

De kortdurende therapie: kort en krachtig

door H. J. C. van Marle

Inleiding

Zowel bij de poliklinische als klinische behandeling van psychiatrische patiënten bestaat een zekere tijdsdruk. In welke mate deze druk bepaald wordt door het lijden van de patiënt zelf, de verwachting van de familie, de persoonlijkheid van de therapeut of de opname- en ontslag-, respectievelijk intake- en uitboekprocedures van het behandelingsinstituut, wil ik voor dit betoog buiten beschouwing laten. De psychotherapie-opleidingen die momenteel gegeven worden, zijn sterk bepaald door het psychoanalytische en het Rogeriaanse referentiekader, beide gericht op langdurige therapieën. De gedragstherapie houdt zich niet bezig met in tijd onbeperkte therapievormen, doch ook bij deze therapie is de behandelingsduur al aanzienlijk toegenomen. De discrepantie tussen de wens vanuit de praktijk patiënten zo snel mogelijk een behandelingsresultaat te verschaffen en de theoretische opleiding in in principe langdurige therapieën, werd voor mij de reden mij bezig te houden met de mogelijkheden en beperkingen van kortdurende psychotherapie.

Om terminologische verwarring te voorkomen, lijkt het mij noodzakelijk het begrip 'psychotherapie' te definiëren alvorens het verder te gebruiken. Hierbij wil ik vasthouden aan de definitie zoals Bellak en Small (1965) die geven: een verbale of anderszins symbolische interactie tussen therapeut en patiënt, geleid door geordende en sluitende begrippenserries en gericht op een verandering ten goede bij de patiënt. De geordende begrippen die de interventies van de therapeut leiden moeten logisch, dit wil zeggen overdraagbaar gebaseerd zijn op een persoonlijkheidstheorie, op vooronderstellingen ten aanzien van diagnostiek, psychodynamiek van de zieke en de behandeling van oorzaken en/of gevolgen.

In de door mij geraadpleegde, voornamelijk Engelstalige litera-

tuur werd kortdurende therapie op verschillende wijze benoemd, namelijk short-term psychotherapy (Wolberg, 1965; Sifneos, 1972), brief therapy (Malan, 1963 en 1976; Barten, 1971; Weakland, Fisch, Watzlawick, Bodin, 1974) en time-limited psychotherapy (Patterson en O'Sullivan, 1974); hiermee wordt mijns inziens aangegeven dat de auteurs de beperking in tijd het voornaamste characteristicum vinden en dat een duidelijke afgrenzing wordt gemaakt met de traditionele langdurige therapieën. Daarnaast komt nog de term active psychotherapy (Greenwald, 1967) voor, daarmee rechtdoend aan een ander kenmerk van kortdurende psychotherapie, namelijk het zich actief opstellen van de therapeut. Terzijde wil ik nog een andere vorm van kortdurende psychotherapie vermelden, namelijk the Twenty-Minute Hour van Castelnuovo-Tedesco (1965), waarbij, zoals de titel van het boek al vermeldt, de gesprekken tussen therapeut en patiënt twintig minuten duren, terwijl de overige auteurs allemaal 45 of 50 minuten noemen als tijdsduur. Op dit boek kom ik straks nog kort terug.

De kortdurende therapie

Barten (1971) beschrijft welke attitude-veranderingen ertoe geleid hebben dat de kortdurende therapievorm zich heeft kunnen ontwikkelen tot een eigen identiteit, los van de psychoanalyse die haar heeft voortgebracht:

- 1 een sociale stroming die psychiatrische behandeling aan een groot aantal personen wilde verstrekken;
- 2 een erkenning van de behoeften in deze van de lagere sociaal-economische en minder intelligente groepen;
- 3 de vergrote vraag naar psychotherapie en naar gemakkelijker betaalbare psychotherapie;
- 4 de verschuiving binnen de geestelijke gezondheidszorg naar preventie en crisisinterventie;
- 5 de daarmee gepaard gaande verbreding en herdefiniëring van hulpverlenende beroepen, zodat naast de medicus ook de psycholoog en maatschappelijk werker psychotherapie gingen uitoefenen;
- 6 de toenemende nadruk op het meer gezonde deel van de persoonlijkheid binnen het gebied van de geestelijke gezondheidszorg;
- 7 een verandering in de opzet van behandeling in die zin dat beperkte therapeutische doelen vaker als een voldoende antwoord werden geaccepteerd op de klachten en behoeften van de patiënt.

Het ogenblik lijkt me gekomen af te rekenen met de mening dat de kortdurende therapie beschouwd moeten worden als een noodoplossing voor deze problemen. In feite worden vele elementen van de kortdurende therapie zoals ik die hier zal beschrijven, reeds lang gebruikt in vele vormen van therapie die min of meer in tijd begrensd zijn. Zij worden dan echter niet

systematisch toegepast en in samenhang met elkaar, zodat veel van hun effectiviteit verloren gaat.

Castellnuovo-Tedesco (1965) plaatst zich in zijn boek bij de louter ondersteunende therapieën, door slechts te mikken op symptomatische genezing, inzicht en catharsis verschaffen in heden en toekomst, weerstanden in de therapie te vermijden en zich tot het actuele en bewuste te beperken. Hypnose, suggestieve en ondersteunende therapieënvormen wil ik buiten beschouwing laten en alleen die vormen van kortdurende therapie bespreken die meer nastreven dan catharsis en symptoom-opheffing, namelijk de mogelijkheid dat de behandelde patiënt ook ten aanzien van toekomstige problemen beter gewapend is. Vanuit de literatuur zijn deze vormen min of meer in drie hoofdgroepen te condenseren die mijns inziens qua theoretisch referentiekader bepalend zijn voor het stellen van een werkhypothese, het therapeutisch doel en de te volgen techniek. Het gaat hier voortdurend om een individuele therapievorm; dat een uitsluitend groepsmatige benadering niet gewenst is, blijkt volgens mij duidelijk uit de hiervolgende probleemaanpak van de kortdurende therapie, terwijl bepaalde gesystematiseerde groepen zoals een echtpaar en een gezin hierop een uitzondering vormen.

