

# Steunen en structureren in psychotherapie

N.J. NICOLAI

Mevrouw drs. N.J. Nicolai heeft een eigen praktijk als psychiater in Rotterdam en is daarnaast werkzaam bij de Riagg RNW te Vlaardingen.

## Inleiding

Steunen en structureren zijn termen die oorspronkelijk afkomstig zijn uit het psychoanalytische gedachtegoed, waar steun afgezet werd tegen de methode die in de psychoanalyse centraal staat: de duiding. De laatste jaren zijn op grond van veranderende theorieën in de psychoanalyse over het zelf, de betekenis van objectrelaties én op grond van effect- en procesonderzoek in de psychotherapie de inzichten veranderd. Steunende interventies zijn niet minder effectief dan duidingen in het bewerkstelligen van diepgaande persoonlijke veranderingen.

Steunende psychotherapie in de psychoanalytische zin is primair gericht op het bewerken van de ontwikkelingstekorten die ontstaan zijn door basisonveiligheid, kwetsbaarheid en trauma's (Nicolai, 1994). Verschillende auteurs gebruiken hiervoor andere termen zoals primaire relatie, empathisch tekort of basic fault, maar gemeenschappelijk is de nadruk op de steunende aspecten van een- warme en empathische begrijpende relatie. Deze relatie vertoont grote overeenkomsten met de non-specifieke factoren uit andere richtingen. Ook blijkt uit effectonderzoek dat het juist de werkrelatie is die de belangrijkste werkzame factor is. Een goede werkrelatie verklaart voor een groot deel het succes van psychotherapie.

Door de nadruk op de werkrelatie wordt echter wel eens vergeten dat de werkrelatie een noodzakelijke, maar niet altijd voldoende voorwaarde is voor een geslaagde therapie. Andere interventies en middelen, die meer gedragsmodificerend zijn en tot correctieve emotionele ervaringen leiden, zijn net zo belangrijk. Bovendien blijkt op grond van onderzoek naar overeenstemming over doelen en werkwijze van cliënt en therapeut dat wat als steunend bedoeld is, helemaal nog niet zo ervaren hoeft te worden. Aspecten van de werkrelatie kunnen als veilig of juist beangstigend ervaren worden al naar gelang

de perceptie en de persoonlijkheidsstructuur van de cliënt. Onderhandeling over de verwachtingen, zeker waarover de therapie zal gaan, verhoogt de kans op overeenstemming en vermindert de kans op uitval. De werkrelatie is in elke vorm van psychotherapie te beschouwen als het voertuig. Interventies en technieken daarentegen geven de richting aan naar een doel dat door cliënt en therapeut in onderhandeling is bepaald.

Elke vorm van psychotherapie omvat een continuüm tussen veiligheid en uitdaging. Men zou kunnen stellen dat bij steunende vormen van psychotherapie de nadruk op veiligheid groter is. Steunende en structurerende interventies en technieken zijn dan vooral bedoeld om de perceptie van veiligheid en de competentie te verhogen.

De wetenschappelijk aangetoonde werkzaamheid van inter-persoonlijke en cognitieve technieken tegenover die van supportieve therapy doet wel eens vergeten dat steunende interventies en technieken mogelijk een geheel eigen indicatiegebied hebben. Niet gericht op symptomen, maar op een onderliggende structuur van de persoonlijkheid.

#### *Opbouw van deze bijdrage*

In deze bijdrage volg ik een historische lijn. In § 1 komt in het kort de klassieke psychoanalytische zienswijze op steunende en structurerende behandelingen aan de orde. In § 2 volgt de ontwikkeling, die bekendstaat als de 'neoklassieke theorie'. In dat kader komt ook het doel, de richting en de werkwijze van de neoklassieke benadering aan de orde. Paragraaf 3 gaat over steunen en structureren in metataal. Daarin maak ik duidelijk dat er sprake is van convergentie, zo niet integratie, van steunende en structurerende interventies vanuit verschillende theoretische invalshoeken. Dit leidt tot verdere afbakening van het begrip steun. Daarna maak ik een inventarisatie van wat werkt in steunende behandelingen en hoe onderscheid moet worden gemaakt met psychotherapeutische technieken in de meer strikte zin van het woord. Vervolgens komt de positie van de werkrelatie aan de orde en de indicaties voor steunende en structurerende behandeling. Deze paragraaf sluit ik af met enkele metamodellen, waarbij op grond van verschillende criteria meer steun of juist meer exploratie geïndiceerd kan worden. Ik besluit dit artikel met een integratief model van steunende en structurerende therapie. In deze paragraaf besteed ik ook aandacht aan technieken en interventies die de ervaren veiligheid en competentie kunnen bevorderen, zowel in de zitting zelf als daartussen.

## 1 De klassieke opvatting

In de klassieke psychoanalytische opvatting worden steunende en suggestieve interventies opgevat als het 'koper' ten opzichte van het openleggende, expressieve 'goud' van de duiding van overdracht en weerstandanalyse. Steunen wordt in de klassieke psychoanalytische theorie gezien als het gratificeren van behoeften van pre-oedipale aard. Tegelijkertijd steunt de therapeut ook de meer gezonde vormen van gedrag door deze te bekrachtigen. De meer ongezonde afweer, dat wil zeggen afweer die het omgaan met de werkelijkheid kan belemmeren, zoals loochenen en projectie, tracht de therapeut te bespreken en hij<sup>1</sup> legt alternatieven voor die minder in strijd zijn met de realiteit (zie ook Derksen, 1994). Daarnaast steunt of bekrachtigt de therapeut probleem-oplossende strategieën, zoals anticiperen, plannen, de zaken van twee kanten bekijken, voor en tegen overwegen, eerst denken dan doen.

Het *doel* van steun in dit kader is het geven van hoop door het aanbieden van een contact, aandacht en belangstelling, en het door-breken van vastgeroeste patronen in het denken. Maar er zijn ook andere doelen, zoals bewerkstelligen van veranderingen door middel van adviezen, manipulatie van dagstructuur, leefstijl en of omgeving. Deze actieve richtinggevende interventies worden ook wel *structureerende interventies* genoemd.

Structureerende interventies zijn tweërlei van aard. Ze bestaan uit het ordenen van de tijd, zowel binnen als tussen de zittingen en uit directieve interventies, zoals: 'Ga eens elke dag een kwartier wandelen.' Structureerende interventies zijn qua effect steunend, omdat ze cliënten een handvat geven, een mogelijkheid iets te doen. Daarmee geven ze dus hoop. Steun is hier meer impliciet. Het gaat - zoals we later zullen zien - om de combinatie van houdingsaspecten met daaruit voortvloeiende interventies.

In de klassieke psychoanalytische literatuur worden de volgende *middelen* genoemd:

- *clarificatie*, dat wil zeggen verduidelijken, waaronder ook psycho-educatie valt;
- het *algemeen maken, normaliseren of universaliseren* ('De meeste mensen in zo'n situatie ...');
- het *expliciet maken* van wat de cliënt goed kan of doet. Hierdoor wordt de cliënt ontlast van gevoelens van schaamte, schuld en vernedering;
- *het laten afreageren van gevoelens* (en alhoewel dat zelden expliciet genoemd wordt ook het geven van troost). Dat wil

---

<sup>1</sup> Daar waar de auteur de mannelijke vorm gebruikt, kan ook de vrouwelijke worden gelezen.

- zeggen dat gevoelens geuit mogen en kunnen worden in een accepterende omgeving;
- identificatie met de therapeut als een rolmodel;
  - het aanbieden van andere oplossingen;
  - het tegengaan van regressie onder meer door het structureren van de duur en de frequentie van de zittingen.

De relatie tussen therapeut en cliënt wordt in dit kader gedefinieerd als een van welwillende aandacht, een positieve arts-patiëntrelatie, sterk toegesneden op een paternalistisch en medisch model, waarbij als adagium geldt: *the doctor knows best*. De idealisering door de cliënt wordt in dit kader niet besproken, maar gebruikt. De positieve overdracht wordt dus zelden geduid en de negatieve alleen voor zover deze de gesprekken en de voortgang belemmert (Bibring, 1954; Gill, 1954; Luborsky, 1984; Rockland, 1989).

In de klassieke theorie zijn steunen en structureren ondergeschikt aan inzicht en verandering. Het echte is de psychoanalyse en het werkzame ingrediënt daarvan is de duiding. In de jaren zestig komt daar de inzichtgevende psychoanalytische psychotherapie bij. Deze verschilt van de klassieke bank-analyse door de setting (*vis-à-vis*) en de lagere frequentie (twee tot drie keer per week). Psychoanalyse heeft evenals psychoanalytische psychotherapie een duidelijk doel: de structurele verandering van de persoonlijkheid. Steunen en structureren wordt hierbij gezien als een vorm van psychotherapie, die niet als doel heeft de persoonlijkheidsstructuur te veranderen, maar om klachten te verlichten, het probleemoplossend vermogen te vergroten of de cliënt door een moeilijke levenssituatie te loodsen.

Voor het leren steunen en structureren bestond dan ook geen aparte opleiding. In principe kon iedereen het doen die een beetje *common sense* had. Menig arts-assistent psychiatrie of stagiaire psychotherapie begon dan ook met het doen van steunend-structurende therapie bij cliënten die gezien werden als te weinig introspectief, te zwak gestructureerd of te gestoord om de hele onderneming van het verwerven van inzicht aan te kunnen.

