

# Behandeling van rouwproblemen met behulp van direktieve of gedragstherapie\*

*Dr A. Lange*

## 1 Inleiding

De aandacht voor onverwerkte rouw als bron van lichamelijke en psychisch disfunctioneren trof men vroeger vooral aan in de literatuur over psycho-dynamisch georiënteerde psychotherapie (vgl. Averill, 1968; Bowlby, 1961; Bowlby and Parkes, 1970; Volkan, 1975). De laatste decennia is daarin verandering gekomen. Binnen de gedragstherapie is steeds meer aandacht gekomen voor de gevolgen van emotionele traumata uit het verleden voor het huidige functioneren van cliënten (vgl. Averill, 1968; Burger, 1978; Rachman, 1980). Speciale aandacht is daarbij opgebracht voor traumatisch verlopende rouwprocessen (vgl. Ramsay, 1979; Bugen, 1977). Ook in de direktieve therapie, die weliswaar veel gemeen heeft met gedragstherapie maar er door een grotere mate van eclecticisme toch van valt te onderscheiden (vgl. Van der Velden & van Dijck, 1977; van Dijck et al., 1980) ziet men vaak aandacht voor traumatische ervaringen uit het verleden en rouw in het bijzonder (vgl. van der Hart, 1977; Lange & van der Hart, 1979, hoofdstuk 7). In dit artikel wordt speciaal aandacht geschonken aan de manier waarop vanuit de laatstgenoemde benaderingen rouwproblematiek behandeld kan worden. In de volgende paragraaf zal bij wijze van illustratie de 'direktieve' behandeling geschetst worden van een jonge vrouw die zich aanmeldt met een probleem dat op het eerste gezicht niet zoveel met rouw te maken lijkt te hebben. Aan de hand van dat voorbeeld wordt het begrip "rouw" in een wijder kader geplaatst.

Vervolgens wordt het gedragstherapeutisch model besproken voor het helpen van cliënten bij het verwerken van pathologische rouw. Daarbij wordt dan steeds aangegeven op welke punten de inzichten van de direktieve therapie daarmee overeenkomen of er van afwijken. Daarna volgt een beschrijving van een op voornamelijk gedragstherapeutische wijze uitgevoerde therapie, waarin het behandelen van rouw centraal stond. Daarbij wordt regelmatig aangegeven welke andere mogelijkheden er waren vanuit het direktieve therapeutische kader. Tot slot wordt de werkwijze binnen deze twee stromingen gerelateerd aan inzichten uit de psycho-dynamische literatuur.

## 2 Afscheid van de "relatie" met een vader

Clara Heijmans heeft zich op 32-jarige leeftijd aangemeld. Ze woont alleen, haar beroep is lerares. De aanmeldingsklacht is dat zij moeilijk met mannen om

\* Veel dank ben ik verschuldigd aan Drs. J. H. B. Kernkamp, J. Beek en J. W. Stol voor hun waardevolle adviezen bij de bewerking van het manuscript.



kan gaan. Zij heeft een aantal afgebroken verhoudingen achter de rug en funktioneert over het algemeen in het gezelschap van mannen slecht en voelt zich niet op haar gemak. Dat is ook het geval wanneer zij met kollega's heeft te maken.

Tijdens het taxatie-gesprek blijkt al gauw dat de verhouding met haar vader een belangrijke rol in dit geheel speelt.

Naar haar gevoel heeft haar vader vanaf haar dertiende levensjaar erotische toenaderingen tot haar gezocht. Zij beschrijft een episode waarin zij zichzelf, in afwezigheid van haar moeder, in het echtelijk bed bevond en haar vader haar streelde.

Tot "pure sex" is het nooit gekomen. Het is wel zo dat zij sinds die leeftijd bang is geweest voor haar vader, vaak last had van diens dubbelzinnige opmerkingen en zich in het ouderlijk huis nooit meer op haar gemak heeft gevoeld.

Tot zover de voorgeschiedenis. Er wordt een voorlopig behandelingskontraakt afgesloten, waarin wordt overeengekomen, dat in eerste instantie getracht zal worden om meer inzicht te krijgen in wat er zich in die tijd precies heeft gespeeld; wat zij haar vader precies kwalijk neemt en wat voor gevolgen het voor haar heeft gehad.

Als methode wordt gebruik gemaakt van schrijf-opdrachten (Lange & Van der Hart, 1979, par. 7.2) Dit houdt in dat Clara tussen de sessies door brieven zal schrijven aan degenen, die bij de kwestie betrokken zijn geweest. Zo heeft haar moeder, door haar vader steeds te beschermen, ook een rol gespeeld. In iets mindere mate geldt dat tevens voor haar grootmoeder met wie zij lange tijd een speciale band heeft gehad.

Ze begint met een brief aan haar vader. Als ze daarmee klaar is zal ze een brief schrijven aan haar moeder, daarna aan haar grootmoeder.

Bij 'een brief schrijven' moet men zich niet voorstellen dat het gaat om een brief die verstuurd moet kunnen worden, waarbij de taal en de stijl van belang zijn. Het gaat erom dat men in eigen tempo alles wat men de ander te zeggen heeft, zonder enige censuur, kan 'uitspreken'. De niet te versturen brief is daarvoor een goede vorm.

De brieven van Clara worden tijdens de zitting vluchtig doorgelezen door de therapeut; een meer precieze bestudering gebeurt tussen de zittingen – die om de drie weken plaatsvinden.

Drie opeenvolgende periodes van schrijven en sessies, waarin de ervaringen worden besproken, leveren wel enig inzicht bij Clara op; zij denkt nu wat beter te begrijpen wat zij haar vader al die tijd heeft kwalijk genomen en heeft ook meer zicht op de rol die haar moeder en grootmoeder in het geheel hebben gespeeld. Maar er is geen enkele verandering in de emotionele reactie op haar vader en op mannen in het algemeen.

De verwachting is ook niet geweest dat dit meteen zou gebeuren op grond van het schrijven alleen, hoewel in sommige gevallen het bewust en intensief op deze manier bezig zijn met de bedreigende episode wel al veranderingen tot gevolg heeft, doordat men dichtbij het soort angstverwekkende gevoelens komt dat anders altijd onbewust vermeden is.



Bij Clara is dat echter niet het geval. Wèl is opvallend hoe geladen haar brieven er uit zien. Zij brengt steeds grote aantallen (wel dertig, veertig) vellen mee, waarop met een groot en wijd handschrift de teksten driftig zijn opgeschreven. En de teksten liegen er niet om. Maar, zoals gezegd, het levert op zich geen verandering in haar gevoelens op.

De vijfde zitting worden haar ervaringen met het schrijven gedurende de afgelopen periode weer besproken. Ze vertelt onder andere dat ze bang is dat haar moeder dood zal gaan. De therapeut vraagt haar waarom zij daar zo bang voor is, waarop Clara zegt dat ze dan misschien wel voor haar vader zal moeten zorgen. Heel zachtjes voegt ze daar aan toe: "Misschien ga ik dan wel met hem naar bed". De therapeut zwijgt even en vraagt dan wat ze daarmee bedoelt.

Daarop komt een serie van halve reacties in vage en ontwijkende termen als: "Ik denk dat ik misschien . . ." of "Dat dat misschien zou kunnen gebeuren".

De therapeut die vermoedt dat de essentie is, dat zij het misschien zelf wil maar daaromheen draait, vraagt daar rechtstreeks naar. Ook dat levert niets op. Op een gegeven moment vraagt de therapeut om zich te verplaatsen naar die periode en zich voor te stellen dat haar moeder is overleden en zij alleen met haar vader in huis is, waarbij ze met hem naar bed zou kunnen gaan als ze dat zou willen.