Drie referentiekaders

Als eerste kader wil ik dat der crisisinterventie noemen met Bellak en Small, Harris en Kalis en Sifneos als voornaamste vertegenwoordigers, als tweede dat der psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie, waarover met name Malan en Wolberg gepubliceerd hebben; als derde de groep die de gestructureerde gedragsverandering centraal stelt, zoals Lakin Phillips en Wiener en de communicatietheoretici uit de Palo-Alto groep zoals Weakland en Watzlawick.

Het model van de *crisisinterventie-techniek* gaat ervan uit dat een bepaald psychisch evenwicht, waarmee een persoon zich in zijn situatie weet te handhaven, tijdens een crisis doorbroken wordt, waardoor allerlei symptomen ontstaan zoals bijvoorbeeld angst, boosheid en depressiviteit. De adaptatie van de voordien klachten-vrije persoon aan zijn omgeving raakt verstoord, doordat door die omgeving aan de persoon nieuwe eisen gesteld worden die hij niet kan opbrengen. Samen met de cliënt, door hem namelijk aan te spreken op de capaciteiten en mogelijkheden die hij nog wel bezit, tracht de therapeut de ontstane situatie door te spreken en de redenen op te sporen, waardoor deze persoon juist in deze situatie decompenseert. De attitude van de therapeut is hierbij 'counselend': empathisch, confronterend, clarificerend en belangstellend. Het doel is dat de cliënt alternatieve oplossingen gaat vinden voor zijn vastgelopen situatie en dat de therapie een leerervaring wordt voor eventuele verdere moeilijkheden.

De ontstaanswijze van een actuele crisis, die zowel gezien wordt als een actueel intra-psychisch conflict als een reactie op uitwen-

dige stress, wordt als volgt omschreven: elk mens ontmoet in zijn leven omstandigheden die hem gespannen maken en die hij zo goed mogelijk zal trachten door te komen en op te lossen; mocht deze oplossing slechts ten dele bevredigend zijn, dan zal een situatie blijven bestaan gekenmerkt door een relatief onwelbevinden en verhoogde kwetsbaarheid: de 'painfulstate' (Sifneos, 1972). Er is slechts een nieuwe aanleiding voor nodig om een crisis te veroorzaken. Deze aanleiding, de precipiterende stress (Harris, Kalis en Friedman, in Barten's 'Brief Therapies', 1971), gekenmerkt door in hoeverre de uitwendige gebeurtenissen een interactie aangaan met inwendige conflictderivaten, bepaalt de aard van de crisis.

De techniek bestaat uit het verhelderen van deze stress-situatie – nagaan of de cliënt eerder dergelijke situaties heeft meegemaakt en hoe hij die heeft opgelost, met als belangrijke vraag waarom hij juist nu komt – en uit het exploreren welke adaptiemogelijkheden de cliënt op dit moment bezit. Inwendige conflictderivaten worden doorgewerkt voor zover ze te maken hebben met de actuele levenssituatie en in het hier en nu van de therapie. De therapeut moet mogelijkheden bieden tot identificatie in zijn wijze van probleembenaderen. Wat betreft de beëindiging van de therapie wordt een flexibele benadering voorgestaan, maar wel een zo spoedig mogelijke beëindiging; er is geen vaststaand aantal therapieessies.

De *psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie*, of wel 'psychotherapy on analytic lines', 'dynamic psychotherapy', 'brief analytical psychotherapy' enz. (Van Strien, 1977) gaat ervan uit dat de problemen die de patiënt ondervindt, ontstaan door reactivering van vroegere conflicten uit de kindertijd t.g.v. bepaalde uitlokkende omstandigheden. Zij baseert zich verder geheel op de psychoanalytische theorie. Het onderscheid met de psychoanalyse ligt hierin dat de kortdurende vorm zich richt op een vóór die tijd probleemloze persoonlijkheid met geen of weinig klachten en een duidelijk moment van ontstaan van die klachten (Wolberg, 1965). De doelstellingen zijn ook beperkter: er wordt geen algehele herstructurering van de persoonlijkheid nagestreefd, alhoewel deze wel tot op zekere hoogte kan optreden. Met de patiënt wordt een bepaald conflictgebied afgegrensd – meestal de hoofdklacht waarmee hij komt –, dat door de therapeut actief en min of meer diepgaand wordt doorgewerkt, zodat de patiënt inzicht verwerft in de krachten die de acute decompensatie veroorzaken, in zijn persoonlijkheidsstoornissen die de aanpassing verstoren en de oorsprong ervan in vroegere ervaringen en conditioneringen.

Min of meer centraal staat de duiding van de overdracht van ouders op de therapeut, zodat naast inzicht ook de interactie erg belangrijk is. Malan (1963) geeft in het eerste interview al enkele duidingen naar vroegere ervaringen om de patiënt te laten zien dat dat het essentiële is van de therapie. Bij dit inzicht is behalve de 'correctieve emotional experience' (een term van Alexander en French) een sterke cognitieve component werkzaam (McGuire,

1965; Malan, 1976); er kan zelfs een beroep gedaan worden op het 'afweermecanisme' intellectualisatie (Bellak en Small, 1965). Een actief interpreterende houding van de therapeut, het bij voorbaat vaststellen van een korte behandelingsduur en het voorkomen van afhankelijkheid, zijn de belangrijkste factoren om de duur van de therapie kort te houden. Volgens Malan (1963) staan daarnaast het werken vanuit overgedetermineerdheid en samenhang van symptomen met de eerste kinderjaren, en vanuit de techniek die bedoelt tijdens de therapie het inzicht door te werken, een korte duur van een psychotherapie in de weg.

Overdrachtsfenomenen worden direct geduid zodra zij waarneembaar zijn. Het systematiseren ervan tot een stereotyp beeld van de therapeut wordt zo voorkomen, daar dat anders tot een binnen een korte tijd niet op te lossen weerstand kan leiden. Tot welke diepte zij geduid kunnen worden wisselt echter per auteur (Bellak en Small, 1965; Wolberg, 1965; Malan, 1963, 1976).

