

De attitude van de vaktherapeut

Een inventarisatie in de kinderpsychiatrie

Uit onderzoek is gebleken dat de therapeutische attitude van grote invloed is op het therapeutisch proces en het effect van de behandeling. Binnen een kinderpsychiatrische kliniek is een inventariserend onderzoek uitgevoerd door de vaktherapeuten. De gegevens over de therapeutische attitude worden hier gepresenteerd en in een breder kader geplaatst door een kort overzicht vanuit de literatuur te geven.

In dit artikel ...

- ... een theoretisch kader met betrekking op therapeutische attitude
- ... de gegevens van een inventariserend onderzoek naar therapeutische attitude
- ... aanwijzingen dat er verbanden bestaan tussen therapeutische attitude en problematiek van de cliënt

Inleiding

Met dit artikel willen we de aandacht vestigen op de therapeutische attitude als belangrijk onderdeel van het beroep vaktherapeut. Attitude valt te definiëren als een consistente en voorspelbare manier waarop iemand denkt, voelt en zich gedraagt ten opzichte van het attitudeobject (Keers & Wilke, 1981), in dit geval de cliënt. De houding van de therapeut is een andere manier om attitude te omschrijven.

Een piano: Joris duikt erachter en begint wild op alle toetsen te spelen. De therapeut roept hem, pakt zijn hand en loopt met hem naar het bord. "Kijk, we gaan eerst op de gitaar spelen."

Een piano: de therapeut opent de klep en zet de kruk uitnodigend klaar. Pieter gaat voorzichtig zitten en speelt na enige tijd op één toets. De therapeut neemt zingend de toon over. Er volgen nog meer tonen, die worden nagezongen door de therapeut. Zingend nadert ze Pieter.

Een piano: Koen en de therapeut zitten naast elkaar. De therapeut noemt op wat ze doet en ziet. "We doen de klep open. Nu zien we heel veel toetsen, zwarte en witte. De zwarte steken meer omhoog, zie je dat?" Op de toetsen wordt een kleurenkaart gelegd. "Op dat stukje van de piano mag jij een liedje spelen."

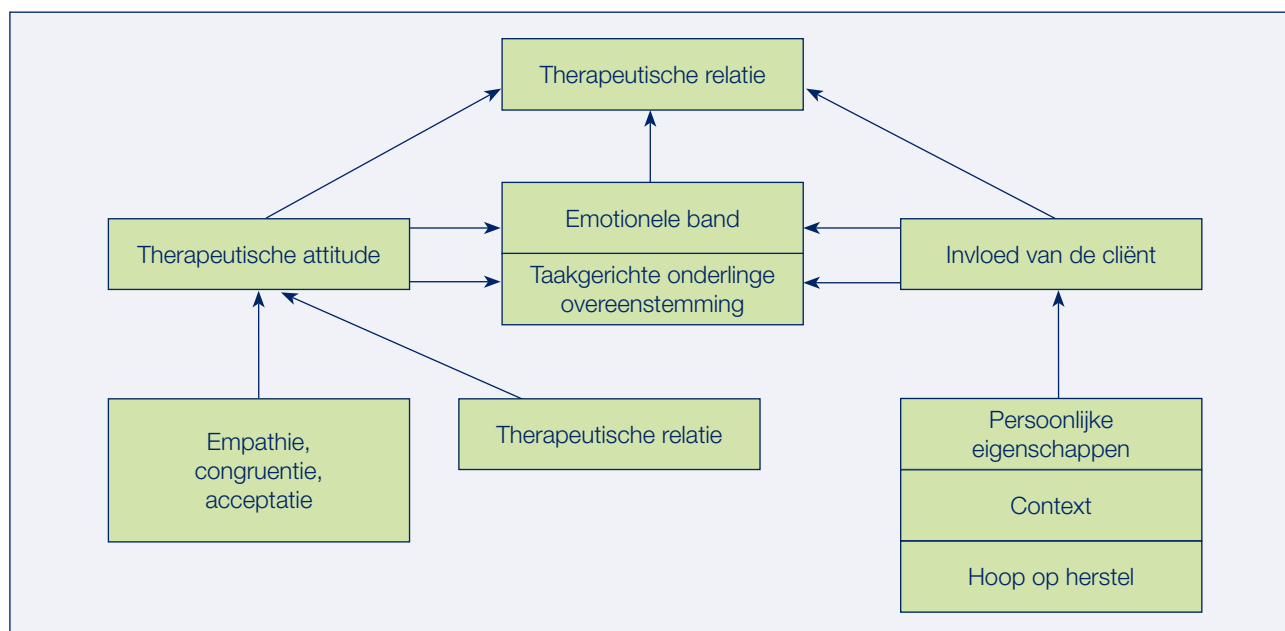
Drie verschillende kinderen, maar ook drie verschillende therapeuten? Nee, de therapeut sluit aan bij het kind. Veiligheid wordt bij het ene kind verkregen door een zekere afstand te houden, bij het andere kind schept de nabijheid juist veiligheid. Waar het voor het ene kind belangrijk is de kaders van het spel te kennen, moet het andere kind gestimuleerd worden buiten de grenzen te kijken. Met zijn houding en aanbod stuurt de therapeut het proces.

