

Basismethodiek 'Psychosociale Therapie': ontwikkeling en kern

Sjef de Vries

Inleiding

De ontwikkeling van een basismethodiek voor een zo gedifferentieerde doelgroep als het Maatschappelijk Werk is naast een gewaagde onderneming ook een unieke. Zeker wanneer we zien dat de huidige trend in de methodiek ontwikkeling is, specifieke methodieken voor specifieke doelgroepen. Het gevaar van een basismethodiek is dat zij zulke algemene uitspraken, richtlijnen en werkwijzen beschrijft dat deze nietszeggend worden. De opdracht die wij ons gesteld hebben is om algemeen geldende uitgangspunten in de hulpverlening theoretisch uit te werken en te concretiseren in praktisch handelen.

In deze bijdrage wordt de ontstaansgeschiedenis en de kern van de basismethode 'Psychosociale Therapie' beschreven. (1)

Waarom een Basismethodiek?

Het maatschappelijk werk (MW) heeft altijd gesteund op een basismethode. Het social casework, het taakgericht casework zijn daar voorbeelden van. Dat is niet zonder reden.

Het (A)MW wordt dagelijks geconfronteerd met een grote diversiteit aan cliënten en aan materiële, sociale, persoonlijke en relationele problemen en combinaties daarvan. De cliënt vraagt om een integrale aanpak van deze problemen. Hij ervaart ze als één geheel en hij heeft moeite met de behandeling van elk probleem apart door een andere, daarin gespecialiseerde hulpverlener. Een dergelijk gesplitste hulpverlening levert ook de hulpverleners zelf grote problemen op gezien het ontstaan van case managers en de betwifelbare effectiviteit daarvan (Stikker 1989). Het hanteren van specifieke methoden voor ieder apart probleem levert de generalistische werkende mw-er conflicten op ten aanzien van zijn:

1. *Houding*. De houding die in bijvoorbeeld Video-hometraining gebezigd wordt, is een wezenlijk andere dan die welke in het social casework gebruikelijk is.

2. *Visie.* De visie op het ontstaan en verhelpen van problemen van bijvoorbeeld de systeemtheorie botst met bijvoorbeeld die in het driesporenbeleid bij incest en de vrouwhulpverlening.

Zowel vanuit de vraag van de cliënt als vanuit de eisen die het generalistische en integraal werken stelt is er dus een noodzaak aan een basale visie, waarin de diverse probleemgebieden en hun samenhang inzichtelijk gemaakt kunnen worden en aan een basale werkhouding waarmee ze tegemoet getreden kunnen worden op de verschillende hulpverleningsniveau's; advies, dienstverlening, begeleiding, therapie.

De ontwikkeling van de basismethodiek

Voorgeschiedenis

Vanaf 1983 organiseerde het Kempler Instituut Nederland (K.I.N.) in samenwerking met de toenmalige landelijke organisatie voor het A.M.W. (de Joint) jaarlijks 2 nascholingscursussen. Deze nascholingen bleken vanwege de gehanteerde methode en manier van nascholen bijzonder aan te slaan. De gehanteerde methode was de Ervaringsgerichte Gezinstherapie zoals die door Walter Kempler (1974, 1982), één van de pioniers van de gezinstherapie, ontwikkeld is. Hij ontwikkelde zijn werkwijze (en dat is opmerkelijk) vanuit zijn eerstelijnswork als huisarts (De Vries 1989). Zijn werkwijze bevat de essentiële uitgangspunten die de basis vormden voor de hier beschreven basismethodiek.

Samengevat zijn deze: een persoonlijke houding van de therapeut, een relationele visie op het ontstaan en verhelpen van problemen en een a-historische, a-technische, ervaringsgerichte en concrete aanpak van de problemen d.m.v. de hier-en-nu interactie in het systeem (De Vries 1987).

In de evaluatieve gesprekken tussen het K.I.N. en de Joint werden de volgende lacunes in de werkwijze van veel maatschappelijk werkers gesignaleerd. Allereerst het ontbreken van de hierboven aangestipte basale visie en houding nodig voor een integrale werkwijze. Daarnaast het veelal ontbreken van een persoonlijke, ervaringsgerichte houding in de hulpverlening, het gebrek aan vaardigheden in het behandelen van relationele contexten en het gemis aan een actief-structurende manier van leidinggeven aan het hulpverleningsproces. Dit was aanleiding voor de Joint om ten behoeve van hun beleid met betrekking tot nascholing het K.I.N. te verzoeken een project 'Nascholing maatschappelijk werk: psychosociale therapie' op te zetten. Daarmee koos de Joint om de invulling van de door hen onderzochte nascholingsbehoefte vorm te geven via de praktijk en niet vanachter het bureau.

De opdracht van het driejarig project was tweeledig:

- aanbevelingen doen met betrekking tot inhoud en vormgeving van de nascholing voor het maatschappelijk werk met betrekking tot de psychosociale hulpverlening;

- het ontwikkelen van een methodiek: psychosociale hulpverlening, uitmondend in een handboek en een video-instructieset.

Deze opdracht moet ook gezien worden binnen de context van de toen en nu nog steeds bestaande discussie over de plaatsbepaling van de psychosociale hulpverlening als taak binnen het maatschappelijk werk en de afbakening van deze taak ten opzichte van bijvoorbeeld thuiszorg en Riagg's.

De introductie van het projekt, de begeleiding ervan en de implementatie van de resultaten waren de taken van de Joint en een begeleidingscommissie.

Hiermee hebben we kort de eerste fase van de ontwikkeling van een methodiek, de vraagspecificatie omschreven. (Hesser 1993).

Nadere specificatie van de doelgroep

De tweede fase van een methodiekontwikkeling bestond uit een analyse van de inhoudelijke eisen die het maatschappelijk werk aan psychosociale hulpverleningsmethoden stelt. Het betref verder een analyse van de gebruikers van het maatschappelijk werk, een analyse van de manier waarop maatschappelijk werkers leren en een plaatsbepaling van de Psychosociale hulpverlening van het maatschappelijk werk (Hesser 1993). Door deze analyses uit te voeren zou een precieze afstemming van de methode en nascholing op inhouds-, taak- en beleidsaspecten die in het veld leefden mogelijk zijn.