De derde groep, die der *gestructureerde gedragsverandering* vindt zijn wortels binnen de leer- en communicatietheorie. Symptomatisch gedrag wordt gezien als een interactieprobleem, omdat ervan uitgegaan wordt dat de symptomen door de interactie van cliënt en zijn omgeving in stand gehouden worden. Het concreet en actueel gedrag staat centraal en de vraag naar het 'waarom' ervan is niet relevant. Symptomatisch gedrag kan ontstaan doordat symptomen positief bekrachtigd worden of is een reactie op een voortdurend spanningsverwekkende situatie. Chronisch symptomatisch gedrag wordt ook niet gezien als een basisdefect in een persoon of gezin, doch als het blijven bestaan van een herhaalbaar verkeerd aangepakt probleem, dat juist door die verkeerde oplossing (het 'problem maintaining behaviour', Weakland e.a., 1974) belemmerd wordt te verdwijnen.

Het is noodzakelijk dat het gedrag waarin het symptoom tot uitdrukking komt zorgvuldig wordt uitgevraagd met betrekking tot de inhoud, op welke wijze het tot stand komt, wat eraan voorafgaat en wat erop volgt, de ervaringen van de cliënt in zijn omgeving etc. Ook de voorgeschreven handelingen die leiden tot een verbeterd alternatief gedrag zijn liefst operationeel gespecificeerd en controleerbaar voor cliënt en therapeut vastgelegd. Verder kan er gebruik gemaakt worden van relaxatie-oefeningen, roloefeningen etc. De indicatiestelling verschilt met de traditionele gedrags therapie in zoverre dat zowel geïsoleerde symptomen, als intrapsychische en relationele problemen met deze procedures kunnen worden behandeld. Het aantal zittingen wordt van tevoren vastgelegd en is bij voorbaat kort, zodat de cliënt weet waar hij aan toe is. De attitude van de therapeut is die van de deskundige die samen met zijn cliënt diens gedrag tracht te ontwarren en opdrachten c.q. huiswerk geeft om een ander, meer gewenst gedrag in te oefenen.

De communicatie-therapeuten zien symptoomgedrag verder als een uitvloeisel van de problemen van elke dag, resp. een overschatten (b.v. de generatiekloof), of een onderkennen ervan (b.v.

het huwelijk) door twee individuen onderling of een groepje binnen een grotere groep zoals een echtpaar. Zij proberen alternatief gedrag aan te leren door attitude-veranderingen bij de betrokkenen aan te brengen, b.v. door het positief labelen van voordien als negatief beleefd gedrag, of door paradoxale opdrachten en symptoomvoorschrijving, door uit te gaan van de beleveniswereld van de cliënt en van daaruit kleine doch significante stapjes te maken. Het doel is niet de complete genezing van de cliënt, doch veeleer dat er een doorbraak in een vastgelopen situatie wordt verkregen waarop hij zelf kan voortwerken.

De bovenstaande criteria, afkomstig uit de school van Weakland en Watzlawick, vinden wij ook terug bij wat Van de Velden en Van Dijk (Van de Velden (red.), 1977) verstaan onder de kenmerken van de 'directieve therapie'.

Nu de kortdurende therapie in het bovenstaande uiteengesplitst is in drie theoretische referentiekaders, wil ik trachten de essentiële kenmerken van de kortdurende therapie op te stellen. Wellicht kunnen zij dienen als een technisch handvat voor collega's die de kortdurende therapie willen gaan toepassen.

Kenmerken

1. *Beperkte tijdsduur.* Wat al herhaalde malen centraal is komen te staan is de beperkte tijd waarin de therapie plaatsvindt. Het aantal zittingen is bij de diverse auteurs maximaal 6 (Bellak en Small, 1965), 10 (Weakland e.a., 1974), 20 tot 30 (Malan, 1976) tot een jaar (Sifneos, 1972; Wolberg, 1965) met een frequentie van één zitting per week. De meeste overeenstemming wordt gevonden voor een duur van 20 zittingen (E. Huijser, 1977).

Van tevoren wordt de patiënt duidelijk gemaakt dat hem een therapievorm wordt aangeboden waarvan een beperkt aantal zittingen deel uitmaken. Het is belangrijk dat de patiënt dit van tevoren accepteert omdat het anders later in de therapie gebruikt kan worden om tegen de therapeut te ageren. Malan (1976) raadt aan niet een vast aantal sessies aan de patiënt mee te delen, doch met de patiënt een vaste datum te bepalen waarop de therapie in ieder geval moet zijn afgelopen. Deze procedure zou kunnen voorkomen dat er moeilijkheden tijdens de therapie ontstaan over het al dan niet inhalen van gemiste zittingen. Dit bekend zijn met de beschikbare periode kan op de patiënt een belangrijke suggestieve invloed hebben, namelijk dat de therapeut voor die tijd resultaat verwacht en dat de patiënt zelf zich ruimschoots voor die tijd zal moeten inzetten.

2. *Duidelijkheid tijdens het eerste, resp. tweede interview.* Het is zaak dat de therapeut in het eerste of tweede gesprek zicht krijgt op het affectieve contact dat hij met de patiënt heeft, diens emotionele respons op bepaalde vragen of opmerkingen van de therapeut en de motivatie waarmee de patiënt therapie zoekt. De soort therapie die geboden wordt moet ook direct aan de patiënt

uitgelegd worden en hij moet zich ermee akkoord verklaren – anders zou hij a priori niet geschikt zijn om deze therapievorm te krijgen. Een en ander kan natuurlijk ook als contract vastgelegd worden, bijvoorbeeld op welke wijze gewerkt wordt, aan welke symptomen, aan welke levensterreinen, welke doelen nagestreefd worden, en de financiering.

