

Cliëntgerichte psychotherapie: update van een veelzijdige experiëntiële benadering

Mia Leijssen

SAMENVATTING

Cliëntgerichte psychotherapie kent verschillende substromingen waarvan de werkzaamheid empirisch onderbouwd is: de reflectieve of klassieke rogeriaanse psychotherapie, de experiëntiële benadering met focussen en emotiegerichte therapie, de interactionele of interpersoonlijke therapie, de existentiële of zingevingstherapie en de positieve of existentieel welzijn-therapie. Telkens wordt de therapeutische relatie aangepast aan de problematiek in het hier en nu, aan kinderen en volwassenen met uiteenlopende cognitieve vermogens, aan partners, gezinnen en groepen. Cliëntgerichte psychotherapie zet innovatieve methoden in om bewustwording en verandering te bereiken; lichamelijke belevingen, emoties, cognities en acties worden met elkaar in overeenstemming gebracht en hinderende mechanismen worden directief aangepakt. Bestaans- en zingevingsvragen krijgen erkenning en talenten worden gestimuleerd. Rekening houdend met diagnostische kennis en behandelprotocollen, schept zij ruimte voor onverwachte wendingen waarmee de unieke cliënt de therapeut uitnodigt tot flexibiliteit in een snel evoluerend hulpverleningslandschap.

Inleiding

De humanistische benadering wordt de ‘derde kracht’ in het therapielandschap genoemd omdat ze historisch na de psychoanalyse en de gedragstherapie komt. Cliëntgerichte psychotherapie is binnen deze stroming de bekendste behandelingsvorm. Sinds Rogers (1942) de basisprincipes formuleerde, heeft ze zich ontwikkeld tot een gediversifieerd palet van evidencebased interventies (Greenberg, Elliott, Lietaer, & Watson, 2013). Rogers beklemtoonde de kracht van het therapeutische contact en de relevantie van de subjectieve beleving. Zich afzettend tegen het medische model, waarbij de arts voorschrijft wat de patiënt moet doen, sprak hij in de beginfase over *niet-directieve counseling*. Daarmee accentueerde hij dat er in eerste instantie geluisterd moet worden naar de visie van de patiënt en dat die in zijn eigen kracht hersteld moet worden. Rogers (1951) heeft de term ‘niet-directief’ verlaten omdat die niet essentieel is en vaak aanleiding gaf tot karikaturen als papegaaiachtig luisteren en instemmend knikken. Hij schakelde ook over van ‘patiënt’ naar ‘cliënt’ om het model niet te beperken tot de medische context. Rogers was een pionier in het empirisch bestuderen van

gedrag dat het therapeutische proces bevordert. De naamgeving ‘cliëntgericht’ of ‘persoonsgericht’ weerspiegelt de bekommernis om in de complexiteit van het therapeutische proces steeds de cliënt als persoon centraal te stellen. De substromingen die ontstonden, ontleen hun naam aan de kernprocessen die ze onderzochten en uitwerkten in specifieke therapeutische interventies (Cooper & McLeod, 2011; Lietaer, Vanaerschot, Snijders, & Takens, 2008).

In deze bijdrage worden de substromingen waarvan de therapeutische werkzaamheid empirisch onderbouwd is, in de kijker gezet: de *reflectieve* of klassieke rogeriaanse psychotherapie, de *experientiële* benadering met focussen en emotiegerichte therapie, de *interactionele* of interpersoonlijke therapie, de *existentiële* benadering of zingevingstherapie en de *positieve* benadering of ‘existentieel welzijn’-therapie. Cliëntgerichte psychotherapeuten integreren die interventiemogelijkheden naargelang de problematiek en de fase van het therapeutische proces, zoals we in een casusbeschrijving duidelijk zullen maken.

In de humanistische benadering worden termen zoals psychotherapie, counseling, coaching, psychologische begeleiding, eerstelijnszorg niet strak afgebakend. In de praktijk gelden dezelfde werkzame processen en is het aan de hulpverlener om een gepaste afstemming te vinden in het hier en nu. Het leidmotief is steeds: hoe kan iets terug in beweging komen? Wat is er nodig om herstel en gezonde ontwikkeling mogelijk te maken? Cliëntgerichte therapeuten hebben steeds geijverd om de ‘empowerment’-beweging door te trekken naar andere contexten waarin relationele vaardigheden aan de orde zijn: opvoeding, onderwijs, geneeskunde, organisaties. Soms onder een nieuwe naam, zoals ‘emotionele intelligentie’, wanneer empathie als sociale vaardigheid aangewend wordt. Die ruime toepassing van het ideeëngoed heeft als keerzijde het risico van een verkeerde interpretatie: alsof het zou gaan om eenvoudige vaardigheden die iedereen in huis heeft.

Het cruciale belang van de basisvaardigheden uit de cliëntgerichte psychotherapie wordt in professionele middens erkend onder de noemer van *gemeenschappelijke factoren* (Norcross, 2011; Vanaerschot, Nicolai, & Hebbrecht, 2015). Empathie, acceptatie en echtheid zijn de fundamentele voor elke werkalliantie en werkzame therapie.

Casus: het lichaam signaleert

Een 40-jarige vrouw kampt met chronische vermoeidheid en hevige angstaanvallen. Ik noem haar Sonja. Bij eerdere psychiatrische opnames kreeg ze de diagnoses ‘posttraumatische stressstoornis’ en ‘dissociatieve identiteitsstoornis’. Ze heeft ervaringen opgedaan met verschillende therapievormen maar zich ‘niet geholpen gevoeld’. Op het internet vond ze informatie over focussen. Dat sprak haar aan vanwege haar onbegrepen lichamelijke klachten en omdat ze ook ‘uit haar lichaam’ gaat wanneer ze het moeilijk krijgt.

Die informatie krijg ik in het eerste gesprek na mijn openingsvraag: “Wat brengt je hier?” Sonja vertelt verder dat ze amper de dag doorkomt. Ze is gehuwd met een partner die haar mishandelt. Ze ziet geen mogelijkheid om zijn agressie te begrenzen want ze is financieel afhankelijk van hem. Bij doorvragen vertelt ze dat ze als kind zwaar mishandeld werd door een alcoholistische vader die het gezin terroriseerde. Omdat vader een hoge sociale functie bekleedde, werd er voor de buitenwereld gedaan alsof er niets aan de hand was. Ik benoem

hoe beangstigend en verwarrend dat voor haar geweest moet zijn. Ik geef ook erkenning aan haar pogingen om haar jongere zussen te beschermen. Ik vraag naar haar huidige relatie met haar gezin van herkomst. Vader is met dementie opgenomen in een verzorgingsinstelling, moeder is overleden aan kanker, een zus pleegde zelfmoord, de andere zus verblijft in een psychiatrische instelling.

