

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Therapeutische alliantie met een koppel dat niet vrijwillig kiest voor therapie

## Een casusstudie

---

**Gianina Frediani, Karine Van Tricht & Peter Rober**

---

### Samenvatting

Een therapeutische alliantie opbouwen met een koppel dat nergens minder graag wil zijn dan in de therapieruimte, vraagt heel wat inspanningen en creativiteit van de therapeut. Gevoelens van frustratie en machteloosheid liggen bij de therapeut voortdurend op de loer wanneer hij of zij met een koppel zonder hulpvraag aan de slag dient te gaan. In dit artikel bepleiten we dat een dialogische feedbackgeoriënteerde insteek een mooi startpunt kan zijn van het opbouwen van een respectvolle therapeutische alliantie. Deze benadering wordt geïllustreerd aan de hand van een casus: we volgen een koppel dat niet vrijwillig in therapie kwam, vanaf het eerste contact tot enkele maanden later in de therapie. Stapsgewijs staan we stil bij de belangrijke concepten uit de dialogische gezinstherapie en illustreren we de zoektocht naar manieren om met dit koppel een feedbackcultuur te creëren.

Kim en Tom komen binnen en zetten zich zo dicht mogelijk bij de deur. Armen gekruist. Gezichtsuitdrukkingen gespannen. Kim staart naar buiten, Tom kijkt wat rond. Na enkele seconden kijkt Kim heel even in mijn richting en vang ik voor het eerst een glimp op van haar blik. Ze glimlacht niet als onze blikken elkaar ontmoeten, maar wendt haar blik snel af. Ik vraag me af of het kwaadheid is dat ik in haar ogen zag of eerder wantrouwen. Terwijl ik daar nog even over nadenk en een uitnodigende openingszin probeer te bedenken, merk ik op dat Tom gestopt is met rondkijken. Hij is nu gefocust op het schilderij in mijn werkkamer: witte lelies tegen een zwarte achtergrond. Zijn been beweegt ritmisch op en neer. Dat ritmisch gewiebel is het enige geluid

dat de ruimte vult. Kim en Tom wachten af. Ze zoeken hier niets en hebben mij niets te vertellen. Ze komen omdat het 'moet'.

Voor mij, Gianina Frediani, was dit de eerste keer dat ik in mijn werk geconfronteerd werd met een koppel dat niet vrijwillig in therapie kwam. Al vanaf het eerste moment van mijn ontmoeting met Kim en Tom voelde ik dat het niet makkelijk zou zijn een therapeutische alliantie op te bouwen met hen.

Ook in de verdere casusbeschrijving ben ik de therapeut. Karine Van Tricht en Peter Rober hebben met mij over de casus nagedacht en aan het artikel meegeschreven.

### *Therapeutische alliantie met meerdere gezinsleden*

Het belang van de therapeutische alliantie wordt in talloze psychotherapiestudies onderstreept (o.a. Beutler et al., 2004; Friedlander, Escudero, Heatherington & Diamond, 2011; Sprenkle & Blow, 2004; Wampold, 2001). In vergelijking met individuele therapie is het aangaan van een alliantie in de systeemtherapie complexer. De therapeut dient zich af te stemmen op de noden van alle aanwezigen om een goede therapeutische alliantie te kunnen opbouwen met elk gezinslid apart en met het gezin als geheel (Sprenkle & Blow, 2004). Ieder gezinslid heeft echter zijn of haar eigen zorgen en aarzelingen, die vaak verschillend zijn van de zorgen en aarzelingen van de andere gezinsleden. Bovendien brengen de gezinsleden vaak ook hun onderlinge conflicten mee naar de therapieruimte (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006).

### *Therapeutische alliantie met gezinnen die niet vrijwillig in therapie komen*

In de literatuur wordt beschreven hoe het opbouwen van een goede therapeutische relatie met gezinnen die gedwongen in therapie gaan, heel wat moeilijkheden met zich meebrengt (Friedlander et al., 2006; Honae-Boles & Griffin, 2001; Snyder & Anderson, 2009). Deze gezinnen zijn minder gemotiveerd (Moore, Tambling & Anderson, 2013), vertonen meer weerstand (Begun et al., 2003) en haken sneller af (Rempel & Destefano, 2001). De therapeut staat dus voor een moeilijke taak. Het is echter geen onmogelijke taak. Dat blijkt onder andere uit het werk van Sotero en haar medewerkers. Sotero's onderzoek toont enerzijds aan dat gezinnen die niet vrijwillig in therapie komen, tijdens de eerste sessie een significant zwakkere therapeutische alliantie vertonen in vergelijking met gezinnen

die wel op vrijwillige basis komen (Sotero, Major, Escudero & Relvas, 2016). Anderzijds blijkt uit haar onderzoek dat de verschillen in de kwaliteit van de therapeutische alliantie tussen deze twee groepen gezinnen al na een paar sessies kunnen afnemen. Zo vergeleken Sotero en collega's in 2016 de kwaliteit van de therapeutische alliantie tussen gezinnen die vrijwillig in therapie gingen en gezinnen die dit niet vrijwillig deden en dit zowel in de eerste als in de vierde sessie. Ze gebruikten hiervoor een observatie-instrument (*System for Observing Family Therapy Alliances*) dat aan de hand van vier dimensies de kwaliteit van de therapeutische alliantie meet. Ze ondervonden dat de therapeutische alliantie tijdens de vierde sessie alleen nog significant te onderscheiden was op een van de vier dimensies (namelijk op de dimensie *engagement*), waarop de gezinnen die niet vrijwillig in therapie gingen nog steeds lager scoorden (Sotero et al., 2016). Op alle andere dimensies (*emotional connection*, *safety* en *shared sense of purpose within the family*) was geen onderscheid meer te maken tussen beide groepen.

