

# Hoofdstuk 1

## Wat is integratieve psychotherapie?

*Sjoerd Colijn, Hans Snijders en Wim Trijsburg*

### 1 INLEIDING: DIVERGENTIE EN CONVERGENTIE

In alle tijden, over de hele wereld, zijn er mensen geweest die zich somber, bang, verward of gejaagd voelen, of dingen doen waardoor ze in de problemen komen, en die er niet in slagen om op eigen kracht in hun problemen verandering te brengen. Elke tijd, elke cultuur, heeft haar eigen manier van denken over psychische problemen en haar eigen manieren om deze problemen aan te pakken. De vakgebieden die zich tegenwoordig in de westerse wereld bekommeren om het verklaren en behandelen van dergelijke problemen zijn de klinische psychologie, de psychiatrie en de psychotherapie.

De psychotherapie richt zich specifiek op de gespreksbehandeling van mensen met psychische problemen. Zij is ontstaan aan het eind van de negentiende eeuw, toen Freud de problemen ging bestuderen van mensen die psychisch in de knoop zaten. In de loop van een aantal decennia grondvestte Freud de theorie en praktijk van de psychoanalyse. Voor en na de Tweede Wereldoorlog beleefde de psychoanalytische school een ware zegetocht, die leidde tot een dominante positie in het veld en tot grote invloed op andere terreinen, zoals filosofie, literatuur en kunst. Het psychoanalytische gedachtegoed maakt deel uit van de canon van de westerse psychotherapie, maar sinds de jaren zeventig van de twintigste eeuw is de invloed van de psy-

choanalyse geleidelijk verminderd. De behandelmethode wordt alleen nog toegepast bij een kleine, geselecteerde groep patiënten met (karakter)neurotische problematiek.

In de jaren twintig van de twintigste eeuw is vanuit de experimentele leerpsychologie de aanzet gekomen voor de gedragstherapie. Deze was in eerste instantie gericht op de behandeling van angstklachten. Hoewel het toepassingsgebied na de jaren vijftig aanmerkelijk werd uitgebreid, bleef de gedragstherapie vooralsnog in een lager aanzien staan dan de psychoanalyse. Zij werd, in tegenstelling tot deze, geacht slechts klachten aan de oppervlakte aan te pakken in plaats van de onderliggende structuren. In het huidige tijdsgewricht is het tij gekeerd. Beperkte de gedragstherapie zich aanvankelijk slechts tot observeerbaar gedrag, sinds de jaren zestig worden ook intrapsychische fenomenen zoals cognitie in de beschouwingen betrokken, en sinds kort houdt zij zich ook bezig met emoties. Door de sterke verbondenheid van de gedragstherapeutische school met de universitaire onderzoekstraditie van de experimentele psychologie is er veel onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van gedragstherapie. Op dit moment heeft de gedragstherapeutische school een voorsprong op de andere psychotherapiescholen wanneer het gaat om de empirisch bewezen effectiviteit (aangeduid als evidence-based) van haar behandelmethoden.

Tijdens en na de Tweede Wereldoorlog ontstond een derde psychotherapierichting,

die bekend is onder een aantal namen (onder andere rogeriaans, humanistisch, existentieel) en die in dit leerboek gekarakteriseerd zal worden als de cliëntgericht-experientiële richting. Haar grote aandacht voor het menselijke potentieel op psychisch gebied sloot naadloos aan bij de tijdgeest van de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw. In die tijd beleefde deze stroming dan ook haar grote bloei, zowel in het veld van de geestelijke gezondheidszorg, als dat van trainingen en cursussen voor overigens gezonde mensen die hun menselijke mogelijkheden van psychische groei en verandering optimaal wilden benutten. Na de grote bloei, vooral teweeggebracht door de energieke activiteit van haar charismatische voormannen, verdween deze stroming in de jaren tachtig wat naar de achtergrond om in de loop van de jaren negentig weer haar rentree te maken, geïnspireerd door nieuwe onderzoekers en theoretici als Greenberg en Lietaer.

De vierde grote school in het veld van de psychotherapie ontstond in de loop van de jaren vijftig: de systeemtherapie. Deze school beperkt zich niet tot de psychotherapeutische dyade maar richt de blik op de bredere context van psychische verschijnselen en problemen. Vooral in de jaren zeventig veroverde dit nieuwe paradigma stormenderhand de geestelijke gezondheidszorg, zodat zelfs even gedacht werd dat het de andere paradigma's zou vervangen. Ondanks het feit dat dat niet het geval is geweest, heeft de systeemtherapeutische visie en werkwijze een stevige eigen plaats in het psychotherapeutische werkterrein verworven: de gezins- en partnerrelatietherapie.

Het gedachtegoed van de vier belangrijkste psychotherapeutische stromingen zal in hoofdstuk 2 uitgebreid worden weergegeven in historisch perspectief; de korte schets in dit eerste hoofdstuk legt de nadruk op wetenschapssociologische aspecten. Wij bezien hier de wetenschapsbeoefening als activiteit

van groepen mensen, die zich afscheiden, profileren, concurreren en samenwerken. Het beoefenen van psychotherapie is mensenwerk, erover praten en schrijven eveneens. Groepen wetenschappers en practici proberen hun bestaansrecht aan te tonen, vaak in concurrentie met andere groepen. Bovendien spelen opkomst en neergang van psychotherapiescholen zich niet in een vacuüm af maar zijn zij sterk verbonden met maatschappelijke ontwikkelingen.

Hoewel de genoemde scholen zich alle vier richtten op hetzelfde onderwerp – (de behandeling van) psychische problemen – voltrok hun ontwikkeling zich relatief autonoom, zonder veel dwarsverbanden. Sommige scholen trachtten zich in het begin nog wel van andere te onderscheiden, maar gaandeweg groeide de neiging zich vooral tot een publiek van medestanders te richten en weinig over de grenzen van het eigen territorium heen te kijken. De psychotherapeutische scholen ontwikkelden zich in een sfeer die door Karasu (1986) als monistisch bestempeld wordt. Dit monisme hield in dat de psychotherapeut, overtuigd van de superioriteit van één theorie en de daarbij behorende werkwijze, bij de feitelijke toepassing van zijn psychotherapie strikt daaraan vasthield.

In deze situatie kwam geleidelijk verandering aan het eind van de jaren zeventig van de vorige eeuw. Na een lange periode van divergentie brak een tijd van convergentie aan. Zowel binnen als tussen de psychotherapeutische scholen werden integratieve tendensen zichtbaar. Bij een steeds grotere groep psychotherapeuten en onderzoekers ontstond onvrede over de grenzen en beperkingen van de eigen therapeutische oriëntatie. Zij kregen oog voor de rijkdom buiten de eigen school, begonnen daarvan elementen in de eigen denk- en werkwijze op te nemen en namen initiatieven om met geestverwanten in andere stromingen in contact te komen. Deze schooloverstijgende trend heeft de benaming

‘psychotherapie-integratie’ gekregen, in het Angelsaksische taalgebied spreekt men zelfs van *the exploration of psychotherapy integration*, het verkennen van integratie tussen psychotherapiescholen.

Dit *Leerboek integratieve psychotherapie* is één van de resultaten van de beweging in de richting van psychotherapie-integratie. Allereerst wordt – in dit hoofdstuk – een plaatsbepaling gegeven van psychotherapie-integratie en de integratieve psychotherapie. In een korte geschiedenis komen ontstaan en groei van een schooloverstijgende trend aan de orde. Vervolgens wordt het begrip ‘psychotherapie’ zelf omschreven, als inleiding op een samenvatting van de argumenten die in de loop der tijd naar voren gebracht zijn om te pleiten voor het overstijgen van de schoolse grenzen. De volgende stap is het onderbouwen van de stelling dat er een algemene psychotherapie bestaat, een empirisch gevalideerd fundament van schooloverstijgende psychotherapie. Dit alles leidt dan tot de uitgangspunten voor dit leerboek, en een weergave van de hoofdstukindeling.

## 2 PSYCHOTHERAPIE-INTEGRATIE EN INTEGRATIEVE PSYCHOTHERAPIE

Het *Handbook of psychotherapy integration* geeft de volgende omschrijving van psychotherapie-integratie:

‘... de stroming die bekendstaat als psychotherapie-integratie kenmerkt zich door onvrede met de beperkingen die iedere traditionele school met zich mee brengt, en een gelijktijdige nieuwsgierige interesse om over en voorbij de grenzen van de eigen school te kijken om te zien wat van andere denkwijzen over psychotherapie en gedragsverandering geleerd kan worden’ (Norcross & Newman, 1992, p. 4, vertaling S. Colijn).

Het blijkt makkelijker te definiëren wat psychotherapie-integratie níet is dan wat het wél is: psychotherapie-integratie is niet vasthouden aan één specifieke psychotherapiebenadering.

In de klassieke éénschoolse benadering gelooft de therapeut in de theorie waarop die benadering gestoeld is, gebruikt hij of zij de technieken en strategieën die met die benadering verbonden zijn en doet onderzoek naar hypothesen die van die benadering afgeleid zijn. Psychotherapie-integratie daarentegen wordt gekenmerkt door een openheid voor verschillende manieren waarop diverse theorieën en technieken geïntegreerd kunnen worden.

Tegenwoordig treft men op veel plaatsen voorbeelden van de schooloverstijgende trend aan, zowel *binnen* de traditionele scholen, waar elementen uit andere scholen in de eigen school geïncorporeerd worden, als *tussen* deze scholen, waar geheel nieuwe psychotherapievormen ontstaan. Eén van de vele voorbeelden van integratie van belangrijke buitenschoolse theoretische en praktische ingrediënten binnen de eigenschoolse denk- en werkwijze is Youngs schemagerichte therapie. Young heeft binnen de cognitief-gedragstherapeutische school het genetische perspectief, klassiek domein van de psychoanalytische school, geïntroduceerd om daarmee basale maladaptieve schema’s van patiënten voor verandering toegankelijk te maken. Hij blijft echter het resultaat van deze integratie (zie hoofdstuk 10) ‘cognitieve therapie’ noemen. Een voorbeeld van een geheel nieuwe vorm van psychotherapie tussen de klassieke paradigma’s is Ryles *cognitive analytic therapy* (zie eveneens hoofdstuk 10), waar ideeën en behandelpraktijken uit zowel de psychoanalytische als de cognitief-gedragstherapeutische school samengaan in een nieuwe, integratieve psychotherapievorm.

