

Hoe bewaak je de therapeutische relatie met hoogbegaafden?

Artikel in GZ-psychologie – 4/2022

Hoe kunnen therapeuten van hoogbegaafde cliënten de bij hen vaak optredende overdracht en tegenoverdracht zo hanteren dat er een goede behandelrelatie ontstaat of blijft bestaan?

Auteur: Adriaan Sprey

Hoogbegaafden zijn vaak interessante, creatieve, autonome en kritische cliënten, maar zij kunnen bij therapeuten ook gevoelens van ergernis, onzekerheid en ontmoediging oproepen, of juist een te sterk gevoel van betrokkenheid. Therapeuten kunnen hierdoor geneigd zijn om hoogbegaafdheid bij cliënten te negeren, te vermijden, of om de hoogbegaafdheid te bestrijden. Hoe kunnen we voorkomen dat hoogbegaafdheid de therapeutische relatie negatief beïnvloedt?

Complexe diagnostiek en behandeling

Voor hoogbegaafdheid zijn in de literatuur meerdere definities te vinden en meestal is de definitie van Webb et al.^{2,4} vertrekpunt voor de diagnostiek en behandeling van hoogbegaafde cliënten. Een hoogbegaafd persoon is in ieder geval hoogintelligent (IQ > 130) en daarnaast heeft hij of zij minstens vijf van de onderstaande, andere negen persoonlijkheidskenmerken²:

1. Hoogintelligent (IQ > 130);
2. intens voelend, hoogsensitief en/of sterk prikkelgevoelig;
3. snel, complex, veelzijdig en divergent denkend;
4. idealistisch en met een sterk rechtvaardigheidsgevoel;
5. asynchroon in de persoonlijke ontwikkeling (motorisch, sociaal en intellectueel);
6. nieuwsgierig, met een intens, breed en/of ongewoon interessepatroon;
7. snel en creatief oplossingen scheppend;
8. autonoom denkend;
9. autonoom handelend;
10. perfectionistisch.

Ggz schiet tekort

Hoogbegaafdheid bij volwassenen wordt in diagnostiek en psychotherapie *niet* beschouwd als een psychische (DSM-5-) stoornis¹, maar als een eigensoortige, snelle en complexe vorm van informatieverwerking. Hoogbegaafdheid beslaat een cluster van persoonlijkheidskenmerken die met elkaar samenhangen en houdt veel meer in dan een hoog IQ hebben. Hoogbegaafdheid beïnvloedt de ontwikkeling van de persoonlijkheid en omgekeerd gaat hoogbegaafdheid ook gepaard met een cluster van persoonlijkheidskenmerken, waaronder perfectionisme en een hoge mate van autonomie. Dit vraagt om geïndividualiseerde diagnostiek en behandeling, terwijl de benodigde kennis hiervoor onvoldoende aanwezig is binnen de ggz². Een bijkomend probleem is dat er op hoogbegaafdheid een taboe rust, waardoor zowel cliënten als therapeuten problemen hierin onvoldoende aan de orde stellen. Ook zijn veel therapeuten onvoldoende toegerust om de bijkomstige dynamiek in het therapeutisch contact met hoogbegaafden goed te hanteren. Een ggz-behandeling sluit hierdoor vaak slecht aan op de problemen en uitdagingen waar hoogbegaafde cliënten tegenaan lopen.

Aanvullende behandeldoelen

Naast de gebruikelijke behandeldoelen voor symptoomstoornissen en/of persoonlijkheidsstoornissen valt in de behandeling van hoogbegaafdheid aan drie aanvullende behandeldoelen te werken:

1. Omgaan met hoogsensitiviteit of overmatige prikkelgevoeligheid;
2. Een - onterecht - negatief of instabiel zelfbeeld;
3. Interactiestoornissen in heden en verleden.

Het belang van zelfanalyse

Elke therapeut reageert anders op hoogbegaafde cliënten en gezien de bovengenoemde tien persoonlijkheidskenmerken van hoogbegaafden kunnen zich in de therapeutische relatie bepaalde 'interactiestoornissen' voordoen. Daarom is het in de behandeling van belang dat de therapeut aan zelfanalyse doet, zeker wanneer de hoogbegaafde cliënt bepaalde gevoelens bij de therapeut oproept. Roept de hoogbegaafdheid extra onzekerheid, irritatie, ontmoediging of betrokkenheid op bij de therapeut? Wat zijn de eigen cognities over hoogbegaafdheid, en welke ervaring heeft hij of zij hiermee in zijn familie, studie en bij vrienden en collega's op het werk?