Het is dus mogelijk een therapeutische relatie op te bouwen met deze gezinnen, maar de therapeut mag niet voorbijgaan aan de druk die het gezin initieel voelt om deel te nemen aan de therapie. Het is niet de bedoeling dat de therapeut de gezinsleden motiveert, verleidt of overhaalt zich in de therapie te engageren. De therapeut moet nieuwsgierig zijn en proberen te begrijpen welke druk de gezinsleden ervaren om in te gaan op de verwijzing (Moore et al., 2013; Sotero et al., 2016; Sotero, Cunha, Da Silva, Escudero & Relvas, 2017). Op deze manier toont de therapeut een echt respect voor de aarzelingen van het gezin (Rober, 2012, 2013, 2017), wat een eerste stap kan zijn in de vorming van een therapeutische alliantie.

Een volgend aandachtspunt is voldoende lang stil te staan bij de doelen van de therapie (Sotero et al., 2017). De therapeut kan dat doen door de doelstellingen van de verwijzer los te laten en met de gezinsleden te exploreren wat er in de therapie zou moeten gebeuren opdat ze nadien kunnen zeggen dat het voor hen de moeite waard was om te komen (Sotero et al., 2017). Op deze manier wordt de stem van het gezin gehoord en wordt er niet voorbijgegaan aan hun noden. Uiteindelijk is het, vanuit een therapeutisch standpunt, de bedoeling dat er een veilige ruimte gecreëerd wordt voor iedereen binnen het gezin, waarbij er minstens een minimale afstemming is over het doel van de therapie (Sotero et al., 2017).

Ten slotte is een van de aanbevelingen van Sotero en collega's (2016) om de therapeutische relatie nauwgezet te volgen. Hoe ze dat concreet vorm zouden geven, daar spreken ze zich verder niet over uit. Zelf vonden we daarvoor inspiratie bij de feedbackgeoriënteerde dialogische gezinstherapie (Van Tricht, Deslypere & Rober, 2017).

---

*Dialogische gezinstherapie*

Het belang van feedbackgeoriënteerd werken sluit aan bij bevindingen uit het psychotherapie outcome onderzoek. Waar psychotherapieonderzoek aantoonde dat de kwaliteit van de therapeutische alliantie heel belangrijk is voor de outcome van psychotherapie, toont het ook dat de correlatie tussen de kwaliteit van de alliantie en de outcome vooral sterk is als de kwaliteit van de alliantie niet door de therapeut maar door de cliënt beoordeeld wordt (Lambert, 2013). Daarom raden veel auteurs aan expliciet feedback te vragen aan cliënten over hoe ze de therapeutische relatie ervaren (o.a. Stinckens, Smits, Rober & Claes, 2012).

Feedbackgeoriënteerd werken heeft vaak positieve therapeutische effecten. Door het gebruik van cliëntfeedback wordt een beter resultaat bereikt (Anker, Duncan & Sparks, 2009; Sapyta, Riemer & Bickman, 2005), zijn er minder vroegtijdige beëindigingen van de therapie en is er een betere dosis-effectverhouding (bijvoorbeeld Shimokawa, Lambert & Smart, 2010). Zeker het verkleinen van de drop-outratio zou in de context van (gedwongen) verwijzingen een belangrijke meerwaarde zijn, aangezien de literatuur aantoonde dat de drop-outratio hoger ligt bij deze cliënten (Rempel & Destefano, 2001).

Toch is het gebruik van feedbackinstrumenten bij gedwongen hulpverlening niet evident. Kunnen deze aarzelende gezinnen zich voldoende engageren om vragenlijsten in te vullen? De therapeut moet zeker vermijden de onveilige sfeer rond de begeleiding nog te versterken door de gezinsleden onder druk te zetten om vragenlijsten in te vullen als ze dat niet willen.

In dit artikel willen we aan de hand van een casusbeschrijving exploreren hoe een therapeut via een dialogische, feedbackgeoriënteerde aanpak kan proberen een therapeutische alliantie op te bouwen met een koppel dat niet vrijwillig in therapie komt. We tonen op welke obstakels een therapeut kan botsen en beschrijven hoe gezocht kan worden naar manieren met die obstakels om te gaan.

In deze casus wordt gebruikgemaakt van de Dialogische Feedbackschaal (dfs) uit het dialogisch feedbackprotocol van Rober en Van Tricht (2017). Daarnaast wordt gebruikgemaakt van een aangepaste versie van de dfs (Rober, 2017), namelijk de Kompasvragen (zie bijlage A).