Clara gaat gemakkelijk mee in die suggestie. De therapeut vraagt haar om te beschrijven wat ze gaat doen. In een licht hypnotische trance begint Clara te vertellen hoe ze initiatieven neemt om met haar vader te gaan vrijen en uiteindelijk hoe ze met hem gemeenschap heeft. Na ongeveer twintig minuten daarover verteld te hebben zakt bij haar de spanning en is het duidelijk dat er niets meer toegevoegd hoeft te worden. De therapeut vraagt haar om weer terug te komen in de 'huidige tijd' en over haar ervaring met het imaginaire toekomstbeeld te vertellen. Dat gaat gepaard met een huilbui waarna ze vertelt dat ze zich ongelooflijk opgelucht en bevrijd voelt; ze weet nu wat het is waar ze altijd bang voor is geweest.

Er worden geen huiswerkopdrachten gegeven. De gebruikelijke drie weken worden aangehouden, maar nu met de suggestie om het gebeurde te laten bezinken. De gehele zitting heeft niet langer dan drie kwartier geduurd.

De volgende zitting komt Clara vrolijk binnen. Sinds het vorige gesprek heeft zij zich 'een ander mens gevoeld', blij en vrolijk. Zij heeft ook gemerkt dat zij minder angstig was in het omgaan met mannen.

Uiteraard complimenteert de therapeut haar en samen filosoferen zij over de vraag wat nou precies die verandering heeft bewerkstelligd. Volgens Clara is het vooral het feit dat zij nu weet wat zij al die tijd heeft weggestopt, en dat zij van zichzelf kan accepteren. Dat laatste wordt het onderwerp van het gesprek, waarbij de kulturele kant van het incest-taboe aan bod komt. Het kost Clara – naar haar zeggen – weinig moeite om, hoewel zij haar erotische gevoelens ten opzichte van haar vader accepteert, afstand te doen van het idee ooit met haar vader sexueel contact te hebben. Zij weet dat de neiging er is maar dat het beter is er niet aan toe te geven. Afgesproken wordt dat zij pas weer over drie maanden zal komen. In de tussentijd zal zij nadenken over een passend ritueel (vgl. Lange &



Van der Hart, par. 7.4) om de nieuwe situatie te bekrachtigen. Drie maanden later blijken de positieve veranderingen stand gehouden te hebben. Aan een ritueel heeft zij geen behoefte, wel denkt zij erover om een gesprek met haar vader te arrangeren. Bij de voorbereiding daarvan zal de therapeut haar behulpzaam zijn.

Tot zover dit voorbeeld. Waarom wordt het hier gepresenteerd? Is hierbij wel sprake van rouw? Het antwoord op de laatste vraag kan zowel “nee” als “ja” luiden.

In engere zin gaat het hier niet om rouw; men kan hier niet spreken van een verlies van één of meer personen. Er is niemand gestorven, er is geen scheiding uitgesproken.

In ruimere zin kan men het voorbeeld echter beschouwen als een illustratie van een emotioneel trauma, waaraan een ‘verlies’ is gekoppeld: Als dertienjarig meisje heeft Clara emotioneel gezien haar vader verloren door de angst voor haar eigen reacties op zijn erotische toenaderingen in die tijd. Dat is nooit verwerkt. Vanaf dat moment zijn de vermijdingsgedragingen aan alle kanten opgetreden. In navolging van Rachman (1980), kan men de processen die bij dit soort verlies een rol spelen, vergelijken met datgene wat zich afspeelt door het niet verwerken van rouw na dood of scheiding van geliefde personen.

De behandeling van Clara is ook een – zij het kleine – illustratie van de manier waarop emotionele trauma’s door verlies en daaropvolgend vermijdingsgedrag, verwerkt kunnen worden met behulp van zowel gedragstherapeutische technieken als met technieken vanuit de direktieve therapie.

De gedachte, dat gedragstherapie alleen maar symptoom-bestrijdend zou zijn, is onjuist. Wanneer een jonge vrouw, zoals Clara, behandeling zoekt voor haar angst voor mannen zal een bekwame gedragstherapeut zeker niet de houding aannemen van: “Nou, dan gaan we dat eens even desensitiseren op angst voor mannen”, en een serie oefeningen bedenken om haar gemakkelijker met mannen om te laten gaan. Ook binnen de gedragstherapie is er aandacht voor analyse van de achterliggende variabelen (vgl. Burger, 1980), waaraan zo mogelijk rechtstreeks gewerkt wordt.

De behandeling van Clara is verder illustratief omdat er zowel sprake is van elementen vanuit de gedragstherapie als vanuit de direktieve therapie.

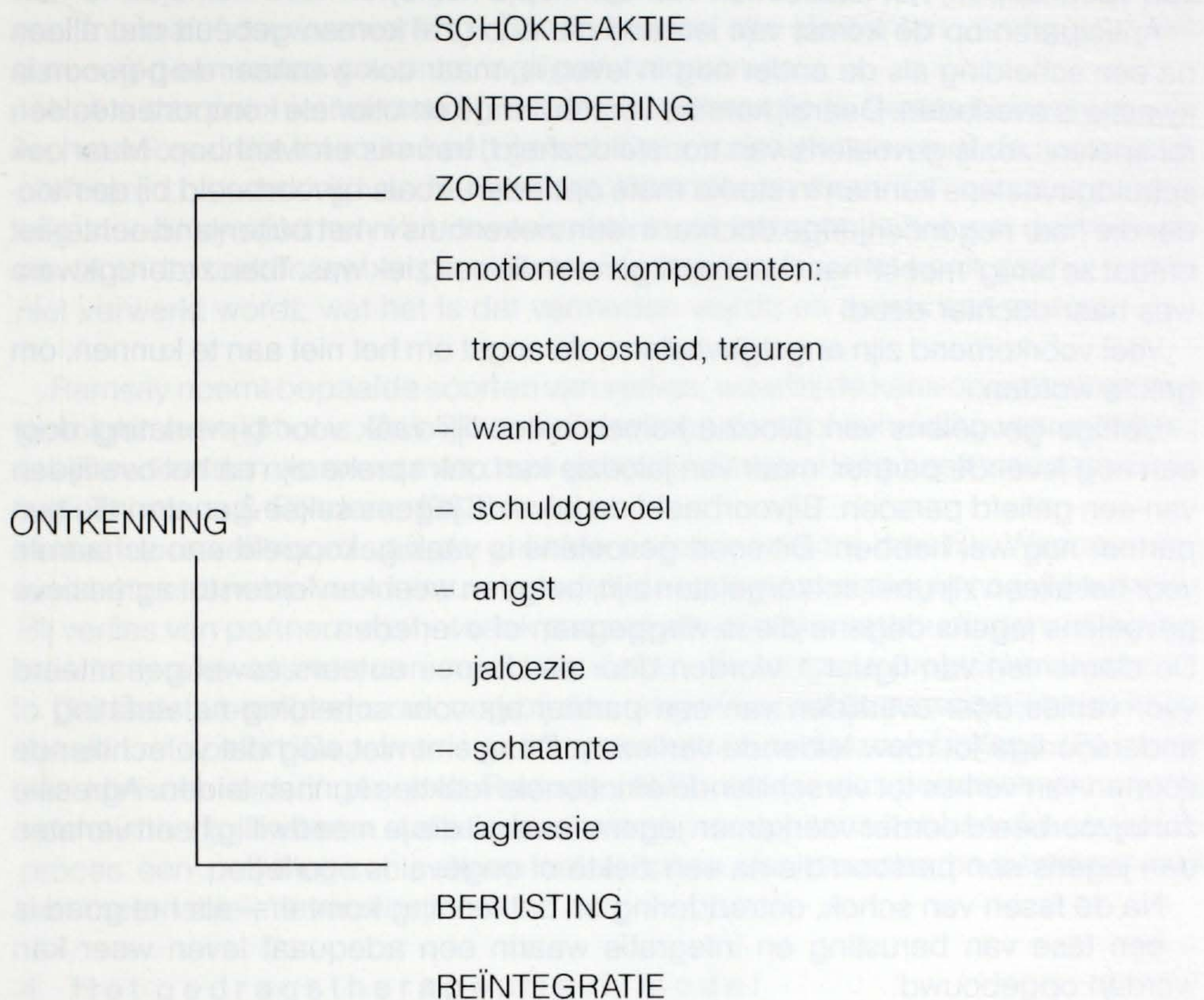
Het schrijven van brieven, er thuis mee bezig zijn op de manier zoals hier beschreven, is een typische aanloop vanuit de direktieve therapie waarin op rituasliserende wijze het kader wordt geschapen om de beleving van pijnlijke prikkels uit het verleden dichterbij te laten komen.

