
Ethiek & Psychotherapie

∞ Een filosofische bezinning op de therapeutische relatie aan de hand
van Buber en Levinas ∞



Universiteit Leiden

Faculteit der Geesteswetenschappen

Masterthesis *Philosophy of Psychology*

Docent: Dr. J.J.M. Sleutels

Student: Bart Leenhouts, 1085697

*What works in psychotherapy?
That's far beyond the likes of me.
I've only practiced fifty years,
and still am plagued by doubts and fears.*

*I muddle on and try my best
to aid my clients in their quest
for ways of being more alive,
somehow in spite of all to thrive.*

*I wish I knew the right technique
to give them more of what they seek.
The mystery of change persists
unsolved by dogged scientists.*

*I hope that they will soon impart
quick ways to heal a broken heart.
My efforts stagger, balk, and lurch
unguided by precise research
to tell me how to ease life's pains,
and thus flawed intuition reigns.*

*Pray science soon will guarantee
sure cures for human misery,
but meanwhile I'll do what I can
without a validated plan.*

Tom Greening¹

¹ *Empirically Validated Psychotherapy* from *Existential Poems*, 2006
Illustratie omslag: *Engaged In Dialogue 1035* by Manjuzaka

Voorwoord

“Ik roep de ander niet om hem te groeten, maar hij onderbreekt mij en roept mij ter verantwoording.”²

Als psycholoog ben ik werkzaam in de specialistische geestelijke gezondheidszorg (SGGZ) en behandel ik voornamelijk patiënten die lijden aan een (complexe) posttraumatische stressstoornis en/of een persoonlijkheidsstoornis. De therapeutische relatie heeft veel invloed op het succes van de behandelingen, maar er wordt verschillend gedacht over haar kracht en over haar verhouding met de technieken. In deze scriptie heb ik getracht te categoriseren hoe de unieke waarde van deze relatie zoal begrepen kan worden en wat uiteindelijk mijn eigen kijk hierop is.

Dankbaar ben ik voor de begeleiding door Jan Sleutels, die mij met name hielp om schematisch te denken en helder te verwoorden. Hij wist meermaals zowel overbodigheden als onvolledigheden uit te lichten. Ook bedank ik Renée van Riessen, die mijn uitleg van Buber en Levinas beoordeelde en van bruikbare feedback voorzag.

Rotterdam, maart 2016

² Boer de, 1997, 106

Inhoud

Hoofdstuk 1: Technieken en de relatie	7
1.1 Introductie.....	7
1.2 De therapeutische relatie.....	7
1.3 Verwikkeling relatie en technieken	9
1.4 De kracht van de technieken	11
Hoofdstuk 2: De therapeutische relatie en ethiek	13
2.1 De kracht van de relatie	13
2.2 Filosofisch onderzoek.....	14
2.3 Het therapeutische kader	14
2.4 De atechnische relatie in de praktijk	15
2.5 Verantwoordelijkheid.....	16
2.6 Ethiek	16
2.7 Modelrelatie.....	18
2.8 Eerste benadering: De atechnische relatie	19
2.9 Tweede benadering: De asymmetrische relatie.....	19
2.10 Een overzicht	20
2.11 Afbakening	20
Hoofdstuk 3: Martin Buber en de atechnische relatie	21
3.1 Introductie	21
3.2 Dialogische werkelijkheid	22
3.3 De niet-echte dialoog	22
3.4 Doelstelling.....	23
3.5 Atechnische relatie aangaan zonder technieken.....	23
3.5.1 Carl Rogers.....	24
3.5.2 Rogers en Buber in dialoog	24
3.5.3 Empathie	25

3.5.4	Congruentie en positieve erkenning	27
3.5.5	Conclusie	27
3.6	Het therapeutische kader	28
3.6.1	Wederkerigheid in de dialoog tussen Buber en Rogers	29
3.6.2	Rogers: Momenten van volledige wederkerigheid	29
3.6.3	Buber: Eenzijdige Ik-Jij relatie	31
3.6.4	Conclusie	32
3.7	Technieken blijven van kracht en van belang	33
3.7.1	Onvermijdelijk begrip	33
3.7.2	Van acceptatie tot begrip	34
3.7.3	Bewust gebruik van technieken	35
3.8	Conclusie	36
3.8.1	Haar verdiensten	36
3.8.2	Therapeut – Unieke patiënt relatie	36
3.8.3	De kracht van begrip	36
3.8.4	Ontwikkelingen na Rogers	37
3.8.5	De asymmetrische relatie	37
	Hoofdstuk 4: Emmanuel Levinas en de asymmetrische relatie	38
4.1	Introductie	38
4.2	Diverse toepassingen	39
4.3	Vooraf en voorbij alle begrip	40
4.4	Vorbij behoefte	40
4.4	Doelstelling	41
4.6	Ethische asymmetrie	42
4.6.1	Contra wederkerigheid	43
4.6.2	De therapeut als ander	43
4.6.3	Geïsoleerde subjectiviteit	44

4.7 De asymmetrische relatie en technieken	45
4.7.1 Zeggen en het gezegde	45
4.7.2 Kwetsbaarheid.....	46
4.7.3 Ik-Jij versus zeggen	47
4.7.4 Disharmonie	48
4.7.5 Valkuilen.....	49
4.8 Conclusie	49
Hoofdstuk 5: Samenvatting en conclusie	51
5.1 Inleiding.....	51
5.2 Methode.....	51
5.3 Resultaten.....	52
5.4 Conclusie	53
Literatuur	55

Hoofdstuk 1

∞ Technieken en de relatie ∞

1.1 Introductie

In individuele psychotherapie blijkt de kwaliteit van de zogenoemde therapeutische relatie een grote verklarende rol te spelen voor het effect van de behandeling.³ Uit decennia van empirisch onderzoek blijkt namelijk dat een groot deel van het behandelresultaat wordt verklaard door iets dat gemeenschappelijk is aan uiteenlopende behandelmethoden.⁴ Therapeuten en onderzoekers zijn het er tegenwoordig dan ook over eens dat de kwaliteit van de therapeutische relatie belangrijker is dan de aard van de technieken, met de kanttekening dat beiden niet geïsoleerd van elkaar bestudeerd of begrepen kunnen worden.⁵ Deze kanttekening geldt echter voor *empirisch* onderzoek en begrip. De meeste technieken vinden nu eenmaal plaats binnen de relatie. Deze scriptie is een poging om de therapeutische relatie *filosofisch* wel degelijk gescheiden van technieken te begrijpen. Met ‘technieken’ worden dan zowel ‘de manier waarop de patiënt en diens klachten begrepen worden’ als ‘de concrete interventies die hier een gevolg van zijn’ bedoeld. Hieronder vallen het begrippenapparaat waarvan de therapeut zich bedient, de manier waarop hij⁶ klachten en gedragingen analyseert en begrijpt en de concrete stappen die vanuit dit begrip tot herstel (zouden) leiden. Dit alles kan tussen diverse behandelvormen verschillen. Wat de betekenis en de kwaliteit van de ‘therapeutische relatie’ betreft, vereist een initiële uitleg meer ruimte.

1.2 De therapeutische relatie

Norcross definieert de therapeutische relatie als volgt: *‘The feelings and attitudes that therapist and client have toward one another, and the manner in which these are expressed.’*⁷ Deels vergelijkbaar definieert Hafkenscheid de therapeutische relatie als de kwaliteit van de persoonlijke band tussen patiënt en therapeut, maar hij voegt hieraan ook de mate van overeenstemming over doelen en taken toe;⁸ terwijl deze overeenstemming voor Norcross onder de noemer ‘alliantie’ begrepen wordt als een belangrijke factor die de relatie bevordert. De therapeutische relatie is bovendien een relatie die zich voltrekt binnen de kaders van professionele hulpverlening.

³ e.g. Frank & Frank, 1991; Lambert & Barley, 2001

⁴ Norcross, 2002, 37. Cuijpers (2012, 46) schat het aantal behandelmethoden dat in omloop is voorzichtig op 250.

⁵ Norcross, 2002; Hafkenscheid, 2014, 22

⁶ Voor zowel de therapeut als de patiënt zal ik consequent de mannelijke verwijsvorm gebruiken.

⁷ Norcross, 2002, 7

⁸ Hafkenscheid, 2014, 16-7

Individuele psychotherapie is een vorm van hulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg, waarbij een patiënt zich met psychische problematiek, variërend van angstklachten tot psychotische problematiek,⁹ tot een therapeut wendt om middels gesprekstherapie dergelijke klachten en problemen, afhankelijk van hun aard, te verhelpen dan wel te leren deze te hanteren. Het effect van psychotherapie wordt dus voornamelijk bepaald door de kwaliteit van de gevoelens en houdingen die beiden jegens elkaar hebben en de manier waarop ze deze naar elkaar uiten. Er zijn een hoop factoren te identificeren die hier mogelijk invloed op uitoefenen. Maar de kwaliteit van de therapeutische relatie wordt in elk geval voor een belangrijk deel bepaald door de bereidheid en de vaardigheid van de therapeut om zijn gedrag flexibel af te stemmen op individuele patiënten-kenmerken, veelal begrepen in psychologische termen als weerstandsniveau en gehechtheidsstijl, maar bijvoorbeeld ook in aard en gradatie van ambivalentie ten aanzien van gedragsverandering.¹⁰ Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de kwaliteit van de therapeutische relatie wordt bevorderd door de bereidheid en vaardigheid van de therapeut om feedback vanuit de patiënt te genereren.¹¹ Ook factoren betreffende de therapeut zoals empathisch vermogen, een congruente houding en het geven van positieve erkenning blijken doorgaans de relatie te bevorderen.¹² Al deze aspecten zijn lastig van elkaar te isoleren; de therapeut is bijvoorbeeld simpelweg al meer empathisch wanneer er meer overeenstemming is over doelen en taken.¹³ Ook zijn factoren als congruentie en positieve erkenning in de praktijk eigenlijk niet van empathie onderscheidbaar.¹⁴ Desalniettemin zijn elk van deze aspecten ten opzichte van het behandel-effect van belang gebleken. Maar in hoeverre zijn ze te onderscheiden van en te vergelijken met het toepassen van technieken?

Voorlopig zijn bovengenoemde aspecten te onderscheiden op basis van hun gebrek aan bepaaldheid, doorgaans worden dit dan ook *aspecifieke* factoren genoemd.¹⁵ Het toepassen van technieken betekent namelijk dat de patiënt en diens klachten op een *bepaalde* manier worden begrepen en vervolgens dienen *bepaalde* interventies te worden toegepast. Als therapeut investeren in de kwaliteit van de specifieke gevoelens jegens elkaar door onder meer een unieke afstemming, een empathische houding en het openstaan voor feedback is qua toepassing tevoren onbepaald en kan daarom in essentie niet als het toepassen van technieken begrepen worden, daargelaten dat dit alles zich *uiteindelijk* altijd op een *bepaalde*

⁹ Een spectrum dat voor het huidige begrip naast de genoemde klachten evenzo interpersoonlijke problematiek, somberheidsklachten en psychosomatische klachten beslaat.

¹⁰ Hafkenscheid, 2014, 25

¹¹ Ibid., 25

¹² Norcross, 2002

¹³ Ibid., 99

¹⁴ Ibid., 102

¹⁵ In de wetenschappelijke literatuur is er nog veel controverse rondom de factoren die als dusdanig gekenmerkt worden.

manier manifesteert. Wanneer de aan- of afwezigheid van de manifestatie van empathie bij eenzelfde therapeut bestudeerd wordt, blijkt het verband met de kwaliteit van de therapeutische relatie merkwaardig genoeg zwak.¹⁶ Mijn hypothese is dat dergelijke factoren empirisch onderscheidbare manifestaties te buiten gaan. In het aangaan van een effectieve therapeutische relatie gebeurt er iets anders dan dat de therapeut bepaalde interventies pleegt. De bevordering van de persoonlijke band tussen therapeut en patiënt bestaat *primair* dus niet uit de toepassing van technieken. Schijnbaar logisch volgt de conclusie dat de patiënt en diens klachten in het bevorderen van de relatie *juist niet* op een bepaalde manier begrepen worden. Deze laatste conclusie zal echter ter discussie komen te staan.

1.3 Verwikkeling relatie en technieken

Alvorens we het verschil in karakter tussen technieken enerzijds en relatie-bevorderende factoren anderzijds simplificeren, is het belangrijk op te merken dat de bevordering van de therapeutische relatie en de toepassing van technieken elkaar wederzijds beïnvloeden. Aandacht voor bovengenoemde relationele factoren kan met het gebruik van bewezen effectieve interventies interfereren, maar dit hoeft niet altijd zo te zijn. Enerzijds is namelijk de uitvoering van veel interventies op basis van gedegen wetenschappelijk onderzoek zo volledig mogelijk in protocollen bepaald.¹⁷ Er moet dus geregeld een keuze gemaakt worden, of een balans gevonden worden, tussen flexibele afstemming op de specifieke patiënt en het zo getrouw mogelijk toepassen van de technieken, die op basis van onderzoek effectief gebleken zijn. Het is geen exacte wetenschap af te wegen wanneer en in hoeverre de therapeut de patiënt zou moeten sturen in het toepassen van de methode die zijn strepen reeds verdiend heeft en in hoeverre de therapeut de relatie dient te bevorderen door de therapie flexibel af te stemmen op de patiënt en door ontvankelijk te blijven voor feedback vanuit de patiënt. Anderzijds verschilt het per patiënt en per problematiek in hoeverre bovengenoemde balans daadwerkelijk voor problemen zorgt in individuele psychotherapie. Ter illustratie een alledaagse afweging, welke laat zien dat het bevorderen van de relatie en het toepassen van technieken doorgaans met elkaar verweekeld zijn.

In de behandeling van een patiënt met een angststoornis en ontwijkende persoonlijkheidsstreken is ambivalentie bij uitstek kenmerkend voor de houding van de patiënt. Enerzijds wil hij geholpen worden, anderzijds zal keer op keer vermijdingsgedrag optreden betreffende het zetten van de (spreekwoordelijke) stappen die nodig zijn tot herstel. Het kan dan in het belang van de patiënt zijn om geen ruimte te laten voor afwijkingen van het protocol. Wanneer voorgeschreven huiswerk bijvoorbeeld niet wordt opgevolgd, dan

¹⁶Zuroff e.a., 2010. Naar mijn idee trekt Hafkenscheid (2014, 17) hieruit wat te snel de conclusie dat empathie, congruentie en positieve erkenning weinig tot geen samenhang vertonen met de therapeutische relatie.

¹⁷ Cf. Hafkenscheid, 2014, 26

wordt het behandelresultaat vergroot wanneer de therapeut (zonder uitzondering) dit gedrag problematiseert. De patiënt wordt zagezegd het meest effectief behandeld wanneer volgens bepaalde richtlijnen wordt gewerkt en niet gereageerd wordt zoals in het dagelijks leven van de patiënt waarschijnlijk veelal gebeurt: de ander gaat mee in het vermijdingsgedrag en bevestigt daarmee dat de patiënt niet in staat is diens angsten te overwinnen. Terwijl de wens tot vermindering moet worden weersproken om tot het beoogde behandelresultaat te komen, moet tegelijk het proces haalbaar zijn voor de patiënt en moet hij voldoende vertrouwen in zijn therapeut hebben om terug te koppelen wanneer de bepalingen hem echt (even) teveel moeite kosten of wanneer er echt iets speelt dat met de richtlijnen interfereert of een andere aanpak vereist. Wanneer de therapeut een directieve houding aanneemt en dit de patiënt ten goede komt, zal echter het vertrouwen in de therapeut (en daarmee hun relatie) vaak juist verbeteren. De patiënt kan bijvoorbeeld inzien dat de therapeut iets van hem begrepen had, wat hij zelf nog onvoldoende erkende of nog niet begreep. De mogelijkheid zijn angsten te overwinnen was namelijk iets waar de patiënt zagezegd reeds over beschikte. Trouw handelen conform voorgeschreven interventies kan dus wel degelijk een erkenning zijn van die specifieke patiënt, als hebbende een bepaalde problematiek. Daarnaast is het tonen van flexibiliteit bovendien vaak evenzo een bepaalde therapeutische interventie, wanneer dit in een specifieke vorm gegoten wordt en toegepast wordt wanneer het gedrag van de patiënt op een bepaalde manier begrepen wordt. Een werkbare balans tussen een consequente uitvoering van therapeutische interventies en een flexibele afstemming op die unieke patiënt is dus vaak wel degelijk te vinden; beiden gaan zelfs geregeld hand in hand.

Dit neemt niet weg dat het dilemma tussen het toepassen van technieken en het bevorderen van de relatie bestaat en geregeld opduikt, keer op keer vragend om een afweging. Moet deze patiënt net iets meer gehoord worden in hetgeen hem tot uitzondering maakt, of moet juist bij deze patiënt consequent volgens voorgeschreven interventies gewerkt worden? Tot dusver blijft het dilemma een afweging in handen van praktiserende psychologen. De relatie en technieken zijn nu eenmaal met elkaar verward en beïnvloeden elkaar. De therapeutische relatie mag dan wel van bepalend belang zijn, maar in de praktijk lijkt een duidelijke scheidslijn tussen het bevorderen van de relatie en het toepassen van technieken eigenlijk niet te trekken.

1.4 De kracht van de technieken

Het huidige beleid in de geestelijke gezondheidszorg kan begrepen worden als een gevolg van deze verwikkeling, gegeven de hegemonie van meetbaarheid. Het is geen geheim dat als intellectueel beginsel het positivisme hoogtij viert in de hedendaagse psychologie.¹⁸ Om de volgende twee redenen dient de therapeut dan ook doorgaans haast enkel verantwoording af te leggen inzake zijn of haar toepassing van technieken. Ten eerste is de kwaliteit van de therapeutische relatie afhankelijk van de dynamiek tussen de specifieke therapeut en de specifieke patiënt. Dit valt lastig in concrete voorschriften vast te leggen. Ten tweede hebben we gezien dat een trouwe toepassing van de technieken deze relatie evengoed bevorderen als belemmeren kan.

Beleidsmakers en zorgverzekeraars erkennen natuurlijk dat de therapeutische relatie van belang is, maar het concrete belang van de technieken dat hiermee in strijd kan zijn is doorgaans eenduidiger en bijgevolg controleerbaarder. Dit bevordert het gebruik van internetbehandelingen: Hiermee kunnen de kosten drastisch verlaagd worden terwijl de bewezen technieken hun (wellicht ietwat gemodificeerde maar opnieuw aantoonbaar effectieve) plaats kunnen behouden. Enkel in gevallen van een complexe klachtenpresentatie staat aandacht voor de therapeutische relatie nog geregeld centraal.