Opbouw

Gestart wordt met een beknopte beschrijving van de therapeutische relatie als werkzame factor in het therapieproces. De therapeutische attitude is van invloed op de relatie tussen therapeut en cliënt en bepaalt in belangrijke mate de uitkomst van de behandeling. Daarna wordt ingegaan op aanwijzingen vanuit de literatuur met betrekking tot de therapeutische attitude. Hierbij is gekozen voor een vaktherapeutische invalshoek waar mogelijk en ligt de nadruk op de behandeling van kinderen aangezien er verderop in het artikel gekeken wordt naar gegevens over de therapeutische attitude binnen een kinderpsychiatrische setting. Deze gegevens komen voort uit een inventariserend praktijkonderzoek, uitgevoerd door de vaktherapeuten van de kinderpsychiatrische kliniek van het ErasmusMC-Sophia te Rotterdam. In het kader van dat onderzoek zijn sinds 2004 van de individuele therapieën gegevens bijgehouden met betrekking tot de diagnose, hulpvraag, therapeutische attitude, aangrijpingspunt van de behandeling en het bereikte effect¹. In dit artikel worden de gegevens met betrekking tot de therapeutische attitude gepresenteerd. Van verschillende factoren is onderzocht of er een mogelijk verband bestaat met de keus voor een bepaalde therapeutische attitude

Werkzame factoren

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de therapeutische attitude op een directe of indirecte manier van invloed is op het effect van een behandeling. Dertig procent van het therapieresultaat wordt bepaald door algemene factoren als empathie, warmte, acceptatie en bemoediging (Lambert in Verheij, 2005). Ook onderzoek van Duncan, Miller en Sparks (2004) toont aan dat de houdingsaspecten van de therapeut van essentieel belang zijn. Meer nog dan het hanteren van een methode gaat het om 'goed therapeuschap'. Gaston (1990) benadrukt het belang van de therapeutische relatie in zijn onderzoek naar werkzame factoren van therapie. Volgens onderzoek van Drieschner en Pioch (2000) onderkennen muziektherapeuten de essentiële rol van de relatie tussen therapeut en cliënt. Bordin (1997) onderscheidt drie aspecten van de therapeutische relatie, te weten de emotionele band en overeenstemming over respectievelijk de samenwerking en de behandelingsdoelen. Het empathisch vermogen en de betrokkenheid van de therapeut kunnen daar aan toegevoegd worden (Gaston, 1990). De invloed van de cliënt op de therapeutische relatie wordt gekleurd door persoonlijke eigenschappen, zijn eigen context en de hoop op herstel. De therapeut oefent invloed uit op de therapeutische relatie door zijn attitude. Over de 'beste' attitude is binnen de verschillende theorieën veel overeenstemming (zie ook verder in dit artikel): congruentie, empathie en een onvoorwaardelijke positieve blik zijn algemeen geaccepteerd als essentieel voor een attitude die bijdraagt aan een goede therapeutische relatie (Van der Most, 2005-). Wel verschillen therapeuten van elkaar in relationele stijl. Verschillen zijn te zien op de volgende gebieden (Van Audenhove, 1995):



Figuur 1: Aspecten die onderdeel zijn van de therapeutische relatie.

- directief versus non-directief;
- ondersteunend versus confronterend;
- warm-invoelend versus afstandelijk.

In figuur 1 is deze informatie schematisch in beeld gebracht.

Aanwijzingen vanuit de literatuur

Accentverschillen in de therapeutische attitude

Vanuit verschillende theoretische kaders worden aanwijzingen gegeven over een passende therapeutische attitude. Zo kenmerkt een Rogeriaanse attitude zich door empathie, acceptatie, echtheid. De cliëntgerichte kindtherapie kenmerkt zich door een "continue uitnodiging aan het kind om zelf vorm te geven aan de inhoud van het therapie-uur" (Verheij, 2005, p. 47). Daaruit volgt dat de therapeut in zijn attitude volgend en tolerant is en permissie geeft aan de inbreng van het kind. Een actieve en directieve houding is kenmerkend voor een gedragstherapeutische attitude. De werkrelatie vereist echter ook empathie, respect, acceptatie en warmte, omdat bekrachtiging, aanmoediging en ondersteuning belangrijk zijn om moeilijkere oefeningen vol te houden (Verheij, 2005). In de cognitieve therapie ligt het accent in de attitude op samenwerken (Kendall, 1991; 1993). Als team onderzoeken therapeut en kind opvattingen en gedachten. De therapeut dient betrokken, empathisch, congruent en eerlijk te zijn. Kendall benadrukte het belang van een actieve betrokken houding die erop gericht is dat het kind voor zichzelf leert denken. Oprechte interesse van de therapeut is belangrijk om gedachten goed te kunnen uitdagen. In de psychoanalyse is het onderscheid tussen werkrelatie en overdracht belangrijk. In kindtherapie geeft de therapeut het kind alle ruimte zich in spel of taal te uiten. Dit betekent dat er weinig structuur geboden wordt. Zo ontstaat vanuit het spel materiaal dat door de therapeut geduid kan worden om zicht te krijgen op de innerlijke conflicten van het kind (Van der Most, 2005-II). Volgens Lange (in Verheij, 2005, p. 106) is de invloed van de theoretische achtergrond maar relatief: "Van welke psychotherapeutische oriëntatie men ook uitgaat, het therapeutisch proces is altijd meer dan het hanteren van begrippen, inzichten en technieken. De manier waarop men deze gebruikt en aan de cliënt overbrengt, is van doorslaggevend belang voor het therapeutisch proces. Waarschijnlijk is dit de verklaring voor het feit dat succespercentages van ervaren therapeuten niet veel van elkaar verschillen."

