

Colofon

Het Bulletin is een uitgave van de
*Stichting Nederlands Instituut voor Logotherapie
en Existentiële Analyse (NILEA)* en
de beroepsvereniging:
*Nederlandse Vereniging voor Logotherapie en
Existentieel Analytische Psychotherapie (NVLEA)*

WWW.LOGOTHERAPIE.WOLWEB.NL (tijdelijk)

voor de Beroepsvereniging (NVLEA) en het Bulletin
op het internet. Daarna: www.logotherapie.nl

REDACTIE BULLETIN

Redactie-adres:

Molenweg 19, 3171 CM Poortugaal

E-mail: bulletin@logotherapie.nl

redactie-leden:

drs.P. Hoekstra, Poortugaal (eindredactie)

W.L. van der Mee, Breda; drs.M.A.E. Merbis, Amstelveen

Abonnementen: opgave bij het redactie-adres, per jaargang
is hiervoor f 25,- verschuldigd. Abonnementen lopen per
kalenderjaar. Een proefnummer is kosteloos. Bij opgave
ontvangt u het eerstvolgende nummer en voldoet u de overige
nummers x f 6,25.

Deze verplichting geldt niet onze donateurs.

Abonnementkosten kunt u overmaken op:

ABN/AMRO 46.93.15.652 t.n.v. Stichting NILEA

onder vermelding van: 'Bulletin'

Doel Bulletin: Een platform zijn voor hen die werkzaam zijn in
de hulpverlening (geestelijke gezondheidszorg en aanver-
wante beroepen), of zich daarop voorbereiden, en die willen
uitgaan van een positieve antropologie, zoals deze door Vik-
tor E. Frankl en anderen is ontwikkeld en gevalideerd. Een
integratieve benadering staat daarin centraal.

**STICHTING NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
LOGOTHERAPIE EN EXISTENTIËLE ANALYSE (NILEA)**

WWW.VIKTORFRANKL.NL

Tel.: 050 - 52 50 570 Fax: 050 - 52 66 303

Voorzitter: drs.H. Sanders

Moddermanlaan 5, 9721 GK Groningen

E-mail: h.sanders@pl.hanze.nl

Secretariaat: J. Bosma

Willemstraat 44, 9725 JD Groningen

Vaktechnische leiding opleiding

dr.W.J. Maas / prof.dr.G. Giovinco,

University of Central Florida, Orlando USA

BEROEPSVERENIGING NVLEA

E-mail: nvlea@logotherapie.nl

Voorzitter: drs.R.G.D. Carton

Bataviastraat 39G, 1095 EM Amsterdam

020 - 69 34 075

Secretaris: vacant

postadres: Spanjaardslaan 103, 8917 AN Leeuwarden

Het Bulletin wordt gedrukt bij: Offset-drukkerij

Delta Psychiatrisch Ziekenhuis, Poortugaal

REDACTIONEEL

wordt.

Namens de redactie drs. Pieter Hoekstra

De vorige twee nummers van ons Bulletin stonden in het teken van depressie en diagnostiek. In dit nieuwe nummer vindt u een artikel over *preventie van depressie bij adolescenten*, getiteld 'DE KRACHT VAN HUMOR EN PARADOX' van Willem van der Mee, werkzaam in het voortgezet speciaal onderwijs als coördinator speciale leerlingenzorg. Hij beschrijft ervaringen met de 'Anti-Baal'-cursus 'Slechte Tijden - Goede Tijden'. Het project verdient alle waardering; toch wil Van der Mee enkele aanbevelingen doen vanuit de Logotherapie / Existentieel Analytische benadering.

In het afgelopen najaar publiceerden dr. Mindy Greenstein en dr. William Breitbart een uitstekende bijdrage -dekelijk onderbouwde- over kanker en de ervaring van betekenis, waarbij een groepstherapie voor mensen met kanker beschreven wordt. De Logotherapie en Existential Psychotherapy komen hier volop aan bod met referenties aan zowel Viktor Frankl als Irvin Yalom. Beide auteurs zijn voor het onderzoekswerk een deel van hun tijd vrijgesteld. Het artikel is ondermeer verschenen in het gerenommeerde American Journal of Psychotherapy.

Chaim van Unen herschrijft het professionalisme van de hulpverlener in zijn boek 'De Professionals - hulpverleners tussen kwetsbaarheid en beheersing'. Dit boek is aan te bevelen voor managers, werkers en mensen in opleiding voor een functie in de hulpverlening. De insteek is de identiteit van de hulpverlener (en de organisatie), waarbij de filosofie van Emmanuel Levinas als spiegel wordt gebruikt. De gekozen kwetsbaarheid van de hulpverlener blijkt vanuit die optiek van fundamenteel belang te zijn om de integriteit en waarde van de helpende relatie te waarborgen en in te zetten. Het genoemde boek wordt afgesloten met een 'summary' van de auteur zelf, onder de titel 'REWRITING PROFESSIONALISM'. Het feit dat deze in de Engelse taal geschreven is betekent dat van deze informatie ook door onze niet-Nederlandstalige lezers kennis kan worden genomen.

Tussen de artikelen door is de lezer in de gelegenheid met Irvin Yalom ook op existentialistische wijze naar dromen te luisteren. Dit naar aanleiding van de therapiedag van UFVS Alcmæon, Universiteit Utrecht.

Tenslotte, dit nummer is vooralsnog het laatste gewone Bulletin waarover het huidige driemanschap eindredactie zal voeren. Hierna volgt nog een special op basis van Viktor Frankl's al lang uitverkochte 'De Onbewuste God'.

Mijn persoonlijke reden tot stoppen is het voornemen een wetenschappelijk onderzoek ter hand te nemen. Daarvoor wil ik alle 'vrije' tijd beschikbaar maken. Ik wil u als lezer danken voor het vertrouwen en waardering. Dit mag ik ook zeggen uit naam van mijn mederedacteuren Willem van der Mee en Merijn Merbis.

De afgelopen drie jaren is de aard van het Bulletin behoorlijk veranderd. Sommigen hebben aangegeven de inhoud te zwaar te vinden; anderen hebben hun waardering voor deze nieuwe lijn uitgesproken.

Voor ons als redactie is het wel reden geweest te kijken naar de wenselijkheid en mogelijkheden te komen tot een bijvoorbeeld jaarlijks 'cliënten-nummer'. Deze gedachte is nog altijd vitaal.

Hoe het redactioneel verder gaat met ons Bulletin is op dit moment nog niet duidelijk. Er wordt nog driftig gezocht naar een oplossing en wij vertrouwen er op dat deze gevonden

PREVENTIE VAN DEPRESSIE BIJ ADOLESCENTEN

DE KRACHT VAN HUMOR EN PARADOX

Willem van der Mee

De poging een gevoel voor humor te ontwikkelen, is een vaardigheid die men leert wanneer men de levenskunst tracht meester te worden (Frankl 1978).

In dit artikel wordt het belang van depressie-preventie voor jongeren aangetoond, waarbij wordt aan-gesloten op twee voorgaande artikelen in het Bulletin van oktober 2000: 'Depressie - een inleiding in termen en begrippen' en 'Zwaar weer op komst?', over preventie-projecten voor jongeren. Vervolgens worden uitgangspunten, opzet en praktijk van de bekendste en meest gebruikte cursus in Nederland toegelicht, een cursus waar wij positieve ervaringen mee opdeden.

Kan aan deze uitstekende cursus nog iets worden toegevoegd vanuit de psychotherapie van Frankl? Laatstgenoemde richt zich vanuit zijn dimensionele ontologie op de geestelijke dimensie. Deze dimensie, waarvoor in de vigerende mensbeelden binnen de hulpverlening gewoonlijk geen ruimte is, beschouwt Frankl als de humane dimensie: wie iemand is, in tegenstelling tot de fysieke en psychische dimensies die een persoon heeft. Hiermee neemt hij een wezenlijk andere uitgangspunt in dan het gangbare biopsychosociale model. Vanuit de geestelijke dimensie blijkt het mogelijk om een houding te bepalen ten opzichte van de overige dimensies en dus ook ten opzichte van depressieve gevoelens. Dit gegeven wordt vertaald in een pleidooi voor de inzet van humor en paradox bij de preventie van depressie.

HOEZO DEPRESSIE?

De diagnose depressie voor kinderen en adolescenten kent een opvallende geschiedenis, waarin het vóórkomen van deze depressies lang omstreden is gebleven. Spitz maakte voor het eerst serieus melding van depressie bij kinderen (1945), hij noemde het de 'anaclitische depressie'. Hij bestudeerde baby's die langdurig van hun moeder werden gescheiden en in een kindertehuis werden geplaatst zonder dat daar een 'substituut - moeder' beschikbaar was. Vervolgens nam hij depressieve verschijnselen waar, die hij in psychoanalytische termen verklaarde als een gevolg van het tegen zichzelf keren van de agressie door de baby. De moeder was immers niet meer beschikbaar als object waartegen gevoelens van ambivalentie geuit konden worden. De publicaties van Spitz brachten weliswaar de belangstelling voor depressies bij kinderen op gang, maar er ontstond al snel een tegenbeweging waarin het bestaan van depressie bij kinderen werd ontkend. De auteurs die, voornamelijk in de jaren vijftig en zestig, op klinische of op

theoretische gronden het bestaan van depressies bij kinderen en adolescenten ontkenden, zochten ten onrechte naar de kenmerken van depressie zoals zij die kenden van volwassenen. De ernstige symptomen van sommige depressieve volwassenen werden niet gevonden, noch werd de etiologie van de volwassene - depressie herkend (De Wit 2000). Men ontkende het verband tussen depressieve stemmingen en latere depressieve en bipolaire stoornissen, depressieve gevoelens zijn immers 'normaal' in de adolescentiefase. In de loop van de jaren zestig kwam het besef op gang dat zowel de onstaanscondities als de uitingsvormen van stoornissen zoals depressies, bij kinderen en adolescenten anders kunnen zijn dan bij volwassenen als gevolg van met de ontwikkeling s a m e n h a n g e n d e f a c t o r e n ; de ontwikkelingspsychopathologische benadering ontstond. Voor kinderen en adolescenten introduceerde men het begrip 'gemaskeerde depressie', een depressie die wordt gemaskeerd door lichamelijke, gedrags-, school- en leerproblemen. Naast de laatstgenoemde problemen moesten dus ook depressieve symptomen gevonden worden om de diagnose depressie te rechtvaardigen. Deze symptomen zouden dan weer niet gemaskeerd zijn... Het concept van maskering bleek te moeilijk hanteerbaar, ook omdat uiteindelijk praktisch elk symptoom als gemaskeerd depressie-symptoom kon worden aangewezen. Cytryn en McKnew, die in 1972 bij de eersten waren die het begrip 'gemaskeerde depressie' onderbouwden, gaven in 1980 toe dat het begrip ongewenst en onbruikbaar was geworden. In de tussenliggende jaren waren vanuit empirisch onderzoek steeds meer bewijzen aangedragen die het vóórkomen van depressies bij kinderen en adolescenten bevestigden. In deze tijd werden de eerste diagnostische instrumenten op basis van leeftijdspecifieke kenmerken ontwikkeld en in de DSM-III (1980) vonden de eerste aanvullingen met leeftijdspecifieke kenmerken plaats op de diagnose depressie. Sinds halverwege de jaren tachtig heeft de ontwikkelingspsychopathologische benadering een hoge vlucht genomen. Stoornissen worden bekeken vanuit een ontwikkelingsperspectief: Zowel het verband tussen latere stoornissen en vroege ontwikkelingen als andersom: de samenhang tussen vroege stoornissen en latere ontwikkeling worden onderzocht. Er is een stroom van publicaties op gang gekomen (zie: De Wit 2000, p.29/30), waaruit enkele aspecten hieronder aan de orde zullen komen.

PREVENTIE NOODZAAK

Het belang van preventie van depressie bij adolescenten ligt in de hoge prevalentie; het aanzienlijk deel van de jongeren dat hiermee te maken heeft. Volgens de laatste gegevens komt depressie (major depressieve disorder) voor bij 4 tot 8% van de adolescenten, voor de dysthyme stoornis werden percentages tussen 0,8 en 8% gevonden. Bovendien zijn er aanwijzingen dat het aantal depressies onder jongeren toeneemt. Voor de adolescent en voor zijn omgeving, bijvoorbeeld de ouders, gaat een depressieve episode gepaard met euiders lijden. In veel gevallen gaat de depressie samen met andere stoornissen, dit is bij 80 tot 95% van de kinderen met depressie het geval. Dit percentage is dusdanig hoog dat het vragen oproept. Wellicht is het hoge cijfer meer een bijproduct van ons classificatiesysteem, dan dat het werkelijk over twee verschillende stoornissen gaat. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gelden voor het samengaan van de depressieve en de angststoornis. Ook is mogelijk dat beiden fasen zijn in de expressie zijn van één en dezelfde stoornis: bij de comorbiditeit van angst- en depressieve stoornis gaat de eerste meestal aan de tweede vooraf.