Er bestond in het vak onzekerheid of steunende of structurende gesprekken nu echt effect hadden, en niet een soort 'pappen en nathouden' was. In elk geval bestond er consensus dat het niet tot een structurele verandering kon leiden. Groot was dus de verbazing toen in het midden van de jaren tachtig uit het grote Menninger-onderzoek bleek, dat de effecten van een steunende benadering op structureel niveau bepaald niet onderdeden voor die van een inzichtgevende psychoanalytische psychotherapie of psychoanalyse. Zo

beschreef Wallerstein (1986) in zijn studie *forty-two lives in treatment; a study of psychoanalysis and psychotherapy* overtuigend hoe sommige, jaren durende, weinig frequente steunende psychotherapie bij mensen met forse stoornissen tot diepgaande persoonlijkheidsveranderingen had geleid.

## 2 De neoklassieke theorie

Onder invloed van de ontwikkeling van Kohuts zelfpsychologie en de object-relatietheorie, werd de neoklassieke psychoanalytische theorie van het steunen en structureren ontwikkeld (De Jonghe, Janssen, & Rijnierse, 1988a; De Jonghe, Rijnierse, & Janssen, 1987; De Jonghe, Rijnierse, & Janssen, 1988b; Wallerstein, 1986). In deze theorie wordt in de eerste plaats onderscheid gemaakt tussen vier aspecten van de therapeutische relatie. Deze zijn:

- de werkrelatie, ook wel werkalliantie of therapeutische alliantie genoemd;
- de werkelijke relatie, ook wel reële relatie genoemd;
- de overdrachtsrelatie, gekenmerkt door de herhaling in de therapeutische relatie van vroegere conflicten met belangrijke anderen (Gelso & Carter, 1994);
- de primaire relatie.

Deze laatste vereist nadere toelichting. Onder de primaire relatie wordt door De Jonghe, Kool en Rijnierse (1994) de band verstaan die pre-verbaal en pre-oedipaal, dus voor het derde levensjaar, ontstaan is tussen het kind en de primaire verzorger en die de achter- of ondergrond vormt van de therapeutische relatie. Hoewel deze relatie deel uitmaakt van overdracht in de bredere zin, verschilt hij van de klassieke opvatting over overdracht, omdat de primaire reactie meer non-verbaal is, minder toegankelijk voor het autobiografisch geheugen. Dit nieuwe concept van de primaire relatie is geworteld in de psychoanalytische theorievorming van de laatste dertig jaar, met name in de objectrelatietheorie en de Ik-psychologie. Aanname is dat er bij het zich ontwikkelende kind op belevingsniveau geen duidelijk onderscheid is tussen het zelf en de ander. Verschillende auteurs leggen hier net iets andere accenten. Erikson legt het accent op de basic trust in deze fase. Mahler brengt het onder bij de beleving van de symbiotische en separatie-individuatiefase. Balint heeft het over het niveau van de *basic fault*. Hiermee bedoelt hij specifieke ontwikkelingskortingen door onvoldoende veiligheid in de vroege ouder-kindinteractie. Sommige van deze ontwikkelingskortingen, zoals het onvermogen het beeld van een ander vast te houden, of het onvermogen zichzelf te kunnen

troosten, vereisen een meer steunende dan openleggende techniek. Kohut heeft het over het *self-object* (de ander zoals deze innerlijk beleefd wordt als deel van de eigen psyche) en hoe het tekort aan empathische respons van de ouders de ontwikkeling van het zelfgevoel kan ondermijnen.

Uit de ontwikkelingspsychologie van Bowlby komt het begrip hechting en hechtingsstijl, dat biologische en evolutionaire wortels heeft. Zo rond het eerste levensjaar heeft het kind op basis van de interactie met en de beschikbaarheid van de ouders een mentaal schema van hechting en relaties ontwikkeld, dat bij alle volgende ontwikkelings-stappen, cognitieve en affectieve betekenissen organiseert en de basis vormt van een *theory of the mind*, gedachten over het zelf en de ander, over de eigen innerlijke wereld en die van een ander (Ainsworth, 1991; Bretherton, 1991; Main, 1991). Sommige mensen ontwikkelen een veilige hechtingsstijl, anderen zijn onveilig gehecht. Er is de laatste jaren een uitgebreide research ontstaan op het gebied van de relaties tussen psychopathologie, hechtingsstijl en therapeutische resultaten (Ainsworth, 1991; Bretherton, 1991; Crittenden, 1997; Fonagy et al. 1996a; Fonagy et al. 1996b; Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991; Holmes, 1998; Main, 1991).

Het concept primaire relatie wordt dus in verschillende theorieën op een iets andere wijze beschreven. Het verwijst naar de basishouding waarmee een mens met anderen en de buitenwereld omgaat, hoe hij anderen in zijn wereld betreft en welke rol die ander daarin krijgt te spelen. Deze primaire relatie behoort tot het impliciete procedurele geheugen. Uit recent neurobiologisch en hechtingsonderzoek blijkt dat zowel de interacties met de ouders als verschillende soorten ontwikkelingsinterferenties zoals scheiding, verwaarlozing, verlies op jonge leeftijd 'opgeslagen' worden in het procedurele geheugensysteem en dat deze ervaringen kunnen leiden tot stoornissen in de regulatie van stemming en angst (Kandel, 1999). Het zijn regels - organisatieschema's - over interacties, die niet bewust zijn, zoals dat wel geldt voor verlangens en gevoelens van latere ontwikkelingsstadia, die veeleer onderdeel uitmaken van het autobiografisch geheugen.

De primaire relatie bevat dus 'regels' over- het beeld van zelf en ander. Naarmate de primaire relatie meer onveilig is en het beeld van zelf en de ander minder afgegrensd, zal de ander uitgenodigd worden een rol te spelen overeenkomstig de innerlijke behoeften en tekorten van de cliënt. Dit relatieaanbod is niet vrijblijvend. De ander is bijvoorbeeld iemand die gevreesd wordt en op afstand gehouden, of iemand die met vertrouwen en openheid bekeken wordt.

*Steun: doel, richting en werkwijze in de neoklassieke benadering*

Volgens De Jonghe en anderen (1994) is juist de primaire relatie het aangrijpingspunt van een steunende psychotherapie. De therapeut wordt een nieuw zelfobject, een nieuw deelobject of een nieuw hulp-ego (de terminologie is afhankelijk van de theoretische richting die de auteur aanhangt). Omdat hij niet reageert zoals vroegere belangrijke anderen, ontstaat een correctieve emotionele ervaring of een nieuwe leerervaring. De Jonghe en anderen stellen dat juist mensen met een basic fault, of een verstoorde primaire relatie, de therapeutische relatie niet anders dan vervormd kunnen beleven, namelijk als even onveilig of gevaarlijk als vroeger reëel was. Een steunende therapie gebruikt een samenhangend geheel van interventies om deze vervorming systematisch aan te pakken. De Jonghe noemt dit de steungevende techniek. Deze wordt gevormd door alles wat de therapeut doet om bij de cliënt nieuwe ervaringen te bewerkstelligen, zoals het hulp-ego van de moeder uit de vroege ontwikkeling dat deed, ervan uitgaande dat dit tot correctie van de tekorten in de primaire relatie kan leiden. In het schemagerichte cognitieve model van Young (1994) zou men dit een beperkte invulling van de ouderrol noemen. In het leertheoretisch perspectief gaat het hier om het leren en internaliseren van nieuw gedrag in wat Vygotsky de zone van de proximale ontwikkeling noemt. Dat is het verschil tussen het actuele onafhankelijke vermogen tot probleemoplossing en het niveau van het vermogen problemen op te lossen onder leiding van een volwassene of in samenwerking met capabele leeftijdgenoten (Vygotsky, geciteerd in Modell, 1990, p. 97).

De Jonghe en anderen (1994) maken voorts onderscheid tussen een steunende *attitude* en steunende interventies. De steunende attitude is de impliciete aanwezigheid van begrip, acceptatie, aandacht en tijd. Deze zijn ook bekend als non-specifieke therapiefactoren of als de 'drie van Rogers': empathie, positieve betrokkenheid en echtheid. Steungevende interventies zijn adviezen geven, geruststellen, directieven geven, af laten reageren, leren disfunctionele cognities te veranderen, het expliciet tonen van belangstelling, acceptatie en respect, bereikbaar zijn, informatie geven over wat te doen en te laten. Positieve labeling hoort daar bij, bemoediging, hoop en een toekomstperspectief geven. Attitude is de basis, maar zonder de overkoepelende techniek, gericht op de corrigerende ervaring, kunnen de interventies snel dooddoeners worden en lijken dan makkelijk op de goedbedoelde adviezen van burens, familie, gezondheidsbladen en tv-programma's.

In de Jonghes plaatsbepaling van de steunende structurerende therapie is sprake van een geleidelijke overgang, een therapeutisch continuüm, waarbij louter steunende elementen aan de ene kant van het spectrum staan en explorerende technieken aan het andere uiterste. Al naar gelang de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt of de hulpvraag kunnen elementen uit de ene pool of de andere worden ingezet. Tijdens een behandeling kan de aard van de interventies ook verschuiven. Ook wordt in het gebruik van termen als *holding* en *containment* duidelijk dat elke explorerende therapie steunende elementen bevat. Bekend is dat de klassieke bankanalyse door de hoge frequentie en de aanwezigheid van het luisterend oor vaak als zeer steunend wordt ervaren.

