

# Reflectie

## Procesgerichte gesprekstherapie: enige gedachten over een procesbehandeling van normaal intelligente volwassenen met autismespectrumstoornissen (ASS)

*Richard Vuijk\**

### Samenvatting

*In dit artikel wordt een aanzet gegeven tot het nadenken over en verder exploreren van de toepassing van de procesgerichte gesprekstherapie bij normaal intelligente volwassenen met autismespectrumstoornissen (ASS). Na een beknopte definiëring van begrippen als proces, beleven en authentiek leven worden deze toegepast op de behandeling van normaal intelligente volwassenen met ASS: een oorspronkelijke symptoombehandeling die niet eindigt na de bewerking van het symptoom, maar die een vervolg kan krijgen met de bewerking van de hierop volgende existentiële levensvragen. Aan de hand van een concrete op de praktijk gebaseerde casus wordt deze werkwijze toegelicht.*

Trefwoorden: *procesgerichte gesprekstherapie, autismespectrumstoornissen, stoornis van Asperger*

### Procesgerichte gesprekstherapie

In deze bijdrage wordt een verbinding gemaakt tussen een klachtgerichte en persoonsgerichte (cliëntgerichte) benadering. Bij een klachtgerichte benadering is de diagnostiek leidend, de cliëntgerichte benadering is van oorsprong anti-diagnostisch. Wel is er een ontwikkeling naar het aanpassen van het (algemeen geldende) universele therapieaanbod naar een meer gedifferentieerd aanbod, afgestemd op specifieke problematieken. Bij een cliëntgerichte therapie wordt een autismespectrumstoornis (ASS) gezien als een van de factoren die het functioneren van de cliënt kunnen blokkeren.

Procesgerichte gesprekstherapie is een therapie waarbij een gesprek wordt

\* Richard Vuijk is klinisch psycholoog en werkzaam bij SARR Expertisecentrum Autisme te Rotterdam. Hij verzorgt vanuit zijn eigen praktijk AutismeSpectrum Nederland scholing, supervisie en consultatie op het gebied van autismespectrumstoornissen. Hij is als docent en cursusleider verbonden aan verschillende RINO's en de Parnassia Academie te Rotterdam.

aangegaan met een cliënt die in zijn proces stagneert (Swildens, 1997). Het begrip ‘proces’ is daarbij moeilijk te omschrijven, maar duidelijk is dat het gaat om beweging en ontwikkeling. Gendlin (1970) en Vanaerschot en Lietaer (2010) zien het procesmatig functioneren als eigen aan het menselijk functioneren, dat echter ook geblokkeerd kan raken. Iemand met een geblokkeerd beleven kan wel steeds op zoek zijn om zijn natuurlijk procesverloop te hervinden, om het proces van (be)leven weer in beweging, in ontwikkeling te laten komen.

Die beleving (*experience*) verwijst volgens Rogers (1959, p. 197) naar ‘alles wat zich op een bepaald moment afspeelt in het organisme, dat potentieel beschikbaar is voor het bewustzijn’. Anders gezegd gaat het om alles waar een persoon zich van bewust is of waar hij zich bewust van kan worden: de subjectieve belevingswereld van de cliënt en de focus daarmee op het ervaringsproces vormen het centrale element in de therapie (Lietaer, 2010). Daarmee wordt ‘authentiek leven’ mogelijk. Authentiek leven is het zoeken van een eigen interpretatie van het bestaan en staat tegenover het, meer gebruikelijke, zich laten leiden door interpretaties die door anderen worden aangeboden (Wauters, 2004). De meeste mensen leven volgens Swildens (1997) gewoonlijk inauthentiek, passen zich aan de openbare mening aan, hetgeen soms het hoogst haalbare is en ook aangenaam kan zijn.

