



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Mediatietherapie: gedragsverandering via derden

Gerda Methorst, Petra Savelsberg, Kees Hoogduin en Cas Schaap*

Samenvatting

Dit artikel geeft een overzicht van de mogelijkheden van mediatietherapie. Aan de hand van de literatuur en gevalbeschrijvingen wordt ingegaan op de vraag wat onder mediatietherapie verstaan moet worden en welke argumenten ten gunste van dit therapiemodel kunnen worden aangedragen. Verschillende toepassingsgebieden, vormen, strategieën en interventies van mediatietherapie worden besproken. Hoewel de literatuur vooral gaat over mediatietherapie bij opvoedingsproblemen zien de auteurs ook mogelijkheden voor mediatietherapie bij andere probleemvelden (relatieproblemen, samenwerkingsmoeilijkheden op het werk, conflicten met burens). Kern van de zaak is dat het probleemgebieden zijn waarbij het gedrag van een persoon in positieve zin kan worden beïnvloed doordat een relevante ander zich anders ten opzichte van de eerste persoon gaat gedragen en hierdoor bestaande bekrachtigingspatronen worden doorbroken. Onderzoek naar de effecten van mediatietherapie is beperkt tot oudertrainingen voor de hantering van gedrags-, leer-, en opvoedingsproblemen van kinderen en pubers. Vooral het onthouden van beloning na ongewenst en het geven van beloning na gewenst gedrag en in mindere mate het negeren en time-out bij ongewenst gedrag wordt door ouders acceptabel en uitvoerbaar gevonden. Over het algemeen is er sprake van verbetering als ouders hun gedrag ten aanzien van ruziemakende en agressieve kinderen veranderen; ook slaapproblemen nemen af bij een consequenter en duidelijker opstelling van de ouders. Of de oudertraining telefonisch, tijdens huisbezoek of in groepsverband wordt gegeven lijkt geen verschil te maken. Wel levert dit soort persoonlijke contacten betere resultaten op dan schriftelijke instructies.

Inleiding

Soms blijken de problemen waarvoor mensen in behandeling komen niet zozeer bij henzelf te liggen maar bij iemand uit hun directe omgeving (we noemen hem of haar de patiënt), zoals de partner, een ouder, een buurvrouw, de chef of één van de kinderen. Degene die zich heeft aangemeld lijdt onder onaangenaam, storend, onaangepast gedrag van die ander: hij heeft er last van, wordt er bang van, of hij maakt zich er zorgen over.

* DR. G.J. METHORST is als hoofd van de Angstpolikliniek verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Nijmegen, Montessorilaan 3, 6525 HR Nijmegen.

DRS. P.M. SAVELSBURG is als psychotherapeut in opleiding verbonden aan het Ambulatorium Psychologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen en de Psychologenpraktijk HSK/Second Opinion te Nijmegen.

PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIJN is verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen, tevens managing partner van de Psychologenpraktijk HSK/Second Opinion te Nijmegen.

DR. C.P.D.R. SCHAAP is als universitair hoofddocent verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen, tevens partner van de Psychologenpraktijk HSK/Second Opinion te Nijmegen.

Het is niet altijd mogelijk om de patiënt zelf in behandeling te nemen. Hiervoor is een aantal redenen te noemen: degene die in eerste instantie in behandeling komt wil dit zelf niet of de patiënt om wie het in feite draait is te jong, woont te ver weg of weigert met de therapeut te praten. Als het problematische gedrag van patiënten via een derde in een gewenste richting kan worden veranderd is het ook niet altijd noodzakelijk om hen direct bij de behandeling te betrekken.

De indirecte behandeling van patiënten via een derde zoals hier bedoeld heet mediatietherapie. Volgens Patterson (1971) is mediatietherapie die therapievorm waarbij het gedrag van de patiënt wordt veranderd via het veranderen van het gedrag van een relevante derde ten opzichte van de patiënt. Met andere woorden: de therapeut instrueert de relevante derde zich op zo'n manier ten opzichte van de patiënt te gedragen dat deze zijn problematisch gedrag opgeeft en door constructief gedrag vervangt. De rol van de derde persoon kan worden opgevat als die van een co-therapeut. De belangrijkste verandering in het gedrag van de co-therapeut is het ombuigen van het bekrachtigingspatroon dat de problemen van de patiënt in stand houdt of versterkt. De mediatietherapeut is de adviseur van de co-therapeut, bijvoorbeeld van ouders over moeilijke opvoedingssituaties (Tharp & Wetzel, 1969). De adviezen/interventies van de therapeut zijn gericht op veranderingen in het gedrag van de co-therapeut, met het doel het gedrag van de patiënt te veranderen. Het gedrag van de patiënt blijft het primaire behandeldoel.

De literatuur over mediatietherapie vermeldt hoofdzakelijk behandelingen van kinderen met leer-, opvoedings- en/of gedragsproblemen. Dit betekent echter niet dat mediatietherapie geen nut kan hebben op andere gebieden. Kenmerkend voor deze vorm van behandeling is immers het via een tussenpersoon veranderen van gedrag van derden. De tussenpersoon is vaak een ouder, maar kan evengoed een partner, kind, broer, zus of zelfs een collega zijn.