*Voorstelling casus Kim en Tom*

Kim en Tom werden verwezen door een kinderpsycholoog. Dochter Sofie van tien jaar werd een jaar eerder aangemeld bij de kinderpsycholoog op advies van de schoolpsychologische dienst omdat ze op school teruggetrokken was en haar schoolse resultaten plots achteruitgingen. Bij de verwijzing vermeldde de kinderpsycholoog de overbeschermen-

de houding van de ouders naar hun dochter. Zo reageerde moeder angstig wanneer Sofie niet bij haar was en Sofie speelde daarop in: ze durfde niet te spelen bij vriendinnen, ze weigerde mee te gaan op schooluitjes, enzovoort. De kinderpsycholoog maakte zich ernstig zorgen over haar sociaal-emotionele ontwikkeling. Ze vond een verwijzing voor de ouders de beste zorg voor Sofie. Als de ouders samen in therapie zouden gaan, konden ze aan de slag met het verwerken van hun eigen geschiedenis die hun parten speelde in het opnemen van hun ouderrol. Sofie's vader Tom verloor zijn moeder op jonge leeftijd en groeide op bij een depressieve vader die geregeld dreigde met suïcide. Sofie's moeder Kim werd fysiek mishandeld door haar stiefvader. Beiden hadden zich als kind eenzaam en kwetsbaar gevoeld. Naast het stilstaan bij hun eigen geschiedenis, adviseerde de kinderpsycholoog te werken aan hun afstemming als koppel. Echter, Kim en Tom zagen deze verwijzing niet zitten. Ze maakten zich zorgen over Sofie en ze begrepen niet waarom ze aan hun eigen kindertijd en relatie moesten werken.

### *Respect voor hun aarzelingen*

Vaak is het eerste gesprek voor gezinsleden een spannend moment. Gaat de therapeut ons begrijpen? Hoe zal de therapie eraan toegaan? Wat zullen de andere gezinsleden vertellen? Nog spannender kan het zijn voor gezinnen die niet zelf de stap hebben gezet in therapie te komen. Wat 'moeten' we vertellen? Wat wordt er van ons verwacht? Wat denkt de therapeut over ons? Ook voor de therapeut kan het eerste gesprek een hele uitdaging zijn.

Tijdens de eerste sessie waren Kim en Tom erg stil. Ze begrepen niet wat therapie voor hen zou kunnen betekenen en hoopten dat de sessie zo snel mogelijk voorbij zou zijn. Ik voelde hoe complex de uitdaging was contact te maken met hen. In tegenstelling tot anders kon ik niet empathisch luisteren naar hun verhaal en op die manier aansluiting proberen te vinden bij hen, want ze hadden geen verhaal dat ze met mij wilden bespreken. Ze wilden niets bespreken. Dus kon ik me enkel daarop afstemmen: op hun lijden ergens te zijn waar ze niet wilden zijn. Zo kwam ik ertoe hun te vragen hoe het voor hen was verwezen te worden naar mij, zonder dit zelf te willen.

Binnen een dialogische gezinstherapeutische visie staat in een eerste gesprek de persoonlijke ontmoeting tussen de therapeut en de gezinsleden centraal (Rober, 2017). Dit vertaalt zich bijvoorbeeld in het luisteren

naar de aarzelingen die het gezin voelt deel te nemen aan de therapie (Rober, 2013, 2017). Op deze manier toont de therapeut authentiek respect en betrokkenheid voor de beleving van de gezinsleden. In plaats van de aarzelingen van cliënten op te vatten als weerstand of als verzet (Rober, 2013, p. 79), worden de aarzelingen binnen een dialogische visie met een open en accepterende houding beluisterd en gevalideerd. Dat is de weg die ik koos. Door hun aarzelingen in therapie te komen met een authentiek respect te benaderen, probeerde ik ruimte te maken voor een dialoog over hun goede redenen niet in therapie te willen komen (Rober, 2017). Dat was een dialoog waar Kim en Tom op dat moment toe bereid bleken.

Tom begon al snel te spreken over de vraag wat er dan ‘zoveel scheelde’ met hen dat ze zo nodig in therapie ‘moesten’. Wat Tom vertelde deed me stilstaan bij de wijze waarop de verwijzing verlopen was en wat het effect daarvan geweest was op Kim en Tom. Ik begon te begrijpen dat de verwijzing voor hen als een beschuldiging overkwam. Kim en Tom hadden alles geprobeerd om te voorkomen dat Sofie zou meemaken wat zij zelf in hun kindertijd hadden meegemaakt, maar toch leek Sofie niet meer goed in haar vel te zitten en dat baarde hen zorgen. En dan werden zij naar mij verwezen om aan hun ‘eigen stuk’ te werken. Het leek alsof zij schuldig waren aan de klachten van Sofie.

Het valideren van de aarzelingen van gezinnen sluit aan bij de aanbevelingen van Sotero en collega's (2016, 2017) om bij deze gezinnen niet voorbij te gaan aan de druk die ze voelen met therapie te starten, maar vroeg in de therapie te exploreren hoe ze die druk ervaren. Op deze manier kan het begin van een meer aanvaardende therapeutische relatie ontstaan.

Later zou Kim uitleggen dat ze ook aarzelde omdat ze bezorgd was over waarmee ze geconfronteerd zouden worden als ze aan therapie begonnen. ‘Gaan we pijnlijke dingen tegenkomen? En zijn we hier wel klaar voor?’ Ik voelde zowel Kims verlangen als haar angst om te spreken.

Zo kan er tijdens het exploreren van aarzelingen geleidelijk aan ruimte ontstaan voor de twee kanten van de aarzeling: de kant die wil spreken en de kant die niet wil spreken (Rober, 2013).