## Een aanzet tot procesgerichte gesprekstherapie bij volwassenen met ASS

In deze bijdrage wordt een aanzet gegeven tot procesgerichte gesprekstherapie bij volwassenen met ASS. Swildens (1991) vond deze therapie niet geschikt voor onder andere mensen met een organische stoornis en mensen met een verstandelijke beperking. De tijd heeft niet stilgestaan. Takens (2010a) laat weten, dat ook op dergelijke stoornisgebieden wel enige eer te behalen valt, zij het met aanpassingen in de therapie. Zo doet Pörtner in 1990 al verslag van een cliëntgerichte therapie bij twee vrouwen met een verstandelijke beperking (Pörtner, 1990). Verder literatuuronderzoek wijst uit dat er reeds een eerste bijdrage is geleverd door Stinckens en Becaus (2008), die de waarde van de cliëntgericht-experiëntiële therapie in de verf zetten bij een psychotherapeutisch aanbod op maat voor cliënten met de stoornis van Asperger. Takens (2010a) spreekt van een verruiming van de toepassingsmogelijkheden van cliëntgericht-experiëntiële therapie tot gebieden waar eerst geen sprake was van een positieve indicatie voor deze psychotherapie dankzij een assimilatie of combinatie van methoden van buiten het eigen referentiekader. Voor deze gebieden, waaronder ASS, gelden andere, veelal meer bescheiden veranderingscriteria.

Hoe kan procesgerichte gesprekstherapie hierin voor volwassenen met ASS een aanbod zijn? Het betreft dan een procesbehandeling van ASS waarbij ten volle sprake kan zijn van de toepassing van de cliëntgerichte grondhouding van echtheid, empathie en acceptatie (zie Stinckens & Becaus, 2008). Het zal een procesbehandeling

zijn waarbij het experiëntiële en emotionele beleven voornamelijk cognitief in plaats van affectief aan de orde is, inherent aan een van de kernproblemen van ASS, omschreven als respectievelijk een beperkt mentaliserend vermogen (Frith, 2008), een beperking in het aandacht schenken aan ‘mentale toestanden’ in zichzelf en anderen, een moeite met het begrijpen van zichzelf en de ander (Allen, Fonagy & Bateman, 2008), een gebrek aan besef van zichzelf (Hobson, 2002). Voor zover iemand met ASS in staat is om te mentaliseren, is dat voornamelijk op een cognitieve manier, dit wil zeggen beredenerend indenken en perspectief nemen in plaats van op een affectieve manier invoelen.

Nu is het zo dat de belevingswereld van de cliënt centraal staat in de procesgerichte gesprekstherapie. Het spreken van de cliënt moet ‘ervaringsgericht’ zijn, een spreken ‘vanuit’ de beleving in plaats van een spreken ‘over’ (Takens, 2010c). Dit ervaringsgerichte spreken van de cliënt kan gemeten worden o.a. met de ervaringsprocesschaal van Klein, Mathieu-Coughlan en Kiesler (1986). Deze schaal bestaat uit zeven niveaus van oppervlakkig naar diepgaand ervaren. Gelet op de genoemde en verwachte bescheidener veranderingscriteria in de procesbehandeling en gelet op het beperkte mentaliserend vermogen van iemand met ASS zal het hoogste ervaringsniveau (niveau 7) op de ervaringsprocesschaal niet de eerste insteek van behandeling moeten zijn. Dit zal de door Takens (2010a) genoemde bescheidenheid zijn die van therapeuten verwacht *moet* worden bij de behandeling van volwassenen met ASS: een minder diepgaand en eerder cognitief dan affectief ervaringsniveau. Het experiëntiële proces ontvouwt zich niet vanzelf en de therapeut zal de gewaarwordingen van de cliënt met ASS op zeer expliciete wijze dienen te reflecteren en stap voor stap stil moeten staan bij wat er van binnen bij de cliënt allemaal gebeurt (Stinckens & Becaus, 2008).

## Volwassenen met ASS in proces

Bij een ggz-autismeteam melden de meeste mensen zich aan met klachten van sociaal-communicatieve aard. Adams (2008) laat weten als reactie op het artikel van Stinckens en Becaus (2008) dat het zelf op zoek zijn naar hulp of zelfs het gestuurd zijn voor hulp en de gemaakte keuze om deze hulp te aanvaarden erkend en gezien mag worden door de hulpverlener als positief voor de cliënt met ASS.