Een depressieve stoornis op jonge leeftijd is een mogelijke voorspeller van meerdere episoden in het verdere leven. Daarvóór is er al het risico van terugval, dus voordat de stoornis geheel is verdwenen, en dat is zelfs na een succesvolle therapie nog 40 tot 60%. De kans op herhaling, dus na een symptoomvrije periode van twee maanden, is binnen een tijdsbestek van twee jaar ongeveer 40 % en binnen vijf jaar 70%. Daarnaast ontwikkelt 30% van de jongeren met een depressieve stoornis later een bipolaire stoornis. Als geheel kunnen we zeggen dat de depressieve stoornis in op kinder- of adolescentieleeftijd een voorspeller is van toekomstige psychiatrische problematiek. Een bijkomend nadeel is dat bij kinderen en adolescenten als gevolg van de depressie hun ontwikkeling spaak gaat lopen. Voor adolescenten liggen er specifieke ontwikkelingstaken in deze fase; het zich losmaken van de ouders, een eigen normen- en waardensysteem ontwikkelen, het aangaan van partnerrelaties, het kiezen van opleiding en beroep: al deze zaken komen in het gedrag, wat vergaande gevolgen heeft voor hun verdere ontwikkeling. Tenslotte is er nog het risico van suïcide. Depressie is zeker niet de enige determinerende factor van suïcide, maar vormt wel een van de voornaamste risicofactoren. Preventie die direct gericht is op het voorkómen van suïcide is o.a. vanwege de lage incidentie van 1 op 10.000 bij adolescenten boven de 15 jaar, niet zinvol. Een andere factor waardoor directe suïcide preventie niet werkt vormt het grote verschil tussen adolescenten met suïcidedgedachten en adolescenten met suïcidehandelingen, waardoor risicogroep niet door screening te vinden is. Nu wordt de preventie van depressie beschouwd als een reële mogelijkheid om het aantal suïcidepogingen te verlagen.

Redenen te over om preventie van depressie serieus

aan te pakken. Met name bij primaire preventie, waarbij het ontstaan van een eerste depressie wordt voorkomen, kan de persoon veel leed bespaard blijven. Maar ook secundaire preventie, bij iemand die al een depressie heeft gehad, is gezien de grote kans op recidive, zeker zinvol.

DE BESTAANDE CURSUS

In Nederland werd het eerste preventieprogramma voor jongeren eind jaren 80 opgezet in de regio Nijmegen, met als uitgangspunt het materiaal van Lewinsohn, die zijn oorspronkelijke cursus voor volwassenen, die in Nederland bekend werd onder de nam 'In de put, uit de put', aanpaste voor de doelgroep adolescenten. Omdat adolescenten vaker in conflict komen, o.a. met hun ouders, werden onderdelen toegevoegd als algemene communicatieve vaardigheden, onderhandelen en conflicthantering. De cursus van Lewinsohn vormde de basis voor het Nijmeegse project "Stemmingmakerij", waarbij verder gebruik is gemaakt van de zelfcontrole therapie van Rhem, de cognitieve therapie van Beck en de probleemoplossingstherapie van Nezu. Naast de cursus zelf bestond het project uit een wervingscampagne, een ouderavond, en een evaluatie-effectonderzoek en een training voor cursusleiders. De cursus 'Stemmingmakerij' is bestemd voor mavo/havo/two leerlingen vanaf 15 tot 18/19 jaar, later is er een tweede versie gemaakt voor leerlingen van het vbo onder de titel 'Slechte tijden, goede tijden'. Beide cursussen worden ook wel betiteld als 'De Anti-baalcursus'.

De algemene preventieve doelstelling is om jongeren van 15 t/m 19 jaar meer controle aan te leren over hun gedachten, gevoelens, gedrag en leven, waardoor een bijdrage wordt geleverd aan *de vermindering van depressieve symptomen*. Omdat een verhoogd niveau van depressieve symptomen een risicofactor is bij depressieve stoornissen, draagt de cursus op langere termijn bij aan de *verlaging van depressieve stoornissen*. Uit ervaring blijkt dat aan meer dan 50% van de zelfdodingen een periode van depressie vooraf ging. De cursus vormt dus *een bijdrage in het voorkómen van zelfdoding door jongeren*.

De 'Anti-baal cursus' neemt in beide versies risicofactoren van depressie als uitgangspunt. De cursus noemt een laag niveau van plezierige activiteiten als risicofactor en ook depressogene condities (een negatieve kijk op zichzelf, de wereld en de toekomst door systematische denkfouten), stoornissen in de zelfcontrole, inadequate probleemoplossende en sociale vaardigheden en het ontbreken van sociale steun. De bedoeling is deze factoren te beïnvloeden door vaardigheden aan te leren als positief denken en probleemoplossing naast het verwerven van sociale steun, door het aanleren van methoden en technieken leren jongeren om meer greep op hun klachten te krijgen. De

aangeleerde vaardigheden kunnen dan een beschermende factor bieden voor jongeren met depressieve klachten.

Deze psycho-educatieve cursus wordt op scholen aangeboden aan leerlingen uit de bovenbouw van het voortgezet onderwijs met een meer dan gemiddelde last van depressieve klachten. Het project richt zich niet op jongeren die al lijden aan een depressieve stoornis. De klachten worden vastgesteld met de BDI-Beck Depression Inventory ('De Baalmeter'), vervolgens wordt dan bekeken of deelname geïndiceerd is of eventueel een doorverwijzing naar de GGZ. Dat laatste gebeurt wanneer er mogelijk reeds sprake is van een matige of ernstige depressie.

INHOUD VAN DE CURSUS

'SLECHTE TIJDEN, GOEDE TIJDEN'

- een methode om problemen op te lossen (inzicht krijgen in de manier waarop je zelf omgaat met problemen, leren dat iedereen op zijn eigen manier reageert op baalsituaties, leren dat er verschillende methoden zijn om problemen op te lossen en leren denken in stappen);
- antibaal-recepten (leren werken met antibaal-recept, een probleemoplossings-model, een probleem-situatie leren analyseren met de vraag "wat is nu het probleem en welke gevoelens en gedachten ervaar je hierbij", leren dat je op verschillende manieren kunt reageren op een probleemsituatie en zelf goede tijden leren maken door op een andere manier op een probleem te reageren);
- gouden tips voor goede tijden (leren hoe je zelf kunt zorgen voor meer goede tijden, ontdekken dat het ondernemen van leuke activiteiten een positieve invloed heeft op je stemming, verhogen van het niveau van positieve (plezierige) activiteiten die op eigen initiatief kunnen worden genomen en leren dat goede zin besmettelijk is);
- oorzaak en gevolg (leren dat je op situaties invloed kunt uitoefenen en dat de dingen met elkaar in verband staan, leren dat je gedrag bewust of onbewust effect heeft op het gedrag en op de reactie van anderen);
- complimentjes (leren positief denken over anderen en jezelf en er achter komen welke invloed dat heeft op de sfeer, waardering voor anderen leren uiten en complimentjes van anderen leren ontvangen);
- vertrouwen maken (leren te vertrouwen op anderen en op jezelf, leren je in een ander te verplaatsen);
- de ABC-methode (denken, voelen en doen), twee bijkomsten (eerste: leren dat er een verband is tussen wat je denkt, voelt en doet, invloed van het denken op stemming en gedrag ontdekken, eigen absolute gedachten en de invloed hiervan ontdekken en irrationele gedachten leren herkennen en veranderen in realistische; tweede: leren dat je door andere gedachten je gedrag kunt beïnvloeden, verschil ontdekken tussen positieve en negatieve gedachten en leren van een negatieve gedachte een

positieve gedachte te maken);

- vooroordelen (zicht krijgen op invloed van vooroordelen op eigen gedrag en dat van anderen, leren inzien dat een mening over iemand vaak gebaseerd is op een vooroordeel);
- vrienden maken (belang van sociale ondersteuning leren inzien, verbeteren en/of vergroten);
- toekomst (dromen) en evaluatie (realistische doelen leren stellen in concrete stappen).

Bron: Sambeek, D. van & Senders, A. (1998).

LOGOTHERAPIE

Wat kunnen we vanuit de logotherapie toevoegen aan de bestaande cursusopzet?

Het stellen van deze vraag bedoelt niet direct het een tekortschieten van de huidige cursus te suggereren; de vraag komt voort uit een nieuwsgierigheid naar de praktische mogelijkheden van Frankl's benadering. Om Viktor Frankl enigszins recht te doen is het nodig om in kort bestek enkele van zijn fundamentele noties, die bij de regelmatige lezer van het Bulletin bekend zullen zijn, weer te geven. Aangezien zijn mensbeeld wezenlijk afwijkt van het gangbare, vertrekken we vanuit Frankl's dimensionele ontologie. Via het *noö-psychisch* antagonisme, de uniek-menselijke mogelijkheid om een houding te bepalen ten opzichte van psychische en fysieke gegevens, komen we bij het begrip distantie. Distantie wordt gegenereerd door de humor en paradox, die we menen te kunnen inzetten bij depressiepreventie, in dit geval bij jongeren.

In zijn mensbeeld onderscheidt Frankl drie dimensies: de fysieke, de psychische en de geestelijke dimensie. Deze laatste dimensie is volgens Frankl de humane dimensie. Op het terrein van de biologie, hebben we te maken met de lichamelijke aspecten van de mens en op het terrein van de psychologie, met de psychologische aspecten. Binnen de gebieden van de beide wetenschappelijke benaderingen staan we dus voor een verschil, maar we missen de eenheid in de mens, omdat deze eenheid slechts te vinden is in de menselijke dimensie. Slechts in de menselijke dimensie ligt de 'unitas multiplex', zoals omschreven door Thomas van Aquino (Frankl 1978). Viktor Frankl gaat in zijn benadering uit van het 'wezenlijk menselijke' in de mens, waarmee hij *de geestelijke persoon* bedoelt, dat wat (liever: wie) de mens *is*, in tegenstelling tot wat hij *heeft*. De geestelijke persoon wordt niet bepaald door aanleg of milieu, maar belichaamt een derde dimensie, waarin de mens zelf bepaalt welke houding hij inneemt ten opzichte van de 'gegeven' factoren erfelijkheid en (sociale) omgeving. Frankl (1996) noemt deze uniek menselijke eigenschap het *noö-psychisch antagonisme*: de vaardigheid van de mens om zich van het psycho-fysieke te kunnen distantiëren. Frankl ontkent niet het belang van lichamelijke en psychische condities, maar ze zeggen volgens hem nog niets over de dimensie van de

geest, de *nous*, aangezien zij daar een projectie van zijn. Waar er bij psyche en fysis sprake is van een parallellisme, wordt de heel andere verhouding van de geest tot de psychofysieke gesteldheid gekenmerkt door het facultatieve noö-psychisch antagonisme. Frankl (1996) stelt het scherp: De mens begint echter precies daar mens te zijn, waar hij zich tegenover zijn eigen psychofysicum kan opstellen.

HUMOR EN PARADOX

Een uitgelezen middel tot het creëren van distantie vormt de humor. Frankl, die zelfs de vader van de humoristische psychotherapie is genoemd (van Alphen 1992), stelt dat wil men distantie scheppen, niets geschikter is dan humor. Door lachen kan men afstand nemen van de eigen fysieke en/of psychische tekortkomingen. Het kunnen lachen om de kleine tekortkomingen is de wortel van alle humor en dit gegeven speelt in het leven een zeer grote rol. Het hebben van een gevoel voor humor wordt over de hele wereld als een belangrijke persoonlijke eigenschap beschouwd, zo belangrijk dat mensen bereid zijn om een heleboel tekortkomingen ruiterlijk toe te geven, maar niet een gebrek hieraan (Guttman 1999). De positieve uitwerking van humor en lachen op ziekte en problemen is al duizenden jaren bekend. Typerend is het ontbreken en uiteindelijk weer terugkomen van de lach bij de depressie.

"When one is mired in a situation, which taken seriously would lead to becoming depressed or almost suicidal, then laughing at the fate becomes a survival tool par excellence. One remains fully cognisant of the adverse implications of the tragedy, but at the same time is able to transcend those circumstances, neutralising the seriousness with a bit of levity. The alternative is either being driven to insanity by the terrible circumstances, or remaining sane by refusing to let the circumstances make the individual buckle." (Bulka 1989, p.51)

Humor werd in de concentratiekampen van de tweede wereldoorlog een belangrijke bron van 'coping'. Deze 'galgenhumor' hielp sommigen om de moed erin te houden, ondanks alle verschrikkingen om hen heen. Frankl geeft hiervan indrukwekkende voorbeelden in zijn inmiddels klassieke werk 'De zin van het bestaan' (1946/1995).

