

ALS DE THERAPEUT VASTLOOPT...

JE BENT NIET WAT JE WILT ZIJN, MAAR WAT
JE KUNT OPBRENGEN TE ZIJN.
GYÖRGY KONRÁD

16

JUDITH DE GRAAF
JAAP ZOETMULDER

SAMENVATTEND

In dit artikel beschrijven we een methode voor een (EFT-)systeemtherapeut om systematisch om te gaan met tijdelijke blokkades in zijn/haar functioneren als therapeut, op een wijze die congruent is aan het model van de hechtingsgeoriënteerde/emotiegerichte systeemtherapie, zoals EF(F)T en AFFT. Deze methode is ook bruikbaar bij andere therapie-settings en -modellen.

AANDACHT VOOR HET PERSOONLIJK FUNCTIONEREN VAN DE (SYSTEEM) THERAPEUT: WAAROM IS DAT VAN BELANG?

In ons eigen werk als EFT-systeemtherapeut, maar ook in onze rol van supervisor en leertherapeut, merken we dagelijks de grote invloed van het persoonlijk functioneren van de therapeut op de kwaliteit van de therapeutische relatie en daarmee op het effect van zijn behandelingen.

Deze bevinding wordt royaal ondersteund door de uitkomst van effect-onderzoek. Het vermogen van de therapeut om emotioneel afgestemd te blijven op zijn cliënten, ook als er sprake is van heftige emoties in de kamer, lijkt daarbij essentieel.

Wanneer er sprake is van een niet goed lopende therapie, is het dus van belang om, naast factoren als context, indicatiestelling, keuze van het therapeutisch model en gebruikte technieken, op systematische wijze aandacht te hebben voor het persoonlijk functioneren van de therapeut, ook wel genoemd: het zelf van de therapeut. Anders gezegd, soms is er sprake van goede voorwaarden, voldoende kennis van theorie/model en prima technische vaardigheden, maar is er toch sprake van een tijdelijke blokkade in het therapeutisch functioneren, veroorzaakt door 'iets' wat zich afspeelt in ons als therapeut.

In de systeemtheorie is van oudsher weinig aandacht voor het persoonlijk functioneren en de binnenwereld van de therapeut, al zijn daar wel enige uitzonderingen op, zoals de 'innerlijke dialoog' van Rober of, eerder, het werk van Satir.

Ook in het opleidingstraject is, in vergelijking met dat van inzicht-gevende of experiëntiële therapeuten, het 'zelf' van de systeemtherapeut en het effect daarvan op behandelingen, over het algemeen minder aan de orde.

Er wordt zeker aandacht besteed aan het gezin van oorsprong van ons als therapeut, evenals aan de narratieven van het systeem waarin we zijn opgegroeid en onze culturele biases of intergenerationele patronen. Ook is er de verplichte leertherapie van vijftientig keer. Systematische aandacht voor het persoonlijke functioneren van de therapeut bij vastlopende behandelingen is er in de systemische opleidingspraktijk naar onze mening onvoldoende.

Hoe heerlijk was het voor ons gezinstherapeuten in opleiding destijds om het boek van Papp (1980) tot ons te nemen, met daarin verbatim verslagen van mislukte therapiesessies. Opluchtend omdat ook deze bekende therapeuten vastliepen. Maar nog waardevoller waren voor ons de reflecties van de therapeuten. Niet alleen over wat er gaande was tussen de systeemleden, maar vooral ook – mede daardoor – in de therapeut. De onzekerheid, de worsteling van de therapeut. Het boek kent nauwelijks een hedendaagse evenknie.

Dat is gedeeltelijk te verklaren vanuit het gegeven dat in een systeemtherapie de (goede) therapeutische relatie vooral gezien wordt als een belangrijke voorwaarde voor het verloop van de therapie, en minder als een vehikel voor therapie, zoals bij inzicht-gevende therapierichtingen. Daar is de therapeutische relatie, zo je wilt de overdrachtsrelatie, direct onderwerp van therapie, terwijl in systeemtherapieën de relatie tussen onze cliënten het onderwerp is.

Als systeemtherapeut willen we het over die relatie hebben, en willen we die relatie positief beïnvloeden, en in de opleiding leren we hoe we dat zo effectief mogelijk kunnen doen. Maar ondanks dat ze minder een onderwerp van therapie zijn en we er minder over praten met onze cliënten, is er natuurlijk wel degelijk sprake van over en weer opgeroepen gevoelens bij therapeut en systeem.

Juist relatietherapie vraagt heel veel van het emotieregulatievermogen en het uithoudingsvermogen van ons als therapeut. Dit heeft een aantal redenen.

Er zijn, zeker in de beginfase van het therapieproces, meestal al hoogoplopende conflicten en spanningen tussen de partners, zonder dat er sprake is van het lijmende vermogen van een vanzelfsprekende biologische band, zoals in gezinnen (ook in stiefgezinnen is dit minder het geval, met alle complicaties van dien). Ook als er geen openlijke ruzie is, liggen scheiding en ontmoediging maar al te vaak op de loer, waarbij niet zelden de belangen van kinderen in de knel komen.

Door de onderlinge conflicten worden er aan de door de partners ervaren veiligheid en meervoudige partijdigheid bij ons als hun relatietherapeut hoge eisen gesteld. Het is vaak spitsroeden lopen. Partners willen beiden voelen dat wij hen helemaal begrijpen, maar willen tegelijkertijd ervaren dat ook hun partner in goede handen is en wordt begrepen.

In dit artikel willen we het vooral hebben over de bij ons als therapeut opgeroepen gevoelens voor zover die bijdragen aan een stagnatie in de therapie, en willen we ervoor pleiten om daar met een zekere regelmaat en op systematische wijze bij stil te staan. Ook willen we een manier aanreiken hoe we onszelf als therapeut kunnen helpen met die moeilijke momenten.

Natuurlijk kan, als er sprake is van stagnaties in het therapieproces, supervisie of een andere vorm van collegiaal overleg helpen om het therapieproces weer vlot te trekken. Collegiaal contact, leertherapie, inter- en supervisie blijven gedurende onze hele loopbaan onontbeerlijk.

Maar vaak ook zijn we bij vastlopende behandelingen op onszelf aangewezen, zeker in eerste instantie: omdat een collega even niet voorhanden is, of omdat we stagneren midden in de sessie en er van ons als therapeut een reactie verwacht wordt.

