



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

De paradox uit het stof? Tien jaar later

Joop Wolff*

Samenvatting

Tien jaar na een succesvolle paradoxale interventie, waarover in Dth werd gepubliceerd, kijkt de auteur samen met zijn cliënten terug op wat er is overgebleven van de destijds behaalde winst. De uitkomsten nopen tot bescheidenheid. De beschouwing in het oorspronkelijke artikel was er een over de (paradoxale) methodiek van de behandeling. In dit artikel worden de interventies van toen besproken in het licht van de zogenaamde 'gemeenschappelijke factoren' die de werkzaamheid van psychotherapie grotendeels bepalen.

Inleiding

In Dth van december 1998 beschreef ik, samen met psychiater Kees Brak, uitgebreid en bevoegen hoe een paradoxale interventie een blijvende verandering leek te hebben bewerkstelligd in een volledig vastgelopen situatie. Omdat het mogelijk bleek om na al die jaren een follow-upgesprek te hebben met mevrouw B. en haar partner, kreeg ik de kans om ons handelen met hen samen te evalueren. Dit artikel begint met een samenvatting van de belangrijkste feiten van toen, vervolgens laat ik de terugkijkende hoofdpersonen aan het woord: mevrouw B. en haar partner. Tot slot beschouw ik de interventies van toen in het licht van de huidige ontwikkelingen in het denken over werkzame factoren in psychotherapie. Met name de zogenaamde 'gemeenschappelijke factoren' komen daarbij aan bod, omdat die een groter effect blijken te hebben op de werkzaamheid van psychotherapie dan de gebruikte methodieken op zich.

Toen

Het betrof een toen 56-jarige vrouw met een lange psychiatrische geschiedenis. Mevrouw's minderwaardigheidsgevoelens zetten haar relatie sterk onder druk en vanaf haar 44^{ste} was ze ononderbroken ambulante of klinische behandeling geweest. In de diverse diagnoses kwamen recidiverende depressie, obsessief-compulsieve symptomatologie en persoonlijkheidsproblematiek met borderlinekenmerken telkens terug. Relationeel kon gesproken worden van een complementaire relatie, waarin haar partner zich veel wegcijferde. De relatie dreigde, mogelijk mede door de pensionering van meneer, in ernstige onbalans te raken.

Het was opvallend hoezeer mevrouw B. zichzelf telkens als stom, schuldig en falend ervoer en beschreef. De inspanningen tot dan toe, van zowel hulpverleners als van meneer B., waren gericht geweest op het tegenspreken van het negatieve zelfbeeld van mevrouw en het pogen haar te activeren. Een van de stappen die het echtpaar had gezet was het creëren van eigen woonruimte voor mevrouw, opdat ze daadwerkelijk

* J.J. WOLFF is werkzaam als klinisch psycholoog / psychotherapeut / systeemtherapeut / supervisor NVRG bij Lentis (voorheen GGz Groningen) – PsyQ – Relatie & Psyche. Daarnaast heeft hij een eigen praktijk. E-mail: jjw@altwolff.nl. Website: www.altwolff.nl.

haar felbegeerde zelfstandigheid kon oefenen. Na een periode van congruente behandeling, waarbij verbetering uitbleef, zetten we twee behandellijnen uit. De tweede omvatte een paradoxale interventie, die opmerkelijk positieve resultaten opleverde.

Als eerste beweging in de behandeling introduceerde ik het zogenaamde externaliseren van het probleem, zoals beschreven door White en Epston (2000). Daarbij wordt met de cliënt op dusdanige wijze gezocht naar een beschrijving van de ervaren problemen, dat die problemen gezien kunnen worden als komende van buiten de cliënt; een vorm van bewust externaliseren dus. Het doel daarvan is het mobiliseren van kracht in de strijd tegen de externe vijand. De overweging om te kiezen voor het externaliseren van het probleem was gelegen in het feit dat mevrouw B. in het geheel geen onderscheid leek te maken tussen haar problemen en zichzelf als persoon. Ze *was* haar problemen en zag in alles de bevestiging dat ze waardeloos, zwak, dom en initiatiefloos was. Verder had eerdere hulp laten zien dat het aanmoedigen en activeren van haar zelfgevoel mevrouw geen goed deden en haar passieve verzet juist hadden aangewakkerd.

