



help casus

De Organizer

Bert was eind dertig, getrouwd en had twee opgroeiende kinderen in het basisonderwijs. Een van de kinderen had ADHD, zoals Bert vertelde, en vroeg veel aandacht. Diezelfde indruk kreeg de therapeut van Bert: een overactieve man, ook in zijn werk. Hij meldde zich met ernstige verschijnselen van chronische stress. "Ik kan het geloof ik allemaal niet meer zo aan", was zijn openingszin. Hij sliep slecht en vergat de laatste tijd steeds meer dingen – ook privé; afspraken, vergaderingen, en zelfs verjaardagen.

Arnold Vermeulen

Bert had een baan als ICT-specialist bij een internationaal bedrijf. Hij gaf internationale ondersteuning per e-mail en telefoon, en schakelde voortdurend over tijdzones en wereld-delen. Hij deed dat met een team van collega's, maar de laatste anderhalf jaar was er steeds meer last bij hem komen te liggen, vanwege zijn deskundigheid, ervaring en door onderbezetting.

Vanuit zijn jeugd had hij de boodschap meegekregen dat je moet presteren; ook vond hij het moeilijk om 'nee' te zeggen of tekort te schieten. Dit laatste droeg door zijn vergeet-achtigheid van de laatste tijd bij aan zijn paniek- en stressgevoel. Hij zat er 'doorheen', had zich ziek gemeld en mocht voor 50% aan het werk blijven.

Hij wilde de zaak weer onder controle hebben, zoals hij zei. Om fouten te voorkomen, had hij alles wat maar mogelijk was via Google-reminders in zijn Windows-agenda op-genomen. Te pas en te onpas ging zijn smartphone af, zelfs tijdens de intake. Bert kwam intelligent, meegaand (compliant) en analytisch over; een denker.

De begeleiding werd betaald door de werkgever en diende een overzichtelijk aantal con-sulten te beslaan. De bedrijfsarts wilde op de hoogte blijven van de vorderingen.

De intake

Als psychosociaal therapeut/counselor sta je telkens voor de vraag of het beeld dat je hebt van de cliënt wel klopt. En als het klopt: wat heeft de cliënt daar dan aan? Betaling van de consulten via de werkgever geeft echter extra druk op het resultaat.

Ik adviseer mijn supervisanten bij aanvang van een traject gebruik te maken van een vragenlijst of enkele tests. Een oriënterende test kan veel intaketijd besparen en geeft ondanks de beperktheid ervan altijd een eerste indruk. Ook is het van groot belang om bijvoorbeeld een depressie te onderscheiden van een burn-out. Voor Bert werd gekozen voor 4DKL (Terluin, 1996) en CIS (Vercoulen et al., 1994).

Ik weet dat er in complementaire kringen soms verzet is tegen tests; mijns inziens onterecht. Tests zijn nooit absoluut, maar geven wel een zekere indicatie, en kunnen

een aanzet geven voor verdere vragen. De 4DKL en CIS zijn bekend bij artsen hetgeen de communicatie over en weer vergemakkelijkt.

Bert scoorde hoog op distress (psychische nood, mate van ontregeling) en somatisatie (4DKL). Ook de uitputting (CIS) was redelijk hoog, wat de cliënt al had geschetst tijdens de intake. Het beeld van de 'control-man' en 'het goed willen doen' werd bevestigd in het vervolgesprek, dat naar aanleiding van de scores plaatsvond.

Het lag voor de therapeut in kwestie voor de hand om de 'klacht' via het stressmodel ter hand te nemen. Het vormde de basis van zijn werken bij chronische stress en dreigende burn-out en gaf meestal snel resultaat. De draaglast en -kracht minimaal weer in evenwicht brengen of nog beter: energie over te houden. Immers daar komt de cliënt

voor. Dus: een combinatie van cognitieve gedragstherapie en counselling.

Omdat de accu in dergelijke gevallen leeg is, dient ook redelijk directief gewerkt te worden, met in de eerste fase zo min mogelijk diepgaande exploraties. Dus doorbreken van patronen (gedrag), werken aan een 'leuklijst' (wat meestal al een probleem is) en actief blijven in ontspannende zaken, zoals wandelen en de tuin. Ik noem dat wel eens 'de bejaardenstand'.