Dit is voor ons de belangrijkste reden voor het schrijven van dit hoofdstuk: de noodzaak om ook onszelf te kunnen helpen op de moeilijke momenten in het werken met echtparen of andere systemen.

Juist het met vallen en opstaan en met compassie hanteren van ons eigen vastlopen en geworstel heeft ons laten ervaren dat dit een bron van transformatie en therapeutische groei kan zijn, van onszelf als persoon en als therapeut zowel als van het systeem dat zich aan ons heeft toevertrouwd. Daarmee levert het een wezenlijke bijdrage aan de voldoening die we in ons werk kunnen hebben.

PERSOONLIJKE BLOKKADE VAN DE THERAPEUT IN PARTNERRELATIE-THERAPIE: WAAR HEBBEN WE HET OVER, WAT GEBEURT ER DAN?

Een bekende uitspraak van Whitaker is dat alle mensen slechts fragmenten zijn van familie en dat er niet zoiets bestaat als een individu. Maar er speelt zich wel heel wat in dat individu af.

We leren onszelf kennen door sociale wisselwerking, zoals de systeembenadering ons duidelijk maakt. Door de verhalen van onze

afkomst, de overtuigingen en de rollen die we hebben geleerd in te nemen. Het is een proces dat zich binnen in ons, maar ook tussen ons en de ander, afspeelt. Wat een moeder niet kan herkennen in het kind, is voor een kind moeilijk om in zichzelf te herkennen. Nog preciezer gezegd, zo leren we de laatste decennia: we kennen onszelf in beginsel door de responsiviteit van anderen. Wat niet wordt afgestemd, waar we niet mee weten af te stemmen, wordt niet in woorden verrat en blijft vreemd.

Dat 'iets' wat zich binnen ons afspeelt, is op zijn best een mooie dialoog, maar vaak in geval van blokkade een enorme stilte of wirwar van emoties. Het heeft wel iets weg van wat we in de kamer bij het koppel zien als stressreactie. Een geblokkeerde therapeut worstelt met gevoelens, gedachten, gestelde eisen vanuit rollen en posities die hij vanuit een bepaalde context heeft ingenomen dan wel die hij wordt geacht in te nemen. Omdat de therapeut er op dat moment niet over kan reflecteren, blijven gevoelens ongedifferentieerd en ongericht. De therapeut heeft, net als het koppel in EFT, ook de behoefte aan reflectie en validatie, juist ook '*when the going gets tough*'.

Als we vastlopen, proberen we van alles, in lijn met het therapiemodel dat we gebruiken, maar vaak ook juist daarbuiten. We proberen diverse therapeutische technieken, zijn actief bezig met het zoeken in onszelf en met het stel naar nieuwe mogelijkheden, maar als dat onvoldoende lukt, worden we gestrest, raken we buiten ons *window of tolerance*, en verliezen we het vermogen onze eigen innerlijke toestand te reguleren. Daarmee raakt ook ons vermogen om af te stemmen op de emoties en behoeften van de cliënten (tijdelijk) verminderd. Nicolai heeft het over een empathische breuk die dan in de therapie kan ontstaan.

We vervallen op die momenten als therapeut zelf in zogenaamd reactief gedrag, vergelijkbaar met de reactiviteit van de partners die bij ons in therapie zijn. We zijn geen aanwezige therapeut meer.

Voorbeelden van reactief gedrag zijn: te directief worden, in debat raken met cliënten, diagnoses verzinnen ofwel ons in afwachtede stilte terugtrekken, handelingsverlegen worden. Als dit gedurende het therapieproces vaker voorkomt of lang duurt, leidt dit tot een vermindering van de kwaliteit van ons therapeutisch handelen, en kan er ontmoediging optreden.

Maar wat gebeurt er eigenlijk in ons 'zelf van de therapeut' op die moeilijke momenten?

In de hechtings-georiënteerde relatie- en gezinstherapie wordt gesproken over de relatie van de therapeut met zijn Innerlijk Werk-Model (IWM). Dit verwijst naar de mentale representaties die de affectregulatie, het beeld van zelf en anderen en het gehechtheids- en relationele gedrag bepalen. Hoe ervaren we onszelf en hoe denken we over onszelf en de ander in de relatie.

In ons werk als therapeut wordt, tijdens de vele emotioneel spannende momenten waar ons werk uit bestaat, ons eigen innerlijk werkmodel regelmatig geactiveerd, zowel in de relatie met onze afzonderlijke cliënten, als in de relatie met het echtpaar of gezin als geheel. Een stel dat op hoge toon blijft ruziemaken, terwijl je al van alles hebt geprobeerd om rust in de dialoog te brengen, kan, als je daar in je leven in negatieve zin ervaring mee hebt, bij jou opnieuw de ervaring oproepen een roepende in de woestijn te zijn, onzichtbaar te zijn, iemand die faalt, of misschien wel niet iemand om rekening mee te houden. Ook kunnen gedachten over de ander opkomen: deze mensen zijn moeilijk, hebben een stoornis, of willen gewoon niet veranderen. Dit geactiveerde IWM leidt op zijn beurt tot allerlei gedachten en emoties, lijfelijke gewaarwordingen, en eventueel gedrag. Ons 'innerlijk systeem' geeft als het ware informatie over het therapeutische systeem en helpt parallelprocessen beter zichtbaar te maken. Dat ons innerlijk werkmodel regelmatig geactiveerd wordt, is onvermijdelijk en leidt pas tot blokkades als we ons daar onvoldoende bewust van zijn. Als we enigszins vertrouwd zijn met het gekrakeel in onze eigen binnenwereld, kunnen we ons beter afstemmen op dat van het stel vóór ons.

Door op de momenten waarbij er sprake is van een blokkade of empathische breuk aandacht te hebben voor wat er zich lijfelijk, emotioneel, en op het gebied van ons IWM binnen in onszelf afspeelt, kan die blokkade worden opgeheven en kan het therapeutisch contact zich weer herstellen.

Het optreden van deze empathische breuken is niet alleen niet erg, het is ook onvermijdelijk, en Nicolai (Vanaerschot, 2014) noemt ze zelfs onontbeerlijk. De breuk trekt onze aandacht naar datgene wat aandacht nodig heeft, en helpt zo vaak op het spoor te komen van belangrijke therapiethema's.

Juist het herstellen van deze 'breuken' kan een push geven aan de werkalliantie en het therapieresultaat. Hierin zijn we ook rolmodel: we laten zien dat ook wij er soms naast zitten, maar dat we moeite doen om weer in contact te komen, dat we niet opgeven.

