



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## Motiveren en de kracht van de paradoxale houding

Alfred Lange, Evelien van Leeuwen, Nellie Stiny en Carlijn Sanders

---

**SAMENVATTING** Dit artikel beschrijft de ultrakorte behandeling van een vrouw met chronische paniekstoornis met agorafobie, die voor haar klachten in het verleden vele jaren in behandeling was geweest. De huidige behandeling bestond uit exposure, maar de motiverings-technieken en de impactvergrotenende factoren hebben waarschijnlijk in sterke mate bijgedragen aan het resultaat.

---

### Inleiding

Ongetwijfeld heeft cognitieve gedragstherapie zich voor diverse stoornissen positief bewezen. Dit neemt niet weg dat de onderzochte behandelprotocollen soms ietwat saai zijn, nogal omslachtig en daardoor niet zo motiverend. Een vleugje directieve therapie in de protocollen zou geen kwaad kunnen. Het is wel zo plezierig om het eens een tikje anders te doen; hier en daar wat weglaten en het een en ander toevoegen.

In deze bijdrage geven wij daarvan een voorbeeld: het gaat om een behandeling van paniekstoornis met agorafobie.

Een hoogopgeleide buitenlandse vrouw die meer dan tien jaar niet zonder begeleiding haar huis uitkomt

Mevrouw Aladian (40 jaar) komt uit Tunesië. Zij is ruim tien jaar geleden naar Nederland gekomen. De overgang heeft zij als moeilijk ervaren. Zij heeft hiervan nog steeds last. Bovendien heeft zij lichamelijke klachten (hartkloppingen en duizelingen). Dit alles heeft bij haar geleid tot ernstige paniekaanvallen, met navenante agorafobie. Bij

PROF. DR. A. LANGE is verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. E-mail: a.lange@uva.nl.  
E.H. VAN LEEUWEN, N.L. STINY en C.M.A.A. SANDERS zijn stagiairs klinische psychologie bij de Programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

aanmelding zijn er zo'n jaar of tien verstreken zonder dat er iets is veranderd in haar somatische en psychische toestand.

Als zij zich aanmeldt, heeft zij diverse cognitieve gedragstherapieën achter de rug. Deze behandelingen bestonden uit uitdagen en pogingen tot exposure. Op het moment van aanmelden is zij gestopt met de behandeling in een Amsterdamse GGZ-instelling en staat zij op de wachtlijst voor een vervolgbehandeling in dezelfde instelling.

Wie nu denkt dat het hier om een lastige, weerbarstige, ongemotiveerde dame gaat, heeft het volledig mis. Mevrouw Aladian is een buitengewoon vriendelijke, serieuze, intelligente en hoogopgeleide vrouw. Met haar echtgenoot is ook niks mis, of het zou moeten zijn dat hij te aardig is. Hij poetst veel voor haar weg. Zij hoeft de straat nergens voor op. Als zij bang is om alleen thuis te zijn (een van haar angsten), zorgt hij dat dit niet nodig is; hij blijft thuis of zorgt voor 'oppas'. Voor de systeemdenkers: het is niet aannemelijk dat hun verhouding de klachten van mevrouw en de acties van meneer nodig heeft. In die zin lijken de klachten niet functioneel. Het lijkt veeleer dat ze in mevrouw zelf zijn verankerd. Ze denkt erg veel na, vooral over wat er allemaal fout kan gaan.

In de voorgaande behandelingen kon mevrouw het goed vinden met haar hulpverleners. Die sloofden zich uit. Na zo'n 20 tot 30 sessies hielden ze er mee op, want mevrouw verbeterde niet. Zij had zich namelijk in haar hoofd gezet dat de theorieën waarmee behandelaars haar bestoken, mooi en wel zijn, maar 'zij is een apart geval, de hartkloppingen zijn in haar geval wel degelijk de voorbode van lichamelijke catastrofes, wat de hulpverleners ook zeggen.'

