

DE ARTS ALS DIREKTIEF THERAPEUT
— EEN ONDERZOEK NAAR DE TOEPASSING VAN
DIREKTIEVE THERAPIE DOOR DE HUISARTS

(THE GENERAL PRACTITIONER AS A DIRECTIVE THERAPIST
— AN INQUIRY INTO THE USE OF DIRECTIVE THERAPY
BY THE GENERAL PRACTITIONER)

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE
GENEESKUNDE
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT TE ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF.DR. M.W. VAN HOF
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP
WOENSDAG 11 DECEMBER 1985, OM 14.00 UUR

DOOR

HENDRIK JAN VAN HARTEN

GEBOREN TE STEENWIJK

Promotiecommissie:

Promotor : Prof.dr. C.J.B.J. Trimbos

Overige leden : Prof.dr. E. van der Does
Prof.dr. W.J. Schudel
Prof.dr. J.H. Thiel

© 1985 H.J. van Harten
druk: drukkerij Elinkwijk, Utrecht
Ontwerp omslag: Lucas Derks

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Inhouds overzicht

Inleiding	6
Hoofdstuk 1 Doel en probleemstelling	8
de overeenkomst tussen de werkwijze van de huisarts en die van de direktief therapeut	9
aard van de problemen	10
operationalisering van de probleemstelling	12
Hoofdstuk 2 Huisarts en GGZ	14
de sleutelpositie van de huisarts	15
de structuur van de GGZ	18
integratie van de GGZ	20
psychosociale hulpverlening door de huisarts	22
de Balint-groep	23
kritische kanttekeningen bij de 'Nota geestelijke volksgezondheid'	25
Hoofdstuk 3 Wat is direktieve therapie	27
Ericksoniaanse hypnotherapie	28
gezinstherapie	29
direktieve therapie	30
kernprincipes en mensbeelden in de direktieve therapie	31
direktieve therapie impliceert verandering	32
vergelijking van de direktieve therapie met andere therapierichtingen	35
psychoanalyse	35
rogeriaanse therapie	37
gedragstherapie	40
Hoofdstuk 4 Konkretisering van de direktieve therapie	42
het onderzoek gericht op konkretisering van direktieve therapie	43
de gehanteerde methode bij de verdere ontwikkeling van de fasering van direktieve therapie	45
netwerktraining deel I - de persoonsgerichte benadering	48
netwerktraining deel II - de gezinsgerichte benadering	49
netwerktraining deel III - netwerktraining in de praktijk: direktieve therapie	52
uitgangspunten van netwerktraining: direktieve therapie	52
het beïnvloedingssysteem	53
de inventarisatiefase: de aanmelding en het eerste gesprek	54
de inventarisatiefase: verdere probleemanalyse, communicatie- en interactietraining, destabilisatie, bewustwording en weerstand	56

de aktiefase: typen opdrachten	60
1. monitoring-opdrachten	61
2. ontspanningsoefeningen	62
3. focussen	63
4. leeropdrachten	64
5. ankeren en herkaderen	65
6. verbeeldingsopdrachten	66
7. rolopdrachten	67
8. rationeel-erotische opdrachten	68
9. paradoxale opdrachten	70
10. rituele opdrachten	73
11. droomtechnieken	75
de aktiefase: opdrachten gericht op specifieke problemen	76
1. problemen in de gezinslevenscyclus	77
2. problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis	77
3. problemen in het subsysteem van de partners	78
4. problemen in het subsysteem van de ouders	78
5. problemen in het subsysteem van de kinderen	79
6. problemen in het gezinssysteem	79
7. problemen met betrekking tot het ecosysteem	79
8. gedragsproblemen	80
9. psychosomatische klachten	81
de stabilisatiefase	82
Hoofdstuk 5 Onderzoeksoepzet en -verloop	84
de werving van de huisartsen voor het onderzoek	85
de cursus directe therapie	86
de supervisie en intervisie	88
de onderzoeksprotocollen	90
aanmeldingsformulier	92
analyseformulier	92
zittingformulier	92
evaluatieformulier	92
formulier 'grafische weergave verloop behandeling'	92
schema van gebruikte interventies	92
het gestructureerd interview huisartsen	93
Hoofdstuk 6 Onderzoeksresultaten	94
de rubricering van de gegevens uit de onderzoeksprotocollen	95
klassifikatie van de kenmerken van de patiënten	96
evaluatie van de behandelingen	98
klassifikatie van de problematiek	100
klassifikatie van de aanmeldingsklachten	106
klassifikatie van de gebruikte directieven	108
niet succesvolle behandelingen	111
voorbeelden van behandelingen met directe therapie	116
gevalsbeschrijving 1 (casus L9)	117
gevalsbeschrijving 2 (casus P11)	119
gevalsbeschrijving 3 (casus W3)	121
gevalsbeschrijving 4 (casus M3)	124
gevalsbeschrijving 5 (casus P9)	126
gevalsbeschrijving 6 (casus M4)	128
gevalsbeschrijving 7 (casus M11)	131
gevalsbeschrijving 8 (casus R5)	133
gevalsbeschrijving 9 (casus S14)	134
gevalsbeschrijving 10 (casus B1)	136
resultaat van het gestructureerd interview huisartsen	138

Hoofdstuk 7 Konklusies en diskussie	148
de effectiviteit van de behandeling	149
het niet uitvoeren van direktieven	151
kontraïndikaties en doorverwijzing	152
de psychologisering van de huisarts	154
huisarts en psychotherapie	157
de intervisiegroep	158
de cursus directe therapie	159
aanbevelingen voor de intervisiegroep	161
de continuïteit van de groep	161
de grootte van de groep	161
de frekwentie en de tijdsduur van de bijeenkomsten	161
de inbreng van de koördinator	162
direktieve technieken in de huisartsenopleiding	163
Samenvatting	165
Summary	169
Literatuurlijst	173
Bijlagen	179
bijlage 1: de werving van de huisartsen	179
bijlage 2: de bij de behandeling gebruikte therapieformulieren	180
bijlage 3: de onderzoeksprotocollen	187
bijlage 4: een voorbeeldprotocol	193
bijlage 5: het gestructureerd interview huisartsen	208
Dankbetuiging	210
Curriculum vitae	211

Inleiding

De huisarts heeft een sleutelpositie in het systeem van de Nederlandse gezondheidszorg. Naast de somatische klachten krijgt hij in zijn praktijk te maken met psychosociale problemen.

Het beslag dat patiënten met psychosociale problemen leggen op de tijd van de huisarts is aanzienlijk.

In de 'Nota geestelijke volksgezondheid' van staatssecretaris Van der Reijden (1984) wordt gesignaleerd dat diagnose en behandeling van lichte, psychosociale problematiek deel is gaan uitmaken van het basistakenpakket van de huisarts.

Ook in de opleidingsprogramma's van de diverse universitaire huisartseninstituten is er een duidelijk accent komen te liggen op de psychologische aspecten van de gezondheid.

Dit impliceert een toenemende behoefte aan hulpverleningstechnieken met betrekking tot psychosociale problemen, die aansluiten op de werkwijze van de huisarts.

Ons inziens leent met name de directe therapie zich voor psychosociale hulpverlening door de huisarts, omdat ze toegespitst is op het doelgericht, pragmatisch en kortdurend behandelen van patiënten met psychische en psychosociale problemen.

In eerder onderzoek toonde Jenner (1984) aan, dat patiënten met psychiatrische problemen in een krisissituatie, die tot nog toe verwezen werden naar de derde lijn, door een systeemgerichte directe behandeling ambulantly geholpen kunnen worden in de tweede lijn. Bij de krisisinterventie wordt gebruik gemaakt van een directe benaderingswijze, welke erop gericht is de problematiek van de patiënt te deïndividualiseren, zodat uitstotingsprocessen vermeden worden en het sociale netwerk waar de patiënt deel van uitmaakt, voor behandeling beschikbaar komt.

In dit onderzoek wordt nagegaan of en in hoeverre patiënten met psychosociale problemen in een eerstelijns-kontekst, c.q. de huisarts, adequaat behandeld kunnen worden door middel van technieken uit de directe therapie.

Onder 'directieven' verstaan we aanwijzingen, adviezen en opdrachten, die toegepast kunnen worden binnen de psychologische hulpverlening, om problemen te verhelderen en veranderingen te bewerkstelligen.

Geïnspireerd door de bevinding dat studenten klinische psychologie, na het volgen van een cursus directe therapie, goed overweg konden met de behandeling van cliënten met psychosociale problemen, afkomstig uit diverse huisartsenpraktijken, werd de vraagstelling geformuleerd of en in hoeverre huisartsen na het volgen van een cursus directe therapie, in staat waren deze vorm van therapie zelf toe te passen.

De aan het onderzoek deelnemende huisartsen participeerden gedurende de onderzoeksperiode in zgn. intervisiegroepen.

In deze studie doen we verslag van het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie door de huisarts bij de behandeling van patiënten met psychosociale problemen.

In hoofdstuk 1 werken we het doel en de probleemstelling van het onderzoek uit en belichten we de overeenkomst tussen de werkwijze van de huisarts en die van de direktief therapeut, om van daaruit de probleemstelling te operationaliseren.

In hoofdstuk 2 gaan we in op 'huisarts en GGZ' en beschrijven we de sleutelpositie van de huisarts, de structuur van de GGZ, integratie van de GGZ en psychosociale hulpverlening door de huisarts. Verder besteden we aandacht aan de Balint-groep en plaatsen we kritische kanttekeningen bij de 'Nota geestelijke volksgezondheid' (1984).

In hoofdstuk 3 gaan we in op de vraag 'wat is direktieve therapie' en geven we aan hoe direktieve therapie zijn wortels heeft in de Ericksoniaanse hypnotherapie en de gezinstherapie. We behandelen kernprincipes en mensbeelden in de direktieve therapie en accentueren dat direktieve therapie verandering impliceert. Vervolgens vergelijken we de direktieve therapie met andere therapierichtingen, respectievelijk: psychoanalyse, rogeriaanse therapie en gedragstherapie.

Hoofdstuk 4 omvat 'de konkretisering van de direktieve therapie'. We gaan kort in op eerder onderzoek, dat gericht was op konkretisering van direktieve therapie en op de gehanteerde methode bij de verdere ontwikkeling van de fasering van direktieve therapie. Dit onderzoek resulteerde in een aantal werkboeken, respectievelijk: 'Netwerktraining deel I - de persoonsgerichte benadering', 'Netwerktraining deel II - de gezinsgerichte benadering' en 'Netwerktraining deel IIIa,b,c - netwerktraining in de praktijk: direktieve therapie'. Deze werkboeken vormden een belangrijk uitgangspunt bij het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie door de huisarts.

In hoofdstuk 5 behandelen we 'onderzoeksopzet en -verloop'. We beschrijven de werving van de huisartsen voor het onderzoek, de cursus direktieve therapie, de supervisie en intervisie, de onderzoeksprotocollen en het gestructureerd interview huisartsen.

In hoofdstuk 6 komen de onderzoeksresultaten aan de orde. We belichten de rubricering van de gegevens uit de onderzoeksprotocollen, de klassifikatie van de problematiek, de klassifikatie van de aanmeldingsklachten en de klassifikatie van de gebruikte typen direktieven. Aansluitend gaan we in op kenmerken van minder succesvolle behandelingen. Verder wordt aandacht besteed aan de psychologisering van de huisarts.

Hoofdstuk 7 omvat 'konklusies en diskussie'. We besteden aandacht aan de effectiviteit van de behandeling, het niet uitvoeren van opdrachten, kontraïndikaties en doorverwijzing en aan de psychologisering van de huisarts. Tevens belichten we de relatie tussen huisarts en psychotherapie. Vervolgens geven we een aantal aanbevelingen voor het opzetten van een intervisiegroep van huisartsen, die werkt met direktieve therapie en voor de opzet van een cursus direktieve therapie. Tenslotte trekken we een aantal konklusies met betrekking tot de toepassing van direktieve technieken in de huisartsenopleiding.

Hoofdstuk 1 Doel en probleemstelling

Het onderzoek is erop gericht na te gaan of en in hoeverre technieken uit de direktieve therapie, bruikbaar zijn voor de huisarts bij de behandeling van patiënten met psychosociale problemen.

'Direktieven' zijn aanwijzingen, adviezen en opdrachten, die toegepast kunnen worden binnen de psychologische hulpverlening, om problemen te verhelderen en veranderingen te bewerkstelligen.

Deze hulpverlening kan plaats vinden door huisartsen, psychologen, maatschappelijk werkers en pastores.

Het onderzoek spitst zich toe op huisartsen en is schematisch op te splitsen in twee gedeeltes, respectievelijk een deel dat betrekking heeft op de toepassing van direktieve therapie door de huisarts, en een deel dat ingaat op de konsekwenties van de 'psychologisering' van de huisarts, d.w.z. dat de huisarts zich steeds meer richt op de psychologische aspecten van gezondheidsklachten.

De centrale vraagstelling in het onderzoek is, welke direktieven vrij eenvoudig toepasbaar zijn door de huisarts en onder welke voorwaarden dit kan gebeuren.

De huisartsen die deelnemen aan het onderzoek, passen na het volgen van een theoretisch-technische cursus, tijdens een supervisie- en intervisieperiode direktieven toe op patiënten, die afkomstig zijn uit hun eigen praktijk. Deze direktieven zijn erop gericht de patiënten zelf meer inzicht in hun problemen te geven, zodat ze in staat zijn hun moeilijkheden op een meer bevredigende wijze te hanteren.

De in 'Netwerktraining deel III - netwerktraining in de praktijk: direktieve therapie' (Van Harten e.a., 1983, 1984) beschreven direktieven, zoals deze gekonkretiseerd zijn in diverse typen opdrachten en de toepassing daarvan in uiteenlopende probleemsituaties, vormen het uitgangspunt van het onderzoek.

De vraagstelling van het onderzoek is gebaseerd op de bevinding (Van Harten e.a., 1983) dat studenten klinische psychologie gunstige resultaten behaalden met het behandelen van cliënten door middel van direktieve technieken. Deze studenten volgden een cursus direktieve therapie, en behandelden onder supervisie cliënten, die afkomstig waren uit diverse huisartsenpraktijken. Op grond van deze bevinding en de ervaringen van Arentz (1981) in zijn eigen huisartsenpraktijk, wordt in deze studie onderzocht in hoeverre verschillende direktieven uit de direktieve therapie in vrij korte tijd overdraagbaar zijn en of huisartsen een vruchtbaar gebruik kunnen maken van direktieve therapie.

Daarnaast beoogt het onderzoek na te gaan, welke bijdrage het toepassen van direktieve technieken door de huisarts kan leveren aan de 'psychologisering' van de huisarts.

Met psychologisering wordt het verschijnsel bedoeld, dat de huisarts zich steeds meer richt op de psychologische aspecten van gezondheidsklachten. Verder kan opgemerkt worden dat psychologisering van de huisarts betrekking heeft op het verschijnsel dat in de opleiding van huisartsen psychologie een belangrijk onderdeel is, bijv. gespreksvoering, systeemtheorie, seksuologie e.d.

de overeenkomst tussen de werkwijze van de huisarts en die van de direktief therapeut

De benaderingswijze van de direktieve therapie sluit mijns inziens goed aan bij de werkwijze van de huisarts.

Aan het werk van de huisarts zijn in ieder geval twee belangrijke aspecten te onderscheiden, namelijk een puut medisch-somatisch aspect en een psychologisch aspect.

Het medisch-somatisch aspect komt neer op het afnemen van een anamnese, het doen van lichamelijk onderzoek, het stellen van diagnoses, het voorschrijven van medicijnen, leefwijzen, diëten e.d., het begeleiden van patiënten tijdens hun ziekte, het verrichten van keuringen, eerste hulp bij ongevallen enz.

Het psychologisch aspect valt minder duidelijk te omschrijven, maar komt vaak neer op het geruststellen van mensen en het verhelderen van problemen.

Voor veel mensen is de arts een vertrouwensfiguur. Hij luistert, toont belangstelling voor hen, ook voor de gezins- en de werksituatie. Zo kan hij proberen duidelijk te maken dat de klachten samenhangen met spanningen thuis.

De gemiddelde patiënt verwacht van de huisarts dat deze een deskundige is, die inzicht heeft in zijn problemen - zowel de somatische als de psychosociale.

Er wordt van hem verwacht dat hij in staat is begripvol naar hem te luisteren en hem zinvolle adviezen en konkrete oplossingen aan de hand te doen.

Wat betreft de toepassing van direktieve therapie kan verwacht worden, dat de huisarts - nadat hij een korte training direktieve therapie heeft gehad - met name de minder tijdrovende direktieven zal gebruiken. Hierbij kan gedacht worden aan direktieve methodieken, zoals probleemverheldering, het zaaien van ideeën, het de patiënten laten bijhouden van een dagboek, het geven van ontspannings- en ademhalingsoefeningen en bijv. een brievenadvies, en verder aan het werken met zelfhulpboekjes.

Aangezien de huisarts tevens gezinsarts is, die de mensen in de regel al jaren kent, is bij het begin van het onderzoek aangenomen, dat de direktieve therapie goed aansluit op de kennis die hij van het gezin heeft. Hij is onder andere met name vertrouwd met de gezinslevenscyclus.

De direktief therapeut is evenals de huisarts een deskundige, die zich richt op zowel empathisch luisteren naar de cliënt, als op het vinden van oplossingen voor problemen en het geven van adviezen en opdrachten.

Zowel de huisarts als de direktief therapeut zijn geneigd om doelgericht, pragmatisch en binnen een beperkte tijd te werken aan de oplossing van problemen.

Hierbij dient opgemerkt te worden, dat de huisartsen geen psychotherapeuten zijn, maar wel vruchtbaar gebruik kunnen maken van technieken uit de direktieve therapie bij die patiënten, die naar het oordeel van de huisarts niet voor doorverwijzing naar de tweede lijn in aanmerking komen.

aard van de problemen

De patiënten die door de huisarts worden behandeld met direktieve therapie zijn afkomstig uit hun eigen patiëntenbestand.

Voor behandeling met direktieve therapie komen in aanmerking individuen, partners en gezinnen, die op een of andere manier zijn vastgelopen in hun pogingen om hun levensproblemen op een bevredigende manier op te lossen. Veel voorkomende problemen die behandeld kunnen worden met direktieve therapie, liggen op het gebied van relaties, opvoeding, school, arbeids-situatie, adolescentie, overgang, rouwverwerking, psychosomatiek e.d.

Bij relatieproblematiek kan gedacht worden aan problemen met het aangaan, onderhouden en verbreken van relaties, escalerende ruzies, seksuele problemen, huwelijksmoeilijkheden en echtscheiding.

Opvoedingsproblemen met betrekking tot één of meer kinderen zijn nogal eens verweven met relatieproblemen. Het kan echter ook zijn dat opvoedingsproblemen voortvloeien uit een niet-effektief opvoedingsmodel dat de ouders zelf als kind ervaren hebben. Ouders ontwikkelen dan niet zelden gevoelens van inkompetentie, terwijl één of meer kinderen zich kunnen ontwikkelen tot probleemkind.

Vaak hangen school- en opvoedingsproblemen met elkaar samen. Zo blijkt het kind nogal eens moeite te hebben met de verschillende benaderingswijzen thuis en op school. Schoolproblemen kunnen echter ook te maken hebben met concentratieproblemen, autoriteitskonflikten of met een gebrek aan schoolse en studietechnische vaardigheden.

Bij arbeidsproblemen kan gedacht worden aan verstoorde werkverhoudingen en conflicten, aan stress en aan problemen rond beoordeling, ontslag en sollicitatie.

Problemen die optreden tijdens belangrijke overgangssituaties in het leven, zoals puberteit, adolescentie, overgang en pensionering, of die voortvloeien uit het overlijden van vertrouwde personen, leiden niet zelden tot een stagnatie in de verdere ontwikkeling en verstoring van het verdere levensperspektief.

Veel problemen komen dikwijls tot uiting in lichamelijke klachten, onevenwichtige stemmingen, angsttoestanden of in voor de persoon en zijn omgeving onbegrijpelijk gedrag. Psychosomatische klachten welke zich nogal eens voordoen, zijn pijnklachten, hypertensie, spanningshoofdpijn, hyperventilatie, maag- en darmklachten, slapeloosheid en hypochondrie.

Specifieke problemen welke zich verder voor behandeling lenen, zijn: assertiviteitsproblemen, dwangmatige gewoonten, fobische klachten en problemen met betrekking tot roken en overgewicht.

Kriteria met betrekking tot de problematiek die in aanmerking komt voor kortdurende psychosociale hulpverlening in de eerste lijn, komen naar voren uit zowel het SPEECH-project (1979) als uit het project 'netwerktraining' (Van Harten e.a., 1983, 1984).

In het SPEECH-project werkten een aantal psychologen nauw samen met een groep huisartsen in Capelle aan den IJssel. Het project was gericht op kortdurende behandeling, die preventief werkt ten opzichte van de tweede lijn, en maakte gebruik van technieken die kenmerkend zijn voor de directieve therapie.

Uit beide projecten komen als belangrijke criteria voor de werkwijze in de eerste lijn naar voren:

- klachtgericht, d.w.z. vanaf het begin moet duidelijk zijn, dat de klacht van de cliënt niet het gevolg is van een dieperliggende afwijking in de persoonlijkheidsstructuur.
De hulpverlener dient in te schatten, op grond van zijn ervaring, in hoeverre de behandeling van de klacht en de achterliggende oorzaken leidt tot het voor de cliënt hanteerbaar worden van de problematiek.
- eenduidig, d.w.z. snel te omschrijven en/of af te grenzen problematiek.
Dit zowel naar het geheel als naar deelgebieden van de klacht.
- tijdelijk aspect, d.w.z. het moet gaan om een vastgelopen situatie op dit moment die recent ontstaan is.

Daarnaast komt uit zowel het SPEECH-project (1978) als uit het project 'netwerktraining' (Van Harten e.a., 1983, 1984) naar voren, dat doorverwijzing naar de tweede en derde lijn geïndiceerd is bij:

- zware persoonlijkheidsdeficiënties;
- langdurige psychiatrische voorgeschiedenis;
- ernstige verslaving aan alcohol, medicijnen en drugs;
- problemen ten gevolge van langdurige werkloosheid en arbeidsonschiktheid.

operationalisering van de probleemstelling

Het onderzoek naar de toepassing van directe therapie door de huisarts heeft een evaluatief en analyserend karakter.

Enerzijds richt het zich op het systematisch in kaart brengen van de directieven, die door de huisarts met succes kunnen worden toegepast. Anderzijds is het onderzoek erop gericht na te gaan wat de mogelijke consequenties zijn van de psychologisering van de huisarts.

Van alle behandelingen van patiënten met psychosociale problemen door de huisarts worden korte verslagen gemaakt aan de hand van tevoren opgestelde richtlijnen.

Deze richtlijnen worden gedetailleerd uitgewerkt in hoofdstuk 5 'Onderzoeksopzet en -verloop'.

Met betrekking tot het 'eerste gesprek' zijn er de volgende aandachtspunten:

- 'wat is het aangemelde probleem';
- 'wat is het kernprobleem en wat zijn de probleembepalende factoren';
- 'in welke situatie komt het probleemgedrag tot uiting';
- 'welk behandelingskontraat is er afgesloten';
- 'welk werkplan wordt opgesteld'.

Algemene uitgangspunten voor de 'verdere zittingen' zijn:

- 'wat was de inhoud van het gesprek';
- 'wat waren de aandachtspunten';
- 'zijn de tevoren opgestelde aandachtspunten aan bod gekomen';
- 'hoe verliep het therapiegesprek';
- 'wat verliep er goed tijdens het gesprek';
- 'wat waren de problemen tijdens het gesprek';
- 'zijn er veranderingen bij de cliënt t.o.v. vorige gesprekken';
- 'welke directieven zijn er gebruikt';
- 'wat is het effect van de eerder gegeven directieven';
- 'welke afspraken zijn er gemaakt';
- 'wat zijn de aandachtspunten voor de volgende zitting'.

Richtlijnen met betrekking tot de 'evaluatie van de behandeling' zijn:

- 'wat was het aanmeldingsprobleem';
- 'wat was het achterliggende probleem';
- 'wat was de leeftijd, geslacht, gezinssituatie, beroep, sociale klasse';
- 'wat waren de doelstellingen van de behandelingen';
- 'in hoeverre zijn de doelstellingen van de behandeling gerealiseerd';
- 'welke directieven zijn gebruikt';
- 'wat was de feitelijke ontwikkeling van het veranderingsproces';
- 'hoeveel zittingen waren er over welke periode';
- 'wat waren de neveneffecten';

Drie maanden na het eindgesprek volgt er een follow-up om te kijken of de veranderingen zich hebben doorgezet en hoe de situatie op dat moment is.

De gegevens uit de verslagen van de huisartsen worden geordend en kritisch bekeken op de volgende punten:

- 'welke aanmeldingsproblemen komen vaak naar voren';
- 'welke achterliggende problemen komen vaak naar voren';
- 'welke problemen zijn niet in behandeling genomen en waarom niet';
- 'wat zijn veel toegepast direktieven';
- 'wat zijn de randvoorwaarden van bepaalde direktieven';
- 'hoe was de motivatie en de inzet van de patiënten';
- 'wat zijn kritische variabelen voor een succesvolle behandeling';
- 'welke behandelingen hebben geen resultaat gehad en waarom niet'.

Verder wordt nagegaan of het doorverwijsbeleid van de aan het onderzoek deelnemende huisartsen naar de tweede en derde lijn, naar de eigen evaluatie van de betrokken huisartsen, is veranderd door het zelf toepassen van direktieve technieken.

Aandachtspunten hierbij zijn:

- 'welke soorten problemen worden doorverwezen';
- 'naar welke instellingen wordt doorverwezen'.

De psychologisering van de betrokken huisartsen wordt in kaart gebracht door middel van een gestructureerd interview, dat nader aan de orde komt in hoofdstuk 5 'Onderzoeksopzet en -verloop'.

Uit het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie in de huisartsenpraktijk kan duidelijk worden, welke deskundigheid voldoende en noodzakelijk is voor de behandeling van psychosociale problemen door de huisarts, welke direktieve technieken hiervoor met name geëigend zijn en welke beperkingen er zijn.

Daarnaast kan blijken dat de lage drempel van de huisartsenpraktijk ertoe leidt dat bepaalde psychosociale problemen in een vroeg stadium worden aangepakt.

Op deze wijze kan toepassing van direktieve therapie door de huisarts een preventieve werking krijgen naar de tweede lijn.

Verder kan duidelijk worden dat patiënten met psychosociale problemen, die niet behandeld kunnen worden door de huisarts, vanuit zijn direktieve achtergrond gemotiveerder en gericht kunnen worden doorverwezen naar de tweede en eventueel de derde lijn.

Hoofdstuk 2 Huisarts en GGZ

Om zicht te krijgen op de toepassing van direktieve therapie door de huisarts, is het zinnig het regeringsbeleid met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland in ogenschouw te nemen en tevens aandacht te besteden aan de structuur van de GGZ en van de plaats van de huisarts daarin.

In de 'Nota geestelijke volksgezondheid' van Van der Reijden (1984) komen als hoofdpunten van het GGZ-beleid naar voren:

1. de ontwikkelingen in de GGZ zullen moeten leiden tot een zorgsysteem dat zijn belangrijkste elementen zo dicht mogelijk bij de bevolking heeft;
2. de belangen van cliënt/patiënt dienen voorop te staan;
3. het beleid moet onderling samenhang vertonen.

Volgens de nota impliceert dit:

een niet-stigmatiserende en derhalve in de maatschappij geïntegreerde zorg; een hulpverleningsmogelijkheid die geografisch goed bereikbaar is; een zo groot mogelijke continuïteit van de zorg.

In feite kenmerkt het huidige GGZ-beleid zich door 'substitutie', d.w.z. door een verschuiving van de patiëntenstroom van de derde naar de tweede en van de tweede naar de eerste lijn.

Dit houdt in dat in ieder geval de eerste lijn uitgebouwd dient te worden. Het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie door de huisarts kan hiertoe een bijdrage leveren.

De 'psychisch gezonde mens' wordt in de nota omschreven als iemand die zich ontplooit overeenkomstig zijn/haar vermogens, en die zichzelf realiseert in een voortdurende wisselwerking met de omgeving.

Een ander aspekt heeft betrekking op het weerstandsvermogen of de psychische draagkracht van de persoon.

Van psychische stoornissen is dan sprake, wanneer de draaglast de draagkracht overschrijdt.

De grondstrekking van de nota is, dat psychische gezondheid tot zijn recht dient te komen door het stimuleren van zelfzorg en mantelzorg vanuit de eerste lijn.

'Zelfzorg' heeft volgens Hattinga-Verschure (1972) betrekking op de verantwoordelijkheid van iemand voor zijn eigen lichamelijk en geestelijk welbevinden. Het kenmerk van zelfzorg is, dat ze de kortste keten heeft tussen zorgverlener en zorgontvanger, namelijk ze zijn beiden verenigd in één persoon.

'Mantelzorg' is volgens Hattinga-Verschure (1972) de zorg, die in kleine gemeenschappen door de deelnemers onderling aan elkaar wordt verstrekt op basis van wederkerigheid. Het is als het ware een 'mantel' om elk van de deelnemers heen. Hierbij kan gedacht worden aan het gezin, samenwonenden, familie, burens, vrienden, kollega's e.d. De mantelzorg is niet professioneel en kenmerkt zich door een korte keten tussen zorgverlener en zorgontvanger.

Daar waar zelfzorg en mantelzorg volgens de nota niet toereikend zijn, dient zo dicht mogelijk bij de burgers, dus binnen de eerstelijnszorg, adequate GGZ geboden te worden.

Daartoe dient de eerstelijnszorg zich te gaan toeleggen op hulpverlening bij 'lichtere', psychosociale problematiek, d.w.z. levensproblemen, zoals: relatiestoornissen, opvoedingsvragen, rouwverwerking, bij in principe gezonde mensen.

Voor de huisarts impliceert dit volgens de nota, dat diagnose en (eventueel) behandeling van lichte, psychosociale problematiek deel gaat uitmaken van zijn basistakenpakket.

Zo nodig kan dit gebeuren in nauwe samenwerking met andere eerstelijns-werkers, zoals het maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog. Alleen 'zwaardere', psychische problematiek wordt verwezen naar de tweede- en derdelijns-GGZ.

de sleutelpositie van de huisarts

Zoals in de inleiding reeds gesignaleerd is, neemt de huisarts in het gehele systeem van de Nederlandse gezondheidszorg een sleutelpositie in. Dit geldt voor zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg. Naast de somatische klachten krijgt de huisarts in zijn praktijk te maken met psychische en psychosociale problemen.

Het beslag dat patiënten met psychosociale problemen leggen op de tijd van de huisarts is zeer groot. Veelal zijn deze problemen verweven met klachten van lichamelijke aard.

Uit onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut (1984) blijkt dat huisartsen in totaal 71% van hun tijd besteden aan psychosociale problematiek.

Daarbij komt dat patiënten met psychosociale problemen zich veelal moeilijk laten verwijzen naar het GGZ-circuit.

In de 'Nota geestelijke volksgezondheid' (1984) wordt een onderscheid gemaakt tussen 'lichtere', psychosociale problemen en 'zwaardere', psychische problemen.

Van 'lichtere', psychosociale problemen is volgens de nota sprake bij relatieproblemen, opvoedingsvragen, eenzaamheid, verlies van werkring, rouwverwerking e.d. Het gaat hier om levensproblemen bij in principe gezonde mensen.

Het onderkennen en begeleiden van de 'lichtere', psychosociale problemen vergt volgens de nota van de huisarts naast sociale vaardigheden en gesprekstechniek, gedragswetenschappelijke kennis.

'Zwaardere', psychische problemen betreffen volgens de nota langdurige en/of acuut voorkomende psychische klachten of verschijnselen van ernstige aard. Zoals: angsten, dwang, depressies, waandenkbeelden, hevige agressie. Bij zwaardere, psychische problematiek gaat het om in principe zieke mensen. De 'zwaardere', psychische problematiek stelt volgens de nota, in verband met het soms levensbedreigende karakter daarvan, hoge eisen aan de deskundigheid van de huisarts. Hij dient dit soort klachten tijdig te onderkennen, de juiste diagnose te stellen en te verwijzen naar de juiste tweede- of derde-lijnsinstelling.

Goldberg en Huxley (1980) beschrijven een model dat de kwantitatieve verdeling van de behoefte aan GGZ in de samenleving beschrijft en dat inzicht geeft in het functioneren van de huisarts met betrekking tot psychische en psychiatrische klachten.

Het model geeft het selectieproces weer, dat bepaalt of iemand hulp zoekt, of hij ontdekt wordt door de huisarts, en of de huisarts hem doorverwijst naar de extra- of intramurale GGZ.

Het model is opgebouwd uit 5 niveaus. Tussen de verschillende niveaus bevinden zich 4 filters.

NIVEAU 1

psychische klachten in de samenleving.

populatie: steekproeven uit de gehele samenleving.

..... 1e FILTER
beslissing om naar de huisarts te gaan.

NIVEAU 2

bij de huisarts gepresenteerde psychische klachten.

populatie: aantal patiënten van de huisarts.

..... 2e FILTER
herkenning door de huisarts van een psychische klacht.

NIVEAU 3

door de huisarts herkende psychische klachten.

populatie: aantal patiënten die als 'psychisch ziek' worden gedefinieerd.

..... 3e FILTER
doorverwijzing door de huisarts naar extramurale GGZ.

NIVEAU 4

extramurale GGZ.

populatie: aantal patiënten met psychische klachten die behandeld worden in de extramurale GGZ.

..... 4e FILTER
doorverwijzing door de huisarts naar intramurale GGZ.

NIVEAU 5

intramurale GGZ.

populatie: aantal intramurale psychiatrische patiënten.

Bovenstaand schema is voor de Nederlandse situatie aangepast door Ormel en Giel (1983) en toont globaal hoe de kwantitatieve verdeling van de behoefte aan GGZ is.

van iedere	hebben er	hiervan	de huisarts	van de 155	waarvan
		komen er	onderkent	komen er	
1000	175 - 260	155 - 240	155	26 - 27	8 - 10
personen	min of meer	bij de	hiervan als	in de pro-	in de
in de	ernstige	huisarts	psychische	fessionele	intramurale
bevolking	problemen	terecht;	problemen;	GGZ,	GGZ.
	van psychi-				
	sche aard;				

Uit het schema komt naar voren dan $\frac{1}{4}$ van de bevolking, gerekend over een periode van een jaar, min of meer ernstige problemen van psychosociale of psychische aard heeft.

Verder komt naar voren, dat de huisarts als de sleutelfiguur moet worden beschouwd bij de beslissingsstrategie met betrekking tot de GGZ-problematiek, aangezien hij in het dagelijks contact met zijn patiënten met het grootste deel van deze problemen wordt geconfronteerd.

de structuur van de GGZ

Met betrekking tot zowel de lichtere, psychosociale problemen als de zwaardere, psychische problemen, is het belangrijk dat de huisarts beschikt over grondige kennis van de verwijsmogelijkheden en de aard van de behandeling, die kan worden geboden in de eerstelijnszorg en in de extra-, semi- en intramurale GGZ.

In de eerstelijnszorg profileert zich naast het maatschappelijk werk, de eerstelijnspsycholoog.

Zo blijkt uit gegevens van het Nederlands Instituut van Psychologen, dat momenteel (1984) ongeveer een kwart van de Nederlandse huisartsen met een eerstelijnspsycholoog samenwerkt.

De klachten waarmee eerstelijnspsychologen via de huisarts worden gekonfronteerd, zijn zeer uiteenlopend. Het betreft ondermeer: psychosomatische klachten, relatieproblemen, opvoedingsproblemen, rouwverwerking, fobieën en (pre-)psychotische klachten.

De tweedelijns-GGZ, ook wel extramurale-GGZ, is sinds 1982 georganiseerd in de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's).

De RIAGG's zijn een samenvoeging op regionaal niveau van Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP's), Sociaal-Psychiatrische Diensten (SPD's), Bureaus voor Levens- en Gezinsvraagstukken (LGV-bureaus), Medisch Opvoedkundige Bureaus (MOB's), Jeugd-Psychiatrische Diensten (JPD's) en Sociaal Geriatrische Diensten (SGD's). Globaal heeft dit geresulteerd in drie belangrijke afdelingen, respectievelijk: jeugdzorg, volwassenenzorg en bejaardenzorg.

De RIAGG's worden integraal gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), hetgeen impliceert dat iedere Nederlander in principe kosteloos een beroep kan doen op deze instellingen.

Elke RIAGG kent een afdeling aanmelding, welke cliënten kan doorverwijzen naar de intake-afdeling van de Organisatorische Eenheid voor Psychotherapie (OEP).

In de OEP hebben uiteenlopende vormen van psychotherapie hun plaats en gebiedt de indikatiestelling multidisciplinair en multimethodisch. Momenteel is de capaciteit van de OEP in de meeste RIAGG's beperkt van omvang, waardoor wachtlijsten voor psychotherapie van een half jaar niet ongebruikelijk zijn.

In verband met crisisinterventie wordt momenteel in veel RIAGG's een 7 x 24 uren-bereikbaarheidsdienst gerealiseerd.

Naast de OEP kent het RIAGG een afdeling preventie, die zich vooral richt op het voorkomen van ernstige psychische stoornissen door het traceren van risicofactoren en risicogroepen in de samenleving en het op grond hiervan opzetten van preventieprogramma's. De preventieactiviteiten van de RIAGG's omvatten thema's als: echtscheiding, arbeidsongeschiktheid, pensionering, vrouwenproblematiek en kulturele minderheden.

Tenslotte is er in een aantal RIAGG's een afdeling consultatie, die zich bezighoudt met het geven van advies aan eerstelijns hulpverleners, zoals het maatschappelijk werk en de huisarts. Deze afdeling richt zich op het via opleiding en nascholing bevorderen van de deskundigheid van eerstelijns-werkers met betrekking tot vroegtijdige onderkenning, diagnosticering, begeleiding van patiënten/cliënten, verwijzing en nazorg. Op deze wijze zal de 'lichtere', psychosociale problematiek gediagnosticeerd en behandeld kunnen worden door de eerstelijnszorg en zal binnen het RIAGG het accent verschuiven naar de behandeling van 'zwaardere', psychische problemen.

Een aantal belangrijke knelpunten in het functioneren van de RIAGG's, zoals deze naar voren komen uit de 'Nota geestelijke volksgezondheid' (1984) zijn de volgende:

1. grote wachttijsten met name voor psychotherapie;
2. de RIAGG-hulpverlening richt zich teveel op die cliënten, die hun problematiek goed kunnen verwoorden en die goed gemotiveerd zijn voor een behandeling;
3. de 7 x 24 uren bereikbaarheidsfunctie wordt over het algemeen nog niet optimaal uitgeoefend;
4. een te gering bereik van de psychiatrische hulpverlening (de vroegere SPD's deden tot de 60-er jaren veel aan huisbezoek).

Als kanttekening geldt hierbij, dat het RIAGG nog niet de kans heeft gekregen om zich duidelijk uit te kristalliseren.

Bij ernstige, psychische problematiek kan de huisarts volgens de 'Nota geestelijke volksgezondheid' (1984) verwijzen naar de derdelijns-GGZ, ook wel intramurale GGZ. Hij heeft dan veelal de keuze uit verwijzing naar een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) of naar een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ).

In grote steden, zoals Rotterdam, Amsterdam, Den Haag en Utrecht, geschiedt een eventuele opname in de derde lijn echter via de afdeling acute psychiatrie van het RIAGG.

In het Algemeen Ziekenhuis funktioneert de psychiatrie in de PAAZ als een specialisme naast andere specialismen, zoals bijv. chirurgie en interne geneeskunde.

De hulpverlening richt zich op psychosociale en ernstige psychische problemen, die optreden of aanwezig zijn bij patiënten van de verschillende afdelingen van het Algemeen Ziekenhuis (de zgn. konsultatieve psychiatrie) en neemt tevens patiënten op met psychiatrische problematiek, die een kortdurende verpleging behoeven.

Het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) richt zich op ernstige psychiatrische problematiek, heeft een groter skala van behandelingsmogelijkheden dan de PAAZ, en beschikt over mogelijkheden voor langduriger verblijf.

integratie van de GGZ

Om het risico te ondervangen dat er twee min of meer gescheiden circuits ontstaan, respectievelijk een psychosociaal circuit en een psychiatrisch circuit, wordt er momenteel gewerkt aan de zgn. RIGG-vorming. Een Regionaal Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG) wordt in de 'Nota geestelijke volksgezondheid' (1984) omschreven als een samenwerkingsverband binnen een omschreven regio tussen organisaties en groeperingen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg met als doel zorg te dragen voor een op de bevolking in de regio afgestemd integraal, samenhangend en doelmatig aanbod van geestelijke gezondheidszorg.

Momenteel is er met betrekking tot de GGZ sprake van een aantal gescheiden circuits.

Trimbos (1982) spreekt in dit verband van een 'driesporen-beleid'. De intramurale zorg ofwel inrichtingspsychiatrie zit op het ene spoor. Daarnaast is er de extramurale zorg ofwel de ambulante GGZ. Daar tussenin zit de semi-murale zorg, de tussenvoorzieningen als de voorzieningen voor deeltijdbehandelingen en beschermende woonvormen.

Aan de inrichtingspsychiatrie kleven een aantal bezwaren, welke mede voortvloeien uit het ambigue karakter ervan. Enerzijds heeft het een opberg-functie, anderszijds wordt behandeling en genezing nagestreefd. Mogelijke resultaten van behandeling worden veelal tegengewerkt door het hospitalisatie-syndroom. Dit houdt in dat zeer veel psychiatrische patiënten zich voegen in het inrichtingsregiem, dat hun sociale netwerk verloren gaat en dat ze nogal eens tot levenslange 'verblijfpatiënten' worden. Volgens de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (1983) verblijft 44 % van de per 31-12-1982 opgenomen patiënten in ons land al meer dan 5 jaar in een inrichting. Direct gevolg van opname is dat van patiënten in bepaalde opzichten onzelfstandigheid wordt gevraagd. Ze hoeven bijv. geen boodschappen te doen, niet te koken, financiën te regelen e.d. Dit doorkruist het doel van de behandeling, namelijk het weer zelfstandig worden. Een belangrijke taak van de inrichting is nog steeds, naast behandeling, beveiliging van de gemeenschap.

Hoewel uit de 'Nota geestelijke volksgezondheid' (1984) een duidelijke visie achter de ontwikkeling van de ambulante GGZ naar voren komt - namelijk de mensen hulp te bieden in hun eigen omgeving en psychiatrische opnames te vermijden - is deze strijdig met het financiële beleid van de overheid. In feite zijn de drie sporen binnen het GGZ-beleid niet op elkaar afgestemd. Zo ontvangt de intramurale zorg ongeveer 3 miljard per jaar en de ambulante GGZ slechts 0,5 miljard. Bovendien wordt er momenteel op grote schaal geïnvesteerd in nieuwbouw en renovatie van de veelal sterk verouderde inrichtingen, terwijl allerlei initiatieven binnen de ambulante GGZ niet of nauwelijks gehonoreerd worden. Het RIAGG-beleid is gericht op de ontwikkeling van de tweede lijn en er wordt nauwelijks geld beschikbaar vasteld voor de ontwikkeling van de GGZ in de eerste lijn, ondanks het uitgangspunt van de nota, dat de ontwikkelingen in de GGZ zullen moeten leiden tot een zorgsysteem dat zijn belangrijkste elementen zo dicht mogelijk bij de bevolking heeft.

Trimbos (1982) pleit voor integratie van de verschillende sporen binnen de GGZ. Dit impliceert geen gescheiden ontwikkeling van intra-, extra- en semi-murale zorg, maar opbouw van onder af, dicht bij de mensen waar het om gaat.

De-institutionalisering, afbouwen van de inrichtingen, kan alleen samengaan met het uitbouwen van de ambulante GGZ.

Op deze wijze wordt hospitalisatie met de negatieve invloed die het verbreken van het eigen sociale netwerk voor de opgenomen patiënt heeft, tegengegaan.

Deze integratie komt in de praktijk neer op het uitbouwen van kleinschalige voorzieningen, zoals hostels en pensioentehuizen (waarbij wonen en behandelen gescheiden zijn).

Verder zullen dagbehandeling, 7 x 24 uurs bereikbaarheid (krisiscentra) intensieve behandelvormen en kortdurende psychotherapie in de eerste lijn moeten worden gestimuleerd.

Zoals reeds naar voren is gekomen, is de grondstrekking van de 'Nota geestelijke volksgezondheid' (1984), dat zoveel mogelijk GGZ-activiteiten hun aangrijpingspunt vinden in de eerste lijn, in een niet-sterk-gespecialiseerde hulpverleningssetting.

In dit verband is het denken over preventie van Caplan (1964) van belang, en kan de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn preventief functioneren ten opzichte van de tweede en derde lijn.

Een centraal idee bij de ontwikkeling van preventieve hulpverlening kan worden gevonden in het uit de organisatiepsychologie afkomstige 'subsidiariteitsbeginsel'. Dit principe legt de nadruk op decentralisatie, en houdt in dat overal waar op het niveau van de basis gewerkt kan worden, dit ook daar plaats moet vinden.

Dit impliceert tot op zekere hoogte een overdracht van psychotherapeutische methodieken naar de eerste lijn.

Interessant is in dit verband een onderzoeksoverzicht van Meltzoff en Kornreich (1970), waaruit naar voren komt, dat een groot deel van het cliëntenbestand dat in de tweede lijn met langdurige psychotherapie behandeld wordt ook kortdurend behandeld kan worden en vaak met evenveel resultaat.

Naar vermoed kan worden, zijn technieken uit de directe therapie hiervoor met name geëigend. Gezien het accent op de zelfwerkzaamheid en de preventieve werking ten opzichte van de tweede en derde lijn, ligt de nadruk hierbij meer op preventie dan op langdurige psychotherapie.

Uitbouw van de GGZ-activiteiten in de eerste lijn biedt dan de volgende voordelen.

- drempelverlaging met name ook naar cliënten uit de lagere inkomensgroepen; Dit impliceert dat problemen reeds in een vroeg stadium kunnen worden signaleerd en aangepakt.
- voorkomen van stigmatisering; De problematiek kan sneller en beter worden gedeïndividualiseerd, waardoor uitstotingsprocessen worden vermeden.
- voorkomen dat sociale netwerken verbroken worden ten gevolge van onder meer langdurige psychiatrische opname;
- doorbreken van het zichzelf bevestigend systeem van doorverwijzing; De problematiek krijgt minder de kans gefixeerd te raken, zodat uiteindelijk de tweede en derde lijn minder ingeschakeld hoeven te worden.
- lastenverlichting van de tweede en derde lijn; Psychosociale hulpverlening in de eerste lijn heeft een belangrijke preventieve functie en voorkomt dat patiënten onnodig doorstromen naar de tweede en derde lijn.
- kostenbesparing van de gehele gezondheidszorg.

psychosociale hulpverlening door de huisarts

Om vorm te geven aan het uitgangspunt van de 'Nota geestelijke volksgezondheid' (1984), dat de ontwikkelingen in de GGZ zullen moeten leiden tot een zorgsysteem dat zijn belangrijkste elementen zo dicht mogelijk bij de bevolking heeft, is het uitbouwen van de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn noodzakelijk.

Zoals we gezien hebben, is de huisarts vaak de sleutelfiguur voor patiënten met psychosociale en psychische problemen en vormt hij tevens de ingang waardoor mensen in de GGZ terecht komen.

Verder komt naar voren dat patiënten met psychosociale problemen een groot beslag leggen op de tijd van de huisarts.

Bovendien blijkt dat deze patiënten moeilijk zijn door te verwijzen naar hulpverleners die deel uitmaken van de GGZ.

Het is derhalve zaak dat de huisarts psychosociale problemen vroegtijdig onderkent en de beschikking heeft over methodieken die het hem mogelijk maken adequaat om te gaan met deze problematiek.

De verwachting van dit onderzoek is, dat directe therapie zich bij uitstek leent voor psychosociale hulpverlening door de huisarts, aangezien ze is toegespitst op het doelgericht, pragmatisch en kortdurend behandelen van patiënten met psychosociale en psychische problemen.

Verder kan de toepassing van directe therapie door de huisarts een bijdrage leveren aan de aktivatie van de zelfzorg en de mantelzorg. Weliswaar vindt directe therapie plaats in een professioneel zorgkader, waarbij hulp wordt geboden door een deskundige en is er niet, zoals bij mantelzorg, sprake van wederkerigheid.

Direkte therapie stimuleert echter de zelfzorg van de patiënt door het geven van directe en huiswerkopdrachten. Het probleemoplossend vermogen van de patiënt neemt toe, aangezien er van de patiënt wordt verwacht, dat deze uiteindelijk zelf zijn problematiek kan hanteren zonder de interventies van de hulpverlener.

Bij mantelzorg gaat het om de onderlinge steun in kleine gemeenschappen (gezin, familie) op niet-professionele basis. Wanneer de onderlinge verhoudingen in het gezin verbeterd worden d.m.v. directe therapie, ontstaat er een betere basis voor de mantelzorg.

de Balint-groep

Balint (1957) is te beschouwen als een grondlegger van het onderkennen en behandelen van psychische en psychosociale problemen door de huisarts. Hij werkte als psychiater-adviseur met groepen huisartsen, die zich richtten op het stellen van de diagnose en het psychotherapeutisch aandeel van de huisarts in de begeleiding van zijn patiënten. Deze groepen bestonden uit acht tot tien huisartsen en een of twee psychiaters. De groepen kwamen wekelijks bijeen gedurende twee tot drie jaar, sommige zelfs nog langer.

In de groepen streefde men naar een sfeer van vrijheid, van geven en nemen, waarbij ieder met zijn problemen voor de dag kon komen, in de hoop dat anderen er vanuit hun ervaring hun licht over zouden laten schijnen. Doordat de groepen geregeld bijeen bleven komen, kon men de ingebrachte patiënten twee of drie jaar en soms zelfs langer volgen en daarbij nagaan of de gevormde mening, diagnose en prognose al of niet juist en de resultaten van de behandeling gunstig waren.

Centraal in de benadering van Balint (1957) staan:
 het 'luisteren' - wat heel iets anders is als het traditionele anamnese opnemen -
 het 'begrijpen' en
 het 'begrip zodanig gebruiken dat het een therapeutische uitwerking heeft'.

Bij de diagnose bleek vaak dat patiënten, die om de een of andere reden de moeilijkheden in hun leven niet aankunnen, hun toevlucht nemen tot een ziekte.

"Als de dokter de kans krijgt hen te observeren in het eerste stadium van dat ziek worden, namelijk vóór zij in een 'georganiseerde ziekte' zijn gevluht, zal hij opmerken dat deze patiënten a.h.w. met allerlei ziekten komen aandragen en dat zij hiermee moeten doorgaan totdat arts en patiënt een overeenstemming hebben bereikt, waarbij zij beiden een van deze ziekten als gerechtvaardigd accepteren.

Bij sommigen is dit 'ongeorganiseerde' stadium van korte duur en zij vluchten spoedig in een bestaande ziekte.

Bij anderen blijft dat voorstadium voortduren en hoewel hun ziekte nog maar gedeeltelijk 'georganiseerd' is, beginnen ze alweer met nieuwe kwaaltjes aan de dokter te vertonen."

Volgens Balint (1957) zal een te grote gerichtheid op de somatische etiologie van de klacht, waarbij de arts gebruik maakt van de 'diagnose door elimineren' leiden tot het ontstaan van een 'georganiseerde ziekte'.

Andere belangrijke aspecten die het adequaat handelen van de huisarts belemmeren, zijn volgens Balint (1957) het 'zich verschuilen achter de anonimiteit' en het 'verdunnen van de verantwoordelijkheid', d.w.z. er worden beslissingen genomen van vitaal belang zonder dat iemand zich daarvoor geheel verantwoordelijk voelt.

Een van de onderdelen van het programma van de groepen die Balint begeleidde, was om deze anonimiteit bloot te leggen en de huisarts te laten zien dat hij de enige is en ook moet blijven aan wiens hoede de patiënt is toevertrouwd.

Nog een belangrijk aspect dat meespeelt in het handelen van de huisarts, is volgens Balint (1957) de zgn. 'apostolische roeping' of 'apostolische functie' van de huisarts. Dit wil zeggen dat de arts een vaag maar onwrikbaar idee heeft hoe een patiënt zich moet gedragen als hij ziek is.

"Het lijkt haast alsof aan elke arts is geopenbaard wat een patiënt wél en wat hij niet mag verwachten en verdragen, en alsof het zijn heilige plicht is om elke onwetende of ongelovige patiënt tot zijn geloof te bekeren."

"Door zijn apostolische functie leert de arts de bevolking van kind af aan wat hun al of niet te wachten staat als ze naar de dokter gaan."

Essentieel bij de diagnose is het vermogen van de arts om te luisteren naar wat er zich tijdens het gesprek afspeelt in de dokter-patiënt-relatie. De diagnose dient de arts in staat te stellen een diepere kijk te krijgen op de ziekte en de problematiek van de patiënt.

Balint (1957) legt de nadruk op de psychotherapeutische aspecten van de medische situatie en introduceert 'het gebruik van de dokter als medicijn'. Hij stelt dat het begeleiden van de mens in zijn ziek-zijn van de arts vraagt de inzet als mens om de patiënt te helpen zich zijn moeilijkheden bewust te worden, en om daarvoor een oplossing te vinden die minder kostbaar is dan de vlucht in een langdurige ziekte.

"Veelal is de persoonlijkheid van de arts zijn eigen instrument; hij moet dit instrument leren kennen en er verantwoord mee kunnen omgaan, juist omdat de dosering en de keuze van zijn inzet minstens zo belangrijk is als het zo vaak - te veel - voorgeschreven medicament."

Wanneer de arts de patiënt de gelegenheid geeft en helpt om zich bewust te worden van zijn moeilijkheden en erover te spreken, wordt diens situatie begrijpelijk en ontstaat er ruimte voor verandering.

De positie van de huisarts biedt in vergelijking met die van de psychiater volgens Balint (1957) belangrijke voordelen.

De huisarts kan bepaalde risico's nemen, aangezien zijn patiënt behalve de psychotherapeutische relatie ook nog andere bindingen met hem heeft.

"Ook al is de openlijk psychotherapeutische relatie verbroken, de patiënt kan - en hij doet dit ook - terugkomen bij zijn dokter met een verkoudheid of met maagklachten, met pijn of een gekneusde vinger, of om zijn kind te laten inenten enz. enz."

"Terwijl de psychiater zelden te maken heeft met het 'hoe te beginnen' en het 'waar op te houden', en het voor hem een heel besluit is met ernstige en zelfs beslissende konsekwenties, vormen voor de huisarts beide problemen om zo te zeggen een integrerend deel van zijn routinewerk."

Uit de begeleiding van de groepen huisartsen door Balint (1957) komt naar voren, dat de huisartsen elkaar onderling niet spaarden en dat het accent bij de discussies nogal eens kwam te liggen op de ongewenste neveneffecten van het 'geneesmiddel dokter'.

Opvallend is bijv. dat Balint (1957) vermeldt dat bij de eerste groepen het percentage uitvallers 60 % was en dat dit naderhand in latere groepen 35 % bedroeg. Wellicht hangt dit samen met zich persoonlijk aangesproken voelen van de deelnemende huisartsen.

We vermoeden dat een konsultatiegroep waarin gewerkt wordt met directe therapie het percentage uitvallers een gunstiger beeld te zien zal geven, aangezien in de directe therapie de huisarts juist 'gekonfronteerd' wordt met zijn mogelijkheden.

kritische kanttekeningen bij de 'Nota geestelijke volksgezondheid'

Zoals reeds naar voren is gekomen, is de grondstrekking van de 'Nota geestelijke volksgezondheid' (1984), dat waar zelfzorg en mantelzorg niet toereikend zijn, zo dicht mogelijk bij de burgers, dus binnen de eerste-lijnszorg, adekwate GGZ geboden dient te worden.

Daartoe zou de eerstelijnszorg zich dienen toe te leggen op hulpverlening bij 'lichtere', psychosociale problematiek.