WAT BETEKENT DIT VOOR DE THERAPIE EN WAT IS ER NODIG? ACHT STAPPEN

De hulp om weer in rustiger, reflectief vaarwater terecht te komen kan niet uit het contact met onze cliënten worden gehaald. Natuurlijk is er sprake van een zekere mate van wederkerigheid: therapeut en echtpaar zijn op elkaar betrokken in een continu proces van afstemming en over en weer reageren. Als therapeut halen we voldoening uit het contact met onze cliënten en uit het vertrouwen dat aan ons geschonken wordt, en uit de groei en intimiteit waar we getuige van mogen zijn. Echter, de therapeutische relatie is een asymmetrische relatie, in die zin dat wij onze deskundigheid inzetten om de cliënten te helpen en dat de cliënten er niet zijn om ons te helpen. De regie berust bij ons als therapeut. Ook is het niet de taak van cliënten om ons als therapeut gerust te stellen en voor ons te zorgen. Er is immers geen echt wederkerige hechttingsrelatie. Er is sprake van een zorgrelatie, die naast verschillen ook behoorlijk wat overeenkomsten vertoont met ouderschap.

Daniel Hughes heeft 'goed ouderschap' omschreven in een aantal domeinen. Hij spreekt van geblokkeerd ouderschap wanneer er sprake is van het wegvallen van één of meer kernvermogens van de ouders. We hebben deze kernvermogens geprobeerd te herformuleren voor een aantal domeinen van 'goed therapeutschap'. Het belangrijkste daarvan is: het vermogen om de eigen innerlijke toestand te reguleren, de kwaliteit van de cliënt-therapeutband te monitoren en hier adequaat en congruent op te reageren.

Dit uitvoerend therapeutisch vermogen is wat we nodig hebben om uit de blokkade te komen, om (weer) empathisch te kunnen afstemmen en interveniëren. Maar hoe krijg je dat voor elkaar? Hoe lukt het ons om uit een blokkade te raken en weer een beschikbare therapeut te worden?

Daniel Hughes helpt in zijn AFFT-aanpak ouders om het geblokkeerde ouderschap weer vrij te maken door, alvorens aan de relatie tussen de ouders en het kind te werken, eerst uitgebreid aandacht te schenken aan de emoties en behoeften van de ouders. Hierdoor kan hun uitvoerend vermogen weer op gang komen.

Zo is het, wanneer er sprake is van een empathische breuk, ook voor ons als therapeut nodig om eerst aandacht te hebben of te krijgen voor onze eigen emoties en noden, om van daaruit weer optimaal te kunnen afstemmen op onze cliënten.

Er zijn verschillende alarmsignalen die aangeven wanneer het therapeutisch vermogen in gevaar komt. Natuurlijk zijn er de signalen van buitenaf, bijvoorbeeld van onze cliënten. Voorbeelden zijn: niet vooruitkomen in het proces, het uiten van ontevredenheid, onwilligheid. Of de signalen die we van collega's krijgen wanneer we over de casus rapporteren. Maar ook zijn er tekenen 'van binnenuit', tenminste als we de oplettendheid hebben om ze gewaar te worden. Het is nodig om bewustzijn te ontwikkelen van het spectrum van eigen gevoelens, lichaamssignalen en andere non-verbale tekenen, gedachten over onszelf en de ander. Het terugkijken van video-opnames van ons werk is daarbij heel nuttig.

Gaandeweg onze eigen ontwikkeling als therapeut en opleider heeft zich een bepaalde aanpak van therapeutische blokkades gedestilleerd, een brouwsel van ingrediënten die we uit allerlei richtingen gehaald hebben, met als overeenkomst dat ze komen vanuit of zich goed laten combineren met het EFT-model.

Hieronder zullen we eerst deze aanpak in acht stappen uiteenzetten, om vervolgens aan de hand van twee casussen te illustreren hoe we ze zelf toepassen.

STAP 1. BEWUSTZIJN

Voordat we de stappen kunnen nemen, is het eerst nodig om onszelf in een toestand van zogenaamde zelf-oplettendheid te brengen. Een therapeut te zijn die *metamonitoring*, *mindsight* of *twofold presence* gebruikt, zoals respectievelijk Sue Johnson, Daniel Siegel en Eugene Gendlin beschrijven.

We realiseren ons dat dit moeilijk is, juist als we gespannen of geblokkeerd zijn. Het vraagt dan ook oefening, en mildheid ten opzichte van onszelf in dit proces. Het gaat erom dat we het blijven proberen, dat aandachtige, met een milde, open aandacht bij onszelf naar binnen kijken. Wij maken daarbij gebruik van meditatieve technieken, gaan letterlijk op een meditatiekussen zitten of bevragen onszelf al fietsend of wandelend over wat er speelt. Het stellen van de vragen aan jezelf, blijkt vaak al het halve werk.

STAP 2. WAT BEN IK EIGENLIJK AAN HET DOEN, WAT GAAT ER MIS?

Hierbij staan we stil bij onze actietendentie, ofwel ons eigen reactieve gedrag. Voorbeelden zijn overactief worden, les gaan geven in plaats van procesbegeleider blijven, diagnostiek gaan bedrijven, of stilvallen, niet meer weten wat te zeggen, of het proces laten lopen en de partners het zelf laten uitzoeken.

STAP 3. WAT VOEL IK LICHAAMELIJK EN EMOTIEEEL?

In EFT maken we veelvuldig gebruik van focusingtechnieken (Gendlin) om te helpen de overgang te maken van reactieve secundaire emoties naar primaire emoties. Wat voel ik in mijn lijf en welke woorden horen daarbij? Voel ik ergens spanning, verdriet, woede of zelfs pijn? Trek ik mijn schouders op, word ik onrustig of zijn mijn ledematen zwaar? Horen daar bepaalde emoties bij?

STAP 4. WELKE BETEKENIS GEEF IK DAARAAN, WAT ZEGT HET OVER MEZELF EN DE ANDER?

Hier hebben we aandacht voor ons eigen innerlijk werkmodel, zoals hierboven omschreven: *Ik zie mezelf als... en de ander als...*

STAP 5. KOMT DEZE ERVARING MIJ BEKEND VOOR?