Analyse van criteria met betrekking tot de inhoud van de methode

In de hulpverlening wordt een grote diversiteit aan methodieken gebruikt zonder dat altijd afgevraagd wordt of deze passen binnen de doelen, taken en waardeoriëntatie van het veld. Persoonlijke interesse en training zijn vaak de reden dat bijv. gestalttherapie, body-work, rationeel-emotieve-therapie, transactionele analyse als behandelingsmethoden gehanteerd worden. Er bestonden geen inhoudelijke criteria om te bepalen of een bepaalde methodiek al dan niet past binnen de te bieden hulpverlening. In de nota 'Inhoudelijke criteria' (Bouwkamp, De Vries 1989) hebben we een poging gedaan om criteria te ontwikkelen waarmee de inhoud van de maatschappelijk werk- methodieken met betrekking tot psychosociale hulpverlening beoordeeld kon worden.

Deze criteria werden bepaald aan de hand van:

- het doel van het maatschappelijk werk;
- de functie van het maatschappelijk werk;
- de kenmerken van het maatschappelijk werk.

Deze criteria staan beschreven in het 'Beroepsprofiel van de Maatschappelijk Werker' (1987) in de nota 'AMW een nadere kennismaking' (1985) in de 'takenlijst van het AMW' (1983) en in de nota 'Methodiekontwikkeling' (1987).

De nota werd met een vragenlijst naar belangstellenden, leidinggevend en deskundigheidsbevorderaars verstuurd om commentaar. Men kon zich in grote meerderheid in het

voorgestelde vinden en enkele van hun kanttekeningen werden verwerkt in de definitieve versie. Inmiddels zijn deze criteria geaccepteerd als 'Criteria voor de beoordeling van de opleiding en nascholing AMW' (1989) en voor gebruik aanbevolen aan opleidingen, supervisors, post-HBO en andere nascholingsinstellingen. Hiermee creëerden we niet alleen criteria waaraan de nascholingsexperimenten van het project moesten voldoen, maar ook de criteria waaraan we onze basismethodiek konden evalueren.

Analyse van de 'leerstijl' van de MW'er

Inzicht in de vraag hoe aan maatschappelijk werkers kennis en vaardigheden overgedragen moeten worden was noodzakelijk, zowel voor de experimentele nascholingen als voor de bepaling van de overdrachtsfacetten. Door leerstijl en eindproduct op elkaar af te stemmen zou het effect aanzienlijk verhoogd en de implementatie vergemakkelijkt worden. De leertheoretische concepten van Kolb (1984) hebben ons daarbij geholpen.

Vanuit zijn onderzoek naar algemene leerprincipes beschrijft hij zijn onderzoek naar o.a. de leerstijl van de maatschappelijk werker. Deze kan gekarakteriseerd worden als:

- maatschappelijk werkers leren via concrete ervaringen door het aangaan en omgaan met menselijke situaties op een persoonlijke manier;
- intuïtief aanvoelen i.p.v. denken en intuïtief handelen i.p.v. systematische wetenschappelijke benadering van het handelen;
- het leren via concreet, actief experimenteren met alternatieven; het gaat daarbij om praktisch leren toepassen i.p.v. reflexief begrijpen;
- het reflexief begrijpen, abstraheren en generaliseren.

De hier beschreven nadruk op ervaring, praktisch handelen en theorie zijn medebepalend geweest voor de inhoud van de eindprodukten. Zo is bijvoorbeeld het praktijkgedeelte van het eerder genoemde Handboek doorspekt met zo concreet mogelijk beschreven praktijkgevallen, met beschrijvingen van reële ervaringen van maatschappelijk werkers en zijn ondersteunende theoretische concepten naar concrete alledaagse processen vertaald.

Daarnaast bevestigde deze analyse onze praktijkervaringen uit de eerdere nascholingen. Nascholingen aan maatschappelijk werkers dienen ervaringsgericht, persoonlijk en praktisch te zijn, zodat een integratie van de nieuwe vaardigheden en inzichten op een persoonlijke manier tot stand kan komen.

Analyse van de doelgroep van het maatschappelijk werk

In een analyse van de gebruikers van een methode mogen de uiteindelijke gebruikers, de cliënten niet ontbreken. In het artikel 'Psychosociale hulpverlening als taak van het maatschappelijk werk' (De Vries 1990) werd een nader literatuuronderzoek uitgevoerd naar verscheidene aspecten. Enkele bevindingen van deze analyse kunnen we als volgt samenvatten. De cliënten van het maatschappelijk werk komen voornamelijk uit de lagere sociale klassen. Zij komen vaak met een cluster van materiële, sociale en (inter)persoonlijke problemen die elkaar onderling beïnvloeden. Het hebben van problemen is omgeven

met schaamte. Problemen worden gezien als veroorzaakt door factoren buiten de cliënt zelf (externe oriëntatie) als behorend tot een morele categorie in plaats van een psychisch en als welhaast onveranderbaar. Het praten over persoonlijke problemen is voor hen ongewoon en staat niet in functie van het teweegbrengen van veranderingen. Zij verwachten van de hulpverleners een persoonlijke houding, concrete hulp en een actieve sturende begeleiding gedurende een korte tijd.

Deze analyse maakte ons duidelijk waarom juist deze doelgroep zich vaak niet geholpen voelt door hulpverleners die een methode hanteren die uitgaat van een interne oriëntatie (problemen vinden hun oorzaak in de persoon zelf) zoals Social Casework en de psychotherapeutische behandelingen die een exclusieve intrapsychische kijk op problemen hanteren. In recentelijk onderzoek in Riagg's wordt dat nog eens bevestigd (Van der Sande e.a. 1992, p. 178).

In onze basismethodiek is er daarom veel aandacht besteed aan het probleem-/symptoomgericht werken en het persoon/proces gericht werken als opeenvolgende fasen in de hulpverlening. Dit is o.a. van belang om de externe kijk op problemen om te buigen naar een interne welke meer nadruk legt op eigen verantwoordelijkheid voor de situatie. De analyse wierp ook een helder licht op onze praktijkervaringen dat onze methode goed aanslaat bij deze cliëntengroep. Hun behoefte en onze werkwijze; persoonlijk, concreet, sturend en kortdurend, passen bij elkaar.

Analyse van de positie van de Psychosociale hulpverlening

In hetzelfde artikel werd nader onderzocht hoe de hulpverlening door het maatschappelijk werk zich verhoudt ten opzichte van die van de Riagg. Met name werd het echelonneringsmodel waarin de taak van het maatschappelijk werk als generalistische, begeleidend en die van de Riagg als specialistisch, therapeutisch bepaald is bekeken. Met behulp van onderzoeksresultaten werd aangetoond dat dit model niet als bedoeld functioneert. Echelons bleken niet voor iedereen even toegankelijk, zware problemen bleken vaak juist niet in de 2e-lijn behandeld te worden en er bleek een grote overlap in cliënten, problemen en taken te bestaan. Geconcludeerd werd dat er in de praktijk niet zozeer sprake is van hiërarchische echelons maar meer van parallelle circuits. Een circuit voor voornamelijk de lagere sociale klasse: het maatschappelijk werk en een circuit voor de hogere sociale klasse: de Riagg's. Binnen deze circuits worden bijna alle problemen behandeld en de daarvoor benodigde taken (begeleiding, therapie, zorg) opgenomen. Het later verschenen onderzoek van Friele en Verhaak (1991, 1992) bevestigde in grote lijnen deze bevindingen en liet bovendien zien dat het maatschappelijk werk wel degelijk 'therapie' doet en daar respectabele effecten mee bereikt.