### *Focus van de therapie*

Sotero en collega's (2017) raden aan voldoende lang stil te staan bij de doelen van de therapie. Bij een onvrijwillige verwijzing is het doel echter

niet zo neutraal als bij een vrijwillige therapie. Koppels en gezinnen worden niet zomaar verwezen, maar met een bepaalde vraag of verwachting van de verwijzer. De verwijzer bedenkt vanuit zijn of haar oprechte zorg voor het gezin wat goede therapiedoelen zouden zijn en communiceert die doelen via het gezin of rechtstreeks aan de therapeut. In het kader van het opbouwen van een veilige therapeutische alliantie is het echter belangrijk dat de therapeut geen doelen aan de therapie verbindt zonder enige vorm van engagement van het gezin (Sotero et al., 2017).

Na het bespreken van wat Kim en Tom tegenhield te starten met therapie bij mij, kwam er ook wat ruimte te spreken over wat therapie eventueel voor hen zou kunnen betekenen. Ze spraken hier erg voorzichtig over en ik probeerde die voorzichtigheid te respecteren en te begrijpen. Dit deed ik onder andere door steeds in het midden te laten of ze uiteindelijk zouden starten of niet. Ik deed dit vanuit een oprecht respect voor hun autonomie en voor hun goede redenen om eventueel nu (nog) niet te starten met therapie. Ik kon me die positie veroorloven aangezien er geen juridische voorwaarden verbonden waren aan de therapie. Kim en Tom lieten op het einde van sessie 2 weten dat ze de therapie een kans wilden geven. Ze konden beiden een eigen doel voor therapie formuleren: Tom wilde graag beter begrijpen waarom Kim zo angstig werd als Sofie niet thuis was en wilde graag weten hoe hij Kim op zulke momenten beter kon ondersteunen. Kim wilde zich graag minder alleen voelen in de relatie met Tom.

### *Introductie Dialogische Feedbackschaal*

Kim en Tom hebben zich na twee gesprekken geëngageerd te starten met therapie en hebben zelfs geformuleerd waarover ze graag zouden willen spreken tijdens de sessies. Het zou verleidelijk geweest zijn op dit moment – met enige hoogmoed – te denken dat ik een goede therapeutische alliantie met hen bereikt had. We weten echter dat het creëren van een goede therapeutische alliantie geen eenmalig iets is, maar een continu en dynamisch (zoek)proces van afstemming (Rober, 2017). Om die afstemming te optimaliseren wordt in de literatuur aangeraden de therapeutische alliantie nauwgezet te volgen door expliciet cliëntfeedback te vragen (Stinckens et al., 2012). Na de tweede sessie met Kim en Tom besloot ik dus het werken met feedbackschalen te introduceren.

De Dialogische Feedbackschaal (dfs), een vragenlijst ontwikkeld door Rober en Van Tricht (2017), polst naar: (1) of gezinsleden voldoende ruimte hebben gevoeld te bespreken wat voor hen belangrijk is, (2) hoe



gezinsleden de therapeutische alliantie hebben ervaren, (3) hoe gezinsleden de onderlinge relaties in het gezin tijdens de sessie hebben ervaren, en ten slotte naar wat hen (4) verrast, en (5) geraakt heeft tijdens de sessie.

Door deze vragen systematisch aan bod te laten komen aan het eind van de sessie, hoopte ik een feedbackcultuur te installeren waarbij Kim en Tom zich gehoord en gevalideerd konden voelen in hun noden. Het niet voorbijgaan aan wat Kim en Tom nodig hadden, zeker gezien de onvrijwillige verwijzing, leek me van essentieel belang. Door de therapeutische alliantie te bevragen creëerde ik mogelijkheden de samenwerking te verbeteren en tijdig eventuele alliantiebarsten op te sporen en te herstellen. Kim en Tom stemden in met deze manier van werken.

### *Dialogische Feedbackschaal en de innerlijke dialoog van de therapeut*

De dfs kan alleen bijdragen aan een betere samenwerkingsrelatie wanneer de therapeut openstaat voor de feedback die gegeven wordt en een manier vindt de feedback te gebruiken als kompas bij het creëren van dialogische ruimte (Rober, 2017). Het is echter niet altijd gemakkelijk open te staan voor kritiek van cliënten.

Al hadden ze op het einde van de tweede sessie ieder een hulpvraag geformuleerd, toch schreven Kim en Tom op hun dfs dat ze geen verwachtingen hadden van het gesprek. Zo noteerde Kim na het derde gesprek dat ze zich niet begrepen voelde in het feit dat ze nog steeds niet echt wist wat de bedoeling van de sessies was. Ik probeerde hun feedback aanvaardend te ontvangen en steeds opnieuw in te zetten op het valideren van hun aarzelingen. Toch groeiden er gevoelens van machteloosheid en onzekerheid in mij. Ik bleef maar proberen hen te helpen aan te haken in de therapie, maar het leek soms of mijn pogingen weinig effect hadden.

