Indicatiestelling en behandelconsequenties in de eerste lijn: een psychoanalytische bijdrage

Annie Van de Vijver

Probleemstelling

Er staat heel wat te gebeuren in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De erkenning van de klinisch psycholoog als gezondheidszorgberoep leidt ertoe dat in de literatuur en in beleidsstukken, waaronder een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (Kohn et al., 2016), steeds vaker onderscheid gemaakt wordt tussen de rechtstreeks toegankelijke eerstelijnspsychologische zorg en de niet-rechtstreeks toegankelijke specialistische zorg (waaronder bijvoorbeeld psychotherapie). De eerstelijnspsycholoog (ELP) zal in de rol van 'toegangspoort' tot de ggz een belangrijke taak krijgen. Het eerste consult bij een psycholoog is voor een cliënt dan ook bijzonder belangrijk: hij moet zich gehoord voelen en ook het best mogelijke antwoord op zijn hulpvraag krijgen. Daarvoor moet de ELP over de nodige competenties en voldoende ervaring beschikken. De recent gestarte Permanente Vorming Eerstelijnspsychologische Zorg wil klinisch psychologen die competenties aanleren.

Het basisdenkkader van die opleiding is voor volwassenen het KOP-model (Rijnders & Heene, 2015): (K = O × P); de klacht (K) is het resultaat van een aantal omstandigheden (O) en de persoonskenmerken (P) van de cliënt.

Het model biedt een kader en houvast voor klinisch psychologen om de verantwoordelijkheid van eerstelijnspsychologische zorg te kunnen dragen. De eerste contacten met een klinisch psycholoog zijn immers uitermate belangrijk om een gepaste kortdurende probleemoplossingsgerichte psychologische zorg aan te bieden of een adequate doorverwijzing te realiseren naar andere, meer specialistische zorg. Daarom is de indicatiestellingsfase zo belangrijk. In het verslag van de Werkgroep Eerstelijnspsychologie van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (Van Hoof, 2015) wordt de evaluatie 'pluis versus niet-pluis' als een belangrijke specifieke taak van de ELP gezien. Dat betekent dat een behandelaar in staat moet zijn om onderscheid te maken tussen klachten die uitgebreid en diepgaand moeten worden onderzocht en behandeld, en dus doorverwezen, en klachten waarbij een korte begeleiding voldoende is om cliënten te helpen. De belangrijkste redenen om tot niet-pluis te besluiten zijn:

suïcidaliteit, crisissituaties, intoxicatie en het vermoeden van complexe aandoeningen in ontwikkelingsgerichte, persoonlijkheidsgerichte of organische zin. Voor die laatste groep is dan meer specialistische persoonlijkheids- of neuropsychologische diagnostiek vereist.

Wanneer het KOP-model niet zozeer als een behandelmodel maar als een analysemodel wordt beschouwd, kunnen echter heel wat misverstanden en vooroordelen weggewerkt worden. In een analysemodel verzamelt de hulpverlener samen met de cliënt informatie waarbij ook de relatie tussen cliënt en hulpverlener wordt meegenomen. Het belangrijkste doel is te komen tot een gedeelde probleemdefiniëring, die met de cliënt besproken wordt en waarbij de klachten steeds gezien worden als het resultaat van de interactie tussen persoonskenmerken en omgevingsfactoren. Welke persoonskenmerken men analyseert en hoe men die benoemt, zal verschillen naargelang men analytisch, gedragsmatig, ervaringsgericht of systeemgericht denkt en opgeleid is. In de loop van mijn psychoanalytische opleiding heb ik de waarde van de structurele persoonlijkheidsdiagnostiek, de relationele dynamiek en de achterliggende denkkaders uit de psychoanalytische traditie leren kennen en gebruiken. Ik denk dan ook dat vanuit dit psychoanalytische denkkader een belangrijke bijdrage geleverd kan worden aan de invulling van de functie van de ELP. De relatie tussen cliënt en hulpverlener – die niet enkel in het psychoanalytische denkkader een punt van aandacht is – verdient volgens mij alle aandacht en dient geanalyseerd te worden. Daarin ligt voor mij het verschil tussen een minimalistische, verarmde en gesimplificeerde invulling van het KOP-model en een maximalistische, meer doorleefde en rijkere invulling van dat model.

Een denkkader voor het begrijpen van psychisch lijden

Globaal genomen zijn er twee grote psychoanalytische denkkaders die ons helpen zicht te krijgen op de onderliggende persoonlijkheidsdynamiek van symptomen en klachten waarmee cliënten zich bij ons aanmelden: er is een kader met een intrapsychische focus en een met een meer relationele focus. Vanuit beide kaders zijn de laatste jaren modellen ontwikkeld voor kortdurende behandelingen in de eerste lijn. Binnen het intrapsychische kader is dat onder andere door Davanloo (1978) en recentelijk door Abbass (2015) verder uitgewerkt. Gilliéron (1996) en Luyten (2015) werkten vooral de relationele focus uit.