Concretisering, toetsing en implementatie van de basismethodiek

De derde fase van methodiekontwikkeling is het produceren van middelen voor de uiteindelijke overdracht (in ons geval, twee boeken en een video-instructieset) en de toetsing daarvan in de praktijk. In het project hebben we ervoor gekozen om dat gelijktijdig

te doen. Zoals eerder vermeld had het project twee doelen. Naast de ontwikkeling van de methode hadden we ook als taak vorm en inhoud te geven aan nascholing in de psychosociale hulpverlening. Voor deze laatste taak werden vier langdurige (een jaar) experimentele nascholingen gegeven. Deze cursussen (waaraan 80 maatschappelijk werkers deelnamen) hebben we ook gebruikt om onze produkten te toetsen en onze werkwijze te introduceren in het veld en de ontvangst daarvan in te schatten. Dit gebeurde als volgt.

De nascholingscursussen werden door middel van brochures landelijk aangekondigd. Vervolgens werden er drie introductiedagen voor beleidsmakers, staffunctionarissen, deskundigheidsbevorderaars en uitvoerend werkers uitgeschreven. Daarin werd zowel doel en werkwijze van het project als de basismethode en opzet en uitvoering van de nascholingen uiteengezet en bediscussieerd. Gedurende de nascholingen werden bijeenkomsten gehouden waarin de teamleiders van de deelnemers nader geïnformeerd werden over de inhoud en achtergronden van onze werkwijze. Ook werden alle teams van de deelnemers aan de nascholing gedurende anderhalve dag bezocht om zo de vernieuwing een bredere introductie te geven. In de schriftelijke evaluatie van de teamleden werd deze interventie hoog gewaardeerd en meldden zij een positief effect op het team en het eigen handelen.

De toetsing van de methode in ontwikkeling gebeurde als volgt. Delen van het Handboek in conceptvorm werden aan de deelnemers van de nascholing ter becommentariëring voorgelegd. Hun opmerkingen over de inhoud en stijl hebben wezenlijke wijzigingen in de oorspronkelijke plannen teweeggebracht. Gedurende de drie jaar zijn bovendien nauwkeurig de vragen, problemen, obstakels en weerstanden die door de cursisten tijdens het inoefenen van de basismethode naar voren werden gebracht, genoteerd. In het praktijkgedeelte van het Handboek is op de meeste van deze dagelijkse en praktische moeilijkheden ingegaan. Dat dwong ons om concrete en hanteerbare antwoorden te geven op voor maatschappelijk werkers relevante punten. Daardoor is het zowel een heel praktisch deel van het boek geworden als ook een deel waarin de M.W.-er zichzelf en zijn praktijk herkent, hetgeen niet alleen de leesbaarheid maar vooral de overdracht vergemakkelijkt.

Ten slotte konden wij allerlei bijstellingen, toepassingen en nieuwe elementen die wij ontwikkelden, in de nascholing op hun praktische toepasbaarheid uit proberen en op hun waarden toetsen.

De nascholingen werden uitgebreid en schriftelijk geëvalueerd. Er werd navraag gedaan naar het nut voor en de aansluiting bij de huidige beroepspraktijk, naar het effect op het beroepsmatig functioneren en naar de verworven inzichten en vaardigheden. Daarnaast werd expliciet gevraagd in hoeverre de methode en de nascholing beantwoorde aan de van tevoren opgestelde criteria (Bouwkamp, De Vries 1989). De uitkomsten daarvan waren positief tot zeer positief (De Vries, Bouwkamp, 1991).

Implementatie

De eindprodukten werden op een door het NIZW georganiseerde dag aan het veld (docenten, nascholers, beleidsmakers, uitvoerenden) gepresenteerd. De deelnemers aan deze dag ontvingen zowel het Handboek als ook zijn vereenvoudigde, dunnere versie voor gebruik op hoger beroepsopleidingen. De video-instructieset werd verspreid onder instellingen die zich bezighouden met nascholing en begeleiding van maatschappelijk werkers.

Inmiddels worden de eindprodukten in diverse nascholingen en enkele hoger beroepsopleidingen gebruikt. Momenteel worden er plannen gemaakt voor een cursus om die docenten en nascholers te begeleiden in hun overdracht van de methode.

Daarmee is op bescheiden wijze vorm gegeven aan de laatste fase van methodiekontwikkeling: distributie van de produkten en verdere dienstverlening bij de implementatie ervan (Hesser 1993).

De kern van de basismethodiek psychosociale therapie

Wanneer we in het hierna volgende de begrippen therapie en hulpverlening, therapeut en hulpverlener door elkaar gebruiken, is dat met opzet. De scheiding tussen wat therapie is en wie dat mag doen is op inhoudelijke gronden niet te maken; er is nergens een definitie te vinden die het onderscheid bevredigend formuleert. In onze ogen is het de taak van het maatschappelijk werk om, daar waar dat geëigend is therapeutisch te werken. Behandeling of therapie is één van de taken binnen het totale pakket van de integrale hulpverlening door het maatschappelijk werk zoals de praktijk uitwijst.

Therapeutische hulp bestaat voornamelijk uit het voeren van een gesprek. Zoals in elk gesprek spelen er, al dan niet uitgesproken, allerlei gevoelens en gedachten mee. Therapeut en cliënt reageren altijd, of ze dat nu willen of niet, of ze zich dat bewust zijn of niet, als personen op elkaar. De persoonlijke reacties van de therapeut zijn altijd een probleem geweest binnen de hulpverlening. Afhankelijk van de theoretische achtergrond worden ze in verschillende stroming als niet wezenlijk of als potentieel gevaarlijke tegenoverdracht gezien.