Casus: de cliënt weet het beter

Jos, een afgestudeerd bioloog en farmacoloog met een hoog IQ, meldt zich aan met depressieve klachten. Hij heeft het gevoel dat hij alles sneller en scherper ziet dan de therapeut, straalt tijdens de intake met heel zijn houding uit dat hij de therapeutische adviezen 'open deuren' vindt en wil geen antidepressiva slikken. De oefeningen die Jos mee naar huis krijgt, vindt hij 'doorzichtig en simpel.' Hij heeft een autonomieprobleem.

Globaal genomen zijn er nu vier mogelijke gevoelscondities van de therapeut in de therapeutische relatie¹:

1. de onzekere therapeut;
2. de geïrriteerde therapeut;
3. de ontmoedigde therapeut;
4. de overbetrokken therapeut.

Het kan hierbij gaan om disproportionele gevoelens die het gedrag van de therapeut beïnvloeden. Onzekerheid kan ervoor zorgen dat de therapeut te veel met de cliënt meegaat; irritatie dat de therapeut te sterk tegen de cliënt ingaat; ontmoediging dat de therapeut zich terugtrekt en niet meer op het gedrag van de cliënt ingaat (zich distantieert). Overbetrokkenheid resulteert vaak juist in een overmatig je best doen en zorgen voor de cliënt, uit verantwoordelijkheidsgevoel en identificatie.

Zelfanalyse van de tegenoverdracht

Wanneer de therapeut bij Jos' weigering om oefenopdrachten te doen een functieanalyse maakt van de therapeutische relatie, gaat hij daarbij ook na welke gevoelens en gedachten Jos hiermee bij hem oproept en welk gedrag van Jos hiervoor de uitlokkende stimulus is. Kortom, de therapeut maakt een zelfanalyse van zijn 'tegenoverdracht'.

Bij de zelfanalyse volgen we het model van Ellis, waarbij de situatie of activerende gebeurtenis (A) een concrete situatie is uit de therapeutische relatie, die bij de therapeut gedachten (B) en gevoelens of gedrag (C) oproept, en waarbij de therapeut zelf toetst (D) of deze gedachten objectief waar en ook helpend zijn om diens doel (G) te bereiken.

Vervolgens formuleert de therapeut alternatieve en evenwichtige gedachten (E) die wel waar én helpend zijn.

Situatie (A): Cliënt heeft oefenopdracht niet gedaan en devalueert kritisch het zelf oefenen in de therapie

Toetsing van de gedachten van de geïrriteerde therapeut		
<i>Gedachten van de therapeut (B):</i>	<i>toetsing (D)</i>	
1. Zo komen we er niet	niet waar	niet helpend
2. Zonder zelf oefenen bij depressie geen verbetering	niet waar	niet helpend
3. Dit is al de zoveelste keer	waar	niet helpend
4 De intelligente weerstand irriteert mij	waar	niet helpend
5. Ik ben die doorzichtige hoogbegaafde smoezen en zijn devaluerende kritiek zat	waar	niet helpend

- *Gevoel van de therapeut (C):* ergernis
- *Gedrag van de therapeut (C):* extra kritisch benaderen
- *Alternatieve en evenwichtige gedachten (E) van de therapeut (waar en helpend):*

1. We zijn nu bij de kern van zijn hoogbegaafde autonomieprobleem;
2. zelf thuis oefenen is een middel, geen doel;
3. bij een te hoge autonomiebehoefte gebeurt dit voortdurend;
4. deze weerstand heeft hij *vermoedelijk* hard nodig om autonoom te blijven;
5. ik beschouw zijn patroon van *behoud van* autonomie en kritisch intelligent verzet als de essentie van zijn persoonlijkheidsproblematiek.

- *Doel van de therapeut (G):*
- 1. minder ergernis en meer rust;
- 2. de cliënt minder kritisch benaderen

Zelfanalyse, casus 2

Nu volgt nog een zelfanalyse, opnieuw van een therapeut die een hoogbegaafde en hoogsensitieve cliënt in behandeling heeft.

Situatie (A): De cliënt heeft Aron gelezen en herkent zichzelf in de beschrijving van hoogsensitiviteit. Hij vraagt zijn therapeut hoe hij daar tegenover staat.

Toetsing van de gedachten van de onzekere therapeut		
<i>Gedachten van de therapeut (B):</i>	<i>toetsing (D)</i>	
1. Dat is glad ijs	waar	niet helpend
2. Het is een vaag begrip uit de alternatieve en coachingswereld	niet waar	niet helpend
3. Wetenschappelijk is er niets over bekend	niet waar	niet helpend
4 Vroeger 'spiegelden' we en vroegen we de cliënt: 'Wat vind je er zelf van?'	waar	niet helpend
5. Ik heb Aron nooit gelezen en me nooit in HSP verdiept	waar	niet helpend

- *Gevoel van de therapeut (C):* onzekerheid.
- *Gedrag van de therapeut (C):* extra vermijden
- *Alternatieve en evenwichtige gedachten (E) van de therapeut (waar en helpend):*

1. Glad ijs is geen reden tot vermijding;
2. dat weet ik niet zeker;
3. wetenschap ontwikkelt zich tegenwoordig erg snel;
4. dat is nu een truc geworden, die niet meer authentiek en echt is;
5. ik ga me open in HSP verdiepen en exploreer eerst de persoonlijke betekenis samen met de cliënt.

