te zijn gepest op school. Opvallend is dat armoede een voorspeller is voor het ontwikkelen van een eerste psychose, maar alleen in landen waar de kloof tussen arm en rijk groot is en de armoede dus leidt tot een gevoel van uitsluiting.
- Er is meestal sprake van een meervoudig en complex psychisch trauma.
- Op jongvolwassen leeftijd (12-24 jaar) vindt vaak de eerste psychose plaats. Dit is niet op zich een bewijs dat deze aandoening genetisch vastligt en een specifiek verloop heeft. Deze levensperiode is erg intens en mensen komen hierin vaak hun eerste serieuze crisis tegen.
- 40% van de mensen die in behandeling gaan vanwege hun eerste psychose, herstelt klinisch dan ook na één episode en kan opnieuw werk, studie, gezinsleven aanvatten. Soms gaat dit alsnog moeilijk omdat de omgeving hen blijft wantrouwen ondanks hun herstel.
- Er is een grotere kans op vroegtijdig overlijden. Dit kan komen door suïcide (1 op 20 pleegt suïcide tijdens hun eerste psychose) of bijvoorbeeld door ziekte. Hun kans op ziekte kan toenemen door een ongezonde levensstijl en de bijwerkingen van medicatie.

Omdat het profiel voor psychosegevoelige mensen zo breed is en er geen duidelijk ziektebeeld is dat we specifiek schizofrenie kunnen noemen omdat de symptomen zo verschillen per persoon, hebben sommige individuen en organisaties ervoor gekozen om de term schizofrenie niet meer te gebruiken.

Psychosegevoelige mensen hebben moeite met het vinden van passende zorg. Ambulante psychologen durven vaak niet alleen te behandelen en verwijzen deze mensen door. Ook personeel in gespecialiseerde diensten vraagt om meer ondersteuning en bijscholing. De aandacht in klinische settings gaat vooral naar medicatie, stabilisering en sociale integratie, en minder naar psychologische behandeling. Deze psychosegevoelige mensen hebben soms erg slechte ervaringen met hun opnames, zij zijn bijvoorbeeld in isolatie gezet, vastgebonden of op een andere manier ernstig behandeld. Soms was dit onvermijdelijk, maar er moet zeker rekening worden gehouden met dat ook dit trauma's kan opleveren en dat dit verwerkt moet worden!

latrogeen = veroorzaakt door medisch ingrijpen/ medische behandelingen

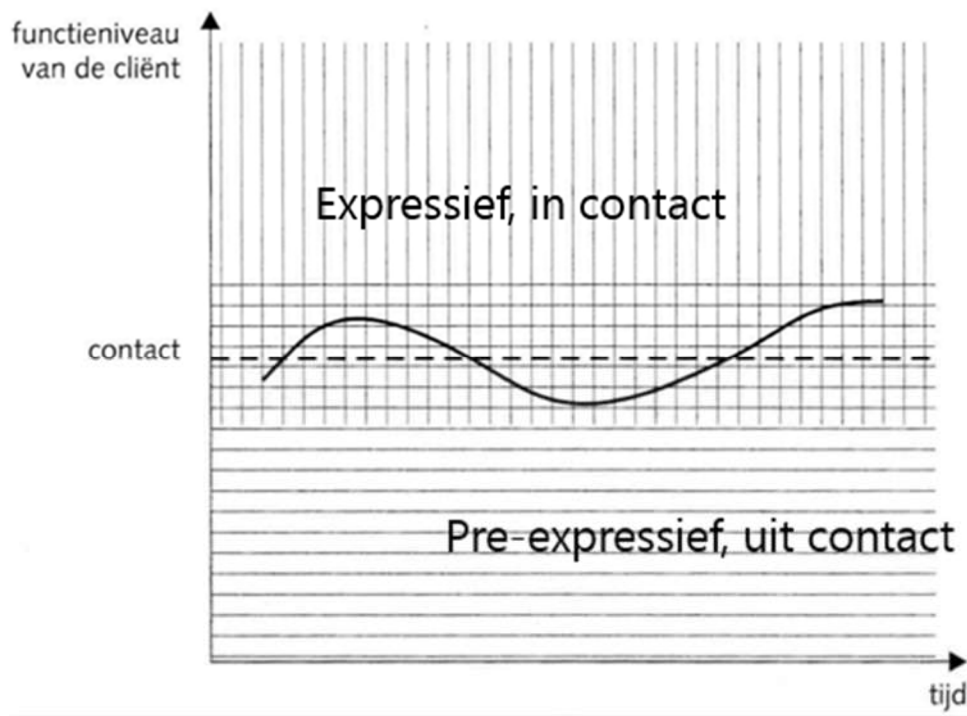
Persoonlijk herstel is het op eigen kracht leren leven met je beperkingen. Het is wat een persoon ervaart doorheen een proces van rehabilitatie, waarbij hij of zij gaandeweg steeds meer regie kan