We kunnen concluderen dat zorgverzekeraars en beleidsmakers er belang bij hebben om effectief bewezen interventies van de psychotherapeut te eisen. Afgezien van dergelijke belangen wil ik mij echter richten op de *ethische* verantwoordelijkheid jegens de individuele patiënt, daar het dilemma simpelweg ook slechts op dit niveau volledig te beschrijven valt.¹⁹ De patiënt heeft zagezegd *recht* op een behandeling die effectief gebleken is, indien deze behandeling beschikbaar is. Wanneer bepaalde klachten met bepaalde interventies doorgaans effectief behandeld worden, dan behoort de psychotherapeut de technieken zo getrouw mogelijk te gehoorzamen. De therapeut heeft namelijk niet alleen ten opzichte van werkverleners zijn handelen te verantwoorden, maar in eerste instantie ten opzichte van de specifieke patiënt die de behandeling ondergaat.

Maar wanneer het belang van de therapeutische relatie niet los van concrete interventies onder woorden gebracht kan worden, dan zullen technische ontwikkelingen alle aspecten die bijdragen aan het uiteindelijke succes van de behandeling zoveel mogelijk specificeren. Mogelijk kunnen zo alle (empirisch onderscheidbare) werkzame ingrediënten benut worden zonder dat de patiënt een persoonlijke band met een therapeut hoeft aan te gaan. De technologie legt zich bijvoorbeeld reeds toe op de verfijning van *digitale* therapeuten. Het gaat dan om computerprogramma's die zelfs empathisch gekleurde reacties bij een virtuele therapeut genereren. Een menselijke therapeut is nu eenmaal kostbaar en

¹⁸ Cf. Krycka e.a., 2015, ix

¹⁹ Hafkenscheid, 2014, 12

feilbaar. Individuele patiënten kenmerken worden zoveel mogelijk gecategoriseerd en de digitale therapeut wordt in staat gesteld zich hierop aan te passen. Het kan zelfs laagdrempeliger zijn een digitale therapeut van feedback te voorzien dan een menselijke therapeut. De digitale therapeut zal nooit gekrenkt reageren, tenzij uit onderzoek gebleken is dat dit het effect van de behandeling in *bepaalde* gevallen verhogen kan. Niemand zal willen beweren dat hier sprake is van een persoonlijke band. Maar wat gaat er dan verloren? Zijn factoren die de relatie bevorderen überhaupt van belang omwille van die relatie zelf?

Hoofdstuk 2

∞ De therapeutische relatie en ethiek ∞

2.1 De kracht van de relatie

Dat het mogelijk is te overwegen om de interventies die de relatie bevorderen in te zetten, zonder daadwerkelijk een relatie aan te gaan, is volgens het huidige onderzoek een direct gevolg van het feit dat de kracht van de therapeutische relatie nog onvoldoende verwoord is. Om de kracht van de relatie te begrijpen is het nodig deze los te maken van de kracht van technieken. Niet ieder facet van dit nochtans brede construct zal hiermee gevangen worden. Wel kunnen we op deze manier een conceptueel onderscheidbare dimensie in de werkzaamheid van psychotherapie onder woorden brengen, die zonder menselijke therapeut per definitie afwezig is.

Bijgevolg kunnen we het belang van de therapeutische relatie enerzijds nog steeds secundair, faciliterend, begrijpen. Een goede relatie *faciliteert* in deze zin de technieken. Wanneer patiënt en therapeut zich welwillend en coöperatief tot elkaar verhouden, dan zal het vertrouwen in de technieken en de toepassing hiervan optimaal zijn. De therapeut maakt waar nodig een vertaalslag door bijvoorbeeld extra uitleg te geven, verhoudt zich positief ten opzichte van de technieken en past de frequentie en intensiteit van deze technieken aan op de vermogens en omstandigheden van de patiënt. Deze uitleg werkt bovengenoemde ontwikkeling in de hand en lijkt zeker bij een complexe klachtenpresentatie een belangrijke kracht van de relatie te zijn. Technieken blijven hetgeen dat van *uiteindelijk* belang is.

Anderzijds kunnen we de kracht van de relatie als *tegengesteld* aan de kracht van de technieken begrijpen; daar waar direct in de relatie geïnvesteerd wordt, zullen de technieken toch echt moeten inbinden. Is namelijk niet de relatie optimaal wanneer zo geïndividualiseerd mogelijk op de patiënt wordt afgestemd? Als de kwaliteit van de relatie verhoogd wordt wanneer zoveel mogelijk op deze unieke patiënt wordt afgestemd en zo weinig mogelijk tevoren bepaald wordt, dan gaat gerichtheid op technieken gepaard met een verlies. Vanuit deze uitleg wordt de kracht van technieken begrepen als een poging om unieke afstemming zo dicht mogelijk te benaderen. Technieken vertrekken dan ook vanuit een voorstelling van de patiënt die wel degelijk een poging is (iets van) de patiënt te vertegenwoordigen. Maar kan het zijn dat deze unieke afstemming juist het gemakkelijkst te vinden is wanneer deze zo direct mogelijk gezocht wordt, alle algemene bepalingen en categorieën daargelaten?

2.2 Filosofisch onderzoek

Een volledige en uitsluitende acceptatie van de eerste uitleg, te weten de faciliterende relatie, heeft weinig bezwaar tegen de *status quo*. Toch lijkt de faciliterende relatie strijdig met de consensus dat de kwaliteit van de relatie belangrijker is dan de aard van de technieken. Zijn alle technieken daadwerkelijk toevalligerwijs evengoed, wat de kwaliteit van facilitering belangrijker maakt dan de aard van de technieken zelf? Of gaat er in de relatie een kracht schuil die voor het oog verborgen blijft?

De tweede uitleg, te weten de atechnische relatie, brengt ons regelrecht in het hier beschreven spanningsveld. Zij stelt dat deze verborgen kracht strijdig is met de kracht van technieken. Het vertrekpunt van de atechnische relatie is een filosofisch begrip van de uniciteit van ieder mens. Ieder ander mens dan ikzelf is vooreerst een 'jij'. Iedere bepaling of categorisering die vervolgens wordt toegepast doet deze uniciteit geweld aan.

Wanneer niets door de therapeut bepaald wordt, dan is er alle ruimte voor de patiënt om zich te uiten en om terug te koppelen hoe hij of zij de therapie en de therapeut ervaart en kan hier vervolgens ook volledig op worden afgestemd. Wanneer de therapeut de patiënt primair bejegt als zijnde uniek en mogelijk in ieder opzicht anders dan zichzelf, dan stimuleert dit de bereidheid en de vaardigheid om volledig af te stemmen op alle specifieke kenmerken van de patiënt en om feedback zoveel mogelijk ruimte te gunnen.

Wat gewaardeerd wordt is niet dat een patiënt onder een bepaling kan worden gevat, maar juist dat de patiënt aan elke bepaling ontsnappen kan. De patiënt valt nu eenmaal nooit *volledig* samen met welke representatie dan ook. In een poging om een zo gunstig mogelijke therapeutische relatie te creëren, zal de therapeut zo min mogelijk werken vanuit een representatie of voorstelling van de patiënt en diens klachten. Alle ruimte zal aan de patiënt zelf gegeven worden.

2.3 Het therapeutische kader

De vraag blijft echter of het mogelijk is *alle* technische bepalingen uit psychotherapie te filteren. Zelfs wanneer de therapeut de patiënt als zijnde een uitzondering benadert, blijft de therapie mogelijk de uitvoering van een gelaagd protocol. Uniciteit wordt dan bijvoorbeeld relatief begrepen: Iemand verschilt van de meerderheid, maar kan nog steeds als een specifieke minderheid begrepen worden. De patiënt is dan alsnog in een bepaalde categorie geplaatst. Behorende tot die categorie heeft de patiënt in de therapie zijn absolute uniciteit al verloren. De therapeut zal handelen, zoals hij handelt wanneer hij een dergelijke uitzondering voor zich heeft. Volledige afstemming op de patiënt zou betekenen dat alles wat voorheen gedaan is of effectief gebleken is wordt losgelaten. De patiënt wordt pas dan begrepen als zijnde absoluut uniek. Zelfs het uitspreken of uitvoeren van een unieke interventie is uiteindelijk een product van eerdere kennis en/of ervaringen dat wordt

toegepast op deze patiënt, met dien verstande dat het deze patiënt mogelijk helpen zal. Wanneer de patiënt daadwerkelijk in diens absolute uniciteit gerespecteerd wordt, is het slechts de patiënt zelf die (de weg naar) zijn herstel bepalen kan.

Zelfs wanneer we de uniciteit zo volledig mogelijk beamen, blijven er bepalingen geldig, alleen al gegeven de setting waarin psychotherapie zich voltrekt. Het minimale therapeutische kader van veranderingsgerichte psychotherapie luidt dat de therapeut aanwezig is als therapeut en dat de patiënt als doel heeft om via gesprekstherapie van zijn psychische klachten verholpen te worden, tijdslimiteringen en ruimtebepalingen inbegrepen. De therapeut moet vanuit en binnen een *bepaald* kader hulp verlenen aan de patiënt die hulp vraagt. Nooit kan dan ook *iedere* bepaling overboord worden gegooid. Skovlund wees erop dat geen enkele vorm van psychotherapie kan voorkomen dat er een bepaalde waarheid aan de patiënt wordt opgelegd.²⁰ Zelfs wanneer de therapeut erin slaagt al zijn concrete interventies achterwege te laten, wordt impliciet alsnog de bepaling opgelegd dat de patiënt zijn eigen bepalingen te gebruiken heeft om tot herstel te komen.²¹ Misschien is de patiënt juist bij deze vrijheid en verantwoordelijkheid niet gebaat en wil hij de ruimte hebben terug te koppelen niet zelf zijn bepalingen te kunnen ontdekken. Zodra de therapeut hier instemmend op reageert, kan zijn voorstel vervolgens alsnog imperfect zijn afgestemd. Toch is dergelijke inmenging van bepalingen minimaal. Bovendien kan de vraag gesteld worden of een dergelijke bepaling niet *noodzakelijk* is ten einde de uniciteit van de ander te respecteren, als zijnde een bepaling die zich tegen alle bepalingen keert. Kortom, wanneer is het beamen van de uniciteit van de patiënt geoptimaliseerd? Is iedere bepaling een concessie die we liever niet doen, of kunnen sommige bepalingen hand in hand gaan met het respecteren van de absolute uniciteit van de patiënt?

2.4 De atechnische relatie in de praktijk

Ons spanningsveld is geenszins onontgonnen terrein. Als grondlegger van de cliënt-gerichte psychotherapie heeft Carl Rogers de therapeutische relatie aan de basis van zijn begrip van individuele psychotherapie gelegd en heeft hij inderdaad getracht de technische bepalingen te minimaliseren. Hij beriep zich hierbij op de dialogische filosofie van Martin Buber en hij was zeker niet de enige psychotherapeut die zich tot deze filosoof wendde.²² Maar alvorens wij de verdiensten van een atechnisch relatiebegrip onder de loep leggen, wil ik verhelderen welk vraagstuk hier aan de orde is.

²⁰ Skovlund, 2011

²¹ Norcross, 2002, 101

²² Te denken valt aan Binswanger, Boszormenyi-Nagy, Friedman & Goldberg (Cf. Krycka e.a., 2015, 80).

2.5 Verantwoordelijkheid

Een psychotherapeut heeft tegenover de patiënt een verantwoordelijkheid. Hij heeft een bepaalde rol te vervullen die naast het toepassen van technieken, bestaat uit het aangaan van een relatie. Ondanks dat de psychotherapeut zich achter de technieken verschuilen kan, door de patiënt bijvoorbeeld zelf verantwoordelijk te houden voor instemming met de categorieën waarbinnen hij of zij nu eenmaal te plaatsen valt en gehoorzaamheid aan de interventies die hieruit volgen, is de relatie uiteindelijk van bepalend belang. In termen van de faciliterende relatie heeft de relatie tussen therapeut en patiënt niet direct met verantwoordelijkheid te maken, daargelaten dat zij een zo optimaal mogelijke toepassing van technieken faciliteren moet. Dat achter de rol van therapeut een mens schuilgaat en dat de patiënt meer is dan patiënt alleen, blijft dan ook liefst zoveel mogelijk buiten beschouwing. Gerichtheid op rol overstijgende kwesties is enkel gerechtvaardigd wanneer dit de technieken ten goede komt. Maar los van de rolverdeling waarbinnen de technieken hun plaats hebben, is er een relatie tussen twee mensen die het behandelingsucces beïnvloedt. Het bevorderen van deze relatie, als zijnde de kwaliteit van de gevoelens en houdingen ten opzichte van elkaar (en hoe deze geuit worden), draagt bij aan het uiteindelijke resultaat. Hoe kunnen wij verantwoordelijkheid op het gebied van de relatie begrijpen? Reikt de verantwoordelijkheid van de therapeut verder dan een zo getrouw mogelijke toepassing van technieken? Reikt zelfs de verantwoordelijkheid van de patiënt verder dan bespreking van, (al dan niet gecorrigeerde) instemming met en gehoorzaamheid aan technieken?

2.6 Ethiek

Twee twintigste-eeuwse Joodse filosofen zijn bij uitstek geschikt om ons als antwoord op dit vraagstuk van mogelijkheden te voorzien, te weten Martin Buber en Emmanuel Levinas. Waar Bubers filosofie ten grondslag ligt aan wat ik reeds de atechnische relatie noemde, wil ik vanuit Levinas' filosofie een alternatief begrip van de therapeutische relatie introduceren.

De vraag naar verantwoordelijkheid brengt ons dan ook bij de ethiek, het terrein van de filosofie waar de vraag naar het juiste of goede handelen gesteld wordt. Buber en Levinas zagen de bron van de ethiek gelegen in de ontmoeting met een ander mens.²³ Ofschoon dit evident klinken kan, hebben we hier te maken met een betekenisvolle filosofische verschuiving. Ethiek is in de geschiedenis van de filosofie bijna uitsluitend begrepen als volgend op de ontologie. Kortgezegd volgden ethische voorschriften (al dan niet in bepaalde zin logischerwijs) uit een bepaald begrip van *het zijn*, dan wel *het bestaan* of *de werkelijkheid*. Rechtvaardigheid stond altijd in het licht, of soms ook in de schaduw, van waarheid. Een bepaalde conceptie van de kosmische orde of van het goede leven, de ratio van de mens of juist de naakte vrijheid van de mens, hadden steeds een bepaalde ethiek tot

²³ Atterton e.a., 2004, 126

gevolg.²⁴ We behoren op een bepaalde manier te handelen omdat de mens of de wereld zo en zo geconstrueerd is, dan wel zo en zo *gekend* of *begrepen* wordt. Dit strookt met het primaat van de technieken: Verantwoordelijkheid ontstaat vanuit een bepaald begrip. De rol van de therapeut wordt begrepen als degene die een bepaald begrip van de klachten behoort te vormen en het begrip van de klachten schrijft vervolgens voor hoe deze te behandelen.

Ondanks hun overeenkomsten schrijven Buber en Levinas verschillend over de ethiek. Buber schrijft over een unieke 'ethische tussenruimte' die ontstaat wanneer twee mensen met elkaar in dialoog zijn. Los van alle bepalingen vindt er iets plaats tussen twee mensen wat beiden verassen kan. Het is geen overkoepelend gedachtengoed of een individueel idee dat aan het woord is. De ethiek opent in de dialoog zogezegd een *eigen* ruimte waarin louter de presentie van beide gesprekspartners telt. Ook voor Levinas is de ethiek ongegrond. Dit betekent bij hem echter niet dat iedere ontmoeting een eigen ethische invulling tot stand brengt. Alles wat wij onder ethiek verstaan begint volgens hem met de confrontatie met een ander. Het Goede was er al voordat ik er was en doet een beroep op mij in het gelaat van de ander. Het is niet iets waar ikzelf voor kies of wat ik ergens op baseer. Levinas gebruikt zelfs termen als 'schok' en 'traumatisering' voor deze confrontatie. In tegenstelling tot Bubers ethische tussenruimte kan voor Levinas de ethiek zelf wel als vooronderstelling gelden voor allerlei bepalingen. In Levinas' werken is de ethiek dan ook tot *prima philosophia* gedoopt.

In relatie met een ander mens staan vormt in de filosofie van zowel Buber als Levinas de basis van hun beider begrip van het menselijk bestaan.²⁵ Antwoorden op de presentie van de ander is nu eenmaal ieders unieke verantwoordelijkheid. Deze verantwoordelijkheid is uniek omdat die ander slechts mij nu en hier op deze wijze verschijnt. Beiden stellen de dialoog centraal; voor Buber is de dialoog een wederzijds groeien aan elkaar, voor Levinas is de dialoog kritiek en onderwijs door de mij onbekende ander. Etymologisch verwijst dialoog naar een ontmoeting *dwars door* (*dia*) *betekenis*, dan wel *het woord* (*logos*).²⁶ De dialoog doorbreekt iemands individuele begrip. Dit staat tegenover een mono-logische of retorische benadering van de ander, enkel refererend aan de inhoud van het eigen bewustzijn en/of 'belevingswereld', waar dit laatste gekenmerkt kan worden als een reeds bepaald netwerk aan betekenissen dat opdringen en/of overtuigen kan. Beide filosofen bepleiten dat een onderschrijving van ofwel de uniciteit ofwel de andersheid van de ander, in beide gevallen een onderschrijving van de distantie tussen mijzelf en de ander, nodig is om met hem of haar in relatie te treden. Slechts tussen twee van elkaar gescheiden belevingswerelden kan een relatie ontstaan, zoals ook individuele veranderingsgerichte psychotherapie een relatie is.

²⁴ Resp. kan gedacht worden aan de ethiek van Plato, Aristoteles, Bentham/Kant en Kierkegaard.

²⁵ Cf. Levinas, 2013, 13; Keij, 2015, 89; Buber, 2010; Krycka e.a., 2015, xii

²⁶ Cissna & Anderson, 1998, 64

2.7 Modelrelatie

Bijdragen aan het vermogen om met anderen in relatie te treden is van wezenlijk belang in de psychotherapie. Zeker wanneer het interpersoonlijke problematiek betreft, maar ook wanneer gebrek aan verbondenheid met anderen psychische klachten in de hand werkt, is het aangaan van een relatie iemands voornaamste moeilijkheid en als het ware de (al dan niet achterliggende) reden waarom iemand zich tot een psychotherapeut wendt. De relatie met de therapeut kan dan het kritieke punt zijn betreffende het welslagen van de behandeling. Psychotherapie dient bijgevolg vaak als een soort modelrelatie. Behandelmodellen die de kracht van de therapeutische relatie in technische termen begrijpen, stoelen dan ook op dit directe belang van een modelrelatie.²⁷ Problemen met het aangaan of onderhouden van contact met anderen spelen namelijk hoe dan ook een rol wanneer iemand psychische klachten ervaart. Beperkingen in het vermogen adequaat aan te geven wat je (werkelijk) verlangt of behoeft en problemen in het vermogen adequaat tegemoet te komen aan wat die ander (werkelijk) verlangt of behoeft, liggen niet zelden aan de basis of instandhouding van psychische klachten. Door als gescheiden individuen met elkaar in relatie treden, kan de psychotherapeut mogelijk herstellen waar het in een dergelijk proces doorgaans aan schort. Dit is iets dat in technische bepalingen kan worden opgenomen. Greenberg en collega's sluiten bij deze gedachte aan door *een oefening in het vermogen adequaat relaties aan te gaan* als één van de werkzame factoren van empathie in psychotherapie te identificeren.²⁸

In bovenstaande alinea blijft de therapeutische relatie vanuit bepalingen vertrekken: De patiënt heeft een beperkt vermogen relaties aan te gaan en door een duidelijk afgebakende relatie met iemand aan te gaan, waarin hantering van deze relatie de belangrijkste opgave is voor de behandelaar, kunnen de obstakels in het alledaagse leven, doordat ze ook in therapie zullen opspelen, bewerkt worden. Hafkenscheid deelt therapeutische technieken dan ook op in twee categorieën, te weten 'procedure' en 'relatiehantering'.²⁹ Naast het feit dat een goed gebruik van laatstgenoemde categorie vaak essentieel is om baat te kunnen hebben bij de procedure, heeft het hanteren van de relatie ook bijna altijd een didactische functie.