Deze theoretische verandering werd mede gevoed door Kohut, die in zijn techniek meer de nadruk legt op de therapeutische betekenis van het empathisch spiegelen bij het herstel van het beschadigde zelfgevoel. In de meer intersubjectieve en interactionele psychoanalytische theorievorming heeft het steunen meer de betekenis gekregen van het herstellen van het tekort aan bevestiging, gehoor, begrip, empathie, dat de patiënt in zijn vroeger bestaan heeft ervaren. In de therapie met patiënten met een verstoring in de vroege ontwikkeling - een van de indicatiegebieden voor een steunend-structurerende therapie - ontstaat in de interactie een patroon van herhaling van vroegere posities, gedragingen, gevoelens en sensaties van de patiënt. De therapeut dient zoals Bion (1962) dit stelt, deze nog niet verwoorde elementen vast te houden, te begrijpen en onder woorden te brengen, waarbij hij de patiënt leert dat dit onder woorden te brengen is en dus te beleven en te overleven. Wat in de interactie ontstaat is een heropvoering, een enactment van deze vroege ervaringen, waarbij de therapeut reageert met een tegenoverdrachtsreactie in de brede zin. Dat wil zeggen: hij is geraakt en te raken door wat er gebeurt.

### 3 Steunen en structureren in metaal

#### *3.1 Steunen en structureren vanuit verschillende theoretische invalshoeken: convergentie en integratie*

Door de accentverschuivingen in de psychoanalytische theorie van conflict naar object, van drift naar interactie, van positivistische naar constructivistische wetenschapsopvattingen en van een strikte scheiding tussen subject en te behandelen of te bestuderen object naar intersubjectiviteit, (Mitchell, 1993) komen therapeutische interventies in andere psychotherapiescholen in een ander licht te staan. Er is sprake



van een convergentie, mogelijk zelfs integratie. Immers, veelgehanteerde technieken - zoals verduidelijken, uitleggen, het exploreren van alter-natieve visies, het begrip hebben voor het standpunt van de patiënt, en het structureren van de tijd binnen de zitting en tussen de zittingen - zijn elementen uit veel therapeutische stromingen. De aandacht voor de relatie lijkt op de non-specifieke therapeutische factoren; die bekend staan als de gemeenschappelijke factoren uit de humanistisch-experiëntieële richting, bestaande uit respect, empathie, validering en authenticiteit. Ook in de gedragstherapie erkent men het belang van de therapeutische relatie en het cognitieve schemamodel van Young - met zijn nadruk op 'voorbewuste' zelschemata - groeit sterk toe naar meer analytische *models of the mind*. Op het niveau van de praktijk beoogt elke therapie steun en structuur te verschaffen, al was het alleen maar door de regelmaat van de zittingen, de tijdsduur en de beschikbaarheid van de therapeut op vaste tijden. Steunende, structurerende, motiverende, bekrachtigende interventies behoren tot de algemene technieken van elke psychotherapie. Ook in gedragstherapie horen steunende en structurerende interventies. Maar kennelijk is steun en structuur niet voldoende getuige het feit dat in veel effectonderzoek steunende interventies (*supportive therapy*) minder effect blijken te sorteren ten opzichte van interpersoonlijke en cognitieve gedragstherapie (zie voor een overzicht DeRubeis & Crits-Christoph, 1998).

Het is dan kennelijk niet duidelijk waar non-specifieke steun ophoudt en het aanbieden van specifieke (gedragstherapeutische, cognitieve, experiëntieële) technieken begint. Duidelijk is echter niet wat 'supportive therapy' nu precies inhoudt. In researchverslagen wordt zelden uit de doeken gedaan, wat men precies bedoelde met deze term. Het is bijvoorbeeld vaak niet duidelijk of 'support' alleen de attitude betreft of dat de techniek en interventies erbij betrokken zijn (DeRubeis & Crits-Christoph, 1998).

Onder de noemer steun en structuur wordt dus in verschillende therapeutische richtingen nadruk gelegd op het steunende van de therapeutische relatie op zich, op de aandacht en empathie, de non-specifieke factoren die gemeenschappelijk zijn aan elke vorm van therapie. En ook op specifieke interventies en technieken die kennelijk van andere aard zijn dan cognitieve en interpersoonlijke interventies, alhoewel het verschil nauwelijks expliciet gemaakt worden. Daarnaast wordt ook het aanbieden van alternatieven, het veranderen van denkcirkels expliciet bij steunende en structurerende interventies en technieken genoemd. Er bestaat dus het

probleem dat steun en structuur door iedereen wel herkend en erkend worden, maar dat weinig helder is wat er precies mee bedoeld wordt. Wie steun je en waarom? En wat steun je? De persoon in kwestie, zijn veronderstelde psychische structuur, of zijn afweer? De primaire relatie of zijn of haar zelfgevoel? En wat structureer je: iemands innerlijke belevingswereld, of iemands externe omgeving? Het concept 'steunend-structurerend' is te weinig specifiek en te weinig gedefinieerd. Impliciet wordt gebruikgemaakt van een concept dat theoretisch en klinisch uit diverse bronnen afkomstig is, maar waarbij een metamodel ontbreekt. In de volgende paragraaf zal ik tot een afbakening trachten te komen.

### *3.2 De afbakening van het begrip*

Wat onder de grote noemer 'steunend' valt, dient op een ander wijze gedefinieerd te worden dan door technieken, attitude en interventie. In de eerste plaats dienen steunende interventies te passen in een consistent metatheoretisch kader. Binnen dit metatheoretisch kader kunnen we de volgende drie niveaus onderscheiden.

1. Het niveau van een samenhangende theorie. Dit betreft wat in therapie werkt en niet.
2. Het niveau van de therapeutische relatie. Die blijkt in veel onderzoek steeds de beslissende factor.
3. Het niveau van de indicatiegebieden. Voor wie werkt steun en voor wie is het bedoeld?

Deze drie niveaus worden achtereenvolgens besproken.

Het theoretisch kader wordt gevormd door een integratieve theorie over wat er in therapie werkt en wat niet (Castonguay & Goldfried, 1995; Drozd & Goldfried, 1996). Daarnaast dient te worden onderscheiden wat intentie (wat de therapeut met zijn interventie boogt) is en wat perceptie (hoe de cliënt deze interventie ervaart). In de neoklassieke psychoanalytische theorie wordt geen onderscheid gemaakt tussen wat als steun bedoeld wordt en wat als steun ervaren wordt. Dit kan zoals bekend, zeer uit elkaar lopen (Duncan & Moynihan, 1994). Het perspectief van de cliënt komt echter nauwelijks in de theorie van het steunen voor. Het steunen lijkt eendimensioneel opgevat: als iets wat de een bij de ander doet. Het lijkt niet ingebed in een interactie of een proces, waarbij de therapeut intervenueert en de cliënt zich door deze interventies gesteund (of juist niet) voelt.

Het tweede niveau sluit daar nauw bij aan. Dat is de betekenis van de samenwerkingsrelatie (of werkalliantie of werkrelatie). Uit metaonderzoek naar het effect van therapeutische interventies blijkt dat de werkrelatie

verantwoordelijk is voor het grootste gedeelte van de positieve effecten van welke vorm van psychotherapie dan ook (Duncan & Moynihan, 1994; Horvath & Greenberg, 1994).

Het derde niveau is het terrein van de indicatie en de toepassing van bepaalde therapeutische technieken en programma's op bepaalde terreinen. Steun en structuur is geen panacee. Traditioneel worden ze geïndiceerd op twee gebieden:

- het terrein van de mensen met een zwakke egostructuur of persoonlijkheidsproblematiek;
- en bij relatief goedfunctionerende mensen met een tijdelijke crisis, die met steun en advies snel weer op de been te krijgen zijn.

Door de opkomst van protocollaire therapie (Linehan, 1993) voor specifieke problemen, krijgt de indicatie nog een andere plaats. In de volgende paragrafen komen achtereenvolgens aan de orde:

- wat er werkt (§ 3.3);
- wat de betekenis is van de werkrelatie (§ 3.4);
- wat er werkt voor wie: het indicatiegebied (§ 3.5).

### 3.3 *Wat werkt er?*

Wanneer we het steunen en structureren los zien van de psycho-analytische theorie en in een integratief kader pogen te zetten, dan is de eerste vraag: wat werkt er eigenlijk precies en hoe?

Deze vraag is vooral in het derdegeneratie-effectonderzoek (Shea, et al in Bergin & Garfield, 1994) en het tweedegeneratie-procesonderzoek (Rice & Greenberg, 1984) gesteld en verwoord.

De 'genezende' elementen van psychotherapie blijken en blijven: het wekken van hoop, universaliteit, het beschikken over contact met iemand die naar je luistert, het geven van informatie, de correctie van opvattingen en gevoelens over het primaire gezin, expressie en catharsis, het leren van de therapeut en het leren van alternatieve mogelijkheden (Drozd & Goldfried, 1996).

Deze elementen van een metatheorie over genezende factoren zijn te ordenen in de volgende vier fundamentele veranderingsprincipes, die gemeenschappelijk zijn in verschillende therapeutische modellen en stromingen, ook al liggen de accenten telkens anders.