We zochten naar een geschikte naam als samenvattende noemer voor de kracht achter de problemen die ze ervoer. Na enig zoeken koos mevrouw voor de 'Ontreddering'. Dat was volgens haar een goede naam voor de kracht die telkens weer haar leven in de war gooide. Op een groot vel papier tekende ik twee kolommen: de 'Successen van de Ontreddering' en de 'Successen van mevrouw B. in de strijd tegen de Ontreddering'. Toen zij die kolommen invulde, werd de eerste uiteraard de langste, maar het bleek mogelijk om in de tweede kolom toch enkele onmiskenbare successen van mevrouw tegen de Ontreddering te noteren. Aanvankelijk vond mevrouw B. het gek om zo bezig te zijn en wist ze zeker dat er in de tweede kolom niets zou kunnen komen te staan, maar al gauw kreeg ze er toch plezier in. Spontaan meldde ook meneer B. af en toe hoe de Ontreddering hem soms te pakken nam.

Deze aanpak leek aanvankelijk succesvol, maar snel viel mevrouw terug in een steeds dringender appel op het zorgsysteem. Zo drong ze aan op een behandeling die haar zou activeren. Ze gaf aan niets te doen te hebben en daar therapie voor te willen. Pogingen van het centrum voor dagbesteding om haar te activeren hadden in het verleden echter averechts gewerkt: 'Iedereen denkt dat ik het wel kan, maar ik vergelijk mezelf aldoor met anderen en die kunnen veel meer.' Ik stelde met haar vast dat de Ontreddering wel weer heel geniepig had toegeslagen en dat duidelijk was dat we met een geduchte tegenstander te maken hadden. In de instelling begon onrust te ontstaan. De baliemedewerkers begonnen er genoeg van te krijgen om bijna dagelijks deze huilende mevrouw te woord te moeten staan. Als dit niet snel gelimiteerd werd was een zoveelste opname onvermijdelijk.

Mevrouw B. had een paar keer duidelijk aangegeven dat ze absoluut niet weer wilde worden opgenomen; dat zou een van de grootste triomfen van de Ontreddering zijn. Toch begon ik openlijk de dreiging van een opname niet langer uit te sluiten: 'Soms is de Ontreddering sterker, of we dat nou acceptabel vinden of niet...' Ik vroeg nadrukkelijk hulp in mijn eigen team. Ik vond het uitgestippelde beleid niet meer werken en wist niet goed hoe verder te gaan. De Ontreddering had zich nu ook van mij meester gemaakt. Een opname leek me uiterst zinloos en zou eerder tot terugval leiden dan tot een oplossing. Zelfs van medicatie kon niet meer veel worden verwacht; alles was al geprobeerd. Alles overwegend besloten we te kiezen voor een paradoxale interventie om te proberen dit hardnekkige patroon te doorbreken en een opname te voorkomen.

In de volgende zitting kwam de afdelingspsychiater, Kees Brak, mij assisteren en we introduceerden hem nadrukkelijk als 'dokter'. We constateerden dat de ontwikkelingen regelrecht naar een opname leidden en dat de vraag niet langer was óf mevrouw zou worden opgenomen, maar slechts waar en hoe. We presenteerden een gedetailleerd plan, waarin we vaststelden dat mevrouw om te beginnen twee weken volledige bedrust nodig had om bij te komen van de inspanningen van het proberen zelfstandig en ondernemend te zijn. Of die volledige bedrust in een psychiatrische inrichting zou moeten of bij haar man thuis was nog onderhandelbaar. Beiden kozen nadrukkelijk voor de optie bij haar man thuis. Een al besproken week vakantie zou ervoor moeten worden afgezegd en het was zeer de vraag of mevrouw zou kunnen deelnemen aan een feest, een maand later, hoe graag ze dat ook wilde. Tot in detail bespraken we wat wel en niet toelaatbaar was, voor welke zaken mevrouw even uit bed zou mogen en voor welke zaken niet. Ook werden telefonische en feitelijke 'visites' afgesproken: om de dag zouden we hen op afgesproken tijden bellen en één keer per week zou de afdelingspsychiater huisbezoek verrichten om de patiënt in de gaten te houden. We inventariseerden verder hoe meneer en mevrouw dachten dat de Ontredding deze plannen zou gaan saboteren. Speciale aandacht besteedden we aan de rol van meneer. Op zijn schouders kwam de ingewikkelde taak te rusten dat hij moest bewaken dat zijn vrouw niet tóch te veel activiteiten zou ontplooiën, zowel in als buiten haar bed. Daarnaast adviseerden we hem om, als de patiënt sliep, in ieder geval ook dingen voor zichzelf te ondernemen.

