



M.B.N.G.C.C.

*

jaargang 1 nr 2

extra-dik vakantiedubbel-
nummer!

juni 1973

Redactie:

R.van Dijck, Oegstgeest
D.N.Oudshoorn, Giessenburg
C.P.van der Velden, Rotterdam+)

INHOUD EXTRA - DIK VAKANTIEDUBBELNUMMER JUNI 1973

Hoofdredactie	Een ernstig woord	1
	Een ernstig woord (2) en een leuke verrassing	2
R.van Dijck	Opmerkingen n.a.v. Oudshoorns bij- drage aan nr 1	3
	Casuïstiek	6
	Prescribing the symptom - een alge- mene opmerking	8
	Verkooptechnieken	10
	Een recente mislukking	11
D.N.Oudshoorn	Vragen om consult en mislukkingen	13
R.van Dijck	Antwoorden en commentaar bij Ouds- hoorns vragen om consult en mis- lukkingen	17
C.P.van der Velden	Opmerkingen bij Van Dijcks casuïstiek	20
	Commentaar bij Oudshoorns misluk- kingen	22
	Over de kunst van het vragen om raad	24
	Antwoorden op Oudshoorns vraag om consult	24
	Opmerkingen bij Van Dijcks "mis- lukking"	26
	Een mislukking	27
	Aardige casuïstiek	28
D.N.Ouds hoorn	Over co- en solotherapie	30
	Provinciaal nieuws	30
	Commentaar bij Van Dijcks casuïstiek	31
	Commentaar bij Van Dijcks misluk- king	33-34

Voorts in dit nummer vele aantrekkelijke advertenties!!

+) tevens voorzitter van de redactiecommissie taal en
typografie

Gaven wij in omze vorige aflevering nog in den brede aan op welke wijze de bijdragen aan onze Mededelingen verzorgd dienen te zijn, nu reeds moeten wij constateren dat deze voorschriften op achteloze wijze in de wind geslagen zijn. Met name Oudshoorn maakt het bont. Zijn bijdrage lijkt qua vormgeving nergens naar.

De spelling is verschrikkelijk. Voorbeelden: "simpatie", "hhysteries", "tiep", "simptoom", "psychasteen", "geaksep-teerd", "incestueuze" enz., enz.

De bladspiegel is treurig. Een rechtermarge ontbreekt geheel.

Op geen enkele wijze heeft deze redacteur getracht ordening in zijn bijdrage aan te brengen. Vragen om advies en onoverzichtelijke casuïstiek van mislukkingen lopen vrolijk door een. Een en ander is zodoende onmogelijk in een inhoudsopgave onder te brengen.

Alsof de minachting voor de andere redactieleden - die het ook druk hebben - hiermee nog niet voldoende tot uitdrukking was gebracht, worden dezen in de tekst zelf bovendien voortdurend belachelijk gemaakt. Dit gaat te ver, Oudshoorn! Ook voor dit soort nalatigheid valt een boetesysteem te bedenken. Denk maar eens aan het opnemen van Anna Terruwe of H.S.Snijder in de redactie!

Aanzienlijk beter is het werk van redacteur Van Dijck. Voorbeeldig is zijn annotatievoorstel, uitstekend zijn gebruik van zg. paperclips i.p.v. nietjes - waardoor de bijdragen zonder beschadiging in het artistieke omslag aangebracht kunnen worden -, voortreffelijk zijn initiatief de bladzijden niet meteen te nummeren.

Bewondering hebben wij ook voor zijn vlotte assimilatie. Jammer alleen dat hij meteen onze zuinigheid overneemt, want de wijze waarop hij met papier omgaat - nauwelijks ~~marges~~ marges noch ruimte aan boven- en onderzijde - kunnen wij moeilijk anders dan gierig, ja krenterig noemen.

De hoofdredactie

Een ernstig woord (2) en een leuke verrassing

Dit extra-juni-dubbelnummer betekent tevens het afscheid van de Mededelingen van het Belgisch-Nederlands Genootschap voor Casuïstiek en Consultatie. Een totaal van twee nummers - het is niet veel, ook al werd aan deze nummers de uiterste zorg besteed.

Een woord van dank aan alle medewerkers is hier op zijn plaats. Speciaal gaan onze gedachten uit naar redacteur Van der Velden, die niet alleen het initiatief tot de uitgave van dit Tijdschrift nam, maar bovendien voor prachtige bijdragen - naar vorm en inhoud - zorgde. Mogen wij hier nog eenmaal zijn knappe en symbolrijke omslagen memoreren?

Dank ook aan de abonnees, die niet aflieten de redactie met passende lof en - waar dat nodig was - kritiek te ondersteunen. Naast deze tot droefenis stemmende mededeling is het ons een genoegen u de uitgave van een nieuw Tijdschrift te mogen annunceren: het Tijdschrift voor Directieve Therapie (voorheen MBNGCC). Afgekort: TDT.

Uitgave, redactie e.d. blijven in dezelfde handen. De nummering van dit nieuwe tijdschrift sluit aan bij de MBNGCC. Het eerste nummer van het TDT krijgt dus het nummer 3.

Is dit alleen maar een naamswijziging?

Neen.

De stijgende kwaliteit van de artikelen alsmede de toenemende ernst in de toon der artikelen maken het nodig een passende context te verzorgen. De luchthartige toon van de huidige titel suggereert in zijn uitgebreidheid een ietwat infantiele onderneming van drie jongens die graag een geintje maken. De nieuwe naam geeft beter dan de huidige aan waarom het de redactie au fond gaat: het op directe wijze helpen van de medemens in nood.

Moge dit devies medewerkers en abonnees bij voortduring blijven inspireren!

De hoofdredactie

Beste Kees, Dick,

Hierbij mijn aflevering van deze week. Deze schrijverij werkt bij mij erg inspirerend en stimulerend, ik geloof bij jullie ook. We moesten maar een forse en onaangename boete overeenkomen om dat alles gaande te houden.

Een praktisch punt: we zullen waar schijnlijk in de toekomst moeilijkheden krijgen met verwijzingen naar elkaars stukken. Ik stel daarom de volgende annotatie voor, die ik alvast toepas: elk stuk wordt van een cijfer voorzien overeenkomstig de aflevering. Dit is bestemd voor aflevering 2. Per onderwerp (casuïstiek, verkoopstechniek etc. wordt een onderverdeling gemaakt, dus 2.1, 2.2 etc, de onderverdeling daarvan zijn 2.1.2 etc.). Bij commentaar wordt verwezen naar de oorspronkelijke schrijver. Dus Kees zijn tweede verhaal van casuïstiek in de eerste aflevering wordt dan: K.1.1.2. Verder moesten maar spoedig weer eens bij een komen. In tegenstelling tot de eerdere plannen zou ik voorstellen uitsluitend in Rotterdam bijeen te komen. De rit naar Giessenburg vind ik toch wel bezwaarlijk als het op 1 avond retour moet. Ik wil je overigens graag ^{van} een gewoon bezoek zonder zakelijke doeleinden je in de nabije toekomst komen opzoeken, maar voor een regelmatig terugkerende werkbespreking vindt ik de afstand erg groot. Tenslotte was jij ook blij toen je niet meer naar de Jel. hoefde.

Verder enkele opmerkingen:

D.1.1. Het voorbeeld van het telefoongesprek met deze jongen is volgens Kees en ik geen hyperdramatisering maar ridiculisering. Hoewel therapeutische waarde van deze laatste techniek niet te versmaden is moet toch het onderscheid gemaakt worden. Ridiculiseren op gechargeerde wijze reflecteren van uitingen van de patient (meer in de lijn van "riding with the resistance" van M. Coleman Nelson), terwijl hyperdramatisering een procedure is waarbij de patient zichzelf gechargeerde verhalen voorhoudt. Overigens ben ik het erg eens met de opmerking van Dick dat aan de chemicus niet het symptoom maar zijn ~~ver~~ zijn vermijdingsreacties zijn ^{beschreven}. Zowel - ~~hij~~ hyperdramatisering als paradoxale intentie omvatten volgens Haley (Blocking metaphors 1971) een geruststellende mededeling van de therapeut en pas nadat die context gelegd is wordt een vorm van overdrijving geadviseerd. Blijkens de reactie van de patient was deze context onvoldoende aangebracht.

D.1.2 Verderop in 2.2.2 komt een verhaal dat ik inmiddels had gemaakt met gelijkwaardige conclusies: is een advies niet nuttig als therapeuticum dan blijft het een diagnosticum. Overigens zal het jullie niet ontgaan dat ik de schatting van 50% reeds ~~had~~ afgewakt. Bij de evaluatie bij patienten van waardoor en wanneer precies ze verbeterd zijn stuit ik op onoverkomelijke moeilijkheden. Het is maar beter geen cijfers te noemen, geloof ik. Zeker is dat paradoxale adviezen nuttig zijn maar lang niet alles.

D.1.6 Wat is een echte symptoomvoorschrijving? Dit is meer dan een pedante vraag. Het hangt af van de context waarin men het symptoom plaatst. In de intrapsychische

context van deze dwangneurotische vrouw was een advies om nog meer te poetsen zeker een symptoomvoorschrijving; in de context van haar relatie met de echtgenoot, waar een (hypothese) symmetrische machtsstrijd aan de gang was, was dit advies geen symptoomvoorschrijving. De keuze van welke context wordt gekozen is waarschijnlijk nog belangrijker dan de keuze van het advies. Ik geloof zelfs dat wanneer aan een echtpaar dat gezamenlijk wordt gezien een advies wordt gegeven dat slechts betrekking heeft op één van beiden, het advies zwak zal zijn; diegene die het advies moet uitvoeren wordt daardoor nog maar als de "schuldige" of "zieke" gedefinieerd.

Vuistregel: een advies dat op één van beiden betrekking heeft dient te worden gegeven in afwezigheid van de partner, een advies dat in aanwezigheid van beiden wordt gegeven dient zo te zijn geconstrueerd dat ze er beiden deel aan hebben. Ik heb retrospectief hiertegen vaak gezondigd en ik geloof met meestal slechte resultaten als gevolg.