In plaats van een loutere informatie-uitwisseling kies ik ervoor Sonja in ons eerste contact vooral te laten ervaren hoe deze therapiebenadering kan werken. Ik ben helder en zorgzaam aanwezig, verwoord regelmatig wat ik begrijp, met af en toe vragen om verduidelijking of concretisering. Zo krijgt de narratieve constructie van haar identiteit vorm. Ik merk dat ze haar emoties niet doorvoelt. Maar het feit dat zij zich aangemeld heeft omwille van focus-sen maakt duidelijk dat zij hoopt iets te leren van het experiëntieële gamma. Het valt op dat ze geen oogcontact maakt en alles in de ruimte nauwkeurig taxeert. Ik realiseer mij dat zij mensen op het verkeerde been kan zetten met haar verzorgde voorkomen en intelligente taalgebruik. Ik merk dat ik mij gekleineerd voel door haar manier van doen. Mogelijk gebeurt dat ook in haar relaties in de buitenwereld en lokt het agressie bij haar partner uit. Dat interactionele effect verwoord ik nu niet. Sonja zou dat als een veroordeling kunnen beleven, wat onze prille werkrelatie te onveilig zou maken.

Er zijn echter ook lichtende bakens in haar existentiële moeras: haar kinderen geven haar leven zin en het is merkbaar hoe zij sporadisch haar organisatietalent en creativiteit mobiliseert voor kwetsbare familieleden.

Geïnspireerd vanuit verschillende substromingen, ontwikkel ik gaandeweg hypothesen over potentieel helpende processen; hierbij laat ik mij niet leiden door classificerende diagnoses. Wel ben ik geïnteresseerd in haar levensloop, haar kwetsbaarheid en veerkracht, haar sterktes en de aanknopingspunten voor therapeutische verandering.

Procesdiagnostiek

Cliëntgerichte psychotherapeuten behalen goede behandelresultaten bij mensen met uiteenlopende diagnoses (Angus, Watson, Elliott, Schneider, & Timulak, 2014). De fenomenologische visie primeert echter op de diagnostische kennis van de expert die naar stoornissen speurt. Theorieën worden in het achterhoofd gehouden terwijl cliënten vanuit een open houding worden ontmoet. Kennis en ervaring dienen om opmerkzamer te zijn voor problemen die zich voordoen in de interactie en leveren inspiratie voor de best mogelijke behandeling (Sachse, 2014). Procesdiagnoses beschrijven niet hoe iemand is, maar besteden aandacht aan gedrag dat zich in specifieke situaties voordoet. De therapeut let op problematische belevings- en relatiewijzen. Door empathisch in te gaan op zowel inhoud als proces maakt de therapeut begrijpelijk hoe en waarom de cliënt in bepaalde situaties moeilijkheden ondervindt.

Procesdiagnoses sluiten het gebruik van kennis uit de klassieke diagnostiek niet uit. Ziektebeelden worden immers gekenmerkt door specifieke belevings- en relatiewijzen waardoor de persoon in moeilijkheden komt (Vanaerschot, 2006). Zo kan een persoon met een 'dissociatieve identiteitsstoornis' onzeker zijn over het bestaansrecht van een eigen innerlijke wereld, veel moeite hebben om de intensiteit van emoties te regelen, een geschiedenis

hebben met anderen die hun macht misbruikt hebben. Doordat procesdiagnoses de problematische belevings- en relatiewijzen in het hier en nu identificeren, bieden ze aanwijzingen voor interventiemogelijkheden die een volledige behandelingscyclus kunnen omvatten. Substromingen in de cliëntgerichte psychotherapie zijn expliciteringen en concretisering van helpende processen die in de cliëntgerichte basisvisie vervat zijn. Therapeuten hebben soms voorkeuren voor behandelingsvormen die nauwer aansluiten bij hun persoonlijke talenten of de socioculturele context waarin ze zich bevinden. De diversiteit garandeert dat therapeuten zich soepel kunnen bewegen in het gevarieerde landschap van het menselijk bestaan.

De reflectieve benadering of klassieke rogeriaanse psychotherapie

Aanvankelijk legt Rogers (1957) de nadruk op empathisch exploreren van de beleving van de cliënt als de weg naar persoonlijkheidsverandering. De heldere aanwezigheid en de onvoorwaardelijke aanvaarding van de therapeut zijn noodzakelijke condities voor de cliënt om achter zijn façade te durven te kijken en zich te bewegen in zijn – vaak met schaamte beladen – leefwereld.

Voor cliënten met emotionele, cognitieve, gedragsmatige en relationele instabiliteit is de therapeutische relatie geen ‘context’ maar de basis waarop ze hun bestaansrecht ervaren, het houvast dat ze testen op betrouwbaarheid, een oefenschool en model voor vernieuwend interpersoonlijk gedrag. Rogers vond dat techniek, theorie en ideologie er weinig toe doen en verzette zich tegen het voorwenden van begrijpen zonder ‘echt’ contact te maken. De therapeut kan dan ook eigen belevingen inbrengen om het proces te verhelderen, onterechte ideeën van de cliënt bij te sturen en onderwerpen die de cliënt vermijdt, ter sprake te brengen. Onvoorwaardelijke aanvaarding heeft niets met goedkeuring te maken, maar impliceert een ethische stellingname van actief contact blijven zoeken ondanks problematisch gedrag van cliënten. De therapeut laat zich niet leiden door waardeoordelen en is daardoor in staat de communicatie open te houden en samen met de cliënt probleemgedrag te begrijpen en alternatieven te onderzoeken.

De klassieke rogeriaanse psychotherapie wordt de *reflectieve* benadering genoemd omdat de zorgvuldige weergave van de beleving van de cliënt van moment tot moment een belangrijk instrument is. Empathische reflecties brengen ordening en verdieping in de narratieve constructie, bieden containment en validering van ervaringen, reveleren zin en betekenis in gebeurtenissen, en versterken zo de ik-functies bij de cliënt. Hierdoor wordt de zelfsturing van de cliënt aangemoedigd en ontwikkelt zich een herintegratie van lichamelijke sensaties, emoties, cognities en gedrag. Ontbrekende stukken in het verhaal vallen op hun plaats, ‘zwart-wit’ krijgt kleur, de identiteit krijgt meer vorm en er openen zich nieuwe perspectieven in de leefwereld van de cliënt (Hafkenscheid, 2013).

Empathische reflecties zijn krachtige interventies bij ernstige stoornissen (Baljon, 2012; Vanaerschot, 2013) waarbij cliënten geen contact hebben met eigen belevingen, er sprake is van emotionele uitbarstingen en relaties zijn gekenmerkt door extreme afhankelijkheid of afwijzing. Het volhouden van empathische afstemming voorziet in belangrijke ontwikke-

lingsbehoefte van de cliënt. Onvervormd spiegelen helpt de cliënt om zich belevingen toe te eigenen, woorden te vinden voor ervaringen die onbenoemd bleven, orde te scheppen in de chaos van sensaties, cognities en emoties. Trauma's worden vaak overleefd door afsplitsing van ervaringen of vlucht uit de realiteit. Stabilisatie, symptoomreductie, doorleving en verwerking vergen van de therapeut empathie, afgrenzing en langdurig engagement.