Kortom, een technisch gebruik van de relatie kan en zal vaak zinvol zijn. Maar technieken ter relatiehantering hoeven niet enkel de modelrelatie of de faciliterende relatie te dienen. Zolang wij echter de ethiek op ons begrip en dus op algemene categorieën laten volgen, zullen wij de niet-technische manieren waarop de relatie bijdraagt aan het succes van de behandeling niet te zien krijgen. Om de relatie volledig van technieken los te peuteren bepaalt de herplaatste ethiek bovendien niet het *doel* van psychotherapie, maar psychotherapie *zelf*. Interventies die de relatie bevorderen, kunnen namelijk tot taak hebben

²⁷ Hafkenscheid, 2014, 27

²⁸ Norcross, 2002, 100

²⁹ Zoals hij uiteenzette op een congres in opdracht van de Parnassia Academie op 1 oktober 2015, te Den Haag.

om iemand in dialoog met anderen te brengen en zo de betekenis van zijn eigen bestaan te helpen verstaan. Maurice Friedmans toepassing van Bubers gedachtengoed in psychotherapie bevindt zich in deze richting, wat in het volgende hoofdstuk kort beschreven zal worden. Ook Krycka en collega's begrijpen dit in termen van Levinas' filosofie als het belangrijkste doel van psychotherapie, verwoord als: De patiënt leren verantwoordelijk te zijn voor *anderen* en hier betekenis uit te halen.³⁰ Maar op deze manier blijven zij het belang van de therapeutische relatie zelf technisch begrijpen.

2.8 Eerste benadering: De atechnische relatie

In termen van de atechnische relatie wordt de psychotherapeut dan ook niet een tevoren bepaalde taak voorgeschreven, maar is hij onbepaald verantwoordelijk de patiënt die hij in de dialoog ontmoet te antwoorden, zoals een ieder persoonlijk verantwoordelijk is voor de andere mens. Daargelaten dat dit eraan kan bijdragen dat de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheid in de dialoog met anderen beter zal verstaan. De patiënt, die toch aan iedere bepaling ontsnappen kan, krijgt dan alle vrijheid zelf diens eigen persoon in therapie te vertegenwoordigen. Deze volledige presentie maakt dat iemand er volledig voor openstaat veranderd te worden door de therapie; geen enkele ingang wordt tevoren afgesloten. Toch zal blijken dat deze benadering helaas geen coherent en bevredigend antwoord op ons vraagstuk biedt.

2.9 Tweede benadering: De asymmetrische relatie

Een tweede en uiteindelijke benadering om de kracht van de therapeutische relatie te begrijpen zal dan ook in hoofdstuk vier aan bod komen. Het filosofische uitgangspunt is hier niet langer de *uniciteit* van ieder mens, maar de *radicale andersheid* van ieder ander mens. Betoogd wordt dat de kracht van de relatie juist niet gelegen is in het feit dat de therapeut een mens is *zoals* de patiënt, die met het respecteren van de uniciteit van de patiënt hem zo dicht mogelijk naderen kan, maar juist in het feit dat de therapeut een *ander* mens is dan de patiënt. Niet de meest nauwe *afstemming* op de kwetsbare belevingswereld van de patiënt is van het hoogste belang, maar de *confrontatie* van deze belevingswereld met een ander mens.

Deze benadering wordt gekenmerkt als de *asymmetrische* relatie. Waar de atechnische relatie vasthoudt aan Bubers begrip van wederkerigheid, beschrijft Levinas namelijk een fundamentele asymmetrie in de verantwoordelijkheid voor een ander.³¹ Het therapeutische kader en de technieken vormen en kaderen deze verantwoordelijkheid voor beiden, in tegenstelling tot de stellingname van de faciliterende relatie dat zij de verantwoordelijkheden bepalen zouden.

³⁰ Krycka e.a., 2015, xiii

³¹ Atterton e.a., 2004, 121

2.10 Een overzicht

In tabel één is het huidige project schematisch weergegeven. De rol van de bepalingen (het therapeutische kader en de technieken) ligt vervat in de ‘therapeut – patiënt relatie’. Dat wat niet zozeer technisch begrepen kan worden³² in ‘de kwaliteit van de gevoelens en houdingen die beiden jegens elkaar hebben en de manier waarop ze deze uiten’, wordt hier de ‘mens – mens relatie’ genoemd. Alvorens we ons tot de asymmetrische relatie wenden, volgt in hoofdstuk drie nu eerst de uitleg en problematisering van de atechnische relatie.

Tabel 1. *Verantwoordelijkheid per relatiebegrip*

Relatiebegrip	Therapeut - patiënt relatie	Mens – mens relatie
Faciliterende relatie	Bepaalt de verantwoordelijkheid	Faciliteert slechts de technieken
Atechnische relatie	Moet geminimaliseerd of gemeden worden	Hierbinnen ontstaat de verantwoordelijkheid
Asymmetrische relatie	Vormt en kadert de verantwoordelijkheid	Confronteert met verantwoordelijkheid

2.11 Afbakening

Dat een toepassing van het gedachtengoed van respectievelijk Buber en Levinas in de huidige scriptie de verhouding tot een ander mens verduidelijken wil is niet meteen vanzelfsprekend.³³ Bubers ‘Ik – Jij’ grondwoord bepaalt ook de verhouding naar de rest van de natuur. Voor Levinas is, in contrast met de rest van de natuur, wel enkel de andere mens een ander. Ook de (al dan niet symbolische) rol van God wil ik in deze scriptie buiten beschouwing laten. Naast bovengenoemde afbakening is de huidige scriptie overigens geen poging om een correcte interpretatie van het verstrekkende en contextueel ingebedde gedachtengoed van Buber en Levinas te presenteren. Het betreft daarentegen een selectieve en creatieve toepassing van hun inzichten, die zich verhoudt tot hoe zij hierover schreven.

³² Al wat niet volgt uit de ‘therapeut – patiënt relatie’.

³³ Cf. Atterton e.a., 2004, 262-281

Hoofdstuk 3

∞ Martin Buber en de atechnische relatie ∞

“De relatie tot het Jij is direct. Tussen Ik en Jij staat geen theorie, geen voorkennis en geen fantasie; en de herinnering zelf verandert, omdat het vanuit het afzonderlijke zijn in het geheel valt. Tussen Ik en Jij staat geen doel, geen begeerte, geen vooruitlopen; en het verlangen zelf verandert, omdat het vanuit de droom in de verschijning valt. Al het indirecte is een hindernis. Alleen waar het indirecte wegvalt, geschiedt de ontmoeting.”³⁴

3.1 Introductie

Martin Buber was een Joodse filosoof die leefde van 1878 tot 1965 en als veel meer dan een filosoof gekenmerkt wordt. Hij heeft ons bovendien geen *systematische* filosofie nagelaten.³⁵ In dit hoofdstuk zal hij ons wel slechts als filosoof verschijnen, in zijn fundamentele rol als één van de grondleggers van de dialogische filosofie, een gedachtengoed dat de armoede van een individualistisch of juist een collectivistisch begrip van het menselijk bestaan te boven kwam. Naast de individueel psychische of juist de historisch gevormde en algemeen kenbare werkelijkheid, opent zich in een daadwerkelijk dialoog evenzo een werkelijkheid die beiden te buiten gaat. Deze dialogische werkelijkheid wordt geopend in een ‘ethische tussenruimte’ en geeft ons de mogelijkheid om als psychotherapeut *relatie* en *technieken* te scheiden en tegenover elkaar te plaatsen. Het ‘ik’ is volgens Buber namelijk zelf tweevoudig: ‘Het ‘ik’ van het grondwoord ‘Ik-Jij’ is een ander ‘ik’ dan dat van het grondwoord ‘Ik-Het’.³⁶ In hoeverre dit een radicale scheiding betreft of grondwoorden die altijd in bepaalde mate benaderd worden is discutabel.³⁷ Maar het ‘ik’ dat aan de hand van ideeën iets kan begrijpen (psychisch), of ideeën die het ‘ik’ iets *laten* begrijpen (historisch), zijn niet gelijk aan het ‘ik’ dat ‘jij’ zegt (dialogisch). ‘Ik-Het’ is altijd psychisch/historisch gegrond, maar de ‘Ik-Jij’ werkelijkheid komt los van deze wortels en gaat in onbekende richting.

Ter illustratie van de waarde van het verwoorden van deze werkelijkheid is het noemenswaardig dat ook Levinas Buber erkentelijk is als degene die *‘de waardering van de dialogische relatie tot stand heeft gebracht als zijnde een autonome orde naast de traditionele subject-object correlatie.’*³⁸ Het binnengaan in deze orde is een mogelijkheid in individuele psychotherapie en is *tegengesteld* aan het toepassen van technieken, die altijd op een bepaald begrip van de ander of diens psychische gesteldheid wijzen of volgen; al blijft het zoals eerdergenoemd discutabel of we hier te maken hebben met absolute categorieën. Welk

³⁴ Buber, 2010, 17

³⁵ Cf. Rotenstreich, 1991, 14

³⁶ Buber, 2010, 7

³⁷ Cissna & Anderson, 2002, 44-5

³⁸ Atterton e.a., 2004, 117

standpunt ten aanzien van deze controversie wordt ingenomen is echter niet meteen van belang. Wanneer het namelijk een continuüm betreft, blijven technieken en relatie tegenover elkaar staan en betekent een benadering van de één nog steeds een verwijdering van de ander.

3.2 Dialogische werkelijkheid

Verantwoordelijkheid is volgens Buber altijd terug te herleiden tot het antwoorden van de andere mens die mij adresseert. Er is volgens hem ook pas echt sprake van het nemen van verantwoordelijkheid wanneer geantwoord wordt.³⁹ In de dialogische werkelijkheid stuiten we op de essentie van het menselijk bestaan, te herkennen in het adagium 'Ik antwoord, dus ik ben'.⁴⁰ De dialogische werkelijkheid wordt dus boven de psychisch/historische werkelijkheid geplaatst en is hiervan zelfs de voorwaarde.⁴¹ In de oprechte dialoog met de ander wordt de mens zagezegd vervuld; hier komt de mens tot zijn recht. Als geest is de mens één en hier is dan ook diens radicale eigenheid gelegen; uniek en niet in categorieën op te delen. Enkel in antwoord op een 'jij' én in het spreken van een 'jij' manifesteert deze geest zich en vertegenwoordigt de (aan)gesprokene zichzelf als niets meer of minder dan zichzelf.⁴² In een volledige Ik-Jij relatie is dit proces dus *per definitie* wederkerig. In de dialoog 'heeft iedere participant daadwerkelijk de ander in diens huidige en specifieke gedaante in gedachten met de intentie een levendige en wederkerige relatie met de ander aan te gaan'.⁴³ We bekijken in de zesde paragraaf van dit hoofdstuk of en hoe een wederkerige Ik-Jij relatie mogelijk is in individuele psychotherapie.

3.3 De niet-echte dialoog

Afgezien van de vraag of de dialoog wederkerig is, is ook de niet-echte dialoog een mogelijkheid.⁴⁴ Een Ik-Het relatie vindt al plaats wanneer gesproken wordt vanuit de intentie de ander te beïnvloeden⁴⁵. In de echte dialoog helpt de therapeut in relatie met de patiënt dus diens realiteit te openen in plaats van een realiteit op te dringen door de patiënt en diens klachten op een bepaalde manier te begrijpen.⁴⁶ Los van de bewuste wil de ander te beïnvloeden kan de gesprekspartner zich ook door algemene ideeën laten beïnvloeden. Buber

³⁹ Rotenstreich, 1991, 8. De dialoog is hiervoor typerend, al hoeft dit antwoorden niet altijd in die meest letterlijke zin plaats te vinden.

⁴⁰ Cf. Hartensveld, 2014, 73

⁴¹ Levinas, 1989, 63

⁴² Cf. Buber, 2010

⁴³ Buber, 1965

⁴⁴ Cf. Hartensveld, 2014, 77

⁴⁵ Buber, 2010. Buber erkent dan ook dat de Ik-Het relatie niet altijd volledig uitgebannen kan of moet worden. Zelf zal hij de atechische relatie niet (volledig) onderschrijven (ze paragraaf 3.6.3).

⁴⁶ Cf. Cissna & Anderson, 2002, 65

spreekt over het verschil tussen ‘*Seeming*’ en ‘*being*’. Hij spreekt over ‘*seeming*’ wanneer de persoon in kwestie zich in de dialoog verbergt, meestal achter ideeën betreffende de verwachtingen die de gesprekspartner hebben zou.⁴⁷ Wanneer Buber over ‘*being*’ spreekt is dit overigens niet gelijk aan volledige openheid. Het gaat erom dat er geen ‘alsof’ en geen ‘terughoudendheid in wat gezegd moet worden’ plaatsvindt.⁴⁸ De manier waarop iemands hulpvraag begrepen wordt of het classificatiesysteem dat de therapeut gebruikt om de klachten van samenhang te voorzien, zullen daarnaast hoe dan ook aspecten of nuances van de patiënt verhullen. De realiteit van zowel het risico dat de patiënt aan verwachtingen van de therapeut probeert te voldoen, als van het risico dat de therapeut bepaalde klachten (non)verbaal suggereert en de kans hiermee verhoogd te vinden wat eigenlijk niet aanwezig is of was, is overigens meermaals empirisch bevestigd.⁴⁹ Kortgezegd is het risico groot dat de psychisch/historische werkelijkheid de dialogische werkelijkheid verdrijft of terugdringt.

3.4 Doelstelling

Aan de hand van Bubers dialogische werkelijkheid zal ik de waarde van de atechnische relatie onderzoeken. Na al het voorgaande heeft een dergelijk project als taak de volgende drie vraagstukken van een antwoord te voorzien:

- (1) Is het aangaan van de atechnische relatie mogelijk zonder de toepassing van technieken?
- (2) Werken de minimale bepalingen die psychotherapie vormgeven, het zogenoemde therapeutische kader, belemmerend?
- (3) Is het wel zo dat de meest geschikte afstemming, die tot gewenste verandering leidt, doorgaans *in principe* zonder de toepassing van technieken gevonden kan worden?

3.5 Atechnische relatie aangaan zonder technieken

Er bestaan volgens Buber een aantal voorwaarden om de dialoog mogelijk te maken. In het eerste hoofdstuk stelde ik dat de factoren die de relatie bevorderen zouden verschillen van technieken, omdat deze factoren onbepaald zijn. Ook heb ik beschreven hoe zelfs de manifestaties van deze factoren steeds vaker technisch worden ingezet. Iedere empirisch onderscheidbare manifestatie kan dan ook gecategoriseerd worden. Ter illustratie: In welke situaties werkt een begrijpend knikje wel en in welke situaties niet? Een aantal van de onderliggende factoren wordt in de atechnische relatie als voorwaarden gezien voor een Ik-Jij relatie.

Maar zijn deze voorwaarden voor de dialoog, de factoren die de atechnische relatie mogelijk maken, uiteindelijk te reduceren tot hun empirische manifestaties? Zijn vervolgens

⁴⁷ Cissna & Anderson, 2002, 52-3

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Cf. Leary & Kowalski, 1990; Furnham, 1986; Thomas, 1973

de wetten van de dialoog überhaupt dermate constant dat alle manifestaties van de voorwaarden uiteindelijk gecategoriseerd voorgeschreven kunnen worden? Een uitstapje is nodig alvorens we een gedegen antwoord op de eerste vraag kunnen geven. Omdat dit antwoord negatief zal blijken is een bespreking van de tweede vraag overbodig, al blijft haar retorische kracht op de achtergrond aanwezig.

3.5.1 Carl Rogers

Wanneer we therapeutische gespreksvoorwaarden als tegengesteld aan technieken willen begrijpen, kunnen we Carl Rogers (1902-1987) niet negeren. Als grondlegger van de cliënt-gerichte psychotherapie keerde hij zich tegen zowel de psychoanalytische als de behavioristische benaderingen van psychotherapie. In plaats van het toepassen van technieken moet een psychotherapeut naar zijn idee volledig bij de beleving van de patiënt aansluiten om zoveel mogelijk diens eigen richting en doelen te helpen verwezenlijken. Hij stapte af van het medische model en sprak over cliënten in plaats van patiënten.⁵⁰ Psychotherapie is bedoeld om ruis en stagnatie in het proces tot zelfactualisatie weg te werken, maar het is de patiënt zelf die hierin de weg wijst. De therapeut dient zich enkel aan drie voorwaarden voor groeibevorderende communicatie te houden, te weten ‘empathie’, ‘positieve erkenning’ en ‘congruentie’. Soortgelijke voorwaarden zijn in Bubers teksten te herkennen als respectievelijk ‘inclusie’ en ‘bevestiging’, al is een expliciet equivalent voor ‘congruentie’ afwezig.⁵¹

3.5.2 Rogers en Buber in dialoog

Rogers en Buber zijn in 1957 publiekelijk met elkaar in dialoog gegaan. Ondanks dat we ondertussen meer dan 50 jaar verder zijn, loont het deze dialoog onder de loep te nemen, daar het een concrete bespreking betreft van een tijdloos idee.⁵² Deze dialoog verkende namelijk de mogelijkheid van een Ik-Jij relatie in psychotherapie. Ook onderzocht ze in hoeverre Rogers’ *praxis* een toepassing van deze mogelijkheid is. Maurice Friedman trad op

⁵⁰ Zelf zal ik aan ‘patiënten’ blijven refereren, naast de waarde van consistentie draagt deze term de connotatie van iemand die ergens onder lijdt en hulpbehoevend is, rechtdoende aan degenen die veranderinggerichte psychotherapeutische behandeling aangaan.