Kommentaar bij de opmerkingen van Dick over verkoopstechniek:

Jouw bedenkingen vind ik inderdaad wat calvinistisch. Overigens zal een goede puritein slechts meewaardig grinniken als je hem probeert te overtuigen dat je niet met mensen maar slechts met hun weerstanden manipuleert. Ik vind het onderscheid artificieel en alleen bruikbaar als een soort morele zelfrechtvaardiging, misschien dus een goede verkooptechniek, maar niet authentiek. Zowel bij de opmerking van Kees over Sardonische lol als over persoonlijke integriteit sluit ik me overigens geheel aan. Ik verwijs ook naar mijn stuk over communicatie.

Als Kees het volgende bedoelde met zijn commentaar op commentaar ben ik het met hem eens: een symptoom is een paradox, een therapeutische reactie moet dit ook zijn; dus incongruentie tussen communicatie en metacommunicatie. Het verschil tussen de patient en de (direktieve) therapeut is dat deze laatste geen intrapsychische dissociatie hoeft te gebruiken om deze paradox tot stand te brengen, maar bewust te werk gaat, dus manipuleert. Een goede paradoxale opdracht verenigt de volgende tegenstrijdige eigenschappen: 1. de sfeer of boodschap van begrip, eerlijkheid en ontvankelijkheid moet worden overgeleverd maar tevens moet 2. op een weloverwogen manier de ziekte winst en de verdere effecten van het symptoom geconterd worden. Vandaar de formule: manipuleren terwijl het gevoel gegeven wordt van een eerlijke behandeling. Een degelijke procedure is alleen maar adequaat als therapie van paradoxaal gedrag en is uiteraard smerig in conventionele relaties, hoewel ze ook dan kan en wordt toegepast. Het blijft evenwel een noodzakelijke ingrediënt van de therapeutische relatie en overdreven spaarzaamheid in de toepassing leidt alleen maar tot langdurige therapieën, of therapieën die volledig het karakter gaan aannemen hetgeen dan weer een paradoxaal karakter krijgt van geestelijke prostitutie omdat betaling wordt getraagd.

5

Het lijkt er alles bij elkaar op dat wie omgaat met paradoxaal gedrag erdoor "besmet" wordt, wat logisch is want op paradoxale boodschappen bestaat geen congruente reactie.

Wanneer nu een rationalisatie van een opdracht een kern van waarheid inhoudt dan is daarmee het manipuleren zeker niet opgeheven of geneutraliseerd, integendeel het wordt pas dan echt mogelijk. De adviezen van de therapeut houden op de cruciale momenten naar mijn gevoel steeds deze strijdigheid tussen de verschillende niveaus en de kunst is dit te kunnen toepassen zonder zelf intrapsychische dissociaties nodig te hebben hetgeen in analytische termen tegenoverdracht zou heten.

2.1 Casuïstiek. 2.1.

Jochim

2.1.1 Een aardig voorbeeld van toepassing van het bekende *Jochim*-advies tegen ver-
slapen:
 een 43-jarige gescheiden man die op kamers woont wordt door de huisarts aange-
 meld wegens "slaapziekte e.c.i.". Sinds 1 jaar verzuimt hij gemiddeld 2 volle
 werkdagen per week omdat hij eenvoudigweg niet wakker wordt. Zijn record is 36
 uur slapen: 24 uur onder de wol is een routine zaak. Hij klaagt verder over moe-
 heid en tempoovertraging op zijn werk als administratieve kracht. Hij is epilep-
 ticus, maar is de laatste 5 jaar aanvalsvrij. De aanleiding tot zijn klachten
 ligt voor de hand: de narigheid is begonnen nadat de echtscheiding was uitge-
 sproken en het huis en de kinderen aan zijn vrouw zijn toegewezen. Hij ziet het
 niet meer zitten en heeft geen doel meer. Het advies was dat hij de eerst vol-
 gende keer dat hij na 7 uur wakker zou worden die dag en de daarop volgende 2
 dagen in bed zou blijven zonder enige verstroving van radio of krant, ook zonder
 te eten. Het duurde al ongewoon lang voor hij zich nog eens versliep; ruim 1 week.
 Toen dit toch gebeurde was hij de daaropvolgende 2 dagen stipt om 7 uur wakker
 en kon geen oog dicht doen terwijl hij in bed lag. Sindsdien bespreken wij op
 welke manier hij nog wat inhoud aan zijn leven kan geven. Grappig daarbij is
 dat zijn chef, die uit medelijden dit alles 1 jaar had aangezien zonder commen-
 taar, prompt verontrust werd toen hij dit merkwaardige advies hoorde en de be-
 drijfsarts meteen inschakelde. Hoewel aanvankelijk sceptisch, vond deze het toch
 het proberen waard.

2.2 Een vaak noodzakelijke fase in conjointbehandelingen zou je kunnen noemen "de
 uitdrijving van de onderlijke demonen". Een patroon is dat 1 lid van het echt-
 paar naar het gevoel van de ander zijn ouder(s) teveel op de eerste plaats laat
 komen. De benadeelde gaat sputteren en herrie schoppen, hetgeen door de andere
 steeds "in goede banen wordt geleid". Elk van beiden kan decompenseren in deze
 "perverse driehoek".

2.2.1 Een 30-jarige vrouw wordt aangemeld door middel van een brief geschreven door
 haar schoonmoeder en ondertekend door haar man, wegens depressieve buien en fre-
 kwent drinken wat zij absoluut niet verdraagt en waar ze ziek van wordt.
 Bij het eerste conjointgesprek komt het/eruit dat zij vindt dat haar man teveel
 met zijn moeder praat en te weinig met haar. Hij zegt dat het om zakelijke be-
 sprekingen gaat waar hij haar niet mee wil lastig vallen gezien haar zwakke
 psychische gezondheid. Het advies was dat uitsluitend zij de telefoon zou aan-
 nemen en steeds voorwenden dat haar man niet thuis is, zodat alle gesprekken met
 moeder over haar liepen. Nu komt aan de orde dat man en vrouw eigenlijk helemaal
 nooit met elkaar praten over andere dingen dan de zaak die ze gemeenschappelijk
 beheren.

2.2.2 Een 40-jarige man wordt verwezen met een vitaal depressief syndroom na een ernstige suicidepoging. Toen zijn depressie met medicatie was verbeterd ging ik over op conjoint. Daarin bracht zij ter sprake dat haar schoonouders, die volgens beiden een stel opdringerige en tactloze mensen zijn, voortdurend onmitgenodigd over de vloer komen en menigen en [~]critiek debiteren die hem en haar razend maken, maar waarover hij niets wil zeggen. Hij heeft dit nooit gedurft en als zij haar mond open doet wijst haar schoonmoeder op het feit dat schoonpa een hartinfarct heeft gehad en moet ontzien worden. Meestal krijgt de echtgenoot een scheldpartij van zijn vrouw te incasseren nadat de ouders vertrokken zijn. Hij heeft er veel moeite mee dit alles belangrijk te vinden maar stemt tenslotte toch toe om zijn ouders op te bellen en af te spreken dat zij de eerste 3 maanden niet welkom zijn.

2.2.3 Een echtpaar waarvan de man \pm 40 jaar wordt aangemeld wegens onbehandelbare schuldgevoelens, prikkelbaarheid en huwelijksproblemen. Zelfde geschiedenis: zijn dwingerige 80-jarige moeder kan nooit genoeg bezoek krijgen in haar bejaardentehuis en één onderwerp van de echtelijke ruzies is dat zijn vrouw zich op de tweede plaats voelt komen en dat aan haar eigen, volgens beiden aardige en vriendelijke ouders, zelden of nooit een bezoek wordt gebracht. De afspraak was dat zij beide ouders precies even vaak en lang zouden opzoeken. Zijn moeder ^{van} dit niet en belde hem op op zijn werk, wat hem zeer kwaad maakte en waarop hij reageerde met een flinke scheldpartij tegen moeder.

2.2.4 Bij een echtpaar met diverse moeilijkheden komt ter sprake dat hij zich te weinig door haar gefeteerd voelt; o.a. zou hij het leuk vinden dat ze in het openbaar wat hartelijker tegen hem was; wanneer ze alleen zijn bestaat dit probleem niet. Zij voert dit terug tot de tijd dat ze inwoonden bij haar moeder, die erg kritisch was t.o.v. haar schoonzoon. Ze vertelt dat ze zeer recent, bij een bezoek van moeder, haar hand achteloos om de schouder van haar man had gelegd en zich verplicht voelde die hand terug te trekken toen haar moeder haar indringend aankeek. Het advies was dat ze bij het volgende bezoek van moeder opnieuw haar hand op de schouder van haar man moest leggen en op het moment dat moeder zou kijken hem vluchtig een kus moest geven, waarna ze kamer mocht verlaten. Zijn klacht dat ze ^{gewend} ~~gewend~~ was in haar affecten in aanwezigheid van derden heb ik sindsdien niet meer gehoord (wel andere klachten).



2.2.1. Prescribing the symptom: een algemene opmerking.

Een vraag is wat precies de waarde is van deze techniek, o.a. kan je er iemand mee genezen. Mijn ervaring is, en dat zal ook wel die van jullie zijn, dat de meeste therapieën niet kunnen beperkt worden tot dergelijke manipulaties. Die indruk krijg je soms wel bij lezing van Haley en vooral van Erickson. In toeh meer dan de helft van de gevallen is het nodig verder te praten: het effect van prescribing the symptom is dat paradoxale communicatie wordt geblokkeerd en dat pas daarna de problemen die ^{aanleiding} ^{of de} ^{toe} ^{vormden} in het bewustzijn van de patient doordringen, waarbij hijzelf al of niet het verband legt, wat overigens niet van veel belang is. Er heb ik een uitspraak van een van de prima-ballerina's van de Amerikaanse gesintherapie gelezen, ik kan niet terugvinden waar, dat inzicht eigenlijk pas optreedt na de verandering en zeker niet er vóór en dus nauwelijks de oorzaak van verandering kan zijn. Zowel wat mijn eigen veranderingen als die van patienten betreft geloof ik dat deze visie zeer juist is.