1. Het doen *herleven van hoop*: het tegengaan van machteloosheid en defaitisme; het vergroten van de competentie en het eigen probleemoplossend vermogen.

2. De perceptie van de cliënt van een *warme en steunende, niet-veroordelende relatie*.
3. De *bewustwording en correctie van vertekende ideeën over zichzelf, de leefsituatie en andere mensen*.
4. Het *generaliserend effect*.

Verschillende technieken - zoals duiden, cognitieve herstructurering, het stellen van circulaire of socratische vragen, het laten aanvullen van wat onduidelijk is, het expliciteren van woorden en zinnen zoals beschreven in het klassieke werk van Bandler en Grinder (1975) volgens het schema van 'wie, wat, waar, wanneer en hoe' - maken gebruik van talige elementen om de zelfreflectie en bewustwording te vergroten. Het wijzen op of laten opsporen van negatieve gedachten in de bewustzijns-stroom, het confronteren met zelfdenigerende opvattingen beogen hetzelfde. Observatieopdrachten, monitoring van gedrag vergroten eveneens het vermogen tot zelfobservatie. In andere woorden zou men kunnen zeggen: ze vergroten de afstand tot onmiddellijke emotionele belevingen, zonder deze emotionele belevingen te ontkennen of te vermijden. Uit modern neurofysiologisch en neuronanatomisch onderzoek over de werking van emoties (Ledoux,1996) blijkt dat een te hoge mate van arousal de amandelkern - de zetel van primaire emoties en het emotionele geheugensysteem - actief houdt, waardoor meer genuanceerde informatie over gevaar en hoe daar mee om te gaan in de huidige situatie, niet binnen kan komen. Het met behulp van een ander pas op de plaats maken om de verontrustende signalen te onderzoeken en rigide ontsnappingsmechanismen te doorbreken, kan leiden tot de hiervoor genoemde bewustwording en correctie.

Een vergelijkbare theorie wordt gepostuleerd door de Britse onderzoeker Peter Fonagy en zijn medewerkers die zich vooral richten op het vermogen tot reflectie. Reflectie is een vorm van metacognitie - denken over het eigen denken - en is nauw gekoppeld aan het vermogen aan anderen een mentale status - een eigen psyche - toe te schrijven. Dit staat bekend onder de al eerder genoemde *theory of the mind*.

Dit is het in de kindertijd ontwikkelde vermogen te weten dat andere mensen een eigen innerlijk met eigen motieven en wensen hebben, dat wat iemand de ene keer zegt een volgende keer wel eens anders kan zijn en dat dingen niet altijd zijn wat ze lijken. Op grond van onderzoek lijkt er een duidelijk verband tussen het onvermogen tot reflectie en stoornissen in de primaire relatie.

Fonagy en anderen (1996a) vonden bijvoorbeeld dat vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis de grootste moeite

hadden met reflectie, overweldigd als zij waren door het door angst gekleurde onvermogen om na te denken over de daden van hun (misbruikende of mishandelende) ouder. Ook werd een duidelijk verband gevonden tussen het vermogen van jonge moeders op hun ervaringen te reflecteren en het veilig gehecht zijn van hun kinderen (Fonagy et al. 1996b; Fonagy et al. 1991). De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat het reflectief vermogen en het vermogen tot zelfobservatie op dezelfde onderliggende mechanismen berust. Het mobiliseren van reflectief vermogen en het vergroten van zelfobservatie zouden andersom wel eens de centrale werkings-mechanismen van steunende psychotherapie kunnen zijn.

Gemeenschappelijk mechanisme is dus het aan de cliënt onder de aandacht brengen van verschillende aspecten van zijn functioneren. Vervolgens wordt deze aandacht in een ander (hoopvoller, begrijpelijker, hanteerbaarder) kader geplaatst. Wanneer men psychodynamische-steunende (Luborsky, 1984; Rockland, 1989) en cognitieve therapie bij bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen vergelijkt, dan is er een wereld van verschil in het theoretisch model, maar vertonen de interventies per zitting grote overeenkomsten. De grootste overeenkomst is het vergroten van het reflecterend en zelfobserverend vermogen van de cliënt, die met de steun van de therapeut disfunctionele opvattingen, gevoelens en gedachten over zichzelf systematisch onder de loep neemt. De nadruk ligt op het *systematische* van de aanpak.

De cliënt wordt uitgenodigd en gemotiveerd disfunctionele opvattingen, gedachten over zichzelf, anderen en de omgeving te toetsen en te herzien. Technieken die letterlijk uitnodigen tot ander gedrag - zoals in vivo exposure, flooding, veel *Gestalt*-technieken (de lege stoel) en rollenspelen (psychodrama) - kunnen rigide, door angst en vermijding gekleurde gedachten en gevoelens doorbreken. Bijvoorbeeld technieken als oefenen en huiswerk maken tussen de zittingen, experimenten opzetten en opschrijven wat het resultaat is, kijken of de gevreesde catastrofe echt optreedt, maken gebruik van dezelfde onderliggende mechanismen. In de gezinstherapie geldt dit voor technieken als sculpting, het uitvoeren van opdrachten en directieve interventies die een nieuwe ervaring proberen te bewerkstelligen. Bekrachtigen en motiveren van meer adaptatief gedrag behoren tot de minder directieve methoden met een vergelijkbaar beoogd effect.

Op het eerste gezicht lijken alle hiervoor genoemde elementen in alle vormen van psychotherapie vertegenwoordigd. De vraag rijst of verschillende therapieën en verschillende interventies niet een glijdende schaal vormen. Dit

idee van het spectrum waarbij een pool meer openleggende of expressieve vormen van therapie omvat en de ander meer steunende, wordt door meerdere auteurs onderschreven (De Jonghe et al. 1988a; Luborsky, 1984; Rockland, 1989). Maar waar ligt het onderscheid?

Steunende technieken onderscheiden zich van expressieve, inzichtgevende en of gedragsveranderende technieken op de volgende drie dimensies.

- De aard van de werkelijke en gefantaseerde relatie.
- Veranderen of bekrachtigen.
- De focus of het doel.

#### *De aard van de werkelijke en gefantaseerde relatie*

De eerste dimensie wordt gevormd door de opvattingen over de therapeutische relatie in haar werkelijke en fantasieaspecten. De therapeutische relatie is bij de meer inzichtgevende en expressieve vormen van therapie in alle aspecten meer onderwerp van gesprek, onderzoek en reflectie. De relatie is dan ook het platform waarin allerlei positieve en negatieve gevoelens en gedachten expliciet tot gespreks-onderwerp en oefenplek gemaakt worden. Wat er tussen therapeut en cliënt gebeurt op het niveau van fantasieën is doel en middel, afspiegeling van oude patronen in een nieuwe jasje en daardoor centraal in de corrigerende emotionele ervaring, die meer inzichtgevende vormen van therapie beogen.

Bij de steunende techniek blijft deze fantasierelatie veel impliciet, behalve wanneer negatieve cognitieve vervormingen de relatie in de waagschaal brengen. Bij steunende technieken krijgt het realiteitsaspect (de werkrelatie, therapeutische alliantie, therapeutisch verbond) de meeste aandacht. Steeds wordt benadrukt dat het om een samenwerkingsrelatie gaat, dat er sprake is van een contract met regels en duidelijk omschreven doelstellingen, eventueel in de vorm van een schriftelijke overeenkomst. Andersom zou men kunnen stellen dat de nadruk op de werkrelatie met helder omschreven doelen, regels, af-spraken en rollen ook een steunend effect heeft, omdat het rust en duidelijkheid geeft over wat er verwacht wordt. Daardoor loopt de angst en onzekerheid niet te hoog op. De therapeut en de therapie zijn relatief transparant. Andere vormen van therapie die de werkrelatie zo duidelijk benadrukken als bijvoorbeeld vormen van interpersoonlijke therapie, kortdurende focale therapieën, cognitieve therapie zou men in die zin dan ook steunend kunnen noemen.

#### *Veranderen of bekrachtigen*

De tweede dimensie ligt in de correctie van disfunctionele gedachten en gevoelens. Deze wordt beperkt gehouden bij een meer steunende aanpak, zeker in het begin van de therapie. Cliënten krijgen eerder bekrachtiging op wat ze al goed doen. Hun gedrag wordt in een breder kader gezet of positief gelabeld, tot er voldoende draagkracht is om minder adaptatieve strategieën aan te pakken (externaliseren of projecteren bijvoorbeeld). Interventies die actiever en gestructureerder de cliënten uitnodigen deze cognities of gedragingen te veranderen, eisen meer van de patiënt. Ze behoren bijvoorbeeld tot het inzichtgevende of tot het cognitieve, gedragstherapeutische kader. Het is natuurlijk wel mogelijk dat in de loop van een behandeling de aanpak meer verschuift van een steunende naar een meer confronterende aanpak. Corrigerende recapitulatie van jeugdervaringen wordt in een meer steunende techniek niet beoogd. Nadruk ligt op het heden van de patiënt en hoe om te gaan met wat er aan klachten en symptomen is. Steunende technieken zijn in principe meer zelfgevoel herstellend (of in stand houdend). Zij vereisen ook meer activiteit van de therapeut (Derksen, 1994).