Freud verdiepte zich in de 'Witz', hij was vooral geïnteresseerd in de onbewuste elementen die in de grap te voorschijn komen. Dit naar analogie van de droom, een overeenkomst waarop bij nader inzien nog het nodige valt af te dingen (Van der Mee 1993). De grap wordt 'gemaakt', maar op een andere manier dan bij het vellen van een oordeel of het uiten van een bezwaar. De grap heeft namelijk bij uitstek het karakter van een ongewilde 'inval'. Vanuit een plotselinge vermindering van de intellectuele inspanning is de grap er plotseling. De grap komt te

voorschijn zonder dat ik bepaalde voorbereidende stadia in mijn denken heb kunnen volgen. Dit strookt volgens Freud goed met de hypothese, dat men bij de grapvorming een gedachtegang een ogenblik laat rusten, die dan plotseling als grap uit het onbewuste opduikt. Dat de grap vaak in ons geheugen niet ter beschikking staat als we haar willen maken en zij zich anderzijds ongewild aandient, duidt op een herkomst uit het onderbewuste. Frankl gebruikte regelmatig grappen en grappige verhaaltjes in zijn lezingen en boeken, altijd om iets duidelijk te maken. Anders dan Freud wilde hij vooral begrijpen hoe het komt dat de grap als een buffer werkt tegen angst.

"By laughing at defeat, we transcend it. By jesting in the midst of our predicament, we transcend it. By smiling in the midst of depressing circumstances, we retain our individual and group sanity." (Bulka 1989, p.58)

Waar Freud zich vooral het belang realiseerde van de 'logische vergissingen' in grappen voor het onthullen van onbewuste drijfveren, gebruikte Frankl deze 'misverstanden' als de hoeksteen van zijn 'paradoxe intentie'. Frankl gebruikte deze techniek in een eerste vorm vanaf 1929 en publiceerde er reeds in 1939 over. Uiteindelijk nam hij de paradoxe intentie op in de logotherapeutische techniek in 1956 (Guttman 1999). In dat jaar publiceerden Bateson e.a. hun beroemde artikel over schizofrenie, waarbij ze het begrip 'double bind' introduceerden. Hieruit volgden de 'logische paradox' en de daarvan weer afgeleide fenomenen 'paradoxaal gedrag' en 'paradoxaal-therapeutische benadering' (Evers & Rijnders 1982):dit werden sleutelbegrippen uit de communicatie-theorie. De paradoxe intentie van Frankl houdt in dat de patiënt wordt gestimuleerd om juist de dingen te doen waarvoor hij bang is, of te wensen dat ze gebeuren. De techniek, die veel navolging heeft gevonden, leent zich voor de behandeling van een obsessieve dwangneurose of een fobie, maar ook breder, in al die situaties waarin anticipatie-angst, waarmee de cliënt zijn symptomen oproept of versterkt, de wind uit de zeilen genomen kan worden. De pathogene angst wordt vervangen door een paradoxe wens. De precieze werking van de paradoxe intentie blijkt moeilijk vast te stellen, Frankl geeft aan dat er iets op een dieper niveau gebeurt. Het bewerkstelligt meer dan een gedragsverandering, het is veeleer een existentiële heroriëntatie (Frankl 1959). Zeker is dat wat iemand aan het lachen maakt (door overdrijving), daardoor niet meer in staat is om hem kwaad te doen. De cliënten mogen nooit de indruk krijgen dat de therapeut hen uitlacht. Ze moeten inzien dat zij zelf, met de hulp van de therapeut, lachen over hun eigen belachelijke angsten en emotionele absurditeiten. Deze techniek is niet eenvoudig toe te passen en vraagt ervaring van de therapeut naast de bereidheid en de 'rijpheid' van de cliënt innemen van een afstand tussen zichzelf en de klachten (Guttman 1999). De grote comorbiditeit tussen depressieve en

angststoornissen rechtvaardigt het inzetten van afgeleide vormen van paradoxale intentie bij de depressie-preventie, waar nog geen sprake is van therapie in de ware zin van het woord. Door-dat de paradoxale benadering zich in verschillende therapeutische stromingen een plaats heeft veroverd als een krachtig therapeutisch middel is het toepassingsgebied verder verbreed en zijn meerdere uitwerkingen en benaderingen beschikbaar.

Lisa, een meisje van 14 jaar, zat zichzelf 'in de weg' bij het maken van een schilderwerkstuk tijdens creatieve therapie. Vanaf het begin beoordeelde zij haar eigen werk negatief: "Ik kan het niet, het is lelijk. Zie je nou wel, het wordt niets". Nadat ze de paradoxale opdracht kreeg om een 'lelijk' werkstuk te maken, daar blonk ze immers in uit, kwam ze al wat los en toen er een prijs werd uitgereikt voor degene die het aller-lelijkste werkstuk kon maken, greep ze haar kans. Even later werd ze inderdaad gefeliciteerd en kreeg ze een prijs uitgereikt. Lisa was hierdoor geraakt en haar houding is sindsdien volkomen veranderd. Dit resultaat bleek blijvend; Lisa, die een zeer goede aanleg had, bleef schilderen en haar volgende werken ontroerden anderen zo, dat ze deze kon verkopen.

THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN

Van Alphen (1992) noemt als constructieve aspecten van humor de vorming van een therapeutische relatie, het doorbreken van het weerstandsniveau, het verminderen van excessieve angst en het losmaken van affecten. Humor kan ook het zelfinzicht en de iktsterkte van de cliënt bevorderen en een acceptabele uitlaatklep bieden voor gevoelens van vijandigheid. De psychoanalyse zal via de al dan niet favoriete grap van een cliënt een kijk krijgen op de onderliggende problematiek. In de rationeel-erotische therapie (RET) van Ellis wordt humor als interventie toegepast. De cliënt leert om de eigen irrationele gedachten tot mikpunt van humor te maken, een benadering waarin we al een paradoxaal element herkennen. Criteria voor de gepaste toepassing van humor zijn het angstniveau en coping- en humorstijl van de cliënt. Een extreme vorm van therapie door middel van humor is de provocatieve therapie van Farrelly, in Nederland bekend geworden door o.a. Jeffrey Wijnberg. Bij deze methode wordt alles wat de patiënt te berde brengt tot absurde proporties opgeblazen. Al grappend zegt de therapeut dingen die de cliënt soms ook over zichzelf denkt, bijvoorbeeld hoe de cliënt überhaupt nog overeind in zijn stoel kan blijven zitten. Deze boodschappen worden gebracht met veel non-verbale warmte, zo is de opzet. Ongetwijfeld bewerkstelligt deze aanpak een krachtig effect, maar enige scepsis omtrent de toepasbaarheid is hier wel op zijn plaats, deze lijkt ons beperkt. In de Gestalttherapie is het Bruno-Paul de Roeck die een opvallende paradoxale aanpak introduceert met zijn 'Recepten om in de puree te geraken' (1992).

Hiermee hoopt hij te bereiken dat mensen het slachtofferschap kunnen loslaten en weer zelf onder ogen komen hoe ze 'medefabrikant' zijn van hun eigen situatie. Dit laatste blijkt toch de grote kracht te zijn van de paradoxale benadering; mensen worden uitgedaagd om het heft in eigen hand te nemen. De paradox bespoedigt het verlaten van het slachtofferschap. Zoals we al zagen speelt ook in de communicatietheorie de paradoxale benadering een belangrijke rol, zie met name Watzlawick (bijv. 1983), die ingaat op alle mogelijke vormen van paradoxale communicatie. Evers & Rijnders (1982) onderscheiden respectievelijk de communicatieve en de cognitieve uitwerking van de paradoxale benadering, waarbij ze vaststellen dat systeem- en communicatietheoretisch geïntereerde therapeuten paradoxaal gedrag vooral zien als een verschijnsel dat zich op het intermenselijk vlak manifesteert, terwijl anderen en hier noemen zij met name Viktor Frankl, het paradoxaal gedrag zich meer zien afspelen op het intra-menselijk vlak. Evers en Rijnders beschouwen cognitief en communicatief gedrag als twee -elkaar aanvullende- kanten van dezelfde medaille. In hun werk gaan zij nauwgezet in op indicatiecriteria en strategieën.

AANVULLINGEN EN SUGGESTIES

Frankl zette ons op het spoor van de therapeutische kracht van humor en paradox en we ontdekten dat zijn benadering veel weerklank en navolging vond bij andere stromingen. Hierdoor kunnen we nu uit verschillende bronnen putten als we proberen onze inzichten te vertalen naar concreet cursusmateriaal. Hieronder volgen enkele suggesties:

- S** *-Top 10 van ervaringen om depressief van te worden.* De deelnemers inventariseren alle mogelijke ervaringen waarvan ze in de put kunnen raken. Hiervan maken ze een lijst en dan volgt een heuse verkiezing, met als eindresultaat een 'top 10'. Achteraf gaan ze na hoe het komt dat ze niet altijd depressief zijn geworden van zo'n gebeurtenis, hoe ze bijvoorbeeld verdriet om hebben kunnen zetten in kracht.
- S** *Recept om in een depressie te verzinken.* Je staat 's ochtends op, wat ga je deze dag allemaal doen om je stemming in mineur te houden? Wie weet de beste trucs? (met dank aan De Roeck).
- S** *Drama.* Bovenstaande situaties uitspelen, waarbij alles overdreven serieus wordt gebracht, met de mededeling het is verboden om te lachen. De begeleider probeert dit vol te houden, ook als er eenmaal gelachen wordt (met dank aan Farrelly).
- S** *Teken een spotprent van jezelf,* je eigen tekortkomingen tot in het belachelijke uitvergrooten en de tekening mooi afwerken.
- S** *Wedstrijd; wie maakt het aller-lelijkste schilderij?* Dit wordt tot in het uiterste doorgevoerd ("Is dat alles, dat kan veel lelijker!" "Ik kan veel lelijker schilderen dan jij!") Met op het eind een serieuze prijsuitreiking (met dank aan Watzlawick).

S *Verhalen, grappen, moppen (leren) vertellen*, bijvoorbeeld: vertel een grap zo serieus, dat niemand erom kan lachen.

Natuurlijk dient aan enkele voorwaarden voldaan te zijn, voordat bovenstaande suggesties kunnen worden doorgevoerd. Allereerst dient de sfeer prettig en vertrouwd te zijn. Van de begeleider wordt gevraagd dat hij bij het geven van de opdracht verbaal heel serieus kan overkomen, terwijl hij voldoende non-verbale signalen uitzendt die het tegendeel beweren. Zo scheidt hij een veilige situatie waarin de paradoxale benadering zijn volle effect zal bereiken. Tenslotte is het van belang om dit soort opdrachten te doseren door ze deels op te nemen in het cursusprogramma en deels 'achter de hand' te houden.

SLOT

Met de humor en paradox geeft de logotherapie ons krachtige therapeutische middelen in handen. Middelen die wonderwel aansluiten bij de behoefte van de adolescent, die vooral niet moeilijk wil doen en de behoefte heeft om zelfstandig en onafhankelijk te zijn of te worden. Humor en paradox bieden de nodige distantie tot de eigen situatie, mogelijk tot het eigen psychisch lijden. We spreken hiermee direct de adolescent als geestelijk persoon aan. Zo ontstaat (weer) ruimte voor groei en ontwikkeling. Al gradueel in verschillende therapeutische richtingen verzamelden we concreet materiaal om dat te kunnen integreren in de bestaande depressiepreventie cursus. Het nieuwe materiaal zal nog dit jaar worden toegepast.

De schrijver is werkzaam als coördinator Speciale Leerlingenzorg aan de Christoffelschool te Breda, een schoolgemeenschap voor Voortgezet Speciaal Onderwijs, waar de genoemde cursus sinds enkele jaren wordt aangeboden in overleg met de plaatselijke GGZ. Hij heeft tevens een praktijk voor gesprekstherapie, supervisie en advies, eveneens gevestigd te Breda.

Literatuur

Bulka, R.P. (1989). Jewish humour - a logotherapeutic tool for survival. In *The Proceedings of the Seventh World Congress of Logotherapy*, pp 50-58. Berkeley: Institute of Logotherapy Press.

De Roeck, Bruno-Paul ((1992). *Recepten om in de puree te geraken*. Haarlem: De Toorts.

Evers, R. & Rijnders P. (1982). *Paradoxale benadering, een systematische toepassing vanuit twee modellen*. Alphen aan den Rijn / Brussel: Samson.

Frankl, Viktor E.. (1951). *Logos und Existenz*. Wenen: Amandus verlag.

Frankl, Viktor E.. (1959). *Medische zielzorg. inleiding tot de logotherapie en de existentieanalyse*. Utrecht: Bijleveld.

Frankl, Viktor E.. (1978). *De vergeefse roep om een zinvol bestaan*. Amsterdam: Meulenhof.

Frankl, Viktor E.. (1978). *De zin van het bestaan, een inleiding in de logotherapie*. Rotterdam: Ad. Donker.

Frankl, Viktor E.. (1980). *De wil zinvol te leven*. Rotterdam: Lemniscaat.

Frankl, V.E. (1949/1996). *De onvoorwaardelijke mens*, vertaald en bewerkt door dr.W.J.Maas. Zwolle.

Guttmann, David (1999). On wit and humour in logotherapy. In: *Bulletin Logotherapie en Existentiële Analyse* (1999, nr.4). Poortugaal, NILEA/NVLEA.

Helmus, Folkert, e.a. (1994). *Stemmingmakerij, depressie-preventie programma voor jongeren van 15 tot 19 jaar*. Nijmegen: RIAGG.

Lukas, Elisabeth (1992). Heling door het vinden van zin, grondgedachten uit de logotherapie. In: Dominique Debats (Red.) (1992). *Psychotherapie en zingeving*. Cothen: Servire.