In de sessies nadien had ik echter voor het eerst de indruk wat dichterbij te mogen komen bij het lijden van Kim en Tom toen ze me meenamen in hun verhaal over hoe ze jaren geleden te horen hadden gekregen dat ze ten gevolge van een ziekte die bij Kim was vastgesteld, nooit kinderen zouden kunnen krijgen. Ze vertelden me ook hoe Kim – tegen alle medische voorspellingen in – toch zwanger raakte. Sofie werd echter veel te vroeg geboren en ze moest maandenlang in het ziekenhuis voor haar leven vechten. Kim en Tom spraken in die sessies voor het eerst veel en vertelden dat ze toen in het ziekenhuis zich plechtig voor namen Sofie altijd goed te beschermen. Ik begon stilaan te begrijpen

hoe belangrijk het voor hen was hun dochter, hun wondertje, met zo veel voorzichtigheid op te voeden. Ik was dan ook verrast dat Kim op haar dfs schreef dat ze zich niet begrepen had gevoeld door mij. Ik merkte na de sessies dat ik heen en weer geslingerd werd tussen onzekerheid enerzijds ('Ik had nog meer moeten insteken op Kim beter begrijpen'), en irritatie en machteloosheid anderzijds ('Jullie willen gewoon niet in therapie komen en geven me geen enkele kans').

We weten uit ons onderzoek over de innerlijke dialoog bij beginnende relatie- en gezinstherapeuten dat het heen en weer geslingerd worden tussen onzekerheid en zelfkritiek enerzijds en irritatie en kwaadheid anderzijds vaak voorkomt (Frediani & Rober, 2016). Beginnende relatie- en gezinstherapeuten zijn sterk gefocust op het aangaan van een goede therapeutische alliantie met alle gezinsleden, maar wanneer ze hier niet in slagen, hebben ze de neiging ofwel zichzelf de schuld hiervan te geven via soms vernietigende zelfkritiek, ofwel irritatie te voelen en een gezinslid de schuld te geven van de impasse (Frediani & Rober, 2016). Ook in de literatuur rond het werken met gezinnen die niet vrijwillig in therapie gaan, wordt beschreven hoe therapeuten sterke negatieve gevoelens kunnen ervaren wanneer het opbouwen van een werkalliantie met het gezin moeizaam verloopt. Verschillende auteurs beschrijven hoe therapeuten frustratie ervaren over de negatieve reacties van deze cliënten. Therapeuten zijn dan snel geneigd de cliënten te beschuldigen van 'weerstand' in plaats van hun negatieve reacties te zien als een logisch gevolg en logisch onderdeel van een therapie waar ze niet zelf voor gekozen hebben (Cingolani, 1984; Rooney, 1992).

Ook vanuit een hechtingsbril bekeken is het afwerend gedrag van Kim begrijpelijk. Zo lichten Baljon (2012) en Baljon en Pool (2015) toe hoe getraumatiseerde cliënten zo angstig kunnen worden bij emotionele nabijheid dat ze de empathie en aanvaarding vanuit hun therapeut niet kunnen ontvangen. Door iemand emotioneel dichtbij te laten komen word je kwetsbaar, want het verhoogt de kans opnieuw gekwetst te worden. Vanuit deze invalshoek kan de afwerende houding van Kim, die zelf een onveilige hechtingsgeschiedenis met zich meedraagt, begrepen worden als een aarzeling mij dichterbij te laten komen en als logische copingstrategie om haar kwetsbare zelf te beschermen (Baljon & Pool, 2015).

Ik besloot ruimte te maken in de sessie om met Kim te praten over haar gevoel niet begrepen te zijn. De volgende sessie nodigde ik Kim uit me meer te vertellen over het gevoel dat ze aan die sessie had overgehouden. Kim zweeg eerst, maar begon vervolgens te vertellen dat ze zich niet begrepen voelde omdat ze samen met Tom moest komen spreken.

Ze legde uit dat ze begreep dat therapie voor haar zinvol kon zijn om stil te staan bij zichzelf, maar dat ze niet begreep waarom Tom en zij dit samen moesten doen. Ze lichtte toe dat ze tot de vorige sessie nog nooit met Tom gesproken had over hoe de moeilijke zwangerschap voor haar geweest was. Dat was nieuw voor haar en het voelde raar en onwennig. Ja, het voelde zelfs als een risico over die dingen met Tom te praten. Ik besepte toen dat Kim zich onbegrepen had gevoeld in het feit dat ze er in de sessie voor het eerst over sprak in het bijzijn van Tom. Ik was eraan voorbijgegaan dat er naast de aarzelingen om te spreken op zich, ook aarzelingen konden zijn om te spreken met Tom erbij.

Spreken binnen een systeemtherapeutische context brengt veel complexiteiten met zich mee. Binnen individuele therapie kan de cliënt na het gesprek de deur dichttrekken en beslissen hier verder met niemand over te spreken of niets mee te doen. Binnen gezinstherapie is dit anders aangezien de andere gezinsleden alles horen wat er gezegd wordt. En wat gezegd is, kan niet zomaar worden teruggenomen en is ook niet altijd zonder consequenties (Rober, 2017). Het is dus logisch dat er een extra dimensie van aarzelingen ontstaat bij spreken in deze context.