Ook in systeemtherapie kan men de dimensie meer steun versus meer exploratie en confrontatie onderscheiden. Het gaat dan om de doorbreking van disfunctionele 'verhalen' of interactiepatronen op een meer of minder confronterende wijze. Meer tijd besteden aan invoegen in het systeem, dat wil zeggen het expliciet onderschrijven van het perspectief van elk systeemlid, is steunend. Paradoxen, opdrachten en uitdagingen zijn daarentegen meer uitdagend. Circulaire vragen verenigen zowel steunende (het perspectief van elk van de systeemleden wordt benoemd, positief gelabeld) als confronterende elementen.

Een aspect dat overigens zelden de aandacht krijgt in de metatheorie van psychotherapie is *veiligheid*. Cliënten benoemen dit aspect vaak wel als eerste waar ze op letten. Zeker cliënten die op grond van hun levenservaringen zich onveilig en angstig voelen, dat wil zeggen degenen, die lijden aan structurele pathologie.

Bij steunende technieken wordt de beleving van veiligheid (zowel binnen de therapie als in de vergroting daarvan in het dagelijks leven) meer tot onderwerp van gesprek en verandering. Bij meer expressieve vormen ligt het accent in de therapie in het aanmoedigen tot exploratie en het aangaan van nieuwe ervaringen ervan uitgaande dat deze cliënten in staat zijn zelf zorg te dragen voor hun eigen (emotionele of fysieke) veiligheid. Veiligheid als leidraad voor de indicatie van een meer steunende en/of structurerende benadering wordt in de

literatuur zelden genoemd. Bij de paragraaf indicatie kom ik daar nader op terug.

*De focus of het doel*

De derde dimensie ligt in de mate waarin doelstellingen meer of minder omschreven zijn of er een afgebakend gebied bestaat waarover de therapie 'gaat'. Zoals uit de ontwikkeling van de korterdurende psychodynamische en psychoanalytische therapievormen af te lezen is, wordt een focus, een *core-conflictual relationshiptheme* of een duidelijk omschreven doel als middel gezien om de langdurige, op een structurering van persoonlijkheid gerichte psychoanalytische therapie te bekorten of hanteerbaar te maken voor andere groepen dan cliënten met neurotische problematiek. We kunnen dit ook omkeren. Alle vormen van therapie, waarin doelstellingen en focus al impliciet besloten liggen (zoals gedrags-therapie, cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie) zijn daardoor al meer steunend dan 'open einde' therapieën.

*3.4 De werkrelatie*

Onder de werkrelatie wordt ook wel therapeutische alliantie of werkalliantie verstaan. De werkrelatie wordt gekenmerkt door de gemeenschappelijke taak die therapeut en cliënt zich gesteld hebben, door de doelen en door het gemeenschappelijke gevoel van een band. Zoals hiervoor al gesteld blijkt de kwaliteit van de werkrelatie zoals ervaren door de cliënt of geobserveerd door derden de belangrijkste voorspellende factor van het succes van de behandeling, van welke aard dan ook. Dat wil zeggen de variantie in uitkomstmaat in onderzoek wordt voor het grootste gedeelte verklaard uit de kwaliteit van de werkrelatie. Maar wat beïnvloedt de kwaliteit van deze werkrelatie, zeker als we bij veel cliënten kunnen veronderstellen dat de aard van hun problematiek zorg draagt voor een fikse vertekening van de intenties van de therapeut? Wie bijvoorbeeld op basis van vroegere leerervaringen wantrouwend is, zal dit ook ten opzichte van de psychotherapeut zijn.

Het blijkt bij de werkrelatie te gaan om een match tussen de vraag van de cliënt en het aanbod van de therapeut, vooral het relationele aanbod. Hoe verwachtingen van de cliënt en het aanbod van de therapeut zich tot elkaar verhouden is de laatste jaren in de belangstelling gekomen door het werk van Vervaeke, Bleyen, Vertommen en Audenhove (zie dit handboek, hoofdstuk IV 3.2) in ons taalgebied. Kortweg komt hun theorie er op neer, dat de cliënt en de therapeut op vier verschillende gebieden tot overeenstemming moeten zien te



komen, wil er sprake zijn van een goed verlopende werkrelatie. Zijn de verschillen te groot dan ontstaat onvrede en drop-out.

Deze vier gebieden omvatten vier impliciete theorieën van de cliënt over de ziektheorie, de genezingstheorie, de gezondheidstheorie en de beslissingsbevoegdheid (Vervaeke, Bleyen, & Vertommen, 1997).

1. De *ziektetheorie*: betreft de oorzaak van de klachten. Deze kan zijn: extern-intern, lichamenlijk-psychisch, heden of verleden.
2. De *genezingstheorie*: betreft de plaats van de therapie (ambulant, klinisch, Riagg, privé-praktijk) de vorm, de inhoud en de aard van de relatie, maar ook de kenmerken van de hulpverlener (sekse, leeftijd, subcultuur, geloof), de frequentie en de kosten in geld, tijd, inspanning en reistijd.
3. De *gezondheidstheorie*: betreft vermindering van klachten, plus gewenste doelstellingen in het leven, zoals een vergroot zelfinzicht, zingeving, meer geluk. Deze vragen gaan dus over waarden.
4. De *beslissingsbevoegdheid*: behelst wie wat over de therapie bepaalt (de therapeut, de cliënt, in overleg).

Uit onderzoek (Bergin & Garfield, 1994; Mechelen, 1989; Vervaeke et al. 1997) blijkt dat vooral verschil in verwachtingen omtrent de genezingstheorie, zeker in het begin, de uitval bepaalt. Matching van aanbod en vraag speelt in de eerste fase een belangrijke rol. Daarna is het vooral de kwaliteit van de werkrelatie en dan vooral de ervaring van de emotionele beschikbaarheid, die de kwaliteit van de hulpverlening en de satisfactie bepaalt. Men noemt het gebrek aan overeenstemming dis-confirmatie (Vervaeke et al. 1997). Hoe groter de disconfirmatie, hoe slechter de werkrelatie, en hoe minder de tevredenheid. Overigens kunnen cliënten wel enige disconfirmatie verdragen, maar met name in het begin van een behandeling is gebrek aan overeenstemming riskant.

Gebrek aan overeenstemming klemt het meest als het de genezingstheorie betreft. Dat wil zeggen dat juist het verschil in verwachtingen omtrent de relatie, de vorm en de inhoud een rol kan spelen in de incongruentie van de verwachtingen tussen therapeut en de cliënt. Welke component de grootste rol speelt, is nog niet duidelijk. Wel kan vermoed worden dat overeenstemming en explicitering van deze genezingstheorie de veiligheid en daarmee ook de kans van slagen van de behandeling vergroot.

### *3.5 Indicaties: wanneer kiezen voor steun en structuur?*

Een andere kijk op wat wel of niet werkt, heeft ook consequenties voor de indicatiestelling. Hierbij dient gesteld te worden dat de huidige trend om symptoombehandelingen aan te bieden (protocollaire benadering van angststoornissen of depressies) soms uitsluitingscriteria bevat die in de praktijk in het verleden juist het indicatiegebied vormden voor een steunende therapie. Symptomatologie biedt niet altijd voldoende onderscheid. Je behandelt in de praktijk een depressieve patiënt die sterk geruststelling en steun zoekt - de zogenoemde anaclitische stijl - ondanks een protocol toch anders dan een patiënt die worstelt met een zelfbestraffende, kritische houding.

Er zijn vanuit verschillende therapeutische scholen pogingen gedaan om de indicatiestelling te verfijnen. In de neoklassieke psychoanalytische school wordt steun geïndiceerd (als techniek en methodiek) als er sprake is van een verstoorde primaire relatie; hoe deze zich ook uiten mag. In de praktijk wordt de indicatie gesteld als er sprake is van meer vroege afweer, een zwakkere 'Ik-structuur', en een matig vermogen angst en frustraties te verdragen. Daarnaast wordt in de psychotherapie in brede zin steun als techniek ook geïndiceerd geacht bij een tijdelijke crisis bij goedfunctionerende mensen; bijvoorbeeld na plotselinge verliezen of andere ernstige externe gebeurtenissen, zoals scheiding, ontslag of bij levensfaseproblematiek. Het zal duidelijk zijn, dat hier de steunende attitude en steunende interventies een rol spelen, maar dat we hier niet van een steunende psychotherapie in de neoklassieke psychodynamische zin kunnen spreken, omdat niet de primaire relatie de focus vormt, maar het herstel van het probleemoplossend vermogen. Het steunende wordt kennelijk afgezet tegen het inzichtgevende. Beter ware het deze kortdurende, op herstel van functioneren gerichte gespreksterapie 'counseling' te noemen.

Een meer overkoepelende indicatietheorie is het metamodel van Gedo en Goldberg (1973). Dit is een ontwikkelingsmodel, waarbij de verschillende ontwikkelingstaken en -stadia verbonden worden met een overheersend regulatieprincipe. Zo'n ontwikkelingsstadium is een modus, een wijze van reageren. Bij verstoringen in dit regulatieprincipe kan psychopathologie optreden.

