

Psychoanalytisch georiënteerde diagnostiek vooraangaand aan eerstelijns psychotherapie: een persoonlijke visie en werkwijze

door J. Derksen

Inleiding

Na de tweede wereldoorlog was de klinische assessment een professionele activiteit met een belangrijke nevenfunctie: psychologen helpen om de klinische wereld binnen te treden. Daarvoor had deze assessment een belangrijke impuls gekregen door de plotselinge maatschappelijke noodzaak om grote groepen mensen te selecteren voor functies en opleidingen van sterk uiteenlopende aard (Drenth, 1975). In deze klinische wereld werkten na de tweede wereldoorlog vooral psychiaters die psychotherapie praktiseerden en het niet op prijs stelden dat psychologen zich hiermee bezig gingen houden. Toen het eenmaal zover was dat psychologen psychotherapie bedreven, werd het testwerk al snel aan junioren, stagiaires en assistenten overgelaten; er ontwikkelde zich een ambivalente houding ten opzichte van diagnostiek. Van 1960 tot 1969 daalde het percentage tijd dat Amerikaanse clinici in diagnostiek en testactiviteit investeerden van 44 naar 28 percent (Nawas, 1978). In Nederland is er een vergelijkbare terugval constateerbaar. Binnen de academische wereld werden klinisch psychologen, met het verbreiden van de positivistische invloedssfeer, in de richting van het experimenteel-empirisch onderzoek gestuwd. De aandacht voor solide klinische ervaring en kennis van klinische fenomenen verslapte in een klimaat waarin het ideografisch moment gedomineerd werd door het nomothetische.

Na een sterke opkomst van nieuwe psychotherapeutische systemen en een popularisering van psychotherapie in de jaren zestig en begin jaren zeventig, vindt er momenteel in veel beroepskringen een bezinning plaats. De aanvankelijke overschatting van de effectiviteit van deze, vaak kortdurende, therapeutische behandelingen wordt nu ingelost voor een hernieuwde interesse in meer omvattende theorieën zoals bijvoorbeeld de psychoanalyse.¹ Naar mijn idee zal er in de toekomst ook weer meer aandacht voor diagnostiek en

psychopathologie komen. Vanuit een psychoanalytische optiek gezien (Freud, 1917) valt het op dat veel moderne therapeutische systemen meer op het 'Ich'² dan op het 'Es' zijn gericht. Met het centraal stellen van het 'Ich' en de relaties van de persoon tot de buitenwereld heeft ook de structuur en zin van symptomen voor de therapie aan betekenis ingeboet. De gedragstherapeut is symptoom- en klacht-georiënteerd, de diagnostiek van de gedragstherapie is beperkt tot assessment van monosymptomatische gedragingen (Donker, 1974). Wat binnen de psychoanalytische theorie een domein van onbewuste dynamiek is, is in de gedragstherapie vernauwd tot geconditioneerde responsen. Gestalttherapie, rationele therapie, rogeriaanse therapie, experiëntele therapie, transactionele analyse, bioënergetica enz. houden zich meestal niet met de structuur, etiologie en overdeterminaties³ van symptomen bezig. De persoon zelf, zijn emotioneel beleven, zijn houding, zijn ideeënwereld, zijn manier van omgaan met de wereld, staan centraal in de therapie. Hieraan wordt gewerkt, met als gevolg dat de symptomen vaak blijven, soms in hevigheid of aantal afnemen, soms veranderen, soms verdwijnen en ook wel eens niet meer zo erg gevonden worden. Elk psychotherapeutisch systeem heeft zijn eigen aanknopingspunten voor de therapie. De gedragstherapeut maakt een topografische en functionele analyse en kiest op basis daarvan voor een techniek. De Gestalttherapeut is gevoelig voor de mate waarin iemand rationaliseert, vanuit zijn gevoelens praat en deze toont. Een gezinstherapeut zoekt de stoornissen in de communicatiestructuren en gezinspatronen, een relatietherapeut in de interactie tussen twee individuen. De rationeel therapeut zoekt de irrationele denkpatronen op en de rogeriaan let op de mate waarin iemand 'in proces is'. Daarbij is van expliciet diagnosticeren gewoonlijk geen sprake. De Gestalttherapeut kan zelfs van de kennismaking al een therapeutische techniek maken door de cliënt bijvoorbeeld te confronteren met het feit dat hij enkel zijn achternaam noemt. In de gedragstherapie is het gebruikelijk om na ongeveer drie sessies met de therapie-fase te beginnen.

Veel vertegenwoordigers van moderne therapeutische systemen 'diagnostiseren' hun patiënten binnen het referentiekader van hun psychotherapeutisch systeem en beginnen vaak na een paar kennismakingsbijeenkomsten met de therapie. De diagnostiek is dan nogal beperkt en kan mijns inziens alleen voldoende zijn als er al een voorselectie of intake-procedure aan vooraf is gegaan. De criteria waaraan deze intake dan moet voldoen zouden nog duidelijker geformuleerd moeten worden. In dit artikel wil ik pleiten voor een diagnostische fase die vooraf gaat aan de hantering van therapeutische technieken die ontleend zijn aan één of meerdere moderne therapeutische systemen. Dat betekent natuurlijk niet dat de inzichten die ontwikkeld zijn binnen deze moderne therapeutische systemen over bijvoorbeeld de ontstaansvoorwaarden voor psychische problematiek, niet tijdens deze fase gehanteerd mogen worden. In deze diagnostische fase staat het verzamelen van informatie over de cliënt centraal met als doel te komen tot een beschrijving van de

symptomen, het gedrag en karakter van de cliënt. Tevens wordt er getracht zicht te krijgen op de etiologie van de stoornis, er worden implicaties voor de behandeling gegeven en zo mogelijk een prognose opgesteld.

Mijn beschrijving van deze diagnostische fase is vooral geïnspireerd door praktijkwerk in de eerstelijns gezondheidszorg in de regio Over-Betuwe. Het is een persoonlijke visie, ontwikkeld binnen een psychologische praktijk⁴ waarin de volgende activiteiten centraal staan:

- psychodiagnostiek, ten behoeve van patiënt, doorverwijzer of behandeling;
- psychotherapie, met een accent op kortdurende behandelingen; dit betekent bij ons dat de meeste therapieën tussen de één en 35 sessies tellen;
- preventie;
- consultatie, gericht op de andere eerstelijns werkers en vooral plaats hebbend binnen de bestaande samenwerkingsverbanden zoals home- en kernteam;
- onderzoek, ter bevordering van de bovengenoemde doelstellingen of gericht op kennis die zinvol is voor de regio.