Wij hebben het standpunt dat, omdat de gevoelens en ideeën van de therapeut bestaan, hij deze, voor zijn eigen welbevinden en voor de zuiverheid van de relatie, beter openlijk kan bespreken. Wij gaan daarbij nog een stap verder. Het zijn juist deze gevoelens en ideeën die het belangrijkste hulpmiddel zijn van de therapeut om daadwerkelijk nieuwe en concrete ervaringen voor de cliënten te bewerkstelligen. Het inbrengen van persoonlijke gevoelens door de therapeut kan verstoring werken; het achterhouden van die gevoelens werkt zeker verstoring. Het feit dat de persoonlijke reacties een potentieel gevaar zijn betekent voor ons niet dat wij dat daarom uit de weg willen gaan door ze te ontkennen of ze in technisch handelen te willen verstoppen maar juist dat we ermee moeten leren omgaan. Het methodisch hanteren door de hulpverlener van zichzelf als persoon in zijn professionele taak is de rode draad in onze basismethode.

De therapeutische situatie creëert dus zowel een persoonlijke als een professionele,

taakgerichte relatie. Deze vormen de twee elementen van de therapeutische alliantie. Het gaat dus om een persoonlijke relatie die de basis is voor de werkrelatie, waarin de therapeut de leiding neemt over zijn taak; de hulpverlening en de cliënt werkt aan zijn taak; de vormgeving van zijn leven.

Van alle facetten van de hulpverlening die het effect daarvan beïnvloeden zoals leeftijd, sekse, geloof, sociale status van de cliënt en/of therapeut, zoals de zwaarte van de problemen of de gehanteerde methode, blijkt de therapeutische alliantie de meest bepalende factor te zijn (Garfield, Bergin 1986). De invloed van technieken, methodieken op het effect van de hulpverlening is klein, 15%. De invloed van de werkrelatie in combinatie met de methodiek is daarentegen verantwoordelijk voor 60% van het effect (Alexander e.a. 1976).

Het is dan ook niet verbazingwekkend dat het groots opgezet researchproject van Luborsky (e.a. 1975) geen wetenschappelijke gronden vond voor het toewijzen van specifieke problemen en aan specifieke methoden. Bepaalde cliënten bleken baat te hebben bij alle methoden.

Een basismethodiek dient zich ons inziens te richten op het fundament van de hulpverlening; de therapeutische alliantie (zie verder Bouwkamp & De Vries 1992).

Het creëren en onderhouden van deze alliantie hebben wij Persoonlijk Leidinggeven genoemd. Wij hebben die geconcretiseerd in een vorm van therapeutische communicatie die we Betrokken Rechtstreekse Communicatie noemen.

Deze Betrokken Rechtstreekse Communicatie zien wij als de Basishouding van de therapeut. Deze basishouding wordt ondersteund door een Basisvisie op het ontstaan en verhelpen van problemen.

Achtereenvolgens zullen we deze begrippen nader uitwerken om af te sluiten met een schema waarin het praktisch handelen vanuit deze houding en visie in de verschillende hulpverleningsfasen wordt uiteengezet. (Het een en ander kan hier slechts in versimpelde vorm worden weergegeven. Voor de belangstellenden zullen wij tussendoor verwijzen naar de hoofdstukken in het Handboek waarin het desbetreffende facet uitgebreider uiteengezet en onderbouwd wordt.)

Casus ter illustratie

Alvorens daartoe over te gaan willen we hier een casus beschrijven aan de hand waarvan we de theoretische uiteenzetting kunnen illustreren en concretiseren.

De cliënte heette Mieke, ze was 37 jaar oud en alleenstaand. Ze werkte als kleuterleidster in een klein Brabants dorpje waar ze ook opgegroeid was. Ze woonde thuis bij haar ouders en verzorgde een behoeftige oom. Ze was klein van stuk, felle ogen, was mager als een lat en altijd gehaast.

Ze had een zeer gewaardeerde positie in het dorp. Haar omgang met de schoolkinderen en met de ouders werd door velen geroemd. Zij leidde het kerkkoor en de kerkdiensten, zat in het Sinterklaas Comité, de carnavalsvereniging en nog meer clubs. Ze stond altijd klaar voor anderen en was altijd bereid om taken op zich te nemen.

Mieke werd door de huisarts verwezen. Zij bleek de volgende problemen te hebben.

Lichamelijk:	slecht eten slecht slapen medicijnen gebruik
Materieel:	problemen om een eigen huis te vinden ontslag dat dreigde financiële problemen vanwege ontslag
Intrapsychisch:	depressief/afhankelijk verward identiteitscrisis overactief
Sociaal (relaties):	thuiswonend geen partner geen kinderen weinig vrienden
Sociaal (werk):	conflict met collega's en het schoolbestuur

Zo'n conglomeraat van problemen die onderling verweven zijn is typisch voor de AMW en veel Riagg-cliënten (Friele, Verhaak 1991). Wie een dergelijk samenhangend patroon van problemen bekijkt en behandelt vanuit een exclusief intrapsychisch kader en het verklaart vanuit een neurotische mechanisme of de persoonlijkheidsstructuur, zoals veel psychotherapeuten, komt in problemen, zoals het onderzoek 'Vraag en aanbod in de Riagg' aantoon (Van der Sande 1992). Ook wanneer men alleen de lichamelijke, materiële of werkproblemen als losstaand van de persoonlijke en relationele facetten benadrukt, komt men in de problemen.

Basisvisie

Hoe wordt er door ons tegen een dergelijk cluster verweven problemen aangekeken (zie ook Bouwkamp & De Vries 1992, hoofdstuk 6).

De elementen van onze basisvisie zijn als volgt.

1. Elk mens heeft twee psychische basisbehoeften: autonomie en verbondenheid. Mensen zijn een relatief autonoom geheel en tegelijkertijd deel van een groter geheel. Dit begrippenpaar; autonomie en verbondenheid komt in andere bewoordingen in vele wetenschapsrichtingen voor. Bijvoorbeeld in de ontwikkelingspsychologie spreekt Erikson van 'intimacy' en 'identity', in de sociologie heeft Carise het 'cohesion' en 'autonomy' genoemd, in de gezinstherapie noemt Minuchin het 'connectedness' en 'seperatedness' (Bouwkamp 1994).
2. Problemen ontstaan wanneer de balans tussen deze twee behoeften langdurig en ernstig verstoord is. Omdat beide behoeften basaal zijn is het onmogelijk om een van de twee langdurig niet te vervullen. In Miek's geval was haar autonomiebehoefte

langdurig en ernstig onvervuld gebleven. Haar manier om zich verbonden te voelen, bestond uit zelfopoffering en het terzijde schuiven van haar eigen behoeften.