De mooiste illustratie is het verhaal over een operatienuster, Dick wel bekend. Het gaat om een ± 40-jarige ongehinde vrouw die met een diploma ziekenverzorger al jaren als operatienuster functioneert en af en toe ook aan "hogere" gediplomeerden leiding moet geven. Na een onnozele, onschuldige vergissing vorig jaar in de operatiekamer is zij zich tijdens de aansluitende vakantie (terzijde: het begin van dwangneurose tijdens vakantie hoor ik vaak) zorgen gaan maken over de noodlottige consequenties van haar vergissing. Dat ze later hoorde dat de betrokken patient het goed maakte, maakte geen enkele indruk, zij had sindsdien op haar werk last van allerlei dwangrituelen en controlebehoefte over de steriliteit van de instrumenten. Specifieke vragen naar haar gevoelens t.o.v. de mogelijk te zware belasting op haar werk en mijn vermoeden dat ze ook thuis misschien in de familiezaak te vaak moest opdraven werden in dat eerste gesprek door haar afgewimpeld. Ik presenteerde toen een gehyperdramatiseerd verhaal over het onheil dat zij zou kunnen veroorzaken waarbij zij zich niet meer serieus kon houden toen we op het punt beland waren dat ^{er} door haar verspreide infectie de hele E.E.G. had om zeep gebracht. Zij paste dit voortreffelijk toe. Voor ik ze opnieuw zag hoorde ik van Dick dat ze zowel op haar werk als thuis zich liet charteren voor alles wat de anderen niet leuk vonden. Maar bij de volgende afspraak vertelde ze, vóór ik zelf de kans kreeg om deze nieuwe gegevens in het gesprek te introduceren, dat ze zich ergerde aan haar familie en haar collega's die naar haar gevoel misbruik van haar maakten; ze had zich voorgenomen tijdens de a.s. vakantie van een hoofdstater niet meer voor haar waar te nemen en vertikte het voortaan alles op te ruimen wat de anderen lieten slingeren. Verder vond zij mijn voorstel dat ze voor ^{toen} ^{toe} op haar vrije dagen niet meer in de winkel zou werken een uitstekend idee. Het punt is dat ze dit alles zelf ter sprakebracht, zelfs voor ik de kans kreeg, terwijl ze deze feiten had tegengesproken toen ze nog last had van dwangverschijnselen. Het is theoretisch mogelijk te stellen dat mijn vragen als "duiding" hebben gewerkt; het is niet met zekerheid te weerleggen maar wel ongeloofwaardig. Zelf vind ik het een mooie illustratie van "inzicht-achteraf".

Blokkeren van de paradox met als resultaat dat de werkelijke problemen aan de orde kunnen komen is dus één mogelijk gevolg van "prescribing the symptom" (voortaan p.t.s.).

Die mensen die geen problemen ter sprake brengen na het blokkeren van het symptoom vertellen ongevraagd vaak dat ze in de tijd dat ze de opdracht hebben uitgevoerd een of ander emotionele ervaring hebben gehad, zoals een geweldige ruzie of verzoenings scène met hun vrouw; als dit goed afloopt hebben ze geen behoefte meer om dit alles nog eens te bespreken, maar ^{het zelfde} betreffend principe heeft dan gespeeld, met als enig verschil dat de therapeut er verder buiten is gebleven.

2.2.2 Een tweede verdienste van p.t.s. is de diagnostische. Het symptoom wordt met enkele subtiele wijzigingen in timing of intensiteit voorgeschreven, zonder dat je er zelf veel schokkends van verwacht. Het levert je de volgende gegevens op: doet men precies wat je hebt aanbevolen, dan zijn het waarschijnlijk mensen die je ook iets kunt aanbevelen zonder dubbele bodem m.a.w. ze zijn waarschijnlijk geschikt voor gewone directieve behandeling zonder paradoxen. Hebben ze geweigerd te doen wat ze altijd al deden nadat het door de therapeut de opdracht daartoe kregen dan zijn het mensen die opdrachten moeten krijgen om niet uit te voeren. Dit zijn ook de mensen voor glijdende adviezen.

Een andere diagnostische functie van p.t.s. is wanneer het resultaat van de uitvoering of weigering van het advies duidelijker dan voordien accentueert hoe het systeem functioneert en wat de regels zijn. Heel wat van mijn therapeutisch bedoelde adviezen mislukken als dusdanig, maar hebben wel hun waarde als diagnostiek voor het systeem.

Een voorbeeld: De ouders van een 20-jarige hebefreen (of liever uitgebreid na opname hier als: oave hebefrenie) staan erop dat hun zoon, die de hele dag zit te nietsnutten, aan het werk zou gaan. Ik bekrachtig dit en stel ze hem voortaan nog meer onder druk moeten zetten. Het resultaat is een brief van de ouders, zonder medeweten van hun zoon, waarin ze schrijven dat ze van mening zijn dat hij niet mag gedwongen worden een baan te kiezen die hij niet werkelijk wil en dat ze nog liever zien dat hij niet werkt dan dat hij tegen zijn zin zou werken.

2.3 Verkoopstechnieken

2.3.1 Voor mensen met klachten die terug te voeren zijn tot ambivalentie in een keuze: ze komen dan meestal de raad van een expert inwinnen die de juiste keuze zal aangeven. Uiteraard mag je daar niet op in gaan, ze zijn toch overtuigd dat welke keuze dan ook onjuist is. De techniek is: 1. onmacht en gebrek aan kennis van de kant van de "expert" bekennen om deze keuze te maken: zeggen dat de patient de enige is die in staat is gefundeerde beslissingen in deze te nemen. 2. stellen dat het probleem van de moeilijke keuze reëel is en dat hetgeen moet gebeuren is dat hij niet moeten ophouden met twijfelen maar integendeel naar gegevens verzamelen om tot een juiste beslissing te komen. 3. hem adviseren om verder dan tot nogtoe, "als proef" één van de twee wegen op de tweesprong te vervolgen. Het voordeel van de formulering "als proef" is dat hij niet het gevoel krijgt reeds te hebben beslist, dus alle voorbehoud blijft aanwezig. Het voordeel van "verder dan tot nogtoe" is dat hij toch verplicht is het balanceren van pro en contra even opzij te zetten en het evenwicht inderdaad verstoord wordt. M.b.t. het probleem van welk van de 2 keusmogelijkheden laat ik ~~me~~ ^{meer} leiden door de volgende overwegingen: geeft hij de indruk zelf ^{meer} één van de twee te verkiezen dan neem ik die ook. Gaat het om een keuze die bestaat tussen een bestaande werkelijkheid en een fantasie die niet wordt ten uitvoer gebracht, dan adviseer ik de fantasie ook wanneer deze fantasie "gevaarlijk" lijkt. Meestal volgt hierop een snel démasqué: de fantasie was toch niet zo aantrekkelijk en diende alleen maar om een tekort aan engagement in de huidige situatie te motiveren. Vind ik zelf de keuze indifferent dan stel ik het volgende voor: u mag zelf een voorkeur uitspreken tussen nu en twintig minuten. Lukt ze het niet dan zal ik een dubbeltje opgooien. Uiteraard dient in concrete termen te worden afgesproken "hoeveel - verder - dan - tot nogtoe" het gekozen alternatief dient te worden doorgevoerd. Verkoopstechnisch is het volgende aspect van belang: het doel van het advies wordt niet geformuleerd in de zin van "de knoop moet worden doorgehakt", waarop onmiddellijk weerstand zou volgen, maar als een manier om meer informatie te verzamelen voor patient en therapeut waarbij de eerste dan zelf beter tot een goede beslissing kan komen.

2.3.2 Bij bepaalde opdrachten is het nodig om gezette tijden af te spreken voor het uitvoeren van handelingen die normaliter spontaan plaatsvinden zoals b.v. ruziemaken. Een rationalisatie die van Dick afkomstig is een die ik seer vaak gebruik wanneer ik het beswaar te horen krijg dat zoiets als ruziemaken toch niet op voorhand kon afgesproken worden: "het lijkt misschien moeilijk, maar bedenkt u even dat u hier naartoe bent gekomen op afspraak en er kennelijk helemaal geen moeite mee had om uw persoonlijke gevoelens naar voren te brengen, dus op andere momenten moet dat ook kunnen".

2.4. Een recente mislukking: een jong echtpaar kwam in behandeling wegens seksuele moeilijkheden. Na ruim 5 jaar geconsumeerd is het huwelijk nog niet. De eerste 4 jaar was de hinderpaal dat hij wegens het fimosis niet tot pijnloze erectie in staat was. Het kostte hem geweldige moeite om dit probleem aan zijn huisarts bekend te maken en het was een hele schok om te vernemen dat dit gemakkelijk kon verholpen worden, hetgeen gebeurde. Toen zij vervolgens beiden tot daden wilden overgaan bleek zij vaginistisch.