Na een uitgebreid intake-traject en psychodiagnostisch onderzoek kan bijvoorbeeld geconcludeerd worden dat er sprake is van ASS. Bij twijfel en onduidelijkheid kan *procesdiagnostiek* volgens Bartels (2012) overwogen worden en kan men een periode aangaan met de cliënt waarin men langer de tijd neemt om tot een uiteindelijke diagnosestelling te komen. Deze procesdiagnostiek is overigens van een andere orde dan en moet men niet verwarren met de procesdiagnostiek waarvan Takens (2010c) spreekt met betrekking tot de diepgang van het experiëntiële exploratieproces zoals dat zich op een bepaald moment in de therapie voordoet.

Een behandeling kan bij ASS van korte of lange duur zijn en is afhankelijk van de ernst van de klachten, de lijdensdruk en de hulpvragen van de cliënt met ASS. De laatste jaren zijn er in de ASS-hulpverlening verschillende behandelmethodieken ontwikkeld die op dit moment her en der in Nederland worden toegepast. Dat zijn naast de reeds jaren bekende psycho-educatie en sociale vaardigheidstrainingen ook de cognitieve gedragstherapie (zie Schuurman, 2010) en mindfulness (zie Spek, 2010). Op dit moment bestaat er nog geen evidence-based behandeling, maar de genoemde behandelingen zijn veelbelovend. Na een pilotstudy bleek bijvoorbeeld dat volwassenen met ASS na de Mindfulness-based Stress Reduction groepstherapie minder somberheidsklachten en negatief affect ervaren en minder rumineren (Spek, 2010; Spek, Van Ham & Van Lieshout, 2010).

Het huidige aanbod aan behandelingen biedt volwassenen met ASS de mogelijkheid om vaardigheden te vergroten, klachten te verminderen en te leren leven en omgaan met de beperkingen. Men heeft de symptomen en beperkingen soms letterlijk doorgeworsteld in de behandeling. Vanuit mijn praktijkervaring blijkt dat sommige normaal intelligente volwassenen met ASS hiermee nog niet klaar zijn. Zij zijn aangekomen bij wat men de existentiële levensvragen kan noemen; op het moment dat de symptoombehandeling is afgerond, is er behoefte aan zelfexploratie en vindt een verschuiving plaats naar meer existentiële problematiek (zie Swildens, 1997; Takens, 2010b). Hier kunnen onder andere de volgende vragen en problemen aan de orde zijn:

- De pijn van het zijn, van het leven met een autismespectrumstoornis, van het leven met beperkingen.
- Welke invloed heeft ASS op mijn leven?
- Hoe heb ik geleefd met mijn ASS tot nu toe?
- Op welke manier ga ik door met leven met ASS in de toekomst?
- Wat is mijn waarde, mijn bijdrage aan de maatschappij als individu met beperkingen vanuit ASS?

Bij volwassenen met ASS die in staat zijn om dergelijke vragen te stellen kan vanuit een aanvullende procesgerichte gesprekstherapeutische behandeling ruimte worden geboden om deze dieperliggende thema's ten minste *cognitief* belevingsgericht door te werken.

Kees, 23 jaar, HBO-student, bekend met de stoornis van Asperger, meldde zich aan bij een autismeteam voor behandeling.

Kees wilde weten wat de stoornis voor hem betekende en volgde daarop een psycho-educatiecursus. Aansluitend nam hij deel aan een socialevaardigheidstraining waardoor hij kennis opdeed hoe hij zich in contact met anderen het beste kon opstellen: hij leerde geduld van anderen te vragen en hij merkte in de praktijk, nadat hij aan een aantal klasgenoten had uitgelegd dat zijn moeilijkheden in contact voortkwamen uit de stoornis van Asperger, dat een aantal van hen meer begrip voor hem ging krijgen. Hij werd door hen betrokken in een huiswerkclubje dat een keer per week bijeen

kwam. Die huiswerkclub gaf hem de mogelijkheid om zijn huiswerk bij te houden en Kees kreeg daardoor meer overzicht en grip op zijn studie.