De wijze van konfrontatie met het meest pijnlijke, haar gevoelens voor haar vader, komt vooral voor in de gedragstherapeutische literatuur (vgl. Burger 1978 over “imaginaire confrontatie”).

In de volgende paragraaf wordt het gedragstherapeutisch model voor het behandelen van pathologische rouw wat meer systematisch geschetst, waarbij steeds aangegeven wordt op welke punten de inzichten vanuit direktieve therapie daarvan afwijken.



**Figuur 1 Fasen/komponenten in verwerking van rouw**



### **3 Fasen en componenten van het rouwproces**

In een aantal publikaties over rouw wordt gesteld dat voor het verwerken ervan het doorlopen van een aantal fasen noodzakelijk is (vgl. Ramsay & Happé, 1977; Raapis Dingman, 1975). Andere studies laten zien dat men niet kan spreken van fasen die altijd in dezelfde volgorde voorkomen. Er is veeleer sprake van een aantal componenten, die niet bij ieder altijd van belang zijn en zeker niet in een vaste volgorde (vgl. Averil, 1968).

In 1979 neemt Ramsay een tussenpositie in (vgl. figuur 1).

Hij onderscheidt in het *niet* pathologische rouwproces enkele fasen, die over het algemeen in dezelfde volgorde doorlopen worden en een aantal componenten die daar al dan niet bij optreden. Meestal is er in het begin een schokreactie waarin depersonalisatie- en derealisatieverschijnselen kunnen optreden. Dan volgt een periode van ontreddering, waarin men helemaal niet meer weet wat men moet doen, hetgeen kan leiden tot verregaande passiviteit of juist tot misplaatste overactiviteit. De derde fase staat in het teken van de ontkenning. Die



is bijvoorbeeld herkenbaar aan “zoekgedrag” (wachten bij de telefoon, het horen van voetstappen, het klaarzetten van een kopje koffie).

Anticiperen op de komst van iemand die nooit zal komen gebeurt niet alleen na een scheiding als de ander nog in leven is, maar ook wanneer de persoon in kwestie is overleden. Daarbij kunnen verschillende emotionele componenten een rol spelen, zoals gevoelens van troosteloosheid, treurnis en wanhoop. Maar ook schuldgevoelens kunnen in sterke mate optreden, zoals bijvoorbeeld bij de moeder die haar negentienjarige dochter in een ziekenhuis in het buitenland achterliet omdat ze terug ‘moest’ naar haar echtgenoot die ook ziek was. Toen ze terugkwam was haar dochter dood.

Veel voorkomend zijn angstgevoelens; de angst om het niet aan te kunnen, om gek te worden.

Heftige gevoelens van jaloezie komen natuurlijk vaak voor bij verlating door een nog levende partner, maar van jaloezie kan ook sprake zijn na het overlijden van een geliefd persoon. Bijvoorbeeld de jaloezie jegens sekse-genoten die hun partner nog wel hebben. Dit soort gevoelens is vaak gekoppeld aan schaamte voor het alleen zijn, het achtergelaten zijn, hetgeen weer kan leiden tot agressieve gevoelens jegens degene die is weggegaan of overleden.

De elementen van figuur 1 worden door de diverse auteurs zowel gehanteerd voor verlies door overlijden van een partner als voor scheiding na verlating of andersoortige tot rouw leidende verliezen. Dit neemt niet weg dat verschillende soorten van verlies tot verschillende emotionele reacties kunnen leiden. Agressie zal bijvoorbeeld eerder voorkomen jegens iemand die je moedwillig heeft verlaten dan jegens een persoon die na een ziekte of ongeval is overleden.

Na de fasen van schok, ontreddeering en ontkenning komt er – als het goed is – een fase van berusting en integratie waarin een adequaat leven weer kan worden opgebouwd.

Bij bestudering van figuur 1 dient men zich te realiseren dat de genoemde componenten op zich geen verschijnselen zijn van *pathologische* rouw. Er is pas sprake van pathologie wanneer personen de gevoelens, die voor hun het meest essentieel zijn (bijvoorbeeld schaamte en schuldgevoelens) blijvend wegstoppen en vermijden. Aan “grief-work” (Ramsay, 1979) komen zij dan niet toe. Dit heeft vaak tot gevolg dat men sociale situaties gaat vermijden, waarin men herinnerd wordt aan datgene waar men bang voor is, bijvoorbeeld jaloezie, agressie, schuldgevoelens en schaamte. Dit kan resulteren in sociale fobieën (het vermijden van contacten met andere personen), maar het kan ook leiden tot andere soorten van fobieën. Bijvoorbeeld het vermijden van ruimtes die ook maar ergens doen herinneren aan datgene wat te maken heeft met het verdriet.

Vermijdingsgedrag en een fobische ontwikkeling kan verder leiden tot stoornissen in de verhouding met partners. De symptomen van de rouwende worden vaak bekrachtigd door de omgeving, maar kunnen voor de omgeving soms ook een functie hebben, waardoor zij een deel vormen van een onvolwassen verhouding tussen partners.

Wanneer wordt niet-pathologische rouw pathologisch?



Ramsay (1979) stelt dat men na het traumatiserende verlies van geliefde personen of objecten over het algemeen mag rekenen op een half tot een heel jaar van "normale" rouwverwerking. Daarin kunnen alle elementen van figuur 1, die dan nog geen reden geven tot ingrijpen, voorkomen.

Het is dan ook niet verstandig om een rouwtherapie te starten binnen een jaar na het voorval dat tot rouw heeft geleid. Dat zou interfereren met de normale, te prefereren, verwerking van het verdriet. Wanneer na meer dan een jaar iemand nog steeds symptomen van onverwerkte rouw vertoont, is het wel geïndiceerd om te onderzoeken wat er precies aan de hand is: hoe het komt dat het verlies niet verwerkt wordt; wat het is dat vermeden wordt; en er iets aan te doen.

Ramsay noemt bepaalde soorten van verlies, waarbij de kans op pathologische gevolgen extra groot is. Zo blijkt een plotselinge dood of scheiding veel moeilijker te verwerken dan wanneer men deze gebeurtenissen al lang heeft zien aankomen (vgl. Thiadens & Rijnders, 1983).

Verlies door zelfmoord van de geliefde persoon is extra moeilijk. Wanneer een kind het onderwerp van de rouw is, wordt de kans op pathologie nog weer groter. Bij verlies van partners zijn het vaak passief-afhankelijke verhoudingen, of relaties waarin sprake was van een soort haat-liefde, die tot grote problemen leiden.

Dat laatste brengt ons ook nog bij de vraag of bepaalde persoonlijkheidsfactoren een rol spelen. Daarover is geen systematisch onderzoek bekend. Op grond van klinische ervaringen stelt Ramsay (1979) echter dat personen die weinig neurotisch zijn, met een stabiele levensloop, minder kans hebben dat een rouwproces een pathologisch verloop zal vertonen dan neurotische personen met een meer labiele levensloop.

#### 4 Het gedragstherapeutisch model

In de linkerkolom van figuur 2 ziet men het model zoals het vanuit de gedragstherapie is beschreven. In de rechterkolom treft men aanvullingen daarop aan, die vanuit de direktieve therapie mogelijk zijn.

Laten we figuur 2 eens puntsgewijs doorlopen. De *eerste sessie* van een behandeling van een persoon waarbij al is gekonstateerd dat er sprake is van onverwerkte – pathologische – rouw, bestaat vooral uit het *laten vertellen* over het verleden.

De therapeut vraagt door, en al pratend over wat er in het verleden aan de hand is geweest, wordt een *hypothese* ontwikkeld.

Al in die eerste sessie zal binnen het gedragstherapeutisch perspectief getracht worden de patiënt enigszins met zichzelf te *konfronteren*. De therapeut zou bijvoorbeeld kunnen vragen: "Wat deed je toen precies, toen je je zoon daar achter moest laten in dat ziekenhuis?" De therapeut zal dan proberen de cliënt stil te laten staan bij beelden, die hij misschien tot nog toe liever heeft vermeden.