⁵¹ De Duitse termen zijn: *Umfassung* en *Konfirmation*. In het Engels wordt gesproken over *inclusion* en *confirmation*. Aanvankelijk distantieert Buber in de dialoog het begrip ‘inclusie’ van het begrip ‘empathie’. Cissna en Anderson noemen Bubers afwijzing van empathie echter een semantisch geschil; Rogeriaanse empathie zou niet daadwerkelijk van inclusie verschillen. Ondanks dat Friedman aanvankelijk betoogde dit verschil wel te zien, laat hij in een review van het commentaar van Cissna en Anderson weten overtuigd te zijn geraakt dat de concepten inderdaad weinig van elkaar verschillen. Hij ziet echter nog steeds meer dan een louter semantisch verschil, maar licht dit helaas niet toe. Ook zou ‘positieve erkenning’ volgens Friedman anders zijn dan Bubers begrip ‘bevestiging’, maar Cissna en Anderson betogen dat dit alles op een misvatting berust en wijzen op de overeenkomst. Friedman zegt hierdoor te zijn overtuigd (Friedman, 2003).

⁵² Tijdloos binnen de reikwijdte van het begrip ‘psychotherapie’

als bemiddelaar van dit gesprek. Evenals Cissna en Anderson, heeft ook Friedman meerdere commentaren op deze dialoog geschreven.⁵³ We zullen nu de voorwaarden langslopen zoals Rogers deze heeft opgesteld, daar deze in tegenstelling tot Bubers terminologie in psychotherapie gemeengoed geworden zijn.

3.5.3 Empathie

Rogers definieerde empathie als volgt: “*To sense the client’s private world as if it were your own, but without ever losing the ‘as if’ quality*”.⁵⁴ Empathie gaat dus niet over het invoelen van specifieke emotionele belevingen; het gaat erom te voelen hoe iemand zich in het geheel tot de wereld verhoudt en hoe iemand de wereld op dit moment ervaart.⁵⁵ Dit holistische construct heb ik eerder al ‘belevingswereld’ genoemd. Empathie is objectieve noch subjectieve kennis.⁵⁶ Vanwege de ‘alsof clausule’ gaat het hier om een zogenoemd interpersoonlijk begrip. Ondanks naïeve interpretaties van ‘empathie’ valt dit begrip dus niet simpelweg samen met concrete interventies zoals het begrijpend knikken, het herhalen van woorden, het samenvatten van verhalen en het benoemen van gevoelens.⁵⁷ Iedere analyse van Rogeriaanse *technieken* kan dan ook begrepen worden als een misvatting. Technieken zijn in essentie probleemgericht in plaats van persoonsgericht en bovendien therapeut-gestuurd in plaats van persoon-gestuurd. Problemen zijn te categoriseren, maar personen zijn uniek. Wanneer gekeken wordt naar wat de therapeut *doet* kan simpelweg nooit gevat worden wat Rogers met empathie bedoelt.⁵⁸

Cheung betoogt in een recent artikel dat Rogers poging alleen dialectisch begrepen kan worden: Persoonsgerichte benadering is én is geen techniek. Het kan volgens Cheung niet met en niet zonder technieken gepraktiseerd worden.⁵⁹ Hij betoogt dat het niet zonder kan omdat de therapeut zich de vaardigheden in algemene zin eigen kan maken. Hij meent dus dat het invoelen van iemands belevingswereld, zonder het eigen standpunt te verlaten, in bepaalde zin als techniek begrepen kan worden. Wanneer hij hiermee bedoelt dat empathie een empirisch onderscheidbare interventie is, dan gaat hij naar mijn idee niet ver genoeg in zijn dialectische stellingname.

Greenberg en collega’s betogen dat sommige kwetsbare patiënten (empirisch onderscheidbare) empathische uitdrukkingen te indringend vinden, dat patiënten met veel weerstand empathische uitdrukkingen te directief kunnen vinden en dat weer andere

⁵³ Naast Friedman noemen zij nog acht auteurs die de dialoog van commentaar hebben voorzien (Cissna & Anderson, 2002, 127-34).

⁵⁴ Rogers, 1957, 99

⁵⁵ Cheung, 2004, 318

⁵⁶ Cissna & Anderson, 2002, 89

⁵⁷ Cf. Cheung, 2014

⁵⁸ Cheung, 2014; Cissna & Anderson, 2002, 96

⁵⁹ Cheung, 2014, 11

patiënten een empathische benadering van gevoelens te vreemd vinden.⁶⁰ Niet iedere therapeutische relatie is namelijk gebaat bij *alle vormen van* empathie.⁶¹ De auteurs concluderen dat de therapeut dus moet weten wanneer en hoe hij empathisch moeten reageren. Hij moet zich dus continu kritisch verhouden tot zijn eigen relatie met de belevingswereld van de patiënt om goed op de patiënt afgestemd te blijven.⁶² In plaats van empathische (re)acties, kan dit de empathische houding genoemd worden. De empathische houding is treffend gekenmerkt als ‘niet in de huid van de patiënt, maar in de huid van de relatie kruipen.’⁶³ Het is erg onwaarschijnlijk dat een dergelijke houding ooit in een gelaagd protocol kan worden voorgeschreven. Kwetsbaarheid, weerstand en bevreemding kunnen in verschillende omstandigheden in contact met verschillende therapeuten, in verschillende fasen van de therapie, in verschillende vormen en maten opspelen. In plaats van Cheungs paradox ‘dat een empathische houding *niet* en tegelijk ook *wel* het toepassen van een techniek is’, zou ik veeleer de paradox ‘dat het empathisch kan zijn om geen typisch empathische reacties toe te passen’ onderschrijven.

Empathie maakt het mogelijk de individuele exploratie van de cliënt te verdiepen en te continueren.⁶⁴ Het gaat er bij empathie om de juiste nuances en implicaties van de verschillende manieren waarop iemand zich uitdrukt te grijpen en deze terug te geven voor overweging.⁶⁵ Rogers wijst interpretatie in de dialoog dan ook *niet* af.⁶⁶ Wel is voorzichtigheid geboden: Wanneer de patiënt teveel geïnterpreteerd wordt in termen van de eigen belevingswereld van de therapeut en bijgevolg te gemakkelijk *begrepen* wordt, verdwijnt de uniciteit van de patiënt moeiteloos uit de dialoog. De dialoog verandert dan al gauw in de toepassing van technieken.

Rogers’ begrip van empathie betreft dan ook het binnentreden in de dialogische werkelijkheid. Het eigen standpunt kan nooit volledig verlaten worden; altijd beleeft de therapeut de belevingswereld van de patiënt (zoals ze deze gezamenlijk onder woorden brengen) vanuit zijn eigen belevingswereld. De patiënt kan bovendien nimmer zijn eigen referentiekader volledig overdragen. Rogers gebruikte empathie dan ook primair om de andersheid van de patiënt te bevestigen, niet om zijn innerlijke psyche te lezen.⁶⁷ In de zevende paragraaf van dit hoofdstuk zal hier kritisch op gereflecteerd worden. We zullen ons dan bezinnen op de vraag of de dialogische werkelijkheid echt van technieken verstoken kan zijn, wanneer we onderkennen dat de therapeut diens eigen standpunt niet verlaten kan. Ik

⁶⁰ Norcross, 99; Kennedy-Moore & Watson, 1999

⁶¹ Norcross, 2002, 100

⁶² Ibid., 99

⁶³ O’Hara, 1984

⁶⁴ Norcross, 2002, 90

⁶⁵ Ibid., 99

⁶⁶ Cissna & Anderson, 2002, 94

⁶⁷ Ibid., 93

zal dan ook betogen dat de atechnische relatie enkel kan stoelen op de uniciteit van de patiënt, in plaats van op diens andersheid.

3.5.4 Congruentie en positieve erkenning

Nu we empathie zoveel mogelijk los hebben gemaakt van het toepassen van technieken, blijkt wat we beschreven reeds de andere voorwaarden in zich te dragen. Empathie, congruentie en positieve erkenning kunnen *in abstracto* misschien wel van elkaar worden onderscheiden, maar in de praktijk vormen zij een ondeelbaar geheel.⁶⁸ ‘Positieve erkenning’ staat voor onvoorwaardelijke acceptatie van de patiënt. ‘Congruentie’ schrijft echter voor trouw te blijven aan de persoon die je zelf bent door jezelf en je eigen overtuigingen niet opzij zetten.⁶⁹ Wanneer we de voorwaarden samen als een houding zien, betekent positieve erkenning duidelijk dus niet dat iemand slechts een reflecterende spiegel voor de patiënt wordt die zonder meer iedere eigenaardigheid (of zelfs kwaadaardigheid) van de patiënt positief waardeert. Dit lijkt te impliceren dat ethische verontwaardiging bijvoorbeeld wel degelijk tot de mogelijkheden behoort, al blijven Cissna en Anderson benadrukken dat de dialoog uitgesloten is wanneer de therapeut zijn eigen grond als de enige gerechtvaardigde beschouwt.⁷⁰

3.5.5 Conclusie

Samengevat is het aannemen van de therapeutische houding die een Ik-Jij relatie mogelijk maakt niet alsnog een toepassing van technieken. Wanneer we puur op de voorwaarden reflecteren is, in aansluiting op de belevingswereld van de patiënt, slechts bevestiging en verdere exploratie de intentie van de dialoog, al kunnen beiden uitblijven. Niet alles wordt namelijk altijd bevestigd vanwege de voorwaarde ‘congruentie’ en soms is empathische exploratie vanuit een empathische houding gecontra-indiceerd. Maar het uitgangspunt blijft dat bevestiging en exploratie van de gesteldheid van de patiënt de juiste route naar wenselijke verandering is, of misschien zelfs zelf de verandering is die benodigd is. Wanneer we de voorwaarden *consequent* boven technieken waarden, gaan we er bijgevolg vanuit dat de patiënt beschikt over wat nodig is te herstellen en dat hij hier zonder technieken kan geraken.

⁶⁸ Cissna & Anderson, 2002, 93-95. Cissna en Anderson lijken echter nog teveel te suggereren dat (in plaats van de unieke patiënt) functies en kaders bepalen welk aspect van de houding overheersend is .

⁶⁹ Ibid., 151

⁷⁰ Ibid., 88

3.6 Het therapeutische kader

De dialoog *constitueert* een Ik-Jij relatie.⁷¹ Volgens Buber is namelijk iedere Ik-Jij relatie afgezien van de dialoog gedoemd uiteindelijk tot Ik-Het relatie te verworden.⁷² Mijn omgeving valt voor mij altijd samen met het idee dat ik van mijn omgeving heb, al kunnen veranderingen in mijn omgeving mijn ideeën bijstellen. In de dialoog gaat de ander echter steeds opnieuw mijn ideeën te buiten, simpelweg omdat ik altijd zijn volledige huidige gedaante voor ogen heb, hij op mij reageert en omdat hij door wat ik zeg veranderen kan. Enkel in de dialoog verschijnt iemand dus steeds opnieuw als ongrijpbaar. Wanneer ik ‘jij’ spreek dan stel ik mijzelf open voor de eigenheid van diegene die ik aanspreek.⁷³ Een ‘jij’ kan niet ten opzichte van mijzelf gedefinieerd worden en verhoudt zich dan ook niet tot mijzelf, behalve als zijnde mijn partner in de dialoog. In de openingsquote van dit hoofdstuk lezen we dat er geen theorie én geen doel tussen twee mensen staat in een Ik-Jij relatie. Het contact is zogezegd onbemiddeld. Door alles wat mijn beeld van die ander bepaalt ter discussie te stellen, laat ik alle mogelijke aanknopingspunten open. Welke implicaties heeft dit voor psychotherapie?

In positieve zin betekent dit dat er ruimte kan ontstaan voor nuance, accentuatie en contextualisatie in de hulpvraag van de patiënt: Waar heeft hij precies op welke manier last van en hoe verhoudt dit zich tot andere aspecten van zijn leven? Tevens kan de de patiënt op deze manier in dialoog met de therapeut zijn persoonlijke definitie van herstel creëren. Het aangaan van een volledige Ik-Jij relatie betekent echter ook dat de psychotherapeut zich van zijn rol als psychotherapeut zou moeten ontdoen en dat hij alle bijbehorende bepalingen in de ontmoeting met de patiënt (radicaal⁷⁴) ter discussie moet stellen. Het doel dat de patiënt herstelt en de theorie dat de patiënt, als zijnde patiënt, middels gesprekstherapie zelf de weg tot dit herstel vinden kan, vormen als kaders voor de behandeling namelijk een beperking in de Ik-Jij relatie. In een daadwerkelijk onbemiddelde dialoog kan de ‘patiënt’ evengoed een verandering bij de ‘therapeut’ teweeg brengen.

⁷¹ Rotenstreich, 1991, 37

⁷² Hartensveld, 2014, 62

⁷³ Ibid., 61

⁷⁴ Ter discussie stellen mag dan geen retoriek in de klassieke betekenis van het woord bevatten: Het is niet bedoeld de ander alsnog te overtuigen van de eigen ideeën, maar het betekent daadwerkelijk evenveel waarde hechten aan al wat anders is dan de eigen ideeën.

3.6.1 Wederkerigheid in de dialoog tussen Buber en Rogers

In de dialoog tussen Rogers en Buber speelde het begrip wederkerigheid een belangrijke rol.⁷⁵ Aanvankelijk stelde Friedman dat de vraag naar de wederkerigheid van de dialoog in psychotherapie een voornaam geschilpunt was tussen Buber en Rogers.⁷⁶ Cissna en Anderson betoogden dat Buber zich kon vinden in Rogers' visie.⁷⁷ Later nuanceerde Friedman zijn standpunt en erkende hij dat Buber zich (enigszins) kon vinden in Rogers' visie. Wel behield hij de overtuiging dat Buber desondanks een ander standpunt innam betreffende de beperking van wederkerigheid in psychotherapie, hetgeen Buber in een latere tekst dan ook duidelijker doet.⁷⁸ Hieronder volgen de verschillende standpunten van Rogers en Buber.

3.6.2 Rogers: Momenten van volledige wederkerigheid

Rogers opende het gesprek over wederkerigheid met de bewering dat de patiënt in een effectief moment iets ervaart van de houding van de therapeut, gekenmerkt als 'empathisch', 'congruent' en 'positief erkennend'. In een dergelijk moment zou de relatie wederkerig zijn. Hij lichtte toe dat helpen *niet het doel*, maar een bijproduct is van de ontmoeting, daar de ontmoeting zelf het eigenlijke verlangen is van de therapeut. Friedman interrumpeerde vervolgens terecht dat de patiënt wel degelijk de relatie aangaat om geholpen te worden, daargelaten of dit ook het doel van de therapeut is. Omdat de patiënt in een moment van verandering wel het begrip en de acceptatie van de therapeut opmerkt, zou er volgens Rogers desondanks sprake zijn van wederkerigheid.⁷⁹ Rogers zag de ongelijkheid enkel in het feit dat de therapeut degene is die het moment van volledige gelijkheid tot stand brengt, daar de patiënt inderdaad de dialoog betreedt om geholpen te worden. Op een dergelijk moment veranderen therapeut en patiënt dan ook *beiden*, maar de patiënt waarschijnlijk het meest.⁸⁰ Ze ervaren dan namelijk beiden de uniciteit van de ander, waarin ze oprecht de gelijke status van hun gesprekspartner als mens accepteren en bevestigen. Het is een ontmoeting van persoon tot persoon; het betreft niet iets waar de therapeut de patiënt van heeft overtuigd.⁸¹ Buber stemde er dan ook mee in dat de therapeut hier niet iets aan de patiënt oplegt, maar aan de patiënt slechts 'toestemming om te *zijn*' geeft. Dit alles impliceert een authentiek verhouden tot elkaar dat beiden in niet-geanticiperde richting brengt. Doordat ze zich beiden naar elkaar wenden, bemerken ze beiden de invloed van elkaars naar elkaar toe wenden. Het transcendeert hun rollen. Zulke momenten bevatten het potentieel voor

⁷⁵ Cissna & Anderson, 2002, 140

⁷⁶ Friedman, 1988 & 1994; Cf. Hartensveld, 2014

⁷⁷ Cissna & Anderson, 1998

⁷⁸ Hartensveld, 2014, 114. Friedman, 2003

⁷⁹ Cissna & Anderson, 2002, 143

⁸⁰ Ibid., 183

⁸¹ Ibid., 144

toekomstige verandering en versterkt toekomstige communicatie.⁸² Ondanks de rolverdeling zijn momenten van wederkerigheid volgens Rogers dus mogelijk.

Rogers beweerde dat verandering plaatsvindt wanneer twee mensen elkaar ontmoeten en *deze ontmoeting* op dezelfde manier ervaren. Buber reageerde echter dat de patiënt een ander verhaal zou vertellen betreffende datzelfde moment. Toch zou Buber later instemmen met de mogelijkheid van deze momenten.⁸³ Ze denken wel verschillend over deze momenten. Rogers ziet ze als de essentie van de dialoog, waar Buber ze ziet als demonstraties van de noodzakelijke objectieve beperkingen die aan de dialoog zijn opgedrongen.⁸⁴

De rolverdeling die inherent is aan het doel en het theoretisch kader van psychotherapie kan bijgevolg zelfs faciliterend begrepen worden, in plaats van als een poging de richting van het gesprek te bepalen.⁸⁵ Ze faciliteren namelijk de mogelijkheid dat een dialoog plaatsvindt, daar de therapeutische setting maakt dat beiden structureel met elkaar in gesprek gaan en dat vanuit de professie vertrouwelijkheid wordt uitgestraald. Maar zodra de patiënt ook aansluiting vindt bij de belevingswereld van de therapeut als persoon, dan is therapie reeds ten einde. De wederkerigheid die therapeutisch relevant is, blijft voor Rogers dus beperkt tot de patiënt's beleving van het begrip en de acceptatie van de therapeut.

Tabel 2. *De atechnische relatie volgens Rogers' begrip*

Therapeut - patiënt relatie	Mens – Mens relatie	
Faciliteert een ontmoeting	Beiden komen in momenten los van hun rol en ervaren de ander als gelijke	
	De therapeut	De patiënt
	Geeft de patiënt toestemming om te zijn	Vertegenwoordigt zichzelf en ervaart begrip en acceptatie

⁸² Cissna & Anderson, 2002, 74; Cissna & Anderson, 1998

⁸³ Cissna & Anderson, 1998; 2002, 174vv. Deze momenten zouden niet letterlijk een moment duren, maar aanduidingen zijn voor korte tijdseenheden en kunnen een seconden tot wel twee minuten duren. Volgens Cissna en Anderson begrijpt Buber deze momenten op eenzelfde manier als Rogers.