voeren over zijn of haar leven. Het is een weg die mensen zelf moeten gaan, niet iets wat hulpverleners in hun plaats kunnen doen. Goede zorg is dan ook **herstelgerichte zorg**. Dit is het ondersteunen van het herstelproces van de cliënt. Dit is mogelijk wanneer je als hulpverlener zoveel mogelijk beslissingen bij de cliënt laat en gelooft in de eigen krachten en ontwikkelingsmogelijkheden van de cliënt. Sinds 2011 verplicht de federale overheid aan alle instellingen om een herstelgericht beleid te voeren.

In 1957-1965 deden **Rogers, Gendlin, Kiesler en Truax** onderzoek naar de toepassing van cliëntgerichte therapie bij schizofrenie. Hiervoor zochten ze patiënten op in klassieke tehuizen. De onderzoeksgroep was sterk gedemoraliseerd en moest onvrijwillig deelnemen. De resultaten waren dan ook slecht. Echter, deze slechte resultaten hebben veel nieuwe kennis opgebracht. Rogers creëerde hierna een positievere formulering van de voorwaarden voor therapeutische verandering en Gendlin schreef over het onderscheid tussen belevingswijzen.

Garry Prouty heeft de cliëntgerichte therapie uitgebreid om specifiek toepasbaar te zijn bij psychosegevoelige mensen (**pre-therapie**). Rogers stelde dat cliënt en therapeut zich van elkaar gewaar moeten zijn. Prouty onderzocht wat dit betekent in een situatie waarin de cliënt niet gewaar is, of waarin het onbekend is in welke mate de cliënt gewaar kan zijn. Hij beschouwde psychose als een vorm van ernstig contactverlies. Dit heeft tot enkele nieuwe concepten en vaardigheden geleid, namelijk:

1. Contactniveau inschatten
2. De kunst van contactreflecties
3. Buitengewone zintuiglijke ervaringen doorwerken
4. Aanbod volgens herstelfase



Contactwerk is erop gericht om emotioneel contact te maken. Mensen kunnen **expressief** (in contact) zijn of **pre-expressief** (uit contact). Er zijn drie soorten manieren om uit contact te treden:

1. Uit communicatief contact = Uit contact zijn met anderen en niet in staat zijn om een relatie met hen aan te gaan of met hen om te gaan.
2. Uit realiteitscontact = Uit contact zijn met wat je omringt, je omgeving.
3. Uit affectief contact = Uit contact zijn met je eigen emoties of gevoelens.

Opvallend is dat de cliëntgerichte methode de enige richting van therapie is die toepasbaar is bij mensen die niet kunnen spreken. Alle andere vormen van therapie hebben het kunnen spreken van de cliënt als basisvoorwaarde.