Belangrijk in die eerste sessie, maar dat geldt eigenlijk voor alle sessies, is dat er veel *steun* wordt gegeven. De konfrontaties zijn niet denigrerend. De context van het gesprek dient positief te zijn met waardering voor de inspanning die de



kliënt levert. Er wordt *geen huiswerk* gegeven, maar er wordt *een nieuwe afspraak gemaakt voor een zeer spoedige nieuwe sessie* (bijvoorbeeld na 2 dagen).

Een aantal kenmerken van het model geldt ook voor direktieve therapie: het laten vertellen, de nadruk op het geven van steun en het ontwikkelen van hypothesen. Konfrontaties met pijnlijke beelden kunnen ook optreden, maar als de cliënt daar nog niet over wil praten zal de direktieve therapeut minder vasthoudend zijn. Hij zal dan eerder een huiswerkopdracht geven, die erop gericht is om de cliënt zich in eigen tempo over de pijnlijke kwestie te laten bezinnen, bijvoorbeeld door er over te schrijven (vgl. Lange & Van der Hart, 1979, par 7.2). In plaats van nieuwe afspraken op korte termijn worden er bij voorkeur huiswerkopdrachten gegeven. De volgende sessie vindt dan bijvoorbeeld pas twee weken later plaats. In de gedragstherapie staan de *vervolgssessies* in het begin vooral in het teken van het *blokken van afleidingsmoeuvres*. Cliënten zullen in deze fase geneigd zijn te proberen de therapeut af te leiden van de spanningsvolle elementen, bijvoorbeeld met verhalen over hoe de omgeving op dat moment reageert, of door uit te wijden over problemen die ze op dat moment op andere fronten onder vinden. De gedragstherapie zal dan steeds weer terug gaan naar de traumatische periode en zijn cliënt proberen te confronteren met datgene wat hij juist probeert te vermijden. Van belang is in deze fase dat de therapeut alert is op reacties van de cliënt zodat hij zijn hypothesen over wat de essentiële angst-stimulus is, steeds kan bijstellen. Stel bijvoorbeeld dat de therapeut op een gegeven moment uitgaat van de hypothese dat cliënte het meeste last heeft van schuldgevoelens in verband met het in de steek laten van haar kind. In de loop van het gesprek daarover kan blijken dat ze daar relatief weinig moeite mee heeft, maar dat zij 'vol zit' met een tot nog toe niet bewust geworden agressie tegen haar partner die haar indertijd bewerkt heeft om naar huis te komen en haar kind op het cruciale moment alleen te laten.

Iedere hypothese leidt tot het langdurig aanbieden en laten praten over het beeld van de situatie die – als de hypothese korrekt is – juist zo pijnlijk is (*prolonged exposure, flooding*). De therapeut zal het dus laten herhalen, zal opnieuw vragen om te beschrijven wat haar man precies van haar heeft gevraagd en hoe ze dat gevoeld heeft.

Dit kan gevolgd worden door momenten waarin de therapeut de cliënt aanspoort om het nu – in verbeelding – anders te doen (*rehearsals*). Bijvoorbeeld tegen haar man zeggen: "Ik kom niet naar huis, ik blijf bij mijn kind". De combinatie van konfrontaties en rehearsals wordt herhaald en herhaald totdat *satiatie* (verzadiging) en *extinctie* (uitdoving) optreedt; totdat de emotionele prikkels, die zo angstverwekkend waren, minder emotionele responsen opleveren en niet meer vermeden hoeven te worden.

Dit proces duurt totdat de cliënt de tot nog toe vermeden gevoelens bewust en dermate lang heeft beleefd, dat de koppeling van angst en vermijding aan deze gevoelens wordt beëindigd.

Op dat moment wordt het mogelijk om de therapie af te sluiten door bijvoorbeeld diegene die in zijn afwezigheid het leven van de cliënt heeft beheerst nu definitief 'weg te sturen'. Dat kan een ex-partner, maar ook een kind zijn. Dit kan ook op



verschillende manieren gebeuren. Ramsay laat bijvoorbeeld herhaald uitspreken: "Ik stuur je nu weg", maar het kan ook door middel van het begraven van een foto of met behulp van andere rituelen. In het model van Marshall e.a. (1979) wordt daarvoor nog aandacht besteed aan het oefenen van nieuw "coping" gedrag.

Bovenstaande elementen van het gedragstherapeutische model zijn voor een belangrijk deel ook van toepassing in de direktieve therapie. Ook vanuit de daarin heersende opvattingen zal de therapeut bijvoorbeeld afleidingsmanoeuvres van de cliënt moeten omzeilen en alert zijn op aanwijzingen dat eerdere hypothesen, over datgene waar de cliënt werkelijk bang voor is, bijgesteld moeten worden. De behandeling van Clara Heijmans is wat dat betreft een fraai voorbeeld. Er zijn echter ook verschillen:

– De confrontaties met het verleden hoeven niet alleen in de sessies plaats te vinden. In de direktieve benadering zal dat ook veelal middels huiswerkopdrachten gebeuren.

Dat geeft de therapeut de mogelijkheid tot flexibiliteit. Bij weerstanden kan de cliënt op een manier die bij hem past en in eigen tempo aan het probleem werken.

– De frequentie van de zittingen zal in verband met bovenstaande aanmerkelijk geringer zijn dan in het gedragstherapeutische model. Eénmaal in de twee weken is niet ongebruikelijk, hoewel in sommige gevallen een snellere opeenvolging van sessies wel wenselijk is. Ook hier geldt weer dat de therapeut flexibel kan zijn en zich kan aanpassen aan de eisen die de specifieke situatie stelt.

Een grote mate van flexibiliteit is er ook in de manier van afsluiting. Dat kan zijn door een gesprek met een bepaalde persoon. Zo koos Clara ervoor om met haar vader over het verleden te gaan praten. Maar het kan ook met behulp van symbolische akties, rituelen. Bijvoorbeeld het begraven of verbranden van bepaalde attributen, het uitspreken van een bepaalde tekst bij een graf, het omsmelten van een ring (beschreven door Van der Hart, 1977). De essentie van het direktieve model is echter gelijk aan het gedragstherapeutische model. De combinatie van herhaalde confrontaties tijdens de sessies en tijdens het uitvoeren van het huiswerk leidt tot toenemend blootstellen door de cliënt aan de essentiële angstverwekkende stimuli. Het gebruikelijke vermijdingsgedrag wordt daarbij vermeden door de strikte ritualiserende instructies die de cliënt krijgt voor het huiswerk en door tijdens de sessies de ervaringen daarmee aan te scherpen. Door deze combinatie treedt satiatie en uitdoving op ten aanzien van de gebruikelijke inadekwate emotionele responsen.

Bij beschouwing van de twee modellen mag niet vergeten worden dat er voorafgaand aan de genoemde therapeutische elementen al een uitgebreide taxatie heeft plaatsgevonden. Er is dus al vastgesteld dat de aangemelde klachten inderdaad op onverwerkte rouw berusten.

Zelfs wanneer een persoon zichzelf aanmeldt met de klacht dat hij maar niet over een bepaald verlies heen kan komen is het van belang om vast te stellen of dit een puur individuele kwestie is, of dat er toch een samenhang is tussen de aard en ernst van de klachten en de plaats die iemand in zijn omgeving (bijvoor-



beeld het gezin) inneemt. Het is van belang om te weten in hoeverre het dysfunctioneren van de persoon in kwestie bekrachtigd wordt door gezinsleden en in hoeverre andere gezinsleden winst hebben bij het pathologisch functioneren van de aangemelde cliënt (vgl. Lange, 1982). Stel iemand vertoont fobisch gedrag dat enerzijds is terug te voeren op verliezen in het verleden, die emotioneel niet verwerkt zijn, maar waar de patiënt anderzijds flink wat sekundaire winst aan ontleent door de belonende houding van de medegezinsleden voor wie de klachten misschien niet eens zo slecht uitkomen. Het zou dan onverstandig en waarschijnlijk niet succesvol zijn om alleen aandacht te schenken aan de rouwproblematiek. Vooral in de direktieve therapie zal dan de nadruk liggen op het opstellen van een volledig behandelingsplan, na taxatie van het gehele systeem, waarin het aanpakken van de individuele problematiek en het veranderen van de patronen en structuur in het gezin bewust op elkaar zijn afgestemd (vgl. Lane, 1981 a). De timing en strategie daarin kan van geval tot geval verschillen (vgl. Lange, 1980 en 1982).

