

University of Groningen

Technieken van de therapeut

Knol, Lisanne; Huiskes, Mike

Published in:
Tijdschrift voor Psychiatrie

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2023

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Knol, L., & Huiskes, M. (2023). Technieken van de therapeut: een conversatieanalytisch perspectief op taal in therapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 65(3), 146-150.
https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13124_Technieken-van-de-therapeut-een-conversatieanalytisch-perspectief-op-taal-in-therapie

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Technieken van de therapeut: een conversatieanalytisch perspectief op taal in therapie*

A.S.L. Knol, M. Huiskes

- Achtergrond** In de interactionele uitwisseling met patiënten maken psychotherapeuten voortdurend opnieuw een inschatting over de toepasbaarheid van therapeutische interventies en de vormgeving hiervan. Therapeuten kiezen daarmee ter plekke de talige gereedschappen voor de behandeling van de patiënt.
- Doel** Nagaan welke technieken psychotherapeuten inzetten, hoe deze aan de gezamenlijke betekenisvorming bijdragen en wat de consequenties ervan zijn voor de rol van de therapeut.
- Methode** Met conversatieanalyse onderzochten wij gesprekshandelingen op systematische wijze.
- Resultaten** In onze analyses identificeerden we verschillende technieken van de therapeut zoals spiegelen, herformuleren, aanreiken van mogelijke completering en stiltes. Deze technieken varieerden in openheid, sturendheid en in de mate waarin ze transformatief waren.
- Conclusie** Het spectrum van therapeutische interventies reikt van open en minder transformatieve naar meer sturende en transformatieve handelingen van de therapeut. In de verschillende gespreksfasen variëren therapeuten op strategische wijze in de toepassing van deze typen interventies en daarmee ook in de rol als gesprekspartner.

In psychotherapeutische gesprekken construeren therapeut en patiënt gezamenlijk betekenis. Deze betekenis komt interactioneel tot stand. Psychotherapie is daarmee een intrinsiek talige activiteit. De rol van de patiënt en de therapeut zijn hierbij verschillend: de patiënt brengt zijn of haar eigen ervaringen en inzichten in, in de hoop deze gedurende de therapie te transformeren. De therapeut probeert de patiënt te begeleiden in dit transformatieve proces, maar steeds gerelateerd en geratificeerd door de beleving van de patiënt. Je kunt een therapeutisch gesprek zien als een ontmoeting tussen twee experts. Het spreken van de patiënt is steeds leidend en centraal, maar de rol van de therapeut als gesprekspartner is in dit proces cruciaal. Tijdens het spreken van de patiënt wordt de therapeut op elk moment opnieuw voor een communicatief dilemma geplaatst: Welke gespreksrol wordt hier van mij gevraagd? Is een (verbale) interventie nodig? En zo ja, wat voor type interventie is hier dan gewenst? Volstaat luisteren of is een meer sturende therapeutische interventie aan de orde? Als ik spreek, hoe geef ik dat dan

talig vorm? De dagelijkse professionele activiteit van therapeuten bestaat uit een voortdurende inschatting welke therapeutische handeling gevraagd is en hoe ze die dan het best talig kunnen vormgeven. Verschillende therapiestromingen onderscheiden zich door het antwoord op die vraag: soms wordt een sturende therapeutrol voorgeschreven, terwijl andere scholen om een primair luisterende therapeut vragen. In dit artikel geven wij een samenvatting van inzichten uit een promotieonderzoek naar het talige gereedschap van de therapeut. Op inductieve wijze zijn terugkerende gesprekshandelingen in therapiedata geselecteerd en is de vormgeving ervan met conversatieanalyse in kaart gebracht. Wat is de talige gereedschapskist waarvan therapeuten gebruikmaken? Hoe kunnen deze gereedschappen ingezet worden om gezamenlijk betekenis te creëren in een therapeutisch gesprek? Wat zijn de consequenties van de keuze voor specifiek gereedschap in de (al dan niet directieve) rol die de therapeut speelt in die betekenisconstructie?

AUTEURS

Lisanne Knol, promovenda, Center for Language and Cognition Groningen, Rijksuniversiteit Groningen; vakgroep Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie, Universiteit Gent.

