

Beroeps- en competentieprofiel van de relatietherapeut in Nederland

Geschreven door
dr. Pieterneel Dijkstra (IBT-Academie)
dr. Dick P.H. Barelds (Rijksuniversiteit Groningen)
drs. Aerjen Tamminga
najaar 2023

Voorwoord

Er bestaat in Nederland nog geen eenduidig beroeps- en competentieprofiel van de relatietherapeut. Daar komt bij dat de titel ‘relatietherapeut’ geen beschermde titel is. Dit vertroebelt de hulpverlening aan stellen: eenieder, competent of niet, kan zichzelf relatietherapeut noemen en relatietherapie aanbieden. Een duidelijk beroeps- en competentieprofiel van de relatietherapeut helpt de potentieel negatieve gevolgen daarvan te verminderen en de kwaliteit van de hulpverlening aan stellen te beschermen.

In dit document wordt daarom een (voorlopig) beroeps- en competentieprofiel beschreven van de relatietherapeut in Nederland. De auteurs hebben geprobeerd dit profiel zo goed mogelijk te onderbouwen. Deze onderbouwing bevat ongetwijfeld een aantal subjectieve elementen. Het profiel dat in dit document wordt beschreven is dan ook niet het enig mogelijke of definitieve profiel. Het streven is om te komen tot een beroeps- en competentieprofiel dat breed door het werkveld wordt gedragen¹.

¹ Om deze reden wordt dit profiel meegelezen en van feedback voorzien door verschillende partijen uit het werkveld, zoals relatietherapeuten en vertegenwoordigers van relevante beroepsverenigingen. Eventuele feedback kan gestuurd worden naar: info@ibt-academie.nl

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Belang van competente relatietherapeuten

Hoofdstuk 2. Competenties van de relatietherapeut in Nederland

Hoofdstuk 3. Evidence-based werken en de relatietherapeut in Nederland

Literatuurlijst

Hoofdstuk 1. Belang van competente relatietherapeuten

In Nederland zijn duizenden hulpverleners werkzaam als relatietherapeut. Desondanks worden in Nederland voor het beroep relatietherapeut nergens duidelijke competenties onderscheiden en beschreven. Ook een eenduidige en concrete definitie van het beroep lijkt te missen. Het opstellen van een competentieprofiel voor het beroep relatietherapeut is om verschillende redenen van groot belang. Dat bespreken we in dit hoofdstuk.

De potentiële invloed van de relatietherapeut

Relatietherapie kan vergaande consequenties hebben voor het functioneren van mensen. Zowel de geestelijke als lichamelijke gezondheid van partners heeft een direct verband met de kwaliteit van hun huwelijk (zie bijv. Choi et al., 2016). Hoe beter de onderlinge relatie, hoe beter de lichamelijke en geestelijke gezondheid van beide partners. Andersom geldt hetzelfde: partners in een conflictueuze of anderszins onbevredigende relatie hebben een grotere kans op gezondheidsproblemen, zoals hart- en vaatziekten, en een maar liefst 25 keer zo grote kans op het ontwikkelen van een depressie (zie bijv. Goldfarb & Trudel, 2019). Ook het welzijn van thuiswonende kinderen is sterk verbonden met de kwaliteit van de relatie van hun ouders. Hoe slechter de kwaliteit van de relatie tussen partners, hoe groter de kans dat een kind bijvoorbeeld depressieve klachten ontwikkelt (Tian et al., 2022). Het verminderen van problemen in de partnerrelatie en het voorkomen van toekomstige problemen lijkt dan ook van essentieel belang voor zowel het geestelijke als lichamelijke functioneren van partners en hun eventuele kinderen.