Toepassingen van de reflectieve benadering bij specifieke doelgroepen krijgen soms een andere benaming. Bij *pre-therapie* (Prouty, 2002) worden cliënten met psychotische symptomen, ernstige mentale handicaps en primitieve functioneringswijzen behandeld met contactreflecties van lichaamshoudingen, gelaatsexpressies, (flarden van) uitspraken en het regelmatig herhalen van interventies. Op die wijze wordt het contact met de realiteit, de onderliggende beleving en anderen (bij momenten) hersteld (Dekeyser, Prouty, & Elliott, 2008; Brooks & Paterson, 2011).

Motiverende gesprekstherapie toont de werkzaamheid van de benadering bij verslavingen, ambivalenties en conflicterende belangen (Miller & Rollnick, 1991; Renders, 2002).

Het vraagt training, discipline en maturiteit vooraleer de therapeut de kunst beheerst om contact te maken met en zich te bewegen in leefwerelden die soms veraf liggen van eigen ervaringen, zonder dat eigen kwetsuren bij bepaalde thema's kortsluiting veroorzaken (Haneke, 2013).

De experiëntiële benadering met focussen en emotiegerichte therapie

'Experiencing' verwijst naar het lijfelijk emotioneel ervaren dat er is voordat de persoon er woorden voor heeft. Waar Rogers met de therapeutische relatie vooral de nadruk legt op de interpersoonlijke omstandigheden, verschuift Gendlin (1973) het accent naar de manier waarop de cliënt met zichzelf omgaat en wat hij kan (leren) doen voor herstel en optimale ontwikkeling.

Deze benadering vloeit voort uit onderzoek naar kritische momenten in therapie: gedetailleerde beschrijvingen van hoe het psychotherapieproces goed loopt, hoe het kan ontsporen en hoe het bijgestuurd wordt. Binnen deze substroming ligt bij *focussen* het accent op lijfelijk gevoelde componenten, terwijl *emotiegerichte therapie* vertrekt van emotionele componenten.

Gendlin beschrijft focussen als een doeltreffende manier om in contact te komen met het ervaringsproces en het te ontwikkelen. In de therapie is focussen te herkennen aan een zoekende, niet-analytische manier van praten waarbij de cliënt in zichzelf aftast welke woorden uitdrukken hoe hij iets ervaart. Gendlin (1984) noemt dat ervaren de 'felt sense' (gevoelde betekenis/zin). Het gaat om een vaag weten dat lijfelijk voelbaar is, waarvan de betekenis zich gaandeweg verduidelijkt dankzij de naar binnen gerichte aandacht. Er komt beweging in de felt sense in interactie met de juiste uitdrukkingen (woorden, gebaren, beelden, tekeningen, ...). Met die uitdrukkingen komen doorvoelde inzichten. Wanneer de cliënt het nieuwe ten volle ontvangt en er even kan bijblijven, ontwikkelen zich daaruit nog meer stappen, als een creatief proces dat zich verder naar buiten werkt.

De therapeut helpt de cliënt door aanwezig te zijn als een respectvolle onvoorwaardelijke luisteraar die zijn oprechte belangstelling vormgeeft door de essentie vast te houden en te spiegelen. Hij geeft sturing wanneer de cliënt terechtkomt in een pijnlijke zone of op een zijspoor geraakt.

Gendlin (1981) heeft een methode ontwikkeld om focussen mogelijk te maken bij cliënten die niet tot constructieve zelfreflectie komen. De methodiek bevat een gedetailleerde beschrijving van stappen waarmee focussen aangeleerd wordt en hulp bij specifieke problemen, zoals cliënten die gevoelloos reageren of vluchten in rationalisaties.

Met de eerste focusingstap *ruimte maken* leert de cliënt de aandacht in het lichaam te brengen en op te merken welke sensaties waarneembaar zijn. Oefenen met onbevooroordeeld observeren zonder samen te vallen met wat er opkomt, heeft op zich al een stressreducerend en helend effect (Katonah, 2010; Klagsbrun, Lennox, & Summers, 2010; Leijssen, 2013). Focussen verschilt van mindfulness – dat ontstaan is uit meditatie en aanzet tot ‘loslaten’ – doordat het een ‘juiste afstand’ tot problemen probeert te creëren, waarbij de cliënt voeling heeft met wat hem raakt zonder hierdoor overspoeld te worden. De therapeut zal een gamma van interventies inzetten wanneer de cliënt het exploratieproces onderbreekt met *kritische of deva-luerende* opmerkingen gericht op zichzelf (Stinckens, Lietaer, & Leijssen, 2013). Het gaat dan om stereotiepe reactiepatronen die de cliënt overgenomen heeft van belangrijke autoriteiten, en/of het op een rigide wijze blijven hanteren van oude overlevingsstrategieën.

Gendlin (1996) heeft altijd beklemtoond dat de experiëntiële component een therapie efficiënter maakt (Parker, 2014). Zo wint *oplossingsgerichte* therapie aan kracht wanneer de cliënt regelmatig uitgenodigd wordt om bij zichzelf te toetsen of een idee klopt, zodat zijn organisme ten volle kan instemmen met wat er voorgesteld wordt en de kans op succesvolle uitvoering groter wordt (Jaison, 2014). Focussen geeft ook diepte en onverwachte wendingen aan het werken met *dromen* (Gendlin, 1986; Leijssen, 2004). Theorieën over archaisch taalgebruik en betekenis van beelden leveren inspiratie om specifieke vragen te stellen aan de cliënt. Vanuit de *felt sense* van de droom kunnen verrassende interpretaties opduiken die niet aangereikt worden door de expert, maar die het diepere weten van de cliënt uitdrukken.

Greenberg en Elliott ontdekten dat diverse problemen verband houden met emoties en de wijze waarop mensen informatie verwerken (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Greenberg, 2012; Takens, 2013). Ze onderscheiden *basisemoties* die aanzetten tot actie (zoals kwaadheid, verdriet, angst), en *complexere* emoties die meer informatie integreren (zoals schaamte of vreugde). Emoties kunnen *primair adaptief* zijn, vergelijkbaar met een gezond buikgevoel van waaruit onmiddellijk een reactie komt die overleving en welzijn dient (zoals kwaadheid bij grensoverschrijding, maar ook complexere gevoelens zoals verwondering, mededogen). *Primair maladaptief* zijn emoties die vastzitten en tot chronisch slecht voelen leiden (zoals onverwerkt verdriet, destructieve kwaadheid of complexere gevoelens zoals vervreemding, leegheid). Maladaptieve emoties zijn het gevolg van traumatische ervaringen die onvoldoende erkend zijn. *Secundaire* emoties dienen als afweer tegen primaire emoties die als ongewenst beleefd worden (zoals angst voor kwaadheid, schaamte om verdriet). Ten slotte zijn er *instrumentele* emoties waarmee anderen gemanipuleerd worden (zoals tranen om de omgeving te bewerken).