⁸⁴ Cissna & Anderson, 2002, 182; Cissna & Anderson, 1998, 71

⁸⁵ Cf. Cissna & Anderson, 2002, 127

3.6.3 Buber: Eenzijdige Ik-Jij relatie

Buber stelde dat ‘inclusie’ inderdaad mogelijk is vanuit de therapeut, maar dat dit vanwege de aard van de relatie niet mogelijk is vanuit de patiënt.⁸⁶ Buber gaat zover dat hij zelfs beweert ‘dat de cliënt geen belangstelling stelt in de therapeut als persoon. Dat is onmogelijk’.⁸⁷ Om helder te krijgen wat de atechnische relatie niet behelst, wil ik eerst Friedmans toepassing van Bubers Ik-Jij relatie presenteren.⁸⁸ Uiteindelijk zal ik zijn standpunt verkiezen boven de atechnische relatie.⁸⁹ Wel zal ik beweren dat het hier gaat om een kracht van technieken in plaats van om de kracht van de relatie.

Friedman verlaat wederkerigheid volledig met de stellingname dat in een niet-wederkerige relatie, de therapeut zich nog steeds als Ik-Jij tot de patiënt kan verhouden.⁹⁰ Hij verwoordt dit als volgt. De therapeut creëert vertrouwen en helpt om de raakvlakken die hij vindt met de belevingswereld van de patiënt weer in dialoog met anderen te brengen, om zijn kijk op de realiteit weer in de gemeenschappelijke orde van het bestaan te krijgen. De houding van de therapeut is dat iedere stem, iedere relatie met de realiteit, gehoord moet worden. Dat is de bevestiging van de uniciteit die aan de grondslag ligt van de Ik-Jij relatie die de therapeut aangaat. Therapie is een dialoog tussen hij die niet meer uit kan reiken naar anderen en hij die dit wel kan, zodat eerstgenoemde alsnog vanuit zijn eigen perspectief de weg naar de dialoog weervindt.⁹¹ In Friedmans toepassing van Bubers filosofie faciliteert het therapeutische kader dus niet de kans dat een wederkerig dialoog tussen therapeut en patiënt optreedt. Psychotherapie bevordert in termen van Friedmans toepassing met name de mogelijkheid van de patiënt om met anderen in zijn of haar omgeving weer in wederkerig dialoog te treden.

In de atechnische relatie is het doel echter niet zozeer de hervatting van de dialoog met anderen, maar is de kracht gelegen in de dialoog in de helende relatie zelf. Een half jaar na de dialoog met Rogers voegde Buber in het nawoord bij zijn hoofdwerk *Ik en Jij* een ietwat enigmatische tekst toe waarin hij naar mijn interpretatie zijn standpunt differentieert van Rogers’ standpunt. We herkennen hierin aspecten van Friedmans toepassing.

Vertaald naar de hier gebruikte termen stelt Buber dat het gebruik van technieken ‘een diffuse, structuurarme ziel zou kunnen helpen zich enigermate te concentreren en zijn eigen leven te ordenen’. Het gebruik van technieken zal echter ‘de regeneratie van een verkommerd persoonscentrum niet in gang zetten’. Dit laatste kan alleen wanneer hij met de ‘weidse blik van een arts [psychotherapeut] de bedolven latente eenheid van de lijdende ziel

⁸⁶ Cissna & Anderson, 2002, 140-1

⁸⁷ Hartensveld, 2014, 112

⁸⁸ Friedman, 1988

⁸⁹ Zie paragraaf 3.7.2

⁹⁰ Friedman, 1988, 24-6

⁹¹ Ibid., 39

beseft – en dat is juist alleen te bereiken in de partnerverhouding van persoon tot persoon, niet door het te bekijken en onderzoeken van een object.’ Wil hij deze eenheid in een nieuwe verstandhouding met de wereld coherent bevorderen, dan dient hij steeds opnieuw aan de andere pool van de relatie de werking van zijn eigen handelen te ervaren. Zou de patiënt dit ook kunnen, dan eindigt de therapeutische relatie. ‘Genezen kan alleen hij die tegenover leeft en toch afzijdig is.’ Bij de psychotherapeut zou een omvatting vanuit de patiënt zelfs ‘de sacrale authenticiteit van de opdracht aantasten’. ‘Elke Ik-Jij-verhouding in een relatie die zich als een doelbewust werken van het ene deel op het andere laat specificeren, bestaat krachtens een wederkerigheid waaraan is opgelegd dat zij niet volledig mag worden.’⁹²

Bewuste beïnvloeding kan volgens Buber dus niet uit de therapeutische relatie gefilterd worden, het mag alleen geen *bepaald* doel hebben, het mag geen reeds bepaalde inhoud bevatten. Buber stelt duidelijk dat de partnerverhouding niet gelijk is aan (het) bekijken of onderzoeken (van een object); de eenheid (van de lijdende ziel) beseffen kan niet samengaan met het gebruik van technieken.⁹³ Een begrip vormen van de patiënt en/of diens klachten is namelijk juist de kracht van technieken en beslaat nooit de eenheid van de lijdende ziel; de (lijdende) patiënt is altijd meer dan de begrippen die voor de therapie relevant zijn. Of het mogelijk is om wel doelbewust te handelen, zonder een begrip van de patiënt en diens klachten te vormen, zal ik zodra bespreken.⁹⁴

Tabel 3. *De atechnische relatie volgens Bubers begrip*

Therapeut - patiënt relatie	Mens – Mens relatie
Bepaalt het doel, maar niet de inhoud	Eenzijdig: Therapeut – Mens

3.6.4 Conclusie

Het therapeutische kader kunnen wij in de atechnische relatie begrijpen als het gegeven dat de patiënt vanuit (een betaling en) een hulpvraag de dialoog aangaat met de therapeut die hem dient te helpen zelf tot zijn herstel te komen middels gesprekstherapie. Dit kader beperkt wederkerigheid in de Ik-Jij relatie. Dit betekent dat de mogelijke veranderingen die in een volledig wederkerige Ik-Jij relatie kunnen optreden, beperkt zijn. Wanneer de therapeut zich zo min mogelijk door technische bepalingen laat leiden, heeft de patiënt nog

⁹² Buber, 2010, 151-2

⁹³ Hetgeen evenals bekijken en onderzoeken een objectieve benadering suggereert: Dit is het probleem en zo wordt een dergelijk probleem opgelost.

⁹⁴ Zie paragraaf 3.7.1

steeds een duidelijk doel met de ontmoeting. Zoals we schreven over Rogers begrip van de beperking van wederkerigheid: ook al transcenderen ze hun rollen, in tabel twee moesten we therapeut en patiënt alsnog beiden een eigen rol toebedelen. Een hoop mogelijkheden tot verandering worden hiermee dus al uitgesloten en een deel van de kracht van een Ik-Jij relatie verdwijnt. Hoe groot dit deel is valt moeilijk te zeggen en zal per dialoog verschillen. Voor Rogers is de kracht van de dialoog dat de patiënt in wederkerige momenten de therapeut ook als een 'jij' ervaart, al lijkt dit er enkel op te zijn gericht dat hij diens begrip en acceptatie opmerkt. Voor Buber blijft de kracht van de dialogische werkelijkheid in psychotherapie eenzijdig: de therapeut sluit enkel aan op het perspectief van de patiënt, een omkering zou zelfs de 'sacrale authenticiteit van de opdracht aantasten'. Het lijkt gerechtvaardigd te stellen dat bij het toepassen van technieken het stempel van de therapeut te groot is, maar dat bij het aangaan van een beperkte Ik-Jij relatie mogelijk het stempel van de patiënt te groot is. Beide stempels zijn in staat de mogelijkheid tot verandering in te perken. Of en in hoeverre de kracht van de Ik-Jij relatie in psychotherapie benut wordt wanneer de therapeut nooit, of enkel als zijnde iemand die accepteert en begrijpt, als een 'jij' verschijnt, blijft de vraag. Of een dergelijk beperkte relatie voldoende is om deze boven het toepassen van technieken te prefereren, blijft evenzo de vraag. Rogers en Buber zouden blijkens al het bovenstaande deze vragen positief beantwoorden. Maar wat als er bij een dergelijke preferentie evenzo een belang verloren gaat dat enkel en onmiskenbaar door technieken gediend kan worden?

3.7 Technieken blijven van kracht en van belang

We zijn aanbeland bij ons laatste vraagstuk: is het wel zo dat afstemming het beste zonder toepassing van technieken gevonden kan worden? Naast bovenstaande conclusie dat de kracht van de Ik-Jij relatie in psychotherapie beperkt is, kunnen technieken nooit volledig uitgefilterd worden en gaat er bovendien een waardevolle verworvenheid verloren wanneer bewuste toepassing uitblijft. Er zijn ondanks de mogelijkheid tot verandering(en) in de dialogische werkelijkheid, psychisch/historische factoren die van kracht én van belang blijven.

3.7.1 Onvermijdelijk begrip

In psychotherapie kleuren de vocabulaires van beide gesprekspartners altijd dat wat gebeurt in de ethische tussenruimte. Hieronder valt nu eenmaal ook de kennis van technieken waarover de therapeut beschikt. We gaven eerder al aan dat de belevingswereld van de therapeut, diens zogenoemde grond, niet buitenspel gezet wordt in de dialoog. De therapeut interpreteert de presentie van de patiënt en maskeert bijgevolg hoe dan ook onderdelen van diens belevingswereld. Rotenstreich betoogt uitvoerig dat de Ik-Jij relatie *per definitie* nooit

volledig onmiddellijk zijn kan.⁹⁵ Altijd wordt de ander gezien vanuit iemands beleving. Toegepast op ons onderwerp toont deze kritiek dat de beleving van de patiënt zoals de therapeut deze ervaart en teruggeeft door dit gebeuren gevormd wordt *vanuit de belevingswereld van de therapeut*. In plaats dat hij enkel vragend exploreert tot hij de juiste woorden gevonden zou hebben, ziet en biedt de therapeut altijd een *bepaald* begrip dat de beleving duidt en kadert. De juiste interpretatie is vaak niet iets wat tevoren al bestond, maar de patiënt stemt uiteindelijk in met (of schikt zich uiteindelijk naar) bepalingen die de therapeut tot zijn beschikking heeft. Pas door reflectie op de patiënt *herkent* de therapeut bepaalde kwaliteiten, altijd gekleurd door zijn eigen kennis. Hij begrijpt de patiënt ongewild op een *bepaalde* manier en zelfs de zich hieraan onttrekkende reacties van de patiënt worden hoe dan ook op een *bepaalde* manier begrepen. Rotenstreichs kritiek dwingt ons tot het besef dat een *volledig onbepaald* begrip dat in onmiddellijke ontmoeting met de patiënt zou ontstaan, van elke inhoud verstoken zou zijn. Pas wanneer de therapeut de belevingswereld (op een bepaalde manier) begrijpt, kan hij antwoorden. Dan pas kan de patiënt in de dialoog zijn eigen monoloog te buiten gaan. Enkel een (gedeeltelijk) nieuw (en helpend) begrip van het probleem biedt de mogelijkheid tot verandering.

3.7.2 Van acceptatie tot begrip

Het hebben en bieden van een bepaald begrip is dan ook niet problematisch. Taal is nu eenmaal de manier om iets specifiek te grijpen door het stichten van algemeenheid, door het onder een bepaald begrip te scharen, door specifieke dingen met andere specifieke dingen in verband te brengen.⁹⁶ Anders komen we inderdaad niet verder dan onbepaald begrip; ‘acceptatie’ in de strenge zin van het woord. Dit zou er slechts op neerkomen dat de therapeut de belevingswereld van de patiënt ‘toestemming geeft er *te zijn*’. Wil de therapeut daadwerkelijk aansluiting vinden dan zal hij verder moeten reiken. Hij heeft dan de inmenging van zijn eigen ideeën nodig ten einde de belevingswereld van de patiënt te duiden. Een verbale interventie is dus ook altijd bepaald en slaat dus altijd een richting in, die verassing en verandering hoe dan ook ergens beperkt, om het in de ingeslagen richting mogelijk te maken. Empathische interpretatie biedt naast loutere acceptatie dan ook begrip; het brengt de belevingswereld in verband met algemene termen en dus weer in contact met anderen, vooreerst met de therapeut zelf. Echte ontmoeting tracht zoveel mogelijk te vertrekken vanuit de uniciteit van de ander, maar is hier juist geen bevestiging van. Het bieden van acceptatie en begrip ten aanzien van de patiënt en diens klachten is dan ook het tot stand brengen van algemeenheid of gemeenschappelijkheid in relatie tot andere dingen en andere mensen. Dit is dan niets minder dan een bepaald doel van de therapie. In Bubers

⁹⁵ Rotenstreich, 1991, 40-2

⁹⁶ Cf. Boer de, 1989, 128. Cf. Levinas, 2012

terminologie betreft dit het aangaan van een Ik-Het relatie. In onze terminologie betreft dit een kracht van de technieken.

3.7.3 Bewust gebruik van technieken

Naast de kracht van onvermijdelijke psychisch/historische factoren die in ieder antwoord een rol spelen, dient ook een bewuster gebruik van technieken het herstel. De therapeut heeft in zijn rol als therapeut de patiënt nu eenmaal van bepaalde ideeën te overtuigen ten einde herstel te bereiken. Hij behoort bewust technieken trouw te blijven. Als therapeut ziet hij bepaalde belangen voor de patiënt. Hij kent bepaalde manieren om klachten te bestrijden en hij hoopt deze op de patiënt over te dragen. Verantwoordelijkheid louter begrijpen als het antwoorden op die unieke patiënt en op wat hij aangeeft nodig te hebben, houdt geen rekening met de werkelijkheid buiten de dialoog.⁹⁷ Er kunnen belangen zijn die de dialogische werkelijkheid te buiten gaan, die niet in de dialoog zelf opduiken. De therapeut is evenzo verantwoordelijk wanneer in de dialoog een bepaald begrip tot stand gekomen is en hij onvoldoende getracht heeft de patiënt tot de interventie te brengen die in aansluiting op dit begrip bij vele anderen helpend is gebleken. Zeker wanneer het relatiehantering betreft, moeten technieken soms dus simpelweg toegepast worden om succes te bereiken in psychotherapie.

Ter illustratie het volgende praktijkvoorbeeld. Een patiënt die keer op keer zijn eigen proces ondermijnt door te vermijden op tijd naar de sessies te komen vanwege weinig overtuigende redenen, heeft er baat bij wanneer de therapeut een patroon uitlicht. De oorzaak hiervan kan liggen in de mogelijkheid dat de patiënt afstand tot anderen lijkt te behouden uit angst om in een intieme relatie verlaten te worden, totdat de afstand er vanzelf voor zorgt dat het contact onvoldoende betekenis heeft en onbevredigend wordt.⁹⁸ Pas bij herkenning van een mogelijke onderliggende angst (en het verband met zijn gedrag) is de patiënt in staat dit patroon bewust te doorbreken. Natuurlijk is het belangrijk bij de benoeming van dit patroon ruimte te laten voor alternatieve verklaringen, maar wanneer deze zich niet aandienen en toekomstig gedrag nog steeds in het patroon te plaatsen valt, dan kan de therapeut er goed aan doen de behandeling (tijdelijk) stop te zetten om op die manier niet in het patroon mee te gaan. Hij opent hiermee de mogelijkheid dat de therapie alsnog zou kunnen slagen wanneer de patiënt besluit zijn gedrag kritischer onder de loep te nemen, in plaats van de therapie ongewijzigd te laten doorgaan zonder dat er verandering optreedt. Een *bepaalde* interventie werd toegepast omdat het gedrag op een *bepaalde* manier begrepen werd, mogelijk zonder dat de patiënt het belang van deze interventie zelf inzag.

⁹⁷ Rotenstreich, 1991, 39

⁹⁸ Het betreft hier een verklaring die consistent is met een atechnisch relatiebegrip.

3.8 Conclusie

3.8.1 Haar verdiensten

Wat ik de atechnische relatie noem is al door velen begrepen als een passende duiding van de kracht van de therapeutische relatie. Ze heeft veel potentie en lijkt gezien de onbepaalde voorwaarden een mogelijkheid. Haar kracht is dat de mogelijkheid tot verassing voorop staat en dat er geen enkele ruimte voor verandering tevoren wordt afgesloten. Er wordt geen enkele voorbedachte richting ingeslagen. Door volledig af te stemmen raakt de therapeut zo dicht mogelijk betrokken bij de patiënt en diens belevingswereld. Dit is terug te vinden in de kwaliteit van de gevoelens en houdingen die beiden ten opzichte van elkaar uiten en ervaren.

3.8.2 Therapeut – Unieke patiënt relatie

Maar er zijn problemen. De Ik-Jij relatie is per definitie beperkt in de psychotherapie. Het doel van de patiënt, die hoogstens begrip en acceptatie bij de therapeut opmerkt, bepaalt de richting en mate van verandering die mogelijk is, die bij meer inmenging van technieken wellicht breder gevonden kan worden; mogelijk in een richting die uiteindelijk wenselijker is voor de patiënt. Wanneer het antwoorden van de therapeut verder reikt dan het loutere geven van toestemming om te *zijn*, wordt de richting van de dialoog toch ook door de therapeut bepaald. Hij begrijpt de belevingswereld namelijk altijd op een bepaalde manier. De patiënt blijft als patiënt begrepen worden, zij het als unieke patiënt. De therapeut blijft een welomschreven functie toebedeeld krijgen en blijft in termen van verantwoordelijkheid als therapeut begrepen worden.

3.8.3 De kracht van begrip

Het bieden van afgestemd begrip is een belangrijk ingrediënt dat inderdaad gemeenschappelijk is aan uiteenlopende behandelmethode. Samen met de hoop op herstel die psychotherapie biedt en het voltrekken van een gezamenlijk ritueel is dit alles ook niet zelden als dé kracht van de therapeutische relatie begrepen.⁹⁹ Maar het bieden van begrip is meer aan technieken verwant dan wij aanvankelijk opperden. Het resultaat van de poging een Ik-Jij relatie aan te gaan in psychotherapie, blijkt uiteindelijk meer een bevestiging van algemeenheid en gemeenschappelijk dan van uniciteit. We komen niet los van de verwikkeling én de strijd tussen technieken en de relatie, als we niet voorbij het belang van 'begrip' zien. Toch wil ik onderschrijven dat een belangrijk onderdeel van psychotherapie het waar nodig afgestemd kunnen toepassen van technieken is. Maar de mate waarin de technieken afgestemd moeten worden, is niet altijd een afweging die de betrokken therapeut zelf het beste maken kan.