Dit leidde tot zware insufficiëntiegevoelens van haar kant, hetgeen resulteerde in 2 ernstige suicidepogingen. Hierna waren zij bereid om een psychiatrische behandeling te overwegen. Het zijn 2 jonge mensen, hij socioloog, zij kleuterleidster die een oppresief religieuze achtergrond hebben, stikken van de schaamtegevoelens en een zeldzame graad van onwetenschap op seksueel gebied bleken te hebben. Een incident dat ik nu pas op zijn volle waarde schat: toen ik op een neutrale toon informeerde of zij ooit wel eens hadden overwogen om uit elkaar te gaan vanwege hun seksuele moeilijkheden reageerden zij met een brief waarin ze stelde dat ze een dergelijke ontactische vraag opvatte als een teken dat ze niet werden begrepen en dat ze van verdere behandeling afzagen, hetgeen ze later evenwel weer introk. De behandeling bestond uit voorlichtende gesprekken en adviezen volgens de lijn van Masters en Johnson met sensate focus en dilatatoren. Zij legde hierbij een prettige creativiteit aan de dag door i.t.t. mijn geadviseerde plastic apparatuur zelf een reeks dilatatoren te fabriceren uit kunstklei met plastic omhulsel hetgeen een goed idee voor toekomstige patienten leek. Het geheel verliep naar mijn gevoel, en ook volgens beiden ^{zeer} reeds naar wens. Ze waren enthousiast over de sensate focus en de dilatatoren werden één voor één genomen. Een complicatie was dat haar menstruatie uitbleef: technisch was een zwangerschap zeer onwaarschijnlijk, maar ook toen de huisarts duogynon gaf had ze op de verwachte tijd geen menstruatie. De tiende dag na de duogynon, toen de menstruatie had moeten komen bleef haar dilatator steken. Noch hij nog zij konden hem verwijderen. Kennelijk had ze weer een vaginistische kramp. Zij spraken af dat zij naar de huisarts zou gaan om dit probleem op te lossen, maar ze ging zwerven en was 24 uur vermist. De andere dag, toen ze nog vermist was, kwam ze op de polikliniek aanzetten en vertelde dat ze opnieuw een zelfmoord had willen uitvoeren, ze had weliswaar geen echte poging ondernomen maar voelde zich nog steeds radeloos. Mijn eigen conclusie was dat ze was afgeknapt op het feit dat haar man gewoon naar zijn werk was vertrokken i.p.v. haar te vergezellen naar de huisarts toen de dilatator vastzat, (Deze bleek trouwens heel gemakkelijk te verwijderen), en onzekerheid over een zwangerschap weer levensgroot was. (de urine-zwangerschapstest was negatief). Omdat het enige alternatief Endegeest was besloot ik ze weer naar huis te laten gaan, toen bleek dat de echtgenoot voor afdoende bewaking thuis kon zorgen. Verder kreeg ze medicijnen. Dit vorige weekend heeft ze een slok salpeterzuur genomen, hetgeen gelukkig geen enkel somatisch gevolg heeft gehad, maar mij toch overtuigde dat ze dan maar in Endegeest moest opgenomen worden.

Dit alles is in zoverre relevant voor onze discussie dat ik de techniek van Masters en Johnson beschouw als bevattende een paradox aan de basis: er wordt intens sexueel contact geadviseerd tegelijk met een coitusverbod.

Behalve dat wordt in de M. en J. techniek een didactische context gecreëerd: het echtpaar wordt aangeleerd hoe ze het moeten doen. De premisse die hierbij komt is: ze willen wel, maar ze kunnen niet. De psychodynamische premisse zou integendeel zijn: ze zou wel kunnen maar ze wil niet.

Ik heb deze vrouw steeds de "benefit- of the doubt" gegeven, hetgeen erin resulteerde dat ze ondubbelzinnig en bij herhaling moest aangeven dat haar grenzen waren gepasseerd vóór ik dit werkelijk zag. Achteraf zie ik verschillende argumenten om te geloven dat ze hem überhaupt niet wil. Het is een mislukking maar ik vraag me ook weer af of dit soort ellende met andere aanpak had kunnen voorkomen worden.

Geachte Redaksie!

D2.21

Graag zou ik uw raad horen voor het volgende probleem:

Een gereformeerd, rotterdams gezin, P administrateur, 4 kinderen: een 21 jr boekverkoper, een leerling verpleegster zwakz, een jongen in de derde klas Atheneum en Marieke, 2de klas Gymnasium. Marieke slikt vele tabletten valium en snijdt beide polsen in, ze is 14½, lijkt eerder 17 of 18 jr, ze ziet er lief en opgewekt uit, maar zegt erg vaak verdrietig te zijn, zich klem gezet te voelen. Ze spijsbelt al maanden van school, periodiek, gaat dan ~~na~~ naar oudere vrouwen (tantes, moeders met kleine kinderen e.d.) Ze heeft geen contact met haar leeftijdgenotes, die alsmaar over jongens praten, ze voelt zich eenzaam. Ze zou nog zo graag een klein broertje of zusje hebben, vertelt ze snikkend. Thuis kan ze de toestand niet meer aan, ze wil van school en uit huis, en dan "met kinderen werken", bv net als het oudere zusje. Die heeft trouwens vroeger veel ergere dingen uitgehaald, maar werd steeds weer door de ouders geaksepteed; als ze met weekeinds thuis komt wordt het zusje als een koninging gefêteerd. Marieke voelt zich als een onmondig kind behandeld en vindt haar vader autoritair. De ouders: Vader houdt zoveel van Marieke en nu doet ze dit, hij voelt zich door haar in de hoek getrapt. Hij is erg geëmotioneerd Hij stelt zich verder mokkend op, toont veel lijdelijk verzet. Moeder ziet er altijd zeer opgewekt uit, ook als ze het innerlijk moeilijk heeft. (ten deze ben ik me uw advies uit het juninummer indachtig), aktief, dirigerend tiep, ze had dit nooit verwacht van Marieke, wèl van de oudste dochter, want Marieke is altijd zo opgewekt...

Marieke hecht zich snel aan een behulpzame (en bekwame) medewerkster van ons mob, vader is voornamelijk boos, noemt het allemaal aanstellerij, vindt dat de schoolkeus het enige probleem is, acht mavo het beste. Moeder rebbelt opgewekt door vader heen, laat Marieke "uitpraten" na het eerste contact maar schreeuwt dan wanhopig: "houd op of ik word gek!"; ook vader nodigt Marieke dikwijls uit haar hart uit te storten bij hem, maar wordt dan prompt ziek! (dit gebeurt dus thuis, na het eerste contact) Marieke wil nog steeds dood, wil ook het huis uit, maar wil het ook weer niet, want "als ik weg zou gaan zou de hele zaak instorten". Vader informeert elke keer wat Marieke in de stad heeft gedaan, gelooft helemaal niet dat ze niet met jongens iets "uithaalt", vândt dat vervolgens "niet normaal" - Marieke voèlt zich dan ook in vaders ogen altijd slecht, zoals ze zelf aangeeft.

Tussen vader en Marieke is er een erotische - tegen het incestueuze aangrenzende- band, maar dan is er ook nog de rivale die elk weekeind met feestgeschal wordt ingehaald, èn last but not least de moeder, die van haar kant iets dergelijks formeert met de oudste zoon. (zelfs kwam moeder met deze zoon, i.p.v. met vader bij het aanmeldingsgesprek) Jaloersheid viert hoogtij en ieder ee wil onderonsjes waarbij de buitenblijvers knarsetandend achterblijven.

Niet onverwacht spelen er vele grootheidsfantasieën door Mariekes achterhoofd, vergezeld van inferioriteitsgevoelens "in 't voorhoofd" en gedraagt ze zich en voelt ze zich vooral een volwassen vrouw, verheven boven haar klasgenootjes, beledigd als ze moet gehoorzamen; ze heeft iets van een verbolgen prinses, die door haar minnaar is afgewezen. In de boeken is het altijd wat overzichtelijker, maar in dit geval moet ik ook nog vermelden dat Marieke nu al tijden vooral thuis is, en daar de verzorging van het huishouden grotendeels heeft overgenomen, terwijl moeder buitenshuis werkt. Ze zou nog tot een Assepoester kunnen uitgroeien, wellicht.

Dit is zo ongeveer de informatie die ik heb. Ik noem het maar een gezinsneurose vol driehoeken en vraag me nog af wat er allemaal aan de echtelijke relatie mankeert dat hierin resulteert. Ik ga eens kijken of ze tot gezinsbehandeling te bewegen zijn, zo ja, dan begint dat vermoedelijk volgende maand. Ik heb ze zelf nog niet gezien, het adviesgesprek komt a.s. woensdag. Vraag: welke vindgrijke ideeën bovoren in eerste instantie bij jullie op, goed voor de eerste behandelingsfase? Wat is een verstandige strategie? Gaarne uw Konsultatie!

uw abonnee D.N.Oudshoorn

Geachte Redaksie!

Met gepaste schroom wil ik u enkele gevallen voorleggen waarin mijn simptoombeschrijving niet het beoogde effect heeft gehad. Een uitermate hysterische dame uit Breda (dwz egocentris, dramaties, infantiel) wordt vanwege een "depressie" verwezen. Krokodillentranen, moederzorgen over een delinkwente -voortvluchtige- zoon. Het huwelijk stelt al twintig jaar niets meer voor, m.n. ook seksueel niet; haar man pleegt avond aan avond door te brengen met een jonge wielrenner, als geestelijk leidsman of zoiets... Dit zijn dan nog slechts twee van de zeven plagen van Egypte, die haar hadden getroffen. Ze had voor haar "endogene depressie" (als ik me goed herinner was dat de diagnose bij een zenuwarts in Breda) al alle zegeningen van de farmacie voorgeschreven gekregen, maar kennelijk vergeefs. Van mij verwachtte ze slechts nog sterke pillen te krijgen want al haar leed was toch niet op te lossen. Ik legde haar uit dat medicijnen haar niet konden baten. Ik toonde simpatie voor de zorgen omtrent de zoon en de smart zo helemaal geen steun en geen liefde van haar man te ontvangen. Er was helaas niet de minste kans dat haar man zou meekomen, zei ze, dus ik hoefde dat niet te proberen. Enfin, ik zei dat dat spijtig was en dat ik het toch erg op prijs zou stellen enzovoort... Toen vroeg ik waar ze op het moment het meest mee tobde. Welnu overdag was ze moe en lusteloos en snachts kon ze niet slapen. Het huishouden daar kwam niets van terecht, de grote schoonmaak, ze moest er niet aan denken! Ze gebruikte vele slaappillen, maar dat hielp niet, ze "deed geen oog dicht". Ik opperde dat ze beter tegen haar problemen zou zijn opgewassen als ze goed sliep, en dat ze beter "lichamelijk" moe kon zijn, in plaats van "geestelijk". Ze stemde vdmondig in. Toen spraken we af dat ze snachts stuk voor stuk haar kasten zou gaan schoonmaken, in details. (dit vond ze nl het vervelendste werk dat ze kon bedenken) Maar helaas, de volgende maal deelde ze mede dat haar man het haar had verboden. "Kasten schoonmaken dat doe je maar overdag" had hij gesteld. En dús had ze het niet gedaan. En haar man wou beslist niet meekomen...