3. *Het vaststellen van een focus.* Een belangrijk criterium voor het slagen van een kortdurende therapie is dat de patiënt en therapeut in staat zijn binnen het eerste of tweede uur een bepaald probleemgebied af te bakenen waar de therapeutische interventies vervolgens op gericht zijn. Van dit focus wordt gedurende de verdere therapie niet afgeweken. Als de patiënt er niet in slaagt een bepaald probleemgebied te formuleren, bijvoorbeeld doordat zijn klachten vaag blijven, geldt dit als een relatieve contra-indicatie. De hypothese hierachter, weliswaar door de verschillende auteurs verschillend omschreven, is dat er systematisch aan een in de loop der tijd gefixeerde klacht gewerkt wordt, zodat de patiënt anders tegen deze klacht gaat aankijken, bijvoorbeeld door bepaalde verbanden te leggen of bepaalde activiteiten toch weer te gaan doen. De patiënt krijgt meer het gevoel de situatie in eigen hand te hebben en kan meer afstand nemen van zijn klacht. Er blijft dan opeens ruimte over voor andere belangstelling.

Het focus wordt theoretisch gezien als de condensatie van bepaalde symptomen bij een bepaalde persoonlijkheid in een bepaalde situatie, en als zodanig kunnen de teweeggebrachte veranderingen zich ook uitstrekken tot in de persoonlijkheidsstructuur en beperken zij zich niet tot het opheffen van symptomen. Patiënt en therapeut komen door middel van een dialoog met elkaar tot het formuleren van een probleem, waarbij de patiënt het meest affectief betrokken is, en dat een grote kans heeft om binnen de vastgestelde tijd opgelost te worden.

Vanuit dit focus wordt vervolgens een werkhypothese opgesteld en worden doelen en subdoelen bepaald.

4. *Activiteit van de therapeut.* Het voorgaande betoog over tijdsduur, houding tijdens de eerste gesprekken en het therapiefocus laat duidelijk zien dat de therapeut een actieve rol moet hebben en niet het initiatief aan de patiënt kan laten. Hij bepaalt in sterke mate waaraan en hoe gewerkt wordt, hij zorgt ervoor dat de patiënt niet van de uitgestippelde koers afdwaalt. Het referentiekader waarin de therapeut werkt moet slagvaardig en direct gehanteerd worden. Eventuele weerstanden van de patiënt moeten in de therapie direct signaleerd en bewerkt worden, daar zij anders systematiseren tot een te grote weerstand, die een belemmering is voor de therapie.

Het is dus niet zo dat de therapeut veel praat of voor de patiënt veel invult, doch dat hij voortdurend de eigenschappen van de kortdurende therapie in de gaten houdt, de grenzen ervan afbakent en de vastgestelde afspraken nakomt.

5. *Het handhaven van de autonomie van de patiënt.* Voornoemde activiteit van de therapeut is er stelselmatig op gericht te bevorderen dat de patiënt actief met zichzelf bezig is. Er wordt dan ook een groot beroep gedaan op de gezonde kanten van de persoonlijkheid, zoals het kunnen nemen van beslissingen, en het experimenteren in relaties etc. De nadruk wordt gelegd op de autonomie (Patterson en O'Sullivan, 1974) van de patiënt, waarbij de attitude van de therapeut een afwisseling is van steunen en confronteren. Op de patiënt kan een beroep gedaan worden zich te verantwoorden voor het proces van de therapie en het uitvoeren van de taken ervan.

6. *Het streven naar inzicht.* Het inzicht dat de patiënt in zijn situatie dient te krijgen, is wel het hoofdthema van de therapeut. Inzicht is echter een veelgebruikt woord dat door de diverse auteurs verschillend en niet altijd duidelijk wordt gedefinieerd. Het kan inzicht betekenen in de eigen motieven en blokkades die in een bepaalde situatie tot een bepaalde crisis hebben geleid, of het kan betekenen dat de patiënt verbanden ziet tussen zijn ervaringen met zijn ouders in zijn jeugd en met de therapeut in het hier en nu van de zittingen.

Voor de gedrags- en communicatietherapeuten geldt het woord 'inzicht' niet, daar het te veel gekoppeld is aan niet operationaliseerbare ervaringen. Zij streven er echter wel naar dat hun cliënten ervaren dat zij door anders te handelen of door hun gedrag anders te benoemen, meer bevrediging vinden in hun relaties. Dit koppelen van een bepaalde manier van gedrag en de voorspelbare invloed ervan aan het ervaren van de situatie of aan het gedrag van de ander, kan mijns inziens ook inzicht genoemd worden.

7. *Benadrukken van de terminatie.* De terminatiefase is cruciaal voor de therapie en bepaalt in hoeverre het in de therapie geleerde wordt vastgehouden. Deze terminatiefase mag door de therapeut niet te lang uitgesteld worden, ook al rept de patiënt er met geen woord over. Doordat van te voren het einde van de therapie is vastgelegd, heeft het tijdstip van beëindiging een voortdurende invloed uitgeoefend op het materiaal en de beleving van de patiënt. Met name de negatieve gevoelens ten aanzien van de therapie, gevoelens van afhankelijkheid en de angst het weer alleen te moeten doen, moeten besproken worden. Het doorwerken ervan kan een 'corrective emotional experience' worden, aangezien de therapeut een zeer belangrijk persoon in het leven van de patiënt is geworden. Malan (1963, 1976) noemt een geslaagde terminatiefase van de therapie net zo belangrijk als geslaagde overdrachtsduidingen voor wat betreft het succes van de therapie. Het verloop ervan wordt nog eens geëvalueerd en er wordt gekeken welke doelen zijn bereikt. De patiënt krijgt de maximum gratificatie voor het bereikte. De therapeut brengt een positieve verwachting ten aanzien van de toekomst op hem over en geeft aan dat hij moet trachten met zichzelf bezig te blijven. Verdere af-

spraken worden gemaakt voor follow-up gesprekken, waarbij het accent volledig komt te liggen op de activiteiten van de patiënt buiten de therapie. Benadrukt moet worden dat er een duidelijke caesuur bestaat bij de terminatie van de therapie en dat patiënten die verder willen gaan, een andere therapeut moeten zoeken of een langdurige therapievorm. Dit moet van te voren aan de patiënt duidelijk zijn, zodat er niet gemarchandeerd kan worden over eventuele verlenging.