Mee, J. van der (1993). *Sigmund Freud, de droom, de grap en het onbewuste*. Doctoraalscriptie KUB Tilburg.

Minderaa, R.B. & Dekker, J. (1998). Diagnostiek en behandeling van stemmingsstoornissen bij kinderen en jeugdigen. In Den Boer, J.A. e.a., *Handboek stemmingsstoornissen*, pp133-155. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

- Reichart, C.G., & Duyx, J.H.M. (1998). Depressie bij kinderen en adolescenten. In W.A. Nolen & C.A.L. Hoogduin (Red.). *Behandelingsstrategieën bij depressie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Sambeek, D. van & Senders, A. (1998). *Preventie van depressie bij jongeren, theoretische en praktische stand van zaken*. Utrecht: Trimbosch Instituut.
- Veltman, N.E., Ruiter, M. & Hosman, C.M.H (1996). *Stemming maken, versterking van weerbaarheid en verminderen van depressieve klachten bij jongeren*. Nijmegen: KUN.
- Watzlawick, Paul (1983). *Geluk is ook niet alles, een handleiding voor ongelukszoekers*. Deventer; Van Loghum Slaterus.
- Wijnberg, Jeffrey & Hollander, Jaap (1990). *Problemen houden van mensen*. Baarn: H. Nelissen.
- Wit, C.A.M. de (1997). Depressies bij kinderen en adolescenten. de stand van zaken na vijftientig jaar onderzoek. *Kind en Adolescent*, 18, 166-184.
- Wit, Cees A.M. de (2000). *Depressie bij kinderen en adolescenten, theorie en onderzoek, diagnostiek en behandeling*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
De in de eerste helft van het artikel genoemde percentages zijn ontleend aan dit werk van de Wit.

VIGNET 'OP ZOEK NAAR DE DROMER'

(op basis van IRVIN YALOM's gelijknamige therapie-vertelling)

Pieter Hoekstra

In het navolgende vindt u een vignet, ontleend aan hoofdstuk 10 van Yalom's 'Scherprechter van de liefde'. Verderop in dit Bulletin staan aanvullende informatie-fragmenten, verklaringen en nieuwe dromen. Deze vignet hebben drs. Eli Meijer en ondergetekende gebruikt op de 10^e Therapiedag, georganiseerd door U.F.S.W. Alcmaeon van de Universiteit Utrecht. Het thema van deze studiedag was "Sweet Dreams?"

Man, 64 jaar. Accountant van beroep.

De aanleiding tot het contact met de psychotherapeut is het feit dat hij sinds een half jaar lijdt aan ernstige migraine-aanvallen. Deze aanvallen hebben hem 'op de knieën gekregen' om in therapie te gaan. Hij heeft een duidelijke negatieve kijk op psychiaters en psychotherapie. Naar zijn eigen zeggen zijn deze aanvallen het gevolg van 'seksuele wanprestaties'.

Patiënt is 41 jaar getrouwd met dezelfde vrouw. Zij is zijn eerste liefde vanaf zijn 15^e jaar.

Patiënt beschrijft zijn huwelijk als harmonieus en beschrijft zijn partner als nog altijd een fantastische vrouw.

Het echtpaar heeft geen kinderen.

Sinds een half jaar heeft patiënt last van periodieke impotentie. Aan de hand van een nauwkeurig bijgehouden schema toont hij aan dat er na een seksuele 'wanprestatie' onherroepelijk sprake is van een migraine-aanval.

Aanvankelijk heeft zijn vrouw begrip voor zijn impotentie-problemen, maar later begint zij zich te ergeren: 'Ik wil niet beetgenomen worden!' Waarmee zij bedoelt dat zij wel geprikkeld, maar niet bevredigd wordt.

In de eerste sessies lijkt patiënt weinig

nieuwsgierig te zijn naar de oorzaak van zijn problemen. De therapeut wil gedragstherapie voorstellen, vanwege de ogenschijnlijk geringe vaardigheid tot introspectie en de gevoelde weerstand tegen therapie.

Ineens komt patiënt daarop met dromen.

Opmerkelijk in de behandeling is dat vrijwel direct na aanvang van de therapie patiënt geen last meer heeft van migraine-aanvallen.

Verderop in de behandeling komen de volgende dromen naar voren. We zijn dan acht maanden na aanvang.

DROOM I

Ik doe een examen. Ik lever mijn examenboekje in en ik herinner me dat ik de laatste vraag niet heb beantwoord. Ik raak in paniek. Ik probeer het boekje terug te krijgen, maar de deadline is voorbij. Ik maak een afspraak om mijn zoon na de deadline te ontmoeten.

DROOM II

Ik beklim een bergpad. Ik zie een paar mensen die proberen 's nachts een huis te bouwen. Ik weet dat het niet kan lukken en ik probeer hun dat te vertellen maar ze kunnen me niet horen. Dan hoor ik iemand achter me m i j n n a a m r o e p e n . H e t i s m i j n m o e d e r die me probeert in te halen. Ze zegt dat ze een boodschap voor me heeft. De boodschap is dat iemand stervende is. Ik weet dat ik het ben die stervende is. Ik word badend in het zweet wakker.



SWEET DREAMS?

CANCER AND THE EXPERIENCE OF MEANING: A GROUP PSYCHOTHERAPY FOR PEOPLE WITH CANCER

Mindy Greenstein & William Breitbart

Abstract: Cancer illness affects people in many ways, physical, financial, and existential. In this paper, we describe a proposed group intervention for individuals with advanced disease who want help finding a sense of meaning at this critical juncture in their lives.

This intervention has a brief semi-structured format, and is informed by the work of Viktor Frankl, empirical findings in the area of meaning and trauma, and the empirical findings of other group interventions for cancer patients. Individual sessions focus on different aspects of meaning, including responsibility to others, creativity, transcendence, and ascertaining one's values and priorities. Having goals on which to focus and feeling like part of a larger whole are critically important to the ability to find meaning and cope with terminal illness. Such goals may be generated by a number of sources, including connectedness with others, or a sense of the temporal continuity of one's own life despite the disruption posed by severe illness. Didactic discussions and experiential exercises help to facilitate exploration of these various elements in group members' lives. The finite structure of the intervention may also highlight these issues, as people who are faced with similar issues work together in a limited time frame in order to accomplish the goals they set out for themselves.

Cancer illness affects people in many ways, physical, financial, and existential. In this paper, we describe a proposed group intervention for individuals with advanced disease who want help finding a sense of meaning at this critical juncture in their lives. This intervention has a brief semi-structured format, and is informed by the work of Viktor Frankl, empirical findings in the area of meaning and trauma, and the empirical findings of other group interventions for cancer patients. Individual sessions focus on different aspects of meaning, including responsibility to others, creativity, transcendence, and ascertaining one's values and priorities. Having goals on which to focus and feeling like part of a larger whole are critically important to the ability to find meaning and cope with terminal illness. Such goals may be generated by a number of sources, including connectedness with others, or a sense of the temporal continuity of one's own life despite the disruption posed by severe illness.

Didactic discussions and experiential exercises help to facilitate exploration of these various elements in group members' lives. The finite structure of the intervention may also highlight these

issues, as people who are faced with similar issues work together in a limited time frame in order to accomplish the goals they set out for themselves.

Crisis: Latin, from Greek krisis, turning point, from krinein, to separate, decide (1)

In his landmark study of cognitive processing, Frederic Bartlett (2) found recall was an "effort after meaning,... [with] a constant effort to get the maximum possible of meaning into the material presented" (p. 84). When asked to recall unfamiliar Native American folk tales, subjects unconsciously altered the material, for example, by supplying missing rationalizations for the characters' behavior, changing causal connections and imposing a more western order on the material. In other words, their memory was guided less by what actually had been presented to them than by what was personally or culturally meaningful to them. Viktor Frankl (3) went on to suggest more generally that the need for meaning is a crucial and primary motivating force in people, comparable in significance to the concept of libido for Freud or power for Adler. This need may be particularly critical during traumatic experiences, which may call into question previously held belief systems, such as an assumption of a just or fair world (4, 5). Indeed, Moadel and colleagues (6) recently found that as many as forty percent of cancer patients they sampled reported wanting help with finding a sense of meaning in their lives. While everyone can expect sooner or later to encounter such existential issues as pain, loss, and death, people with cancer or other life-threatening illnesses must deal with them sooner and more intensively than most.

Existentialist thinkers, such as Frankl, view suffering as a potential springboard, both for having a need for meaning and for finding it. The diagnosis of a potentially terminal illness, for example, may be seen as a crisis in the fullest sense of the word - an experience of distress or even despair that may in itself offer an opportunity for growth and meaning, as one learns to cope. Thus, positive psychosocial changes and an improved sense of meaning in life have been associated with diagnosis of malignancy as well as after bone-marrow transplantation (7, 8). As one woman with breast cancer reported, "I feel as if I were for the first time really conscious. My life is framed in a certain amount of time. I always knew it. But I can see it, and it's made better by the knowledge" (9, p. 1163). In particular, patients report reordering their priorities, spending more time with family and experiencing personal growth through the

very fact of having had to cope with their traumatic loss or illness (10, 11).

Having a feeling of purpose and meaning can also help alleviate the distress caused by these painful facts of life in the first place. In this respect, Frankl (3) refers often to Nietzsche's aphorism, "He who has a why to live for can bear with almost any how" (p. 84). This "why" may be discovered either despite traumatic circumstances, or because of them, and can significantly enhance patients' quality of life. For example, Brady et al. (12) found that patients who reported a high degree of meaning in their lives experienced significantly more enjoyment in life than those who reported a lesser sense of meaning, even in the case of severe pain or fatigue. The ability to find meaning specifically within traumatic events, has also been associated with an increased ability to adapt to them (10, 13).

Before describing the meaning-based group-psychotherapy program we are developing for cancer patients, we will first outline its context. The discussion begins with a brief description of other current models for group interventions in oncology settings. We then will present our use of the concept of meaning in the intervention, both as informed by the empirical literature, and as initially elaborated by Viktor Frankl, one of the seminal influences in the field of meaning in psychological thinking (3, 14-16).

GROUP INTERVENTIONS FOR CANCER PATIENTS

The desire to improve the psychological and emotional quality of life of people with cancer illness has been gaining momentum over the last few decades as medical advances have enabled people to live far longer than in the past. Rather than focus on general therapeutic change, as many group interventions with medically healthy individuals do, group interventions for cancer patients tend to focus specifically on issues rising from dealing with their illness, including education, coping, and support (17). Despite this apparent limitation, however, they cover a broad range of pragmatic and/or existential issues, including educational forums, lessons in symptom management, cognitive-behavioral psychoeducational groups, supportive-expressive existential groups, as well as various combinations thereof.

Cunningham and Edmonds recommend choosing from a hierarchy of options ranging from those requiring the least active participation (i.e., the receiving of factual information) to the most (spiritual/ existential), based on the particular needs of the individual (18). Empirical research on existential groups has tended to focus on patients with a diagnosis of breast cancer, leaving other populations potentially underrepresented in the research on these interventions.

Ali and Khalil (19), e.g., found that a teaching session focused on concrete issues involved in surgical procedure (including a visit from someone who had previously undergone the procedure) was enough to help patients with bladder cancer cope with surgery. Sessions were less than one hour in length, and resulted in decreased anxiety up to the third postoperative day. Johnson (20), in his "I Can Cope" group sessions, extended the range of education to include such broader issues as coping with daily health concerns, communication, self-esteem, and living with limitations set by one's illness. Patients undergoing this intervention also reported decreased anxiety after the intervention, as compared with matched controls.

Many psychoeducational groups were modeled after the Omega Project, with its behavioral emphasis on teaching coping skills, including the use of illustrated problem cards to guide discussions (19, 21, 22). These interventions usually comprise approximately six sessions of one and one-half to two hours duration. They emphasize education, stress management, problem-solving, and support. The active coping style fostered by such groups has been found to be more beneficial to cancer patients than a passive or avoidant one (21, 23). Participants in psychoeducational groups also have reported decreased psychological distress and better quality of life compared with controls (21, 24).

Cain et al. (25) compared individual and group methods of thematic counseling, and found no differences in their effectiveness for cancer patients, but found significantly improved coping for both groups compared with controls. Yalom (26), however, suggested that groups offer benefits not available in individual settings. These include a sense of universality among otherwise isolated people who may feel shunned because of their illness, a feeling of helping oneself by helping others, hopefulness fostered by seeing how others have coped successfully with difficult issues, and a general sense of belonging to a larger group. He developed a program of existential supportive-expressive group psychotherapy for women with metastatic breast cancer, which was also adapted by Spiegel and his colleagues (27, 28). Groups had an unstructured open format, and generally met once weekly for one year, or, in some instances, two years. Special sessions were also included to teach relaxation and autohypnosis for pain. In addition to helping women deal with the disfiguring aspects of their illness, the authors' stated objective was to focus on living in the context of dying, and to foster patients' authentic processing of their situations.