Contactreflecties kunnen helpen bij pre-expressieve mensen om hen in contact te brengen. Contact maken kan plaatsvinden door een persoon erkenning te geven voor waar die persoon zich bevindt, wat deze persoon doet en wat deze persoon ervaart. Contactreflecties zijn verbale reflecties hierover. Er worden vijf soorten onderscheiden:

1. Gelaatsreflectie (**GR**): Reflecteert in woorden of 'spiegelt' de gelaatsuitdrukking van de persoon. Voorbeeld: "De ogen van John zijn toe."
2. Lichaamsreflectie (**LR**): Reflecteert in woorden of 'spiegelt' de bewegingen en houding van de persoon. Voorbeeld: "Je arm is omhoog."
3. Situationele reflectie (**SR**): Reflecteert de situatie (zoals plaatsen, voorwerpen in de omgeving, gebeurtenissen en geluiden). Voorbeeld: "Je staat bij het raam, de zon schijnt."
4. Woord-voor-woord reflectie (**WWR**): Herhaalt de exacte woorden van de cliënt. Voorbeeld: een cliënt zegt "twee voeten" en de therapeut zegt: "Je zei twee voeten."
5. Herhaalde reflectie (**HR**): Hergebruiken en herhalen van reflecties die contact leken te maken. Voorbeeld: "Toen ik zei 'venster,' keek je naar het venster."

Contactmilieu = Wanneer er op de juiste momenten contactreflecties worden toegepast waardoor de contactaanwezigheid constant goed blijft.

Dekeyser et al. hebben de Communicatief Contact Schaal ontwikkeld waarin de begrijpelijkheid en de responsiviteit van een ander persoon worden gemeten in een recente interactie.

Het doorwerken van buitengewone zintuigelijke ervaringen (hallucinaties) is iets dat cliënten betekenis kan laten geven aan hun beleving. Prouty liet bijvoorbeeld een cliënt vertellen over een specifieke hallucinatie van een slang die aanwezig was in de therapieruimte. Hierna liet hij de cliënt eromheen lopen om het te omgrenzen. Daarna raakte de cliënt de slang aan. Dit bracht voor haar een pijnlijke herinnering op die achter de creatie van de hallucinatie zat. De cliënt creëerde een collage van al haar beelden en wat erachter school. Dit hielp erg met de verwerking van haar ervaringen.

Cliënten kunnen ook hallucinaties ervaren tijdens een sessie terwijl de therapeut het niet doorheeft, dus hier altijd alert voor zijn!

Wanneer wordt er klassiek pre-therapie toegepast, en wanneer is contactwerk voldoende?

	Klassieke Pre-Therapie	Contactwerk
Setting	Individueel gesprek in de spreekkamer, op afspraak	Elke andere setting: residentieel, ambulantly, thuis, ...
Zorgverlener	Psychotherapeut	Zorgberoepen, mantelzorgers
Therapie-doel	Contact tot stand brengen	Contact stabiliseren
Therapeutische aanpak	Bij het proces van de cliënt blijven	Een brug slaan tussen het individuele proces en de eisen van de omgeving
Toegangsweg	Psychotische beleving	Gemeenschappelijke realiteit

Aanbod volgens herstelfase:

beleving cliënt	herstelproces	cliëntgericht aanbod
psychotische beleving overheerst	stabiliseren	contactwerk, contactmilieu
overmand zijn door je aandoening	verwerken heroriënteren	pre-therapie
worstelen met je aandoening	her-integreren	individuele therapie experimenterend werk
leven met je aandoening	integreren	lotgenotengroepen
leven 'voorbij' de aandoening		

Les #12

Groepstherapie neemt al sinds 1945 een belangrijke plaats in binnen de cliëntgerichte oriëntatie. Groepstherapie is niet simpelweg het overplaatsen van principes uit individuele cliëntgerichte therapie naar groepscontext. De ik-therapeut-relatie maakt ruimte voor een ik-groep of ik-groep-therapeut-relatie. Een dyadische relatie bedient zich van dyadische modus, een groep van plurale modus (Swildens). Er is dus nood aan groepsdynamica.