De antwoorden van Kim en Tom op de dfs, die gekleurd waren met negatieve feedback, waren voor mij initieel moeilijk te ontvangen en het was nog moeilijker ze met hen vanuit een aanvaardende, open houding te bespreken. Hoe langer ik echter met de dfs werkte, hoe meer ik gestimuleerd en geïnspireerd werd te reflecteren over het proces en over de verschillende lagen van betekenis in hun verhaal. Hun feedback hielp mij ook telkens terug te keren naar het thema van de aarzelingen in therapie. Aarzelingen zijn immers een belangrijk thema waar niet alleen aan het begin van de therapie aandacht voor moet zijn; ze zijn in de loop van de therapie continu aanwezig (Rober, 2013). Er is een voortdurende dialectiek tussen spreken en niet-spreken en een voortdurend aftasten of het veilig genoeg voelt – naar de therapeut maar ook naar de andere gezinsleden toe – om te spreken. De antwoorden van Kim en Tom hielpen me dat te blijven zien en daarover in dialoog te blijven gaan.

*Dialogische Feedbackschaal: toch geen 'ideaal' instrument voor het koppel?*

De meerwaarde die de therapeut ervaart bij het feedbackgeoriënteerd werken betekent weinig als die meerwaarde ook niet ervaren wordt door het koppel. En bij Kim en Tom was ook het invullen van de feedbackschaalen niet evident.

Kim en Tom begonnen na enkele sessies te vragen of het echt nodig was op het einde van elke sessie de dfs in te vullen. Ze uitten allebei hun tegenzin. Ze legden uit dat het te veel was om na een sessie waarin ze al zo veel gevoeld hadden, nog te moeten stilstaan bij al die moeilijke vragen.

Wanneer cliënten aangeven dat de methode van feedbackgeoriënteerd werken voor hen niet nuttig voelt, dan is het belangrijk daar niet zomaar aan voorbij te gaan. Ook dat is namelijk feedback. Ook daar dient de therapeut naar te luisteren en zich flexibel bij op te stellen, zeker bij gezinnen die niet vrijwillig in de therapie terechtkomen. Doen we dat niet, dan dreigen we opnieuw de gedwongen sfeer van de verwijzing te versterken. Bovendien zet aandringen op zo'n moment ons ook in een expert- of machtspositie: wij beslissen dat dit de juiste manier van hulpverlening is voor hen en geven daarbij geen gehoor aan hun beleving en mening hierover. Toch is het belangrijk een of andere vorm van feedbackcultuur te kunnen behouden waarin de therapeutische alliantie gevolgd kan blijven worden.

De volgende sessie besloot ik hier samen met Kim en Tom over na te denken. Ik legde hun uit dat ik hun feedback over de dfs apprecieerde en dat ik samen met hen wilde zoeken naar een andere manier van feedbackgeoriënteerd werken die beter bij hun noden aansloot. Zo stelde ik voor met de Kompasvragen te werken.

De Kompasvragen (Rober & Van Tricht, 2017; bijlage A) zijn een herwerkte versie van de dfs die wij in het ambulantly centrum geestelijke gezondheidszorg gebruiken. De Kompasvragen zijn inhoudelijk vrijwel dezelfde als de dfs, maar worden om de vijf sessies afgenomen in plaats van elke sessie, waardoor de antwoorden van cliënten een andere betekenis krijgen. Doordat de cliënten niet meer gevraagd wordt te reflecteren over wat een sessie teweegbracht, maar over hoe ze de therapie en de therapeutische relatie tot nu toe beleefd hebben, leiden de Kompasvragen doorgaans minder tot verdiepende antwoorden over een bepaald thema dat aangehaald werd, maar geven ze een globaler beeld van de wijze waarop de cliënten hun therapie, inclusief de therapeutische relatie, tot nu toe ervaren hebben. Mijn ervaring is dat wanneer cliënten aangeven dat de dfs te belastend is om in te vullen, ze doorgaans wel al de positieve effecten van feedbackgericht werken ervaren hebben en bereid zijn dat voort te zetten in een minder intensieve vorm, zoals aan de hand van de Kompasvragen.

Kim en Tom gaven aan tevreden te zijn gehoord te worden in hun vraag niet meer elke sessie een vragenlijst in te vullen, maar wel te willen ingaan op mijn uitnodiging nog steeds feedbackgeoriënteerd te werken aan de hand van een andere vragenlijst. In sessie 10 brachten ze beiden in tegenstelling tot de bijna lege dfs-vragenlijsten die ik de eerste sessies steeds ontving, een rijkelijk ingevulde Kompasvragenlijst mee. Beiden gaven aan dat ze het nog steeds niet gemakkelijk vonden de vragen te beantwoorden. Kim vond het moeilijk dat we haar antwoorden vandaag zouden bespreken in het bijzijn van Tom. Ze had schrik dat hij haar antwoorden verkeerd zou begrijpen. Voor Tom lag de moeilijkheid in het niet goed onder woorden kunnen brengen van wat hij bedoelde.

Opvallend was dat uit hun antwoorden bleek dat er een begin van een therapeutische alliantie was ontstaan (beiden gaven aan zich begrepen te voelen door mij) waarin er ook een duidelijke overeenstemming was bereikt betreffende het doel van de therapie (het creëren van een veilige hechting tussen hen). In andere begeleidingen zou ik het verontrustend vinden als we pas tegen sessie 10 een duidelijke overeenstemming van doelen en taken van de therapie bereikten, maar gezien het onvrijwillig karakter van deze begeleiding, was het komen tot een gemeenschappelijk therapiedoel op zich al een belangrijke en essentiële therapeutische taak (Sotero et al., 2017).