- Modus 1 in de ontwikkeling is het onderscheid van lichaamsgrenzen. Wanneer op dat terrein psychopathologie aanwezig is - op welke wijze ook ontstaan - is het therapeutisch principe: prikkelvermindering en structureren. Prikkelvermindering kan door psychofarmaca geëffec-tueerd worden. Hierbij kan men denken aan uni- of bipolaire depressies, aan schizofrene psychoses. Maar

prikkelvermindering kan ook bestaan uit het geven van een dagstructuur, leren begrenzen tegen prikkels, uitleg, psycho-educatie en bekrachtiging van wat de cliënt goed en adequaat aanpakt.

- In modus 2 staat de vorming van een cohesief zelf centraal met als regulatieprincipe: integratie, als psychopathologie de persoonlijkheids-stoornissen en als therapeutisch principe de cognitieve gedrags-versterking, al of niet met symptoomgerichte medicatie, ingebed in een steunende werkrelatie.
- In modus 3 speelt de gewetensvorming een rol. Regulatieprincipe is de lust. Psychopathologie bestaat uit de stoornissen in het zelfgevoel: narcistische stoornissen. Therapeutisch principe is de niet-traumatische en geleidelijke desillusionering.
- Pas bij modus 4, de vorming van de verdringing spreken we over het conflictmodel. De psychopathologie bestaat uit de neurotische stoornissen en de klassieke vormen van psychotherapie door middel van duidingen en overdracht.

Een nog meer gedifferentieerde benadering van indicatieterreinen voor steunende en structurerende methodieken en interventies, is het recente ontwikkelingsprofiel van Abraham (1997) (zie ook hoofdstuk IV 3.1 in dit handboek).

Dit profiel wordt bepaald door de volgende acht gebieden van functioneren.

1. *sociale attitudes*: het maatschappelijk functioneren;
2. *objectrelaties*: de betekenis die aan anderen wordt toegekend;
3. *zelfbeelden*: de opvattingen over de eigen persoon;
4. *normen*: de criteria die gebruikt worden bij waardeoordelen;
5. *behoeftes*: de wijze waarop belevingen worden gestructureerd;
6. *cognities*: de wijze waarop moeilijkheden het hoofd wordt geboden;
7. *probleemoplossend gedrag*;
8.  *affectieve gedragspatronen en diverse thema's*.

Elk van deze lijnen volgt gedurende een mensenleven een ont-wikkeling. Theoretisch begint elk individu vanuit structuurloosheid (het ontbreken van een referentiekader, het ontbreken van normen, het ontbreken van behoeften, het weg moeten denken van interne en externe stressoren, het ontbreken van een beeld van de ander, het ontbreken van een samenhangend zelfbeeld van algemeen menselijk vermogens). Het hoogst haalbare niveau is rijpheid, gedefinieerd als: het niet

meer van primaire betekenis achten van de eigen persoonlijke belangen. Bij rijpheid hoort het vermogen tot het dragen van verantwoordelijkheid, altruïsme, een existentieel zelfbeeld, ideologische en doorleefde normen, persoonlijke zingeving, het vermogen het verleden te herbeleven en als zodanig te onderkennen, het vermogen tot synthese en innoveren en creatieve probleemoplossing. Relatieveer verloopt de ontwikkeling van onsamenhangend, via behoeftebevredigend, rivaliserend naar gelijk-waardig tot uiteindelijk altruïstisch.

Bij dat profiel horen ook passende therapeutische interventies en technieken. Steun en structuur is gegeven bij die ontwikkelingsprofielen, waarbij disadaptieve gedragspatronen overheersen. Zo zal het duidelijk zijn dat iemand die verkeert op het niveau 'Structuurloosheid' (prereflexief gedrag, met alle winden meewaaien, habitueel reageren op momentane innerlijke of externe prikkels) meer gebaat is bij stabiliserende en structurerende interventies, die de status quo handhaven en herstellen. Deze interventies dienen directief te zijn, langdurig, meestal door mobilisatie van externe steun of - als zij enkele adaptatieve functies hebben kunnen ontwikkelen - op het herstellen en versterken daarvan. Abraham beschrijft als externe structurerende technieken: grenzen stellen, bijsturen, van zwakte een kracht maken door de omgeving binnen grenzen aan te laten passen (bepaald soort werk bijvoorbeeld). Maar hij noemt ook interne structurerende technieken door opdrachten en huiswerk om de zwakke zelf- en objectsymbolisatie te versterken en steunende maatregelen bij gebrek aan objectconstantie (de cliënt een foto of briefje meegeven bij afwezigheid van de therapeut).

Structuur dus wordt in- en extern geboden aansluitend op het specifieke ontwikkelingsdefect of conflict. Over het algemeen kan gesteld worden dat wanneer de profielen disadaptief zijn, er meer externe structurerende geboden wordt. Wanneer de relatie van levensbelang is, wordt deze zowel vehikel, referentiekader als structuur (overeenkomstig de primaire relatie van De Jonghe). De nadruk ligt dan meer op uitleg, steun, bemoediging, leren van meer adaptatieve mogelijkheden: kortom 'klassieke' steunende therapie. Naarmate meer adaptatieve patronen aanwezig zijn, dienen technieken meer gericht zijn op reflectie en alles wat tot zelfreflectie en zelfobservatie leidt.

## **4 Een integratief model van steunende en structurerende therapie**

### *4.1 De steunende attitude: grondhouding*

Zoals eerder gesteld, is de steunende attitude - de begrijpende, luisterende en persoonlijk betrokken aanwezigheid van de therapeut

- één van de vier basiskennmerken van elke vorm van therapie. Deze houding hoort tot de gemeenschappelijke factoren. Zij is noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde. Bij deze grondhouding hoort ook het aspect tijd en frequentie omdat deze verwijzen naar de beschikbaarheid van de therapeut. De tijd heeft twee dimensies: de tijd per zitting en de tijd tussen de zittingen. Het steunende kan hem zowel zitten in het verlengen van de tussenpoos (wat de overdracht zou verdunnen) of in het verkorten van de tussenpoos in tijden van crisis. Een vaste tijd en een vaste frequentie werkt pas op termijn structurerend.

In de fase van wanhoop en demoralisatie kan het aanbevelens-waardig zijn de cliënt een 'telefoontijd' tussendoor aan te bieden. De beschikbaarheid van de therapeut wordt (tijdelijk) dus vergroot en dat werkt vertrouwen in de hand. Ook kan de tijd per zitting zo ge-structureerd worden dat de angst niet te hoog oploopt. Een bekend model is het 'in drieën' of het zogenoemde 'sandwichmodel'. Daarbij wordt eenderde deel van de zitting gewijd aan de afgelopen tijd, een opdracht of een incident. Het middelste gedeelte wordt besteed aan een uitwerking daarvan, een oefening en de expressie van een gevoel. Het laatste gedeelte aan afronding, huiswerk, de vraag hoe de cliënt vertrekt, wat hij laat en wat hij meeneemt.

Huiswerk - het buiten de zitting vragenlijstjes invullen en oefenen - verhoogt de competentie, de motivatie (mits de opdrachten niet de draagkracht te boven gaan) en legt de nadruk op de werkrelatie.

Een ander aspect van de tijd is voorlichting over fasen in de therapie. Er is een begin, een midden en een eindfase. In het begin zal de nadruk eerder liggen op het vestigen van de werkrelatie en het (leren) omgaan met angst. Al te onthullende en explorerende of confronterende vragen horen niet in deze fase, maar zijn eventueel wel mogelijk in de middenfase.

#### *4.2 Doelen*

Hoofddoel van een steunend-structurerende therapie is, naast het verminderen van klachten, het herstel van de competentie en het ver-hogen van het gevoel van veiligheid. Hoofddoel van steun is meer gericht op de veiligheid. Hoofddoel van structureren is meer gericht op de interne en externe competentie. Middelen daartoe zijn in de eerste plaats een duidelijk beeld van wat er aan de hand is, wat ontbreekt, wat de cliënt wil en kan. Het tweede middel daartoe is de optimalisering van de werkrelatie, waarbij de hulpvraag van de cliënt centraal wordt gesteld en elke verwachting inzet wordt

van onderhandeling (Audenhove, 1995). Dit laatste vereist een explorerende en flexibele opstelling van de therapeut.

Bij dit centraal stellen van de hulpvraag hoort het in overleg formuleren van een doelstelling, liefst zo helder en concreet mogelijk. Het bepalen van een doel is echter geen sinecure en dient ook niet te snel afgehandeld te worden. In de eerste fase blijven veel verborgen verwachtingen impliciet. De gevoelens van demoralisering waarmee veel cliënten zich melden, maken het moeilijk te formuleren wat men wil. Toch dient in het kader van het herstel van de competentie hieraan uitgebreid aandacht besteed te worden. Niet omdat het de bedoeling is de cliënt vast te pinnen op zijn of haar doel (wat vaak gebeurt bij contracten en protocollaire vormen van therapie), maar om een goed zicht te krijgen op discrepantie tussen vraag en aanbod en de leerte-korten of conflicten van een cliënt.