⁹⁹ Cf. Frank & Frank, 1991

3.8.4 Ontwikkelingen na Rogers

Velen, inclusief Buber zelf, zochten naar een toepassing van Bubers Ik-Jij relatie in psychotherapie. Ondanks dat hun begrip, zeker in het geval van Rogers, dus wel degelijk vruchtbaar is, lijkt het voorbij te zijn gegaan aan de beperking van mogelijkheden door de bepalingen vanuit de patiënt. Ook lijkt het voorbij te zijn gegaan aan het gebruik van bepalingen door de therapeut en het belang van een bewust gebruik van technieken. De kracht blijft gelegen in begrip en dit kan soms beter via technieken gevonden worden, dan door het accent zoveel mogelijk op alle nuanceringen en factoren in de belevingswereld van de patiënt te leggen. Sinds Rogers' inzichten heeft de ontwikkeling van de cliëntgerichte traditie dan ook niet stilgestaan. In haar huidige vorm vertrekt deze therapie vanuit voorgeschreven bepalingen om meer directief de belevingswereld van de patiënt breder en diepgaander te kunnen bewerken.¹⁰⁰

3.8.5 De asymmetrische relatie

Dat de patiënt in contact met de therapeut specifiek afgestemd begrip ontvangt dat verdere exploratie mogelijk maakt, is een waardevol aspect van psychotherapie. Maar we hebben hier te maken met een afgestemd gebruik van technieken *in* een relatie met de patiënt, in plaats van met de kracht van de relatie *zelf*. Wat onder woorden gebracht wil worden is juist een kracht van de relatie die aanduidt waarom de relatie nooit door betere of gepastere technieken overbodig gemaakt kan worden. Dit wordt geduid in de asymmetrische relatie, die de kracht van de relatie meent te vinden in iets dat aan begrip en acceptatie vooraf gaat, hier ook niet slechts de voorwaarden voor biedt en hier tevens vaak juist een doorbreking van is. Een optimale relatie is, zoals Rogers en Buber zelf te kennen geven, een relatie van persoon tot persoon. Ik wil dan ook betogen dat in de therapeutische relatie, de therapeut wel degelijk ook volledig als een 'jij' of een 'ander' verschijnt. Hoe dit begrepen kan worden zal in het volgende hoofdstuk duidelijk worden. Ik wil dan ook onze zoektocht naar een *optimaal* begrip van de kracht van de relatie, dat bovendien niet ten koste gaat van de kracht van de technieken, voortzetten.

¹⁰⁰ Cf. Elliott e.a., 2003

Hoofdstuk 4

∞ Emmanuel Levinas en de asymmetrische relatie ∞

‘De relatie tot een zijnde dat oneindig ver verwijderd is – dat wil zeggen: Dat de idee ervan te buiten gaat – is zodanig dat zijn autoriteit als zijnde al wordt ingeroepen bij iedere vraag die we ons kunnen stellen over de betekenis van zijn ‘zijn’. We stellen geen vragen over hem, we stellen vragen aan hem. Hij keert zich altijd naar ons toe. Als de ontologie – begrijpen, omvatten van het zijn – onmogelijk is, dan komt dat doordat het begrijpen van het zijn in het algemeen de relatie met de Ander niet kan overheersen. De laatste is meester over het eerste.’¹⁰¹

4.1 Introductie

Emmanuel Levinas leefde van 1906 tot 1995 en verhiel zich in zijn werken tot de gehele geschiedenis van de westerse filosofie. Het meest expliciet positioneert hij zichzelf tegenover één van zijn leermeesters, Martin Heidegger. Laatstgenoemde wijdde zijn grootste werken aan de zogenoemde zijnsvraag, in doorwrochte pogingen het ‘zijn’ zelf te verstaan. Hij kenmerkte het menselijk bestaan als een angstige verhouding tot het eigen sterven. Levinas meende daarentegen dat iets wat mijn eigen bestaan te buiten gaat en de eindigheid van mijn (belevings)wereld doorbreekt, mijn bestaan dieper kenmerkt. Hij begreep de betekenis van het menselijk bestaan als het verantwoordelijk zijn voor de ander; juist voor hem of haar die met mijn eigen voortbestaan niets te maken heeft.¹⁰² De mens vreest moord méér dan de dood.¹⁰³

Afgezien van deze betekenisgeving luidt Levinas’ uitgangspunt dat leven zelf gelijk is aan het leven genieten. Als mens baad ik in de elementen die ik *nodig heb* en mij *toe-eigenen kan*, wat begrepen kan worden als een onafhankelijke afhankelijkheid. Leven kan gekenmerkt worden als de zelfgenoegzame vervulling van mijn eigen behoeften. Maar in het gelaat van de ander ontwaak ik aan het besef dat ik, voorafgaand aan al mijn eigen keuzes en toe-eigeningen, al verantwoordelijk was voor de andere mens. Die ander bevindt zich buiten al mijn kennis en begrip, maar roept mij desondanks ter verantwoording. Waarlijk subject-zijn reikt dan ook al verder dan het leven zelf, dat in zichzelf besloten het bestaan begrijpt, gebruikt en geniet. Er voor de ander zijn is oorspronkelijker dan er voor mezelf zijn.¹⁰⁴ Het is het appèl van de andere mens in diens lijden, in diens hulpbehoevende kwetsbaarheid, dat

¹⁰¹ Levinas, 2012, 42

¹⁰² Levinas, 1989, 4

¹⁰³ Krycka e.a., 2015; Van Rhijn & Meulink-Korf, 1997, 281

¹⁰⁴ Krycka e.a., 2015, xii; Rhijn, meulink-Korf & Atterton, 1997, 14

mij in mijn “ware zelf” raakt en dat zelfs aan ieder ‘appellerend’ *woord* en iedere ‘appellerende’ *situatie* voorafgaat.¹⁰⁵

4.2 Diverse toepassingen

Het is niet meteen duidelijk hoe we Levinas' filosofie kunnen gebruiken als een alternatief voor Bubers Ik-Jij relatie. In een recente bundeling van essays die Levinas' gedachtengoed trachten te vertalen naar psychotherapie is de strekking verschillend. Enerzijds wordt gevoeligheid voor het ethische appèl dat de therapeut vanuit de patiënt toekomt benadrukt: *‘Desiring the client with ethical compassion, because he suffers the terrifying horror of the raw there is of isolating existence, makes therapy healing’*.¹⁰⁶ Anderzijds wordt juist voorgeschreven de patiënt te begrijpen als een ethisch persoon die verantwoordelijk is voor anderen.¹⁰⁷ Sayre beschrijft bijvoorbeeld overtuigend hoe decentralisering helend kan werken. Doordat patiënten oog krijgen voor de anderen in hun leven, de oneindigheid van deze anderen en hun verantwoordelijkheid voor hen, worden ze bevrijd van een benauwende, getotaliseerde werkelijkheidsbeleving. Hiervoor is het nodig de ego-logie die eigen is aan therapie te doorbreken; het is nodig in te zien dat het goed kan zijn voorbij de patiënt zelf naar anderen te kijken.¹⁰⁸

Een aantal jaren geleden verbeelde Mussenbrock Levinas zelf als psychotherapeut. Iemand begrijpen of naar een doel helpen zou dan niet zijn rol zijn, suggererend dat helpen bij herstel van psychisch lijden een niet te realiseren verlangen is dat moet worden onderscheiden van een vervulbare behoefte.¹⁰⁹ Ondanks dat dit onderscheid evenzo in een volgende paragraaf ter sprake komt, wil ik alvast beweren dat herstel van psychisch lijden vaak juist wel als vervulbare behoefte begrepen kan worden, daar veranderingsgerichte psychotherapie gefundeerd is op de pretentie dat psychisch lijden door gesprekstherapie te minderen of te stoppen valt.

Wat in de literatuur ook als leerpunt van Levinas' filosofie voor psychotherapie naar voren komt is dat de intersubjectiviteit van de therapeut en de patiënt voortdurend gecorrigeerd moet kunnen worden; de therapeut mag zijn paradigma niet als een wetmatigheid hanteren.¹¹⁰

¹⁰⁵ Keij, 2015, 87-89

¹⁰⁶ Krycka e.a., 2015, 9

¹⁰⁷ Cf. Krycka e.a., 2015, 173 & Van Rhijn en Meulink-Korf, 1997, 442

¹⁰⁸ Krycka e.a., 2015, 163

¹⁰⁹ Mussenbrock, 2011

¹¹⁰ Van Rhijn en Meulink-Korf, 1997, 269

4.3 Vooraf en voorbij alle begrip

Vanwege de diversiteit aan toepassingen wil ik nogmaals kort het zwaartepunt van de asymmetrische relatie uitlichten. De kracht van technieken vonden we in het bieden van (helpend) begrip en de (eventuele) interventies die hieruit volgen. De kracht van de relatie kunnen we aan de hand van Levinas begrijpen als een doorbreking van, of als een inslag op, *alle* begrip. De oneindigheid die opdoemt in het gelaat van de ander, gaat niet alleen iedere representatie, maar ook de concrete presentie van de ander te buiten. Ook het zien en ervaren van de concrete presentie wordt hoe dan ook bemiddeld door mijn eigen begrip. Wat ik te weten kom over de ander in diens andersheid is voor Levinas dan ook niets dan mijn verantwoordelijkheid voor hem of haar.¹¹¹ Niet alleen doorbreekt de verantwoordelijkheid voor de patiënt vanuit de therapeut gezien keer op keer alle begrippen waarmee hij de dialoog aanvangt, omgekeerd verschijnt op eenzelfde wijze ook de therapeut aan de patiënt.

Deze omkering is niet een omkering die één van beiden maken kan. Beiden staan enkel bloot aan hun eigen ervaring verantwoordelijk te zijn voor de ander, alvorens welke keuze dan ook. Het is dan ook controversieel beide verantwoordelijkheden te beschrijven, aangezien dit ze opnieuw binnen een wederkerige totaliteit lijkt te sluiten.¹¹² Maar beide verantwoordelijkheden hebben niets met elkaar te maken. Ze zijn allebei volstrekt uniek en van elkaar geïsoleerd. Hier worden ze beiden beschreven, daar ze beiden de kracht van de relatie kunnen verklaren. Het is overigens op zijn minst discutabel om de patiënt verantwoordelijk te houden voor de therapeut. Hier zal ik later in dit hoofdstuk dan ook langer bij stil staan.

4.4 Voorbij behoefte

Levinas maakt een scherp onderscheid tussen behoefte en verlangen. In termen van de atechnische relatie gaat de patiënt de therapeutische relatie louter aan ten einde een behoefte te bevredigen; ongeacht de intentie van de therapeut om de dialoog aan te gaan. Het begrip behoefte begrijpen we in navolging van Levinas overigens in de brede zin van het woord; een behoefte wordt als dusdanig gekenmerkt wanneer iets gewenst wordt, de kwaliteit van leven in bepaalde zin herstelt en realiseerbaar of verkrijgbaar is. De patiënt hoopt op psychisch herstel, iets dat hij mogelijk middels psychotherapie verkrijgen kan. Het willen aangaan van een Ik-Jij relatie mag dan het doel van de therapeut zijn, voor de patiënt blijft de therapeut in zijn rol als degene die in een behoefte kan voorzien.

Aan de hand van Levinas wil ik betogen dat ondanks alle intenties en doelstellingen van de patiënt, beiden in deze relatie onbedoeld geconfronteerd worden met hun verlangen: iets dat voorbij al hun eigen behoeften reikt. In tegenstelling tot Bubers Ik-Jij relatie als

¹¹¹ Levinas, 1989, 5

¹¹² Cf. Krycka e.a., 2015, 30

tegenhanger van de Ik-Het relatie, krijgt het verlangen als tegenhanger van de behoefte wel degelijk voet in de wereld van de vervulbare behoeften. Het verlangen is namelijk te allen tijde gericht op de nood van de hulpbehoevende ander. Dit verlangen is oneindig en vermeerdert slechts bij iedere gehoorzaamheid.¹¹³ Levinas noemt dit verlangen dan ook een vervanging van de concrete plaats van de ander, in afgescheidenheid van de ander.¹¹⁴ Dit geeft een andere kleur aan empathie, een houding die ik in het vorige hoofdstuk uitvoerig beschreven heb. Empathie is niet langer een voorwaarde om een Ik-Jij relatie aan te gaan, het is in essentie een vorm van erkenning van een altijd aanwezige verantwoordelijkheid voor de behoefte van de ander. Dit is niet iets wat ik mijn afgescheidenheid overweeg, maar wat mij juist een afgescheiden subject maakt. De plaats van een ander innemen betreft voor Levinas expliciet geen gebrek aan eigen identiteit; hij noemt het zelfs 'de glorie van transcendentie'.¹¹⁵

Maar om welke behoeften gaat het hier? Welke behoeften duiken op in individuele psychotherapie? Zoals eerdergenoemd is de behoefte van de patiënt (in principe) te herstellen van de psychische lijdensdruk die hij of zij ervaart. De behoefte van de therapeut ontspringt uit zijn verlangen en is dus (wederom in principe) tevens het herstel van de patiënt, maar dan temeer in termen van het gedeelde begrip dat in de dialoog tussen therapeut en patiënt tot stand gekomen is. De therapeut is als mens daadwerkelijk betrokken op wat ik het therapeutisch proces zal noemen. De therapeut is als mens betrokken bij de patiënt als zijnde patiënt. Hoewel deze behoefte ontstaat vanuit het verlangen, zal er altijd een verschil bestaan tussen de technisch gekleurde behoefte van de therapeut en de eigenlijke behoefte van de patiënt.

4.4 Doelstelling

De doelstelling is om Levinas' gedachtengoed te gebruiken om de asymmetrische relatie te verdedigen als een inzicht gevend alternatief voor de atechnische relatie. Waar de atechnische relatie een wederkerig dialoog beoogde, maar hier moeite mee had vanwege het therapeutische kader waarbinnen de dialoog zich hoe dan ook voltrekt, beaamt de huidige benadering juist een oorspronkelijke asymmetrie. Ironisch genoeg betreft het wel een asymmetrie die zoals betoogd dus voor beide gesprekspartners (afzonderlijk) geldt. Het therapeutische kader en de technieken vormen niet langer een belemmering, maar bepalen de inhoud van het proces waarbij zowel patiënt als therapeut betrokken zijn, ongeacht in welke mate de begrippen individueel zijn afgestemd. Het is onze taakstelling om te verwoorden waarom de huidige benadering niet op dezelfde problemen stuit als de atechnische relatie. Tot slot zullen ook de problemen die eigen zijn aan een asymmetrisch

¹¹³ Levinas, 2013, 12

¹¹⁴ Levinas, 2013, 54

¹¹⁵ Ibid., 13

relatiebegrip de revue passeren. Aan al deze verwachtingen hoop ik tegemoet te komen door de twee verwante kwesties te bespreken die de atechnische relatie de das om deden.

(1) Waarom hoopt de asymmetrische relatie niet op wederkerigheid? Ik zal beargumenteren dat ethische asymmetrie bruikbaar is om de kracht van de relatie in psychotherapie te begrijpen.

(2) Hoe verhoudt de relatie zich tot de technieken? De tegenstelling tussen een Ik-Jij en een Ik-Het relatie bleek problematisch. We ontkwamen er niet aan dat de patiënt er baat bij heeft dat de therapeut zich soms als Ik-Het tot de patiënt verhoudt. Gezien het therapeutische kader bleek de patiënt zich evenzo dusdanig tot de therapeut te verhouden. Levinas analyse van zeggen en het gezegde, een analyse die enkel binnen de asymmetrische relatie van toepassing is, weet de kracht van de relatie in verband met de technieken te brengen.

4.6 Ethische asymmetrie

*‘The principle thing separating us is what I call the asymmetry of the I-Thou relation. For Buber, the relationship between the I and the Thou is directly lived as reciprocity. My point of departure is Dostoyevsky and his phrase: “We are all culpable for everything and for everyone and I more than the others.” The feeling that the I owes everything to the Thou, and that its responsibility for the Other is gratitude, that the other has always – and by right – a right over Me, indeed, everything I have said (...) about this “I” submitted to obligation, this “I” commanded in the face of the Other – with the double structure of human misery and the word of God – all that represents perhaps a theme that is fundamentally different from that which Buber tackles’.*¹¹⁶

Het appèl dat mij vanuit het gelaat van de ander toekomt, wordt door mij ervaren. De ander weet helemaal niet dat hij een beroep op mij doet; hij is zich van geen kwaad bewust.¹¹⁷ De asymmetrie is gelegen in het feit dat ik de relatie nooit als verplichtend voor de ander ervaren kan, terwijl de ander mij wel als een meester verschijnt. Ik voel mij niet verantwoordelijk om met hem het gesprek aan te gaan, maar om zijn noden te vervullen (mogelijk door het gesprek aan te gaan). Hij is mijn meester omdat ik niet kan ontkomen aan mijn verantwoordelijkheid voor hem. Hij trekt mijn bestaan in twijfel. Ik kan in contact met hem niet simpelweg mijn afgesproken taak vervullen en vervolgens weer vertrekken. De ander blijft in zijn aanwezigheid aanspraak maken op wat ik hem geven kan. Bovendien kan ik het appèl niet weerleggen; het appèl bestaat er juist in dat het aan *mijn begrip* van mijn

¹¹⁶ Atterton e.a., 2004, 33. Het betreft een uitspraak van Levinas in een interview, vertaald en geciteerd door Peter Atterton.

¹¹⁷ Keij, 2015, 92

verantwoordelijkheid jegens hem vooraf gaat en hierop inbreekt. Er rest mij niets dan het appèl te gehoorzamen of het te negeren.

4.6.1 Contra wederkerigheid

De huidige benadering bestrijdt dan ook de stellingname dat de therapeutische relatie het meest tot zijn recht komt wanneer deze zo wederkerig mogelijk is. De atechnische relatie werd tot deze stellingname gedwongen omdat de door Buber gepostuleerde dialogische werkelijkheid beide gesprekspartners omvat. Binnen eenzelfde orde kan een relatie tussen twee gesprekspartners alleen onevenredig zijn, wanneer hier *binnen deze orde* een rechtvaardiging voor bestaat. Omdat de dialogische werkelijkheid juist onmiddellijkheid beoogt en dus losstaat van alle bepalingen buitenom de concrete presentie van beide gesprekspartners, komt de rechtvaardiging voor ongelijkheid per definitie van buiten. Buber erkende dan ook dat het therapeutische kader de wederkerigheid inperkt: Het doel en de theorie bepalen tevoren de rollen binnen de dialoog en de richting die deze dialoog uitgaat. Bij Levinas constitueert de dialoog echter geen eigen orde.¹¹⁸ Vanuit de rol en positie die beiden innemen, komen ze in aanraking met de ander. Beiden worden ze vervolgens geconfronteerd met een oneindig appèl. Het therapeutische kader bepaalt echter wel welke behoeften in principe zichtbaar worden. Dit wil niet zeggen dat het appèl in psychotherapie niet buiten dit kader ervaren wordt. Conventies, afspraken en de rolverdeling trachten echter voor te schrijven *hoe* gehoorzaamheid aan dit oneindige appel zich voltrekken *kan*. Een oneindig appel zou in principe alleen volledige gehoorzaamheid kunnen genieten, wanneer er slechts één ander zou zijn geweest. Maar er zijn vele anderen en wat je voor de ene ander doet, heeft evenzo effect op derden. De ‘therapeut- patiënt relatie’ bepaalt dan ook *waar* de verantwoordelijkheid gelegen is. Het bepaalt niet de verantwoordelijkheden zelf, maar geeft deze vorm en inhoud. Ik ben verantwoordelijk omdat ik weet *wat* ik moet doen, ook al kan ik niet verwoorden *waarom* ik het moet doen.