## Figuur 2 Het model van de behandeling

### GEDRAGSTHERAPIE

#### Eerste sessie

Laten vertellen over verleden  
Hypothese ontwikkelen  
Gedwongen konfrontatie  
(nog in verleden)

Steun  
Geen huiswerk, snel nieuwe  
sessies

#### Vervolg sessies

Omzeilen van afleidingsmanoeuvres  
Bijstellen van hypothesen  
Toenemende konfrontatie  
(prolongued exposure en flooding)  
zonder vermijdingsgedrag  
Rehearsals  
Geleidelijke satiatie/extinctie  
Wegsturen van de ander  
(herhalen)

### DIREKTIEVE THERAPIE

#### Eerste sessie

idem  
idem  
Ook konfrontatie, maar  
minder dwingend  
Meer eigen tempo  
idem  
Vaak: schrijven  
(therapeut leest brieven)

#### Vervolg sessies

Minder frequent  
Huiswerk  
idem  
idem  
Mogelijk/niet altijd nodig  
Mogelijk/niet altijd nodig  
idem  
Afscheidsritueel  
(flexibel – v.b. Clara)



## 5 Enkele aspecten rondom het model

In figuur 3 wordt een aantal aspecten opgesomd die van belang zijn bij het bespreken van het in de vorige paragraaf geschetste model. Aan de linkerkant wordt weer uitgegaan van de orthodoxe gedragstherapeutische visie. Rechts, de aanvullingen of overeenkomsten vanuit de directieve hoek.

Figuur 3 Aspecten rondom het model

### GEDRAGSTHERAPIE

#### Indikaties

niet te vroeg, tenzij extreem  
niet te zwaar psychisch belast  
in voorgeschiedenis  
enige mate van sociaal netwerk  
(sociaal netwerk opbouwen)  
gemotiveerd en redelijk intelligent

bij te groot zelfmoordgevaar:  
opname

#### Regels vooral

niet afbreken  
geen zelfmoord  
eventuele opname  
geen fysiek geweld

Medikatie: in overleg met  
arts. Eventueel minderen  
Alertheid/flexibiliteit/steun therapeut  
Partner en anderen eventueel erbij  
Therapeut steeds bereikbaar  
Entourage: rustige kamer  
Frequentie: 3 maal per week  
Lengte sessie: variërend  
Probeer niet te onderbreken  
i.v.m. bijv. vakanties

### DIREKTIEVE THERAPIE

#### Indikaties

idem  
door flexibiliteit  
vervalt deze eis  
door flexibiliteit  
vervalt deze eis  
meegenomen, maar niet  
strikt nodig  
aanpak aanpassen aan wat  
iemand kan hebben

niet zinvol

idem  
idem  
Partner erbij, tenzij . . .  
idem  
idem  
minder/flexibel  
idem  
idem, minder nodig

1. Zoals we al eerder zagen in paragraaf 3 geldt voor beide benaderingen de opvatting dat met een specifieke rouwtherapie *niet te vroeg* moet worden begon-



nen. De persoon in kwestie zal eerst de gelegenheid moeten krijgen het rouwproces op zijn eigen wijze met de daarbij behorende pijn door te maken, hetgeen wel een jaar mag duren. 'Rouwtherapie' tijdens of vlak na echtscheiding of dood is dan ook zelden aan te raden. Het is hooguit geïndiceerd wanneer de reacties van de rouwende dermate extreem zijn dat gevaar bestaat voor de persoon zelf of voor zijn omgeving. Dat gold bijvoorbeeld bij de door Ramsay (1979) beschreven vrouw die na de dood van haar echtgenoot dreigde zichzelf en haar dochtertje van zes maanden om het leven te brengen.

2. Rouwtherapie, volgens het gedragstherapeutisch model, is niet geïndiceerd wanneer de persoon in kwestie *zwaar psychisch is belast*, in sterke mate labiel is met de kans op psychotische decompensatie. De methode stelt dan te zware eisen aan de stabiliteit van de patiënt. Datzelfde geldt wanneer er een *te gering sociaal netwerk* is; wanneer de patiënt al te geïsoleerd leeft en niemand heeft om op terug te vallen.

Voor de directe benadering geldt dit in iets mindere mate, omdat er een grotere mate van flexibiliteit in de aanpak is. De dosering van de therapie kan aangepast worden aan wat de patiënt op dat moment kan hebben. Een deel van de behandeling kan zo nodig zelfs bestaan uit het opbouwen – al is het maar tijdelijk – van een sociaal netwerk.

3. De eis van *'redelijk intelligent'* en *'gemotiveerd'* die de orthodoxe gedragstherapeutische benadering stelt is in de directe aanpak niet aanwezig. Het is natuurlijk gemakkelijker wanneer iemand alles wat de therapeut zegt snel begrijpt en bovendien gemotiveerd is *'hard te werken'*. Als dat echter niet het geval is zal de directe therapeut proberen te zoeken naar wegen om zijn methode aan te passen aan de eisen die een dergelijke situatie stelt. Hij zal bij cliënten met een gering opleidingsniveau een ander taalgebruik hanteren. Cliënten met weerstand zal hij benaderen met technieken die juist daarop inspelen. Bijvoorbeeld door het veelvuldig aanbieden van keuzemogelijkheden (vgl. Lange, 1981 b).

4. Wanneer de *kans op zelfmoord* tijdens een rouwtherapie groot wordt is volgens het gedragstherapeutisch model *opname* geïndiceerd. Dat kan in de directe benadering ook nodig zijn, maar is iets minder snel geïndiceerd aangezien men de therapie meer kan aanpassen aan wat de cliënt op dat moment kan hebben. De spanning hoeft niet altijd opgevoerd te worden. Bovendien kan parallel aan de rouwtherapie getracht worden de cliënt te motiveren voor een 'zelf-kontrole programma' dat speciaal gericht is op het verminderen van suïcidale neigingen (vgl. Hoogduin, 1976).

5. De orthodoxe gedragstherapeut laat de cliënt van tevoren instemmen met enkele *'regels'*: dat de therapie niet voortijdig wordt afgebroken, dat er *geen zelfmoord* wordt gepleegd, *geen fysiek geweld* (jegens de therapeut) en dat er, wanneer het te zwaar wordt, *opname* kan plaatsvinden.

Deze regels zijn minder zinvol dan ze lijken, aangezien de cliënten op het



moment van instemming niet weten waar ze mee instemmen. Daardoor roepen de regels zelf nogal eens onnodige weerstand op. Dat dergelijke weerstand soms met humor benaderd kan worden bewijst de anekdote van de patiënt die Ramsay konfronteerde met de vraag wat deze zou doen als hij toch zelfmoord zou plegen, waarop Ramsay antwoordde: "Dan vermoord ik je". Toch lijkt de direktieve benadering waarin tijdens de behandeling de reacties van de cliënten gepeild en zo nodig ter discussie gesteld worden, wat meer voor de hand te liggen.

6. Wanneer een cliënt psychofarmaka gebruikt is het aan te raden in contact te treden of te blijven met de arts die de *medikatie* heeft voorgeschreven. Wanneer iemand tijdens een rouwtherapie dermate zwaar is gesedeerd dat alle confrontaties met het verleden belemmerd worden dan heeft de behandeling niet veel zin. Verminderen van de medikatie is dan geïndiceerd, maar dient ook weer niet al te drastisch plaats te vinden. Overleg met de medikus is daarbij noodzakelijk.