De therapeut verwelkomt en benoemt emoties. Bij problematische emotionele ervaringen en expressies worden diverse actieve werkvormen gehanteerd. In emotiegerichte therapie

leren cliënten om zich sneller en beter bewust te zijn van hun emoties, hun vermogen om intense emoties te verdragen neemt toe, ze kunnen emoties adequater en authentieker uitdrukken zodat hun lijden erkend wordt en hun behoeften vervuld worden. In verschillende randomised clinical trials is aangetoond dat emotiegerichte therapie anders en beter werkt dan ‘praten over emoties’, zoals bij gesprekstherapie of bij cognitieve therapie vaak het geval is (Angus et al., 2014).

Emotiegerichte therapie assimileert goed met verschillende therapeutische werkvormen en maakt zelf ook gebruik van technieken en theorieën uit andere richtingen (zoals tweestoe-lentechniek, rollenspel, non-verbale werkvormen).

Johnson (2013) heeft de emotiegerichte therapie in combinatie met hechtingstheorieën en systeemdenken vertaald naar *partnerrelatietherapie* (Greenberg & Goldman, 2008). Zoals bij alle experiëntiële benaderingen is ook hier afwisselend aandacht voor interpersoonlijke en intrapsychische aspecten die om bijsturing vragen opdat het systeem opnieuw kan groeien.

Casus: het ervaringsproces herstelt in de helende interactie

Enkele vignetten uit de therapie met Sonja illustreren hoe de reflectieve en de experiëntiële benadering onlosmakelijk verweven zijn in de praktijk.

Bij mijn uitnodiging: “Wat zit nu op je voorgrond?”, verwijst Sonja naar haar overspoelende angst, veroorzaakt door haar traumatische verleden en de agressie van haar huidige partner. Daarom kies ik om met focussen te werken. Met een bodyscan brengen we een moment van rust en scheppen we ruimte in haar chaotische beleving. Daarbij verwoordt ze ‘veel tranen’ te voelen. Op de vraag wat ze nu vooral nodig heeft, antwoordt ze: “Die akelige beelden uit het verleden kwijtraken.” We moeten voorzichtig te werk gaan, want ik heb haar eerder zien vluchten in dissociatief gedrag. Ik vraag haar om welke beelden het gaat. Ze beschrijft in detail twee beangstigende tafereelen. Ik kan voelen hoe die gebeurtenissen niet te verdragen zijn. Bijna ongemerkt voor haar regisseer ik die beelden als een film waarnaar we samen van op enige afstand kijken zodat ze niet verzinkt in een traumatisch samenvallen met het mishandelde kind. Verder beperk ik mij tot empathisch aanwezig zijn en ben ik getuige van de manier waarop het meisje mishandeld werd. Aan het einde van de sessie stel ik voor dat ze “deze filmrol met de akelige beelden mag opbergen in de kast in de therapieruimte”. Sonja zegt dat het kind in haar nog veel meer wil vertellen zonder dat ze zich verantwoordelijk moet voelen voor haar familieleden. Ze heeft nood aan erkenning voor de pijn en het verdriet die ze nooit heeft mogen uiten. Het doet haar deugd dat ze gehoord wordt in haar verhaal.

De volgende sessie zegt ze dat ze zich de voorbije week veiliger voelde, maar dat “de filmrolletjes in haar achterhoofd blijven hangen”. Op mijn vraag wat er in die filmrolletjes zit dat belangrijk is om bij te houden, antwoordt ze: “Mijn innerlijke kind zit daarin, ik ben daar in al mijn vezels mee vergroeid.” Ik stel voor dat we opnieuw naar die film kijken en dat ze daarbij contact houdt met wat haar lichaam aangeeft dat het nodig heeft. Ze merkt meteen op dat ze het kind in de film moet beschermen. Ik vraag haar of ze dat kind op haar schoot kan nemen en samen met mij en het kind naar de film wil kijken. Als ze dat doet, krijgt ze een warm gevoel en de film verschrompelt. Ze beschrijft hoe ze op haar schoot een kind heeft met veel angst, pijn en verdriet, en het heeft veel troost nodig. Terwijl het kind denkbeeldig

tegen haar aanleunt, vertelt ze flarden van wat dat kind meemaakte. “Maar”, zegt ze, “dat hoeft het niet allemaal uit te leggen, het is genoeg dat het nu voelt dat het getroost wordt en dat het getroost kan worden zolang het wil.”

Nadat ze verteld heeft dat haar moeder er nooit was om haar te beschermen en te troosten, volgt een diepe zucht; dat uit te spreken lucht op.

Na zeven sessies heeft zich al een cruciale verandering voltrokken: de angstaanjagende beelden zijn niet teruggekomen en voor het eerst in haar leven ervaart ze rust.

De interactionele benadering of interpersoonlijke therapie

In de interactionele benadering staat *echtheid* voorop, niet als grondhouding maar als interventievorm. De eigen beleving van de therapeut, die hier en nu uitgelokt wordt in de interactie, functioneert als barometer en vormt het vertrekpunt van de interventies (Gundrum, 2011).

De therapeut is niet alleen doorzichtiger, hij confronteert en ontregelt door de gebruikelijke interactiestijl van de cliënt niet sociaal wenselijk te beantwoorden. Deze interventies houden meer risico in en worden pas aangewend als de therapeutische relatie voldoende stevig is en staan nooit los van empathie en aanvaarding.

Kiesler (1988) wijst op de therapeutische taak cliënten te confronteren met hardnekkige of dubbelzinnige interactiepatronen die bijdragen aan problemen die hier en nu in relatie met de therapeut voelbaar zijn. De therapeut ervaart bijvoorbeeld hoe de cliënt uitdaagt of aanstuurt op fusie.