Attitude in vaktherapeutische werkwijzen

Naast aanwijzingen vanuit de verschillende psychotherapeutische stromingen, bieden ook vaktherapeutische werkwijzen aanwijzingen voor de attitude van de therapeut. Smeijsters (2000) maakt een onderscheid tussen verschillende werkwijzen. Een werkwijze wordt gekenmerkt door de samenhang tussen de doelstellingen, bijvoorbeeld gericht zijn op het doorwerken van problemen. Smeijsters maakt

onderscheid tussen de ortho(ped)agogische, supportieve, palliatieve, re-educatieve en reconstructieve werkwijze. Daarin wordt kort ingegaan op de attitude van de therapeut. Zo werkt de therapeut bijvoorbeeld binnen de ortho(ped)agogische werkwijze directief en gestructureerd. Bij een supportieve werkwijze past een steunende attitude en is de therapeut gericht op het hier-en-nu. Vanuit de palliatieve werkwijze zal de therapeut de cliënt ondersteunen in een acceptatieproces. De re-educatieve werkwijze vraagt van de therapeut een actieve houding. Trainingsgerichte en gestructureerde werkvormen² passen binnen deze werkwijze. De vaktherapeut die een reconstructieve werkwijze hanteert, heeft een volgende attitude en zorgt voor werkvormen die optimaal aansluiten bij de cliënt. De therapeutische relatie speelt een belangrijke rol bij deze werkwijze. Verburgt en De Vries (2005) maakten onderscheid door te kijken naar de functie van de werkvorm. Vanuit de omschrijving van de functie is een vertaalslag gemaakt naar de attitude van de therapeut. De functies met bijbehorende attitude zijn:

- steunend: de therapeut is steunend, richt zich op het creëren van veiligheid;
- pragmatisch structurerend: de therapeut sluit zich aan bij de mogelijkheden van de cliënt;
- directief klachtgericht: de therapeut richt zich vooral op de werkrelatie en biedt oefeningen aan;
- focaal inzichtgevend: de therapeut stuurt erop aan dat de cliënt inzicht verwerft;
- inzichtgevend plus: de therapeut volgt het tempo van de cliënt;
- ortho-agogisch ontwikkelend: de therapeut is stimulerend aanwezig;
- observerend: de therapeut heeft een open houding.

Vaktherapeutische attitudes in de kinderpsychiatrie

Uit het onderzoek van Drieschner en Pioch (2000) bleek binnen de kinderpsychiatrie een hoge mate van structurering gehanteerd te worden. Dit wordt onderschreven door Henstra, Veldhuizen, Van Os, en Poismans (2006) als het gaat om de muziektherapeutische methode voor kinderen met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS), maar zij geven aan dat er tevens gebruik gemaakt kan worden van een meer volgende attitude. Daarnaast zijn voor de veelvoorkomende stoornissen in de kinderpsychiatrie zoals ASS en Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) voorspelbaarheid en duidelijkheid belangrijk om de therapiesituatie veilig te maken voor het kind (Van Loon, 1999). In de mentaliseren bevorderende therapie (Verheugt-Pleiter, Schmeets & Zevalkink, 2005) voor kinderen met hechtingsproblematiek, is de therapeut een identificatiefiguur en biedt hij via houding en containment een veilig kader en tegenwicht aan de chaos die het kind ervaart. Ook zorgt de therapeut voor samenhang en continuïteit. Vol-

gens De Boer (1999) is het creëren van optimale emotionele beschikbaarheid van belang in de eerste behandelfase van een kind met hechtingsproblematiek.

Kinderen met oppositioneel-opstandig gedrag hebben baat bij een duidelijke, directieve attitude en gedragstherapeutische interventies (Van Lieshout, 2002). Het opbouwen van een werkrelatie, nabijheid, voorspelbaarheid en samenwerking met de ouders zijn belangrijk in de behandeling van deze kinderen (Matthys, 1999).