Alleen 'zwaardere', psychische problematiek dient verwezen te worden naar de tweede- en derdelijns-GGZ.

Bij het onderscheid tussen 'lichtere', psychosociale problemen en 'zwaardere', psychische problemen zijn een aantal kanttekeningen te plaatsen. Van 'lichtere', psychosociale problemen zou volgens de nota sprake zijn bij relatieproblemen, opvoedingsvragen, eenzaamheid, verlies van werkkring, rouwverwerking e.d. Het gaat hier om levensproblemen bij in principe gezonde mensen.

'Zwaardere', psychische problemen betreffen volgens de nota langdurige en/of acuut voorkomende psychische klachten of verschijnselen van ernstige aard, zoals: angsten, dwang, depressies, waandenkbeelden, hevige agressie.

Bij 'zwaardere', psychische problemen gaat het om in principe zieke mensen.

Het begrip 'ziekte' is in de geestelijke gezondheidszorg arbitrair.

Trimbos (1974) merkt hierover op:

"In de geneeskunde is het begrip 'ziekte' gebaseerd op het ongewenste van meetbare biologische processen of structuren, die pijn, ongemak, onmacht of dood veroorzaken.

In de psychiatrie is het begrip 'ziekte' gebaseerd op het ongewenste van bepaalde niet-meetbare gevoelens, gedachten, strevingen of gedragingen. De criteria voor een lichamelijke ziekte zijn van fysisch-chemische aard, terwijl de criteria voor een psychiatrische ziekte sociaal, cultureel en ethisch zijn. Daarbij berust het criterium: 'al of niet afwijkend' niet zozeer op bio-medisch aangetoonde pathologie, als op waarde-oordelen, die cultureel (tijd en plaats gebonden) bepaald zijn."

Verder stelt Trimbos (1975) dat "het ziektemodel, dat sociaal-psychiaters gebruiken, hetzelfde is als dat van inrichtingspsychiaters: de patiënt moet zichzelf zien als iemand die een ziekte heeft gekregen, die niet zomaar voortvloeit uit zijn levensproblemen en dient behandeld te worden door iemand met medische geloofsbrieven."

"Hiertegenover stellen de psychiatrische sociologen dat het vóórkomen van zogenaamde psychiatrische stoornissen veeleer te wijten is aan moeilijkheden in rolrelaties. Het gebruik van de ziekerol en de psychiatrische etiketten kunnen iemands zelf-opvatting veranderen en een gemeenschapsreactie oproepen, die resulteert in secundaire deviantie."

Volgens Trimbos (1974) heeft de geneeskunde in de vorm van psychiatrie een grote verbreiding en invloed in onze samenleving gekregen en het proces van de vermedisering sterk bevorderd.

Vermedisering impliceert volgens de maatschappij-kritische arts Iemhof (1973) "het individualiseren van sociale problemen, het vertechniseren van existentiële problemen, het wegvertalen van onrecht in leed, van konflikt in klacht". "Onze samenleving bevordert", volgens Trimbos (1974), "dat opvallend gedrag berustend op persoonlijke nood, levensproblemen, pech of al die andere vormen van menselijk tekort binnen een medisch veld getrokken worden. Huwelijksontrouw, arbeidsonmacht, seksueel egoïsme, abortus, opvoedingsmoeilijkheden, kriminaliteit, ongehuwd moederschap, jeugdprotest, druggebruik en wat al niet wordt vermediseerd en daardoor verontschuldigd."

"De onoplosbaarheid van deze ellende, stress en onmacht drijft mensen in het medisch systeem. De individuele hulpeloze mens wordt gedwongen zichzelf van een medisch etiket te voorzien alvorens hij uit de onleefbare routine van alledag kan stappen. Men noemt dit wel de 'medische ventiefunctie' voor een uitzichtloze sociale problematiek."

In die zin kan volgens Trimbos (1974) het geneesmiddelen-misbruik beschouwd worden als een uiterst pover en gevaarlijk gevolg van de vermedisering van de bestaansnood.

Verder wijst Trimbos (1974) op de invloed van macro-sociale, ongelukkige omstandigheden op het proces van vermedicalisering.

"Onzichtbare en ongrijpbare machten als internationale concerns, partij-politiek, ondoorzichtige werksituaties, winst-instelling van bedrijven e.d. krijgen een greep op het onmachtige individu en drijven hem in de schuilplaats van het medisch systeem.

Zo dreigt de huidige geneeskunde een effectief repressief middel tegen ongewenst gedrag te worden. Voor de maatschappij knapt zij een belangrijke zaak op. Zij claimt immers in staat te zijn de 'normalen', dat zijn de aangepaste systeembestendigers, te kunnen onderscheiden van de 'abnormalen', de non-conformisten, de systeembestrijders en devianten."

Trimbos (1974) konkludeert dan ook:

"Als we vinden dat het gezin faalt in het goed socialiseren van de kinderen; als de scholen niet bij machte blijken de leerlingen voor te bereiden op de complexiteit van het komende bestaan; als de pastorale zorg niet langer betekenis kan geven aan leven en dood, dan zijn de 'slachtoffers' hiervan, dus mensen met een of andere vorm van deviant gedrag nog geen patiënten met individuele pathologie."

Bij het in kaart brengen van psychische en psychosociale problematiek dient men niet uit te gaan - zoals in de 'Nota geestelijke volksgezondheid' (1984) impliciet gebeurd - van op pathologie gebaseerde medische criteria, maar van welzijnskriteria.

Centrale aandachtspunten hierbij zijn ons inziens:

'wat speelt er in mensen' en

'wat speelt er in sociale en maatschappelijke structuren'.

Aangezien deze aandachtspunten veelal nauw met elkaar samenhangen en er hooguit sprake is van accentverschillen, is de overgang tussen wat in de Nota 'lichtere', psychosociale en 'zwaardere', psychische problemen worden genoemd, niet scherp begrensd, maar eerder vloeiend.

Hoofdstuk 3 Wat is direktieve therapie

Het kenmerk van direktieve therapie is het doelgericht, pragmatisch en binnen een beperkte tijd werken aan de oplossing van problemen.

De direktief therapeut richt zich erop concrete oplossingen te vinden en geeft de cliënt daartoe direktieven.

Direktieven zijn aanwijzingen, adviezen en opdrachten, die toegepast kunnen worden binnen de psychologische hulpverlening om problemen te verhelderen en veranderingen te bewerkstelligen.

Het concept direktieve therapie is aanvankelijk geïntroduceerd door Haley (1963, 1978) en vindt zijn basis in de Ericksoniaanse hypnotherapie en in de gezinstherapie.

Direktieve therapie contrasteerd met de psychodynamische en rogeriaanse nondirektieve therapie, waarin men zich strikt onthoudt van het geven van adviezen en aanwijzingen.

Ericksoniaanse hypnotherapie

Ericksoniaanse hypnotherapie is gebaseerd op het werk van Milton Erickson met hypnose.

Hypnose is te beschouwen als een bewustzijnstoestand van diepe ontspanning en gekoncentreerde aandacht, waarin de persoon ontvankelijk is voor suggestie.

Hypnose biedt de mogelijkheid tot een directe toegang tot het onbewuste en maakt het mogelijk dat onbewuste gedachten en verdrongen conflicten in het bewuste kunnen doordringen.

In de hypnotische trance ontstaat er een toestand waarin de persoon over meer en andere keuzemogelijkheden beschikt dan in de normale wakende toestand.

Bij het werken met hypnose streeft Erickson er niet zozeer naar om onbewuste processen bewust te maken, alswel naar coördinatie tussen bewuste en onbewuste processen, zodat ze elkaar wederzijds aanvullen en versterken. Van het onbewuste gaat volgens hem een positieve kracht uit, het heeft een positieve intentie en kan een rijke bron zijn van creativiteit en mentale mogelijkheden.

Kenmerkend voor de therapeutische aanpak van Erickson is dat hij aansluit bij de positieve basisintentie van het onbewuste en gebruik maakt van de enorme hoeveelheid overlevingsstrategieën, die de persoon heeft opgebouwd vanaf de allereerste levensfase tot heden.

In feite gaat hij een samenwerkingsrelatie aan met de cliënt en sluit hij aan bij wat de cliënt naar voren brengt om van daaruit een verandering te bewerkstelligen.

Erickson gebruikt geen standaardtechnieken, maar sluit aan bij het wereldmodel* en spontane gedrag van de cliënt.

Het proces van afstemming van het eigen gedrag op het gedrag en de uitingen van de cliënt verloopt volgens Bandler en Grinder (1979) volgens het basispatroon van 'volgen, bijhouden, leiden'.

Zo gebruikt Erickson woorden en uitdrukkingen die hij van de cliënt gehoord heeft en ook stembuigingen van de cliënt.

"In wezen maakt hij", volgens Bandler en Grinder (1979), "van zijn eigen uitgangskanalen een feedback-mechanisme dat op zowel bewuste als onbewuste niveaus in overeenstemming is met het subjectieve ervaren van de cliënt." Erickson begint met 'volgen', d.w.z. hij sluit aan bij wat de cliënt naar voren brengt. Houdt hij hem eenmaal goed bij, dan kan hij hem gaan 'leiden' tot het gewenste gedrag door verandering te brengen in zijn eigen gedrag.

Een belangrijke overeenkomst van de direktieve therapie met de Ericksoniaanse hypnotherapie is, dat direktieven opgevat kunnen worden als suggesties. Deze zullen vooral werkzaam zijn als ze aansluiten op de positieve basisintentie van de persoon, die schuil gaat achter het probleemgedrag.

Verder werkt de hulpverlener in de direktieve therapie, evenals in de Ericksoniaanse hypnotherapie, volgens het basispatroon van 'volgen, bijhouden, leiden' en begint hij ermee nauw aan te sluiten bij wat de cliënt of het cliëntensysteem naar voren brengt, om van daaruit een verandering te bewerkstelligen.

* Het begrip 'wereldmodel' slaat op de psychologische realiteit van de persoon. Bandler en Grinder (1977) merken hierover op dat niet de werkelijkheid de mens in zijn mogelijkheden beperkt, maar dat het wereldmodel van de persoon vaak blokkerend werkt. De vergissing die gemaakt wordt, is dat men het model aanziet voor de werkelijkheid.

gezinsterapie

De gezinstherapie, die ontstond in de jaren '50, werd gevoed vanuit de groepsdynamica, de kommunikatietheorie en vooral de algemene systeemleer. Als belangrijkste pioniers op dit gebied noemen we: Bell, Bateson, Zuk, Jackson, Satir, Haley, Minuchin en Selvini Palazzoli.

De gezinstherapie gaat uit van de opvatting dat individuele en relatieproblemen voortvloeien uit niet-effektieve communicatie- en interactiepatronen binnen het gezin, en dat problemen blijven voortbestaan door de manier waarop de persoon zelf, de andere gezinsleden en de omgeving ermee omgaan.

Wanneer zich individuele problemen voordoen, moet de problematiek derhalve niet primair in de persoon zelf gezocht worden, maar vooral in het netwerk van relaties waarvan hij deel uitmaakt.

Gezinstherapie impliceert dat niet het individu, maar het echtpaar of het gezin de eenheid van behandeling wordt en dat de hulpverlener zich richt op het beïnvloeden van de onderlinge relaties.

Daarbij gaat de hulpverlener ervan uit dat verandering zich afspeelt op twee niveaus, namelijk het niveau van het gezinssysteem en het niveau van het individu.

Ook al liggen aangrijpingspunten op één van deze niveaus, wijziging in het netwerk van de gezinsrelaties en wijziging in de persoonlijkheidsstructuur zijn zo beschouwd twee in elkaar grijpende aspecten van éénzelfde ontwikkeling.

In zijn therapeutische aanpak zorgt de gezinstherapeut er volgens Bandler, Grinder en Satir (1979) voor, dat het systeem van de partners of het gezinssysteem zodanig verandert, dat spanning en druk verminderd worden en onderlinge zorg en steun zich kunnen ontwikkelen.

Hij richt zich op herstel van het evenwicht in de onderlinge relaties door de gezinsleden een beter inzicht te geven in het ontstaan van spanningen en conflicten, en hen te leren hoe zij bij een meningsverschil op een andere wijze tot een oplossing kunnen komen.

Zo verduidelijkt de therapeut problematische interactiepatronen, laat hij de betrokkenen met elkaar onderhandelen over behoeften, wensen en verlangens, en stimuleert hen te experimenteren met andere wijzen van met elkaar omgaan. Dit resulteert in een veranderingsproces, waarbij het probleemoplossend vermogen van de betrokkenen toeneemt en de partners of de gezinsleden voortdurend kunnen blijven groeien.

Voor de direktieve therapie betekent de opvatting dat probleemgedrag kan worden begrepen vanuit de algemene systeemleer en de communicatietheorie, dat niet alleen het individu, maar delen van het gezin of zelfs het gehele gezinsnetwerk de eenheid van diagnose en behandeling worden.

Aansluitend op de gezinstherapie gaat ook de direktieve therapie ervan uit dat verandering zich afspeelt op twee niveaus, namelijk het niveau van het gezinssysteem en het niveau van het individu.

Het doel van direktieve therapie is het persoonlijk functioneren van het individu zo optimaal mogelijk te maken en het probleemoplossend vermogen van individuen, partners en gezinnen te verhogen.

direktieve therapie

Volgens de opvatting van Haley (1963, 1978) komt direktieve therapie neer op strategische of doelgerichte therapie.

De direktieve therapie heeft zich in de loop der jaren ontwikkeld tot een vorm van psychotherapie, die veel technieken ontleent aan uiteenlopende psychotherapeutische stromingen.

Van der Velden en Van Dijck (1977a) geven de volgende kenmerken van direktieve therapie.

1. de therapeut geeft de cliënt aanwijzingen of direktieven;
2. het aantal zittingen wordt beperkt gehouden;
3. de therapeut en de cliënt werken aan concrete, welomschreven doelen;
4. de therapeut plaatst de problemen in een zo gunstig mogelijke kontekst;
5. de therapeut baseert zijn aanpak op pragmatische overwegingen.

Kenmerkend voor de therapeutische aanpak is dus dat de hulpverlener de problemen van de cliënt in een zo gunstig mogelijke kontekst plaatst en werk-bare inzichten stimuleert, zodat er een veranderingsperspektief ontstaat. Er wordt gewerkt aan concrete welomschreven doelen, waarbij gestreefd wordt naar concrete veranderingen in de nabije toekomst en het aantal zittingen beperkt wordt gehouden.

Het geven van 'direktieven' betekent dat de hulpverlener de cliënt stuurt, dus op een duidelijke manier leiding geeft.

Dit betekent niet dat de hulpverlener zich autoritair opstelt.

Hij is integendeel flexibel en richt zich erop zijn technieken aan te passen aan de cliënt.

Er is steeds inspraak, overleg mogelijk, waarbij de hulpverlener zich richt naar de cliënt.

Hij geeft zo mogelijk aanwijzingen of 'direktieven', die een beroep doen op de eigen aktiviteit en zelfwerkzaamheid en die het aantal keuzemogelijkheden van de cliënt uitbreiden.

In feite scheidt de hulpverlener op deze wijze door het geven van direktieven de kondities waaronder verandering mogelijk is.

Van der Velden en Van Dijck (1977a) merken nog op dat "direktieve therapie niet gebaseerd is op een dwingende theorie over de oorzaken van symptomatisch gedrag. Noch bindt zij zich aan een theorie wanneer het om de aanpak van problemen gaat. Uitgaande van het feit dat iedere situatie en iedere cliënt anders is, is de direktieve therapie vooral geïnteresseerd in een antwoord op de vraag: "Wat werkt bij dit probleem, bij deze cliënt en deze situatie?" De hulpverlener die werkt met direktieve therapie waakt ervoor dat hij de cliënt niet aanpast aan de techniek, maar past de techniek aan aan de cliënt.

Van der Hart (1978) beschouwt direktieve therapie als een 'zeer concrete huis-tuin-en-keuken-therapie' bedoeld voor 'gewone mensen'.

"Zij sluit bijvoorbeeld aan bij problemen die ouders hebben met het naar bed brengen van de kinderen, conflicten aan tafel en spanningen bij de thuiskomst van vader (of moeder) aan het einde van de dag.

De behandeling is er dan op gericht de gezinsleden te helpen dit soort problematische situaties stap voor stap te veranderen, waardoor ze op een bevredigender manier met elkaar om kunnen gaan."

kernprincipes en mensbeelden in de direktieve therapie

Een belangrijke grondhouding van de direktieve hulpverlener is een optimistische visie op het vermogen om te veranderen van mensen.

Hij richt zich op het te boven komen van 'aangeleerde beperkingen' en het aktiveren van 'hulpbronnen' van de cliënt door kontakt te maken met een produktief doel in het leven van de cliënt.

Bandler en Grinder (1981) formuleren dit als volgt:

"Mensen hebben alle vermogens die ze nodig hebben om te kunnen veranderen, maar deze vermogens zijn vaak onbewust en niet in de geschikte kontekst georganiseerd";

"Ieder stukje gedrag, welk gedrag ook, heeft een positieve functie in een bepaalde kontekst en kan worden benut als een waardevolle hulpbron".

Verder gaan Bandler, Grinder en Satir (1979) ervan uit dat iedere persoon op elk gegeven moment doet wat hij kan met de kennis die hij heeft.

Zij respekteren dat en tegelijkertijd respekteren zij het verlangen en het vermogen om te groeien en zijn zij bereid mensen te helpen en te leiden in hun strijd om dit te doen.

Problemen kunnen volgens deze visie beschouwd worden als geblokkeerde behoeften, die voortvloeien uit een tekortsituatie en die in stand gehouden worden doordat de persoon zijn inspanningen onjuist richt.

Symptomen zijn dan op te vatten als een teken dat de cliënt zich wenst in te zetten voor een verandering van zijn situatie, maar dat hij deze krachtsinspanning niet juist richt.

Aangezien mensen de hulpbronnen die nodig zijn om te veranderen al in zich hebben, dient de hulpverlener gericht te zijn om het groeiprincipe te stimuleren door obstakels weg te nemen welke groei blokkeren en de persoon te helpen meer alternatieven in zijn leven te vinden.

Daarbij gaat het om de vraag: 'Op welk positief doel of welke aktiviteit in zijn leven is de cliënt af te stemmen?'

Een zeer belangrijke direktieve techniek die appelleert aan de hulpbronnen van de cliënt is 'positief heretiketteren'.

Dit houdt volgens Haley (1973) in dat de hulpverlener de nadruk legt op positieve zaken, iets negatiefs herformuleert naar iets positiefs, en wijst op een zo waarschijnlijk mogelijk positief motief, waarvan de klachten de nog ietwat ongelukkige uitingsvorm zijn.

Door positief heretiketteren plaatst de hulpverlener de problematiek en de uitingen van de cliënt in een ander, meer hanteerbaar kader.

Hij brengt onbegrijpelijk lijkende en daardoor beangstigende klachten tot meer reële proporties terug, wat vaak een geruststellende invloed heeft. Daarbij gaat hij in tegen de verwachtingen van de cliënt en biedt hem nieuwe gezichtspunten, waardoor er een veranderingsperspektief ontstaat.

Door positief heretiketteren neemt de hulpverlener tevens 'schuld' weg en versterkt hij de 'eigenwaarde' van de cliënt.

Hij geeft aan welke wezenlijke behoeften en verlangens achter het negatieve gedrag van de cliënt schuil gaan.

Met betrekking tot gezinnen accentueert Satir (1967) de gedachte van de goede bedoelingen die door de slechte kommunikatie niet tot hun recht komen.

Door in een gezin de goede bedoelingen ten opzichte van elkaar te benadrukken en er de nadruk op te leggen welke wezenlijke behoeften en verlangens schuil gaan achter het negatieve gedrag van de gezinsleden, geeft de hulpverlener aan dat de intentie van het probleemgedrag juist bijzonder hoopgevend is. Doordat de gezinsleden ervaren dat de hulpverlener, als hij de positieve behoeften benadrukt, aansluit op hun natuurlijke verlangens naar groei, zal dit hun motivatie vergroten.

direktieve therapie impliceert verandering

Therapie betekent voor Bandler en Grinder (1981) verandering, d.w.z. het verwerven van meer keuzes, een toename van de variabiliteit van de gedragsmogelijkheden van de cliënt.

Het gaat erom dat de therapeut de cliënt niet aanmoedigt om moeilijke of beangstigende situaties te vermijden, maar dat hij de cliënt stimuleert om hiermee adequaat te leren omgaan.

Volgens Bandler en Grinder houdt dit in het introduceren van verscheidenheid en rijkdom in iemands leven en het de persoon bevrijden van beperkingen en restricties van een in moeilijkheden verkerend sociaal netwerk.

Met betrekking tot het gezin stellen Bandler, Grinder en Satir (1979) dat het gezin beschikt over de hulpbronnen die nodig zijn om te veranderen. In de therapie gaat het er derhalve om de gezinsleden te helpen de reeds in het gezinssysteem bestaande bronnen te herkennen en te aanvaarden, ook al worden deze nu nog niet herkend en gebruikt.

Een centraal uitgangspunt hierbij is dat de hulpverlener onderkent dat in niet-effektieve gezinnen 'loyaliteit' en 'schuld' steeds op een subtiele wijze meespelen in de problematische relaties tussen de gezinsleden. In zijn interventies dient hij de loyaliteiten te bevestigen en er zo mogelijk in positieve zin gebruik van te maken.

Een grondregel hierbij is dat de hulpverlener erop gericht is 'schuld' weg te nemen rond alle personen die deel uitmaken van het gezinsnetwerk, hun 'geborgenheid' te bieden, en ieders 'zelfrespekt' te versterken.

In het verlengde van de optimistische visie van de hulpverlener op het vermogen om te veranderen van mensen, ligt het idee van Haley (1978) dat een theorie zodanig geformuleerd moet worden, dat de hulpverlener welwillend naar de moeilijkheden van zijn cliënt kan blijven kijken.

Haley benadrukt vanuit dit standpunt de schadelijkheid van etiketten als 'schizofrenie'. Een dergelijke diagnose maakt de hulpverlener onbekwaam en vergroot de kans dat hij niet meer adequaat met de cliënt kan omgaan. Hetzelfde geldt voor de term 'psychotisch'. Dit etiket heeft een sterk medische tint en laat de omgeving van de betreffende cliënt in het ongewisse over de aanpak van de moeilijkheden. Haley voelt meer voor het diagnosticeren in termen van behandeling en gebruikt bijv. het etiket 'rust-verstoorder'. 'Anorexia nervosa' diagnosticeert hij liever als 'een meisje dat niet wil eten'.

De analytische theorie van de 'verdringing' als verklaring voor gedrag vervangt Haley door de gedachte dat mensen in moeilijkheden komen doordat ze 'elkaar moeten helpen en beschermen'. Op die manier kunnen zij klem komen te zitten in het gezinssysteem, omdat de bescherming hen ook gevangen zet. Ieders gedrag wordt dan bepaald door de wijze waarop die bescherming wordt uitgeoefend.

Ten aanzien van therapie en het geven van direktieven accentueren Bandler en Grinder (1981) het belang van 'variabiliteit'. Het 'variabiliteitsprincipe' houdt in dat er meerdere uiteenlopende oplossingen zijn voor eenzelfde probleem.

Zij sluiten hiermee aan op de wet van de vereiste verscheidenheid uit de cybernetica. Volgens deze wet zal in elk systeem het element met de breedste variabiliteit het beheersende element zijn.

Naarmate gedrag beperkt wordt, verliest het aan vereiste verscheidenheid. Als de hulpverlener een probleemsituatie aanpakt met een standaard-procedure kan dit ertoe leiden, dat als de behandeling in een impasse terecht komt, de hulpverlener gemakkelijk zijn toevlucht neemt tot wat Watzlawick (1973) noemt 'meer van hetzelfde'.

Het is onjuist te denken dat er voor elk probleem maar één goede oplossing zou bestaan.

Het zich vastleggen op één methode levert een beperking op.

Als iets niet werkt, dient de hulpverlener zorgvuldig na te gaan waarom het niet werkt en 'iets anders' te gaan doen.

Hij varieert zijn gedrag net zo lang totdat het aansluit op het wereldmodel en de mogelijkheden van de cliënt om van daaruit een verandering te bewerkstelligen.

Volgens Van Dijck, Van der Hart, Van der Velden en Oudshoorn (1980) is direktieve therapie een eclectische benadering.

Dit houdt in dat uit meerdere theoretische kaders waardevolle elementen ontleend kunnen worden, teneinde een behandelingsplan optimaal af te stemmen op de uniciteit van de betreffende cliënt.

Ons inziens vergroot een eclectische benadering de variabiliteit van de behandeling en sluit het beter aan op het feit dat men in de praktijk te maken heeft met zeer uiteenlopende cliënten.

De hulpverlener is zo beter is staat 'maatwerk' te leveren passend bij deze cliënt, dit probleem en deze situatie.

Zijn flexibiliteit neemt toe, aangezien hij kan kiezen uit een groter arsenaal van praktisch toepasbare technieken, die bij bepaalde cliënten in bepaalde situaties het meest geschikt zijn.

Een basispatroon in de direktieve therapie is, zoals we bij de uiteenzetting van de Ericksoniaanse hypnotherapie gezien hebben, het patroon van 'volgen, bijhouden, leiden'.

Dit maakt het de hulpverlener mogelijk om toe te werken naar het doel van de cliënt, en niet dat van hemzelf.

De hulpverlener begint met 'volgen', d.w.z. hij sluit aan bij het referentiekader van de cliënt.

Houdt hij hem eenmaal goed bij, dan kan hij hem gaan 'leiden' tot nieuw gedrag, hetgeen neerkomt op het introduceren van meer variabiliteit in de keuzemogelijkheden en het gedrag van de cliënt.

Direktieve therapie is gericht op 'aktie'. Het toepassen van direktieven doet een beroep op de eigen activiteit en de zelfwerkzaamheid van de cliënt. Volgens Van Dijck, Van der Hart, Van der Velden en Oudshoorn (1980) houdt dit in dat de therapie minder appelleert aan kognitieve vermogens en daarentegen juist concrete handelingen centraal stelt, waardoor 'gewone mensen' baat hebben bij de therapie.

In de direktieve therapie gaat men er vanuit dat verandering in gedrag vooraf kan gaan aan veranderingen in gevoelens en denken, in plaats dat verandering in gedrag steeds het gevolg zou zijn van veranderingen in denken en voelen.

Tijdens het uitvoeren van de met de hulpverlener afgesproken activiteiten doet de cliënt ervaringen op die het hem mogelijk maken zijn handelen, voelen en denken anders te structureren.

Het uitvoeren van direktieven geeft de cliënt het gevoel dat hij zelf zijn problemen oplost.

Weliswaar heeft de cliënt het idee dat de hulpverlener een deskundige is, maar dat betekent niet dat deze zijn problemen oplost.

Hij geeft aanwijzingen waarmee hij de cliënt motiveert en helpt om zelf zijn problemen op te lossen.

Dit vergroot het probleemoplossend vermogen van de cliënt en stelt hem in staat de bereikte vooruitgang te continueren.

Door de aktiegerichte benadering, welke kenmerkend is voor direktieve therapie, en waarbij gestreefd wordt naar concrete veranderingen in de nabije toekomst en het accent ligt op zelfwerkzaamheid in de vorm van opdrachten, is bij een groot aantal van de cliënten therapeutisch succes reeds vroeg in de therapie zichtbaar.

De cliënten krijgen contact met de 'fundamentele positieve intentie', welke aan het probleemgedrag ten grondslag ligt en ze verruimen hun 'keuzemogelijkheden', waardoor het mogelijk wordt 'handzamer' met hun levensproblemen om te gaan.

vergelijking van de direktieve therapie met andere therapierichtingen

In het navolgende vergelijken we een aantal basiskenmerken van de direktieve therapie met een aantal belangrijke vormen van psychotherapie, respektievelijk de psychoanalyse, de non-direktieve rogeriaanse therapie en de gedrags-therapie.

psychoanalyse

De psychoanalyse omvat een in zichzelf consistent persoonlijkheidsmodel, waar- bij volgens Bruggeman (1976) de nadruk wordt gelegd op de rol van onbewuste drijfveren en onbewust geworden herinneringen bij neurotische symptomen. Een neurose wordt beschouwd als de niet-effektieve oplossing van een konflikt tussen de drijfveren van een persoon en zijn pogingen deze driften en impulsen onder het bewustzijnsniveau te houden.

In de psychoanalyse wordt gebruik gemaakt van de techniek van de vrije associatie, wat inhoudt dat de cliënt in een zo ontspannen mogelijke sfeer zijn gedachten en gevoelens de vrije loop laat. De analyticus heeft hierbij zoveel mogelijk de houding van neutrale participerende observator.

Hij funktioneert als een spiegel en reflekteert de onbewuste betekenis van het materiaal dat door de cliënt naar voren wordt gebracht. Dit materiaal is vaak gebaseerd op traumatische ervaringen uit de kindertijd, die volgens de analytische theorie verstrekkende gevolgen hebben voor de opbouw en het functioneren van de persoonlijkheid van de cliënt. De reflekterende interpretaties van de analyticus richten zich op bewust- making, emotionele aanvaarding en verwerking van de onbewuste konflikten van de persoon. Op deze wijze krijgt de cliënt meer de beschikking over zijn onbewuste drijfveren.

Aangezien het proces van de vrije associatie een voortdurende gevaarsitu- atie voor de cliënt teweeg brengt, toont deze dikwijls weerstand tegen de interpretaties van de analyticus en tegen de pijnlijke en angstige gevoelens welke naar boven komen.

Het is de taak van de analyticus om onbewuste inhoud tot bewustzijn te brengen in een vorm die veilig is voor de cliënt.

Een overeenkomst tussen de psychoanalyse en de direktieve therapie is de opvatting dat mensen in hun latere volwassen relaties tot anderen hun in de jeugd geïnternaliseerde bindingen en konflikten in verholde vorm herhalen. In de direktieve therapie is dit terug te vinden in de concepten 'formatie- vorming' en 'geïnternaliseerd gezinsnetwerk'. Deze concepten komen nader aan de orde in hoofdstuk 4 'Konkretisering van de direktieve therapie'.

Een andere overeenkomst is, dat zowel de psychoanalyse als de direktieve therapie uitgaan van een indeling in levensfasen. Bij de psychoanalyse ligt hierbij echter de nadruk op het individu, terwijl in de direktieve therapie de indeling in levensfasen verruimd is tot de zgn. 'gezinslevenscyclus', d.w.z. de ontwikkelingsfasen die een gezin in de loop van de tijd doormaakt.

De techniek van de vrije associatie uit de psychoanalyse vertoont over- eenkomsten met verbeeldingstechnieken uit de direktieve therapie. Ook hierbij is ontspanning van de cliënt een grondvoorwaarde. In de psychoanalyse is echter sprake van 'vrije' associatie, terwijl in de direktieve therapie de associatie van de cliënt vaak geleid wordt in de vorm van een 'geleide' fantasie.

Een belangrijk verschilpunt met de psychoanalyse is dat binnen directe therapie het accent niet ligt op analyse, maar op verandering.

Bij de psychoanalyse is vooral de neutrale houding van de analyticus van belang. Deze funktioneert als een blanco scherm, waarop de cliënt zijn problemen projekteert. De analyticus dient de gedachtenstroom van de cliënt op gedistancieerde wijze te 'volgen'.

Vaak gaat van deze situatie weinig geborgenheid uit en induceert de therapiesituatie niet zelden een toename van 'schuld' en een afname van 'zelf-respekt'.

Van de kant van de cliënt ontwikkelt zich 'overdracht' naar de analyticus, en worden vroegere traumatische gebeurtenissen uit zijn leven aktueel. Deze bewustwording zou leiden tot verwerking en dus tot verandering. Aangezien het 'volgen' door de analyticus gemakkelijk gepaard gaat met 'tegenoverdracht' van zijn kant, vindt men het noodzakelijk dat hijzelf regelmatig een analyse ondergaat om distantie te kunnen bewaren.

De directe therapie richt zich op de volledige cyclus van 'volgen, bijhouden, leiden' en op de trits van 'wegnemen van schuld', 'bieden van geborgenheid' en 'versterken van zelfrespekt'.

Hierdoor wordt de noodzaak van het doorwerken van 'overdracht' en 'tegenoverdracht' minder klemmend.

Een ander belangrijk verschil tussen de psychoanalyse en de directe therapie is de zgn. 'bewustwordingskwesitie'.

In de psychoanalyse gaat men ervan uit dat wanneer de cliënt zich bewust wordt van zijn onbewuste drijfveren, dit zal leiden tot verandering.

De directe therapie stelt daarentegen dat 'bewustwording' niet zonder meer tot verandering leidt en dat het zelfs blokkerend kan werken.

Haley (1978) merkt hierover op dat de therapeut die probeert cliënten te helpen begrijpen 'waarom' zij zich gedragen als zij zich gedragen, vaak bezig is echte verandering te verhinderen. Het werken aan inzicht leidt dan tot rationalisatie, een beredenering om het probleemgedrag te rechtvaardigen en voort te zetten.

Weerstand wordt in de psychoanalyse geduid, vaak in de vorm van een konfrontatie. Hierbij verduidelijkt de analyticus de gevoelsbetekenis van het afgeweerde konflikt en interpreteert hij de inhoud van de naar de oppervlakte komende onbewuste strevingen.

Op deze wijze worden de weerstanden doorgewerkt in hun vertakkingen naar de verschillende levensgebieden van de cliënt.

In de directe therapie wordt weerstand niet geduid, maar zo mogelijk benut, bijv. in de vorm van 'positieve heretiketteringen' en 'paradoxe opdrachten'.

Nog een verschilpunt met de psychoanalyse is dat in de psychoanalyse gewerkt wordt op basis van een 'behandelingsverbond' tussen de cliënt en de analyticus. Dit verbond heeft betrekking op de totale persoon van de cliënt en is erop gericht de motivatie van de cliënt te mobiliseren om de analyse te beginnen en voort te zetten, wanneer angsten toenemen en de resultaten van de behandeling op zich laten wachten.

In de directe therapie wordt daarentegen gebruik gemaakt van 'kontrakten' tussen de hulpverlener en de cliënt betreffende één of meer specifieke problemen, welke soms letterlijk op papier worden gezet. Hierbij wordt aan de diverse specifieke problemen vaak gewerkt in kleine stapjes die, wanneer ze gerealiseerd zijn, worden geïnterpreteerd als kleine succesjes.

rogeriaanse therapie

In de rogeriaanse therapie - ook wel 'client-centred' of 'non-direktieve' therapie - is volgens Dijkhuis (1976) een belangrijk uitgangspunt, dat het individu en niet het probleem centraal moet staan.

Doel van de therapie is niet zozeer dat er een speciaal probleem wordt opgelost, maar dat de therapeut de cliënt helpt zich zodanig te ontwikkelen, dat hij het aktuele probleem en komende problemen meer geïntegreerd weet te verwerken.

De therapie is gericht op een proces van persoonlijkheidsintegratie, waarbij de cliënt bevrijd wordt van groei-belemmerende factoren en de zelfaktualisatie bij de cliënt op gang gebracht wordt.

Zelfaktualisatie betekent dat de persoonlijke ontwikkeling van de cliënt tot zijn recht komt en impliceert openheid, het vermogen liefde te geven en te ontvangen, vrijheid, objectiviteit, integriteit, flexibiliteit en groei.

Om het proces van persoonlijkheidsintegratie in gang te zetten, is het nodig dat de cliënt al zijn gevoelens, ook de ongewenste, aanvaardt, hij meer de emotionele dan de intellectuele aspecten van zijn situatie ontdekt en de aandacht niet op het verleden wordt gericht maar veeleer op de aktuele situatie.

De therapeut treedt de cliënt aanvaardend en niet-beoordelend tegemoet. In zijn werkwijze is hij 'non-direktief', d.w.z. hij reflekteert op ervaringen, behoeften en verlangens van de cliënt, en brengt slechts die gevoelens tot uiting, die opgeroepen worden door hetgeen de cliënt ervaart. Hierbij onthoudt de therapeut zich strikt van het geven van adviezen en aanwijzingen aan de cliënt.

Hij richt zich erop in contact te blijven met wat de cliënt voelt, teneinde hem zo dicht mogelijk bij zijn ervaren te brengen en te houden, zodat het beeld dat de cliënt van zichzelf heeft, in overeenstemming geraakt met wat hij in werkelijkheid ervaart.

De persoon krijgt een realistisch beeld van zichzelf, ervaart een verrijking van zijn gevoelsleven en raakt in toenemende mate betrokken bij anderen. Er wordt een veranderingsproces in gang gezet van toenemende zelfaanvaarding, waarbij de persoon zijn persoonlijke vrijheid en zijn verantwoordelijkheid voor zijn eigen beslissingen ontdekt.

Op deze wijze wordt de persoon meer 'zelf-direktief', d.w.z. hij gaat meer vertrouwen op zijn eigen waarneming en brengt zijn zelfbeeld meer in overeenstemming met zijn zelfideaal.

Hoewel direktieve therapie een tegenpool lijkt te zijn van non-direktieve rogeriaanse therapie, zijn er in de praktijk wel degelijk overeenkomsten.

In de rogeriaanse therapie is de onvoorwaardelijke acceptatie van de cliënt wezenlijk.

Verder is er een groot vertrouwen in de groeimogelijkheden van de cliënt en zijn de behoeften, wensen en verlangens van de cliënt belangrijke aandachtspunten voor de therapeut.

In de direktieve therapie is de acceptatie van de cliënt terug te vinden in het uitgangspunt van het 'wegnemen van schuld', het 'bieden van geborgenheid' en het 'versterken van zelfrespekt'.

Tevens is de direktieve therapie optimistisch over de veranderingsmogelijkheden van de cliënt.

De techniek van het 'spiegelen' bij Rogers - waarbij de therapeut 'spiegelt' en reflekteert op ervaringen en gevoelens van de cliënt, ten einde hem zich bewust te laten worden van 'wat eraan ontbreekt' - doet sterk denken aan de direktieve techniek van het 'positief heretiketteren' - waarbij het erom gaat contact te krijgen met de 'fundamentele positieve intentie' van de cliënt.

Door er de nadruk op te leggen welke wezenlijke behoeften en verlangens schuil gaan achter het negatieve gedrag van de cliënt, geeft de hulpverlener aan dat de intentie van het probleemgedrag juist bijzonder hoopgevend is.

Een verschilpunt met de non-direktieve rogeriaanse therapie is, dat in de direktieve benadering niet de persoon, maar het niet-effektief zijn van zijn handelen ter discussie staat.

Ellis (1979) - die zijn rationeel-emotieve benadering uitdrukkelijk 'direktief' noemt - verwoordt dit als volgt.

"Het is van fundamenteel belang dat men zijn waarde niet afmeet aan zijn verrichtingen, en dat men zichzelf volledig accepteert op grond van het feit dat men leeft, dat men bestaat.

De meeste mensen echter ontwikkelen een zelfbeeld naar aanleiding van hun eigen gedragsreacties.

Als men zijn persoonlijke of menselijke waarde gaat verbinden aan wat voor prestatie dan ook, wordt het verrichten daarvan een 'hachelijke' onderneming en komt men al gauw terecht in een patroon van zelfevaluatie dat tenslotte tot zelfveroordeling leidt."

De rationeel-emotieve benadering van Ellis impliceert, dat de persoon leert hoe hij standvastig moet weigeren zichzelf als mens de mantel uit te veegen voor welke fout dan ook, zichzelf als levend wezen te allen tijde te accepteren, en alleen zijn individuele karaktertrekken en zijn prestaties te evalueren en te meten en nooit zichzelf.

Daarbij is Ellis van mening dat als men al behoefte heeft zichzelf te evalueren, men het beste kan kiezen voor de overtuiging dat het individu goed is alleen al omdat hij leeft, en dat er geen andere vereisten zijn om zichzelf de moeite waard te vinden.

Beter echter is om er helemaal geen zelfconcept op na te houden, zichzelf voortdurend onvoorwaardelijk te accepteren, en noch zichzelf noch de ander te evalueren, maar alleen zijn gedrag en zijn persoonlijke hoedanigheden. De persoon beschouwt zichzelf noch als een goed noch als een slecht mens, maar als een persoon met prettige en minder prettige eigenschappen.

"Wie ben ik?"; "Wat is mijn identiteit?" en "Wat is mijn waarde?" zijn dus onjuiste vragen. Het is veel verstandiger te vragen:

"Wat zijn mijn persoonlijke kwaliteiten, hoe gebruik ik ze en in welke situaties?"; "Wat vind ik leuk om te doen en wat niet?" en "Hoe kan ik bepaalde hoedanigheden verbeteren en meer ervaringen opdoen - zodat ik voort kan gaan een uiterst bevredigend bestaan te leiden?"

In de direktieve therapie is het 'positief heretiketteren' vaak het aangrijpingspunt voor het geven van direktieven.

De behoeften, wensen en verlangens van de cliënt zijn legitiem, maar de wijze waarop hij ze tracht te realiseren is niet-effektief.

Er wordt dus uitgegaan van de 'fundamentele positieve intentie' welke ten grondslag ligt aan het gedrag van de persoon, en alleen de effecten van het gedrag staan ter discussie.

De direktieve therapie gaat verder dan het op 'echte' en betrokken wijze 'volgen' en 'bijhouden' van de cliënt.

In de rogeriaanse therapie is het essentieel dat de therapeut daar is waar de cliënt zich bevindt.

De direktieve therapie richt zich erop niet alleen aan te sluiten op hetgeen de cliënt naar voren brengt, maar benut zo mogelijk de volledige cyclus van 'volgen, bijhouden, leiden'.

gedragstherapie

Gedragstherapie is volgens Orlemans (1976) gebaseerd op de bevindingen van de leertheorie.

Uitgangspunt is dat probleemgedrag 'aangeleerd' is en in stand wordt gehouden door de belonende konsekventies die erop volgen en dat gedrag dat nooit beloond wordt, tenslotte verdwijnt.

Problemen worden in de gedragstherapie aangepakt door de toepassing van experimenteel geverifieerde leerprincipes.

De therapeut begint ermee het probleemgedrag van de cliënt zo concreet en specifiek mogelijk in kaart te brengen.

Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van een zgn. 'funktionele analyse' van het probleembevestigende gedrag, waarbij wordt vastgesteld welke specifieke gedragingen het probleem in stand houden.

De therapeut gaat bijv. na, wanneer het gedrag zich voordoet, in welke situatie en op welke wijze, om zo te komen tot een analyse van de functie van de klachten.

Vervolgens werkt de therapeut in kleine, overzichtelijke stapjes naar een bepaald doel en herleidt de problematiek tot een overzichtelijke reeks van stapsgewijs overbrugbare, concrete opgaven, welke binnen het bereik van de cliënt liggen.

Zijn aanpak is er daarbij op gericht ongewenst gedrag te verzwakken en gewenst gedrag te vormen en te versterken.

Wanneer de aanpak erop gericht is de cliënt te leren macht te krijgen over zijn eigen probleemgedrag, dan wordt gebruik gemaakt van zgn. 'zelfcontroleprocedures'. Hierbij koppelt de cliënt zelf bepaalde konsekventies aan het optreden van gewenst of ongewenst gedrag.

Veelal maakt de therapeut gebruik van vaste, gedetailleerde behandelingsprogramma's.

Het verzwakken van ongewenst gedrag en het vormen en het versterken van gewenst gedrag kan ook plaats vinden in een gezinscontext.

In dat geval is de therapie dikwijls zo opgezet, dat de gezinsleden gewenst gedrag van elkaar belonen en elkaars ongewenste gedragingen negeren.

Uit de door Van der Velden en Van Dijck (1980) gegeven kenmerken van directe therapie blijkt een zekere overeenkomst met de gedragstherapie. Ook binnen de gedragstherapie werkt de therapeut aan concrete, welomschreven doelen, geeft hij de cliënt opdrachten, bijv. ontspanningsoefeningen, en is het aantal zittingen beperkt.

Het gaat erom de cliënt te leren 'handzamer' met zijn levensproblemen om te gaan.

Een verschilpunt is dat de gedragstherapie vaste, gedetailleerde behandelingsprogramma's kent, terwijl de eclectische benadering en het variabiliteitsprincipe kenmerkend is voor de directe therapie.

Het doel van directe therapie is: het uitbreiden van het aantal keuzemogelijkheden van de cliënt en niet: nieuwe keuzen voorschrijven.

Verder ligt bij de gedragstherapie het accent op 'leiden' van de cliënt en minder op 'volgen' en 'bijhouden'.

Bij de psychoanalyse en de non-direktieve rogeriaanse therapie ligt het accent op wat er tijdens de zittingen gebeurt.

De direktieve therapie richt zich op de dagelijkse problemen die buiten de zittingen vallen.

In feite vindt de therapie door het geven van aanwijzingen of direktieven in belangrijke mate buiten de zittingen plaats.

Door het accent op opdrachten, bijv. rituelen, zijn de verbale vermogens van de cliënt minder bepalend dan bij inzichtgevende therapievormen.

Een belangrijke beperkende voorwaarde van direktieve therapie is de motivatie en de bereidheid van de cliënt om direktieven uit te voeren.

Hoofdstuk 4 Konkretisering van de direktieve therapie

Het concept 'direktieve therapie', zoals dit hiervoor is uitgewerkt, kan verder gekonkretiseerd worden naar een verscheidenheid van technieken. Zoals we gezien hebben, is direktieve therapie volgens Van Dijck, Van der Hart, Van der Velden en Oudshoorn (1980) een eclecticische benadering. Dit houdt in dat uit meerdere theoretische kaders waardevolle elementen ontleend worden, teneinde een behandelingsplan optimaal af te stemmen op de uniciteit van de betreffende cliënt.

Een eclecticische benadering vergroot de variabiliteit van de behandeling en stelt de hulpverlener in staat 'maatwerk' te leveren, passend bij deze cliënt, dit probleem en deze situatie.

In het project 'Netwerktraining' (Van Harten e.a., 1983, 1984), dat zich richtte op de konkretisering van direktieve therapie, waren de eclecticische benadering en het variabiliteitsprincipe belangrijke uitgangspunten. Dit resulteerde uiteindelijk in een aantal werkboeken, welke we hierna kort beschrijven, en die uiteindelijk de basis vormden voor het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie in de huisartsenpraktijk.

In een proefopzet werkten studenten klinische psychologie, na het volgen van een cursus direktieve therapie, onder supervisie aan het behandelen van cliënten afkomstig uit diverse huisartsenpraktijken.

Op grond van de gunstige resultaten van de proefopzet werd de vraagstelling ontwikkeld, of huisartsen, na een korte training in de direktieve therapie en met supervisie en intervisie, zelf patiënten met psychosociale klachten kunnen behandelen met direktieve therapie.

het onderzoek gericht op konkretisering van direktieve therapie

Het projekt 'netwerktraining' (Van Harten e.a., 1983, 1984), dat zich richtte op de konkretisering van direktieve therapie, concentreerde zich aanvankelijk op de concepten 'gezinsnetwerk', 'geïnternaliseerd gezinsnetwerk' en 'netwerktraining'.

Het gezin wordt hierbij als elementaire samenlevingsvorm beschouwd, welke de individuele gezinsleden dient te stimuleren tot zelfaktualisatie. Onder een gezin verstaan wij het min of meer duurzaam samenleven van twee of meer personen, die in dit samenlevingsverband de rollen kunnen vervullen van partner, ouder of kind.

In het gezin als leefeenheid ontwikkelen zich de gedragspatronen die kenmerkend zijn voor het functioneren van de gezinsleden.

Tevens vormen deze gedragspatronen de basispatronen voor het functioneren van de gezinsleden in verschillende situaties binnen de samenleving, zoals de buurt, het werk, de school, de kerk en het verenigingsleven.

Het concept 'netwerk', zoals dat voorkomt in 'gezinsnetwerk', 'geïnternaliseerd gezinsnetwerk' en 'netwerktraining' vatten wij op als 'de structuur van relaties die bestaan tussen onderling afhankelijke delen'.

Zowel een gezin als de persoonlijkheid van een individu kan opgevat worden als een netwerk, respektievelijk het 'gezinsnetwerk' en het 'geïnternaliseerd gezinsnetwerk'.

De onderling afhankelijke delen van het 'gezinsnetwerk' zijn de afzonderlijke gezinsleden, terwijl er bij het 'geïnternaliseerd gezinsnetwerk' sprake is van rollen.

We gaan ervan uit dat individuele en relatieproblemen voortvloeien uit zowel niet-effektieve kommunikatie- en interactiepatronen binnen het gezin, als uit niet-effektieve rollen die deel uitmaken van het geïnternaliseerde gezinsnetwerk van het individu.

Ten aanzien van het geïnternaliseerde gezinsnetwerk merken wij op dat het individu de neiging heeft de rolpatronen, ontstaan in het gezin waarin hij is opgegroeid, te herhalen in situaties buiten het gezin, zoals de school, het werk, de vrienden- en de partnerkeuze.

Met name als er sprake is van niet-effektieve rolpatronen, is het zo dat de persoon vaak onbewust op zoek gaat naar situaties, waarin hij zich uiteindelijk ongelukkig voelt, maar die tevens een grote gelijkenis vertonen met de vroegere situatie thuis.

Onder 'netwerktraining' verstaan we zowel het op gezinsniveau gericht beïnvloeden van het netwerk van relaties en interacties tussen de gezinsleden, als het op persoonsniveau veranderen van het geïnternaliseerde gezinsnetwerk van de afzonderlijke gezinsleden.

Het idee dat ten grondslag ligt aan netwerktraining, is die van de samenhang tussen gezinsnetwerken en geïnternaliseerde gezinsnetwerken - beiden beschreven in systeem- en interactietermen.

We beschouwen dit als een zinvolle aanvulling op de theorievorming met betrekking tot de direktieve therapie.

Het onderzoeksprojekt resulteerde in de publikatie 'Netwerktraining, deel I, II, III' (Van Harten e.a., 1983, 1984).

In deel I 'de persoonsgerichte benadering' en deel II 'de gezinsgerichte benadering' is de systeemtheorie uitgangspunt geweest bij de beschrijving van het geïnternaliseerde gezinsnetwerk en bij de analyse van de interactiepatronen tussen gezinsleden. In deel I ligt daarbij het accent op de 'zelfkommunikatie' binnen de persoon en in deel II op de 'kommunikatie- en interactiepatronen' tussen de gezinsleden.

Deel III 'netwerktraining in de praktijk' omvat de praktische uitwerking van netwerktraining, ofwel de direktieve therapie.

Een belangrijk uitgangspunt bij de opzet van de publikatie 'Netwerk-training, deel I, II en III' (Van Harten e.a., 1983, 1984) is de opvatting dat gezinsleden functioneren als afzonderlijke personen en tevens deel uitmaken van het gezin als psychosociale eenheid.

Eerzijds functioneren de gezinsleden als individu, als persoon in relatie met de andere gezinsleden.

Anderzijds is het gezin te beschouwen als een systeem, als een netwerk van onderlinge interacties.

Zowel het gezin als de individuele gezinsleden kunnen effectief, maar ook niet-effectief functioneren.

Voor de afzonderlijke gezinsleden betekent effectief functioneren dat de persoonlijke ontwikkeling tot zijn recht kan komen.

Volgens Maslow (1971) is er dan sprake van 'zelfaktualisatie'.

Zelfaktualisatie wordt onder andere gekenmerkt door openheid, het vermogen liefde te geven en te ontvangen, vrijheid, objectiviteit, integriteit, flexibiliteit en groei.

De zelfaktualisatie van de afzonderlijke gezinsleden moet niet gezien worden als een op zichzelf staand proces, maar dient te worden opgevat in de kontekst van het functioneren van het gehele gezin.

Een mens moet om zich harmonisch te kunnen ontplooiën ingebed zijn in tenminste enkele betrouwbare relaties.

Het gezin als systeem functioneert volgens Minuchin (1973) effectief, als de relatie- en interactiepatronen tussen de gezinsleden steunend en socialiserend werken.

Naar binnen toe functioneert het gezin als een basiseenheid, waarin de gezinsleden geborgenheid, aanvaarding en stimulering krijgen, welke hun zelfaktualisatie ondersteunt.

Naar buiten toe heeft het gezin de functie van aanpassing van de leden aan de cultuur en het overdragen van die cultuur.

Netwerktraining is gebaseerd op de opvatting dat psychische problemen bij het individu in hoofdzaak hun ontstaan vinden in en instand gehouden worden door niet-effectieve interactiepatronen tussen de gezinsleden.

Problematisch functionerende individuele gezinsleden zijn vanuit deze visie te helpen door beïnvloeding van het totale gezinsnetwerk en door individuele training afgestemd op het netwerk van gezinsrelaties waarvan de betreffende persoon deel uitmaakt.

de gehanteerde methode bij de verdere ontwikkeling van de fasering van directe therapie

Onze onderzoeksgroep richtte zich op het systematiseren van kennis en ervaring uit de directe therapie gerelateerd aan pragmatische toepassingsmogelijkheden, om zo te komen tot een formalisering van principes, werkwijzen en technieken.

Uitgangspunt hierbij was, dat de modellen en directieven waar de hulpverlener mee werkt, beoordeeld moeten worden als 'bruikbaar' of 'niet bruikbaar' in een eerste-lijns-kontekst.

Bij de ontwikkeling en toetsing van de fasering bij netwerktraining of directe therapie, zoals deze is uitgewerkt in 'Netwerktraining deel III - netwerktraining in de praktijk: directe therapie', is gebruik gemaakt van de methode van de 'iteratieve procesanalyse'.

Daarbij werd begonnen met het creëren van een 'draaiboek' aan de hand van literatuur en praktijkverslagen.

Het zo ontstane draaiboek werd iteratief verder ontwikkeld, dat wil zeggen dat het model in voortdurende wisselwerking met de praktijk verder is bijgesteld en ontwikkeld.

Bij de fasering is onderscheid gemaakt tussen respectievelijk de inventarisatiefase, de actiefase en de stabilisatiefase.

In de inventarisatiefase komen naar voren het intake-gesprek, het eerste gesprek, de verdere probleemanalyse, communicatie- en interactietraining, destabilisatie, bewustwording en weerstand.

In de actiefase ligt de nadruk op het realiseren van de veranderingsdoelen die voortvloeien uit de analyse, het in gang zetten van het proces van creatieve afbraak en het verhogen van het probleemoplossend vermogen van de cliënt of het cliëntsysteem.

Het accent in deze fase ligt op diverse soorten opdrachten of 'directieven'.

We hebben enerzijds onderscheid gemaakt tussen diverse typen opdrachten: monitoring-opdrachten, ontspanningsoefeningen, focussen, leeropdrachten, ankeren en herkaderen, verbeeldingsopdrachten, rol-opdrachten, rationeel-emotieve opdrachten, paradoxale opdrachten, rituele opdrachten en droomtechnieken. Daarbij hebben we de principes die eraan ten grondslag liggen belicht.

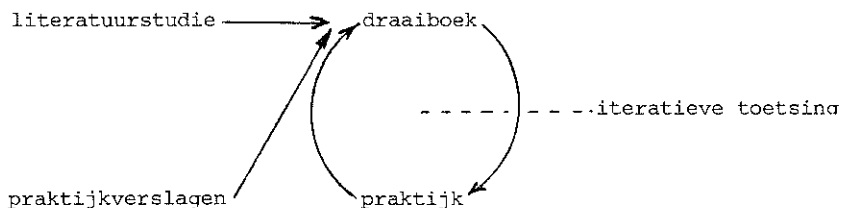
Anderzijds hebben we opdrachten gegroepeerd aan de hand van uiteenlopende probleemsituaties. Invalshoeken voor een indeling van deze situaties zijn: de gezinslevenscyclus, de gezinsgeschiedenis, de subsystemen van partners, ouders en kinderen, het gezinssysteem en het ecosysteem, gedragsproblemen en psychosomatische klachten.

Met name bij deze indeling staat het genoemde variabiliteitsprincipe centraal. De stabilisatiefase kenmerkt zich door het consolideren van de gerealiseerde veranderingen en door het evalueren van het veranderingsproces.

Bij de toetsing is gebruik gemaakt van enige honderden verslagen van zittingen met individuele cliënten, echtparen en gezinnen. Studenten klinische psychologie, die praktisch werkzaam waren in huisartsenpraktijken, maakten gebruik van uiteenlopende direktieven en opdrachten, zoals deze beschreven zijn in de navolgende hoofdstukken. Verder werkten een aantal direktief therapeuten mee aan de verdere ontwikkeling van het model.

