

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

De synergie van co-therapie

*een therapievorm waarbij waarlijk
samenwerken van belang is*

JOHAN
NIEUWPOORT
*Johan Nieuwpoort^I
is maatschappelijk
werker/psycho-
therapeut en super-
visor van de NVRG,
werkzaam bij Ad-
hesie, GGZ Midden
Overijssel, locatie
RIAGG Almelo.*

Samenvatting Co-therapeutische behandelingen voegen iets toe aan het behandelaanbod in de geestelijke gezondheidszorg. De meerwaarde bestaat uit een beter behandelresultaat voor cliënten en een toegenomen arbeidssatisfactie van de therapeuten. De auteur neemt het sociaal-constructivisme als uitgangspunt. Een specifieke wijze van co-therapie wordt beschreven, de voor- en nadelen van co-therapeutische behandelingen worden belicht en er wordt nader ingegaan op de indicatiestelling. De speciale vereisten waaraan de werkrelatie tussen co-therapeuten moet voldoen, worden beschreven.

INLEIDING

‘Co-therapie is een specifieke vorm van psychotherapie waarbij twee of meer therapeuten een of meer cliënten behandelen in groepstherapie, gezinstherapie, partnerrelatie- of individuele therapie op hetzelfde moment op dezelfde plek’ (Roller & Nelson, 1981).

Wanneer de behandeling van een complex gezins- of partnerrelatieprobleem niet wil vlotten, ervaart een enkele therapeut dat vaak als een zware last op de schouders. Hij kan hierdoor ontmoedigd raken, wat de kans op het welslagen van de behandeling verkleint. Het bespreken van de casus met collega’s in intervisie leidt vaak tot nieuwe inzichten en is in veel gevallen afdoende, maar niet altijd. Een in ons vak veelgehoorde vuistregel is dat als een therapie stagneert, het verstandig is de therapeutische context te verbreden. Dat kan door meer leden van het cliëntsysteem in de behandelkamer te introduceren maar ook door collega’s erbij te vragen, en soms beide.

Het verbreden van de therapeutische context vindt op de afdeling *Volwassenen* van de RIAGG Almelo plaats in het team voor

^I Correspondentieadres: nieuwpoort.verdonk@planet.nl

JOHAN
NIEUWPOORT

Gezins-Diagnostisch Onderzoek. De werkwijze van het *reflecting team* zoals beschreven door Tom Andersen (1987, 1991) is daarbij de richtlijn. Zowel in de intakefase als bij vastgelopen therapieën wordt dit team geconsulteerd. In dit verhaal gaat het over het verbreden van de therapeutische context door samen met een collega-therapeut een systeemprobleem te behandelen. Ervaring opgedaan in het werken met het *reflecting team* resulteerde in het ontwikkelen van het hieronder beschreven co-therapiemodel. In de loop der tijd waren er co-therapeutische zittingen van collega-systeemtherapeuten, maar ook met psychotherapeuten van andere specialismen. De praktijk wijst uit dat het voor een ervaren systeemtherapeut goed mogelijk is om een co-therapeutische relatie aan te gaan met alle binnen de GGZ werkzame beroepsgroepen. Er wordt samengewerkt met sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, klinische en gz-psychologen, psychiaters en psychiater in opleiding.

Dit artikel beoogt een aantal zaken die samenhangen met co-therapie nader te belichten. Na een korte introductie over co-therapie in de systeemtherapie in het algemeen wordt ingegaan op het sociaal-constructivisme, dat als filosofische stroming ten grondslag ligt aan het door ons ontwikkelde model van co-therapie. Aan de hand van praktijkvoorbeelden wordt de werkwijze geschetst. Vervolgens komen de indicatiestelling en de voor- en nadelen van co-therapie aan de orde. Tot slot wordt aandacht besteed aan het belang van een goede samenwerking tussen co-therapeuten.

KORTE HISTORISCHE SCHETS

Er zijn verschillende vormen van co-therapeutisch werken mogelijk, zoals:

- een eenmalig consult als aanvulling op de diagnostiek;
- een eenmalig consult om de behandeling nieuw leven in te blazen;
- een deel van het behandeltraject bij stagnatie van een therapie;
- een volledig behandeltraject van een complexe behandeling;
- in het kader van opleiding en bijscholing.