- *Doel van de therapeut (G):*

1. minder onzekerheid en meer rust
2. minder vermijden en meer de persoonlijke betekenis exploreren

Functieanalyse van de therapeutische relatie

Behalve een individuele functieanalyse van de hoogbegaafde cliënt met persoonlijkheidsproblematiek valt ook een functieanalyse te maken van de therapeutische relatie, van de interactie tussen cliënt en therapeut.

Functieanalyse therapeutische relatie, casus 1:

Bij de eerste cliënt leidt een uitlokkende gebeurtenis (vermeende domheid therapeut) tot bepaalde gedachten (ik ben slimmer en heel bijzonder), gevoelens (trots en woede) en kerngedrag (creatief kritiek leveren). Het kerngedrag van de cliënt is een uitlokkende stimulus voor de therapeut, die daar met eigen gedachten (zie zelfanalyse), gevoel (geïrriteerd) en gedrag (kritisch benaderen) op reageert.

-Gevolgen voor de therapeutische relatie: de cliënt is minder in de positie van bewonderde superioriteit (nadeel) en de therapeut is minder in de inferieure positie (voordeel). Het kritische gedrag van de geïrriteerde therapeut kan een uitlokkende en bekrachtigende stimulus zijn voor de cliënt, en zo is de (viciëuze) cirkel rond.

Functieanalyse therapeutische relatie, casus 2:

Bij deze therapeut leidt een uitlokkende gebeurtenis (vraag van cliënt naar zijn opvatting over hoogsensitiviteit) tot gedachten (het is voor de therapeut een vaag en onbekend begrip), gevoelens (onzekerheid) en gedrag (onderwerp vermijden). Het vermijdingsgedrag van de therapeut wordt een uitlokkende stimulus voor de cliënt, die daar met zijn gedachten (hoogsensitiviteit is glad ijs en mogelijk een taboe), gevoel (onzeker) en gedrag (meer vermijden) op reageert.

-Gevolgen voor de therapeutische relatie: de cliënt voelt minder de afwijzing van zijn gevoelens (voordeel) en de therapeut ervaart minder intimiteit en zelfonthulling in de therapie (nadeel). Ook het vermijdingsgedrag van een onzekere therapeut wordt weer een uitlokkende en bekrachtigende stimulus voor de cliënt en zo ontstaat de (viciëuze) cirkel van een gezamenlijk vermijden.

Conclusie

In de ggz wordt onvoldoende rekening gehouden met hoogbegaafdheid, in die zin dat in behandelingen te weinig wordt ingespeeld op de dynamiek die de therapeutische relatie tussen een therapeut en hoogbegaafde cliënt zo ingewikkeld maakt. Een eerste stap om hier goed mee om te gaan is meer inzicht krijgen in de hoogbegaafdheid van de cliënt, waarmee een heersend taboe wordt doorbroken. Stel hoogbegaafdheid bij de intake actief vast en integreer deze vaststelling in de behandeling (casusconceptualisatie en behandelplan). Maak als therapeut een zelfanalyse van je eigen reactie op de algemene persoonlijkheidskenmerken van hoogbegaafdheid en maak een functieanalyse van de complexe therapeutische relatie.

Adriaan Sprey is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Als opleider psychodiagnostiek en psychotherapie verzorgt hij supervisie, leertherapie en postacademische opleidingen en nascholingen vanuit zijn Praktijk voor Opleiding, Therapie en Onderzoek (2000).

Hij schreef het *Praktijkboek Persoonlijkheidsstoornissen - DSM-5, diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie* (2015) en het *Praktijkboek Hoogbegaafdheid in Psychotherapie* (2020) Website: www.adriaansprey.nl.

Meer informatie

Meer zelfanalyses en functieanalyses van de therapeutische relatie bij hoogbegaafdheid staan in het *Praktijkboek Hoogbegaafdheid in Psychotherapie* en het *Praktijkboek Persoonlijkheidsstoornissen*.^{2,3}

Referenties

1. APA, American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. Nederlandse vertaling van Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Amsterdam: Boom.
2. Sprey, A. (2020). *Praktijkboek hoogbegaafdheid in psychotherapie – Persoonlijkheid, diagnostiek, psychotherapie en therapeutische relatie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, Springer Media.
3. Sprey, A. (2015). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen - DSM-5, diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, Springer Media.
4. Webb, James T., & Edward R. Amend (2020) *Misdiagnose en dubbeldiagnose bij hoogbegaafdheid*. Assen: Van Gorcum.