Een competente relatietherapeut kan hier een bijdrage aan kan leveren en bespaart cliënten daarmee niet alleen veel persoonlijk leed, maar bespaart ook de gezondheidszorg een heleboel kosten voor de hulp aan individuele partners en kinderen. Met de grote druk die er staat op de gezondheidszorg, met name de jeugdhulpverlening, lijken competente relatietherapeuten dan ook broodnodig. Treffen cliënten daarentegen een professional die het beroep relatietherapeut niet voldoende beheerst, dan kan diens hulp weinig effectief zijn of, erger nog, bij cliënten relationele, financiële en/of psychische schade veroorzaken. Wat daarbij een probleem is, is dat de titel ‘relatietherapeut’ geen beschermde titel is: iedereen kan zich zo noemen. Het gevolg is dat er in de praktijk zowel hele competente als incompetent personeel werkzaam zijn als zogeheten relatietherapeut. Voor potentiële cliënten is het vaak niet duidelijk waar ze op moeten letten om vast te kunnen stellen of een professional competent is, wat hele negatieve gevolgen kan hebben.

Noodzaak van een beroeps- en competentieprofiel

Het feit dat een competente relatietherapeut potentieel veel positieve invloed uitoefent en een incompetent relatief veel negatieve illustreert de noodzaak voor een duidelijke omschrijving van wat iemand die dat beroep uitoefent nu precies moet weten en kunnen. Het onderscheiden van competenties van een relatietherapeut kan dan ook worden gezien als een belangrijke manier om de cliënten te beschermen en ervoor te waken dat deze hulp krijgen van een goed niveau (Dimmick et al., 2022). Op dit moment wordt relatietherapie niet standaard vergoed door zorgverzekeraars. Zo nu en dan wordt echter door verschillende partijen geopperd om relatietherapie wel te vergoeden, bijvoorbeeld in geval van een (dreigende) vechtscheiding. Ook voor partijen die in de toekomst relatietherapie wél zouden wille vergoeden, zoals gemeenten en ziektekostenverzekeraars, moet het duidelijk zijn welke relatietherapeut kan worden gezien als competent (en vergoed zou kunnen worden) en welke niet.

Hoofdstuk 2. Competenties van de relatietherapeut in Nederland

Om voldoende gekwalificeerd te zijn om psychosociale hulp te verlenen aan individuele cliënten – dat wil zeggen, om daarmee te starten -, is in Nederland minimaal een bachelor diploma in de sociale sector vereist. Denk aan een bachelor of master diploma sociaal werk, maatschappelijk werk of (toegepaste) psychologie. Vervolgens wordt de psychosociaal hulpverlener ook daadwerkelijk competent door, onder supervisie en aan de hand van interventie, ervaring op te doen in het werken met individuele cliënten.

Om voldoende competent te zijn als *relatietherapeut* is er echter meer nodig. Het werk van de relatietherapeut is complexer dan het werken met individuele cliënten. De relatietherapeut werkt immers met twee personen in plaats van één. De relatietherapeut krijgt daarbij te maken met de interactie tussen deze twee personen en de problemen die daarin tot uiting komen dan wel daardoor worden veroorzaakt. De relatietherapeut moet dan ook zowel *intrapersoonlijke* (binnen de persoon) als *interpersoonlijke processen tussen twee cliënten* (managen en daarin verandering stimuleren). Dit vraagt om een aantal aanvullende specifieke competenties bovenop de competenties van de psychosociaal hulpverlener die werkt met individuele cliënten.

Basis van het beroeps- en competentieprofiel van de relatietherapeut

De competenties die in dit document worden onderscheiden, zijn gebaseerd op de competentieprofielen van de *Nederlandse Vereniging voor Gezins- en Relatietherapie* (NVRG, 2020) en de *American Association of Marital and Family Therapy* (AAMFT, 2004; de grootste beroepsvereniging van relatie- en gezinstherapeuten in de VS). Het is te eenvoudig om één (of beide) van deze competentieprofielen klakkeloos over te nemen of te integreren voor de relatietherapeut in Nederland. Allereerst hebben de competenties zoals beschreven door de NVRG² en AAMFT³ betrekking op het beroep van relatie- en gezinstherapeut. Dit document gaat echter over de competenties voor alleen de relatietherapeut, niet de gezinstherapeut (althoewel de competenties van beide beroepen deels zullen overlappen). Een belangrijk verschil is dat een relatietherapeut werkt met volwassen cliënten, niet met (kleine) kinderen. Activiteiten zoals het afnemen van een assessment bij een kind of het communiceren met een kind over gevoelige onderwerpen vereisen andere competenties dan het uitvoeren van soortgelijke activiteiten onder volwassenen.