Als er sprake is van een reactie die heftiger is dan je op grond van de actuele situatie zou verwachten, spelen er mogelijk ervaringen mee uit een eerdere relatie, situatie of levensfase. Een begrip uit de schematherapie is de zogeheten affectbrug, die helpt om de verbinding daarmee te leggen. Bijvoorbeeld: *Ik voel me opnieuw machteloos, net als toen ik...*

STAP 6. WAT HEB IK NODIG OM UIT DEZE BLOKKADE TE KOMEN?

Met zelfcompassie (Gilbert) een eigen behoefte proberen te formuleren, waaraan het accepteren en eventueel ventileren van de emotie vooraf moet gaan: *Ik ben bang, woedend, verveld, etc., en ik heb iets nodig van mezelf om daarmee verder te kunnen.*

STAP 7. KUN JE DAT AAN JEZELF GEVEN?

Deze stap vereist vertrouwddheid met het begrip 'enactment' zoals gebruikt in EFT, namelijk het door de partners tegen elkaar uitspreken van hechtingsbehoeften.

Als we onszelf willen helpen, kunnen we een deel van onszelf (de helper) mobiliseren om een ander, geblokkeerd deel van onszelf toe te spreken. Het werken met verschillende delen van jezelf zoals David Schwarz dat doet, of zoals dat in de schematherapie wordt gedaan. Wij noemen dit op steunende wijze toespreken van jezelf vanuit de hechtingsbehoefte van dat moment een 'inner-enactment'.

STAP 8. WELKE INTERVENTIE KOMT ER NU BIJ ME OP?

Hier is het natuurlijk uiteindelijk allemaal om te doen! Het deblokkeren van de geblokkeerde therapeut. Vaak komt er, ergens tussen de stappen, ruimte voor een nieuwe interventie of een nieuwe manier om het therapeutisch contact aan te gaan. Het lijkt dan 'vanzelf' te komen, maar het is het resultaat van het reflectieve proces. Soms ook vraagt het wat meer tijd en gepuzzel.

TWEE VOORBEELDEN

JAAP – VERKENNINGEN VAN MIJN INNERLIJKE LANDSCHAP

Aad en Mieke zijn twee veertigers, ze hebben kinderen in de adolescentieleeftijd. Tussen hen is een groot contrast. Hij is de rustige, die zijn eigen stille weg gaat, tracht goed te handelen en hoopt dat daarmee zijn goede intenties worden gezien. Hij is vaak afwezig, letterlijk maar ook figuurlijk. Een wetenschapper. Mieke is de beweeglijke, degene die de mond opendoet. Die geluid maakt. En fors ook. Mieke kan in reactie op het zwijgen van haar man furieus worden, en zo veel spanning opbouwen dat ze Aad plotseling toeschreeuwt: 'Luis-ter naar me, nu!', of: 'Hallo hé, hier ben ik... hallo!'

Al snel wordt duidelijk dat in de partnerrelatie Aad meer de terugtrekker is en Mieke meer de aanklager. Bij stress bevindt Aad zich stelselmatig in het hypo-arousalgebied van het *window of tolerance*: innerlijke sensaties en emoties worden door hem ervaren als relatief afwezig, zijn denken raakt dan wat vertraagd, evenals zijn fy-

siek. Terwijl Mieke op zo'n moment aan de hyper-arousalkant zit: zij is zeer gealarmeerd, laat dat blijken, is erg waakzaam en heeft last van allerlei associaties.

Aad en Mieke zijn beiden eerder in individuele therapie geweest voor 'ellende uit het verleden', zoals ze dat noemen. Bij beiden speelt parentificatie in hun voorgeschiedenis. Aad heeft mij verteld dat hij als oudste zoon verantwoordelijk was voor zijn broertjes en zusjes in het bovenhuis, terwijl zijn ouders in de kruidenierszaak beneden werkten. Hij kreeg vaak van zijn ouders op zijn kop als hij in de huishouding of de zorg voor zijn broertjes en zusjes iets niet goed had gedaan. Soms kreeg hij een kort compliment als het goed ging. Hij is gevoelig voor commentaar en schaamt zich snel. Bij toenemen de spanning poept er een beeld op uit zijn jeugd dat hij samen met zijn kleinere broertje achter de kerkdeur zit, bang om naar binnen te gaan. Hij was te laat. Iedereen zou hem zien. Ook toen ervaarde hij verlamme schaahte.

Mieke had als jongste dochter van twee ruziënde ouders een sterke coalitie met haar dove moeder, die zij op allerlei manieren trachtte te helpen, waaronder met zelf aangeleerde gebarentaal. Haar moeder overleed onverwachts, toen zij achttien jaar was en op het punt stond uit huis te gaan.

Aad en Mieke houden onmiskenbaar van elkaar. Veilige hechting hebben zij zeker ook met elkaar kunnen ontwikkelen. Maar op stressvolle momenten blijft de negatieve interactiecirkel regelmatig de kop op steken.

En dat maakt dat ik vast begin te lopen, de therapie lijkt fundamenteel nauwelijks tot geen 'land te winnen' voor wat betreft het wederzijds vertrouwen. Terwijl er toch resultaten zijn geboekt. Aad, de terugtrekker, kan meer in de therapiekamer komen, zijn angst en onzekerheid tonen. Beiden kunnen de negatieve interactiecirkel benoemen en externaliseren. Ik geef ladingen reflecties en validaties aan beiden. Er zijn ook tranen voor elkaars kwetsbare verhaal. Maar we geraken niet verder dan een gedeeltelijke de-escalatie. Ik vraag en krijg goede raad van collega's en bekijk het videomateriaal. Maar de uitbarstingen van Mieke blijven, ook in de therapiekamer... net zoals het verstenen van Aad. Ik ga me steeds machtelozer voelen en raak geblokkeerd.