#### De aanmelding van mevrouw Aladian

Mevrouw heeft van vorige behandelaars gehoord dat de therapeut bij wie zij zich nu aanmeldt, veel ervaring heeft met 'gevallen' zoals zij. Dat is mooi meegenomen. De therapeut kapitaliseert hierop. Al bij de telefonische aanmelding vertelt hij mevrouw dat hij er niets voor voelt om over te doen wat bekwame, integere behandelaars vóór hem al hebben gedaan. Bovendien heeft hij een wachtlijst van drie maanden. Hij wil wél een experiment met haar doen. Hij biedt haar één verkennende sessie aan op korte termijn. Als het lukt om in die sessie tot een zinnig behandelcontract te komen, dan zullen er twee sessies aan worden toegevoegd, waarvan de eerste drie maanden later zal zijn. De therapeut zal haar 'gereedschap' geven om van haar angsten en fobie af te komen. Het is háár verantwoordelijkheid om dit optimaal te benutten. Als het in die twee sessies niet lukt, dan is dat jammer, maar er zal geen vervolg zijn. Mevrouw accepteert dit aanbod.

### De ultrakorte behandeling van mevrouw Aladian

Bij aanmelding scoort mevrouw in vergelijking met de landelijke bevolking zeer hoog op de agorafobieschaal van de SCL-90 (schaalwaarde 14, Arrindell et al., 2003). De eerste sessie is gewijd aan contact, contract en voorbereiding/priming.

Het *contact* wordt door de therapeut gelegd door interesse te tonen voor de achtergrond van mevrouw (buitenland, familie, opleiding). Het kost de therapeut weinig moeite haar te complimenteren met haar intelligentie, sensitiviteit en zorgvuldigheid. De laatste twee eigenschappen kunnen – aldus de therapeut – ook een nadeel zijn, omdat ze haar verleiden tot overmatig bezig zijn met wat er mis kan gaan.

Het *behandelcontract* staat in het teken van wat aan de telefoon is afgesproken. Eerst worden de kernpunten van het programma doorgenomen. De therapeut heeft goede argumenten voor zijn op exposure gerichte aanpak: in het verleden heeft mevrouw immers veel gepraat met haar behandelaars, maar uiteindelijk nooit consequent de oefeningen uitgevoerd. Daardoor heeft ze nooit kunnen ervaren dat de zo gevreesde gevolgen van een aanval niet optreden. Nu gaat ze die gelegenheid wel krijgen. Als ze die niet grijpt, zal ze door moeten gaan met het leven met paniekaanvallen en, nog erger, met de beperking door de agorafobische angsten. Hij legt alvast 'in de week' wat hij haar dan in de volgende sessie gaat vragen aan oefeningen: zoals alleen de straat op gaan, alleen naar het park gaan, alleen picknicken in het park, alleen winkels bezoeken, alleen thuisblijven. In goede directieve traditie zit de elegantie in het paradoxale tintje dat nu al wordt aangebracht:

'Als u oefent, kan het zijn dat u helemaal geen aanval krijgt. Maar eigenlijk zou het juist heel goed zijn als u die wel krijgt, omdat u dan kunt oefenen met de ademhalingsoefeningen. U zult dan merken dat alle verdere gevolgen waar u zo bang voor bent, uitblijven.'

Mevrouw ziet de ernst. Zij is doordrongen van 'deze kans'. De therapeut vraagt of ze het nu ook gaat dóén. Ja, ze gaat het proberen... De therapeut vindt dit niet voldoende. Mevrouw zegt bang te zijn dat het zwaar zal worden. De therapeut is het eens met haar inschatting en hij is vol begrip. Hij legt nog eens uit waarom het ook zwaar móét zijn, en dat zij dit alleen kan doen als zij er helemaal achter staat. 'Proberen' is niet genoeg. Daarom raadt hij haar aan om nu geen

beslissing te nemen. Zij mag erover nadenken. De volgende sessie zal pas over drie maanden zijn

Mevrouw aarzelt. Ze wil toch eigenlijk wél beginnen, ze wil zichzelf bewijzen dat ze nu genoeg gemotiveerd is om ook moeilijke opdrachten uit te voeren. De therapeut remt haar niettemin af. Hij wil pas starten als zij een en ander goed op zich heeft laten inwerken. Mevrouw gaat akkoord, maar zegt al dat zij dan toch alvast gaat oefenen. De therapeut gaat hiermee op zijn beurt akkoord en signaleert dat zij daarmee nu verder gaat dan de therapeut. Deze benadrukt immers dat de komende drie maanden een bezinningsperiode vormen en dat de definitieve beslissing over de behandeling pas volgende keer valt.