Verder spelen, als het gaat om het competentieprofiel van de AAMFT, verschillen in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg tussen Nederland en de VS een rol. In de VS worden van hulpverleners andere competenties gevraagd dan in Nederland. In de VS heeft het beroep relatie- en gezinstherapeut bovendien een andere (hogere) status in de gezondheidszorg dan in Nederland. Meer specifiek beschouwt de federale regering in de VS relatie- en gezinstherapeuten als behorende tot de vijf belangrijkste professionals in de geestelijke gezondheidszorg (de andere vier zijn: psychiaters, klinisch psychologen, klinisch sociaal werkers en psychiatrisch verpleegkundigen). Gezonde relaties met de mensen om je heen, met name je partner en andere gezinsleden, worden door de regering van de VS gezien als essentieel voor een goede geestelijke gezondheid. Uitgaande van het belang van gezonde relaties voor het welzijn en functioneren van mensen, loopt Nederland hier nog in achter.

Competentiedomeinen

Kijken we, met bovengenoemde nuances, naar de competentieprofielen van de AAMFT en het NVRG en passen we deze toe op de relatietherapeut in Nederland dan kunnen in grote

² Zie [Competenties ST.pdf \(2\).pdf](#)

³ Zie [https://aamft.org/Documents/COAMFTE/Accreditation%20Resources/MFT%20Core%20Competencies%20\(December%202004\).pdf](https://aamft.org/Documents/COAMFTE/Accreditation%20Resources/MFT%20Core%20Competencies%20(December%202004).pdf)

lijnen vier domeinen van competenties worden onderscheiden. Hieronder worden deze kort beschreven:

1. **Professioneel handelen als relatietherapeut:** de relatietherapeut heeft een onderbouwde visie op relatietherapie en baseert zijn of haar handelen op wetenschappelijke kennis van partnerrelaties en evidence-based methoden voor relatietherapie. De relatietherapeut handelt bovendien conform wettelijke regelingen en ethische grenzen die van toepassing zijn op zijn of haar eigen functioneren en dat van individuele partners en stellen. De relatietherapeut reflecteert bovendien op zijn of haar professionele ontwikkeling en investeert in die ontwikkeling.
2. **In kaart brengen van interpersoonlijke processen:** de relatietherapeut brengt op systematische wijze de status van de relatie in kaart, inclusief problemen en sterke kanten, alsmede de gevolgen hiervan voor de relatie en eventueel andere betrokkenen. In samenspraak met cliënten worden op basis hiervan therapiedoelen geformuleerd en een (voorlopige) evidence-based aanpak of behandelplan opgestart. Daarnaast monitort en evalueert de relatietherapeut de voortgang van een stel in termen van therapiedoelen en de onderlinge samenwerking en aanpak en gebruikt hij of zij de informatie daaruit om het therapietraject en het eigen handelen en aanpak daarin bij te sturen.
3. **Communiceren in de context van relatietherapie:** de relatietherapeut beschikt over communicatieve vaardigheden om zowel de intrapersoonlijke processen van partners als de interpersoonlijke processen tussen partners zodanig te managen dat therapiedoelen kunnen worden bereikt. Hij of zij creëert daarmee een gevoel van veiligheid in de sessie en stimuleert openheid en gelijkwaardigheid tussen partners.
4. **Relatietherapeutische interventies selecteren en inzetten:** de relatietherapeut zet evidence-based en bij een stel passende psycho-educatie, technieken en oefeningen in met de bewuste intentie om partners beter om te leren gaan met hun emoties, gedrag, gedachten, grenzen en onderlinge verschillen in relatie tot elkaar, teneinde de therapiedoelen te bereiken.