Edmon Gilliéron, een Zwitserse psychiater en psychoanalyticus, was werkzaam als hoogleraar psychiatrie aan de universiteit van Lausanne en in een privépraktijk. Zijn boek *Le premier entretien en psychothérapie* uit 1996 werd in 2005 in het Nederlands vertaald: *Het eerste gesprek in psychotherapie*. Patrick Luyten coördineert de opleiding in de Dynamic Interpersonal Therapy (DIT) aan de KU Leuven. DIT is een kortdurende integratieve psychodynamische therapie voor een waaier van klachten en problemen, zoals depressie, angst en persistente somatische

klachten. DIT werd ontwikkeld en op zijn effectiviteit onderzocht in Groot-Brittannië door Lemma, Target, en Fonagy (2011), waar die methode ondertussen als standaardbehandeling opgenomen werd in het National Health System.

Bij de verdere uitwerking van het klinisch materiaal in dit artikel zal ik het metapsychologische kader van Gilliéron als leidraad gebruiken. Andere indelingen zijn echter ook mogelijk; zie bijvoorbeeld de Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2; Lingiardi & McWilliams, 2017). Terwijl de structurele diagnostiek waarop Gilliéron zich baseert, empirisch goed onderbouwd is, kon ik geen verwijzingen vinden naar onderzoek over de resultaten met het model van Gilliéron zelf, maar dat is met vrijwel alle analysemodellen uit de eerste lijn het geval. Hier gaapt nog een belangrijke leemte in de wetenschappelijke onderbouwing van ons klinisch handelen.

Het psychisch functioneren, het psychisch evenwicht en de structurele persoonlijkheidsorganisatie

Gilliéron stelt dat iemands psychisch evenwicht gebaseerd is op de combinatie van drie verschillende factoren: biologische, intrapsychische en sociaal-relationele factoren. Hij gaat uit van een relationeel perspectief op de persoonlijkheid. Dat wil zeggen dat wanneer er iets gebeurt in de relaties van een persoon, dat altijd een effect heeft op zijn binnenwereld (intrapsychische wereld), en die binnenwereld heeft op zijn beurt een impact op de relatie. Tegelijkertijd kan ook iemands biologie een impact hebben op de twee andere factoren. Elke factor kan aan de basis liggen van een psychische aandoening, maar de beide andere factoren zullen ook altijd een rol spelen.

Elk intern psychisch evenwicht wordt ondersteund door een geheel van interpersoonlijke relaties die de waardesystemen van de persoon bevestigen. Een voorbeeld:

> Iemand heeft zich in zijn jeugd altijd afhankelijk opgesteld van een overbezorgde en angstige moeder die haar kind weinig stimuleerde tot zelfredzaamheid. Die persoon verinnerlijkt dat beeld en kan later, indien er weinig andere belangrijke anderen zijn geweest, zelf vrij angstig door het leven gaan en blijven zoeken naar geruststelling in relaties om zijn psychische evenwicht te kunnen behouden.

Het gaat hier om de structurele persoonlijkheidsorganisatie, de persoonlijke dynamische achtergrond die de basis vormt van de wijze waarop een persoon voelt, denkt en handelt. Die persoonlijkheidsorganisatie wordt bepaald door de wijze waarop het zelf en de objectrelaties – dat zijn de relaties met de anderen – georganiseerd zijn. Het gaat hier om de interne beel-

den die men heeft van zichzelf en van de anderen. Die interne beelden ontstaan op basis van de eerste relaties die men heeft met belangrijke anderen. Vanuit dat onbewuste, impliciete geheugen zal men een bepaald soort interpersoonlijke relaties aangaan.

Volgens Gilliéron bestaan er drie overkoepelende vormen van persoonlijkheidsorganisatie met elk een specifieke wijze van relationeel functioneren: de neurotische, de borderline (waaronder de borderline, de narcistische en de perverse problematiek) en de psychotische persoonlijkheidsorganisatie (waaronder de prepsychotische, de psychotische en de paranoïde problematiek). De wijze waarop een persoonlijkheid georganiseerd is, vormt de laag waarop symptomen zich enten. Angst als symptoom krijgt een heel andere betekenis bij iemand die bijvoorbeeld een structureel neurotische of een narcistische persoonlijkheidsstructuur heeft. Bij een neurotisch iemand kan angst bijvoorbeeld vooral te maken hebben met de vrees gestraft te worden voor een vermeende fout. Bij een narcistisch iemand kan de angst vooral te maken hebben met de vrees dat grootheidsfantasieën de realiteitstoets niet doorstaan. De persoonlijkheidsstructuur bepaalt met andere woorden het soort relaties dat men aangaat om het intern psychisch evenwicht te handhaven.