Uit de literatuur wordt duidelijk dat het verrichten van co-therapieën welhaast zou oud is als het fenomeen psychotherapie. Adler (1930) beschrijft het bespreken van problemen bij een kind met twee therapeuten, de ouders en het betreffende kind. Hij vermeldt dat deze werkwijze helpend is voor het kind. Carl Whitaker is een van de eersten die de co-therapie in de gezinstherapie introduceert. Whitaker, van mening dat zonder het fenomeen co-therapie de gezinstherapie zich nooit zo had kunnen ontwikkelen als ze heeft

gedaan, betoont zich expliciet een voorstander van een co-therapeutische setting bij complexe gezinsproblematiek (Whitaker et al, 1949; Napier & Whitaker, 1972).

Een van de in de literatuur genoemde redenen voor het ontwikkelen van co-therapie in gezinstherapieën is om therapeuten er tegen te beschermen dat zij overspoeld raken door het pathologische gezinssysteem (Holt & Greiner, 1976, p. 417). Haley (1962) stelt zich kritisch op. Hij voorziet dat een therapeut co-therapie kan aanwenden om veiligheid en bescherming te zoeken - de andere therapeut komt dan in de positie van redder - en vraagt zich af wie er is om het systeem bij te staan als de therapeuten bezig zijn om elkaar te redden. Haley stelt dat meerdere therapeuten verandering ook kunnen bemoedigen. Eén therapeut kan met meer succes therapie doen dan twee, en één is economischer. Gewoonlijk maakt men gebruik van co-therapeuten ter wille van onzekere therapeuten, niet ter wille van het werk (Haley, 1978, p.130).

Co-therapie ingezet voor therapeutische doeleinden moet worden onderscheiden van co-therapie ingezet voor training, supervisie of consultatie. Het therapieproces en de uitkomst daarvan zullen afhankelijk zijn van het gegeven of de co-therapie in de eerste plaats nodig is voor de behandeling van het cliëntsysteem of voor het ondersteunen van de therapeut. Het is van belang te onderzoeken welk doel wordt beoogd en wat er wordt bereikt (Holt & Greiner, 1976, p. 420).

Vanaf het begin van de ontwikkeling van de gezinstherapie waren er therapeuten die geloofden dat co-therapie in de meeste gevallen te verkiezen was boven het werken met een therapeut alleen. Ondanks claims van succes ontbreken onderzoeksgegevens die dit staven (Barker, 1998, pp. 131-133).

HET SOCIAAL-CONSTRUCTIVISME ALS UITGANGSPUNT

Ons model van co-therapie is geënt op de filosofische stroming die bekendstaat als het sociaal-constructivisme. In het constructivisme wordt ervan uitgegaan dat de structuur van ons zenuwstelsel met zich meebrengt dat we nooit aan de weet kunnen komen hoe de wereld werkelijk is. Daarom dienen wij een benadering van de werkelijkheid als 'waargenomen systeem' (de notie dat wij in staat zijn de objectieve werkelijkheid over anderen en de wereld te kennen) in te ruilen voor een benadering van de werkelijkheid als 'waarnemend systeem' (de idee dat wij alleen kennis kunnen nemen van onze eigen constructie van anderen en van de wereld) (Hoffman, 1988, p. 111).

JOHAN
NIEUWPOORT

Een algemene voor iedereen geldende waarheid bestaat in deze context niet. De betekenis van deze uitgangspunten voor de psychotherapeutische praktijk is dat er niet naar de waarheid gezocht wordt, maar naar een pasvorm waarin het cliëntsysteem beter kan functioneren (Von Glasersfeld, 1984). Uitgangspunt hierbij is dat gedrag van mensen voortvloeit uit sociaal-cognitieve constructen die mensen van zichzelf, de ander en hun leefomgeving hebben gemaakt en die zij vormgeven via interactie en communicatie. Als de gemeenschappelijke ideeën en betekenisgevingen aan verandering onderhevig zijn, komt een gepresenteerd probleem in een ander daglicht te staan en zullen bijbehorend gedrag en interactie kunnen veranderen.

Er wordt uitgegaan van gelijkwaardigheid; ieders ideeën hebben evenveel waarde. Ook de gedachten aangedragen door de therapeuten zijn gelijkwaardig aan alle andere gedachten die in de conversatie rondgaan. Gedachten die niet te ver af staan van het denken in het cliëntsysteem kunnen mogelijk in dat denken worden geïntegreerd; daardoor kan gedragsverandering plaatsvinden.