Eerstelijns werk betekent in ons geval verder dat we continu samenwerken met: huisartsen, maatschappelijk werkenden, wijkverpleging, gezinszorg, fysiotherapeuten, pastores, gemeentelijke sociale diensten. Voorts zijn we 24 uur plus in de weekends bereikbaar en beschikbaar en trachten we de psychologische hulp af te stemmen op de behoeften in de regio. De regio waarbinnen we werken is door ons expliciet afgebakend. In onze praktijk komen mensen, zowel rechtstreeks als via doorverwijzingen, met in zowel aard als hevigheid sterk uiteenlopende klachten. Een goede diagnostiek wordt dan erg belangrijk en een systematisering van de werkwijze is vereist. Naar mijn ervaring is het in deze setting onmogelijk om aanhanger van een bepaalde therapie methode (bijvoorbeeld gedragstherapie) te blijven, de praktijk corrigeert de werkwijze, de therapie wordt meer patiënt- dan therapeut-georiënteerd. Noodzakelijk is zoals Barendregt (1974a) het formuleerde: een op de huidige therapeutische alternatieven gerichte diagnostiek. In mijn manier van werken ben ik in technisch opzicht gebruik gaan maken van de verschillende belangrijke therapeutische systemen te weten: gedragstherapie, rogeriaanse therapie, Gestalttherapie, rationele therapie, inzichtgevende gesprekstherapie (vooral op basis van psychoanalytische inzichten), relatietherapie, gezinstherapie en groepstherapie gebaseerd op uit de gedragstherapie ontwikkelde assertiviteitstraining. In theoretisch opzicht zoek ik steeds steun bij de inzichten die de psychoanalytische theorie biedt. De belangrijkste auteur blijft voor mij Freud zelf en vervolgens oriënteer ik me op de Franse psychoanalytische school van J. Lacan en de geschriften over het narcisme van H. Kohut. Naar mijn indruk is de psychoanalyse nog steeds de enige brede theorie die de structuur van het psychisch apparaat beschrijft voor wat betreft ontwikkeling en werkwijze, die inzicht biedt in de structuur van symptomen en

in het ontstaan van neurosen en psychosen. Tijdens de diagnostische fase wordt met name het 'Es Ich Über-Ich' model van Freud (1923) gehanteerd om de informatie van de cliënt in te rangschikken. Dit kan enigszins vergeleken worden met de manier waarop Kuiper dit doet in zijn boek *Neurosenleer* (1966). Vanuit dit werkmodel worden er dan hypothesen opgesteld over de aard en wijze van behandeling. Tijdens de therapie worden deze getoetst en bijgesteld, want het toepassen van therapeutische technieken levert informatie op waarmee de diagnose eventueel opnieuw wordt bijgesteld. In die zin zijn de diagnostische en de therapie-fase ook niet strikt gescheiden, wel liggen de accenten verschillend.

Tijdens de diagnostische fase kunnen er verschillende diagnostische methoden gehanteerd worden. De voornaamste zijn: het klinisch interview, gedragsobservatie en psychologische tests, met naar mijn idee als meest belangrijke methode het klinisch interview. De gedragsobservatie speelt naast het gesprek altijd een rol. Voorts kan er een psychologische test of vragenlijst worden gebruikt. Dit hoeft niet als regel, maar kan soms erg noodzakelijk zijn om een beter inzicht in de problematiek van een persoon of in zijn karakter te krijgen. Deze methoden leveren gegevens op die aan betekenis winnen zodra ze geplaatst worden binnen een verband of kader. Met name op dit verband zal ik ingaan.

Structuur van de diagnostische fase

De diagnostische fase start met de kennismaking van cliënt met psycholoog. Deze fase omvat zeven gesprekken en wordt (voorlopig) afgesloten met het maken van afspraken over therapeutische methoden. Deze zeven gesprekken (hier sessies genoemd) zal ik in het nu volgende kort beschrijven.

Sessie 1: kennismaking – Cliënt en psycholoog maken kennis en de cliënt wordt uitgenodigd de redenen van zijn komst te verhelderen. Om een beeld te krijgen van de klachten kan de psycholoog doorgaans een aantal gerichte vragen stellen. Als de cliënt zelf gemakkelijk praat is het aan te raden alleen de richting van dit eerste gesprek te bepalen. Naast de inventarisatie van de klachten komt de geschiedenis ervan kort aan de orde met daarbij aandacht voor het tijdstip van ontstaan voorzover de cliënt zich dit kan herinneren. De situatie waarin de klachten zich voordoen en de hevigheid komen tevens aan de orde. Verder kan kort worden ingegaan op de levenssituatie van de cliënt.

Belangrijk in dit eerste gesprek is het benadrukken van gevoelens en communiceren van begrip voor de klachten en de situatie van de cliënt. Vaak is het ook essentieel dat de psycholoog aangeeft dat de klachten hem bekend zijn. Tot slot beschrijft de psycholoog in het kort de werkwijze die gedurende de psychotherapie gevolgd wordt. Er wordt benadrukt dat het geen twee à drie gesprekken zijn, maar dat psychotherapie doorgaans langer duurt. Tevens wordt uitgelegd dat de eerste zes à zeven gesprekken een inventariserend – diagnostisch – karakter dragen en dat de cliënt uitgenodigd wordt

daarin zoveel mogelijk over zichzelf en zijn leven te vertellen. Na deze inventarisatiefase wordt tesamen met de cliënt de balans opgemaakt en worden er afspraken gemaakt over de werkwijze die gevolgd gaat worden. Ik benadruk daarbij het werkgroepkarakter van de therapie: cliënt en psycholoog vormen samen een werkgroep met als doel de klachten te verminderen of uit te bannen. Eventueel wordt er een stencil uitgereikt waarin nog wat algemene informatie staat over de verschillende mogelijke werkwijzen die in het praktiseren van psychotherapie gevolgd kunnen worden. Vraagt de cliënt aan de psycholoog of hij van zijn klachten genezen kan worden, dan doet de therapeut er goed aan de cliënt uit te leggen dat het beantwoorden van deze vraag in een eerste gesprek nog niet mogelijk is en dat hij hierop terug wil komen als de inventarisatiefase is afgerond.

Sessie 2: verleden – Tijdens deze tweede sessie wordt het verleden van de cliënt aan de orde gesteld. Daarbij is het mogelijk om via gerichte vragen informatie in te winnen, maar afhankelijk van de cliënt kan er ook gevraagd worden de aandacht op het verleden te richten en de herinneringen die opduiken uit te spreken. Het is interessant daarbij te vragen naar de allervroegste herinnering en te letten op de emotionele kleur van de beschrijving. Dit laatste kan veel informatie bevatten over de emotionele beleving van de gehele opvoeding. De meer associatieve benadering kan weer aangevuld worden met gerichte vragen. Belangrijke thema's zijn: omstandigheden rond de geboorte, aantal broers en zussen, volgorde, zindelijkheidstraining, eetstoornissen, psychische en lichamelijke klachten, verhouding tot de ouders, beoordeling van de autoriteit van de ouders, dominantie van vader of moeder in de opvoeding, affectieve verhouding tot de ouders, rivaliteit tussen de kinderen onderling, schoolopleidingen en maatschappelijke positie van de gezinsleden, etc. Op veel van deze terreinen bestaan psychologische theorieën en onderzoeksgegevens, deze kunnen de psycholoog helpen om het geheel beter te begrijpen. De beleving van de opvoeding is relevant voor het verkrijgen van een beeld omtrent de Über-Ich ontwikkeling. Tevens is het erg belangrijk te letten op de agressie-ontwikkeling: werd er thuis veel agressie opgezocht? Werd er agressie geuit of juist onderdrukt? Vervolgens wordt de levensloop verder doorlopen. Het is vooral essentieel aandacht te hebben voor de manier waarop en de woorden waarin de cliënt vertelt over zijn verleden. De therapeut intervenueert als de cliënt afstandelijk en vaag blijft. Het is bijvoorbeeld aan te bevelen de cliënt concrete gebeurtenissen te laten vertellen omdat dan de omstandigheden en de hevigheid voor de psycholoog veel duidelijker worden. Als een cliënt vertelt dat hij vroeger snel kwaad was kan dit nog van alles betekenen. Een voorbeeld hiervan is het volgende. Een 33-jarige cliënt vertelde over zijn vader die nogal dronk, 's avonds uit het café thuis kwam en moeder sloeg. Cliënt was op 14-jarige leeftijd de enige van zeven kinderen die in deze situatie tegen zijn vader in opstand kwam en zijn moeder in bescherming nam. Dit gebeurde op een avond toen zijn vader in een dronken bui haar een bord in

het gezicht had gegooid en zij bloedend een beter heenkomen zocht. De cliënt gooide zijn vader tegen de kachel waarop een hoeveelheid kalk van het plafond omlaag kwam die voldoende was om van zijn vader een soort sneeuwpop te maken. Dit voorbeeld verhelderde de gezinsproblematiek aanmerkelijk en zoals later bleek had het in bescherming nemen van zijn moeder een grote invloed op de objectkeuze van de cliënt.⁵