De interactionele therapeut registreert zijn spontane complementaire reactietendensen. Dat is echter een complex gebeuren. De therapeut moet ‘voelsprietten’ ontwikkelen voor *impactboodschappen*. Dat betekent loskomen van de inhoud en het interactionele appel registreren: wat roept deze relatie op aan gevoelens, actietendensen, cognitieve attributies, fantasieën? Daarna kiest de therapeut of hij ‘meegaat’ of zich *niet-complementair* opstelt en feedback geeft over wat zich hier en nu voordoet. Bij deze *metacommunicatie* gaat de therapeut niet in op ‘wat’ maar op ‘hoe’ de cliënt iets uitdrukt. Hij verwoordt hoe de cliënt zich gedraagt (*gedragmatige feedback*) en wat daarvan het effect is (*emotionele feedback*). Bijvoorbeeld: “Zodra dit onderwerp ter sprake komt, begin je te discussiëren en harder te roepen, waardoor ik mij in de verdediging gedrukt voel.” Daarna volgen andere interventies zoals *positief herlabelen* van het gedrag (“Je probeert om iets belangrijks duidelijk te maken”), nagaan wat de cliënt hoopt te bereiken (“Wil je er op deze wijze voor zorgen dat je beter gehoord wordt?”), de positieve intentie van de therapeut verwoorden (“Ik wil je graag helpen om echt gehoor te krijgen in plaats van dat je keer op keer moet ervaren dat anderen je afwijzen”). Daarbij wordt telkens bij de cliënt getoetst wat die feedback oproept. Met dergelijke ondersteunende interventies zoekt de therapeut toegang tot de onderliggende dynamiek.

Sachse (2009) beschrijft hoe cliënten met ‘nabijheidsstoornissen’ streven naar te veel verbondenheid, conflicten vermijden, zich passief onderdanig gedragen. Dat resulteert gemakkelijk in fusie waardoor ook de therapie verlamd kan worden. Cliënten met ‘afstandsstoornissen’ daarentegen bevechten op een overdreven wijze hun autonomie, lokken confrontatie uit, blazen relaties op. Ze komen gemakkelijk terecht in een isolement en kunnen

de therapie voortijdig afbreken. Door de zorgzame confrontatie van de therapeut leert de cliënt om legitieme interpersoonlijke behoeften zoals zich aanvaard weten, een eigen identiteit hebben, te erkennen in plaats van ze om te zetten in gedrag waarmee een herhaling van vroegere problemen in het hier en nu plaatsvindt. De therapeut nodigt de cliënt uit te experimenteren met heldere communicatie zodat de cliënt kan evolueren naar gezond interpersoonlijk gedrag.

Interactionele problemen worden zelden gethemaseerd, wel uitgeageerd. Ook problemen in families en groepen gaan meestal niet over inhoud maar over interpersoonlijke verhoudingen. *Familietherapie* of *groepstherapie* helpt die interactionele dynamiek te verhelderen en bij te sturen (Behr, 2008; Dierick & Lietaer, 2008).

Casus: weerloze minachting op de interactionele scène

Op een dag startte ik 5 minuten te laat met de therapiesessie. Op mijn uitnodiging naar wat onze aandacht vraagt, zegt Sonja: “Niets.” Ik vraag of het lastig was om te wachten. “Helemaal niet”, klinkt het bitsig. Ik verwoord: “Je toon overtuigt me niet. Wat ging er door je heen toen we niet op tijd begonnen?” Sonja antwoordt niet, maar werpt mij een vernietigende blik toe. Ik zeg dat haar reactie mij niet duidelijk maakt wat ze wenst te communiceren. Ze gaat in kleermakershouding zitten en bekijkt me niet meer. Ik vraag of we kunnen spreken over wat ze ervaart. Opnieuw een minachtende blik. Ik vraag of ze boos is of teleurgesteld, of...? Vanuit mijn toenemende machteloosheid verwoord ik: “Ik kan mij indenken dat er iets belangrijks in je geraakt is door mijn laatkomen. Tegelijk voel ik hoe mijn wanhoop om contact met je te krijgen, mij doet zoeken naar straffere middelen.” Daarop barst ze los: “Ben jij ook al zo iemand die zijn impulsen niet kan beheersen?” Ik zeg haar dat ik het appreciateer dat ze zich uitsprekt. Dat verrast en ontregelt haar: ik weerleg de inhoud van wat ze zegt niet maar toon begrip voor haar worsteling met kwaadheid. Daardoor kunnen we verkennen wat zij doet wanneer zij zich machteloos of onrechtvaardig behandeld voelt. Ze heeft gezworen dat zij zich nooit zal laten meeslepen door agressie. Ze zal integendeel aan anderen een voorbeeld geven van hoe je je daarboven stelt. Vervolgens kan ze mijn feedback, over het effect dat ze op mij heeft, beluisteren. Breedvoerig legt ze uit dat ze mij niet wil kwetsen. Daarna kan ze haar bedoeling uitleggen: als kind was ze fysiek totaal weerloos bij het huiselijke geweld en ze heeft een innerlijke houding opgebouwd van ‘je kunt mij niet raken, wat je ook doet’.

Dat alles is een aanleiding om haar interacties met anderen te bekijken. De ruzies met haar man ‘ontrollen’ zich omdat zij in kleermakershouding zit en hij haar omduwt. Haar man zegt vaak dat zij hem vernedert en dat zij niet ‘met de voeten op grond staat’. We oefenen hoe zij haar kracht kan gebruiken zonder uit contact te gaan. Ze leert helder communiceren over haar kwetsbaarheid en haar boosheid uitdrukken op een veilige manier. Na die sessies vermindert het partnergeweld.

De problemen waarmee Sonja aan het begin van de therapie worstelde, zijn verdwenen, maar bij extra stress kan ze zich onvoldoende handhaven. Ook heeft ze weinig toekomstperspectief. Ik laat haar de keuze om de therapie te stoppen of nog wat sterkte op te bouwen terwijl de sessies in frequentie verlaagd worden. Ze kiest voor het laatste.

De existentiële benadering of zingevingstherapie

De existentiële benadering stelt als centrale vraag: wat betekent het als mens te leven? Ze onderscheidt zich niet door een specifieke methodiek, wel door de aandacht voor levensvragen en zingeving. Ze laat zich inspireren door filosofen, introduceert levenswijsheden en biedt vrijheid om vanuit intuïtie te handelen. Naarmate therapeuten meer kennis en ervaring hebben, neemt hun besef van ‘niet weten’ toe en beantwoorden ze het onverwachte met meer openheid. Die benadering vereist een geëngageerde, levendige opmerkzaamheid in het contact om zo het leven buiten de therapie te stimuleren (Leijssen, 2013; Vanhooren, 2013, 2014).

Existeren betekent ‘in de wereld zijn’. Van Deurzen (2008, 2012) beschrijft verschillende bestaansmodaliteiten: de fysieke (lichamelijk), de sociale (met anderen), de psychische (met zichzelf) en de spirituele dimensie (in relatie tot een systeem van betekenis). In die dimensies kan de mens zich minder of meer ontplooiën, bewustzijn ontwikkelen, gezond of problematisch functioneren. Procesdiagnostisch is het belangrijk om te exploreren binnen welke dimensie de storingen zich situeren en waar bijsturing nodig is.