Het is belangrijk om helder te zijn over wat de cliënt wel en niet kan verwachten: wat de cliënt wel en niet kan verwachten in de gesprekken en ook wat de cliënt wel en niet kan verwachten van het instituut. Het geven van informatie over de te volgen procedure vergroot de beleving van veiligheid. Ook het serieus nemen van de cliënt scheelt een boel tijd en werk. Als de cliënt komt met de opmerking 'praten helpt mij niet', dan is het aanbieden van een gesprekstherapie niet handig. Ook als cliënten zaken wensen, waaraan een therapie niet onmiddellijk kan voldoen - bijvoorbeeld 'Ik zoek een partner.' - dient dat besproken en eventueel vertaald te worden in een hulpvraag en subdoelen waar beide partijen zich in kunnen vinden. Voorspellingen - 'Het kan zijn dat u een tijdje het moeilijk kan krijgen met alle gevoelens die boven komen. Laten we eens kijken hoe u in het algemeen daarmee om zou gaan en wat u in zo'n geval zou helpen.' - verminderen de demoralisering en de angstige verwachting die veel cliënten toch over een behandeling koesteren. Ook vragen hoe het leven eruit zou zien als het gestelde doel behaald zou worden, behoren tot de steunende technieken, al ziet zo'n vraag er op het eerste gezicht nog zo expressief uit. Deze vraag, die ook wel het 'toverstafje' (Nicolai, 1997) of de 'wondervraag' genoemd wordt (De Shazer, 1994), richt zich impliciet op een toekomst zonder klachten en is dus hoopgevend.

Naast het expliciet maken van de genezingstheorie volgt de afspraak over de focus, de frequentie, het aantal keer (kort of lang). Steunend wordt over het algemeen genoemd om van te voren het aantal zittingen te weten. Gezien het feit dat de meeste cliënten gemiddeld vijf tot zes zittingen gebruikmaken van ggz-voorzieningen, lijkt dat inderdaad het geval. Maar een betere leidraad is de specifieke behoefte van de cliënt.

#### 4.3 Veiligheid verhogende technieken

Veiligheid verhogend is over het algemeen alles wat de controle van de cliënt over de therapie en de zittingen verhoogt: de keuze van de plek waar hij zit, de vrijheid om vragen te kunnen stellen, de uitnodiging om kritiek te leveren als het nodig is.

In therapie komt altijd een moment dat u het niet eens met mij bent of dat u geïrriteerd raakt over iets wat ik zeg of doe of nalaat. Misschien denkt u: 'Dat zal ik niet zeggen, want ze bedoelt het toch goed, of u bent bang dat ik daar niet tegen kan of boos wordt. Maar het is dan toch de bedoeling dat u dat niet wegstopt en zegt wat u vindt. Misschien komen we er achter dat ik onbedoeld iets vervelends heb gezegd of blijkt dat ik u heb misverstaan.'

Een ander aspect van veiligheid wordt bepaald door non-verbaal contact. De aandacht hiervoor wordt beïnvloed door hechtingstheorieën en onderzoek op het gebied van vroege moeder-kind interacties (Crittenden, 1997; Tronick, 1988). Veiligheid wordt vergroot als er oogcontact kan zijn, dat wil zeggen dat de cliënt op elk moment kan kiezen of hij kijkt en de blik van de therapeut ontmoet of kan weggijken. Het betekent ook dat de 'neutraliteit' van de therapeut niet betekent dat mimiek afwezig is en de therapeut een passieve gelaatsuitdrukking heeft.

#### 4.4 Doorbreken van patronen: de geleidelijke uitdaging

Horen de hiervoor genoemde technieken alle onder de noemer 'het geven van hoop en informatie in de eerste fase van demoralisatie', de volgende technieken hebben als doel vastgeroeste denkcirkels te doorbreken. Met andere woorden: deze technieken hebben tot doel het vermogen tot nadenken over het eigen voelen en denken - metacognitie of reflectie - te verhogen. Kern van het steunende van deze technieken is de verpakking, die het gevoel van eigenwaarde spaart en de angst niet te hoog doet oplopen. Dit vanuit de premisse dat cliënten die een steun-gevende therapie nodig hebben, enkele vaardigheden ontberen. Zij vinden het bijvoorbeeld moeilijk hun eigen zelfgevoel op peil te houden, of om een realistisch beeld van de verinnerlijkte ander vast te houden. Ook kan het zijn dat zij vanuit een overmatig sterke gewetensfunctie niet anders kunnen dan destructief of bestraffend over zich zelf te denken. Soms blijven zij vastzitten in vicieuze cirkels van emoties en een verhoogde arousal.

Doel is dat er op termijn enige afstand naar en reflectie op deze mechanismen kan ontstaan: het versterken van de innerlijke observator (Fonagy et al. 1996b).

Om dit proces van reflectie te bevorderen zijn enkele stappen nodig. De eerste is het accepteren van het referentiekader van de cliënt door te benoemen dat er redenen zijn waarom hij deed zoals hij deed, of denkt zoals hij denkt (Duncan & Moynihan, 1994). Dit is de positieve *herlabeling*: 'Gezien wat je hebt meegemaakt, was dat het enige dat je kon doen om te overleven.'

Mensen met een traumatische achtergrond hebben vaak een sterk schuldgevoel over het misbruik. Steunend werkt de interventie van het normaliseren en uitleggen. 'Als kinderen iets meemaken, denken ze altijd dat het hun schuld is, dat hoort bij het denken van kinderen.' (Eventueel met voorbeelden.)

Een alternatieve interventie zou de vraag kunnen zijn of de cliënt het idee heeft dat dit schuldgevoel nu nog geldig is. Je doet daarbij een beroep op de werking van tijd: wat vroeger gold, geldt nu misschien niet meer. Steunend is ook de cliënt te vragen of hij tegenover dat schuldgevoel tegenwerpingen kan maken en voor hoeveel procent hij daarachter staat, volgens de principes van cognitieve therapie. De vraag 'hoe zou je erover willen denken?' kan steunend zijn door de impliciete aanname dat gedachten kennelijk kunnen veranderen.

Meer explorerend zou de vraag zijn of de cliënt een idee heeft waarop dat schuldgevoel gebaseerd is.

Een andere steunende techniek, die past in de positieve herlabeling is het stelselmatig benoemen van elk van de twee kanten of gevoelens die een cliënt heeft bij een divergerend conflict. Dit zijn conflicten waarbij twee tegengestelde krachten de cliënt in de klem houden, bijvoorbeeld de behoefte aan wraak en verzoening, liefde en haat, afhankelijkheid en autonomie. Kenmerkend voor divergerende conflicten is het slingeren tussen twee keuzen, maar ook het gevangen zitten in 'of-of'-denken. Het meest hardnekkige divergerende conflict bij mensen met een probleem in de primaire relatie is dat tussen afstand en nabijheid. Mokkenstorm en Van Tilburg (1997) beschrijven hoe bij dergelijke conflicten het benoemen van de beide kanten als valide gevoelens het 'of-of'-denken kan doen afnemen, waarna de cliënt ruimte krijgt om beide kanten van zijn gevoelens uit te diepen of te onderzoeken.

Een steunende techniek is ook het gebruik van metaforen die de cliënt aanspreken of het overnemen van de metaforen van de cliënt. Deze kunnen uitgebreid worden en bijgesteld.



Beutler en Hill (1992) geven op grond van effectonderzoek aan dat dit aansluiten bij de taal en leefwereld van de cliënt de werkrelatie bevordert.

Een werkzame steunende techniek, die met name bij cliënten met een symbiotische behoefte goed gebruikt kan worden, is die van 'het kind in zichzelf', waarvoor de cliënt moet leren zorgen.

Expliciterende vragen (Bandler & Grinder, 1975) - wat, wanneer, wie, waar, wat was het eerst, wat kwam toen? - en vergelijkende vragen - wat was erger, en hoeveel? - geven impliciet aan, dat er onderscheid mogelijk is en benadrukken verschillen en nuances. Zij structureren dus het 'alles-of-niets' denken van de fase van hopeloosheid en defaitisme waarmee cliënten in het begin worstelen. Hetzelfde geldt voor de schaalvragen van De Shazer (1985). Hierbij wordt de cliënt gevraagd voor zijn klacht of gevoel een cijfer te geven (van 0-10). Vervolgens wordt gevraagd wat nodig is om de schaal een puntje te verlagen. Ook uit de gedragstherapie zijn dergelijke technieken bekend.

Vragen gericht op de *competentie* van de cliënt - hoe heb je dat op-gelost, overleefd, hoe heb je het hoofd boven water gehouden, hoe heb je je geweed? - verhogen het vermogen tot reflectie en geven de cliënt een nieuwe kijk op zijn gedrag. Bij deze technieken dient de kanttekening te worden gemaakt dat deze vragen, zonder dat een werkrelatie tot stand is gekomen, averechts kunnen uitpakken. Dit geldt overigens voor alle tot dusver genoemde technieken: de werkrelatie is prioriteit.

Een nieuw perspectief kan ook geïnduceerd worden door het stellen van circulaire en socratische vragen. Circulaire vragen veronderstellen een ander perspectief op belangrijke anderen. Oorspronkelijk komen ze uit de gezinstherapie en worden aan een systeemlid gesteld over de relaties tussen twee andere leden. Voorbeelden zijn: 'Hoe denk jij dat je moeder je vader om hulp vraagt?' Dergelijke vragen kunnen in de middenfase van een steunende therapie ook aan een individu gesteld worden. Voorbeelden zijn: 'Hoe denk je dat je vader/moeder daar tegen aan keek, hoe denk je dat je moeder over je man denkt?' Socratische vragen gaan door op wat de cliënt vertelt, nodigen hem uit om de consequenties door te denken, gedachten op hun waarde te bezien.