Er vallen twee kenmerken op in de beginjaren van de cliëntgerichte groepstherapie:

1. De principes van de individuele psychotherapie worden zonder veel theoretische bewerking overgedragen op het begeleiden van groepen.
2. Rogers vervangt 'het organisme' door 'de groep' en kent er, net als aan de persoon, een actualisatietendens aan toe.

Bij groepstherapie worden actualisatietendensen getransponeerd van een individuele context naar een groepscontext. Rogers zegt hierover: "Ik vertrouw erop dat de groep, als er een goed groepsklimaat is, zijn eigen mogelijkheden en die van zijn groepsleden ontwikkelt. Voor mij is dit vermogen van de groep een ontzagwekkend iets. Het schijnt mij toe dat de groep een organisme is dat een gevoel voor zijn eigen richting heeft. Een groep herkent ongezonde elementen in zijn proces, richt zijn aandacht erop, verheldert ze of verwijdert ze en wordt een gezondere groep."

↳ Echter:

- Dit geldt voor groepen met niet te diep gekwetste deelnemers en met voldoende ik-sterkte (bijvoorbeeld niet bij borderline of fragiele processen).
- Niet naïef zijn! Er bestaat wel degelijk destructie, wantrouwen, chaos, conflict, etc.
- Tegelijk onthouden: een groep die veel vertrouwen krijgt, maakt dit ook waar.

De therapeut is **participerend observator**: nabij en op afstand. Twee centrale taken van een belevingsgerichte therapeut bij groepstherapie zijn het verdiepen van het ervaringsproces zelf via het faciliteren en stimuleren van de interactie en de zelfexploratie, en het stimuleren van de reflectie op dit ervaringsproces via verhelderende en inzichtgevende interventies. In het handboek worden deze taak verder opgesplitst tot vier taken:

1. Verdieping van het ervaringsproces
2. Betekenisverlening
3. Persoonlijke inbreng
4. Structuur en procedures

Groepstherapeutische factoren kunnen worden ingedeeld in twee hoofdcategorieën, met daarin specifieke factoren:

1. Relatieveel klimaat
 - Groepscohesie
 - Interactionele bevestiging
 - Cathartische zelfexploratie
2. Psychologisch werk
 - Zelfinzicht en vooruitgang
 - Observationele ervaringen
 - Directieven krijgen
 - Interactionele confrontatie

Deze groepstherapeutische factoren verschillen per type groepstherapie. Zo scoort cliëntgerichte groepstherapie zeer laag op 'directieve krijgen', terwijl gedragstherapie daar juist hoog op scoort.

Deelnemers aan groepstherapie kunnen rollen op zich nemen (bv. informele leider, co-therapeut, zondebok, etc.). Deze rollen kunnen **functioneel** zijn, deze ontwikkelen zich opdat het sociale systeem zijn doelen kan bereiken: aanmoedigen, onder woorden brengen, bemiddelen, etc. Er zijn echter ook **disfunctionele rollen**, deze leiden bijvoorbeeld tot blokkeren, monopoliseren, rivaliteit, etc. Herken de groep met een lichaam: hoe zijn verschillende functies verdeeld in de groep? Welke functies zijn over- of ondervertegenwoordigd? Als één onderdeel/persoon een probleem heeft, heeft het hele lichaam een probleem.

↳ Sleutel voor een veilige groep is erkenning. Iedereen heeft erkenning nodig, ook mensen die niet spreken of die een disfunctionele rol aannemen. Er moet natuurlijk ook begrensd worden, maar met erkenning! Conflict tussen twee personen heeft nodig:

- Begrijpen en erkennen van beide standpunten door de groepsbegeleider
- Help eventuele jij-boodschappen omturnen in ik-boodschappen
- Gebruik de wijsheid van de groep, probeer het niet alleen op te lossen
- Wederzijds begrip en erkenning van elkaars standpunt en gevoelens vormen de sleutel tot de oplossing.