Het relationele perspectief: het eerste consult naar aanleiding van een crisis en een bedreiging van het psychisch evenwicht

Gilliéron vertrekt van de aanname dat aan elk eerste consult een of andere vorm van (relationele) crisis voorafgaat, waardoor het bestaande psychisch evenwicht van die persoon verstoord wordt.

> Een zeventienjarige adolescent heeft altijd veel gesport, wat hem vaak geholpen heeft bij het in stand houden van een fragiel zelfbeeld. Hij wordt plots geconfronteerd met een ernstige beenbreuk, waarna een langdurige herstelperiode volgt. Als gevolg daarvan verliest hij zijn constructieve uitlaatklep, de emotieregulatie komt in het gedrang en dat alles heeft invloed op het relationele vlak. Hij krijgt agressieve uitbarstingen en in combinatie met de beperkte containmentcapaciteit van de ouders leidt dat tot afwijzingen en conflicten. Zijn stemming en zelfbeeld worden negatiever, met sociaal isolement als gevolg.

Het is belangrijk in het eerste consult altijd de betekenis van de uitlokkende factor van de crisis te onderzoeken. Waarom meldt de cliënt zich nu aan? Wat is er gebeurd waardoor deze persoon het gevoel heeft niet meer op eigen kracht verder te kunnen? En welke gevolgen heeft dat gehad voor zijn intrapsychische wereld, zijn relaties en zijn biologische conditie? Wellicht onderzoekt elke psycholoog, welke psychotherapeutische of specialistische achter-

grond hij ook heeft, de uitlokkende factor van de crisissituatie, maar volgens Gilliéron is het vooral belangrijk oog te hebben voor wat zich vervolgens afspeelt tussen cliënt en behandelaar: de enactment in het hier-en-nu.

Enactment in het hier-en-nu tijdens het eerste consult

In het model van Gilliéron gaan we ervan uit dat de persoonlijkheidsorganisatie wordt geënsceneerd in het hier-en-nu van de relatie tussen cliënt en behandelaar. De relationele dynamiek die ontstaat tussen de cliënt en de behandelaar in het eerste gesprek, biedt inzicht in de persoonlijkheidsorganisatie van de cliënt en van daaruit kan een gezamenlijke keuze gemaakt worden voor het vervolg: herstel van evenwicht of diepgaande verandering. Dat hangt af van wat de cliënt wil en nodig heeft.

Hoe vertoont die persoonlijkheidsorganisatie zich in het hier-en-nu van het consult (in psychoanalytische termen is dat de overdracht) en wat voelt de hulpverlener daarbij (de tegenoverdracht)? De *neurotisch gestructureerde persoon* gaat relaties aan waarbij de ander de rol vervult van beoordelaar of rechter. Men zal zelf niet makkelijk een oordeel vormen over de eigen mogelijkheden om problemen aan te kunnen, maar men zal bijvoorbeeld hulp zoeken wanneer men geconfronteerd wordt met een negatieve beoordeling, met een promotie die men niet durft te accepteren, of wanneer men door een geliefde afgewezen wordt. De neurotisch gestructureerde persoon brengt een helder verhaal, kan zichzelf en de ander goed onderscheiden en ervaart vaak schuldgevoelens. Bij hem voelt de hulpverlener dat hij vrij kan denken, dat er een extern perspectief aangereikt kan worden en dat hij een betrokken afstand kan bewaren.

Bart is een jongeman van 23 die al sinds zijn puberteit last heeft van opflakkerende depressieve gevoelens en eenzaamheid. Door zijn gebrek aan zelfvertrouwen heeft hij nauwelijks vrienden kunnen maken. Hij is al bij een drietal behandelaars geweest. Telkens kreeg hij een depressie- of angstprotocol aangeboden. Hij voelde zich daarmee tijdelijk wel geholpen, maar heeft nooit het gevoel gehad dat hij echt gelukkiger was. Hij geeft tevens aan dat die eerdere therapieën geleid hebben tot verergering van zijn gevoelens van nutteloosheid en van zijn negatieve zelfbeeld: "Ik volg hun adviezen en het lukt niet, het helpt toch niet, ik ben niet te helpen, ik kan maar beter dood zijn of nog meer antidepressiva nemen." Hij gebruikt al sinds zijn zestiende antidepressiva. Directe aanleiding voor de hulpvraag (de crisis) is de ervaring dat hij tijdens de zomervakantie met zijn ouders merkte dat hij niet in staat was te genieten, terwijl zijn familie dat wel kon. En nu zijn opleiding is afgerond, gaat hij na de zomer voor het eerst aan het werk. Hij is ten einde raad en hoopt dat ik wel een soort therapie voor hem heb die zou kunnen helpen. Ik voel dat hij een relatie met mij zoekt alsof hij hulpeloos afhankelijk is van ouderfiguren die hem zeggen wat hij moet doen, waardoor hij afhankelijk en hulpeloos blijft.