7. Beschrijving van een model geeft aanleiding tot de gedachte dat een rouwtherapie slaagt wanneer men een aantal technieken in de juiste volgorde toepast. Dat is niet het geval. Ook *therapeut-variabelen* spelen hier – zoals in praktisch alle therapieën – een belangrijke rol. De therapeut moet in staat zijn, met vasthouden van de soms hard aandoende lijn, toch steun en warmte aan zijn cliënt te geven, waarbij flexibiliteit en alertheid ten aanzien van signalen van de cliënt van groot belang zijn. De therapie met Clara Heijmans is van dat laatste een goed voorbeeld, wanneer de therapeut dat ene zacht uitgesproken zinnetje op de juiste waarde schat.

Men kan een theorie, een model en technieken goed begrijpen. De toepassing ervan staat of valt echter met de bekwaamheid en de gemotiveerdheid om goed naar de cliënten te luisteren en een band met hen op te bouwen die tot gevolg heeft dat zij met dat wat de therapeut hun aanreikt 'iets willen doen'.

8. Vanuit de orthodoxe gedragstherapeutische visie is het niet noodzakelijk om *partners* van cliënten van het begin af aan *bij de behandeling* te betrekken. Dat gebeurt hooguit in een later stadium wanneer blijkt dat de partner extra steun kan geven of dat in het rouwproces elementen voorkomen die rechtstreeks op de partners betrekking hebben. In paragraaf 4 zagen we al dat er binnen de direktieve benadering meer aandacht is voor de omgeving van de cliënt. In de taxatiefase zal de therapeut zeker gezamenlijke gesprekken (cliënt met omgeving) arrangeren. Afhankelijk van de precieze konstellatie van alle, dan bekende, factoren kan hij besluiten welke personen uit de omgeving wel of niet bij welke sessies van de rouwtherapie aanwezig zullen zijn.

9. Tijdens de behandeling dient de therapeut steeds *bereikbaar* te zijn. Dat betekent dat het wenselijk is dat zijn cliënten ook zijn privé-telefoonnummer hebben. De behandeling dient plaats te vinden in een *rustige kamer* waar men niet gestoord wordt en het verdient aanbeveling om ruimte en tijd te creëren zodat sessies kunnen uitlopen.



Zoals al eerder uiteengezet, is de gedragstherapeutische eis van circa drie sessies per week voor het direktieve model niet wenselijk. Er dient tijd tussen de sessies te zijn voor zelfwerkzaamheid. Deze tijd kan van geval tot geval variëren en hangt ook af van de fase waarin de behandeling zich bevindt. Een dusdanige planning zodat niet voor *vakanties* hoeft te worden onderbroken is voor de gedragstherapeutische aanpak een terechte en begrijpelijke voorzorgsmaatregel. In een direktieve therapeutische rouwtherapie is dat ook wel wenselijk maar minder noodzakelijk. De therapie speelt zich in een minder kompakte tijdsperiode af, waardoor een vakantie als het ware minder opvalt. Bovendien loopt de spanning meestal minder op.

## 6. De behandeling van Liesbeth Meijers

Liesbeth Meijers is 42 jaar oud als zij zich aanmeldt voor behandeling. Zij is sinds een jaar of tien gescheiden, woont nu samen met een vriend en heeft een zoontje van 13 jaar dat bij haar woont. Zij heeft de volgende klachten:

- Een zware fobie voor winkels en openbaar vervoer. Zij heeft daarvan sedert 8 jaar last. Er is in die tijd niet iets speciaals gebeurd dat deze klachten kan verklaren.
- Een 'ziektefobie', met name de angst dat zij hartklachten heeft of krijgt.
- Regelmatige angstaanvallen, soms zonder te weten waarvoor. Vaak is het echter gekoppeld aan de obsessieve gedachte dat zij haar zoontje zal vermoorden. Daarbij valt te vermelden dat haar zoontje een sterke gelijkenis vertoont met de echtgenoot waarvan zij is gescheiden.
- Hyperventilatie- en paniekaanvallen waarbij depersonalisatie-verschijnselen optreden. Als zij TV kijkt kan het bijvoorbeeld gebeuren dat ze haar hoofd en die van de personages op het scherm als van hout waarneemt.
- Vaak last van spanningshoofdpijn.

Liesbeth is een intelligente en qua uiterlijk aantrekkelijke vrouw, die part-time werkt op een kantoor. Voor haar klachten is zij drie jaar geleden een jaar bij een psychiater onder behandeling geweest. Zonder succes.

De taxatie (vgl. Kernkamp, 1983) leidt tot de konklusie dat de klachten voor een groot deel kunnen worden toegeschreven aan onverwerkte rouwproblematiek: ten aanzien van de echtscheiding van haar ouders, met betrekking tot de scheiding van haar man en ten aanzien van de dood van haar moeder.

Bij het afsluiten van het behandelingskontraakt is Liesbeth aarzelend over het behandelen van de rouwproblematiek. Zij wil het verleden niet al te zeer oprakelen. Dat heeft de vorige therapeut al gedaan. Mede daarom wordt besloten om eerst aan de fobische verschijnselen aandacht te besteden.

In overeenstemming met de gebruiken van de instelling onder wiens auspiciën de behandeling plaatsvindt wordt afgesproken dat de therapie maximaal 9 maanden zal duren met een frequentie van 2 sessies per week. Daarbij dient bovendien aangetekend te worden dat de therapie is uitgevoerd in het kader van een oplei-



ding tot gedragstherapeut\*. Met name de eerste twee fasen van de behandeling zijn daardoor op een orthodoxe gedragstherapeutische wijze uitgevoerd. Dit geeft ons de gelegenheid om stapsgewijs de elementen daarvan te vergelijken met die van een meer direktieve benadering.

## De eerste behandelingsfase

De eerste stap bestaat uit registratie (vgl. Lange & Van der Hart, 1979, par. 5.3). Liesbeth houdt precies bij wat ze wel of niet vermijdt aan angstverwekkende situaties en hoe hoog haar angsten oplopen als ze iets probeert te ondernemen waar ze bang voor is, bijvoorbeeld zonder gezelschap naar een winkel gaan. Daarna volgt een periode waarin vooral de hyperventilatieverschijnselen centraal staan. Er wordt geen gebruik gemaakt van de methode van provokatie (vgl. Hoogduin, 1977) maar de cliënte gaat oefenen met voor haar nieuwe ademhalings-technieken (vgl. Kraft, 1982).

Als derde stap in deze fase volgt systematische desensitisatie ten aanzien van angstobjecten hetgeen tenslotte gevolgd wordt door successieve approximatie (in kleine stappen opbouwen van nieuwe responsen, vgl. Orlemans, 1976) ten aanzien van het gaan naar winkels en reizen met het openbaar vervoer.

De behandeling in deze fase heeft redelijk succes; Liesbeth begint zich minder fobisch te gedragen, haar angstniveau ten aanzien van diverse situaties wordt gereduceerd en de paniekaanvallen, die daarop betrekking hebben, verdwijnen. Dit neemt circa 30 zittingen in beslag. Wat betreft de "onverklaarbare" paniekaanvallen en dwanggedachten verandert er weinig.

*Kommentaar:* Vanuit een 'direktief' standpunt zou registratie en behandeling van het hyperventileren eveneens in een vroeg stadium geïndiceerd zijn. Het heeft weinig zin om aan haar angsten te werken zolang zij regelmatig hyperventilatieaanvallen heeft, die op zich juist de angst oproepen voor bepaalde plekken waar zij die aanvallen verwacht. De keuze om in de eerste fase ook al rechtstreeks met behulp van successieve approximatie- en desensitisatie-technieken aan het fobisch gedrag te werken is echter diskutabel. Vanuit een direktief standpunt was het te prefereren geweest om haar te motiveren om toch eens de rouwproblematiek aan te pakken, met de mogelijkheid dat de fobische klachten daarna gemakkelijker zijn te behandelen of zelfs spontaan gereduceerd worden. Overigens is de behandeling van fobisch gedrag ook gedragstherapeutisch op een andere – vaak minder moeizame – manier dan met systematische desensitisatie en shaping mogelijk (vgl. Lange, 1981a, par 4.3). (Maar dat is niet het onderwerp dat nu aan de orde is).