Tijdens de twee weken bedrust toonde mevrouw af en toe de behoefte aan initiatief, maar ieder verzoek om meer activiteit te mogen ontplooiën, werd door ons met zorgelijkheid en terughoudendheid afgewezen of ingeperkt. Na de rustkuur was alles op slag veranderd. Mevrouw had reële ideeën en plannen voor de komende tijd en vertelde baat te hebben gehad bij de regelmaat en ze besloot om in het vervolg vaker een middagslaapje te gaan doen. Ondanks de uitvoerbaarheid van haar ideeën beknibbelden we telkens wat op haar plannen en assisteerden we bij het nadenken over afwisseling tussen geestelijke en lichamelijke inspanning. Het feit dat meneer telkens toch niet genoeg toekwam aan wat hij zelf wilde, werd een belangrijker onderwerp. We stelden gezamenlijk vast dat de bedrust buitengewoon goed had gewerkt, ook al was het voor beiden soms wel erg moeilijk geweest. Vanaf nu lag een zeer krachtig werkend geneesmiddel, in de vorm van een rustkuur, binnen handbereik. Deze interventie werd gevolgd door een serie meer congruente zittingen teneinde het nieuwe evenwicht te consolideren. Twee jaar later bleek het gunstige effect gebleven, zowel in de relatie als in de persoonlijke levens van beide partners. In de beschouwing gingen we uitgebreid in op de vele aspecten van de methodiek en techniek, met name op de paradox. Zie voor deze methodiegericht bespreking het oorspronkelijke artikel (Wolff & Brak, 1998).

Gezamenlijke terugblik

Ten behoeve van het follow-upgesprek herschreef ik de vragen die we onszelf in de oorspronkelijke beschouwing hadden gesteld, tot vragen aan meneer en mevrouw B. Ik stuurde ze die vragen van tevoren opdat ze de tijd hadden om over de antwoorden na te denken.

Hoe is het na het stoppen van onze behandeling verder gegaan?

Mevrouw B. had al individuele sociaal-psychiatrische begeleiding ten tijde van de gesprekken die wij met haar en haar partner hadden. Dat contact is gecontinueerd toen onze behandeling stopte. Ook bleef ze in wisselende mate en met wisselende motivatie deelnemen aan dagbestedingsactiviteiten. Af en toe zakte ze dusdanig diep weg, dat opnieuw intensievere behandelvormen volgden: dagbehandeling of klinische opname. Bij vlagen ging het ook goed. Zo maakten ze voor de tweede keer een grote reis naar het vaderland van mevrouw B. Dat was goed verlopen. Nu is mevrouw B. opgenomen in een psychiatrische inrichting in afwachting van een plaats in een beschermende woonvorm. Ze ziet er naar uit om daarheen te gaan, omdat ze verwacht dat ze zich daar minder waardeloos zal voelen en ze ervaart de tijd die ze nog moet wachten als verloren tijd.