De *narcistisch gestructureerde persoon*, wiens interne evenwicht steunt op een relatie waarin hij zelf het ideaal is en bewonderd wil worden, zal hulp zoeken op het moment dat hij krenkingen ervaart die zijn habituele persoonlijkheidsorganisatie bedreigen. Hij zal in het contact ofwel charmeren of erg koud overkomen en legt vooral de focus op zichzelf. Hij zal de ander makkelijk devalueren, zal de hulpverlener doen twijfelen aan zichzelf. Die zal zich gebruikt, gedevalueerd of verveeld voelen.

Helena is een adoptiedochter van 19. Haar ouders scheidden toen ze 2 jaar was. Haar moeder overleed drie jaar geleden en heeft haar verwend. Door dat overlijden wordt Helena gedwongen bij haar vader en zijn derde vriendin te wonen. De tweede vriendin van vader verliet hem vanwege de komst van Helena, die erg veel aandacht opeiste. De nieuwe, derde, vriendin stelt nu in toenemende mate eisen aan de zelfstandigheid van Helena en wil dat ze zelfstandig gaat wonen. Helena reageert hierop met fugues, woede-uitbarstingen en inertie. In het eerste contact met haar, waar ook haar bezorgde vader bij aanwezig is, voel ik haar 'grote gelijk', maar ook haar kilte en egocentrische ingesteldheid. Ze lijkt mij te willen laten voelen dat ik nu maar eens moet tonen hoe ik dat ga oplossen.

De *borderline gestructureerde persoon*, wiens interne evenwicht steunt op relaties met geïdealiseerde anderen, zal bijvoorbeeld hulp zoeken bij een (dreigende) relatiebreuk. De hulpverlener merkt een zwart-witdenken, de cliënt zoekt steun of idealiseert de hulpverlener en laat voelen dat hij iets van de ander wil. De hulpverlener heeft de neiging in actie te komen, omdat hij geprikkeld of machteloos gemaakt wordt en moeilijk kan nadenken.

Diana, een gehuwde vrouw van 38 jaar, meldt zich in paniek aan, omdat haar man haar dreigt te verlaten als ze niets doet aan haar toenemende alcoholgebruik en passiviteit. Ze is meer gaan drinken omdat haar man haar alleen laat en zijn eigen weg gaat, omdat hij niet wil meegaan in haar behoefte aan aandacht en haar ideaalbeeld van een man die voor haar zorgt. Ik voel in het contact haar zwart-witdenken en dat ze steun zoekt bij mij en veel van me verwacht: ik moet een oplossing te voorschijn toveren zodat haar man bij haar blijft.

De *psychotisch gestructureerde persoon* behoudt zijn evenwicht door te intensieve affectieve relaties te vermijden en zal hulp zoeken bij emotionele overbelasting, bijvoorbeeld wanneer hij denkt verliefd te worden of wanneer de ander te veel intimiteit verwacht. Hij brengt een vaag en verwarrend verhaal, heeft weinig controle over zijn emoties en voelt zich verloren. De hulpverlener voelt dat hij moet denken in de plaats van de cliënt, dat hij al zijn aandacht en concentratie nodig heeft om te begrijpen wat er aan de hand is en voelt zich nadien vaak erg vermoeid.

Petra, 40 jaar, die voorheen een paranoïde episode doorgemaakt heeft, zoekt hulp na verwijzing van haar behandelend psychiater. Ze voelt in een stabiel en veilig huwelijk een toenemend verlangen van haar partner naar meer intimiteit. Ze reageert daarop paranoïde: zij is ervan overtuigd dat hij vreemdgaat. Ze brengt een onsamenhangend verhaal, waarbij ik voel dat waarheid en fantasie in elkaar overlopen en ze zelf niet duidelijk kan maken wat ze wil of nodig heeft. Ze ratelt aan één stuk door en ik kom er nauwelijks tussen.

Een *pervers gestructureerde persoon* zal niet snel hulp zoeken, tenzij hij daartoe gedwongen wordt. De vraag naar therapie is geen echte vraag naar verandering, maar het zoeken naar een 'medeplichtige' om een status quo te kunnen handhaven. De therapeut voelt zich alsof hij tot toeschouwer gemaakt wordt en gebruikt wordt voor de behoeften van zijn cliënt.