Een man van een jaar of zestig, was al die jaren een harde werker, nauwgezet, plichtsgetrouw, gewaanderd door de superieuren. Een half jaar geleden stort hij min of meer in, om duistere redenen. Dan voelt hij zich buitengewoon insufficient, is wat depressief, asteen, topperig; rumineert", kortom een psychasteen sindroom vertoont hij. Ongetwijfeld een "dalende levenslijn". Maar ik kreeg sterk het gevoel dat hij niet het achterste van zijn tong liet zien. Misschien had ik zijn echtgenote moeten meemitnodigen, om de een of andere reden heb ik haar nooit gezien. Ik kan nog vermelden dat hij iets van een oorlogsverleden had, maar het speelde geen wezenlijke rol. Hij klaagde over hardnekkige slapeloosheid, waardoor hij overdag nog vermoeider was dan hij al was

en hij werkte al die tijd dan ook niet meer. Hij zag dat ook niet meer zitten. Ik legde hem voor dat we de vicieuze cirkel het best konden doorbreken door het slaapprobleem allereerst aan te vatten. Hij ging akkoord. Hij zou snachts een of ander afschuwelijk boek uittrekken als hij na een uur nog niet sliep, en zou daar dan de hele volgende nacht mee doorgaan. Ik sprak mijn vertrouwen in zijn inzet uit, gezien zijn principiële en nauwgezette karakter - hij glom!

Maar helaas, de volgende keer komt hij nog meer afgetobd terug, zeer ontmoedigd en in de put: na een uur wakker liggen heeft hij voor het overige als maar liggen "vechten" om eruit te gaan en te doen wat dr Oudshoorn had voorgeschreven...maar hij had het niet kunnen opbrengen. Nu voelde hij zich wel zo verschikkelijk afgaan in mijn ogen. Weliswaar had hij relatief meer geslapen dan voordien, maar toch was er weinig reden tot juiden.

Achteraf kun je zeggen dat ik een van zijn basen voor hem was geweest en dat ik hoge eisen had gesteld, en dat hij -wederom- had gefaald. Wat had ik moeten doen, geachte redaksie?

Een verloofd hip stel wordt verwezen vanwege vaginisme. Jullie kennen het vervolg al: ik adviseer een reeks dilatatoren; hij is entusiast, zij iets minder, de volgende keer ^{schrijft} ~~bert~~ ze af, want a hadden ze het nog niet gedaan omdat ze ging menstrueren, b was er ruzie gekomen en nu was hij ingetrokken bij een andere vriendin. (bij nader inzien hoort het niet goed in de rubriek symptoomvoorschrijven.)

Geachte Redaksie!

Eerder in dit nummer introduceerde ik mijn "driehoekige familie" nu zou ik graag mijn "vader-is-geen-vader-familie" willen voorstellen. Vader is een vijftiger, was ambtenaar soc.zaken, is najaar 69 "overspannen" geraakt, is van medio 70 tot medio 71 op het Deltaziekenhuis opgenomen. Moeder vertelt allereerst dat vader toen totaal ingestort is omdat hij haar niet meer dagelijks telefonies over zijn werk kon raadplegen (dwz in 1969) want ze had zelf een baan gevonden. Ze was erg voor die opname, maar werkte de behandeling stelselmatig tegen toen hij er eenmaal was, vooral als de dokter haar in de behandeling wil betrekken. P sluit tedere vriendchap met een medepatiënte - ik kreeg het gevoel toen ik de historie uit de gegevens rekonstrueerde dat moeder toen des te meer uit was op een herstel van de oude situatie (homoiostase) met een aan haar onderworpen dummy. Zodoende kwam P weer thuis; M geloofde niet dat hij werk zou vinden. Tenslotte vindt hij toch wat: "troubleshooter" dwz fouten uit boekhoudingen opsporen...

Ons mob had in najaar 69 het eerste contact gehad. Er zijn vier kinderen, 29 jr student in A'dam, 19 jr jongen HAVO, beiden uit huis tegenwoordig, Johannes 17 jr 5de kl Gymn en Liesbeth 14 jr MAVO. Destijds gaf de tweede zoon problemen, 1970 de oudste zoon maar de laatste tijd (v.a. najaar 72?) gaat het om de dochter. Ze doet het slecht op school, zou dysleksie hebben vlg de moed maar voor ons is zo duidelijk als wat dat het een neurotische leesstoornis betreft. Moeder denkt meteen en blijft denken aan erfelijkheid (krankzinnigheid van vader) Het mob denkt lange tijd in moeders straatje mee, overweegt ook EEG! Liesbeth dreigt van school te moeten, gaat dan ineens hard werken en gaat tenslotte overtuigend over. Haar houding van passief verzet geeft ze ogenschijnlijk op om zich aan moeder te hechten; kritiek op vader wordt dan prompt door Liesbeth het scherpst beoefend: "vader is geen vader", moeder ziet dit als vooruitgang! De jongens hadden het ook moeten leren inzien immers.

16

Liesbeth klaagt nog dat vader haar omkoopt, nooit kwaad wordt, haar kamer wil binnendringen, haar moeder kwaad wil doen als ze op school zit. Het gezin vindt dat vader geen auto mag kopen, maar dat hij nooit mag worden tegengesproken. (we schrijven inmiddels januari 1973) blijft Liesbeth vaak thuis om moeder te helpen. Moeder kiest dikwijls partij voor vader+Johannes (tegen de kritiek uit Liesbeths mond), "want die kunnen er niets aan doen dat ze zo zijn" vindt moeder; Liesbeth tekent nauwelijks protest aan. De twee uitgevlagen vogels beklagen moeder die het zo zwaar heeft aan vaders zijde (n.b. zij traden wèl op!) en moeder vraagt zich met angst af hoe dat moet later samen met vader - ze bindt Liesbeth voor alle zekerheid formidabel aan zich.

Nu heeft u natuurlijk al begrepen, Zeerschrandere konfraters, dat ik hier een eigen rekonstruksie uit een lijvig dossier heb gegeven, die misschien fout is, maar dan toch een lijn, een proces en een aantal regels laat zien in wat aanvankelijk een rijstebreiberg van losse gegevens was. Toen ik het mijn zeerge- waardeerde medewerkers voorlegde gingen er vele lampen branden: Het Feest der Herkenning. Ik vroeg me af of ik de rol van moeder wellicht overschatte, anderzijds ik heb zoveel mogelijk letterlijk geciteerd. Ik had ze tot dat moment nog nooit gezien. We besloten tot gezinsbehandeling en voorshands zijn de ouders en de twee jongste kinderen tweemaal verschenen; nu begint de 19 jr zoon tekenen van belangstelling te tonen. Vader gedraagt zich buitengewoon inert en "withdrawn". Onze gymnasiast kijkt uiterst schizoid, imponeert aanvankelijk als olâgofreen en als hij praat, (hoewel "uitweiden en het woord voeren en ingewikkelde filosofiese uiteenzettingen geven" zijn verbale aktiviteit beter omschrijven) zijn er levendige choreatiforme bewegingen, het sterkst als hij zijn vader aanvalt. Hij opent de eerste zitting meteen met de hoofdklacht: vader is geen vader - maar het is niet als verwijt bedoelt. Moeder echoot en Liesbeth kijkt nurks. Vader zwijgt en zegt als we aandringen dat hij het "niet leuk" vindt. Prompt komt er een tirade van moeder, waarop Johannes verder doorgaat, en vader zwijgt weer. Het is een geijkt patroon: men klaagt dat vader zo weinig zegt, maar zodra hij even iets opmerkt wordt hem met het gerebbel van moeder en/of de omslachtige uiteenzettingen van Johannes de mond gesnoerd. Ik signaleer herhaaldelijk dit patroon en vader krijgt de ruimte om aan te geven dat hij de "moed misschien al lang heeft opgegeven" - het brengt moeder wel wat in verwarring maar het patroon herhaalt zich weer. Liesbeth vindt dat vader als hij iets aan haar verbiedt, zichzelf er dan ook aan moet houden. Bv pakt hij zelf iets uit de schalen (aan tafel) en als zij het ook doet wordt hij kwaad. Vader legt uit: dat doe ik om te laten zien hoe het niet moet; hij glimlacht misterieus. "Dat heb je nu altijd" pakt de familie uit, "dan zeg je achteraf dat het een grapje is" Enfin vader zwijgt weer. Ik stel voor dat vader aan tafel met zijn vingers een bal uit de soep zal vissen en erbij zeggen: "kijk, zo hoort het niet" Het was wel een kleine miskleun omdat ze sinds kort vegetarisch zijn geworden, maar ik zeg dat het ook om een droge aardappel mag gaan. Men klaagt verder over weinig contact, vader kijkt altijd tv, praat alleen over zijn werk. De volgende maal blijkt vader geen enkele maal tv te hebben gekeken en niet meer over zijn werk te hebben gesproken, maar dan is dat ook weer niet goed. De coalitie moeder-zoon blijft sterk, van de band L-M zie ik weinig, maar zeker is dat nimmer vader wordt verdedigd, noch om moeder wordt aangevallen.

Hoogstinventieve Broeders, gaarne per omgaande uw raad!

d $\frac{1}{2}$ n $\frac{1}{2}$ Oudshoorn.

Antwoord, commentaar D 2 (Richard van Dyck)

D 2.21 Na dit exposé lijkt het niet de moeite om een andere dan gezinstherapie zelfs maar te overwegen, en dan met de uitdrukkelijke voorwaarde dat alle leden van het gezin aanwezig dienen te zijn. Verder vind ik de gegevens te vaag en te weinig concreet wat betreft de preciese interacties. Daarom kan ik me ook maar een vaag plan voor de eerste behandelingsfase voorstellen: de zondebok moet worden ontlast en de ouders moeten hun conflicten niet meer via hun kinderen uitvechten.