Mike Huiskes, hoogleraar/docent, Center for Language and Cognition Groningen, Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie

A.S.L. Knol (a.s.l.knol@rug.nl).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-1-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(3):146-150

METHODE

We bestudeerden de gespreksbijdragen van therapeuten met conversatieanalyse. Het materiaal is verzameld binnen de Ghent Psychotherapy Study, een onderzoek naar de werkzaamheid van psychodynamische en cognitieve gedragstherapie in de behandeling van patiënten met een depressie.¹ Bij alle deelnemers was een depressieve stoornis gediagnosticeerd, zij waren 18-65 jaar oud, woonden in Vlaanderen (België) en hadden voldoende kennis van de Nederlandse taal. Bovendien werd dominantie op verschillende persoonlijkheidsdimensies gemeten.

De patiënten werden gerandomiseerd toegewezen aan twee behandelingscondities: psychodynamische of cognitieve gedragstherapie. De 16-20 sessies vonden plaats in privépraktijken in de regio Gent (België). De deelnemende therapeuten waren klinisch psychologen die aanvullende trainingssessies hadden gevolgd over de toepassing van de betreffende therapiestijl.¹ De therapiegesprekken werden opgenomen en getranscribeerd. Voor de verschillende studies die onderdeel uitmaakten van dit onderzoeksproject werd een selectie gemaakt van tien casussen om in beide therapiemodaliteiten diverse gespreksfenomenen te kunnen onderzoeken.^{1,2} In de conversatieanalyse bestudeert men de onderliggende procedures van taal aan de hand van opnames van alledaagse en professionele gesprekken. Met transcripten wordt daarbij de systematische wijze bestudeerd waarop taalgebruikers terugkerende (professionele) gesprekshandelingen uitvoeren. De aanname is dat deze organisatie normatief is: hoewel taalgebruikers kunnen afwijken van deze procedures, zullen afwijkende uitingen alsnog geïnterpreteerd worden in het licht van deze norm (als afwijkende uiting) en hierdoor een extra, gemarkeerde betekenis krijgen. Hierbij maakt men een onderscheid tussen de *acties* die gespreksdeelnemers uitvoeren (exploreren, suggereren, begrip checken, etc.) en de *practices* waarmee zij die acties realiseren (de talige wijze waarop ze die hande-

lingen vormgeven, een vraag, een mededeling, etc.). Vervolgens kan men kijken naar de interactionele functie en consequenties van de keuze voor specifieke acties en practices voor het verdere verloop van het gesprek. Hierbij ziet men interacties steeds als een product dat de gespreksdeelnemers gezamenlijk tot stand brengen; het resultaat is de *interactionele betekenis* die de deelnemers zo construeren.

RESULTATEN

In therapie staat het spreken van de patiënt centraal. Sessies beginnen met een vertelling van de patiënt. Bijdragen van de therapeut volgen later en zijn vaak korter en expliciet geconstrueerd als reactief op de bijdragen van de patiënt. De talige interventies zijn de gereedschappen van de therapeut. Met het oog op de overkoepelende behandelingsdoelen, worden ze strategisch ingezet.

Daarbij konden we de interventies plaatsen op een schaal van meer *open* en *niet transformatief* naar meer *sturend* en *transformatief*. Een open geformuleerde interventie wijkt niet of in slechts zeer beperkte mate af van de oorspronkelijke verwoording van de patiënt en geeft zo veel mogelijk ruimte voor vrije invulling in de daaropvolgende uiting. In de keuze voor een interventie kan een therapeut zijn bijdrage in de betekenisconstructie kalibreren en afstemmen. We zullen dit met een paar prototypische voorbeelden illustreren.

Technieken

Stilte

Aan het ene uiterste van het spectrum vonden we de *stilte*. De mogelijkheid tot vrije invulling is het sterkst bij volledige afwezigheid van taal. Dit geeft de patiënt ruimte voor verwerking en het ervaren van de emoties en gedachten die het spreken heeft veroorzaakt. In onze studie naar stiltes in psychodynamische therapie-

gesprekken maten we stiltes van zelfs 72 seconden.² Dergelijke opvallend lange gesprekspauzes komen als gezamenlijk product tot stand omdat beide sprekers zich kortstondig onthouden van hun recht om te spreken (vgl. ‘lapses’³).