Groepsontwikkeling kan gezien worden als lineair of spiraal. **Lineaire vooruitgang** is ordelijke vooruitgang door verschillende, voorspelbare fasen, cfr. ontwikkelingspsychologie, Yalom, Levine, Tuckman, Rogers. **Spiraal vooruitgang** is metaforisch, er is sprake van een emotionele onderstroom, een latent niveau, een onderliggende krachtenspel.

Lineaire model van **Yalom**:

1. In/uit
2. Onder/boven
3. Dichtbij/veraf
4. Eindfase

Lineaire model van **Tuckman**:

1. Forming --> oriëntatie
2. Storming --> conflict
3. Norming --> structuur (toenemende cohesie)
4. Performing --> werkfase
5. Adjourning --> eindfase

Lineaire model van **Levine**:

1. Parallelfase
 - Autoriteitscrisis
2. Opnemingsfase
 - Intimiteitscrisis
3. Wederkerigheidsfase
 - Separatiecrisis
4. Eindfase

Spiraalmodel: focaal conflict model van **Whitaker en Lieberman**:

- Onderstroom, niet zichtbare gedrag
- Schijnbaar onsamenvhangende voorvallen kunnen begrepen worden vanuit zorg die gedeeld wordt door de groepsleden.
- Beleving van leden zijn vaak gecentreerd rond iets en staan niet los van elkaar. Dit is niet bewust bij de groepsleden.
- Focaal conflict tussen 'storend motief' en 'reactieve angst', tussen verlangen en angst: elk verlangen mobiliseert afweer die afremt.
- Hypothese is dat een groep maar een bepaalde mate van spanning kan verdragen en dan een oplossing zoekt. Een productieve oplossing vermindert angst en lost verlangen in. Een restrictieve oplossing vermindert angst, maar komt niet tegemoet aan verlangen.

Stadia van groepstherapie uit het handboek:

1. De beginfase: procesbevordering
 - Faciliterende functie speelt een belangrijke rol.
 - Vertrouwen in het groepsproces.
 - Creëer een centrale plaats voor empathie.
 - Creëer een goed functionerende groep (responsverbreding, interventies, etc.)
2. De midden- of conflictfase: ontregelend interactiewerk in het hier en nu
 - Ontregeling heeft een rol: door groepsleden en therapeut wordt daarmee aangestuurd op therapeutische verandering door het creëren van nieuwe emotioneel-cognitieve schemata en relationele patronen.
 - De groep moet in het hier-en-nu worden gebracht/gehouden.
3. Eindfase

In groepstherapie moet er extra aandacht zijn voor de **zondebok** of voor scapegoating. Vanuit het individu is dit een herhaling van een oud rolpatroon. Vanuit de groep is dit het projecteren van wat niet te verdragen is op een 'dissident' die afwijkt van de norm op een bepaalde dimensie (kleding, gedrag, taalgebruik, etc.). De dimensie is niet zozeer van belang, maar wel de mate van afwijking van de norm! Taak van de groepstherapeut is om niet mee te gaan met de polarisatie. Op groepsniveau moet besproken worden wat gaande is en hoe iedereen zijn aandeel kan erkennen.

Existentiële thema's in groepstherapie:

- Individualiteit vs. verlangen tot samenzijn en behoren (autonomie-verbondenheid)
- Afscheid nemen en leren loslaten
- Vrijheid, keuze en verantwoordelijkheid: een groep biedt mogelijkheden, maar je moet zelf het risico nemen om te participeren. Je moet zelf zorgen dat je aan je trekken komt.

Les #13

Bij het begin was cliëntgerichte therapie al gericht op **onderzoek**. Ze waren hiervoor afhankelijk van geluids- en beeldopnames. Het was sterk gericht op procesonderzoek: werkzame processen, markers, taken, etc. (hoé werkt therapie, wat lijkt te helpen voor cliënten?). Probleem hierbij was dat er weinig interesse was in specifieke stoornissen.