Vanuit de schooloverstijgende trend van psychotherapie-integratie ontstaan op deze

manier nieuwe vormen van psychotherapie, die te vangen zijn in de omschrijving ‘integratieve psychotherapie’.

Abraham (2001) heeft, in het kader van een opleiding, integratieve psychotherapie gedefinieerd als:

‘... het, al dan niet in combinatie, op een verantwoorde en verantwoordbare wijze kunnen toepassen van verschillende methoden van behandeling.’

Dit is een praktische en pragmatische omschrijving: een integratief psychotherapeut heeft de kennis en vaardigheden om tussen het erfgoed van de verschillende psychotherapiescholen heen en weer te kunnen springen en combinaties te maken. Daarnaast wordt het adjectief ‘integratief’ soms gebruikt als een aanbeveling, een reclame voor een nieuw product. ‘Integratief’ is modern. Het is goed denkbaar dat er, in navolging van voorlopers als Ryle, in de komende tijd meerdere vormen van integratieve psychotherapie zullen ontstaan.

Of de aanduiding nu ‘psychotherapie-integratie’ of ‘integratieve psychotherapie’ is, voorshands deelt men veelal het voornemen om juist niet een nieuwe, ‘integratieve’ school in te richten. Men wil geen institutionalisering, met het bijbehorende gevaar dat zo’n nieuwe stroming weer grenzen gaat definiëren, schotten gaat optrekken en zich gaat afsluiten van een bredere dialoog. Een soortgelijk standpunt is in Nederland ingenomen door de directieve therapie, waarbinnen men trachtte gedragstherapie te integreren met relatie- en gezinstherapie en hypnose zonder een nieuwe school te stichten, met bijbehorende vereniging en toelatingseisen. Deze stroming kan worden gekenmerkt als pragmatisch en eclectisch.

Ook in de Verenigde Staten is het al dan niet stichten van een nieuwe, ‘integratieve’, school een terugkerend onderwerp van dis-

cussie. De *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (veelal aangeduid met het acroniem SEPI) heeft, na uitgebreide discussie in 1999, besloten het woord *exploration* in haar naam te behouden. Het oordeel van de meerderheid van de leden van SEPI was dat het zal blijven gaan om verkennen, ontdekken en onderzoeken. Men moet niet de pretentie hebben te kunnen afbakenen wat geïntegreerd kan worden en wat niet. Men moet de illusie laten varen dat in één specifieke vorm van integratieve psychotherapie de steen der wijzen gevonden is, zo die ooit gevonden zou kunnen worden.

Tot een paar jaar geleden besteedden de klassieke scholen niet veel aandacht aan psychotherapie-integratie. Dat ook hier echter de bakens verzet worden, blijkt uit de discussies binnen de Nederlandse Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie, waar stemmen opgingen om die vereniging tot hoedster van de integratieve gedachte te maken, omdat de cliëntgerichte theorie gezien zou kunnen worden als integratieve metatheorie (Stommel, 1998). Al veel langer waren er systeemtheoretici die het omvattende en overstijgende karakter van de systeemtheorie benadrukten (zie onder andere Van Dijk, 1992). De Vereniging voor Kinder- en Jeugd Psychotherapie heeft op grond van haar doelgroepomschrijving (niet een referentiekader maar een leeftijds categorie) altijd al psychotherapeuten van diverse referentiekaders en behandelmethodieken in zich verenigd. De laatste jaren reflecteert de vereniging op dit integratieve potentieel.

Daarnaast huldigen vooraanstaande cognitieve gedragstherapeuten binnen de Vereniging voor Gedragstherapie (bijvoorbeeld Korrelboom & Ten Broecke, 2003) het standpunt dat de cognitieve therapie zelf al het waardevolle uit de integratieve psychotherapie in zich kan opnemen, en dus de meest terechte vorm van integratieve psychotherapie is. Later in dit hoofdstuk zal naar voren komen

dat een aantal therapiepakketten waarvan de oorsprong in de cognitieve therapie ligt, op grond van hun vermenging met andere elementen zoals zenboeddisme, gestalttherapie en cliëntgerichte en psychodynamische noties een duidelijk integratief karakter hebben, maar door hun bedenkers nog wel 'cognitieve therapie' genoemd worden.

Dit leerboek beoogt zeker niet een aanzet te zijn tot een nieuwe vorm van psychotherapie, laat staan tot een nieuwe school die zich als 'integratieve psychotherapie' zou laten aanduiden. Dit leerboek wil vooral de verworvenheden van het gehele veld van de psychotherapie overzien. Daaruit komt enerzijds een gemeenschappelijke kern naar voren, een 'algemene psychotherapie' die later in dit hoofdstuk nader omschreven wordt. De beschrijving van deze algemene kern zal het grootste deel van dit boek beslaan. Anderzijds is binnen en tussen de klassieke psychotherapiescholen zo langzamerhand een rijkdom aan integratieve psychotherapiebenaderingen ontstaan. Uit deze rijkdom zal in de komende hoofdstukken een aantal interessante voorbeelden uitgebreider besproken worden.

### 3 KORTE GESCHIEDENIS VAN DE PSYCHOTHERAPIE-INTEGRATIE

In de Verenigde Staten stonden er begin jaren tachtig huizenhoge schotten tussen de verschillende belangrijke psychotherapiescholen. Elke school had haar eigen vereniging, haar eigen vakbladen, haar eigen netwerken van onderzoekers en klinici (die vaak gescheiden van elkaar opereerden) en haar eigen congressen, waar men vrienden zag die men kende van de universiteit of de psychotherapieopleiding. Zo af en toe was het nog mogelijk een andersgezinde tegenkomen op een symposium over algemene psychologie, of over psychotherapieonderzoek. Maar voor het

overgrote deel vond de dialoog plaats binnen eigen kring, met gelijkgestemden.

In 1982 stelden Goldfried, onderzoeker en voorman van de cognitieve therapie, Strupp, onderzoeker van cliëntgerichte en tijdgelimiteerde analytische therapieën, en Wachtel, een psychoanalyticus die in 1977 integratienist *avant la lettre* geworden was, in het baanbrekende *Psychoanalysis and behavior therapy: Towards an integration*, een lijst samen van collega's van wie zij wisten dat ze geïnteresseerd waren in een schooloverstijgend perspectief op psychotherapie. Zij benaderden die collega's met het verzoek om een enquête over psychotherapie-integratie in te vullen. Uit de reacties bleek een overweldigende belangstelling voor concrete initiatieven om de psychotherapiescholen met elkaar in discussie te brengen. De initiatiefnemers richtten vervolgens in 1983 samen met Birk, Philips, Stricker en Wolfe de SEPI op. Vanaf 1984 houdt de SEPI een jaarlijkse conferentie over psychotherapie-integratie en sedert 1986 is er een gemeenschappelijk vaktijdschrift, dat sinds 1991 de titel *Journal of Psychotherapy Integration* draagt.

Waar komen de ideeën over integratie van verschillende vormen van psychotherapie vandaan? Al vóór de jaren zeventig waren er voorlopers van het schooloverstijgende gedachtegoed. In een bijeenkomst van Amerikaanse psychiaters in 1932 signaleerde French overeenkomsten tussen klassiek conditioneren (extinctie) en het psychoanalytische begrip repressie. Zijn presentatie riep gemengde en soms heftige reacties op; het psychoanalytische publiek dreigde hem de zaal uit te gooien.

Rosenzweig (1936) was de eerste auteur die wees op het bestaan van in alle psychotherapiescholen voorkomende 'algemene therapiefactoren' (*common factors*). Hij benoemde er drie:

1 de persoonlijkheid en vooral de overtuigingskracht van de therapeut;

2 de interpretatie van het verhaal van de patiënt, omdat interpreteren nieuw begrip van de eigen situatie mogelijk maakt;

3 het principe dat ingrijpen in een bepaald deel van het functioneren van de mens van invloed is op andere delen.

Rosenzweigs artikel bleef lang onopgemerkt; de *common factors* visie werd pas begin jaren zestig door Frank opgepakt.

De eersten die een groter gehoor voor hun schooloverstijgende interesse wisten te vinden waren Dollard en Miller. Zij vertaalden in *Personality and psychotherapy* (1950) psychoanalytische begrippen zoals regressie, angst, verdringing en verschuiving in termen van de leertheorie. Hun werk werd tot in de jaren tachtig veel geciteerd om te laten zien dat tussen de psychoanalytische en gedragstherapeutische scholen niet zo'n grote kloof bestond als de dogmatici in beide kampen wilden doen geloven.

Franks *Persuasion and healing* (1961; herziene versie: Frank & Frank, 1991) was het eerste echt schooloverstijgende werk. Het theoretische model van de algemene psychotherapiefactoren wordt in dit boek duidelijk uiteengezet. Demoralisatie is een gemeenschappelijk kenmerk van alle psychische problemen, het wekken van hoop en het bieden van een genezingskader is een gemeenschappelijke factor in alle psychotherapieën. Alle psychologische geneeswijzen bieden een context (1) waarbinnen een sociaal gesanctioneerde genezer een genezende relatie (2) aangaat met een patiënt. De genezer geeft in zijn rationale (3) een verklaring voor de problemen en een weg waarlangs oplossingen gevonden kunnen worden. Vervolgens wordt via een aantal procedures of rituelen (4) naar genezing toegewerkt. Franks visie heeft tot op vandaag veel invloed. Het idee dat niet zozeer de methodische verschillen tussen de verschillende psychotherapiescholen van belang zijn als wel veeleer de basale elementen die in alle psychotherapiescholen teruggevonden

den kunnen worden, staat nog steeds in het brandpunt van de discussie (zie bijvoorbeeld het debat rond de evidence-based behandelvormen in § 7).