Sessie 3: werksituatie – Bij een cliënt die dagelijks buitenshuis werkt is het belangrijk de werksituatie door te nemen op mogelijke conflicten, b.v. autoriteitsconflicten en werkstoornissen. De sociale situatie van het werk is belangrijk omdat de cliënt hier tenslotte een belangrijk deel van zijn tijd doorbrengt, veel energie instopt en er eventueel zijn zelfbeeld aan ontleent. Het is essentieel dat de psycholoog informatie heeft over: de arbeidssatisfactie, salariëring, omgang met collega's en superieuren, overplaatsingen, promoties, etc. Hierbij is het wezenlijk de idealisering van de cliënt te onderzoeken: bestaan er sterke, emotioneel geladen wensen en strevingen die een, misschien onhaalbare, promotie betekenen? Wat fantaseert de cliënt over zijn positie op het werk? Stelt de cliënt te hoge eisen en is hij te precies en te nauwkeurig? Wil hij alles zelf doen? De structuur van het Über-Ich komt in de werksituatie doorgaans goed tot uitdrukking. Daarbij komt het vaak voor dat er een kloof bestaat tussen hetgeen de cliënt wil bereiken en het feitelijke gedrag. Het is eveneens belangrijk, en dat staat niet los van het voorafgaande, de spanning waarin iemand op het werk verkeert na te gaan en de mate van assertief gedrag in te schatten. In het geval van een conflict op het werk kan het nuttig zijn om een bij het conflict betrokken (tegen)partij bij de therapie te betrekken. Dit gebeurt natuurlijk uitsluitend als de cliënt daarin toestemt en als het zinvol is. Dit overleg levert doorgaans ook aanvullende informatie op en het kan aanleiding geven tot veranderingen in de werksituatie die kunnen leiden tot wat Levinson (Porter, Lawel en Kackman, 1975) een beter 'psychologisch contract' noemt.

Voor vrouwen en mannen die geen werk hebben en voor vrouwen die huishoudelijk werk verrichten wordt op dezelfde manier de dagtaak doorgelicht. Bij concrete klachten en symptomen kan na afloop van de sessie aan de cliënt gevraagd worden een dagboek bij te houden waarin het optreden van de klacht wordt genoteerd. Hierin wordt dan steeds de situatie vermeld waarin de klacht optreedt, de duur en de hevigheid. Gedragstherapeutisch gezien worden hier belangrijke stimuli of consequente factoren opgespoord. Zo bleek bijvoorbeeld dat een vrouw last kreeg van hyperventilatie kort voordat haar man thuis kwam. Deze informatie kan aanleiding geven tot hypothese over belangrijke etiologische factoren die tijdens de therapie-fase richtinggevend kunnen zijn. Tijdens dit gesprek is er meestal ruimte om te informeren naar de religieuze overtuiging van de cliënt. Het is belangrijk om de mate waarin deze richtinggevend voor het gedrag is, vast te stellen.

Sessie 4: relatie met de partner – Relatieproblemen komen veel voor en daarom is het van belang om tijdens de diagnose informa-

tie te verzamelen over de relatie(s) van de cliënt met de belangrijkste partner(s). Zodra dit in het eerste gesprek kort aan de orde wordt gesteld krijgt de therapeut vaak te horen dat het 'wel goed zit met de relatie'. Hiermee wordt tijdens dit vierde gesprek geen genoegen genomen en de psycholoog komt er uitvoerig op terug. De reden dat dit pas na drie gesprekken aan de orde komt is vooral dat er eerst een vertrouwensrelatie tussen de psycholoog en de cliënt gegroeid moet zijn. Voor sommige cliënten zijn problemen in de huwelijksrelatie erg bedreigend en worden deze verdrongen of sterk gerelativeerd. De emoties die er feitelijk bij horen kunnen onderdrukt worden en terugkeren in hysterisch getinte symptomen. De manier van vragenstellen door de psycholoog is hier cruciaal. Het gesprek kan beginnen met de cliënt te laten vertellen wanneer en waar hij of zij de huidige partner ontmoet heeft en hoe het met de overige contacten met de andere sekse zit en heeft gezeten. Tevens kan aan de cliënt gevraagd worden een beschrijving te geven van de persoon van de partner. Vragen in de trant van: 'hoe staat het met de relatie?' en 'hebben jullie weleens conflicten?' zijn minder geschikt. Belangrijk is het de cliënt te laten vertellen hoe ze met elkaar omgaan, waar ze wel en waar ze niet over praten, hoe ze denken over de opvoeding van eventuele kinderen, wie er beslist over welke dingen, etc. De weerstand op verschillende punten kan doorbroken worden door bijv. in plaats van 'hebben jullie weleens conflicten' te vragen 'hoe vaak hebben jullie ongeveer ruzie per maand?' Vervolgens is het zinvol enkele ruzies te laten beschrijven en te informeren naar thema's die in deze ruzies terugkeren. Het is relevant te letten op het patroon van de interactie bij de conflicten en zich aan de hand van de diverse communicatie- en interactietheorieën een beeld te vormen van mogelijke aanknopingspunten voor de therapie (Lange en Van der Hart, 1979). De seksualiteitsbeleving is een onderwerp dat eveneens deze keer aan de orde komt en ook met weerstanden omgeven is. Daarmee bedoel ik zowel de individuele seksualiteitsbeleving als de seks met de partner, zowel nu als in het verleden. Globale antwoorden in de trant van 'dat zit wel goed' worden gevolgd door verdergaande meer indringende vragen zoals: 'Vertel eens, wat gaat er precies goed als jullie samen vrijen?' Mocht er nog geen vertrouwensrelatie gegroeid zijn met de psycholoog, dan kan het soms zinvol zijn dit onderwerp naar een later tijdstip in de therapie te verschuiven. De seksuele omgang kan het beste met directe vragen zo concreet mogelijk beschreven worden. Het is eveneens belangrijk de mate waarin de cliënt met zijn partner over seks praat af te tasten. Masturbatie komt het best aan de orde door een vraag als: Masturbeer je meer of minder dan drie keer per week? Schuldgevoelens op dit vlak geven informatie over de structuur van het Über-Ich.