Eerste fase

De therapeut had met Bert al eerder vastgesteld dat alle mails, de hele dag door, ervoor zorgden dat hij niet aan nadenken toekwam. Er werd met zijn instemming een dagschema gemaakt met de uren waarop hij zijn mails zou lezen (vaste tijden); 's ochtends om negen uur, voor de lunch en om drie uur. Ook werd een lunchtijd afgesproken, inclusief een rustmoment in de middag door ritueel een sinaasappeltje te pellen. Het wilde evengoed maar niet lukken en de klachten van Bert bleven gelijk; er veranderde niets.

Als therapeut heb je in dergelijke situaties de taak om de cliënt zo te motiveren dat hij een patroon wil doorbreken en in ieder geval in actie komt om te veranderen. Dat is soms lastiger dan je denkt. Zo ook voor Bert. Hij deed trouw alles wat hem werd opgedragen, stemde in met zienswijzen, aanpak en conclusies over rust nemen, schema's voor werk en ontspanning (draagkracht/draaglast), inclusief urenbesteding, maar onderwijl gebeurde helemaal niets. Langzaam raakte de therapeut enigszins wanhopig, want er moesten vorderingen worden gemaakt en er moest verslag worden uitgebracht.

De omstandigheden maken een situatie soms anders dan je dacht of door de cliënt

geschetst. Dat bleek het geval.

Toen de therapeut een werkplekbezoek bracht, en naar de mailbox van Bert vroeg, viel het hem op dat er ondanks afspraken weinig ongelezen mails waren. Bert verdedigde dit met: "Ik lees ze niet hoor, maar ik kijk alleen even..." Water bij de eigen wijn doen, was kennelijk zijn handelsmerk. Draaglast/draagkracht: cognitief begreep hij het, maar doen was anders.

Keerpunt

Het werkelijke keerpunt kwam daarna in de begeleiding, opnieuw in de stoel van de therapeut. Op zeker moment wilde Bert aan de therapeut zijn telefoon, die nog steeds voortdurend afging, inleveren met de opmerking: "Ik begrijp dat ik die verstoorders te lijf moet, maar ik kan niet anders. Ik sta met mijn rug tegen de muur. Ik wil ervan af." Dit leek een belangrijk moment in het proces.

De counsellor was gelukkig zo slim om deze reactie van Bert te voorzien en zijn 'inleveractie' te weigeren, want het was 'meer van hetzelfde'. De cliënt deed wéér wat hij altijd deed: afweren en doen wat er van hem wordt gevraagd; externe *locus of control*, zelfs in de begeleiding. De therapeut moest het regelen en leek in het complot te worden gezogen. Veelal is dit herkenbaar aan het woordje 'moeten'.

De weigering door de therapeut bij de voorgenomen inleveractie veroorzaakte een crisis bij de cliënt: hij deed dit toch zo goed?

Ook de therapeut moest schakelen en zijn verklaringsmodel en de eigen (sub)doelen ter discussie durven stellen. De hele hypothese en het werkmodel van draaglast- en gedragsverandering bleek niet werkend voor Bert. Bovendien: de tijd drong en er moest resultaat worden geboekt met deze cliënt.

Vervolg

Het vervolggesprek haakte aan op Berts uitspraken 'met je rug tegen de muur' en het 'goed doen'. Dit vroeg een heel andere begeleidingsstijl van de therapeut en zelfreflectie ten aanzien van de tegenoverdacht die had plaatsgevonden om ook te 'moe-ten'. Het werd een ander gesprek. Het ging niet langer over stress of veranderen, maar over zichtbaar zijn en communiceren; zeggen wat je voelt. Bert stemde daarin toe.

Eerst werd ingezoomd op zijn 'water-bij-de-wijn-doen-lifestyle', want hij was feitelijk nog in de fase van 'eerste hulp'. Bert leerde zaken te benoemen naar zijn collega's toe: "Het komt me nu slecht uit", "Kom morgen even langs", en: "Zullen we een afspraak maken?" Er werd geoefend met Transactionele Analyse, waarbij hij leerde om zaken in de 'volwassen positie' te benoemen naar zijn baas, zijn collega's en zijn klant in Hong Kong. De bedoeling was om zijn draaglast draagbaar te maken om zo de accu weer te kunnen opladen. Dat lukte.