Alexander (1963) en Marmor (1964) beschreven beiden de gedragstherapeutische principes die volgens hen aan psychoanalytische technieken ten grondslag liggen. Zij concludeerden dat de therapeutische veranderingen die in psychoanalytische zittingen optraden het best begrepen kunnen worden in termen van de leertheorie, zoals bekrachtiging en straf. Rogers (1963) stelde rond dezelfde tijd dat het moment aangebroken was om de beperkingen van de scholen te overstijgen en te onderzoeken wat er nu precies gebeurt in psychotherapie, vanuit welk referentiekader dan ook. Hij gaf daarmee de aanzet voor de opleving van onderzoek naar het therapeutische proces.

In 1967 stelde Paul de later veel geciteerde vraag:

‘Welke behandeling, door wie, is het meest effectief voor dit individu met dat probleem, en onder welke omstandigheden?’  
(Paul, 1967, p. 111, vertaling S. Colijn).

Deze vraag gaf toentertijd een omslag in het denken aan: niet het referentiekader staat centraal maar de patiënt, in zijn of haar context.

In datzelfde jaar introduceerde Lazarus (1967) als eerste de term ‘technisch eclecticisme’ voor een vorm van psychotherapie die samengesteld is uit bewezen effectieve ingrediënten van zeer verschillende psychotherapiepraktijken. Ondanks zijn positieve pleidooi en de vele weloverwogen voorbeelden van eclecticisme (Beutler, Garfield, Vertommen) kleven aan dit begrip nog steeds allerlei negatieve connotaties: eclecticisme zou gelijk staan met ondoordacht gebruik van psychotherapiemethoden los van hun context, wat een onsamenhangend ratjetoe van behandelwijzen zou opleveren.

In de jaren zeventig werd het steeds meer gewoon om over toenadering tussen de verschillende psychotherapeutische scholen te spreken. Belangrijke voorbeelden zijn Goldfried en Davison, die in hun *Clinical behavior therapy* (1976) demonstreerden dat klinici van verschillende oriëntaties veel van elkaar kunnen opsteken; Lazarus, die eveneens in 1976 *Multimodal behavior therapy* publiceerde, waarin hij zijn brede eclecticische zienswijze uiteenzette; Wachtel, die in zijn bekende *Psychoanalysis and behavior therapy: Towards an integration* (1977) een lans brak voor de meerwaarde die ontstaat als je de sterke kanten van twee therapiescholen samenvoegde; en Garfield, die in 1980 in *Psychotherapy: An eclectic approach* een empirisch georiënteerde visie op psychotherapie propageerde en zich één van de belangrijkste voorstanders toonde van het opnemen van cognitieve variabelen in de gedragstherapie – destijds nog een afwijkend standpunt).

Norcross en Newman (1992) vatten nog eens samen welke omstandigheden begin jaren tachtig aanleiding zijn geweest tot de toename van de belangstelling voor integratief denken. Dat zijn:

- de toename van het aantal verschillende psychotherapieën (men telde in 1980 zo'n vierhonderd merknamen voor verschillende psychotherapieën);
- het tekortschieten van afzonderlijke theorieën voor het verklaren van een aantal fenomenen;
- externe druk van financiers en overheid om een eind te maken aan de verdeeldheid;
- de opkomst van kortdurende behandelingen voortkomende uit verschillende therapiescholen;
- de groeiende mogelijkheden om verschillende psychotherapievormen te vergelijken door steeds uitgebreider wetenschappelijk onderzoek;
- het uitblijven van aanwijzingen voor een

verschil in effectiviteit van behandelingen (oftewel het *Dodo bird verdict*, zie verderop);

- erkenning van gemeenschappelijke factoren in de psychotherapie;
- de ontwikkeling van een professioneel netwerk voor integratie, het eerder genoemde SEPI.

In de jaren tachtig en negentig hebben tal van auteurs met zeer verschillende achtergronden hun bijdrage geleverd aan de bloei van de psychotherapie-integratie. Het werk van sommigen (Greenberg, Beutler, Young, Ryle, Lie-taer) wordt in dit leerboek uitgebreid besproken, anderen kunnen in dit bestek slechts genoemd worden: Wachtel, Beitman, Norcross, Messer, Wolfe, Mahoney, Safran, Arkowitz, Arnkoff, Glass, Prochaska, Goldfried en Shapiro in de Verenigde Staten; Grawe, Sachse, Caspar, Trijsburg, Petzold, Feixas, Shapiro, Dryden en Clarkson in Europa.

De toegenomen interesse in integratie blijkt onder meer uit enquêtes onder psychotherapeuten waaruit de eclecticische benadering als de meest gevolgde oriëntatie naar voren komt, uit de eclecticische oriëntatie van belangrijke leerboeken en uit het groeiend aantal op integratie gerichte boeken (in 1992 al meer dan 75). Naast de *Journal of Psychotherapy Integration* zijn er nog minstens twee integratieve tijdschriften op de markt (*Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, *Integrative Psychiatry*). Ook wetenschappelijke tijdschriften van een doorgaans éénschools type hebben de laatste jaren, onder meer via themanummers, regelmatig aandacht besteed aan integratieve tendensen.

#### 4 VORMEN VAN PSYCHOTHERAPIE- INTEGRATIE

Norcross en Newman (1992) onderscheidden begin jaren negentig drie verschillende routes waarlangs integratie kan plaatsvinden: tech-

nisch eclecticisme, theoretische integratie en de benadering van de algemene therapiefactoren. Bij alle drie gaat het om het bij elkaar brengen van zaken die oorspronkelijk los van elkaar ontstaan waren.

#### 4.1 Technisch eclecticisme

Het technisch eclecticisme laat de keuze voor psychotherapievorm bepalen door wat in het verleden het best bij dit type persoon met dit probleem gewerkt heeft. Lazarus, Garfield en Beutler zijn bekende namen in deze stroming. De essentie van technisch eclecticisme is dat men technieken gebruikt en combineert zonder de theoretische achtergrond van de scholen waarbinnen de technieken werden ontwikkeld over te nemen.

#### 4.2 Theoretisch integrationisme

In het theoretisch integrationisme gaat het om een synthese. De theoretische overwegingen van twee of meer psychotherapievormen worden geïntegreerd in de hoop dat het daarvan afgeleide resultaat beter zal zijn dan dat van elk van de afzonderlijke psychotherapieën. Een nieuwe, geïntegreerde behandelingsvorm wordt gecreëerd op basis van integratie van verschillende theorieën. Voorbeelden hiervan zijn de integratie van analytische en gedrags-therapeutische behandelvormen in het cyclisch-psychodynamische model van Wachtel en het cognitief-analytische model van Ryle (zie hoofdstuk 10), en het transtheoretische model van Prochaska en DiClemente. Ter illustratie van het onderscheid tussen eclecticisme en integrationisme is 'de culinaire metafoor' gangbaar: de eclecticus stelt uit vele bekende gerechten een maaltijd samen, de integrationist schept nieuwe gerechten door verschillende ingrediënten te combineren.

#### 4.3 Common factors

De *common factors* visie (onder meer aangehangen door Frank, Arkowitz en Beitman) ten slotte baseert zich op de bevinding dat algemene therapiefactoren een groot aandeel hebben in het effect van zeer diverse therapievormen. Het is de taak van de psychotherapeut deze therapiefactoren te optimaliseren. Warmte in het contact tussen psychotherapeut en patiënt is zo'n gemeenschappelijke factor. Als men de culinaire metafoor tot deze visie uitbreidt, is het gemeenschappelijke van alle gerechten dat zij warm op een bord worden opgediend en met vork, mes en lepel worden genuttigd.

Interessant aan deze benadering is dat zaken die men binnen de afzonderlijke psychotherapiescholen als 'ruis' beschouwt, in deze benadering als het 'signaal' beschouwd worden. Het zou kunnen zijn dat het gemeenschappelijke dat verschillende vormen van psychotherapie met elkaar delen, tegelijkertijd het beste is wat psychotherapie te bieden heeft!

#### 4.4 Clinical change strategies en assimilatieve integratie

De drie vormen van psychotherapie-integratie worden niet als wederzijds exclusief beschouwd maar hebben vooral nut in het kader van begripsmatige ordening. Holmes en Bateman (2002) maken daarnaast onderscheid tussen psychotherapie-integratie in organisatorische, theoretische en praktische zin. Bij 'organisatorisch' denken zij aan het gelijktijdig of achtereenvolgens toepassen van verschillende psychotherapievormen, aan combinaties van settings en aan combinatie met andere behandelvormen, zoals de toepassing van psychofarmaca in psychotherapie. 'Theoretische integratie' dekt dezelfde lading als in het onderscheid dat Norcross en Newman eerder maakten. En met 'praktische integra-

tie' doelen zij op de praktijk van vele psychotherapeuten die in hun werkwijze elementen van verschillende origine combineren. Dit lijkt op wat Goldfried (1980) *clinical change strategies* noemde: in een concrete casus combineert de psychotherapeut ingrediënten van verschillende oorsprong tot een coherente psychotherapeutische strategie.