4.6.2 De therapeut als ander

Omdat de behoefte van de patiënt bij aanvang van de therapie duidelijk is, zal binnen het therapeutische kader de inhoud van het appèl sneller vanuit de patiënt uitgaan. Maar wanneer de therapeut als persoon betrokken blijkt bij het therapeutisch proces, ironisch genoeg juist in zijn verlangen naar aanleiding van de behoefte van de patiënt, zal de inhoud van bovenstaand asymmetrisch appèl ook vanuit de therapeut als mens, de patiënt toekomen. Het gaat hier om een betrokkenheid die oprecht is, in die mate dat iets van de eigen levenskwaliteit verloren gaat wanneer de therapie niet slaagt, al gaat het hier doorgaans om een minder verstrekkend verlies dan dat van de patiënt.

¹¹⁸ Cf. Rhijn & Meulink-Korf, 1997, 277

Wanneer in de literatuur Levinas' filosofie gebruikt wordt om de kracht van de relatie in psychotherapie te duiden, dan mag de therapeut zelf niet als ander begrepen worden;¹¹⁹ therapie mag niet gaan om de behoeften van de therapeut. Dit strookt met de overtuiging die Buber verwoordde: 'Wanneer de patiënt de belevingswereld van de therapeut omvat dan komt de sacrale authenticiteit van de opdracht in het geding'.¹²⁰ De therapeut mag binnen het therapeutische kader inderdaad niet zelf zijn eigen behoeften bij de patiënt neerleggen. De behoefte dat de patiënt aan de hand van overeengekomen technieken bijdraagt aan diens herstel, de behoefte die dus zichtbaar is binnen het therapeutische kader, speelt echter toch een rol. Hier is het van belang te begrijpen wat Levinas bedoelt met zijn bewering dat de ethiek de 'eerste filosofie' is. '*The present is a beginning in my freedom, whereas the good is not presented to freedom; it has chosen me before I have chosen it*'.¹²¹ Dat de patiënt zichzelf in dialoog met de therapeut ook verantwoordelijk voelt voor de therapeut, heeft niets met een *keuze* om te voorzien in de behoeften van de therapeut te maken.

Zodra de therapeut zich daarnaast zou beroepen op de verantwoordelijkheid van de patiënt voor hem, vanwege de waarde die hij als therapeut aan het herstel hecht, dan gaat hij inderdaad zijn boekje te buiten en negeert hij de oneindigheid van zijn eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt. Hij kan de patiënt enkel expliciet wijzen op zijn eigen verantwoordelijkheid tegenover zichzelf, omdat dit in termen van de behoefte van de patiënt van belang is. Het is in termen van de behoefte van de patiënt niet van belang dat de patiënt verantwoordelijk zou zijn voor de therapeut.

4.6.3 Geïsoleerde subjectiviteit

Volgens Levinas is de geïsoleerde subjectiviteit onderschat in Bubers begrip van wederkerigheid. Geïsoleerde subjectiviteit leert namelijk dat een ander altijd als een ander zal (blijven) verschijnen en nooit volledig present is. Friedman suggereert dat Levinas de primaire bewegingen van afstand nemen en verhouden die aan Bubers Ik-Jij relatie ten grondslag liggen niet begreep. Of dat hij onvoldoende zag dat het belang van 'tegenover' bij Buber ook hoog in aanzien stond: dat bracht hem er namelijk toe 'dialoog' te definiëren als het openen van jezelf voor de andersheid van de ander. Hij erkent echter dat in de Ik-Jij relatie overigens niet de onontkoombare geïsoleerde eenzaamheid is, zoals Levinas die wel ziet in zijn ethische ontmoeting.¹²²

De afwezigheid van die onontkoombare eenzaamheid laat echter zien dat de gezamenlijke dialoog in de atechnische relatie wel degelijk een eigen orde vertolkt. Wat ontbreekt is de erkenning van een afgescheiden ik, dat daadwerkelijk iets geven kan en niet

¹¹⁹ Krycka e.a., 2015, 163, 167

¹²⁰ Buber, 2010, 152

¹²¹ Levinas, 2011, 11

¹²² Atterton e.a., 2004, 126

samen met de ander als het ware een neutraal terrein creëert, waar slechts hun huidige presentie geldig is. Wat er ook in de dialoog plaatsvindt, altijd kan dat wat speelt binnen iemands eigen (niet volledig ontsluitbare) belevingswereld, invloed hebben op de dialoog.

Het is dan ook geen geheim dat psychische klachten veelal in stand worden gehouden, doordat verandering voor de patiënt met een prijs gepaard gaat. Dit kan simpelweg het opgeven zijn van dat wat vertrouwelijk is. Maar het kan ook nodig zijn om (met de juiste hulp) de strijd aan te binden met belemmerende, mogelijk diepgewortelde, overtuigingen. Deze prijs betalen kan een moeilijkheid blijven en de therapeut kan hier nooit geheel deelgenoot aan zijn in de dialoog. Het is de patiënt zelf die een keuze maken moet, die het uiteindelijk ook echt zelf tegen zijn eigen destructieve psychische krachten opnemen moet. De therapeut zal, indien hij op het proces betrokken is en hierdoor de waarde van verandering helder voor ogen heeft, onbedoeld een ethisch appèl doen om deze prijs te betalen. Daargelaten dat hij inhoudelijk het belang van verandering waar nodig expliciteert. De daadwerkelijke ervaring van het innerlijke proces dat de patiënt ondergaat, kan de therapeut nooit volledig vatten.

Ook voor de therapeut speelt altijd meer dan in zijn rol besloten ligt en dit doet mee in confrontatie met de patiënt. De patiënt roept bijvoorbeeld positieve herkenning of weerzin bij hem op, wat ervoor kan zorgen dat hij in het belang van de patiënt altijd meer moet of wil geven dan technieken.

4.7 De asymmetrische relatie en technieken

Maar hoe verhoudt de asymmetrische relatie zich nu tot de technieken? Technieken dienen uiteindelijk opgenomen te worden in de belevingswereld van de ander ten einde effect te bewerken. Ze dienen begrepen, gegrepen of ingelijfd te worden in het begrippenkader van de patiënt. Maar de asymmetrische relatie leert ons juist dat de kracht van de menselijke therapeut is dat hij met al het begrip van de patiënt breekt. Is het dan niet alsnog zo dat ofwel de technieken, ofwel de relatie werkzaam is? Om op deze laatste vraag een negatief antwoord geven, wil ik eerst laten zien hoe taal volgens Levinas (simultaan) op meerdere niveaus functioneert. Het breken van al het begrip gebeurt juist door iets dat begrepen wil worden.

4.7.1 Zeggen en het gezegde

Levinas onderscheidt twee functies in de taal, te weten ‘zeggen’ en het ‘gezegde’. ‘Zeggen gaat vooraf aan alle verbale signalen, alle semantische glimpen en alle taalsystemen – *en dus aan alle begrip* – en is de nabijheid van de een tot de ander’.¹²³ Het zeggen is blootstelling, in het zeggen is het subject kwetsbaar.¹²⁴ Zeggen nadert de ander, het breekt door de inhoudelijke

¹²³ Levinas, 2013, 5, vrij vertaald

¹²⁴ Ibid., 49

betekenis van de woorden heen. Het keert het bewustzijn binnenste buiten, het bewustzijn dat zonder het zeggen voor zichzelf gebleven zou zijn. In zeggen is het subject niet langer thuis, niet meer *voor-zichzelf*. Zeggen wil ik in de huidige context dan ook definiëren als *de kwetsbare erkenning verantwoordelijk te zijn voor de ander*. Het blootstellen ten overstaan van de ander wordt namelijk primair gedreven door een verantwoordelijkheid voor de ander.

De oorspronkelijke en primaire functie ‘zeggen’ lijkt echter verloren te gaan in ons huidige begrip van taal. Het samenkomen van het zeggen en het gezegde betekent dan ook vaak de *onderwerping* van het zeggen aan het gezegde. Dit is de prijs die manifestatie vereist.¹²⁵ Taal staat ons door het zeggen echter toe, al is het dus in zijn eigen verraad, dat wat *buiten* het ‘zijn’ staat uit te spreken.¹²⁶ We kunnen niet simpelweg het gezegde ontzeggen om zo de onderwerping van het zeggen aan het gezegde ongedaan te maken. Het zeggen duidt méér aan dan een negatie van het gezegde. Bij het zeggen gaat het niet om het waarheidsgehalte van hetgeen gezegd wordt. Het gaat er om dat de één iets geeft aan de ander. Maar het blijft ongrijpbaar; enkel het gegeven is manifest. Levinas vergelijkt dit met het scepticisme dat probeert te zeggen, dat wat het zegt, niet gezegd kan worden.¹²⁷

Het belang van ‘zeggen’ wordt dan ook miskend wanneer enkel gekeken wordt naar de inhoud van wat de therapeut zegt, te weten het ‘gezegde’. Dit betreft de (al dan niet afgestemde, al dan niet verbale) technieken. De patiënt wordt in psychotherapie echter geconfronteerd met het ‘zeggen’. Dit is de kwetsbare erkenning verantwoordelijk te zijn voor de ander en is niets minder dan de steeds opduikende kracht *achter* welke techniek dan ook. Maar als we het zeggen van de therapeut zelf trachten te verwoorden, dan stuiten we op iets dat belachelijk, dwaas of zelfs aanstootgevend kan klinken. Binnen de ‘therapeut – patiënt relatie’ is de patiënt simpelweg niet verantwoordelijk voor de therapeut. Zijn betaling heeft hem van iedere persoonlijke verantwoordelijkheid vrijgekocht. Hij moet enkel meewerken, niet voor de therapeut, maar omdat ook hij een rol te vervullen heeft en het werk van de therapeut zonder deze bijdrage weinig vermag. Met andere woorden: hij is het enkel zichzelf en zijn eigen betaling schuldig.¹²⁸

4.7.2 Kwetsbaarheid

Maar in het zeggen, in het aanbieden van de technieken, is ook de therapeut als kwetsbaar mens aanwezig. Hij geeft de technieken niet vrijblijvend, maar gelooft hiermee de patiënt in zijn behoefte te voorzien. Deze kwetsbaarheid is het grootst, wanneer de therapeut zich daadwerkelijk identificeert met zijn rol als therapeut en deze hoedanigheid niet als een taak beschouwt die hij nu eenmaal vervullen kan. Hij zal dan ook transparant te werk gaan door

¹²⁵ Levinas, 2013, 6

¹²⁶ Ibid., 6

¹²⁷ Ibid., 7

¹²⁸ Of die van de vergoedende instantie.

de grenzen van zijn kennis en/of kunde niet te verbloemen. De technieken zondermeer afwijzen betekent in een dergelijke context zoveel als het afwijzen van iemand die een betrokken poging doet herstel te bewerken en daarin altijd meer geeft dan puur de technieken. In verantwoordelijkheid voor de ander zal de patiënt (in het licht van zijn hulpvraag) zijn afwijzing expliciet moeten verantwoorden, terwijl hij jegens zichzelf bijvoorbeeld onvoldoende vertrouwen in die specifieke techniek, (onbewust) als afdoende verantwoording ervaren kan. De kwetsbaarheid van de therapeut spreekt dan ook altijd dat deel van de patiënt aan waaruit de hulpvraag is ontstaan; zijn zogenoemde ‘gezonde’ kant. Omdat de therapeut behoeft dat de patiënt herstelt, kan de patiënt zich niet zomaar aan de therapeuts betrokkenheid op het therapeutisch proces onttrekken.

Daarnaast zal het effect van de relatie toenemen wanneer de patiënt kwetsbaar zijn behoefte toont, zeker wanneer deze afwijkt van de behoefte van de therapeut. Om de technieken te laten werken, wordt van hem gevraagd openlijk te bespreken waar en hoe hij problemen ervaart. Dit vraagt om het vertrouwen dat de therapeut hier discreet en kundig mee omgaat. Het is aan de therapeut om in de erkenning van zijn verantwoordelijkheid, achter zijn eigen behoefte op therapeutisch herstel, steeds weer de behoefte van de patiënt te zien.

Vanuit een derde standpunt bezien kan gesteld worden dat, los van alle klachten en technieken, beiden elkaar motiveren om kwetsbaar te tonen, waar de problemen gelegen zijn en hoe herstel bewerkt kan worden. De kwetsbare behoefte van de ander appelleert nu eenmaal om de verantwoordelijkheid, waarmee iemand geconfronteerd wordt, te nemen zoals die in termen van de ‘therapeut – patiënt relatie’ vorm gekregen heeft. Het is uitgesloten dat een expliciet beroep op deze verantwoordelijkheid haar kracht activeren kan; haar bestaan zelf kan simpelweg niet inhoudelijk gevat worden.

4.7.3 Ik-Jij versus zeggen

Levinas uitleg van ‘zeggen’ lijkt op Bubers uitleg van het grondwoord ‘Ik-Jij’. De Ik-Jij werkelijkheid is een voorwaarde voor de Ik-Het werkelijkheid. Door iets als nieuw of anders dan mijzelf te erkennen, kan ik het als object begrijpen alvorens het verdwijnt in het indifferente al. Evenzo is er zonder zeggen geen gezegde. Zonder zeggen zou er geen taal zijn, daar objectivering volgens Levinas primair de functie heeft om de wereld in differentie van mijzelf los te maken en aan de ander te kunnen geven.¹²⁹

Maar terwijl het grondwoord Ik-Het niet kan samengaan met het grondwoord Ik-Jij, blijft zeggen samenkomen met het gezegde. Het *doen* van een propositie tegenover een naaste, blijft in verantwoordelijkheid voor de ander *gegeven*.¹³⁰ Jij-zeggen is tot iemand

¹²⁹ Cf. Levinas, 2013, 45

¹³⁰ Levinas, 2013, 46-47

spreken, *in plaats van* over iemand spreken.¹³¹ Iets *zeggen* tot de patiënt, kan echter gebeuren wanneer het *gezegde* over de patiënt gaat.

Kunnen wij dit onderscheid bovendien niet simpelweg van Levinas lenen om de atechnische relatie te verbeteren? Er zijn twee redenen waarom dit niet kan. Ten eerste is de asymmetrie nodig. Het zeggen is een appèl dat van buiten komt, dat ik niet grijpen kan. Wanneer echter een Jij die mij geheel present is spreekt, dan spreekt hij als die *unieke* persoon, niet als die *ander*. Die unieke persoon behoort ik in de atechnische relatie als zodanig te erkennen, opdat hij zelf weer de psychische gezondheid vinden kan. Voor de ander ben ik echter verantwoordelijk, zijn belevingswereld en zijn mogelijkheden blijven mij tot op zekere hoogte onbekend. De tweede reden is dat de atechnische relatie haar essentie verliest wanneer het aangaan van de dialoog en het toepassen van technieken tegelijkertijd kunnen plaatsvinden. Technieken schenden in hun objectivering de wederkerigheid en geven een richting aan de dialoog die de patiënt niet zelf insloeg, voorbijgaand aan de unieke richting die hij volgens de atechnische relatie vinden moest.

4.7.4 Disharmonie

Hafkenscheid stelt dat de kwaliteit van de therapeutische relatie vooral van belang is in momenten van onderhandeling, in plaats van ten tijde van instemming en harmonie.¹³² Wanneer iemand zelf weet wat hem te doen staat om beterschap te bereiken en gemotiveerd is hier te geraken, dan is verantwoordelijkheid voor de therapeut mogelijk minder merkbaar. Maar juist wanneer de therapeut een ander begrip heeft van wat nodig is om beterschap te verkrijgen, of wanneer de patiënt door eerdere ervaringen te weinig vertrouwen heeft in zijn eigen waarde of zijn mogelijkheden om de weg naar gewenste verandering te zien of te volgen, juist dan legt de kwaliteit van de relatie extra gewicht in de schaal en wordt deze kwaliteit van essentieel belang voor het resultaat. De erkenning van zijn asymmetrische verantwoordelijkheid voor de ander, maakt dat de therapeut en/of de patiënt, zelfs bij onenigheid bereid is voorbij zijn eigen ideeën te zien.

De asymmetrische verantwoordelijkheid maakt inzichtelijk waarom de patiënt dit in een dergelijke professionele relatie überhaupt zou doen. Hij kan simpelweg iemand zoeken die wel instemt met zijn eigen begrip van zijn hulpbehoefte. De kracht van de asymmetrische relatie laat zich hier gelden, daar ook het begrip dat de patiënt van zijn eigen noden heeft uiteindelijk een interpretatie is.¹³³ Het kon dan ook als een beperking gelden dat in de atechnische relatie de bepalingen vanuit de patiënt leidend zijn.

¹³¹ Levinas, 1989, 64

¹³² Hafkenscheid, 2014, 26

¹³³ Cf. Keij, 2015, 89

4.7.5 Valkuilen

De asymmetrische relatie geeft een verklaring voor het risico dat de patiënt liever aan de verwachtingen van de therapeut voldoet dan dat hij echt herstelt. Dit hoeft dan ook niet (altijd) als verlangen naar goedkeuring van een autoriteit begrepen te worden. Wanneer dit oprecht het resultaat is van een ethisch verlangen, dan is het aan de therapeut om duidelijk te laten blijken dat hij het herstel van de patiënt verlangt, ongeacht het resultaat van zijn technieken. Als therapeut bijvoorbeeld concreet in alle openheid opperen dat de situatie mogelijk minder gunstig is, dan waar de therapeut en patiënt in hun rol op hopen, kan bij wantrouwen van het herstel dan ook zeker helpend zijn. Daarnaast moet ook de therapeut voor het risico zijnerzijds waken. Dit betreft het risico dat hij bepaalde klachten of vooruitgang suggereert, vanwege het verlangen dat het probleem bij zijn behandel mogelijkheden aansluit of door zijn behandeling mindert. Echte kwetsbaarheid is gevraagd om te verdragen dat het probleem van de patiënt aan zijn technische mogelijkheden ontsnappen kan. Het geven van de technieken komt dan ook altijd voort uit de verantwoordelijkheid voor de patiënt, waarmee de therapeut zichzelf geconfronteerd zag. Hij behoort dan ook enkel te geven als hij oprecht gelooft dat de patiënt aan de hand van deze technieken daadwerkelijk herstellen kan.