De beschreven direktieven werden op hun bruikbaarheid getoetst en nieuwe direktieven werden uitgetest. Aan de hand van deze iteratieve toetsing werd het ontstane draaiboek verder ontwikkeld.

In schema:



Na het volgen van een cursus direktieve therapie werkten de studenten in vaste tweetallen en deden ze samen de voorbereiding van hun behandelingen, bespraken deze na en schreven na afloop van elke zitting een verslag volgens tevoren ontwikkelde richtlijnen.

Hoewel het accent op co-therapie lag, werden er ook door individuele studenten behandelingen uitgevoerd. In dat geval werkten twee alleenwerkende studenten wat betreft voorbereiding en nabespreking samen.

Na het eerste gesprek gingen de studenten na:

- wat is het aangemelde probleem;
- wat is het kernprobleem en wat zijn de probleembepalende factoren;
- in welke situaties komt het probleemgedrag tot uiting;
- welk behandelingskontraat is er afgesloten;
- welk werkplan wordt opgesteld.

Belangrijke richtlijnen voor de verslaglegging van elke zitting waren:

- wat was de inhoud van het gesprek;
- wat waren de aandachtspunten;
- zijn de tevoren opgestelde aandachtspunten aan bod gekomen;
- hoe verliep het therapeutisch proces;
- wat liep er goed tijdens het gesprek;
- wat waren de problemen tijdens het gesprek;
- zijn er veranderingen bij de cliënt t.o.v. vorige gesprekken;
- welke direktieven zijn er gebruikt;
- wat is het effect van de eerder gegeven direktieven;
- welke afspraken zijn er gemaakt;
- wat zijn de aandachtspunten voor de volgende zitting.

Richtlijnen voor het eindverslag waren:

- wat waren de problemen;
- wat was de leeftijd, geslacht, gezinssituatie, beroep, sociale klasse;
- wat waren de doelstellingen;
- in hoeverre zijn de doelstellingen gerealiseerd;
- welke direktieven zijn gebruikt;
- wat was het effect van de gebruikte direktieven;
- wat was de feitelijke ontwikkeling van het veranderingsproces;
- hoeveel zittingen waren er en over welke periode;
- wat waren de neveneffecten.

Drie maanden na het eindgesprek volgde er een follow-up om na te gaan of de veranderingen zich hebben doorgezet en hoe de situatie op dat moment is.

De hiervoor genoemde aandachtspunten met betrekking tot het eerste gesprek, de verdere zittingen en het eindverslag, zijn in hoofdstuk ... belangrijke aandachtspunten geweest bij 'operationalisering van de probleemstelling'.

Aan de hand van de hiervoor genoemde aandachtspunten volgde een terugkoppeling naar het draaiboek. Dit hield in dat de gegevens uit de verslagen geordend en verwerkt werden. In 'Netwerktraining deel III' komt deze verdere konkretisering van direktieve therapie uitvoerig naar voren. Bij de terugkoppeling werd met name gelet op de randvoorwaarden van de gebruikte direktieven. Hierbij realiseerden we ons dat het moeilijk is een verandering te beschouwen als het resultaat van één bepaald 'direktief'. Direktieven worden gegeven in de kontekst van de hele behandeling, waarbij ook de relatie van de hulpverlener en allerlei invloeden van buitenaf een rol spelen. Tijdens het onderzoek bleek dat door het geven van direktieven wel degelijk tendenzen tot verandering waar te nemen waren.

Onze algemene bevinding is dat cliënten, die voorheen in veel gevallen zouden zijn doorverwezen naar de tweede lijn, in het onderhavige onderzoeksproject veelal gunstig reageerden op de behandeling, terwijl ook de huisartsen na afloop in het algemeen tevreden waren over de behandeling. Met name bij die cliënten die de gegeven direktieven toepasten en hun 'huiswerk' deden, traden er vrijwel altijd duidelijke verbeteringen op. Bij de incidentele gevallen die dit konsekwent weigerden uit te voeren, waren de resultaten weinig bevredigend.

Bekeken naar de vraagstelling in hoeverre direktieve therapie effectief en kortdurend kan worden toegepast in de eerste lijn, vonden we de volgende voorwaarden.

Er moet 'klachtgericht' gewerkt kunnen worden. Dit houdt in dat de klacht niet het gevolg is van een dieperliggende afwijking in de persoonlijkheidsstructuur van de cliënt en dat er een minimale garantie aanwezig is dat bestrijding van het symptoom een verdwijning van de klacht oplevert.

Verder dient de problematiek eenduidig te zijn, d.w.z. snel te omschrijven en af te bakenen. Dit zowel naar het geheel als naar deelgebieden van de klacht.

Tevens dient de problematiek van tijdelijke aard te zijn. Het moet gaan om een vastgelopen situatie op dit moment, m.a.w. om problematiek die recent ontstaan is.

Problematiek die niet aan deze voorwaarden voldoet, zoals zware persoonlijkheidsdeficiënties, langdurige psychiatrische voorgeschiedenis en ernstige verslaving aan medicijnen, alcohol en drugs, kunnen in principe wel met direktieve therapie aangepakt worden, maar de behandeling zal in deze gevallen zelden kortdurend zijn en er treden nogal eens komplikaties op.

In het verlengde van de opmerking van Van der Hart (1978) stellen wij dat direktieve therapie is te beschouwen als een 'zeer konkrete huis-tuinen-keuken-therapie'.

Een konsekwentie hiervan is dat cliënten met hun problemen niet hoeven te wachten tot ze vastlopen, maar dat ze hiermee naar een huisarts of psycholoog kunnen gaan, die geschoold is in direktieve therapie, zoals ze nu met hun somatische klachten naar de huisarts gaan.

Bij 'effektieve gezinsnetwerken' gaan we na wat ons inziens de kenmerken zijn van effectieve gezinsnetwerken. We sluiten daarbij aan op wat diverse gezinstherapeuten hieronder verstaan. Hun opvattingen over effectieve gezinnen zijn van groot belang, aangezien deze in de gezinstherapie impliciet of expliciet als therapeutische doelen gehanteerd worden.

Het effectieve gezin kan, zoals beschreven, opgevat worden als een relatiernetwerk, dat volgens Minuchin (1973) georganiseerd is om zijn leden te steunen en te socialiseren. De hoofdtaak van het gezin is zijns inziens, het scheppen van voorwaarden waaronder de gezinsleden zich kunnen ontplooiën tot volwassen gesocialiseerde individuen.

Een effectief gezin is niet een gezin zonder problemen. Meningsverschillen en conflicten maken wezenlijk deel uit van een harmonisch functionerend gezin en dragen bij tot een goed functioneren, mits men er op een konstruktieve wijze mee weet om te gaan. Wanneer de gezinsleden conflicten konstruktief verwerken, dan brengt de oplossing hen juist dichter tot elkaar, voelt men zich prettiger en heeft men meer begrip voor elkaar. Een redelijk probleemoplossend vermogen is kenmerkend voor een effectief gezin.

We beschrijven de dynamische homeostase in relatie tot de gezinslevenscyclus. Vervolgens gaan we in op het evenwicht tussen gezamenlijkheid en privacy, en de balans tussen geven en nemen. Verder komt aan de orde de open kommunikatie, welke als doorslaggevend kan worden beschouwd voor het handhaven van dit evenwicht. Daarbij geven we aan hoe meningsverschillen en conflicten op konstruktieve wijze kunnen bijdragen aan het herstel van het evenwicht tussen gezamenlijkheid en privacy. Verder geven we aan hoe verschillende effectieve gezinsklimaten voortvloeiën uit de manier waarop het gezin het evenwicht tussen gezamenlijkheid en privacy hanteert. Daarna behandelen we de effectieve vormgeving van de diverse subsystemen in het gezin - respectievelijk het partnersubstelsysteem, het oudersubstelsysteem en het substelsysteem van de kinderen - en de invloed van het ecosysteem.

Bij 'niet-effektieve gezinsnetwerken' behandelen we verschillende kenmerken van niet-effektieve gezinsnetwerken. Uitgangspunt daarbij vormen de opvattingen van diverse gezinstherapeuten. Hun inzichten zijn van groot belang bij het onderkennen van de factoren die bij een problematische gezinssituatie een belangrijke rol spelen of deze zelfs veroorzaken.

Aansluitend bij de systeemtheorie waarin het gezin als een eenheid wordt beschouwd, is het probleem van één gezinslid een boodschap over het functioneren van het gehele gezin. Het gezin wordt opgevat als een zelfregulerend systeem en het symptoom van de 'geïdentificeerde patiënt' heeft een belangrijke functie voor dat systeem. In een dergelijk gezin kan men niet spreken van de oorzaak van de problemen, maar van bijdragen van alle gezinsleden aan het handhaven en versterken van de problematiek. De gezinsleden zijn daarbij als het ware gevangen in een proces dat meestal geen van de deelnemers heeft beoogd of voorzien. Dit proces verloopt veelal onuitgesproken en onbewust, terwijl ook de mogelijkheden om dit proces te doorbreken, ontbreken. Kenmerkend is een uitspraak als: "We hebben veel ruzie. Maar ik weet niet hoe ik het moet voorkomen".

Vaak verloopt de kommunikatie binnen het gezin disfunctioneel en doen zich emotionele spanningen voor tussen de gezinsleden. Alledaagse problemen kunnen zo uitgroeien tot reusachtige conflicten, die dan niet meer doelmatig kunnen worden opgelost. Er is dan ook sprake van een te gering probleemoplossend vermogen van het hele gezin.

We beschrijven de statische homeostase in relatie tot de gezinslevenscyclus en het proces van escalatie. Vervolgens komt het verstoorde evenwicht tussen gezamenlijkheid en privacy, en tussen geven en nemen aan de orde, en laten we zien hoe uit de communicatie naar voren komt, dat bij een dergelijke verstoring het effectieve samenspel tussen en de harmonische ontplooiing van de gezinsleden geblokkeerd is geraakt. Daarbij gaan we in op het ontoereikende probleemoplossend vermogen van het gezin, waardoor problemen die voortvloeien uit het spanningsveld tussen gezamenlijkheid en privacy, niet opgelost worden en elkaar zelfs kunnen gaan versterken. Verder geven we aan hoe 'gezinsmythes' dit spanningsveld in stand kunnen houden. Daarna gaan we in op het begrip 'triadevorming' en behandelen we de diverse niet-effektieve subsystemen in het gezin en de invloed van het ecosysteem.

De 'school als tweede opvoedingsmilieu' heeft als doel het kind te socialiseren en voor te bereiden op de maatschappij. Deze socialisering gebeurt door zowel kennisoverdracht als persoonlijkheidsontwikkeling. De kennisoverdracht is over het algemeen duidelijk geëxpliciteerd in het lesprogramma, terwijl de persoonlijkheidsontwikkeling vaak impliciet verloopt. Aangezien de kinderen een belangrijk gedeelte van de dag op school zijn, is het duidelijk dat de invloed van de school op de ontwikkeling van de kinderen aanzienlijk is.

Tussen de schoolsituatie en de gezinssituatie bestaat een wisselwerking. Zo speelt de invloed van de school op het kind door in de thuissituatie, terwijl omgekeerd de situatie thuis het gedrag van het kind op school mede bepaalt.

Als het kind een goed contact met de onderwijzer en met de andere kinderen heeft, stimuleert dit zijn sociale, emotionele en verstandelijke ontwikkeling en is het voor hem een verrijking om naar school te gaan. Vaak is het dan zelfs zo, dat een effectieve schoolsituatie een niet-effektieve thuissituatie kan compenseren.

Anderzijds echter kunnen problemen die zich thuis voordoen, ontstaan door gebeurtenissen op school, terwijl omgekeerd veel problematisch gedrag van het kind op school met huiselijke omstandigheden samenhangt.

We behandelen globaal de onderwijsopbouw in Nederland. Daarna bespreken we meer effectieve vormen van onderwijs, Vervolgens komen niet-effektieve vormen van onderwijs aan de orde. Tenslotte gaan we in op een veranderingsproject dat minder effectieve vormen van onderwijs ombuigt in een meer effectieve richting.

netwerktraining deel III - netwerktraining in de praktijk: direktieve therapie

Netwerktraining deel III omvat netwerktraining in de praktijk ofwel direktieve therapie.

In dit deel gaan we zowel in op de beïnvloeding van het gehele gezinsnetwerk en de subsystemen daarin, als op de training van afzonderlijke gezinsleden en individuele cliënten.

Netwerktraining deel III beschrijven we uitvoeriger, aangezien hierin de in dit onderzoek gebruikte direktieven gedetailleerd zijn uitgewerkt.

In dit deel komen respectievelijk aan de orde: de uitgangspunten van netwerktraining, het beïnvloedingssysteem, de inventarisatiefase, de aktiefase en de stabilisatiefase.

uitgangspunten van netwerktraining: direktieve therapie

Bij 'uitgangspunten van netwerktraining: direktieve therapie' gaan we in op netwerktraining als synthese van formatietraining en gezinstherapie en laten we zien dat netwerktraining analoog is aan direktieve therapie.

Onder netwerktraining verstaan we zowel het op gezinsniveau gericht beïnvloeden van het netwerk van relaties en interacties tussen gezinsleden, als het op persoonsniveau veranderen van het geïnternaliseerde gezinsnetwerk binnen de formaties van afzonderlijke gezinsleden en individuele cliënten. Bij netwerktraining kan de hulpverlener* individueel, met echt)paren en in gezinsverband werken en kenmerkt de behandeling zich veelal door het beperpte aantal zittingen, variërend van 6 tot ± 15.

Het doel van netwerktraining is het persoonlijke functioneren en de zelfaktualisatie van het individu zo optimaal mogelijk te maken en het probleemoplossend vermogen van individuen, echt)paren en gezinnen te verhogen.

We sluiten hierbij aan op de ideeën zoals deze ontwikkeld en beschreven zijn in 'Netwerktraining deel I - de persoonsgerichte benadering' en in 'Netwerktraining deel II - de gezinsgerichte benadering'.

Uit de persoonsgerichte benadering vloeit voort dat individuele problemen aangepakt kunnen worden door het veranderen van problematische rolpatronen en dat het relatienetwerk van het gezin beïnvloed kan worden door formatietraining van één of meer gezinsleden of individuele cliënten.

Bij de gezinsgerichte benadering ligt het accent op het gericht beïnvloeden van de relatie- en interactiepatronen tussen de gezinsleden.

Netwerktraining is op te vatten als een synthese tussen deze twee benaderingen en biedt mogelijkheden op beide niveaus aan concrete veranderingen te werken.

Netwerktraining beschouwen we als een bijdrage tot de zgn. direktieve therapie.

Zoals we gezien hebben zijn direktieven aanwijzingen, adviezen en opdrachten, die toegepast kunnen worden binnen de psychologische hulpverlening om problemen te verhelderen en veranderingen te bewerkstelligen.

De direktieve therapie en de achterliggende mensbeelden van direktieve therapie zijn reeds aan de orde geweest in hoofdstuk 3 'Wat is direktieve therapie' en 'vergelijking van de direktieve therapie met andere therapierichtingen'.

* Onder hulpverlener verstaan we psychotherapeut, psychiater, psycholoog, arts, pastor en maatschappelijk werkende.

het beïnvloedingssysteem

Als een gezin of een gezinslid bij een hulpverlener komt, betekent dit dat de hulpverlener tot op zekere hoogte deelgenoot wordt. Vanaf de eerste zitting beïnvloedt hij door zijn aanwezigheid en door wat hij zegt en doet en niet doet de interacties tussen de gezinsleden. In systeemtermen betekent dit dat er sprake is van twee systemen, namelijk de hulpverlener(s) als hulpverlenend systeem en het gezin of het gezinslid als cliëntensysteem. Deze twee systemen vormen tijdelijk een nieuw, omvattend systeem: het beïnvloedingssysteem,

Aangezien in een systeem een verandering in één of meer delen gevolgen heeft voor de toestand van andere delen, kan de hulpverlener veranderingen in het cliëntensysteem induceren door zijn eigen houding en gedrag doelbewust te variëren. Dit hanteren van zijn eigen gedrag om het gezin of het gezinslid te veranderen noemen we de interventies van de hulpverlener.

Het beïnvloedingssysteem heeft een tijdelijk karakter en doorloopt een drietal fasen die nauw samenhangen met de fasen in het veranderingsproces. In de inventarisatiefase voegt het hulpverlenend systeem zich in bij het cliëntensysteem en vormt zich het beïnvloedingssysteem. In de actiefase stuurt het hulpverlenend systeem de veranderingen in het cliëntensysteem. In de stabilisatiefase maakt het hulpverlenend systeem zich langzamerhand los van het cliëntensysteem en verdwijnt het beïnvloedingssysteem.

Bij de verdere uitwerking van het beïnvloedingssysteem beschrijven we: de relatie tussen het hulpverlenend systeem en het cliëntensysteem, overdracht en tegenoverdracht, de samenstelling van het hulpverlenend systeem in relatie tot het cliëntensysteem, effectieve en niet-effectieve hulpverlenersrollen, en het reddingsspel.

de inventarisatiefase: de aanmelding en het eerste gesprek

In de inventarisatiefase ligt de nadruk op het analyseren van de aanwezige problematiek zowel op gezins- als op formatieniveau, en op het verkennen van de mogelijkheden tot verandering.

We gaan in op de aanmelding en op interventies die de hulpverlener kan toepassen in een acute krisissituatie.

Vervolgens werken we de fasering van het eerste gesprek nader uit.

In het intake-gesprek, een oriënterend, vrijblijvend gesprek vaak in de vorm van een telefoongesprek, gaat de hulpverlener na welke problemen er spelen en of men voor behandeling in aanmerking komt of dat doorverwijzing zinvol is.

Zo kan uit dit gesprek naar voren komen dat het zinnig is te werken met een individuele cliënt, met de partners of met het gehele gezinssysteem.

Blijkt bij de aanmelding dat er een krisissituatie is, waarbij één van de gezinsleden zich psychotisch gedraagt of sprake is van een dreigend of uitgevoerde poging tot zelfdoding, dan is het zaak om snel de 'geïdentificeerde patiënt' te ontvangen of zo mogelijk hem in zijn thuissituatie te bezoeken. Daarbij richt de hulpverlener zich erop de crisis te verminderen, een eventuele opname te voorkomen, en een begin te maken met het verruimen van de problematiek naar het totale gezinsfunktioneren. Spanning en onrust van zowel de geïdentificeerde patiënt als de andere gezinsleden probeert de hulpverlener te verminderen door zich empatisch en steunend op te stellen. Daarbij maakt hij gebruik van de volgende technieken: 'heretikettering', 'indirekte communicatie via derden', de 'bemoederings-techniek' en de 'horror-techniek' (Hoogduin en Druijf, 1980; Jenner en Henneberg, 1982; en Jenner, 1982).

In het eerste gesprek ligt de nadruk op een eerste probleemverkenning en op het nagaan van de gewenste veranderingen.

De hulpverlener richt zich op het inventariseren van situaties waarin het probleemgedrag met name tot uiting komt.

Daarbij maakt de hulpverlener duidelijk dat het er niet om gaat schuldigen aan te wijzen of veroordelingen uit te spreken, maar om de belemmeringen uit de weg te ruimen en te komen tot een betere onderlinge verstandhouding.

Bij de analyse van de problematiek maakt de hulpverlener gebruik van een 'sterkte-zwakte-analyse'. Enerzijds verkent hij de probleemvelden zowel op gezins- als op formatieniveau, anderzijds schat hij de sterke elementen in - de zgn. 'eilanden van gezondheid' - en lokaliseert die gebieden die flexibel zijn en die kunnen veranderen.

Aandachtpunten kunnen zijn:

het levensontwerp, het lichaamsbeeld, de dagindeling, de vrijetijdsbesteding en de probleembepalende rollen van de afzonderlijke cliënten;

de functie van de klachten voor de stabiliteit in het gezin, wie er in het gezin het meest en wie het minst met het probleem belast zijn, het gezinsklimaat, de communicatiepatronen tussen de gezinsleden, de taakverdeling in het gezin, de gezinsgeschiedenis;

woonomstandigheden, schoolproblemen, arbeidsproblemen en dergelijke.

Om het gesprek gestructureerd te laten verlopen, is het zinvol de werkpunten in rondes aan bod te laten komen en de problematiek partsgewijs te bespreken. Het werken in rondes stelt de hulpverlener in staat ordeningen te maken en feedback te geven, en stimuleert de cliënt bij het onderwerp stil te staan en dit verder uit te diepen.

In een ronde kan de hulpverlener gebruik maken van de volgende door Ivey (1976) beschreven gesprekstechnieken: verhelderen, parafraseren, reflekeren en samenvatten.

Verhelderen houdt in dat de hulpverlener de cliënt stimuleert het vertelde van een abstrakt, algemeen niveau terug te brengen naar een concreet niveau van directe ervaringen.

Parafraseren is het in eigen woorden herhalen van hetgeen de cliënt net verteld heeft, waarbij de hulpverlener vooral ingaat op de cognitieve inhoud. Reflektieren houdt in dat de hulpverlener de emotionele inhoud van hetgeen de cliënt naar voren brengt in eigen woorden weergeeft.

Een samenvatting is een weergave van de wezenlijke momenten uit het gesprek en legt zonodig nieuwe verbanden tussen besproken elementen.

Vaak is een samenvatting een aanleiding om over te gaan op interpretaties en commentaren, en geeft het de gelegenheid nieuwe onderwerpen aan bod te laten komen.

Bij het verkennen van de probleemvelden let de hulpverlener zowel op de wijze waarop de interacties tussen de gezinsleden verlopen, als op de inhoud van wat er gezegd wordt.

Op grond van wat de gezinsleden of de individuele cliënten naar voren brengen onderkent de hulpverlener gezinsmythes, niet-effektieve subsystemen, probleemrollen en paradoxen, die er toe bijdragen dat de problematiek in stand wordt gehouden.

Daarnaast gaat hij na hoe onopgeloste, niet verwerkte situaties uit het verleden van de cliënten doorspelen in het heden.

Verder houdt hij rekening met de invloed van het ecosysteem.

Vanuit de inzichten die hij zo krijgt, ontwikkelt zich gaandeweg een diagnose, die echter de vorm heeft van een werkhypothese welke voortdurend bijgesteld moet kunnen worden.

Bij het inschatten van de sterke elementen in het gezin, let de hulpverlener erop in welke situaties de gezinsleden wel constructief met elkaar omgaan en onder welke omstandigheden zij functioneel met elkaar kunnen communiceren.

Hij zal hierop regelmatig terugkomen, waarbij hij de interacties positief benoemt als hiertoe aanleiding is, om zo een positief therapeutisch klimaat te creëren.

Op grond van de sterkte-zwakte-analyse bepaalt de hulpverlener de therapeutische doelen en een voorlopige strategie.

Dit resulteert in een behandelingskontraat, waarin hij samen met de cliënten de behandelingsdoelen, de werkwijze, het aantal zittingen en de kosten vastlegt.

de inventarisatiefase: verdere probleemanalyse, communicatie- en interactie-training, destabilisatie, bewustwording en weerstand

In de verdere inventariserende gesprekken komt het accent meer te liggen op de verdere probleemanalyse, communicatie- en interactietraining, het destabiliseren van het cliëntsysteem, de bewustwording van de cliënten, en weerstand tegen bewustwording en verandering.

In de voorafgaande gesprekken heeft de hulpverlener een voorlopige strategie bepaald.

Bij de verdere probleemanalyse nodigt hij, afhankelijk van deze strategie, het gezin, een subsysteem, een afzonderlijk gezinslid of een individuele cliënt uit, en kiest hij een aantal aandachtspunten die hij wil uitwerken in de volgende zittingen.

Tijdens deze zittingen worden de voorlopige hypothesen en de therapeutische doelen, die de hulpverlener tijdens het eerste gesprek voor zichzelf heeft geformuleerd, getoetst, scherper gesteld of verworpen.

De hulpverlener bekijkt hierbij kritisch of de vooronderstellingen die ten grondslag liggen aan zijn hypothesen, juist zijn.

Hij stelt op grond van de verdere gesprekken zijn hypothesen bij, en komt zo tot werkbare inzichten die leiden tot een veranderingsstrategie.

Daartoe zal de hulpverlener aandachtspunten uit het eerste gesprek verder uitdiepen en ingaan op aandachtspunten die nog zijn blijven liggen, zoals de gezinsgeschiedenis.

Kommunicatie- en interactietraining is er volgens Satir (1967) op gericht de gezinsleden te leren zichzelf beter waar te nemen in hun interacties en hun vaardigheden bij te brengen om beter met elkaar te communiceren.

De hulpverlener laat hen naar elkaar luisteren, spiegelt hun verbale en non-verbale communicatie, benoemt het effect van hun interacties, laat hun wederzijdse verlangens expliciet maken en ondersteunt of vermindert de inbreng van bepaalde personen.

Tevens laat de hulpverlener de gezinsleden abstracties concreet maken en vertalen in verwachtingen en behoeftes van de betrokkenen. Wanneer bijvoorbeeld een moeder opmerkt dat Jantje altijd kliert, kan de hulpverlener reageren met: "Dus Jantje doet dingen die U niet fijn vindt. Welke dingen zijn dit?"; "Hoe reageert U meestal?" en "Waarom zou Jantje dit doen?"

Hiermee beoogt hij de gezinsleden begrip voor elkaar te laten krijgen en hen bewust te maken van het effect van hun gedrag op elkaar.

Ze leren oog te krijgen voor het steeds terugkeren van problematische interactiepatronen in het gezin en hun eigen gevoelens en behoeften en die van de ander te onderkennen.

De interventies die het analyseproces ondersteunen, kunnen er tevens op gericht zijn de problematische interactiepatronen te destabiliseren. Volgens Minuchin (1973) moet de hulpverlener "om een gestabiliseerde, ongelukkige situatie te veranderen en om ruimte te maken voor individuele groei van de gezinsleden, vaak een crisis doen ontstaan, die het evenwicht verstoort".

In gezinssituaties is vaak sprake van een geïdentificeerde patiënt en ontkent de rest van het gezin elke noodzaak tot veranderen.

De hulpverlener kan dan besluiten een crisis in het gezinnetwerk te induceren om zo de latente conflicten manifest te maken, zodat ook andere gezinsleden zich bewust worden van hun aandeel in de problematiek.

Hij geeft bijvoorbeeld 'asociale responses' door anders te reageren dan het gezin van hem verwacht, vraagt de gezinsleden direkt met elkaar te praten en niet tegen hem over andere gezinsleden, of konfronteert hen met strijdige uitspraken.

Het hele gezin raakt zo uit evenwicht, waardoor de mogelijkheid ontstaat voor transformatie.

Ook kan het nodig zijn dat de hulpverlener zich op één persoon richt en deze uit zijn evenwicht brengt.

Dit kan hij eveneens doen door middel van de 'asociale response', waarbij hij op een andere manier op hem reageert, dan de persoon gewend is van andere mensen.

Daarnaast gebeurt het vaak dat een gezin in een krisissituatie bij de hulpverlener komt.

Een dergelijke crisis hangt meestal samen met het feit dat in de gezinslevenscyclus de overgang naar een volgende fase geblokkeerd is als gevolg van een statische homeostase in de gezinsverhoudingen.

Met name bij de komst, het naar school gaan, het zelfstandig worden en het uit huis gaan van de kinderen treden dermate ingrijpende veranderingen op, dat hieruit krisissituaties in het gezinsnetwerk kunnen ontstaan.

Bij dergelijke gezinnen is de noodzaak tot veranderen vrij groot en is het voor de hulpverlener vaak gemakkelijker om de statische homeostase te doorbreken.

Juist op het moment waarop de situatie voor de gezinsleden het moeilijkst is geworden, bestaat voor de hulpverlener de grootste kans op het aanbrengen van structurele veranderingen.

In de inventarisatiefase stimuleert de hulpverlener bij de cliënten een proces van bewustwording en streeft hij naar werkbare inzichten, zodat de problemen in meer oplosbare en konstruktieve termen worden gesteld en er een veranderingsperspektief ontstaat.

Haley (1978) merkt in dit verband op dat de hulpverlener geen interpretaties dient te geven om de gezinsleden te helpen begrijpen waarom of hoe ze zich gedragen. Door hen op deze wijze 'bewust' te willen maken, konfronteert hij hen in feite met wat ze verkeerd doen, wat tot verzet en mislukking kan leiden. Hij 'accepteert' wat ze doen en maakt tactisch gebruik van interpretaties hierover om de gezinsleden te motiveren te veranderen.

Bij de bewustwording maakt de hulpverlener vaak gebruik van het 'positief heretiketteren' van probleemgedrag.

Hij plaatst de moeilijkheden in een zo gunstig mogelijk kader, en herdefinieert de situatie als anders dan - zo niet tegengesteld aan - de situatie zoals de cliënt of de gezinsleden die zelf definiëren.

Het provocerende gedrag van een puber vertaalt de hulpverlener bijvoorbeeld in het verlangen naar meer vrijheid en het zoeken naar een eigen identiteit. Daarbij werkt de hulpverlener aan 'bewustwording' in die zin dat hij aangeeft welke wezenlijke legitieme behoeften en verlangens achter het negatieve gedrag van de cliënten schuil gaan.

De persoon kiest alleen eenzijdige niet-effektieve methoden om dit te realiseren.

Het gaat erom de achterliggende behoeften en verlangens anders te vervullen. Door nieuwe interpretaties aan te dragen en de positieve intentie achter het probleemgedrag naar voren te halen, vermijdt hij dat de cliënten zichzelf en elkaar blijven stigmatiseren op hun probleemgedrag, en stimuleert hij hen te gaan letten op de meer positieve aspecten van zichzelf en de ander, waardoor een aanzet tot verandering wordt gegeven.

Vaak nemen positieve heretiketteringen 'schuld' weg, versterken ze het 'gevoel van eigenwaarde' van de cliënten en bewerkstelligen ze dat de heretiketteringen gaan werken als 'zichzelf waarmakende voorspellingen'.

Zowel bij destabilisatie als bij bewustwording zal de hulpverlener nogal eens stuiten op 'weerstand' van de cliënten of het cliëntensysteem.

Enige ambivalentie tegenover de doelen van de behandeling is gebruikelijk. De meeste cliënten manifesteren zowel de wens tot bepaalde veranderingen als enige weerstand tegen de realisering van die veranderingen. Veelal is het pijnlijk als de cliënten zich ervan bewust worden dat zij dingen 'fout' zien of 'fout' doen. Door het etiketteren van het eigen gedrag als foutief en zichzelf schuldig te voelen, wordt een negatief zelfbeeld in de hand gewerkt, met als gevolg dat de mogelijkheid tot verandering bemoeilijkt wordt.

Wanneer de weerstand sterk is, werkt deze blokkerend op het veranderingsproces. In dit geval is de cliënten, met name als lid van het gezin, er veel aan gelegen de bestaande interactiepatronen en daarmee de statische homeostase te handhaven.

Meestal zijn er aan het probleemgedrag ook belonende aspecten verbonden en is er bijv. sprake van ziektewinst. Zo is het belonende aspect van psychosomatische klachten vaak het vermijden van een openlijk konflikt en tevens het naar zich toetrekken van aandacht.

Bij weerstand tegen bewustwording en verandering verdringen de cliënten emoties die voor henzelf angstverwekkend zijn en die een bedreiging vormen voor de gezinsverhoudingen.

Weerstand uit zich vaak in het ontkennen van onplezierige feiten omtrent het eigen gedrag, het niet willen onderkennen van het eigen aandeel in problematische interacties, het ontwijken, relativiseren, ridiculiseren of intelektualiseren van konfliktpunten en het ontkennen van elke noodzaak tot veranderen.

Ook komt het voor dat men de hulpverlener meer of minder rechtstreeks aanvalt en beschuldigt.

Vaak vloeit weerstand voort uit angst voor de toekomst.

De cliënten staan aanvankelijk positief ten opzichte van de behandeling, maar er treedt weerstand op als de hulpverlener gaat herstrukturieren en daarbij inbreuk maakt op de regels van het gezin of als hij werkt aan bewustwording. De angst voor een onzekere toekomst leidt tot afweer van de cliënten, aangezien ze weten wat ze hebben en niet weten wat ze krijgen. Daarom zijn ze geneigd vast te houden aan hun gebruikelijke kijk op de dingen en aan de bestaande manier van omgaan met anderen.

Aangezien er ook belonende aspecten verbonden zijn aan het probleemgedrag, is het er de cliënten vaak veel aan gelegen de bestaande interactiepatronen te handhaven of de 'oude' gezinssituatie te herstellen.

De cliënten zullen dan nogal eens aanzienlijke druk op de hulpverlener uitoefenen om zijn steun te verkrijgen voor hun pogingen om vast te houden of terug te keren naar de vertrouwde manier van omgaan met elkaar.

Weerstand wordt zeer vaak door de hulpverlener zelf opgeroepen.

Dit zal bijvoorbeeld het geval zijn als hij, in plaats van hoop te induceren, zich konfronterend opstelt.

Veelal introduceert hij daarmee de 'schuldvraag' en maakt gevoelens los die de draagkracht van het gezin te boven gaan.

Weerstand is dan een functionele reactie op de niet-effektieve interventies van de hulpverlener.

Volgens Bandler en Grinder (1981) zegt het begrip 'weerstand' eerder iets over de hulpverlener dan over de cliënten.

De hulpverlener ontwikkelt in dit geval niet zelden een 'weerstandstheorie' om te verklaren waarom zijn interventies geen resultaat hadden, in plaats van te onderkennen dat de weerstand samenhangt met de mythe dat 'door konfrontatie de cliënten zich bewust worden van alle toegedekte konflikten en dat dit leidt tot verandering'.

Op deze manier wordt zijn therapie een spel van zetten en tegenzetten, waarbij men zich in stellingen ingraaft.

Bandler en Grinder (1981) stellen dat weerstand het best geïnterpreteerd kan worden als een uitspraak die zegt: "Kom regel het een beetje anders, zodat ik die pijn niet meer hoef door te maken". Het is op te vatten als een signaal dat de cliënt 'wel degelijk aan zijn problemen wil werken, maar op zijn eigen condities'.

Weerstand tegen verandering kan de hulpverlener strategisch benutten door 'utilisatie', d.w.z. het accepteren en gebruik maken van de weerstand. Het accepteren van de weerstand impliceert vaak dat de hulpverlener het probleemgedrag van de cliënt zodanig heretiketteert, dat de 'schuldvraag' naar de achtergrond verdwijnt, het zelfrespect toeneemt en hoopvolle alternatieven zichtbaar worden.

Gebruik maken van de weerstand houdt in dat de hulpverlener begint mee te gaan met de weerstand. Door deze vervolgens aan te moedigen, krijgt hij er de controle over.

Het accepteren en gebruik maken van de weerstand komt er volgens Haley (1963) op neer dat de interaktionele betekenis van het weerstandgedrag verandert. Net zoals men zich niet kan verzetten tegen iemand die dat verzet eist, verandert weerstand in een 'vorm van medewerking' als deze wordt toegestaan en zelfs aangemoedigd.

Weerstand tegen verandering kan voorkomen worden door het tijdig in gang zetten van een proces van creatieve afbraak.

Het proces van creatieve afbraak houdt in dat het oude, statische evenwicht waarin het gezin of het individu verkeert, verbroken wordt, om plaats te maken voor een nieuw, dynamisch evenwicht.

Hierdoor ontstaat er ruimte voor de verdere ontwikkeling van de persoonlijkheid van de afzonderlijke gezinsleden of individuele cliënten.

Het proces van creatieve afbraak vindt vooral plaats in de aktiefase.

de aktiefase: typen opdrachten

De aktiefase kenmerkt zich door het realiseren van de veranderingsdoelen die voortvloeien uit de analyse, het in gang zetten van het proces van creatieve afbraak en het verhogen van het probleemoplossend vermogen van de cliënt of het cliëntensysteem.

In de aktiefase induceert de hulpverlener veranderingen, waarbij hij, afhankelijk van de problematiek, kan aangrijpen op het gezinssysteem, op delen daarvan of op afzonderlijke individuen.

Het accent in deze fase ligt op het realiseren van de veranderingsdoelen door verschillende typen opdrachten.

De aktiefase omvat het realiseren van de veranderingsdoelen, het in gang zetten van het proces van creatieve afbraak en het verhogen van het probleemoplossend vermogen.

Bij het realiseren van de veranderingsdoelen zal de hulpverlener het doel zo veel mogelijk opsplitsen in haalbare stappen, waarbij hij voortbouwt op de sterke elementen in het gezinssysteem of in de formaties van gezinsleden of individuele cliënten.

Via kleine veranderingen zal hij stap voor stap toewerken naar de gestelde doelen.

Op grond van de bereikte veranderingen zal hij steeds iedere volgende stap opnieuw bekijken op zijn waarde en haalbaarheid.

Daarbij interpreteert hij de bereikte veranderingen als succesjes, die de cliënten motiveren zich in te zetten.

Treden er concrete veranderingen op, dan dient de hulpverlener de cliënten hiervoor zo veel mogelijk te belonen.

Naderhand zullen de behaalde successen op zich belonend gaan werken.

Bij het in gang zetten van het proces van creatieve afbraak sluit de hulpverlener aan bij de destabilisatie, door vastgelopen interactiepatronen te doorbreken, en stimuleert hij de gezinsleden door middel van opdrachten om te gaan experimenteren met nieuwe manieren van met elkaar omgaan. Hierdoor worden soms schijnbaar uitzichtsloze impasses doorbroken, ontstaan nieuwe perspectieven en maken oude, niet-effektieve rollen en interactiepatronen plaats voor nieuwe, meer effectieve.

Door de creatieve afbraak verandert de statische homeostase, die zich uit in stereotype patronen, in een dynamische homeostase.

Het verhogen van het probleemoplossend vermogen wordt vooral bewerkstelligd door de perspectieven die de gezinsleden beginnen te zien, als zij ervaren dat ze ook op een andere, meer positieve manier met elkaar kunnen omgaan. Pas dan nemen de weerstanden tegen verandering sterk af, en zetten zij zich gemotiveerd in voor het veranderingsproces.

In de aktiefase is het uitvoeren van huiswerkopdrachten zeer belangrijk. We onderscheiden als typen opdrachten onder meer: monitoring-opdrachten, ontspanningsoefeningen, focussen, leeropdrachten, ankeren en herkadereën, verbeeldingsopdrachten, roloperdrachten, rationeel-erotische opdrachten, paradoxale opdrachten, rituele opdrachten en droomtechnieken.

1. monitoring-opdrachten

Een monitoring-opdracht is een techniek ontleend aan de gedragstherapie en komt in feite neer op het de cliënten laten uitvoeren van een 'funktionele analyse', waarbij ze het probleemgedrag of de klacht, en de interactiepatronen die daarmee samenhangen, observeren en registreren.

Op deze wijze wordt duidelijk waaruit het probleemgedrag precies bestaat, en worden de 'antecedente' factoren - aan het probleemgedrag voorafgaand - en de 'konsekvente' factoren - op het probleemgedrag volgend - zichtbaar.

Een monitoring-opdracht bestaat meestal hieruit dat de hulpverlener de cliënt of één of meer gezinsleden vraagt bepaalde aspecten van de problematiek te observeren en te registreren.

Daarbij hanteert hij het 'bewustwordingsparadigma' en zegt hij bijvoorbeeld: "In feite bent U zich nog niet voldoende bewust van Uw klacht. Wanneer U erop gaat letten, zult U merken dat er iets gaat veranderen."

Op deze wijze introduceert de hulpverlener het idee dat de registratie leidt tot bewustwording en verandering.

Monitoring kan zowel 'zelf-monitoring' als 'observatie van anderen' inhouden.

Bij 'zelf-monitoring' dient de persoon op momenten dat het probleemgedrag of de klacht optreedt, of op een vastgesteld tijdstip, zich zo mogelijk terug te trekken in een zgn. 'time-out-ruimte', bijv. de slaapkamer of de studeerkamer.

Daar observeert en registreert hij precies welke sensaties hij beleeft, welke gevoelens en gedachten hij daarbij heeft, waar en wanneer de klachten optreden en hoe intens, wat eraan vooraf gaat en hoe het afloopt, wat hijzelf doet en wat eventuele anderen doen.

Als de persoon de opdracht krijgt 'anderen te observeren', zal dit vaak gericht zijn op de condities waaronder het probleemgedrag van de ander optreedt.

Vinden de ouders bijv. dat de kinderen altijd zo 'klieren', dan moeten ze letten op welke momenten 'het' gebeurt, wat de kinderen dan precies doen, wat eraan vooraf ging - de 'antecedente' factoren - en welke konsekventies eruit voortvloeien - de 'konsekvente' factoren.

Een van de functies van monitoring is informatie verzamelen. Daarnaast ontstaat volgens Kanfer (1975) door observatie en registratie van het probleemgedrag vaak een afname van dat gedrag.

Een mogelijke verklaring van dit veranderingsaspect is, dat de cliënt door monitoring wordt afgeleid van het probleemgedrag of de klacht. Als bijv. allerlei gedachten door het hoofd van de cliënt rondtollen, dan accentueert de hulpverlener het afleidingsaspect door op te merken: "U hoeft er niet meer aan te denken, want U heeft het opgeschreven".

Vaak werkt monitoring tevens als een 'welwillende beproeving'. Dit houdt in dat de registratie van de klacht meer inspanning vergt, dan het hebben van minder klachten. Bovendien kan de welwillende beproeving, waarbij de cliënt uitvoerig stil staat bij zijn klacht, motivatieverhogend werken, aangezien hij zich bewust wordt van wat hij in ieder geval niet wil.

Daarnaast bewerkstelligt monitoring dikwijls een destabilisatie van de problematische interactiepatronen en een aanzet tot verandering. Monitoring leidt er dan toe dat het referentiekader van de cliënt wordt gewijzigd. Hij wordt losgemaakt van rigide interpretatie- en reactiepatronen. Wanneer partners de opdracht krijgen hun ruzies te registreren, wordt het negatief op elkaar reageren doorbroken en worden ze zich vaak bewust van de onbenulligheid van hun ruzies.

2. ontspanningsoefeningen

Ontspanningsoefeningen zijn ontleend aan de hypnotherapie en de gedragstherapie. Ze zijn erop gericht de persoon te leren zich te ontspannen in situaties die spanning teweeg brengen.

Daarmee krijgt hij de controle over zichzelf in deze situaties en is hij in staat gedachten en gevoelens los te laten op momenten dat dit wenselijk is.

Globaal genomen zijn er twee grondvormen van ontspanningsoefeningen: de stapsgewijze ontspanning ('progressive relaxation') van Jacobson (1938, 1964) en de autogene training van Schultz (1959).

Stapsgewijze ontspanning is erop gericht ontspanning te bereiken door afzonderlijke spiergroepen achtereenvolgens te spannen en te ontspannen. Zo leert de persoon steeds beter het verschil te voelen tussen spanning en ontspanning, en daardoor is hij in staat de spanning uiteindelijk geheel te elimineren.

Een instructietekst van stapsgewijze ontspanning is opgenomen in bijlage 2.

Autogene training werkt aan een globale ontspanning door middel van suggestie. Daarbij richt de persoon zijn aandacht op een bepaald lichaamsdeel, terwijl bepaalde suggesties herhaald worden. Zo luidt de suggestie voor het hart: "Mijn hart klopt rustig, duidelijk en regelmatig".

Ontspanningsoefeningen kunnen gebruikt worden om angst en spanning te reduceren.

Er wordt dan gebruik gemaakt van het door Wolpe (1959) geïntroduceerde principe van de 'reciproke inhibitie'. Hierbij gaat men uit van de hypothese dat angst en ontspanning onverenigbare responsen zijn.

Daarnaast kunnen ontspanningsoefeningen dienen als voorbereiding op focussen en verbeeldingsopdrachten.

In deel IIIB hebben we beschreven: de voorbereiding van een ontspanningsoefening, verschillende typen ontspanningsoefeningen en de afsluiting van een ontspanningsoefening.

3. focussen

Focussen is een techniek uit de experiëntiële, non-direktieve therapie, die door Gendlin (1981) ontwikkeld is, en die leert zien hoe persoonlijke problemen en vragen concreet in het lichaam merkbaar zijn.

Het helpt contact te krijgen met 'lichaamssignalen' die normaal worden genegeerd, en is een manier om de wijsheid van het lichaam te ontsluiten waardoor men deze kan gebruiken.

Focussen stelt de persoon in staat "innerlijk voeling te krijgen met zichzelf, te ontdekken waar hij in zijn leven is vastgelopen, waar hij verkrampt is, waar hij zich geremd voelt en waar hij in zijn ontplooiing wordt belemmerd - en hem te helpen daarin iets te veranderen".

Focussen is een proces waarin de persoon contact tot stand brengt met het probleem en het lichaamsgevoel dat daarmee gepaard gaat.

Het gaat om een ander soort naar binnen gerichte aandacht voor wat aanvankelijk vaag lijkt, niet om het 'contact krijgen met gevoelens' en evenmin om de 'inhoudsloze rust' van mediteren.

Het is een ontwikkeling die volgt op het contact krijgen met een bijzondere vorm van innerlijk lichamelijk gewaarzijn. Dit innerlijk gewaarzijn omschrijft Gendlin als het 'ervaren gevoel', het gevoel dat het lichaam heeft van een bepaalde moeilijkheid of situatie. Het is de wijze waarop het lichaam aan het hele proces draagt.

Een ervaren gevoel is geen emotie, maar 'iets' dat eerst niet herkend wordt - het is vaag en mistig, zinvol maar niet bekend.

Dit moet zich vormen door de aandacht te richten in het lichaam.

Dan komt het in het brandpunt van de aandacht en verandert onder invloed van de positieve, richtinggevende, op het leven georiënteerde kracht die eigen is aan het lichaam.

Er verandert fysiek iets in het lichaam, er komt iets verkrampts los, waardoor het lichaam zich enigszins ontspant.

Er wordt een 'verschuiving' gevoeld, waarna het probleem anders lijkt.

Dit veranderingsproces is niet pijnlijk, maar het doet weldadig aan "als het inademen van frisse lucht na een langdurig verblijf in een benauwde ruimte".

Het 'naar binnen zien' of 'focussen' doorloopt volgens Gendlin de volgende fasen: ruimte scheppen, ervaren gevoel van het probleem, een handvat vinden, laten resoneren, vragen, ontvangen.

In de fase van het ontvangen zal, als reactie op de gestelde vraag en als gevolg van de optredende 'verschuiving', het ervaren gevoel zich openen en komt er een antwoord naar boven.

Bij focussen is het belangrijk zonder haast door deze fasen heen te gaan en daarbij vooral aandacht te schenken aan de manier waarop het lichaam aanvoelt.

Volgens Gendlin treedt een echte verandering pas op, wanneer deze lijfelijk wordt ervaren.

4. leeropdrachten

De principes die ten grondslag liggen aan leeropdrachten sluiten aan bij de bevindingen van de leertheorie en de gedragstherapie.

De leertheorie gaat ervan uit dat gedrag gevormd en in stand gehouden wordt door de belonende consequenties die erop volgen, en dat gedrag dat nooit beloond wordt tenslotte verdwijnt.

Het aanleren van een bepaald gedrag berust op 'konditionering', d.w.z. het koppelen van een bepaalde stimulus aan een bepaalde respons.

Bij het opstellen van leeropdrachten maakt de hulpverlener vaak gebruik van een stap-voor-stap-strategie, die hij combineert met konditionerings-technieken. Hij werkt in kleine, overzichtelijke stapjes naar een bepaald doel en herleidt de problematiek tot een overzichtelijke reeks van stapsgewijs overbrugbare, concrete opgaven welke binnen het bereik van de cliënt liggen. Deze 'direktieven' zijn erop gericht ongewenst gedrag te verzwakken en gewenst gedrag te vormen en te versterken.

Wanneer de leeropdracht erop gericht is de cliënt te leren macht te krijgen over zijn eigen probleemgedrag, dan maakt men gebruik van 'zelf-kontroleprocedures'. Hierbij koppelt de cliënt zelf bepaalde consequenties aan het optreden van gewenst of ongewenst gedrag.

Vaak gaat het hier om specifieke klachten, zoals overmatig roken, drinken, eetaanvallen, studieproblemen en dergelijke.

Het verzwakken van ongewenst gedrag en het vormen en versterken van gewenst gedrag kan ook plaats vinden in een gezinscontext.

In dat geval is de leeropdracht vaak zo opgezet dat de gezinsleden gewenst gedrag van elkaar belonen en elkaars ongewenste gedragingen negeren.

In deel IIIb gaan we bij leeropdrachten in op een aantal technieken om gedrag respectievelijk te verzwakken, te versterken of om nieuw gedrag te vormen.

5. ankeren en herkaderen

Ankeren wordt door Bandler en Grinder (1981) omschreven als "een methode om gevoelens van bekwaamheid over te brengen naar een situatie waarin de cliënt zich niet competent voelt of om negatieve gevoelens over bepaalde ervaringen te neutraliseren met behulp van ervaringen waarbij de cliënt positieve gevoelens heeft".

Herkaderen (of 'reframing') houdt volgens Bandler en Grinder (1981) in "dat er alternatieve gedragingen geschapen worden, die tegemoet komen aan de eraan ten grondslag liggende onbewuste intentie en die acceptabel zijn voor alle andere delen van de betrokkene".

Bandler en Grinder (1981) sluiten met ankeren en herkaderen aan op principes ontleend aan de leertheorie en de Gestalttherapie.

Ze hanteren hierbij de volgende uitgangspunten:

"Mensen bezitten alle vermogens die ze nodig hebben om te kunnen veranderen, maar deze vermogens zijn vaak onbewust en niet in de geschikte kontekst georganiseerd";

"Ieder stukje gedrag, welk gedrag ook, heeft een positieve functie in een bepaalde kontekst en kan worden benut als een waardevolle hulpbron".

Beide uitgangspunten zijn, zoals we in hoofdstuk 3 gezien hebben, essentieel voor 'direktieve therapie'.

Het tweede uitgangspunt is tevens terug te vinden bij de technieken van het 'positief heretiketteren'.

Verder beschouwen Bandler en Grinder, overeenkomstig de Gestaltvisie, problemen als gedissocieerde delen van de persoon.

Zowel ankeren als herkaderen fungeren als integratiemiddelen om de dissociaties te doen verdwijnen, zodat de persoon toegang heeft tot het vermogen in de kontekst waarin hij het nodig heeft.

Daarbij maakt de hulpverlener contact met de 'gezonde' delen van de persoon die wensen te groeien en streeft hij naar samenwerking met deze delen om de cliënt te helpen dwangmatige gedragspatronen om te zetten in patronen van vrije keuze.

Het is de ervaring van Bandler en Grinder dat, gegeven een aantal keuzemogelijkheden, de persoon altijd de beste keuze doet die hij in die kontekst beschikbaar heeft.

6. verbeeldingsopdrachten

Verbeeldingsopdrachten zijn ontleend aan de hypnotherapie en bieden de cliënt de mogelijkheid een probleemsituatie op denkbeeldige wijze gestalte te geven en in gedachten te experimenteren met een andere wijze van omgaan met zichzelf en anderen.

Deze technieken gebruiken beelden en fantasie als hulpmiddel om negatieve gevoelens, zoals zorgen, minderwaardigheidsgevoelens, angst, woede, depressie en onverwerkte ervaringen die samenhangen met konfliktsituaties, hanteerbaar te maken en te overwinnen.

Verbeeldingsoefeningen worden vaak gekoppeld aan ontspanningsoefeningen. Volgens Lazarus (1980) is de combinatie van ontspanning en verbeelding hetzelfde als hypnose en zelfhypnose.

Verbeeldingsoefeningen hebben een gunstige invloed op het zelfbeeld van de persoon en een sturende functie ten aanzien van toekomstige activiteiten.

Volgens de Gestalt-benadering vertegenwoordigen de verschillende kanten van een konflikt de verschillende delen van de persoon.

Door het gebruik van verbeeldingstechnieken komen de verschillende delen van een konflikt op symbolische wijze tot uiting.

Op deze wijze gaat de persoon de confrontatie met zichzelf aan en ontstaat de mogelijkheid de verschillende delen van zichzelf met elkaar te verzoenen.

Verder kunnen verbeeldingsoefeningen gebruikt worden om gewoontes waar de persoon vanaf wil, kwijt te raken en bieden ze de mogelijkheid om zich gewenste eigenschappen eigen te maken.

Zo kan de persoon anticipatie-angst verminderen door zich herhaaldelijk voor te stellen dat hij de betreffende probleemsituatie de baas wordt.

Hij verkent in zijn verbeelding de totale angstverwekkende situatie en speelt de diverse scènes door net zo lang totdat hij er greep op heeft. De angst zal dan aanzienlijk afgenomen zijn.

Verbeeldingstechnieken zijn bij uitstek geschikt voor individuele cliënten, zowel volwassenen als kinderen, met name als er sprake is van onverwerkte ervaringen en assertiviteitsproblemen.

Daarnaast kunnen verbeeldingsoefeningen worden toegepast bij partners om de positieve en negatieve gevoelens naar elkaar op symbolische wijze tot uiting te brengen.

7. rolopdrachten

Zoals in 'Netwerktraining deel I - de persoonsgerichte benadering' naar voren is gekomen, kan het gedrag van partners, ouders en kinderen worden beschreven in termen van rollen.

Bij rolopdrachten krijgt de persoon meer effectieve rollen voorgeschreven, welke hij of zij dient te spelen in bepaalde sociale situaties.

Roltechnieken zijn met name ontwikkeld in psychodrama en ze bieden de persoon de mogelijkheid zich op een andere, meer effectieve wijze te gaan gedragen.

Doel is zowel het aanleren van nieuw gedrag, als het induceren van een andere visie en verwachting ten aanzien van de gevolgen van gewenst gedrag. Vaak ligt bij rolopdrachten de nadruk op het verwerven van meer assertief gedrag, toegespitst op specifieke probleemsituaties, waarbij de weerbaarheid en het inkassingsvermogen van de persoon wordt vergroot.

Bij een rolopdracht begint de hulpverlener vaak met een rollenspel, waarbij de cliënt of de gezinsleden in spelvorm een probleemsituatie concretiseren en op een actieve wijze experimenteren met het op een andere, meer effectieve wijze omgaan met zichzelf en anderen.

De betrokkenen oefenen in een spelsituatie met andere meer konstruktieve rollen en interactiepatronen.

Vervolgens krijgen ze de opdracht om zich daadwerkelijk in een of meer probleemsituaties te begeven, om datgene wat ze in de spelsituatie hebben geoefend, in praktijk te brengen.

8. rationeel-emotieve opdrachten

De rationeel-emotieve benadering kan gezien worden als een verbijzondering van de direktieve therapie.

Rationeel-emotieve opdrachten zijn gebaseerd op de ideeën van Albert Ellis. Ellis (1975, 1979), de grondlegger van de rationeel-emotieve therapie (RET) heeft zijn aanpak een filosofisch fundament gegeven, door zich onder meer te baseren op het werk van Epictetus, een filosoof van de Stoïcijnse school: "Mensen raken niet van streek door gebeurtenissen, maar door de wijze waarop zij tegen de gebeurtenissen aankijken".

Dit betekent dat binnen de RET de cognities van de individuele mens (zijn denkbeelden, opvattingen, geloof, vooroordelen, attitudes e.d.) als belangrijkste veroorzakers worden gezien van zijn emoties en handelingen.

Bij het begrip 'rationeel-emotief' gaat Ellis uit van de premisse dat gebeurtenissen gedachten oproepen, die op hun beurt leiden tot daarmee samenhangende gevoelens, welke richtinggevend zijn voor het gedrag van de persoon. Veel mensen geven ten onrechte de schuld aan hun stemmingen en gedragingen aan omstandigheden van buiten af.

In feite brengt de persoon zelf zijn eigen emoties teweeg en maakt hij zichzelf verdrietig, angstig, argwanend, boos en gelukkig.

Andere mensen en omstandigheden geven de persoon de mogelijkheid om te reageren, maar hijzelf is steeds degene die beslist hoe zijn reactie zal zijn. Ellis (1979) werkt in dit verband de ABC-theorie van de menselijke emotie uit. A staat hier voor het 'aktiverend gebeuren', B ('belief') voor de opvatting of het denken over de gebeurtenis en C voor de emotionele reactie en het daarmee samenhangende handelen, ofwel 'consequentie'.