Messer (1992) geeft nog een andere route naar integratie aan. Hij begint met de constatering dat psychotherapeuten van verschillende scholen ook verschillende epistemologische waarden hanteren; hun denk- en werkwijzen zijn derhalve moeilijk te integreren. Messer pleit daarom voor wat hij noemt 'assimilatieve integratie', waarbij men, binnen het duidelijke kader van één psychotherapeutische school, elementen van een andere integreert. Het kan in zijn ogen geen kwaad een bepaalde schoolse visie te hanteren, als men maar bereid is nieuwe of andere ontwikkelingen op een weloverwogen manier daarin op te nemen. Als binnen een bestaande oriëntatie een nieuwe procedure geïntegreerd wordt, dan ontleent deze haar betekenis niet zozeer aan waar zij vandaan kwam als wel aan de structuur van de therapie waarbinnen zij geïmporteerd wordt. Zo heeft bijvoorbeeld de tweestoelentechniek binnen de experiëntiële psychotherapie een andere plaats en betekenis dan binnen de cognitieve gedragstherapie.

#### 4.5 Plaats van de oorspronkelijke scholen

In de afgelopen jaren is er wel eens discussie geweest over het belang van de oorspronkelijke psychotherapiescholen in de psychotherapie. Zijn zij nog wel nodig? De algemene conclusie is dat hun belang niet onderschat moet worden. Monomethodische, monotheorische specialisten zijn dringend nodig om de theorie en de behandelingstechniek binnen psychotherapiescholen verder te ontwikkelen. Van de kennis die dat oplevert kunnen ook integratieve psychotherapeuten profiteren.

In feite zijn natuurlijk alle klassieke scholen van oorsprong integratief, omdat ook zij ontwikkeld zijn in reactie op een bestaande, soms als ongewenst beschouwde situatie (zie hoofdstuk 2). Elke bestaande vorm van psychotherapie is volgens Norcross en Newman (1992) historisch gezien het product van assimilatie en accommodatie. Daar vloeit overigens ook uit voort dat de huidige aanzetten tot theoretische integratie evenzeer onderhevig zullen zijn aan krachten die leiden tot rigidisering en schoolvorming.

#### 4.6 Nederland en Vlaanderen

Tot slot nog kort aandacht voor de situatie in het Nederlandse taalgebied. We kunnen ervan uitgaan dat ook hier vele collega's eclectisch of integratief werken. Lemmens, De Ridder en Van Lieshout (1992) stellen terecht dat in de Nederlandse RIAGG's, met hun multimethodische karakter, vele aanzetten tot integratie reeds hun beslag moeten hebben gekregen. Uitgebreide gegevens ontbreken op dit moment (het komende jaar zullen de resultaten bekend worden van een enquête over dit onderwerp door Trijsburg, Lietaer en Colijn).

De eerder door Colijn (1995a) gesignaleerde discrepantie tussen de voorlopersrol van Nederland en België op het gebied van integratie in praktijk, opleiding (van de zes laatste psychotherapieopleidingen in Nederland noemden vier zich integratief) en organisatie (één overkoepelende Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie naast de verschillende specialistische psychotherapieverenigingen) van de psychotherapie enerzijds, en de geringe neerslag daarvan in het publieke debat anderzijds, is de afgelopen jaren minder groot geworden. In Nederlandstalige tijdschriften en symposia is de laatste vijf jaar regelmatig aandacht besteed aan psychotherapie-integratie. Sinds 1998 is het *Handboek integratieve psychotherapie* op de markt. Bij het afsluiten in 2003 zullen in dit losbladige

handboek 109 hoofdstukken geschreven zijn door voornamelijk Nederlandse en Belgische auteurs van zeer diverse herkomst, die alle de onderwerpen vanuit een integratief perspectief benaderen. Het zal duidelijk zijn dat de ‘integrationisten’ (zoals de voorstanders van schooloverstijgende psychotherapie wel genoemd worden) nu ook in het publieke debat de trom roeren.

Zoals gezegd, van de laatste Nederlandse opleidingen tot overheidsgerestreeerde psychotherapeut was de meerderheid integratief dan wel schooloverstijgend van opzet. Het is de verwachting dat deze integratieve tendens zich in Nederland ook in de op nieuwe leest geschoeide opleidingen tot de specialismen psychiater en klinisch psycholoog zal voortzetten. In Vlaanderen is de opleiding aan instituten gebonden; een aantal daarvan hanteert een schooloverstijgend perspectief, een meerderheid echter biedt schoolgebonden opleidingen.

## 5 WAT IS PSYCHOTHERAPIE?

Een leerboek over psychotherapie moet uitgaan van een heldere omschrijving van psychotherapie, die enerzijds de kern raakt van datgene wat wij in het dagelijkse spraakgebruik psychotherapie noemen en anderzijds de psychotherapie afgrenst van andere vormen van hulpverlening. Aan deze vereisten wordt voldaan door de definitie van Prochaska en Norcross:

‘Psychotherapie is het op deskundige wijze doelbewust toepassen van klinische methoden en attitudes die gebaseerd zijn op algemeen aanvaarde psychologische principes met als doel mensen bij te staan in het veranderen van hun gedrag, cognities, emoties en/of persoonskenmerken in de richting die door de betrokkenen wenselijk wordt geacht’ (Prochaska & Norcross, 1994, p.6, vertaling S. Colijn).

De kern van de psychotherapie is het toepassen van psychologische methoden bij het veranderen van het psychisch functioneren en het gedrag van patiënten. De afgrenzing van andere vormen van hulpverlening zit hem, naast de methode, in de kwaliteitstoetsing en de wetenschappelijke fundering. Psychotherapie onderscheidt zich bijvoorbeeld in haar methode van de psychiatrie, die ook biologische methoden toepast, en onderscheidt zich van het maatschappelijk werk voor wat betreft haar wetenschappelijke fundering.

Psychotherapie is een deskundigheid die opgebouwd moet worden in een gedegen en kwalitatief hoogwaardige opleiding. De methoden van de psychotherapie en attitudes van de psychotherapeut grijpen terug op wetenschappelijke principes. Psychotherapie richt zich op verandering in een breed spectrum van menselijke functies en kenmerken. Het doel en de werkwijze van de psychotherapie worden bepaald door de patiënt in dialoog met de deskundige hulpverlener.

In deze omschrijving wordt gerefereerd aan de empirisch wetenschappelijke basis van de psychotherapie. Waar mogelijk dienen empirisch bewezen (*evidence-based*), gevalideerde (*validated*) of ondersteunde (*supported*) psychotherapieën het uitgangspunt te zijn. De definitie geeft anderzijds ook ruimte aan het besef dat het overgrote deel van wat er tussen patiënt en psychotherapeut gebeurt, inclusief een deel van de doelbewuste interventies van de psychotherapeut, nauwelijks beschreven en veelal niet getoetst is. In dergelijke gevallen zal naast de empirisch-wetenschappelijke evidentie ook de evidentie die ontstaan is uit consensus tussen klinici een belangrijke rol spelen: naast *evidence-based* is psychotherapie ook *consensus-based*.

Vanuit integratief standpunt is het belangrijk dat theoretische referentiekaders in deze definitie geen rol spelen. Of een denk- of werkwijze psychotherapeutisch genoemd mag worden of niet, wordt niet bepaald door de

theoretische achtergrond van het psychotherapeutische verklaringsmodel. De bovengenoemde elementen, niet het referentiekader, zijn met elkaar de essentiële ingrediënten van psychotherapie.

## 6 ARGUMENTEN VOOR PSYCHOTHERAPIE-INTEGRATIE

De vaak gescheiden ontwikkeling van de verschillende psychotherapiescholen heeft veel opgeleverd. Voor een aanzienlijk deel van de psychotherapeuten is dat wat binnen de eigen stroming voorhanden is voldoende. Waarom dan toch een integratieve benadering van psychotherapie? In de afgelopen twintig jaar is een aantal argumenten voor het slechten van de schotten tussen de verschillende scholen naar voren gekomen.

### 6.1 Er is geen groot verschil in effect

Meta-analyses van psychotherapieonderzoek leiden steeds weer tot de conclusie dat de verschillende onderzochte psychotherapievormen een min of meer gelijk effect hebben. In deze meta-analytische studies worden de effecten over vele onderzoeken gemiddeld, los van de stoornissen die behandeld worden.

Een belangrijke uitkomst van de meta-analyses is dat gemeenschappelijke factoren veel belangrijker zijn dan specifieke procedures; en bovendien dat specifieke procedures belangrijk zijn voorzover ze geloofwaardig zijn en van betekenis zijn voor psychotherapeut en patiënt, dat wil zeggen: voorzover ze gebruik maken van algemene therapiefactoren.

In een recent nummer van *Clinical Psychology* (Barlow, 2002) wordt, een kwart eeuw na dato de discussie over het *Dodo bird verdict* weer opgehaald. In 1976 bespraken Luborsky en zijn collega's de stand van zaken van het psychotherapieonderzoek, en karakteriseerden deze met de uitspraak van de Dodo

uit *Alice in Wonderland*: 'Everybody has won and all must have prizes'. Vele onderzochte psychotherapieën hadden effect en de verschillen in effect tussen de verschillende psychotherapievormen waren gering. Uit meta-analyses blijkt dat dit oordeel in 2002 nog steeds overeind staat.

Het is derhalve van groot belang om de onderzoekresultaten op het gebied van deze algemene therapiefactoren uiterst serieus te nemen.

### 6.2 Er is geen enkelvoudige verklaring

Psychotherapie is aantoonbaar effectief, maar we weten niet waarom. Dat is, na veertig jaar psychotherapieonderzoek gewogen te hebben, de conclusie van Bergin en Garfield (1994). Zij vinden geen van de traditionele verklaringen voor de vergelijkbare effectiviteit van verschillende psychotherapievormen voldoende. Dit geldt voor de traditionele verklaring van de gemeenschappelijke werkzame factoren, voor de leertheoretische visie dat in psychotherapie disfunctioneel aangeleerde patronen weer worden afgeleerd, voor de humanistische opvatting die stelt dat de psychotherapeutische relatie met de Rogeriaanse condities heilzaam zijn en voor psychotherapievormen die een rationale, oftewel een *belief system*, als het essentiële element zien.