Een mogelijke benadering, ter blokkering van suïcids de dreigementen met suicide, is een toepassing van wat ik vorige week op een voordracht van Whitaker hoorde: wanneer iemand een suïcidepoging heeft uitgevoerd, doet hij (W.) twee dusgxd dingen: 1) zoeken naar de "moordenaar", d.w.z. hij legt het gezin de vraag voor wiens leven gemakkelijker zou worden als de suicide werkelijk gelukt zou zijn. Wanneer een antwoord op deze vraag komt, hetgeen pas onder grote druk en na veel verontwaardiging en protest gebeurt ligt het probleem wel in een hele rauwe vorm op tafel.

2) Hij stelt de suïcidant voor met hem mee te fantaseren: wat zal er gebeuren als het werkelijk lukt; wie zal je kleren krijgen, hoe lang zal je vader huilen, je moeder, wat zullen ze tegen elkaar zeggen, na hoeveel tijd zal iemand in je kamer trekken en wie, hoe lang zal de begrafenisstoet zijn, wie zal er zijn, etc... Nadat, opnieuw na hevig protest, dergelijke geïlaboreerde fantasieën geuit zijn, wordt het voor de suïcidant wel zeer moeilijk om aan een suicide te denken zonder daarbij de preciese gevolgen voor ogen te zien, wat zeer afschrikwekkend werkt. Maar tevens is uit de antwoorden van het gezin zeer goed op te maken in hoeverre het suicidegevaar reëel is. Luidt het antwoord iets in de stijl van "als ze dood is dan

18

behangen we de kamer opnieuw en dan trekt Piet ering want die heeft nou zo'n kleine kamer en Ria kan best een aanvulling van haar garderobe gebruiken..." dan is er sprake van een ernstige suicidekans.

D 2.11 Het verhaal wekt de indruk dat het een illusie moet zijn met welke techniek dan ook maar enig symptoom te behandelen bij deze vrouw, zonder de relatie met haar man centraal te stellen. Zijn interventie na het uitvoeren van het advies bevestigt dit. De fout zit in de stelling dat slapeloosheid datgene is waarmee ze het meeste tobt. Als de echtgenoot niet wil komen, kunnen aan haar toch adviezen worden gegeven die betrekking hebben op hun beider relatie, bv. geestelijke raadsvrouw worden van een jonge voetballer of zo.

D 2.12 Aan het advies op zich mankeerde volgens mij in eerste instantie niets. Je geeft ~~xi~~ zelf al aan wat bij zijn karakterstructuur de noodzakelijke aanvulling moet zijn: hij moet zelf ~~ka~~ het recht krijgen om te beslissen of hij die nacht nog verder zal wachten tot de slaap spontaan komt, dan wel opstaan en uittreksels maken. Fallen is op die manier uitgesloten, wat in het oorspronkelijke advies nog mogelijk was.

D 2.13 Ik neem aan dat dit gepresenteerd is als een voorbeeld van mislukte partnerkeuze, niet van mislukte therapie.

D 2.22 Het voornaamste probleem op dit moment lijkt dat vader het verdorde Lowietje is en bovendien niet de kans krijgt om iets te zeggen. Het is bekend dat het doorgaans weinig uithaalt wanneer dit aan het gezin wordt gesignaleerd. Een goede techniek is, op het moment dat moeder of iemand anders hem de mond snoert, te vragen

wat er in vader eigenlijk zoal omgaat, niet aan vader maar aan degene die onderbreekt. Hierbij wordt dus het woord verleend aan diegene die het al had genomen en wordt hij expliciet uitgenodigd een pretentie waar te maken die niet gering is. Gaat hij erop in dan stelt hij zich bijzonder kwetsbaar op t.o.v. vader, die gemakkelijk uit de eerste hand kan weerleggen dat er iets anders in hem omgaat. Gaat de onderbreker er niet op in, dan volgt een pijnlijke stilte, waarna vader weer het woord gegeven kan worden. Ik vermeld toepassing bij een gezin, Dick bekend, waarvan de oudste zoon een maandelijkse cyclus van zeven dagen maniforme agitatie of ernstige depressie doormaakte. Moeder was daar de figuur die precies wist wat haar zoon Rob zou gaan zeggen en wat hij dacht zonder het zelf te weten. Toen zij hem weer eens de pas afsneed, vroeg ik haar te vertellen wat er zich volgens haar in Rob afspeelde. Zij keek me onthutst aan. Vader die zich altijd op de achtergrond had gehouden, vertelde ongevraagd dat zijn vrouw inderdaad een soort zesde zintuig demonstreerde m.b.t. de psyche van anderen, waar zij op aansloot met over haar eigen, niet Rob's moeilijkheden te gaan vertellen.

Opmerkingen bij R.2.1 (Casuïstiek Richard)

(Cas van der Velden)

NB. Richards annotatie deugt niet helemaal. Het moet zijn: 2.1.1. (Jackson-advies), 2.1.2. (algemene categorie: Uitdrijving van ouderlijke demonen), vervolgens: 2.1.2.1., 2.1.2.2. enz. (concrete casuïstiek m.b.t. het uitdrijven van ouderlijke demonen). Wanneer we dit stuk op deze wijze nummeren is verwarring met R.2.2. (Prescribing the symptom: een algemene opmerking) uitgesloten.

Bij R.2.1.2. vermeld ik het volgende geval van "uitdrijving", als illustratie.

Een 26-jarige vrouw met tal van hypochondrische klachten en fobieën, die haar in de voortdurende angst voor een acute dood doen leven, komt mijn spreekkamer binnen en draagt mij op haar te instrueren hoe zij haar moeder, die van haar klachten "de schuld" is, de deur moet wijzen. Zowel haar huisarts als de zenuwarts die haar naar mij verwees hadden gezegd dat zij op schandelijke wijze is grootgebracht (wat klopt) en dat ik haar zou zeggen hoe de relatie met moeder te verbreken.

Hoe kon moeder schuldig zijn aan pat.es klachten? Moeder had haar steeds bedreigd met de straffen gods: krankzinnigheid, ongeneeslijke ziekte en helse verdoemenis. Deze dreigementen werden veelal geformuleerd nav een vorm van toenadering tussen pat.e en haar vader, nav uitingen van opstandigheid jegens moeder en nav contacten van pat.e met "ongeschikte" derden, onder wie haar huidige echtgenoot.

Waarom maakt pat.e zelf geen eind aan de relatie met moeder? Vanwege de te verwachten "straffen" (zie boven). Toch is pat.e ervan overtuigd dat moeder het huis uit moet, gezien de gevolgen van haar aanwezigheid (zie boven).

Moeder komt dagelijks over de vloer of telefoneert, soms enkele malen per dag en regeert het huishouden: geeft aan dat de echtgenoot te weinig verdient, brengt gratis "tuttenkieren" mee en ziet erop toe dat deze gedragen worden, uit kritiek op pat.es partnerkeus en opvoedingsstijl. Het schijnt dat in een grijs verleden hiertegen door de echtgenoot geprotesteerd is, maar dit protest is door pat.e steeds in "goede banen" geleid - waarop de echtgenoot zich meer en meer aan zijn uithuizige hobbies wijdde.

De presentatie van pat.es moeilijkheden is weinig veelbelovend: huilen, "Het is toch verschrikkelijk!" roepen, "O ik geloof dat ik nu doodga!" en "Ja hoor, ik word krankzinnig, ik voel het, ik word nooit meer beter!"

Behalve de moeder zijn de meest acute problemen: angst voor een infarct en straatvrees.

Gezien haar presentatie zeg ik de vrouw dat ik meer gespecialiseerd ben in angst voor infarcten en straatvrees dan in het de deur wijzen van moeders en ga haar gedetailleerd instrueren hoe zij dia's van de straat moet maken etc.

Pat.e zweeft tussen wanhoop en razernij omdat ik haar moederprobleem negeer. Ze knarsetandt en zegt dat ik het móét oplossen.

Intussen benadruk ik tegenover de man hoe ontzettend ongezellig het mij lijkt om een vrouw te hebben die almaar over haar moeder wauwelt, maar hij geeft geen sjoerge, zegt dat het wel

"meevalt" - waarvoor ik mijn bewondering en respect onder woorden breng. Pat.e klápt nu zowat. Aan het eind van het interview geef ik toe, ik heb het verloren. Ik instrueer haar driemaal daags haar moeder te bel-~~ken~~ len met belangstellende vragen over haar gezondheid en algemeen welbevinden, , voorts moeder bij haar bezoeken voorkomend en beleefd te behandelen. Motto: Er zijn kinderen die het nog veel erger gehad hebben dan u.

Nu komt de pointe. Mijn veronderstelling was dat moeder zichzelf zou "uitdrijven" wanneer pat.e deze opdracht nauwgezet zou uitvoeren. En ja hoor, vijf dagen later belt de man mij met de mededeling dat moeder gezegd had dat zij de schuld van de moeilijkheden was en dat het beter zou zijn wanneer zij vooreerst geen contact meer zou hebben met de dochter. Inwendig juichend geef ik een tikje benepen commentaar: dat het niet goed kan zijn zo snel een contact te beëindigen, dat allerlei gevoelens nog verwerkt moeten worden etc., maar dat ze voor een week van de opdracht ontheven is, om te "proberen".

Weer enkele dagen belt de vrouw mij huilend op. Ze heeft haar man laten liegen tegen mij en daar heeft ze zo'n last van. Wat heeft haar man dan gelogen? Dat haar moeder het contact verbroken heeft, want in werkelijkheid heeft zij het zelf gedaan. Of ik het niet érg vind...

De behandeling gaat nu over de serieuze huwelijksproblemen van dit echtpaar. De angst voor een infarct is met hyperdramatisering én een goede opvangregeling van de kinderen wanneer pat.e mocht komen te overlijden verholpen. (Zij vreesde nl. niet ten onrechte dat òf haar moeder òf haar schoonzuster zich bij haar verscheiden over de kinderen zou~~den~~"ontfermen".)

p.s. Ik zou blij zijn wanneer ik leerde mij beknopt uit te drukken

Commentaar bij D.2.1. (Casuïstiek mislukkingen Dick)

D.2.1.1.