Meneer B. is tot op de dag van vandaag ambivalent over het tijd en ruimte nemen voor zichzelf. In ieder geval heeft hij besloten dat hij haar niet langer bij hem thuis kan verzorgen. Mevrouw heeft dat geaccepteerd, lijkt het. Meneer doet wel van alles voor zichzelf, maar weet dat hij nog steeds niet los is van zijn verantwoordelijkheidsgevoel. 'Zo vast zit ik nog aan haar.' Hij is zich voorzichtig aan het oriënteren op de vraag wat hij verder wil gaan doen met zijn leven.

Wat waren de gedachten van meneer en mevrouw over waarom het toen zo lang goed is gegaan?

Meneer B. denkt dat het komt door een samenloop van omstandigheden: hij was gestopt met werken en mevrouw woonde al een tijd min of meer zelfstandig in haar eigen huis (als onderdeel van hun beleid om haar zelfstandigheid te vergroten). Door die factoren had hij een goede buffer opgebouwd: 'De accu was weer gevuld.' Meneer had echt zin in de komende levensfase. Ook werd zijn accu veel minder snel weer leeggezogen doordat mevrouw zelf veel pittiger en actiever was: ze kookte regelmatig, ze ontplooidde activiteiten buiten de deur, ze onderhield contacten. Er was veel meer wisselwerking, die over en weer stimuleerde.

Wat denken ze dat de reden is dat het tij weer ongunstig keerde?

Uiteindelijk raakte meneer weer ontmoedigd: alle winst zakte langzaam weer weg en hij kreeg steeds meer de overtuiging dat zijn vrouw ondanks alle inspanningen uiteindelijk niet wezenlijk verder was gekomen. Ze viel terug in haar oude patroon van zichzelf als stom, schuldig en falend te beschrijven. De last kwam weer ten volle op zijn schouders terecht, hetgeen hij steeds minder verdroeg.

Hoe hebben ze de voorgeschreven bedrust ervaren?

We indiceerden de bedrustkuur na een lange periode waarin mevrouw zowel door haar man, de behandelaars als door haarzelf veelvuldig tot activiteit was aangespoord. Daardoor waren de rollen omgekeerd. Daar zaten schijnbaar tegenstrijdige kanten aan: inactiviteit werd van ziekte tot geneesmiddel.

Mevrouw: 'Dat voelde als heel nodig, zeker niet tegenstrijdig, want ik was doodmoe. Ik heb ook erg veel geslapen in die periode, ook al hebben we een paar keer gesmokkeld.'

Meneer: 'Ik stond helemaal achter de keuze die ik toen heb gemaakt: opname bij mij thuis. Maar toen het na de lange goede periode weer bergafwaarts ging, heb ik ook wel spijt gehad dat ik indertijd niet direct gekozen heb voor opname in een kliniek of tehuis, zoals nu binnenkort gerealiseerd gaat worden.'

Werd er met de opname thuis bij meneer eigenlijk een verborgen verlangen van mevrouw vervuld: namelijk het weer gaan samenwonen?

Mevrouw: 'Ja.'

Hebben wij dan niet juist meegewerkt aan voortzetting van mevrouws afhankelijkheid? En hebben ze dat ook als tegenstrijdig ervaren?

Mijn samenvatting van hun antwoorden: Nee, we hebben niet meegewerkt aan haar afhankelijkheid, maar het gaf wel erkenning van haar beperkingen. Dat voelde zeker niet tegenstrijdig.

Was het erkennen van de Ontreddering als geduchte kracht een zinvol hulpmiddel om meer samen tegen een van buiten komende kracht te kunnen strijden in plaats van tegen iets in mevrouw zelf?

Beiden: 'Ja, die manier van denken gaf houvast in een tijd waarin niets meer houvast leek te geven. Dat was erg prettig en zinvol.'

Is er ooit opnieuw een rustkuur gedaan?

Dat bleek zo te zijn, op initiatief van de huisarts, maar dat had totaal niet dezelfde waarde omdat mevrouw toen allang weer bij haar man woonde en er dus geen wezenlijke stap mee gemoeid was.

Het was bijzonder om na tien jaar zo met hen te kunnen terugkijken. Ook zij vonden het een goed gesprek. Mevrouw B. was gewaarschuwd door haar huidige behandelaars dat het niet goed voor haar zou zijn als alles weer zou worden opgerakeld, maar die vrees bleek ongegrond.