Bergin en Garfield zien de pogingen om unieke factoren van één psychotherapiemethode als essentieel voor behandeling aan te wijzen als een vorm van rationalisatie. Het gaat volgens hen in zo'n geval veeleer om pogingen de rol van speciale theorieën of de status van leiders van psychotherapiescholen te verdedigen. Yalom (1989) vermoedt dat het te veel verdedigen van één behandelmethode samenhangt met de angst van een psychotherapeut om het niet-weten te verdragen.

'Hoe meer de therapeut de angst van het niet-weten kan verdragen, hoe minder be-

hoeft hij heeft een orthodoxe school te omarmen. De creatieve aanhangers van welke orthodoxe school dan ook ontgroeien deze uiteindelijk altijd' (Yalom, 1989, p. 42, vertaling S. Colijn).

Het met volle overtuiging aanbevelen van een integratieve vorm van psychotherapie kan overigens ook naar dezelfde valkuil leiden. Het is prematuur om welke psychotherapeutische stroming dan ook die aan de eerder gegeven beschrijving van psychotherapie voldoet, op dit moment uit te sluiten, net zoals het prematuur is om één stroming te verabsoluteren.

### 6.3 Er is geen universeel werkzame methode

Geen van de verschillende methoden van behandeling kan aan alle therapeutische vragen voldoen. Psychotherapeutische scholen hebben zich veelal ontwikkeld vanuit een poging om de tekortkomingen in andere, bestaande benaderingen te compenseren (zie hoofdstuk 2). De uiteenlopende psychotherapeutische benaderingen verschillen als gevolg hiervan in hun aangrijpingspunt. De ene oriëntatie legt grote nadruk op inzicht om verandering te bewerkstelligen, een andere benadrukt het tot expressie brengen van gevoelens, weer een andere het veranderen van de interactionele context van de problemen, terwijl nog weer andere de klemtoon leggen op het bevorderen van een gedragsmatige verandering.

Deze ontwikkeling leidde ertoe dat elke stroming potentieel waardevolle aspecten van andere benaderingen verwaarloosde. Een psychotherapeutische benadering die in de breedte effectief wil zijn, zal aandacht moeten besteden aan alle betekenisvolle aspecten van het menselijk functioneren: zowel de cognitieve, de affectieve en de gedragsmatige als de contextuele. Psychotherapie kan dan het beste worden opgevat als een complex leerproces

waarin cognitieve, affectieve en gedragsmatige aspecten geïntegreerd worden (Garfield, 1995). In hoofdstuk 3 van dit leerboek schetsen Greenberg en Lietaer een dergelijk integratief model.

### 6.4 Ook niet-psychotherapeutische methoden zijn effectief

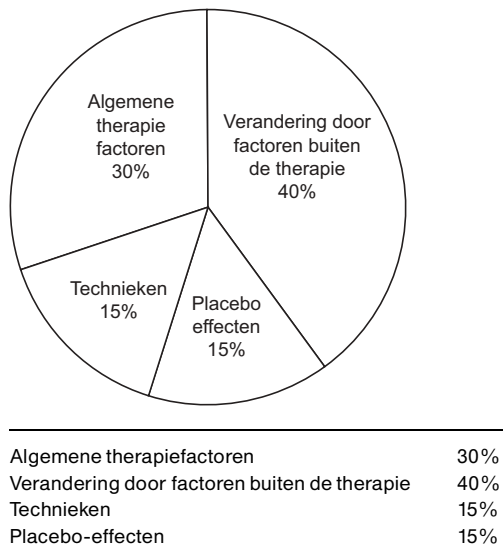
Er is nog veel niet bekend, en nog meer niet getoetst. Al eerder werd erop gewezen dat er, bij de huidige stand van het psychotherapieonderzoek, naast evidence-based kennis nog veel ruimte gelaten moet worden voor *consensus-based* kennis. Maar er is meer. Hoewel het vakgebied van de westerse psychotherapie ruim honderd jaar bestaat, is het gebruik van psychologische geneeswijzen historisch en etnografisch gezien niets nieuws.

Vele auteurs hebben gewezen op de gelijkheid tussen psychotherapeuten en sjamanen, sekteleiders, gebedsgenezers, dominees en priesters. Deze hebben van oudsher in hun genezingspraktijken een antwoord geboden aan de psychologische en spirituele noden van de mens en bieden die vaak nog steeds, niet alleen buiten, maar ook binnen de westerse maatschappijen. Het essentiële verschil tussen deze geneeswijzen en psychotherapie is dat de laatste aansluiting zoekt bij de westerse wetenschappelijke traditie, waarin denk- en werkwijzen empirisch toetsbaar gemaakt worden. Tegelijkertijd blijken sommige wijd verbreide genezingspraktijken, zoals een rituele aanpak of het gebruik van trance en hypnose, wel degelijk effectief, ook naar westerse empirisch-wetenschappelijke maatstaven. In een traditioneel schoolse aanpak vallen dergelijke benaderingen vaak buiten het blikveld.

### 6.5 De invloed van buitetherapeutische factoren is groot

Specifieke methoden leveren een belangrijke, maar beperkte bijdrage aan het therapieresul-

taat. De icoon die bij deze uitspraak hoort is de zogenaamde ‘taart van Lambert’ (zie figuur 1.1), het taartdiagram waarmee Lambert in 1992 de resultaten van psychotherapieonderzoek heeft samengevat. Hij baseerde zich daarbij niet slechts op het gerandomiseerde gecontroleerde experimentele onderzoek naar het effect van specifieke behandelingen bij omschreven diagnostische categorieën (diagnosebehandelingcombinaties), maar op de veel bredere literatuur van de laatste decennia over proces en effect in de psychotherapie.



**Figuur 1.1** Procentuele bijdrage van de verschillende categorieën therapiefactoren aan verbetering bij patiënten

Naar: Lambert, 1992, p. 97.

De percentages die Lambert noemt, zijn tentatief, niet gebaseerd op exacte berekeningen. Zij bedoelen een illustratie van zijn hier samengevatte conclusies te geven.

De grootste bijdrage aan de door de patiënt gewenste verandering wordt geleverd door factoren buiten de therapie. Daarmee bedoelt hij onder meer patiëntfactoren, zoals egosterkte, en omgevingsfactoren, zoals een gunstige omstandigheid (bijvoorbeeld een

goede relatie) en sociale steun. Deze factoren dragen, los van het in psychotherapie zijn, bij aan herstel.

Een tweede belangrijke bijdrage wordt geleverd door de algemene therapiefactoren: een veelheid van factoren die in elke psychotherapie, los van de theoretische achtergrond, aanwezig zijn, zoals bijvoorbeeld empathie, warmte, en acceptatie.

Een derde, veel geringere bijdrage wordt geleverd door placebo-effecten en de specifieke technieken van psychotherapie. Bij placebo-effecten (in de Amerikaanse literatuur samengevat onder de term *expectancy*) gaat het om het besef bij de patiënt dat hij of zij in behandeling is, en om de geloofwaardigheid van de behandelingsmethoden en de rationale. De specifieke technieken, ten slotte, schat Lambert verantwoordelijk voor zo'n 15% van de verbetering die tijdens psychotherapie geboekt wordt.

Als we de buitetherapeutische factoren even buiten beschouwing laten, moeten we op grond van Lamberts inschatting concluderen dat van datgene wat direct door psychotherapie te beïnvloeden is, de helft onder het hoofdje ‘algemene therapiefactoren’ valt, een kwart onder placebo-effecten en een tweede kwart onder specifieke technieken. Dit perspectief noopt tot relativering van het grote belang dat in de huidige geestelijke gezondheidszorg gehecht wordt aan de evidence-based diagnosebehandelingcombinaties. Als we naar deze uitkomsten kijken heeft het meer zin om nadruk te leggen op datgene wat evidence-based is op het gebied van algemene therapiefactoren en placebo-effecten. Het is dan ook geen toeval dat in dit integratieve leerboek juist de kennis en vaardigheid op deze terreinen vooropstaan.

## 6.6 De praktijk is niet monomethodisch

Er zijn vele scholen, maar de psychotherapeutische praktijk is integratief en niet mo-

nomethodisch. Uit enquêtes onder psychotherapeuten in de Verenigde Staten is bekend dat vanaf de jaren zestig een vrij stabiel deel – ruim 30% van de psychotherapeuten – zijn of haar theoretische oriëntatie als ‘eclectisch of integratief’ benoemt, terwijl bovendien eenzelfde percentage aangeeft wel eens technieken vanuit een ander referentiekader in te passen. Lemmens, De Ridder en Van Lieshout (1992) gaan er op grond van hun enquête binnen de RIAGG’s van uit dat vele Nederlandse psychotherapeuten bij hun behandelingen gebruik maken van meerdere referentiekaders – gegevens over de werkwijze van psychotherapeuten buiten deze setting ontbreken tot op heden.

Het is een bekend gegeven dat een groot percentage psychotherapeuten in Nederland en België lid is van meer dan één specialistische psychotherapievereniging. De redactieleden van dit leerboek, bijvoorbeeld, zijn alle drie lid van meerdere verenigingen; zij staan geregistreerd als groepspsychotherapeut (tweemaal), gedragstherapeut (tweemaal), cliëntgericht psychotherapeut, kinder- en jeugdpsychotherapeut, psychoanalytisch psychotherapeut, psychoanalyticus en systeemtherapeut en bestrijken daarmee alle specialistische psychotherapieverenigingen in Nederland.

Recentelijk onderzocht Trijsburg (2002) onder Nederlandse en Vlaamse psychotherapeuten het gebruik van interventies afkomstig uit verschillende psychotherapievormen in hun dagelijkse praktijk. Grosso modo gebruiken psychotherapeuten van alle scholen voor een deel specifieke interventies uit eigen school, daarnaast ook voor een deel specifieke interventies uit andere scholen, en ten slotte voor een (bij alle psychotherapievormen gelijk) deel de algemene therapiefactoren. Het is duidelijk dat de psychotherapeutische praktijk op zijn minst eclectisch en mogelijk integratief is.