Ik vermoed dat de aanpak te zacht geweest is. "Of u komt samen met uw man of u komt niet", was beter geweest dan het als een voldongen feit accepteren van de afwezigheid van de man.

Maar goed, gedane zaken nemen geen keer, en gegeven het feit dat die man er niet is zou ik het volgende proberen.

Ik zou haar feluiteren met de warme belangstelling van haar man zoals die in zijn welgemeend advies ("Kasten behoren overdag gedaan te worden") tot uitdrukking komt. Ongetwijfeld gaat zij sputeren en zich over hem beklagen, maar dat hoor je sceptisch aan. Ik zou haar voorts prijzen vanwege haar aanhankelijkheid jegens hem, haar inschikkelijke, coöperatieve natuur en haar niet aflatende liefde, die immers tot uitdrukking komt in het feit dat zij zijn lekenadvies toch prefereert boven jouw weldoordacht medisch advies.

Dan blijven twee mogelijkheden: of haar woede jegens de echtgenoot barst los en je hebt een reëel probleem van een vrouw in grote moeilijkheden, of zij gaat met de duiding dat achter hun uiterlijke onverschilligheid toch een grote betrokkenheid schuilgaat mee en je zoekt verder naar punten waarop zij haar man nog meer ter wille zou kunnen zijn.

Nog twee opmerkingen:

1. Dit is geen mislukking, want diagnostisch is het niet opvolgen van je advies uiterst relevant;
2. De eerste mogelijkheid die ik noemde - dat haar agressie jegens de echtgenoot openlijk tot uitdrukking komt - wordt door de therapeut heel vaak verkeerd opgevangen. De ik-zal-maar-zeggen "Kip ik heb je"-houding is desastreus. Veel beter is te zeggen: "Mevrouw, u heeft nu een heleboel dingen verteld die u wellicht liever niet had verteld. U zult merken dat u, eenmaal thuisgekomen, in toenemende mate geneigd zult zijn dat wat u hier gezegd hebt te vergeten, of te denken dat het eigenlijk anders ligt dan u zoëven gezegd hebt. Het zal zover gaan dat u zich, wanneer ik u de volgende keer vraag waarover we gesproken hebben, nauwelijks meer herinneren kunt waarover het ging en u zult waarschijnlijk over heel andere dingen willen praten."

D.2.1.2.

Eerlijk gezegd lijkt me dit niet zo moeilijk te behandelen. Je had hem royaal zijn nalatigheid kunnen vergeven en een herkansing geven. Hij zou het dan of wel "goed" gedaan hebben en dan is er geen probleem.; of hij zou het opnieuw niet hebben kunnen opbrengen. In het laatste geval geef je de pat. de kans het op zijn eigen manier te "proberen", bijv. gedurende een week. Hij mag dan in slaap zien te komen op de wijze die hem geëddunkt. Slaapt hij na die week goed dan is de zaak opgelost, slaapt hij niet goed dan begin je opnieuw. Mijn ervaring is dat de mensen doorgaans prima resultaten bereiken met hun eigen methode - nadat de opdracht "te moeilijk" was -, speciaal wanneer je je scepsis over deze methode uitspreekt en hen een prognose over het resultaat laat doen.

De herkansing, dat moet ik nog even zeggen, moet werkelijk naïef-goedhartig gegeven worden. Bijv.: "Het verwondert me ook niet dat u de opdracht niet hebt uitgevoerd. Ik was de vorige keer een beetje moe en het is best mogelijk dat ik u toen niet voldoende nauwkeurig heb uitgelegd waarom u deze opdracht beter wel zou kunnen doen... (volgt rationalisatie)!"

Opmerking:

Ook dit geval is geen mislukking. Het is een te vroeg beëindigde therapie.

D.2.1.3.

Ook dit geval is geen mislukking, ik zou zeggen integendeel. Er is enkele redenen om te vrijen, ja je van je vaginisme te laten afhelfen met iemand van wie je bij nader inzien niet houdt. De therapie heeft dit "inzicht" een beetje bespoedigd. Dat is toch prima?

advertenties aangeboden door de directie

Voor patiënten met fobieën voor onweer en storm is desensitatie de therapie. Vaak is het echter moeilijk deze patiënten zich deze natuurfenomenen in de fantasie te laten voorstellen. Veel behandelingen worden om deze reden afgebroken, tot teleurstelling van therapeut en patiënt. De laatste heeft niet alleen de teleurstelling te verwerken, maar ook de ontredde- ring en angst, die des te erger worden wanneer de hoop op verbetering is weggefallen.

H.H. Therapeuten! Aan deze toestand kan een einde komen!

De OPENBARE UITLEENDISCOOTHEEK heeft alle geluiden van storm en donder voor u in voorraad!

Wilt u uw patiënten met succes desensitiseren, wendt u dan tot de

Openbare uitleendiscotheek
Marnixstraat 400
Amsterdam
tel.: 020-244888

Filialen in alle grote steden

Voor de behandeling van vaginisme zijn dilatatoren onontbeerlijk.

STEON Kunststoffen
Thurledeweg 115
Rotterdam
tel.: 010- 151877

verkoopt gemakkelijk te bewerken PVC-staven die uitstekend als dilatator te gebruiken zijn.

Commentaar bij D.2.2. (Consultatiegevallen van Dick)

Over de kunst van het vragen om raad

Niet alleen het geven, maar ook het vragen om raad is een kunst die slechts weinigen beheersen. Toch is mij over deze "gentle art" geen literatuur bekend, gek genoeg, want uitgesproken onbelesen ben ik niet.

Laat mij daarom n.a.v. Dicks vragen enkele voorwaarden formuleren waaraan m.i. een vraag om consult dient te voldoen. Zijn vragen vind ik niet goed. Ik ontdekte dat wat ik maar mijn "therapeutische inventiviteit" zal noemen, op geen enkele wijze door zijn gevalbeschrijvingen geprikkeld werd, ook niet nadat ik ze zeker tienmaal had doorgenomen, geëxcerpeerd, er in bed, in de bus en tijdens de afwas over had nagedacht. Zijn de gevallen dan niet goed beschreven, zijn ze niet volledig genoeg, had nog weergegeven moeten worden welke hobbies de betrokken mensen erop na houden, hoe hun vroeg-kinderlijke ontwikkeling verliep, wat hun respectieve I.Q.'s zijn?

In genen dele. De beschrijvingen zijn prima, bevatten eerder teveel dan te weinig gegevens, de diagnostische conclusies zijn helder.

Wat godsterwereld ontbreekt er dan aan de beschrijvingen? Ik formuleer mijn voorwaarden.

1. De therapie dient begonnen te zijn voor de therapeut om raad vraagt, tenzij het een puur informatieve vraag betreft.
2. De therapie strandt of dreigt te stranden.
3. De therapeut brengt onder woorden op welke wijze zijn technieken falen, waar de patiënten hem te slim af zijn.
- (4) De therapeut formuleert een voorstel (zo specifiek mogelijk) om de weerstanden te tackelen, of (zo specifiek mogelijk) de redenen die het hem onmogelijk maken een voorstel te formuleren.
5. De therapeut opent in zijn vraagstelling en gevalbeschrijving optimale identificatiemogelijkheden voor de consulent. De consulent moet zich kunnen voorstellen dat hij zich als therapeut voor hetzelfde dilemma geplaatst ziet.

Dit rijtje is uit te breiden, logischerwijs. De strekking is kort en goed deze: bij consultatie gaat het niet om perfecte gevalbeschrijving, maar om een perfecte beschrijving van het mislukken van therapeutische technieken in de interactie met patiënten met die-en-die weerstanden. De consulent heeft in eerste instantie geen boodschap aan gedifferentieerde diagnostische overwegingen. (De therapeut trouwens ook niet.) Ik ben intussen benieuwd naar jullie reacties op deze zienswijze. Misschien kunnen we tot enkele "officiële" consultatieregels komen.

elk drie gevallen

D.2.2.1.

Het bovenstaande brengt zekere beperkingen met zich mee wanneer gevraagd wordt om concreet advies.

Ik suggereer:

- zeg dat Marieke ballerina, stenotypiste, maatschappelijk werkster moet worden en dat dan alle moeilijkheden over zullen zijn;
- deel Marieke mee dat ze een onappetijtelijke hysterica zal worden wanneer ze niet als de sodemieter ontsnapt aan de invloed van haar ouders;
- laat moeder voordoen op welke wijze zij verwacht gek te worden wanneer Marieke haar ei legt;
- adviseer vader zich ziek te melden alvorens hij zijn dochter uitnodigt zich uit te spreken;
- suggereer Marieke dat zij er met een zwarte jurk en een

- tuttenhoed nõg ouder zal uitzien;
- adviseer Marieke een kroontje te dragen en de ouders om haar met Koninklijke Hoogheid aan te spreken;
- adviseer moeder en zoon in het bijzijn van de therapeut een wals van Strauss te dansen, terwijl vader Marieke uit de bijbel voorleest;
- zeur niet over gezinstherapie en laat Marieke een normaal mens worden met behulp van de bekwame medewerker van het MOB.

Kortom: doe iets!

D.2.2.2.

Dit geval onderscheidt zich in zoverre gunstig van het vorige dat hierbij een - minimale - aanduiding gegeven wordt van de gebruikte techniek. Ik citeer: "Ik signaleer herhaaldelijk dit patroon en vader krijgt de ruimte om aan te geven dat hij de 'moed misschien allang heeft opgegeven' - het brengt moeder wel wat in verwarring maar het patroon herhaalt zich weer."

M.a.w.: voorzover is na te gaan bestaat de therapie uit het geven van inzicht, ditmaal niet in intrapsychische processen maar in interactieprocessen, wat, als therapeutische techniek gezien, op hetzelfde neerkomt.