In dit artikel proberen wij antwoord te geven op de vragen wat mediatietherapie inhoudt, wat de voordelen ervan kunnen zijn, voor welke klachten of probleemgebieden het geschikt is, in hoeverre het door co-therapeuten en patiënten geaccepteerd wordt en welke resultaten het blijkens empirisch onderzoek heeft opgeleverd. Wij doen dit aan de hand van de literatuur en eigen praktijkervaringen.

Strategieën, interventietechnieken en toepassingsvormen

Mediatietherapie is vooral ontwikkeld vanuit de gedragstherapie. Via voorlichtingsmateriaal (Patterson, 1971; Van Heuven & Wassenaar, 1977; Schregardus, 1990), cursussen, trainingen en individueel gerichte interventies (Cladder, 1979; Cladder, Van Borselen & Nijhoff-Huijsse, 1986) worden co-therapeuten in eerste instantie geïnformeerd over algemene leerprincipes en over de werking van positieve en negatieve bekrachtiging. Hierna leert de co-therapeut het probleem te omschrijven in concreet, veranderbaar gedrag. Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van registratieopdrachten. De gewenste gedragsveranderingen worden geformuleerd als concrete, haalbare (sub)doelen in termen van toenemen van gewenst of afnemen van ongewenst gedrag van de patiënt. Vervolgens leert men interventies toe te passen.

Om nog niet aanwezig, gewenst gedrag tot stand te brengen worden 'shaping'-procedures gebruikt. Men begint bij het aanleren van een gemakkelijk te bereiken doel en neemt van daaruit een volgende stap. Een voorbeeld: bij een kind dat zich aan tafel recalcitrant en vervelend gedraagt zou men kunnen beginnen met het kind zo kort mogelijk van tafel te laten weglopen. Wanneer hij eenmaal aan tafel blijft zitten kan een volgend probleem, bijvoorbeeld het schreeuwen, aangepakt worden. Bij het aanleren van nieuw gedrag en bij het doen toenemen van gewenst gedrag wordt gebruik gemaakt van positieve bekrachtigingsprocedures. Voor de afname van ongewenst gedrag wordt gebruik gemaakt van positieve en negatieve straf, en van uitdovingsprocedures. Via het systeem van 'token economy' wordt zowel gewenst gedrag aangeleerd als ongewenst gedrag afgeleerd. Van groot belang voor het resultaat van de diverse gedragstherapeutische procedures is dat ze consequent worden toegepast. Het volgende voorbeeld gaat over een driftige driejarige kleuter die via time-out bij drift en liefde en warmte na bedaren, leerde zich rustiger te gedragen.

Friso, drie jaar oud, is een vrolijk en temperamentvol jongetje: op de speelplaats staat hij vooraan, rent zijn benen uit zijn lijf of staat te juichen en te springen. Thuis rent hij door de kamer, springt op stoelen en banken en danst mee zo gauw er muziek te beluisteren valt. Dit alles begeleid door gezang, geroep of geschreeuw. Het valt niet altijd in goede aarde. Zijn één jaar oudere zusje wordt dol van hem en zijn ouders willen weleens gewoon rust. Soms lukt het bij tijdig ingrijpen om Friso rustig te krijgen. Vaak ook niet. Het lijkt alsof Friso dan 'doordraait' en zijn enthousiasme en vrolijkheid omslaan in drift: hij schreeuwt, schopt, stompt, loopt paars aan en giert het uiteindelijk uit van het huilen. Zijn ouders worden onzeker en overgevoelig voor zijn drukke gedrag.

Ze wenden zich tot het consultatieburo. Het advies luidt kortweg: time out zo gauw de opwindende activiteit te groot wordt en beloning voor het tot rust komen. Hiermee wordt het moeder mogelijk gemaakt haar aandacht, waarmee zij tot nu toe het ongewenste gedrag versterkte, aan te wenden voor het positief belonen van het gewenste gedrag.

Samen met Friso koopt moeder een grote wekker met bel. Thuis vertelt zij hem dat hij, als hij weer zo druk is, vijf minuten op de gang zal worden gezet. De wekker zal na vijf minuten aflopen. Is hij dan nog niet rustig dan wordt de wekker opnieuw op vijf minuten gezet, enzovoort. Is hij wel rustig geworden, dan krijgt hij een dikke knuffel en mag hij weer in de kamer verder spelen.

De methode werkt: binnen een maand heeft Friso zijn driftbuien onder controle, zonder zijn vrolijkheid te hebben verloren. Soms, als hij opgewonden is, vraagt hij of zijn moeder de wekker voor hem wil zetten, hij gaat er dan mee naar zijn kamer en dit is voldoende om de bui te keren. De 'behandeling' bij het consultatiebureau bestond uit een advies- en een follow-up-gesprek.

Mediatietherapie kan op verschillende manieren plaatsvinden. Een eenvoudige vorm, waarbij een professionele hulpverlener niet per definitie aanwezig hoeft te zijn, is bibliotherapie. Hiertoe behoren boekjes met informatie en richtlijnen over één (Schregardus, 1990; Sloane, Endo, Hawkes & Jenson, 1990) of meer, frequent voorkomende opvoedingsproblemen (Van Heuven & Wassenaar, 1977; Patterson, 1971). Mensen lezen ze vaak al uit zichzelf, maar het zijn ook handige hulpmiddelen bij behandeling. Ook de voorlichtingsboekjes voor familieleden van psychiatrische patiënten (Van Meer, 1987) kunnen als zodanig worden opgevat. Bij rechtstreeks contact tussen de therapeut en co-therapeut(en) kan mediatietherapie individueel, per gezin en aan groepen worden gegeven. De inhoudelijke opzet verschilt afhankelijk

van de doelstelling. Deze kan beperkt zijn tot het verstrekken van informatie, tot kennisoverdracht en advisering, maar ook worden uitgebreid met technieken als modelling en rollenspel.