Het feitelijke probleem zat natuurlijk dieper en toen enig herstel was ingetreden – Bert sliep beter en werd niet meer voortdurend gestoord door telefoontjes en reminders – vergat hij zijn telefoon zelfs mee te nemen. Dit was het signaal om door te pakken. Berts probleem bleek meer psychodynamisch van aard en handelde over zijn jeugd, het oordeel over zichzelf. Dit kwam naar voren tijdens een aantal korte, maar ingrijpende Voice Dialogue sessies, waarin hij ontdekte dat hij weer kon houden van zijn kwetsbare kanten, in plaats van ze telkens te willen vermijden, door beter en efficiënter te willen worden.

In werkvormen zoals deze, met genoemde doelen, gaat het er niet om oude kwetsuren alsnog te verwerken – want die waren er

vast – maar om deze in het hier en nu weer hanteerbaar te maken. In de beperking toont zich hier de meester.

Geheim

Bert leerde de kwetsbare kant van zichzelf te zien en toe te laten, in plaats van deze weg te poetsen. Het erkennen en benoemen hiervan, ook naar de buitenwereld toe, was het geheim om beter te gaan functioneren. Al met al nam dit proces meer tijd dan de bedrijfsarts had voorzien; een verlening werd desondanks goedgekeurd. Allerlei kwetsuren en het verleden zijn gelaten voor wat het was, want daar kwam Bert niet voor. Stress is nog slechts zijdelings en verifiërend aan de orde gekomen. Het ging nu over Bert zelf en wie hij wilde zijn, zonder verstrikt te raken in zijn jeugd of verleden.

Een aantal momenten waren essentieel:

1. Het werkplekbezoek, waarbij de cliënt betrappt werd op compliancegedrag en compromissen naar zichzelf.
2. Niet meegaan in het script van de cliënt (externe lotsbepaaldheid – het willen afgeven van zijn telefoon), omdat dit meer van hetzelfde was.
3. Het durven opgeven van zijn resultaatgerichtheid en werkmodel door de therapeut, ondanks de druk van het beperkt aantal consulten.

Tot slot

Counselling is telkens uniek en maatwerk. Schakelen en eigen oordeel ter discussie durven stellen is essentieel. Resultaat wordt worstelend bereikt samen met je cliënt. Bovenal is de raad: laat je niet misleiden door je eigen oordeel en resultaatgerichtheid, maar blijf onbevangen. Dit maakt therapie juist zo boeiend. De waarheid is als water en voegt zich naar alle vormen. Dat geldt voor de cliënt maar zeker ook voor de begeleider.



Arnold Vermeulen is supervisor en therapeut. Hij begeleidt studenten en startende therapeuten in het verder ontwikkelen van hun professionele kwaliteiten. Daarnaast is hij opleider en heeft hij een eigen praktijk.

www.arnoldvermeulen.nl

Referenties

- Terluin, B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts en wetenschap*, 39(12), pp. 538-547. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) is een vragenlijst bestaande uit 50 items, gericht op psychosociale klachten. De lijst is ontwikkeld in de huisartsenpraktijk en maakt onderscheid tussen specifieke 'distress'-klachten, depressie, angst, en somatisatie. Deze vier symptoomdimensies vormen tevens de vier verschillende categorieën. De antwoordmogelijkheden van de lijst zijn ordinaal opgebouwd en hoe hoger een patiënt scoort op de vragenlijst, des te meer psychosociale klachten ondervindt hij in zijn dagelijkse handelingen. De 4DKL kan gebruikt worden bij patiënten met psychische symptomatologie. Voor het meetinstrument en het toelichtingsformulier: www.meetinstrumentenzorg.nl
- Vercoulen, J.H.M.M., Swanink, C.M.A., Fennis, J.F.M., Galama, J.M.D., Meer, J.W.M. van der, & Bleijenberg, G. (1994). *Checklist Individuele Spankracht* (CIS). De Checklist Individuele Spankracht (CIS) meet subjectieve vermoeidheid en gedragsaspecten die hieraan gerelateerd zijn. De CIS bestaat uit twintig uitspraken die nagaan hoe het subject zich de laatste twee weken gevoeld heeft, waarbij aangegeven dient te worden in welke mate de uitspraak voor hem/haar van toepassing is. De CIS meet een beeld van vermoeidheid waarin fluctuaties in de tijd worden meegenomen. De CIS kan gebruikt worden bij diverse patiëntenpopulaties waarbij vermoeidheid tot het klachtenpatroon behoort, maar is ook bruikbaar bij gezonde personen. Voor het meetinstrument en het toelichtingsformulier: www.meetinstrumentenzorg.nl