Dit veranderde met de opkomst van het **evidence-based** denken. Aanvankelijk was dit een sterke clash, plots wordt alle evidentie van de voorgaande jaren niet meer gezien als valide genoeg. Er kwam nu een focus op wat helpend is voor welke stoornis, in plaats van wat helpend is voor welke persoon. Dit ging niet vanzelfsprekend hand in hand met de humanistische, holistische aard van cliëntgerichte therapie die het liefst naar ieder persoon als individu kijkt (zie les #1).

In de jaren 1990 ontstond er een inhaalbeweging:

- EFT begon sterk zich te zetten op zichzelf evidence-based te maken. Ze gingen aspecten van hun therapie linken aan stoornissen en deden proces-outcome-onderzoek.
- Meaning-centered therapieën ontwikkelde zich ook meer evidence-based.
- Er was een grote opkomst van randomized controlled trials, systematische mixed-methods case studies, cross case studies, etc.

Er lijkt sprake te zijn van pendelbewegingen. Op dit moment komt de onderzoeksinstelling van de cliëntgerichte therapie meer overeen met die van de jaren 1970. Bekend is dat:

- Er zijn geen significante verschillen in effectiviteit tussen psychotherapieën, maar wel grote verschillen tussen therapeuten.
- Er is een herwaardering van case study onderzoek en kwalitatief onderzoek.
- Psychotherapie blijft een zaak van werken met individuen of unieke systemen, niet met populaties.
- Er is een verschuiving naar transdiagnostisch denken gaande, met een stijgende interesse naar existentiële thema's. Men zou kunnen zeggen dat cliëntgerichte therapie een beetje terugkeert naar de oorspronkelijke aannames van deze richting.

Een studie van **Lambert & Barley** (2002) onderzoek het belang van vier factoren in therapie:

1. Extratherapeutische factoren – 40% (cliënt zelf en de omgeving zijn dus heel belangrijk)
2. Gemeenschappelijke factoren – 30% (therapeutische relatie en de therapeut, belangrijk!)
3. Verwachtingsfactoren – 15%
4. Technieken – 15%

Uit een meta-analyse van **Wampold** (2015) komt naar voren dat factoren als samenwerken aan een gezamenlijk doel, empathie, therapeutische relatie, aanvaarding, type therapeut en echtheid belangrijk zijn om het effect van de therapie te verhogen.

Uit een onderzoek van **Peluso & Freund** (2018) komt naar voren dat het kunnen toelaten van emotie in therapie een goede voorspeller is van het effect. Ook zelfonthulling en transparantie doen ertoe. Het idee van de therapeut als projectiescherm klopt dus niet. Een authentieke ontmoeting blijkt een betere voorspeller te zijn van de effectiviteit van de therapie.

Er zijn ondertussen veel onderzoeken die het belang en het effect van de grondhoudingen van humanistische therapieën bewijzen. Zie voor specifieke cijfers de powerpoint en gerelateerde PDF's.

Humanistische therapieën zijn vooral effectief bij:

- Relationele problemen
- Interpersoonlijke problemen
 - Complex trauma
 - Persoonlijke stoornissen
- Depressie
- Angst (maar minder voor fobieën)
- Psychose
- Chronisch medische condities

Mega-categorieën die zijn vastgesteld bij humanistische therapieën:

1. Een gezonder emotioneel beleven (bij cliëntgerichte)
2. Appreciatie van kwetsbaarheid (bij existentiële)
3. Zelf-compassie
4. Veerkracht
5. Empowerment
6. Symptoomreductie
7. Appreciëren van veranderde levensomstandigheden, beter kunnen omgaan met wat is
8. Zich ondersteund voelen
9. Meer appreciëren van interpersoonlijke ontmoetingen
10. Inzicht en zelfbewustzijn
11. Een gewijzigde beleving van de ander