De spirituele dimensie roept de vraag op of de mens zelf betekenis moet creëren of ontdekken. Het existentiële feit dat de mens ‘aangetrokken’ wordt tot het vinden van betekenis, verenigt de paradoxale stellingen. Bovendien is voor de mens ‘van betekenis zijn’ voor iets of iemand het wezenlijkst.

Geloof in een transcendente werkelijkheid wordt door Yalom (1980, 2008) gezien als een afweermechanisme tegen de begrensdheid van het leven. Hij benadert het menselijke bestaan vanuit vier centrale bekommernissen: dood, vrijheid, eenzaamheid en zinloosheid. Ontkenning van de eindigheid van het leven is volgens Yalom de bron van veel problemen. De realiteit van de dood onder ogen zien daarentegen motiveert om op elk moment het beste van het leven te maken en niets uit te stellen tot later. Ontmoetingen met anderen en het doorgeven van zaken die in het leven van belang zijn, geven het leven zin.

Yalom en Leszcz (2005) hebben de therapeutische meerwaarde van authentieke ontmoetingen doorgetrokken naar *groepstherapie* en beschrijven hoe cliënten als lotgenoten van elkaar leren en hoe de therapeut dat groepsproces kan faciliteren.

Frankl overleefde de concentratiekampen. Hij gelooft dat elke situatie een uitnodiging inhoudt tot betekenisgeving en tot creatieve wendingen die ver uitstijgen boven wat menselijk gezien voor mogelijk wordt gehouden. Hij stelt dat wanneer basisbehoeften zoals voedsel, onderdak en veiligheid niet vervuld zijn, de behoefte aan zingeving de meest cruciale is. In extreme levensomstandigheden rest ‘de laatste menselijke vrijheid’: de keuze om je eigen houding in die situatie te bepalen. Frankl beschrijft hoe het ondraaglijke draaglijk wordt door bijvoorbeeld een daad van goedheid te stellen of schoonheid in een zonsondergang op te merken. Op de fundamentele ‘wil tot betekenis’ heeft Frankl (1963) zijn *Logotherapie* (Betekenisstherapie) gebouwd. Hij citeert Nietzsche: “Hij die een ‘waartoe’ in het leven heeft, kan vrijwel met elk ‘hoe’ omgaan.” Zonder betekenisvolle doelen is er een ‘existentieel vacuüm’ en belanden mensen in een existentiële neurose, gekenmerkt door symptomen zoals

frustratie, leegte, depressiviteit en verslaving (Kleiman & Beaver, 2013). Existentiële therapeuten krijgen steun vanuit recent celbiologisch onderzoek: mensen die zinvolle doelen hebben, maken meer antivirale cellen aan dan mensen die alleen bezig zijn met hedonistisch geluk (Fredrickson et al., 2013).

De positieve benadering of 'existentieel welzijn'-therapie

Cliëntgerichte psychotherapie polariseert positieve en negatieve ervaringen niet, maar belicht hoe ze door hun onderlinge dynamiek de loop van een mensenleven bepalen. Wanneer de therapeut kiest voor de positieve benadering, worden problemen niet 'ontkend'. De kracht zit in het goed omgaan met pijnlijke belevingen, soms door ze te parkeren, soms door ze te doorwerken, soms door de aandacht te richten op wat er 'meer' is in het leven. 'Existentieel welzijn'-therapie biedt een alternatief voor de hardnekkige neiging om op een beperkende en negatieve manier naar zichzelf en anderen te kijken (Ward & Reuter, 2011; Leijssen, 2013). Door aandacht te geven aan positieve aspecten wordt de cliënt gestimuleerd om het beste van zichzelf en anderen op de voorgrond te zetten. Toch kan die uitnodiging weerstand oproepen, bijvoorbeeld omdat de cliënt zich in zijn lijden onvoldoende erkend voelt. Pas als hieraan aandacht is besteed, kan de cliënt meegaan in de positieve benadering.

Onderzoek vanuit de *positieve psychologie* (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) onderbouwt allang bekende methoden voor ontwikkeling (Snyder, Lopez, & Pedrotti, 2011). Zo beargumenteerde Maslow al in 1951 waarom psychologen aandacht moeten besteden aan wat het leven de moeite waard maakt: schoonheid, goedheid, waarheid, liefde; *zijnswaarden* die hij ontdekte bij het bestuderen van succesvolle mensen.

De positieve benadering wordt ten onrechte geïdentificeerd met *geluk* nastreven. Seligman (2002) beschrijft in de 'Authentic Happiness'-theorie drie hoofdwegen. Bij het *aangename* leven is er cultivering van positieve gevoelens zoals dankbaarheid, vergevingsgezindheid, hoop. Bij het *goede* leven worden kerntalenten aangewend voor belangrijke levensdomeinen zoals relaties, werk, hobby's. Bij een *zinnol* leven wordt eigenbelang overstegen en gaat het om kwaliteiten zoals mededogen, dienstbaarheid, liefde.

Onderzoek toont aan dat positieve emoties leiden tot flexibelere en creatievere denkpatronen en efficiënter gedrag; negatieve emoties vernauwen de aandacht en resulteren in vastgeroeste gewoonten. Positieve emoties stimuleren optimale ontwikkeling en voorkomen psychische problemen. Die evidencebased kennis wordt toegepast in de 'existentieel welzijn'-therapie, waarbij cliënten via oefeningen en experimenten kunnen ervaren hoe positieve gevoelens inwerken op hun leven (Layous, Nelson, & Lyubomirsky, 2013; Sergeant & Mongrain, 2014). Het bijhouden van een dankbaarheidsdagboek wordt beschouwd als de moeder van alle interventies binnen de positieve psychologie. De instructie luidt: schrijf regelmatig een aantal punten op waarvoor je dankbaar bent. Of herinner je voor het slapengaan drie positieve dingen van de dag. Heroriënteren van de aandacht is een remedie voor welzijnskwalen, het verbetert zelfs de slaapkwaliteit (Watkins, 2014).

Casus: nieuwe zinvolle perspectieven

Sonja ontdekt dat ze interesse heeft in kinderen en graag sprookjes leest. Zo komt ze op het idee zich als vrijwilliger aan te melden in het ziekenhuis om voor te lezen.

De laatste sessies hebben een lage frequentie en na 25 sessies wordt de therapie beëindigd. Haar partnerrelatie is nog stormachtig maar leefbaar. Ze heeft het gevoel dat ze haar vitaliteit terugheeft en dat ze haar talenten zinvol inzet in het ziekenhuis, waar ze ondertussen meer taken heeft.

Een jaar later maakt ze opnieuw een afspraak omdat haar vader terminaal ziek is. Ze wil zichzelf ontdoen van de bitterheid en onverschilligheid ten opzichte van hem. Ze wil een oefening rond vergeving doen. Daarbij ervaart ze hoe ze haar hart opent voor haar vader: “Alsof ik hiermee een streep trek onder mijn slachtofferschap; ik voel nu mijn eigen waardigheid.” Er volgt nog een tweede gesprek enkele weken na zijn overlijden waarin zij een balans van ‘haar erfenis’ opmaakt, met oog voor de vaardigheden die zij ontwikkeld heeft ondanks en dankzij het milieu waarin ze opgegroeid is.