Similar to the findings of the psychoeducational group research, Spiegel and his colleagues found that when the intervention ended, patients who had participated exhibited less distress in the form of

tension, fatigue, and confusion, as well as less pain when compared with no-treatment control groups. While follow-up psychological measures were not taken, Spiegel found ten years later that group members also lived significantly longer than control subjects (29). This latter finding, however, has been the subject of some debate (30, 31).

Kissane and colleagues (32) combined aspects of Spiegel's model with a cognitive intervention for women in the earlier stages of breast cancer. Groups of six to eight patients met over a six-month period. Topics for discussion included grief work, coping skills, mastery, cognitive reframing, and the reordering of priorities. The authors suggest that their therapy is better suited for patients with early disease, for whom cure or survival is a realistic possibility, while groups with greater emphasis on existential issues and less on cognitive processes might be better suited to people with late-stage cancer. Edelman and colleagues (33) applied a more purely cognitive model of group psychotherapy, with a focus on reframing irrational beliefs. However, they found this difficult, as many of the fears of cancer patients were not irrational but realistic, especially at later stages of disease.

Despite the relationship of a sense of meaningfulness to psychological well-being, meaning is not usually a focus of outcome research on cancer-patient psychotherapy groups. Rather, most of the outcome research tends to focus on symptom-based measures, particularly anxiety and depression, as well as measures of general mood states, such as the Profile of Mood States. There has been some criticism that empirical research has been hampered by too narrow a focus on the possible negative psychological sequelae of cancer without a concomitant discussion of the potential for positive psychological states as well (7,8). Indeed, in at least one study in which no differences between group members and control subjects were found on paper-and-pencil tests, clinical differences were observed by therapists (34). The authors suggest the possibility that these measures simply are not sensitive enough to the range of possible positive group outcomes.

LOGOTHERAPY AND CANCER

While there has been some attempt to specifically incorporate Frankl's existentialist system of logotherapy into a group context with both ill and well participants (35, 36), this work generally has not been extended to cancer patients. Zuehlke and Watkins (37), however, adapted individual logotherapy to patients with terminal illness, meeting for six individual sessions over a two-week period. Their aim was to shift attention from dying onto areas of life that provided meaning. They did

this in part by fostering a sense of temporal integrity between past, present, and future. Sessions spanned the time continuum, with earlier sessions focusing on the past, middle sessions on the present, and later sessions emphasizing the future. Patients who participated experienced a stronger feeling of purposefulness and meaningfulness than controls, as measured by the Purpose in Life Test (38).

MEANING-CENTERED GROUP PSYCHOTHERAPY

The ultimate goal of the proposed intervention is to help men and women with advanced cancer focus on what has been, and can still be, meaningful in their lives given their circumstances, and to further develop their ability to reframe their experience from that of dying to that of living despite the threat of dying. A description of the intervention has been manualized and is in the process of being empirically tested, and, as of this writing, recruitment of patients has begun.

Groups will meet for eight ninety-minute weekly sessions. Possible sources of meaning will be explored through the combination of:

1. didactic teaching of the philosophy of meaning on which the intervention is based;
2. experiential exercises and homework assignments; and
3. open-ended discussion, which may include interpretive comments by group leaders. Participants are encouraged to prepare for the group by reading some of Frankl's work, particularly Man's Search for Meaning (3), before the first session.

Topics to be covered within the sessions include definitions of the concept and sources of meaning, the historical context of life, the effect of limitations on meaningfulness, and the importance of responsibility, creativity, love, and humor in finding potentially transcendent perspectives on one's situation. Notes on the didactics also are to be included as handouts for group members to refer to later. It is important to note that, rather than being viewed as passive recipients of group leaders' wisdom, group members are seen as responsible for using the group and helping each other to discover the sources of meaning in their lives. It has been suggested that it is in part this sense of altruism that is responsible for the therapeutic value of groups in this population (26).

THE CONCEPT OF MEANING

Though there has been some empirical research into the area of meaning, especially as it relates to individuals experiencing loss or terminal illness, this work has been hampered by fragmentation due to the variety of its conceptualizations and

operationalizations (4). Our use of the term is similar to Reker and Wong's definition of meaning, i.e., as, "the cognizance of order, coherence and purpose in one's existence, the pursuit and attainment of worthwhile goals, and an accompanying sense of fulfillment" (39, p. 221). Of the cognitive, motivational and affective components they describe, Reker and Wong view the cognitive component as the most essential, and empirical research has focused primarily on the elucidation of these processes (4). It should be noted as well that the concept of meaning is distinct from religiousness; while one's sense of order may derive from a predisposing belief in the existence of God, it is also possible to perceive order or purpose in the natural order without such a predisposing belief system.

The purpose of the group's early sessions is twofold. First, the concept of meaning is explored and concretized for participants. Second, group leaders introduce the concept of cognitive reframing of difficult or traumatic experiences, whereby potentially positive experiences are not precluded by one's cancer illness. Meaning, as it is used here, is a concept of some specificity - understanding what made those particular experiences meaningful for those individuals helps them to learn what it is that they value and wish to make a priority of in their lives now. They begin to do this through a combination of experiential exercises and open discussions of meaningful instances both before and after cancer illness.

SOURCES OF MEANING

Frankl suggested three basic sources for a sense of meaning--creative, experiential, and attitudinal (3).

Creativity

The first is the actualization of creative values, a concept similar to Erikson's (40) description of generativity. Examples are work or artistic pursuits, as well as causes in which one can be active. Park and Folkman (4) suggest that advocacy is a particularly common route to finding meaning for people suffering from traumatic loss or illness.

Experience of Relationships and Beauty

The second source of meaning concerns the actualization of valued experiences or "encounters," or what Samuel Beckett refers to as, "...the beauty of the way. And the goodness of the wayfarers" (41, p. 11).

A primary example is the experience of love for others. Thus, a number of studies (8, 42) suggest that social support is one of the most important variables associated with good adjustment to cancer. The support of family and friends is found to be both a facilitator of coping with illness and an outcome of it, and patients endorse deepening relationships as the most frequent positive aspect

of their illness.

Another instance of meaning through experience relates to the ability to appreciate beauty in nature or art. Something as simple as seeing a beautiful flower or sunset, or experiencing a kindness from another person can be enough for a phenomenological sense of connectedness and meaning (43, 44). Frankl (3), for instance, eloquently described moments when he and his fellow inmates experienced the beauty of the mountains of Salzburg or a particularly vivid sunset. They found solace in the fact that whatever their individual fates, the beauty of nature, of which they were a part, would continue. They further seemed to find a meta-cognitive solace in the idea that their continued ability to appreciate moments of beauty transcended the dehumanization of their situation. Sometimes, prisoners put on a cabaret show, and other prisoners attended despite their intense fatigue or the fact that they might miss their daily portion of food by going.

A related topic is humor, which helps one to rise above difficult circumstances. Rather than melding with something larger than oneself, humor often requires looking at one's situation from a distance, and separating oneself from it. Humor, therefore, has an important place in the group as it helps to foster a safe atmosphere in which to discuss very difficult topics (28). Being able to find and express humor is an important way of feeling one's own presence in the world, and can also help one define one's own values, especially when thematic connections to other discussions are noted.

Group participants will be encouraged to explore concretely these kinds of experiences in their daily lives, whether they are instances of creativity, love, beauty, nature, or humor. These will be elaborated in a number of ways, including the details of the immediate experience, how these moments may have been experienced differently as a result of having cancer, as well as possible transcendent aspects of the experience.

Attitude and Fortitude

The third source of meaning is the attitude with which one bears suffering that is unavoidable. The initial reaction to encountering a crisis, such as illness, is likely to be an appraisal of what if anything can be done to alleviate the situation (11). If the situation is unchangeable or severely limited in its modifiability, one can exert control through adapting one's attitude to this new reality (4).

Similar to Linehan's concept of turning lemons into lemonade (45), Frankl suggests that the one freedom left to the individual is the freedom to choose one's attitude in bearing one's suffering.

The attitude taken toward one's suffering, toward a fate that cannot potentially be changed, could refer to

many things. For instance, it might include being a role model for coping with one's suffering (27), or experiencing suffering as a catalyst for changing some aspect of one's life (9). In other words, once it has been determined objectively that they do not have the control to remove the source of their suffering, people may reframe it and explore for what purposes it might be used at this point in their lives. Park and Folkman find that changing the meaning of the problem is the most common method of coping in such situations (4). Finding meaning in the loss of a child, for instance, was related to well-being both at the time of the crisis and one year later (13). People cite the impetus to change their priorities, learn about what is truly important to them, and gain a new perspective (44). For some, a sense of meaning can be derived from the fact of being able to cope with crisis in a way one considers dignified (11). In addition, Thompson et al. (46) found it was this kind of control - the belief that one has some control over one's emotional reactions--rather than the ability to control the course of disease - that was related to successful coping.

MEANING AND THE HISTORICAL CONTEXT OF LIFE

People live in a historical context--there is a story to our lives. In one sense, we are the lead characters, with the people around us in supporting roles, and with scenery, plots, and lessons learned. In another sense, though, we may choose to cast ourselves in the supporting role, focusing on what others mean to us and need from us (14). Let us allude again to Nietzsche's aphorism: "He who has a why to live for can bear with almost any how" - this why springs out of who one is, one's values, both realized and not, and one's goals.

Recognizing that one has already achieved important goals can be a buffer against despair (47). In addition, telling one's story connects one with the people around him or her, a connection that may be maintained whether they are physically in each other's presence or not.

Thinking about the story of their lives helps participants to further reflect back on what they have found meaningful or joyful, which concrete tasks they have undertaken and which remain to be undertaken (37). These tasks can be in any realm--stories to write, children to care for, lessons to learn or teach, relationships to attend to, artistic endeavors, such as painting or sculpture, etc. Meaning can be found in the very act of bearing witness to the events of one's life.

The key element of such tasks is that they be meaningful to the person setting out to fulfill them.

It is expected that an autobiographical stance may arise spontaneously in group members. In addition, they will be encouraged to complete

autobiographical exercises both within the group and at home with family members (18). People who have become ill and caught up in their treatment and/or disease often lose track of the continuity of their lives since before the onset of their illness (48). Participants are therefore encouraged to view the shaping of their remaining time both from the perspective of their lives up to this point, and their hopes for the other people in their lives. Particularly important are continuing themes and those aspects of participants' stories that seem fruitful for formulating specific and realistic goals and projects (28, 43). These should be concretized to the extent possible, even in cases where goals involve more abstract areas, such as repairing a problematic relationship. As Zuehlke and Watkins (37) suggested, having a sense of temporal continuity can help remind people of what has been joyful in their lives, and what may still continue to be so.

As is explored further in future sessions, most important are self-transcendent goals - goals that involve others on whom to focus.

Thus, one possible focus is on those life lessons members may want to pass on to loved ones.

LIMITATIONS AND REALIZING ATTITUDINAL VALUES

The knowledge of the finiteness of life may be responsible in part for the need people have for a sense of meaning or purpose, and learning to cope with limitations is what allows us to appreciate those things that we do have (15, 39). Viktor Frankl, for instance, viewed his own experiences during the Holocaust as tests of his inner strength, and he later looked back on his ability to cope in such desperate situations with a feeling of pride and accomplishment (3).

Recognizing limitations also challenges people to make the most of the time they have. Frankl uses the metaphor of a sculptor hammering away at an as-yet unshaped stone. Knowing that he has a limited amount of time to finish his work, while not knowing when exactly the deadline will be, forces him to use his time as best he can and make the most of every moment. The group itself can be used as a concrete embodiment of this fact, as the group is finite as well, and knowing this can serve as a catalyst for using the allotted time in the most productive manner. Processing the finiteness of the intervention, therefore, will be an important part of the therapeutic work of the group.

Fantasies about death and its aftermath, both for the person who has died as well as for his or her survivors, will be encouraged. Further exploration will include moments in the past when participants may have felt that they could not go on living, as well as what aspects of life still felt meaningful despite or because of their illness.

Much of the ultimate goal is to put suffering and death in a larger context, as part of ongoing life. For one thing, discussion of death is important to its detoxification (26); for another, feeling like part of something larger than oneself allows one to cope with death by seeing it not as an entrance into oblivion, but instead as part of a larger living community that in its continuity keeps a part of the person's spirit alive. This is most easily seen in families that continue after the death of loved ones, but also in works left behind, other people whose lives have been affected by group members, possibly even people one meets at the very end of life.

RESPONSIBLENESS AND TRANSCENDENCE

Meaningfulness is not something that can be taken for granted, but is instead something one achieves or imposes, much the same way Bartlett's (2) subjects imposed it on the to-be-recalled material. It is through such an achievement or imposition that one can experience a sense of transcendence, the feeling of being able to rise above one's situation through being part of something greater than oneself. Thus, Folkman (43) found that bereaved caregivers of men who had died of AIDS associated positive mood states with the feeling of being part of a higher purpose or order.

The role of responsibility can be seen as central to the experience of meaning (3, 14, 15). First, it is the individual's responsibility to discover a sense of meaning, to recognize those tasks for which he or she may be irreplaceable, and to ask what life is expecting of him or her at this time. Second, feeling a sense of responsibility to others and having a task before one may also help to transform one's own suffering. For example, in their classic study of geriatric patients, Judith Rodin and her colleagues (49) found that even a simple task having to care for a plant--significantly increased the quality of life for nursing-home residents, including not only their psychological well-being but their physical health as well.