Opvallend is verder dat de gedragstherapeut de huidige vriend en ook het zoontje in deze fase van de behandeling nog niet heeft gezien. Het ware te prefereren geweest om juist in de eerste fase één of meer gesprekken te hebben

\* van Drs J. H. B. Kernkamp



met het nukleaire gezin waar Liesbeth nu deel van uit maakt.

Het zou informatie hebben kunnen opleveren over bronnen van spanning of juist sterke punten die nu niet naar voren zijn gekomen.

## De tweede behandelingsfase

Liesbeth is inmiddels bereid om het verleden onder ogen te zien. Als klein kind zijn haar ouders gescheiden op een uiterst onplezierige manier met veel verbaal en fysiek geweld. Zij probeerde om haar gevoelens over de scheiding met haar vader te bespreken, maar dat werd afgewezen. Samen met haar moeder verhuisde zij naar een andere stad en het contact met haar vader werd praktisch tot nul gereduceerd, nadat deze was hertrouwd met een vrouw die haar geen goed hart toedroeg. Zij kon niet meer bij hem komen en ook daar werd niet over gepraat. Voor een prachtige beschrijving van de manier waarop men kinderen met dit soort problemen kan helpen, zij verwezen naar Gardner, 1980. Haar moeder hertrouwde niet maar kreeg wel weer een vriend, die sexuele avances jegens Liesbeth pleegde. Het contact met haar moeder is echter wel altijd goed gebleven.

Op achttienjarige leeftijd leerde zij haar ex-man kennen. Deze was ongeveer 10 jaar ouder dan zij, een knappe, ontwikkelde en nogal dominerende man. Ze was heel erg verliefd.

Toen ze 31 was – ze had inmiddels een zoontje – werd ze verliefd op een tennisleraar. Hoewel dit niet tot een affaire leidde, had ze het ook niet meteen aan haar man verteld. Dat gebeurde pas een jaar later. Voor haar man was toen “alles afgelopen”. Hij wilde scheiden, en zo geschiedde, ook weer met veel geweld. In hetzelfde jaar kreeg ze al een nieuwe vriend, waar zij affektief veel minder mee was verbonden dan zij met haar man was geweest. Men zou kunnen stellen dat zij deze verbintenis is aangegaan teneinde te trachten haar verdriet om het verlies van haar echtgenoot te dimmen.

Enkele jaren geleden stierf haar moeder vrij plotseling, haar achterlatend met schuldgevoelens over het feit dat ze haar moeder “zou hebben verwaarloosd”.

De konklusie is: verlatingsangst gebaseerd op de traumatisch verlopen scheiding van haar ouders, met name het verlies van haar vader, versterkt door de wederom traumatische scheiding van haar echtgenoot en de dood van haar moeder.

Opvallend is dat in alle gevallen de ‘scheiding’ voor haar zeer onverwacht kwam. Dit sluit aan op Ramsay’s (1979) opvattingen, dat plotselinge verliezen een grotere kans geven op een pathogeniserend rouwproces.

Wat de behandeling betreft kiest ze ervoor om eerst in te gaan op het verdriet om haar ex-man. Dit gebeurt volgens het orthodoxe gedragstherapeutische model zoals geschetst in paragraaf 4: aanbieden van angstverwekkende prikkels, praten over hoe het precies gegaan is en steeds dichterbij brengen van de pijnlijke momenten en pijnlijke gevoelens. Daarna komt met behulp van dezelfde methode de scheiding ten opzichte van haar vader aan bod. Dit neemt ongeveer 20 zittingen in beslag. Tenslotte wordt de aandacht gericht op de dood van haar moeder.

Het aanbod om daaraan niet op de gebruikelijke wijze te werken, maar in haar



eigen tempo, met behulp van 'brieven aan haar moeder' om te trachten duidelijkheid over haar gevoelens te krijgen, wordt door Liesbeth graag aanvaard. Dit deel van de behandeling neemt vijf zittingen in beslag.

### De derde behandelingsfase

In de laatste fase van de behandeling wordt de aandacht gericht op de nog steeds voorkomende aanvallen van autonome angst voor liften, winkels, metro, vliegtuigen en de kapper.

De ziektefobie en de dwanggedachten met betrekking tot haar zoontje verdwijnen 'vanzelf', als gevolg van het verwerken van de rouwproblematiek. De angst-aanvallen worden benaderd met een combinatie van gedrags- en direktieve therapie. Zij krijgt de paradoxale opdracht om op bepaalde tijden de angsten op te roepen "teneinde zichzelf de gelegenheid te geven te oefenen met relaxatie technieken" (vgl. Lange, 1983). Relaxatie-technieken worden eveneens toegepast bij het bestrijden van de hoofdpijn.

De therapie heeft in totaal ruim 60 zittingen geduurd. De enige klacht die op het einde – ook bij follow-up na een jaar – overblijft betreft het af en toe voorkomen van angstdromen.

Besloten wordt om daaraan niet te werken. De therapeut laat in het midden of dat al of niet een gemis is. Wat dat betreft was er een aardig alternatief geweest. De therapeut had het hebben van angstdromen kunnen etiketteren, als een noodzakelijk over te blijven symptoom, waardoor zij afstand kan doen van al haar andere symptomen. Eventueel had hij haar zelfs kunnen adviseren dit symptoom bewust te blijven kultiveren, een paradoxale opdracht dus. Hierdoor was de anticipatieangst misschien afgenomen met de kans dat ook de angstdromen nog zouden verdwijnen (vgl. Lange, 1982).

*Kommentaar:* Bij beschouwing van het 'rouwgedeelte' in de behandeling van Liesbeth Meijers valt weer op dat de basis die ten grondslag ligt aan de gedrags-therapeutische aanpak en de direktieve benadering gelijk is. In beide gevallen is het essentieel dat de cliënt gedurende langere tijd gekonfronteerd wordt met de prikkels die tot dan toe werden vermeden. Ook ziet men dat de gedragstherapeutische aanpak méér zittingen vergt, waar tegenover staat dat de direktieve benadering soms een langere tijdsperiode nodig heeft.

Bij reflectie op de behandeling dient men te bedenken dat er meer nodig was dan het aanbieden van technieken. Er waren veel momenten waarin de aandacht van de therapeut vooral gericht was op het motiveren van de cliënte, op het creëren van een goede therapeutische verstandhouding. Bijvoorbeeld door haar te prijzen voor haar inzet, of door een niet konfronterende maar judo-achtige houding aan te nemen (vgl. Lange, 1976), wanneer zij bezwaren maakte. Bijvoorbeeld door haar een compliment te geven over haar kritisch meedenken met de therapie, of door haar keuzes te geven waaruit zij kon kiezen. Deze "siding with resistance" (vgl. Sherman, 1968) komt meer voor in de direktieve dan in de gedragstherapeutische aanpak, maar blijkt prima met gedragstherapie te combineren.



## 7 Slotkonklusie

Uit de beschrijving van het gedragstherapeutische- en direktieve model voor behandeling van rouw moge duidelijk worden dat de kloof tussen deze benaderingen en de psycho-dynamische georiënteerde behandelingswijze minder groot is dan soms wordt gesteld. Ook binnen de gedragstherapeutische visie volstaat men niet zonder meer met het bestrijden van symptomen, maar wordt onder andere onderzocht in hoeverre de symptomen veroorzaakt worden door niet verwerkte gebeurtenissen uit het verleden (vgl. Burger, 1978; Rachman, 1980). In zowel de psycho-dynamische als de gedragstherapeutische oriëntatie kan het geïndiceerd zijn om de traumatische ervaring alsnog bewust te beleven teneinde er 'een punt achter te zetten'. Er blijven natuurlijk verschillen. Zo zullen een aantal 'typisch psycho-dynamische bronnen' van regelmatig voorkomende trauma's in gedragstherapieën minder of niet (h)erkend worden. Afgezien daarvan zullen door het bewust sturen en konfronterende gedrags- en direktieve rouwtherapieën over het algemeen minder zittingen in beslag nemen. Volkan (1975) heeft het bijvoorbeeld over 60 zittingen wanneer hij het over een korte psycho-dynamische rouwtherapie heeft. Maar ook in dat opzicht lijken de verschillen steeds geringer te worden.