## 6.7 Er is al veel integratie

Eerder werd gememoreerd dat volgens enquêtes in vele westerse landen een grote groep psychotherapeuten de eigen werkwijze als integratief of eclectisch bestempelt. Het *Handboek integratieve psychotherapie* en dit leerboek bieden een overvloed aan voorbeelden van integratie op verschillende niveaus van abstractie, van de individuele behandeling tot brede therapieprogramma’s. In de dagelijkse praktijk worden in het kader van een individueel behandelplan ingrediënten uit verschillende psychotherapie-theorieën geïntegreerd in één *clinical change theory* (Goldfried, 1980) en worden vervolgens elementen uit verschillende psychotherapiescholen gecombineerd tot één behandelpakket. In zo’n geïntegreerd behandelpakket spelen ook andere vormen van integratie een rol: hulpverleners van verschillende disciplines kunnen vanuit verschillende behandelsettings hun activiteiten aanbieden. Als voorbeeld geven we een casus.

Een zeventienjarige adolescente komt in psychotherapie. Ze voelt zich al langer dan een jaar erg somber, heeft last van eetbuien en gebruikt laxantia. Ze is vanaf haar peutertijd verlegen en sociaal angstig geweest. Haar ouders zijn gescheiden toen zij zes was, na een periode van heftige ruzies en fysiek geweld. Haar is de keuze gelaten bij welke ouder ze ging wonen; zij heeft voor haar moeder gekozen. Na het begin van haar adolescentie zijn haar onzekerheid en isolement steeds groter geworden. Drie maanden voor aanmelding vertelde een jongen uit haar klas dat hij verliefd op haar was; zij raakte daardoor in grote verwarring en negeerde hem verder volkomen.

De psychotherapie richt zich, met haar instemming, in eerste instantie op het onder controle brengen van haar laxantiagebruik en haar impulsieve eetgedrag met behulp van gedragsmatige zelfcontroletechnieken. Gelijkzeitig wordt met antidepressieve medicatie gestart, voorgeschreven en bewaakt door een

psychiater uit hetzelfde behandelteam. Naast het doorspreken van registratie- en trainingsopdrachten wordt in het wekelijks contact steeds meer tijd besteed aan het onderzoeken van haar verlegenheid en sociale angst, met als beginpunt de liefdesverklaring. Ze blijkt een zeer negatief beeld van zichzelf te hebben ('Ik ben niet waard om gezien te worden') en contact liever uit de weg te gaan dan in verarring gebracht en onder de voet gelopen te worden door de ander. In het verdriet dat zij heeft, herkent zij haar grote verdriet over het soms niet gezien, soms gekwetst worden in de strijd tussen haar ouders.

Dan treedt een periode van stagnatie in: ze zegt afspraken af, laat weten dat het beter gaat en vindt 'dat ze nou eenmaal moet leren leven met de ellende'. Na enige tijd kan besproken worden dat ze eigenlijk erg boos is op haar psychotherapeut: die laat haar maar van alles doormaken en 'zij moet het dan maar verder zien te redden'. Deze herhaling van interacties uit de kindertijd kan in een aantal zeer intensieve zittingen besproken worden. Vervolgens wordt naar afronding toegewerkt.

Deze casus zal voor veel psychotherapeuten die met adolescenten werken niet uitzonderlijk zijn. Belangrijke elementen uit verschillende scholen worden benut:

- de psychoanalytische school (aandacht voor overdrachtselementen in de therapeutische relatie);
- de gedragstherapeutische school (gedragsmatige zelfcontroletechnieken) en de cognitieve school (bewerking negatief zelfbeeld);
- de cliëntgerichte school (in de latere fase van de psychotherapie wordt de patiënt gevolgd in het exploreren van de beleving van huidige en vroegere ervaringen);
- daarnaast had in een begeleidende gezinstherapie de betekenis van haar problemen in de context van het gezin met gescheiden ouders aan de orde kunnen komen. In deze casus werd daar om praktische redenen van afgezien.

In dit verband willen we nog vermelden dat voor specifieke doelgroepen uitgewerkte inte-

gratieve behandelprogramma's beschikbaar gekomen zijn. Voorbeelden daarvan zijn de dialectische gedragstherapie (DGT) van Linehan voor het behandelen van patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornissen (Van den Bosch, Linehan & Dimeff, 2001) en de interpersoonlijke psychotherapie (IPT) van Klerman en Weissmann voor depressie (Jonker & De Vries, 2000). Tot slot zijn er ook therapie-modellen ontwikkeld die een brede toepasbaarheid claimen voor vele verschillende doelgroepen. Voorbeelden daarvan zijn Wachtels cyclisch psychodynamische aanpak (Wachtel & Seckinger, 2002) en Lazarus' multimodale gedragstherapie (Kwee & Kwee-Taams, 2002).

## 6.8 Maatschappelijke vraag

Volgens de huidige maatschappelijke normen, vertaald in overheidsbeleid, dient behandeling vraaggestuurd te zijn in plaats van aanbodgestuurd. Met deze termen uit de organisatiekunde wordt bedoeld dat waar vroeger in de (geestelijke) gezondheidszorg het aanbod van de hulpverlening bepalend was voor de hulp die de patiënt kon krijgen, tegenwoordig de vraag van de patiënt maatgevend is voor de te verlenen hulp.

In de vrijgevestigde praktijk van de jaren zeventig kon het voorkomen dat de psychotherapeut alle hulpvragen van patiënten vanuit zijn eigen referentiekader en behandel mogelijkheden beschouwde en behandelde. Patiënten werden daar zoveel mogelijk ingepast en wie er niet in paste werd doorverwezen.

Tegenwoordig zal men – in Nederland mede op basis van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) – de patiënt verschillende behandelopties moeten voorleggen en de voor- en nadelen moeten uitleggen. Men dient op positieve uitkomsten te wijzen, maar ook op mogelijk schadelijke effecten van de voorgestelde behandelingen. De hulpvraag van de patiënt en diens wensen ten aanzien van het soort behandeling (pillen

of praten, of allebei; familie er wel of niet bij betrekken; kortdurend klachtgericht of uitgebreider en meer persoonsgericht) spelen een belangrijke rol in het bepalen van het uiteindelijke behandelplan. Dit betekent dat de psychotherapeut niet kan volstaan met: 'Ik ben gedragstherapeut c.q. psychoanalytisch psychotherapeut, dus ik bied u deze behandeling', maar ófwel veel problematiek zal moeten doorverwijzen omdat hij of zij de gewenste en adequate methodiek c.q. combinatie van methodieken niet in huis heeft, ófwel zich moet bijscholen in behandelvormen die tot nu toe buiten zijn of haar schoolse opleidingsarsenaal vielen. Psychotherapie-integratie kan de psychotherapeut helpen bij het samenbrengen van dergelijke diverse behandelvormen.

De opsomming van argumenten in deze paragraaf zal hebben duidelijk gemaakt dat zowel de wortels als de vertakkingen van de schooloverstijgende, integratieve trend in de gehele breedte van de psychotherapie teruggevonden kunnen worden. Binnen en tussen de psychotherapeutische scholen vindt integratie plaats; er is geen enkele school die zich in *splendid isolation* niets van de ontwikkelingen in andere scholen kan aantrekken.

#### 7 ER IS EEN EVIDENCE-BASED, INTEGRATIEVE, ALGEMENE PSYCHOTHERAPIE

Bij de beschouwing van die elementen in de psychotherapie die volgens de huidige stand van zaken van het psychotherapieonderzoek het predikaat evidence-based verdienen, wordt de meeste aandacht besteed aan de empirische evidentie die bestaat voor sommige diagnosebehandelingcombinaties. De waarde van zulke specifieke interventies voor specifieke psychopathologie wordt onderzocht in een belangrijke onderzoekstraditie, waarin met behulp van gerandomiseerd gecontro-

leerd experimenteel onderzoek (*randomized controlled trial*, RCT) het effect van een specifiek omschreven interventie op een specifiek omschreven klacht gemeten wordt, terwijl tegelijkertijd andere invloeden zoveel mogelijk worden uitgesloten. Op deze manier kan beoordeeld worden of de ene behandelvorm effectiever is dan de andere.

Om de effecten van verschillende behandelvormen meetbaar te maken wordt gebruik gemaakt van richtlijnen en protocollen; deze richtlijnen en protocollen krijgen uiteindelijk, na toetsing in onderzoek, de status van *empirically validated psychotherapy*. Uitkomsten van dit type onderzoek spelen voor beleidsmakers en financiers in de geestelijke gezondheidszorg en in de publieke discussie in Europa en de Verenigde Staten een dominante rol bij het bepalen van de waarde van de verschillende psychotherapiebenaderingen. Anno 2002 geldt de status evidence-based voor een aantal goed onderzochte cognitief-gedragstherapeutische protocollen en voor enkele behandelingen die buiten de gedragstherapeutische school werden ontwikkeld, zoals interpersoonlijke psychotherapie (zie hoofdstuk 10) en een geprotocolleerde vorm van psychodynamische therapie. De verwachting is gewettigd dat na het verschijnen van de nieuwe versie van het in 2003 te verschijnen *Handbook of psychotherapy and behavior change*, het overzicht van de resultaten van psychotherapieonderzoek onder redactie van Lambert, Bergin en Garfield, een aantal protocollen binnen de cliëntgerichte psychotherapie ook deze felbegeerde status zal krijgen. In de verdere toekomst zullen hopelijk de resultaten bekend worden van enkele studies naar langerdurende psychotherapie. Veel psychotherapeuten die deze behandelvorm bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek toepassen, kijken verwachtingsvol uit naar de onderzoekresultaten.