In het geval van Friso was sprake van de meest eenvoudige vorm van mediatietherapie: rechtstreeks contact tussen de therapeut en de co-therapeut in het adviesgesprek. Ouders, partners of familieleden krijgen hierbij informatie over mogelijke achtergronden van de problemen, over behandelingsmogelijkheden en te verwachten ontwikkelingen. Er worden concrete richtlijnen gegeven over hoe men zich het best tegenover de patiënt kan opstellen om diens gedrag te veranderen en wat men het beste kan doen om de sfeer in huis en de onderlinge relaties te verbeteren. Voor het geven van informatie, advies en richtlijnen over duidelijk omliggende problemen of een duidelijk omliggende ziekte kan mediatietherapie in de vorm van een cursus worden gegoten: 'oudercursussen' (Cladder, 1979); psycho-educatieprogramma's voor ouders van schizofrenen (Van Meer, 1987).

Tijdens trainingen (individueel of in groepsverband) kan de co-therapeut oefenen in het voor hem nieuwe gedrag, dat nodig is om het gedrag van de patiënt te veranderen. Bij deze trainingen wordt gebruik gemaakt van rollenspelen, directe feedback van de therapeut en (indien aanwezig) overige gezins- of groepsleden, en feedback met behulp van video-opnamen (Glogower & Sloop, 1976). Goldstein (1971) ontwikkelde een mediatietraining voor vrouwen, die lijdten onder het gedrag van hun mannen. Eerst wordt het operante paradigma uitgelegd. Hierna dient het onaangename gedrag van de partner te worden geïdentificeerd en geregistreerd. Eerdere, mislukte pogingen om dit gedrag te veranderen worden vervolgens onder de loep genomen. De volgende en laatste stap is dat de vrouwen geleerd wordt contingent en met beloningen op gewenst gedrag van hun man te reageren en het ongewenste gedrag te negeren. Hoewel niet beschreven, kan dit trainingsmodel natuurlijk ook worden gebruikt voor mannen die gebukt gaan onder het gedrag van hun vrouw, voor werknemers die zich beklagen over het gedrag van hun meerderen en omgekeerd, voor burens, leerkrachten over leerlingen, enzovoort.

Ook de video-home-training is een vorm van mediatietherapie. Hierbij wordt het gebruikelijke gedrag van de ouders en het kind thuis opgenomen en later door de therapeut samen met de ouders geanalyseerd en van commentaar voorzien. Op grond hiervan worden wijzigingen in het gedrag van de ouders tegenover het kind gesuggereerd. Volgens de video-opnamen dienen ter evaluatie, ondersteuning en beloning van de ouders in het nieuwe gedrag (als dit de verwachte resultaten bij het kind oplevert) of bijstelling van de adviezen (Burland, 1986; Webster-Stratton, Kolpacoff & Hollinsworth, 1988).

Voordelen van mediatietherapie

In de meeste gevallen heeft het de voorkeur dat mensen wier gedrag tot problemen aanleiding geeft zelf in behandeling komen. Zoals wij in de inleiding aangaven is dit echter niet altijd mogelijk. Mediatietherapie biedt dan een alternatief. Cladder (1979) en Cladder et al. (1986) noemen een aantal argumenten voor mediatietherapie bij opvoedings- en gedragsproblemen bij kinderen, die volgens ons ook gelden voor mediatietherapie bij andere probleemgebieden.

Minder risico van weerstand tegen directe verandering

In mediatietherapie wordt de rol van de co-therapeut in principe toegewezen aan degene die het meeste lijdt onder of klaagt over het gedrag van de patiënt. Dit moet tevens degene zijn bij wie de kans op gewenste veranderingen in het gedrag van de patiënt het grootst is als hij zijn eigen gedrag ten opzichte van de patiënt wijzigt. In die zin is de co-therapeut te beschouwen als de machtigste of meest invloedrijke persoon in het systeem waarin hij samen met de patiënt functioneert.

Om het bestaande (ineffectieve) patroon van bekrachtiging te doorbreken wordt de co-therapeut geleerd anders op het gedrag van de patiënt te reageren. Gewenst gedrag zal uitdrukkelijk worden beloond en daardoor aantrekkelijker worden om uit te voeren. Ongewenst gedrag zal worden gevolgd door een negatieve consequentie die kan variëren van het onthouden van aandacht tot het expliciet bestraffen van het gedrag. Ongewenst gedrag leidt dus steeds vaker tot uitsluitend onaangename resultaten en wordt hierdoor minder aantrekkelijk. De patiënt leert als het ware 'vanzelf' zich beter, meer overeenkomstig de wensen van de co-therapeut, te gedragen. De bij een directe aanpak te verwachten weerstand tegen afgedwongen gedragsveranderingen wordt via deze indirecte benadering omzeild. Een voorbeeld hiervan is de behandeling van Bas en Joop Verhulst, twee broertjes van respectievelijk tien en acht jaar, die elkaar in aanwezigheid van moeder voortdurend in de haren zaten. Moeders directe interventies om de ruzies te stoppen hadden tot dan toe niets uitgehaald.