Opgemerkt moet worden dat competentiedomein 3 en 4 met elkaar kunnen overlappen. Dat wil zeggen, praktisch elke vorm van communicatie van de relatietherapeut (competentiedomein 3) beïnvloedt potentieel het gedrag, gedachten en emoties van partners en kan daarmee worden gezien als een interventie (competentiedomein 4). Het onderscheid ligt er hierin dat het competentiedomein ‘Communiceren in de context van relatietherapie’ competenties bevat die in praktisch elke sessie in relatietherapie worden ingezet. Denk aan het vermogen tot meerzijdige partijdigheid. Bij competentiedomein 4 is dit anders. Hier selecteert de relatietherapeut heel bewust de bij een stel en therapiedoel best passende evidence-based interventies. Deze zijn vaak uniek voor een bepaalde sessie in het traject van relatietherapie en/of voor een bepaald stel. Anders dan competentiedomein 3 wordt competentiedomein 4 bovendien gekleurd door de specifieke theoretische stroming met de daaraan hangende werkwijze en interventies die de relatietherapeut omarmt. Dit overlapt dan weer met domein 1 in die zijn dat ook de competenties in domein 1 aangeven dat van een relatietherapeut een wetenschappelijk onderbouwde visie wordt verwacht met daarmee samenhangende evidence-based interventies. In hoofdstuk 3 wordt verder ingegaan op wat er van een relatietherapeut mag worden verwacht als het gaat om evidence-based werken.

Op basis van bovenstaande competentiedomeinen en de beschrijvingen daarvan valt een definitie te geven van het beroep relatietherapeut in Nederland (zie kader).

Definitie relatietherapeut in Nederland

Gebaseerd op de vier beschreven competentiedomeinen kan worden gesteld dat de relatietherapeut in Nederland een bachelor of master diploma heeft in de sociale sector, ervaring heeft opgedaan met het begeleiden van individuele cliënten en zich via degelijke vervolgopleiding, intervisie en supervisie heeft ontwikkeld tot een professional die *'op systematische wijze problemen en uitdagingen in de partnerrelatie in kaart brengt en stellen op weldoordachte en methodische wijze helpt hun relatie te verbeteren. De relatietherapeut zet daarbij communicatieve vaardigheden en evidence-based technieken in om de intrapersonlijke processen van partners en de interpersoonlijke processen tussen partners zodanig te managen en beïnvloeden dat therapiedoelen kunnen worden bereikt. De relatietherapeut is zich daarbij bewust van en handelt conform morele, professionele en wettelijke kaders, reflecteert voortdurend op zijn of haar handelen en stuurt dat bij indien dat gewenst is'*.

Specifieke competenties

Van bovenstaande definitie en de vier competentiedomeinen kunnen specifieke competenties worden afgeleid. Deze worden beschreven in tabel 1. Wederom zijn deze specifieke competenties afgeleid van dan wel gebaseerd op de competentieprofielen van het AAMFT en NVRG. Er is daarbij steeds gekeken naar de manier waarop de competentiedomeinen ingevuld kunnen worden binnen de Nederlandse context.

Tabel 1. Competenties van de relatietherapeut in Nederland

Domein	Competentie
Professioneel handelen als relatietherapeut	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wetenschappelijke onderbouwing. Handelen op basis van wetenschappelijke inzichten, evidence-based handvatten en onderbouwde oordeelsvorming. 2. Visieontwikkeling. Een onderbouwde visie hebben op relatietherapie, alsmede de mogelijkheden en beperkingen ervan. 3. Samenwerken. Doorverwijzen naar en/of samenwerken met andere professionals en instanties mocht dat nodig zijn dan wel deze zelf inschakelen 4. Kwaliteitsmanagement. Conformereren aan de wettelijke en ethische kaders die aan het verlenen van hulp aan stellen worden gesteld (bijv. dossiervorming, kwaliteitsmanagement systeem, wettelijke richtlijnen voor het omgaan met partnergeweld, etc.) 5. Zelfreflectie. Zelfstandig en via intervisie en/of supervisie reflecteren op ethische dilemma's in de hulp aan stellen en de eigen competenties als relatietherapeut 6. Professionele ontwikkeling. Evaluaties en feedback van cliënten en collega's gebruiken om het professioneel handelen als relatietherapeut bij te sturen en te verbeteren
In kaart brengen van interpersoonlijke processen	<ol style="list-style-type: none"> 7. Assessment. Mondeling en/of schriftelijk, op systematische wijze, in kaart brengen van de problemen en sterke kanten van de relatie, de manier waarop partners met elkaar communiceren, de context waarin de relatie zich bevindt en de gevolgen van de relatieproblemen voor eventueel andere betrokkenen. 8. Therapiedoelen formuleren. Op basis van de ernst van problemen samen met cliënten prioritering aanbrengen in de geconstateerde relatieproblemen en met cliënten komen tot een hulpvraag en therapiedoelen die door beide partners worden gedragen. 9. Monitoren en evalueren. Monitoren en evalueren van de voortgang van de relatietherapie, de aanpak van de therapeut zelf, de ervaren veiligheid en de onderlinge samenwerking tussen relatietherapeut en cliënten.
Communiceren in de context van relatietherapie	<ol style="list-style-type: none"> 10. Therapeutische relatie opbouwen. Opbouwen en onderhouden van een positieve therapeutische relatie met beide partners apart en samen 11. Beoefenen van meerzijdige partijdigheid. Tonen van een houding waarin de belangen van beide cliënten worden gezien en waarin wordt ingeleefd in beide cliënten. 12. Communiceren op procesniveau. Communiceren met partners op procesniveau, bijvoorbeeld via metacommunicatie en reflectievragen