3. Problemen ontwikkelen zich in een relationele context, ze ontstaan daar, worden er in stand gehouden en kunnen alleen in een relationele context behandeld worden. Dat individuele problemen voortkomen uit de relationele context opvoeding is de bijdrage van het analytische verklaringsmodel. De vernieuwende bijdrage van de systeemtheorie is de verklaring hoe relationele contexten zowel een individueel probleem kunnen creëren als ook een rol spelen in de instandhouding van de problemen.

Verder is het therapiebedrijf zelf het bewijs dat problemen alleen opgelost kunnen worden binnen een relationeel systeem: therapeut en cliënt. Zowel de individuele strategie als een exclusieve systeemkijk levert echter de hulpverlening moeilijkheden op. Vandaar dat wij opteren voor een integratie daarvan.

In Mieke's geval was het duidelijk dat haar zelfopoffering aangeleerd was in een gezin waar de vader tiranniek was en alleen aandacht en waardering had als men beantwoordde aan zijn eisen en behoeften en waar moeder geen andere manier had weten te vinden om daarmee om te gaan dan zichzelf weg te cijferen. Mieke had tussen hen ook als harmoniserende factor gefunctioneerd. Ook de problemen op school waren mede veroorzaakt door de onderlinge onvrede onder de collega's en hun slechte relatie met het bestuur. In die conflicten was Mieke door haar opofferende en harmoniezoekende houding een gemakkelijke zondebok.

In de behandeling van haar problemen zijn er naast individuele gesprekken ook gesprekken met het gezin, met het schoolbestuur en het hoofd van de school geweest. Deze laatste gesprekken hadden tot gevolg dat er voor de verbetering van het schoolsysteem een organisatiedeskundige werd ingeroepen. We willen hiermee illustreren dat wij, waar mogelijk, kiezen voor het behandelen van het individu in zijn relationele context en daarbij zowel de individuele bijdrage als die van de context aan het ontstaan, de instandhouding én de oplossing van de problemen behandelen.

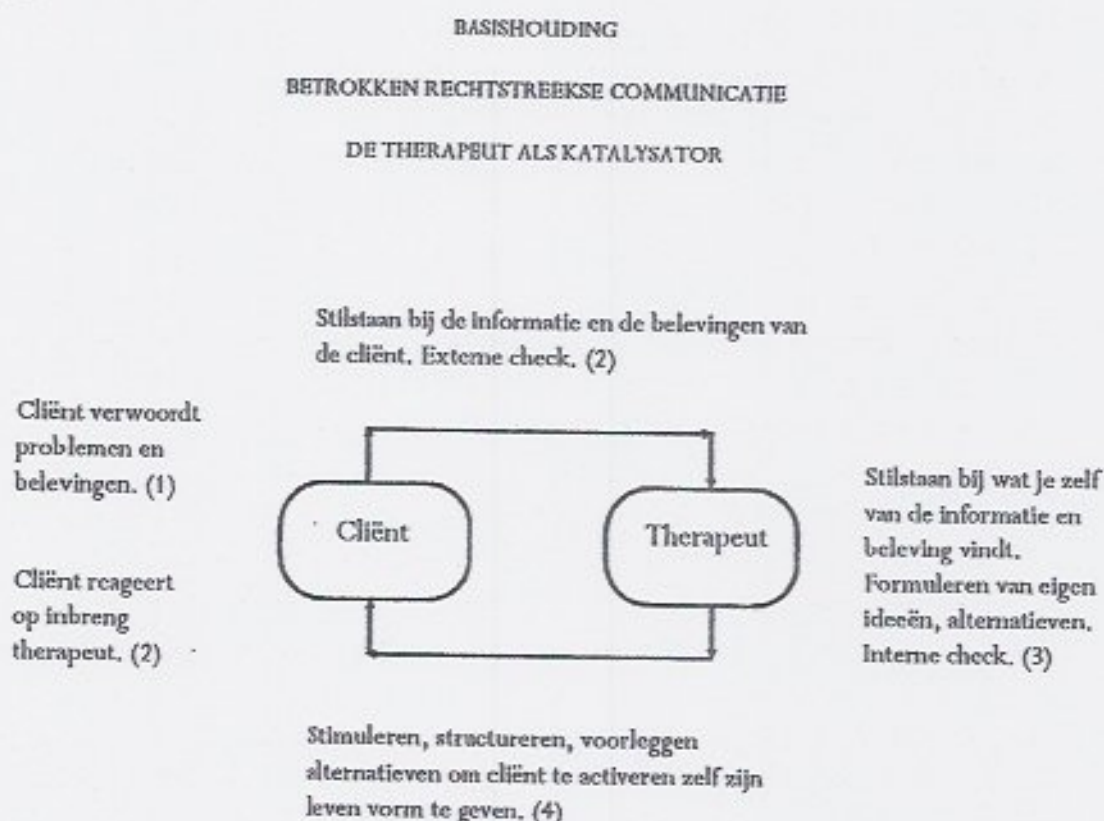
4. Problemen ontstaan door slechte, gebrekkige of ontbrekende ervaringen. Het gevolg daarvan is onwetendheid en onkunde en persoonlijke obstakels in het omgaan met anderen. In Mieke's geval regelde haar vader nog steeds al haar financiële zaken en wist zij niet hoe zij haar rechtspositie en financiën rondom het dreigende ontslag moest aanpakken. Zij had daar geen enkele ervaring mee. De ervaringen dat zelfopoffering en het streven naar harmonie in haar gezin haar waardering en aandacht brachten was een slechte basis voor de contacten buiten dat gezin. In haar relaties ging ze er bijvoorbeeld vanuit dat anderen, nu zij in problemen was, zich voor haar zouden opofferen, en zij eiste dat, op een verborgen maar dwingende manier ook op. Zij wist uiteraard niet hoe zij op een andere manier om steun kon vragen; zij had daar geen ervaring mee. De visie dat problemen voor een belangrijk deel bestaan uit onwetendheid, onkunde en ontbrekende ervaringen betekent voor onze werkwijze dat naast informatie en advies vooral het creëren van ervaringen nagestreefd wordt.

Deze ervaringsgerichte werkwijze gaat ervan uit dat alleen nieuwe, betere ervaringen mensen zal helpen om zaken op een effectievere manier aan te pakken en personen op een bevredigende manier tegemoet te treden. Een analyse van de individuele historie en het doorwerken van de toen ervaren gevoelens is hoogstens een tijdelijk facet van de hulpverlening, soms nodig om innerlijke ruimte te scheppen voor het aangaan van nieuwe ervaringen in de actuele situatie. Een aantal andere elementen van de basisvisie zoals de circulaire beïnvloeding door de diverse problemen, het multicausale uitgangspunt, de nadruk op de mogelijkheden i.p.v. de problemen moeten hier noodzakelijkerwijs onbesproken blijven.