De fase van het therapieproces kan van invloed zijn op de attitude van de therapeut. Zo beschrijft Aendekerk (1993) het bewegingstherapeutisch proces met kinderen met ASS in de volgende fasen:

1. fase van ordenen en structureren;
2. fase van herkennen;
3. fase van integreren.

Bij de eerste fase hoort het in sterke mate manipuleren van de materiële en sociale context. Ervaringen van het kind worden door de therapeut opgevangen en gereguleerd. De therapeut is als het ware een hulp-ego. In de tweede fase krijgt de therapeut meer de rol van versterker van de egofuncties. Dit betekent dat de therapeut helpt, beveiligd en geruststelling en troost biedt. De laatste fase kan af en toe bereikt worden met kinderen met ASS in de vroege adolescentie. Het kind neemt meer verantwoordelijkheid voor zijn eigen therapieproces en de therapeut komt meer in beeld als 'de ander' met eigen gedachten en meningen.

Persoonlijke eigenschappen

Een attitude is voor een deel te leren, maar de therapeut moet voor een deel artiest zijn om aan te voelen wat de juiste timing is (Aendekerk, 2005). Ook Verburgt en De Vries (2005, p. 15) schrijven: "De persoonlijkheid van de therapeut en diens ambachtelijke vaardigheden blijven een grote rol spelen". De genoemde 'ambachtelijke' vaardigheden, kennis en gedragsvaardigheden zijn aan te leren en te toetsen. Minder toetsbaar zijn het zelfbeeld, de normen en waarden, de motieven en de eigenschappen van de therapeut. Deze elementen spelen echter een belangrijke rol in de attitude van de therapeut. Belangrijk is op te merken dat in het bijzonder persoonlijke eigenschappen zeer moeilijk beïnvloedbaar zijn (McClelland, 1973).

Invloed op en van de attitude

Eerder is het belang van de therapeutische relatie belicht. De therapeutische relatie wordt onder andere beïnvloed door de attitude van de therapeut. Er is onderscheid gemaakt tussen verschillende variabelen die van invloed zijn op deze attitude. Expliciet zal de therapeut zijn attitude aanpassen aan de cliënt zelf (de kenmerken van de doelgroep), de behandelfase, het doel en de gekozen werkwijze.

Impliciet zijn persoonlijke eigenschappen van de therapeut, zijn ervaring en scholing van invloed.

De attitude van de therapeut is een wezenlijk onderdeel van de behandeling en wordt zichtbaar in de relatie met de cliënt, interventies³ en de aangeboden werkvormen. Als in de literatuur gesproken wordt over attitude gaat het om houding, blik, gespreksinterventies. Specifiek voor vaktherapie is dat de attitude ook zichtbaar wordt in de werkvorm en de interventie in het medium. De attitude wordt als het ware gedeeltelijk verpakt in de handelingen binnen het medium. Door Krantz (2006) is onderzoek gedaan naar de interventies van vaktherapeuten, waaruit bleek dat de momenten waarop interventies worden gedaan, de beweegredenen en de soort interventie een zekere samenhang vertonen. De uitvoering van een werkvorm is routinematig noch gestandaardiseerd, maar wel gebaseerd op methodische overwegingen. Zie figuur 2.

Onderzoek in de praktijk

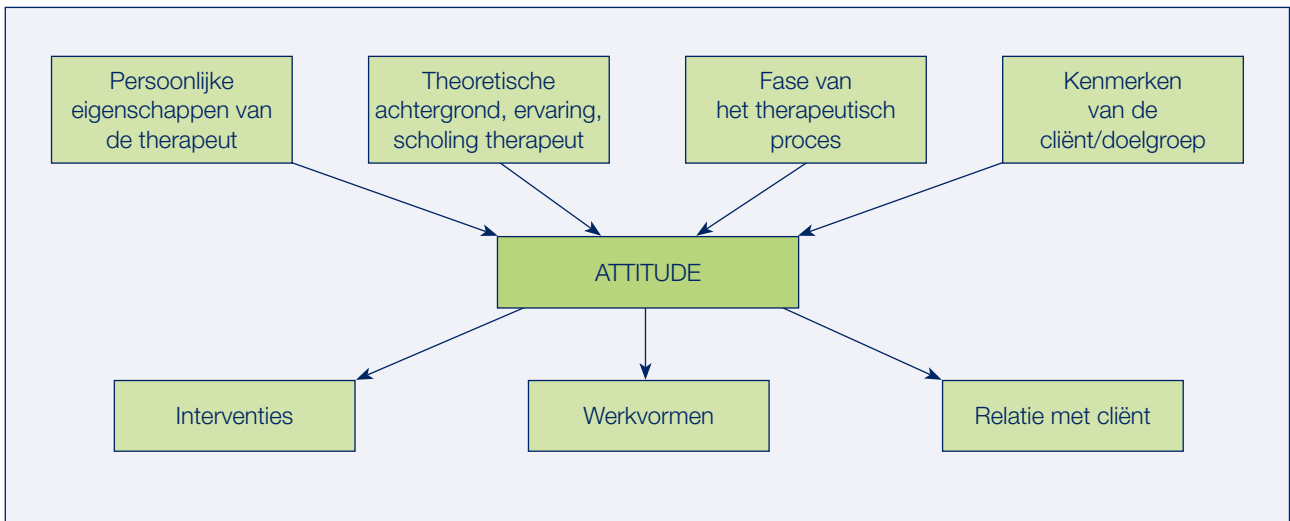
Om meer inzicht te krijgen in de behandeling door vaktherapeuten is halverwege 2004 gestart met het inventariseren van onder andere de gehanteerde therapeutische attitudeën tijdens individuele therapieën binnen de kinderkliniek. De kinderkliniek valt onder de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het ErasmusMC-Sophia. Kinderen tot twaalf jaar worden hier zowel klinisch als dagklinisch opgenomen voor observatie, diagnostiek en behandeling. Na een multidisciplinaire observatieperiode wordt de diagnose (bij)gesteld. De diversiteit aan problematiek binnen de kinderpsychiatrie is onder te brengen in vier categorieën:

- ontwikkelingsstoornissen (ASS, cognitieve tekorten, ADHD);
- externaliserende stoornissen (gedragstoornissen);
- internaliserende stoornissen (angststoornissen, stemmingsstoornissen);
- anderszins waaronder somatoforme klachten (eetstoornissen, encopresis).

Er is over het algemeen sprake van comorbiditeit. Vaak gaan de problemen samen met ouder-kindrelatieproblematiek. De kinderen met ontwikkelingsstoornissen vormen de grootste groep.

Methode

Er is begonnen met een beschrijvende review (Verhulst, 2005; Smeijsters, 2005) waarvoor therapeuten gevraagd werden na afloop van een therapieproces een vragenlijst in te vullen. Naast een kwalitatieve beschrijving is ook geprobeerd om informatie te standaardiseren. Dit onderzoek past bij het eerste niveau van de zogenaamde effectladder van Veerman en Van Yperen (2005) en Veerman (2006): een beschrijving van de kenmerken van de doelgroep en wijze waarop de behandeling is toegepast. Er zijn gegevens



Figuur 2: Schematische weergave van de factoren die invloed hebben op de therapeutische attitude en op welke aspecten de attitude van invloed is.

verzameld over de doelgroep, de hulpvraag, de aangrijpingspunten van de behandeling, de werkvormen, het resultaat en de therapeutische attitude.

Bij het onderdeel therapeutische attitude (in het onderzoek therapeutische houding' 'genoemd) zijn vijf schalen aangegeven met steeds tegengestelde kenmerken. Door het toekennen van een score van één tot en met zeven wordt de therapeuten gevraagd hun attitude te karakteriseren (zie figuur 3). Met de gegevens uit het onderzoek is gekeken of er verbanden bestaan tussen de therapeutische attitude en de doelgroep, de personeigenschappen en de fase van het therapieproces. Via een descriptieve analyse is berekend welke gemiddelde scores de variabelen haalden op de verschillende schalen van de attitude. Hierbij is gebruik gemaakt van SPSS versie 10.

Resultaten en discussie

Bij het schrijven van dit artikel waren de gegevens bekend van 66 cases.

Ten eerste is geïnventariseerd hoe de therapeuten hun attitude gemiddeld karakteriseren. Op de schaal procesgericht versus probleemgericht is het gemiddelde weinig richtinggevend: er wordt zowel proces- als probleemgericht gewerkt. Wel werken de therapeuten over het algemeen vooral directief en structurerend. De aandacht is er op gericht het kind nieuwe ervaringen te laten opdoen. Handelen en observeren blijken vaak samen te gaan (Van den Bosch, 2007).

- Relatie met de problematiek

Bij de verschillende categorieën van stoornissen is berekend in welke mate de verschillende karakteristieken van

Therapeutische houding						
Geef op elk van deze dimensies aan in welke mate hiervan sprake was vanuit de eigen participatie in het therapeutisch proces						
Procesgericht			Probleemgericht			
1	2	3	4	5	6	7
Nondirectief			Directief			
1	2	3	4	5	6	7
Open			Structurerend			
1	2	3	4	5	6	7
Ervarend			Lerend			
1	2	3	4	5	6	7
Observerend			Handelend			
1	2	3	4	5	6	7

Figuur 3:

Voorbeeld van de vraag in de inventarisatielijst naar therapeutische houding.