De ABC-theorie van de menselijke emotie is terug te vinden in 'Netwerktraining deel I - de persoonsgerichte benadering' bij de uitwerking van de 'roldiagrammatische benadering'.

Een rol manifesteert zich in een zgn. 'gedragscyclus', welke is opgebouwd uit respectievelijk: selektieve waarneming, denkbeeld, emotie en gedrag.

Ellis (1979) is ervan overtuigd dat therapie neerkomt op een leerproces, dat het eerder voorlichting en scholing is dan genezing, eerder groei dan behandeling.

Zodra de persoon zich realiseert dat hijzelf de bepaler is van zijn (emotionele) lot en dat het overwinnen van gevoelsproblemen neerkomt op een educatief proces, wordt behandeling in feite zelf-educatie waarbij de persoon 'zijn eigen beste therapeut' is.

De rationeel-emotieve benadering van Ellis doorloopt de volgende stadia: het geven van inzicht in het ABC van de menselijke emotie, het de persoon zelf verantwoordelijk stellen voor zijn emotionele problemen, het vaststellen van de irrationele basisfilosofieën van de problemen, het uitdagen van de irrationele gedachten en het aanleren van rationele gedachten.

Bij het hanteren van de RET-benadering staat de innerlijke dialoog van de cliënt centraal, en richt de hulpverlener zich op de irrationele elementen in diens levensfilosofie.

Doordat de cliënt zijn eigen irrationele basis-ideeën (zoals het stellen van overdreven eisen aan zichzelf en anderen) gaat onderkennen, en er rationele ideeën voor in de plaats stelt, versterkt hij zijn emotionele weerbaarheid. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het 'leren rationeler te denken' niet betekent de uiteindelijke afwezigheid van gevoelens (integendeel!), maar middels het veranderen van cognities, controle over en afname van hinderlijke, negatieve emoties, die als storend worden ervaren in de relatie van de mens tot zichzelf en anderen.

Bij de RET wordt verder aandacht geschonken aan het zelfbeeld dat de cliënt ontwikkelt naar aanleiding van zijn eigen gedragsreacties. Hij gaat hierbij bijvoorbeeld op een zodanige wijze over zijn eigen gedrag denken, dat hij zichzelf steeds meer verwijten gaat maken, hetgeen een negatief zelfbeeld in de hand werkt. Ook hier richt de hulpverlener zich op de achterliggende irrationele denkbeelden en wordt de cliënt gestimuleerd een rationeler cognitief script te ontwikkelen. De emotionele laag wordt als het ware 'afgepeld', waardoor effectief kan worden gewerkt aan de verandering c.q. uitbreiding van het gedragsrepertoire.

De cognitieve processen van de cliënt worden concreet en inzichtelijk gemaakt door het hanteren van zgn. 'rationele zelf-analyses' (RZA's). Dit betekent dat de cliënt nagaat en ook opschrijft welke gedachten en ideeën in een bepaalde situatie hebben geleid tot emotionele stoornissen en ongewenst gedrag.

De irrationele zelfspraak (denkbeelden) wordt vervolgens 'uitgedaagd', om de cliënt te stimuleren zijn levensfilosofie te veranderen en een rationeler cognitief script te ontwikkelen dat in overeenstemming is met zijn persoonlijke doelen.

De hulpverlener, die in dit veranderingsproces een zeer actieve en directe rol vervult, is er zich voortdurend van bewust, dat iemands kijk op gebeurtenissen een functie is van diens waarneming en evaluatie, welke een weerspiegeling vormen van zijn persoonlijke waardesysteem.

Rationeel-emotieve opdrachten worden ondersteund door rationeel-emotieve verbeeldingsoefeningen en gedrags- en 'risico'-oefeningen.

Rationeel-emotieve verbeeldingsoefeningen worden gebruikt om het proces van cognitieve herstructurering, dat in gang is gezet door het rationeel uitdagen van de irrationele zelfsaboterende levensfilosofie van de cliënt en het maken van RZA's, verder vorm te geven.

De cliënt dient hierbij de rationelere gedachten in zijn verbeelding uit te testen.

Hij heeft dan niet alleen inzicht in hoe zijn emotionele problemen ontstaan zijn en hoe ze in stand worden gehouden, maar begint ook te ervaren dat meer rationele gedachten tot andere, adequate emoties leiden.

Gedrags- en risico-oefeningen hebben als doel de cliënt zijn meer rationele opvattingen in de praktijk te laten uittesten en zijn gedragsalternatieven uit te breiden.

De oefeningen bestaan eruit, dat de cliënt met bepaalde gedragingen gaat experimenteren, waarbij hij sociale risico's loopt.

Het gaat om gedrag dat hij gewoonlijk uit de weg gaat, omdat hij de risico's als 'verschrikkelijk' of 'buitengewoon gevaarlijk' definieert, terwijl ze in feite maar heel weinig gevaar inhouden.

9. paradoxale opdrachten

Bij paradoxale opdrachten richt de hulpverlener zich op het verminderen van het probleemgedrag van de cliënt door het optreden ervan juist aan te moedigen.

Het principe van paradoxale opdrachten berust op de communicatietheorie van de Palo-Alto-groep en is uitgebreid beschreven door Haley (1963, 1978) en Watzlawick (1967).

Haley (1963) koppelt de toepassing van paradoxale opdrachten aan symptomatische klachten.

Hij omschrijft symptomatisch gedrag "als een manier van een relatie definiëren zonder daarvoor de verantwoordelijkheid te willen dragen. Het is vaak een manier om een relatie te kunnen controleren, om macht uit te oefenen, waarbij tegelijk wordt aangegeven dat men niet anders kan. Wanneer een symptoom een dergelijke functie vervult, is het niet aantrekkelijk om het op te geven."

In het contact met de hulpverlener hanteren cliënten met symptomatische klachten vaak de volgende paradox: 'verander mij, mits ik onveranderd kan blijven'.

De hulpverlener die in een dergelijke situatie streeft naar rechtstreekse verandering en reageert zoals de meeste andere mensen in zijn naaste omgeving, lokt daarmee uit dat er een machtsstrijd ontstaat tussen hemzelf en de cliënt.

Ook in een gezin waar de gezinsleden zich symptomatisch gedragen, leidt het streven naar rechtstreekse veranderingen van de kant van de hulpverlener er volgens Haley (1963, 1978) vaak toe, dat hij "de zelfkorrigerende processen in het gezin versterkt, en zo slechts een grotere verstarring oproept".

De hulpverlener kan op de paradox van de cliënt of het cliëntensysteem reageren door een tegenparadox te stellen, waarbij hij het symptomatisch gedrag aanvaardt en het bestempelt als 'medewerking' in plaats van 'tegenwerking'. Het gevolg van de therapeutische paradox is, dat de methoden die de cliënt tot dan toe steeds gebruikte om de leiding van anderen af te dwingen of tegen te werken onbruikbaar wordt.

De cliënt wordt in een paradoxale situatie geplaatst, die hij niet tot een oplossing kan brengen zolang hij zijn symptomatisch gedrag voortzet.

De enige manier om 'toch eigen baas te blijven' is het symptoom op te geven: het doel van de behandeling.

Veranderingen ten gevolge van paradoxale opdrachten hebben vaak een plotseling en globaal karakter en vinden plaats in een opvallend snel tempo.

Paradoxale opdrachten zijn met name van toepassing op het hanteerbaar maken van een machtsstrijd, symptomatische klachten en weerstanden.

Is er bijv. sprake van een machtsstrijd tussen twee partners, dan wordt deze in stand gehouden door de 'strijd om het gelijk', waarbij beiden menen dat toegeven een nederlaag betekent.

Door het patroon extra te versterken in opdracht van de hulpverlener, vermindert de emotionele lading en krijgen ze vat op wat er tussen hen beiden gebeurt.

Bij symptomatische klachten is er sprake van anticipatie-angst, waarbij de cliënt het gevreesde uit de weg gaat en zodoende zijn angst in stand houdt. Iemand stuntelt bijv. omdat hij bang is om te stuntelen. Door hem de opdracht te geven om te stuntelen, kan er bij hem niets meer misgaan. Als hij stuntelig doet, doet hij het in opdracht van de hulpverlener.

Daarnaast kunnen paradoxale opdrachten zinvol zijn om weerstanden te doorbreken. Op deze wijze kan de hulpverlener bijv. het cliëntensysteem destabiliseren en herstrukturieren, als er zich een stilstand of een impasse voordoet in de behandeling.

Bij paradoxale opdrachten gaan we in op het stellen van een therapeutische paradox.

Volgens Haley (1963) is het bij het stellen van een therapeutische paradox belangrijk dat de hulpverlener:

een positief kader schept waarbinnen veranderingen ten goede kunnen plaats vinden;

het symptomatische gedrag van de cliënt toestaat, aanmoedigt of voorschrijft; en tegelijkertijd zorgt voor een 'welwillende beproeving', die het de cliënt moeilijk maakt ermee door te gaan.

Op deze wijze wordt de cliënt volgens Haley "gevangen in een onmogelijke paradox: om te veranderen moet hij onveranderd blijven, terwijl hij onder-tussen vriendelijk geholpen wordt om door allerlei beproevingen heen te gaan totdat hij verandert".

Om een positief kader te scheppen kan de hulpverlener gebruik maken van 'positief heretiketteren'.

Hij herdefinieert de situatie als anders dan - zo niet tegengesteld aan - de situatie zoals de cliënt deze zelf definieert.

Daarmee geeft hij het symptomatisch gedrag een ander kader, maakt hij het voor de cliënt moeilijk zijn gebruikelijke relatiedefinities te handhaven, en lokt hij uit dat het symptoom tot een nieuwe reactie bij de cliënt of zijn omgeving leidt.

Het toestaan, aanmoedigen of voorschrijven van het symptomatisch gedrag maakt het de cliënt of het cliëntstelsel onmogelijk het te benutten.

Hierbij sluit de hulpverlener in feite aan op dat gedeelte van de uiting van de cliënt, wat het minst een veranderbaarheid uitdrukt: het symptomatisch gedrag.

Wanneer de hulpverlener het symptomatisch gedrag aanmoedigt, dan verliest het symptoom zijn functie en komt volgens Haley (1963, 1978) de beheersing van de relatie in handen van de hulpverlener te liggen.

In plaats dat de symptomen de cliënt voordeel geven in het beheersen van zijn relatie met de hulpverlener, geven ze hem een achterstand.

Gezien het paradoxale karakter van de opdracht, 'moet' de cliënt deze opvolgen ongeacht wat hij doet en kan hij niet de beheersing over de relatie krijgen. Houdt hij vast aan zijn symptomatisch gedrag, dan doet hij wat de hulpverlener van hem vraagt.

Als hij reageert zoals op iedere vraag naar verandering, en het verzoek om symptomatisch gedrag te vertonen, tegenwerkt, dan doet hij eveneens wat de hulpverlener wil, namelijk zijn symptoom opgeven.

Wat de cliënt ook doet, de hulpverlener haalt er altijd winst uit.

De hulpverlener motiveert het voorschrijven van het symptomatisch gedrag vaak met het zgn. 'bewustwordingsparadigma'.

Tot nu toe overkwam het de cliënt allemaal. Door het probleemgedrag extra uit te voeren, zal hij bewuster gaan ervaren welke behoefte - welke positieve intentie - eraan ten grondslag ligt en hoe hij daar zelf mee omgaat.

Tevens krijgt hij door het bewust te doen, wat op zijn symptomen.

De 'welwillende beproeving', ook wel 'zware last', houdt in dat de cliënt een zware, maar zinvolle taak krijgt opgedragen, waarbij hij ertoe verleid wordt dingen te doen waar hij een hekel aan heeft maar waarvan hij het gevoel heeft dat hij ze moet volbrengen.

Erickson (Haley, 1973) merkt hierover op, dat als van een symptoom een plicht wordt gemaakt, het zijn bekoring verliest.

In feite komt de welwillende beproeving erop neer dat wordt afgesproken dat de cliënt zichzelf consequent 'bestraft' voor zijn symptomen.

Blijft de hulpverlener het de cliënt binnen een welwillend kader voortdurend lastig maken zolang de symptomen blijven voortduren, dan moet de cliënt zijn symptomatisch gedrag wel opgeven.

In een gezinskontekst bewerkstelligen overgangsrituelen dat de oude verhoudingen tussen de gezinsleden plaatsmaken voor nieuwe verhoudingen. Men gaat nieuwe rollen bekleden en nieuwe definities aan de relaties geven. Rituele opdrachten vereisen ander gedrag en andere interacties, en ze wijzigen de betreffende sociale structuur.

Een bijzondere vorm van een afscheidsritueel is het zgn. brieven-advies (Lange, 1977a; Hoogduin, 1980).

Hierbij krijgt de cliënt de opdracht een brief te schrijven, die hem de gelegenheid geeft ambigue onverwerkte emoties ten aanzien van een bepaalde kwestie te uiten, deze in een hanteerbaar kader te plaatsen en er afscheid van te nemen.

Therapeutische bestendigingsrituelen zijn er volgens Van der Hart (1978) op gericht tijdens een bepaalde fase in de levenscyclus van een gezin de integratie en de stabiliteit van het gezin te bevorderen. Ze drukken als het ware uit: "Wij behoren bij elkaar".

Het kan bijv. zijn dat de gezinsleden krampachtig vasthouden aan een gezinsritueel uit een vorige fase en dat het ritueel niet is meegegroeid met de veranderde omstandigheden en verhoudingen.

Vaak wordt met het voorschrijven van therapeutische bestendigingsrituelen beoogd dat bepaalde gezinstaken sterker geritualiseerd worden of dat bestaande gezinsrituelen zich wijzigen.

De hulpverlener helpt het gezin bestendigingsrituelen te ontwikkelen door het sterker ritualiseren van de gemeenschappelijke activiteiten, zoals de gezamenlijke maaltijd, de avonden en de weekenden.

Hierdoor wordt het samenzijn een zinvollere aangelegenheid.

11. droomtechnieken

Hoewel veel mensen weinig met hun dromen doen, kunnen ze tot groter zelfinzicht leiden en de persoon helpen zijn zelfvertrouwen en vaardigheden te vergroten.

Dromen vervullen diverse nuttige functies.

Ze brengen dikwijls dingen onder de aandacht die de persoon wakend niet heeft opgemerkt.

Ook kan hij ze aanwenden als spiegels die zijn overtuigingen en vooroordelen weergeven.

Verder kan hij zijn dromen beschouwen als een existentiële boodschap over de toestand van zijn innerlijke wereld. Op deze wijze ontdekt hij de verborgen oorsprong van zijn problemen en is hij in staat niet toegankelijke aspecten van zijn persoonlijkheid terug te winnen.

Is hij zich meer bewust geworden van zijn dromen, dan stelt zijn toegenomen zelfkennis hem in staat irrationele en destruktieve gedragspatronen te veranderen en zijn verborgen talenten en vermogens tot ontwikkeling te brengen.

In deel IIIb gaan we bij droomtechnieken in op diverse interpretatiemogelijkheden van dromen.

Daarbij wordt kort het een en ander geschetst over de theoretische achtergrond en ligt de nadruk op de praktische mogelijkheden om een droom te interpreteren.

de aktiefase: opdrachten gericht op specifieke problemen

Als de specifieke problemen van de cliënt of het cliëntsysteem duidelijk zijn en er overeenstemming is over de veranderingsdoelen, dan kan de hulpverlener direktieven geven als middelen om deze doelen te bereiken. In de direktieven, gericht op het hanteerbaar maken van specifieke problemen, zijn principes en technieken, afkomstig uit de verschillende typen opdrachten, al dan niet in combinatie toegepast.

We merken op dat het door Bandler en Grinder (1981) genoemde 'variabiliteitsprincipe', zoals eerder beschreven, het centrale uitgangspunt vormt. Zij sluiten hierbij aan op de wet van de vereiste verscheidenheid uit de cybernetica. Volgens deze wet zal in elk systeem het element met de breedste variabiliteit het beheersende element zijn.

Naarmate gedrag beperkt wordt, verliest het aan vereiste verscheidenheid. Verandering zal derhalve gepaard moeten gaan met toename van de variabiliteit in het gedrag van de persoon of van de afzonderlijke gezinsleden. Overeenkomstig het variabiliteitsprincipe omvatten de bij een bepaald probleem beschreven opdrachten een opsomming van mogelijkheden en is het raadzaam, afhankelijk van de specifieke situatie, hieruit een keuze te maken of te improviseren en zelf een procedure te bedenken.

De geschetste procedures zijn er zoveel mogelijk op gericht om op korte termijn een verandering teweeg te brengen.

Bovendien geven ze de betrokkenen een instrument in handen, dat ze ook naderhand kunnen toepassen, telkens als ze opnieuw te maken krijgen met soortgelijke problemen en klachten. In die zin werken de opdrachten ook preventief.

Bij de keuze van opdrachten gericht op specifieke problemen ligt het accent op het stap voor stap realiseren van de veranderingsdoelen. Vaak zit er dan ook een bepaalde logische volgorde in de gegeven opdrachten. Iemand met assertiviteitsproblemen bijv. begint met een monitoring-opdracht, waarbij hij nagaat in welke situatie dit met name tot uiting komt. Vervolgens krijgt hij verbeeldingsoefeningen en wordt er met een rollenspel geoefend.

Tenslotte gaat hij experimenteren met nieuw gedrag.

Belangrijk is dat de opdrachten zo gekozen worden, dat er geen loyaliteiten onder druk komen te staan.

Tevens dient de hulpverlener te bewerkstelligen dat er 'schuld' wordt weggenomen en dat het 'zelfrespekt' van de cliënten wordt versterkt.

De hulpverlener dient erop bedacht te zijn, dat hij een succesaanpak niet gaat generaliseren, aangezien hierdoor de variabiliteit en de flexibiliteit beperkt wordt.

Wanneer de behandeling vastloopt is het vermoedelijk zinnig 'iets anders' te proberen in plaats van met nog meer energie met hetzelfde door te gaan. Een gevaar hierbij is dat de hulpverlener van de hak op de tak gaat springen en daarmee verwarring en onduidelijkheid creëert.

Niet zelden ontstaat dan bij de cliënt het gevoel dat 'niets helpt'.

Daarom dient de hulpverlener eerst zorgvuldig na te gaan wat er fout ging voor hij tot iets anders besluit.

Invalshoeken voor de groepering van uiteenlopende probleemsituaties zijn: problemen in de gezinslevenscyclus, problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis, problemen in de subsystemen van respectievelijk partners, ouders en kinderen, problemen in het gezinssysteem en met betrekking tot het ecosysteem, gedragsproblemen en psychosomatische klachten.

1. problemen in de gezinslevenscyclus

Veel gezinsproblemen zijn volgens Van der Hart (1978, 1984) terug te brengen tot overgangs- en bestendigingsproblemen in de gezinslevenscyclus. Zoals we in 'Netwerktraining deel II - de gezinsgerichte benadering' gezien hebben, vinden tijdens een overgang in de gezinslevenscyclus ingrijpende veranderingen plaats in de interne structuur van het gezin, die veel aanpassing van de gezinsleden vragen. Als er dan sprake is van een statische homeostase in de gezinsverhoudingen, dan heeft het gezin vaak moeite met de overgang van de ene fase naar de volgende.

In deel IIIc gaan we in op de aanpak van de problemen die zich kunnen voordoen in respektievelijk:

- de fase van de jonge vrijgezel
 - problemen met het uit huis gaan
 - problemen met het aangaan van relaties
 - proefhuwelijk
- de fase van de partners zonder kinderen
- de fase van de partners met kleuters
 - postnatale depressie
 - problemen met de ouderrol
 - rusteloosheid van de baby
 - autisme
- de fase van de partners met schoolkinderen
 - te kinderlijk functioneren
 - schoolproblemen
- de fase van de partners met pubers en adolescenten
 - problemen met het zelfstandig worden van de kinderen
 - anorexia nervosa
- de fase van de partners met uithuizige kinderen
 - huwelijksproblemen
 - overmatige betrokkenheid op de kinderen
 - pensioneringsproblemen
- de fase van de oude vrijgezel
 - aanpassingsproblemen
 - dementie

2. problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis

Problemen van cliënten hebben vaak te maken met een problematische gezinsgeschiedenis.

Het verleden op zich is uiteraard een gegeven, maar de kijk op het verleden en de beleving van het verleden kan wel veranderd worden.

Dit gebeurt door cognitieve en emotionele herstructurering van de gezinsgeschiedenis.

- In deel IIIc gaan we respektievelijk in op:
- problemen voortvloeiend uit het kerngezin
 - het verwerken van het onverwerkte verleden
 - het voltooiën van het onverwerkte verleden
 - het heen en weer weven tussen heden en verleden
 - het verleden als metafoor voor de toekomst
 - de risico's van het zich richten op het verleden
 - intergenerationele conflicten
 - afscheidsproblemen
 - problematische schuldgevoelens
 - problematische wrokgevoelens
 - rouwproblemen

3. problemen in het subsysteem van de partners

Zoals we in 'Netwerktraining deel II - de gezinsgerichte benadering' gezien hebben, is de kern van een niet-effektief gezinssysteem veelal het niet-effektief functioneren van het subsysteem van de partners.

Vaak hebben de partners onuitgesproken verwachtingen naar elkaar toe, waaraan niet wordt voldaan en die leiden tot problemen, spanningen en conflicten.

Boszormenyi-Nagy (1973) wijst erop dat het bij problemen en conflicten binnen een relatie vaak gaat om verborgen loyaliteiten naar de ouders. De horizontale loyaliteiten naar elkaar zijn dan strijdig met de verticale loyaliteiten naar de ouders.

Om problemen tussen partners te begrijpen is het derhalve vaak van belang te analyseren hoe de loyaliteitenhuishouding is opgebouwd.

In deel IIIc gaan we respectievelijk in op:
disfunctionele interactiepatronen

- huwelijksleer
- zwijgen en praten
- onvermogen om voor zichzelf op te komen
- domineren
- vitten
- jaloerie

huwelijksconflicten

- onigheid over de taakverdeling
- toegedekte conflicten
- verwijten over en weer
- escalerende ruzies
- proefscheiding

seksuele problemen

- algemene technieken bij seksuele problemen
 - herstructurering
 - zelfverkenning
 - man-vrouw-beleving
 - stapsgewijze intimiteit
- specifieke seksuele problemen
 - impotentie
 - ejaculatio praecox
 - anorgasmie en frigiditeit
 - vaginisme

herstel van de huwelijksrelatie

- verzoening
- onderhandelen
- waardering geven en ontvangen

4. problemen in het subsysteem van de ouders

Problemen in het subsysteem van de ouders gaan vaak samen met problemen in het subsysteem van de partners.

Veelal is de generatiegrens vaag en vinden er grensoverschrijdingen plaats, waarbij de kinderen partij worden en problemen en conflicten tussen de partners doorspelen in het opvoeden van de kinderen.

In deel IIIc gaan we in op respectievelijk:
opvoedingsproblemen

- problemen met onderscheid maken tussen kinderen
- onigheid over de opvoeding
- gevoelens van inkompetentie als ouder
- afzijdigheid van een ouder

onigheid tussen ouders en kinderen

5. problemen in het subsysteem van de kinderen

Problemen in het subsysteem van de kinderen hangen vaak samen met het dis-funktioneren van respektievelijk het subsysteem van de partners en dat van de ouders.

Zo maakt een probleemkind vaak deel uit van een triade, waarbij het konflikt tussen de ouders zich manifesteert in het gedrag van het kind.

In deel IIIc gaan we respektievelijk in op:

het probleemkind
 hyperaktiviteit
 leermoeilijkheden
 nerveuze gewoonten bij kinderen
 bedplassen
 duimzuigen
 nagelbijten
 kinderangsten
 angst om alleen te zijn
 angst in het donker
 watervrees

6. problemen in het gezinssysteem

Problemen die het hele gezinssysteem betreffen, vloeien voort uit een niet-effektieve gezinsstructuur en een ontoereikend probleemoplossend vermogen. Hierdoor kunnen problemen die voortvloeien uit het spanningsveld tussen gezamenlijkheid en privacy, niet opgelost worden en gaan elkaars zelfs versterken.

In deel IIIc gaan we respektievelijk in op:

problemen in de gezinsstructuur
 gezinskluwen
 los-zand-gezin
 disfunktionele interactiepatronen
 besluitvormingsproblemen
 onduidelijke taakverdeling
 slordigheid
 budgetproblemen
 toegedekte spanningen

7. problemen met betrekking tot het ecosysteem

Een gezin staat niet op zichzelf, maar onderhoudt ook relaties met de naaste omgeving: het ecosysteem. Een aantal problemen zal dan ook voortvloeien uit de moeilijkheden die de gezinsleden ondervinden in hun kontakten met het ecosysteem.

In deel IIIc gaan we respektievelijk in op:

schoolproblemen
 studieproblemen
 examenvrees
 werkproblemen
 sollicitatieproblemen
 overwerkt zijn
 werk op de lange baan schuiven
 verstoorde werkverhoudingen
 inkompetentieproblemen
 beoordelingsproblemen
 ontslag

8. gedragsproblemen

Gedragsproblemen staan tot op zekere hoogte op zichzelf en zijn veelal indirect gekoppeld aan het gezinsfunktioneren.

Een konsekwentie kan zijn, dat de hulpverlener begint met een gedragsaanpak, die naderhand overgaat in een interaktionele aanpak.

In deel IIIc gaan we achtereenvolgens in op:
assertiviteitsproblemen

sociale angst

bloosvrees

onvermogen om lik op stuk te geven

onvermogen om 'nee' te zeggen

onvermogen om richting te geven aan gesprekken

weinig vrienden en kennissen

opvliegendheid

hyperassertiviteit

inkompetentieproblemen

faalangst

spreekangst

besluiteloosheid

angst voor de toekomst

zwaartillendheid

klagen

zelfdodingsneigingen

nerveuze gewoonten

haartrekken

tics

stotteren

dwangmatig funktioneren

dwanggedachten

dwangmatig piekeren

dwangmatig vragen

dwangmatig dagdromen

waanvoorstellingen

meervoudige persoonlijkheid

dwanghandelingen

huishouddwang

kleptomanie

fobieën

agorafobie

claustrofobie

akrofobie

verkeersfobie

verslavingsproblemen

roken

alkohol

boulimia

anorexia nervosa

9. psychosomatische klachten

We gaan nader in op 'psychosomatische klachten', gezien de relevantie voor het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie in de huisartsenpraktijk.

Somativering is te beschouwen als een proces, waarbij psychische spanningen die voortvloeien uit een problematische interactie tussen de persoon en de omgeving (spanningen in het huwelijk, ongenoegens op het werk), zich uiten in een of meer lichamelijke klachten, ook wel psychosomatosen genoemd. Het is belangrijk te onderkennen, dat bij een somatisering de ziekteverschijnselen, zoals hoge bloeddruk, aantoonbaar en echt zijn, maar dat de oorzaak in hoofdzaak psychisch is.

Kenmerkend voor somatisering is de zgn. 'ziektewinst', d.w.z. dat er belonende aspecten verbonden zijn aan het symptomatisch gedrag. Zo is het belonend aspect van psychosomatische klachten vaak het vermijden van een openlijk konflikt en tevens het naar zich toetrekken van aandacht. Door het ontwikkelen van een lichamelijke klacht is de persoon in staat zich af te schermen voor een problematische interactie met zijn omgeving. Door bijv. hoofdpijn of overspannenheid is hij gedwongen zich terug te trekken en rust te nemen.

Bij somatisering treedt vaak 'conversie' op, waarbij psychische problemen omgewisseld worden tegen een specifieke lichamelijke klacht. Men zou zelfs kunnen spreken van een 'orgaantaal': het zieke orgaan drukt uit, wat de psyche zichzelf niet toestaat te voelen. Volgens Haley (1978) is een psychosomatische klacht een metafoor en vormt ze een gelijkenis van een problematische interactie. Zo zien we vaak dat hoge bloeddruk ontstaat als 'de spanning te hoog oploopt', hoofdpijn als iemand 'veel kopzorgen heeft', benauwdheid als de situatie 'verstikkend' is, maagstoornissen als een probleemsituatie 'onverteerbaar' is en rugklachten als iemand 'overbelast' raakt. Een chronisch stijve nek, waarbij de nek op een pijnlijke manier naar één kant wordt getrokken, kan uitdrukken: "Ik kan het niet verdragen te kijken naar wat voor me ligt". Chronische diarree kan betekenen: "Ik kan deze rotzooi niet langer verdragen".

In deel IIIc komen bij psychosomatische klachten aan de orde:

- gespannenheid en gejaagdheid
- vermoeidheid
- lusteloosheid en depressiviteit
- eetproblemen
- slaapstoornissen
- pijnklachten
- hypertensie
- spanningshoofdpijn
- eczeem
- hyperventilatie
- trillende handen
- maag- en darmklachten
- frequent urineren
- lage rugpijn
- hypochondrie

de stabilisatiefase

In de stabilisatiefase ligt de nadruk op het consolideren van de gerealiseerde veranderingen en het, vaak al tussentijds, evalueren van het veranderingsproces, zodat de cliënt of het cliëntsysteem zelf in staat is de eigen problematiek te hanteren, zonder de interventie van de hulpverlener.

Bij het consolideren van de gerealiseerde veranderingen gaat het erom dat er 'overdracht van de verandering' plaatsvindt, waarbij de cliënten hun verandering zelf voortzetten. Het gezin of de individuele cliënten ontwikkelen zich tot zelfstandigheid, zodat men enerzijds zelf in staat is zijn eigen problematiek te hanteren zonder de interventies van de hulpverlener, en men anderzijds zelf de verantwoordelijkheid op zich neemt voor zijn eigen verdere ontwikkeling. Daarbij helpt de hulpverlener hen de gerealiseerde veranderingen te integreren in het (geïnternaliseerde) gezinsnetwerk en deze zo mogelijk te generaliseren naar het ecosysteem, bijv. de werksituatie, de schoolsituatie en de vrienden- en kennissenkring. Lukt deze 'transfer of training' naar meerdere situaties in het dagelijks leven van de cliënten, dan is er een grote kans op blijvende verandering, omdat de verandering een zichzelf belonend proces is geworden. Daarmee voorkomt de hulpverlener een terugval naar de oude problematiek, symptoomverschuiving of symptoomovername, en leert hij de cliënten hoe ze beter om kunnen gaan met hun toekomstige problemen, die afhankelijk zijn van veranderde behoeften en omstandigheden.

Teneinde de gerealiseerde veranderingen te consolideren, noemt de hulpverlener volgens Bandler, Grinder en Satir (1979) zorgvuldig alle stappen die de cliënten hebben genomen bij het tot stand brengen van de nieuwe alternatieven. Daarbij maakt hij duidelijk welke instrumenten en vaardigheden de cliënten nodig hebben om het proces van groei en verandering dat op gang is gebracht, te kunnen voortzetten.

Veelal kan de hulpverlener een terugval voorkomen door de cliënten de eer te geven voor een gunstige verandering. Volgens Haley (1978) stelt de hulpverlener hiermee de volgende therapeutische paradox: "Ik beïnvloed U, maar de verandering die plaatsvindt geschiedt spontaan".

Een andere mogelijkheid om een terugval te voorkomen is door deze te voorspellen of aan te moedigen. Hij stelt dat de cliënten te snel zijn veranderd, dat de verandering maar tijdelijk is en dat ze nog niet toe zijn aan een stabiele situatie. Ook hier wordt een therapeutische paradox gesteld. Het prikkelt de cliënten de verandering door te zetten om de hulpverlener te bewijzen dat het niet tijdelijk is en dat ze al wel aan een stabiele regeling toe zijn. Treedt de terugval niet op dan is daarmee het therapeutische doel bereikt. Vindt de terugval toch plaats, dan krijgt de hulpverlener gelijk en kan hij de terugval heretiketteren als 'een teken van vooruitgang'. De cliënten moeten eerst door een dal heen voordat de verandering doorzet.

Bij het evalueren van het veranderingsproces gaat de hulpverlener samen met de cliënten na of en in hoeverre de gestelde veranderingsdoelen zijn bereikt.

Vaak vindt de evaluatie al plaats in de actiefase in de vorm van tussentijdse evaluaties, waarbij het accent ligt op het inzicht in de feitelijke ontwikkeling van het veranderingsproces en op bijsturing daarvan.

Bij de eind-evaluatie gaat het erom na te gaan of er een dynamische homeostase gerealiseerd is. Het gezin kenmerkt zich dan door meer konstruktieve interactiepatronen, terwijl de afzonderlijke gezinsleden of individuele cliënten voldoende ruimte hebben voor verdere ontwikkeling en zelfaktualisatie.

In deel IIIc gaan we bij de stabilisatiefase in op respectievelijk:
het consolideren van de gerealiseerde veranderingen,
het voorkomen van terugval, symptoomverschuiving en symptoomovername,
en het ondervangen van losmakingsproblemen.
Vervolgens behandelen we het evalueren van het veranderingsproces, waar-
bij achtereenvolgens aan bod komen:
de tussentijdse evaluaties,
de eind-evaluatie,
de verslaglegging en
de follow-up.

Hoofdstuk 5 Onderzoeksopzet en -verloop

Het onderzoek is erop gericht na te gaan of en zo ja, welke technieken ontleend aan de direktieve therapie, bruikbaar zijn voor de huisarts bij de behandeling van patiënten met psychosociale problemen.

De huisartsen die deelnemen aan het onderzoek, passen na het volgen van een theoretisch-technische cursus, tijdens een supervisie- en intervisieperiode direktieven toe op patiënten, die afkomstig zijn uit hun eigen praktijk.

Deze direktieven zijn erop gericht de patiënten zelf meer inzicht in hun problemen te geven, zodat ze in staat zijn hun moeilijkheden op een meer bevredigende wijze te hanteren.

De in hoofdstuk 4 'Konkretisering van de direktieve therapie' beschreven direktieven, zoals deze gekonkretiseerd zijn in diverse typen opdrachten en de toepassing daarvan in uiteenlopende probleemsituaties, vormen het uitgangspunt van het onderzoek.

Daarnaast beoogt het onderzoek na te gaan, welke bijdrage het toepassen van direktieve technieken door de huisarts kan leveren aan de 'psychologisering' van de huisarts, d.w.z. dat de huisarts zich steeds meer richt op de psychologische aspecten van de gezondheid.

In het navolgende komen aan de orde:
de werving van de huisartsen voor het onderzoek,
de cursus direktieve therapie,
de supervisie en intervisie,
de onderzoeksprotocollen en
het gestructureerd interview huisartsen.

de werving van de huisartsen voor het onderzoek

Om huisartsen te werven voor het onderzoek werd in 1983 contact opgenomen met het Nederlands Huisartsen Genootschap.

In een aankondiging in 'Huisarts en Wetenschap' van september 1983 werd aan huisartsen de mogelijkheid geboden om deel te nemen aan het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie in de huisartsenpraktijk. Dit hield in de deelname aan een cursus direktieve therapie en de supervisie en intervisie met betrekking tot het toepassen van direktieve therapie in de eigen praktijk.

Op de kennisgeving reageerden 18 huisartsen, die afkomstig waren uit het hele land.

Met elk van deze artsen vond een oriënterend gesprek plaats, waarbij de opzet van het onderzoek nader werd toegelicht en de motivatie om aan de geplande activiteiten deel te nemen aan de orde kwam.

Uiteindelijk bleven er 16 huisartsen over die belangstelling hadden voor deelname aan het verdere onderzoeksprogramma.

De 2 artsen die afzagen van deelname, onderkenden dat ze bij nader inzien toch niet voldoende tijd beschikbaar hadden om de cursus te volgen en deel te nemen aan de supervisie en intervisie.

De tekst van de kennisgeving in 'Huisarts en Wetenschap', waarin de opzet van de cursus, de supervisie en de tijdsinvestering zijn vermeld, is weergegeven in bijlage 1.

de cursus directe therapie

Aangezien er 16 huisartsen deelnamen aan de cursus, werden er twee parallel-kursussen georganiseerd, respectievelijk op donderdag- en vrijdagmiddag. De cursus bestond uit 10 bijeenkomsten van drie uur, die om de twee weken werden gehouden op een lokatie van de Subfakulteit Psychologie van de Rijksuniversiteit Utrecht.

De cursus liep in de periode van oktober 1983 tot maart 1984.

De opzet was erop gericht om in korte tijd zoveel mogelijk aspecten en technieken uit de directe therapie aan bod te laten komen.

Voor elke bijeenkomst werd een gedeelte van de hiervoor beschreven delen 'Netwerktraining' als literatuur opgegeven.

Tijdens de cursusbijeenkomsten werd de gelezen literatuur kort besproken en waar nodig verhelderd.

Tevens werden vragen over de leerstof beantwoord en was er de mogelijkheid tot discussie.

Aansluitend werd de behandelde literatuur uit de delen 'Netwerktraining' zoveel mogelijk ondersteund door het gezamenlijk observeren en bespreken van videobanden. Er werd gebruik gemaakt van de volgende videobanden.

"Therapeutische communicatie" (1979)

- Emiel Jonckheer
- Anja de Swart
- De heer Thijssen

Utrecht: Stichting Film en Wetenschap

Lange, F. (1979)

"Directieve gezinstherapie"

- deel 1 Taxatie
- deel 2 Eerste werkpunten
- deel 3 Verdere werkpunten
- deel 4 Overdracht van verandering
- deel 5 Afbouw

Utrecht: Stichting Film en Wetenschap

Lange, F. (1980)

"Ga er eens samen over praten"

- Gezinstherapie I (gezin Brouwer)
- Gezinstherapie II (gezin Kortland)

Utrecht: Stichting Film en Wetenschap

Compernelle, F.F. (1981)

"Recidiverende hyperventilatie-aanvallen"

Leiden: Rijksuniversiteit

Ramsay, R.W. (1979)

"Het Rouwproces"

Utrecht: Teleac

Daarnaast werd er tijdens de bijeenkomsten van de cursus geoefend met verbale en non-verbale communicatie aan de hand van een aantal spelsituaties. Dit sloot aan bij de gesprekstechnieken, welke de huisartsen reeds beheersten. Het proces van gespreksvoering kwam nader aan de orde bij de videodemonstraties "Therapeutische communicatie" en "Directieve gezinstherapie". Er lag daarbij een accent op het werken in 'rondes'.

Verder werden diverse ontspanningstechnieken gedemontreerd, waarbij gebruik werd gemaakt van de instructie 'stapsgewijze ontspanning' van Jacobson (1964) en van de geluidscassette 'Leren slapen' van Kief (1980). De mate van ontspanning werd gedemonstreerd met behulp van een myo-feedback-meter die de spanning van de voorhoofdsspieren registreerde. Er werd aandacht besteed aan de toepassing van ontspanningstechnieken bij de behandeling van psychosomatische klachten. Tevens kwam naar voren dat ontspanningstechnieken de basis vormen van verbeeldingsopdrachten.

Tenslotte werden een aantal zelfhulpboekjes besproken die bruikbaar kunnen zijn bij de toepassing van directe technieken in de huisartsenpraktijk. Dit waren respectievelijk:

Brandt, F.M.J. (1979)

"Wegwijzer voor rationele zelfhulp"

Lisse: Swets en Zeitlinger

Gendlin, E. (1981)

"Focussen

- hoe je klaarheid brengt in gevoelens door aandacht te geven aan wat je in je lijf ervaart"

Haarlem: De Toorts

Lazarus, A.; Fay, A. (1978)

"Waar een wil is, is een weg"

Lisse: Swets en Zeitlinger

Lazarus, A. (1980)

"Verbeeld je beter

- leer je verbeeldingsvermogen op verandering en groei richten"

Lisse: Swets en Zeitlinger

De evaluatie van de cursus directe therapie had een open vorm en richtte zich op de thema's 'kususopzet', 'beantwoording aan de verwachtingen' en 'relevantie voor de eigen praktijksituatie'.

Uit de evaluatie kwam naar voren dat de deelnemers kennis hadden gemaakt met een grote hoeveelheid technieken, die naar hun idee nog wat los van elkaar leken te staan.

De videodemonstraties werden zeer positief gewaardeerd, aangezien ze een goed beeld gaven van de toepassing van uiteenlopende directe technieken. Hoewel men aangaf dat de behandelde directe technieken bruikbaar konden zijn in de eigen huisartsenpraktijk, onderkende men een zekere schroom om zelf directief te gaan werken.

We merken op dat dezelfde attitude ten aanzien van de toepassing van directe therapie zich voordeed bij de evaluatie van de cursus directe therapie die studenten klinische psychologie volgden, voordat ze zelf met de toepassing van directe technieken aan de slag gingen in de diverse huisartsenpraktijken met het oog op het systematiseren en toetsen van deze technieken.

de supervisie en intervisie

De supervisie en intervisie van de deelnemende huisartsen verliep van maart 1984 tot januari 1985.

Er werden drie supervisiegroepen geformeerd, met een groepsgrootte van respectievelijk 4, 4 en 5 huisartsen.

Deze grootte van de groep werd gekozen op grond van de ervaring met het begeleiden van supervisiegroepen bestaande uit studenten klinische psychologie.

Een drietal artsen, die wel hadden deel genomen aan de cursus directe therapie, besloten af te zien van supervisie, allen wegens het zelf beginnen van een huisartsenpraktijk. Aanvankelijk werkten deze huisartsen als invaller en hadden zij tijd beschikbaar voor het volgen van de cursus. Naderhand kregen zij een full-time werkkring als huisarts en moesten zij zich inwerken, met als gevolg dat zij geen gelegenheid hadden deel te nemen aan de supervisiebijeenkomsten.

De huisartsen die uiteindelijk deelnamen aan de supervisie, waren zeer gemotiveerd voor het zelf behandelen van patiënten met psychosociale klachten door middel van directe therapie en voor de supervisie hierover en sloegen zelden een supervisiebijeenkomst over.

De supervisiegroepen kwamen eens in de 14 dagen bijeen op respectievelijk maandag- en woensdagavond.

De bijeenkomsten duurden gemiddeld 2½ uur.

Tijdens de bijeenkomsten brachten de huisartsen patiënten met een duidelijke psychosociale problematiek ter sprake, die afkomstig waren uit de eigen praktijk.

Per supervisiebijeenkomst werden 6 tot 9 patiënten besproken.

Afhankelijk van de problematiek en of een patiënt al eerder was ingebracht, kwamen bepaalde patiënten uitvoeriger aan de orde en andere slechts sumier.

Aan het begin van de supervisiebijeenkomst werd aan elke arts gevraagd welke patiënten hij wilde bespreken en hoe urgent het een en ander was. Op grond hiervan werd vastgesteld in welke volgorde de patiënten besproken zouden worden.

Bij de presentatie maakten de deelnemende artsen gebruik van aantekeningen over de door hen met directe therapie behandelde patiënten.

De problematiek van de patiënten werd nader geanalyseerd, men wisselde over en weer ervaringen uit en evalueerde het therapeutische proces.

De aanpak van de problematiek werd gerelateerd aan principes en technieken uit de directe therapie en men besprak mogelijke alternatieve werkwijzen. Hierbij was het 'variabiliteitsprincipe' richtinggevend, d.w.z. er werd gestreefd naar meerdere bruikbare directe therapieën die de huisarts in kwestie zou kunnen toepassen.

Zo nodig vonden er aparte consultatieve contacten met afzonderlijke huisartsen plaats, om op korte termijn bepaalde impasses te doorbreken.

Aanvankelijk lag tijdens de supervisiebijeenkomsten het accent op de adviezen van de supervisor.

Geleidelijk aan echter werd de intervisie steeds belangrijker en kwam de nadruk te liggen op de inbreng van de deelnemende huisartsen zelf.

Ze vroegen waar nodig om verduidelijking en gaven commentaar en advies.

Ter ondersteuning van supervisie en intervisie is in één van de supervisiegroepen door de huisartsen zelf besloten om van te voren de relevante gegevens van patiënten op papier te zetten en naar elkaar op te sturen. Deze procedure werd door de andere groepen niet overgenomen. Wel werd in elke groep gebruik gemaakt van eenzelfde protocol voor de inbreng van de gegevens van de patiënten: het 'aanmeldingsformulier'. Dit protocol komt aan de orde bij 'de onderzoeksopzet'.

Tijdens de supervisie werden waar nodig, bepaalde onderwerpen theoretisch verder uitgediept om het leereffekt te optimaliseren en de kwaliteit van de behandeling te waarborgen.

We noemen in dit verband: het formatiekoncept, positief heretiketteren, principes die ten grondslag liggen aan ankeren en herkaderen, het werken met verbeeldingsopdrachten, principes die ten grondslag liggen aan rationeel-emotieve opdrachten, het werken met rituele opdrachten.

Halverwege de supervisie is na een vakantieperiode, in september 1984 een terugkom-dag georganiseerd. Er werden toen fragmenten van hulpverleningsgesprekken getoond uit de volgende videoreekse.

"Praten over seks"

uit: "Helpen bij seksuele moeilijkheden" (1981)

Utrecht: Teleac

"Migraine en migraine-behandeling"

uit: "Psychosomatiek" (1983)

Utrecht: Teleac

De supervisiebijeenkomsten werden bijgewoond door studenten klinische psychologie in het kader van hun studie. Zij maakten geluidsopnamen van de supervisiegesprekken met behulp van een cassetterecorder, hielden de nummering van de recorder bij en maakten aantekeningen met betrekking tot de besproken patiënten. Naderhand werkten ze de cassette-opnames verder uit en rubriceerden de gegevens in protocollen, die de deelnemende huisartsen werden voorgelegd ter fiattering. Deze protocollen vormden de basis voor het verdere onderzoek.

de onderzoeksprotocollen

Om informatie te verzamelen met betrekking tot de aandachtspunten, die genoemd zijn in hoofdstuk 1 bij 'operationalisering van de probleemstelling', zijn een aantal onderzoeksprotocollen ontworpen.

Begonnen werd met het verbatim uitwerken van de geluidsopnamen van de supervisie- en intervisiegesprekken van elke groep huisartsen. Deze teksten werden uitgewerkt door de aan het onderzoek deelnemende studenten klinische psychologie.

Vervolgens werden de verbatim-teksten met betrekking tot elke supervisie-groep gerangschikt naar arts en naar patiënt.

Daarna is in een proefopzet bekeken in hoeverre per casus een rubricering van de gegevens mogelijk was, rekening houdend met de aandachtspunten uit de 'operationalisering van de probleemstelling'.

Zoals we gezien hebben, golden voor het 'eerste gesprek' de volgende aandachtspunten:

- 'wat is het aangemelde probleem';
- 'wat is het kernprobleem en wat zijn de probleembepalende factoren';
- 'in welke situaties komt het probleemgedrag tot uiting';
- 'welk behandelingskontraakt is er afgesloten';
- 'welk werkplan wordt opgesteld'.

Algemene uitgangspunten voor de 'verdere zittingen' waren:

- 'wat was de inhoud van het gesprek';
- 'wat waren de aandachtspunten';
- 'zijn de tevoren opgestelde aandachtspunten aan bod gekomen';
- 'hoe verliep het therapeutisch proces';
- 'wat liep er goed tijdens het gesprek';
- 'wat waren de problemen tijdens het gesprek';
- 'zijn er veranderingen bij de cliënt t.o.v. vorige gesprekken';
- 'welke direktieven zijn er gebruikt';
- 'wat is het effect van de eerder gegeven direktieven';
- 'welke afspraken zijn er gemaakt';
- 'wat zijn de aandachtspunten voor de volgende zitting'.

Richtlijnen met betrekking tot de 'evaluatie van de behandeling' waren:

- 'wat waren de problemen';
- 'wat was de leeftijd, geslacht, gezinssituatie, beroep en sociale klasse';
- 'wat waren de doelstellingen van de behandeling';
- 'in hoeverre zijn de doelstellingen van de behandeling gerealiseerd';
- 'welke direktieven zijn gebruikt';
- 'wat was de feitelijke ontwikkeling van het veranderingsproces';
- 'hoeveel zittingen waren er en over welke periode';
- 'wat waren de neveneffecten';
- 'wat komt er uit de follow-up naar voren'.

Op grond van de proefopzet werden de volgende onderzoeksprotocollen ontworpen: aanmeldingsformulier, analyseformulier, zittingformulier, grafische weergave verloop behandeling, evaluatieformulier en schema van gebruikte interventies.

Aangezien er een aantal huisartsen waren die reeds tijdens de cursus directeive technieken gingen toepassen in hun praktijk, was het mogelijk om de protocollen zodanig op te stellen, dat er al bij het begin van de supervisie representatieve voorbeeldmodellen beschikbaar waren, volgens welke de afzonderlijke casussen door de studenten konden worden ingevuld.

Alleen het aanmeldingsformulier is door de huisartsen zelf ingevuld. De andere formulieren zijn ingevuld door de studenten op grond van de verbatim-teksten uit de supervisiebijeenkomsten, aangezien de invulling hiervan door de huisartsen tijdrovend bleek en er afstemming tussen de studenten en de huisartsen nodig was om tot een eenduidige invulling te komen.

Ten aanzien van de evaluatie en de follow-up vermelden we dat aanvankelijk is overwogen om het resultaat van de behandeling vast te laten stellen door middel van een interview of door een onafhankelijke onderzoeker, die de patiënten zou gaan interviewen.

Dit stuitte echter op een aantal problemen.

Zo vermeldt Schagen (1983) dat een globale satisfactie-maat via schriftelijke enquête verkregen, weinig specifieke informatie oplevert.

Het belang van cliënt-tevredenheid mag volgens hem - in verband met antwoordtendenties in de richting van sociale wenselijkheid - niet overschat worden, wanneer het bepalen van de effectiviteit het doel is.

Ten aanzien van de onafhankelijke beoordelaar vermeldt Schagen (1983)

"wat de beoordelaar doet, is de patiënt zoveel mogelijk laten vertellen - als het kan enigszins kontrollerend op betrouwbaarheid door naar voorbeelden te vragen of naar hetzelfde in andere bewoordingen - en datgene wat de patiënt verteld heeft, in een referentiekader plaatsen".

Aangezien het werken met onafhankelijke beoordelaars, gezien het bovenstaande, een kostbare zaak is, en de onderzoeksmiddelen door de auteur zelf bekostigd moesten worden, was het niet haalbaar gebruik te maken van gekwalificeerde onafhankelijke onderzoekers.

Verder hadden de nodige deelnemende huisartsen problemen met een uitgebreid interview in verband met de vertrouwelijkheid en de privacy van hun patiënten.

Ondanks het feit dat we onderkennen dat de huisartsen belang kunnen hebben bij het skoren van de resultaten, hebben we om redenen van praktische haalbaarheid (kosten) ervoor gekozen om aan de hand van de informatie van de huisartsen over de in de behandeling gerealiseerde doelen, zelf als onderzoekers vast te stellen in hoeverre de behandeling resultaat heeft gehad.

Om de 'bias' van het belang dat de huisartsen bij het skoren hebben zoveel mogelijk te verminderen, was niet hun tevredenheid over het resultaat van de behandeling het criterium, maar het aantal gerealiseerde doelen.

Als criteria voor wat betreft het verloop van de behandelingen maakten we als onderzoekers een onderscheid tussen 'succesvol', 'bevredigend', 'matig', 'geen resultaat' en 'afgebroken'.

Deze criteria worden in hoofdstuk 6 verder geoperationaliseerd.

Om de betrouwbaarheid van de resultaten te optimaliseren is in alle gevallen sprake geweest van een follow-up, die 3 maanden na afronding van de behandeling plaatsvond.

Hierna worden de in het onderzoek gebruikte formulieren kort beschreven. De konkrete formulieren, alsmede een voorbeeldprotocol zijn opgenomen in de bijlagen 3 en 4.

Om de anonimiteit van de huisartsen en de patiënten te waarborgen, zijn in de gebruikte protocollen de namen van de huisartsen en de patiënten gekoedeerd met respektievelijk letters en cijfers. Verder zijn specifieke gebeurtenissen globaal samengevat.

aanmeldingsformulier

Het aanmeldingsformulier omvat: personalia, 1. aanmeldingsklacht, 2. duur van de klacht, 3. hulpvraag, 4. eerdere hulpverleningskontakten, 5. medicatie, 6. persoonsindruk, 7. gezinssituatie, 8. opmerkingen.

analyseformulier

In het analyseformulier komt naar voren de analyse van de problematiek, met: 1. aanmeldingsklacht, 2. achtergrond van de klachten, 3. persoonsindruk, 4. gezinssituatie, 5. functie van de klachten, 6. sterke punten van de cliënt of het cliëntsysteem.

Daarnaast komen de therapeutische doelen aan de orde.

We merken op dat er een zekere overlap bestaat tussen het aanmeldingsformulier en het analyseformulier.

In het analyseformulier wordt uitgebreider ingegaan op de overlappende aandachtspunten.

zittingformulier

In het zittingformulier komen aan de orde: 1. effecten huiswerkopdrachten vorige zitting; bereikte veranderingen, 2. nieuwe ontwikkelingen/problemen, 3. belangrijke gesprekspunten, 4. interventies tijdens de zitting, 5. gemaakte afspraken, 7. vraagpunten en opmerkingen tijdens supervisie/intervisie.

evaluatieformulier

Het evaluatieformulier is bedoeld om een behandeling van een cliënt of cliëntsysteem te evalueren.

Evaluatiepunten die naar voren komen, zijn: 1. aantal zittingen, 2. behandelingsperiode, 3. bereikte veranderingen, 4. gerealiseerde therapeutische doelen, 5. niet gerealiseerde therapeutische doelen, 6. onvoorziene ontwikkelingen, 7. prognose, 8. follow-up.

De follow-up vindt plaats 3 maanden na afronding van de behandeling.

formulier 'grafische weergave verloop behandeling'

Het formulier 'grafische weergave verloop behandeling' biedt de mogelijkheid in het kort het verloop van de behandeling puntsgewijs aan de orde te laten komen over de totale periode van de behandeling van een cliënt of een cliëntsysteem.

schema van gebruikte interventies

Na afronding van een casus is een 'schema van gebruikte interventies' gebruikt, waarbij relevante aspecten van de behandeling werden gekategoriseerd in de rubrieken 'problematiek', 'interventies' en 'effekt'.

het gestructureerd interview huisartsen

Tegen het einde van de supervisie- en intervisie-periode werd de huisartsen een gestructureerd interview afgenomen om de 'psychologisering' van de betrokken huisartsen in kaart te brengen.

Nadat de vragen waren opgesteld, zijn ze uitvoerig becommentarieerd door zowel de huisartsen als de deelnemende studenten.

Het commentaar werd verwerkt in de uiteindelijke versie van de vragenlijst.

Vervolgens kregen de huisartsen de vragenlijst mee naar huis, zodat ze zich konden bezinnen op de antwoorden.

Het feitelijke interview werd aan elk van de huisartsen afzonderlijk afgenomen door de aan het onderzoek deelnemende studenten.

De studenten hadden van te voren deelgenomen aan een interviewtraining in het kader van een cursus gespreksvoering.

Het interview vond plaats tijdens een aparte bijeenkomst, welke veelal voorafging aan een supervisie-bijeenkomst en duurde ongeveer een uur.

Het interview werd opgenomen met een cassette recorder en naderhand verbatim uitgewerkt.

De vragenlijst met betrekking tot het gestructureerd interview aan de huisartsen is opgenomen in bijlage 5.

Hoofdstuk 6 Onderzoeksresultaten

Zoals in hoofdstuk 1 'Doel en probleemstelling' naar voren is gekomen, richt het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie door de huisarts zich op het systematisch in kaart brengen van de direktieven, die door de huisarts met succes kunnen worden toegepast.

Tevens wordt in het onderzoek nagegaan wat de mogelijke konsekventies zijn van de psychologisering van de huisarts.

De aandachtspunten, zoals deze voortvloeien uit de vraagstelling van het onderzoek, zijn in hoofdstuk 1 uitgewerkt bij de 'operationalisering van de probleemstelling'.

Overeenkomstig deze aandachtspunten zijn van alle behandelingen van patiënten met psychosociale problemen korte verslagen gemaakt. Hierbij is gebruik gemaakt van de onderzoeksprotocollen uit hoofdstuk 5 'Onderzoeksopzet en -verloop'.