Na een behandelingstraject van twintig sessies, waarvan acht ingevuld met psycho-educatie en tien met socialevaardigheidstraining, kwam Kees tijdens het evaluatiegesprek tot de conclusie dat hij beter in staat was zich staande te houden in de sociale contacten. Dit was voor hem een vooruitgang. Aan het einde van het gesprek stelde Kees ineens een vraag van heel andere orde. Hij kwam met de vraag over zijn verdere leven en hoe dat in te vullen met zijn stoornis van Asperger: 'Wat betekent het als ik straks een vaste relatie heb?', 'Welk standpunt neem ik in als we kinderen willen krijgen?' en 'Wat voor invloed heeft de stoornis op mijn verdere leven?' We besloten daarop de behandeling voort te zetten met nog eens tien sessies waarin Kees kon inbrengen wat hem bezighield wat betreft deze vragen. Aan het einde van deze sessies kwam Kees tot de conclusie dat hij er werkelijk toe doet, dat hij naast zijn beperkingen wel degelijk kwaliteiten bezit en dat hij met een luisterend oor en oprechte belangstelling van de ander contact als verrijkend ging ervaren. Voorheen ervoer hij contact als verstoring van zijn dagelijkse eigen ritme en routine. Kees kon bij het stilstaan bij zijn gevoelens niet veel meer dan aangeven dat hij voelde met zijn hoofd. Hij kwam op een gegeven moment tot de uitspraak 'ik voel niet, maar ik denk dus ik besta!'

## Toelichting op de casus

In de casus zijn eventueel de fasen van de procesgerichte gesprekstherapie volgens Swildens (1997) herkenbaar: van de premotatiefase waar Kees redelijk snel doorheen ging om in de symptoomfase en probleemfase de stoornis van Asperger onder ogen te zien en te leren hoe onder andere zijn sociale vaardigheden te verbeteren en vervolgens in de existentiële fase bepaalde levensthema's door te nemen. In een casus als die van Kees blijkt dat toch nog een hulpverwachting aanwezig kan blijven, ook nadat de symptoom- en probleembehandeling goed is afgewikkeld. Het betreft hier een hulpvraag die betrekking heeft op existentiële problematiek i.e. te leven met en vanuit een pervasieve ontwikkelingsstoornis met beperkingen en mogelijkheden.

De fasenindeling van Barrett-Lennard (1990; 1998) mag hier niet ongenoemd blijven. De vijf fasen van Barrett-Lennard laten het procesmatig karakter van de therapie nog beter zichtbaar worden, waarbij zij opgemerkt dat het als minder procesdirectief dan bij Swildens gezien moet worden (Takens, 2010b). In de openingsfase neemt Kees zelf de verantwoordelijkheid om naar de therapie te komen. In de daaropvolgende fase komt de werkrelatie tot stand en ontstaat bij Kees hoop op verbetering. 'Eindelijk iemand die me begrijpt', is een van zijn eerste opmerkingen in het contact tussen hem en zijn therapeut. In de volgende fase ontstaat er meer en meer vertrouwen en Kees komt na het werken aan zijn beperkingen met levensvragen. De fase daarop ontstaat er meer en meer een gevoel van samenzijn, niet in de zin

van therapeut tot cliënt, maar van mens tot mens: Kees leert van de ervaring om in contact te zijn met de ander/de therapeut die hem diepgaand empathisch probeert te begrijpen en te volgen waardoor Kees zijn eigenwaarde, zijn eigen 'er zijn' ontdekt en (her)waardeert (Stinckens & Becaus, 2008). Hij groeit als het ware in het contact met de therapeut met diens expliciete en concrete contactreflecterende houding (Van Werde, 2010).