Jan, 45 jaar, maakt op aandringen van zijn echtgenote een afspraak vanwege huwelijksproblemen. Zij vraagt hem in therapie te gaan om tot een keuze te komen tussen het in stand houden van zijn huwelijk en het opgeven van zijn buitenechtelijke relatie, die ze recent ontdekte, en het opgeven van zijn huwelijk. Hij blijkt al jaren dubbellevens te leiden en daar geen probleem in te zien. Het stoort hem dat hij nu een keuze moet maken.

De hulpvraag: herstel of verandering?

Wanneer een cliënt hulp komt vragen, zegt hij vaak te willen veranderen, maar dikwijls wenst de cliënt vooral een herstel van het voorafgaande psychisch evenwicht. Hij zoekt in het gesprek dan ook naar een relatie met de hulpverlener om dat evenwicht te herstellen. Een neurotisch iemand lokt een oordeel uit over goed of slecht. Een narcistisch iemand zal niet terugkomen als hij ook door de hulpverlener gekrenkt wordt; hij wil vooral gelijk krijgen en bewonderd worden. Een borderline gestructureerde persoon voelt zich afgewezen als de irritatie of de onmacht bij de hulpverlener zichtbaar is, of zal zich in eerste instantie juist erg gaan hechten als de hulpverlener van alles onderneemt. Een psychotisch gestructureerde persoon heeft behoefte aan duidelijkheid en structuur om zich te handhaven.

In plaats van onmiddellijk te reageren op wat de patiënt vraagt, is het belangrijk om eerst een proefinterpretatie te geven van wat zich afspeelt in de gespreksruimte. Het benoemen van de interactionele dynamiek tussen hulpverlener en cliënt nodigt de cliënt uit om eerst na te denken over zijn hulpvraag. Pas daarna kan men samen een beslissing nemen over het verdere verloop: herstel van het vroegere evenwicht dan wel meer diepgaande structurele verandering.

Observatie en interpretatie van de interactionele dynamiek: behandelconsequenties in de eerste lijn

In het KOP-model, beschouwd als analysemodel, ziet de hulpverlener zich als een partner die samen met de cliënt aan de hand van een KOP-schema problemen onderzoekt, waarbij gekeken wordt naar de sterke kanten van een cliënt. Het belangrijkste is te komen tot een gedeelde werkhypothese over wat er aan de hand is. De volgende stap is het verduidelijken wat de cliënt wil en kan aanpakken (de focus), wat zijn motivatie en zijn draagkracht zijn, waarbij de omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen.

Een psychoanalytische interpretatie van de interactionele dynamiek tijdens de eerste sessies kan die analyse in belangrijke mate verrijken. In plaats van vast te houden aan een KOP-schema, vindt een heldere bespreking plaats van de initiële hypotheses aan de hand van het verhaal van de cliënt en de observatie van de relationele dynamiek in het hier-en-nu. Dat bepaalt mede hoe de vervolggesprekken vorm krijgen. Gilliéron gaat ervan uit dat de ELP voor iedere nieuwe patiënt over vier sessies beschikt. Zelf heb ik ervaren dat het aantal sessies niet zoveel uitmaakt: soms volstaan een of twee sessies, soms is er wat meer tijd nodig. Na enkele sessies moet de ELP in overleg met zijn cliënt een besluit nemen: of de gesprekken worden beëindigd, of er wordt een kortdurende behandeling gestart (herstelgericht of inzichtelijk gericht), of er volgt een doorverwijzing voor een specialistische behandeling.

Het doel van de eerste sessie is het expliciteren van de fundamentele elementen die het opstellen van een psychodynamische hypothese mogelijk maken. Die hypothese moet een verklaring bieden waarom de cliënt hulp zoekt. Daarnaast moet die hypothese de cliënt aanwijzingen geven over de aard van de veranderingen die zijn psychisch evenwicht hebben verstoord en de angsten die daarmee verbonden zijn. Daarbij moet ook het verband tussen heden en verleden worden uitgelegd. Die initiële duiding wordt gewoonlijk gegeven aan het eind van de eerste sessie of aan het begin van de tweede sessie. De tweede en derde sessie zijn gewijd aan het verwerken van de reacties van de cliënt op die eerste duiding. De vierde sessie staat in het teken van de beslissing met betrekking tot het vervolgtraject. Vaak besluiten cliënten de behandeling te beëindigen omdat ze aanvoelen verder te kunnen met het inzicht dat ze verworven hebben.