	<p>13. Toelichten. Therapie, sessies, oefeningen en opdrachten aan stellen duidelijk toelichten en kaderen in termen van tijd, nut en verwachtingen</p> <p>14. Omgaan met negatieve emoties en weerstand. Effectief omgaan met negatieve emoties en weerstand van één of beide partners.</p>
<p>Selecteren en inzetten van evidence-based relatie-therapeutische interventies</p>	<p>15. Toepassen van relatieversterkende interventies. Selecteren van de bij een stel en situatie best passende evidence-based interventies voor het versterken van de onderlinge relatie en het toepassen van deze interventies.</p> <p>16. Veiligheid bewaken. Selecteren van de bij een stel en situatie best passende evidence-based interventies in het kader van het stoppen van geweld en het herstellen of verbeteren van de veiligheid in de relatie (en de context waarin de relatie zich bevindt) mocht deze in het geding zijn.</p> <p>17. Psycho-educatie geven. Selecteren van de bij een stel en situatie best passende evidence-based psycho-educatie en het geven daarvan, bijvoorbeeld over relatietherapie, onderlinge verschillen, emoties, het oplossen van problemen, huiselijk geweld, seksuele opwinding, communicatie en/of accommodatie.</p>

Hoofdstuk 3. Evidence-based werken en de relatietherapeut in Nederland

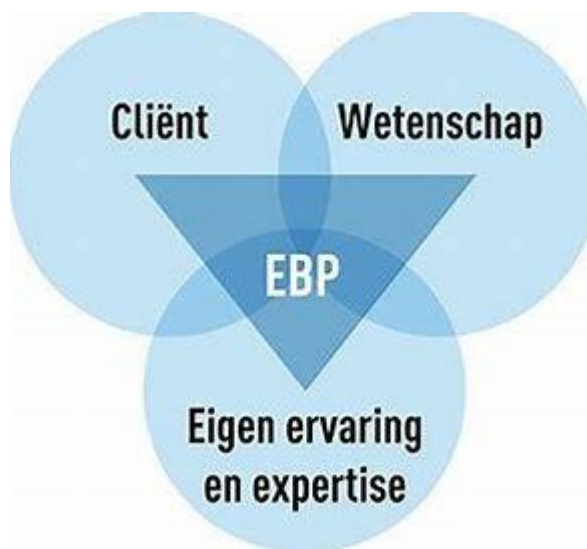
Verschillende competenties in tabel 1 geven aan dat een competente relatietherapeut evidence-based te werk gaat (zie bijv. competentie 1, 15, 16, 17) in tegenstelling tot bijvoorbeeld louter werken vanuit intuïtie en ervaring. Maar wat is evidence-based werken (EBW) precies en hoe uit zich dat in het werk van de competente relatietherapeut?

Wat is EBW?

EBW houdt in dat een hulpverlener in zijn of haar handelen drie soorten kennis en ervaring integreert (zie NJI, 2019). Toegepast op de relatietherapeut zijn dat de volgende drie elementen:

- kennis en ervaring uit opleiding en beroepspraktijk van de relatietherapeut
- hulpvraag, situatie en voorkeuren van cliënten
- de best beschikbare kennis uit de wetenschap over relaties en relatietherapie

Onderstaande figuur weerspiegelt in algemene termen deze integratie.