Suffering may enhance one's sense of empathy and the desire to help others. There may also be therapeutic value in this kind of personal altruism. In contrast with the sense of isolation that may come with cancer illness or treatment, Yalom emphasizes the reparative function of modeling for, and learning from, one another in the psychotherapy group setting (26, 50). Thus, Professor Morris Schwartz, the subject of Tuesdays with Morrie, takes particular comfort from his ability to use his debilitating illness to teach his student important life lessons (51). This sense of responsibility can also emerge from professional goals (i.e., actualizing creative values). Frankl, for instance, felt that one of the things that

helped him to cope with and ultimately survive his concentration-camp experience was his responsibility to publish the manuscript that was destroyed upon his arrival there, and to lecture at universities about the psychology of the concentration-camp experience.

Some exercises, therefore, will focus on individuals' sense of responsibility, to whom and for what they may feel responsible. Participants further elaborate their goals and tasks, as informed by the themes of previous sessions. This may include the use of cognitive restructuring, as there is potential for one's suffering to be part of one's "task," for example, modeling for others, supporting other patients, teaching medical personnel, etc.

Whether pursuing creative goals and experiential values or reframing one's attitude, one may attain a sense of meaning in part through transcendence. In other words, one may feel transported and experience oneself as a part of something bigger than one-self. This transcendent perspective may be easier for people who are religious, as they may be more likely to see themselves in a larger context, in which God has selected a place and role for them. For nonreligious people, however, this perspective may come from feeling spiritually like a part of something larger - one's family, community, profession, the natural order, etc. It should be kept in mind that religiousness is here thought of as an active mentality - that of viewing oneself as having responsibilities before God, rather than a passive one of waiting for God to act on one's behalf. Similar to the findings regarding an active coping style, Holland et al. (23) found that it was this active religious attitude that was correlated with increased coping, rather than the passive one.

COUNTERTRANSFERENCE

Group leaders are provided with a detailed manual for facilitating groups, in order to standardize the treatment for future research. However, as Spiegel and Spira note (28), there are important countertransference issues that arise when working with terminally ill individuals, and that cannot be handled according to a formula. This is particularly true of interpretations based on cognitive reframing, where there is the potential for the therapist to be experienced as authoritarian or dismissive, a criticism that has been leveled at Frankl himself (26). Cognitive restructuring can deteriorate into a patronizing game whereby the facilitator simply imposes a more positive spin on a participant's attitude, or imposes his or her own meaning on group members' experiences. It is important, therefore, to highlight aspects of group members' own experiences that are consonant with a sense of meaningfulness rather than imposing one's own

theories on them.

Death anxiety inevitably will affect group leaders over the course of the intervention, as we are all subject to the same existential fears, albeit perhaps not as urgently. In addition to being dismissive, group leaders may find themselves disengaging from or over-identifying with participants as defenses against this kind of anxiety. Thus a period of apprenticeship training and/or concurrent supervision may be valuable in helping therapists recognize the effect group members may have on them.

The possibility of being strongly affected by group

members should not be surprising, as the consistent theme in this intervention, and in the work on which it is based, is the human need for connectedness - with other people or aspects of life, as well as in one's own sense of temporal continuity. The sense of meaning or purpose may in fact derive from this transcendent feeling of being connected to a larger whole. It is our hope to help foster this sense in those cancer patients who feel they need help in making the most of the very limited choices they may be offered.

Acknowledgment: The authors wish to thank Dr. Marguerite Lederberg for her helpful comments.

REFERENCES

- (1.) Morris W (Ed.), (1969/1976). American heritage dictionary of the English language. Boston, MA: Houghton Mifflin Publishing Company.
- (2.) Bartlett FC (1932). Remembering. Cambridge, England: Cambridge University Press, (p. 84).
- (3.) Frankl VE (1959/1992). Man's search for meaning, 4th edition. Boston, MA: Beacon Press.
- (4.) Park C, & Folkman S (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1, 115-144.
- (5.) Lerner MJ (1980). The belief in a just world.: A fundamental delusion. New York: Plenum.
- (6.) Moadel A, Morgan C, Fatone A, et al. (1999). Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically diverse cancer patient population. *Psycho-oncology*, 8, 378-385.
- (7.) Fromm K, Andrykowski MA, & Hunt JW (1993). Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 221-240.
- (8.) Andrykowski MA, Brady MJ, & Hunt JW (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. *Psycho-oncology*, 2, 261-276.
- (9.) Taylor SE (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- (10.) Davis CG, Nolen-Hoeksema S, & Larson J (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- (11.) Lazarus RS, & Folkman S (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- (12.) Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, et al. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-oncology*, 8, 417-428.
- (13.) McIntosh DN, Silver R, & Wortman CB (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 812-821.
- (14.) Frankl VE (1969/1988). The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy. (expanded edition). New York: Penguin Books.
- (15.) Frankl VE (1955/1986). The doctor and the soul. New York: Random House.
- (16.) Frankl VE (1975/1997). Man's search for ultimate meaning. New York: Plenum Press.
- (17.) Fawzy FI, & Fawzy NW (1998). Psychoeducational interventions. In J. C. Holland (Ed.), *Textbook of Psycho-oncology* (pp. 676-693). London: Oxford University Press.
- (18.) Cunningham AJ, & Edmonds CVI. (1996). Group psychological therapy for cancer patients: A point of view, and discussion of the hierarchy of options. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26, 51-82.
- (19.) Ali N, & Khalil H (1989). Effects of psychoeducational intervention on anxiety among Egyptian bladder cancer patients.

Cancer Nursing, 12, 236-242.

(20.) Johnson J (1982). The effects of a patient education course on persons with a chronic illness. *Cancer Nursing*, April, 117-123.

(21.) Fawzy FI, & Fawzy NW (1998). Group therapy in the cancer setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 191-200.

(22.) Worden J, & Weisman A (1984). Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 6, 243-249.

(23.) Holland JC, Passik S, Kash KM, et al. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-oncology*, 8, 14-26.

(24.) Telch C, & Telch M (1986). Group coping skills instruction and supportive group treatment for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 54, 802-808.

(25.) Cain E, Kohorn E, Quinlan D, et al. (1986). Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, 1, 183-189.

(26.) Yalom ID (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

(27.) Spiegel D, Bloom J, & Yalom I (1981). Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38, 527-533.

(28.) Spiegel D, & Spira J (1991). *Supportive-expressive group psychotherapy: A treatment manual of psychosocial intervention for women with recurrent breast cancer*. Stanford, CA: Psychosocial Treatment Lab, Stanford University School of Medicine.

(29.) Spiegel D, Bloom J, Kraemer, H, & Gottheil, E. (1989). Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 14, 888-891.

(30.) Fox BH (1998). A hypothesis about Spiegel et al.'s 1989 paper on psychosocial intervention and breast cancer survival. *Psycho-oncology*, 7, 361-370.

(31.) Goodwin PJ, Pritchard KR, & Spiegel D (1999). The fox guarding the clinical trial: Internal vs. external validity in randomized studies. *Psycho-oncology*, 8, 275.

(32.) Kissane D, Block S, Miach P, et al. (1997). Cognitive existential group therapy for patients with primary breast cancer--techniques and themes. *Psycho-oncology*, 6, 25-33.

(33.) Edelman S, Bell DR, & Kidman AD (1999). A group cognitive therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 8, 295-305.

(34.) Edmonds CVI, Lockwood GA, & Cunningham AJ (1999). Psychological response to long-term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 8, 74-91.

(35.) Lazer E (1984). Logotherapeutic support groups for cardiac patients. *The International Forum for Logotherapy*, 7, 85-88.

(36.) Quirk JM (1979). Finding meaning everyday. *The International Forum for Logotherapy*, 2, 15-22.

(37.) Zuehlke TE, & Watkins JT (1975). The use of psychotherapy with dying patients: An exploratory study. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 729-732.

(38.) Crumbaugh JC (1968). Cross-validation of Purpose-in-Life Test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*, 24, 74-8.

(39.) Reker GT, & Wong PT (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In J. E. Birren & V. L. Bengtson (Eds.), *Emerging theories of aging* (pp. 214-246). New York: Springer.

(40.) Erikson E (1950/1993). *Childhood and society*. New York: W. W. Norton and Company.

(41.) Beckett S (1954/1982). *Waiting for Godot*. New York: Grove Press.

(42.) Curbow B, Somerfield MR, Baker E et al.(1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 423-443.

(43.) Folkman S (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.

(44.) Schaefer JA, & Moos RH (1992). Life crises and personal growth. In B. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research*

and application. Westport, CT: Praeger.

(45.) Linehan MM (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

(46.) Thompson SC, Sobolew-Shubin A, Galbraith ME, et al. (1993). Maintaining perceptions of control: Finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 293-304.

(47.) Thompson SC, & Janigian AS (1988). Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 260-280.

(48.) Viederman M (1983). The psychodynamic life narrative: A psychotherapeutic intervention useful in crisis situations. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 46, 236-246.

(49.) Rodin J, & Langer EJ (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 897-902.

(50.) Yalom ID, & Greaves C (1977). Group therapy with the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 134, 396-400.