Waar blijkt dat eigenlijk uit, die 'blokkade'? Ik merk dat het eerst aan (zie ook de blokkadefiguur):



INNERLIJK WERKMODEL: OPVATTING OVER JEZELF • OPVATTING OVER DE ANDER

- Mijn lijf. Een ontevreden en uitgeput gevoel. Beklemde ademhaling. In mijn hoofd zitten. Schuifelen met mijn voeten. Onrust in mijn stemgeluid.
- Mijn gevoelens. Ik voel mij onmachtig, geïrriteerd, onkundig, overvraagd. En toen ik dat goed tot me liet doordringen: verdrietig, moedeloos.
- En gedrag, wat in EFT verruimd wordt tot actietendens, niet alleen wat zichtbaar is, maar ook welke neiging ik heb: ik zie herhalen. Maar ook: stilvallen, geïmponeerd raken. Het 'leger' worden van de validaties. Neiging om tolk voor hen beiden te zijn, het bijltje erbij neer te gooien.
- Mijn innerlijk werkmodel. De gedachten over mijzelf. Op de fiets denk ik: Zo zal het je nooit lukken, jij kan de verwachtingen die zij van je hebben niet waarmaken. Tegen Mieke: 'Wees iets redelijker.' Tegen Aad: 'Laat jezelf zien en zie je vrouw niet als vijand, joh.' En tegen hen beiden: 'Laat mij niet al het werk doen.' Die laatste overtuiging vond ik de meest opmerkelijke. Ik kon mij er ook over verbazen. Ik werk zo hard. Ik wil iets van hen. Het verdriet werd voelbaar.
- Met dit verdriet ontstond een affectbrug: een emotie-associatie met een belangrijk moment uit mijn leven. Het besef dat ik dit gevoel in mijn levensgeschiedenis kan plaatsen. Als geparentificeerd kind zat ik tussen mijn ouders in. Een begrijper en bemiddelaar zodra mijn buiten zinnen zijnde moeder weer eens gek was geworden van mijn afwezige en letterlijk én Oost-Indisch dove vader. De ruzies tussen de ouders waren heftig. Ik zat er tussen en deed... ik deed ongeveer wat ik nu doe: steunen, begrijpen, masseren met woorden, op goeie momenten stil zijn, humor tonen. Dat hielp slechts even. Tot het weer begon. Mijn broer en zus hadden al afgehaakt en waren niet meer in het gezin. Tot ik uiteindelijk na veel onrust 'weg kon vallen', me niets meer dan alleen maar draaierig voelen.

Dat ik me dit opnieuw realiseer, maakt het wat minder zwaar en maakte de ademhaling makkelijker. Ik sta mijzelf toe er wat langer bij stil te staan en mijzelf wat compassie te geven. Ik kan in mijn 'innerlijke systeem' een helper voor mijzelf mobiliseren. En waar EFT als essentieel werkzaam element toewerkt naar een enactment die echtelieden tegenover elkaar uitspreken, kan ik beetje bij beetje steunzinnen aan mezelf voor elkaar krijgen, iets wat ik een 'innerlijk enactment' ben gaan noemen. Kletsend in mijzelf tijdens het fietsen slaat de helper een denkbeeldige arm om mijn geblokkeerde zelf heen en begin ik tegen mezelf te praten. Dat gaat ongeveer als volgt: *Het is vanuit jouw voorgeschiedenis goed te begrijpen dat je je onmachtig voelt in de opdracht een soort tolk, clown en vredestichter te zijn. Dit soort taken past niet bij jou. Toen niet, maar ook nu niet. Jij bent niet verantwoordelijk voor herstel van hun relatie. Ieder moet zijn verantwoordelijkheid weer kennen, zichzelf en elkaar leren begrenzen.* Ineens merkte ik dat dat een kernwoord vormde waar ik iets mee moest: 'begrenzing'. Na een stilte kon zowaar de helper, dit keer op het juiste moment, vragen: *Waar heb je eigenlijk behoefte aan, als je op deze manier vastzit? Wat heb je dan nodig?* De 'geblokkeerde Jaap' kon antwoorden: *Lucht. Ertussenuit. Weg van de beklemming. En net wat je zegt, zij moeten zich begrenzen en ik wil een rechtere rug. Ook een beetje kracht, zelfbescherming, dat het allemaal niet zo binnenkomt. Stoppen met dat louter woorden-gemasseer. Maar ja... hen ook niet verliezen...*

De innerlijke dialoog is vlotgetrokken. Als helper kan ik in mijn innerlijke dialoog zoiets zeggen als: *Ja, dat begrijp ik. Verliezen is een risico, maar als je de intentie hebt aanwezig te zijn als therapeut... tja, maar zij hebben ook een verantwoordelijkheid. Begrenzen, zeg je... dat kon vroeger niet... je kon je vader of moeder niet tot de orde roepen... Je mocht die boosheid niet goed voelen, uit angst voor afwijzing of verlies...? Een grens-trekkende positie had je niet... Nu wellicht wel, wat denk je? Je lijkt je nu zo oververantwoordelijk te voelen dat het jou onkrachtig maakt. Kracht wil je, maar ook empathie behouden, zoiets?*

Deze innerlijke zelfspraak geeft mij in ieder geval wat ruimte en ik kan met een zucht vaststellen dat het in de goede richting zit. De weg is vrijgemaakt om te gaan nadenken over hoe ik dit zou kunnen vertalen naar interventies. Ik besluit eerst voor mijzelf te oefenen met empathische begrenzing. Ik kan dat meteen al de volgende keer toepassen, als Mieke losbarst in woede op Aad en mijn gebruikelijke structurering niet lukt, om dan subiet te zeggen: *Ho stop! Dit wil ik nu stoppen. Dit gescheld gaan we nu niet doen.* (ik ga wat

meer rechtop zitten, beide voeten stevig op de grond, en tracht beslissen over te komen) ... *Mieke, zijn strakke gezicht, zo begrijp ik, maakt jou opnieuw zeer stressvol. Het alarm gaat bij jou af. Je hoopt hem te bereiken met je ferme taal, je behoefte aan contact is gelijk aan je geluidsvolume. Je gaat zo hard te keer dat ik ook de neiging heb om weg te vallen en dus jullie niet meer kan bereiken, en dat wil ik vóór zijn.*

Ik valideer hun beider gevoel, maar beslist niet het bijkomende gedrag, ik plaats het in de negatieve interactiecirkel en ik geef ieder zo een verantwoordelijkheid. Stilte. Ik vraag er niet eens om, maar het ontstaat gewoon. Aarzelend komt het gesprek weer op gang. Door deze empathische begrenzing is er een effectievere, veiligere therapeutische verbinding ontstaan.

Het is misschien niet de meest elegante interventie, maar alle drie lijken we ons erdoor bij elkaar geraapt te hebben. Om met hernieuwde moed verder te durven gaan met het proces, en uiteindelijk in fase 2, in de verdieping te belanden.

JUDITH – EN DE THERAPEUT, ZIJ PLOETERDE VOORT...