Het is ook interessant om te kijken wat deelnemers na zo’n lange pauze doen; daarmee geven ze interactioneel betekenis aan die stilte. In de meeste gevallen wordt een stilte doorbroken door een uiting die het voorgaande gespreksthema voortzet.² Vaak geven patiënten dan een beschrijving of samenvatting van hun emotionele staat die door het gespreksthema en de bijbehorende associaties zijn veroorzaakt. Ook volgt op stiltes vaak een thematische afsluiting door introductie van een nieuw (sub) onderwerp in de aangrenzende beurt.²

Zowel bij thematische voortzetting als bij thematische afsluiting behandelen de sprekers de voorafgaande stilte niet noodzakelijk als problematische gespreksonderbreking. De stilte wordt geconstrueerd als wezenlijk onderdeel van het therapeutische gesprek. In de zeldzame gevallen waarin sprekers de stilte expliciet thematiseren, benoemen ze dan ook niet de afwezigheid van taal, maar de aanwezigheid van therapeutisch relevante (intrapyschische) processen die het spreken tijdelijk stilleggen.²

Spiegelen

Een ander prototypisch open interventie is het *spiegelen* van uitingen van de patiënt.⁴ Dit betreft het selecteren en weer terugspelen van elementen uit een voorgaande beurt. Een dergelijke interventie maakt gebruik van het repertoire van de patiënt zonder zelf nieuwe betekenselementen toe te voegen. Door betekenisdragende elementen uit de taal van de patiënt te hergebruiken, zorgt de therapeut namelijk voor congruentie tussen de bijdragen en kan technische neutraliteit worden gewaarborgd. Tegelijkertijd kan spiegelen de patiënt op indirecte manier uitnodigen om te elaboreren en zo zelf betekenis toe te voegen, zoals in [fragment 1](#). Het selecteren en spiegelen van het woord ‘moet’ lokt een

omvangrijke verantwoording van de patiënt uit voor het anticiperen op de ontwikkeling van haar relatie in de toekomst: In regel 5 en 6 stelt de patiënt dat zij in haar prille relatie reeds rekening moet houden met de toekomst. De therapeut spiegelt aansluitend het woord ‘moet’ (regel 7). Na een korte gesprekspauze begint de patiënt het *moeten* vanaf regel 10 te verantwoorden door te voorspellen dat haar relatie mogelijk tot samenwonen en daarmee tot potentiële financiële consequenties zal leiden. In dit fragment kiest de therapeut voor het spiegelen van een enkel woord, therapeuten kunnen echter ook frases spiegelen waarbij de eigenlijke spiegeling dan soms wordt ingeleid met ‘en je zegt’ of ‘maar je zegt’.⁵

Herformuleren

Het teruggeven van woorden kan ook op meer transformatieve wijze worden gerealiseerd middels herformuleringen. Op de reeds genoemde schaal schuiven we daarmee op richting meer *sturende* interventies. Herformuleringen kunnen samenvatten (geïntroduceerd door *dus* of *eigenlijk*), een contrast of ontbrekend element toevoegen (gemarkeerd door *maar* of *en*), of specificeren in de vorm van relevante, individuele kernwoorden die voor een meer nauwkeurige verwoording zorgen.⁵ In [fragment 2](#) doet de therapeut een dergelijke specificerende herformulering.

De patiënt vertelt in regels 1 t/m 4 hoe ze haar katten bij elkaar heeft geïntroduceerd. In regel 7 omschrijft ze dit als overwinning – waarmee ze de activiteit een zekere emotionele lading meegeeft. In regel 9 keert ze terug naar een beschrijving van de katten. In regel 11 stuurt de therapeut echter terug naar de vaardigheid (‘bemiddelen’) die tot de overwinning heeft geleid. In haar reactie in regel 12, ratificeert de patiënt deze specificatie door het bemiddelen als typerende eigenschap van haarzelf te benoemen. Het lokaal herinterpreteren en bewerken van beschrijvingen van de patiënt toont aandacht voor het narratief van de patiënt, stuurt de gespreksinhoud daarmee in therapeutisch relevante richtingen en zorgt voor thematische afsluiting.

Fragment 1. Spiegelen

01	Patiënt	Dat is pril he? Ja (1,6 sec stilte) maar het voelt ook goed ik bedoel
02		(2,4 sec stilte)
03	Therapeut	Mhm mhm
04		(3,5 sec stilte)
05	Patiënt	Voor mij is dan ja zoals we daar straks zeggen ik moet mij (1,8 sec stilte) ja
06		(0,4 sec stilte) terug aan ehm de toekomst denken he?
07	Therapeut	Moet
09		(0,8 sec stilte)
10	Patiënt	Ja als je samen- stel allez (0,5 sec stilte) die kans is groot dat we volgend jaar
11		dus nog een jaar (0,6 sec stilte) als er niks gebeurt je weet allemaal niet wat dat
12		er gebeurt maar ik bedoel (1,9 sec stilte) als alles blijft gaan zoals dat het nu
13		gaat dus volgend jaar met de zomer of na de zomer (0,9) dan gaan we
14		waarschijnlijk gaan samen wonen (1,5 sec stilte) ja dan moet je dan toch wel
15		zorgen dat je dat je een een iets of wat (0,8 sec stilte) inkomen hebt.