Attitude vs. Problematiek	Probleemgericht-Procesgericht	Nondirectief-Directief	Open-Structurerend	Ervarend-Lerend	Observerend-Handelend
Totaal	3,82	4,27	4,73	3,55	4,55
Ontwikkelingsst.	3,93	4,43	5,15	3,7	4,75
Internaliserende	4,11	4,22	4,33	3,89	4
Externaliserend	3,11	3,5	4	2,56	3,89
Anders	3,45	3,86	4,32	3,59	4,14

Tabel 1: Therapeutische houding in relatie tot de problematiek van de doelgroep. Een lage score geeft een voorkeur aan voor respectievelijk een probleemgerichte, nondirectieve, open ervarend en observerend attitude. Een hoge score geeft een voorkeur aan voor respectievelijk een procesgerichte, directieve, structurerende, lerende en handelende attitude. Een score van 4 geeft aan dat er op de betreffende schaal geen duidelijke voorkeur bestaat.

de therapeutische attitude zijn toegepast. Een overzicht is te vinden in tabel 1. Bij de 'ontwikkelingsstoornissen' (N=40)⁴ is een structurerende attitude het meest uitgesproken. Dit is de hoogste score en dit lijkt passend gezien het feit dat tot deze groep de kinderen met ASS en ADHD worden gerekend. Op de schaal proces- en probleemgericht zijn de therapeuten gemiddeld genomen het minst uitgesproken in hun houding bij kinderen met een ontwikkelingsstoornis.

De houding bij 'internaliserende stoornissen' (N=9) is minder uitgesproken. Het hoogst scoren een probleemgerichte en structurerende aanpak. Bij 'externaliserende stoornissen' (N=18) is de lage score op de schaal ervarend versus lerend opvallend. Dit betekent dat er meer ervaringsgericht gewerkt wordt, terwijl een gedragsmatige aanpak - en daarmee een hogere score bij lerend - verwacht zou kunnen worden (zie eerder in dit artikel: 'Vaktherapeutische attitudes in de kinderpsychiatrie'). In de categorie 'anders' waaronder somatoforme klachten (N = 22) wordt vooral procesmatig gewerkt.

- Relatie met de therapiefase

De beëindiging van de therapie hangt in de kinderkliniek vaak samen met de beëindiging van de totale behandeling. Soms loopt het therapieproces parallel aan het gehele behandelproces. Vaak geeft de therapeut aan dat het therapeutisch proces zich in de middenfase bevindt als de totale behandeling wordt afgerond.

Bij therapieën die in de beginfase moeten worden afgerond (N= 7), heeft de therapeut voor een overwegend structure-

rende houding gekozen. In deze fase wordt verder vooral probleemgericht gewerkt. Eindigt de therapie in de middenfase (verreweg het vaakst het geval, N=33) dan is de houding procesgericht en open. De attitude in de eindfase (N=25) is gericht op leren en de therapeut treedt vooral handelend op. Zie tabel 2.

- Relatie met persoonskenmerken

Binnen de kinderpsychiatrische kliniek bestaat het aanbod individuele therapie uit: beeldende therapie, psychomotorische therapie, muziektherapie en psychotherapie. Vaktherapie en psychotherapie worden gezien als complementair en gelijkwaardig.

In de vragenlijst wordt de therapeut gevraagd de gebruikte werkwijze en houding te scoren. Hierdoor kan worden gekeken of er verschillen in therapeutische attitude zijn die persoonsgeen zijn. In de loop van het onderzoek zijn er gegevens verzameld van 7 therapeuten.

Uit de resultaten kwam de therapeut (therapeut 7) die psychotherapie geeft, als zeer uitgesproken naar voren. De houding kan omschreven worden als probleemgericht, directief, structurerend, lerend en handelend. De resultaten worden hier echter verkleurd door de werkwijze: de therapeut wordt veelal gevraagd voor cognitieve gedragstherapie. Om een goed beeld te krijgen, zijn bij de overige analyses de gegevens van deze therapeut niet meegenomen.

Er blijken wel degelijk verschillen aanwijsbaar in de therapeutische attitude van de afzonderlijke therapeuten. Thera-

Attitude vs. Therapiefase	Probleemgericht-Procesgericht	Nondirectief-Directief	Open-Structurerend	Ervarend-Lerend	Observerend-Handelend
Begin	5	4	5,29	3,71	4
Midden.	3,33	3,91	4,45	3,55	4,33
Eind	3,64	4,44	4,84	3,32	4,72

Tabel 2: Therapeutische houding in relatie tot de therapiefase bij beëindiging. Zie uitleg tabel 1.

Attitude vs. Therapeut	Probleemgericht- Procesgericht	Nondirectief- Directief	Open- Structurerend	Ervarend- Lerend	Observerend- Handelend
1	3,7	4,3	4,7	3,6	4,9
2	3,57	3,29	4,71	3,14	3
3	2,86	3,57	4	2,43	4,86
4	4,17	3,83	4,33	3,17	4,67
5	3,58	4,5	4,67	3,5	3,75
6	3,14	3,57	4,43	3,29	4,43

Tabel 3: Therapeutische houding in relatie tot de therapeut. Zie uitleg tabel 1.

peut 2 en 3 lijken het meest uitgesproken in hun houding; respectievelijk een non-directieve, observerende houding en een procesgerichte, ervaringsgerichte houding. De houding van therapeut 2 is het meest structurerend van alle vaktherapeuten. De houding van therapeut 3 is zowel open als structurerend. Therapeut 6 lijkt het minst uitgesproken in haar houding. Zie tabel 3.