Zoals in de vorige paragraaf al aan bod kwam, dienen steunende technieken aan te sluiten bij het specifiek ontwikkelingsniveau van de cliënt. Bij iemand die geen beeld van de therapeut vast kan houden over de week, is het aanbieden van een externe geheugencheck - zoals het mogen bellen op een vaste tijd, of een foto van de therapeut maken, of een briefje of steentje meenemen - zeer steunend. Maar dit is

betuttelend bij cliënten met meer adaptatieve mogelijkheden en ronduit gecontra-ïndiceerd bij personen met een grote symbiotische behoefte. Daar is het steunend het verlangen te benoemen en de angst en te vragen naar hun eigen vindingrijke mogelijkheden 'voor het kind in zichzelf te zorgen'.

## 5 Conclusie

Structurende en steunende technieken zijn van diverse aard. Technieken uit verschillende therapeutische scholen kunnen gebruikt worden. De technieken dienen toegepast te worden in een consistent kader, waarbij drie vragen van belang zijn.

1. De eerste vraag gaat over het doel: wat wordt gesteund en wat heeft structurering nodig? Dat wil zeggen: er dient een beeld te zijn van het specifiek deficit of conflict op affectief, cognitief en gedragsmatig niveau, dat herstel, onderhoud of uitbreiding behoeft.
2. Wat wil de cliënt? Welke relatie en welke genezingstheorie heeft deze en hoe is de matching tussen vraag en aanbod? Welke onderhandeling is mogelijk?
3. Hoe is de werkrelatie het best te bevorderen? Daartoe zijn de volgende klassieke methoden (technieken) voorhanden, die hun geldigheid niet verloren zijn.

### *Klassieke methoden en technieken*

- Het *geven van hoop en tegengaan van demoralisatie*: door middel van verhelderen van de hulpvraag, psycho-educatie, verhogen van de veiligheid, en controle over de therapie en het eigen gedrag. Zoeken naar de vraag, naar een focus.
- *Matching genezingstheorie en verduidelijken van het probleem en de vraag*: door middel van uitvragen, huiswerk, monitoring, schrijf oefeningen, maar ook met behulp van socratische vragen.
- Het *algemeen maken, normaliseren of universaliseren*: door middel van zelfgevoel sparende metaforen, ontwikkelingspsychologische uitleg (Bijvoorbeeld: 'De meeste mensen in zo'n situatie...')
- Het *expliciet maken van wat de cliënt goed kan of doet*: door middel van positieve herlabeling, aanpassen omgeving bij de cliënt (externe structurering), uitbreiden competentie en vaardigheden in probleem-oplossen.
- Het *laten afreageren van gevoelens*: het geven van troost in een breder perspectief, het gewoon aanhoren en niet veroordelen, het erkennen van boosheid (en het verontschuldigen als de cliënt gelijk heeft).

- Het gebruik van *de therapeut als een referentiekader*, een (tijdelijk) extern object, een rolmodel.
- Het *aanbieden van andere oplossingen*: door het uitzoeken van alternatieven, het vergroten van de reflectie en zelfobservatie (indien mogelijk), het leren hanteren van 'affectstormen', het leren differentiëren van gevoelens, het uitzoeken welke ramp gevreesd wordt en het laten ontdekken dat deze ramp niet volgt, het oefenen met dialogen, het focussen op lichamelijke ervaringen en daar woorden aan geven en het leren controle te houden op impulsieve gedragingen.
- Het *verhogen van de competentie*: onder andere door het structureren van de lengte en de frequentie van de zittingen.
- Het *verhogen van de veiligheid* in en buiten de zitting: onder andere door het aanbieden van een oogcontact en het versterken van de zelfbeschermende strategieën van de cliënt.

## Literatuur

- Abraham, R.E. (1997). *Het ontwikkelingsprofiel. Een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid*. Assen: Van Gorcum.
- Ainsworth, M.D. (1991). *Attachments and other affectional bonds across the lifecycle*. In C. Murray Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the lifecycle*. Londen: Routledge.
- Audenhove, C. van (1995). *Over indicatiestelling in de psychotherapie*. Tijdschrift voor Psychotherapie, 21, 182-193.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1975). *Structuur van de magie: een boek over taal en therapie*. Baarn: Ambo.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.), (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Beutler, L.E. & Hill, C.E. (1992). *Process and outcome research in the treatment of adult victims of childhood sexual abuse*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 204-213.
- Bibring, E. (1954). *Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 2, 745-770.
- Bion, W. (1962). *Learning from experience*, In Seven Servants. New York: Jason Aronson.
- Bretherton, I. (1991). *The roots and growing points of attachment theory*. In C. Murray Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the lifecycle*. Londen: Tavistock/ Routledge.
- Castonguay, L.G. & Goldfried, M. (1995). *Integratie in de psychotherapie: de tijd is er rijp voor*. Psychotherapie. Toegang tot de Internationale vakliteratuur, 2, 127-165.
- Crittenden, P.M. (1997). *Towards an integrative theory of trauma: a dynamic-maturational approach*. In D. Cichetti & S. Toth (Eds.), *Risk, Trauma and Mental processes* (Vol. 10, pp. 34-84). Rochester, P: Rochester University Press.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.

- Derksen, J. (1994). *Steungevende psychotherapie op psychoanalytische basis*. Utrecht: De Tijdstroom.
- DeRubeis, R.J. & Crits-Christoph, P. (1998). *Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- Drozdz, J.F. & Goldfried, M.R. (1996). *A critical evaluation of the state-of-the-art in psychotherapy outcome research*. *Psychotherapy*, 33, 171-180.
- Duncan, B.L. & Moynihan, D.W. (1994). *Applying outcome research; intentional utilization of the clients frame of reference*. *Psychotherapy*, 31, 294-301.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996a). *The relationship of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R. & Target, M. (1996b). *The predictive specificity of Mary Main's Adult Attachment Interview: implications for psychodynamic theories of normal and pathological emotional development*. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: The Analytic press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S. & Higgitt, A. (1991). *The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Gedo, J. & Goldberg, A. (1973). *Models of the mind*. Chicago: University of Chicago press.
- Gelso, C.J. & Carter, J.A. (1994). *Components of the psychotherapy relationship: their interaction and unfolding during treatment*. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306.
- Gill, M.M. (1954). *Psychoanalysis and Exploratory Psychotherapy*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 771-797.
- Jonghe, F. de, Janssen, R. & Rijnierse, P. (1988a). *Uitzicht op inzicht II. Een beschreven spectrum van persoonlijkheidsstructuren*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 14, 2-13.
- Jonghe, F. de, Kool, S. & Rijnierse, P. (1994). *Bijdrage aan de theorievorming van psychoanalytisch steungevende psychotherapie*. In J. J. L. Derksen (red.), *Steungevende psychotherapie op psychoanalytische basis* (pp. 11-23). Utrecht: De Tijdstroom.
- Jonghe, F. de, Rijnierse, P. & Janssen, R. (1987). *Uitzicht op inzicht I. Een psychoanalytisch beschreven spectrum van behandelingsmethoden*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13, 180-190.
- Jonghe, F. de, Rijnierse, P. & Janssen, R. (1988b). *Uitzicht op inzicht III. Over het mogelijke en het nodige*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 14, 91-99.
- Holmes, J. (1998). *The changing aims of psychoanalytic psychotherapy. An integrative perspective*. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 227-240.
- Kandel, E.R. (1999). *Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited*. *American Journal of Psychiatry*, 166, 505-524.

- Ledoux, J. (1996). *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon and Schuster.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Main, M. (1991). *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: findings and direction of future research*. In C. Murray Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the lifecycle*. Londen: Tavistock/Routledge.
- Mechelen, I. van (1989). *Disconfirmitie van cliëntverwachtingen en -voorkeuren*. In H. Vertommen, G. Gluckers & G. Lietaer (red.), *De relatie in therapie*. Leuven: Universitaire pers.
- Mitchell, S. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Modell, A.H. (1990). *Other times, other realities. Towards a theory of psychoanalytic treatment*. Harvard: Harvard University Press.
- Mokkenstorm, J.K. & Tilburg, W. van (1997). *Zoveel wordt bij het winnen ook verloren. Over steunende interventies bij het oplossen van divergerende conflicten in inzichtgevende therapie*. Tijdschrift voor Psychotherapie, 23, 151-165.
- Nicolai, N.J. (1994). *Steungevende therapie bij slachtoffers van seksueel misbruik*. In J.J.L. Derksen (red.), *Steungevende psychotherapie op psychoanalytische basis* (pp. 58-74). Utrecht: De Tijdstroom.
- Nicolai, N.J. (1997). *Vrouwenhulpverlening en Psychiatrie*. (tweede ed.). Amsterdam: Babylon de Geus.
- Rice, L.N. & Greenberg, L.S. (eds.). (1984). *Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford.
- Rockland, L.H. (1989). *Supportive therapy: a psychodynamic approach*. New York: Basic Books.
- Tronick, E.Z. (1988). *Emotions and emotion communication in infants*. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- Vervaeke, G., Bleyen, K. & Vertommen, H. (1997). *De invloed van voorkeuren op de beginfase van psychotherapie*. Tijdschrift voor Psychotherapie, 23, 223-236.
- Wallerstein, R.S. (1986). *42 lives in treatment, a study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach*. (Revised ed.). Sarasota: Professional Resource Press.