Basishouding

Ook voor de therapeut geldt dat hij de twee basisbehoeften, autonomie en verbondenheid wil vervullen. Naar zijn professionele activiteit vertaald wil dat zeggen dat hij zichzelf wil blijven terwijl hij zorg draagt voor de verbetering van de cliënt. Hij zal zich daarom persoonlijk willen opstellen, dat wil zeggen zijn persoonlijke reacties, ideeën ter berde brengen en tevens leiding geven aan het behandelingsproces wat wil zeggen dat hij zal adviseren, stimuleren, structureren en confronteren. Wij hebben deze basishouding geconcretiseerd in een manier van therapeutische gespreksvoering: betrokken rechtstreekse communicatie.

Figuur 1



In figuur 1 zien we hoe de therapeut communiceert wanneer hij als katalysator van het proces van de cliënt functioneert. Dit gebeurt meestal in de probleemoplossende fase wanneer de problemen worden ingeschat als voortkomend uit gebrek aan kunde, kennis en vaardigheden (zie ook Bouwkamp, De Vries 1992, hfdst. 13). Het hulpverleningsniveau bestaat hier soms uit advies, dienstverlening en pleitbezorging en meestal uit het creëren van taken, oefeningen, opdrachten. De therapeutisch werkzame bestanddelen zijn advisering, stimulering en structurering. Op communicatieniveau hebben we hier voornamelijk te maken met overleggen, onderhandelen met elkaar en conflicthantering. Om dat te kunnen is het essentieel dat er een werkrelatie is waarin men positief tegenover elkaar staat, men elkaar begrijpt en aanvoelt (empathie) en de cliënt de leiding van de therapeut accepteert. Het werk in deze fase is meer probleem/symptoom gericht dan persoons/proces gericht (zie voor een overzicht van deze facetten figuur 3).

Aan de hand van een interventie uit de behandeling van Mieke zullen we de stappen uit figuur 1 verduidelijken.

In deze fase van de behandeling was Mieke bezig zich los te maken van haar zorg voor thuis. Dat wilde ze bespreken met haar zus, om met haar de verantwoordelijkheid en de taken te delen.

- Ad 1 Mieke verwoordde haar problemen en belevingen. Ze zei dat haar zus nooit echt naar haar luisterde en altijd begon over haar eigen problemen. Haar zus had bovendien veel afstand tot thuis genomen. Daarom was Mieke bang de taakverdeling ter sprake te brengen omdat het resultaat wel weer zou zijn: ik sta er toch alleen voor.
- Ad 2 De therapeut onderzocht het concrete gedrag van Mieke wanneer zij met haar zus sprak; hoe zij begon, hoe ze reageerde op de (vermeende) afwijzing etc. Hij probeerde ook haar angst aan te voelen. Dit doende toont de therapeut niet alleen zijn respect voor de ervaringswereld van de cliënt en zijn empathie (verbondenheid), maar hij probeert ook tot de concrete kern van het probleem door te dringen wat zowel hemzelf als de cliënt helderheid verschaft.
- Ad 3 Vervolgens (meestal gebeurd dat op een natuurlijke manier tijdens stap 2) staat de therapeut stil bij wat de informatie van de cliënt hem zegt. Hij probeert een zelfstandig oordeel te vormen over de betekenis van het probleem van de cliënt en plaatst dit in het kader van de overige problemen. De therapeut toont zodoende respect voor zichzelf, zijn autonomie én zijn professionele taken. In Mieke's geval kwam de therapeut tot de conclusie dat Mieke onervaren was met het voeren van zo'n gesprek en dat haar daarom de moed ontbrak.
- Ad 4 Hij vertelde haar deze "diagnose" en legde haar zijn alternatief hoe zij zo'n gesprek beter aan kon pakken voor. Uit de analyse (stap 2) was gebleken dat Mieke een gesprek met haar zus begon met het spuien van haar frustraties ten aanzien van thuis, breed uitgemeten in het gedetailleerd vertellen van wat er precies gebeurd was. De therapeut presenteerde haar als alternatief om te beginnen met een persoonlijk verwoorden van haar dilemma ten aanzien van thuis en het tonen van haar behoeften

aan een eigen leven en wat ze daarvoor van haar zus nodig had. Zo begon de therapeut leiding te nemen door te structureren, te stimuleren en het creëren van mogelijkheden tot alternatieve ervaringen.

Ad 5 Mieke reageerde op het alternatief door te zeggen dat ze niet wist hoe dat te doen. Daarna werd het alternatief aangepast aan Mieke's mogelijkheden door het steeds bespreken (via dezelfde stappen uit de cirkel van figuur 1) van de obstakels die zij vermoedde en ter plekke ervoer.

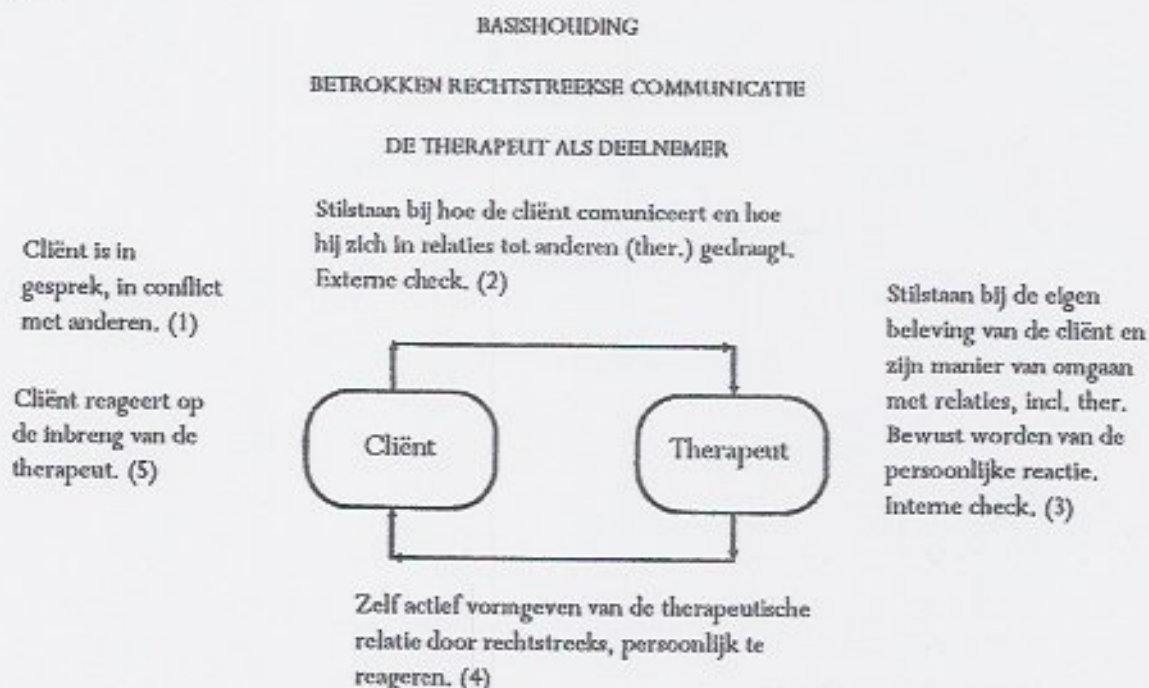
Het eindresultaat was een plan waar Mieke en de therapeut zich in konden vinden en dat Mieke ook aandurfde.