EEN SOCIAAL-CONSTRUCTIVISTISCH MODEL VAN CO-THERAPIE

In de door ons ontwikkelde vorm van co-therapie wordt gewerkt met een therapeut/interviewer als voorzitter en een reflecterend therapeut. Tijdens de co-therapeutische sessie is de therapeut/interviewer primair verantwoordelijk voor het proces van de therapie. Het belangrijkste gereedschap in systeemtherapie is de relatie tussen het cliëntsysteem en de therapeut (Andersen, 1987). De interviewer heeft in de eerste plaats aandacht voor de kwaliteit van de relatie. Op betrekkningsniveau probeert hij te begrijpen wat de situatie van het gesprek voor eenieder betekent. Hoe zit iedereen er bij, is het comfortabel genoeg, kunnen alle aanwezigen zich verenigen met de wijze van gespreksvoering? Om te beginnen zal de interviewer op een duidelijke manier de gang van zaken uitleggen. Van belang is dat alle aanwezigen daarmee expliciet instemmen. Als het gesprek dreigt te stikken probeert de interviewer door vragen te stellen te achterhalen wat de oorzaak is en probeert hij het gesprek weer vlot te trekken. Hij neemt daarbij een positie in van veelzijdige partijdigheid. In ons model verloopt de conversatie via de therapeut/interviewer zoals bij het debat in de Tweede Kamer. De reflecterende therapeut zal vanuit de positie van toehoorder meer ruimte hebben om zich te concentreren op de inhoud van het verhaal. Hij heeft de vrijheid om ten aanzien van de inhoud zijn gedachten kenbaar te maken. Zijn opmerkingen dienen respectvol en niet afbrekend te zijn en moeten worden

geformuleerd als mogelijke hypothesen, niet als 'waarheid'.

Omdat het gesprek via de therapeut/interviewer loopt, zullen de posities van de andere deelnemers gedurende het gesprek wisselen tussen observatie en actieve deelname aan de conversatie. Het hulpvragende systeem als geheel komt in de observerende positie wanneer de co-therapeuten met elkaar in gesprek zijn. De geopperde hypothesen kunnen door de aanwezigen worden overgenomen of afgewezen.

Vaak is bij aanvang van de therapie een van de twee therapeuten het meest bekend met het probleem. Wij kiezen er dan voor deze als eerste de positie van reflecterend therapeut te laten innemen. Om diens gedachten voor het voetlicht te brengen, kan de interviewer het gesprek beginnen door als eerste met de co-therapeut in gesprek te gaan. Hij kan hem de volgende vragen stellen: wat maakt dat je het initiatief hebt genomen vandaag dit gezelschap in deze samenstelling bij elkaar te brengen? Wat zou voor jou een goed resultaat van dit gesprek zijn? Het cliëntsysteem is dan observator van een intercollegiaal overleg over het door hen gepresenteerde probleem. Vervolgens vraagt de interviewer naar hun reacties.

Mevrouw is al jarenlang bekend bij de RIAGG. Haar hoofdklacht is dat ze depressief is, gepaard met gedachten aan zelfmoord. Ze is in individuele behandeling bij een psycholoog. Bijkomend probleem is dat haar echtgenoot steeds verder van haar vervreemdt, hetgeen de klacht versterkt. Partnerrelatiegesprekken zijn geïndiceerd. Gezien de complexiteit van de casus wordt een indicatie gesteld voor een co-therapie. Samen met een ervaren collega-systeemtherapeut zie ik het echtpaar. Beide echtelieden hebben een kwetsbare persoonlijkheidsstructuur. Ze zien kans de ander juist erg in zijn of haar kwetsbaarheid te raken en beiden hebben het gevoel dat ze in de relatie tekortkomen. Kortom, ze zitten verknoopt in een neurotische collusie. Begrip voor de ene partij ervaart de ander als afwijzing. Er wordt afgesproken de therapie af te grenzen en maximaal tien gesprekken aan te bieden.