In deze paragraaf willen we iets zeggen over het derde element van EBW, namelijk de best beschikbare wetenschappelijke kennis waarvan verwacht mag worden dat een relatietherapeut die inzet. Dit element onderscheidt namelijk in belangrijke mate de goed opgeleide, competente relatietherapeut van de slecht opgeleide, niet-competente relatietherapeut. In het handelen van de relatietherapeut kan wetenschappelijke kennis op verschillende manieren een rol spelen en tot uiting komen. Eén van de duidelijkste daarvan is de methode die de relatietherapeut gebruikt in het werken met stellen (competenties 15, 16 en 17) en de visie op relaties en relatieproblemen (competentie 1 en 2) die daaraan ten grondslag ligt.

Niveaus van bewijskracht

Als het gaat om relaties en relatietherapie zijn er allerlei theorieën, stromingen en visies waarop methodes van relatietherapie zich baseren en waar relatietherapeuten mee kunnen werken. Deze theorieën, stromingen en visies en de methodes die daarop zijn gebaseerd kunnen variëren in de mate van wetenschappelijk onderbouwing en wetenschappelijk bewijs waar ze op kunnen rekenen.

Relevant in dit kader zijn de 5 niveaus van bewijskracht die kunnen worden onderscheiden als het gaat om de effectiviteit van een methode of interventie (Van Yperen et al., 2017; zie ook NJI). Het niveau van bewijskracht voor een methode (zie tabel 2, kolom 1, beschrijving daarvan in kolom 2 en 3) wordt bepaald door het soort onderzoek dat is gedaan en dat heeft aangetoond dat de methode effectief is (in geval van methoden voor relatietherapie hoe effectief de methode is in het verbeteren van de kwaliteit van de relatie). De niveaus van bewijskracht variëren van heel mager bewijs voor de effectiviteit van een methode (voorwaardelijk) tot zeer sterk bewijs (werkzaam). Vanuit de visie van EBW moet de voorkeur altijd uit gaan naar gebruik van de *best beschikbare kennis* (NJI, 2019), oftewel die methode(n) die kunnen rekenen op de sterkste bewijskracht. Een methode met een zo sterk mogelijk bewijskracht moet dus altijd het uitgangspunt zijn en altijd de voorkeur hebben boven een methode met een zwakkere bewijskracht. Het gaat dan dus om de vraag: voor welke methoden van relatietherapie is de hoogste bewijskracht gevonden?

Tabel 2. Niveaus van bewijskracht

Niveau	Bewijskracht effectiviteit	Omschrijving	Soorten onderzoek
5	Sterke empirische aanwijzingen	Als 1 tot en met 4, maar nu is het zeer aannemelijk dat de uitkomsten door de interventie zijn veroorzaakt.	<ul style="list-style-type: none"> • RCTs • (Quasi-)experimenteel onderzoek en ≥ 9 herhaalde single case designs met of zonder follow-up
4	Goede empirische aanwijzingen	Als 1 tot en met 3, maar nu is het enigszins aannemelijk dat de uitkomsten veroorzaakt zijn door de interventie en de elementen waaruit deze interventie bestaat.	<ul style="list-style-type: none"> • Veranderingstheoretisch onderzoek • Dose-response-onderzoek • Benchmarkstudies • ≥ 3 herhaalde single case designs
3	Eerste empirische aanwijzingen	Als 1 en 2, maar nu toont onderzoek aan dat de doelen zijn bereikt, cliënten tevreden zijn, problemen zijn afgenomen, vaardigheden zijn versterkt, participatie is verbeterd.	Uitkomstenmonitoring: <ul style="list-style-type: none"> • Veranderingsonderzoek • Doelrealisatieonderzoek • Cliënttevredenheidsonderzoek • Onderzoek naar uitval
2	Theoretische aanwijzingen	Als 1, maar nu is er ook een geloofwaardige interventietheorie over hoe en waarom de interventie de beoogde uitkomsten bereikt.	<ul style="list-style-type: none"> • Meta-analyse • Literatuurstudie • Focusgroepen • Grounded theory / Intervention mapping
1	Descriptieve aanwijzingen, nog geen bewijskracht	De kernelementen van een interventie (doelgroep, aanpak, uitkomsten) en de personele, organisatorische en materiële context en randvoorwaarden zijn duidelijk en begrijpelijk omschreven.	<ul style="list-style-type: none"> • Beschrijvend onderzoek • Documentanalyse • Interviews • Delphi-panels