In het daarop volgende therapiegesprek bleek dat het gesprek met haar zus bijna geheel mislukt was. Blijkbaar zat er onder de onkunde een probleem dat over het hoofd gezien was.

Verschillende therapierichtingen maken op dit impassepunt in de behandeling heel diverse keuzes. Bekend is de strategische paradoxale opdracht uit de systeemtherapie op zo'n moment waarop de congruente interventies niet meer werken. De directieve therapie maakt hier vaak de keuze van verfijndere motiveringstechnieken en aanscherpen van het oorspronkelijke plan. Ook een nadere doorwerken van de weerstand via een analyse van het verleden is heel gebruikelijk.

De keuze die wij op dit punt van de behandeling maken is geheel anders. Wij worden deelnemer aan het hier en nu proces van de therapeutische interactie en verdiepen zo de persoonlijke relatie. Daardoor wordt het mogelijk dat de persoonlijke obstakels van de cliënt in al hun intensiteit als relationeel gedrag in de actuele situatie naar voren komen, ervaren worden en bewerkt kunnen worden.

Figuur 2



De therapeut wordt deelnemer in wat wij de probleembehandelende fase hebben genoemd. In die fase worden de problemen ingeschat als voortkomend uit slechte en/of ontbrekende persoonlijke relationele ervaringen. Het interventie niveau verschuift hier van probleem/symptoom gericht naar persoon/proces gericht. Het hulpverleningsniveau is hier therapie of behandeling door middel van het ter plekke creëren van nieuwe, betere ervaringen. De therapeutisch werkzame bestanddelen zijn hier echtheid in persoonlijk reageren en confronteren. De werkrelatie is niet meer essentieel maar staat centraal, het verdiepen van die relatie is het therapeutische middel voor veranderingen (zie overzicht figuur 3).

Voor de potentiële gevaren van het persoonlijk reageren en het moeilijke punt hoe je als deelnemer niet alleen in een systeem terecht komt maar er ook weer uit zodat je geen onderdeel wordt van een disfunctioneel systeem verwijzen we naar Bouwkamp & De Vries (1992, hoofdstuk 4).

Terugkerend naar Mieke's geval zijn de stappen uit figuur 2 als volgt te illustreren.

- Ad 1 Mieke kwam met een uitgebreid gedetailleerd verslag van het mislukte gesprek met haar zus. Het was een niet te stoppen stortvloed van feiten en frustraties.
- Ad 2 Terwijl de therapeut het verhaal probeert te volgen en te structureren, maakt hij zich los van het inhoudelijke van het probleem en probeert hij zich bewust te worden van de wijze waarop de cliënt zich verhoudt tot anderen (inclusief de therapeut). Hij probeert als het ware de blinde vlek van de cliënt te ervaren. In Mieke's geval werd duidelijk hoe Mieke de relatie definiëerde tot: ik ben in problemen, jij moet daarom naar mij luisteren en voor mij zorgen (De therapeut toont hier respect voor de cliënt door hem Empathische te begrijpen).
- Ad 3 De therapeut staat stil bij hoe hij zich door de cliënt behandeld voelt, hoe hij dat ervaart en wat zijn (emotionele) reactie daarop is (Respect voor zichzelf). Zo werd het de therapeut duidelijk dat hij zich zowel persoonlijk als professioneel gepasseerd voelde door de dwingende stortvloed van Mieke. Hij voelde zich gereduceerd tot een luisterend oor. Hij had de keuze zijn eigen behoefte om als persoon en niet alleen als luisteraar door Mieke gerespecteerd te worden, terzijde te schuiven. Daarmee zou hij echter ook zijn professionele taak, leiding geven aan de behandeling, op moeten geven. Of hij had de keuze naar voren te komen met wat hem dwars zat en wat hij wilde voor zichzelf als persoon en als hulpverlener. Hij was zich er daarbij van bewust dat hijzelf nu in de positie zat waar Mieke door haar ouders geplaatst was: gedwongen zelfopoffering en zorgdragen voor anderen. Wat Mieke nooit gezien, ervaren, geleerd had, namelijk hoe je voor jezelf op komt in zo'n situatie, was precies die nieuwe ervaring die de therapeut nu kon creëren, vanuit zichzelf, vanuit zijn persoonlijke behoeften en professionele taak.
- Ad 4 De manier waarop de therapeut dit kan doen is door zijn probleem, zijn dilemma te stellen in plaats van te kiezen voor alleen de zorg voor de behoeften van de cliënt of alleen het opnemen van zijn professionele taak (De Vries 1991 a).
- In Mieke's geval ging dat ongeveer als volgt: 'Ik zie dat je gefrustreerd bent omdat

het mislukt is en dat je grote behoefte hebt mij daar alles over te vertellen en je frustratie kwijt te raken (a). Ik krijg daar echter grote problemen mee, ik voel me overdonderd en gedwongen om naar je te luisteren. Daarbij praat je over alles wat ik zeg heen, alsof het er voor jou niet toe doet wat ik zeg en dat voelt niet goed voor mij (b). Ik wil best naar je luisteren maar ik wil ook dat je naar mij luistert en daarop reageert zodat het een gesprek wordt van ons tweeën en je een stap verder komt met dit probleem (c).'

Een interventie als bovenstaande is de kern van de betrokken rechtstreekse communicatie: de complete boodschap (Kempler 1974). Deze bestaat uit 3 elementen:

- zorg, respect voor de ander, de verbondenheidsdimensie (zie deel a uit bovenstaande interventie);
- zorg, respect voor zichzelf, de autonomiedimensie (zie deel b);
- een uitspraak over de gewenste relatie, de relationele dimensie (zie deel c).