In de dialoog tussen de therapeuten komt op enig moment de volgende vraag aan de orde: zou het kunnen zijn dat mijnheer radeloos en geïrriteerd is door het negativisme van zijn vrouw, maar dat hij zijn ongenoegen niet laat zien? En als dat zo is, zou dat kunnen komen omdat hij vanuit zijn geloofsachtergrond geacht wordt haar onvoorwaardelijk terzijde te staan? Omdat het zo gevoelig ligt, is het voor een hulpverlener riskant om deze hypothese rechtstreeks aan de partners voor

te leggen. De werkrelatie kan er door verstoord raken. Door de rolverdeling tussen de therapeuten wordt dat gemakkelijker; de reflecterend therapeut biedt in vragende zin de hypothese aan zijn collega aan, de interviewend therapeut blijft onpartijdig, het echtpaar is vrij de hypothese al of niet te aanvaarden, en de werkrelatie met de interviewer komt niet in gevaar. Met behoud van eer en respect wordt het voor mijnheer uiteindelijk mogelijk zijn eigen aandeel in de problematiek onder ogen te zien. Dit resulteert in een vruchtbaarder dialoog tussen het echtpaar met perspectief naar de toekomst. Het probleem is nog niet overwonnen, maar er is zeker sprake van een stap in de goede richting.

JOHAN
NIEUWPOORT

In ons model wisselen de therapeuten bij voorkeur per opeenvolgende zitting van rol. Het wisselen van de rollen is van belang omdat dit het meest tegemoetkomt aan de spreiding van macht en bijbehorende *modeling*-aspecten (Bandura & Walters, 1963), waarbij het therapeutenkoppel een voorbeeldfunctie vervult ten opzichte van het cliëntsysteem. Dit laatste kan van belang zijn bij een man-vrouw koppel, koppels van verschillende etniciteit, beroepsachtergrond, leeftijd enzovoort.

Van belang is natuurlijk wel om na te gaan of het cliëntsysteem de rolwisseling kan accepteren. Er kan ontevredenheid bestaan over een gedachte die in de voorgaande zitting door de co-therapeut is geventileerd. De ervaring is dat de suggesties van de co-therapeut intussen zijn bezonken. In de nieuwe situatie kan hij goed de rol van de veelzijdige onpartijdigheid op zich nemen.

Het is belangrijk ervoor te waken dat de structuur van het gesprek niet al te kunstmatig wordt. Het kan goed zijn even uit de rol te vallen als daartoe aanleiding is. Soms maken gebruikelijke sociale omgangsvormen dat de structuur van het gesprek wordt onderbroken. De systeemleden onttrekken zich dan aan de dialoog met de interviewer en richten het woord rechtstreeks tot de co-therapeut of tot elkaar, eenvoudigweg uit de macht der gewoonte. Er mag best enige speelruimte zijn. Wel is het van belang de betekenis daarvan in te schatten. De afwijking van de gespreksstructuur kan wijzen op onderhuids verzet tegen de vorm van gespreksvoering. Als dat zo is zal dat eerst rechtgezet moeten worden, of zal er naar een andere vorm gezocht moeten worden.

Niet zelden wordt het 'vergeten' van de regels voor de gespreksvoering uitgelokt door oplopende emoties. Cliënten hebben de neiging heftiger op elkaar te reageren als zij direct met elkaar praten dan als de communicatie via de therapeut verloopt. Het is dan wel

nodig de gespreksstructuur van het gesprek weer te herstellen. De ervaring leert dat wanneer de systeemleden in dialoog met de voorzitter het gesprek voortzetten, de emotionaliteit afneemt.

DE SYNERGIE
VAN CO-THERAPIE

INDICATIES VOOR CO-THERAPIE

Co-therapie is bedoeld om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Er zijn twee soorten redenen om ervoor te kiezen: cliëntgerichte redenen en therapeutgerichte redenen. Kort samengevat is er een indicatie voor co-therapie wanneer een therapeut alléén onvoldoende verandering kan bewerkstelligen.

Aan co-therapie kan worden gedacht wanneer er ernstige en complexe systeemproblematiek bestaat. In dat geval is er vaak sprake van forse persoonlijkheidsproblematiek bij een of meerdere systeemleden. Ook kan de aard van de problematiek met zich meebrengen dat een systeem in twee kampen uiteen valt. Denk hierbij aan seksueel misbruik, ernstig fysiek geweld of ander moreel sterk beladen gedrag.