8. *Geplande fasering.* De fasering die wij zo in het proces van de therapie kunnen maken is de volgende. Eerst een exploratieve en ondersteunende fase, waarin het materiaal wordt verzameld, het contact tussen patiënt en therapeut tot stand komt en de patiënt wordt gestimuleerd en gesteund zijn gevoelens de vrije loop te laten. Vervolgens komt er de leerfase waar verbanden worden gelegd tussen de houding van de patiënt ten opzichte van de therapeut, zijn huidige probleem en de emotionele beleving ervan, en indien gewenst, met vroegere conflicten. De actiefase is de fase waarin bij de patiënt het inzicht daagt in zijn gedrag en waarvan uit deze begint te exploreren en te experimenteren in zijn omgeving. Hij begint meer zelfvertrouwen te krijgen en er ontwikkelt zich een gevoel van eigenwaarde. De integratiefase dient om bepaalde inzichten in en buiten de therapie te bestendigen door hen voortdurend in samenhang met de persoonlijkheid van de patiënt te zien. In de terminatiefase wordt, zoals we hebben gezien, de gehele therapie inclusief het aan de therapeut beleefde geïntegreerd binnen de persoonlijkheid van de patiënt.

Discussiepunten

Nu de overeenkomsten tussen de vormen van kortdurende therapie beschreven zijn, wil ik trachten hun al dan niet relatieve verschillen te beschrijven en daarbij dus de probleemgebieden aangeven binnen de kortdurende therapie. Dit zullen achtereenvolgens de selectiecriteria en contra-indicaties zijn, de verschillen in diagnostiek en de variabelen van een bepaalde outcome.

Selectiecriteria en contra-indicaties

Sifneos (1972) geeft heel duidelijk zijn selectiecriteria weer, waarbij hij de gemotiveerdheid van de patiënt nog apart tracht te operationaliseren. Deze zijn als volgt:

- 1 de patiënt moet een bovengemiddelde intelligentie hebben, waarbij de mogelijkheid tot conceptualiseren en intellectualiseren als bevorderend voor het psychotherapeutisch werk gelden;
- 2 de patiënt moet tenminste één betekenisvolle relatie hebben gehad met een andere persoon gedurende zijn leven; dit is de uiterste test van het vermogen om met de alledaagse werkelijkheid om te gaan;
- 3 de patiënt moet in staat zijn een relatie aan te gaan met de

therapeut en adequaat enige emotie kunnen laten zien tijdens het interview, ook moet hij in zekere mate flexibel zijn, dit wil zeggen zich in de persoon van een ander kunnen verplaatsen;

- 4 de patiënt moet in staat zijn een bepaalde hoofdklacht te formuleren en zich daaraan gedurende de therapie te kunnen houden;
- 5 de patiënt moet gemotiveerd zijn voor verandering van zichzelf, en niet alleen voor het opheffen van symptomen; hij moet hard willen werken tijdens de behandeling.

Daar Sifneos uit de uitspraken van follow-up patiënten begrepen heeft dat motivatie wellicht het meest belangrijke criterium is – hij definieert deze ook als 'a problem-solving process' – heeft hij hiervoor de volgende evaluatiecriteria opgesteld:

- 1 de mogelijkheid symptomen als psychologisch bepaald te zien;
- 2 de geneigdheid introspectief te zijn en een open en eerlijk verslag te geven van de moeilijkheden;
- 3 de bereidheid actief aan de therapiesituatie deel te nemen;
- 4 nieuwsgierigheid en bereidheid zichzelf te begrijpen;
- 5 bereidheid tot veranderen, onderzoeken en experimenteren;
- 6 reële verwachtingen ten aanzien van de resultaten van de psychotherapie;
- 7 bereidheid om zich redelijke opofferingen te getroosten.

Zeven uit zeven criteria wil zeggen goede tot uitstekende motivatie, zes uit zeven gemiddeld tot goede en vier uit zeven een onzekere motivatie.

Voor Wolberg (1965) is het tot op dat moment niet mogelijk geweest bepaalde syndromen vast te leggen als selectiecriteria voor de kortdurende therapie. Hij bepaalt zich tot het afgrenzen van criteria voor een short-term treatment ten opzichte van een long-term treatment. Volgens deze auteur is het het meest wenselijk de strategie aan te nemen dat iedere patiënt met welke diagnose dan ook, ontvankelijk is voor short-term treatment, totdat het tegendeel bewezen is. Zijn 'voorkeur' is echter als volgt:

- 1 acute decompensaties (angsttoestanden, hysterische reactievormen, conflictsituaties) bij premorbide gezonde persoonlijkheden;
- 2 acute decompensaties bij personen met chronische persoonlijkheidsstoornissen;
- 3 in staat een focus te vormen;
- 4 voldoende repertoire aan 'coping mechanisms'.

Verder zijn geld- en/of tijdgebrek indicaties voor een short-term treatment, terwijl er geen speciale contra-indicaties zijn; met name 'neiging tot afhankelijkheid' en 'zwakke ego-structuur' pleiten niet tegen een kortdurende therapie. Kortom: het meest lenen zich patiënten met een acuut ontstaan van de klachten die nog midden in de moeilijkheden zitten, bij een al dan niet vóór de decompensatie aanwezige persoonlijkheidsstoornis.