Peter en Hanna zijn twee veertigers, met een dochter van vijftien en een zoon van twaalf. Bij de hulpvraag wordt door Hanna ingevuld: 'Ik hoop dat we onze verschillen kunnen overbruggen en meer kunnen genieten van ons gezin.' En Peter zegt: 'Ik hoop dat we weer meer liefde voor elkaar kunnen voelen en uiten.'

Hanna is een lange, blonde vrouw, modieus gekleed. Ze werkt parttime als ziekenhuisapotheker. Ze geeft een stevige handdruk bij binnenkomst en wijst direct op de doos met tissues in mijn kamer. 'Knappe vrouw die mij aan het huilen krijgt!' zegt ze grappend. Ook Peter is lang, en opvallend tenger, door het vele hardlopen dat hij doet. Hij heeft een drukke eigen advocatenpraktijk.

De therapeutische relatie met beiden komt goed op gang, we gaan door de intakeprocedure, en we komen uit op een voorlopig zeer bescheiden gedeelde doelstelling: ze willen wat vriendelijker met elkaar omgaan, de onderlinge sfeer verbeteren. Peter is er duidelijk over dat hij op de lange termijn geen relatie zonder seks wil, maar wel bereid is om geduld te hebben, omdat Hanna aangeeft daar voorlopig niet aan toe te zijn. Al snel wordt duidelijk dat Hanna, hoewel ze vermijdend gehecht is, daarnaast, met name op het gebied van het ouderschap, een uitgeputte achtervolger is; de afgelopen tien

jaar heeft ze zich erg alleen gevoeld in het opvoeden van de kinderen, en het gaande houden van het gezinsleven. Ze heeft geprobeerd om Peter te betrekken bij haar zorgen, maar onvoldoende steun ervaren. Bovendien vindt ze dat ze, door Peter veel ruimte te geven voor zijn werkambities, veel heeft moeten inleveren qua eigen carrière-mogelijkheden, en daar te weinig erkenning voor heeft ontvangen. Ze heeft zich sinds een paar jaar teleurgesteld teruggetrokken, haar innerlijk werkmodel is: *Ik moet het toch altijd helemaal alleen doen*. Peter zet haar op een voetstuk en praat bewonderend over haar. Tegelijkertijd voelt hij zich ten onrechte te negatief beoordeeld: *Ik heb mijn leven gebeterd, ben meer betrokken op het gezin geraakt, en nu is het nog niet genoeg, ik kan het niet meer goedmaken, wat ik ook doe*. Ook zoekt hij toenadering door aanraking en tederheid, maar Hanna wil er sinds een jaar niets meer van weten, ze voelt dat hij vooral geruststelling zoekt, en die wil ze hem niet geven: *Ik heb niks meer te geven, en ik heb tijd nodig, geen idee hoe lang*. Hanna lijkt nu vermijdende en afwijzende hechtingsstrategieën af te wisselen, Peter is in de basis een terugtrekker in de relatie, maar vecht nu voor het behoud ervan.

Peter komt uit een intact en harmonieus gezin, waar weinig over emoties gepraat werd, en vooral non-verbaal genegenheid werd geuit. Hij is op school langdurig gepest, en had wat leermoeilijkheden, waardoor hij lange tijd is onderschat op school. Dat heeft zijn gevoel van eigenwaarde aangetast. Vanuit haar achtergrond (enig kind, opgevoed in een diplomatengezin, waarin presteren en sterk-zijn hogelijk gewaardeerd werden) heeft Hanna geleerd haar kwetsbaarheid weg te stoppen. Ze is als kind veelvuldig verhuisd, haar ouders waren vaak niet beschikbaar door hun werk en ze heeft steeds wisselende kindermeisjes gehad, waardoor ze geleerd heeft zich emotioneel vooral op zichzelf te verlaten.

Hanna praat in negatieve termen over Peter, snuift ongelovig als hij emotioneel wordt, en reageert cynisch op zijn wanhopige uitingen van gemis, die zij als manipulatief ervaart. Ze voelt zich onder druk gezet als hij zijn afhankelijkheid toont, en reageert met afwijzing en minachting. Zelf heeft ze afgeleerd om zich afhankelijk op te stellen, maar als ik voorzichtig naar een verband tussen haar huidige gedrag en haar voorgeschiedenis vraag, wijst ze dat resoluut van de hand. Bovendien vindt ze zichzelf niet zielig, en ze is vastberaden zich dat niet te laten aanpraten.

Ook over de therapie, en over het hechtingskader, waar ik af en toe heel summier wat over uit probeer te leggen, is ze sceptisch: *Ik*

vind jou aardig en je bent vast een goede therapeut, maar ik weet niet of ik wel in het model en in therapie geloof. Alle relaties worden toch minder gepassioneerd na zo veel jaar, daar moet Peter zich gewoon bij neer gaan leggen! Toch wil ze nog steeds komen. En ik merk dat ik haar, ondanks haar weerbarstige gedrag, ook aardig blijf vinden. Haar verzet tegen haar eigen kwetsbaarheid, die zo dicht onder de oppervlakte voelbaar is, maakt me machteloos, maar ontroert me ook in zekere zin, en ik blijf, net als Peter, pogingen doen om aan te sluiten bij haar emoties.

Peter wisselt zijn wanhoopspogingen om haar te bereiken (door haar te complimenteren en door lijstjes met haar opdrachten af te werken) af met zich fel verdedigen tegen haar kritiek. Hanna verdraagt het als ik haar af en toe begrens ten behoeve van de veiligheid in de therapiekamer. Bijvoorbeeld wanneer ze zich laat gaan in haar minachting door kleinerende opmerkingen te maken tegen Peter wanneer hij huilt. Daarbij reflecteer en valideer ik eerst haar boosheid, maar ik begrens ook haar gedrag: *Zo wil ik niet dat je hier in de kamer met Peter omgaat, ik begrijp de pijn en het gemis die eronder liggen, maar deze uitingen moeten stoppen: ze gaan over de grens, ze zijn beschadigend voor Peter en voor de relatie.*

Door steeds haar boosheid te reflecteren, en te valideren in het licht van haar ervaringen van de afgelopen jaren, en deze secundaire emoties te exploreren, hoop ik haar te helpen verzachten, maar dat lukt helemaal niet. Als er al sprake is van zachtere emoties, worden die onmiddellijk ontkend door haar. Ze komt steeds vaker binnen onder luide verzuchtingen dat ze liever zou gaan paardrijden dan in therapie zijn, waarop Peter mij wanhopig aankijkt, maar als ik deze uitspraak serieus probeer te nemen en met hen het therapieproces evalueer, geven beiden, ook zij, aan dat ze de therapie een kans willen geven en verder willen gaan.