Therapieën kunnen stagneren wanneer de emoties in de therapie voortdurend te hoog oplopen; dat kan een reden zijn om tot co-therapie over te gaan. Een co-therapeutische behandeling kan ook worden ingezet wanneer een collega-therapeut verregaand ontmoedigd is geraakt in een therapie en intervisie niet toereikend is om dat op te heffen. De Amerikaanse psychiater Frank (1985) spreekt van demoralisatie wanneer iemand botst op het onvermogen een probleem op te lossen. Demoralisatie heeft een desastreus effect op het probleemoplossend vermogen van zowel cliënt als therapeut (Stoffer, 2001). Demoralisatie kan een gevolg zijn van de complexiteit van het probleem, maar ook een gevolg van therapeutfactoren zoals eigen gevoeligheden, verminderde veerkracht door privé-omstandigheden of een tekortschieten van deskundigheid en ervaring. Met het oog op goede zorg voor het cliëntsysteem is goede zorg voor een collega dan richtinggevend voor de indicatiestelling.

Een psycholoog behandelt een veertigjarige man die vier jaar geleden weduwnaar is geworden. De wens van de cliënt is dat zijn kinderen beter naar hem gaan luisteren. Na enkele gesprekken, waarbij ook de kinderen aanwezig zijn, raakt de behandelaar ontmoedigd. Er verandert niets en de cliënt verwijt hem dat. De behandelaar heeft het gevoel dat de cliënt het probleem uitbestedt; het is nu zijn verantwoordelijkheid dat de kinderen naar hun vader gaan luisteren. De behandeling stagneert.

Het behandelteam raadt een co-therapeutische behandeling aan. In het therapeutenoverleg wordt in de eerste co-therapiesessie aan de oorspronkelijke therapeut gevraagd wat er tot dusver in de therapie gebeurd is, en wat hij een goed resultaat van dit gesprek zou vinden. Het cliëntsysteem is getuige van dit collegiale gesprek over de behandeling tot dusver. In een volgende zitting blijkt dat vader de rouw om zijn overleden vrouw niet met zijn kinderen heeft willen delen om hen niet met zijn verdriet te belasten. Nu verwijt hij zijn kinderen dat zij zo weinig van zichzelf aan hem laten zien. In een overleg tussen de therapeuten vraagt de reflecterend therapeut zich af of de kinderen misschien op hun beurt vader willen beschermen, op z'n minst lijkt het er op dat ze hetzelfde doen als hij. De cliënt voelt zich serieus genomen door de deskundigheid en aandacht van twee therapeuten en begint wat licht te zien aan het eind van de tunnel. Het probleem komt in een ander daglicht te staan.

JOHAN
NIEUWPOORT

VOORDELEN VAN CO-THERAPIE

Net als bij de indicatiestelling, kunnen voordelen van co-therapie zich op twee niveaus bevinden, op het niveau van de zorg die cliënten nodig hebben, maar ook op het niveau van wat therapeuten nodig hebben om kwalitatief goed werk te kunnen leveren.

Een belangrijk voordeel is de bescherming van de therapeut (en daarmee ook het cliëntsysteem) tegen triangulatie, tegenoverdracht, stagnatie en demoralisatie (Kerr & Bowen, 1988; Barker, 1998, pp. 126-127). Een therapeut alleen zal makkelijker in de problemen komen bij een hardnekkige machtsstrijd tussen de verschillende systeemleden, waarin de partijen de regel hanteren 'wie niet voor mij is, is tegen mij'. Wanneer in een co-therapie de interviewer in strijd komt met een van de systeemleden of wanneer hij gehinderd wordt door zijn eigen tegenoverdracht, kan hij dat hanteerbaar maken door er openlijk over te praten met zijn co-therapeut. Het therapeutische proces wordt dan een proces van twee subgroepen. Er wordt daarmee een time-out genomen om in alle rust een potentieel probleem op betrekkingniveau tijdig te bewerken. De kans op tegenoverdracht neemt overigens af in een co-therapie, omdat de therapeuten zich in deze setting minder snel afhankelijk voelen van aanmoediging en acceptatie door het systeem. Alleen al het samen even nabespreken en stoom afblazen werkt beschermend tegen ontmoediging.

Co-therapie heeft ook voordelen op meer praktisch niveau. Twee weten en kunnen meer dan een. Indien het therapeutenkoppel

op evenwichtige wijze met elkaar omgaat, kan dat model staan voor het cliëntsysteem. Er kunnen co-therapie koppels worden gecombineerd van therapeuten met een verschillende ervaring, sekse, leeftijd, beroepsachtergrond enzovoort. Het beschikbaar stellen van dubbele deskundigheid geeft cliënten het gevoel dat ze belangrijk zijn en serieus genomen worden, en dat geeft meer vertrouwen in de behandeling.