4.8 Conclusie

De therapeutische relatie stoelt in termen van de asymmetrische relatie op het feit dat ik in de dialoog met de ander geconfronteerd word met de ervaring verantwoordelijk voor hem te zijn. Deze verantwoordelijkheid is vormgegeven zodra hij kwetsbaar een behoefte toont. Betoogd is dat zowel therapeut als patiënt hiermee geconfronteerd worden. Wederkerigheid is niet aan de orde, ethische asymmetrie leert ons dat enkel de eigen verantwoordelijkheid voor de ander van belang is. Dit is met name vanuit de patiënt beschreven, omdat een dergelijke toepassing van Levinas' gedachtengoed in de literatuur gemeden of soms zelfs expliciet afgewezen wordt.

De kwetsbare behoefte van de patiënt zal dan ook relatief snel aanwezig zijn binnen het therapeutische kader. Levinas analyse van taal leert ons hoe het aanbieden van technieken begrepen kan worden als de kwetsbare erkenning verantwoordelijk te zijn voor de patiënt. Het leert ons hoe deze kwetsbaarheid de patiënt onverwoordbaar verantwoordelijk maakt voor de therapeut als mens. De therapeut heeft namelijk de patiënt als mens nodig om de verantwoordelijkheid te nemen die gevormd en gekaderd wordt door zijn rol als patiënt. Het belang van het therapeutische kader en de technieken blijft overeind staan. Voor zowel therapeut als patiënt geldt: Ik ben verantwoordelijk omdat ik weet *wat* ik moet doen, ook al kan ik niet verwoorden *waarom* ik het moet doen. Het gaat hier bovendien niet om een motivatie die extern zou zijn. Levinas filosofie laat ons zien dat het de patiënt niet gaat om

een tegemoetkoming aan de therapeut, ten einde bijvoorbeeld goedkeuring te verkrijgen. Het gaat juist om gehoorzaamheid aan de meest *innerlijke* ervaring verantwoordelijk te zijn voor de ander.

Technieken ter relatiehantering vragen van de therapeut om persoonlijk betrokken te zijn in de dialoog, door kwetsbaar bespreekbaar te maken welke invloed de patiënt op hem heeft. Dat dit de patiënt kan confronteren met zijn verantwoordelijkheid voor de therapeut als mens, valt natuurlijk buiten een technische omschrijving van wat gaande is. De huidige hypothese is echter dat de kracht van een technische investering in de therapeutische relatie, ten dele asymmetrisch begrepen kan worden.

La Croix en collega's vonden op basis van empirisch onderzoek dat de factor 'therapeut' van groot belang is voor het resultaat van de behandeling.¹³⁴ Ze durven uiteindelijk niet meer te concluderen dan dat niet te weinig en niet teveel vertrouwen in eigen competenties een therapeut waarschijnlijk effectiever maakt dan zijn collega's. Zou hun bevinding kunnen wijzen op een oprechte betrokkenheid die kwetsbaar maakt, ernst met zich meebrengt en voor overmoedigheid behoedt? Dat deze betrokkenheid iemand een goede therapeut maakt, enerzijds omdat hij vanuit een appèl handelt en anderzijds omdat er mogelijk een appèl van hem uitgaat?

¹³⁴ La Croix, De Jong en De Groot, 2014

Hoofdstuk 5

∞ Samenvatting en conclusie ∞

5.1 Inleiding

Er is iets dat gemeenschappelijk is aan uiteenlopende behandelingen en dat bepalend is voor het resultaat van individuele veranderingsgerichte psychotherapie. Dit is afgezet tegen alle specifieke technieken die tussen allerlei verschillende vormen van psychotherapie kunnen verschillen. Dit verbindende element wordt hiermee teruggebracht tot de persoonlijke band tussen de therapeut en de patiënt, ook wel gedefinieerd als *'The feelings and attitudes that therapist and client have toward one another, and the manner in which these are expressed.'*¹³⁵ Empirisch bezien blijft het echter onduidelijk wat maakt dat deze zogenoemde therapeutische relatie zo bepalend is voor het behandelresultaat. Alles wat deze band verstevigt en verbetert wordt dan ook zoveel mogelijk in technische bepalingen opgenomen. Enerzijds wordt getracht de menselijke therapeut in het uitvoeren van deze technieken overbodig te maken. Anderzijds worden (zeker bij een complexe klachtenpresentatie) technieken ter hantering van de persoonlijke band juist centraal gesteld, vaak met als doel de problemen die de patiënt heeft in het aangaan en onderhouden van relaties te verhelpen. De therapeutische relatie dient dan instrumenteel als modelrelatie.

5.2 Methode

De huidige scriptie is echter een poging om de kracht van de therapeutische relatie zelf te duiden, vanuit de stellingname dat zij een van technieken onderscheidbare dimensie inneemt. In tabel één zijn drie mogelijke begrippen van deze dimensie gerelateerd aan verantwoordelijkheid. De vraag naar de aard en invulling van verantwoordelijkheden laat het belang zien van het verwoorden van deze dimensie. Technieken werden samen met het therapeutische kader in de 'therapeut – patiënt relatie' ondergebracht en de onderscheidende dimensie in de therapeutische relatie werd 'mens – mens relatie' genoemd. De faciliterende relatie representeert de *status quo*, de atechnische relatie representeert een veel bepleit alternatief en de asymmetrische relatie staat voor het begrip dat in deze scriptie ontwikkeld en verdedigd is. De laatste twee relatiebegrippen stoelen op twee verschillende herplaatsingen van de ethiek binnen de filosofie, afkomstig van respectievelijk Buber en Levinas.

¹³⁵ Norcross, 2002, 7

Tabel 1. *Verantwoordelijkheid per relatiebegrip*

Relatiebegrip	Therapeut - patiënt relatie	Mens – mens relatie
Faciliterende relatie	Bepaalt de verantwoordelijkheid	Faciliteert slechts de technieken
Atechnische relatie	Moet geminimaliseerd of gemeden worden	Hierbinnen ontstaat de verantwoordelijkheid
Asymmetrische relatie	Vormt en kadert de verantwoordelijkheid	Confronteert met verantwoordelijkheid

5.3 Resultaten

Na de mogelijkheid van een louter faciliterend relatiebegrip als onwaarschijnlijk bestempeld te hebben, is een hoofdstuk gewijd aan een atechnisch relatiebegrip, dat onder meer door Carl Rogers onder woorden is gebracht. Dit relatiebegrip stoelt op Bubers Ik-Jij relatie en schrijft voor om middels een wederkerige relatie alle bepalingen te vermijden of te minimaliseren. We beschreven dat psychotherapie niet zonder het bepalende therapeutische kader kan bestaan en dat dit het vermogen van de atechnische relatie inperkt. Maar bovenal concludeerden we dat de atechnische relatie zowel het gebruik als het nut van technieken miskent. Ondanks dat ze wijst op de waarde van individuele afstemming van technieken, duidt ze volgens de huidige scriptie niet de onderscheidende kracht van de therapeutische relatie. Het is niet vruchtbaar om individuele afstemming tegenover technieken als de kracht van de relatie te begrijpen, aangezien het dan (in momenten, in sessies of in hele therapieën) op een keuze neerkomt welke route bewandeld wordt, terwijl beide routes uiteindelijk een gedeeld belang hebben en van elkaar kunnen leren. De mate van afstemming van begrippen is een technische afweging. Zij behoort dan ook op het terrein van de empirie door onderzoekers en therapeuten getoetst te worden.

Het laatste hoofdstuk verdedigde de asymmetrische relatie. Aan de hand van de filosofie van Levinas werd betoogd dat het ethisch appèl asymmetrisch is, geen wederkerigheid behoeft en juist de technieken als inhoud heeft, gekaderd door het therapeutische kader. Het ethisch appèl is niet alleen afkomstig van de patiënt, maar is ook vanuit de therapeut aanwezig in de kwetsbare erkenning met zijn technieken verantwoordelijk te zijn voor de patiënt. Dit appèl kan genegeerd of ontkend worden. Dit geldt voor zowel therapeut als patiënt en dit maakt beiden (wellicht in verschillende gradaties) kwetsbaar. Om te voorkomen dat de therapeut de patiënt met de beste

bedoelingen in ongewenste richtingen leidt, behoren zorgvuldigheid, transparantie en discretie onlosmakelijk bij het therapeutisch proces.

5.4 Conclusie

De therapeutische relatie is van belang omdat niet alleen de therapeut, maar ook de patiënt hierin geconfronteerd wordt met iemand die geheel anders is dan zichzelf. Dit stelt voor beiden hun gehele belevingswereld ter discussie. De kwaliteit van de persoonlijke band is van veel factoren afhankelijk, maar zij is veelal van hoge kwaliteit wanneer de therapeut en/of de patiënt niet negeren verantwoordelijk te zijn voor de ander die in zijn behoefte kwetsbaar verschijnt; mits die ander inderdaad kwetsbaar verschijnt. Voor deze verantwoordelijkheid kunnen geen redenen worden aangevoerd, zij kan hoogstens al dan niet herkend worden. De ‘therapeut – patiënt relatie’ vormt en kadert de inhoud van deze verantwoordelijkheden in psychotherapie. De factoren die de relatie bevorderen zoals ‘afstemming op individuele patiënten-kenmerken’ en ‘empathie’ komen dan ook vaak voort uit het gegeven dat technieken de verantwoordelijkheid niet bepalen, maar hierop volgen.

Dat inzichten uit Levinas’ filosofie een (voor het oog van de empirie) verborgen kracht van de therapeutische relatie verklaren is natuurlijk discutabel. Dat dit tevens gebeurt op een manier die niet volledig strookt met de standaard-interpretatie dat behoeften puur van het zelf zijn (en in de regel niet uit het verlangen voortkomen), maakt de asymmetrische relatie al helemaal controversieel. Desalniettemin is gepoogd iets te duiden dat zich wellicht niet anders duiden laat.

Ter onderscheiding van de faciliterende relatie is volgens ons huidige begrip de relatie dubbelzijdig van wezenlijk belang en niet slechts van faciliterend belang. Ook is de relatie niet enkel functioneel als modelrelatie, die technieken ter relatiehantering mogelijk maakt en van nut voorziet. Één van de redenen dat dergelijke technieken veel invloed op het behandelresultaat uitoefenen is, volgens de huidige stellingname, juist dat zij de therapeut voorschrijven zich kwetsbaar op te stellen. Bovendien zorgt de hier beschreven confrontatie ervoor dat de patiënt blijft investeren in de relatie, ondanks dat hij (nog) niet gelooft dat deze investering uiteindelijk de snelste of gemakkelijkste route naar zijn herstel zou zijn en dus uit de verantwoordelijkheid jegens zichzelf volgen zou.

De asymmetrische relatie onderscheidt zich van de atechnische relatie omdat zij de waarde van de technieken erkent en omdat zij van de therapeut betrokkenheid op het therapeutisch proces vraagt, in plaats van op de uniciteit van de patiënt. Als de patiënt een volledig helpend begrip had van zijn klachten en zijn herstel, dan had hij zich niet tot een therapeut gewend.

Beheersing van het therapeutisch proces is de unieke verantwoordelijkheid van de therapeut. Hij is degene die een hulpvraag in de vorm van bepaalde begrippen en interventies

begrijpen, uitleggen en behandelen kan. Zijn verlangen deze verantwoordelijkheid op zich te nemen ten einde op een bepaalde manier in de behoefte van de patiënt te voorzien, is daadwerkelijk kwetsbaar wanneer hij zich met zijn rol als therapeut identificeert. Hij is in het vervullen van zijn unieke opdracht afhankelijk van de patiënt die bij misstappen of onenigheid bereid moet zijn de verantwoordelijkheden zijnerzijds te vervullen. Het is te allen tijde aan de patiënt zelf of hij zich voor de therapeut verantwoordelijk ervaart ten overstaan van de kwetsbaar geboden hulp. Het asymmetrische relatiebegrip leert dat de therapeut zich voor de patiënt verantwoordelijk weet, zonder dat dit een verantwoordelijkheid aan de zijde van de patiënt impliceert. Het therapeutische kader en de technieken leren de therapeut enkel iets over de verantwoordelijkheid die de patiënt heeft ten opzichte van *zichzelf*.

Enerzijds kan de vraag gesteld worden in hoeverre de therapeut daadwerkelijk kwetsbaar is in het toepassen van de technieken. Betoogd is dat de therapeut verlangt dat de patiënt herstelt en altijd iets van zichzelf geeft. Anderzijds kan juist de vraag gesteld worden of identificatie met zijn verantwoordelijkheid voor de patiënt niet de activatie van een ongewenst redderssyndroom is; een aandoening onder hulpverleners die hun eigen identiteit sterken door mensen in afhankelijkheid van henzelf te willen redden.¹³⁶ We miskennen met deze vraag echter dat de ‘therapeut – patiënt relatie’ een samenwerking impliceert die niet uit is op afhankelijkheid. Juist deze relatie vormt en kadert de verantwoordelijkheid waarmee de therapeut (en de patiënt) geconfronteerd wordt. Desalniettemin wijst het mechanisme van de asymmetrische relatie op het belang dit proces middels supervisie en/of intervisie te bewaken.

Het gedicht waarmee deze scriptie opende laat zien dat er wat betreft de technieken en hun afstemming nog genoeg te onderzoeken valt, daargelaten dat therapeuten vaak wel degelijk een gevalideerd plan hebben. De persoonlijke betrokkenheid op het herstel, die wordt herkend in het gevoelde belang om goede technieken te vinden en in de angst en de twijfel waardoor de dichter als therapeut geplaagd zou worden, biedt echter meer vertrouwen in het succes van zijn behandelingen, dan welke technieken dan ook.

De omslagillustratie laat zien dat de asymmetrische relatie geen overkoepelend perspectief beschrijft, maar twee van elkaar losstaande ervaringen. Therapeut en patiënt zijn namelijk niet beiden eenduidig binnen eenzelfde illustratie weer te geven: zowel therapeut als patiënt ervaart de ander als meester, groter dan zichzelf.

¹³⁶ Cf. Kets de Vries, 2010

Literatuur

- Atterton, P., Calarco, M. & Friedman, M. (2004). *Levinas & Buber. Dialogue & Difference*. Pittsburgh: Duquesne university press.
- Boer de, T. (1980). *Grondslagen van een kritische psychologie*. Baarn: Ambo Basisboeken.
- Boer de, T. (1985). *De God van de filosofen en de God van Pascal. Op het grensgebied van theologie en psychologie*. Zoetermeer: Meinema.
- Boer de, T. (1997). *The Rationality of Transcendence. Studies in the Philosophy of Emmanuel Levinas*. Amsterdam: J.C. Gieben, Publisher.
- Buber, M. (1965). *Between man and man*. Vertaald door R.G. Smith. New York: Scribner.
- Buber, M. (2010). *Ik en Jij*. Vertaald door M. Storm. Oorspronkelijke uitgave: 1923. Utrecht: Bijleveld.
- Cheung, J.C.S. (2014). *Behind the mirror: What Rogerian "Technique" is NOT*. Person Centered & Experiential Psychotherapies, Vol. 13, No. 4, pp. 312-322.
- Cissna, K. N. & Anderson, R. (2002). *Moments of Meeting: Buber, Rogers, and the Potential for Public Dialogue*. Albany: State University of New York Press.
- Cissna, K. N. & Anderson, R. (1998). *Theorizing about dialogic moments: The Buber-Rogers position and postmodern themes*. Communication Theory.
- Cuijpers, P. (2012). *Psychotherapie. Een wetenschappelijk perspectief*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Elliott, R. & Watson, J.C., Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2003). *Learning Emotion focused Therapy. The Process-experiential Approach to Change*. American Psychological Association.
- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing a comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Friedman, M. (1988). *The healing dialogue in psychotherapy*. Journal of Humanistic Psychology. Vol. 28, No. 4, pp. 19-41.
- Friedman, M. (1992). *Dialogue and the human image: Beyond humanistic psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Friedman, M. (2003). *Book review: 'Moments of Meeting: Buber, Rogers, and the Potential for Public Dialogue'*. Journal of the History of the Behavioral Sciences, Vol. 39, No. 2, pp. 202-203.

- Friedman, M. (1994). *Reflections on the Buber-Rogers dialogue*. Journal of Humanistic Psychology. Vol. 34, pp. 46-65.
- Furnham, A. (1986). *Response bias, social desirability and dissimulation*. Personality and individual differences, Vol. 7, No. 3, pp. 385-400.
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hartensveld, F. (2014). *De mystiek van de ontmoeting. Over Martin Buber*. Utrecht: Uitgeverij Kok.
- Keij, J. (2015). *Levinas in de praktijk. Een handleiding voor het best mogelijke helpen, privé en in de zorg*. Zoetermeer: Klement.
- Kets de Vries, M. (2010). *Leadership coaching and the rescuer syndrome: How to manage both sides of the couch*. INSEAD working paper collection.
- Krycka, K.C., Kunz, G. & Sayre, G.G. (2015). *Psychotherapy for the other. Levinas and the face-to-face relationship*. Pittsburgh: Duquesne university press.
- La Croix, K., De Jong, K. & De Groot, E. (2013). *Is de ene therapeut beter dan de andere? Een verkenning van therapeuteffecten in Nederland*. Tijdschrift voor psychotherapie, Vol. 39, No. 03, pp. 172-187.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). *Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol. 38, No. 4, pp. 357-361.
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1990). *Impression management: A literature review and two-component model*. Psychological bulletin, Vol. 107, No. 1, p. 34.
- Levinas, E. (1989). *The Levinas Reader. Edited by Sean Hand*. Oxford: Basil Blackwell.
- Levinas, E. (2012). *Totaliteit en Oneindigheid. Essay over de exterioriteit*. Vertaald door T. de Boer, T. & C. Bremmers. Oorspronkelijke uitgave: 1961. Amsterdam: Boom.
- Levinas, E. (2013). *Otherwise than being. Or beyond essence*. Translated by A. Lingis. Oorspronkelijke uitgave: 1981. Pittsburgh: Duquesne university press.
- Montague, Ryan R. (2012). *Genuine dialogue: Relational accounts of moments of meeting*. Western Journal Of Communication, Vol. 76, No. 4, pp. 397-416.
- Mussenbrock, A. (2011). *Op de bank bij Kant. De filosoof als therapeut*. Amsterdam: Van Genneep.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapeutic relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: University Press.

- O'Hara, M. M. (1984). *Person-centered gestalt: Towards a holistic synthesis*. In Levant, R. F. & Shlien, J. M. (Eds.). *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice*. New York: Praeger, 203-221.
- Rhijn van, A. & Meulink-Korf, H. (1997). *De context en de ander. Nagy herlezen in het spoor van Levinas met het oog op pastoraat*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Rogers, C.R. (1957). *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 21, pp. 95-103.
- Rotenstreich, N. (1991). *Immediacy and its limits. A study in Martin Buber's thought*. Chur: Harwood academic publishers.
- Thomas, E. J. (1973). *Bias and therapist influence in behavioral assessment*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol. 4, No. 2, pp. 107-111.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). *Between therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism*. *Journal Of Clinical Psychology*, Vol. 66, No. 7, pp. 681-697.