De ouders zijn gescheiden. Mevrouw Verhulst heeft sinds kort een nieuwe vriend. Bas en Joop worden door een dagcentrum voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen begeleid voor gedragsproblemen. Als moeder met de jongens thuis is, ontstaat er vaak hevige ruzie, gepaard met veel geschreeuw en fikse vechtpartijen (bloedneus, blauwe plekken). Moeder wordt door Joop en Bas bij de ruzie betrokken. Het begint vaak klein, bijvoorbeeld: Bas: 'Mam, Joop springt op de bank en steekt de hele tijd zijn tong naar mij uit!' Moeder reageert dan door naar Joop toe te gaan en te vertellen dat hij moet ophouden Bas te pesten. Joop wordt dan boos en zegt wat Bas hem aangedaan heeft. Het gevolg is dan dat beide jongens beginnen te krijsen en elkaar in de haren vliegen. Het geheel escaleert in een fikse vechtpartij. Moeder voelt zich machteloos en heeft het gevoel dat ze haar vervelende kinderen geen moment meer om zich heen kan verdragen.

Om moeder meer rust te geven en om de vicieuze cirkel (aandacht vragen door de één via geklaag over de ander → aandacht krijgen door tussenkomst van moeder → opnieuw aandacht vragen door de ander via ruzie) te doorbreken wordt vanuit het dagcentrum het volgende voorgesteld: iedere keer wanneer Bas en Joop ruzie maken als moeder in de buurt is gaat moeder een halfuur naar haar slaapkamer en beantwoordt geen vragen van de jongens, geeft geen gehoor aan krijspartijen. Kortom ze negeert de ruzie volledig. Het enige dat ze zal zeggen is dat mama pas terugkomt als zij op een rustige manier kunnen spelen of anderszins bezig zijn.

Moeder zegt dit erg moeilijk te vinden. Ze is bang dat de jongens elkaar iets ergs zullen aandoen. Dit is echter nog nooit echt het geval geweest. De jongens kunnen wel rustig met elkaar spelen als moeder niet aanwezig is, bijvoorbeeld als haar vriend er is of op het dagcentrum. Het risico dat er iets ergs gebeurt wordt daarom erg klein ingeschat. Moeder kan hiermee instemmen en vindt het het proberen waard; zoals het tot nu toe gaat is het immers onhoudbaar. Na een paar dagen lukt het moeder om consequent te blijven in het weggaan bij ruzies van haar zoontjes en na ongeveer twee weken is er een duidelijk zichtbaar

resultaat: ruzies komen beduidend minder vaak voor en de jongens zijn ook sneller tot bedaren gebracht.

Generalisatie naar dagelijks leven verloopt probleemloos

In tegenstelling tot therapeuten zijn co-therapeuten direct bij de patiënt betrokken. Vaak hebben zij dagelijks en gedurende een langere periode contact met hem. Co-therapeuten zullen de problemen van de patiënten dan ook sneller kunnen beïnvloeden dan therapeuten, die de patiënt immers slechts één of twee keer per week kunnen zien. Doordat het te veranderen gedrag direct in de bedoelde situatie kan worden aangepakt hoeft datgene wat in de behandelsituatie is verbeterd niet meer naar het dagelijks leven overgezet te worden.

Dit was onder meer te zien bij de broertjes Verhulst, die op het dagcentrum toch al het nodige aan constructief gedrag leerden. Voor de ruzies thuis, in aanwezigheid van moeder, was de behandeling op het centrum echter niet toereikend. Pas toen moeder ter plekke en consequent op de ruzies leerde reageren veranderden de broertjes hun gedrag en gingen zij op de al eerder in het centrum geleerde wijze met elkaar om.

Minder kans op terugval door veranderde omgeving

Via mediatietherapie wordt niet alleen het gedrag van de patiënt op positieve wijze beïnvloed; ook het gedrag van de co-therapeut verandert. Het is te verwachten dat de relatie tussen co-therapeut en patiënt verbetert als de co-therapeut zich anders en constructiever tegen de patiënt leert opstellen. In geval van opvoedingsproblemen is dan dus sprake van een betere ouder/kind-relatie, wat er weer toe kan leiden dat het risico op psychische problemen van het kind in de toekomst afneemt (Cladder, 1979). In het geval van het doen ophouden van ongewenst gedrag van de partner zal de relatie verbeteren waardoor het risico van escalerende conflicten en huwelijks- of gezinsproblemen kleiner wordt. Mediatietherapie voor problemen met collega's kan positieve resultaten opleveren voor de werksfeer. Hierdoor neemt de kans toe op een grotere arbeidssatisfactie; dit zal het welbevinden van de medewerkers bevorderen en hiermee neemt het risico dat zij zich onconstructief gedragen weer af. Doordat mediatietherapie direct in de dagelijkse praktijk wordt toegepast zijn de contingenties tussen gedrag en bekrachtigende consequenties beter gegarandeerd. De kans dat de veranderingen in het bekrachtigingspatroon effectief zijn en het risico van terugval kleiner wordt, neemt hierdoor toe (Tharp & Wetzal, 1969). Dit wordt onder andere geïllustreerd door de snelheid waarmee de driftbuien van Friso tot het verleden behoorden en waarmee hij op het juiste moment leerde in te grijpen als het weer mis dreigde te gaan.