Van methodes voor relatietherapie kan het hoogste niveau van bewijskracht worden aangetoond middels (quasi-)experimenteel onderzoek. Als de uitkomsten daarvan aangeven dat deze methode op belangrijke uitkomsten effectief is dan kan worden gesteld dat in elk geval één van deze methode moet behoren tot het ‘gereedschapskist’ van de competente relatietherapeut.

Methoden van relatietherapie met de sterkste bewijskracht.

Kijken we naar de belangrijkste methoden waarvoor bewijskracht niveau 5 is aangetoond, die in Nederland worden gebruikt én waarvoor in Nederland scholing beschikbaar is, dan zijn dat *Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT)* en *Emotionally Focussed Therapy (EFT)*. Over beide willen we hier kort iets zeggen⁴:

⁴ Voor een overzicht van recent (quasi)experimenteel onderzoek naar deze methoden verwijzen we graag naar Doss et al. (2021).

- *IBCT*. In IBCT (Christensen et al., 2023; Dijkstra & Tamminga, 2020) leren partners beter omgaan met de onderlinge verschillen tussen hen en de negatieve emoties die deze met zich mee kunnen brengen. Stellen doorlopen in IBCT 5 thema's: acceptatie van onderlinge verschillen, tolerantie van onderlinge verschillen, uitwisseling van positief gedrag, het aanleren van communicatieve vaardigheden en het versterken van probleemoplossende vaardigheden. IBCT is een relatief moderne methode en is gebaseerd op elementen uit de derde generatie cognitieve gedragstherapie en de zelf-differentiatietheorie. Voor het gemak scharen we hieronder ook de voorlopers van IBCT: de Traditional Behavioral Couple Therapy (TBCT) en (Cognitive) Behavioral Couple Therapy (CBCT). Ook deze therapievormen kennen een sterke vorm van bewijskracht (niveau 5).
- *EFT*. EFT (Johnson, 2021) beoogt de dynamiek tussen partners in positieve zin te veranderen en heeft als belangrijkste doel de hechting tussen partners veiliger te maken. EFT is gebaseerd op de klassieke gehechtheidstheorie die stelt dat mensen zich van nature hechten aan anderen en dat negatieve ervaringen met hechten, in de jeugd en later, voor problemen kunnen zorgen in de relatie die mensen op volwassen leeftijd hebben met hun partner. Het 'repareren' van de hechting aan de partner staat in de therapie centraal.

Beide vormen van relatietherapie zijn vergelijkbaar gebleken in effectiviteit en moeten niet teveel worden gezien als 'concurrenten'. Beide therapievormen overlappen ook in bepaalde doelen en werkwijzen. Zo is één van de belangrijkste doelen van beide therapievormen het opheffen van dysfunctionele communicatiepatronen en het herstellen van een gezonde communicatie tussen partners (zie bijv. Fraser, 2018). Wel proberen deze therapievormen dat op een andere manier te bereiken. Beoogt EFT dysfunctionele communicatiepatronen te veranderen via het communiceren van hechtingsbehoeften en -angsten, bij IBCT gebeurt dit via het anders reageren op triggers in het 'hier en nu' die ervoor zorgen dat de communicatie vastloopt of escaleert. Een belangrijk ander verschil is dat, alhoewel zowel IBCT als EFT de ervaren emotionele veiligheid binnen de relatie proberen te vergroten, IBCT cliënten ook expliciet helpt om gevoelens van onveiligheid beter te verdragen. Volgens het gedachtengoed achter IBCT horen deze gevoelens nu eenmaal (in enige mate) bij een relatie. EFT is daarnaast ontwikkeld voor 8 tot 20 sessies (Johnson, 2021) en IBCT voor 10 sessies of minder (Dijkstra & Tamminga, 2020). IBCT lijkt daarmee iets beter te passen bij een focusop relatief kortdurende behandelingen.