Besluit

De werkzaamheid van verschillende interventievormen die in cliëntgerichte psychotherapie worden toegepast op geleide van processignalen, is in randomised clinical trials en outcome-onderzoek aangetoond voor vrijwel alle problematieken. Ook voor de effectiviteit van de klassieke cliëntgerichte psychotherapie is er ruimschoots wetenschappelijk bewijs (Greenberg et al., 2013; Elliott et al., 2013; Angus et al., 2014). Op de werkvloer wordt het succes van een therapeutische benadering echter niet bepaald door haar evidencebased karakter. Wel door de mate waarin een therapeut zich verbindt met die werkwijze en zich in het contact met de cliënt ten volle inzet. Dat bezielende element is moeilijker meetbaar. Therapeuten van om het even welke oriëntatie erkennen dat de sleutel tot succes ligt in hun persoonlijke voorkeuren, de werkvormen waar ze warm voor lopen, de cliënten die hen uitdagen om het beste van wat ze in huis hebben te bieden (Castonguay et al., 2010). Op die wijze zijn ook de onderzoeksbevindingen te begrijpen dat slechte resultaten niet aan ‘de benadering’ toe te schrijven zijn, wel aan de therapeut die over onvoldoende kwaliteiten en vaardigheden beschikt om moeilijke cliënten gepast te behandelen of om hier en nu adequaat in te spelen op problemen die zich voordoen in de werkalliantie (Stinckens, Smits, Rober, & Claes, 2012). Problematieken die aanvankelijk als contra-indicatie gezien werden voor cliëntgerichte psychotherapie, zoals cliënten die gefixeerd zijn op symptomen en een medische aanpak, worden duidelijk succesvol behandeld wanneer de therapeut in de beginfase een gestructureerde werkwijze toepast en de cliënt ondervindt dat ‘praten helpt’.

De verdiensten van de hedendaagse cliëntgerichte psychotherapie zijn gelegen in de gedifferentieerde inzet van de relatie naargelang de problematiek die zich hier en nu toont, aangepast aan kinderen en volwassenen in diverse ontwikkelingsstadia met uiteenlopende cognitieve vermogens. Ze zet innovatieve methoden in om bewustwording en verandering te bewerken door lichamelijk gevoelde belevingen, emoties, cognities en acties met elkaar in overeenstemming te brengen en hinderende mechanismen directief aan te pakken. Ken-

merkend voor cliëntgerichte psychotherapie is de aandacht voor wat er meer in het leven van cliënten is dan 'klachten'. Bestaanskwesaties en levenszin krijgen erkenning, talenten die bijdragen aan het welzijn van de cliënten en hun leefomgeving worden gestimuleerd. Cliëntgerichte psychotherapeuten zijn ook pioniers in het werken met partners, gezinnen en groepen omdat het interpersoonlijke terrein tot hun specialisme behoort. Zonder voorbij te gaan aan diagnostische kennis en behandelprotocollen, schept cliëntgerichte psychotherapie ruimte voor onverwachte wendingen waarmee de unieke cliënt de creatieve en menselijke therapeut verrast en uitdaagt.

De aanpassing van de therapeut aan uiteenlopende procesdiagnoses vereist dat informatie snel en effectief verwerkt wordt. De cliënt moet moeiteloos de werkwijzen kunnen begrijpen en zich gestimuleerd voelen in zijn veranderingsproces. Daarvoor is intensieve opleiding noodzakelijk.

Cliëntgerichte psychotherapeuten confirmeren zich niet altijd aan de tijdgeest. Zo groeit het werkveld omdat er uitdagingen worden aangegaan die niet in de bestaande kaders passen. In tijden van economische schaarste bestaat echter het risico dat sommige therapeutische benaderingen het recht van de 'sterkste' opeisen. Wanneer één soort therapeuten dominant wordt, gaan veel ontwikkelingskansen en rijkdom verloren. Daarom is het in ieders belang dat diversiteit gecultiveerd wordt en dat verschillende benaderingen in hun volle kracht beschikbaar zijn.

Literatuur

- Angus, L., Watson, J.C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2014). Humanistic psychotherapy research 1990-2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 12/2014. doi: 10.1080/10503307.2014.989290.
- Baljon, M. (2012). Het verwonde zelf in relatie. Cliëntgerichte therapie bij vroeg getraumatiseerde cliënten. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 50, 22-33.
- Behr, M. (2008). Gezinstherapie en ouderbegeleiding: een handleiding voor interactionele, experiëntiële en persoonsgerichte interventies. In G. Lietaer, G. Vanaerschot, J.A. Sniijders, & R.J. Takens (Red.), *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 545-568). Utrecht: De Tijdstroom.
- Brooks, S., & Paterson, G. (2011). Using contact work in interactions with adults with learning disabilities and autistic spectrum disorders. *British Journal of Learning Disabilities*, 39, 161-166.
- Castonguay, L.G., Muran, J.C., Angus, L., Hayes, J.A., Ladany N., & Anderso, T. (Eds.) (2010). *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cooper, M., & McLeod, J. (2011). Person-centered therapy: A pluralistic perspective. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10, 210-223.
- Dekeyser, M., Prouty, G., & Elliott, R. (2008). Pre-therapy process and outcome: A review of research instruments and findings. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7, 37-55.
- Dierick, P., & Lietaer, G. (2008). Client perception of therapeutic factors in group psychotherapy and growth groups: An empirically-based hierarchical model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 203-230.