Uitstraling naar ander gedrag en andere personen

Als de co-therapeut anders op het centraal staande probleemgedrag van de patiënt leert reageren, leert hij nieuwe, effectievere manieren om met de patiënt om te gaan die in principe ook toepasbaar zijn op andere gedragingen van deze patiënt en op problematisch gedrag van anderen. De kans op dit generalisatie-effect is groter als de

co-therapeut naast andere reacties op het probleemgedrag ook de algemene principes van bekrachtiging heeft geleerd (Glogower & Sloop, 1976).

De effecten van de therapie strekken zich dan dus uit naar andere (evt. toekomstige) probleemgedragingen van de patiënt en naar eventueel toekomstige conflicten tussen de co-therapeut en de patiënt en tussen de co-therapeut en andere personen dan de patiënt. In de gevallen van Friso en van Bas en Joop leerden de ouders dat zij door time-out en negeren negatieve escalaties konden doorbreken en dat zij door gericht belonen constructief gedrag konden doen toenemen. In het volgende voorbeeld kreeg de vader en echtgenoot meer greep op de gezinssituatie door via registratie zijn aandeel hierin te leren kennen en dit geleidelijk te verminderen. Deze strategie bleek op meer dan één probleemsituatie toepasbaar te zijn.

Het echtpaar Van Manen meldde zich aan in verband met grote problemen in het gezin. Er was voortdurend ruzie; met name het gedrag van de man liep volgens de vrouw volledig uit de hand. Woedeaanvallen, slaan, schreeuwen, steeds grauwen en snauwen aan tafel, schelden tegen de kinderen, kwaad weglopen had de sfeer in het gezin in ernstige mate verziekt. Mevrouw vertelde dat zij het gedrag van de kinderen in vergelijking tot andere kinderen gewoon vond, maar dat haar man in zijn drilzucht alle grenzen overschreed en dat zij, als het zo doorging, van hem wilde scheiden. Een voorstel van de therapeut om gezamenlijk in behandeling te komen om deze problemen te klaren wees zij van de hand: 'Ik mankeer niets. Hij doet raar.'

De man, chef binnendienst op een ministerie, was tweemaal opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis wegens depressies. Sindsdien had hij zijn draai in het leven niet meer gevonden. Hij werd in de familie als een patiënt beschouwd en ook zijn vrouw kon hem er op een vervelende manier aan herinneren dat hij eerder opgenomen was geweest. De spanningen in het gezin hadden ook geleid tot een relationele verwijdering. Mijnheer was door zijn vrouw op een seksueel rantsoen gezet met dien verstande dat er perioden waren dat zij geen enkele belangstelling toonde en ook iedere intimiteit van zijn kant afwees. Soms, als hij een dag goed en aardig was geweest, werd hij 'beloond'.

Het vertrekpunt bij de behandeling was dat de man de enige was die behandeling aanvaardde. Onder het motto 'Er is er maar één die de zaak thuis nog kan redden' werd hem verzocht bereid te zijn grote inspanningen te leveren. Het principe van mediatietherapie werd aan hem uitgelegd: hoe hij door zijn gedrag anderen ertoe kon brengen een ander gedragspatroon te vertonen waardoor uiteindelijk het gezin intact zou blijven. Vervolgens werd het principe van de bekrachtiging uitgelegd: hoe bepaalde ruzies, spanningen en problemen in het gezin konden verergeren doordat iedereen zijn steentje daaraan bijdroeg. De strategie bestond eruit dat hij geleidelijk zijn deel van de bekrachtiging zou stoppen. Hierdoor zou hij ervoor zorgen dat de sfeer in huis als het ware vanzelf weer beter werd. Mijnheer kreeg een registratieopdracht, op lijsten zou hij de keren aantekenen dat hij bewust ingreep tijdens de gezinsruzies. Na zo'n drie weken kon hij meedelen dat de problemen aanzienlijk verminderd waren en dat ook de seksuele relatie met zijn vrouw was verbeterd. Vanwege zijn problemen in de werksfeer en de depressieve klachten was een langdurige behandeling nodig. Tijdens die behandeling werd nog twee- of driemaal een 'booster'-zitting gegeven waarbij hij opnieuw, door zelf zijn negatieve acties te staken, thuis de therapeut werd die de gezinsproblematiek 'genas'.

Een alternatief voor gezinstherapie bij weigering om mee te komen

De mediatietherapie van het gezin Van Manen laat zien dat gezinsproblemen kunnen worden aangepakt zonder dat alle gezinsleden direct bij de therapie worden betrokken. Dit is nuttig voor die gevallen waarin de niet-aangemelde gezinsleden weigeren aan de behandeling deel te nemen ook al is het voor de therapeut duidelijk dat de problemen van de aangemelde patiënt door destructieve gezinsinteracties en communicatiepatronen in stand worden gehouden. En het komt nogal eens voor dat ouders of gezinsleden, die niet als patiënt zijn aangemeld, een systeemtheoretische verklaring en een gezinstherapeutische benadering afwijzen, omdat zij niet als patiënt wensen te worden aangesproken.