Vanuit zijn stoornis blijft bij Kees echter sprake van een beperkt mentaliserend vermogen en houdt hij moeite om flexibel met veranderingen om te gaan. Dit is iets waar Kees zich tijdens de behandeling meer en meer cognitief bewust van is geworden: zijn veranderingsmogelijkheid is beperkt en hij komt 'wel of niet terecht' met de opmerking dat hij geleerd heeft vanuit een beredeneerde cognitieve empathie begrip van de ander te vragen om rekening te houden met zijn beperkingen.

Zo is Kees vanuit zijn autistisch beperkte mentaliseren niet in staat om zijn emoties affectief te ervaren, in te voelen en te delen: via een cognitieve weg is hij in therapie zich wel gaan indenken in en richten op zijn emoties. Daarmee kan zijn proces voor een deel cognitief gedeblokkeerd genoemd worden. Zo goed en zo kwaad als het gaat leven vanuit zo'n proces, zo'n beweging en zo'n ontwikkeling lijkt – zeker in het kader van het autistisch beperkte mentaliseren en veelal leven vanuit het eigen egocentrische perspectief op de wereld – op authentiek leven en mag ook zo genoemd worden. Of zoals Vermeulen (2005) het in psycho-educatie de mensen met ASS wil meegeven: 'ik ben speciaal'. Wauters (2004) is er in ieder geval van overtuigd dat elke nieuwe poging om ons denken te verruimen en het meest menselijke te begrijpen een stap vooruit is in onze groei naar authenticiteit.

## Ter afsluiting

Is de procesgerichte gesprekstherapie een toekomstige behandelmogelijkheid als aanvulling op het reeds beschikbare aanbod aan behandelingen voor normaal intelligente volwassenen met ASS, of kunnen we als therapeut met de hier geschetste aanzet tot een dergelijke procesbehandeling nu al ons eigen proces van nieuwe therapeutische wegen ingaan bij deze doelgroep? Het is mijns inziens mogelijk om niet alleen DSM-klachtgericht en -symptoomgericht te behandelen bij normaal intelligente volwassenen met ASS. Daarbij moet wel worden aangetekend dat het symptoomgericht behandelen en verbeteren van vaardigheden bij veel volwassenen met ASS het hoogst haalbare is. Degenen die na een symptoombehandeling en vaardigheidstraining of eventueel direct bij een eerste kennismaking met de therapeut existentiële levensvragen stellen en op een ten minste *cognitief*-experientiële niveau in staat zijn om te ervaren, kunnen van een procesgerichte gesprekstherapie profiteren. Dat vraagt van ons als therapeut om niet alleen te denken in termen van symptoombehandeling en verbetering van vaardigheden, maar ook in termen van een persoonsgerichte benadering en met de rogeriaanse grondhouding van echtheid,

empathie en acceptatie en de expliciete en concrete contactreflecterende houding (Van Werde, 2010) een proces aan te gaan samen met de cliënt.

Mijn bijdrage wil hiertoe een aanzet en een uitnodiging zijn.

### Correspondentieadres

Richard Vuijk  
SARR Expertisecentrum Autisme  
Twentestraat 52  
3083 BD Rotterdam  
E-mail: r.vuijk@lucertis.nl