Marie, een vrouw van 49 die altijd goed gefunctioneerd heeft, wordt verwezen door de huisarts die in de verwijsbrief schrijft: "Patiënte blijft ergens met stress zitten en weet niet altijd hoe ermee omgaan. Ze is zachtaardig, wil altijd goed doen voor iedereen. Laat daardoor vaak vlot over zich heen lopen. Ze heeft daar afgelopen jaar wel aan gewerkt. ... Ze ervaart toch nog altijd wel een onderliggende stress, waar ze precies niet voldoende vat op krijgt." Aan het einde van het eerste gesprek merk ik dat haar verhaal helder overkomt en valt mij op hoeveel moeite ze doet

om mij te laten zien dat ze het goed bedoelt, zowel naar haar werk toe, haar huisarts, naar haar ouders, haar ex-man. Ze uit onder andere haar zorgen dat haar ex-man een negatieve invloed zal hebben op de ontwikkeling van haar zoontje; ze probeert steeds te verzachten wat hij zegt en doet, en smeekt hem anders met het kind om te gaan. In mijn proefinterpretatie vervat ik de volgende elementen: ze zoekt al heel haar leven naar goedkeuring en vreest dat ze het niet goed doet; ik merk ook op dat ze erg haar best doet; dat ze blijkbaar ook nog altijd haar ex-man wil veranderen opdat ook hij een goede vader zou zijn voor haar zoon, en dat de ontgoocheling daarover haar parten blijft spelen. Ze noemt dat in het tweede gesprek "een eyeopener en de nagel op de kop". In vier gesprekken kan de therapie afgerond worden. Ze toont mij hoe dat besef bij haar een verandering teweeggebracht heeft: ze kan haar ex-man loslaten en zich concentreren op haar eigen leven. Een last is van haar afgevallen. Er is geen actieplan nodig voor empowerment, geen coach of stimulator. Ze heeft daar ook geen behoefte aan. Het doorvoeld begrijpen van de emotionele onderstroom van haar denken, voelen en handelen is voldoende om een nieuwe start te kunnen maken. Indien later zou blijken dat dit toch niet lukt, kan ze altijd opnieuw contact opnemen.

Die ontwikkeling is typisch voor wat men 'initiële verandering' noemt. We zien niet alleen een verbetering van de symptomen, maar ook een aanpassing van het gedrag, zowel innerlijk (erkenning van rechten en behoeften) als relationeel (relatie met ex-man en anderen).

De vraag is of dat voldoende is voor de cliënt, of dat hij zijn problemen verder wil uitwerken. En een volgende vraag is of hij dat wil doen via concrete oplossingsgerichte tools of via een meer exploratieve benadering. Binnen het model van Gilliéron maak ik een eerste initiële interpretatie van de relationele dynamiek in het hier-en-nu, leg ik het verband met de crisis die een evenwicht verstoord heeft in de persoonlijkheidsorganisatie en het verband met zich herhalende interactiepatronen uit het verleden. De reactie van de cliënt op die interpretatie geeft een indicatie van waar de cliënt behoefte aan heeft: herstel van een vroeger evenwicht dan wel een grondigere aanpak en veranderingsproces, en of de cliënt daarbij hulp nodig heeft van een therapeut of niet. Die manier van hypothesetoetsing is vergelijkbaar met het KOP-model, beschouwd als analysemodel, alleen houdt men daarbij maximaal rekening met de diagnostische informatie die afgeleid kan worden uit de interactie tussen cliënt en hulpverlener.

Hieronder volgen enkele voorbeelden.

Bart, de depressieve jongeman met een neurotisch gestructureerde persoonlijkheid, vraag ik in het eerste gesprek waarmee zijn eerste depressieve periode te maken had. Het blijkt dat hij als zevenjarig enig en eenzaam kind weinig affectief contact had met zijn hardwerkende ouders. Toen zijn zieke grootvader bij hen kwam inwonen, heeft hij zich heel gelukkig gevoeld. Opa had