Sessie 5: gesprek met de partner – Als er een partner aanwezig is wordt deze in eerste instantie door de cliënt uitgenodigd; de psycholoog bevestigt deze uitnodiging. Daarbij is het erg belangrijk te benadrukken dat het de psycholoog gaat om de visie die de partner heeft op de klachten van de cliënt. Zeker als er relatieproblemen

of psychische problematiek bij de partner vermoed worden is het relevant om, gezien het feit dat deze niet zelf in behandeling komt, rekening te houden met een defensieve opstelling van de partner. Met name komt deze situatie nogal eens voor bij vrouwen die in therapie komen terwijl de relatie met hun man het belangrijkste probleem is. Feitelijk wordt de partner op deze manier via een veilige omweg dichter bij de behandeling betrokken.

Het is belangrijk om aan het eind van dit gesprek aan de partner te vragen of hij/zij bereid is tot een actieve medewerking om de problemen van de cliënt tot een goede oplossing te brengen. Meestal is dit het geval en dan is er een belangrijke belemmering voor een latere relatietherapie weggenomen. Ook kan de partner in de toekomst een functie krijgen in de uitvoering van een reïncement-programma als dit geïndiceerd is. Naar aanleiding van dit gesprek blijkt het vaak zo te zijn dat de partner dichter bij de therapie betrokken is geraakt en er thuis meer gesprekken over de behandeling plaats gaan vinden.

Sessie 6: concretisering van de klachten – Tijdens deze bijeenkomst wordt opnieuw en nu met behulp van de informatie uit de voorafgaande gesprekken teruggekomen op de klachten en symptomen. Ze worden een voor een geïnventariseerd en zo concreet mogelijk beschreven. Dit laatste betekent dat de klachten gekoppeld worden aan de situatie waarin ze verschijnen en aan de stemmingen van de cliënt. De structuur van de symptomen wordt bestudeerd door de therapeut en zo mogelijk in verband gebracht met etiologische momenten. Als later in de behandeling deze determinanten uitvoeriger aan de orde komen is er al veel voorwerk verricht wat betreft het inventariseren van informatie. Hiervoor hoeft dan geen tijd meer uitgetrokken te worden op een ongeschikt moment in de therapie. Tijdens deze bijeenkomst worden voorts nog vragen gesteld die in de voorafgaande gesprekken zijn blijven liggen. Tevens kan gevraagd worden naar de reactie van de partner op het gesprek met de psycholoog. Belangrijk is voorts nog te informeren naar dromen van de cliënt en dit materiaal te betrekken in de gegevens over de persoon.

Sessie 7: afspraken – Intussen heeft de psycholoog huiswerk verricht en op basis van de voorliggende informatie komt hij tot een of meerdere theorieën en hypothesen over het ontstaan en de behandeling van de klachten. Deze worden, voorzover de therapie die erop volgt toelaat, in alledaags taalgebruik met de cliënt doorgeproken. Voorts wordt er naar aanvullingen van de zijde van de cliënt gevraagd, kritiek erop besproken en worden de beperkingen in de visies van de psycholoog verhelderd. Therapie-doelen worden in overleg vastgesteld en de werkwijze die door de therapeut gekozen is wordt toegelicht. Als er verschillende problemen of klachten zijn wordt er in overleg, waarbij de voorkeur van de cliënt de doorslag geeft, een probleemkeuze gemaakt. Als er meer dan een methode geschikt is voor behandeling van het probleem wordt hier eveneens een keuze gemaakt. Het is belangrijk een methode te kiezen die past bij de klacht(en) en bij de persoon van de cliënt.

Evaluatie van de interventies vindt steeds na een bepaalde tijd plaats, afhankelijk van klacht en methode.

Aspecten die aan de diagnose kunnen worden onderscheiden

Tijdens de inventarisatie-fase wordt er materiaal verzameld dat noodzakelijk is voor een diagnose, die dan tevens hypothesen bevat voor de behandeling. Een diagnose is daarom te beschouwen als een werkmodel dat gegevens ordent, accent legt en verbanden opstelt. Deze hypothesen, die geïnspireerd zijn door inzichten uit de psychoanalytische theorie, zijn lang niet altijd te bevestigen in een kortdurende psychotherapie. Ik wil hiervoor ter illustratie een paar voorbeelden geven. Van een vrouwelijke cliënte die last heeft van pleinvrees zou je psychoanalytisch gezien kunnen veronderstellen dat deze vrouw kampt met onbewuste verkrachtingsfantasieën (Freud, 1926). Deze fantasieën, die dan volgens de hypothese ten grondslag liggen aan de pleinvrees, worden in een gedragstherapeutisch proces niet direct behandeld. Gaat de hypothese meer in de volgende richting: deze man die last heeft van werkstoornissen, wordt vooral belemmerd door een overmatig sterk Über-Ich dat zich uitdrukt in te hoge eisen en de te sterke perfectie die hij tracht te realiseren, dan kan hier geprobeerd worden met rationele therapie deze eisen wat te verlichten. Als deze therapie de werkstoornissen opheft is men naar mijn idee met essentiële factoren in de etiologie bezig geweest. Vanuit sociaal-wetenschappelijke normen zou dit echter methodisch beter gecontroleerd moeten worden.

Terugkomend op de diagnose is het mogelijk om daaraan drie aspecten te onderscheiden: symptomen, karakter en gedrag. Omdat een visie op het gedrag voortvloeit uit inzicht in symptomen en karakter ga ik vooral op beide laatste in.

Symptomen

Psychoanalytisch gezien is het symptoom een compromis tussen driftimpuls en afweer. Een grondige kennis van de drifttheorie en de theorie van het verlangen (Freud, 1900, 1905) is hier noodzakelijk. Het symptoom op zichzelf kan al waardevolle informatie over een mogelijke etiologie opleveren door middel van bijvoorbeeld het expressiekarakter, de zin en de secundaire ziekte winst. Bij een vrouwelijke cliënte met chronische slokdarmklachten wees de grondige inventarisatie op onverwerkte gevoelens uit het verleden. Het symptoom zelf gaf al aan: 'er zit me iets dwars', 'ik kan het niet slikken, niet verwerken'. Bij een andere vrouwelijke cliënte wees haar nachtelijke angst voor de voorstelling waarin steeds een man de trap op kwam en haar benaderde, al snel in de richting van de man van wie zij ongeveer 12 jaar geleden een kind kreeg. Dit kind stond ze onder grote druk af omdat ze niet gehuwd en nog tamelijk jong was. Voorts bleek deze man onbetrouwbaar te zijn.

Alle complicaties rondom deze toestanden werden in die tijd onvoldoende verwerkt en de bijbehorende emoties sterk afgeweerd. Met het herbeleven van deze ervaringen verdween dit symptoom.

Kennis van de psychoanalytische neurosenleer is in dit verband erg relevant, zeker omdat andere therapeutische systemen hier in het geheel geen theoretisch verantwoord houvast bieden. Het is niet zo dat psychoanalytische inzichten omtrent genese en etiologie van neurotische stoornissen direct therapeutische wenken opleveren. De praktijk van de psychoanalytische behandeling is immers geheel anders gestructureerd en kan daarom niet zomaar vergeleken worden met die van bijvoorbeeld gedrags- of rogeriaanse therapie (Derksen, 1979). Wel is het relevant dat de therapeut, ook al werkt hij met een modern psychotherapeutisch systeem, een theoretisch kader heeft waar binnen hij de problematiek van de cliënt begrijpelijk kan maken.