Samenvattend

Met de gegevens uit het inventariserend onderzoek dient voorzichtig te worden omgegaan, omdat de betrouwbaarheid en validiteit nog onvoldoende onderzocht zijn. Wel lijken sommige trends te worden weergegeven. Bij de verschillende kinderpsychiatrische problematiek zien we een voorkeur voor structurerend werken. Dit is in overeenstemming met de literatuur bestaat hier overeenstemming over (Drieschner & Pioch, 2000). Opvallend is dat bij externaliserende stoornissen de attitude van de therapeut eerder gericht is op ervaren dan op leren. Dit sluit niet aan bij gegevens uit de literatuur (Van Lieshout, 2002) en nodigt uit tot nader onderzoek. Wat betreft de fase van het therapieproces lijkt, naar gelang het proces vordert richting eindfase, meer aandacht te zijn voor het leren en een verschuiving op te treden van een observerende naar een handelende houding. Vooral in de beginfase wordt sterk structurerend gewerkt. Voor de therapeuten is het interessant te zien dat er accentverschillen zijn in de therapeutische attitude. Daarbij bestaat bijvoorbeeld verschil in de mate waarin de therapeut een observerende dan wel handelende attitude inneemt. Door deze uitkomsten weer te labelen aan de betreffende persoon kan met elkaar in gesprek worden gegaan over de achterliggende gedachten en intenties. Op deze manier wordt de individuele therapeut zich bewust van zijn persoonlijke stijl.

Tot slot

Met de wetenschap dat de therapeutische relatie en houdingsaspecten, die niet specifiek tot een psychotherapeutische stroming behoren, van grote invloed zijn op het resultaat van de therapie, is onze aandacht uitgegaan naar

de rol van de therapeutische attitude.

Het onderwerp therapeutische attitude is van belang voor therapeuten, maar heeft ook een zekere ongrijpbaarheid. Er is getracht vanuit verschillende invalshoeken de attitude te belichten en dit met elkaar in verband te brengen.

Er is een link gelegd naar de praktijk door gegevens van een inventariserend onderzoek te presenteren die betrekking hadden op de therapeutische attitude. Het uitgevoerde onderzoek is een eerste poging zicht te krijgen op wat werkt, voor wie, wanneer en waarom.

De gehanteerde begrippen zijn vooraf onvoldoende beschreven en afgebakend. Hierdoor is bijvoorbeeld onduidelijk welke score past bij welke mate van structurering. Wel kan verondersteld worden dat het feit dat de therapeuten werkzaam zijn op dezelfde afdeling een positieve invloed zal hebben op een zelfde interpretatie. De betrouwbaarheid en validiteit zijn echter niet gewaarborgd. Toch geven de gegevens een eerste indruk.

Krantz (2006) bepleitte in haar onderzoek naar interventies niet enkel in te gaan op wat therapeuten van plan zijn te doen, maar juist de focus te leggen op wat therapeuten doen. Daarop aansluitend zet dit artikel de rol van attitude van de therapeut in de schijnwerpers. De vraag 'wat maakt een therapeut tot een goede therapeut?' is van wezenlijk belang voor elke vorm van therapie. De therapeutische attitude is een onderwerp dat zeker aandacht verdient in overpeinzingen, discussie en onderzoek.

Noten

- 1 Hierover is een artikel verschenen in Tijdschrift voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie (Van den Bosch, 2008)
- 2 De definitie van werkvorm luidt: "Een activiteit met een duidelijk begin en einde, waarbij het doel, de gebruikte materialen en de randvoorwaarden op voorhand beschreven zijn." (Krantz & Verborgt, 2006, p. 158).
- 3 Voor interventie wordt de definitie van Krantz (2006) aangehouden: "Interventie is een handeling van de therapeut met een beweegreden" (p. 13).
- 4 Het was mogelijk twee hoofddiagnoses aan te kruisen. Vandaar dat de som van de cases per diagnose hoger is dan de totaal van 66 cases.