(51.) Albon, M. (1997). *Tuesdays with Morrie: An old man, a young man, and life's greatest lesson*. New York: Doubleday Press

~~~~~

Mindy Greenstein, Ph.D., Fellow, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Memorial Sloan Kettering Cancer Center

William Breitbart., M.D., Chief, Psychiatry Service, Memorial Sloan Kettering Cancer Center

-----

Source: *American Journal of Psychotherapy*, Fall2000, Vol. 54 Issue 4, p 486, 15p. Item Number: 3811809

## 'OP ZOEK NAAR DE DROMER' (VERVOLG)

OP PAGINA 8 VINDT U DE EERSTE DROMEN. NA OEFENING VAN DE KORTE CASUS KUNT U IN DIT VERVOLG NADERE INFORMATIE EN NIEUW MATERIAAL VINDEN. ENKELE BENADERINGEN VAN DROOMDUIDING ZIJN VOOR UITWERKING BESCHIKBAAR GEMAAKT.

### EXISTENTIALISME - THEMATA: DOOD, EENZAAMHEID, ONZEKERHEID, ZINLOOSHEID

(voor de behandeling van de themata verwijs ik naar de *Yalom-special van het Bulletin - jaargang 10/1, maart/april 2000*)

Patiënt heeft een half jaar geleden het besluit genomen zijn accountantsbureau te verkopen en met pensioen te gaan. Existentialistisch gezien is dat één van de mijlpalen in het bestaan. Niet alleen in positieve zin, het is immers ook een belangrijk stuk van je leven afsluiten en op de dood toegaan. Dit laatste gegeven wordt door de patiënt heftig ontkend ('Daar heb ik juist voor gewerkt!')

### MET YALOM NEMEN WIJ HIER DRIE VERSCHILLENDE PERSPECTIEVEN IN BIJ DE DROMENDUIDING:

\* het *existentiële* gezichtspunt (met de nadruk op de ontologische angst die was opgewekt door het passeren van een belangrijke mijlpaal in zijn leven);

- \* het *Freudiaanse* gezichtspunt (met de nadruk op oedipale angst die tot gevolg had dat de geslachtsdaad werd verbonden met primitieve, rampzalige angst) en
- \* het *communicatieve* gezichtspunt (met de nadruk op de verstoring van het dynamische huwelijksleven door recente gebeurtenissen).

De dromen op pagina 8 zijn het gevolg van een (te) snelle doorbraak van inzicht in de eigen existentiële vragen. De weerstand bleek niet voor niets. Nu deze doorbraak ineens plaatsvindt betekent dat een fikse confrontatie van patiënt met zijn eigen doodsangst.

De boodschap: Het is te laat. Het is niet mogelijk je huis 's nachts te verbouwen, om de koers die je hebt uitgezet te veranderen juist nu je je voorbereidt de zee van de dood binnen te gaan. Ik heb nu de leeftijd van mijn moeder toen ze stierf, aldus patiënt. Ik haal haar in en ik besef dat de dood onvermijdelijk is. Ik kan de toekomst niet veranderen omdat ik door het verleden wordt ingehaald.

Patiënt was misschien te snel gegaan. In het begin was hij een man geweest zonder inzicht: hij kon en wilde zijn blik niet naar binnen richten. In de betrekkelijk korte periode van acht maanden had hij enorme ontdekkingen gedaan.

Nu zijn ogen waren geopend voor de existentiële feiten van het leven worstelde hij met de onvermijdelijkheid van de dood en zijn onvermogen zichzelf te redden. Eerst was hij verlangend om te zien, maar al spoedig maakte zijn geestdrift plaats voor een diep gevoel van spijt. Hij treurde om zijn verleden en om zijn op handen zijnde verliezen. Maar het meest van alles treurde hij om de uitgestrekte lege ruimten in zijn leven: het ongebruikte potentieel in hemzelf, de kinderen die hij nooit had gehad, de vader die hij nooit had gekend, het huis dat hij nooit had gevuld met vrienden en familie, een leven van werken dat meer betekenis had kunnen hebben dan het vergaren van te veel geld.

Hij was te ver afgedwaald. Hij was verder gegaan dan zijn toevoerblijven konden reiken en hij werd nu van alle kanten aangevallen: het verleden was duister en niet meer terug te halen en de toekomst was afgesloten. Het was te laat: zijn huis was gebouwd, zijn laatste examenboekje ingeleverd. Hij had de sluisen van het bewustzijn opengegooid alleen om nu overspoeld te worden door doodsangst.

Soms wordt doodsangst als banaal afgedaan vanwege zijn universaliteit. Wie weet tenslotte niet dat hij zal sterven en wie is er niet bang voor de dood? Toch is het heel wat anders om te weten dat mensen eenmaal gaan, om gedachte met de n t e en en te ren, dan bang te voor je dood en angst tot in het diepst van je ziel te voelen. Dit bewustzijn van de dood is een gruwelijke ervaring die men maar zelden in zijn leven meemaakt, soms maar één of twee keer. Patiënt had die ervaring nu nacht na nacht.



De dromen die hier bij passen zijn:

#### DROOM III

*Ik had nieuwe meubelen het huis binnengebracht, maar toen kon ik de voordeur niet dicht krijgen. Iemand had daar iets geplaatst om de deur open te houden. Toen zag ik tien of twaalf mensen met bagage voor de deur staan. Het waren kwaadaardige, afschrikwekkende mensen, vooral een tandenloos, oud wijf met een gezicht dat me aan Susan Jennings (droom V) deed denken. Ze deed me ook denken aan Madame Defarge in de film Het Verhaal van Twee Steden; de vrouw die zat te breien bij de guillotijn terwijl de hoofden werden afgehakt.*

De boodschap: Patiënt is erg bang. Hij is zich van te veel, te snel bewust geworden. Hij weet nu dat de

dood hem wacht. Hij heeft de deur van het bewustzijn opengezet, maar vreest dat er te veel naar buiten is gekomen, dat de deur klemt en dat hij hem nooit meer zal kunnen sluiten. Er volgden snel angstaanjagende dromen met soortgelijke boodschappen:

#### DROOM IV

*Het was nacht. Ik zat hoog op een balkon van een gebouw. Ik hoorde beneden in het donker een klein kind huilen en om hulp roepen. Ik zei tegen hem dat ik zou komen omdat ik de enige was die kon helpen, maar toen ik naar beneden het duister inging, werd het trappenhuis steeds nauwer en de zwakke trapleuning brak onder mijn handen af. Ik durfde niet verder te gaan.*

De boodschap: Ik heb belangrijke delen van mezelf mijn hele leven weggedrongen: het jongetje, de vrouw, de kunstenaar, het naar betekenis zoekende deel. Ik weet dat ik mijn gevoel heb goedgeemaakt en veel van mijn leven ongeleefd heb gelaten. Maar ik kan nu niet in die gebieden afdalen. Ik ben niet opgewassen tegen de angst en de spijt. Patiënt treurt uiteindelijk om zichzelf, om de gekerkerde dromer, het kleine jongetje dat in het duister om hulp riep. Hij weet dat hij niet het leven heeft geleefd dat hij had willen leven. Misschien zou het nog kunnen. Misschien was er nog genoeg tijd om zijn leven opnieuw te schilderen op een groot, leeg doek. Hij begint de knoppen van geheime deuren om te draaien, om met een dochter te praten die hij nooit heeft gekend, om zich af te vragen waar verdwenen vaders heen gaan.

#### DROOM V

*Ik zag Susan Jennings. Ze werkte in een boekwinkel. Ze zag er neerslachtig uit en ik liep naar haar toe om haar te laten merken dat ik met haar meevoelde. Ik zei dat ik anderen kende, zes anderen, die zich net zo voelden. Ze keek naar me op en hoor gezicht was een afzichtelijke met slijm gevulde doodskop. Ik werd doodsbang wakker.*

Patiënt ziet seksueel falen als zijn probleem. Voor hem is dat juist de oorzaak van zijn migraine-aanvallen.

Voor Freud is het libido i.c. de seksualiteit juist vermomt en komt de angst in een andere gestalte. Misschien is tegenwoordig het omgekeerde evengoed mogelijk. Wij leven seksueel gezien veel meer in een open wereld. Na 100 jaar psychotherapie 'weten' patiënten waaraan gedacht wordt in de therapieën. Dus kunnen niet-seksuele angsten ook vermomt zijn als seksuele angsten.

(Nb. naar mijn idee stelt Yalom hier en daar te stellig dat Freud over de dood als fundamentele notie spreekt. Yalom meent dat hier ontkenning van Freud zelf zit, zie de Yalom-special).

#### DROOM VI

*De grond onder mijn huis was aan het smelten. Ik had een reusachtige drillboor en ik wist dat ik vijftien meter diep zou moeten boren om het huis te redden. Ik raakte een laag harde rots en werd wakker van de trillingen.*

Misschien dat niet-seksuele angst zich vermomt als

seksuele angst. De droom over de reusachtige drillboor had niet duidelijker kunnen zijn. De grond onder de voeten van de patiënt smolt (een duidelijke visuele verbeelding van verlies van zekerheden) en hij probeerde dat tegen te gaan door met zijn penis vijftien meter (dat wil zeggen vijftien jaar) diep te boren!

Het organisatie 'dreamteam' van Alcmæon  
v.l.n.r. Annemarieke, Luuk, Marloes, Lize en Iro

## LOGOTHERAPIE

Logotherapie is die vorm van psychologische en/of psychotherapeutische hulpverlening, waarbij de vraag naar een mogelijke bestaanszin van de cliënt centraal staan. De therapie werd in de jaren 1925-1945 ontwikkeld en klinisch gevalideerd door de psychiater-neuroloog prof.dr. Viktor Emil FRANKL. In 1990 is de methode volgens de Oostenrijkse Wet op de psychotherapie opnieuw Wetenschappelijk getoetst en als zodanig erkend. Het concept van de Logotherapie berust op de erkenning dat ieder mens een uniek geestelijk wezen is.

Dat wezen, dat er ten diepste en ten laatste naar streeft om 'lf en het eigen bestaan in een zinvol verband te begrijpen. Dit 'pen' is zowel intuïtief, cognitief, experiëntieel als gedragsmatig.

Waar de mens daar niet in slaagt, ontstaat gemakkelijk een 'ntiële frustratie'. Deze frustratie is de voedingsbodem voor 'i psychische, somatische en sociale stoornissen.

Voorbeelden hiervan zijn allerlei neurosen, depressiviteit, 'aliteit en verslaving. Maar ook het omgekeerde geldt: door een 'nden zinvol bestaan, ontstaan de energie en de moed om 'ische, somatische en/of sociale hindernissen te overkomen en 'zetten in geestelijke gezondheid, flexibiliteit en motivatie. Daar ligt dan ook het doel van de Logotherapie. Bovendien heeft deze integratieve psychotherapeutische methode ruimte voor alle persoonlijke kwaliteiten en erkent de methode uitdrukkelijk de waarde en betekenis van de persoonlijke levensovertuiging van de hulpvragende. FRANKL's inzet voor een rehumanisering van het post-moderne mensbeeld in de psychotherapie en het ontwerpen van een praktisch op elk gebied bruikbare methode van nuchtere medemenselijkheid in de hulp- en zorg verlening, leidde in 1989 tot de start van het Nederlands Instituut voor Logotherapie.



zichze  
'begrij

'existe  
allerle

crimin  
hervo  
psych  
om te

# REWRITING PROFESSIONALISM

## (DE PROFESSIONALS - HULPVERLENERS TUSSEN KWETSBAARHEID EN BEHEERSING)

### Summary

CHAIM VAN UNEN

#### PROFESSIONAL HELPING BETWEEN VULNERABILITY AND CONTROL

##### THE POST-MODERN SITUATION

In this study I will concentrate on the question of professionalism of helpers in the *psychodynamic* and *psychosocial* fields. The professionals concerned are social workers, psychotherapists and psychiatrists. In a number of interviews with of helping professionals the interviewees confirmed to a large extent the assumptions I developed in this book. The type of research that I applied is to be characterized as *qualitative* and *hermeneutic*. For an understanding of these types of professions it is important to understand the context in which they operate, which is a post-modern society. Among others two French philosophers are important for the development of my way of thinking: Jean Francois Lyotard and Emmanuel Levinas. The first, Lyotard, signals the downfall of the Great Stories, such as Socialism, Humanism, Christianity, Emancipation, etc. He describes the post-modern situation not as a crisis in society, but as a new situation, opening windows to new possibilities. He perceives post-modern society as a situation of new possibilities for (individual) freedom, because we are no longer patronised by the "Law of the Fathers". Of course many theories and ideologies still exist, but there is a plethora of them and none can claim ultimate truth or applicability. However on the other hand this new situation also confronts us with new problems, such as the need to make moral decisions. The ideological authorities who used to tell us how to decide on moral dilemmas and how to behave accordingly, are no longer unquestioned authorities. They are under heavy criticism and many people have lost their trust in them. As a consequence, people now often have to make their own decisions, and they are therefore confronted with a large variety of complications in all sorts of situations. This is very much the case in the three professional fields on which I concentrate in this study: psychotherapy, psychiatry and social work.

##### THE POSITION OF THE OTHER

The second important philosopher is Emmanuel Levinas. Some parts of Levinas' philosophy are crucial to the framework of my study. The core of this philosophy is the switch he suggests we make in our way of thinking about humanity: the switch from

*identity* to *otherness*. Levinas argues that we, in the western hemisphere, have been raised for centuries to think about, and to concentrate on, our identity. For us, becoming a good human being means: thinking about ourselves, reading about ourselves, studying and learning about ourselves and writing philosophy about the Self. The wonderful results of this 'philosophy of the identity' include also a number of cruel wars and millions of victims. Therefore Levinas says: 'let us now concentrate on the position of the Other'. Have we ever taken his position seriously? The opposite seems to be the case.

Otherness has been strange to us, the Other a stranger, making us feeling insecure, threatening our habits, our culture, our way of thinking and believing. Levinas helps us to make the switch to the position of the Other, but in a way that does not reshape the Other as being a part of one's Self, as a unit of one's frame of reference. Making the Other a part of my frame of reference facilitates my work, so that the Other can more easily be treated in a way which is familiar to me. 'No', says Levinas, 'the Other is a world by himself, a separate world, *'infini'*, endless in his way of being different from myself'. It is the 'difference' that is interesting and important. Searching for similarities might destroy his 'otherness of being'. But by accepting the difference and in respecting his Otherness, I give the Other the chance to become the one who 'is'. Even more, in acting according to Levinas' statement, I am unconditioned and *apriori* responsible for him, from the moment he looks into my eyes. I cannot escape this responsibility as long as I respect his 'infinitely different way of being'. These ideas would make an important contribution to helping professionals.

However, at least one remark has to be made. Where I state that self-reflection, looking critically at myself, is crucial, this seems to be in contrast with the importance of the alternate. Instead of concentrating on the position of the Other, I look towards myself. Levinas explains this quasi contradiction by using the metaphor of hospitality. The guest is invited into my home and I want to serve him in the best way. But how can I offer hospitality if my house is a mess, and if I have nothing to offer him? So, by decorating my house and organising it pleasantly, making sure I have sufficient food and drink, I will best be able to serve my guest.

##### THE POST MODERN CONTEXT

The reality of the post-modern context, described by Lyotard (supported by Harry Kunneman and Zygmunt Bauman as well as feminist philosophers such as the Italian/Dutch Rosi Braidotti and the French Luce Irigaray), in combination with Levinas' positioning of the Self in relation toward the Other, impels or even necessitates helping-professionals to practice *self-reflection*.

By self-reflection I mean a process of regular self-evaluation in order to be able to answer the question: who am I as a person? What are my motives for helping other people who are in need and hence dependent. What are my own needs, what are my desires, what are my strengths and what are my vulnerabilities. Do I myself need care? Do I need to project my own desires and deficiencies on the client? Does helping the other relieve my own problems? Or to put it the other way round: do I perceive a client as a source of income, as the basis of my living, or an object of methodical treatment?