aandacht voor hem. Hij was heel graag bij zijn grootvader en wilde voor hem zorgen. Een jaar later overleed zijn grootvader, waarna hij ernstige angstklachten ontwikkelde en naar een psycholoog verwezen werd. Via cognitieve gedragstherapie kreeg hij toen wat meer controle over zijn angsten en kon hij daardoor wel naar school blijven gaan. Er is destijds echter nooit gesproken over de betekenis van zijn grootvader en het onderliggende gemis. Bart functioneerde nadien redelijk goed, maar bleef een eenzaam en stil kind. Na de dood van zijn andere grootvader, voor wie hij ook veel gezorgd heeft, flakkert de depressie weer op. Hij is dan 16 jaar en zoekt hulp bij een psychiater en psycholoog. Er worden antidepressiva voorgeschreven. Hij kiest voor een opleiding verpleegkunde en de specialisatie geriatrie. Na enkele individuele gesprekken, waarin ik hem de hypothese voorleg dat hij zo moeilijk contact maakt omdat hij schrik heeft mensen te verliezen als hij zich hecht, herkent hij dat heel duidelijk. Ik vertel hem ook dat ik hem geen adviezen zal geven hoe hij zijn depressieve symptomen kan bestrijden, omdat hij er al genoeg gehad heeft. Ik stel hem wel voor aan een langer durende, inzichtelijk georiënteerde therapeutische groep deel te nemen, om te leren emotioneel contact te maken met anderen, zich te uiten en zijn zelfbeeld te toetsen bij anderen, in de hoop dat hij corrigerende emotionele ervaringen kan opdoen en merkt dat hij toch iets kan betekenen voor anderen als hij ook zelf meer open durft te zijn. Hij geeft zelf aan de antidepressiva te willen afbouwen.

Naima, een moeder met drie kinderen met een neurotisch gestructureerde persoonlijkheid, is in België gescheiden van haar man; beiden zijn van Marokkaanse origine. De blijvende psychische terreur van haar ex-man, die de scheiding niet kan accepteren, maakt dat ze angstklachten ontwikkelt en decompenseert. Ze komt samen met haar goed Nederlandssprekende dochter van 23 jaar op een eerste gesprek. De dochter vertaalt voor de moeder en ik hoor een helder verhaal met een duidelijke uitlokkende factor en een wens tot herstel van de rust in de thuissituatie. Er is geen vraag naar een meer inzichtgevende benadering. Ik stel een verwijzing voor naar de gezinstherapeut in onze praktijk, waar moeder en de drie kinderen samen kunnen onderzoeken hoe ze op eigen kracht en met de hulp van de omgeving de ex-partner kunnen begrenzen. Zowel de politie, het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn als een psycholoog kunnen dat niet. De gezonde krachten in het eigen familienetwerk moeten gemobiliseerd worden. De huisarts kan helpen door de moeder wat ziekteverlof voor te schrijven en wat ondersteunende medicatie te verstrekken. Een individuele, inzichtelijk gerichte benadering is hier niet aan de orde.

Bij Helena, de adoptiedochter van 19 jaar met een narcistische persoonlijkheidsorganisatie, merk ik dat ze niet openstaat voor enige reflectie tijdens de eerste gesprekken. Ik zou in dit geval een intelligentieonderzoek kunnen doen, de mogelijkheid van autisme kunnen onderzoeken, een uitgebreid persoonlijkheidsonderzoek kunnen voorstellen, maar ik kies voor een andere weg op basis van haar wensen, mogelijkheden en beperkingen. Ze wil zelf zo snel mogelijk op eigen benen staan om zo verlost te zijn van de bemoeienissen van de derde vriendin van vader.

Omdat ik merk dat ze nog erg weinig zelfredzaam is, nodig ik haar vader en tante uit. Zij willen haar steunen en ze maken met hun drieën een plan van aanpak in functie van Helena's mogelijkheden en wensen. Met de hulp van haar tante vindt ze vrij snel werk; zelfstandig wonen kost immers geld. Het gaat ook hier om een herstelgerichte benadering met gebruik van het eigen netwerk. In vier sessies kan de begeleiding worden afgerond, omdat de familie het overneemt. Ik geef wel aan dat ze indien nodig opnieuw contact kunnen opnemen.

Diana, met een borderline persoonlijkheidsorganisatie, die bang is voor een scheiding, vertel ik in het eerste gesprek dat ze toch echt iets aan haar alcoholprobleem zal moeten doen en meer verantwoordelijkheid zal moeten nemen voor haar eigen functioneren, in plaats van dat allemaal van haar man te laten afhangen. Ik geef haar informatie mee over een Centrum voor Alcohol en andere Drugproblemen (CAD) en laat het initiatief aan haar. Ik benoem expliciet haar idealisatie van de hulpverlener of de partner, die haar het geluk moet brengen. Daardoor zal ze telkens opnieuw teleurgesteld worden. Ik vraag haar daarover na te denken. Ze zegt haar tweede afspraak af met de mededeling dat de gesprekken haar niet zullen helpen. Ik leid daaruit af dat ze niet openstaat voor verandering, maar een snel herstel wil. Ik hoop dat ze iets heeft aan mijn feedback en dat ze mijn advies opvolgt om contact op te nemen met het CAD.