De Kompasvragen hielpen me ook het gesprek tussen Kim en Tom verder op gang te brengen. Zo schreef Tom als antwoord op de vraag 'Waar wil je nu nog verder aan werken?': 'Hoe ik minder kan dichtklappen als Kim boos lijkt. Ik begrijp nu dat ze zich dan eigenlijk bang voelt, maar dat niet durft zeggen. Ik wil haar duidelijk kunnen maken dat ik er altijd ben voor haar.' Toen ik hier in de sessie op inging, kreeg Kim tranen in haar ogen en vertelde ze dat ze de laatste weken vaker voelt dat Tom haar graag ziet en dat ze begint te geloven dat ze ooit gaat kunnen vertrouwen dat hij haar niet in de steek gaat laten (verwijzend naar haar intern werkmodel waarin ze de overtuiging draagt dat mensen haar uiteindelijk altijd in de steek gaan laten). Dit was een moment dat mij erg ontroerde door de gegroeide verbondenheid waarvan ik getuige mocht zijn. Het is ook een mooi voorbeeld van hoe het feedbackgeoriënteerd werken meer kan zijn dan het optimaliseren van de samenwerkingsrelatie tussen therapeut en gezinsleden, maar ook een instrument kan zijn het gesprek tussen de gezinsleden onderling te versterken (Sundet, 2014; Van Tricht et al., 2017).

Toen ik op het einde van sessie 10 vroeg hoe het voor hen geweest was de Kompasvragen te bespreken, antwoordde Kim: 'Ondanks dat ik het moeilijk vond de vragenlijst in te vullen, vond ik het eigenlijk

heel nuttig hier vandaag bij stil te staan. Ik wist niet dat Tom zo naar de dingen keek en het ontroerde me dat hij zei dat hij er voor mij wil zijn.' Tom beaamde de zinvolheid van het gesprek en we spraken af binnen een aantal sessies nog eens aan de hand van de Kompasvragen te reflecteren over hun proces.

Ondanks de moeilijke start rond werken met feedbackschalen, hebben we uiteindelijk dus toch een manier kunnen vinden van feedbackgeoriënteerd werken die beter aansloot bij de noden van Kim en Tom. Een kritische noot die we hierbij zouden kunnen plaatsen is of de zinvolheid van de Kompasvragen die Kim en Tom benoemen eerder een weerspiegeling is van de gegroeide samenwerkingsrelatie waarin Kim en Tom meer bereid zijn in te gaan op therapeutische taken die ik voorstel, dan wel van de invloed van het feedbackgeoriënteerd werken op die gegroeide samenwerkingsrelatie. Echter, binnen een dialogische visie op therapie is de richting van dat verband niet de essentiële vraag, maar wel of deze manier van werken dialogische ruimte heeft helpen creëren. In deze casus zagen we dialogische ruimte ontstaan tussen Kim en Tom onderling en tussen mij en hen als koppel. Het gaat echter niet enkel over dialogische ruimte tussen de therapeut en de cliënten. Het gaat ook om dialogische ruimte tussen de verschillende stemmen in de innerlijke dialoog van de therapeut, waardoor zijn of haar blik telkens verruimd wordt en er nieuwe ideeën en nieuwe oriëntaties voor het therapeutisch proces kunnen ontstaan.

### *Besluit*

In dit artikel illustreerden we dat een dialogische feedbackgeoriënteerde benadering kan bijdragen aan het creëren van een veilige therapeutische alliantie en hoe dit, in het bijzonder bij gezinnen die niet vrijwillig kiezen in therapie te komen, een mooi startpunt van een dialoog kan zijn. De casus van Kim en Tom namen we als illustratie om stapsgewijs de belangrijkste concepten van de dialogische benadering toe te lichten. De toepasbaarheid van deze benadering beperkt zich echter niet tot een casus maar is breed toepasbaar en sluit mooi aan bij de aanbevelingen die de recente literatuur ons biedt over het creëren van een veilige therapeutische alliantie met gezinnen die niet vrijwillig in therapie gaan (Sotero et al., 2016, 2017). Dit dialogische perspectief leert ons dat het stilstaan bij de aarzelingen van de gezinsleden met therapie te starten een ingangspoort kan zijn om op een respectvolle manier contact te maken met (het lijden van) het gezin. In de casus werd geïllustreerd dat dit een eerste stap was

in de richting van het opbouwen van een veilig therapeutisch klimaat, waarin het beeld dat Kim en Tom van hun therapeut hadden als bedreigend en beschuldigend expert, kon verschuiven. Daarnaast is het belangrijk binnen deze benadering een veilige feedbackcultuur te installeren. Het is echter in de ontmoeting met gezinnen die niet vrijwillig in therapie komen geen evidentie van hen ook nog het engagement te vragen vragenlijsten in te vullen. Toch is het geen onmogelijke taak samen met het gezin op zoek te gaan naar een manier van feedbackgeoriënteerd werken die als nuttig ervaren wordt door zowel het gezin als de therapeut. De zinvolheid vertaalt zich vooral in hoe de samenwerkingsrelatie geoptimaliseerd wordt en in de dialogische ruimte die hierdoor ontstaat.

**Gianina Frediani** is klinisch psycholoog, relatie- en gezinstherapeut en eeft-therapeut bij het CGG Litp te Genk en Maasmechelen en bij de groepspraktijk Huis voor Relatietherapie te Mechelen, België. E-mail: gianina\_frediani@hotmail.com.