Whatever the situation, all these possible factors should be considered, and reconsidered regularly, by the professional, during self-reflection. Self-reflection can be usefully practised as a functional way of evaluating and rewriting one's own professionalism, not only for the purpose of improving one's skills, but even more for the development of a helping attitude. This reflection on the self should be practised apart from learning analysis and other self-reflecting activities during the initial educational period.

The self-reflection I have in mind helps to develop an attitude of being open, alert, aware and attentive towards the position of the client as being the Other.

#### TECHNICAL RATIONALITY AND SELF-REFLECTION

However, there is also a second argument for self-reflection. In these days professionalization tends toward more control over and more management of the way in which psychodynamic and psychosocial help is rendered. Efficiency, efficacy and *technical rationality* are enjoying a large amount of interest, resulting in a desire to design protocols in all fields of psycho-dynamic and psychosocial help. In many casus psychiatrists as well psychotherapists and social workers are open to more specialized treatment techniques and strive for a more scientific approach. The introduction and application of technical rationality in the helping fields, extensively described by e.g. Donald Schön, might be successful in developing a diversity of methods and instrumental approaches.

However, on the other hand I see (as a result of this trend) a widening gap between professional and client. This seems to put the client in the role of an object for treatment, thus weakening the relationship between helper and client. As a result the professional is unable to come closer to the Other, worse the opposite is more probable.

Relying on the technical rationality approach

strengthens professional helpers in the tendency as it were to adapt the Other (the client) in terms of one's own (professional) frame of reference. The belief in a linear approach from diagnosis to the realization of the set goals suggests a successful way to efficient help. However, the success of this belief is doubtful. Certainly the study of scientific knowledge and means is necessary, but consistent and well-considered critical self-reflection does not add less to the maintenance and improvement of one's professional quality. This self-reflection can be performed individually, and it is advisable to practice it also in an interactive setting among colleagues, as through supervision and intervention. This kind of 'self-education' can be as valuable as to participation in seminars, courses, symposiums, etc., in terms of one's professional skills and knowledge.

These considerations lead me to the main part of my proposition:

Helping-professionals pretend to know better what is good for the other person who seeks psychodynamic or psychosocial help. The helping-professionals, considering themselves entitled and professionally adequately skilled to interfere in the disturbed life of someone seeking help and therefore dependent and vulnerable, have the professional obligation to question themselves critically and regularly in order to evaluate whether their working method and motivation are still honest and correct.

#### NORMATIVE PROFESSIONALISM

The post-modern character of society confronts the professional world of helping with the need for new variations in professional thinking. Where the dominant ideas lost their unquestioned and obvious authority, the individual helper has to decide in many problematical situations what is best for the client. As a consequence, decisions have to be made by the professional on his or her own, choosing between two, sometimes even opposing, possibilities or impossibilities. These might be: keeping distance from or coming closer to the client, avoiding counter-transference or deliberately making use of it, approaching the client with strictly scientific methods or using one's personal sensitivity and common sense in solving a given situation. Frequently more than one of the possibilities might be appropriate practice, but occasionally neither is possible. In spite of these complications decisions have to be made.

Kunneman, for this reason, developed the concept of normative professionalism, by which he means: in situations where solutions cannot be taken from elsewhere (prescribed rules and values) the professional has to decide on the basis of his or her own norms and values.

For example, let us introduce the question of friendship between a psychiatrist and a young patient, a case which I discussed in the book. Is the helper, for



the sake of establishing the conditionally good relationship, allowed to offer hospitality to this patient/client outside the clinical setting at his private home? Or is he then crossing a professionally forbidden border? And what might happen if this border crossing were to help? His professional code still forbids him from acting this way.

Or, in another situation, what should the social worker do if he realizes that a client he has been working with for a long time needs psychotherapeutic help? The worker himself is not licenced to practice psychotherapy, and the client definitely refuses to accept help from anybody else. He threatens to commit suicide in that case. Professional helpers have to gather information and decide on their approaches individually. There is hardly any authority or textbook that can pass on to the helper norms, or even offer indications of how to proceed.

### SELF-REFLECTION AS A LEARNING PROCESS

Of course there are risks in making one's decision on the basis of personal values and norms, but in many cases there is no other way to proceed. This, being almost daily reality, characterises the helping profession as an example of what Schön calls a "reflective practice". The word 'reflective' here means interactive; colleagues criticizing each others practical performance by offering feedback. I support this position. Normative professionalism is a concept that is best executed in a social, co-operative and interactive relation among colleagues. However, self-reflection is more. Not only may self-reflection explicitly lead to a learning process, self-reflection also should precede the practice of colleagues supporting each other. The concept of normative professionalism shows perfectly why individual and personal self-reflection as an attitude has become a condition of professional quality. The professional helper should have sufficient insight and self-knowledge, and should know his strengths as well as his personal vulnerabilities. Otherwise decision making in critical situations is not possible so as best to serve the clients interest. Such interaction presupposes colleagues with self-knowledge.

But there is one hold that helping professionals can use. It is Levinas' statement of my responsibility for the other as Other. He reasons that we are always responsible for the Other. He argues that when I meet somebody, I always have to choose between two possibilities: either to adapt the other within my personal frame of reference, or to leave him as he is, as the Other, as totally different from me. Accepting this responsibility can function as the landmark for helping professionals in dilemma situations that call for a decision.

Once the reflective attitude has come about, the learning process among colleagues is supposed to

be much more successful. Self-reflection should therefore also, and in the first place, be exercised individually. In the last chapter there is a long list of questions to stimulate self-evaluation. These questions should not to be interpreted as a 'method' of self-reflection, because everyone has his own questions to answer. I am certainly not in a position to prescribe how self-reflection 'should be done'. One important part in the process of self-reflection is the question: which questions do I ask myself, and which do I avoid answering. Although self-reflection is a personal matter, colleagues may criticize each other and exchange constructive advice and support. Self-reflection is a crucial part of a double loop learning process in which a professional should be involved, both individually and as part of a group of colleagues. This learning process is an ongoing one which in fact never stops.

Last but not least, just self-reflection and learning are not only a heavy burden; but at the same time a joyful event. Two results from the whole procedure are worth mentioning.

Self-reflection produces an attitude of greater awareness and openness to the Other. By accepting my responsibility to leave the Other as he is, as he chooses to express himself in being totally different from myself, my life is enriched. I encounter somebody who can enlarge and enrich my small personal and professional world. Therefore self-reflection is for our mutual benefit. Moreover it is the learning process that also enriches my life. I gain new insights, perhaps become sadder, but also wiser; and it establishes good relations between colleagues in the field of helping. Better and more open communication is an enjoyable event and provides support in all the situations where I am alone as a 'normative professional'.

### REWRITING PROFESSIONALISM

Developing one's professionalism does not mean striving for a stable situation where characteristics are to be summarized in definitions and structures. Professionalism is a given concept that is a product of several factors, including one's own attitudes, opinions, changing insights, growing experiences, and last but not least the interaction with the professional environment. The concept of professionalism therefore needs to be critically evaluated and reflected by the professional himself. In other words, it would be wise regularly to rewrite one's professional concept. Confrontation with the client, being a totally different Other, the impulses and challenges from the post-modern situation, the variety of possibilities, the need for making decisions which can hardly ever be repeated in other situations, lead to the need for a creative and flexible concept of professionalism. The professional's vulnerability protects him from a hardening and closure of the mind and forces him to deal with the challenges presented to him.

Titel: De Professional - Hulpverleners tussen kwetsbaarheid en beheersing  
 auteur: Chaim van Unen  
 ISBN: 90-5166-771-X  
 aantal pagina's: 232  
 formaat: 16 x 24 cm  
 bindwijze: genaaid, gebrocheerd  
 prijs: f 45,-  
 Uitgeverij: Eburon bv, tel. 015 - 213 14 84 / telefax 015 - 214 68 88

De titel bleek voor mijn gangbare boekhandel moeilijk te bestellen - via de uitgever is het geen probleem.

## VIGNET 'OP ZOEK NAAR DE DROMER' (SLOT)

### FREUD - PSYCHOANALYSTISCH

Freudiaans kunnen we stellen dat hier sprake is van een soort verlaat oedipus-complex. Dat wil in dit geval zeggen dat patiënt (ongewild?) de rol van de vader ten opzichte van de moeder opneemt. Deze interpretatie lijkt daarmee overigens meer op het Griekse mythologische drama dan Freud zelf benut voor zijn these. Bij Freud is het de *wens*, in de gelijknamige mythe is het 't gestelde *feit*.

Dat voor Freud dit 'verlate' feit geen verhindering zou zijn toch duidelijk te spreken van een oedipaal verlangen mag blijken uit bijv. "Das Ich und das Es" (Wenen; GW 13/ PT3, 45-46) en "Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" (Wenen; GW 5/KB1,155).

Tussen de ouders van patiënt was iets misgegaan toen hij zes of acht jaar was. Vader werd verbannen uit de slaapkamer en patiënt moest in alle representatie de rol van vader overnemen. Bij zijn vader, omgeving en vrienden werd patiënt daarmee niet populair. Enige tijd later verdwijnt de vader helemaal buiten beeld. Het was duidelijk dat de basis was gelegd voor grote oedipale problemen in patiënt relaties met vrouwen. Zijn relatie met zijn moeder was exclusief en overdreven vertrouwelijk geweest en had langdurig een intiem karakter gehouden. De gevolgen ervan waren desastreus geweest voor zijn relaties met mannen, zelfs zo, dat hij zich nu verbeeldde dat hij in belangrijke mate aan zijn vaders vertrek had bijgedragen. Het was dus niet verrassend dat patiënt op zijn hoede voor de rivaliteit van mannen en buitengewoon verlegen voor vrouwen was geweest. Zijn eerste echte vriendin was zijn laatste.

Er is sprake van belangrijke, zich herhalende levenspatronen, bijvoorbeeld de manier waarop hij een deel van het patroon van zijn ouders in zijn eigen huwelijk had herschapen. Zijn vrouw oefent macht uit door net als zijn vaders vrouw haar seksuele gunsten te weigeren.

### COMMUNICATIEF

Als patiënt zijn vrouw per ongeluk huilend ziet bidden - terwijl ze nooit in zijn aanwezigheid huilt - 'heilige moeder Gods', gaat hij verward naar zijn eigen bed en droomt:

#### DROOM VII

*Er stond een beeld van een godin op een voetstuk in en grote, drukke zaal. Ze leek op Christus, maar droeg een pasteloranje jurk. Aan de andere kant van de zaal stond een actrice*

*met een lange, witte jurk. De actrice en het beeld ruilden van plaats. Op een of andere manier wisselden ze van jurken; het beeld kwam naar beneden en de actrice klom op het voetstuk.*

Wat Yalom overigens hier volledig buiten beschouwing laat is de duiding van deze vrouwen. Opgemerkt moet ook zeker worden dat de witte kleur voor de onschuld of reinheid staat (Maria? Wit en blauw) en dat de oranje kleur in de Oosterse tradities in ieder geval vaak met seksualiteit wordt verbonden. Voor ons Nederlanders is de kleurgevoeligheid voor oranje op z'n minst enigszins verschoven.

Laten we eerst nog eens kijken waarmee Yalom en zijn patiënt als achtergrondinformatie en interpretatie van deze droom komen.

De droom betekent volgens de patiënt nu dat hij van vrouwen godinnen had gemaakt en daarna had geloofd dat hij veilig zou zijn als hij hen tevreden kon stellen. Daarom was hij altijd bang geweest van de woede van zijn vrouw en daarom kon ze hem als hij angstig was zo'n verlichting geven door hem met seks te kalmeren.

'Vooral met orale seks. Ik geloof dat ik je heb verteld dat ze mijn penis in haar mond neemt als ik in paniek ben en mijn nare gevoelens smelten dan gewoon weg. Het is niet de seks, dat heb je al die tijd gezegd en nu weet ik dat je gelijk hebt, en mijn penis kan helemaal zacht zijn. Het is gewoon dat ze me volkomen accepteert en me in zich neemt. Het is net alsof ik een deel van haar ben geworden.'

Yalom reageert: 'Je kent haar inderdaad magische krachten toe, als aan een godin. Ze kan je genezen door alleen maar een glimlach, een omhelzing of door je in zich te nemen. Geen wonder dat je je veel moeite getroost om niet onaangenaam tegen haar te zijn. Maar het probleem in dat seks in iets mediceenaals is veranderd... nee, dat is niet sterk genoeg; het is een zaak van leven en dood geworden en je overleving hangt af van je eenwording met deze vrouw. Geen wonder dat seks moeilijk is geworden. Het zou een liefhebbende, vreugdevolle daad moeten zijn, geen bescherming tegen gevaar. Met zo'n beeld van seks zou iedereen, en ik zeker, potentie-problemen hebben gekregen.'

### EEN NIEUWE KANS...

#### DROOM VIII

*De onderwijzer van een kostschool zocht*

*kinderen die zin hadden om op een groot leeg doek te schilderen. Later vertelde ik dat aan een kleine, dikke jongen, duidelijk ik zelf en hij raakte zo opgewonden dat hij begon te huilen.*

Patiënt voelt dat iemand, ongetwijfeld de therapeut, hem de gelegenheid biedt opnieuw te beginnen. Wat opwindend om een nieuwe kans te krijgen, om zijn leven opnieuw te schilderen op een leeg doek.

#### DROOM IX

*Ik ben op een trouwfeest en er komt een vrouw naar me toe die zegt dat ze mijn al lang vergeten dochter is. Ik ben verbaasd want ik wist*

*niet dat ik een dochter had. Ze is van middelbare leeftijd en draagt kleren met diepbruine kleuren. We konden maar een paar uur met elkaar praten. Ik vroeg haar naar haar levensomstandigheden, maar daar kon ze niet over praten. Ik vond het jammer dat ze wegging, maar we spraken af dat we elkaar zouden schrijven.*

De boodschap: Patiënt ontdekt voor het eerst zijn dochter, de vrouwelijke, zachtere, gevoeliger kant van zichzelf. Hij is erdoor gefascineerd. De mogelijkheden zijn onbeperkt. Hij overweegt contact te houden.