Veel symptomen hebben een typisch karakter. Hiermee bedoel ik dat de kenmerken ervan bij veel cliënten terug te vinden zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het zogenaamde huisvrouwensyndroom (Derksen, 1978), waarbij een aantal klachten steeds terugkeren. Symptomen kunnen ook een meer individueel karakter hebben. Bij bijvoorbeeld dwangneurose ziet men nogal eens dat de dwanggedachten of dwanghandelingen met de individuele levenssituatie nauw verbonden zijn. Het is een belangrijke opgave in de diagnostische fase om individuele kenmerken van symptomen op te sporen en dus ook van de typische symptomen. In 'Der Sinn der Symptome' gaat Freud (1917) in op het verschil tussen individuele en typische symptomen.

Huisvrouwen vormen een groepering die frequent de huisarts bezoekt en ook in de psychotherapeutische praktijk een belangrijk deel van de aandacht vraagt. Regelmatig treft de psycholoog bij deze categorie fobische klachten aan. Angst voor het in de rij staan en angst voor winkels, angst om in een drukke straat te wandelen, angst op grote pleinen, spanningsklachten in sociale situaties zoals feestjes. Soms worden de angst en spanningsklachten ook thuis geconstateerd en verschuiven ze naar nieuwe objecten. In de diagnostische fase is het belangrijk om te differentiëren in de structuur van de klacht. Angst voor gesloten ruimten is doorgaans ook al in mindere mate aanwezig als de deur, die toegang verschaft tot deze ruimte, nog open staat. Het denken aan deze ruimte kan al spanningverwekkend zijn, etc. Op deze manier inventariseert de psycholoog de individuele trekken van de typische symptomen. Bij de opdracht voor het maken van een dagboek over de klachten is het daarom belangrijk de volgende aspecten te inventariseren: de aard van de klacht, het tijdstip van optreden, de situatie waarin, de hevigheid van de klacht en de duur. Dit dient dan voor alle klachten te gebeuren. Daarbij komt het voor dat de cliënt te kennen geeft steeds last te hebben van hoofdpijn en dat het maken van een dagboek dus geen zin heeft. Dan wordt het essentieel de aandacht van de cliënt op de variatie in de hevigheid te richten en dit in een cijfer tussen één en tien te laten uitdrukken. Deze klachtenregistratie hoeft doorgaans maar ongeveer drie weken plaats te vinden; dit biedt een goed inzicht in de klacht. Als de klachtenregistratie tevens als evaluatief in de therapie gehanteerd wordt kan deze langer

doorgaan. Deze methode biedt, behalve de psychotherapeut, ook de cliënt een beter inzicht in het optreden en de eventuele situatiegebondenheid van de problematiek.

Veel symptomen die in de neurose vaak terugkeren kunnen worden beschouwd als algemene reacties op specifieke neurotische veranderingen. Enkele voorbeelden: herhaling en twijfelen bij de dwangneurose; algemene spanning en onzekerheid bij de hysterie. Net als bij de typische dromen gaan deze reacties doorgaans terug op herinneringen uit de vroege kindheid (zie hiervoor: Freud, 1900, p. 249-250).

Karaktertypen

Tijdens de diagnostische fase wordt informatie ingewonnen die nodig is om de verschillende karaktertypen te identificeren. Wat dit betreft biedt de psychoanalyse eveneens een belangrijk houvast, al heeft Freud weinig expliciet geschreven over het karakter en de mechanismen die werkzaam zijn bij karaktervorming (Freud, 1905, 1908, 1913, 1917, 1923, 1931). Voor ik hier verder op inga wil ik de noodzaak van een typologische benadering binnen de diagnostiek aan de orde stellen. Naar mijn indruk kan dit o.a. gemotiveerd worden vanuit de voordelen die dit oplevert voor de therapie. Zoals Barendregt (1974b) aangeeft zijn er in het verleden vele pogingen ondernomen tot indicatiestelling via psychodiagnostiek. Hij noemt er drie waarvan de typologische benadering volgens hem interessant kan zijn en heldere resultaten kan opleveren, maar zijn bezwaar is dat de persoonlijkheidstheorieën nauwelijks ingespeeld zijn op therapeutische alternatieven. Naar mijn idee kunnen echter binnen de psychoanalytische typologie indicaties opgesteld worden voor het type therapie, die – maar dat zal evident zijn – nog nader onderzoek vereisen. Ook zijn dit indicaties vanuit één aspect van de diagnose; deze moeten worden gelegd naast de indicaties die volgen uit de beschrijving van de symptomen, de mogelijke etiologie, of, in Barendregts termen, de organisatievorm bij de patiënt die in wanorde is. Voorts zijn er belangrijke factoren die grenzen stellen aan de capaciteiten van de cliënt zoals: intelligentie, introspectie en ik-sterkte. Motivatie wil ik hier expliciet niet onder rangschikken omdat dit ook een doel van de therapie kan zijn. De typologische benadering moet mijns inziens gecombineerd worden met de derde poging die Barendregt onderscheidt: het ontwerpen en toetsen van een aparte theorie voor iedere patiënt afzonderlijk. Dit hoeft naar mijn idee geen 'bovenmenselijke aangelegenheid' (Barendregt, 1974b) te zijn zolang de theorie ontworpen wordt met als doel om richting te geven aan een kortdurende therapie.

Wat de psychoanalytische karaktertypen betreft is er ook na Freud aanzienlijk wat gepubliceerd. Een recent overzicht hiervan wordt geboden door Hoffmann (1979). Binnen de psychoanalytische beweging zijn er, historisch gezien, belangrijke verschillende standpunten geweest. Bijvoorbeeld in de verhouding van karakter tot neurose zijn drie verschillende standpunten ingenomen: karakter als basis van de neurose (klassiek psychoanalytische opvatting);

karakter als alternatief van de neurose; karakter als parallel van de neurose. De onderscheidingen binnen het karakterbegrip zelf: oraal karakter, erotisch type, hysterische persoonlijkheid; anaal karakter, dwangmatig type, dwangneurotische persoonlijkheid; fallisch karakter, narcistisch type, fallisch-narcistische persoonlijkheid. Dan spreken we nog niet over de minder beschreven karakters: genitaal karakter, urethraal karakter en de aan specifiek neurotische of psychotische problematiek gekoppelde fenomenologisch-descriptieve persoonlijkheidsbeschrijvingen. Voor een overzicht verwijs ik nogmaals naar Hoffmann (1979).

Ik kies zelf voor Freuds beschrijving van het erotisch, dwangmatig en narcistisch type in zijn opstel 'Über libidinöse Typen' (1931). Freud beschrijft hier fundamentele karakterstructuren die ten grondslag liggen aan gedragingen en symptomen. Daarbij hanteer ik ook de termen oraal, anaal en fallisch, en die verwijzen bij mij naar extreme, meer naar zuiverheid tenderende, karakterstructuren. Ik blijf bij deze onderscheidingen ondanks kritiek van Hoffmann (1979), omdat ze mijns inziens goed herkenbaar zijn in de psychotherapeutische praktijk en omdat ze met het oog op kortdurende therapie nuttige classificaties bieden. In de klinische praktijk wordt steeds geëvalueerd; elke diagnose bevat classificaties die dienen om een complexe zaak snel mede te delen en idealiter indicaties voor de therapie opleveren.