Psycho-dynamische therapieën van 10 zittingen waarin men kan spreken van rouwverwerking komen bijvoorbeeld voor in het werk van Malan (1976) en in Nederland vindt men daar voorbeelden van bij de vakgroep Conflictuologie van de Vrije Universiteit (vgl. Petrie, 1982).

Er zijn dus kennelijk meer wegen die naar Rome leiden; een geruststellende gedachte. Misschien ontleent de direktieve therapie daaraan ook wel een belangrijk deel van haar bestaansrecht, doordat zij expliciet zoekt naar manieren om de elementen uit de verschillende benaderingen te verenigen (vgl. Van der Velden et al., 1977). Dit levert de mogelijkheid om de precieze invulling van een behandelingsplan aan te passen aan de uniciteit van de patiënt om wie het gaat, in plaats van het toepassen van volledig pasklare behandelingsplannen en technieken.

Een andere konklusie die we mogen trekken is dat rouwproblematiek de achtergrond kan zijn van klachten die daar op het eerste gezicht niets mee te maken hebben. Bijvoorbeeld de fobie van Liesbeth Meijers, de moeilijkheden met mannen van Clara Heijmans. Deze konstatering leidt tot de aanbeveling aan gedrags- en direktieve therapeuten om bij zogenaamde duidelijke symptomen alert te zijn op de mogelijkheid van onverwerkte rouw of andere emotionele traumata uit het verleden, en niet te snel op verandering geënte programma's op cliënten 'los te laten'. Een gedegen taxatie (vgl. Lange, 1981c) is derhalve noodzakelijk alvorens een behandelingsplan op te stellen, laat staan uit te voeren. Een dergelijke taxatie is echter ook nodig om fouten van het omgekeerde soort te voorkomen: het – bij aanmelding van rouwproblematiek – niet onderkennen dat omgevingsfactoren een cruciale rol spelen. Zo beschrijft Lange (1982) een behandeling van een man waarvan alle problemen toegeschreven waren aan onverwerkte rouw op grond



van oorlogsproblematiek. Taxatie van zijn huidige (gezins)-situatie liet echter zien dat veel van zijn spanningen in de hand gewerkt werden door de ongemakkelijke positie die hij in het gezin innam. Verandering daarin leidde tot afname van de individuele klachten van de aangemelde cliënt. Het routinematig starten van rouwtherapie zonder een dergelijke taxatie van mogelijke destructieve bekrachtigingsfactoren in de huidige situatie is derhalve evenzeer af te raden als het ten onrechte niet onderkennen van rouwproblematiek.

## LITERATUUR

- J.R. Averill (1968) Grief: Its nature and significance. "Psychological Bulletin", 70, (6), 712-748.
- J. Bowlby (1961) Processes of mourning. "The international journal of Psycho-analysis", XLII, parts 4-5, 317-340.
- J. Bowlby & C.M. Parkes (1970) Separation and loss within the family. In: E.J. Anthony & C. Koupnick, "The child and his family, vol. I".
- Bugen, L.A. (1977), Human grief: a model for prediction and intervention. Amer. J. of Orthopsychiatry, 47 (2) 196-206.
- A.W. Burger (1978), Imaginaire confrontatie. In: J.W.G. Orlemans (red.), "Handboek voor gedragstherapie", van Loghum Slaterus, Deventer.
- A.W. Burger (1980), "Functie-analyse van neurotisch gedrag", F. van Rossen, Amsterdam.
- R. van Dijck, O. van der Hart, K. van der Velden & D. Oudshoorn (1980), Wat is de directieve therapie? (2): vijf programmatische uitgangspunten. In: K. van der Velden (red.), "Directieve therapie 2", Van Loghum Slaterus, Deventer.
- R.A. Gardner (1977), Therapeutische rituelen: twee voorbeelden. In: K. van der Velden (red.), "Directieve therapie 1", Van Loghum Slaterus, Deventer.
- K. Hoogduin (1976), Het voorschrijven van de zelfmoordpoging. "Tijdschrift voor Directieve Therapie 3", (8), 4-10.
- K. Hoogduin (1977), De behandeling van cliënten met hyperventilatie-aanvallen. In: K. van der Velden (red.), "Directieve therapie 1", Van Loghum Slaterus, Deventer.
- J.H.B. Kernkamp (1983), "Rouwtherapie bij de behandeling van een fobische vrouw" n = 1 onderzoek voor de Vereniging voor Gedragstherapie.
- A. Kraft, K. Hoogduin & F. Bekker (1982), Een onderzoek naar de effectiviteit van vier behandelingsmethoden bij cliënten met hyperventilatie-aanvallen: een pilot-study. "Tijdschrift voor Psychotherapie", 8, (5), 269-278.
- A. Lange (1976), Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. "Tijdschrift voor Psychotherapie", 2 (5), 179-194. Ook in: K. van der Velden (red.), "Directieve therapie 1", Van Loghum Slaterus, Deventer (1977)
- A. Lange (1980), Timing. In: K. van der Velden (red.), "Directieve therapie 2", Van Loghum Slaterus, Deventer.



- A. Lange (1981a), Waarom individuele gedragstherapie? "Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose", 1, (3) 223-247.
- A. Lange (1981b), Het motiveren van cliënten in directieve (gezins)therapie, "Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose", 1, (1), 57-74.
- A. Lange (1981c), Taxatie in ambulante gezondheidszorg, "Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose", 1, (2), 1-19.
- A. Lange (1982), Re-attributie in de directieve gezinstherapie met een oorlogsslachtoffer. "Kwartaalschrift voor Therapie en Hypnose", 2, (4), 288-303.
- A. Lange (1983), De combinatie van een paradoxale en congruente strategie. "Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose", 3, (2).
- A. Lange & O. van der Hart (1979), "Gedragsverandering in gezinnen", Wolters Noordhoff, Groningen.
- D. H. Malan (1976), "The frontier of brief therapy", Jossey Bass, San Fransisco.
- W.L. Marshall, J. Gauthier & A. Gordon (1979), The current status of floody therpy. In: M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (eds.), "Progress in behavior modification, vol 7", Academic Press, New York.
- J.W.G. Orlemans (1976), "Inleiding tot de gedragstherapie", Van Loghum Slaterus, Deventer.
- J.F. Petrie (1982), "Kortdurende psychotherapie vanuit analytisch kader", Paper tijdens symposium subsektie Psychotherapie N.I.P. over kortdurende psychotherapie.
- H. Raapis Dingman (1975), Over de doden niets dan goeds; verslag van een rouwtherapie. "Tijdschrift voor Psychotherapie", 1 (1), 11-20.
- S. Rachman (1980), Emotional Processing. "Behavior Research & Therapy", 18, 51-66.
- R.W. Ramsay (1979), Rouwtherapie. In: J.W.G. Orlemans (red.), "Handboek voor gedragstherapie", Van Loghum Slaterus, Deventer.
- R.W. Ramsay & J.A. Happée (1977), The stress of bereavement: components and treatment. In: C.D. Spielberger & I.g. Sarason (eds.), "Stress and anxiety, Vol. 4", John Wiley & Sons, London.
- M.H. Sherman (1968), Siding with the resistance versus interpretation: role implications. In: M.C. Nelson et al (eds.), "Roles and paradigms in psychotherapy", Grune & Stratton, New York. A.J.H. Thiadens & J.R.F. Rijnders (1983), Rouwprocessen. "Medisch Contact", 38, (11), 307-310 en 38, (12), 341-344.
- K. van der Velden & van Dijck (1977), Wat is directieve therapie? In: K. van der Velden (red.) "Directieve therapie 1", Van Loghum Slaterus, Deventer.
- V.D. Volkan (1975), "Re-grief" therapy. In: B.M. Schoenberg et al, "Psychosocial aspects of bereavement", Columbia University Press, New York.