Na een sessie of acht is er eigenlijk nog nauwelijks verandering en ik bespreek de casus in intervisie met een paar collega's. Die constateren met mij dat de prognose somber is, gezien de minachting van Hanna voor Peter, en denken mee over hoe ik haar zowel kan begrenzen als valideren, en raden mij aan ook de werkrelatie met haar bespreekbaar te maken, de manier waarop ik me schaakmat gezet voel. Die stel ik aan de orde, tot twee keer toe, en daarvan is beide keren het resultaat dat Hanna een beetje inbindt met haar kritiek op haar man. Ze zegt dat ze niet wil stoppen, en ook heus wel een beter contact wil met Peter. Peter en ik halen dan beiden opgelucht

adem, maar eigenlijk verandert er hoegenaamd niets. Sessie na sessie ploeter ik voort, en de ontmoediging neemt toe, zowel bij hen als bij mij. Het ziet er naar uit dat we hier nog maanden mee voort kunnen gaan, en dat ik onderdeel aan het worden ben van hun negatieve patroon. Dit schiet niet op. Ik weet dat ik zou moeten stoppen, ik kan hen blijkbaar niet verder helpen en mijn voorstel om een collega ter consultatie erbij te roepen is door hen afgewezen.

Ik merk dat ik dat heel erg moeilijk vind. Mijn zoon, die bedrijfskunde gestudeerd heeft, heeft mij het fenomeen van '*sunk costs*' uitgelegd, een begrip uit de aandelenhandel dat doorgaan met investeren inhoudt ondanks dat het verlies oplevert. Weigeren om je verlies te nemen omdat je dat zonde vindt van alles wat je al hebt geïnvesteerd, en ondanks de feiten blijven hopen dat de investering toch nog wat gaat opleveren, waardoor de verliezen uiteindelijk blijven oplopen. Dat doen we soms ook in therapie: te lang doorgaan vanwege de soms irrationele hoop dat alle investeringen niet voor niets zijn geweest.

Ik ga eens op mijn meditatiekussentje tegen de radiator zitten, een plek waar ik goed kan reflecteren, en ga bij mezelf te rade waar ik nu sta en wat er nodig is, en gebruik de stappen van ons model daarvoor: wat is er aan de hand? De therapie levert weinig verbetering op en ik ben duidelijk niet in staat om daar verandering in aan te brengen. Ik wil stoppen, vind ook dat dat moet, maar ik durf het niet goed met hen te bespreken. Waarom vind ik dat zo lastig, en wat heb ik nodig om het te kunnen?

De eerste vraag die ik me stel is: wat doe ik nu eigenlijk, waar ben ik mee bezig? Ik ga door, tegen beter weten in, met iets wat niet meer helpend is, en vind het moeilijk om te doen wat gedaan moet worden.

Wat voel ik emotioneel en lijfelijk? Spanning en angst, vooral voelbaar in mijn buik, en tegelijkertijd een soort drive: 'niet opgeven!' Ik probeer erbij stil te staan en te ervaren waar deze angst en deze drive om steeds maar door te gaan naar verwijzen. Ik ben bang voor hun teleurstelling, ik voel het als hen in de steek laten en ik voel bezorgdheid om dit gezin. Hoe moet het verder? Ik voel me er heel verantwoordelijk voor, blijkbaar.

Waar ken ik dat gevoel van? Vraag ik me af. Het komt me inderdaad bekend voor: het is een oude vertrouwde ervaring, het idee verantwoordelijk te zijn voor iets waar ik tegelijkertijd weinig greep op heb, en daar een machteloos gevoel van krijgen. Zou het opnieuw

mijn oude, vertrouwde, geparentificeerde zelf zijn, dat weer eens de kop opstak?

Als kind van twee heel verschillende ouders (mijn vader was militair en mijn moeder kunstenares) met een conflictueuze, moeilijke relatie, met veel ruzie en onbegrip, was ik altijd druk in de weer met bemiddelen en mentaliseren voor beiden. Zij namen nauwelijks verantwoordelijkheid, ik des te meer. Het hielp natuurlijk niet. Zij bleven doen wat ze deden en ik voelde me moe en machteloos. Uiteindelijk scheidden ze.

Dat ik me dit verband opnieuw realiseer, geeft al wat ruimte, maar het is nog niet genoeg om verder te komen. Ik mobiliseer mijn eigen helper. En in die rol zeg ik tegen mezelf: *Het is vanuit jouw rol in je gezin van herkomst goed te begrijpen dat dit moeilijk voor je is, omdat het jou opnieuw het gevoel geeft dat jij de problemen moet oplossen, dat jij verantwoordelijk bent. Dat was te zwaar voor een kind, een onmogelijke opgave die je jezelf had gesteld en waar je niet in bent begrensd door je ouders, die doorgingen met jou te belasten. Je hebt nu alles gedaan wat in je vermogen lag, maar dat is blijkbaar niet voldoende om hun relatie ten positieve te veranderen. Je mag je opdracht teruggeven. Dat voelt meteen behoorlijk opluchtend. Daarna vraag ik aan mezelf: Waar heb je eigenlijk behoefte aan op dit moment? Wat heb je nodig?* Mijn geblokkeerde zelf weet daar snel antwoord op: *Ik moet mezelf ontslaan van de plicht iets te moeten doen wat niet in mijn macht ligt, wat eigenlijk onmogelijk is. En ik heb de moed nodig om hen te durven teleurstellen, want dat zal zeker gebeuren.*

Mijn helper zegt daarop: *Ja, dat begrijp ik. Dat is ook moeilijk. Maar jij bent verantwoordelijk voor je professionele handelen, en je moet je als therapeut zo goed mogelijk inzetten voor hen en dat heb je ook gedaan, met alles wat in je vermogen ligt. Jij bent echter niet verantwoordelijk voor hun liefde, dat zijn ze uiteindelijk zelf. Jij mag de opdracht teruggeven als het onvoldoende oplevert.*

Dit helpt me om moed te verzamelen om te doen wat volgens mij gebeuren moet, namelijk stoppen met de behandeling. De eerstvolgende sessie vertel ik hun mijn overwegingen en mijn besluit. Ik zeg ook dat ik het naar vind dat de therapie niet voldoende heeft opgeleverd, ondanks onze inspanningen, en dat ik het moeilijk vind om ze los te laten omdat ik sterk meeleef met hen allebei en met hun gezinsleven. Ze zijn beduusd, en Peter vraagt of we niet een korte pauze kunnen inlassen, en over een paar weken door kunnen gaan. Ik houd voet bij stuk, en we ronden de sessie af met de constatering

dat we er alle drie meer van gehoopt hadden, en dat het moeilijk, frustrerend en verdrietig is. Het lukt om het daarbij te houden, niemand beschuldigt een ander. We zitten er gewoon mee, met elkaar. Peter uit zich het meest emotioneel, Hanna reageert meer gelaten, het is mij niet duidelijk of ze naast verbaasd en teleurgesteld ook opgelucht is.