Literatuur

- Aendekerk, E.W.C. (1993). Groeien naar een meer geïntegreerd bewegen; het bewegingstherapeutisch proces met kinderen met een aan autisme verwante stoornis. In F.Verheij, R. Eijlsberg & A.van Strien (red.), *Klinische kinder- en jeugdpsychiatrie. Praktijk en visie*. 130-140. Assen: Van Gorcum.
- Aendekerk, E.W.C. (2005). Attitude en relationele stijl bij interactieve beïnvloeding van een meerpersooncontext. In F. Verheij (red.), *Integratieve kinder- en jeugdpsychotherapie*. 335-345. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Audenhove, C. van (1995). Indicatiestelling in de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 182-193.
- Boer, J.E. de (1999). Hechtingsstoornissen bij het jonge kind. In: F. Verheij en F.C. Verhulst (red.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Behandeling en Begeleiding*. 113-123. Assen: Van Gorcum.
- Bordin, E.S. (1997). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy; Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bosch, J.A.E.M. van den (2008). De diepte in...Onderzoek naar de toepassing van therapievormen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Kinder- en jeugdpsychotherapie*, 35(1), 33-46.
- Drieschner, K. & Pioch, A. (2000). Muziektherapie op maat. Methodische keuzes van ervaren muziektherapeuten. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2000, 3, 9-17.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A. (2004). *The Heroic Client*. San Fransisco: Wiley
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy; theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- Henstra, S., Veldhuizen, R., van Os, K.& Poismans, K. (2006). Kinder- en jeugdpsychiatrie. In H. Smeijsters (red.), *Handboek muziektherapie. Evidenced based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. 276-299. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Keers, C. & Wilke, H.A.M. (1981). *Oriëntatie in de sociale psychologie*. Het individu in de groep. Alphen aan de Rijn: Samson.
- Kendall, P.C. (1991). Guiding theory for therapy with children and adolescents. In: P.C. Kendall (red.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioural procedures*. New York/ London: The Guilford Press.
- Kendall, P.C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 61, 235-247.
- Krantz, B. (2006). *Interventies van vaktherapeuten. Onderzoek naar de uitvoering van pragmatisch-structurende werkvormen in de GGZ*. Nijmegen: Creatieve Therapie Opleiding, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Krantz, B. & Verburt, J. (2006). Doelen en Werkvormen. In H. Smeijsters (red.), *Handboek muziektherapie. Evidenced based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. 150-162. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lieshout, T. van (2002). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen. Een praktisch handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Matthys, W. (1999). Leergedichte behandeling bij oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen. In F. Verheij, F.C. Verhulst (red.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Behandeling en Begeleiding*. 386-397. Assen: Van Gorcum.
- McClelland, C.L. (1973). Testing for competence rather than for 'intelligence'. *American Psychologist*, 28, 1-14.
- Most, G.H.F. van der (2005-I). Attitude en relationele stijl in een op ontwikkeling gerichte werkrelatie. In F.Verheij (red.), *Integratieve kinder- en jeugdpsychotherapie*. 315-325. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Most, G.H.F. van der (2005-II). Het psychoanalytisch kader. In F.Verheij (red.), *Integratieve kinder- en jeugdpsychotherapie*. 27-43. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Smeijsters, H. (2000). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2005). Praktijkonderzoek. In H. Smeijsters, *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Veerman, J.W. & Yperen, T. van (2005). Tussen de modder van de praktijk en de schone wetenschap. Vrijheidsgraden en graden van zekerheid in effectonderzoek. *Kinder- en jeugdpsychotherapie*, 3, 4-23.
- Veerman, J.W. (2006). Meer zicht op effectieve jeugdzorginterventies via praktijkgestuurde effectonderzoek. *Kind en Adolescent*, 27(4), 245-248.
- Verburt, J. & Vries, W. de (2005). Vaktherapie en wetenschap: wie is de meester, wie is de knecht? *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2005, 2, 12-15.
- Verheij, F. (red.) (2005). *Integratieve kinder- en jeugdpsychotherapie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Verheugt-Pleiter, J.E., Schmeets, M.G.J. & Zevalkink, J. (2005). *Mentaliseren in de kindertherapie. Leidraad voor de praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Verhulst, F.C. (2005). Effectiviteit van psychotherapie bij kinderen en jeugdigen. In F. Verheij (red.), *Integratieve kinder- en jeugdpsychotherapie*. 585-597. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Over de auteurs

Channa de Kruijf is als muziektherapeut in 2003 afgestudeerd aan de Hogeschool Utrecht. Sinds 2006 is ze werkzaam in de kinderpsychiatrische kliniek van het ErasmusMC-Sophia te Rotterdam. Daarnaast is ze verbonden aan de dagbehandeling van het RMPI. Ze is eindredacteur van bij het Tijdschrift voor vaktherapie.

Anneke van den Bosch is psychotherapeut, klinisch psycholoog en gedragstherapeut. Van 2002 tot en met 2008 was zij onder andere coördinator van het therapeutenteam van de kinderpsychiatrische kliniek. Momenteel is zij werkzaam bij de Bascule te Amsterdam.

Samenvatting

In dit artikel wordt de therapeutische attitude vanuit verschillende kanten belicht. Uit onderzoek blijkt dat algemene factoren zoals de relatie tussen therapeut en cliënt en de attitude van de therapeut, een belangrijke invloed hebben op het behandelresultaat. De therapeut beïnvloedt de relatie met de cliënt door zijn attitude. In literatuur is gezocht naar aanwijzingen over een 'passende' attitude. Hierop aansluitend worden de gegevens uit een inventariserend onderzoek gepresenteerd, die betrekking hebben op de therapeutische attitude. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden binnen een kliniek voor kinderpsychiatrie. De gegevens laten aanwijzingen zien dat er verbanden bestaan tussen de attitude van de therapeut en de problematiek van de cliënt, de attitude van de therapeut en de fase van het therapieproces, de attitude van de therapeut en zijn persoonlijke kenmerken. ■