Voor uitvoerige beschrijvingen van het oraal karakter verwijs ik behalve naar Freud nog naar Abraham (1924a, 1924b) en Glover (1925), voor het anaal karakter naar Sadger (1910), Jones (1913), (1919), Abraham (1923), Fenichel (1945) en Menninger (1943); voor het fallisch karakter naar Reich (1933) en Fenichel (1945). Voor de Nederlandse literatuur verwijs ik naar Kuiper (1966). Wat betreft empirische fundering concludeert Hoffmann in zijn samenvatting van vooral factoranalytisch onderzoek dat het psychoanalytisch concept van het anaal karakter als karakterologisch syndroom goed gevalideerd is; het oraal karakter is gevalideerd maar nog niet zo goed als het anale; het fallisch karakter is nog minder goed onderzocht en niet gevalideerd. De bijdrage van deze karaktertypen aan diagnostiek, indicatiestelling en therapie wordt verder uitgewerkt in een afzonderlijk artikel dat waarschijnlijk in een van de volgende nummers van dit tijdschrift zal verschijnen.

Werkwijze

Tenslotte wil ik nog ingaan op de wijze waarop tijdens de diagnostische fase de informatie wordt verzameld. Zoals we hebben gezien, kan de assessment door middel van het gesprek variëren tussen een gestructureerd interview en vrije associatie. Tijdens deze eerste diagnostische fase komt er veel informatie op tafel, en dan wordt de vraag naar de manier waarop deze opgeslagen wordt belangrijk. Het is mogelijk tijdens de consulten een bandrecorder te gebruiken, te noteren of hetgeen gezegd is te onthouden. Ik geef zelf de voorkeur aan het onthouden en het onmiddellijk na het gesprek neer-

schrijven van de belangrijkste informatie en tevens van de indruk die deze op me maakt. Tijdens het gesprek schrijven is irritant, zowel voor mezelf als voor de cliënt. Tevens worden er dan via het schrijven accenten op bepaalde informatie gelegd en kan men minder aandacht hebben voor wat er gezegd wordt terwijl men schrijft. Een bandrecorder is een goed instrument om achteraf de gespreksvoering te toetsen, maar heeft als nadeel dat het de cliënt aanvallend afschrikt en dat het afluisteren van de bandjes veel tijd kost. Een betere methode vind ik de 'verglijkende opmerkzaamheid' (Freud, 1912); dit betekent dat getracht wordt om evenveel aandacht op te brengen voor alles wat de cliënt zegt, ook al lijkt het irrelevant, en dat er geen extra moeite gedaan wordt om bijvoorbeeld via interne repetitie bepaalde dingen beter te onthouden. Belangrijke gegevens (b.v. leeftijd van de kinderen, gegevens over de partner, beroep, inkomen, medicijngebruik) kunnen het gemakkelijkst via een biografische vragenlijst worden verzameld. Deze lijst wordt tijdens het eerste of tweede gesprek mee naar huis gegeven en de keer daarop ingevuld terug gegeven. Met enige ervaring wordt het snel duidelijk dat na afloop van de sessie de meest relevante dingen opgeschreven kunnen worden; zodra men gaat zitten om het neer te schrijven komt de informatie weer snel boven, tot zelfs in de kleinste details. Het is belangrijk om tijdens het gesprek vertrouwen in de capaciteiten van het geheugen te stellen.

Naast de boven omschreven ruggegraat van de diagnose via het gesprek kunnen er andere diagnostische methoden gehanteerd worden. In sommige settings worden altijd bepaalde tests gebruikt, maar het is ook mogelijk een of meerdere tests af te nemen als er een speciale aanleiding voor is. Tijdens de inventarisatiefase kan er gebruik gemaakt worden van de zogenaamde klachtenlijsten (zie hiervoor Brinkman, 1978) die ook als geheugensteun voor andere relevante concrete gegevens dienst kunnen doen. Krijgt de psycholoog geen goed beeld van de intelligentie van een cliënt dan kan hier een intelligentie-test geïndiceerd zijn. Levert de anamnese geen goed beeld op van de verschillende persoonlijkheidstrekken van de cliënt dan kan de MMPI, en eventueel ook een biografische lijst als de ABV, zinvolle informatie opleveren. De uitslagen op de test-attitude schaal van de ABV en op de leugenfactor van de MMPI geven vaak ook aan met welke opstelling de therapeut rekening moet houden in de therapiesituatie. Roept het gedrag van de cliënt vragen op omtrent de mate van assertief gedrag dan kan deze vraagstelling uitmonden in het afnemen van een assertiviteitslijst (bijvoorbeeld Brinkman en Van Staal, 1978). Kunnen er bij een cliënt geen concrete problemen of conflicten worden vastgesteld, bijvoorbeeld bij sommige somatische klachten of depressies, dan kan het belangrijk zijn meer inzicht te krijgen in de diepere persoonlijkheidsstructuren en kunnen sommige projectieve technieken een bijdrage leveren. Bij deze laatste speelt nog sterker dan bij andere tests, een rol dat ervaring ermee plus een goede relatie met de cliënt van fundamenteel belang zijn voor het resultaat. Organici-teitstests kunnen geïndiceerd zijn als er uit de anamnese vraagte-

kens naar voren komen omtrent een mogelijke hersenbeschadiging. Als het testmateriaal informatie biedt die niet in overeenstemming is met de gehanteerde typologie of met de observatiegegevens, dan moeten de verschillen verklaard worden. Het is ook mogelijk om in deze diagnostische fase het rollenspel als informatiebron te hantieren. Een cliënt kan steeds weer praten over de problemen in de omgang met een chef, maar soms levert het uitspelen van deze situatie, met de psycholoog in de rol van de chef, veel meer informatie op. Subassertieve gedragingen kunnen dan helder aan het voetlicht treden, nonverbaal gedrag biedt aanknopingspunten voor de therapie, etc.

Een test moet naar mijn indruk nooit het startpunt van een contact zijn, maar pas geïntroduceerd worden nadat er een aantal gesprekken zijn geweest zodat er al enigszins sprake is van een relatie tussen cliënt en hulpverlener (zie hiervoor Sugerman, 1978). In zijn algemeenheid is het erg belangrijk de functie van de tests te bespreken met de cliënt om op deze manier via een optimale medewerking de resultaten van het testonderzoek kwalitatief te verbeteren. Daarbij is het mijns inziens wenselijk dat degene die de tests afneemt ook de behandelend psycholoog is. De afname van een test wordt dan tevens een manier om het contact met de psycholoog te variëren. Tevens bieden veel tests een uitstekende observatie-gelegenheid en deze kwalitatieve analyses (naast de kwantitatieve zoals bij de WAIS) veronderstellen behalve de befaamde 'klinische blik' ook kennis van mogelijke stoornissen. Als dit deel van het diagnostisch onderzoek aan bijvoorbeeld assistentes wordt overgelaten mist de psycholoog een belangrijke observatie-gelegenheid. Voor de patiënt kan het vervelend zijn om weer aan iemand anders te moeten wennen, het contact kan daardoor minder ontspannen verlopen. Tevens veronderstelt deze werkwijze weer extra tijdsinvestering in de vorm van het contact tussen de diagnosticus en de therapeut. Door een adequate theoretische en methodische uitrusting van de klinisch psycholoog kan dit voorkomen worden. Eventuele voordelen van de scheiding tussen diagnosticus en therapeut zouden kunnen liggen in de specialisatie: iemand die alleen diagnosticeert kan zijn vak beter kennen dan de allround psycholoog. Maar naar mijn idee is er dan weer sprake van een te expliciete scheiding van diagnose en therapie.