De verslaglegging van de behandelingen wordt bekeken op de volgende punten:

- 'welke aanmeldingsproblemen komen vaak naar voren';
- 'welke achterliggende problemen komen vaak naar voren';
- 'welke problemen zijn niet in behandeling genomen en waarom niet';
- 'wat zijn veel toegepaste direktieven';
- 'wat zijn de randvoorwaarden van bepaalde direktieven';
- 'hoe was de motivatie en de inzet van de patiënten';
- 'wat zijn kritische variabelen voor een succesvolle behandeling';
- 'welke behandelingen hebben geen resultaat gehad en waarom niet'.

Tevens wordt nagegaan of het doorverwijsbeleid van de deelnemende huisartsen naar de tweede en derde lijn veranderd is door het zelf toepassen van direktieve technieken. Aandachtspunten hierbij zijn:

- 'welke soorten problemen worden doorverwezen';
- 'naar welke instellingen wordt doorverwezen'.

In het navolgende bespreken we de rubricering van de gegevens uit de onderzoeksprotocollen.

We gaan hierbij kort in op de verschillende supervisiegroepen, de klassifikatie van de kenmerken van de patiënten en de evaluatie van de behandelingen. Tevens belichten we de klassifikatie van de problematiek, de klassifikatie van de gebruikte direktieven en niet succesvolle behandelingen. Vervolgens geven we een aantal uitgewerkte voorbeelden van behandelingen met direktieve therapie. Tenslotte beschrijven we het resultaat van het gestructureerd interview huisartsen.

de rubricering van de gegevens uit de onderzoeksprotocollen

In verband met het beperkte aantal patiënten per huisarts, is ervoor gekozen om de gegevens uit de in hoofdstuk 5 beschreven onderzoeksprotocollen te rubriceren naar respectievelijk de supervisiegroepen en de totale groep huisartsen en daarbij af te zien van een rubricering naar huisarts.

Dit resulteerde in de volgende, hierna te bespreken tabellen:

tabel van personalia,
 tabel evaluatie behandelingen,
 tabel van probleemaspekten I,
 tabel van probleemaspekten II,
 tabel van aanmeldingsklachten en behandelde klachten,
 tabel van gebruikte direktieven I,
 tabel van gebruikte direktieven II,
 tabel minder succesvolle behandelingen: personalia,
 tabel minder succesvolle behandelingen: evaluatie,
 tabel minder succesvolle behandelingen: probleemaspekten en
 tabel minder succesvolle behandelingen: gebruikte direktieven.

Wat betreft de skoring merken we op, dat deze verricht is volgens de jury-methode. Dit houdt in dat er geskoord is door twee van elkaar onafhankelijke beoordelaars. Naderhand werden de resultaten met elkaar vergeleken om zo te komen tot een eind-oordeel.

In het navolgende gaan we kort in op de verschillende supervisiegroepen. Daarna bespreken we de klassifikatie van de kenmerken van de patiënten, de evaluatie van de behandelingen, de klassifikatie van de problematiek en de klassifikatie van de gebruikte direktieven. Vervolgens gaan we na in hoeverre niet succesvolle behandelingen samenhangen met kenmerken zoals deze naar voren komen uit de hiervoor genoemde klassifikaties.

de supervisiegroepen

In het onderzoek waren drie supervisiegroepen betrokken.

Groep I bestond uit 4 huisartsen, die in totaal 54 cliënten of cliëntsystemen inbrachten in de supervisie/intervisie.

Drie van de artsen kwamen zeer regelmatig naar de supervisiebijeenkomsten. Voor de vierde was dit, gezien de grote reisafstand, bezwaarlijk. Dit bezwaar werd enigszins ondervangen door een regelmatig telefonisch contact. Een konsekwentie was echter, dat hij slechts 2 cliënten kon inbrengen.

Groep II omvatte eveneens 4 huisartsen.

In deze groep zijn in totaal 52 cliënten of cliëntsystemen besproken.

De opkomst in deze supervisiegroep was zeer bevredigend.

In groep III zaten 5 huisartsen, die in totaal 34 cliënten of cliëntsystemen inbrachten.

De opkomst van deze groep was matig. Een belangrijke oorzaak hiervoor was veelal de grote reisafstand.

In alle supervisiegroepen werd slechts een deel van de patiënten met psychosociale problemen, die door de huisartsen werden behandeld door middel van direktieve therapie, ingebracht. Het betrof hier veelal patiënten met moeilijkere, gekompliceerdere problemen, waarover de huisartsen supervisie en interventie wilden hebben.

evaluatie van de behandelingen

In onderstaande tabel zijn de gegevens gerubriceerd, die betrekking hebben op de evaluatie van de behandelingen. We gaan in op het aantal zittingen, de behandelingsperiode, het resultaat en de doorverwijzing.

tabel evaluatie behandelingen

	groep I		groep II		groep III		totaal	
	N = 54		N = 52		N = 34		N = 140	
	x	%	x	%	x	%	x	%
aantal zittingen								
1 - 4	44	81,5	27	51,9	21	61,8	92	65,7
5 - 8	10	18,5	20	38,5	9	26,4	39	27,9
9 - 12	-	-	4	7,7	1	2,9	5	3,6
13 - 16	-	-	1	1,9	1	2,9	2	1,4
meer	-	-	-	-	2	5,9	2	1,4
	$N_x = 54$		$N_x = 52$		$N_x = 34$		$N_x = 140$	
behandelingsperiode								
1 - 4 weken	32	59,2	15	28,8	13	38,2	60	42,9
5 - 8 weken	11	20,4	12	23,1	8	23,5	31	22,1
9 - 12 weken	5	9,3	11	21,2	3	8,8	19	13,6
13 - 16 weken	2	3,7	5	9,6	5	14,7	12	8,3
17 - 20 weken	1	1,9	3	5,8	-	-	4	2,9
21 - 24 weken	-	-	4	7,7	1	2,9	5	3,6
25 - 28 weken	2	3,7	1	1,9	2	5,9	5	3,6
langer	1	1,9	1	1,9	2	5,9	4	2,9
	$N_x = 54$		$N_x = 52$		$N_x = 34$		$N_x = 140$	
resultaat								
succesvol	19	35,2	21	40,4	10	29,4	50	35,7
bevredigend	18	33,3	16	30,8	11	32,4	45	32,1
matig	5	9,3	8	15,4	6	17,6	19	13,6
geen resultaat	2	3,7	-	-	2	5,9	4	2,9
afgebroken	10	18,5	7	13,4	5	14,7	22	15,7
	$N_x = 54$		$N_x = 52$		$N_x = 34$		$N_x = 140$	
doorverwijzing	x	%	x	%	x	%	x	% = $\frac{x}{N} \times 100\%$
	4	7,4	2	3,8	5	14,7	11	7,9

Ten aanzien van het aantal zittingen merken we op, dat het merendeel van de behandelingen zich voltrok binnen 4 zittingen en dat 93,6% van de behandelingen plaats vond binnen 8 zittingen.

Wat betreft de behandelingsperiode blijkt, dat 42,9% van de behandelingen werd afgerond binnen 4 weken en 65,0% binnen 8 weken.

We konkluderen hieruit, dat de toepassing van directe therapie door de huisartsen neerkomt op kortdurende psychosociale hulpverlening.

Over het resultaat merken we op, dat we voor wat betreft het verloop van de behandelingen de in hoofdstuk 5 genoemde criteria hanteren en een onderscheid maken tussen 'succesvol', 'bevredigend', 'matig', 'geen resultaat' en 'afgebroken'.

We beschouwen een behandeling 'succesvol', als blijkt dat de gestelde therapeutische doelen volledig gerealiseerd zijn.

Bij een 'bevredigende' behandeling is 50% of meer van de therapeutische doelen bereikt.

Een behandeling wordt als 'matig' gezien als er weliswaar verbetering is opgetreden, maar het onduidelijk is of dit voortvloeit uit de interventies van de huisarts.

Bij 'geen resultaat' is geen van de therapeutische doelen gerealiseerd.

Een behandeling is 'afgebroken', wanneer deze op initiatief van de huisarts of de patiënt voortijdig is beëindigd.

Uit het overzicht blijkt dat 35,7% van de behandelingen succesvol verliep en 32,1% bevredigend.

Van de behandelingen had 16,5% weinig of geen resultaat en is 15,7% voortijdig afgebroken.

Deze resultaten komen overeen met de algemene trend uit de psychotherapie-research (Schagen, 1983), waarbij veelal een verdeling wordt gevonden van $\frac{2}{3}$ succesvol of bevredigend en $\frac{1}{3}$ weinig of geen succes.

Opmerkelijk is echter dat de verbeteringen in opvallend kort tijdsbestek plaatsvonden, hetgeen er ons inziens op duidt dat de behandelingen op hun minst een versnellend effect hebben gehad.

Wat betreft de doorverwijzing valt op, dat slechts 7,9% van alle behandelingen resulteerde in een doorverwijzing naar de GGZ.

Meestal leende de problematiek van deze patiënten zich niet voor kortdurende behandeling door de huisarts. We gaan hier in dit hoofdstuk nader op in bij de bespreking van niet succesvolle behandelingen.

klassifikatie van de problematiek

De door de huisartsen behandelde psychosociale problematiek is, aan de hand van de onderzoeksprotocollen, gerubriceerd naar de problemen, zoals deze naar voren komen in hoofdstuk 4 bij 'de aktiefase: opdrachten gericht op specifieke problemen'.

In de navolgende tabellen zijn de gegevens eerst geordend volgens een aantal hoofdkategorieën en vervolgens zijn deze hoofdkategorieën uitgesplitst in subkategorieën.

De betekenis van de verschillende symbolen uit tabel I en II is onder tabel I vermeldt.

Wat betreft de percentages van de in de behandelingen betrokken patiënten geldt, dat er een overlap bestaat tussen de verschillende categorieën.

Zo kan iemand bijv. bij de huisarts komen met psychosomatische klachten, terwijl er problemen in het subsysteem van de partners achter schuil gaan. Wat betreft de skoring van n (= bij hoeveel patiënten) merken we op, dat een patiënt in een bepaalde categorie slechts eenmaal geskoord wordt, onafhankelijk van het aantal klachten dat hij heeft binnen de betreffende categorie.

tabel van probleemaspekten I

groep I				groep II				groep III				totaal			
N = 54		N' = 78		N = 52		N' = 66		N = 34		N' = 50		N = 140		N' = 194	
x	n	% _p	% _k	x	n	% _p	% _k	x	n	% _p	% _k	x	n	% _p	% _k

problemen in de gezinslevenscyclus
 problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis
 problemen in het subsysteem van de partners
 problemen in het subsysteem van de ouders
 problemen in het subsysteem van de kinderen
 problemen in het gezinssysteem
 problemen met betrekking tot het ecosysteem
 gedragsproblemen
 psychosomatische klachten

13	18	9,0	23,1	6	7	3,3	10,6	12	15	13,3	30,0	31	40	7,5	20,6
18	25	12,4	32,1	18	16	10,0	24,2	10	9	11,1	18,0	46	50	11,1	25,8
16	14	11,0	17,9	24	25	13,3	37,9	16	20	17,8	40,0	56	59	13,5	30,4
5	11	3,4	14,1	5	4	2,8	6,1	1	2	1,1	4,0	11	17	2,7	8,8
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	2	1,4	2,6	3	3	1,7	4,5	2	2	2,2	4,0	7	9	1,7	4,6
14	12	9,7	15,3	5	5	2,8	7,6	9	9	10,0	18,0	28	26	6,7	13,4
33	26	22,8	33,3	50	33	21,8	50,1	17	12	18,9	24,0	100	71	24,1	36,6
44	31	30,3	39,7	69	35	38,3	53,0	23	15	25,6	30,0	136	81	32,8	41,8

N_x = 145

N_x = 180

N_x = 90

N_x = 415

N = aantal casussen per groep huisartsen

N' = totaal aantal betrokken patiënten

x = aantal keren probleemaspect

n = bij hoeveel patiënten

N_x = totaal aantal probleemaspekten
per categorie

$$\%_p = \frac{x}{N_x} \times 100\%$$

percentage van probleemaspekten
t.o.v. de totale categorie

$$\%_k = \frac{n}{N'} \times 100\%$$

bij hoeveel % van de patiënten komt
het probleemaspect voor

Uit tabel I blijkt bij de beschouwing van de percentages van probleem- aspecten ten opzichte van de totale categorie, dat psychosomatische klachten in de casussen het meest voor komen ($\%_p = 32,8\%$), gevolgd door gedrags- problemen ($\%_p = 24,1\%$), problemen in het subsysteem van de partners ($\%_p = 13,5\%$) en problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis ($\%_p = 11,1\%$).

Aangezien patiënten veelal met meerdere problemen bij de huisarts komen, is ook nagegaan bij hoeveel % van de patiënten het probleemaspect voor komt. Het blijkt dat psychosomatische klachten zich het meest voordoen bij de patiënten ($\%_k = 41,8\%$). Daarna komen gedragsproblemen ($\%_k = 36,6\%$), problemen in het subsysteem van de partners ($\%_k = 30,4\%$), problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis ($\%_k = 25,8\%$) en problemen in de gezinslevenscyclus ($\%_k = 20,6\%$).

Wat betreft de percentages van de in de behandelingen betrokken patiënten geldt, dat er een overlap bestaat tussen de verschillende categorieën. Zo kan iemand bijv. bij de huisarts komen met psychosomatische klachten, terwijl er problemen in het subsysteem van de partners achter schuil gaan.

tabel van probleemaspecten II

groep I				groep II				groep III				totaal			
N = 54		N' = 78		N = 52		N' = 66		N = 34		N' = 50		N = 140		N' = 194	
x	n	% _p	% _k	x	n	% _p	% _k	x	n	% _p	% _k	x	n	% _p	% _k

problemen in de gezinslevenscyclus

- de fase van de jonge vrijgezel
- de fase van de partners zonder kinderen
- de fase van de partners met kleuters
- de fase van de partners met schoolkinderen
- de fase van de partners met pubers en adolescenten
- de fase van de partners met uithuiszige kinderen
- de fase van de oude vrijgezel

2	2	15,4	2,6	-	-	-	-	4	4	33,3	8,0	6	6	19,4	3,1
2	3	15,4	3,8	-	-	-	-	2	3	16,7	6,0	4	6	12,9	3,1
1	2	7,7	2,6	3	3	50,0	4,5	5	7	41,7	14,0	9	12	29,0	6,2
-	-	-	-	2	3	33,3	4,5	-	-	-	-	2	3	6,5	1,5
4	7	30,7	9,0	1	1	16,7	1,5	1	1	8,3	2,0	6	9	19,4	4,6
2	2	15,4	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	6,4	1,0
2	2	15,4	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	6,4	1,0

N_x = 13 N_x = 6 N_x = 12 N_x = 31

problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis

- problemen voortvloeiend uit het kerngezin
- intergenerationale conflicten
- afscheidsproblemen

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	14	38,9	17,9	4	4	22,2	6,1	3	3	30,0	6,0	14	21	30,4	10,8
11	11	61,1	14,1	14	13	77,8	19,7	7	7	70,0	14,0	32	32	69,6	16,5

N_x = 18 N_x = 18 N_x = 10 N_x = 46

problemen in het subsysteem van de partners

- disfunktionele interactiepatronen
- huwelijksconflicten
- seksuele problemen

9	13	56,2	16,7	14	18	58,3	27,3	9	16	56,3	32,0	32	52	57,1	26,8
4	5	25,0	6,4	6	10	25,0	15,2	3	6	18,8	12,0	13	21	23,2	10,8
3	5	18,8	6,4	4	7	16,7	10,6	4	5	25,0	10,0	11	17	19,6	8,8

N_x = 16 N_x = 24 N_x = 16 N_x = 56

problemen in het subsysteem van de ouders

- opvoedingsproblemen
- onenigheid tussen ouders en kinderen

3	6	60,0	7,7	4	4	80,0	6,1	1	2	100,0	4,0	8	12	72,7	6,2
2	5	40,0	6,4	1	1	20,0	1,5	-	-	-	-	3	6	27,3	3,1

N_x = 5 N_x = 5 N_x = 1 N_x = 11

problemen in het subsysteem van de kinderen

- het probleemkind
- nerveuze gewoonten bij kinderen
- kinderangsten

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

N_x = 0 N_x = 0 N_x = 0 N_x = 0

problemen in het gezinssysteem

- problemen in de gezinsstructuur
- disfunktionele interactieproblemen

-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	2	100,0	2,6	3	3	100,0	4,5	2	2	100,0	4,0	7	9	100,0	4,6

N_x = 2 N_x = 3 N_x = 2 N_x = 7

problemen met betrekking tot het ecosysteem

- schoolproblemen
- werkproblemen

2	2	14,3	2,6	1	1	20,0	1,5	1	1	11,1	2,0	4	4	14,3	2,1
12	12	85,7	15,4	4	4	80,0	6,1	8	8	88,9	16,0	24	24	85,7	12,4

N_x = 14 N_x = 5 N_x = 9 N_x = 28

tabel van probleemaspekten II (vervolg)

groep I				groep II				groep III				totaal			
N = 54		N' = 78		N = 52		N' = 66		N = 34		N' = 50		N = 140		N' = 194	
x	n	% _p	% _k	x	n	% _p	% _k	x	n	% _p	% _k	x	n	% _p	% _k

gedragsproblemen

- assertiviteitsproblemen
- inkompetentieproblemen
- nerveuze gewoonten
- dwangmatig functioneren
- dwanghandelingen
- fobieën
- verslavingsproblemen

7	7	21,2	9,0	16	15	32,0	22,7	5	5	29,4	10,0	28	27	28,0	13,9
7	7	21,2	9,0	2	2	4,0	3,0	4	4	23,5	8,0	13	13	13,0	6,7
1	1	3,0	1,3	3	3	6,0	4,5	-	-	-	-	4	4	4,0	2,1
4	4	12,1	5,1	4	4	8,0	6,1	-	-	-	-	8	8	8,0	4,1
1	1	3,0	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1,0	0,5
7	7	21,2	9,0	12	12	24,0	18,2	5	4	29,4	8,0	24	24	24,0	12,4
6	5	18,2	6,4	13	12	26,0	18,2	3	3	17,6	6,0	22	20	22,0	10,3
N _x = 33				N _x = 50				N _x = 17				N _x = 100			

psychosomatische klachten

- gespannenheid, gejaagdheid
- vermoeidheid
- lusteloosheid, depressiviteit
- eetproblemen
- slaapstoornissen
- pijnklasten
- hypertensie
- spanningshoofdpijn
- eczeem
- hyperventilatie
- trillende handen
- maag- en darmklachten
- frequent urineren
- lage rugpijn
- hypochondrie
- pre-menstrueel syndroom

8	8	18,6	10,3	9	9	13,0	13,6	3	3	13,0	6,0	20	20	14,8	10,3
5	5	11,6	6,4	2	2	2,9	3,0	-	-	-	-	7	7	5,2	3,6
8	8	18,6	10,3	8	8	11,6	12,1	4	4	17,4	8,0	20	20	14,8	10,3
2	2	4,7	2,6	1	1	1,4	1,5	-	-	-	-	3	3	2,2	1,5
2	2	4,7	2,6	8	8	11,6	12,1	-	-	-	-	10	10	7,4	5,2
-	-	-	-	6	5	8,7	7,6	1	1	4,3	2,0	7	6	5,2	3,1
-	-	-	-	1	1	1,4	1,5	-	-	-	-	1	1	0,7	0,5
3	3	7,0	3,8	8	8	11,6	12,1	6	6	26,1	12,0	17	17	12,6	8,8
-	-	-	-	1	1	1,4	1,5	-	-	-	-	1	1	0,7	0,5
10	10	23,3	12,8	12	12	17,4	18,2	4	4	17,4	8,0	26	26	19,3	13,4
-	-	-	-	4	4	5,8	6,1	-	-	-	-	4	4	3,0	2,1
4	4	9,3	5,1	6	6	8,7	9,1	2	2	8,7	4,0	12	12	8,9	6,2
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1	1	2,3	1,3	-	-	-	-	2	2	8,7	4,0	3	3	2,2	1,5
-	-	-	-	2	2	2,9	3,0	-	-	-	-	2	2	1,5	1,0
-	-	-	-	1	1	1,4	1,5	1	1	4,3	2,0	2	2	1,5	1,0
N _x = 43				N _x = 69				N _x = 23				N _x = 135			

In tabel II zijn de categorieën van probleemaspekten uit tabel I uitgesplitst in subcategorieën.

Voor de categorie 'problemen in de gezinslevenscyclus' geldt, dat er zich vooral problemen voordoen in de fase van de partners met kleuters, de fase van de partners met pubers en adolescenten en in de fase van de jonge vrijgezel.

Dit beeld komt ook naar voren, wanneer de verdeling over de patiënten wordt beschouwd.

In de categorie 'problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis' zijn het vooral de 'afscheidsproblemen' die zich profileren.

In de categorie 'problemen in het subsysteem van de partners' vormen 'disfunktionele interactiepatronen' de grootste categorie, gevolgd door 'huwelijkskonflikten' en 'seksuele problemen'.

De problemen die zich voordoen in 'het subsysteem van de ouders' hebben vooral betrekking op de 'opvoeding'.

Problemen in het subsysteem van de kinderen hebben zich in de behandeling door de huisartsen niet voorgedaan.

In 'het gezinssysteem' zijn het uitsluitend 'disfunktionele interactiepatronen' die in de behandeling naar voren kwamen.

In de categorie 'problemen met betrekking tot het ecosysteem' zijn het met name 'werkproblemen' waarmee de patiënten zich tot de huisartsen hebben gewend.

In de categorie 'gedragsproblemen' spelen 'assertiviteitsproblemen' en 'fobieën' de belangrijkste rol, gevolgd door 'verslavingsproblemen' en 'incompetentieproblemen'.

'Psychosomatische klachten' komen vooral tot uiting in 'hyperventilatie', 'gespannenheid', 'lusteloosheid en depressiviteit', 'spanningshoofdpijn', 'maag- en darmklachten' en 'slaapstoornissen'.

klassifikatie van de aanmeldingsklachten

De bij de huisartsen aangemelde psychosociale problematiek hebben we gerubriceerd, overeenkomstig de klassifikatie van behandelde problematiek, zoals deze hiervoor is beschreven.

In de navolgende tabel zijn de aanmeldingsklachten vergeleken met de behandelde klachten.

Het aantal patiënten betrokken bij de aanmeldingsklachten (N") bedroeg 143 en het aantal patiënten dat uiteindelijk bij de behandeling werd betrokken (N') was 194.

Opvallend is dat de aanmeldingsklachten voor meer dan de helft bestaan uit psychosomatische klachten (%_p = 55,9%), gevolgd door gedragsproblemen (%_p = 24,3%).

Psychosomatische klachten komen procentueel gezien ruim 1¹/₂ maal zo vaak voor in de categorie aanmeldingsklachten in vergelijking met de categorie behandelde klachten.

Achterliggende problemen die veelal schuil gaan achter aangemelde psychosomatische klachten, zijn problemen in het subsysteem van de partners, problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis en problemen in de gezinslevenscyclus.

Bij nadere analyse van de aanmeldingsklachten hebben we tabellen achterwege gelaten, omdat zowel x als n tamelijk klein zijn.

We geven enige cijfers die tot op zekere hoogte een beeld geven, hoewel men hier niet tevéél waarde aan moet hechten.

Bij de categorie psychosomatische aanmeldingsklachten blijken vooral gespannenheid (%_p = 20,4%; %_k = 21,0%), hyperventilatie (%_p = 13,6%; %_k = 14,0%), lusteloosheid en depressiviteit (%_p = 11,6%; %_k = 11,9%) en spanningshoofdpijn (%_p = 10,9%; %_k = 11,2%) naar voren te komen.

Aangemelde gedragsproblemen omvatten met name verslavingsproblemen (%_p = 29,7%; %_k = 13,3%), fobieën (%_p = 28,1%; %_k = 12,6%), assertiviteitsproblemen (%_p = 14,1%; %_k = 6,3%) en inkompetentieproblemen (%_p = 12,5%; %_k = 5,6%).

Bij een uitsplitsing van de aanmeldingsklachten naar sociale klasse (respektievelijk 'laag' en 'midden') werden er geen verschillen gevonden tussen de lage en midden klasse, met uitzondering van 'problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis', waarbij 'afscheidsproblemen' wat meer in de midden klasse signaleerd werden dan in de lage klasse.

Bij een uitsplitsing van de aanmeldingsklachten naar geslacht werden er alleen verschillen aangetroffen wat betreft 'problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis' en 'problemen met betrekking tot het ecosysteem'. Vrouwen kwamen meer dan mannen met 'afscheidsproblemen', terwijl mannen vaker 'werkproblemen' naar voren brachten.

tabel van aanmeldingsklachten en behandelde klachten

	aanmeldingsklachten				behandelde klachten				%dp	%dk
	totaal				totaal					
	N = 140	N'' = 143			N = 140	N' = 194				
x	n	%p	%k	x	n	%p	%k			
problemen in de gezinslevenscyclus	4	4	1,5	2,8	31	40	7,5	20,6	-6,0	-17,8
problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis	13	13	4,9	9,1	46	50	11,1	25,8	-6,2	-16,7
problemen in het subsysteem van de partners	15	18	5,7	12,6	56	59	13,5	30,4	-7,8	-17,8
problemen in het subsysteem van de ouders	5	5	1,9	3,5	11	17	2,7	8,8	-0,8	-5,3
problemen in het subsysteem van de kinderen	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0
problemen in het gezinssysteem	-	-	0,0	0,0	7	9	1,7	4,6	-1,7	-4,6
problemen met betrekking tot het ecosysteem	15	15	5,7	10,5	28	26	6,7	13,4	-1,0	-2,9
gedragsproblemen	64	49	24,3	34,3	100	71	24,1	36,6	0,2	-2,3
psychosomatische klachten	147	95	55,9	66,4	136	81	32,8	41,8	23,1	24,6
	N _x = 263				N _x = 415					

klassifikatie van de gebruikte direktieven

De door de huisartsen toegepaste direktieven zijn aan de hand van de onderzoeksprotocollen gerubriceerd naar de direktieven, zoals deze naar voren komen in hoofdstuk 4 bij 'de aktiefase: typen opdrachten'.

In de navolgende tabellen zijn de gegevens eerst geordend volgens een aantal hoofdkategorieën.

Vervolgens zijn twee van deze hoofdkategorieën - bewustwording en leeropdrachten - uitgesplitst in subkategorieën.

tabel van gebruikte direktieven I

	groep I				groep II				groep III				totaal			
	x	n	% _d	% _k	x	n	% _d	% _k	x	n	% _d	% _k	x	n	% _d	% _k
bewustwording	86	57	50,3	73,1	76	44	33,0	66,7	48	27	38,1	54,0	210	128	39,9	66,0
monitoring-opdrachten	29	22	17,0	28,2	78	42	33,9	63,6	26	17	20,6	34,0	133	81	25,2	41,8
ontspanningsoefeningen	5	5	2,9	6,4	9	9	3,9	13,6	5	5	4,0	10,0	19	19	3,6	9,8
focussen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
leeropdrachten	22	18	12,9	23,1	22	21	9,6	31,8	18	13	14,3	26,0	62	52	11,8	26,8
ankeren en herkadieren	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
verbeeldingsopdrachten	4	3	2,3	3,8	7	7	3,0	10,6	2	2	1,6	4,0	13	12	2,5	6,2
rolopdrachten	2	2	1,2	2,6	1	1	0,4	1,5	2	2	1,6	4,0	5	5	1,0	2,6
rationeel-emotieve opdrachten	-	-	-	-	3	3	1,3	4,5	3	3	2,4	6,0	6	6	1,2	3,1
paradoxe opdrachten	11	9	6,4	11,5	21	18	9,1	27,3	1	1	0,8	2,0	33	28	6,3	14,4
rituele opdrachten	11	10	6,4	12,8	9	6	3,9	9,1	12	10	9,5	20,0	32	26	6,1	13,4
droomtechnieken	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
zelfhulpboekjes	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	1,6	6,0	2	3	0,4	1,5
werken in rondes	1	10	0,6	12,8	2	4	0,9	6,1	7	10	5,6	20,0	10	24	1,9	12,4
afsluiten gedragscontracten	-	-	-	-	2	4	0,9	6,1	-	-	-	-	2	4	0,4	2,1
	$N_x = 171$				$N_x = 230$				$N_x = 126$				$N_x = 527$			

N = aantal casussen per groep huisartsen
 N' = totaal aantal betrokken patiënten
 x = aantal keren toegepast
 n = bij hoeveel patiënten
 N_x = totaal aantal keren toegepast binnen de betreffende categorie
 $\%_d = \frac{x}{N_x} \times 100\%$
 percentage van gebruikte direktieven t.o.v. de totale categorie
 $\%_k = \frac{n}{N'} \times 100\%$
 bij hoeveel % van de patiënten is het betreffende direktief toegepast

tabel van gebruikte direktieven II

	groep I				groep II				groep III				totaal			
	x	n	% _d	% _k	x	n	% _d	% _k	x	n	% _d	% _k	x	n	% _d	% _k
bewustwording	56	35	65,1	44,9	50	34	65,8	51,5	24	17	50,0	34,0	130	86	61,9	44,3
uitleg, informatic, advies (positief) heretiketteren	26	32	30,3	41,0	26	24	34,2	36,4	16	14	33,3	28,0	68	70	32,4	36,1
gebruik van metaforen	2	2	2,3	2,6	-	-	-	-	2	2	4,2	4,0	4	4	1,9	2,1
konfrontatie	2	5	2,3	6,4	-	-	-	-	6	5	12,5	10,0	8	10	3,8	5,2
	$N_x = 86$				$N_x = 76$				$N_x = 48$				$N_x = 210$			
leeropdrachten	4	3	18,2	3,8	1	2	4,5	3,0	1	1	5,6	2,0	6	6	9,7	3,1
benadrukken van bestaand positief gedrag	16	14	72,7	17,9	16	17	72,8	25,8	16	10	88,9	20,0	48	41	77,4	21,1
vormen van nieuw gedrag	1	1	4,5	1,3	2	2	9,1	3,0	-	-	-	-	3	3	4,8	1,5
zelfcontroleprocedures	1	1	4,5	1,3	3	3	13,7	4,5	1	2	5,6	4,0	5	6	8,1	3,1
modelling																
	$N_x = 22$				$N_x = 22$				$N_x = 18$				$N_x = 62$			

Uit tabel I komt, bij de beschouwing van de percentages van toegepaste direktieven ten opzichte van de totale categorie, naar voren dat direktieven gericht op bewustwording ($\%_d = 39,9\%$) het meest zijn toegepast. Vervolgens zijn belangrijk: monitoring-opdrachten ($\%_d = 25,2\%$), leeropdrachten ($\%_d = 11,8\%$), paradoxale opdrachten ($\%_d = 6,3\%$) en rituele opdrachten ($\%_d = 6,1\%$).

Aangezien de patiënten veelal meerdere direktieven aangeboden kregen, is ook nagegaan bij hoeveel procent van de patiënten een direktief is toegepast. Het blijkt dat direktieven gericht op bewustwording ($\%_k = 66,0\%$) het meest bij de patiënten zijn toegepast.

Daarna volgens monitoring-opdrachten ($\%_k = 41,8\%$), leeropdrachten ($\%_k = 26,8\%$), paradoxale opdrachten ($\%_k = 14,4\%$), rituele opdrachten ($\%_k = 13,4\%$), het werken in rondes ($\%_k = 12,4\%$) en ontspanningsopdrachten ($\%_k = 9,8\%$).

In tabel II zijn de direktieven gericht op bewustwording en de leeropdrachten uitgesplitst in subcategorieën.

Bij de categorie 'bewustwording' blijken 'uitleg, informatie, advies' en '(positief) heretiketteren' veelvuldig te zijn toegepast.

In de categorie 'leeropdrachten' komt met name 'het vormen van nieuw gedrag' naar voren.

niet succesvolle behandelingen

Behandelingen die weinig of niet succesvol werden afgesloten, zijn in het navolgende geanalyseerd naar personalia, aantal zittingen en behandelingsperiode.

Vervolgens is deze analyse ook toegepast voor 'probleemaspekten' en 'gebruikte direktieven'.

Wat betreft 'personalia', 'aantal zittingen' en 'behandelingsperiode' is in de navolgende tabellen bekeken of de afzonderlijke categorieën afwijken wat betreft percentage minder succesvolle behandelingen van het totale percentage minder succesvolle behandelingen.

Daarbij is gebruik gemaakt van de z-toets en van de binomiale toets.

Bij een N van 5 of minder is afgezien van binomiale toetsing, aangezien random-fluctuaties een te grote invloed hebben op het percentage binnen de betreffende categorie.

Opvallend is dat geen van de categorieën significant afwijkt van het totale percentage minder succesvolle behandelingen.

Op grond hiervan en op grond van het relatief hoge percentage succesvolle en bevredigend afgesloten behandelingen, kan gekonkludeerd worden, dat direktieve therapie een zinvolle aanpak is die door de huisarts gebruikt kan worden bij zeer uiteenlopende groepen patiënten.

Wat betreft de 'doorverwijzing' blijkt dat in totaal 5 huisartsen 11 patiënten hebben doorverwezen.

De procentuele verdeling naar sociale klasse van de door deze huisartsen behandelde patiënten is voor de midden klasse (N = 60, n = 28, %_{mk} = 46,7%) en voor de lage klasse (N = 60, n = 32, %_{lk} = 53,3%).

De procentuele verdeling naar sociale klasse over de doorverwezen patiënten is respektievelijk (N = 11, n = 4, %_{mk} = 36,4%) en (N = 11, n = 7, %_{lk} = 63,6%) Bij binomiale toetsing (p = .3534) blijkt dat deze verdeling geen significant verschil oplevert. Zeer voorzichtig zou men hieruit kunnen konkluderen, dat patiënten met psychosociale problemen door de betrokken huisartsen worden doorverwezen onafhankelijk van sociale klasse.

tabel minder succesvolle behandelingen: personalia

	totaal N = 140			z_p	p	$\alpha = .05$ tweezijdig
	N'	x	%			
samenstelling cliëntsysteem						
individueel	96	30	31,2	-0,2735	.3897	n.s.
partners	32	12	37,5	0,6492	.2578	n.s.
gezin	12	3	25,0	binomiaal	.4278	n.s.

 $N_N = 140$

leeftijd

0 - 7
8 - 14
15 - 21
22 - 28
29 - 35
36 - 42
43 - 49
50 - 56
57 - 63
64 - 70
ouder

	N'	x	%	z_p	p	$\alpha = .05$ tweezijdig
0 - 7	3					
8 - 14	7	3	42,9	binomiaal	.4097	n.s.
15 - 21	19	6	31,6	-0,0829	.4681	n.s.
22 - 28	41	16	39,0	0,8962	.1841	n.s.
29 - 35	43	8	18,6	-1,9416	.0262	n.s.
36 - 42	32	11	34,4	0,2301	.4090	n.s.
43 - 49	20	10	50,0	1,6742	.0475	n.s.
50 - 56	17	3	17,6	binomiaal	.1468	n.s.
57 - 63	5	4	80,0			
64 - 70	5	1	20,0			
ouder	2	1	50,0			

 $N_N = 194$

geslacht

man
vrouw

	N'	x	%	z_p	p	$\alpha = .05$ tweezijdig
man	76	25	32,9	0,0791	.4681	n.s.
vrouw	118	38	32,2	-0,0618	.4761	n.s.

 $N_N = 194$

sociale klasse

hoog
midden
laag

	N'	x	%	z_p	p	$\alpha = .05$ tweezijdig
hoog	3	2	66,7			
midden	67	19	28,4	-0,6628	.2546	n.s.
laag	70	24	34,3	0,3844	.3520	n.s.

 $N_N = 140$

tabel minder succesvolle behandelingen: evaluatie

	totaal N = 140			z_p	p	$\alpha = .05$ tweezijdig
	N'	x	%			
aantal zittingen						
1 - 4	92	31	33,7	0,3195	.3745	n.s.
5 - 8	39	11	28,2	-0,9262	.2981	n.s.
9 - 12	5	2	40,0			
13 - 16	2	0	100,0			
meer	2	1	50,0			

 $N_N = 140$

behandelingsperiode

1 - 4 weken
5 - 8 weken
9 - 12 weken
13 - 16 weken
17 - 20 weken
21 - 24 weken
25 - 28 weken
langer

	N'	x	%	z_p	p	$\alpha = .05$ tweezijdig
1 - 4 weken	60	21	35,0	0,4744	.3292	n.s.
5 - 8 weken	31	10	32,3	0,0141	.4960	n.s.
9 - 12 weken	19	6	31,6	-0,0524	.4801	n.s.
13 - 16 weken	12	5	41,7	binomiaal	.3347	n.s.
17 - 20 weken	4	1	25,0			
21 - 24 weken	5	0	100,0			
25 - 28 weken	5	1	20,0			
langer	4	1	25,0			

 $N_N = 140$

Problemen die nogal eens minder succesvol behandeld werden, hebben we hieronder in een tabel weergegeven.

tabel minder succesvolle behandelingen: probleemaspecten

	minder succesvol			doorverwezen		
	N	n	% _m	N	n	% _d
problemen in de gezinslevenscyclus	31	12	38,8	31	5	16,1
problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis	46	13	28,3	46	4	8,7
problemen in het subsysteem van de partners	56	11	19,6	56	2	3,6
problemen in het subsysteem van de ouders	11	2	18,2	11	1	9,1
problemen in het subsysteem van de kinderen	-	-	-	-	-	-
problemen in het gezinssysteem	7	1	14,3	7	1	14,3
problemen met betrekking tot het ecosysteem	28	4	14,3	28	1	3,6
gedragsproblemen	100	32	32,0	100	11	11,0
psychosomatische klachten	136	40	29,4	136	11	8,1

N = bij hoeveel casussen komt het probleemaspect voor

n = bij hoeveel minder succesvolle casussen komt het probleemaspect voor

$$\%_m = \frac{n}{N} \times 100\%$$

percentage van minder succesvolle casussen in een bepaalde probleemcategorie t.o.v. het totaal aantal casussen binnen de betreffende probleemcategorie

$$\%_d = \frac{n}{N} \times 100\%$$

percentage van doorverwezen casussen in een bepaalde probleemcategorie t.o.v. het totaal aantal casussen binnen de betreffende probleemcategorie

Ter vergelijking geven we nog de totale percentages voor respectievelijk minder succesvol = 32,14% en doorverwezen = 7,86%

In bovenstaande tabel is afgezien van statistische toetsing, omdat de categorieën wat betreft de scoring van probleemaspecten, tot op zekere hoogte afhankelijk van elkaar zijn.

Bij analyse van de probleemaspekten komt naar voren, dat een aantal behandelingen nogal eens geen resultaat oplevert en tot doorverwijzing aanleiding geeft bij problemen in de gezinslevenscyclus.

Ten aanzien van een nadere analyse van de subcategorieën van probleem-aspekten hebben we tabellen achterwege gelaten, omdat zowel N als n klein zijn.

We geven enige cijfers, die tot op zekere hoogte een beeld geven, hoewel hier een niet te groot gewicht aan moet worden toegekend.

Bij een zeer voorzichtige nadere analyse blijkt, dat bij problemen in de gezinslevenscyclus een aantal behandelingen geen resultaat opleveren en tot doorverwijzing aanleiding geven, bij de fase van de jonge vrijgezel ($N = 6$, $n = 3$, $\%_m = 50,0\%$; $N = 6$, $n = 2$, $\%_d = 33,3\%$), de fase van de partners met pubers en adolescenten ($N = 6$, $n = 3$, $\%_m = 50,0\%$; $N = 6$, $n = 2$, $\%_d = 33,3\%$) en de fase van de oude vrijgezel ($N = 2$, $n = 2$, $\%_m = 100\%$).

Bij de categorie 'problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis' blijken 'intergenerationele conflicten' ($N = 14$, $n = 1$, $\%_m = 7,1\%$) vaak succesvol behandeld te zijn, en zijn het vooral 'afscheidsproblemen' ($N = 32$, $n = 12$, $\%_m = 37,5\%$; $N = 32$, $n = 4$, $\%_d = 33,3\%$) die relatief gezien tot minder resultaat en doorverwijzing leiden.

'Problemen in het subsysteem van de partners' zijn over het algemeen succesvol behandeld. Het meest succesvol was de behandeling van disfunctionele interactiepatronen ($N = 32$, $n = 4$, $\%_m = 12,5\%$), gevolgd door huwelijksconflicten ($N = 13$, $n = 3$, $\%_m = 23,1\%$) en seksuele problemen ($N = 14$, $n = 4$, $\%_m = 36,4\%$).

In de categorie 'problemen met betrekking tot het ecosysteem' komt naar voren, dat 'werkproblemen' ($N = 24$, $n = 3$, $\%_m = 12,5\%$) veelal succesvol behandeld zijn.

Gedragsproblemen blijken te resulteren in minder resultaat of doorverwijzing, wanneer er sprake is van inkompetentieproblemen ($N = 13$, $n = 6$, $\%_m = 46,2\%$; $N = 13$, $n = 2$, $\%_d = 15,4\%$) of van dwangmatig functioneren ($N = 8$, $n = 4$, $\%_m = 50,0\%$; $N = 8$, $n = 3$, $\%_d = 37,5\%$).

Psychosomatische klachten leveren nogal eens weinig of geen succes op als er sprake is van 'lusteloosheid en depressiviteit' ($N = 20$, $n = 7$, $\%_m = 35,0\%$), 'spanningshoofdpijn' ($N = 17$, $n = 7$, $\%_m = 41,2\%$) en 'hyperventilatie' ($N = 26$, $n = 9$, $\%_m = 34,6\%$).

Direktieven die zijn toegepast in weinig succesvolle behandelingen, zijn weergegeven in onderstaande tabel.

tabel minder succesvolle behandelingen: gebruikte direktieven

	minder succesvol			
	N	n	% _m	
bewustwording	128	33	25,8	N = bij hoeveel patiënten is het betreffende direktief toegepast
monitoring-opdrachten	81	21	25,9	
ontspanningsoefeningen	19	6	31,6	n = bij hoeveel patiënten, waarbij de behandeling minder succesvol verlopen is, is het betreffende direktief toegepast
focussen	-	-	-	
leeropdrachten	52	6	11,5	% _m = $\frac{n}{N} \times 100\%$
ankeren en herkadereën	-	-	0,0	
verbeeldingsopdrachten	12	3	25,0	percentage van minder succesvol behandelde patiënten in een bepaalde categorie direktieven t.o.v. het totaal aantal behandelde patiënten binnen de betreffende categorie direktieven
rolopdrachten	5	0	0,0	
rationeel-emotieve opdrachten	6	2	33,3	
paradoxe opdrachten	28	7	25,0	
rituele opdrachten	26	5	19,2	
droomtechnieken	-	-	-	
zelfhulpboekjes	3	1	33,3	
werken in rondes	24	5	20,8	
afsluiten gedragscontracten	4	1	25,0	

	minder succesvol		
	N	n	% _m
bewustwording			
uitleg, informatie, advies	86	23	26,7
(positief) heretiketteren	70	17	24,3
gebruik van metaforen	4	2	50,0
konfrontatie	10	6	60,0
leeropdrachten			
benadrukken van bestaand positief gedrag	6	0	0,0
vormen van nieuw gedrag	41	6	14,6
zelfcontroleprocedures	3	0	0,0
modellering	6	0	0,0

Bij analyse van de direktieven blijkt dat 'leeropdrachten' veel zijn toegepast in behandelingen die succesvol verlopen. Ook 'rolopdrachten' en 'rituele opdrachten' werden relatief vaak in succesvolle behandelingen toegepast.

Bij nadere analyse blijkt dat bij 'bewustwording' de techniek van 'konfrontatie' vaak problemen oplevert, evenals 'het gebruik van metaforen'.

voorbeelden van behandelingen met direktieve therapie

Hierna beschrijven we een aantal uitgewerkte gevalsbeschrijvingen. Ze geven een indruk van de wijze waarop de aan het onderzoek deelnemende huisartsen patiënten met psychische en psychosociale problemen hebben behandeld door middel van direktieve therapie.

Om de anonimiteit van de patiënt of het patiëntensysteem te garanderen, zijn de gevalsbeschrijvingen genummerd zonder vermelding van namen en zijn details die zouden kunnen leiden tot herkenning, veranderd.

Essentiële psychologische kenmerken zijn echter onveranderd gelaten om een waarheidsgetrouw beeld te geven van de behandeling.

gevalsbeschrijving 1 (casus L9)

(persoon en achtergrond)

Patiënte is een 42-jarige gehuwde vrouw, die een levendige en spanningsgevoelige indruk maakt.

Ze heeft een gezin met twee opgroeiende dochters van resp. 13 en 16 jaar. Mevrouw heeft de huishoudschool doorlopen en is werkzaam als hulp in de huishouding.

(kontakt met de huisarts)

De patiënte verscheen regelmatig op het spreekuur van de huisarts met overwegend vage nerveuze klachten van psychosomatische aard, zoals moeheid, opgejaagdheid en last van 'opvliegers'.

Ze heeft lange tijd Inderal tegen hartklachten geslikt, maar gebruikt op het moment van aanmelding geen medikatie meer.

(klacht en achtergrond van de klacht)

Op het moment van aanmelding heeft mevrouw last van haar keel en hals (het zgn. globusgevoel). Dit duurt reeds enige weken.

Wanneer de arts haar lichamelijk onderzoekt, blijkt dat er geen lichamelijke afwijkingen kunnen worden gevonden.

De arts veronderstelt dat er sprake is van psychosomatische klachten en besluit bij de behandeling direktieve technieken toe te passen.

(verloop van de behandeling)

Aangezien de huisarts tijdens eerdere konsulten de indruk heeft gekregen dat de patiënte neigt tot somatische fixatie, wordt als therapeutisch doel geformuleerd, het verkrijgen van inzicht in het ontstaan van de klachten en een vermindering hiervan.

Tijdens de eerste zitting brengt de arts de klacht in verband met de drukke levensstijl van de patiënte.

Hij geeft haar het advies om verschillende momenten van rust gelijkmatig te verdelen over de dag.

Verder krijgt ze een monitoring-opdracht, waarbij ze gedurende een aantal weken haar klachten dagelijks zo uitgebreid mogelijk dient te registreren in een dagboekje en daarbij aan te geven onder welke omstandigheden de klachten optreden.

Bij de tweede zitting blijkt dat de monitoringsopdracht goed is uitgevoerd.

Aangezien ook naar voren komt dat de patiënte het schrijven niet gewend is, prijst de arts haar uitvoerig voor het nauwgezet uitvoeren van de opdracht. De patiënte geeft aan dat haar klachten minder frekwent optreden dan vóórheden.

Verder blijkt dat drukte de klachten verergert.

De monitoring-opdracht wordt toegespitst op het bewuster beleven van de klachten met het doel het patroon van somatische fixatie te doorbreken.

Ook het moment van optreden en verdwijnen van de klacht dient meer gespecificeerd te worden.

Tijdens de derde zitting blijkt dat de verbetering zich doorzet en dat de klachten in een periode van vier weken zijn teruggebracht van de gehele dag tot enkele uren per dag.

Verder krijgt mevrouw inzicht in het feit dat haar klachten te maken hebben met situaties waarin ze zich druk maakt.

Ze heeft dan de neiging zich te veel te bemoeien met de activiteiten van de kinderen en zich de zorgen van anderen aan te trekken.

Verder komt naar voren dat ze zich in haar thuissituatie niet lekker voelt, in die zin dat zij zich opgesloten voelt.

De arts suggereert dat de klachten te maken kunnen hebben met 'een behoefte om zich te uiten, om er uit te willen gaan en zich vrij te willen voelen'.

Hij geeft haar het advies meer activiteiten buitenshuis te ontplooiën.

Daarnaast brengt de patiënte zelf naar voren dat haar klachten ook samenhangen met een verkeerde ademhaling.

Daarop legt de arts het mechanisme van hyperventilatie uit.

Hierna worden ademhalingsoefeningen gedaan, waarbij de nadruk ligt op buikademhaling en op het vasthouden van de adem gedurende enige tellen. Er wordt afgesproken dat de patiënte de komende drie weken op haar ademhaling zal letten.

Tijdens de laatste zitting merkt mevrouw op dat ze het gevoel heeft "alsof de winter van haar is afgevallen".

Het blijkt dat de patiënte bewuster kan kiezen voor activiteiten waarin ze zichzelf kan zijn en dat ze beter voor zichzelf kan opkomen.

Bij de follow-up twee maanden later blijkt dat de verbetering zich heeft gekontinueerd.

Mevrouw kan de dingen gemakkelijker van zich afzetten en komt meer toe aan eigen activiteiten.

Ook haar ademhaling blijkt geen problemen meer te geven.

Verder is het frekwente bezoek aan de huisarts aanzienlijk verminderd.

(diskussie)

Het verloop van de behandeling kenmerkt zich door een kongruente aanpak van de problemen door de huisarts.

Er is sprake van een relatief korte behandelingsperiode van 4 zittingen over een periode van 7 weken, met na twee maanden een follow-up.

De monitoring-opdracht blijkt in deze casus een belangrijke werkzame faktor te zijn geweest.

De fixatie op de somatische klacht is gewijzigd in het zich bewust worden van haar eigen functioneren en in een toename van het gevoel controle te hebben over de eigen situatie, waarbij ze kiest voor activiteiten waarin ze zichzelf kan zijn.

gevalsbeschrijving 2 (casus P11)

(persoon en achtergrond)

Patiënt is een 21-jarige ongehuwde man, die nog bij zijn ouders thuis woont. Hij is enig kind en erg verwend.

Zijn ouders hebben een eigen zaak met verschillende filialen.

Na het doorlopen van de Mavo, heeft hij als verkoper in diverse filialen gewerkt.

(kontakt met de huisarts)

De afgelopen twee jaar heeft de moeder regelmatig kontakt gehad met de huisarts en diverse andere deskundigen in verband met de ongeregelde leefwijze van haar zoon, die zich te buiten zou gaan aan drugs- en drankgebruik en agressie naar zichzelf en anderen.

De arts geeft in deze periode adviezen, die erop neerkomen dat de zoon voor de konsekwenties van zijn daden wordt geplaatst.

Het gezin dat in een buurt tussen specialisten woont, vraagt deze deskundigen in krisissituaties adviezen. Deze adviezen halen op lange termijn echter weinig uit.

Op het moment dat zich weer een krisissituatie voordoet, zoeken de patiënt en zijn ouders hulp bij de huisarts.

De huisarts gaat accoord met hun vraag om hulp, maar verbindt hieraan de voorwaarde dat ze met elkaar spelregels afspreken.

Een belangrijke afspraak is, dat er geen deskundigen uit de buurt zullen worden geraadpleegd tijdens het kontakt met de huisarts.

(klacht en achtergrond van de klacht)

De patiënt neigt ertoe de joviale jongen uit te hangen en sensatie te zoeken in avontuurlijke en gevaarlijke dingen.

Sport beoefent hij met het fanatisme om kampioen te worden.

Als verkoper in één van de filialen streeft hij ernaar de grootste omzet te behalen.

Als hij hierin geslaagd is, stopt hij ermee.

Met zijn rusteloze gedrag tracht hij zich af te sluiten voor depressieve gevoelens en gedachten aan zelfdoding.

De oplossing voor zijn problemen ziet hij in keihard werken en nergens aan denken.

Het lijkt erop dat hij zijn minderwaardigheidsgevoelens overkompenseert in een sterk geldingsstreven.

(verloop van de behandeling)

Tijdens de eerste zitting brengt de vader, die haast nooit thuis is, naar voren, dat zijn zoon geen ruggegraat heeft.

De arts reageert hierop met een heretikettering van het gedrag van de zoon. De zoon is bezig met het bepalen van zijn identiteit en hij doet dit in uitersten wat betreft zijn gedrag en gevoel.

Als therapeutisch doel wordt geformuleerd, dat de arts de zoon zal steunen bij het bepalen van zijn identiteit.

De zoon zal twee maal per week een gesprek hebben met de huisarts en hem zijn ingevingen eerst ter toetsing voorleggen.

Verder wordt gestreefd naar een blijvende oplossing en wordt er toegewerkt naar een opname in een PAAZ.

In de vervolg-gesprekken met de patiënt worden allerlei praktische dingen besproken.

De arts laat zijn vertrouwen in hem blijken en probeert hem duidelijk te maken, dat hij door zijn manier van reageren en handelen zijn omgeving in paniek brengt.

Uiteindelijk wordt de patiënt na een bizarre stunt, via het krisiscentrum enige maanden opgenomen in een PAAZ.

Nadat de arts nogmaals haar verhaal heeft aangehoord, en hij de situatie waarin ze verkeert, terugkoppelt naar haarzelf en haar eigen beleving, vraagt hij haar opnieuw een brief te schrijven, maar nu met het accent op haar eigen gevoelens.

Ze gaat accoord, omdat ze van mening is dat ze door het wegstoppen van haar gevoelens haar problemen alleen maar erger maakt.

Tijdens de derde zitting wordt de tweede brief besproken.

De patiënte heeft hierin haar eigen gevoelens duidelijk naar voren gebracht. Het blijkt dat het plotseling in de steek gelaten worden haar erg gekwetst heeft en dat het haar is opgevallen, dat ze het gedrag van haar ex-vriend generaliseert naar mannen in het algemeen.

De arts geeft haar een kompliment over de wijze waarop ze haar gevoelens op papier heeft gezet.

Vervolgens vraagt hij haar een afscheidsbrief te schrijven, waarin ze probeert haar eigen gevoelens onder woorden te brengen, zonder in verwijten te vervallen.

De afscheidsbrief zal ze eerst aan de arts laten lezen alvorens hem te versturen naar haar ex-vriend.

In de vierde zitting heeft de patiënte een afscheidsbrief geschreven, die echter voor een groot gedeelte over haar ex-vriend gaat, en waarin haar eigen gevoelens niet goed aan bod komen.

Dit komt omdat ze ontdekt heeft, dat haar ex-vriend al zeker twee maanden een andere vrouw heeft, waarmee hij een relatie onderhoudt. Dit is voor haar een reden om zich niet al te veel bloot te geven via een brief. Uiteindelijk besluit ze de brief niet te versturen.

Tijdens de vijfde zitting komt naar voren, dat ze wat haar ex-vriend haar heeft aangedaan, generaliseert naar alle mannen.

De huisarts wijst erop dat het maar om één man gaat.

Dit hoort ze echter nauwelijks.

Ze krijgt als opdracht de positieve belevingen uit de relatie op een rijtje te zetten.

Bij de zesde zitting komt de patiënte kreunend en steunend binnen.

Alles is haar teveel, haar huishouden, haar zoon in de ploegendienst, die haar 's nachts laat nog wakker maakt voor eten, enz.

Van de opdracht is niets terecht gekomen.

De in de vorige zitting gegeven opdracht blijft staan.

Tijdens de zevende zitting realiseert de patiënte zich dat de relatie heeft gefungeerd als breekijzer om bij haar gevoel te komen.

Ze beschrijft de volgende positieve elementen van de relatie:

"zich weer vrouw voelen, zich aan iemand kunnen geven, iemand volledig kunnen vertrouwen, tot een intense bevrediging kunnen komen, zich 's avonds tegen iemand aan kunnen nestelen, en aan haar kinderen kunnen laten zien wat lief hebben is".

Ze kan accepteren dat de relatie verbroken is, en generaliseert haar negatieve ervaring niet langer naar andere mannen.

De patiënte geeft te kennen dat de behandeling kan worden afgesloten, omdat ze zich ervan bewust is hoezeer ze door de kortstondige relatie gegroeid is.

Ook bij de follow-up twee maanden later, blijkt de patiënte haar problemen te kunnen hanteren.

(diskussie)

Kenmerkend voor deze behandeling is het beperkte aantal zittingen, namelijk 7, over een periode van twee maanden.

Er is vruchtbaar gewerkt met rituele opdrachten, welke erop gericht waren de gevoelens van de patiënte hanteerbaar te maken en afscheid te nemen van een verbroken relatie.

Tijdens de vijfde zitting werd er een eenzijdige opdracht gegeven, waarbij de patiënte aandacht moest besteden aan positieve gevoelens, terwijl haar negatieve gevoelens nog de overhand hadden.