Zoals afgesproken, heeft de volgende sessie drie maanden later plaats. Mevrouw Aladian heeft fors geoefend, meer dan ze zelf had verwacht. Ze is trots op zichzelf en nu is ze wel vastbesloten. Ze gaat het programma helemaal uitvoeren!

De oefeningen kunnen nu concreet worden vastgesteld. Ze gaat minimaal één keer per dag alleen de straat op. Als het weer het toelaat (het is zomer) zal zij minimaal één keer picknicken in het park. Zij gaat ook oefenen met boodschappen doen en alleen thuis zijn. Ze stelt elke dag een oefenplan op voor de komende dag. Ze mag ook meer doen dan is afgesproken.

Twee maanden later vindt de derde en laatste zitting plaats. Ze heeft zich volledig aan haar schema gehouden, ze heeft het zelfs uitgebreid en is opgetogen. Ze vertelt over een interessante ervaring: bij een van haar wandelingen richting park meende ze verschijnselen van een paniekaanval te ervaren. Ze overwoog om terug te gaan. Toen ze eraan dacht dat de therapeut dit had voorspeld, en erbij had gezegd dat het juist mooi zou zijn als ze die aanval kreeg, besloot ze door te lopen. De verschijnselen zakten weg. Ze is apetrots.

Ze vindt dat ze nu een normaal leven leidt: ze doet haar boodschappen in haar eentje, gaat naar het park, is alleen thuis. Ze heeft geen enkele paniekaanval meer gehad. Therapeut en cliënte zijn het eens: zij is genezen.

#### Follow-up

Een halfjaar later neemt een medewerker van de therapeut een follow-upmeting af bij mevrouw. Haar score op de agorafobieschaal van de SCL-90 is nu 8 (zeer laag voor de landelijke bevolking). Ze heeft geen

enkele paniekaanval meer gehad, voelt zich nergens in beperkt en leeft een normaal leven. Zelfs op vakantie in Oostenrijk durfde ze het – toen zij ziek was en de familie op pad wilde gaan – aan om alleen in het afgelegen vakantiehuis te blijven. Binnenkort gaat ze in haar eentje per trein naar Brussel.

### Bespreking

De behandeling lijkt enigszins op de 'single session therapy' van Talmon (Talmon, 1990). Het verschil ligt hem in het gebruik van de priming-sessie vooraf en de follow-ups achteraf. Hoewel je vanuit één casus uiteraard niet kunt generaliseren, is het interessant om je af te vragen welke delen van de behandeling mogelijk hebben bijgedragen aan het effect. We noemen er enkele:

1. De telefonische intake maakte het voor cliënte al duidelijk dat het deze keer niet bij praten zou blijven, dat ze 'aan het werk' zou gaan. Bovendien werd er over een experiment gesproken. Als het niet zou slagen, zou er geen vervolg komen. Daarbij was het duidelijk dat de keuze aan haar was: doorgaan met het soort therapie waaraan ze gewend was of nu echt een prestatie leveren. Aan de telefoon koos mevrouw al voor het laatste. Zoals zo vaak, de behandelingsstrategie begon bij de aanmelding.
2. Het eerste gesprek had een hoog judogehalte (Lange, 2006, paragraaf 3.9). De therapeut nam, zonder 'aan haar te trekken', geen genoegen met haar voornemen om 'het te gaan proberen'. Vanaf dit moment moest mevrouw als het ware de therapeut overhalen om het plan te gaan verwezenlijken. Zij 'mocht' als ze dat wilde alvast gaan oefenen...
3. De aanpak is mede gebaseerd op het principe dat het veel motiverender is om iets te doen dat als moeilijk wordt bestempeld dan iets dat door de therapeut als simpel wordt voorgesteld (Van der Velden & Van Dijck, 1977). Bovendien was er een scala aan andere motiveringstechnieken en impactverhogende technieken (vgl. Lange, 2006, subparagraaf 3.7 en 3.8): hoop geven, complimenteren, positief etiketteren, invoegen, vertrouwen in de goede afloop, keuzes laten, zorgen voor betrokkenheid, uitleg, nieuwsgierig maken enzovoort. Hier komt het motiveren door de 'horror' nog bij: het is nu of nooit – nu echt aan het werk of anders je leven lang doormodderen met gepraat over de klachten. Het contact maken, het serieus nemen, de empathie, de waardering voor haar sterke kanten en de uitleg van het programma mag men zien als noodzakelijke voorwaarden om de horroortechniek te kunnen gebruiken.