De hierboven geschetste werkwijze is niet altijd geïndiceerd; als er een cliënt bij de psycholoog komt die in een acute crisis verkeert, dan is een onmiddellijke interventie van groter belang dan uitvoerig ingaan op het verleden. Bij verwerkingsproblematiek kan het benadrukken en naar voren halen van bepaalde emoties erg belangrijk zijn en dat moet niet voorafgegaan worden door veel 'praten over'. Als er achteraf aanleiding voor blijkt te zijn kan de diagnostiek uitvoeriger terugkeren. Een ander uiterste waarbij deze werkwijze wel erg noodzakelijk is, wordt gevormd door louter somatisch beleefde klachten waarbij de persoon niet of nauwelijks in staat is psychische conflicten of spanningen te lokaliseren. Als voorts blijkt dat de cliënt deze inventarisatie-fase niet zo nuttig en wat langdurig vindt

is het mogelijk tussendoor de gespannen cliënt een goede ontspanningsoefening te leren, of de hardwerkende cliënt te vragen met registratie van zijn klachten te beginnen. Voorts komen er vaak echtparen met relatiemoeilijkheden of gezinnen met gezinsproblemen bij de psycholoog. In sommige kringen wordt de relatietherapie erg verheerlijkt en verheven boven individuele psychotherapie. Ik ben van mening dat het vooraf altijd belangrijk is een beeld te krijgen van het gedrag en de symptomen van het individu. Daarbij is het zeker niet zo dat de problemen die voortvloeien uit de interactie onderschat worden. Als een echtpaar zich meldt met relatiemoeilijkheden is het aan te bevelen allereerst met beide personen afzonderlijk een intake en een aantal diagnostische sessies te houden. Maar al te vaak maakt men het als psycholoog mee dat een van beide of beiden kampen met persoonlijke problemen die afzonderlijk aandacht vragen. Ook komt het vaak voor dat iemands individuele, intrapsychische, problematiek leidt tot en zich manifesteert in relatiemoeilijkheden. Niet zelden maakten we het mee dat de conflicten tussen beide personen in de spreekkamer zo hoog oplaaide dat het geen enkele zin had hen samen te laten komen. Daarbij speelt ook een rol dat de afzonderlijke personen soms tijd nodig hebben om zelf tot een doelstelling te komen. Wil de persoon de relatie voortzetten en verbeteren, of afbouwen en uit elkaar gaan? Deze doelstelling kan in individuele gesprekken met de cliënt het beste duidelijk worden. Terugkomend op de diagnose: het lijkt dus belangrijk dat de therapeut tijdens deze fase met de man en vrouw apart een antwoord tracht te vinden op de vraag of er sprake is van dominant intra-psychische of dominant interactionele problematiek. Geeft bij beide partners het laatste de doorslag dan kan de relatietherapie starten, mits de doelstelling duidelijk is. Een parallel-benadering waarbij relatietherapie gecombineerd wordt met individuele therapie is eventueel ook denkbaar. Aan bovenbedoelde werkwijze geef ik de voorkeur, omdat de praktijk maar al te vaak leert dat aanvankelijke relatieproblematiek later dominant individuele problematiek blijkt te zijn.

Het komt ook voor dat de inventarisatie-fase al een proces bij de cliënt in gang zet: hij realiseert zich al beter hoe zijn psychische en sociale omgeving gestructureerd is, wat de belangrijkste conflicten en problemen zijn, wat zijn opvoeding teweeg bracht, hoe zijn opstelling in bepaalde situaties tekort schiet of moeilijkheden in de hand werkt, dat er relatieproblemen zijn, etc. Als dit proces zich voort blijft zetten is daarmee doorgaans een indicatie voor gesprekstherapie met hantering van rogeriaanse technieken aanwezig. Hier gaat het om een categorie van cliënten die men als het ware maar hoeft te 'volgen' in hun belevingen en ervaringen, om verbetering te bewerkstelligen. Vaak is het dan overbodig dat de psycholoog allerlei onderwerpen aansnijdt; dat doet de cliënt zelf wel. Het introduceren van bepaalde klachtgerichte technieken uit de gedragstherapie kan hier eerder blokkerend dan bevorderend werken.

Met het oog op het voorafgaande lijkt me de vraag gewettigd of het

wel verantwoord is in de eerste lijn zeven sessies voor diagnostiek te reserveren, temeer gezien de opvattingen (bijvoorbeeld NIP-brochure, 1978) waarin gesteld wordt dat het aantal therapie-sessies in de eerste lijn beneden de tien moet blijven. Dit vereist een aparte discussie, maar toch wil ik er kort op ingaan. Op grond van ervaring met twee jaar psychologische hulpverlening in de eerste lijn is de belangrijke rol van de diagnostiek voor mij duidelijk geworden. In sommige gevallen kan of moet het ook korter, maar als richtlijn houden we vast aan dit model. Naar mijn idee staat hier wederom het volgende centraal: domineert de patiënt met zijn symptomen of domineert de gehanteerde therapeutische methode; wordt de geschiktste therapie bij de patiënt gezocht of wordt iedereen met dezelfde therapie behandeld. Aansluitend bij de veronderstelling van Barendregt (1974b) dat verschillende psychotherapieën aangrijpen bij verschillende organisatievormen, wordt in het ongunstigste geval bij elke patiënt dezelfde organisatievorm behandeld, of die nu in wanorde is of niet.

Besluit

Het is mijn ervaring dat in een psychologische praktijk waarin allerlei cliënten met sterk wisselende problematiek om hulp komen vragen, het onmogelijk is te werken met vaststaande stereotypieën. Anders gezegd: de impliciete vooronderstellingen en 'theoretische' uitgangspunten worden dan gecorrigeerd door de praktijk. Observatie, als belangrijkste eerste stap in wetenschappelijk werk, is natuurlijk nooit helemaal theorie-onafhankelijk. Waarneming veronderstelt onze eigen zintuigen, cognities, overtuigingen, waarderdingen, onbewuste wensen, etc. Een theorie die waarnemingsgegevens betekenis verleent en verklaart door middel van de context van theoretische termen die met elkaar in verband staan, kenmerkt een wetenschappelijke houding meer dan het 'op je eigen manier zien en begrijpen van de dingen', een werkwijze die veel ervaren psychotherapeuten kenmerkt. Tevens gaat het in de psychotherapie in zijn algemeenheid om een praktijk waarin het psychisch apparaat centraal staat. Dat betekent niet dat actuele omgevingsvariabelen (de micro- en macro-structuren van de maatschappelijke ordening waarin de cliënt leeft) verwaarloosd worden in therapie. Allereerst zijn ze al geïncorporeerd in het Freudiaanse Es-Ich-Über-Ich model, anders kon deze structuur niet bestaan en was er van menszijn geen sprake. Verder sluit het beter zicht krijgen op de persoon door middel van een typologie, die gebaseerd is op een theorie en hypothesen oplevert omtrent de behandeling, niet uit dat er rechtstreeks invloed op de omgeving wordt uitgeoefend. Vaker wordt de persoon zelf door de psychotherapie weerbaarder gemaakt zodat hij tot verandering van zijn omgeving in staat wordt. Dat de persoon dit zelf doet en kan is van veel meer betekenis dan dat het voor hem gedaan wordt en de afhankelijkheid van zijn omgeving op die manier blijft voortbestaan. Een laatste opmerking betreft het psychotherapie-onderzoek: als de aaneensluiting van klacht en per-

soon met type therapie theoretisch duidelijker wordt geformuleerd kan er onderzoek gedaan worden met hypothesen die vruchtbaarder zijn dan wat ik doorgaans in de onderzoekspraktijk zie gebeuren.