De RCT-methodologie is overgenomen uit het klassieke geneeskundige medicatieonder-

zoek, waar onderzocht wordt welk effect een bepaalde mogelijk werkzame stof in een bepaalde dosering heeft op een bepaalde welomschreven klacht. Echter, slechts een klein deel van een interpersoonlijk proces als psychotherapie laat zich in dit model vangen. Ook in een met behulp van RCT's empirisch gevalideerde protocollaire behandeling van twaalf zittingen cognitieve gedragstherapie gebeurt meer dan het louter toepassen van een werkzame interventie bij de met behulp van de DSM-IV omschreven klacht van de patiënt. Behandeling van een psychisch probleem vindt plaats tegen de achtergrond van het leven en de sociale context van de patiënt. Bovendien houdt behandeling een beroepsmatige relatie met de patiënt in. Juist deze aspecten worden in het RCT-onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Gelukkig biedt psychotherapieonderzoek meer evidentie voor wat werkt in psychotherapie dan op grond van RCT's alleen aangenomen kan worden. Er is onderzoek gedaan naar proces-, patiënt-, therapeut- en relatievariabelen, dat een beeld geeft van de werkzame bestanddelen van psychotherapie. Daarmee komen we op het terrein van de algemene therapiefactoren. Orlinsky, Grawe en Parks (1994) identificeerden de algemene factoren die uit de psychotherapieresearch naar voren komen. Werkzaamheid is optimaal bij:

- 1 een goed geregisseerde en gestructureerde behandeling;
- 2 therapeutische bekwaamheid van de psychotherapeut en een positieve psychotherapeutische relatie;
- 3 het afstemmen van de therapeutische aanpak op de hulpvraag van de patiënt en het bij de patiënt teweegbrengen van positieve gevoelens;
- 4 openheid en bereidheid te veranderen van de kant van de patiënt.

Juist deze evidence-based algemene factoren worden in dit leerboek in de schijnwerper gezet. Zij spelen een rol in alle vormen van

psychotherapie, terwijl ze slechts in sommige vormen uitgebreid onder de loep genomen worden. Zoals het perspectief van de diagnosebehandelingcombinaties en het onderzoek daarnaar dicht bij de denk- en werkwijze van de (cognitieve) gedragstherapie ligt, zo sluit het idee van psychotherapie als intermenselijk proces nauw aan bij de cliëntgericht-experiëntiële stroming. Uit die laatste hoek komen dan ook veel ideeën, veelal empirisch getoetst, over belangrijke elementen in een algemene psychotherapie. Bij het beschrijven van die 'algemene psychotherapie' in dit leerboek hebben we daarenboven ook kunnen terugvallen op onderzoek binnen de scholen die minder expliciet aandacht besteed hebben aan de basiscondities voor psychotherapie.

Hoe verschillend het relatieve belang van algemene therapiefactoren en specifieke interventies ook gewogen wordt, in alle opleidingen tot psychotherapeut wordt uitgegaan van een algemene basis van psychotherapie alvorens men de specifieke schoolgebonden interventies behandelt. In psychotherapieopleidingen wordt de nodige aandacht besteed aan de grondhouding van de therapeut, aan gespreksvaardigheden en aan relationele en diagnostische vaardigheden. Bij elk van deze onderdelen kunnen vanuit de verschillende scholen specifieke accenten gelegd worden. In dit leerboek zal een evidence-based, integratieve, algemene psychotherapie centraal staan, waar nodig aangevuld met schoolse perspectieven.

## 8 UITGANGSPUNTEN

In de inleiding op het *Handboek integratieve psychotherapie*, waar de visie van de redactie uiteengezet wordt, zijn uitgangspunten genoemd die voor psychotherapie-integratie van groot belang zijn. Deze uitgangspunten gelden uiteraard ook voor dit leerboek. De

meeste zijn al eerder in dit hoofdstuk aan de orde geweest. We vatten ze hierna samen.

### 8.1 Hulpvraag van de patiënt

Bij het bepalen van de uiteindelijke behandeling wordt de hulpvraag van de patiënt als uitgangspunt genomen. Psychotherapie dient vraaggericht te zijn, het behandelaanbod moet aansluiten bij de hulpvraag van de patiënt. De psychotherapeut moet de patiënt een keuze uit verschillende behandelvormen voorleggen en informatie daarover geven op grond waarvan de patiënt de keuze kan bepalen.

Het repertoire van een integratieve psychotherapeut dient verschillende behandelwijzen te bevatten. Als de patiënt echter een hulpvraag heeft die niet direct aansluit bij het behandelarsenaal c.q. de behandelfilosofie van de therapeut, dan zal deze met de patiënt moeten overleggen hoe deze toch de gewenste behandeling kan verkrijgen. Waar mogelijk wordt in dit leerboek op keuzemogelijkheden gewezen.

### 8.2 Wetenschappelijke fundering

Wetenschappelijke fundering is van groot belang. Volgens de definitie van psychotherapie gaat het om de 'toepassing van klinische methoden en attitudes die gebaseerd zijn op algemeen aanvaarde psychologische principes'. De algemene aanvaarding van deze psychologische principes zal waar mogelijk gefundeerd zijn op de in wetenschappelijk onderzoek verkregen empirische evidentie (evidence-based), maar vaak ook berusten op de consensus tussen vakgenoten (*consensus-based*). In alle hoofdstukken van dit leerboek wordt verwezen naar de belangrijkste relevante onderzoekresultaten.

### 8.3 Referentiekaders overstijgen

Integratieve psychotherapie dient open te staan voor meerdere referentiekaders, en deze bij voorkeur te overstijgen. Zoals eerder beargumenteerd is, bestaat er een schooloverstijgende, algemene psychotherapie. Elementen daarvoor zijn uit verschillende therapiescholen afkomstig. Dat een bepaald thema, zoals bijvoorbeeld overdracht, in één bepaalde school uitgewerkt is, wil nog niet zeggen dat dat thema niet een belangrijke rol kan spelen in behandelingen buiten die therapieschool.

### 8.4 Meerdere gezichtspunten

Dit betekent eveneens dat dezelfde verschijnselen vanuit meerdere gezichtspunten bekeken kunnen worden. Voor een aantal thema's in de psychotherapie geldt dat er vanuit verschillende scholen ook verschillende visies voorhanden zijn. Voorzover de ene visie niet nadrukkelijker door onderzoek ondersteund wordt dan andere, moeten ze naast elkaar gepresenteerd worden. Het hoofdstuk over fasen en proces van psychotherapie (hoofdstuk 7) behandelt drie verschillende, zij het in een aantal opzichten aanvullende visies op dit onderwerp.

### 8.5 Kritisch forum

Waar empirische toetsing ontbreekt, is toetsing aan een kritisch forum de aangewezen weg. Auteurs van een bepaalde school laten vaak vakgenoten uit de eigen kring kritisch meekijken. In een schooloverstijgende publicatie zullen juist vakbroeders uit een andere stroming commentaar leveren. Gemeenschappelijke elementen worden zo verhelderd, maar ook eventuele verschillen in inzicht (zie bijvoorbeeld hoofdstuk 6 voor tegenovergestelde visies op indicatiestelling).

## 8.6 Historisch perspectief

Als laatste is een historisch perspectief van belang. In de geschiedenis van de psychotherapie zijn dezelfde verschijnselen steeds vanuit een ander stelsel van wetenschappelijke uitgangspunten benaderd. Bij een historisch overzicht (zie hoofdstuk 2) komen enerzijds de gemeenschappelijke kenmerken naar voren, anderzijds de specifieke bijdragen. Een integratieve psychotherapie kan slechts bouwen op de fundamenten die door deze scholen gelegd zijn.

## 9 DE OPBOUW VAN DIT LEERBOEK

Dit leerboek heeft sterk geprofiteerd van het werk dat door vele auteurs van het *Handboek integratieve psychotherapie* verricht is. Sommige hoofdstukken zijn bewerkingen van bijdragen voor genoemd handboek, enkele (de hoofdstukken 3 en 11) zijn met slechts kleine aanpassingen uit het handboek overgenomen. Geen der hoofdstukken had geschreven kunnen worden zonder het handboek. Maar er is een belangrijk verschil tussen het handboek en het leerboek. Het *Handboek integratieve psychotherapie* is geschreven voor de ervaren psychotherapeut, die als voortzetting van zijn of haar specifieke opleidingsgeschiedenis integratieve perspectieven aangeboden krijgt. Het *Leerboek integratieve psychotherapie* is daarentegen geschreven voor de psychotherapiestudent, zowel doctoraal afgestudeerden in de psychologie, pedagogische wetenschappen, geestelijke gezondheidswetenschappen of geneeskunde als gezondheidszorgpsychologen, psychiaters en klinisch psychologen in opleiding. Hen wordt een overzicht geboden van de verworvenheden van de westerse psychotherapie, zonder daarbij direct de schoolse achtergronden als referentie te gebruiken.

Voor de hoofdstukindeling hebben we de eerder genoemde opsomming van Orlinsky,

Grawe en Parks (1994) als leidraad genomen.

In hoofdstuk 2 behandelt Snijders de klassieke bouwstenen van integratieve psychotherapie. Psychotherapie-integratie bestaat bij gratie van de klassieke psychotherapiescholen en de kennis en vaardigheden die binnen die scholen ontwikkeld zijn; zonder deze valt er niets te integreren.

Dat er op grond van de ontwikkelingen in de psychologie en neurobiologie in deze tijd schooloverstijgende modellen voor psychisch functioneren te construeren zijn, bewijzen Greenberg en Lietaer in hoofdstuk 3, waar zij een integratief model van emotie, gedrag en cognitie schetsen.

Vervolgens wenden we ons met Vanaerschot tot de basale therapeutische interventies (hoofdstuk 4), waarop de psychotherapeut zijn therapeutische bekwaamheid bouwt.

Met deze interventies kan de psychotherapeut een therapeutische relatie en werkalliantie opbouwen en onderhouden, die het fundament en het voertuig voor therapeutische verandering wordt. Trijsburg behandelt deze materie in hoofdstuk 5.