Beschouwing

De antwoorden na tien jaar zijn ontvullend: de beschreven veranderingen, vooruitgang en winst in levenskwaliteit zijn niet behouden. Mevrouws situatie verschilt niet wezenlijk van de toestand waarin ze, meer dan twintig jaar geleden, voor het eerst hulp vroeg. Haar echtgenoot heeft het nog steeds moeilijk met het afhankelijke appel van zijn vrouw. Wel is het hem gelukt om, naast de zorg voor zijn echtgenote, iets meer toe te komen aan zijn eigen interesses en bezigheden. Ook is er uitzicht op een blijvende verbetering van hun situatie, zij het dat hun samenwonen daarmee is beëindigd.

In het oorspronkelijke artikel bespraken we het 'paradoxaal congruente' karakter van de paradox: hoezeer we ook hadden gewenst dat de paradox het hart van het verhaal zou zijn, toch hebben we de paradoxale momenten zonder uitzondering als congruent ervaren, als de meest logische consequentie van het verloop van de gebeurtenissen die

ook als congruente beslissingen met het echtpaar werden besproken. Treffend is dat dit geheel overeenkomt met de ervaringen van onze cliënten: zelfs op expliciete vragen naar eventuele ervaren tegenstrijdigheden meldden ze dat ze het beleid als helder, logisch en zinvol hebben ervaren.

De noodzaak van maatschappelijke verantwoording van wat wij als psychologische hulpverleners doen, heeft geleid tot veel onderzoek naar evidence based behandelingen, waarin helaas onevenredig veel aandacht is voor vergelijkend onderzoek van methoden en technieken en weinig oog voor de factoren die veel zwaarder blijken te wegen. Ook wij waren in het oorspronkelijke artikel vooral methodiekgericht in onze bespreking. In het onderstaande verlaat ik de methodiekgerichte focus en beschouw ik de interventies van toen vanuit het perspectief van de 'gemeenschappelijke factoren'. Uit uitgebreide meta-analyses van veertig jaar psychotherapieresultaatonderzoek komen de gemeenschappelijke factoren naar voren, ook wel specifieke factoren genoemd, die de werkzaamheid van psychotherapie bepalen (Duncan, Miller & Sparks, 2004; Hubble, Duncan, & Miller, 1999; Wampold, 2001). Deze gemeenschappelijke factoren blijken onafhankelijk te zijn van de theoretische oriëntatie en professionele discipline van de behandelaar. Onderscheiden worden: cliëntfactoren, de therapeutische alliantie, verwachting en methodiek.

Cliëntfactoren

De mogelijkheden van de cliënt en de invloed van buiten de therapie gelegen factoren zoals werk, steunsysteem en dergelijke bepalen voor ongeveer 40% het resultaat van een therapie.

Therapeutische alliantie

De door de cliënt ervaren kwaliteit van de therapeutische relatie bepaalt voor ongeveer 30% het resultaat van een therapie.

Verwachting en hoop

De verwachting en hoop van de cliënt en het vertrouwen van de cliënt in de methode bepalen voor ongeveer 15% het resultaat van een therapie.

Methoden, modellen of technieken

Het resultaat van een therapie wordt voor een bescheiden 15% bepaald door het gehanteerde model, de methode of techniek. Van deze 15% wordt meer dan tweederde deel bepaald door het geloof en enthousiasme van de therapeut in/over de gekozen methode. Dit betreft dus niet de intrinsieke werkzaamheid van de methodiek op zich.