Noten

- 1 Dit laatste leid ik bijvoorbeeld af uit de toenemende studie van en belangstelling voor de psychoanalyse aan de Nijmeegse universiteit.
- 2 De term Ich wordt hier opgevat als instantie in Freuds tweede theorie van het psychisch apparaat. Het Ich wordt hier onderscheiden van Es en Über-Ich (Zie hiervoor Freud, 1923).
- 3 De term 'Überderterminierung' gebruikt Freud in zijn hoofdwerk *Die Traumdeutung*. Hiermee bedoelt hij in zijn algemeenheid dat een vorming van het onbewuste (bijvoorbeeld symptomen of dromen) naar een veelvoud van determinerende factoren verwijst. Volgens Laplanche en Pontalis (1972) kan dit op twee manieren worden opgevat. In de eerste plaats is deze vorming van het onbewuste de resultante van verschillende oorzaken, zodat een enkele oorzaak als verklaring onvoldoende is. In de tweede plaats verwijst deze vorming ook naar veelvuldige onbewuste elementen die zich op verschillende betekenisniveau's bevinden en op elk niveau van duiding hun eigen samenhang vertonen.
- 4 Deze praktijk wordt gedragen door Drs. Leon van de Weygaert en ondergetekende.
- 5 Toen er meer voorbeelden verteld werden bleek de agressie binnen het gezin veel ernstiger geweest te zijn. Met name het autoritaire en agressieve gedrag van de vader van de cliënt leidde tot een overmatige agressie-ontwikkeling bij de kinderen. In zijn competitie met de vader ontwikkelde cliënt een grote dosis activiteit die tevens functioneel was binnen het tuindersbedrijf van vader. Eveneens werd cliënt gevoelig voor het lot van de mensen die de dupe waren geworden van het optreden van zijn vader; hetgeen te interpreteren is als een projectie van zijn verdrongen strevingen. Dit leidde tot een band met zijn moeder die herhaald werd in de relatie tot zijn vrouw.

Literatuur

- Abraham, K. (1923), *Ergänzungen zur Lehre vom Analcharakter*. In: K. Abraham, *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung und andere Schriften*. Fischer, Frankfurt, 1969, p. 184-204.
- Abraham, K. (1924a), *Beiträge der Oralerotik zur Charakterbildung*. In: K. Abraham: *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung und andere Schriften*. Fischer, Frankfurt, 1969, p. 205-217.
- Abraham, K. (1924b), *Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido aufgrund der Psychoanalyse seelischer Störungen*. In: K. Abraham, *Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung und andere Schriften*. Fischer, Frankfurt, 1969, p. 113-183.
- Barendregt, J. (1974a), Klinische psychologie is meer dan therapie bedrijven. *De Psycholoog*, 4, 127-136.
- Barendregt, J. (1974b), De relatie van diagnostiek en therapie binnen het fobieënproject. *De Psycholoog*, 9, 295-308.
- Brinkman, W. (1978), Het gedragstherapeutisch proces. In: J. Orlemans, W. Brinkman, W. Haaijman & E. Zwaan (ed.), *Handboek voor Gedrags-*

therapie, deel A. Van Loghum Slaterus, Deventer.

- Brinkman, W. & C. van Staaen (1978), *Een Assertiviteitsschaal III*. Intern Rapport vakgroep groepspsychologie, Universiteit van Amsterdam.
- Derksen, J. (1978), *Vrouwelijkheid – psychoanalytische visies –*. Doctoraalscriptie klinische psychologie, Nijmegen.
- Derksen, J. (1979), *Evaluatie van moderne therapeutische systemen vanuit inzichten uit de psychoanalytische theorie*. Psychologisch Laboratorium, Nijmegen.
- Donker, F. (1974), Functionele gedragsanalyse. In: H. Carminada, F. Donker & C. Ebskamp, *Nieuwe ontwikkelingen binnen de assessment*. Vakgroep klinische psychologie, Nijmegen.
- Drenth, P. (1975), *Inleiding in de testtheorie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Fenichel, O. (1945), *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Norton, New York.
- Freud, S. (1900), Die Traumdeutung. In: *Studienausgabe, Bd. II*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1972.
- Freud, S. (1905), Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: *Studienausgabe, Bd. V*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1972.
- Freud, S. (1908), Charakter und Analerotik. In: *Studienausgabe, Bd. VII*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1972.
- Freud, S. (1912), Ratschläge für den Arzt bei der Psychoanalytische Behandlung. In: *Studienausgabe, Ergänzungsband*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1975.
- Freud, S. (1913), Die Disposition zur Zwangsneurose. In: *Studienausgabe, Bd. VII*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1972.
- Freud, S. (1914), Zur Einführung des Narzissmus. In: *Studienausgabe, Bd. III*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1972.
- Freud, S. (1917), Über Triebumsetzungen insbesondere der Analerotik. In: *Studienausgabe, Bd. VII*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1972.
- Freud, S. (1917), Die gemeine Nervosität. In: *Studienausgabe, Bd. I*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1972.
- Freud, S. (1917), Der Sinn der Symptome. In: *Studienausgabe, Bd. I*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1972.
- Freud, S. (1923), Das Ich und das Es. In: *Studienausgabe, Bd. III*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1972.
- Freud, S. (1926), Hemmung, Symptom und Angst. In: *Studienausgabe*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1971.
- Freud, S. (1931), Über libidinöse Typen. In: *Studienausgabe, Bd. V*. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1972.
- Glover, E. (1925), Notes on Oral Character Formation, *International Journal on Psychoanalysis*, 6, 131-154.
- Hoffmann, S. (1979), *Charakter und Neurose*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Jones, E. (1913), Hass und Analerotik in der Zwangsneurose. *Internationale Zeitung für Psychoanalyse*, 1, 425-430.
- Jones, E. (1919), Über analerotische Charakterzüge. *Internationale Zeitung für Psychoanalyse*, 5, 69-92.
- Kuiper, P. (1966), *Neurosenleer*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lange, A. en O. van der Hart (1979), *Gedragsverandering in gezinnen*. Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Laplace, J. & J. Pontalis (1972), *Das Vokabular der Psychoanalyse* (Zweiter Band). Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Menninger, W. (1943), Characterologic and Symptomatic Expressions Related to the Anal Phase of Psychosexual Development. *Psychoanalytic Quar-*

tery, 12, 161-193.

Nawas, M. (1978), Klinische Psychologie. In: H. Duiker (red.), *Psychologie Vandaag*, Van Loghum Slaterus, Deventer.

NIP-brochure (1977), *De psycholoog in de eerste lijn*. NIP.

Porter, L., I. Lawel en J. Hackman (1975), *Behavior in Organisations*. Mc. Graw-Hill, New York.

Reich, W. (1933), *Charakteranalyse*. Selbstverlag, Berlijn.

Sadger, J. (1910), Analerotik und Analcharakter. *Die Heilkunde*, 43-46.

Sugerman, A. (1978), Is Psychodiagnostic Assessment Humanistic? *Journal of Personality Assessment*, 42, 11-21.