Malan (1976) komt, gedeeltelijk op basis van besprekingen met zijn 'workshop' en gedeeltelijk door middel van deductie van zijn

statistisch bewerkte gegevens, tot de volgende toelatingscriteria voor kortdurende therapie:

- 1 afwezigheid van absolute contra-indicaties, zoals ernstige zelfmoordpogingen, verslavingen, langdurige hospitalisatie, invaliderende chronische fobische of dwangmatige symptomen en meer dan één electroshock behandeling;
- 2 afwijzing van patiënten met zekere 'onvermijdelijke' risico's, namelijk aanwijzingen dat de therapie binnen een korte tijd moeilijk op gang komt, zoals slecht contact, slechte motivatie of een sterke afweer, en/of aanwijzingen dat de behandeling moeilijk te beëindigen zal zijn door diepgewortelde problemen en sterke afhankelijkheid, en de mogelijkheid tot het intensiveren van depressieve of psychotische stoornissen;
- 3 de mogelijkheid voor de therapeut een werkbaar focus te formuleren;
- 4 aanwezigheid bij de patiënt van een goed vermogen om over zijn emoties te reflecteren en zich verwarrend materiaal bewust te maken, terwijl ook hij een focus moet kunnen accepteren;
- 5 een goede response op de duidingen die gebaseerd zijn op het geformuleerde focus en die tijdens de eerste interviews gegeven worden;
- 6 een goede motivatie om met de spanningen van de therapie om te gaan.

Vanuit de hoek van de gestructureerde gedragsverandering (Lakin Phillips, 1966; Weakland e.a., 1974) geldt dat er voor welke patiënt dan ook een behandelingsplan gemaakt kan worden ten aanzien van een bepaalde klacht, en dat het resultaat van die behandeling dan ook bepaald wordt door het geheel of gedeeltelijk, respectievelijk niet verdwijnen van deze klacht. Hier geldt het adagium van de zogenoemde 'pragmatische' aanpak: 'wat helpt bij dit probleem, bij deze persoon, in deze situatie' (Van de Velden e.a., 1977). Slechts deze groep therapeuten behandelt volgens de bovenstaande richtlijnen prepsychotische en psychotische patiënten, waardoor zij zich onderscheidt van de richting der crisisinterventie techniek en de psychoanalytisch geöriënteerde psychotherapie. Gezien hun referentiekader (leer- en communicatietheorie) en hun hier-en-nu en symptomatisch gericht zijn, behoeft dit ons niet te verwonderen.

De reden waarom de overige groepen niet een behandeling aandurven met psychotische patiënten lijkt mij gelegen in het feit dat er in de kortdurende poliklinische psychotherapie sterke eisen worden gesteld aan de patiënt om binnen een bepaalde tijdsduur een probleem door te werken, en aan diens introspectief vermogen om gevoelens te ervaren, te aanvaarden, te verwoorden en te integreren. De aard van de psychotische stoornis interfereert zodanig met het integratief vermogen dat emotioneel inzicht slechts langzaam zal ontstaan. Een afgeronde behandeling zal daardoor, althans poliklinisch, niet kortdurend kunnen zijn. Bij een klinische behandeling daarentegen is deze tijdsduur veel korter daar dan

ook omgevingsfactoren van de patiënt intensief bij de behandeling betrokken kunnen worden. De mate waarin de therapeut de individuele en de omgevingsfactoren kan controleren die de aard en ernst van de psychotische stoornis bepalen, is dus van groot belang voor de geschatte tijdsduur. Door met deze factoren van meet af aan rekening te houden bij het vaststellen van werkhypothese en te volgen technieken, zal de therapieduur met een psychotische patiënt wellicht langer zijn dan het gemiddelde aantal zittingen dat voor 'kortdurende therapie' geldt, doch zal er in veel gevallen aan de overige kenmerken van deze therapie wel voldaan kunnen worden. Ik ben van mening dat deze methodiek voldoende aangrijpingspunten biedt voor een succesvolle klinische en poliklinische psychotherapie voor het merendeel van psychotische patiënten, eventueel natuurlijk in combinatie met een adequate farmaco-therapie.

Bij deze verschillende selectiecriteria die hoewel in verschillende bewoordingen gesteld, elkaar grotendeels overlappen, valt op dat er impliciet en expliciet een grote nadruk valt op de gemotiveerdheid van de patiënt om te werken zoals de therapeut dat wil, en dat deze gemotiveerdheid bijna de gehele therapie draagt. Het lijkt me dat deze gemotiveerdheid van de patiënt motivatie tot verandering is; via welk soort therapeutische interventie dan ook zal deze leiden tot een gunstige verandering in de patiënt. Het lijkt me althans geen specifiek criterium voor de kortdurende therapie doch voor elke vorm van therapie, maar in het eerste geval zal het een grotere rol spelen temidden van de overige criteria.

Diagnostiek. Ten aanzien van de gevolgde diagnostische procedure zijn er nogal wat verschillen: Wolberg (1965) gaat uit van een algemeen uitgevoerd psychiatrisch onderzoek, terwijl Malan (1976) speciaal ten behoeve van zijn vorm van kortdurende therapie zijn indicaties baseert op een psychiatrisch interview, projectietests, in casu de Rorschach en de Object Relation Test van Philipson, en een eerste therapiezitting. Anderen (Barten, 1971; Bellak en Small, 1965; Patterson en O'Sullivan, 1974; Sifneos, 1972) laten een diagnostische fase geleidelijk aan overgaan in een therapeutisch gerichte. Wat betreft de kortdurende gedragstherapie en de directieve therapie wordt er aan de diagnostiek een geheel andere benadering gegeven door de klacht te situeren naar topografie (welke plaats neemt de klacht in het leven van de patiënt in?) en functie (waartoe wordt de klacht gebruikt?). Ook wordt er ten aanzien van het concrete behandelingsplan onderscheid gemaakt tussen de fenomenen 'angst voor de angst' en 'angst'.

Wat betreft de diagnostiek blijken aldus de meningen uit elkaar te lopen van de intensieve, algemene psychiatrische diagnostiek tot het aangaan van een therapeutisch contact waarbij de geleidelijk ontstane diagnose uiteindelijk de intensiteit van dit contact bepaalt. In dit verband lijken de opmerkingen van Sarvis, Dewees en Johnson (in *Brief Therapies*, Barten ed., 1971) van belang die

stellen dat de kortdurende therapie het best uitgevoerd kan worden door dezelfde therapeut die de intake gedaan heeft: het therapeutisch proces, bij de intake op gang gebracht, zou geremd worden door de andere persoon van de therapeut of diens andere accenten ten aanzien van het hoofdprobleem. Ook achten zij de invloed van een wachtlijst op de soort patiënten die voor intake komen van belang. Bij een lange wachtlijst zullen de meer weerbare patiënten ervan afzien lang te moeten wachten, terwijl rigider en meer passieve patiënten een relatief groter gedeelte ervan gaan innemen. Een uitspraak over de duur van de wachtlijst wordt echter niet gedaan.