Hierdoor trad er een terugval op in de zesde zitting.

In deze situatie was het wellicht beter geweest een opdracht te geven, waarbij zowel de positieve als de negatieve gevoelens aan bod kwamen, bijv. in de vorm van een drie-brieven-advies.

Wel had de terugval in de zesde zitting tot gevolg, dat er ruimte ontstond voor een positieve wending in de behandeling.

gevalsbeschrijving 4 (casus M3)

(persoon en achtergrond)

Patiënt is een 50-jarige gehuwde man, die een vriendelijke en joviale indruk maakt, zich uiterst netjes en perfektionistisch gedraagt en over het algemeen doet wat hij zegt.

Hij werkt als arbeider op een assemblage bedrijf.

De man heeft drie kinderen, waarvan een zoon van 20 het huis uit is en een dochter van 18 en een zoon van 16 nog thuis wonen.

Alle kinderen hebben nog lang in bed geplast.

Opvallend is dat er in het gezin nooit, maar dan ook nooit ruzie wordt gemaakt.

(kontakt met de huisarts)

De patiënt is al vaak op het spreekuur van de huisarts geweest met een verscheidenheid van steeds wisselende bizarre klachten van hypochondrische aard.

Specialistisch onderzoek leverde nooit wat op.

(klacht en achtergrond van de klacht)

Op het moment van aanmelding heeft de patiënt last van zeer veel pijn en jeuk, en blijkt hij op dwangmatige wijze zijn handen te wassen.

Volgens de huisarts vloeien de klachten voort uit het inadekwaat omgaan met spanningen, die volledig ontkend worden en zijn de klachten tevens een vorm van aandacht vragen.

(verloop van de behandeling)

Tijdens de eerste zitting inventariseert de arts de klachten.

Als belangrijke klachten noemt de patiënt pijn en jeuk, die al geruime tijd zouden voortduren.

Uit het gesprek komt ook naar voren dat de patiënt op dwangmatige wijze zijn handen wast.

Aangezien de patiënt geen verband legt tussen spanningen en bovengenoemde klachten, wordt als therapeutisch doel geformuleerd het de jeuk de baas worden en het doen afnemen van het dwangmatig handen wassen.

Daarnaast stelt de arts als doel voor zichzelf vast, het de patiënt leren adekwater om te gaan met spanningen.

De arts geeft de patiënt een monitoring-opdracht, waarbij deze de jeuk en het handen wassen, alsmede antecedente en konsekwente factoren zal registreren.

Bij de tweede zitting, drie weken later, blijkt dat de patiënt de monitoring-opdracht goed heeft uitgevoerd.

Hij blijkt zijn handen ongeveer 9 maal per dag te wassen en merkt op dat naarmate hij langer met het registreren bezig was, het handen wassen verminderde.

Verder vermeldt hij, dat hij in deze periode geen last heeft gehad van spanningen. Hij heeft echter wel last gehad van buikpijn.

Bij navraag blijkt dit wel degelijk samen te hangen met spanningen, die de patiënt niet als zodanig herkend heeft.

Naar aanleiding van dit voorval maakt de arts de patiënt duidelijk dat de buikpijn ontstaan is door spanning.

Afgesproken wordt dat de patiënt doorgaat met de monitoring-opdracht in verband met de jeuk en het handen wassen.

Tijdens de derde zitting blijkt dat het handen wassen sterk verminderd is. Hij doet dit nog maar 3 à 4 keer per dag.

De jeuk is echter juist toegenomen en blijkt voornamelijk op te treden 's avonds na het eten.

De patiënt vertelt dat zijn moeder en zijn zuster ook altijd zo'n last van jeuk hebben. Bij hem is het min of meer begonnen na de geboorte van het jongste kind.

De arts vraagt de patiënt om de volgende keer zijn vrouw mee te brengen, omdat hij de seksuele relatie tussen de partners wil onderzoeken en hij het idee heeft dat de jeuk een metafoor is voor een meer seksueel getinte kriebel.

Tijdens de vierde zitting is de vrouw meegekomen en probeert de arts iets dieper in te gaan op de seksuele relatie van de partners. Het uitdiepen van de seksuele anamnese stuit echter op weerstand. Op een vraag van de arts naar de coïtusfrequentie, antwoorden ze nogal schichtig: 1 à 2 keer per week. De man vertelt dat hij ook last van jeuk heeft als hij met iets ontspannends bezig is, bijv. in de tuin werken. Alleen al bij het denken aan jeuk, heeft hij er last van. Er wordt afgesproken dat de volgende keer gewerkt zal worden met een ontspanningsoefening.

Tijdens de vijfde zitting oefent de arts de stapsgewijze ontspanning van Jacobson met de patiënt. De oefening wordt op een cassettebandje opgenomen en aan de patiënt meegegeven, evenals een bijbehorende schriftelijke instructie, zodat hij er thuis mee kan oefenen.

De zesde zitting vindt pas drie maanden later plaats, hoewel afgesproken was dat de patiënt twee weken later terug zou komen.

De jeuk is nog hetzelfde en hij komt met een nieuw skala van klachten. Hij heeft nu 'konstant' ondragelijke pijnen in zijn linker voet, en dat duurt al vier jaar.

Op dit moment besluit de arts te stoppen met de behandeling met directe therapie en de patiënt door te verwijzen.

Het voorstel tot doorverwijzing wordt niet geaccepteerd. Het blijkt dat de patiënt in het verleden therapie heeft gehad bij de SPD en dat dit weinig heeft uitgehaald.

Waarschijnlijk heeft de patiënt zijn klachtenpatroon nodig om te kunnen blijven functioneren.

(diskussie)

Zoals bij een dergelijke dwangmatig functionerende patiënt verwacht kan worden, levert de uitvoering van de monitoring-opdrachten weinig problemen op.

Het blijkt dat de monitoring-opdracht bij het dwangmatig handen wassen effect sorteert, aangezien de opdracht tegemoet komt aan zijn dwangmatig functioneren en werkt als een welwillende beproeving.

De monitoring-opdracht met betrekking tot de jeuk werkt averechts.

Op zich is dit niet onbegrijpelijk, omdat jeuk vaak erger wordt als men hier gericht aandacht aan gaat besteden.

De patiënt geeft ook zelf aan, dat als hij aan de jeuk denkt, het al begint.

Dat deze behandeling onbevredigend is afgerond, hangt samen met de hypochondrische instelling van de patiënt en zijn weerstand om achterliggende factoren te onderkennen.

Ook de weinig succesvolle psychiatrische voorgeschiedenis kan van invloed zijn geweest en heeft in ieder geval een doorverwijzing geblokkeerd.

gevalsbeschrijving 5 (casus P9)

(persoon en achtergrond)

Patiënt is een man van 29, gehuwd met een vrouw van 30 jaar.

Hij heeft twee kinderen van resp. 2 en 6 jaar.

De man is werkzaam bij een grote drukkerij en moet ook 's avonds vaak werken.

Hierdoor hebben man en vrouw nauwelijks tijd voor elkaar.

(kontakt met de huisarts)

Patiënt komt bij de arts naar aanleiding van het feit dat hij in zijn auto een meisje achterna heeft gezeten en haar zijn piemel heeft laten zien.

Het meisje heeft zijn nummer genoteerd en de politie heeft hem opgeroepen voor verhoor.

De man wil graag een briefje van de arts voor de politie, waarin de arts verklaart dat hij onder behandeling is.

In eerdere kontakten kreeg de arts de indruk dat er sprake is van relatieproblemen tussen de partners.

(klacht en achtergrond van de klacht)

De patiënt is met de politie in aanraking gekomen wegens exhibitionistisch gedrag.

Aangezien de man 's avonds vaak werkt, is de relatie met zijn vrouw in de verdrukking gekomen en verlopen de seksuele kontakten tussen de partners moeizaam.

De arts vermoedt dat een funktie van het exhibitionisme zou kunnen zijn, het vestigen van de aandacht op de slechte seksuele relatie tussen de man en de vrouw.

(verloop van de behandeling)

In de eerste zitting inventariseert de arts de seksuele problematiek van de man.

Het kontakt met de politie heeft hem in grote verlegenheid gebracht.

Hij vertelt dat hij onderweg weleens masturbeerde in de auto.

Verder brengt hij naar voren, dat er vroeger bij hem thuis nooit over seksualiteit gesproken werd.

De man vraagt om informatie over seksualiteit, met name over sterilisatie en tabletten om 'het' te onderdrukken.

De arts schrijft een briefje uit, waarin hij verklaart dat de patiënt onder behandeling is.

Verder spreekt hij af om bij de patiënt thuis langs te komen om samen met hem en zijn vrouw een gesprek te hebben.

Een belangrijk therapeutisch doel van de arts hierbij is, het verbeteren van de seksuele relatie tussen de man en de vrouw.

Bij de tweede zitting bij de patiënt thuis maakt de arts duidelijk, dat hij het gebeurde ziet als een signaal, dat er in hun relatie iets mis is.

Tijdens het driegesprek komt naar voren, dat ze het laatste jaar nauwelijks tijd hadden voor elkaar in verband met de toenemende werkzaamheden 's avonds van de man.

Beiden geven te kennen weinig van seksualiteit af te weten en brengen naar voren dat het liefdesspel bij hen slechts uit de daad bestaat.

De situatie heeft zich zodanig ontwikkeld, dat als hij 's avonds laat naar bed komt en de vrouw zich naar hem toedraait, er altijd een coïtus moet volgen. De vrouw doet daarom maar net alsof ze slaapt.

De arts geeft als huiswerkopdracht een streel oefening om hun seksuele relatie te verbeteren.

Tijdens de derde en laatste zitting bespreken de arts en de partners de oefening en informeert de arts hoe het nu gaat.

De vrouw vertelt dat het goed gaat en dat ze nu zelf meer het initiatief neemt.

Het blijkt dat de situatie in een normaal vaarwater terecht is gekomen, dat het schuldgevoel van de man verminderd is en dat de relatie tussen de partners aanzienlijk verbeterd is. Hiermee wordt de behandeling afgesloten.

Bij de follow-up, zes maanden later, blijkt dat de relatie verder is verbeterd.

(*diskussie*)

Opvallend is het beperkte aantal zittingen en het succesvolle verloop van de behandeling bij een relatief ernstig probleem, dat zich gemakkelijk ongunstig had kunnen ontwikkelen.

De heretiketterende interventies van de arts, waarbij het schuldgevoel werd geïnterpreteerd als een signaal dat er iets in de relatie schortte, had tot gevolg dat de inzet van beide partners om de relatie te verbeteren toenam.

Ook de autoriteit van de arts en het vertrouwen, dat hij van de partners genoot, heeft wellicht aanzienlijk bijgedragen aan de succesvolle wending.

gevalsbeschrijving 6 (casus M4)

(persoon en achtergrond)

Patiënte is een 36-jarige vrouw, moeder van twee kinderen en sinds twee jaar gescheiden.

Ze is een leuke verschijning en ziet er zekerder van zichzelf uit, dan ze in werkelijkheid is.

(kontakt met de huisarts)

Ze kon indertijd de scheiding maar moeilijk verwerken.

Het kontakt met het maatschappelijk werk had weinig effekt, omdat ze het allemaal zelf moest uitvissen.

Ze is toen door de huisarts doorverwezen naar het RIAGG.

(klacht en achtergrond van de klacht)

De patiënte vindt van zichzelf, dat ze teveel alcohol gebruikt en te onzelfstandig is.

Het drankprobleem speelt sinds 1½ jaar een grote rol.

Het drinken kan gezien worden als een poging om de eenzaamheid in haar leven op te vullen. Het is te beschouwen als een vlucht uit de realiteit, een reactie op het gemis aan menselijke warmte van een steunende partner.

(verloop van de behandeling)

Bij de eerste zitting inventariseert de arts de problematiek rond de alcohol.

Het blijkt dat de patiënte op dat moment een relatie heeft met een gehuwde man, die haar ter zijde stond ten tijde van de echtscheiding.

Hij is erg op haar gesteld, maar wil echter niet scheiden, omdat hij de zorg heeft over een gehandicapt kind.

Deze relatie wordt door de patiënte onmogelijk en ongewenst geacht op het rationele vlak, maar emotioneel is ze er niet aan toe om de relatie te beëindigen.

Zelf beschouwt ze als de kern van haar problematiek, dat ze niet in staat is een keuze te maken.

Als therapeutische doelen worden geformuleerd, het controle krijgen over het alcoholgebruik en het aanleren van zelfstandigheid.

De arts geeft haar de opdracht om een brief te schrijven aan haar vriend waarin ze zowel het rationele als het emotionele aspekt onder woorden brengt.

Ze dient daarin uit te leggen waarom ze de relatie al dan niet levensvatbaar vindt. Het is de bedoeling dat ze deze brief te zijner tijd ook daadwerkelijk verstuurt.

Tijdens de tweede zitting, twee weken later, blijkt dat de patiënte erg veel heeft geschreven. Ze heeft echter alles meteen weer verscheurd, omdat ze het gevoel heeft niet aan de kern van de zaak toe te komen.

In de tussentijd heeft ze alleen telefonisch kontakt gehad met haar vriend. Een positieve ontwikkeling is, dat ze na lange tijd weer is begonnen met naaien, als bezigheid en als bijverdienste.

Het blijkt dat het drankgebruik verminderd is en dat ze slechts één keer twee glazen bier gedronken heeft ter bestrijding van de spanning.

Ze krijgt als opdracht om in plaats van bier te drinken, ontspanningsoefeningen te doen, zoals ze deze tijdens de zwangerschap heeft geleerd.

Ze gebruikte deze oefeningen al regelmatig om in slaap te komen.

Ook krijgt ze het advies zich op te geven voor een cursus yoga.

Een andere opdracht is, dat ze een afscheidsbrief schrijft ter beëindiging van de relatie. Deze brief zal ze eerst aan de arts laten lezen, alvorens hem te versturen.

Bij de derde zitting vindt de patiënte dat het zo goed gaat, dat ze wil stoppen met de behandeling.

De arts vindt dat ze daar nog niet aan toe is, en even later draait ze helemaal om en wil ze doorgaan.

De brief heeft ze niet geschreven, omdat ze vindt dat ze wel kan leven met het probleem.

Haar neiging tot alcoholgebruik heeft ze niet kunnen onderdrukken ten gevolge van de spanning. Ze ziet nu wel in, dat de alcohol bij haar werkt als een probleemontkenner.

Ze heeft zich echter wel een aantal keren kunnen ontspannen door middel van ontspanningsoefeningen.

Tijdens het gesprek komt een bijkomend probleem naar voren. Ze heeft een slechte administratie en krijgt regelmatig aanmaningen van rekeningen.

De arts geeft haar een monitoring-opdracht, waarbij ze de momenten van spanning moet registreren.

De afspraak wordt gemaakt, dat ze bij spanning geen alcohol gebruikt, maar ontspanningsoefeningen doet.

Tevens zal de patiënte een dagschema ontwerpen, waarin voldoende tijd voor ontspanning wordt gepland.

Bij de vierde zitting, een maand later, is de administratie bijgewerkt met behulp van een tante.

Verder heeft de patiënte structuur aangebracht in haar dagindeling.

Ze heeft korte tijd veel gedronken in verband met problemen rond de relatie.

Als gevolg van de relatieproblematiek schrijft ze een duidelijke brief aan haar vriend, waarin ze hem meedeelt, dat ze de relatie beëindigt.

Echter na een bos bloemen is ze weer geheel verloren.

Daardoor is ze nu weer onzeker of ze met de relatie moet doorgaan of niet en wordt ze gesterkt in haar idee dat het kernprobleem het onvermogen om keuzes te maken is.

De huisarts geeft haar dan de opdracht opnieuw een brief aan haar vriend te schrijven, waarin ze hem meedeelt, dat ze alleen schriftelijk contact met hem wil onderhouden, zodat ze emotioneel tot rust komt.

Bij de vijfde zitting vertelt de patiënte dat ze een brief heeft geschreven, waarin ze haar vriend voor een alles-of-niets-keuze stelt.

Na het versturen van de brief, ervaart ze een gevoel van opluchting.

Ze gebruikt geen drank meer, maar de ontspanningsoefeningen werken niet meer en de patiënte heeft last van spierspanning en hoofdpijn.

Een week na het versturen van de brief belt haar vriend op.

Hij stelt voor om samen een dagje uit te gaan en het eens goed uit te praten.

Hij is echter onduidelijk over het tijdstip en dat maakt haar weer onzeker.

De arts doet met haar een ontspanningsoefening en neemt dit op op een kassettebandje. Ze krijgt dit bandje mee, alsmede de bijbehorende schriftelijke instructie.

Verder krijgt ze het advies een duidelijke afspraak met haar vriend te maken over de datum van het uitstapje.

Tijdens de zesde zitting blijkt dat de ontspanningsoefening goed heeft gewerkt.

De patiënte neemt meer afstand van de relatie en heeft zich ingeschreven bij een huwelijksbureau.

Een nieuwe ontwikkeling is, dat ze problemen heeft met haar zoontje.

Hij vindt het thuis niet meer gezellig.

De huisarts geeft haar het advies het ongewenste gedrag van haar zoontje te negeren en positief gedrag te belonen door bijv. spelletjes te doen, voor te lezen of hem een kwartier langer op te laten blijven.

Tevens krijgt ze de opdracht in een dagboek het positieve en het negatieve gedrag van het kind op te schrijven, alsmede het effect dat zijn gedrag op haar heeft.

Bij de zevende zitting blijkt het gedrag van het zoontje van de patiënte onder invloed van de positieve aandacht, aanzienlijk verbeterd te zijn.

Ze heeft een paar dagen tevoren een gesprek met haar vriend gehad, waarin hij haar vertelde dat hij definitief besloten heeft te gaan scheiden en de relatie met de patiënte voort te zetten.

Het drankgebruik blijkt volledig onder controle te zijn en ze heeft zich opgegeven voor een cursus yoga.

Ook vindt de patiënte zichzelf een stuk zelfstandiger geworden.

Bij de follow-up blijkt, dat de patiënte samenwoont met haar vriend en dat het drankgebruik nog steeds onder controle is.

(diskussie)

De behandeling omvatte 7 zittingen en strekte zich uit over een periode van vijf maanden.

In het verloop van de behandeling is een verscheidenheid van direktieven toegepast.

Zo is er gewerkt met rituele opdrachten in de vorm van brievenadviezen, waarbij de patiënte afscheid neemt van haar vriend.

Deze brieven blijken echter paradoxaal te werken en scheppen duidelijkheid in de situatie.

Het feit dat de vriend uiteindelijk besluit om toch te gaan scheiden en met de patiënte gaat samenwonen, heeft mede bijgedragen tot een positieve wending in de behandeling.

De leeropdracht, waarbij het negatieve gedrag van het zoontje werd genegeerd en het positieve gedrag bekrachtigd, leidt er snel toe, dat de verhouding tussen de patiënte en haar zoontje verbetert.

gevalsbeschrijving 7 (*casus M11*)*(persoon en achtergrond)*

Patiënt is een 10-jarige jongen, met nog een oudere zus.

Hij zit in de vierde klas van de lagere school.

De huisarts schetst hem als een aardige, intelligente jongen, niet zo sportief, met een wat onnozel uiterlijk.

Zo heeft hij een brilletje en flaporen, waar hij zich zelf niet zo aan stoort, maar wat uitnodigt tot plagerijen.

(kontakt met de huisarts)

De patiënt wordt door zijn vader aangemeld, omdat hij 'bang is voor alles'.

Deze angst gaat gepaard met braken en slaapproblemen.

Hoewel de ouders een doorverwijzing verwachten, stelt de huisarts voor, dat hun zoon eerst eens met hem komt praten.

(klacht en achtergrond van de klacht)

De angst van de patiënt voor 'alles' hangt met name samen met het fietsen naar school.

Het blijkt dat hij een paar weken geleden op weg naar school door een paar oudere jongens gepest is.

(verloop van de behandeling)

Bij de eerste zitting vertelt de patiënt over zijn angsten.

Hij vraagt de arts hem te helpen om deze angsten te overwinnen.

De arts legt uit wat een monitoring-opdracht is en laat hem in een dagboekje de momenten van angst beschrijven.

Tijdens de tweede zitting, twee weken later, blijkt dat de patiënt de monitoring-opdracht goed heeft uitgevoerd en dat de angst al sterk verminderd is.

Hij blijkt de dingen goed onder woorden te kunnen brengen en vertelt, dat hij niet zo maar bang is voor 'alles', maar dat de angst is toegespitst op het fietsen van en naar school.

Deze angst is een aantal weken eerder ontstaan na plagerijen van een paar zesde-klassertjes. Ze hebben hem verbaal bedreigd, waarna hij bang werd en naar zijn oma vluchtte. Hij heeft haar er echter niets over verteld.

De angst voor het fietsen naar school is zó erg, dat hij de avond ervoor er niet van kan slapen en zelfs moet overgeven van de spanning.

Als therapeutisch doel wordt geformuleerd, het weer zonder angst naar school kunnen fietsen.

Tevens wil hij flinker worden en van zich af kunnen bijten.

De patiënt blijkt twee goede vriendjes te hebben, van wie er één op judoles is. Dit lijkt de arts een goed punt om op aan te grijpen.

Hij spreekt met de patiënt af, dat deze met het vriendje naar een judoles gaat en dat hij aan zijn ouders vraagt of hij ook op judo mag.

Bovendien moet hij aan het vriendje vragen, waarom hij niet bang is voor andere jongens.

Verder zou het judo-vriendje met hem mee kunnen fietsen en zo als model fungeren.

Daarnaast krijgt hij een verbeeldingsopdracht. Hij moet zich voorstellen, hoe laf die twee zesde-klassertjes wel zijn, dat ze met hun tweeën een vierde-klasser uitschelden en bedreigen.

De monitoring-opdracht blijft staan.

De derde zitting wordt kort gehouden.

Door vakantie en buikgriep heeft de patiënt weinig kunnen doen aan zijn opdrachten.

De angst blijkt echter verder verminderd te zijn.

De opdrachten worden gehandhaafd.

Bij de vierde zitting, drie weken later, heeft de patiënt de monitoring-opdracht goed uitgevoerd.

Hij blijkt echter niet naar judo te zijn geweest, omdat de lessen nog niet waren begonnen.

Ook heeft hij nog niet aan het vriendje gevraagd waarom deze niet bang is. Verder is niet het vriendje maar een nichtje met hem meegefietst, wat er toe leidde dat hij minder bang was.

De verbeeldingsopdracht is erg goed gegaan.

De arts sluit hierop aan met een nieuwe opdracht, waarbij hij de lafheid van de jongens dient uit te werken in een toneelstukje.

Hij moet hierin ook zijn eigen mogelijke manieren van reageren op de jongens verwerken.

Een ander punt dat naar voren komt is, dat de patiënt slechte eetgewoonten heeft. Hij eet uitsluitend witbrood en bijna geen groente.

De arts bespreekt met hem welk eten gezonder voor hem is.

Tijdens de vijfde zitting blijkt het goed met de patiënt te gaan.

Hij heeft een judoles gevolgd, maar vindt hier niets aan en wil liever gaan tennissen. Dat lijkt hem leuker.

Ook heeft hij de opdracht om een toneelstukje te schrijven goed uitgevoerd.

Hij heeft zelfs een aantal toneelstukjes geschreven, en in elk volgend stukje gaat hij een stap verder in het bestrijden van die lafaards.

Deze toneelstukjes heeft hij geschreven vóór het slapen gaan, en het blijkt dat hij sindsdien geen slaapproblemen meer heeft gehad.

Ook het fietsen naar school gaat prima. Hij is al een aantal keren alleen naar school gefietst, zonder problemen en zonder angst.

Daarnaast eet de patiënt nu een stuk gezonder, bijv. bruin- in plaats van witbrood.

Omdat de klachten grotendeels verdwenen zijn en het zelfvertrouwen van de patiënt aanmerkelijk is toegenomen, wordt besloten de behandeling af te ronden.

Bij de telefonische follow-up, twee maanden later, blijkt dat de veranderingen zich hebben gestabiliseerd en dat de angsten niet zijn teruggekeerd.

(diskussie)

Deze behandeling omvat een beperkt aantal zittingen over een periode van twee maanden en kenmerkt zich door een snel resultaat.

De vage en veelomvattende klacht - angst voor alles - is onder invloed van de monitoring-opdracht al snel teruggebracht tot de angst voor het fietsen naar school, naar aanleiding van pesterijen door andere kinderen. Een ander effect van de monitoring-opdracht was dat, zoals vaak gebeurt, de angst meteen al sterk verminderde.

De verbeeldingsopdracht, waarbij de patiënt zich voorstelde, hoe laf de oudere kinderen waren om met hun tweeën één jonger kind te pesten, maakte het hem mogelijk zijn eigen angst te toetsen aan de 'moed' van die pestende kinderen.

De hierop aansluitende rol-opdracht, waarbij hij de gebeurtenis in een toneelstukje uitwerkte, gaf hem meer zicht op zijn eigen rol in het geheel. Samenvattend blijkt dat de opdrachten goed op elkaar aansloten, met als gevolg dat de angst van de patiënt snel verminderde en zijn zelfvertrouwen groeide.

Ook zijn ouders waren na afloop tevreden. Ze hadden een verwijzing verwacht, terwijl er in twee maanden tijd een grote verandering heeft plaats gevonden.

gevalsbeschrijving 8 (casus R5)

(persoon en achtergrond)

Patiënte is een 41-jarige vrouw, die getrouwd is met een man, die een stuk ouder is dan zij. Het echtpaar is onvrijwillig kinderloos. De arts beschrijft haar als een reële, stabiele vrouw.

Tot voor kort werkte ze als verkoopster. In deze periode moest ze voortdurend onder grote spanning werken, aangezien het bedrijf waar ze werkte failliet dreigde te gaan.

(kontakt met de huisarts)

In het verleden heeft de huisarts haar verwezen voor kunstmatige inseminatie, maar dit leidde niet tot het gewenste resultaat.

Verder heeft de huisarts in verband met de stress in de werksituatie enkele steunende gesprekken met de patiënte gehad.

(klacht en achtergrond van de klacht)

Mevrouw meldt zich aan, omdat ze al drie maanden slecht slaapt.

De slaapproblemen zijn ontstaan na haar ontslag, wegens het faillissement van de zaak waar zij werkte.

(verloop van de behandeling)

Tijdens de eerste zitting inventariseert de huisarts de slaapproblemen. Hij krijgt de indruk dat de slaapproblemen duidelijk te maken hebben met het ontslag en dat er geen diepere problemen aan ten grondslag liggen. De huisarts geeft haar de volgende opdracht. Ze dient op de normale tijd naar bed te gaan en wanneer ze na een uur nog niet slaapt, moet ze zich aankleden en gedurende drie kwartier de boekenkast opruimen. Dit is namelijk een kwarwei dat al enige tijd is blijven liggen. Daarna gaat ze waar naar bed en als ze dan na een uur nog niet slaapt, dient ze de procedure te herhalen.

Bij de tweede zitting, twee weken later, blijkt mevrouw drie maal haar bed uit geweest te zijn om de boekenkast op te ruimen.

Sindsdien verloopt zowel het inslapen als het doorslapen zonder problemen. Ze ziet er nu meer uitgerust uit en voelt zich ook veel beter.

De patiënte is erg enthousiast en vertelt dat het is 'alsof ze door een barrière heenbrak'.

Ze heeft iedereen in haar omgeving met slaapproblemen aangeraden het ook op deze manier te doen.

Haar enthousiasme met betrekking tot het goede resultaat wordt door de huisarts enigszins getemperd, in verband met een mogelijke terugval.

Vervolgens wordt de behandeling afgesloten.

Ze krijgt het advies, dat als ze opnieuw last krijgt van slapeloosheid, ze de opdracht dient te herhalen.

Bij de follow-up, vier maanden later, blijkt dat het nog steeds goed gaat en dat de slaapproblemen zich niet opnieuw hebben voorgedaan.

(diskussie)

Kenmerkend voor deze behandeling is het opvallend snelle resultaat.

Binnen twee weken zijn de slaapproblemen verdwenen.

Er is gebruik gemaakt van een aan Erickson (Haley, 1963) ontleende paradoxale opdracht, die berustte op het principe van de welwillende beproeving.

Het opruimen van de boekenkast was een nuttig, doch onaangenaam karwei, dat in gezamenlijk overleg met de patiënte werd vastgesteld.

Acheraf bleek dat de patiënte niet zozeer het opruimen van de boekenkast vervelend vond, alswel het zich steeds moeten aankleden.

gevalsbeschrijving 9 (casus S14)

(persoon en achtergrond)

Patiënte is een 56-jarige gehuwde vrouw, die zelf geen kinderen heeft, maar wel twee kinderen van haar echtgenoot heeft opgevoed, als waren het haar eigen kinderen.

Deze kinderen zijn inmiddels getrouwd en hebben zelf kinderen.

Ze is een gevoelige vrouw, die veel nadenkt over wat ze om zich heen ziet, en de neiging heeft zich het onrecht op deze wereld erg aan te trekken.

(kontakt met de huisarts)

In het verleden had de patiënte kontakt met de huisarts vanwege nerveuze klachten, waarbij toen medicatie is toegepast in de vorm van Seresta. Dit leidde echter niet tot het verdwijnen van de klachten.

(klacht en achtergrond van de klacht)

De patiënt is de laatste tijd doodmoe en op van de zenuwen.

Ze bijt voortdurend op haar nagels. Dit heeft ze eigenlijk haar hele leven al gedaan, maar het neemt nu extreme vormen aan.

Volgens de arts hangen deze problemen samen met een onverwerkt intergeneratieel konflikt tussen de patiënte en haar moeder.

(verloop van de behandeling)

Tijdens de eerste zitting klaagt de patiënte over moeheid en geïrriteerdheid.

Ze vertelt dat ze problemen moeilijk van zich af kan zetten.

Tevens brengt ze naar voren, dat ze zich regelmatig mateloos schuldig voelt, bijv. als ze in een restaurant voor f 50,- heeft zitten schransen en dan later op de t.v. een programma ziet over mensen die honger hebben. Verder is ze bang dat ze op haar moeder gaat lijken en wel op een manier, die ze minder prettig vindt.

Ze ervaart dat naarmate ze ouder wordt, de gelijkenis steeds vervelender wordt.

Tenslotte komt naar voren, dat de patiënte, nu haar zoons het huis uit zijn, problemen ervaart rond het 'lege nest'.

Met name de relatie met haar schoondochters is erg problematisch.

Als therapeutisch doel wordt geformuleerd, het inzicht krijgen in de achtergrond van de problematiek en het hanteerbaar maken van de ermee samenhangende spanningen.

Er wordt afgesproken, dat de patiënte haar problemen opschrijft en het geschrevene opstuurt naar de huisarts.

Bij de tweede zitting, een week later, heeft de patiënte de opdracht uitgevoerd.

Ze heeft haar problemen in de vorm van haar levensverhaal op papier gezet. Uit dit verhaal komt naar voren, dat haar moeder haar eigenlijk nooit een compliment heeft gegeven, haar bij alles wat ze deed vertelde wat ze verkeerd deed en als ze zelf een beslissing nam, duidelijk haar afkeuring liet merken.

Zo was haar moeder tegen de relatie met de man, die nu haar echtgenoot is. De patiënte koos toen vóór haar man en tégen haar moeder.

Ze mist bij deze vrouw de hartelijkheid waaraan ze behoefte heeft en ervaart nog steeds dat ze het nooit goed doet in de ogen van haar moeder. Ze ziet haar moeder dan ook als een ijskoude, harde vrouw.

De arts legt een verband tussen de onverwerkte problemen die de patiënte met haar moeder heeft en de problemen die ze nu ondervindt in de relatie met haar schoondochters.

De patiënte reageert hierop door te vertellen, dat toen ze onlangs bij één van haar schoondochters was, ze het gevoel kreeg van:

"Goh, je hebt mij best nodig, ik zou je willen omhelzen, maar dat durf ik niet". Ze was bang dat de ander daar niet goed op zou reageren en daarom deed ze het maar niet. Het gebeurde zit haar bijzonder dwars en heeft haar zelfs heftige maagpijnen bezorgd.

De arts geeft haar de opdracht om op te schrijven, wat ze bij haar eigen moeder gemist heeft. Ze dient daarbij vooral aandacht te besteden aan de gevoelsmatige aspecten.

Vervolgens moet de patiënte beschrijven, hoe haar moeder het anders, beter had kunnen doen.

Bij de derde zitting, twee maanden later, vertelt de patiënte, dat ze op vakantie is geweest, en dat ze tijdens deze vakantie zeer veel over de opdracht heeft nagedacht.

Ze heeft het erg moeilijk gevonden, maar is uiteindelijk tot de konklusie gekomen, dat ze eigenlijk zeer veel steun aan haar moeder heeft gehad. Haar moeder was altijd aanwezig en dat ervaart ze nu als bijzonder positief. Aan het slot van deze zitting worden alle problemen nog eens doorgesproken. Het blijkt dat de moeheid en de gespannenheid verdwenen zijn en dat ook het nagelbijten aanzienlijk verminderd is.

De patiënte voelt zich gerustgesteld, dat de arts zoveel van haar weet. Als het nu eens niet zo gemakkelijk gaat, heeft ze het gevoel, dat ze op hem terug kan vallen.

Hiermee wordt de behandeling afgesloten.

Bij de follow-up, vier maanden later, blijkt dat de verbetering zich heeft doorgezet en dat ze niet alleen een betere relatie met haar moeder heeft, maar ook met haar schoondochters.

diskussie

De behandeling omvatte drie zittingen over een periode van 2½ maand. Er was sprake van een intergenerationeel konflikt tussen de patiënte en haar moeder, dat zijn weerslag had op haar relatie met haar schoondochters. Volgens Boszormenyi-Nagy (1973) is het in een dergelijke situatie essentieel, de loyaliteitsbindingen door de generaties heen zichtbaar te maken en deze van schuld te ontdoen.

Opvallend is bijv. dat de patiënte zich schuldig voelt naar aanleiding van het zitten schransen in een restaurant. Dit kan gezien worden als een metafoor voor de verstoorde balans tussen schulden en verdiensten. De monitoring-opdracht uit de eerste zitting maakte het intergenerationele konflikt zichtbaar.

De opdracht uit de tweede zitting om op te schrijven wat de patiënte bij haar moeder gemist heeft en hoe haar moeder het anders en beter had kunnen doen, had tot gevolg dat het accent kwam te liggen op het erkennen van het positieve in haar moeder.

Daarmee ontstond er tevens ruimte om het positieve in haar schoondochters te erkennen.

Ook de vakantie tussen de tweede en de derde zitting heeft er waarschijnlijk toe bijgedragen, dat de patiënte afstand kon nemen van haar problematiek en het positieve in haar moeder kon gaan zien.

gevalsbeschrijving 10 (casus B1)

(persoon en achtergrond)

Patiënt is een 32-jarige gehuwde man, met een vrouw van 30 en een baby van 7 maanden.

Omdat zijn vrouw met haar HBS-opleiding, meer scholing heeft dan hij, kijkt hij erg tegen zijn vrouw op en voelt hij zich de mindere.

Hij was aanvankelijk bouwvakker, maar heeft zich met noeste vlijt en gesteund door zijn vrouw, omgeschoold tot groepsleider in een kindertehuis.

Het gezin heeft een enerverend jaar achter de rug.

De patiënt heeft een nieuwe, vaste baan, ze zijn pas verhuisd en ze hebben onlangs een kind gekregen.

(kontakt met de huisarts)

De arts heeft het gezin nader leren kennen in de periode van de zwangerschap.

Zo is mevrouw thuis bevallen en heeft de huisarts gedurende deze tijd ook een beter kontakt met de man gekregen.

(klacht en achtergrond van de klacht)

Op het moment van aanmelding klaagt de patiënt erover, dat hij zich moe en lusteloos voelt.

Hij is prikkelbaar en snel in tranen. Hierdoor ontstaan er thuis spanningen. Gezien de ingrijpende veranderingen van het afgelopen jaar, hangen de problemen wellicht samen met overgangsproblemen in de gezinslevenscyclus.

(verloop van de behandeling)

Bij de eerste zitting vertelt de man, dat de geïrriteerdheid en de spanningen thuis begonnen zijn na de verhuizing en de geboorte van de baby. Volgens hem maakt zijn vrouw zich daarover veel te druk.

Verder vertelt hij dat zijn huwelijk goed is, hemelt hij zijn vrouw op en vindt hij dat hij veel aan haar te danken heeft.

De arts vermoedt dat de man de aandacht mist, die nu naar de baby gaat.

Aan het eind van het gesprek stelt de arts voor om ook de vrouw erbij te betrekken en wordt de afspraak gemaakt, dat de vrouw de volgende keer alleen komt.

Tijdens de tweede zitting komt de vrouw alleen.

Ook zij heeft klachten over de spanningen thuis en ziet de geboorte van het kind als een breekpunt.

Ze is helemaal op het kind gericht en verwijt haar man, dat hij zich helemaal niet bezig houdt met de baby en er niets mee doet.

Bij de derde zitting, twee weken later, komen man en vrouw samen.

De arts gebruikt de techniek van het werken in rondes, waarbij ieder om beurten zegt wat hem of haar dwars zit.

De man brengt naar voren, dat zijn vrouw hem regelmatig raad vraagt over de baby en dat ze te veel en te precies met de baby bezig is.

Het gevolg is dat ze te moe is om aandacht aan hem te besteden.

De vrouw vertelt, dat ze geen behoefte heeft aan seks, maar alleen wil vrijen. Volgens haar accepteert haar man dit niet en negeert hij haar.

Beiden zien als oorzaak van de problemen, de drukte van de laatste tijd.

Als therapeutische doelen worden geformuleerd, het verbeteren van de onderlinge kommunikatie en het de man meer betrekken op de baby.

De arts stelt hen een aantal relatiegesprekken voor en beiden gaan hiermee akkoord.

Ze krijgen de opdracht om elke dag op een vast tijdstip gedurende 20 minuten met elkaar te praten over elkaars activiteiten.

Tijdens de vierde zitting blijkt dat de vrouw zich aan de opdracht heeft gehouden, terwijl de man dit niet heeft gedaan.

Beiden zoeken vervolgens begrip bij de arts. De vrouw schuift daarbij een deel van de problematiek op de hormonale verandering in haar lichaam, terwijl de man steun zoekt door een houding van 'wij mannen onder elkaar'.

Ze krijgen de opdracht een aantal positieve dingen van elkaar op te schrijven. Tevens dienen ze, als de man thuis komt, samen te praten over zijn werk.

Bij de vijfde zitting blijkt dat de opdracht om over het werk van de man te praten niet is uitgevoerd, omdat hij thuis zit met een gebroken voet.

De opdracht om een aantal positieve dingen over elkaar op te schrijven heeft ertoe geleid dat ze beiden kunnen aangeven, wat ze aan positiefs aan elkaar beleven.

Er is ruzie geweest over vuile handdoeken. Deze ruzie hebben ze zelf opgelost. De vrouw zorgt ervoor dat er steeds een stapeltje schone handdoeken klaar ligt in de badkamer.

Verder meent de man dat de moeheid van zijn vrouw komt, doordat ze alles nauwgezet opruimt.

De arts brengt naar voren, dat het succes met het handdoeken-konflikt een goed model is voor het maken van verdere afspraken.

Bij de zesde zitting krijgen de partners de opdracht om zelf een ruzie op te lossen overeenkomstig het model van het handdoeken-konflikt. Tevens wordt het met elkaar praten precieser ingevuld. Ze dienen gezamenlijk een half uur per dag koffie te drinken en met elkaar te praten over de dagelijkse dingen. Eén maal per week worden op een vast tijdstip de knelpunten naar voren gebracht.

Bij de zevende zitting, drie weken later, zijn de opdrachten uitgevoerd. De relatie tussen de partners is aanmerkelijk verbeterd en de man kan zich naast zijn werk, verheugen in de baby.

De vrouw gaat evenwichtig om met het kind en toont belangstelling voor de werkkring van haar man.

Aangezien beiden tevreden zijn met het resultaat, wordt de behandeling afgesloten.

Bij de follow-up, drie maanden later, blijkt alles nog steeds goed te gaan.

(diskussie)

De totale behandeling strekte zich uit over een periode van vier maanden en heeft geleid tot een sterke verbetering in de onderlinge communicatie. De eerste gesprekken verliepen wat moeizaam. Er was sprake van een verschil in interpunctie, waarbij de man de oorzaak van de problemen bij zijn vrouw legde en andersom.

Het werken in rondes en het noteren van elkaars positieve punten doorbrak dit patroon.

De opdracht om de partners dagelijks op een vast tijdstip met elkaar te laten praten is te zien als een bestendigingsritueel en maakte het mogelijk de goede relatie tussen hen beiden vorm te geven en te accentueren.

resultaat van het gestructureerd interview huisartsen

Het in hoofdstuk 5 besproken gestructureerd interview huisartsen richt zich op de vraag in hoeverre het onderzoek heeft bijgedragen aan de 'psychologisering' van de deelnemende huisartsen.

In het navolgende gaan we in op de antwoorden, zoals die naar voren komen uit het interview, dat gehouden is na het volgen van de cursus en na een half jaar supervisie.

Bij de bespreking van de antwoorden houden we de volgorde van de vragenlijst aan en illustreren we de antwoordtendenties aan de hand van concrete uitspraken van de diverse huisartsen.

1. In hoeverre werkt U directief in Uw psychosociale hulpverlening?

Het blijkt dat vrijwel alle artsen veelvuldig gebruik maken van directieve technieken en dat deze manier van werken goed aansluit op de methodische manier van werken binnen de huisartsenpraktijk.

Men onderschrijft daarbij de uitgangspunten uit de directieve therapie, zoals een optimistische visie op het vermogen van mensen om te veranderen, het wegnemen van schuldgevoelens, het bieden van geborgenheid en het versterken van het zelfrespekt, het werken met concrete, welomschreven doelen, het plaatsen van het probleem in een zo gunstig mogelijke kontekst, het werken met aanwijzingen en directieven en het beperkt houden van het aantal zittingen.

Wat betreft de directieve werkwijze maken een aantal artsen onderscheid tussen een grote groep patiënten, met zowel psychosociale als psychosomatische klachten, bij wie ze incidenteel en veelal eenmalig directieve technieken toepassen, en een kleine selekte groep patiënten, die specifiek met directieve therapie behandeld wordt gedurende een beperkte reeks zittingen.

Eén van de artsen verwoordt dit als volgt:

"Het doel van het volgen van de cursus was, het verwerven van technieken, die ik ook in één konsult kan gebruiken, zelfs in een konsult van tien minuten. Ik ben me bewuster geworden van de mechanismen die een rol spelen en van de technieken die je kunt gebruiken om zaken te veranderen.

Elke dag zijn er wel een paar konsulten, waarbij ik gebruik maak van directieve technieken.

Een andere arts merkt op:

"In het ochtendspreekuur signaleer ik de klachten en doe gelijk een intake. Ik bied de patiënt dan de gelegenheid om een aantal gesprekken te hebben en maak hiervoor op de middag afspraken.

Van de cursus en de supervisie heb ik geleerd om concrete doelen te stellen en een gerichte tijdsinvestering te hanteren.

Vroeger zei ik: "Je komt maar eens praten". Het gevaar daarvan is, dat je vaak langdradige verhalen krijgt, of dat je er zo weinig vat op krijgt, dat je ze liever meteen doorstuurt naar de RIAGG."

2a Met welke psychosociale problematiek wordt U het meest gekonfronteerd? Illustreer dit, zo mogelijk aan de hand van cijfers.

Bij de beantwoording van deze vraag wordt door de artsen een onderscheid gemaakt tussen psychosomatische klachten en psychosociale klachten.

Psychosomatische klachten worden door de deelnemende huisartsen veelvuldig gesignaleerd.

Een aantal artsen schat dat psychosomatische klachten ongeveer een derde deel uitmaakt van het totaal van de gepresenteerde klachten.

Met name in het eerste gesprek brengen de patiënten veelvuldig het somatische aspekt van de klacht naar voren.

Bij doorvragen blijkt daar dan toch psychosociale problematiek aan ten grondslag te liggen.

Als psychosomatische klachten worden genoemd: overspannenheid, slapeloosheid, spanningshoofdpijn en hyperventilatie.

Een aantal patiënten beleeft deze klachten als primair lichamelijk en het werk van de arts bestaat er dan uit om deze somatische fixatie te doorbreken, voordat hij toekomt aan de achterliggende psychosociale problematiek.

Een andere categorie patiënten verwoordt de klachten wat minder lichamelijk en meer rechtstreeks en zegt: "Ik ben zo nerveus" of "Ik voel me zo gejaagd". Het ligt dan direkt al voor de hand dat er sprake is van psychosociale problematiek.

Het percentage van de patiënten dat de psychosociale problematiek rechtstreeks presenteert wordt door een aantal artsen geschat op ongeveer 10 %.

Als psychosociale klachten worden genoemd: relatieproblematiek, werkproblemen en rouwproblematiek.

Daarnaast noemen de artsen gedragsproblemen, zoals: verslaving aan alcohol, roken en eten, assertiviteitsproblemen en klachten van fobische aard.

Tenslotte zien de artsen nog een zeer beperkte groep patiënten met psychiatrische problematiek, waarbij veelal sprake is van zware depressiviteit of psychotisch gedrag.

2b Bij hoeveel cliënten/cliëntsystemen heeft U vanaf het begin van de cursus direktieve therapie toegepast?

Bij het merendeel van de patiënten, waarbij de deelnemende artsen direktieve technieken toepassen, gebeurt dit impliciet en is het aantal zittingen beperkt tot hooguit twee gesprekken.

Wat betreft de expliciete behandeling met direktieve therapie, geven de artsen een schatting, variërend van 10 tot 30 cliënten of cliëntsystemen. Veelal is slechts een deel van deze cliënten ingebracht in de supervisie en het betreft dan nogal eens de 'moeilijkere' gevallen.

2c Welk percentage bedraagt dit ten opzichte van het totale percentage van de patiënten die U consulteerden?

Veel artsen hadden enige aarzeling bij het geven van percentages en ze beschouwen deze meer als globale schattingen.

Het geschatte percentage dat expliciet behandeld is met direktieve therapie bedraagt volgens de artsen niet meer dan 1 %.

In niet expliciet therapeutische kontakten blijkt, dat aanzienlijk vaker met direktieve technieken wordt gewerkt en worden schattingen genoemd van 10 à 15 %.

2d Welk percentage van Uw cliënten zou in aanmerking komen voor direktieve therapie op het totale percentage van de patiënten die U konsulteerden?

Voor expliciete behandeling met direktieve therapie wordt een geschat percentage gegeven, dat varieert van 5 tot 20 %.

Veel hangt af van de vraag of en in hoeverre de patiënten zijn te motiveren voor direktieve therapie.

2e Kunt U bij benadering aangeven hoeveel tijd U gemiddeld besteed heeft aan de behandeling van een cliënt/cliëntensysteem met direktieve therapie?

De tijdsduur van de zittingen waarbij expliciet wordt gewerkt met direktieve therapie, verschilt per huisarts van 20 minuten tot 1 uur.

De totale tijdsinvestering voor het werken met direktieve therapie varieert per arts van 3 tot 6 uur per week.

Wat betreft de impliciete kontakten, waarbij direktieve technieken worden gebruikt, kan veelal volstaan worden met een konsult van 10 minuten.

2f Hoeveel behandelingen met direktieve therapie zijn bevredigend verlopen (realisering therapeutische doelen, verbetering situatie) en hoeveel minder bevredigend?

De artsen signaleren dat de behandelingen met direktieve therapie in de supervisieperiode gaandeweg beter zijn gaan verlopen.

Over het algemeen vindt men dat minstens $\frac{2}{3}$ van de behandelingen een bevredigend verloop heeft gehad en $\frac{1}{3}$ minder bevredigend.

Men signaleert daarbij, dat niet alleen de arts tevreden moet zijn over de behandeling, maar ook de patiënt.

3a Heeft U door de scholing in direktieve therapie meer feeling gekregen voor het psychosociale aspect? (Valt U eerder iets op? Komen de mensen met bepaalde problemen sneller bij U?)

De meeste artsen vinden, dat ze altijd al meer oog hebben gehad voor psychosociale klachten, dan de gemiddelde huisarts.

Men onderkent niet méér psychosociale problemen, maar kan er, na het volgen van de cursus en de supervisie, beter mee uit de voeten.

Men signaleert eerder welke patronen aan een bepaald probleemgedrag ten grondslag liggen en speelt hier met behulp van direktieve technieken adequaat op in. Met name de therapeutische mogelijkheden zijn toegenomen en men vindt dat men in zijn werk anders is gaan functioneren.

Eén van de artsen verwoordt dit als volgt:

"Mijn manier van werken heeft meer structuur gekregen. Bepaalde dingen gebruik ik nu bewuster, zoals positief heretiketteren, dat ik als één van de waardevolle instrumenten zie, die ik in ieder konsult kan gebruiken."

Een andere arts merkt op:

"Ik ben in staat een grotere bijdrage te leveren aan de patiëntenbespreking op het gezondheidscentrum, soms zelfs in de vorm van een soort supervisie."

3b Wat is er in Uw funktionieren als huisarts fundamenteel veranderd door Uw ervaringen met direktieve therapie?

Het merendeel van de artsen vindt dat er wat betreft hun belangstelling voor psychosociale problemen, fundamenteel niet zoveel veranderd is. Wél vinden ze, dat ze zich vaardigheden hebben eigen gemaakt om de psychosociale problematiek van de patiënten in de behandeling te betrekken en vooral ook dat ze meer plezier in hun werk hebben gekregen. Een arts verwoordt dit als volgt:

"Ik kijk minder vaag naar de problemen en kan sneller ontleden uit welke componenten de problemen zijn opgebouwd, met behulp van de theoretische kennis die ik uit de mappen ('Netwerktraining I, II, III) heb opgedaan. Ik miste vroeger de instrumenten om met de problemen om te gaan, terwijl ik nu het gevoel heb, dat ik er zelf ook iets mee kan."

Een andere arts vermeldt:

"Als eye-opener van de cursus beschouw ik het feit, dat de problematiek uit het individuele gehaald wordt en gezien wordt in relatie tot het systeem waarbinnen iemand funktioneert. Dat de behandeling aansluit bij de leefomstandigheden van de cliënt."

3c In hoeverre kunt U de direktieve aanpak integreren in Uw praktijk?

De artsen vinden dat ze de direktieve aanpak goed in hun praktijk kunnen integreren, hoewel bij expliciete behandelingen met direktieve therapie de tijdsinvestering een belemmering vormt om het op grote schaal toe te kunnen passen.

Een huisarts met een kleinere praktijk heeft wat dit betreft meer mogelijkheden.

Eén arts merkt op:

"Omdat ik een kleine praktijk heb, kan ik een paar keer per week even buiten de gewone huisartsenroutine stappen om bijv. een gesprek met een echtpaar te hebben".

Met een direktieve achtergrond ligt het meer voor de hand om andere gezinsleden bij de behandeling te betrekken.

Zo zegt één van de artsen:

"Patiënten hebben als gezin meestal dezelfde huisarts. Ik kan het gezin gemakkelijk betrekken bij de problemen van de aangemelde patiënt. Het is eenvoudig om te vragen: "Neem je vrouw eens mee" of "Zorg dat het kind waar het om gaat meekomt"."

3d In hoeverre heeft Uw scholing directe therapie doorgewerkt in Uw aanpak van zowel psychosociale als meer somatische problematiek?

Een aantal huisartsen vindt dat hun scholing in directe therapie niet alleen heeft doorgewerkt in hun aanpak van psychosociale, maar ook in de aanpak van somatische problematiek.

Men is in staat meer structuur aan te brengen in de aanpak van psychosociale problematiek.

Zo vermeldt een arts:

"Ik neem geen genoegen met een vaag verhaal, maar leg het accent op het concreet maken van de problematiek en vraag om voorbeelden, eigen gevoelens en reacties. Dit geldt ook voor korte gevallen.

Een andere arts zegt:

"Dat vind ik juist van de directe therapie zo goed, dat de mensen er zelf mee aan het werk gaan. Ik betrek de mensen veel aktiever bij hun problemen. Vroeger ging ik veel praten. Nu gebruik ik veel monitoring-opdrachten en laat ik de mensen schrijven. Het is prettig dat de patiënten er aktief mee worden gekonfronteerd en er wat voor moeten doen. Daaraan kan ik ook afmeten of ze er wat mee willen."

Wat betreft de somatische problematiek komt naar voren, dat een vage somatische klachtenaanduiding kan worden gekonkretiseerd via een monitoring-opdracht.

Eén van de artsen vermeldt:

"Bij buikklachten vraag ik de patiënt een overzicht te maken, hoe de pijnaanvallen er uitzien en hoe lang ze duren. Ik kom dan tot een somatische diagnose. De anamnese wordt werkbaarder als de patiënt de volgende keer met meer informatie terugkomt."

3e Hoe is Uw doorverwijsbeleid met betrekking tot psychosociale problematiek veranderd ten opzichte van het jaar voorafgaand aan de cursus directe therapie?

Ongeveer twee derde van de artsen is van mening, dat ze minder zijn gaan doorverwijzen en dat ze meer zelf zijn gaan doen.

Eén arts merkt ten aanzien van het doorverwijzen op:

"Je moet het niet zover laten komen, meer preventief werken".

Een andere arts zegt:

"Ik zou voorheen wellicht de cliënten, die ik nu behandeld heb met directe therapie, hebben doorverwezen naar de RIAGG".

Een derde stelt:

"Ik verwijs steeds minder door naar instanties waar de mensen lang moeten wachten. Wel verwijs ik door naar de eerstelijnspsychologen, omdat die veel meer tijd voor patiënten hebben dan ik zelf."

De rest van de artsen (een derde deel) vindt dat hun doorverwijsbeleid met betrekking tot psychosociale problematiek niet veranderd is.

Ze vermelden daarbij dat ze toch al weinig doorverwezen.

Zo zegt één van de artsen:

"De maatschappelijk werkster en de psychiater van de SPD vinden dat ik erg weinig naar hen doorverwijs; te weinig naar hun zin".

3f Verwijst U op grond van Uw ervaringen met directe therapie cliënten eerder naar het psychosociale circuit (maatschappelijk werk, RIAGG, psychiatrie), dan naar het medische circuit?
 Illustreer dit, zo mogelijk aan de hand van cijfers.

De meeste artsen beantwoorden deze vraag ontkennend, omdat men van mening is, dat men altijd al oog had voor de psychosociale aspecten van de klachten.

Een aantal artsen vermeldt daarbij, dat ze patiënten met psychosociale problematiek alleen naar het medische circuit verwijzen om somatische oorzaken uit te sluiten.

Eén van de artsen merkt hierover op:

"Patiënten met psychosociale problemen verwijs ik uit eigen beweging nooit naar het medisch circuit, tenzij de patiënten er zélf uitdrukkelijk op aandringen en dat gebeurt nogal eens. Deze groep patiënten neemt geen genoegen met een verwijzing naar het psychosociale circuit, totdat aangetoond wordt dat hetgeen de patiënt vreest niet aan de orde is."

3g Hoe ziet U de samenwerking met een psycholoog die op directe basis werkt?

De artsen zien de samenwerking met een psycholoog die op directe basis cliënten behandelt als zinvol.

Zo bleek dat een kwart van de deelnemende huisartsen regelmatig patiënten met psychosociale problemen doorverwijst naar een eerstelijnspsycholoog. Het gaat dan nogal eens om patiënten, die de huisarts ook zelf had kunnen behandelen als hij meer tijd had gehad.

Verder neemt de psycholoog de meer gekompliceerde behandelingen voor zijn rekening.

Als bezwaar met betrekking tot doorverwijzing naar de eerstelijnspsycholoog wordt naar voren gebracht, dat de patiënten voor deze dienstverlening moeten betalen en dat dit nogal eens onoverkomenlijke problemen oplevert door de minder draagkrachtige patiënten.

Daarnaast onderkennen de artsen het belang van consultatie.

Dit komt neer op een soort supervisie over behandelingen die men zélf verricht.

Zo zegt één van de artsen:

"Liefst zou ik één of twee keer in de maand bepaalde patiënten bespreken met de psycholoog en ook mijn eigen funktioneren ter discussie stellen".