Kortom, in de Nederlandse context beheerst een competent relatietherapeut altijd één of beide van bovengenoemde methoden. Hij of zij doet er bovendien goed aan om zich in beide methoden te verdiepen en te kijken waar de eigen affiniteit naar uitgaat. Ongeacht welke van deze methoden de relatietherapeut uiteindelijk kiest en gebruikt, van hem of haar mag worden verwacht geregeld te reflecteren op deze methode en te onderzoeken of er ondertussen wellicht bewijs is voor een nieuwe of aanvullende methode. Op die manier kan de relatietherapeut steeds een optimale afweging en keus maken voor die evidence-based methode met een sterke bewijskracht die hij of zij wil omarmen.

Opgemerkt moet worden dat van niet alle methoden voor relatietherapie die in de praktijk worden gebruikt een sterke bewijskracht is aangetoond. Dat wil niet zeggen dat deze methoden niet kunnen werken. Misschien zijn ze nog niet voldoende onderzocht. Het is dan simpelweg nog niet bekend of en zo ja hoe effectief een methode is. Het betekent evenmin dat deze methoden helemaal niet ingezet zouden moeten worden. Er kan een goede reden zijn om dat tóch te doen. Echter, voorzichtigheid is dan altijd op zijn plaats. Zoals gezegd, houdt EBW

in dat de voorkeur altijd uit moet gaan naar de *best beschikbare kennis* (NJI, 2019). Een methode met een zo sterk mogelijk bewijskracht moet dus altijd het uitgangspunt zijn.

Literatuurlijst

AAMFT (2004). *Marriage and Family Therapy Core Competencies*. Geraadpleegd op 1 maart 2023, op: [https://www.aamft.org/Documents/COAMFTE/Accreditation%20Resources/MFT%20Core%20Competencies%20\(December%202004\).pdf](https://www.aamft.org/Documents/COAMFTE/Accreditation%20Resources/MFT%20Core%20Competencies%20(December%202004).pdf)

Choi, H., Yorgason, J. B., & Johnson, D. R. (2016). Marital quality and health in middle and later adulthood: Dyadic associations. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71, 154–164.

Christensen, A., Dimidjian, S., Martell, C. R., & Doss, B. D. (2023). Integrative behavioral couple therapy. In J. L. Lebow & D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy*, 6th ed. (pp. 79–103). The Guilford Press.

Christensen, A., & Doss, B. D. (2017). Integrative behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology*, 13, 111–114.

Dijkstra, P. & Tamminga, A. (2020). *IBCT Relatietherapie*. Boom.

Dimmick, A. A., Callahan, J. L., & Cox, R. J. (2022, June 6). Further validation of competency assessment: The practicum evaluation form. *Training and Education in Professional Psychology*.

Doss, B.D., Roddy, M.K., Wiebe, S.A., & Johnson, S.M. (2021). A review of the research during 2010–2019 on evidence-based treatments for couple relationship distress. *Journal of Marital and Family Therapy*, Dec 5, 2021.

Fraser, J. S. (2018). Couple problems. In: *Unifying effective psychotherapies: Tracing the process of change*. (pp. 191–222). American Psychological Association.

Goldfarb, M. R., & Trudel, G. (2019). Marital quality and depression: A review. *Marriage & Family Review*, 55, 737–763.

Johnson, S. (2021). *Veilig verbinden*. Stichting EFT Nederland.

NJI (2019). *Samen lerend doen wat werkt*. Zie: <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Samen-lerend-doen-wat-werkt.pdf>

NVRG (2020). *Competenties systeemtherapeut*. Geraadpleegd op 1 maart 2023, op: [Competenties ST.pdf \(2\).pdf](#)

Tian, W., Wang, F., & Wang, M. (2022). Parental marital quality and children's depression in China: The different mediating roles of parental psychological aggression and corporal punishment. *Journal of Family Violence*.

Van Yperen, T., Veerman, J. W., & Bijl, B. (2017). *Zicht op effectiviteit: Handboek resultaatgerichte ontwikkeling interventies in de jeugdsector (tweede editie)*. Lemniscaat.