Het vermoeden lijkt mij gerechtvaardigd de maximale wachtlijstduur te stellen op twee maanden, daar op deze wijze een begin met de kortdurende therapie gemaakt kan worden binnen de tijd die staat voor de crisisperiode (6 weken volgens Lydia Rapoport, 2 maanden volgens Sifneos) maar waarbij ik dan die laatste crisis neem, die ertoe geleid heeft dat de verwijzer zijn patiënt instuurde. Motivatie en mogelijkheid tot verandering zullen dan het grootst zijn. Sifneos' bevindingen pleiten hier echter tegen, hoewel ook hij zijn wachttijden niet expliciteert: zijn ervaring namelijk met wachtlijstpatiënten, die als controlegroep in zijn onderzoek dienst deden terwijl in dit onderzoek de gemiddelde therapieduur 3 tot 5 maanden bedroeg, was dat deze patiënten na therapie een gunstiger 'outcome' hadden dan de behandelde patiënten zonder wachttijd – waarbij ik echter wil opmerken dat 7 van deze 36 controlepatiënten aan het eind van hun wachttijd geen therapie meer wilden daar zij zich, om welke reden dan ook, verbeterd achtten!

Outcome. De auteurs die hun eigen vorm van kortdurende therapie aan de hand van cijfermateriaal onderzochten (Malan, 1963, 1976; Sifneos, 1972; Weakland e.a., 1974) komen allemaal tot de conclusie dat hun therapie werkzaam is, Malan en Sifneos zelfs met een follow-up over enkele jaren, waarbij opgemerkt dient te worden dat Sifneos de enige is die een controlegroep hanteert, namelijk de bovengenoemde wachtlijstpatiënten. Hun evaluatiecriteria en hun meetmethodes verschillen echter dermate dat hun werk onderling niet te vergelijken valt. De factoren die tot de gunstige uitkomst leidden verschillen aanzienlijk en zijn ook niet in elkaar te vertalen. In het bovenstaande zijn zij bij hun respectievelijke auteurs aan te treffen.

Malans statistische bewerking van zijn materiaal levert tot slot nog de volgende interessante correlaties op ten aanzien van het beloop van de therapie. Wat in percentages gunstiger gevallen tot uitdrukking komt, doch niet statistisch significant bevestigd wordt, is het enthousiasme van de therapeuten, dat volgens Malan (1963), net zoals in de begintijd van de psychoanalyse, voor een intensieve relatie tussen patiënt en therapeut zorgt. Verder wordt gevonden dat zowel motivatie als 'focality' – door Malan (1976) gedefinieerd als de mate waarin de therapeut zijn therapeutisch plan kan vasthouden ten aanzien van de patiënt – beide, gemeten in de 5e

tot 8e zitting, significant gecorreleerd zijn aan de uitkomst, terwijl hiervoor daar geen sprake van was. Beide variabelen zijn voor het tijdvak van die sessies ook hoog gecorreleerd met elkaar, terwijl het mogelijk was een voorspelling te doen ten aanzien van het verdere beloop: sterke motivatie en hoge 'focality' leidden tot korte, succesvolle therapie; lage motivatie en lage 'focality' tot korte, niet succesvolle therapie; sterke motivatie en lage 'focality' tot lange, succesvolle therapie.

Verdere opmerkingen over de methode

Nemen wij nu de mening, zoals die in eerdere literatuur is uitgedrukt (Barten, 1971; Bellak en Small, 1965; Hoch, in Wolberg, 1965; Mc Guire, 1965) dat kortdurende therapie geschikt is voor acute, kortgeleden ontstane conflicten en dat het resultaat ervan symptoomopheffing is met als bijproduct een verdere autonome gunstige verandering in de persoonlijkheidsstructuur, dan blijkt dat zowel Malan (1976), als Sifneos (1972) en ook Wolberg (1965) hier stelling tegen nemen als zij zeggen dat een gunstiger persoonlijkheidsverandering geen mogelijk bijproduct is, maar dat deze het doel van de kortdurende therapie is, waarnaar gestreefd moet en kan worden, ook bij meer gestoorde en moeilijker patiënten, zoals die met een langdurig bestaande neurose. Door de interpretaties oppervlakkig te houden en slechts ondersteunend qua attitude te zijn, zal de therapeut de mogelijkheden van veel doorsnee poliklinische patiënten onderschatten.

Als wij verder zien dat al de gemeenschappelijke kenmerken van de kortdurende therapie, zoals ik die in het begin heb omschreven, ook eigenschappen van de betrokken patiënt bevatten, is het mogelijk te stellen dat wanneer aan deze kenmerken voldaan kan worden – en vele zijn in het begin van de therapie af te schatten – de kans zeer groot is dat wij met een geschikte patiënt te doen hebben. Wij behoeven aldus vooraf geen selectiecriteria te hanteren. De hypothese die vervolgens door onderzoek getoetst zal moeten worden, luidt dan:

als een therapie voldoet aan de voorwaarden van een bepaalde tijdsduur van maximaal 20 zittingen, van afspraken tijdens het eerste interview, werken vanuit een focus, activiteit door de therapeut, handhaven van de autonomie van de patiënt, werken door middel van inzicht en een duidelijke fasering van de therapie, zal de uitkomst succesvol zijn bij beëindiging van de therapie en na follow-up.