Co-therapie creëert ook de mogelijkheid om voor kortere of langere tijd de gesprekken te splitsen, dan werkt bijvoorbeeld de ene therapeut tijdelijk met de ouders en de andere met de kinderen. Bij afwezigheid of ziekte van een van de therapeuten hoeft de therapie niet te worden afgezegd.

Ten slotte bevordert het verrichten van co-therapieën de samenwerking tussen behandelaars. Het kunnen en durven delen van problemen die complexe cliëntsysteem met zich mee brengen, de transparantie en het over en weer kennisnemen van elkaars werkwijze is verrijkend en inspirerend.

ENKELE NADELEN VAN CO-THERAPIE

In de praktijk blijkt dat het voor sommige cliënten bedreigend is wanneer zij meerdere therapeuten tegenover zich geplaatst zien. Niet altijd zijn cliënten assertief genoeg om dit kenbaar te maken. Sommige cliënten interpreteren de aanwezigheid van twee therapeuten als machtsvertoon dat een 'wij-zij'-gevoel oproept en tot angst of verzet kan leiden. Het is van belang deze mogelijkheid te onderkennen en bespreekbaar te maken.

Een praktisch nadeel van co-therapie is dat het maken van afspraken met twee therapeuten lastiger is. Volle agenda's van de betrokken therapeuten en leden van het cliëntsysteem maken het niet altijd simpel een geschikt tijdstip te vinden. Een ander, niet onbelangrijk aspect is dat twee therapeuten duurder zijn dan een. Economische overwegingen beïnvloeden het besluit om wel of niet een co-therapeut in te schakelen. Uitgaande van het beginsel dat men geen dure en tijdverslindende activiteiten moet ontwikkelen als een eenvoudiger en goedkoper oplossing voorhanden is, zullen de meeste therapieën door één therapeut gedaan worden. Een andere situatie wordt het wanneer een systeem zo veel chaos en verwarring genereert dat een therapeut alleen daar niet tegen opgewassen is (Gurman & Kniskern, 1981).

Willen de voordelen van co-therapie zwaarder wegen dan de nadelen, dan zal de samenwerkingsrelatie tussen de co-therapeuten aan een aantal voorwaarden moeten voldoen.

HET BELANG VAN EEN GOEDE SAMENWERKING TUSSEN DE THERAPEUTEN

JOHAN
NIEUWPOORT

Aspecten die zich laten zien in de relatie van de leden van het cliënt-systeem onderling kunnen zich als parallel proces (Sachs & Shapiro, 1976) ook voordoen tussen de co-therapeuten. In de interactie met een cliëntsysteem met rigide interactiepatronen kan het bijvoorbeeld gebeuren dat de co-therapeuten een soortgelijk conflict gaan ervaren als de cliënten. Zij moeten vanuit een soort helikoptervisie deze situatie onmiddellijk kunnen ontstijgen en analyseren wat werkelijk gaande is. Loyaal samenwerken is daarbij van belang. Openlijke of onderhuidse diskwalificatie tussen de co-therapeuten onderling is zeker niet helpend. Als metafoor kan worden gedacht aan de positie van een kind als vader en moeder een strijdrelatie hebben.

Hier schuilt een valkuil voor de co-therapie. Samenwerkende therapeuten moeten bereid en in staat zijn hun functioneren en samenwerking te evalueren. Waar zit het goed, waar liggen de gevoeligheden? Wat voor invloed hebben onderlinge gevoeligheden in relatie tot het te behandelen systeem? Zijn er parallele processen waar te nemen en zo ja, wat valt daaruit af te leiden? Wat is mijn/ons eigen aandeel en wat zegt dit over het te behandelen systeem?

De therapeuten moeten het met elkaar oneens kunnen zijn zonder dat dit de kwaliteit van de relatie aantast. De therapeuten zullen in hun relatie een respectvolle non-competitieve sfeer moeten nastreven, met alle ruimte voor verschillen. Een conclusie kan zijn dat het tussen goede collega's soms verstandig is om juist niet samen co-therapeutische behandelingen te doen. Het maakt natuurlijk verschil of het gaat om een intensieve procesmatig opgezette psychotherapeutische behandeling of om een eenmalige *live* consultatie. Niet alleen kennis en ervaring maar ook persoonlijkheidsstructuur en expliciete bereidheid tot samenwerken wegen mee in het besluit met iemand een co-therapeutisch koppel te vormen.

