

## **Een integratieve classificatie van psychotherapeutische scholen – stromingen – modaliteiten – richtingen, op basis van het interventieniveau.**

Men was lang van mening dat de verschillende psychotherapeutische denkscholen, van de psychoanalyse, over de cliëntgerichte therapie tot de cognitieve gedragstherapie, elk een andere benadering brachten van dezelfde psychiatrische problematiek. Het werd de integratieve psychologie duidelijk dat zij in feite, de pathologisch functionerende persoonlijkheid, enkel, op een ander functioneringsniveau aanpakken:

- (1) het **symptoomniveau**
- (2) de rol binnen het **systeem**
- (3) de **persoonlijkheidsstijl** en
- (4) het **groeivermogen**.

Tijdens de laatste decennia zijn al veel methoden aangewend om tot een integratie te komen van de verschillende psychotherapeutische scholen en hun actuele benaderingen. Zo werd er onderzoek verricht (John Norcross) naar de non-specifieke factoren, de algemene factoren en de gemeenschappelijke factoren van de verschillende scholen; heeft men getracht de concepten van de ene stroming te vertalen in de bewoordingen van een andere modaliteit, enz... De integratieve psychotherapie stelt een complementaire wijze van benadering voor. In een psychotherapeutisch proces kan men immers 4 welomschreven en goed gedefinieerde niveaus van psychisch functioneren waarnemen:

**1. de waarneembare symptomen** (m.a.w. de ‘gestoorde’ gedragingen): met “positieve” symptomen, symptomen die zichtbaar zijn, bv. droefheid, obsessie, en “negatieve” symptomen, symptomen die onzichtbaar zijn, bv. het onvermogen om te kunnen genieten, het onvermogen tot tederheid,... Patiënten kunnen dan overgaan tot ‘neurotisering’, ze gaan de symptomen volhouden omwille van de onbewuste voordelen, bv. omwille van de aandacht die ze krijgen, omwille van een financiële uitkering, als excuus voor het eigen onvermogen,...

**2. de interactieve rol in het systeem** (m.a.w. de manier van reageren binnen een systeem in het hier en nu): hiermee bedoelen we de invloed van de omgeving van de patiënt, zijn relaties en zijn netwerk in een wederzijdse wisselwerking, bv. de aanwezigheid van psychische steun voor de patiënt in zijn ziekteproces kan een helende factor zijn, de afwezigheid van externe ondersteuning kan een risicofactor vormen, of, een woedebui tegenover persoon A en niet tegenover persoon B, die hetzelfde gedrag vertoont, maakt duidelijk dat de woedebuien dus wellicht geen “karaktertrek” zijn, het voorschrijven van ziekteverlof is een ‘legitiem’ bewijs van ziekte,...

**3. de persoonlijkheid en persoonlijkheidstoestanden:** Hiermee wordt het (constitutioneel) temperament bedoelt en de fundamentele behoeften en stemming van de patiënt, die een sterk bepalende factor zijn voor de kwaliteit van de patiënt zijn relaties en zijn werking binnen een systeem, alsook zijn (mogelijks gekleurde) interpretatie hierover.

**4. het individuele en autonome groeivermogen** (m.a.w. het aanbrenge van wijzigingen in de persoonlijkheidstoestanden): Het induceren van ‘groei’ gebeurt middels het vergroten van het fundamentele zelfvertrouwen van de patiënt, middels het leerproces om, om te gaan met zijn stemming (stemmingsdetectie, -interpretatie en -wijziging) en het beheren/beheersen van zijn stemming door middel van stemmingsmanagement en ‘last but not least’, door de patiënt zijn integratievermogen te vergroten.



Vanuit dit model, gebaseerd op een diversiteit van sterk interagerende interventieniveaus bij psych(iatr)isch disfunctioneren, blijkt dat de psychotherapeutische behandelingen vanuit de verschillende psychotherapeutische benaderingen/modaliteiten, zich enkel focussen op één interventieniveau. Het is tevens opmerkelijk dat de 'organische' of 'medische' behandeling zich dan ook vaak beperkt tot datzelfde interventieniveau.

Vanuit een integratieve benadering, lijkt het erop dat de zogenaamde versnippering van de psychotherapeutische scholen veel minder fundamenteel en verwarrend is dan algemeen aangenomen. Met bovenstaand schema, willen wij, het 'mysterie' van de tegenstrijdige, modaliteitsgebonden manieren van denken en handelen, doorprikken en, zowel vanuit een klinisch -, als wetenschappelijk standpunt, duidelijk maken dat elke psychotherapeutische interventie op één niveau, onvermijdelijk een invloed heeft op de processen op verwante lagere en hogere niveaus. Het toont ook aan dat een medicamenteuze of andere biologisch-organische aanpak, wanneer behoorlijk behandeld, echt niet in conflict hoeft te staan met een psychologische/psychotherapeutische therapie, maar eerder een synergetische interventie is ter ondersteuning van de behandeling en ter facilitering van het groeiproces van de patiënt.

Een integratief opgeleid psychotherapeut kan dus een therapie starten op symptoomniveau (en aldus bv. gedragstherapeutisch behandelen) om, geleidelijk, negatieve mentale ervaringen (door bv. cognitieve therapie) om te buigen naar positief gerichte autosuggestie (door bv. autogene training). Soms is de patiënt zich al gedeeltelijk bewust van de aard van zijn problemen, en kan de behandeling beginnen op interventieniveau 2 of 3.

Een opleiding integratieve psychotherapie, maakt dat de psychotherapeut zich steeds bewust is, op welk niveau de problemen van de patiënt zich situeren en op welk niveau hij zelf inwerkt (of dient te interveniëren). Alles hangt, met andere woorden, samen (als bijvoorbeeld het *systeem* evolueert, zullen immers de *symptomen* verschuiven).