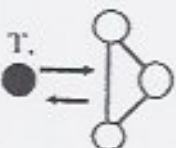
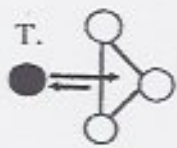
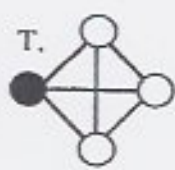
Door middel van de complete boodschap integreert men voor dat moment de twee basisbehoeften in een relationele context. Doel en middel van de behandeling vallen hierin samen.

Ad 5 Mieke's reactie was direct en simpel. In tranen zei ze dat ze verder niemand had om mee te praten. De therapeut reageerde daarop dat hij dat wel wist en triest vond voor haar maar zich daarom nog niet weg wilde cijferen voor haar. Hij zou zich dan noch eerlijk voelen naar haar door geïrriteerd te blijven luisteren, noch zich een effectief therapeut voelen. In het vervolg van de sessie werd dit dilemma al persoonlijk reagerend op elkaar doorgewerkt (volgens de stappen uit de cirkel van figuur 2). Daarbij lette de therapeut erop dat Mieke, als reactie op zijn behoefte, zich niet terugtrok en haar behoefte terzijde zou schuiven. Dit was immers haar oude, aangeleerde patroon. In dat gesprek werd Mieke duidelijk waarom haar gedrag haar zus (en anderen) afstootte, hoe zij zichzelf altijd opofferde als anderen problemen bij haar neerlegde en hoe vervuild dat voelde. Hoe vooral haar moeder met haar omging alsof ze recht had op Mieke's aandacht, zoals zijzelf vond dat zij recht had op de aandacht van de therapeut.

Deze inzichten waren niet alleen een verstandelijk begrijpen maar waren de verwoording van een ter plekke doorvoelde ervaring. De therapeut was daarbij het voorbeeld hoe je voor jezelf op kunt komen en tegelijkertijd in relatie kunt blijven, door dat op een persoonlijke manier in praktijk te brengen ten opzichte van Mieke.

Hiermee hebben we de kern van onze basismethode concreet geschetst. In figuur 3 worden de diverse onderdelen die hiervoor ter sprake kwamen schematisch weergegeven.

Figuur 3

Fasen	Probleem- bespreking	Probleem- oplossing	Probleem- behandeling
Probleem niveau	Onwetendheid	Onkunde	Ontbrekende persoonlijke en relationele ervaringen
Hulpverl. niveau	Verhelderen, op 'n rij zetten, informatic/advies	Advies, dienstverl., oefeningen, opdrachten	Behandelen d.m.v. pers./relationele ervaringen
Interventie niveau	→ Probleem/symptoom	→ Proces/persoongericht	
Taak hulpverlener	Observator	Katalysator	Deelnemer
Positie hulpverlener			
Werkzame bestanddelen	Positieve gezindheid, empathie, informeren	Adviseren, stimuleren, structureren, uitleg, interpreteren	Persoonlijk reageren, confronteren
Werkrelatie	Voorwaarde	Essentieel	Centraal
Communi- catie	Verwoorden eigen positie	Overleg, onderhandelen, conflicthantering	Persoonlijk reageren, persoonlijke ontmoeting

Afsluiting

We kunnen ons nu de vraag stellen hoe basaal is de 'Basismethode Psychosociale Therapie'. Ons inziens is zij basaal omdat zij zich richt op de basiselementen van elke behandeling; de therapeutische alliantie, de therapeutische gespreksvoering en op wat de therapeutische werkzame bestanddelen van therapie blijken te zijn (Garfield Bergin 1986). De ondersteu-

nende visie is gebaseerd op de psychische basisbehoefte van mensen; autonomie en verbondenheid. Het vinden van een integrale balans daartussen is niet alleen doel maar ook het basale middel in de therapie voor zowel cliënt als therapeut. Misschien wel het meest aansprekende aspect van deze methode is dat zij hulpverlener zelf een persoonlijke en professionele basis geeft van waaruit hij de grote diversiteit van problemen kan benaderen en waarop hij terug kan vallen als hij in een impasse verkeert. De hulpverlener is voor ons niet het instrument dat een methodiek uitvoert, maar de methodiek is het instrument van de hulpverlener. Hijzelf, zijn ervaringen en (professionele) inzichten, is de basis van zijn hulpverlening. Op grond van deze onafhankelijke positie kan hij de specifieke technieken, inzichten en methodieken, die een bepaalde werksetting of een bepaalde doelgroep nodig heeft, op een persoonlijke manier integreren.

Dit geheel aan basale elementen is methodisch uitgewerkt in stapsgewijze concrete behandelingsrichtlijnen in de diverse fasen van de behandeling zodat er sprake is van systematisch en methodisch handelen.

Inmiddels is er onderzoek gedaan naar enkele aspecten van onze basismethode. Zo bleek er in bepaalde gevallen een positieve samenhang te bestaan tussen de positieve ervaring van de werkrelatie door cliënt en therapeut, de positieve vooruitgang zoals de cliënt die inschatte en een directe en persoonlijke manier van communiceren door de therapeut (Bouwkamp, De Vries & Bakker 1994). Ook de werkzame bestanddelen uit de betrokken rechtstreekse communicatie werden onderzocht. Daarin werd o.a. een bevestiging gevonden van het in de literatuur gesignaleerde effect dat de combinatie van positieve gezondheid, echtheid, structureren en confronteren het krachtigste therapieresultaat oplevert (Bouwkamp 1994).

De beschreven methode wordt momenteel geëxperimenteerd in zeer diverse settingen zoals A.M.W., Riagg's, Bodaertcentra, Reclassering, Vluchtelingenwerk, Jeugdhulpverlening etc. Voor de residentiële Jeugdhulpverlening is zij kort beschreven door Verzaal (1991). Deze gegevens ondersteunen ons in onze ervaring dat er sprake is van een op vele terreinen bruikbare en effectieve basismethodiek.

Noot

1. Zowel de ontwikkeling daarvan als de eindproducten: *Handboek Psychosociale Therapie* (Bouwkamp, De Vries 1992), *Psychosociale hulpverlening in het maatschappelijk werk* (De Vries, Bouwkamp 1992), *de Video-Instructieset Psychosociale Therapie* (Bouwkamp, De Vries 1992) zijn het gezamenlijke werk van Drs. Roel Bouwkamp en Drs. Sjoukje de Vries. Na de opheffing van de JOINT is het project aangehaakt bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

Literatuur

- Alexander, J.F. e.a., Systems behavior al intervention with families of delinquents, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976, pag. 656-664.