Fragment 2. Herformuleren

01	Patiënt	Maar ik heb eh een kamer vrijgehouden om dat beestje overdag rustig te
02		kunnen zetten en ik heb die eigenlijk 's avonds dan (0,6 sec stilte) eh zo op een
03		rustige manier naar elkaar toegebracht en nu waren dat echt dikke vrienden eh
04		(0,8 sec stilte) die lagen te rollebollen en te knuffelen met elkaar en ja
05	Therapeut	Mhm mhm mhm
06		(0,5 sec stilte)
07	Patiënt	Dat was eigenlijk ook wel een beetje een overwinning voor mij in dien tijd
08	Therapeut	[mhm mhm
09	Patiënt	[om die twee beesten zo vredevol naast elkaar te zien liggen
10		(0,5 sec stilte) [dat was toen
11	Therapeut	[bemiddelen
12	Patiënt	((lacht)) ja maar dat ben ik typisch eh? Op alle vlakken eh?
13		(0,8 sec stilte)
14	Therapeut	Mhm mh mhm mh
15	Patiënt	Ja

Vierkante teksthaken geven aan dat de betreffende uitingen in overlap, dus gelijktijdig, zijn geproduceerd.

Completering

Een voorbeeld van een meer sturende interventie is het *completeren* van de uiting van de patiënt door de therapeut waardoor collaboratieve beurtsequenties ontstaan. Daarbij reikt de therapeut een voorstel aan voor het vervolledigen van een reeds geïnitieerde, maar nog hoorbaar incomplete beurt.⁶ De vormgeving hiervan geeft een mogelijke voortzetting voor completering van de uiting. Een dergelijke aanvulling is daardoor vrij interpretatief en zeer ingrijpend op de zinsconstructie van de ander. Het resultaat is een gezamenlijk spreken van patiënt en therapeut: ze produceren samen een enkele uiting met gedeeld auteurschap (regels 6-8 in **fragment 3**). De patiënt beschrijft in regel 1 een beperkt gevoel van vrijheid en voegt in regel 3 hieraan toe dat ze dit verwacht te ervaren zodra ze zich in het diepe gooit. In overlap met het volgende responssignaal van de therapeut doet ze een aanzet om de beurt met 'maar' op contrasterende wijze uit te breiden (regel 6). De therapeut produceert hierop een mogelijk vervolg in regel 8. In zijn completievoorstel formuleert hij, namens de patiënt, een positieve houding. Hij vult voor de patiënt in dat zij hoop voelt. De therapeut doet met deze interventie aan sturing richting een meer hoopvolle kijk op de toekomst. In haar reactie in regels 10 en 12 wordt deze interpretatie geratificeerd door de patiënt. Dergelijke interventies zijn zeer sturend. Ze kunnen laten zien dat therapeut en patiënt dermate op één lijn zitten dat ze gezamenlijk kunnen spreken. In andere gevallen kunnen ze ook heel dwingend een therapeutisch perspectief introduceren als gedeeld door de patiënt.

Strategische variatie en volgordelijkheid

In het voorgaande hebben we aan de hand van enkele illustratieve voorbeelden laten zien dat de therapeut door het gebruik van therapeutische interventies op verschillende wijze kon bijdragen aan gezamenlijke betekenisconstructie. Therapeuten toonden in de sessies dan ook

een oriëntatie op het strategisch variëren in het gebruik en de vormgeving van hun talige technieken. We observeerden in de opeenvolgende gespreksfasen een zekere volgordelijkheid: In de eerste fase, als patiënten een nieuw (sub)thema initieerden, stelde de therapeut zich terughoudend op door niet-transformatieve interventies te gebruiken. In de volgende fase, als de expositie potentieel compleet was, werden de technieken meer transformatief (bijvoorbeeld door te spiegelen of door interpretatieve interventies aan te reiken). De afsluitende fase werd gekenmerkt door transformerend werk dat in gezamenlijke inspanning tot stand wordt gebracht. Deze gezamenlijke inspanning uitte zich door een frequente en versnelde sprekerswissel en het gebruik van transformatieve technieken zoals collaboratieve beurtsequenties en/of herformuleren.