De educatieve aanpak die mediatietherapie kenmerkt sluit aan op datgene wat ouders met probleemkinderen verwachten wanneer zij zich tot een hulpverlener wenden (Van Engeland, 1976). Ook familieleden van psychiatrische patiënten lijken eerder bereid hun gedrag te veranderen als zij als opvoeder of co-therapeut worden benaderd dan als lid van een 'ziek' systeem (Van Meer, 1987; Methorst, Stolk & De Groot, 1994).

De behandeling van het gezin Van Dorp biedt een voorbeeld waarbij mediatietherapie voor opvoedingsproblemen en 'gezinstherapie via een omweg' werden gecombineerd:

De familie Van Dorp had ernstige problemen met hun jongste zoon van zestien. Thuis was er geen land met hem te bezeilen; hij maakte voortdurend ruzie, schold zijn moeder uit voor alles wat mooi en lelijk was en bedreigde zijn vader soms met agressief gedrag. Buitenshuis was hij een voorbeeldige jongen met goede schoolresultaten en veel vrienden.

De vader was in behandeling voor problemen op het werk die zich uitten in burn-out-klachten: ernstige vermoeidheid, spierspanningshoofdpijn, prikkelbaarheid, slaapstoornissen, spanningsklachten. Zijn vrouw vergezelde hem naar de therapie. Tijdens een zitting kwam daar het oppositionele gedrag van de zoon ter sprake. Besloten werd te onderzoeken of de gezinssituatie met behulp van een mediatietherapie – de zoon had geen enkele belangstelling voor wat voor behandeling dan ook: 'Jullie zijn gek, niet ik' – verbeterd zou kunnen worden. Afgesproken werd dat er een monitoring in vivo zou plaatsvinden, waarbij het echtpaar alle oppositionele gedragingen van hun zoon zorgvuldig in kaart zou brengen. Vervolgens – na deze registratieperiode – zou worden besproken hoe de ouders bepaalde consequenties strict aan zijn gedrag zouden kunnen verbinden. Aan de ouders werd het advies gegeven om, voordat zij met de registratie zouden beginnen de gehele procedure uitvoerig met hun zoon te bespreken. Niet even terloops, maar 's avonds na het eten zou hiervoor een speciale tijd worden gereserveerd. Hem zou worden uitgelegd wat op de zitting was besproken en wat de procedure zou zijn. Uitgebreid zou de monitoring en registratie van zijn uitspraken en van zijn gedrag moeten worden doorgenomen. Ook moest hem worden verteld dat deze vaste bijeenkomsten en wat daarop was besproken met de therapeut zouden worden doorgenomen, waarna consequenties, in de zin van sancties, zouden worden afgesproken.

Na het horen van deze informatie ontstak de zoon in woede. Hij vroeg nog wanneer deze procedure zou beginnen en vertrok vervolgens naar zijn vrienden. De volgende veertien dagen vertoonde hij geen enkele vorm van oppositioneel gedrag. Deze verbetering nam de volgende maanden weliswaar weer af maar het gedrag haalde nooit meer de hevigheid van voor deze ene interventie. Het kon inderdaad bij deze interventie blijven, het gedrag liet zich erna beter kanaliseren en over consequenties en sancties hoefde niet meer gepraat te worden.

Toepassingsgebieden, aanvaardbaarheid en resultaten

Gezien het grote aantal publikaties over mediatietherapie bij opvoedingsproblemen lijkt dit gebied zich bij uitstek te lenen voor deze vorm van behandeling. Dit is logisch: opvoedingsproblemen worden voor een belangrijk deel veroorzaakt of in stand gehouden door tekortkomingen in het opvoedkundig vermogen van de ouders of door het niet kunnen hanteren van de te hoge eisen die door het onaangepaste gedrag van het kind aan hun worden gesteld. Over het algemeen kan worden gesteld dat ieder pedagogisch advies een vorm van mediatietherapie is. Hierbij is de keuze van co-therapeuten niet beperkt tot de ouders. Ook relevante anderen, zoals onderwijzers, zijn potentiële co-therapeuten. In het laatste geval worden de adviezen vaak door de schoolpsycholoog opgesteld en doorgegeven aan de schoolbegeleider. Deze instrueert en begeleidt de onderwijzer die het gedrag van het betreffende kind in de klas probeert te beïnvloeden. De onderwijzer kan op zijn beurt optreden als mediatherapeut/adviseur van de ouders.

Onder opvoedingsproblemen kan een groot assortiment van problemen verstaan worden. Van Heuven en Wassenaar (1977) onderscheiden er een aantal: het schenden van gezinsregels, angst om alleen te zijn in het donker, bang zijn om naar school te gaan, altijd huilen als het bedtijd is, bedplassen, liegen, stelen, zich niet alleen kunnen vermaken, voortdurend ruzie maken (broertjes en zusjes) en geen vriendjes kunnen maken. De eerder genoemde behandelingen van Bas en Joop en de behandeling van Friso zijn een illustratie van dit toepassingsgebied voor mediatietherapie. Over het algemeen worden positief bekrachtigende interventies, zoals het geven van beloning en aandacht voor gewenst gedrag, meer geaccepteerd dan bestraffende maatregelen als negeren of time-out (Cross Calvert & McMahon, 1987). Bosch (1990) concludeert in een overzicht van studies naar de mate waarin ouders diverse interventies aanvaardbaar en uitvoerbaar vinden dat technieken gericht op 'response cost' (het onthouden van een beloning als de patiënt ongewenst gedrag vertoont) gunstiger worden beoordeeld dan time-out-procedures (afzonderen van de patiënt na ongewenst gedrag).