TOT BESLUIT

In de rijke traditie van de gezinstherapie wordt door de jaren heen met enige regelmaat geschreven over co-therapie. De discussie tussen voor- en tegenstanders blijft onbeslist. Over het geheel genomen is het moeilijk om kwaliteitsverschil aan te tonen tussen de behandeling van een systeem door een ervaren, solistisch opererende systeemtherapeut en een co-therapeutische behandeling.

Het is vooral de mogelijkheid te kunnen kiezen voor een co-therapeutische behandeling die voordelen biedt. Co-therapie voegt

iets toe aan de diversiteit van het behandel aanbod. Het creëert de mogelijkheid een andere weg in te slaan als daar aanleiding voor is. Door de mogelijke keuze voor co-therapie hoeven machteloos makende problemen niet meer op de schouders van een enkele therapeut te drukken. Wat meeweegt is zorg voor elkaar als collega-behandelaars. Aandacht voor de therapeut heeft een positieve uitwerking op de kwaliteit van behandelen op cliëntniveau. Therapeuten ervaren deze vorm van samenwerken als ontlastend, steunend en erkenning gevend. Veel therapeuten die in het samenwerken met een co-therapeut ervaring opdoen, vertellen expliciet (weer) plezier in de therapie te hebben, ook als het om uiterst complexe problemen gaat.

Mits goed geïndiceerd, is in de samenwerking met een co-therapeut het geheel meer dan de som der delen. Ofwel, co-therapie geeft synergie.

Literatuur

- Adler, A. (1930). *The Education of Children*. New York: Greenberg.
- Andersen, T. (1987). The Reflecting Team. Dialogue and Meta-dialogue in Clinical Work. *Family Process*, 26, 4, 415-428.
- Andersen, T. (1991). Heen en weer en wat er achter ligt. *Gezinstherapie*, 2, 1, 76-80.
- Bandura, A. & Walters, R.H. (1963). *Social Learning and Personality Development*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Barker, P. (1998). *Basic Family Therapy*. Fourth Edition. Oxford U.K.: Blackwell Science.
- Frank, J.D. (1985). Further Thoughts on the Anti-Demoralization Hypothesis: Psychotherapeutic Effectiveness. *Journal of Integrative Psychiatry*, 3, 17-26.
- Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (eds.) (1981). *Handbook of Family Therapy, Volume 1*. Bristol: Brunner/Mazel.
- Haley, J. (1962). Whither Family Therapy. *Family Process*, 1, 15-72.
- Haley, J. (1978). *Directieve Gezinstherapie*. Haarlem: De Toorts.
- Hoffman, L. (1988). A Constructivist Position for Family Therapy. *The Irish Journal of Psychology*, 9, 1, 110-129.
- Holt, M. & Greiner, D. (1976). Co-therapy in the Treatment of Families. In: P.J. Guerin Jr. (ed.), *Family Therapy: Theory and Practice*, pp. 417-431. New York: Gardener Press.
- Kerr, M. & Bowen, M. (1988). *Family Evaluation: An Approach Based on Bowen Theory*. New York: W.W. Norton.
- Napier, A. & Whitaker C. (1972). A Conversation about Co-Therapy. In: *The Book of Family Therapy*, pp. 480-506. New York: Science House.
- Roller, B. & Nelson, V. (1981). *The Art of Co-therapy: How Therapists Work Together*. New York: The Guilford Press.
- Sachs, D.M. & Shapiro, S.H. (1976). On Parallel Process in Therapy and Teaching. *Psychoanalytic Quarterly*, 45, 394-415.
- Stoffer, R. (2001). *Het vijf-gesprekken model*. Delft: Eburon.
- Von Glasersfeld, E. (1984). An Introduction to Radical Constructivism. In: P. Watzlawick, (ed.), *The Invented Reality*. New York: W.W. Norton.
- Whitaker, A.C., Warkentin, J. & Johnson, N.L. (1949). A Philosophical Basis for Brief Psychotherapy. *Psychiatric Quarterly*, 23, 439.