**Karine Van Tricht** is klinisch psycholoog en gezinstherapeut bij de postgraduaatopleidingen Relatie-, Gezins- en Systeempsychotherapie van Context, UPC KU Leuven, van het IPRR, Thomas More Mechelen en bij het studentengezondheidscentrum, KU Leuven, België.

**Peter Rober** is klinisch psycholoog en gezinstherapeut bij Context, UPC KU Leuven, België en hoogleraar aan het Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven, België.

### Literatuur

- Anker, M.G., Duncan, B.L., & Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes - A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693-704.
- Baljon, M.C.L. (2012). Het verwonde zelf in relatie - Cliëntgerichte psychotherapie bij vroeg getraumatiseerde cliënten. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 50(1), 22-33.
- Baljon, M., & Pool, G. (2015). Empathie en onveilige gehechtheid, een narratieve benadering. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 53(1), 5-22.
- Begun, A.L., Murphy, C.M., Bolt, D., Weinstein, B., Strodthoff, T., Short, L., & Shelley, G. (2003). Characteristics of the Safe at Home instrument for assessing readiness to change intimate partner violence. *Research on Social Work Practice*, 13, 80-107.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Cingolani, J. (1984). Social conflict perspective on work with involuntary clients. *Social Work*, 29, 442-446.
- Frediani, G., & Rober, P. (2016). What novice family therapists experience during a session... A qualitative study of novice therapists' inner conversations during the session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(3), 481-494.



- Friedlander, M.L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances with couples and families – An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M.L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G.M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 48, 25-33.
- Honea-Boles, P., & Griffin, E.J. (2001). The court-mandated client – Does limiting confidentiality preclude a therapeutic encounter? *TCA Journal*, 29, 149-160.
- Lambert, M. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). New York: Wiley.
- Moore, L., Tambling, R., & Anderson, S. (2013). The intersection of therapy constructs – The relationship between motivation to change, distress, referral source, and pressure to attend. *The American Journal of Family Therapy*, 41(3), 245-258.
- Rempel, M., & Destefano, C. (2001). Predictors of engagement in court-mandated treatment. *Journal of Offender Rehabilitation*, 33(4), 87-124.
- Rober, P. (2012). *Gezinstherapie in praktijk – Over ontmoeting, proces en context*. Leuven: Acco.
- Rober, P. (2013). *Samen in therapie – Gezinstherapie als dialoog* (7de druk). Leuven: Acco.
- Rober, P. (2017). *Samen in gezinstherapie – Over afstemming en dialoog in de gezinstherapeutische praktijk*. Kalmthout: Pelckmans Pro.
- Rober, P., & Van Tricht, K. (2017). *Dialogisch feedback protocol*. Geraadpleegd op <http://bit.ly/2lDZfNs>
- Rooney, R.H. (1992). *Strategies for work with involuntary clients*. New York: Columbia University.
- Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians – Theory, research and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 145-153.
- Shimokawa, K., Lambert, M.J., & Smart, D.W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure – Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298-311.
- Snyder, C., & Anderson, S. (2009). An examination of mandated versus voluntary referral as a determinant of clinical outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 3, 278-292.
- Sotero, L., Cunha, D., Silva, J. da, Escudero, V., & Relvas, A. (2017). Building alliances with (in)voluntary clients – A study focused on therapists' observable behaviors. *Family Process*, 56(4), 819-834.
- Sotero, L., Major, S., Escudero, V., & Relvas, A. (2016). The therapeutic alliance with involuntary clients – How does it work? *Journal of Family Therapy*, 38(1), 36-58.
- Sprenkle, D.H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113-129.
- Stinckens, N., Smits, D., Rober, P., & Claes, L. (2012). *Vinger aan de pols in psychotherapie – Monitoring als therapeutische methodiek*. Leuven: Acco.
- Sundet, R. (2014). Patient-focused research supported practices in an intensive family therapy unit. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 195-216.
- Van Tricht, K., Deslypere, E., & Rober, P. (2017). Feedback georiënteerde gezinstherapie. Het belang van dialogische feedbackinstrumenten in de eerste sessie. *Systeemtherapie*, 29, 241-259.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate – Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers.



## Bijlage A Kompasvragen

**Je komt al een tijdje naar het CGG Litp.**

**Aan de hand van onderstaande vragen willen we graag horen hoe je de begeleiding tot nu toe ervaren hebt.**

1. In welke mate hebben we gewerkt aan datgene waaraan jij wilde werken?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Helemaal niet

Helemaal

Toelichting:
--------------

2. In welke mate heb je je begrepen gevoeld tijdens de voorbije gesprekken?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Helemaal niet

Helemaal

Hierin heb ik me wel begrepen gevoeld:	Hierin heb ik me niet begrepen gevoeld:
--	---

3. In welke mate heb je je begrepen gevoeld door je partner tijdens het (de) voorbije gesprek(ken)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Helemaal niet

Helemaal

Hierin heb ik me wel begrepen gevoeld:	Hierin heb ik me niet begrepen gevoeld:
--	---

4. Hoe sterk geloof je dat deze therapie verbetering kan brengen in je klacht(en)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Helemaal niet

Helemaal

Leg uit:

5. Wat was voor jou het meest nuttig tijdens de afgelopen sessie(s)?  
Wat is je opgevallen en wat neem je mee?

6. Waar wil je nu nog verder aan werken?

Naam: .....

Datum: .....