Uitdovingsprocedures worden het moeilijkst uitvoerbaar geacht. Blijkens de literatuur zijn belangrijke indicatiegebieden kinderen met slaapproblemen (Chadez & Nurius, 1987; Weir & Dinnick, 1988; Schaefer, 1990; Schregardus, 1990), autistische kinderen (Anderson, Avery, DiPietro, Edwards & Christian, 1987; Moran & Withman, 1991), agressieve kinderen (Sloan et al., 1990; Adams & Kelley, 1992; Bosch & Noorloos, 1992) en overactieve kinderen (Barkley, 1987; Anastopoulos, DuPaul & Barkley, 1991). Graziano en Diamant (1992) geven een overzicht van studies naar de effecten van 'parent behavioral training' ingedeeld naar de problemen van de kinderen. De beste resultaten bleken te worden behaald bij kinderen met gedragsproblemen of duidelijk omschreven klachten als fobieën of enuresis nocturna. Training aan ouders van hyperactieve, autistische of zwakzinnige kinderen leverde volgens hen de minste resultaten op. In een gerandomiseerd dubbelblind onderzoek naar de effectiviteit van psychostimulantia, de combinatie van oudertraining en zelfcontrole-instructies aan het kind, en de combinatie van psychostimulantia met oudertraining en zelfcontrole, onder ouders van 71 hyperactieve kinderen (Ialongo, Horn, Pascoe, Greenberg, Packard, Lopez, Wagner & Puttler, 1993) bleek oudertraining alleen effectief in combinatie met medicatie en zelfcontrole. Een gedragstraining aan honderd ouders van kleuters met doorslaapproblemen werd door Schaefer (1990) geëvalueerd door hen na afloop van het programma en zes maanden later te vragen naar de resultaten. Inhoudelijk lijkt

dit programma op dat van Schregardus (1990). Bij 43, respectievelijk 42 procent waren de slaapproblemen verdwenen, bij 38, respectievelijk 37 procent was grote verbetering opgetreden, 8, respectievelijk 13 procent was weinig verbeterd en bij 11, respectievelijk 7 procent waren de problemen onveranderd. Dergelijke mooie resultaten werden niet gevonden in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van een vergelijkbaar trainingsprogramma voor ouders van peuters en kleuters (N = 51) met in- en doorslaapproblemen dat door wijkzusters werd aangeboden (Weir & Dinnick, 1988). De auteurs wijten het teleurstellende resultaat aan onvoldoende training van wijkverpleegkundigen in gedragstherapeutische vaardigheden.

Naast probleemgedragingen van kinderen zijn er ook andere toepassingsgebieden van mediatietherapie: relatieproblemen, moeilijkheden met collega's of een chef op het werk, een onwillige partner, problemen met ouders, enzovoort. Voorbeelden van deze toepassingen van mediatietherapie werden in het voorgaande verschaft door de beschrijving van de behandelingen van de heren Van Manen en Van Dorp. Onderzoek naar de resultaten van mediatietherapie op deze gebieden werd niet gevonden.

Tot besluit

Mediatietherapie betekent dat ongewenste gedragingen van een patiënt in positieve richting worden beïnvloed, doordat een relevante ander leert om zijn gedrag, dat het gedrag van de patiënt in stand houdt of versterkt, te veranderen. Dit kan inhouden dat de ander geen aandacht meer besteedt aan het ongewenste gedrag, dit gedrag effectiever bestraft en meer nadruk legt op gewenst gedrag van de patiënt door dit expliciet te gaan belonen.

Al eerder wezen wij erop dat mediatietherapie, hoewel vooral beschreven voor opvoedingssituaties, ook voor andere situaties kan worden toegepast. Wanneer men volwassenen behandelt geeft men al snel adviezen hoe om te gaan met derden. Hoewel er dan formeel geen sprake is van mediatietherapie leiden die richtlijnen wel tot verandering bij andere personen dan de patiënt. Een duidelijk voorbeeld hiervan is training in sociale vaardigheden.

Bij het geven van dit soort adviezen en trainingen doet zich een ethisch probleem voor dat ook kan gelden voor formele mediatietherapie. De therapeut en co-therapeut worden in staat gesteld een derde, de patiënt om wie het gaat, te beïnvloeden en te manipuleren zonder dat deze daarvan op de hoogte is.

Ook ten aanzien van het te veranderen gedrag van de patiënt geldt een ethische kwestie. Het moet duidelijk zijn dat er sprake is van een behandelsituatie, een situatie waarbij niet-ingrijpen zowel voor de patiënt als voor de co-therapeut tot schadelijke gevolgen kan leiden. Het uitgangspunt voor mediatietherapie moet psychopathologie zijn of ziekte, of in ieder geval relevant gestoord gedrag. Niet iedere hulpvraag kan worden gehonoreerd. Zo zal een therapeut er wel toe overgaan om ouders te adviseren hoe om te gaan met hun agressieve achttienjarige zoon, maar zal hij een verzoek om hulp om een zestienjarige punkdochter naar de kapper te krijgen mogelijk afwijzen.