De indeling en groepering van de gemeenschappelijke factoren wisselt per auteur en de genoemde percentages zijn gemiddelden, omdat de verschillende onderzoeken verschillende percentages opleveren. Opvallend is dat de percentages verschuiven naarmate de publicatie recenter is: het gewicht van de cliëntfactoren en de therapeutische alliantie stijgt verder en het aandeel van modellen en technieken daalt verder. Een belangrijke conclusie die door genoemde auteurs uit de meta-analyses wordt getrokken is dat alle methoden ongeveer even effectief blijken te zijn: de

behandelde cliënt is er beter aan toe dan 80% van de niet-behandelde mensen. Dat is een forse verbetering: 1 standaarddeviatie meer dan het gemiddelde. Overigens zou het een denkfout zijn om uit deze gegevens te concluderen dat modellen niet belangrijk zijn. Modellen zijn belangrijk omdat zij de weg vormen waarlangs de gemeenschappelijke factoren hun werk doen. Veel modellen bieden strategieën die effectief zijn in het activeren van de gemeenschappelijke factoren (Sprenkle & Blow, 2004). Essentieel is ook dat het model aansluit bij de overtuigingen van de cliënt over hoe verandering kan plaatsvinden.

In een poging om uit de antwoorden uit de gezamenlijke terugblik gemeenschappelijke factoren te distilleren, kom ik tot het volgende:

- De factoren die het beloop hebben bepaald na het stoppen van de behandeling betreffen cliëntfactoren.
- De bedrustkuur bevatte methodiekfactoren, cliëntfactoren en alliantiefactoren.
- De opname thuis bevatte alle gemeenschappelijke factoren.
- Het introduceren van de Ontredding bevatte methodiekfactoren, verwachting en hoop (voor cliënten en behandelaars) en alliantiefactoren.
- Het mislukken van de herhaalde bedrustkuur berust vooral op cliëntfactoren en betrof een methodiekfactor.

In het licht van de gemeenschappelijke factoren en de antwoorden uit de gezamenlijke terugblik is aannemelijk dat de positieve werking van onze paradoxale interventie vooral lag in het feit dat die ons geholpen heeft de Ontredding te overwinnen. Daardoor zijn we opnieuw in onze methode gaan geloven. Ons enthousiaste vertrouwen dat we de impasse konden doorbreken heeft de verwachting en hoop vergroot, zowel bij de cliënten als bij ons. Het verdere beloop blijkt bovenal bepaald door cliëntfactoren. De duurzaamheid van de impact van onze interventies blijkt dus beperkt, maar het feit dat mevrouw B. haar wankele bestaan ruim twee jaar lang als sterk verbeterd heeft ervaren, was natuurlijk wel winst – ook al kijken wij als hulpverleners liever terug op blijvende veranderingen.

Verder zijn er ook na de terugval perioden geweest waarin het beter ging. Meneer heeft de winst in ieder geval gedeeltelijk weten vast te houden en in de nabije toekomst gloort voor beide partners nieuwe hoop. Van geen enkel ingrediënt van onze interventies is aannemelijk geworden dat de werkzaamheid ervan zuiver aan de methodiek heeft gelegen. Wel heeft de focus op en ons geloof in de methodiek ons gemotiveerd, en is daarmee een belangrijke factor geweest die de gemeenschappelijke factoren heeft helpen activeren. De bevinding dat het geloof van de behandelaar in een methode sterker bijdraagt aan het therapieresultaat dan de intrinsieke werkzaamheid van die methodiek op zich, is overigens alweer de volgende paradox: het geloof in een factor van ondergeschikt belang maakt dat belang groter...

Zo werkt de paradox zich telkens weer onder het stof uit, in de zekerheid er vervolgens weer onder te geraken.

Abstract

Ten years after a successful paradoxical intervention, published in this quarterly, the author, together with his clients, looks back on what's remained of the achieved gains. The results

prompt humility. While the previous article focused on method and technique, the author now discusses the then interventions in the light of the findings of recent research on the so-called 'common factors' in psychotherapy after having reviewed those findings.

Referenties

- Duncan, B.L., Miller, S.D., & Sparks, J.A. (2004). *The Heroic Client: A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass; Revised edition.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., & Miller, S.D. (1999). *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. American Psychological Association.
- Sprenkle, D.H. & Blow, A.J. (2004). *Common factors and our sacred models*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129.
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W.W. Norton.
- Wolff, J.J. & Brak, C.E. (1998). De paradox uit het stof? *Directieve Therapie*, 18(4), 323-339.