4a In hoeverre onderschrijft U de criteria en de contraïndikaties uit het SPEECH-project voor kortdurende psychosociale hulpverlening in de eerste lijn?

De artsen onderschrijven voor de behandelingen die ze zelf verrichten, de in het SPEECH-project genoemde criteria voor kortdurende psychosociale hulpverlening in grote trekken.

- Men is van mening dat men symptoomgericht moet kunnen werken en dat er geen sprake moet zijn van een dieperliggende afwijking in de persoonlijkheidsstructuur.
Een probleem hierbij kan zijn, dat de aangeboden problematiek in eerste instantie niet erg gekompliceerd schijnt, maar in de loop van de behandeling veel complexer blijkt te zijn.
- Verder moet het gaan om eenduidige, snel af te grenzen problematiek. De behandeling is dan niet alleen duidelijk voor de arts, maar ook voor de patiënt.
- Ook het tijdelijke aspect van de klacht is belangrijk; het moet gaan om een vastgelopen situatie die recent ontstaan is.
Een arts merkt op: "Als ik weet dat een patiënt al jaren met een bepaalde problematiek zit, is dat voor mij een rem om eraan te beginnen".

Daarnaast onderschrijven de artsen de in het SPEECH-project genoemde contraïndikaties voor het zelf behandelen van patiënten met directe therapie, te weten:

- zware persoonlijkheidsdeficiënties;
Een arts zegt hierover: "Je moet er oog voor hebben, dat je mensen met een ingewikkelde karakterstructuur, die in het verleden veel problemen hebben gehad, moet doorverwijzen".
- langdurige psychiatrische voorgeschiedenis;
Een paar artsen vermelden, dat ze in sommige gevallen patiënten met een langdurige psychiatrische voorgeschiedenis, die niet acuut psychotisch zijn, zelf behandelen.
Een arts merkt op: "Je moet je doel niet te hoog stellen. Je kunt iemand verder helpen als hij in een moeilijke periode zit en bereikt dan niet een geweldige genezing, maar geeft hem wel een ruggesteuntje, waarmee een nare ervaring van een opname voorkomen kan worden."
- ernstige verslaving aan alcohol, medicijnen en drugs;
Een arts zegt hierover: "Als de drankzucht niet gebaseerd is op een verslaving, maar op bijv. een inadekwaat gedrag ten opzichte van mensen in de omgeving, dan voer ik zelf de behandeling uit. Ik heb daar goede resultaten mee geboekt."
- problemen ten gevolge van langdurige werkloosheid, arbeidsongeschiktheid. Deze problemen lenen zich alleen voor doorverwijzing naar de tweede lijn, als de draagkracht schromelijk tekort schiet.

4b Wat zijn volgens U kritische variabelen voor een succesvolle behandeling met direktieve therapie?

Wat betreft de beantwoording van deze vraag wordt een onderscheid gemaakt naar kenmerken van de patiënt, de arts en de arts-patiënt-relatie.

Met betrekking tot de patiënt wordt opgemerkt, dat deze gemotiveerd dient te zijn voor een behandeling met direktieve therapie.

Ook dient de patiënt bereid te zijn om zijn somatische klachten te relateren aan psychosociale probleemsituaties.

Met betrekking tot de arts komt naar voren, dat deze voldoende inzicht heeft in de mechanismen, die een rol spelen bij de problematiek.

Een arts merkt hierover op: "Ik moet het gevoel hebben, dat ik de klacht die gepresenteerd wordt, begrijp en dat ik er in een beperkt aantal zittingen iets aan kan veranderen".

Ook dient er een bepaalde variabiliteit te zitten in de alternatieven die de arts de cliënt kan bieden.

Ten aanzien van de arts-patiënt-relatie wordt opgemerkt:

"Je maakt vaak een keus op grond van het feit dat 'iemand je ligt'. Je moet het willen, mogelijkheden zien."

Een andere arts brengt naar voren:

"Zowel de arts als de patiënten dienen bereid te zijn, om samen de gemaakte afspraken na te komen".

4c Welke problemen heeft U niet in behandeling genomen en waarom niet?

De artsen maken wat betreft de beantwoording van deze vraag een onderscheid tussen 'lichte' en 'zware' psychosociale problemen.

Als 'zware' psychosociale problemen zien zij:

patiënten met een langdurige psychiatrische voorgeschiedenis, psychotische patiënten, die niet langer in hun omgeving zijn te handhaven, ernstige verslavingsproblemen met betrekking tot alcohol en drugs en patiënten met dieperliggende persoonlijkheidsproblemen.

Andere moeilijke categorieën die worden genoemd, zijn:

seksuele problemen, fobieën en hoofdpijnklachten.

Ook patiënten die sterk somatisch gefixeerd zijn en een chronisch klagedrag ontwikkeld hebben, zijn vaak moeilijk te motiveren voor een behandeling met direktieve therapie.

Verder is men terughoudend wat betreft de behandeling van gezinnen, waarbij sprake is van een geïdentificeerde patiënt.

Bovengenoemde 'zware' psychosociale problemen zal men over het algemeen niet in behandeling nemen, omdat de tijd hiervoor ontbreekt en omdat men vindt dat men hiervoor onvoldoende is opgeleid.

Als men al besluit tot een behandeling van patiënten met dergelijke problemen, geschiedt dit pas na grondige overweging.

5a Wat heeft U aangesproken in de cursus en de supervisie met directe therapie en wat heeft U gemist?

Over het algemeen waren de artsen tevreden over zowel de cursus als de supervisie.

Van de cursus vindt men, dat deze duidelijk is gepresenteerd en dat de leerstof goed aansluit op het werk binnen de huisartsenpraktijk. Tijdens de cursus is er veel leerstof naar voren gekomen, waar men goed mee uit de voeten kan.

Wat betreft de kursuskleppers vinden een aantal artsen het raadzaam om op grond van de resultaten van het onderzoek, een kompendium samen te stellen, dat beperkt van omvang is en dat is toegesneden naar de huisartsenpraktijk. Dit kompendium zou een kort en helder overzicht moeten geven van de hoofdlijnen en de belangrijkste punten uit de directe therapie.

Met name de videopresentaties, waarbij voorbeelden van behandelingen met directe therapie door onder meer Alfred Lange getoond werden, hebben zeer stimulerend gewerkt.

Ten aanzien van de ontspanningsoefeningen waren de meningen enigszins verdeeld. Een aantal artsen vond het een zinvol onderdeel, terwijl het anderen minder aansprak.

Verder werd opgemerkt, dat het praktisch oefenen in rollenspelen, zowel tijdens de cursus als bij de supervisie, meer tot zijn recht had kunnen komen.

De supervisie heeft men als helder en zeer bruikbaar ervaren. Hierdoor kreeg de theoretische basis uit de cursus meer reliëf en kregen de artsen zicht op de praktische toepasbaarheid van technieken uit de directe therapie.

Men vindt dat er een veelheid van ideeën is aangeboden en dat er suggesties zijn aangereikt, die het bijv. mogelijk maakten om uit ogenschijnlijk uitzichtloze situaties toch tot een behandeling te komen. Eén van de artsen merkt op: "Wat mij aanspreekt is, dat je met vrij eenvoudige hulpmiddelen, bij een aantal mensen duidelijk resultaten kunt boeken. Het plezierige ervan is, dat je niet eerst een opleiding van vijf jaar nodig hebt, maar dat je het kunt integreren in je dagelijkse praktijk en dat je na een half jaar, met wat structuur, een aantal mensen al kunt helpen. Bovendien krijg je al doende steeds meer ervaring en gaat het geven van opdrachten je steeds gemakkelijker af."

Verder vond men het plezierig onmiddellijk feedback te krijgen over de ingebrachte cliënten, ook van kollega-artsen.

Ook vonden de artsen het leerzaam de praktijkgevallen van kollega's te horen te krijgen. Men vond ze herkenbaar en realiseerde zich dat men daar ook zelf op korte termijn mee geconfronteerd kon worden.

Als kanttekening bij de supervisie brengt één van de artsen naar voren: "Wat ik gemist heb in de supervisie, is het ingaan op de persoon van de huisarts. Het gaat er niet alleen om de patiënt te veranderen, ook de dokter moet veranderen. Het zou bijv. goed zijn als de huisartsen zelf eens een opdracht uitvoeren. Dan weten ze beter wat ze doen."

5b Zou U in de toekomst geïnteresseerd zijn in nascholung met betrekking tot direktieve therapie of verwante behandelingsmogelijkheden, zoals bio-energetica, hypnotherapie e.d.?

Een aantal artsen vermeldt in het verleden reeds kursussen gevolgd te hebben, zoals sensitivitytraining, bio-energetica en gestalttherapie. Ze geven aan, dat ze zich in de toekomst willen blijven ontwikkelen, omdat ze dit belangrijk vinden voor zowel hun persoonlijke ontwikkeling, als voor hun functioneren als huisarts. Hun gedachten gaan daarbij uit naar bijv. een cursus rationeel-emotieve therapie of hypnotherapie.

Daarnaast komt naar voren, dat enkele huisartsen zich verder willen bekwamen in de direktieve therapie.

Eén van de artsen merkt hierover op: "Ik zou graag de mogelijkheid willen hebben om samen met in direktieve therapie geïnteresseerde kollega's zo nu en dan een avondje te beleggen en af en toe supervisie te krijgen over patiënten, teneinde direktieve therapie met vrucht te kunnen blijven toepassen".

Hoofdstuk 7 Konklusies en diskussie

Uit de onderzoeksresultaten is naar voren gekomen, dat de behandelingen van patiënten met psychosociale problemen door middel van direktieve therapie in $\frac{2}{3}$ van de gevallen succesvol of bevredigend is verlopen. Het is mogelijk dat deze verbetering - gemeten door de onderzoekers en naar voren komend uit het interview met de huisartsen - mede teweeg is gebracht door een combinatie van spontaan herstel en een positief therapeutisch klimaat (Schagen, 1983). Opmerkelijk is echter dat de verbetering in opvallend kort tijdsbestek plaatsvond, hetgeen er ons inziens op duidt dat de behandeling op zijn minst een versnellend effect heeft gehad.

Verder komt naar voren dat ongeveer de helft van de patiënten deel uitmaakt van de lage sociale klasse. De behandeling van deze groep verliep niet significant minder succesvol in vergelijking met patiënten uit de midden klasse.

Dit weerlegt de veelgehoorde kritiek, dat psychotherapie alleen toegesneden zou zijn op zgn. Yavis-kliënten (young-attractive-verbal-intelligent-social), die vaak afkomstig zijn uit de midden en hoge klasse.

Het merendeel van de behandelingen voltrok zich binnen 4 zittingen en de behandelingen strekten zich uit over een periode die varieerde van 4 tot 8 weken.

Hieruit kan worden gekonkludeerd, dat de toepassing van direktieve therapie door huisartsen neerkomt op kortdurende psychosociale hulpverlening.

Ook blijkt dat een groot aantal technieken ontleend aan de direktieve therapie, bruikbaar is voor de huisarts bij de behandeling van patiënten met uiteenlopende psychosociale problemen.

De benaderingswijze van de direktieve therapie blijkt goed aan te sluiten op de werkwijze van de huisarts. Zowel de huisarts als de direktief therapeut zijn geneigd om doelgericht, pragmatisch en binnen een beperkte tijd te werken aan de oplossing van problemen. Ze richten zich erop concrete oplossingen te vinden en de patiënten of cliënt adviezen en opdrachten te geven.

Daarnaast komt naar voren, dat de toepassing van direktieve technieken samengaat met de psychologisering van de huisarts en dat hij zich meer gaat richten op de psychologische aspecten van de gezondheid. Daarbij blijkt dat patiënten met somatische klachten, onder invloed van de psychologisering van de huisarts, ook beter tot hun recht komen.

Een belangrijke kanttekening bij de onderzoeksresultaten is, dat aan het onderzoek een selekte groep huisartsen deelnam.

De resultaten zijn derhalve niet zonder meer te generaliseren naar de gemiddelde huisarts.

De konklusies, alsmede de aanbevelingen zijn echter in ieder geval relevant voor huisartsen die geïnteresseerd zijn in psychosociale hulpverlening.

In het navolgende gaan we in op de effectiviteit van de behandeling, op kontraïndikaties voor toepassing van direktieve therapie door de huisarts, en verder op de psychologisering van de huisarts, de doorverwijzing en de relatie tussen huisarts en psychotherapie.

Daarna komen op grond van de bevindingen van de huisartsen met de behandeling van patiënten met psychosociale problemen door middel van direktieve therapie, een aantal aanbevelingen naar voren met betrekking tot respectievelijk de intervisiegroep, de cursus direktieve therapie en direktieve technieken in de huisartsenopleiding.

de effectiviteit van de behandeling

Uit het onderzoek naar de toepassing van directe therapie door de huisarts komt naar voren, dat een behandeling effectief en minder effectief kan verlopen.

De behandeling zal waarschijnlijk effectief verlopen, wanneer de huisarts gebruik maakt van de reeds genoemde cyclus van 'volgen, bijhouden, leiden'. Hij begint ermee 'te zijn waar de patiënt is' en haalt zowel de kontekst van de problematiek naar voren als hoe de patiënt zijn problematiek subjektief ervaart.

Hierdoor is hij in staat aan te sluiten op de fundamentele behoefte, die achter het probleem schuil gaat.

Van daaruit kan hij de oplossingskanten van de problematiek benadrukken en kan hij de patiënt via zorgvuldig gekozen positieve heretiketteringen motiveren tot het uitvoeren van directieven, om op deze wijze een verandering te bewerkstelligen.

De directieven dienen zorgvuldig gekozen te worden en aan te sluiten op de motivatie van de patiënt en de kontekst waarin het probleem naar voren komt.

De directieven fungeren dan als suggesties, welke gericht zijn op uitbreiding van de keuzemogelijkheden van de patiënt.

De behandeling zal minder effectief verlopen, wanneer de huisarts teveel vanuit zichzelf als hulpverlener redeneert en geen rekening houdt met de subjektieve ervaring van de patiënt en de kontekst van de problematiek. Hierdoor is hij dan niet in staat aan te sluiten bij de fundamentele behoefte achter het probleemgedrag van de patiënt.

Een konsekwentie van 'het niet aansluiten bij de patiënt' is veelal, dat de huisarts ertoe neigt te snel oplossingsgericht te werken en op rigide wijze directieven geeft.

Ook kan het gebeuren dat de huisarts door zijn egocentrische opstelling, de probleemkanten van de problematiek benadrukt en geen aangrijpingspunten vindt voor het geven van directieven.

Uit hoofdstuk 6 komt naar voren dat 'directieven gericht op bewustwording' - en dan met name 'uitleg, informatie, advies' en '(positief) heretiketteren' - veelvuldig zijn toegepast, gevolgd door 'monitoring-opdrachten', 'leeropdrachten', 'paradoxe opdrachten', 'rituele opdrachten', 'ontspanningsopdrachten' en 'het werken in rondes'.

Verder blijkt dan in behandelingen, die succesvol verliepen, de volgende directieven naar voren te komen: 'leeropdrachten', 'roloperdrachten' en 'rituele opdrachten'.

'Konfrontatie' en 'het gebruik van metaforen' leverden daarentegen in een aantal behandelingen problemen op.

Uit de analyse van de gebruikte directieven wordt duidelijk, dat de huisartsen niet alle typen directieven benut hebben.

Weliswaar kwam tijdens de supervisie naar voren, dat de ideeën die ten grondslag liggen aan 'ankeren en herkaderen' en 'rationeel-erotische opdrachten' van essentieel belang waren voor de attitudevorming van de huisartsen met betrekking tot het werken met directe therapie.

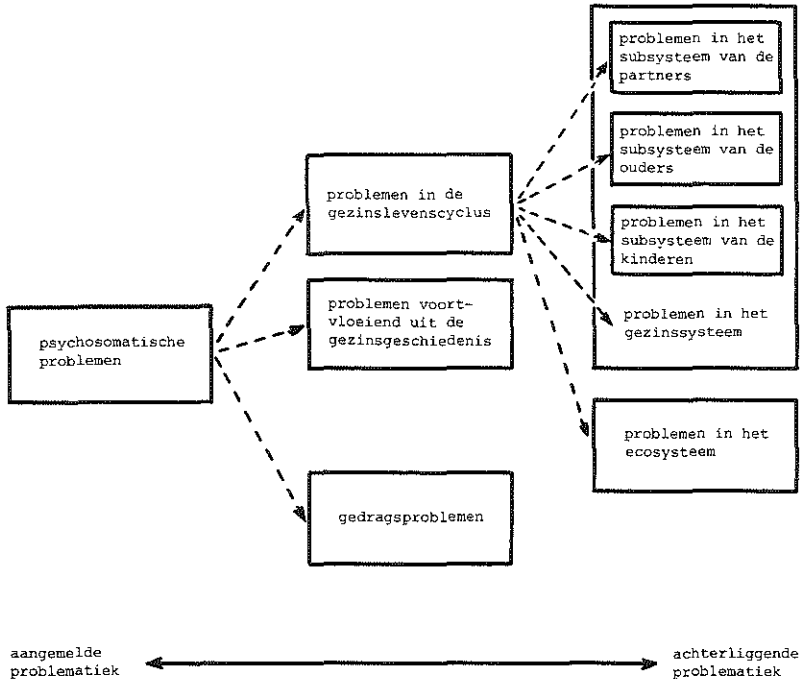
Deze technieken blijken echter een aparte intensieve training te vergen, welke niet gerealiseerd kon worden binnen het bestek van dit onderzoeksproject.

We merken op, dat drie huisartsen, na afronding van de supervisie/intervisieperiode, zijn begonnen met een aparte training rationeel-erotische therapie.

Wanneer de huisarts zich erop richt de patiënt te 'volgen', dat wil zeggen 'te zijn waar de patiënt is', zal hij beginnen met aan te sluiten bij de aangemelde problematiek, om van daaruit de achterliggende problematiek te exploreren.

In het navolgende schema is weergegeven hoe de analyse van het aangemelde probleem door de huisarts, die werkt vanuit de direktieve therapie, veelal verloopt.

schematische weergave van de analyse van het aangemelde probleem



Veelal zullen patiënten zich aanmelden met psychosomatische problemen en wordt het in de loop van één of twee zittingen duidelijk, dat de achterliggende problemen bijv. voortvloeien uit het subsysteem van de partners. Het kan echter ook voorkomen, dat de patiënt direkt al in het eerste gesprek naar voren brengt, dat de problemen die hij heeft te maken hebben met zijn werk- of gezinssituatie. In dit geval zal de aangemelde problematiek samenvallen met de achterliggende problematiek.

Bovenstaand schema kan voor de huisarts een belangrijk hulpmiddel zijn om te komen tot een beslissingsstrategie bij de analyse van psychische en psychosociale problemen. Hierdoor wordt het voor de huisarts tot op zekere hoogte mogelijk om in één of enkele zittingen in te schatten, in hoeverre de behandeling van de klacht en de achterliggende oorzaken leiden tot het voor de patiënt hanteerbaar worden van de problematiek.

het niet uitvoeren van direktieven

In een aantal gevallen gebeurde het, dat de gegeven direktieven niet werden uitgevoerd.

Veelal hing het niet uitvoeren van opdrachten samen met problemen ten aanzien van het motiveren van de patiënt. Er is dan nogal eens onvoldoende aandacht besteed aan probleemverheldering, terwijl ook de opdracht en het waarom van de opdracht onvoldoende is door-
gesproken. Het gevolg is dat de patiënt de samenhang tussen zijn problematiek en de opdracht niet begrijpt. Ook kan het zijn dat de opdracht voor de patiënt in feite te moeilijk is geweest.

Verder komt uit de supervisie- en intervisiebijeenkomsten naar voren, dat direktieven nogal eens niet zijn uitgevoerd bij:
escalerende ruzies tussen partners,
somatische fixatie en
depressieve klachten.

Daarnaast kwam het nogal eens voor dat opdrachten weliswaar niet werden uitgevoerd, maar dat de opdracht wel werkte als een suggestie om een veranderingsproces in gang te zetten. Zo werden monitoring-opdrachten met betrekking tot het registreren van probleemaspekten en het onderkennen van wensen, behoeften en verlangens, nogal eens niet uitgevoerd. Het zette echter wel in gang, dat de patiënt zijn eigen aandeel in de problematiek ging onderkennen en dat hij zich bewust werd van wat hij nu eigenlijk zelf wilde.

kontraïndikaties en doorverwijzing

Een algemene trend met betrekking tot de doorverwijzing, zoals deze uit het gestructureerd interview naar voren komt (vraag 3e) is, dat de deelnemende huisartsen minder en gerichtter zijn gaan doorverwijzen naar het RIAGG.

De verwijzingen vonden gerichtter plaats en de patiënten waren meer gemotiveerd voor doorverwijzing, omdat de huisartsen meer inzicht hadden gekregen in de psychosociale problematiek van de patiënten.

Op grond hiervan mag verwacht worden, dan wanneer de huisarts op grotere schaal zelf psychosociale problemen gaat behandelen, eventuele verwijzingen naar de tweede en derde lijn niet alleen gerichtter plaats zullen vinden, maar ook geringer in aantal zullen zijn.

Een belangrijke konsekwentie hiervan is, dat wachtlijstvorming binnen de tweede en derde lijn beperkt of zelfs voorkomen kan worden, als althans huisartsen direktieve technieken op grotere schaal gaan toepassen.

Wat betreft de doorverwijzing dient er een onderscheid gemaakt te worden tussen patiënten die direkt werden doorverwezen, omdat de huisarts hen niet in aanmerking vond komen voor het zelf behandelen met direktieve therapie, en patiënten, die werden doorverwezen, nadat de huisarts hen gedurende één of meer zittingen behandeld had met direktieve therapie.

In die situaties waarin direkt werd doorverwezen naar de tweede lijn (gestructureerd interview, vraag 4a,b,c) was er, zoals al uit het SPEECH-project (1978) en het projekt 'netwerktraining' (Van Harten e.a., 1983, 1984) naar voren kwam, sprake van:

- zware persoonlijkheidsdeficiënties;
- langdurige psychiatrische voorgeschiedenis;
- ernstige verslaving aan alcohol, medicijnen en drugs;
- problemen ten gevolge van langdurige werkloosheid en arbeidsongeschiktheid.

Daarnaast kwam tijdens de supervisiebijeenkomsten naar voren, dat de behandeling van etnische minderheden, zoals Turken, Marokkanen en Surinamers met psychosociale problemen, door de huisarts dikwijls moeilijk was te realiseren. Veelal bleek een gebrekkige kennis van de kulturele achtergrond een belemmering voor het toepassen van direktieve therapie.

Ten aanzien van patiënten, die werden doorverwezen, nadat de huisarts hen gedurende één of meer zittingen had behandeld met direktieve therapie, komt naar voren, dat doorverwijzing plaatsvond als er sprake was van somatische fixatie.

Andere problemen die nogal eens aanleiding gaven tot doorverwijzing, zijn problemen in de gezinslevenscyclus, betrekking hebben op de fase van de jonge vrijgezel en de fase van de partners met uithuizige kinderen. Daarnaast komen bij doorverwijzing nogal eens naar voren: afscheidsproblemen, dwangmatig functioneren en inkompetentieproblemen.

Uit het voorafgaande zou men kunnen konkluderen, dat het onderscheid tussen 'lichte' en 'zware' ggz-problematiek, zoals dit in de 'Nota geestelijke volksgezondheid' (1984) naar voren komt, relevant is, in die zin dat 'lichte' problematiek geëigend zou zijn voor de eerste lijn en 'zware' problematiek voor de tweede lijn.

Een moeilijkheid hierbij is, dat maar moeilijk kan worden vastgesteld, wat onder 'zwaardere' problematiek verstaan dient te worden.

Het eerder beschreven SPEECH-project (1978) heeft echter wel een eerste aanzet in deze richting gedaan.

Verder hoeft kortdurende psychotherapie, c.q. direktieve therapie, niet per se minder diep in te grijpen in de persoonlijkheidsstructuur van de cliënt of te leiden tot minder vergaande veranderingen in het gedrag van de cliënt. Zo kunnen rituele opdrachten en de techniek van het positief heretiketteren diep ingrijpen in de persoonlijkheidsstructuur van de cliënt. Ook blijken leeropdrachten en rol-opdrachten nogal eens effectief te zijn en te leiden tot een aanzienlijke toename in de variabiliteit van het gedrag van de cliënt.

de psychologisering van de huisarts

De behandeling van psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk door middel van directe therapie, impliceert 'psychologisering' van de huisarts. Dit houdt in dat ook de psychologische aspecten van de gezondheidsklachten in de behandeling worden betrokken.

Zo blijkt uit het gestructureerd interview (vraag 3a), dat de deelnemende huisartsen eerder signaleren, welke patronen aan een bepaald probleemgedrag ten grondslag liggen en dat ze hier met behulp van directe technieken adekwater op inspelen. Met name de therapeutische mogelijkheden zijn toegenomen en men vindt dat men in zijn werk anders is gaan functioneren.

Door de psychologisering van de huisarts komt de 'meersporendiagnostiek' meer tot zijn recht.

Dit impliceert dat de problemen van de patiënt zowel somatisch, als psychisch, sociaal en maatschappelijk worden gediagnosticeerd.

De theorievorming van de directe therapie, waarbij de persoonsgerichte en de gezinsgerichte benadering centraal staan, kan hierbij een belangrijk uitgangspunt vormen.

Uit het onderzoek naar de toepassing van directe therapie door de huisarts komen met betrekking tot de problematiek de volgende criteria naar voren voor kortdurende behandeling:

- klachtgericht, d.w.z. vanaf het begin moet duidelijk zijn, dat de klacht van de patiënt niet het gevolg is van een dieperliggende afwijking in de persoonlijkheidsstructuur.
- eenduidig, d.w.z. snel te omschrijven en/of af te grenzen problematiek. Dit zowel naar het geheel als naar deelgebieden van de klacht.
- tijdelijk, d.w.z. het moet gaan om een vastgelopen situatie op dit moment, die recent ontstaan is.

Een belangrijke beperkende voorwaarde voor de behandeling van psychosociale problemen door de huisarts is zijn motivatie om gebruik te maken van kortdurende vormen van psychotherapie.

In het onderzoek naar de toepassing van directe therapie door de huisarts impliceerde de werving van artsen via de mededeling in 'Huisarts en Wetenschap' een selectie, in die zin dat alleen die huisartsen belangstelling hebben getoond, die psychosociaal wilden werken.

Wanneer in de huisartsenopleiding meer aandacht besteed wordt aan het onderkennen van psychosociale problematiek en aan kortdurende vormen van psychotherapie, zal de motivatie van de artsen om deze technieken te gebruiken, toenemen. Hier wordt verder op ingegaan bij 'directe technieken in de huisartsenopleiding'.

Een andere beperkende voorwaarde voor de toepassing van directe technieken door de huisarts is, dat de patiënt voldoende gemotiveerd dient te zijn.

Uit het onderzoek komt naar voren, dat met name die patiënten die de gegeven directe toepasten en hun 'huiswerk' deden, vrijwel altijd duidelijke verbeteringen toonden.

Bij de incidentele gevallen die de opdrachten konsekwent weigerden uit te voeren, waren de resultaten weinig bevredigend.

De psychologisering van de huisarts, die werkt met direktieve therapie, leidt ertoe dat veel meer mensen met psychosociale problemen geholpen kunnen worden in een eerstelijns kontekst.

Door de 'lage drempel' van de huisartsenpraktijk kunnen problemen in een vroeg stadium worden aangepakt, wat preventief werkt ten opzichte van de tweede en derdelijns gezondheidszorg.

Zo komt uit het onderzoek naar voren, dat een grote diversiteit van problemen bij uiteenlopende cliënten behandelbaar is door de huisarts die geschoold is in de direktieve therapie. Het betreft patiënten met problemen, welke recent ontstaan zijn en waarbij de problematiek niet al te kompleks is. Hierbij kan gedacht worden aan problemen met betrekking tot verlies en rouwverwerking, relatieproblemen en klachten van psychosomatische aard.

Psychologisering van de huisarts kan een preventieve uitwerking hebben op wat Huygen (1978) noemt het proces van 'somatische fixatie'.

Hij omschrijft dit als volgt: "Somatische fixatie is een reductie van meer-omvattende problemen van mensen tot louter medisch-somatische in de interactie tussen arts en patiënt;"

"Het is het verschijnsel dat mensen exclusief medisch-somatische aandacht krijgen of vragen voor problemen, die niet primair of die slechts gedeeltematig somatisch bepaald worden, waardoor belangrijke psychosociale aspecten naar de achtergrond worden gedrongen, zodat zij onbereikbaar en onoplosbaar worden."

Reeds Balint (1957) signaleert het verschijnsel van de somatische fixatie. Hij noemt dit, zoals in hoofdstuk 2 naar voren kwam, het ontstaan van een 'georganiseerde ziekte'. Hij merkt hierover op: "Vóór de patiënt in een 'georganiseerde ziekte' is gevluht, komt hij als het ware met allerlei ziekten aandrigen en gaat hiermee door totdat arts en patiënt een overeenstemming hebben bereikt, waarbij zij beiden één van deze ziekten als gerechtvaardigd accepteren."

Het proces van somatisering kan doorbroken worden door de achterliggende behoeften en motieven die ten grondslag liggen aan de 'ziekte' als legitiem te benoemen.

Een belangrijke ingang hierbij is het onderzoek van Oosterhuis (1982) naar de relatie tussen medisch onverklaarbare klachten en opgekropte emotionele problemen. Hij komt tot de gevolgtrekking dat er een sterk verband bestaat tussen hoofd- en nekpijn en onderdrukte woede, tussen buikpijn en verdrongen angst en twijfel, en tussen rugpijn en machteloosheid en stil verdriet.

Een konsekwentie van de houding van de huisarts die gevoelig is voor de psychische en psychosociale kant van het ziek-zijn, is dikwijls dat de patiënt zijn problematiek minder snel 'verpakt' in een ziekte en de psychische en psychosociale kant van zijn problematiek meer rechtstreeks naar voren brengt. In het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie door de huisarts kwam nogal eens naar voren dat patiënten die vroeger een geneesmiddel kwamen vragen, tegenwoordig eerder zeggen: "Dokter, ik ben zo gedeprimeerd. Kunt U me helpen?"

Ten opzichte van de behandeling van psychosociale klachten in de tweede lijn biedt de behandeling door de huisarts het voordeel dat de inventarisatiefase korter kan zijn, aangezien de huisarts zijn patiënten in de regel al langer kent en kennis heeft van de achtergrond en de gezinssituatie van de patiënt.

Een uitgebreid intake-gesprek, zoals bij een RIAGG, is niet nodig, aangezien de huisarts al veel van het gezin weet.

Ook de behandeling van de patiënt ligt voor de huisarts anders dan voor een psycholoog in de eerste lijn of voor een tweedelijns-instelling en biedt belangrijke voordelen wat betreft de continuïteit. Zoals in hoofdstuk 2 bij 'de Balint-groep' beschreven is, signaleert Balint (1957) dat de patiënt en de huisarts naast de psychotherapeutische relatie ook nog andere bindingen hebben.

De huisarts ziet de patiënt te zijner tijd terug of anders een familielid van de patiënt.

Ook een minder bevredigend verloop van een behandeling is geen ramp, aangezien de patiënt altijd kan terugkomen op bepaalde probleemaspecten.

Overeenkomstig de bevindingen van Balint (1957) signaleren wij, dat nadat de behandeling met directe therapie beëindigd is, patiënt en huisarts niet uiteengaan, maar ze elkaar alleen minder vaak ontmoeten.

Als zich weer een moeilijkheid voordoet, kan de patiënt weer hulp komen vragen bij zijn huisarts en kunnen beiden de draad weer opnemen waar men is blijven steken.

De eerstelijnspsycholoog blijkt, naast het RIAGG, een reële doorverwijsmogelijkheid voor de huisarts te zijn en tevens een geschikte consultant. Een kwart van de deelnemende huisartsen verwijst regelmatig patiënten met psychosociale problemen door naar de eerstelijnspsycholoog, gezien de korte wachttijd en omdat deze meer tijd heeft voor de patiënten (gestructureerd interview, vraag 3g).

Het gaat hierbij nogal eens om patiënten, die de huisarts ook zelf had kunnen behandelen met directe therapie als hij meer tijd beschikbaar had gehad.

Als bezwaar met betrekking tot verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog wordt naar voren gebracht, dat de patiënten voor deze dienstverlening moeten betalen en dat dit nogal eens onoverkomenlijke problemen oplevert voor de minder draagkrachtige patiënten.

Het is daarom wellicht zinnig, dat de psycholoog die werkzaam is in de eerstelijnsgezondheidszorg, een soortgelijke vergoeding uit het ziekenfondspakket krijgt, zoals dit nu geldt voor de fysiotherapeut.

Een andere mogelijkheid is, dat hij in de eerste lijn wordt gedetacheerd vanuit het RIAGG.

Door de aandacht voor psychosociale problemen wordt het huisartsenberoep veelzijdiger en afwisselender.

In de toekomst mag verwacht worden dat tengevolge van de verkleining van de huisartsenpraktijk, meer tijd beschikbaar komt voor de psychosociale begeleiding van de patiënten, waardoor het preventieve aspect van de eerstelijns gezondheidszorg meer op de voorgrond komt te staan.

huisarts en psychotherapie

Wellicht zou men uit het voorafgaande kunnen konkluderen, dat de behandeling van psychosociale problemen door de huisarts impliceert, dat hij gaat functioneren als psychotherapeut.

Voor de huisarts is het diagnosticeren van psychische en psychosociale problemen deel gaan uitmaken van het basistakenpakket.

Voor het behandelen, d.w.z. de therapie, van deze problemen dienen echter normen ontwikkeld te worden, m.a.w. het is nog onvoldoende duidelijk in hoeverre de behandeling past in het basistakenpakket.

Een complicerende faktor hierbij is dat de overgang tussen de behandeling van psychosociale en psychische problemen door de huisarts en psychotherapie door een psychotherapeut vloeiend is.

Reeds Balint (1957) konstateert dat de grens tussen de 'psychotherapie van de huisarts' en de 'specialistische psychotherapie' blijkbaar niet scherp kan en ook niet moet worden getrokken.

Mijns inziens is uit het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie door de huisarts naar voren gekomen, dat technieken uit deze vorm van psychotherapie zeer wel bruikbaar zijn voor de huisarts en goed passen in het basistakenpakket.

Dit wil niet zeggen dat de huisarts direktief psychotherapeut wordt, aangezien een direktief therapeut - gezien zijn eclectische werkwijze - beschikt over een flinke dosis kennis en ervaring met betrekking tot de verschillende psychotherapiestromingen.

De direktief therapeut funktioneert als een deskundige, die zich heeft toegelegd op de behandeling van psychosociale problematiek met psychotherapie. De huisarts funktioneert als generalist en is een deskundige in leefproblematiek in de eerste lijn, die zich op zowel somatische als psychosociale problemen richt.

Dit impliceert dat hij technieken uit de direktieve therapie kan gebruiken bij de behandeling van psychosociale problemen, zoals hij ook aan de chirurgie vaardigheden ontleent voor de kleine chirurgie in de huisartsenpraktijk.

Een psychotherapeut, die geschoold is in direktieve therapie, zou een konsultatieve functie kunnen hebben en bijv. kunnen functioneren als koördinator van een intervisiegroep van huisartsen, die werken met direktieve technieken.

Een konsekwentie van de toepassing van technieken uit de direktieve therapie door de huisarts is, dat dit het beroep van psychotherapeut verder kan profileren en opwaarderen.

De huisarts is namelijk al voor iedereen herkenbaar.

Als de toepassing van technieken uit de psychotherapie, c.q. de direktieve therapie, deel gaat uitmaken van het basistakenpakket van de huisarts, wordt psychotherapie herkenbaar voor de patiënten en zijn zij, indien nodig, beter te motiveren voor verwijzing naar een psychotherapeut.

de intervisiegroep

Zoals in hoofdstuk 2 naar voren is gekomen, is het mogelijk de psychosociale kant die naar voren komt in de praktijk van de huisarts, in een zgn. 'Balint-groep' tot zijn recht te laten komen.

Een dergelijke groep wordt veelal geleid door een psychiater, die inhoudelijk een summijere bijdrage levert, terwijl het hoofdaccent valt op intervisie.

Op grond van de bevindingen met supervisie en intervisie uit het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie in de huisartsenpraktijk, bleek dat ons werkmiddel grote gelijkenis vertoont met het functioneren van een Balint-groep.

De functie van een intervisiegroep is dat de huisarts middels konsultatieve gesprekken meer gericht wordt op de psychosociale problematiek van de patiënten in zijn praktijk.

Bij de konsultatieve gesprekken brengen de huisartsen patiënten ter sprake met een duidelijke psychosociale problematiek, die afkomstig zijn uit de eigen praktijk.

Tijdens de bijeenkomsten kunnen thema's aan de orde komen met betrekking tot bijv. afbouw van medicijngebruik, somatische fixatie of rouwproblematiek. Daarnaast kan het accent liggen op het overdragen van psychosociale hulpverleningstechnieken, welke geëigend zijn voor de huisarts.

Een intervisiegroep kan ook een functie hebben bij het gericht verwijzen van 'moeilijke' patiënten met psychosociale klachten naar de tweede en derde lijn.

Een intervisiegroep van huisartsen kan zijn aangrijpingspunt vinden binnen een afdeling konsultatie van het RIAGG.

Deze afdeling houdt zich bezig met het geven van advies aan eerstelijns hulpverleners, zoals het maatschappelijk werk en de huisarts.

Zij richt zich op het via opleiding en nascholing bevorderen van de deskundigheid van eerstelijns werkers met betrekking tot vroegtijdige onderkenning, diagnostisering, begeleiding van patiënten, verwijzing en nazorg.

Een belangrijke aanbeveling is, dat in de intervisiegroep gewerkt wordt met direktieve therapie.

Door deelname aan een intervisiegroep, waarbij de direktieve therapie centraal staat, is de huisarts beter in staat deze problematiek te analyseren in kommunikatie- en systeemtermen en krijgt hij, in de vorm van direktieve technieken, de hulpmiddelen aangereikt om in vele gevallen adequaat in te spelen op de problematiek.

Zoals in hoofdstuk 2 bij 'de Balint-groep' naar voren is gekomen, bleek dat de huisartsen die Balint (1957) begeleidde elkaar onderling niet spaarden en dat het accent bij de discussies nogal eens kwam te liggen op de ongewenste neveneffecten van het 'geneesmiddel dokter'.

Opvallend is bijv. dat Balint vermeldt dat bij de eerste groepen het percentage uitvallers 60% was en dat dit naderhand in latere groepen 35% bedroeg. Wellicht hangt dit samen met het zich persoonlijk aangesproken voelen van de deelnemende huisartsen.

De intervisiegroepen die in dit onderzoek begeleid zijn bij de toepassing van direktieve therapie, lieten wat betreft het percentage uitvallers een gunstiger beeld zien.

Voor de cursus direktieve therapie meldden zich 16 artsen, waarvan uiteindelijk 13 artsen de supervisie/intervisie voltooiden, zodat het uitvalpercentage 19% bedroeg.

Wellicht hangt dit gunstige beeld samen met de grondhouding in de direktieve therapie, waarbij de huisarts (evenals de cliënt) 'gekonfronteerd' wordt met zijn mogelijkheden, in plaats van met zijn tekortkomingen, c.q. de ongewenste nevenwerkingen van het 'geneesmiddel dokter'.

de cursus direktieve therapie

Voordat huisartsen gaan participeren in een intervisiegroep, verdient het aanbeveling hen te scholen en te trainen op het gebied van de direktieve therapie.

Op grond van de bevindingen met de cursus direktieve therapie en de supervisie en intervisie van de deelnemende huisartsen, geldt dat een cursus direktieve therapie voor huisartsen zowel theoretisch als technisch onderbouwd wordt.

De cursusbijeenkomsten vinden eens in de veertien dagen plaats om de continuïteit te waarborgen.

In verband met de drukke werkzaamheden van de huisartsen blijkt een dergelijke frekwentie het meest haalbaar.

Bovendien is door de spreiding het leereffect groter en maken de huisartsen zich het direktieve kader gemakkelijker eigen, zodat toepassing in de praktijk meer voor de hand ligt.

De cursus bestaat uit bijeenkomsten van drie uur, waarbij het accent valt op de kennismaking met werkwijzen uit de direktieve therapie en achterliggende theoretische uitgangspunten.

Ten behoeve van het theoretisch gedeelte kan gebruik gemaakt worden van de in dit onderzoek gehanteerde werkmappen 'Netwerktraining, I, II, III' (Van Harten e.a., 1983, 1984).

Zoals we gezien hebben, ligt in deel I en II het accent op het inzicht in achterliggende theorieën en worden de persoonsgerichte en de gezinsgerichte benaderingen uitgewerkt.

In deel III wordt aandacht besteed aan de strategiebepaling, de methoden en de fasering bij direktieve therapie.

Verder verdient het aanbeveling te komen tot een selectieve van onderwerpen. Hierbij valt te denken aan de volgende direktieve technieken:

de cyclus van 'volgen, bijhouden, leiden', het gebruik van aandachtspunten en werkpunten, het werken in rondes, positief heretiketteren, het functioneel maken van niet-effektieve communicatie- en interactiepatronen, het afsluiten van gedragskontrakten, en het motiveren van de cliënt om de opdracht uit te voeren.

Daarnaast dient er aandacht besteed te worden aan de volgende typen opdrachten: monitoring-opdrachten, ontspanningsoefeningen, leeropdrachten, verbeeldingsopdrachten, rol-opdrachten, paradoxale opdrachten en rituele opdrachten.

De behandelde leerstof dient zoveel mogelijk ondersteund te worden door het gezamenlijk observeren en bespreken van videobanden, waarop de diverse direktieve technieken gedemonstreerd worden.

Dit biedt de mogelijkheid de observatiewijzen van de deelnemers expliciet te analyseren en vast te stellen welke interventies zinvol zijn.

Het technische gedeelte is erop gericht de huisartsen actief te leren omgaan met de aangeboden leerstof.

Zo zal er een belangrijk accent liggen op het oefenen met systeemgerichte interventies en met het geven van direktieven.

Dit zijn bij voorkeur technieken die de huisarts zelf kan gebruiken bij het begeleiden van patiënten met psychosociale klachten.

Hierbij valt te denken aan het analyseren en interpreteren van probleemgedrag in systeem- en communicatietermen, het maken van een sterkte-zwakte-analyse en het heretiketteren van problemen.

De vaardigheid van het heretiketteren dient zodanig ontwikkeld te worden, dat dit perspectieven en mogelijkheden tot verandering biedt.

De diverse technieken worden door de deelnemers geoefend in rollenspelen. Hierbij zijn de kursisten wisselend therapeut en cliënt, en krijgen ze commentaar van de andere deelnemers en de cursusleider.

Belangrijke aandachtspunten bij het oefenen in rollenspelen zijn: het structureren van het gesprek, het werken in 'rondes', luisteren, het stellen van open en gesloten vragen, verhelderen, parafraseren, reflektieren, samenvatten, interpreteren en het formuleren van veranderingsdoelen, strategieën en methoden.

Verder kan gedacht worden aan het maken van een werkplan, de verslaglegging van zittingen en aan het evalueren van het therapeutisch proces.

Tevens wordt aandacht besteed aan het hanteren van systeemgerichte interventies, het herverdelen van de ruimte, het omgaan met appèl-situaties en het hanteren van weerstand.

Een andere belangrijke vaardigheid is het leren geven van direktieven en huiswerkopdrachten, gericht op verandering van cliënten en cliëntsystemen.

Het is zinvol om de deelnemende huisartsen te laten oefenen met het zelf uitvoeren van huiswerkopdrachten.

Gedacht kan worden aan het registreren van bepaald gedrag, het formuleren van concrete wensen ten aanzien van de partner en het afsluiten van een gedragskontraakt met de partner.

Door het zelf oefenen met direktieven nemen de deelnemers niet alleen theoretisch kennis van deze technieken, maar doen ze er zelf ook ervaring mee op.

aanbevelingen voor de intervisiegroep

Als belangrijke aanbevelingen voor het werken met direktieve therapie in een intervisiegroep van huisartsen zijn mijns inziens de volgende punten van belang.

de continuïteit van de groep

Voor de continuïteit van de groep is het belangrijk dat de artsen de afspraak maken voor langere tijd een intervisiegroep te formeren.

Voor beginnende huisartsen die pas met een praktijk beginnen levert het deelnemen aan een intervisiegroep veelal grote problemen op. Vaak kennen ze de patiënten in hun praktijk nog niet goed genoeg en zijn ze onvoldoende op de hoogte van de psychosociale achtergrond, om hier adequaat op in te kunnen spelen.

De inwerkperiode vergt vaak zoveel tijd dat een regelmatige deelname aan de intervisiegroep niet gewaarborgd is.

Met de groepen huisartsen uit het onderzoek is ruim een jaar gewerkt en was de opkomst redelijk tot goed te noemen.

De indruk bestaat echter dat de geografische spreiding van de deelnemende huisartsen bemoeilijkend kan werken ten aanzien van de continuïteit over een reeks van jaren.

Bij een training 'direktieve therapie' van een reeds twaalf jaar funktio-nerende Balint-groep in de regio Zwolle in januari 1985 bleek de kontinuïteit van deze groep een belangrijk voordeel.

Opvallend was dat de direktieve technieken goed aansloegen en dat de deelnemende huisartsen in kleine groepjes zelf gingen oefenen met het werken in rondes en het geven van direktieven.

de grootte van de groep

Voor intensieve supervisie en intervisie is een groepsgrootte van 4 à 5 huisartsen optimaal.

Bij deze omvang van de groep komt iedere huisarts bij supervisie en intervisie voldoende aan bod, terwijl er genoeg spreiding blijft om zeer uiteenlopende patiëntssituaties aan bod te laten komen.

de frekwentie en de tijdsduur van de bijeenkomsten

Zowel de frekwentie als de tijdsduur van de bijeenkomsten zijn belangrijke hulpmiddelen om de continuïteit van de intervisiegroep te waarborgen.

Een frekwentie van de bijeenkomsten van één keer in de 14 dagen blijkt op langere termijn een goede richtlijn te zijn.

Er is dan voldoende tijd om de tijdens de bijeenkomsten besproken ideeën toe te passen, terwijl de bijeenkomsten niet zo ver uit elkaar liggen dat de samenhang verloren gaat.

Een goede tijdsduur van de bijeenkomsten is 2½ uur.

Afhankelijk van de problematiek en of een patiënt al eerder is ingebracht, kunnen dan per bijeenkomst 6 tot 10 patiënten besproken worden.

de inbreng van de koördinator

Koördinator van een intervisiegroep kan zowel een psycholoog als een psychiater zijn met kennis van en ervaring in de direktieve therapie.

Een belangrijke aanzet tot het formeren van een intervisiegroep kan gelegen zijn in de deelname van de huisartsen aan een cursus direktieve therapie. De deelnemers aan de intervisiegroep spreken dan dezelfde taal en handelen vanuit dezelfde achtergrond.

Naderhand is het zinvol de uit de intervisie naar voren komende leerpunten het uitgangspunt te laten vormen voor nascholingsmomenten met betrekking tot relevante onderwerpen uit de therapie.

De bijdrage van de koördinator dient erop gericht te zijn bij de deelnemende huisartsen de onderlinge gedachtenwisseling te stimuleren met betrekking tot patiënten met psychosociale problemen.

Ter ondersteuning van de intervisie is het zinvol dat de huisartsen van te voren de relevante gegevens van de patiënten op papier zetten en naar elkaar opsturen, zodat ieder zich kan voorbereiden en de intervisietijd optimaal benut kan worden.

Tijdens de intervisiebijeenkomsten lichten de huisartsen hun werkwijze toe aan de hand van de verslagen van de therapiezittingen.

De problematiek van de patiënten wordt nader geanalyseerd, men wisselt over en weer ervaringen uit en evalueert het therapeutisch proces.

Vervolgens wordt de aanpak van de problematiek gerelateerd aan principes en technieken uit de direktieve therapie en bespreekt men mogelijke alternatieve werkwijzen.

Een werkregel hierbij is, dat men oplossingen vermijdt die neerkomen op 'meer van hetzelfde'.

Het variabiliteitsprincipe dient richtinggevend te zijn, d.w.z. men streeft naar het vinden van meerdere bruikbare direktieven die de huisarts in kwestie kan toepassen, overeenkomstig het principe van 'doe iets anders'.

Verder is het zinvol dat de deelnemende huisartsen tijdens de intervisiebijeenkomsten zelf oefenen met specifieke probleemsituaties en het geven van bepaalde opdrachten.

direktieve technieken in de huisartsenopleiding

Zoals uit het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie door de huisarts naar voren komt, blijkt dat direktieve therapie een belangrijk hulpmiddel kan zijn bij de behandeling van patiënten met psychosociale klachten.

Verder blijkt uit onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut () dat huisartsen gemiddeld 35 % van hun werktijd aan medisch-somatische klachten en 65 % aan psycho-sociale klachten besteden.

Deze bevindingen hebben mijns inziens belangrijke konsekventies voor de toekomstige huisartsenopleiding.

Volgens Huygen (Grol ed., 1981) behoort de huisarts een veelzijdig, generalistische hulpverlener te zijn.

De huisarts doet er goed aan zolang mogelijk zelf, samen met zijn patiënten te zoeken naar brede en evenwichtige oplossingen van de problemen en alleen dan te verwijzen als zij er samen niet uitkomen.

Het opleidingsmodel van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (Grol ed., 1981) richt zich erop van de huisarts een generalistische hulpverlener te maken, die zowel bij somatische als bij psycho-sociale klachten denkt in gezinspatronen.

Dit opleidingsmodel is gebaseerd op de volgende hoofdkomponenten en bijbehorende vraagstellingen.

1. gericht en systematisch werken,
d.w.z. richt de huisarts zich erop de vraag of vragen van de patiënt te verhelderen en verloopt de opbouw van het contact systematisch.
Belangrijke punten hierbij zijn: vraagformulering, probleemdefinitie, plan en konsultevaluatie.
2. somatisch handelen,
d.w.z. in hoeverre sluiten de somatische handelingen van de huisarts, zoals anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratorium- en röntgenonderzoek, aan op de hulpvraag van de patiënt.
3. psychosociaal handelen,
d.w.z. zijn er psychosociale signalen die de huisarts in het contact zou moeten betrekken.
Hierbij valt te denken aan de rol die de klachten of problemen in de relatie van de patiënt met zijn sociale omgeving spelen.
Daarnaast is van belang de wijze waarop de huisarts deze psychosociale kontekst gebruikt in zijn handelen.
4. huisarts-patiënt-relatie,
d.w.z. in hoeverre luistert de huisarts actief naar de patiënt, geeft hij een duidelijke en begrijpelijke uitleg, neemt hij de patiënt serieus en weet hij de patiënt actief te stimuleren.

Door het opleidingsmodel van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut kan de 'meersporendiagnostiek' meer tot zijn recht komen en kan zowel de somatische als de psychische, sociale en maatschappelijke achtergrond van de klachten belicht worden.

Een ander belangrijk voordeel van het Nijmeegs opleidingsmodel is dat het vak van huisarts trainbaar wordt.

Voor de hoofdkomponenten van het model is een scoringssysteem ontwikkeld, dat het mogelijk maakt leerpunten en vorderingen snel te inventariseren.

Ten aanzien van het psychosociale handelen van de huisarts is het belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan theorievorming met betrekking tot het individueel psychologisch functioneren en het functioneren van gezins- en ecosystemen voor zover dit relevant is voor het ziektegedrag van de patiënten van de huisarts.

Zeker nu de huisartsenopleiding twee jaar gaat worden, komt er voldoende ruimte om aandacht te besteden aan de psychosociale kant van het huisartsenberoep.

Ten aanzien van dit psychosociale handelen kunnen theorieën en technieken uit de directe therapie een belangrijke plaats innemen in de huisartsenopleiding.

Hierbij kan gedacht worden aan het zelf oefenen met duidelijk omschreven rolopdrachten, waarbij directe technieken toegepast worden.

Video-opnames van goede en slechte hulpverleningsgesprekken kunnen hierbij belangrijke modellen vormen.

Verder kan gedacht worden aan de techniek van het heretiketteren, het afsluiten van gedragskontrakten en aan het leren geven van directieven en huiswerkopdrachten, zoals monitoring-opdrachten, ontspanningsoefeningen, leeropdrachten, verbeeldingsopdrachten, rolopdrachten en paradoxale opdrachten.

Aangezien veel assistent-huisartsen naar de mening van hun opleiders nog 'onuitgerijpt' zijn, is het volgens het Nijmeegse opleidingsmodel zinnig te werken met persoonsgerichte trainingen.

Men constateert dat te jonge mensen voor relatief zware problemen worden gesteld, terwijl ze te weinig levenservaring hebben.

Om de persoonlijkheidsintegratie van de assistent-huisartsen te bevorderen zou een vruchtbaar gebruik gemaakt kunnen worden van directe technieken.

Zo kan gedacht worden aan 'zelf-monitoring' ten aanzien van de vorderingen in de opleiding om beginnende huisartsen zelfvertrouwen te geven.

De assistent-huisarts houdt gedurende een bepaalde periode bij wat zijn vorderingen zijn geweest.

Dagelijks noteert hij op een apart kaartje minimaal twee nieuwe punten die hem een leerervaring opleverden.

Dit richt zijn aandacht op zijn successen in plaats van op zijn mislukkingen.

Ook kan gebruik worden gemaakt van 'verbeeldingsopdrachten', waarbij de assistent-huisarts zich voorstelt dat hij in een probleemsituatie adequaat handelt.

Dit dient ondersteund te worden door een schriftelijke registratie van de verbeeldingsoefening.

Naderhand kunnen problemen uit een verbeeldingsopdracht uitgewerkt worden in een 'rollenspel'.

Ook het principe van de 'paradoxale intentie', waarbij de angst voor een probleemsituatie verminderd wordt door deze aan te moedigen, kan een belangrijk uitgangspunt zijn om de faalangst van de beginnende huisarts te verminderen.

Samenvatting

In deze studie wordt nagegaan of en in hoeverre de huisarts patiënten met psychosociale problemen adequaat kan behandelen met behulp van technieken uit de direktieve therapie.

De aan het onderzoek deelnemende huisartsen participeerden, na het volgen van een cursus direktieve therapie, gedurende de onderzoeksperiode in zgn. intervisiegroepen. Hierbij lag het accent op het zelfstandig toepassen van technieken uit de direktieve therapie in hun praktijk.

Uit het onderzoek komt naar voren dat direktieve therapie goed aansluit op het streven naar kortdurende behandeling van patiënten met psychische en psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk.

Het is een goed hulpmiddel om de problematiek van de patiënten te verhelderen en veranderingen te bewerkstelligen.

Verder blijkt dat de toepassing van direktieve technieken samengaat met de psychologisering van de huisarts, d.w.z. dat hij zich meer gaat richten op de psychologische aspecten van gezondheidsklachten.

In hoofdstuk 1 werken we het doel en de probleemstelling van het onderzoek uit.

Het onderzoek is erop gericht na te gaan of en in hoeverre technieken ontleend aan de direktieve therapie, bruikbaar zijn voor de huisarts bij de behandeling van patiënten met psychosociale problemen.

De centrale vraagstelling in het onderzoek is, welke direktieven vrij eenvoudig met succes toepasbaar zijn door de huisarts en onder welke voorwaarden dit kan gebeuren.

Daarnaast beoogt het onderzoek na te gaan, welke bijdrage het toepassen van direktieve technieken door de huisarts kan leveren aan de 'psychologisering' van de huisarts.

Verder wordt beschreven in welke opzichten de benaderingswijze van de direktieve therapie aansluit bij de werkwijze van de huisarts en komt naar voren welke veel voorkomende problemen behandeld kunnen worden met direktieve therapie.

Daarna gaan we in op de operationalisering van de probleemstelling.

In hoofdstuk 2 gaan we in op 'huisarts en GGZ' en wordt de 'Nota geestelijke volksgezondheid' (1984) behandeld.

We belichten de sleutelpositie van de huisarts in het systeem van de Nederlandse gezondheidszorg en spitsen het een en ander toe op de diagnose en behandeling van lichte, psychosociale problematiek door de huisarts.