Peter vraagt om een advies over een individuele therapeut om hem te helpen een keus te maken: blijven in een huwelijk waar ze geen partners meer zijn, maar vooral co-ouders, of vertrekken, met alle gevolgen van dien. Ik vind een EFT-collega bereid een aantal individuele balansgesprekken met hem te voeren. Hij heeft daar tot op heden geen gebruik van gemaakt, maar stuurde mij wel een mail waarin hij schreef: *Ik vond het heel moeilijk dat je de therapie stopzette, maar het heeft wel tot gevolg gehad dat Hanna en ik samen in gesprek zijn gekomen, actiever aan onze relatie werken. Ik realiseer me dat dit het enige was wat je kon doen, want: de liefde moet van twee kanten komen.*

Dit is geen pleidooi voor het rücksichtslos beëindigen van ingewikkeld verlopende therapieprocessen, want soms is lang doorploeteren, met behulp van intervisie, supervisie en consultaties, wel degelijk zinvol. Maar te lang doorgaan ondanks gering resultaat kan ook een uiting zijn van onze eigen moeite om de grenzen aan ons therapeutisch vermogen én de grenzen aan de maakbaarheid van relaties te onderkennen. Dan is het nodig onszelf te bevrijden uit zich herhalende oude patronen.

NABESCHOUWING

We realiseren ons dat de stappen die we hierboven hebben beschreven om uit een therapeutische blokkade te komen, natuurlijk niet alleen bruikbaar zijn bij relatietherapie. Ook in gezinstherapie, individuele therapie of supervisie zijn ze nuttig.

Ze zijn stuk voor stuk en apart van elkaar ook verre van nieuw. Wel hopen we met deze gestructureerde beschrijving een bijdrage te leveren aan het vinden van een methode om, als emotiegerichte systeemtherapeut, systematisch over onszelf na te denken, op een manier die het interactionele en het emotiegerichte perspectief integreert.

Verder zien we in dat een dergelijke systematische zelfreflectie moeilijk is en regelmatige oefening vergt. Bij een stagnatie in de

therapie is het de uitdaging om na te gaan waar dat aan ligt. Heeft het te maken met een persoonlijke blokkade van de therapeut, met de beperking van het gekozen model, (een gebrek aan) verander-mogelijkheden van het systeem, of eerder met de context of de (niet correct uitgevoerde) technieken? Wij vinden dan ook dat deze 'zelf-hulp' nooit in de plaats kan komen van hulp van collega's, maar we geloven wel dat het er een waardevolle aanvulling op kan vormen.

BRONNEN

- Baars, J. & E. van Meekeren (2015) (red.). *De ziel van het vak: Over contact als kernwaarde in therapie*. Amsterdam: Boom.
- Baldwin, M. (2000) (red.). *The Use of Self in Therapy* (2e druk). New York: The Haworth Press.
- Baylin, J. & D. Hughes (2012). *Brain-based parenting. The Neuroscience of Caregiving for Healthy Attachment*. New York: Norton.
- Bowlby, J. (1962/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Flaskas, C. (2005) 'Sticky situations, therapy mess: On impasse and the therapist's position', in: C. Flaskas, B. Mason & A. Periesz (red.) *The space between: Experience, context, and process in the therapeutic relationship*, p. 111-125. Londen: Karnac.
- Fonagy, P., G. Gergely, E. Jurist & M. Target (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fosha, F. & D. Siegel (2009). *The Healing power of emotion. Affective neuroscience, development & clinical practice*. New York: Norton.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. Londen: Constable.
- Gendlin, E.T. (1996) *Focusing-oriented psychotherapy: a manual of the experiential method*. New York: Guilford Press.
- Germer, C. (2009). *The Mindful Path to Self-Compassion. Freeing Yourself from Destructive Thoughts and Emotions*. New York: Guilford Press.
- Hughes D. & J. Baylin (2012). *Brain-Based Parenting: The Neuroscience of Caregiving for Healthy Attachment*. New York: Norton & Co. In Nederland verschenen als: *Opvoeden doe je met je brein: Wat de neurowetenschap je leert over een hechte band met je kind*, vertaling Wouter Scheen (2014), Amsterdam: Hogrefe.
- Johnson, S.M. (2010). *Veilig Verbinden*. Utrecht: Stichting EFT.
- Papp, P. (1980). *De praktijk van de gezinstherapie*. Houten: Van Loghum Slaterus.

- Rober, P. (1999). 'The therapist's inner conversation in family therapy practice: Some ideas about the self of the therapist, therapeutic impasse, and the process of reflection', *Family Process*, 38, p. 209-228.
- Satir, V. (2000). 'The therapist story', in: M. Baldwin (red.) *The use of Self in therapy* (2e druk), p. 17-27. New York: Haworth.
- Siegel, D.J. (2010). *Mindsight: The New Science of Personal Transformation*. New York: Bantam.
- Siegel, D.J. (2011). *De mindful therapeut: een gids voor mindsight en neurale integratie*. Vertaling Peter Diderich. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Schwartz, R.C. (1995). 'Some forms of self-compassion are harder than others', *Internal Family Systems Therapy*. Londen: Guilford Press.
- Daniel N. Stern (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York, Londen: W.W. Norton.
- Vanaerschot, G., N. Nicolai & M. Hebbrecht (red.) (2014). *Empathie. Het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten*. Leusden: Diagnôsis Uitgevers.
- Whitaker, C. (1989). *The midnight musings of a family therapist*. New York: Norton.
- Ovreeide, H. (2002), geciteerd in: S. Hart (2010). *The impact of attachment – Developmental Neuroaffective Psychology*. New York: Norton.