Vervolgens komt de vraag aan de orde: welke therapie in welke context, voor welke patiënt, op welk moment? Abraham, Van Audenhove, Van Dijk, Haans, Heuves, Korrelboom, Kuipers, Reul-Verlaan en Takens, specialisten in zeer verschillende therapievormen en therapeutische settings, zetten in hoofdstuk 6 de kracht en de beperkingen van verschillende therapeutische varianten op een rij. Dat zij, ondanks deze aanzet tot een integrerende indicatiestelling, verschillend denken over de argumenten voor selectie van de juiste therapievorm, blijkt uit de slotparagraaf.

Hoofdstuk 7 gaat, in termen van Orlinsky, Grawe en Parks (1994), over de regie en structurering van het psychotherapeutische proces. Er is een schooloverstijgende visie op dit onderwerp maar de oorspronkelijke experimentele, psychoanalytische en gedragstherapeutische perspectieven hebben veel te bieden

dat in een leerboek niet ontbreken mag. Depestele, Korrelboom, De Wolf en Sniijders demonstrenen de rijkdom van deze perspectieven.

Trijzburg laat in hoofdstuk 8 zien dat binnen het in de eerdere hoofdstukken geschetste algemene psychotherapeutische kader een veelheid aan interventies kan gedijen. Een literatuuroverzicht biedt de mogelijkheid om 81 specifieke interventies, de instrumenten van de psychotherapeut, te onderscheiden en vervolgens weer op grond van onderzoek in categorieën onder te brengen.

In de literatuur zijn zo langzamerhand steeds meer empirisch onderzochte behandelprogramma's bekend waarbinnen beargumenteerde combinaties van deze specifieke interventies hun plaats hebben gekregen. Sniijders beschrijft in hoofdstuk 9 een 'kist met hulstukken' voor verschillende psychotherapeutische doelgroepen. Hij gaat in op een tiental in onderzoek getoetste kortdurende behandelprogramma's, zowel klachtgerichte als persoonsgerichte.

Psychotherapie speelt zich niet in een vacuüm af. Van Lawick en Colijn behandelen in hoofdstuk 10 belangrijke aspecten van de context van de psychotherapie. De invloed van systeem, maatschappij en cultuur kan niet onderschat worden. Ook al is eerder in het leerboek vooral de dyadische vorm van psychotherapie besproken, ook een individueel psychotherapeut moet zijn blik kunnen verbreden tot een systemische zienswijze.

Als laatste komt Leijssen in hoofdstuk 11 weer terug bij de specialist die dit alles moet kunnen hanteren: de (integratieve) psychotherapeut. Uit onderzoek is veel bekend over sterke en zwakke kanten van de psychotherapeut, over therapeutkenmerken die invloed hebben op psychotherapie en over valkuilen waarop de psychotherapeut al in zijn opleiding geattendeerd moet worden.

## 10 TOT SLOT

Het was te verwachten dat het bij het schrijven van een schooloverstijgend leerboek noodzakelijk zou zijn om bepaalde concepten en termen te kiezen die aansluiten bij een schooloverstijgende aanpak en andere weg te laten die door bepaalde stromingen gekoesterd worden.

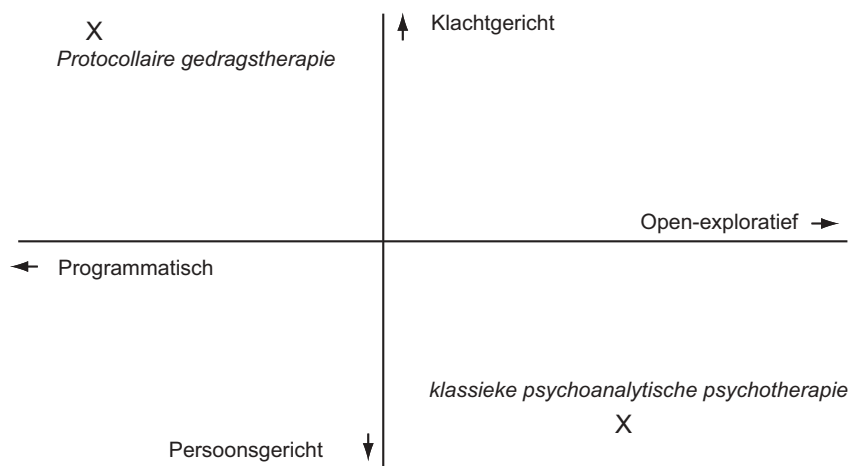
Zo is gekozen voor de term 'patiënt' boven de term 'cliënt'. Het woord patiënt is afgeleid van het Latijnse *patiens*, dat 'lijdend' betekent. Deze term impliceert dat iemand aan een bepaalde aandoening lijdt en hulp zoekt, terwijl de term cliënt veel meer suggereert dat iemand, teneinde verandering aan te brengen in bepaalde aspecten van zijn of haar leven, uit vrije keuze een behandelingsrelatie kan aangaan en ook weer kan afsluiten. De term patiënt wordt geassocieerd met de (geestelijke) gezondheidszorg, de term cliënt met de markt, het bedrijfsleven. De in dit boek uitgewerkte psychotherapie wil zich met nadruk richten op mensen die lijden onder zeer belastende psychische aandoeningen, mensen die veelal nauwelijks vrije keuze beleven om hier al dan niet iets aan te doen. Door het hele boek wordt daarom de term patiënt gebruikt, met uitzondering van die delen die specifiek over de cliëntgerichte visie op behandeling gaan. In de cliëntgericht-experimentiële benadering is doelbewust voor de term 'cliënt' gekozen. Daar ligt het accent van oudsher op de gelijkwaardigheid van de relatie en de vrijheid om al of niet voor psychotherapie te kiezen.

Een andere terminologische keuze doet zich voor bij het onderverdelen van de psychotherapievormen die in dit leerboek aan bod komen. In de loop der tijd zijn vele termen gebruikt om psychotherapievormen te rubriceren op grond van belangrijke onderscheidende kenmerken. De kwalificaties 'symptoomgericht', 'inzichtgevend', 'interactueel', 'openlegend', 'klachtgericht', 'onder-

steunend', 'exploratief' en 'toedekkend' zijn, al dan niet in polaire tweetallen, gebruikt om zinvol onderscheid te maken. Toch worden deze benamingen vaak niet eenduidig gebruikt en worden ze ingezet in de beeldvorming tussen scholen onderling ('Gedragstherapie is symptoomgericht, *dus* oppervlakkig'). In zijn hoofdstuk in het *Handboek integratieve psychotherapie* verheldert Korrelboom (1999) een schijntegenstelling ('Open-exploratief versus klachtgericht?'), om vervolgens deze schijntegenstelling te ontrafelen in twee relatief onafhankelijke dimensies, weergegeven in figuur 1.2. De dimensie open-exploratief versus programmatisch heeft betrekking op de werkwijze van betreffende psychotherapievorm, terwijl de dimensie persoonsgericht versus klachtgericht betrekking heeft op het aangrijpingspunt van de interventies. Een meer open-exploratieve werkwijze wordt gekenmerkt door een abstinente, niet sturende houding van de psychotherapeut, die bij de patiënt een proces van zelfexploratie op gang wil houden. Een meer programmatische werkwijze maakt gebruik van standaardprotocollen die voor bepaalde stoornissen ontwikkeld zijn. Een klachtgerichte benadering heeft de klachten of symptomen van de patiënt als

direct aangrijpingspunt, terwijl meer persoonsgerichte benaderingen (ook) tot doel hebben habituele denk- en gedragspatronen c.q. de persoonlijkheid van de patiënt te veranderen (Korrelboom, 1999).

In dit leerboek wordt aangesloten bij het assenkruis van figuur 1.2, onder benadrukking van het feit dat het hier inderdaad gaat om dimensies en niet om categorieën. Veelal is een concrete psychotherapie niet óf klachtgericht óf persoonsgericht maar beweegt zij zich in het beloop van de behandeling tussen deze polen. Veel behandelingen waarin complexe problematiek aan de orde is, zullen programmatische onderdelen kennen maar bij tijd en wijle ook open-exploratief zijn. Als stereotypen zijn de klassieke psychotherapie-modellen eenvoudig te rubriceren met deze assen (de gedragstherapie aan de klachtgerichte programmatische kant en de psychoanalyse aan de persoonsgerichte open of exploratieve kant), maar Korrelboom geeft vele voorbeelden uit de verschillende psychotherapiescholen die illustreren dat er in een orthodoxe behandelingspraktijk veel buitenschoolse, onorthodoxe elementen geslopen zijn. Het is de bedoeling in dit leerboek juist



**Figuur 1.2** Het dimensionale assenkruis  
naar: Korrelboom (1999).

los te komen van stereotypen als: ‘Gedrags-therapie, dat is dus klachtgericht’, of: ‘Cliënt-gerichte behandeling, dat is dus open-exploratief’. Zo is het eerder genoemde schemagerichte behandelmodel van Young een voorbeeld van een cognitief-gedragstherapeutisch, maar wel persoonsgericht model en ontleent het model van de IPT veel aan de psychodynamische en cliëntgerichte behandelvormen, maar is het qua werkwijze programmatisch te noemen.

Een laatste keuze betreft de wijze van aanduiden van het geslacht van patiënten en psychotherapeuten. Bij zowel de patiënten als

de psychotherapeuten, zeker in de jongere generatie, zijn vrouwen in de meerderheid. Misschien is dit wel het laatste leerboek waarin, na ampele overweging, op grond van de traditionele argumenten voor de mannelijke vorm gekozen is. In de psychotherapieliteratuur wordt bijna altijd de mannelijke vorm gebruikt; bijna altijd wordt dan in een voetnoot toegevoegd dat ter wille van de leesbaarheid gekozen is voor één aanduiding maar dat waar ‘hij’ staat uiteraard ook ‘zij’ gelezen kan worden. Dat geldt ook voor dit leerboek.