Abstract

In this article possible applications of mediation therapy are given. The questions 'What is mediation therapy?' and 'Why, when, and how should it be applied?' are answered by means of the literature and case histories from the authors' own practice. The various indications, ways how-to-do-it, strategies, and interventions are considered next. Most of the literature on mediation therapy has been confined to behavioural and educational problems with children. However, according to the authors mediation therapy can be used in more problem-areas (marital problems, work-related problems, conflicts with neighbours). Most important is that the behavioural problems of one person can be positively influenced if a significant other person changes his/her behaviour towards the first and thus breaks the existing reinforcement patterns. Empirical research on the effectivity of mediation therapy has been restricted to parent behavioural training for managing behavioural-, learning-, and upbringing-related problems in children and young adolescents. Overall, parents' ratings on acceptability and applicability are: (a) not praising the child as a consequence of disapproved behavior, (b) praising the child after positive behavior, and (c) ignoring and time-out in case of misbehaviour. In general, improvement results when parents change their behaviours and reactions towards fighting and aggressive children. Children who can't sleep or frequently wake up during the night benefit from a more consistent and clear regime of their tutors. Whether parent behavioural training is delivered by telephone, during home visits, or in groups does not make a difference. All these personal contacts, however, outweigh written instructions that are sent by mail.

Referenties

- Adams, C.D., & Kelley, M.L. (1992). Managing sibling aggression: Overcorrection as an alternative to time-out. *Behavior Therapy*, 23, 707-717.
- Anastopoulos, A.D., DuPaul, G.J., & Barkley, R.A. (1991). Stimulant medication and parent training therapies for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 210-218.
- Anderson, S.R., Avery, D.L., DiPietro, E.K., Edwards, G.L., & Christian, W.P. (1987). Intensive home-based early intervention with autistic children. *Education and Treatment of Children*, 10, 352-366.
- Barkley, R.A. (1987). Poor self-control in preschool hyperactive children. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 21, 176-180.
- Bosch, J.D. (1990). Oudertraining en mediatietherapie. In: H. Orlemans & W. Brinkman (red.), *Handboek Gedragstherapie*, (afl. 22, hfst. 13.3). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bosch, J.D., & Noorloos, J.R. (1992). Behandeling van een achtjarige jongen met agressieproblematiek. *Gedragstherapie*, 25, 269-283.
- Burland, J.R. (1986). One of the family: A behavioural approach. *Maladjustment and Therapeutic Education*, 4, 74-79.
- Chadez, L.H., & Nurius, P.S. (1987). Stopping bedtime crying: Treating the child and the parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 212-217.
- Cladder, J.M. (1979). *Ouderkursussen op MOB's*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Cladder, J.M., Borselen, W. van, & Nijhoff-Huijsse, M. (1986). *Gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Cross Calvert, S., & McMahon, R.J. (1987). The treatment acceptability of a behavioral parent training program and its components. *Behavior Therapy*, 18, 165-179.
- Engeland, H. van (1976). Gedragstherapie en gezinsinterventies. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 132-141.
- Glogower, F., & Sloop, E.W. (1976). Two strategies of group training of parents as effective behavior modifiers. *Behavior Therapy*, 7, 177-184.
- Goldstein, K. (1971). *Behavior rate change in marriages: Training wives to modify husbands behavior* (dissertatie). Cornell University.

- Graziano, A.M., & Diament, D.M. (1992). Parent behavioral training: An examination of the paradigm. *Behavior Modification*, 16, 3–38.
- Heuven, P. van, & Wassenaar, E. (1977). *Grote problemen met kleine mensen*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.
- Ialongo, N.S., Horn, W.F., Pascoe, J.M., Greenberg, G., Packard, T., Lopez, M., Wagner, A., & Puttler, L. (1993). The effects of a multimodal intervention with attention-deficit hyperactivity disorder children: A 9-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 182–189.
- Meer, R. van (1987). *Leven met schizofrenie. Een handleiding voor familie, vrienden en andere betrokkenen*. Amsterdam: Sijthoff.
- Methorst, G., Stolk, I., & Groot, C. de (1994). Gespreksgroepen voor familieleden van psychiatrische patiënten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 49, 434–440.
- Moran, D.R., & Whitman, T.L. (1991). Developing generalized teaching skills in mothers of autistic children. *Child and Family Behavior Therapy*, 13, 13–37.
- Patterson, G. (1971). *Families*. Champaign, Ill.: Research Press.
- Schaefer, C.E. (1990). Treatment of night wakings in early childhood: maintenance of effects. *Perceptual and Motor Skills*, 70, 561–562.
- Schregardus, R. (1990). *Kinderen met slaapproblemen. Een werkboek voor ouders*. Meppel: Boom.
- Sloane, H.N., Endo, G.T., Hawkes, T.W., & Jenson, W.R. (1990). Decreasing children's fighting through self-instructional parent training materials. *School Psychology International*, 11, 17–29.
- Tharp, R.G., & Wetzel, R.J. (1969). *Behavior Modification in the Natural Environment*. New York: Academic Press.
- Webster-Stratton, C., Kolpacoff, M., & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 558–566.
- Weir, I.K., & Dinnick, S. (1988). Behaviour modification in the treatment of sleep problems occurring in young children: A controlled trial using health visitors as therapists. *Child: care, health and development*, 14, 355–367.
- Dth jaargang 15, 3, augustus 1995, p. 248–263.