Magda, een vrouw van 62 jaar met een borderline persoonlijkheidsstructuur, had samen met haar man een winkel. Haar echtgenoot overleed twee jaar geleden. Hij had steeds de leiding en was erg dominant. Magda heeft met behulp van een coach de zaak kunnen voortzetten, maar nu alles in orde is, ondervindt ze de weerslag van twee jaar hard werken in de vorm van een burn-out. Ze heeft geen tijd voor zichzelf of voor ontspanning kunnen nemen. Ze raakt helemaal overstuur en bezoekt om de haverklap de huisarts met allerlei lichamelijke klachten. Waar ze voorheen terugviel op haar man, doet ze nu een sterk appel op anderen. Ze is onrustig en is nauwelijks bereid zichzelf in vraag te stellen. Hier is een meer herstelgerichte benadering aangewezen, met veel aandacht voor psycho-educatie, advies en ondersteuning binnen bepaalde grenzen.

Petra, die prepsychotisch paranoïde reageert op de intimiteitseisen van haar man, help ik in een viertal over de tijd gespreide gesprekken toch terug de realiteit te zien. Dat doe ik door haar te helpen om haar belevingen anders te ordenen in een herstelgerichte benadering, waarin psycho-educatie over het ontstaan van een psychose een belangrijke rol speelt.

Conclusie

Het basisidee achter het model van Gilliéron voor de eerste lijn is dat de cliënt die op consult komt, zich op het moment van zijn ontmoeting met de ELP op een kruispunt van drie wegen bevindt. Er is de weg die leidt naar de weigering om zijn interne conflicten en angsten te erkennen, de weg van het toedekken. Er is de weg die leidt naar het begrijpen van wat er met hem aan de hand is en de mogelijkheid om in te zien hoe zijn gedrag te veranderen; dat is de weg van de initiële verandering (in het viergesprekkenmodel). Ten slotte is er de weg van de verwerking en doorwerking van de erkende innerlijke conflicten met behulp van een psychotherapeut, wat diens psychotherapeutische scholing ook is. Ik vind dat het de taak van de ELP is om de cliënt, alvorens te starten met oplossingsgerichte strategieën, in staat te stellen zijn eigen weg te kiezen aan de hand van de verheldering die geboden wordt. Het onderzoeken van de structurele organisatie van de persoonlijkheid en de aandacht voor overdracht en tegenoverdracht zijn daarbij essentiële onderdelen.

Indien het KOP-model onvoldoende rekening houdt met de analyse van de interactie tussen hulpverlener en cliënt, bestaat het risico dat dit model instrumenteel gebruikt wordt en verarmend werkt in de ggz. Tevens houdt dat alles in dat een goede psychotherapeutische opleiding, in welke richting dan ook, waarbij aandacht besteed wordt aan de therapeutische relatie, een noodzakelijke voorwaarde is om goede eerstelijnspsychologische zorg te kunnen bieden. Ik hoop dat die visie geïntegreerd wordt in de recent gestarte Permanente Vorming Eerstelijnspsychologische Zorg.

Literatuur

Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Kansas City, MO: Seven Leaves Press.

Davanloo, H. (1978). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: Spectrum.

Gilliéron, E. (2005). *Het eerste gesprek in de psychotherapie*. Maastricht: Gianni.

Kohn, L., Obyn, C., Adriaenssens, J., Christiaens, W., Van Cauter, X., & Eyssen, M. (2016). *Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg – Synthese* (Health Services Research; KCE Report 265As; D/2016/10.273/31). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Geraadpleegd via https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_265As_Psychotherapy_synthese_1.pdf

Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). The development of a brief psychodynamic intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) and its application to depression: A pilot study. *Psychiatry: Biological and Interpersonal Processes, 74,* 41-48.

Lingiardi, V., & McWilliams N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2nd ed.) – *PDM2*. New York, NY: Guilford Press.

Luyten, P. (2015). Dynamische Interpersoonlijke Therapie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse, 21,* 264-273.

Rijnders, P., & Heene, E. (Red.). (2015). *Handboek KOP-model: kortdurende psychologische interventies voor de Basis GGZ*. Amsterdam: Boom.

Van Hoof, E. (2015). *De Eerstelijnspsycholoog: eerste klinische psychologische hulp dicht bij huis* (Verslag werkgroep Eerstelijnspsychologie VVKP). Geraadpleegd via https://www.vvkp.be/sites/default/files/pdfs/nota_eerstelijnspsychologie_11032015_layout.pdf

Personalia

Annie Van de Vijver, klinisch psycholoog-psychotherapeut, werkte langere tijd op de PAAZ en dagkliniek van Ziekenhuis Oost-Limburg te Genk en is nu coördinator van Tessaract, groepspraktijk van zelfstandige klinisch psychologen en psychotherapeuten te Genk en Zutendaal. Zij is bestuurslid van de Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie en docent groepsprocessen bij RINO Zuid te Eindhoven.
E-mail: annie.vandevijver@tessaract.be

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.