Vervolgens komt de structuur van de GGZ aan de orde, alsmede de integratie van de GGZ.

Verder besteden we aandacht aan de psychosociale hulpverlening door de huisarts en aan de achtergrond van de Balint-groep.

Tenslotte volgen er een aantal kritische kanttekeningen bij de 'Nota geestelijke volksgezondheid'.

In hoofdstuk 3 gaan we in op de vraag 'wat is direktieve therapie'. Een belangrijk kenmerk van direktieve therapie is het doelgericht, pragmatisch en binnen een beperkte tijd werken aan de oplossing van problemen. De direktief therapeut richt zich erop konkrete oplossingen te vinden en geeft de cliënt daartoe direktieven. Direktieven zijn aanwijzingen, adviezen en opdrachten, die toegepast kunnen worden binnen de psychologische hulpverlening om problemen te verhelderen en veranderingen te bewerkstelligen. De direktieve therapie vindt zijn basis in de Ericksoniaanse hypnotherapie en in de gezinstherapie. We accentueren dat een belangrijke grondhouding van de direktieve hulpverlener is een optimistische visie op het vermogen om te veranderen van mensen. Verder laten we zien dat direktieve therapie verandering impliceert, d.w.z. het verwerven van meer keuzes en een toename van de variabiliteit van het gedragsrepertoire van de cliënt. Hierna volgt een vergelijking van de direktieve therapie met een aantal andere therapierichtingen, respectievelijk: psychoanalyse, rogeriaanse therapie en gedragstherapie.

Hoofdstuk 4 omvat 'de konkretisering van de direktieve therapie'. We gaan kort in op eerder onderzoek, dat gericht was op konkretisering van direktieve therapie en op de gehanteerde methode bij de verdere ontwikkeling van de fasering van direktieve therapie. Dit onderzoek resulteerde in een aantal werkboeken, respectievelijk: 'Netwerktraining deel I - de persoonsgerichte benadering', 'Netwerktraining deel II - de gezinsgerichte benadering' en 'Netwerktraining deel III - netwerktraining in de praktijk: direktieve therapie'. De inhoud van deze werkboeken wordt samenvattend beschreven, aangezien deze werkboeken een belangrijk uitgangspunt vormden bij het onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie door de huisarts. Met name deel III komt uitgebreider aan de orde. We behandelen respectievelijk: uitgangspunten van netwerktraining: direktieve therapie; het beïnvloedingssysteem; de inventarisatiefase: de aanmelding en het eerste gesprek; de inventarisatiefase: verdere probleemanalyse, communicatie- en interactietraining, destabilisatie, bewustwording en weerstand; de aktiefase: typen opdrachten; de aktiefase: opdrachten gericht op specifieke problemen; de stabilisatiefase.

In hoofdstuk 5 behandelen we 'onderzoeksopzet en -verloop'. Aan de orde komen: de werving van de huisartsen voor het onderzoek, de cursus direktieve therapie en de supervisie en intervisie. De werving van de huisartsen geschiedde via een aankondiging in 'Huisarts en Wetenschap'. Hierop reageerden 18 huisartsen, waarvan er 16 deelnamen aan de cursus en 13 aan de supervisie en intervisie. De cursus direktieve therapie was zowel theoretisch als technisch onderbouwd en richtte zich erop om in korte tijd zoveel mogelijk aspecten en technieken uit de direktieve therapie aan bod te laten komen. Bij de supervisie en intervisie werden drie supervisiegroepen geformeerd met een groepsgrootte van 4 à 5 huisartsen. Per supervisiebijeenkomst werden 6 tot 9 patiënten besproken. Aanvankelijk lag tijdens de supervisiebijeenkomsten het accent op de adviezen van de supervisor. Geleidelijk aan echter werd de intervisie steeds belangrijker en kwam de nadruk te liggen op de inbreng van de deelnemende huisartsen zelf. Vervolgens wordt de ontwikkeling van de onderzoeksprotocollen besproken en komt het gestructureerde interview aan de huisartsen aan de orde, dat erop gericht was de 'psychologisering' van de betrokken huisartsen in kaart te brengen.

In hoofdstuk 6 belichten we de onderzoeksresultaten.

We bespreken de rubricering van de gegevens uit de onderzoeksprotocollen en gaan in op de klassifikatie van de kenmerken van de patiënten en de evaluatie van de behandelingen.

Tevens komen de klassifikatie van de problematiek, de klassifikatie van de aanmeldingsklachten, de klassifikatie van de gebruikte direktieven en niet succesvolle behandelingen aan bod.

Vervolgens geven we een aantal uitgewerkte voorbeelden van door de huisartsen verrichte behandelingen met direktieve therapie.

Tenslotte beschrijven we het resultaat van het gestructureerd interview huisartsen.

Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren, dat de behandelingen van patiënten met psychosociale problemen door middel van direktieve therapie in $\frac{2}{3}$ van de gevallen succesvol of bevredigend is verlopen.

Verder blijkt dat ongeveer de helft van de patiënten deel uitmaakt van de lage sociale klasse. De behandeling van deze groep verliep niet significant minder succesvol in vergelijking met patiënten uit de midden klasse.

Dit weerlegt de veelgehoorde kritiek, dat psychotherapie alleen toegesneden zou zijn op zgn. Yavis-kliënten, die vaak afkomstig zijn uit de midden en hoge klasse.

Het merendeel van de behandelingen voltrok zich binnen 4 zittingen en binnen een tijdsbestek van 4 tot 8 weken. Hieruit kan worden gekonkludeerd dat de toepassing van direktieve therapie door huisartsen neerkomt op kortdurende psychosociale hulpverlening.

De volgende psychosociale problemen komen in de behandelingen veelvuldig naar voren: psychosomatische klachten, gedragsproblemen, problemen voortvloeiend uit de gezinsgeschiedenis en problemen in het subsysteem van de partners.

Bij nadere analyse zijn dit respectievelijk: afscheidsproblemen, disfunctionele interactiepatronen tussen partners, werkproblemen, assertiviteitsproblemen, fobieën, verslavingsproblemen, gespannenheid, lusteloosheid en depressiviteit, spanningshoofdpijn en hyperventilatie.

Behandelingen met een wat minder succesvol verloop hadden betrekking op: afscheidsproblemen, seksuele problemen, inkompetentieproblemen, dwangmatig functioneren, lusteloosheid en depressiviteit, spanningshoofdpijn en hyperventilatie.

Bij de behandeling van de psychosociale problemen zijn de volgende direktieven veelvuldig toegepast: direktieven gericht op bewustwording - met name 'uitleg, informatie, advies' en '(positief) heretiketteren' - monitoring-opdrachten, leeropdrachten, paradoxale opdrachten, rituele opdrachten, ontspanningsopdrachten en het werken in rondes.

Verder blijken in behandelingen die succesvol verliepen, de volgende direktieven naar voren te komen: leeropdrachten, rol-opdrachten en rituele opdrachten.

Konfrontatie en het gebruik van metaforen leverden daarentegen in een aantal behandelingen problemen op.

Hoofdstuk 7 omvat 'konklusies en diskussie'.

Een belangrijke konklusie uit het onderzoek is, dat een groot aantal technieken ontleend aan de direktieve therapie, bruikbaar is voor de huisarts bij de behandeling van patiënten met psychosociale problemen.

Verder komt naar voren dat de toepassing van direktieve technieken samen gaat met de 'psychologisering' van de huisarts en dat hij zich meer gaat richten op de psychologische aspecten van gezondheidsklachten.

Deze konklusies worden gerelateerd aan de effectiviteit van de behandeling, het niet uitvoeren van opdrachten, kontraïndikaties en doorverwijzing, de psychologisering van de huisarts en de relatie tussen huisarts en psychotherapie.

We pleiten er niet voor dat de huisarts direktief psychotherapeut wordt, maar dat hij blijft functioneren als generalist, d.w.z. een deskundige in leefproblematiek in de eerste lijn, die zich op zowel somatische als psychosociale problemen richt. Dit impliceert dat hij technieken uit de direktieve therapie kan gebruiken bij de behandeling van psychosociale problemen, zoals hij ook aan de chirurgie vaardigheden ontleent voor de kleine chirurgie in de huisartsenpraktijk.

Vervolgens worden een aantal aanbevelingen gegeven ten aanzien van het opzetten van een intervisiegroep die werkt met direktieve therapie en de opzet van een cursus direktieve therapie. Aandacht wordt besteed aan de continuïteit van de groep, de grootte van de groep, de frekwentie en de tijdsduur van de bijeenkomsten en de inbreng van de koördinator.

Tenslotte volgen er een aantal konklusies en aanbevelingen met betrekking tot de toepassing van direktieve technieken in de huisartsenopleiding, waarbij het Nijmeegs opleidingsmodel een belangrijk uitgangspunt vormt.

Summary: The general practitioner as a directive therapist
- an inquiry into the use of directive therapy by the general practitioner

The central question of this study is to what extent a general practitioner (g.p.) can offer adequate treatment to patients with psycho-social problems using techniques derived from directive therapy.

The g.p.s who participated in this study followed a short course on directive therapy, after which they met regularly in 'intervision' groups. These groups accentuated the independent use of directive techniques in the g.p.'s contacts with his own patients.

The results of this study show that the use of directive therapy can assist the g.p. in achieving the goal of brief treatment for patients who consult him for psychological and psychosocial complaints.

Directive therapy is an effective tool for the g.p. to clarify the patient's problems and bring about change.

Moreover, the use of directive techniques corresponds with the current tendency of g.p.s to become psychologically more aware, i.e. to attend increasingly to the psychological aspects of medical complaints.

In chapter 1, the goals of this study are formulated and the problems to be studied are presented.

This study pursues the question to what extent techniques derived from directive therapy can be employed by the g.p. in the treatment of patients with psychosocial problems.

The central issue to be studied is which directives can be used fairly simply and under which conditions these interventions are successful.

Another question considered in this study is whether the use of directive techniques can promote the tendency for g.p.s to become psychologically more aware.

Furthermore, the study considers which aspects of the approach incorporated in directive therapy correspond with the g.p.'s style of work and which common problems faced by the g.p. can be dealt with using directive therapy. Finally, these issues are operationalized.

In chapter 2, the position of the g.p. within our system of mental health services is described and a recent government paper on mental health ('Nota geestelijke volksgezondheid, 1984) is discussed.

An analysis is made of the key position of the g.p. within the Dutch system of mental health services, ensuing from his diagnosis and treatment of minor psychosocial problems.

Also, the structure and the recent integration of our mental health services are described.

Subsequently, the psychosocial aid currently provided by g.p.s is described, with special reference to the Balint-groups.

Finally, some critical notes are made on the government paper on mental health.

Chapter 3 deals with the question 'what is directive therapy'. An essential feature of directive therapy is that problems are tackled in a goal-oriented, pragmatic manner, within a brief period of time. A directive therapist works to achieve concrete solutions, by giving the client the necessary directives. Directives consist of suggestions, advice and homework assignments, which can help to clarify the problems and bring about change in the process of therapy. The roots of directive therapy can be found in Ericksonian hypnotherapy and in family therapy. Special emphasis is given to the directive therapist's basic attitude, namely an optimistic view as regards man's ability to change. Another element is that directive therapy implies change, i.e. an increase in the options available to the client and in the variability of his behavioral repertoire. Finally, directive therapy is compared with a number of other schools of psychotherapy, namely: psychoanalysis, client-centred therapy and behavior therapy.

Chapter 4 gives a further specification of what directive therapy means in practice. A short review is given of an earlier study concerning directive therapy, in which certain stages in the therapeutic process were distinguished. This study resulted in three workbooks: 'Network Training part I - the person-oriented approach', 'Network Training part II - the family-oriented approach' and 'Network Training part III - network training in practice: directive therapy'. A brief summary is given of these workbooks, as they formed the basic material for the assessment of the central subject of our inquiry, namely, the use of directive techniques by the g.p. Special attention is given to part III. The following topics are dealt with: the fundamentals of network training: directive therapy; the influencing system; the inventory stage: the intake interview and the first session; the inventory stage: further problem-analysis, communication and interaction training, destabilization, insight formation and resistance; the action stage: types of assignment; the action stage: assignments designed for specific problems; the stabilization stage.

Chapter 5 deals with the design and the procedure used for the study. This includes aspects such as the recruitment of g.p.s, the course of directive therapy and the supervision and intervision groups. G.p.s were recruited through an announcement in a Dutch medical journal ('Huisarts en Wetenschap'). Eighteen g.p.s responded, 16 of whom followed the course, while 13 went on to participate in supervision and intervision groups. The course of directive therapy contained both theoretical and practical information; our aim was to present as many aspects and techniques of directive therapy as possible within a short period of time. Three groups were formed for supervision and intervision, each consisted of 4 to 5 g.p.s. At every session, 6 to 9 patients were discussed. The supervision sessions initially focussed on the advice and suggestions given by the supervisor. Gradually, however, more emphasis was laid on intervision and the contributions of the g.p.s themselves increased. Next, the development of the evaluation is presented, and a description is given of the structured interviews with the g.p.'s, which were used to determine the psychologically awareness of the g.p.s.

Chapter 6 presents the results of our study. These include a classification of the data obtained from the evaluation reports of the supervision sessions, a classification of the patient features and an evaluation of the effects of the patients and of their initial complaints, the directives used and the treatments, that were unsuccessful are discussed. In addition, a number of extensive case studies showing the use of directive techniques by g.p.s are given. Finally, the results obtained from the structured interviews with the g.p.s are discussed.

The overall results indicate that the treatment of patients with psychosocial problems using directive techniques can be considered successful or satisfactory in two-thirds of the cases. Another finding is that approximately half of the patients were of lower social status. Treatment of this group of patients was not significantly less successful compared with middle-class or upper-class. The majority of the treatments were concluded within 4 sessions, which took place within a period of 4 to 8 weeks. This indicates that the use of directive therapy by g.p.s amounts to a short-term form of social and psychosocial assistance.

The following psychosocial problems were frequently dealt with: psychosomatic complaints, behavioral problems, family history problems and problems in the partner subsystem. Further analysis indicated that these issues centered on: problems concerning leave-taking, dysfunctional interaction between partners, occupational problems, assertivity, phobias, addiction, tension, apathy and depression, migraine and hyperventilation. Less successful treatments were related to problems concerning leave-taking, sexual problems, incompetence, compulsive disorders, apathy and depression, migraine and hyperventilation.

The following directives were frequently used for the treatment of psychosocial problems: tasks designed to promote insight - such as explanation, information, advice and (positive) relabelling - monitoring tasks, learning assignments, paradoxical tasks, rituals, relaxation exercises and working in rounds. Successful treatments often incorporated directives such as learning assignments, role-playing and rituals. Confrontation and the use of metaphors, however, did not lead to satisfactory results in various cases.

Chapter 7 contains the conclusions of our study.

A significant conclusion is that a large number of techniques derived from directive therapy can be suitably used by the g.p. for the treatment of patients with psychosocial problems.

Also, the use of directive techniques corresponds with the current tendency of g.p.s to become psychologically aware, i.e. to attend to the psychological aspects of medical complaints.

These conclusions are discussed in relation to the effectiveness of the treatments, the failure to perform assignments, contra-indications and referrals to other services, the psychological awareness of the g.p. and the relation between the g.p.'s services and psychotherapy.

We do not wish to advocate that the g.p. be trained as a directive psychotherapist, but that he continue to function as a general consultant, who is an expert in the first echelon in dealing with various kinds of life problems, both somatic and psychological. This implies that the g.p. can use techniques derived from directive therapy, just as he is able to employ certain surgical skills for the minor surgical operations that he performs in his practice.

Furthermore, a number of recommendations are made regarding the formation of intervision groups for g.p.s using directive techniques and the setup of a course on directive therapy. Points to be considered are: the continuity and size of the group, the frequency of the sessions, the length of the course, and the role of the coordinator.

Finally, a number of conclusions and recommendations are presented regarding the way in which teaching directive techniques can be incorporated in medical training schemes. The setup of the Nijmegen course is considered a suitable model.

Literatuurlijst

- Arentz, D.H. (1981)
 "Ervaringen met directieve therapie in de huisartsenpraktijk"
 Huisarts en Wetenschap, 24
- Balint, M. (1957)
 "The doctor, his patient and the illness"
 London: Pitman
 Nederlandse uitgave (1965)
 "De dokter, de patiënt, de ziekte"
 Utrecht: Het Spectrum, Aula 535
- Bandler, R.; Grinder, J. (1977)
 "Structuur van de magie
 - een boek over taal en therapie"
 Baarn: Ambo
- Bandler, R.; Grinder, J.; Satir, V. (1979)
 "Verandering door gezinsbehandeling"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Bandler, R.; Grinder, J. (1981)
 "De betovering van de taal
 - de neuro-linguïstische methode voor gedragsverandering"
 Haarlem: De Toorts
- Bensing, J.M. (1984)
 "Psychosociale problemen in de eerstelijnszorg
 - NHI-bijdrage aan de Nieuwe Note Geestelijke Volksgezondheid, deel I"
 Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut
- Boszormenyi-Nagy, I.; Sparks, G.M. (1973)
 "Invisible loyalties
 - reciprocity in intergenerational family therapy"
 New York: Harper & Row
- Brandt, F.M.J. (1979)
 "Wegwijzer voor rationele zelfhulp"
 Lisse: Swets & Zeitlinger
- Bruggeman, J.A. (1976)
 "Psychoanalyse: theorie en praktijk"
 in: Cassee, A.P. (ed)
 "Psychotherapie in Nederland"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Bühler, Ch. (1962)
 "De menselijke levensloop als psychologisch probleem"
 Utrecht: Bijleveld
- Caplan, G. (1964)
 "Principles of preventive psychiatry"
 New York: Basic Books
- Dijkhuis, J.J. (1976)
 "Rogeriaanse psychotherapie"
 in: Cassee, A.P. (ed)
 "Psychotherapie in Nederland"
 Deventer: Van Loghum Slaterus

- Dijck, R. van; Hart, O. van der; Velden, K. van der; Oudshoorn, D. (1980)
 "Wat is directieve therapie? (2)
 - vijf programmatische uitgangspunten"
 in: Velden, K. van der (ed)(1980)
 "Directieve therapie 2"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Ellis, A. (1975)
 "Reason and emotion in psychotherapy"
 New York: Lyle Stuart
- Ellis, A. (1979)
 "Humanistische psychotherapie"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Erickson, M.H.; Rossi, E.L. (1983)
 "Exploraties in hypnotherapie"
 Deventer: Van Loghun Slaterus
- Frankl, V.E. (1960)
 "Paradoxical intention
 - a logotherapeutic technique"
 American Journal of Psychotherapy, 14
- Frankl, V.E. (1975)
 "Paradoxical intention and dereflection"
 Psychotherapy: theory, research and practice, 3
- Gendlin, E. (1981)
 "Focussen
 - hoe je klaarheid brengt in gevoelens
 door aandacht te geven aan wat je in je lijf ervaart"
 Haarlem: De Toorts
- Goldberg, D.; Huxley, P. (1980)
 "Mental illness in the community
 - the pathway to psychiatric care"
 London: Tavistock Publications
- Grol, R. (ed)(1981)
 "Huisarts en somatische fixatie"
 Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
- Haley, J. (1963)
 "Strategies of psychotherapy"
 New York: Grune & Stratton
- Haley, J. (1975)
 "Buitengewone therapie
 - de methoden van Milton H. Erickson"
 Haarlem: De Toorts
- Haley, J. (1978)
 "Directieve gezinstherapie"
 Haarlem: De Toorts
- Hart, O. van der (1978)
 "Overgang en bestendiging
 - over het ontwerpen en voorschrijven van
 rituelen in psychotherapie"
 Deventer: Van Loghum Slaterus

- Hart, O. van der (1984)
 "Rituelen in psychotherapie
 - overgang en bestendiging"
 (bewerking "Overgang en bestendiging")
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Harten, H.J. van; Hoeven, H.A. (1983; eerste druk 1977)
 "Netwerktraining, deel I
 - de persoonsgerichte benadering"
 Utrecht: Nederlandse Vereniging voor
 Directieve Relatie- en Gezinstherapie
- Harten, J.J. van e.a. (1983; eerste druk 1980)
 "Netwerktraining, deel II
 - de gezinsgerichte benadering"
 Utrecht: Nederlandse Vereniging voor
 Directieve Relatie- en Gezinstherapie
- Harten, H.J. van e.a. (1984; eerste druk 1982)
 "Netwerktraining, deel IIIa,b,c
 - netwerktraining in de praktijk: directe therapie"
 Utrecht: Nederlandse Vereniging voor
 Directieve Relatie- en Gezinstherapie
- Hattinga Verschure, J.C.M. (1972)
 "De ontwikkeling van zorgcriteria voor
 herstructurering van de gezondheidszorg"
 Het Ziekenhuis, 1
- Hoogduin, K.; Druif, T. (1980)
 "Directieve interventies bij de
 ambulante behandeling van psychosen"
 in: Velden, K. van der (ed) (1980)
 "Directieve therapie 2"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Hoogduin, K. (1980)
 "De drie brieven"
 in: Velden, K. van der (ed) (1980)
 "Directieve therapie 2"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Hoogduin, K.; Haan, E. de (ed) (1984)
 "Directieve therapie bij kinderen en adolescenten"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Huygen, F.J.A. (1978)
 "Preventie van somatische fixatie"
 - de geschiedenis van een onderzoeksproject"
 Huisarts en Wetenschap, 21
- Iemhoff, W. (1973)
 "Psychosomatische klachten bestaan niet"
 Medisch Contact, 28
- Ivey, A.E. (1976)
 "Helpen en vormen door micro-counseling"
 Bloemendaal: Nelissen
- Jacobson, E. (1938)
 "Progressive relaxation"
 Chicago: University of Chicago Press

- Jacobson, E. (1964)
 "Anxiety and tension control"
 Chicago: University of Chicago Press
- Jenner, J.; Henneberg, H. (1982)
 "De ambulante behandeling van acute psychosen,
 geïllustreerd met een gevalsbeschrijving"
 Kwartaalschrift voor directieve therapie en hypnose, 1
- Jenner, J.A. (1984)
 "Opnamevoorkomende strategieën
 in de praktijk van de sociale psychiatrie"
 Dordrecht: ICG Printing
- Kanfer, F.H. (1975)
 "Self-management methods"
 in: Kanfer, F.H.; Goldstein, A.P. (1975)
 "Helping people change"
 New York: Pergamon Press
- Kief, H. (1980)
 "Leren slapen"
 Amsterdam: Romen/Unieboek
- Kruithof, W. (1976)
 "Over ontspanningsoefeningen"
 Utrecht: Rijksuniversiteit, Psychologisch Geschrift 78-07-EX
- Lange, A.; Hart, O. van der (1977)
 "Gedragsverandering in gezinnen"
 Groningen: Wolters-Noordhoff
- Lange, A. (1977a)
 "Het gebruik van symbolen en het toepassen van
 de zelfperceptietheorie"
 in: Velden, K. van der (ed) (1977)
 "Directieve therapie 1"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Lange, A. (1977b)
 "Judo, ofwel het niet trekken aan cliënten"
 in: Velden, K. van der (ed) (1977)
 "Directieve therapie 1"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Lazarus, A.; Fay, A. (1978)
 "Waar een wil is, is een weg"
 Lisse: Swets & Zeitlinger
- Lazarus, A. (1980)
 "Verbeeld je beter
 - leer je verbeeldingsvermogen
 op verandering en groei richten"
 Lisse: Swets & Zeitlinger
- Lievegoed, B.C.J. (1977a)
 "Ontwikkelingsfasen van het kind"
 Zeist: Vrij Geestesleven
- Lievegoed, B.C.J. (1977b)
 "De levensloop van de mens"
 Zeist: Vrij Geestesleven

- Meichenbaum, D. (1974)
 "Cognitive behavior modification"
 Morristown: General Learning Press
- Meltzoff, J.; Kornreich, M. (1970)
 "Research in psychotherapy"
 New York: Atherton Press
- Minuchin, S. (1973)
 "Gezinstherapie"
 Utrecht: Het Spectrum, Aula 511
- Oosterhuis, W.W. (1982)
 "Nekpijn, buikpijn, rugpijn
 - positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen"
 Utrecht: Bunge
- Orlemans, J.W.G. (1976)
 "Gedragstherapie"
 in: Cassee, A.P. (ed) (1976)
 "Psychotherapie in Nederland"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Ormel, J.; Giel, R. (1983)
 "Omvang, beloop en behandeling van psychische stoornissen
 in de praktijk van de huisarts"
 Tijdschrift voor psychiatrie, 10
- Reijden, J.P. van der (1984)
 "Nota geestelijke volksgezondheid"
 's Gravenhage: Staatsdrukkerij
- Terluin, B. (1984a)
 "Het hyperventilatiesyndroom in een huisartsenpraktijk"
 Huisarts en Wetenschap, 27
- Terluin, B. (1984b)
 "De begeleiding van 'overspannen' patiënten door de huisarts"
 De papieren visite, 5
- Trimbos, C.J.B.J. (1974)
 "Het proces der 'vermedisering'"
 in: Dokter, H.J. (ed) (1974)
 "Gezondheidszorg en gezondheidscentra
 - ervaringen met samenwerkingsverbanden
 in de eerstelijns gezondheidszorg"
 Amsterdam: De erven Bohn
- Trimbos, C.J.B.J. (1975)
 "Antipsychiatrie
 - een overzicht"
 Van Loghum Slaterus
- Trimbos, C.J.B.J. (1982)
 "Moratorium voor psychiatriebouw nodig"
 NRC, 6 oktober 1982
- Trimbos, C.J.B.J. (1985)
 "De eerstelijns psycholoog en de ggz-nota"
 Psychologie en Maatschappij, 1
- Poel, E. van der; Romme, M.; Trimbos, K.; Wilk, H. van der (1985)
 "Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie
 - verslag van de actie Moratorium Nieuwbouw APZ'en"
 Amsterdam: Initiatiefgroep Moratorium bouw psychiatrische ziekenhuizen

- Satir, V. (1967)
 "Conjoint family therapy
 - a guide to theory and technique"
 Palo Alto: Science and Behavior Books
- Schagen, S. (1983)
 "Het effect van psychotherapie
 - meetbaarheid en resultaten"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Schultz, J.H.; Luthe, W. (1959)
 "Autogenic training"
 New York: Grune & Stratton
- Selvini Palazzoli, M. (1979)
 "Paradox en tegenparadox
 - een nieuwe vorm van gezinsbehandeling"
 Alphen aan den Rijn: Samsom
- SPEECH (1978)
 "SPEECH
 - ervaringen van een psycholoog in de eerste lijn"
 Capelle aan de IJssel: Stichting Capelse Huisartsen
- Velden, K. van der (ed) (1977)
 "Directieve therapie 1"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Velden, K. van der; Dijck, R. van (1977)
 "Wat is directieve therapie?"
 in: Velden, K. van der (ed) (1977)
 "Directieve therapie 1"
 Deventer: Van loghum Slaterus
- Velden, K. van der (ed) (1980)
 "Directieve therapie 2"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Watzlawick, P.; Beavin, J.H.; Jackson, D.D. (1967)
 "Pragmatics of human communications"
 New York: Norton
 Nederlandse uitgave (1970)
 "De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie"
 Deventer: Van Loghum Slaterus
- Wolpe, J. (1958)
 "Psychotherapy and reciproke inhibition"
 Stanford: Stanford University Press

Bijlagen

Bijlage 1: de werving van de huisartsen
aankondiging in 'Huisarts en Wetenschap', september 1983

DE TOEPASSING VAN DIREKTIEVE THERAPIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

In het kader van een onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie in de huisartsenpraktijk bestaat voor huisartsen de mogelijkheid een gratis cursus 'direktieve therapie' te volgen.

Het onderzoek, dat zich bezighoudt met de vraagstelling welke direktieve hulpverleningsmethodieken zich lenen voor toepassing door huisartsen, zal resulteren in een dissertatie van drs H.J. van Harten met als promotor prof dr C. Trimbos, hoogleraar preventieve psychiatrie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

De cursus wordt verzorgd door drs H.J. van Harten, wetenschappelijk medewerker van de vakgroep klinische psychologie, psychotherapie en preventie van de Rijksuniversiteit Utrecht.

De docent is tevens opleider en supervisor van de Nederlandse Vereniging voor Direktieve Relatie- en Gezinstherapie.

opzet van de cursus

Het doel van de cursus is kennismaking met de werkvelden en werkwijzen van de direktieve therapie.

Het is de bedoeling dat men inzicht verwerft in achterliggende theorieën, zoals de communicatietheorie en de systeembenadering.

Men doet praktische ervaring op en er wordt geoefend met systeemgerichte interventies en het geven van direktieven.

Hierbij worden verbanden gelegd tussen wat men leest over de systeembenadering, wat men ziet en hoort in de demonstraties en wat men zelf in oefeningen leert.

tijdsinvestering

De cursus bestaat uit 10 bijeenkomsten van gemiddeld 2 uur, welke plaatsvinden eens in de 14 dagen.

Na de cursus vindt er supervisie plaats over ingebrachte cliënten, eveneens om de 14 dagen.

We verwachten van de deelnemende huisartsen dat ze van door hen uitgevoerde behandelingen met direktieve therapie korte verslagen maken in verband met de supervisie en het onderzoek.

Aangezien dit plaatsvindt volgens te voren vastgelegde richtlijnen en aandachtspunten, zal dit slechts een beperkte tijdsinvestering vergen.

Plaats en preciese data van de bijeenkomsten worden in onderling overleg vastgesteld.

De eerste oriënterende bijeenkomst vindt plaats medio september.

kosten

Voor de cursus en de supervisie wordt geen honorarium in rekening gebracht. Er zullen uitsluitend onkosten worden berekend, waarbij gedacht kan worden aan cursusmateriaal e.d.

aanmelding

Er geldt een maximale groepsgrootte van 12 deelnemers.

Plaatsing geschiedt in volgorde van aanmelding.

Voor verdere informatie en aanmelding voor de oriënterende bijeenkomst kunt U contact opnemen met

drs H.J. van Harten

Bergweg 65

3707AB Zeist

03404 - 24035

REGISTRATIEFORMULIER I

naam:

adres:

woonplaats:

dagen van de week	dagen	uren																								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	1																									
	2																									
	3																									
	4																									
	5																									
	6																									
	7																									
	8																									
	9																									
	10																									
	11																									
	12																									
	13																									
	14																									

Bijlage 2: de bij de behandeling gebruikte therapieformulieren

R E G I S T R A T I E F O R M U L I E R II naam:

adres:

woonplaats:

dag en tijdstip
van de klacht

wat gaat er
VOORAF aan de klacht

wat gebeurt er
TIJDENS de klacht

wat gebeurt er
NA de klacht

L E V E N S F A S E N L I J S T

naam:

adres:

woonplaats:

PSYCHOSOCIALE GESCHIEDENIS	JAAR	LEVENSFASEN	SOMATISCHE GESCHIEDENIS
		0-1 babyfase	
		1-2½ peuterfase	
		2½-5 kleuterfase	
		5-7 preschoolkindfase	
		7-12 schoolkindfase	
		12-14 prepuberteit	
		14-17 puberteit	
		17-21 adolescentie	
		21-28 fase verovering levensbasis	
		28-35 konsolidatiefase	
		35-42 fase heroriëntatie t.o.v. beroepsvervulling	
		42-49 overgangsfase	
		49-56 bewustwordingsfase	
		56-63 vrijwordingsfase	
		63 ⁺ ouderdomsfase	
		70 ⁺	

I N S T R U K T I E ' S T A P S G E W I J Z E O N T S P A N N I N G '

Het doel van deze oefening is een zo groot mogelijke ontspanning te bereiken door achtereenvolgens een aantal spieren te spannen en te ontspannen. De spieren die U hiervoor gaat gebruiken staan op de volgende bladzijden in volgorde afgebeeld.

Naast elke tekening staat kort aangegeven hoe U die spieren gebruikt *. De pijltjes wijzen de plaats aan waar de spanning wordt gevoeld.

Bij het gebruik van deze spieren let U op het volgende. U hoeft de spieren niet tot het uiterste te spannen. Een lichte tot matige spanning is voldoende.

Span de spieren niet te plotseling, maar voer de spanning langzaam op. Laat hierna de spanning ook niet te plotseling wegvloeien, maar probeer geleidelijk aan te ontspannen.

Doe de oefening in een rustige ruimte, waar U niet gestoord kunt worden. Ga zo gemakkelijk en ontspannen mogelijk liggen, op Uw rug, met de armen langs het lichaam, en sluit de ogen.

Zorg ervoor dat alle lichaamsdelen voldoende gesteund worden door de bank, er ervaar hoe Uw lichaam op de ondergrond rust.

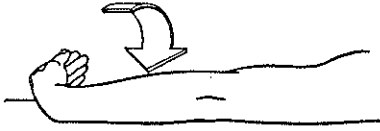
De ademhaling speelt bij ontspanning een belangrijke rol. Begin er daarom mee U te concentreren op de buikademhaling. Leg de handen op de buik, zodat U de bewegingen kunt controleren, en voel hoe ze bij iedere inademing omhoog gaan en bij iedere uitademing omlaag. Het adempatroon van de buikademhaling wordt geoefend door er bij te tellen, bijvoorbeeld 1-2 voor de inademing en 3-4-5-6 voor de uitademing. Als U op de juiste manier ademt, bent U gereed om met de oefening te beginnen.

* De tekeningen zijn ontleend aan Jacobson (1964).



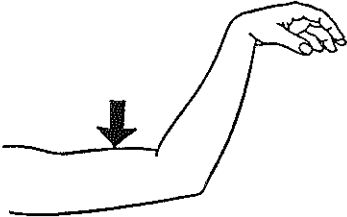
1. Buig de rechterhand achterover
U voelt spanning aan de bovenkant van de voorarm.
Laat nu de spanning wegvloeien.

2. Doe dit ook met de linkerhand.



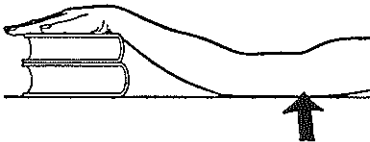
3. Buig de rechterhand voorover.
U voelt spanning aan de onderkant van de voorarm.
Laat nu de spanning wegvloeien.

4. Doe dit ook met de linkerhand.



5. Buig de rechterarm bij de elleboog.
U voelt spanning aan de voorkant van de bovenarm.
Laat nu de spanning wegvloeien.

6. Doe dit ook met de linkerarm.



7. Druk de rechterpols naar beneden.
U voelt spanning aan de achterkant van de bovenarm.
Laat nu de spanning wegvloeien.

8. Doe dit ook met de linkerpols.



9. Buig de rechtervoet omhoog.
U voelt spanning langs de voorkant van het onderbeen.
Laat nu de spanning wegvloeien.

10. Doe dit ook met de linkervoet.



11. Streck de rechtervoet.
U voelt spanning in de kuit.
Laat nu de spanning wegvloeien.

12. Doe dit ook met de linkervoet.

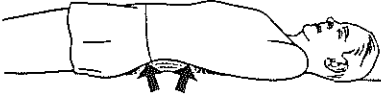


13. Til het rechterbeen bijna op en buig het licht bij de knie.
U voelt spanning in het voorgedeelte van de dij.
Laat nu de spanning wegvloeien.

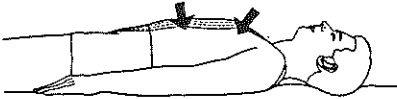
14. Doe dit ook met het linkerbeen.



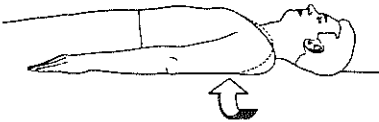
15. Trek de buik in.
U voelt een vage spanning in de buik.
Laat nu de spanning wegvloeien.



16. Maak de rug hol.
U voelt spanning aan weerszijde van de ruggegraat.
Laat nu de spanning wegvloeien.



17. Adem langzaam en diep in.
U voelt een vage spanning over de hele borst.



18. Buig de schouders naar achteren.
U voelt spanning in de rug, tussen de schouderbladen.
Laat nu de spanning wegvloeien.



19. Strek de rechterarm voorwaarts en naar binnen.
U voelt spanning voorin de borst, bij de arm.
Laat nu de spanning wegvloeien.

20. Doe dit ook met de linkerarm.



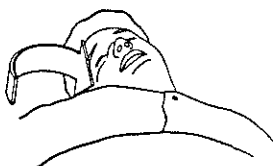
21. Trek de schouders op.
U voelt spanning langs de bovenkant van de schouders en opzij van de nek.
Laat nu de spanning wegvloeien.



22. Buig het hoofd achterover.
U voelt spanning achter in de nek.



23. Buig de kin naar de borst.
U voelt spanning opzij van de nek.
Laat nu de spanning wegvloeien.



24. Buig het hoofd naar rechts.
U voelt spanning in de rechterzijde van de nek.
Laat nu de spanning wegvloeien.

25. Doe dit ook naar links.



26. Rimpel het voorhoofd.
U voelt spanning over het hele voorhoofd.
Laat nu de spanning wegvloeien.



27. Frons het voorhoofd.
U voelt spanning tussen de ogen.
Laat nu de spanning wegvloeien.



28. Sluit de oogleden stevig.
U voelt spanning in de oogleden.
Laat nu de spanning wegvloeien.



29. Draai de oogballen naar boven.
Houd de oogleden gesloten.
U voelt spanning in de oogbalspiers.
Laat nu de spanning wegvloeien.



30. Draai de oogballen naar rechts.
Houd de oogleden gesloten.
U voelt spanning in de rechter oogbalspiers.
Laat nu de spanning wegvloeien.

31. Doe dit ook naar links.

Bijlage 3: de onderzoeksprotocollen

A A N M E L D I N G S F O R M U L I E R

personalia:

naam:

adres:

plaats:

telefoon:

leeftijd:

geslacht:

burg. staat:

gezinssamenstelling:

opleidingsniveau:

beroep:

datum aanmelding:

verwijzer:

1. aanmeldingsklacht:
2. duur van de klacht:
3. hulpvraag:
4. eerdere hulpverleningskontakten:
5. medicatie:
6. persoonsindruk:
7. gezinssituatie:
8. opmerkingen:

behandelend therapeut:

A N A L Y S E F O R M U L I E R

naam:

behandelend therapeut:

A N A L Y S E V A N D E P R O B L E M A T I E K

1. aanmeldingsklacht:

2. achtergrond van de klachten:

3. persoonsindruk:

4. gezinssituatie:

5. functie van de klachten:

6. sterke punten van de cliënt of het cliëntsysteem:

T H E R A P E U T I S C H E D O E L E N

Z I T T I N G F O R M U L I E R

naam:

behandelend therapeut:

zitting:

datum zitting:

1. effecten huiswerkopdrachten vorige zitting;
bereikte veranderingen:

2. nieuwe ontwikkelingen/problemen:

3. belangrijke gesprekspunten:

4. interventies tijdens de zitting:

5. gemaakte afspraken, huiswerkopdrachten, adviezen:

6. aandachtspunten volgende zitting:

7. vraagpunten en opmerkingen tijdens supervisie/intervisie:

EVALUATIEFORMULIER

naam:

behandelend therapeut:

1. aantal zittingen:

2. behandelingsperiode:

3. bereikte veranderingen:

4. gerealiseerde therapeutische doelen:

5. niet gerealiseerde therapeutische doelen:

6. onvoorziene ontwikkelingen:

7. prognose:

8. follow-up

GRAFISCHE WEERGAVE VERLOOP BEHANDELING

naam:

behandelend therapeut:

ZITTING	DATUM	WEEK	VERLOOP BEHANDELING
		-1-	
		-2-	
		-3-	
		-4-	
		-5-	
		-6-	
		-7-	
		-8-	
		-9-	
		-10-	
		-11-	
		-12-	

SCHEMA VAN GEBRUIKTE INTERVENTIES

PROBLEMATIEK	INTERVENTIES	EFFEKT

ANALYSE FORMULIER

naam: echtpaar X
 behandelend therapeut: C1

ANALYSE VAN DE PROBLEMATIEK

1. aanmeldingsklacht:
 man: hoofdpijnklachten, overmatige dufheid, kan weinig verdragen
 vrouw: bingo-verslaving

2. achtergrond van de klachten:
 zie vervolgblad

3. persoonsindruk:
 man maakt een wat gelaten indruk, reageert met lusteloosheid
 vrouw uit zich verbaal dominant

4. gezinssituatie:

5. functie van de klachten:
 man tracht ruzies te vermijden en neemt zijn toevlucht tot somatische klachten
 vrouw is erop uit haar eenzaamheid te doorbreken door zich opofferend op
 te stellen om zo relaties te onderhouden en door verslaving aan bingo.

6. sterke punten van de cliënt of het cliëntsysteem:
 man en vrouw weten hun problemen goed te verwoorden

THERAPEUTISCHE DOELEN

- verbetering van de relatie tussen de partners
- afname hoofdpijn en dufheid van de man
- verhogen assertiviteit van de vrouw t.a.v. de familie
- afname bingo-verslaving van de vrouw

ANALYSEFORMULIER vervolgbid

echtpaar X

C1

2. achtergrond van de klachten

- relationele problematiek binnen het gezin
- man:
 - veel ruzies binnen het gezin
 - kinderen fungeren vaak als zondebok
 - onbevredigende seksuele relatie
- vrouw:
 - "onze karakters botsen nogal"
 - assertiviteitsproblemen, knapt klusjes op voor de familie, zoals naai- en verstelwerk, ervaart geen dankbaarheid en waardering, voelt zich uitgebuit
 - is vaak alleen vanwege de onregelmatige diensten van de man; heeft familie en bingo nodig om de eenzaamheid te doorbreken; bingo veroorzaakt financiële problemen en schuldgevoelens

ZITTINGFORMULIER vervolgbad

echtpaar X

C1

zitting 7

1. effecten huiswerkopdrachten vorige zitting;
bereikte veranderingen:
 - relatie tussen de partners:
 - betere onderlinge kommunikatie
 - over en weer meer begrip
 - wederzijds meer vrijheid
 - minder ruzies
 - man:
 - hoofdpijn en duifheid aanzienlijk afgenomen
 - vrouw:
 - stelt zich assertiever op t.a.v. familie
 - afname bingo-verslaving, vermindering schuldgevoelens

EVALUATIEFORMULIER vervolgbad

echtpaar X

C1

3. bereikte veranderingen:

- relatie tussen de partners:
 - betere onderlinge communicatie
 - over en weer meer begrip
 - wederzijds meer vrijheid
 - minder ruzies
- man:
 - hoofdpijn en duifheid aanzienlijk afgenomen
- vrouw:
 - stelt zich assertiever op t.a.v. familie
 - afname bingo-verslaving, vermindering schuldgevoelens

4. gerealiseerde therapeutische doelen:

- verbetering van de relatie tussen de partners
- afname hoofdpijn en duifheid van de man
- verhoging assertiviteit van de vrouw t.a.v. familie
- afname bingoverslaving van de vrouw

Opvallend was het snelle tempo waarin de veranderingen hebben plaats gevonden.

Man en vrouw hebben precies opgepakt wat ze in deze situatie nodig hadden.

De hoofdpijn en de duifheid van de man konden effectief worden aangepakt toen in plaats van een somatische invalshoek gekozen werd voor de aanpak van de achterliggende relationele problemen.

GRAFISCHE WEERGAVE VERLOOP BEHANDELING

naam: C1

behandelend therapeut:

ZITTING	DATUM	WEEK	VERLOOP BEHANDELING
1	5 jan '84		inventarisatie problematiek somatische klachten v.d. man vertaald in communicatietermen nadenken over wederzijdse behoeften, wensen en verlangens
		-1	
2	12 jan '84		verbeterde onderlinge communicatie zakgeldregeling advies assertiviteit v.d. vrouw t.a.v. familie ,
		-2	
		-3	
3	26 jan '84		verbetering communicatie zet door zakgeldregeling verloopt naar wens somatische klachten v.d. man nemen af
		-4	
		-5	
4	9 feb '84		de verbeteringen zetten door de onderlinge relatie verbetert aanmerkelijk onder invloed van de verbeterde communicatie
		-6	
		-7	
5	23 feb '84		de verbeteringen zetten door
		-8	
6	1 mrt '84		de verbeteringen zetten door
		-9	
		-10	
7	15 mrt '84		sterk verbeterde relatie tussen de partners konditie van de man aanzienlijk verbeterd vrouw stelt zich assertiever op t.a.v. familie behandeling afgesloten
		-11	
		-12	

SCHEMA VAN GEBRUIKTE INTERVENTIES

Case: Echtpaar x
 Therapeut: C1
 Aantal zittingen: 7

PROBLEMATIEK	INTERVENTIES	EFFEKT
<p>Man:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoofdpijnklachten, overmatige dufheid en lusteloosheid t.g.v. relationele problematiek binnen het gezin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoofdpijn, dufheid en lusteloosheid geherdefinieerd in communicatietermen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Derde zitting: hoofdpijnklachten en lusteloosheid nemen af. - Zevende zitting: Hoofdpijn en dufheid aanzienlijk afgenomen. Conditie van de man sterk verbeterd. - De somatische klachten van de man konden effectief worden aangepakt toen i.p.v. een somatische invalshoek gekozen werd voor de aanpak van de achterliggende relationele problemen.
<p>Vrouw:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bingoverslaving t.g.v. het veel alleen zijn vanwege onregelmatige diensten van haar echtgenoot. 	<ul style="list-style-type: none"> - Afspraak in onderling overleg: de man gaat het geld beheren en de vrouw krijgt dagelijks zakgeld. 	<ul style="list-style-type: none"> - Derde zitting: zakgeldregeling verloopt naar wens. - Zevende zitting: afname bingoverslaving vermindering schuldgevoelens
<p>Vrouw:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assertiviteitsproblemen t.o.v. familie. (staat tot op zekere hoogte los van de relatieproblematiek) 	<ul style="list-style-type: none"> - Afspraak met de arts: ze zal zich minder toegeeflijk opstellen naar de familie. Geen toezeggingen doen die je liever niet wilt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zevende zitting: Stelt zich assertiever op t.a.v. familie.
<p>Partners:</p> <p>Kommunikatieproblematiek</p> <ul style="list-style-type: none"> - relatieproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> - Afspraak met de arts: zowel de man als de vrouw formuleren hun behoeften, wensen en verlangens t.o.v. elkaar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tweede zitting: de partners zijn meer met elkaar gaan praten. - Zevende zitting: betere onderlinge communicatie; over en weer meer begrip; wederzijds meer vrijheid; minder ruzies. - Man en vrouw hebben precies opgepikt wat ze in deze situatie nodig hadden.

Bijlage 5: Het gestructureerd interview huisartsen

GESTRUCTUREERD INTERVIEW HUISARTSEN

U krijgt deze lijst mee naar huis, zodat U in alle rust de vragen op U kunt laten inwerken.

Het is de bedoeling om aan het interview concrete gegevens te ontleen ten aanzien van de behandeling van psychosociale problematiek met directe therapie, doorverwijzing e.d.

Het feitelijke interview zal op de band worden vastgelegd om de gegevens goed te kunnen uitwerken.

1. In hoeverre werkt U directief in Uw psychosociale hulpverlening?

Onder directieve therapie verstaan we:

- de hulpverlener geeft de cliënt aanwijzingen of directieven;
- het aantal zittingen wordt beperkt gehouden;
- er wordt gewerkt aan concrete welomschreven doelen;
- de problemen worden geplaatst in een zo gunstig mogelijke kontekst;
- de hulpverlener baseert zijn aanpak op pragmatische overwegingen.

Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn:

- een optimistische visie op het vermogen van mensen om te veranderen;
- problemen worden beschouwd als geblokkeerde behoeften;
- therapie wordt gekenmerkt door het wegnemen van schuldgevoelens, het bieden van geborgenheid en het versterken van het zelfrespect;
- therapie is gebaseerd op het variabiliteitsprincipe en maakt gebruik van een eclectische benadering;
- therapie berust op het patroon van volgen, bijhouden, leiden.

Samenvattend kan men stellen dat directieve therapie gericht is op actie, dat wil zeggen: er wordt een beroep gedaan op de eigen activiteit en zelfwerkzaamheid van de cliënt.

Ons inziens sluit deze aanpak aan op de werkwijze van de huisarts, die immers ook adviezen geeft.

2a Met welke psychosociale problematiek wordt U het meest gekonfronteerd? Illustreer dit, zo mogelijk aan de hand van cijfers.

- b Bij hoeveel cliënten/cliëntsystemen heeft U vanaf het begin van de cursus directe therapie toegepast?
- c Welk percentage bedraagt dit ten opzichte van het totale percentage van de patiënten die U consulteerden?
- d Welk percentage van Uw cliënten zou in aanmerking komen voor directe therapie op het totale percentage van de patiënten die U consulteerden?
- e Kunt U bij benadering aangeven hoeveel tijd U gemiddeld besteed heeft aan de behandeling van een cliënt/cliëntstelsel met directe therapie?
- f Hoeveel behandelingen met directe therapie zijn bevredigend verlopen (realisering therapeutische doelen, verbetering situatie) en hoeveel minder bevredigend?

- 3a Heeft U door de scholing in direktieve therapie meer feeling gekregen voor het psychosociale aspekt?
(Valt U eerder iets op? Komen de mensen met bepaalde problemen sneller bij U?)
- b Wat is er in Uw funktioneren als huisarts fundamenteel veranderd door Uw ervaringen met direktieve therapie?
- c In hoeverre kunt U de direktieve aanpak integreren in Uw praktijk?
- d In hoeverre heeft Uw scholing direktieve therapie doorgewerkt in Uw aanpak van zowel psychosociale als meer somatische problematiek?
- e Hoe is Uw doorverwijsbeleid met betrekking tot psychosociale problematiek veranderd ten opzichte van het jaar voorafgaand aan de cursus direktieve therapie?
- f Verwijst U op grond van Uw ervaringen met direktieve therapie cliënten eerder naar het psychosociale circuit (maatschappelijk werk, RIAGG, psychiatrie) dan naar het medische circuit?
Illustreer dit, zo mogelijk aan de hand van cijfers.
- g Hoe ziet U de samenwerking met een psycholoog die op direktieve basis werkt?
- 4a Uit het SPEECH-project komen de volgende criteria voor kortdurende psychosociale hulpverlening in de eerste lijn naar voren:
- symptoomgericht, d.w.z. vanaf het begin moet duidelijk zijn, dat de klacht van de cliënt niet het gevolg is van een dieperliggende afwijking in de persoonlijkheidsstructuur.
Er dient een minimale garantie aanwezig te zijn dat bestrijding van het symptoom een verdwijning van de klacht oplevert.
 - eenduidig, d.w.z. snel te omschrijven en/of af te grenzen problematiek. Dit zowel naar het geheel als naar deelgebieden van de klacht.
 - tijdelijk aspekt, d.w.z. het moet gaan om een vastgelopen situatie op dit moment die recent ontstaan is.
- Daarnaast komt naar voren dat doorverwijzing naar de tweede lijn geïndiceerd is bij:
- zware persoonlijkheidsdeficiënties;
 - langdurige psychiatrische voorgeschiedenis;
 - ernstige verslaving aan alcohol, medicijnen en drugs;
 - problemen ten gevolge van langdurige werkloosheid, arbeidsonschiktheid.
- In hoeverre onderschrijft U dit op grond van Uw eigen ervaringen met direktieve therapie?
- b Wat zijn volgens U kritische variabelen voor een succesvolle behandeling met direktieve therapie?
- c Welke problemen heeft U niet in behandeling genomen en waarom niet?
- 5a Wat heeft U aangesproken in de cursus en de supervisie met direktieve therapie en wat heeft U gemist?
- b Zou U in de toekomst geïnteresseerd zijn in nascholing met betrekking tot direktieve therapie of verwante behandelingsmogelijkheden, zoals bioenergetica, hypnotherapie e.d.?

Dankbetuiging

Bij het tot stand komen van dit proefschrift zijn een groot aantal mensen betrokken geweest aan wie ik mijn dank wil betuigen voor hun medewerking.

Allereerst wil ik mijn promotor, prof dr C.J.B.J. Trimbos, hartelijk bedanken voor zijn niet aflatende morele steun, zijn aanmoediging en opbouwende kritiek bij het tot stand komen van deze dissertatie.

Hij steunde mij in vele opzichten en bood mij de kansen om verder vorm te geven aan het onderzoek naar de toepassing van directe therapie door de huisarts. Ook bij impasses bleef hij zijn vertouwen uitspreken dat het onderzoek zinvol was en zaaide hij vruchtbare ideeën. Deze ideeën zetten mij weer op het goede spoor en stimuleerden mij het onderzoek tot een goed eind te brengen.

Verder dank ik prof dr J.H. Thiel voor zijn opbouwende kritische kanttekeningen bij de tekst van het manuscript.

Daarnaast is een woord van dank op zijn plaats aan de huisartsen voor hun deelname aan het onderzoek: Siemen de Boer, Cees van Boven, Maarten Cox, Gert Floor, Ruud Gardenbroek, Luci Haffmans, Piet van de Hoef, Hans Langbroek, Kees Moes, Ben Pater, Frank Reijnders, Nico Verhoef en Piet de Winter. Zij hebben veel tijd geïnvesteerd bij de verslaggeving van hun behandelingen en stonden altijd klaar om zeer uiteenlopende vragen te beantwoorden en onduidelijkheden te verhelderen.

Verder bedank ik de psycholoog André van der Tol, die mij stimuleerde bij de eerste opzet van het onderzoek en de psychologen Juus van Kinschot en Harry van den Hoeven, die betrokken waren bij de afronding van het onderzoeksverslag.

Mijn speciale dank gaat ook uit naar de arts-psycholoog René Blind, die mijn enthousiasme op peil hield en die in het eindstadium van het onderzoek kritisch commentaar leverde met betrekking tot de opzet en de formulering van de tekst en tal van ideeën naar voren bracht wat betreft de psychosociale kant van het huisartsenberoep.

Ook wil ik de aan het onderzoek deelnemende studenten bedanken voor hun enorme inzet: Peter van Drunen, Martin Euser, Els Glimmerveen, Monika Jemelikova, Ineke Kruijsdijk, Evelien Latooij, Maud Overduin, Jos Rolf en Wilma Tubbergen-Noorland.

Zij zijn zeer intensief betrokken geweest bij de opzet van de onderzoeksprotocollen en bij het gigantische karwei van het ordenen, verwerken en interpreteren van de onderzoeksgegevens.

Niki Cohen de Lara-Kroon, dank ik voor het maken van de summary en Lucas Derks voor het ontwerp van de omslag van de dissertatie.

Voorts gaat mijn dank uit naar de Vakgroep voor Klinische Psychologie, Psychotherapie en Preventie, die mij de tijd en de mogelijkheden bood om het onderzoek uit te voeren.

Tenslotte, maar zeker niet in de laatste plaats, bedank ik mijn echtgenote Anke voor haar nooit aflatende steun en kritische opmerkingen bij de totstandkoming van dit proefschrift en mijn kleine zoon Jasper voor zijn blijmoedige aanwezigheid.

curriculum vitae

Henk van Harten werd geboren op 2 februari 1943 te Steenwijk.

1965 Kweekschool en hoofdakte aan de Rijkspedagogische Academie Meppel.

1970 Doktoraal psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, met als specialisatie psychologie van arbeid en organisatie.

1968 Vanaf 1968 tot 1971 docent sociale psychologie aan de Academie voor Sociale en Culturele Arbeid te Groningen.

1971 In de periode van 1971 tot 1976 werkzaam als wetenschappelijk medewerker arbeidspsychologie aan het Instituut voor Clinische en Industriële Psychologie van de Rijksuniversiteit Utrecht.

1976 Vanaf 1976 werkzaam als wetenschappelijk medewerker klinische psychologie bij de Vakgroep voor Klinische Psychologie, Psychotherapie en Preventie van de Rijksuniversiteit Utrecht.

In deze periode verrichtte hij onderzoek naar de toepassing van direktieve therapie in de eerste lijn.

Dit proefschrift sluit hierop aan en spitst zich toe op de toepassing van direktieve therapie door de huisarts.

1982 Vanaf 1982 bestuurslid, opleider en supervisor van de Nederlandse Vereniging voor Direktieve Relatie- en Gezinstherapie.