BESPREKING

Wij onderzochten de interactionele gereedschapskist van therapeuten vanuit conversatieanalytisch perspectief. De bijdragen van therapeuten blijken te rangschikken op basis van de mate waarin de therapeut een rol speelt in de gezamenlijke betekenisconstructie in therapiegesprekken. Dit vertaalt zich in een spectrum van meer of minder transformatieve therapeutische interventies. Aan het ene uiteinde van het spectrum is er de stilte als therapeutische interventie: hiermee neemt de therapeut deel in het proces in een afwezigheid van spreken (hij is echter nog steeds gesprekspartner en verantwoordelijk voor de co-constructie van het zwijgen). Aan het andere uiteinde vinden we collaboratieve beurtconstructies. Hier produceren therapeut en patiënt een enkele uiting in een gezamenlijk spreken met gedeeld auteurschap. De therapeut participeert daarbij actief in de betekenisconstructie door een deel van de uiting voor eigen rekening te nemen.

Fragment 3. Aanreiken van een mogelijke completering

01	Patiënt	Het is niet dat ik zo het gevoel heb van dat aah de wereld ligt voor mij open en
02	Therapeut	uhu uhu uhu
03	Patiënt	Ik ben heel zeker dat als ik mij in het diepe gooi dat the magic will happen zoals
04		ze dat zeggen he
05	Therapeut	Mhm [mhm
06	Patiënt	[maar
07		(1,2 sec stilte) euhm (3,5 sec stilte)
08	Therapeut	Maar je hebt er wel hoop in
09		(1,5 sec stilte)
10	Patiënt	Ik- ja ik weet gewoon omdat mijn comfortzone zo klein was
11	Therapeut	Mhm mhm
12	Patiënt	Dat het uitbreiden daarvan dat komt met goeie dingen

Vierkante teksthaken geven aan dat de betreffende uitingen in overlap, dus gelijktijdig, zijn geproduceerd.

Deze categorisering van therapeutische handelingen is niet alleen analytisch van aard. Gedurende de verschillende fases zetten de therapeuten deze technieken op strategische wijze in en vertonen daarmee een oriëntatie op hun steeds variërende rol in de betekenisconstructie. Beginnend met minder transformatieve technieken, om vervolgens over gaan tot meer transformatieve bijdragen. Hiermee lijken therapeuten het initiatief bij de patiënt te leggen, om vervolgens gedurende het gesprek een meer sturende rol in te nemen.

Therapeuten laten dus een cruciale therapeutische vaardigheid zien: het inspelen en afstemmen op de lokale mogelijkheden en benodigheden die de patiënt in gespreksbijdragen laat doorschemeren. De vakbekwaamheid van een psychotherapeut blijkt dus niet alleen uit het toepassen van zijn of haar kennis, kunde en technieken, maar vooral ook uit de virtuositeit waarmee hij of zij de interactie met de patiënt op- en voortdurend uitbouwt.

Inzicht in deze virtuositeit is ook relevant voor de praktijk. Door de verschillende therapeutische practices te identificeren, in kaart te brengen en hun functie in therapeutische gesprekken te onderzoeken, kunnen therapeuten dat gedrag evalueren en vergelijken. Ook is het mogelijk om te kijken of de gekozen (theoretische) uitgangspunten voor bepaalde therapiestijlen worden vertaald in concrete, talige gedragingen, en zo ja, hoe deze dan worden vormgegeven.

NOOT

*Dit artikel is gebaseerd op het promotieonderzoek van de eerste auteur.

LITERATUUR

- 1 Meganck R, Desmet M, Bockting C, e.a. The Ghent Psychotherapy Study (GPS) on the differential efficacy of supportive-expressive and cognitive behavioral interventions in dependent and self-critical depressive patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2017; 18: 1-11.
- 2 Knol ASL, Koole T, Desmet M, e.a. How speakers orient to the notable absence of talk: A conversation analytic perspective on silence in psychodynamic therapy. *Front Psychol* 2020; 11: 1-15.
- 3 Hoey EM. How people arrive at, and deal with, discontinuities in talk. *Res Lang Soc Interact* 2015; 48: 430-53.
- 4 Ferrara KW. *Therapeutic ways with words*. New York: Oxford University Press; 1994.
- 5 Knol ASL, Huiskes M, Koole T, e.a. Reformulating and mirroring in psychotherapy: A conversation analytic perspective. *Front Psychol* 2020; 11: 1-12.
- 6 Lerner G. Collaborative turn sequences. In: Lerner G, red. *Conversation analysis: Studies from the first generation*. Amsterdam: John Benjamins; 2004. p. 225-56.