### Literatuur

- Adams, C. (2008). Reactie op het artikel 'Opereren op vreemd grondgebied. Kennis als toegangspoor tot contact bij de stoornis van Asperger'. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 46(3), 259-264.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington DC/London: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Barrett-Lennard, G.T. (1990). The therapy pathway reformulated. In: G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Red.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 123-153). Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Barrett-Lennard, G.T. (1998). *Carl Rogers' helping system. Journey and substance*. London: Sage.
- Bartels, A.A.J. (2012). Procesdiagnostiek. In: C. Kan, W. Verbeek & A. Bartels (Red.), *Diagnostiek van autismespectrumstoornissen bij volwassenen. Een multidisciplinaire benadering*. Amsterdam: Hogrefe.
- Frith, U. (2008). *Autism. A very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Gendlin, E.T. (1970). A theory of personality change. In: J.T. Hart & T.H. Tomlinson (Red.), *New directions in client-centered therapy* (pp. 129-173). Boston: Houghton Mifflin.
- Hobson, R.P. (2002). *The Cradle of Thought: Exploring the Origins of Thinking*. New York: Oxford University Press.
- Klein, M.H., Mathieu-Coughlan, P., & Kiesler, D.J. (1986). The experiential scales. In: L.S. Greenberg & W.M. Pincus (Red.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21-71). New York: Guilford.
- Lietaer, G. (2010). Contouren van het cliëntgericht-experientiële paradigma. In: G. Lietaer, G. Vanaerschoot, J.A. Snijders & R.J. Takens (Red.), *Handboek Gesprektherapie. De persoonsgerichte experientiële benadering* (pp. 11-24). Utrecht: De Tijdstroom.
- Pörtner, M. (1990). Client-centered therapy with mentally retarded persons: Catherine and Ruth. In: G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 659-669). Leuven: University Press.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Red.), *Psychology: A study of science. Vol. III, Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). New York: Mc Graw Hill.
- Schuurman, C. (2010). *Cognitieve gedragstherapie bij autisme. Een praktisch behandelprogramma voor volwassenen*. Amsterdam: Hogrefe.
- Spek, A. (2010). *Mindfulness bij volwassenen met autisme. Een wegwijzer voor hulpverleners en mensen met ASS*. Amsterdam: Hogrefe.
- Spek, A.A., Ham, N.C. van, & Lieshout, H. van (2010). Effectiviteit van Mindfulness based stress reduction bij volwassenen met een autismespectrumstoornis. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, 3, 82-88.
- Stinckens, N., & Becaus, L. (2008). Opereren op vreemd grondgebied. Kennis als toegangspoor tot contact bij de stoornis van Asperger. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 46(1), 17-37.
- Swildens, H. (1991). De psychopathologie in haar betekenis voor de cliëntgerichte gesprekstherapie. In: H. Swildens, O. de Haas, G. Lietaer & R. van Balen (Red.), *Leerboek Gesprektherapie. De cliëntgerichte benadering* (pp. 305-331). Utrecht: De Tijdstroom.

- Swildens, H. (1997). *Procesgerichte gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Takens, R.J. (2010a). Intake en indicatiestelling voor een cliëntgericht-experiëntiële psychotherapie. In: G. Lietaer, G. Vanaerschot, J.A. Sniijders & R.J. Takens (Red.), *Handboek Gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 281-300). Utrecht: De Tijdstroom.
- Takens, R.J. (2010b). Fasering van het therapeutisch proces. In: G. Lietaer, G. Vanaerschot, J.A. Sniijders & R.J. Takens (Red.), *Handboek Gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 301-321). Utrecht: De Tijdstroom.
- Takens, R.J. (2010c). Diepgang in het exploratieproces: analyse van de therapeutische interactie. In: G. Lietaer, G. Vanaerschot, J.A. Sniijders & R.J. Takens (Red.), *Handboek Gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 323-346). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vanaerschot, G., & Lietaer, G. (2010). Persoonlijkheidstheorie en theorie van persoonlijkheidsverandering. Deel 2. De visie van Gendlin. In: G. Lietaer, G. Vanaerschot, J.A. Sniijders & R.J. Takens (Red.), *Handboek Gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 139-159). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vermeulen, P. (2005). *Ik ben speciaal 2. Werkboek psycho-educatie voor mensen met autisme*. Berchem: Uitgeverij Epo.
- Wauters, S. (2004). To be or to exist? Psychotherapie als een groeiproces naar een meer authentiek leven. In: M. Leijssen & N. Stinckens (Red.), *Wijsheid in gesprekstherapie* (pp. 99-115). Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Werde, D. van (2010). Contactwerk bij psychotisch functioneren. In: G. Lietaer, G. Vanaerschot, J.A. Sniijders & R.J. Takens (Red.), *Handboek Gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 417-430). Utrecht: De Tijdstroom.