Het bezwaar kan worden opgeworpen dat ik wel de voorwaarden vermeld voor het slagen van een kortdurende therapie, maar over de te volgen techniek geen uitspraak doe. Hier wil ik tegen inbrengen dat tot nu toe alle aanvaarde referentiekaders reductio-nistisch zijn gebleken, dit wil zeggen een theorie omvatten over één aspect van de gehele persoonlijkheid; daarbij komt dat vergelijkend onderzoek tussen de resultaten van therapieën afkomstig uit die referentiekaders, geen significant verschil in resultaat

heeft opgeleverd. Door voorwaarden te conceptualiseren die geldigheid bezitten voor verschillende therapeutische kaders en de techniek eclectisch te houden, wordt mijns inziens recht gedaan aan een complex, gelaagd opgebouwd holistisch persoonlijkheidsmodel, waarbinnen het mogelijk is dezelfde persoon op verschillende niveaus door middel van verschillend gestructureerde interventies aan te spreken. Hoewel elke interventie in feite de persoon reduceert tot een volgens een bepaald schema reagerend organisme, zullen meerdere interventies vanuit verschillende kaders de persoon via zijn integrerend vermogen meer in zijn totaliteit benaderen. Welk soort interventies op welk tijdstip moet worden toegepast, moet volgens mij bepaald worden door de grootte van de plaats die het te behandelen probleem (bijvoorbeeld depressiviteit) in het geheel van de huidige bestaanswijze inneemt, de ernst en de affectieve beladenheid van een bepaalde klacht ten opzichte van andere, de beste mogelijkheid om een verandering aan te brengen in de gefixeerde levenspatronen van de patiënt, en oog voor welk soort interventies het meest succes heeft bij welk soort klachten. Er dient dan ook een theoretische en praktische kennis te bestaan van meerdere therapievormen, zodat door dezelfde therapeut interventies vanuit verschillende referentiekaders gedaan kunnen worden.

Als afronding wil ik uit de literatuur twee artikelen vermelden, beide van Luborsky en medewerkers, die verschillende vergelijkende onderzoeken van verschillende auteurs over kortdurende en langdurende therapie bestudeerd hebben ten aanzien van 'outcome' en validiteit van het onderzoek; het ene onderzoek omvat 5 publicaties, het andere 8 (Luborsky, Chandler, Auerbach, Cohen en Bachrach, (1971) en Luborsky, Singer en Luborsky, (1975)). In beide artikelen is de conclusie dat er geen significant verschil is te vinden in de resultaten van kortdurende en langdurende therapie, wel dat de eerste, zoals te verwachten valt, een eerdere en snellere verbetering oplevert.

Besluit

Zoals uit het bovenstaande wel al blijkt, is het niet eenvoudig kortdurende therapie te bedrijven. Mijns inziens moet er eerst voldoende ervaring opgedaan worden in langdurende therapieën om zicht te krijgen op het beloop van het therapeutisch proces en om de 'timing' van de interventies in de vingers te krijgen, opdat in de kortdurende therapie het therapeutisch proces gelijke tred kan houden met het eigen tempo van de patiënt. Vanuit het voorgaande wil ik er voor pleiten dat de kortdurende therapie een eigen plaats gaat innemen binnen het gehele therapeutisch arsenaal dat ons ten dienste staat. Erkenning van deze eigen plaats kan mijns inziens slechts tot uitdrukking komen wanneer deze therapievorm systematisch toegepast en onderwezen wordt binnen de opleiding tot psychiater-psychotherapeut, naast de langdurende therapievormen.

Bijkomende factoren die pleiten voor het op grotere schaal toepassen van kortdurende therapie, zijn enerzijds de directe consequentie ervan dat er al snel voor de patiënt een verbetering te constateren valt, waardoor hij minder lang onder zijn last gebukt hoeft te gaan, anderzijds dat veel patiënten, geschikt geacht voor een langdurende therapie, vaak in het eerste halfjaar van die therapie afhaken (Van de Velden, 1977). De grote vraag naar psychotherapie op dit moment, de schaarste aan psychotherapeuten en de enorme financiële last van langdurende therapie zijn verder economische redenen de kortdurende therapie als volwaardige therapie toepassing te doen vinden.

Literatuur

- Barten, H. H. (ed.) (1971), *Brief Therapies*, Behavioral Publications Inc., New York.
- Bellak, L. & L. Small (1965), *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*, Grune & Stratton, New York.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1965), *The Twenty Minute Hour*, J. & A. Churchill Ltd., London.
- Greenwald, H. (ed.) (1967), *Active Psychotherapy*, Atherton Press, New York.
- Huijser, E. (1977), 'The Second International Symposium and Workshop on Short-term Psychotherapy', *T. v. Psychotherapie*, Jrg. 3, 33-38.
- Lakin Phillips, E. & D. Wiener (1966), *Short-term Psychotherapy and Structured Behavior Change*, Mc Graw-Hill Book Comp., New York.
- Luborsky, L., M. Chandler, A. M. Auerbach, J. Cohen, H. M. Bachrach (1971), Factors Influencing the Outcome of Psychotherapy, *Psychological Bulletin* Vol. 75 no. 3, 145-185.
- Luborsky, L., B. Singer & L. Luborsky (1975), Comparative Studies of Psychotherapy, *Arch. of General Psychiatry*, Vol. 32, 995-1008.
- Malan, D. H. (1963), *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock Publ., London.
- Malan, D. H. (1976), *The Frontier of Brief Psychotherapy*, Plenum Publishing Corp., New York.
- Mc Guire, M. T. (1965), The Process of Short-term Insight Psychotherapy, *J. of Nervous & Mental Disorders* 141, 83-92.
- Patterson, V. & M. O'Sullivan (1974), Three Perspectives on Brief Psychotherapy, *Am. J. Psychotherapy* 28, no. 2, 265-277.
- Sifneos, P. E. (1972), *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Strien, A. P. M. v. (1977), Psychoanalyse en psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie, *T. v. Psychiatrie* 19, no. 9, 559-577.
- Velden, K. v. d. (red.) (1977), *Directieve Therapie*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Weakland, J. H., R. Fisch, P. Watzlawick, A. M. Bodin (1974), Brief Therapy: Focussed Problem Resolution, *Family Process* 13, no. 2, 141-168.
- Wolberg, L. R. (1965), *Short-term Psychotherapy*, Grune & Stratton Publ., New York.