4. De paradoxale kant – ‘het is te hopen dat je een aanval krijgt’ – is niet te verwaarlozen (Lange, 2006, paragraaf 10.5). Het verlaagde de drempel om te oefenen, de angst nam er juist door af. Ook in het Interapy behandelprotocol voor agorafobie hebben wij hiermee goede ervaringen (Lange et al., 2007). Het is voor het eerst dat we ongevraagd van een cliënte te horen krijgen dat het precies heeft gewerkt zoals we hopen dat het werkt.
5. De behandeling is vooral gericht op de cognitieve kant: het gaat om de ervaring dat de paniek over zal gaan of helemaal niet zal optreden, ook al heeft ze angst en zijn er verschijnselen. Dit is in overeenstemming met de opvatting dat het niet zozeer gaat om het oproepen van angst en de daaropvolgende habituatie, als wel om verandering van cognities (Van den Hout, 1996).
6. De setting zal ook wel hebben bijgedragen: de therapeut was bij mevrouw bekend als een autoriteit. Dat maakte het gemakkelijker om het behandelcontract zo scherp neer te zetten. Dit neemt niet weg dat ook niet-bekende behandelaars een werkwijze die getypeerd wordt door adequate uitleg, complimenteuzen houding en duidelijke keuzes, met succes kunnen hanteren.

Het moge ten slotte duidelijk zijn: dit is geen pleidooi voor een behandelprotocol dat bestaat uit drie sessies. Het geeft behandelaars wel aanknopingspunten hoe ze bestaande behandelprotocollen op een maximaal effectieve manier kunnen gebruiken.

---

ABSTRACT The article describes the extremely short treatment of a woman suffering from chronic panic attacks with severe agoraphobia, who had been treated previously for many years. The present treatment comprised exposure, but the motivating techniques and impact enhancing approach did probably contribute heavily to the outcome.

---

#### Referenties

- Arrindell, W., Ettema, H., Groenman, N., Brook, F., Jansen, I., Slaets, J., Hekster, G., Derksen, J., Ende, J. van der, Land, Hofman, & K., & Dost, S. (2003). De groeiende inbedding van de Nederlandse SCL-90-R. *De Psycholoog*, 38(11), 576-582.
- Hout, M. van den (1996). Exposure: hoe en waarom het werkt. *Directieve Therapie*, 16(4), 308-315.
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen. Cognitieve gedrags- en systeemtherapie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

- Lange, A., Ruwaard, J., Schrieken, B., Broeksteeg, J., Tienhoven, S. van, Jager, J., & Emmelkamp, P. (2007). Geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie van klinische en subklinische paniekstoornis, via het internet: de behandeling en de resultaten van een gecontroleerde gerandomiseerde trial. *Directieve Therapie*, 27(2), 73-105.
- Talmon, M. (1990). *Single Session Therapy: Maximizing the Effect of the First (and Often Only) Therapeutic Encounter*. New York: Jossey Bass.
- Velden, K. van der, & Dijck, R. van (1977). Motiveringstechnieken. In: K. van der Velden et al., *Directieve therapie. Vol 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus (Hoofdstuk 27, subparagraaf 27.2.5).