- Elliott, R., Greenberg, L.S., Watson, J., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 495-538). New York, NY: Wiley.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., & Greenberg, L.S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington DC: American Psychological Association.
- Frankl, V. (1963). *De zin van het bestaan. Een inleiding tot de logotherapie*. Rotterdam: Ad. Donker.
- Fredrickson, B.L., Grewen, K.M., Coffey, K.A., Algeo, S.B., Firestone, A.M., Arevalo, J.M.G., & Cole, S.W. (2013). A functional genomic perspective on human well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110, 13684-13689. doi:10.1073/pnas.1305419110.
- Gendlin, E.T. (1973). Experiential psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 317-352). Itasca, IL: Peacock.
- Gendlin, E.T. (1981). *Focussen*. Haarlem: De Toorts.
- Gendlin, E.T. (1984). The client's client: The edge of awareness. In F.R. Levant & J.M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice* (pp. 76-107). New York, NY: Praeger.
- Gendlin, E.T. (1986). *Focussen en je dromen. Laat je lichaam je dromen interpreteren*. Haarlem: De Toorts.
- Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method*. New York, NY: Guilford Press.
- Greenberg, L. (2012). *Emotiegerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Greenberg, L., Elliott, R., Lietaer, G., & Watson, J. (2013). The humanistic-experiential approach. In G. Stricker & T.A. Widiger (Eds.), *Handbook of psychology. Vol.8. Clinical psychology* (2nd ed., pp. 320-344). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Greenberg, L., & Goldman, R. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. Washington, DC: APA.
- Gundrum, M. (2011). Hoe negatieve gevoelens ten opzichte van de cliënt uit te spreken? Een handleiding voor therapeutische communicatie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 49, 102-123.
- Hafkenscheid, A. (2013). De therapeutische relatie. Een kritische verkenning. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 51, 314-331.
- Hanekamp, H. (2013). Persoonsgerichte supervisie: het ontwikkelen van talent en professionele verantwoordelijkheid. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 51, 346-355.
- Jaison, B. (2014). Focusing with solution: How to do brief therapy deeply. In G. Madison (Ed.), *Theory and practice of focusing-oriented psychotherapy* (pp. 69-83). London, UK: Jessica Kingsley.
- Johnson, S. (2013). 'Singing in the marrow bone'; werken met emotie binnen partnerrelatietherapie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 51, 28-46.
- Katonah, D.G. (2010). Direct engagement with the cleared space in psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 9, 157-168.
- Kiesler, D.J. (1988). *Therapeutic metacommunication: Therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Klagsbrun, J., Lennox, S.L., & Summers, L. (2010). Effect of 'clearing a space' on quality of life in women with breast cancer. *United States Association of Body Psychotherapy Journal*, 9, 2.
- Kleiman, E.M., & Beaver, J.K. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210, 934-939.
- Layous, K., Nelson, S.K., & Lyubomirsky, S. (2013). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies*, 14, 635-654. doi: 10.1007/s10902-012-9346-2.

- Leijssen, M. (2004). Focusing-oriented dream work. In R.I. Rosner, W.J. Lyddon, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy and dreams* (pp. 137-160). New York: Springer.
- Leijssen, M. (2013). *Leven vanuit liefde. Een pad naar existentieel welzijn*. Tiel: Lannoo.
- Lietaer, G., Vanaerschot, G., Snijders, J.A., & Takens, R.J. (Red.). (2008). *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Maslow, A.H. (1951). *Motivation and personality*. New York, NY: Harper & Row.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing*. New York: The Guilford Press.
- Norcross, J.E. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence based responsiveness*. New York, NY: Oxford University Press.
- Parker, R. (2014). Focusing-oriented therapy. The message from research. In G. Madison (Ed.), *Theory and practice of focusing-oriented psychotherapy* (pp. 259-272). London, UK: Jessica Kingsley.
- Prouty, G. (Ed.). (2002). *Emerging developments in pre-therapy: A pre-therapy reader*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Renders, K. (2002). Individuele motivationele cliëntgerichte psychotherapie met drugsgebruikers. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 17-37.
- Rogers, C.R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy. Its current practice, implications and theory*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient condition of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Sachse, R. (2009). *Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten (4e Aufl.)*. Bonn, Deutschland: Psychiatrie Verlag.
- Sachse, R. (2014). Procesonderzoek in de cliëntgerichte therapie en de implicaties voor de therapeutische praktijk. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 52, 6-18.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness*. New York, NY: Free Press.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Sergeant, S., & Mongrain, M. (2014). An online optimism interventions reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0035536.
- Snyder, C.R., Lopez, S.J., & Pedrotti, S.J. (2011). *Positive psychology. The scientific and practical explorations of human strengths (2nd ed.)*. London, UK: Sage.
- Stinckens, N., Lietaer, G., & Leijssen, M. (2013). Working with the inner critic: Therapeutic approach. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12, 141-156.
- Stinckens, N., Smits, D., Rober, P., & Claes, L. (Red.) (2012). *Vinger aan de pols in psychotherapie. Monitoring als therapeutische methodiek*. Leuven: Acco.
- Takens, R.J. (2013). Emotiegerichte psychotherapie: een introductie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 51, 6-27.
- Vanaerschot, G. (2006). Kwetsbare danspartners: over empathie bij fragiele belevingsprocessen. *Toegang tot de Psychotherapie Internationaal*, 2, 153-178.
- Vanaerschot, G. (2013). Working with interpersonal and intrapsychic anxiety through the empathically attuned therapeutic relationship. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 12, 3-15.
- Vanaerschot, G., Nicolai, N., & Hebbrecht, M. (Red.) (2015). *Empathie: het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten*. Diagnosis Uitgevers.
- Van Deurzen, E. (2008). *Existential counselling & psychotherapy in practice*. London, UK: Sage.

- Van Deurzen, E. (2012). Reasons for living: Existential therapy and spirituality. In L. Barnett & G. Madison (Eds.), *Existential therapy: Legacy, vibrancy and dialogue* (pp. 171-182). New York, NY: Routledge.
- Vanhooren, S. (2013). Zingeving, spiritualiteit en posttraumatische groei: eerste stappen in een breed veld. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 51, 215-227.
- Vanhooren, S. (2014). De moed om niet te weten, het lef om niet te kunnen. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 52, 100-115.
- Ward, C., & Reuter, T. (2011). *Strength-centered counseling. Integrating postmodern approaches and skills with practice*. London, UK: Sage.
- Watkins, P.C. (2014). *Gratitude and the good life. Toward a psychology of appreciation*. New York, NY: Springer.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Yalom, I.D. (2008). *Tegen de zon in kijken: doodsangst en hoe die te overwinnen*. Amsterdam: Balans.
- Yalom, I.D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York, NY: Basic Books.

Summary

Client-centered psychotherapy is composed of different evidence based suborientations: the reflective or classical Rogerian psychotherapy, the experiential approach with focusing and emotion-focused therapy, the interactional or interpersonal therapy, the existential or logotherapy and the positive or existential well-being therapy. The therapeutic relationship is adapted to the problems in the here and now, to children and adults with a variety of cognitive abilities, to partners, families and groups. Client-centered psychotherapy uses innovative methods to achieve awareness and change; bodily sensations, emotions, cognitions and actions are aligned with each other and hindering mechanisms are addressed in a process-directive way. Existential questions receive recognition and talents are encouraged. Considering diagnostic knowledge and treatment protocols, it creates space for unexpected turns that the unique client invites the therapist to flexibility in a rapidly evolving therapeutic landscape.

Personalia

Mia Leijssen doceert, als hoogleraar psychotherapie aan de KU Leuven, cliëntgerichte psychotherapie en beroepsethiek. Zij biedt de online opleiding counseling existentieel welzijn aan (<http://www.existentieelwelzijn.be>).

E-mail: mia.leijssen@ppw.kuleuven.be.