Je zou ~~er~~ er beter aan doen paradoxale communicaties met paradoxale communicaties onmogelijk te maken. Bijv. door vader te suggereren dat hij wellicht nog onvoldoende heeft kennisgenomen van de zienswijzen van zijn vrouw en Johannes; ~~terwijl~~ Johannes en zijn moeder rijp gemaakt kunnen worden ~~voor~~ voor de suggestie dat wat vader te zeggen heeft voor hen wel eens erg bedreigend zou kunnen zijn, zodat ze er goed aan zouden doen hem reeds na laat ik zeggen tien woorden te interrumperen.

Klassiek is natuurlijk de uitnodiging aan moeder verder de leiding van het gesprek op zich te nemen.

Overigens is vader een slim strateeg. Heel gemakkelijk zou zich de situatie kunnen voordoen dat de therapeut hem als "slachtoffer" van moeder beschouwt. Wellicht kan de suggestie dat hij van een seksuele geaardheid die hem absoluut niet zint is enig nut hebben. Verder moet hij geprezen worden vanwege zijn bescheiden natuur, zijn receptiviteit, zijn vermogen tot luisteren - kwaliteiten die vandaag-de-dag heel zeldzaam geworden zijn. Helaas.

Ikzelf zou Liesbeth apart behandelen, zodat ze zich kan onttrekken aan het gezin en zijn waanzin. Vader is gecastroerd, moeder heeft een penis - wat wil je nog meer?

Wat ik van Gardner geleerd heb is dat het heel nuttig kan zijn kinderen duidelijk te maken dat ze tussen een stel idioten leven.

advertentie aangeboden door de directie

H.H. Therapeuten!

Lijdt uw patiënt aan AEROFAGIE, HYPERVENTILATIE of andere ademhalingsanomalieën?

Mevrouw G.F. Hazewinkel-Bouman, fysiotherapeute te Maassluis, zorgt gegarandeerd voor beterschap!

Adres: Lijsterlaan 58, Maassluis; tel.: 01899- 12478.

Zonder extra kosten neemt deze vrouw tevens een deel van uw psychotherapie over!

Opmerkingen bij R.2.4. ("Mislukking" Richard)

1. Het is warm en wellicht dementeer ik.
 Maar een mislukking met p.t.s. is dit in elk geval niet: het Masters & Johnson-programma liep goed, heel goed zelfs als waar is dat zij de dilatatoren-nieuwe-stijl uitvond en fabriceerde.
 Wel is het natuurlijk een behandeling met hindernissen, met onvoorziene complicaties - nu, dat komt meer voor, zij het meestal niet zo dramatisch.
 Ik neem aan dat zij naast haar vaginisme nog een ander probleem heeft, en aan dat andere geeft zij nu prioriteit. Wellicht hangen de suïcidepogingen met haar andere probleem samen - dat was te vermoeden geweest: het zijn nogal extreme reacties -, in elk geval wordt het tijd haar over haar andere moeilijkheden eens te spreken.
 Ik zou haar zonder de echtgenoot zien, als concessie. Zij heeft helder aangegeven althans niet in zijn bijzijn over de kwaliteit van haar partnerkeus te willen spreken.
 Ik zou vervolgens benadrukken dat de behandeling van haar vaginisme niet mislukt is.
2. Het is belangrijk bij het gebruik van geïmproviseerde dilatatoren ervoor te zorgen dat deze niet kunnen "wegschieten". Een stevig bevestigde schijf aan de achterzijde garandeert dat de dilatator te allen tijde eenvoudig te verwijderen is. Bij kunststof-dilatatoren (zie advertentie elders in dit nummer) is een perfecte hechting van dilatator en schijf mogelijk. (Uitvinding van een mijner patiënten.)
3. Het welwillend interpreteren van de suïcidepogingen lijkt mij juist.
 N.a.v. ons telefoongesprek hierover formuleer ik nog even mijn standpunt. (Vgl. Scheff.)
 Het is beter ervanuit te gaan dat iemand geen ernstige stoornissen heeft tenzij blijkt dat hij ze wel heeft, dan aan te nemen dat iemand wel ernstige stoornissen heeft tot het tegendeel kan worden aangetoond.
 Hoe nu te handelen in twijfelgevallen? (Die twee suïcidepogingen moeten, tegen de achtergrond van de "objectieve" moeilijkheden als twijfelgevallen beschouwd worden.)
 Vuistregel: interpreteer in twijfelgevallen steeds welwillend.
 Van een welwillende interpretatie kan altijd nog een onwelwillende gemaakt worden, het omgekeerde is vrijwel onmogelijk. Ik heb regelmatig succes met welwillende interpretatie in twijfelgevallen, nooit met onwelwillende.
 Voorbeelden van onwelwillende interpretaties in twijfelgevallen: "Jan lijkt neurotisch maar eigenlijk is hij schizofreen", "Marie lijkt anorgastisch, maar eigenlijk kan zij haar vrouw-zijn niet accepteren."
 Dit is geen pleidooi voor naïeveteit, noch voor domheid. Gegeven het feit dat wij fouten maken moeten we ervoor zorgen de minst ernstige fouten te maken alsook hun aantal enigszins te beperken.
 De behandeling in eerste instantie van Dicks patiënt (zie D.1.1.) vormt een typisch voorbeeld van onwelwillende interpretatie in een twijfelgeval, met alle schadelijke gevolgen vandien.

2.1. Een mislukking

Een 31-jarige man komt bij mij met bloosklachten. Hij heeft van een niet zonder succes behandelde vriend gehoord dat ik wonderen kan verrichten. Ik spreek dat niet tegen.

De klachten begonnen begin '59, toen hij als militair op Nieuw-Guinea verbleef. Een aanleiding weet de man niet te verzinnen. Hij werd op de poli van Dijkzigt min of meer analytisch behandeld, maar dat mocht niet baten.

Ik stel desensitizatie voor en vraag hem daarom gedurende een week een lijst aan te leggen met beschrijvingen van de situaties waarin hij bloost. Bij de bestudering van de lijst lukt het mij niet een gemeenschappelijke noemer in deze situaties te ontdekken: op 7 mei bloost hij een hele ochtend op zijn werk, 's avonds ook een paar maal in de huiskamer (niemand verder aanwezig, denkt ook aan niks bijzonders), op 8 mei bloost hij in zijn auto zonder aan iets anders dan het verkeer te denken, op 9 mei bloost hij tijdens overwerk (niemand aanwezig, denkt alleen aan werk, fantasieën over de rit terug naar huis) enz., enz. Ik zoek nog een beetje verder, vind geen aanknopingspunten en beëindig de behandeling. Man woedend, maar daar kan ik weinig aan doen.

Geruime tijd later ontmoet ik de vriend die hem naar mij verwees. Deze vertelt dat pat. mij een "flapdrol" vond. Ik informeerde daarop deze weinig vleierende kwalificatie gebaseerd is "Wel", zegt de vriend, "hij heeft u voor zitten liegen. Als u hem iets vroeg verzoon hij maar een antwoord. Hij vindt u een flapdrol omdat u niet zei: 'Vriend, doe me een lol en zit niet te ~~klagen~~ liegen'."

"Beschouwt uw vriend het als de taak van de ~~therapeut~~ pat. om de therapeut om de tuin te leiden en ziet hij het als taak van de therapeut om de pat. op leugens te betrappen?" "Zo is het precies", zegt de vriend.

advertentie aangeboden door de Stichting bestrijding ziekte winst

EENMAAL IN DE WAO, ALTIJD IN DE WAO...

Deze navrante uitspraak van een mijner vele jaren onjuist behandelde doch thans volledig herstelde patiënten is maar al te vaak waar. De WAO-patiënt komt in den regel niet meer aan de slag!

H.H. Therapeuten, U kunt hieraan iets doen!

U behandelt zowel werkgevers als werknemers. Stelt u de eerste als voorwaarde dat zij, wanneer hun behandeling succes heeft, bereid zijn een van uw WAO-patiënten in dienst te nemen.

DEZE METHODE HEEFT ZIJN DOELMATIGHEID IN DE PRAKTIJK BEWEZEN!

Kees van der Velden

2.2. Aardige casuïstiek

2.2.1. Het komt niet zelden voor dat de pat., eenmaal in de spreekkamer gezeten, niet goed weet of hij zijn klacht wel of niet vertellen zal. Daaraan is meestal wel wat te doen: "Ik kan me goed voorstellen dat u eerst eens de kat uit de boom wilt kijken. Zullen we dit eerste uur daarvoor gebruiken?" Doorgaans gaat de patiënt, bij het schrikbeeld een uur om de hete brei heen te moeten draaien, meteen van start.

Soms aarzelt de pat., formuleert vage bezwaren, zegt last te hebben van "zenuwen" e.d., weet niet goed hoe hij het zeggen moet. Goed is in zulke gevallen: "Mijn ervaring leert dat mensen die hun problemen formuleren op de wijze waarop u dat doet, doorgaans seksuele problemen hebben. Dat hóéft niet, maar meestal is het zo. Ik kan me daarom goed voorstellen...(zie hierboven)." Nu echter een geval van een jonge vrouw die haar klacht helemaal niet vertelde.

Een ongeveer 20-jarig meisje, bleek en schichtig, wordt door de moeder de spreekkamer ingeduwd. Moeder wil er achteraan komen, maar ik houd haar buiten. Ik vraag het meisje waarmee ik haar helpen kan. Zij zegt niets. Ik vraag wat haar moeilijkheid is. Zij zegt niets. Ik vraag of zij het gevoel heeft hulp nodig te hebben. Zij zwijgt. Ik vraag of zij - je kán niet weten,-een spraakgebrek heeft. Ze schudt van niet. Ik zeg dat ze vermoedelijk een probleem zal hebben dat niet eenvoudig te formuleren is. Ze knikt van ja. Ik vraag of ze er al eens met een ander over gepraat heeft. Ze knikt van nee. Ondanks al het vernuftige dat Zuk over "silencing strategies" heeft bedacht besluit ik moeder erbij te halen - een zeer rap pratende, actieve tante, fervent communiste, die net op de gang de Denksport zat te bestuderen. Moeder steekt van wal: Haar dochter is nu bijna een jaar in huis. Zij was onder behandeling van twee zenuwartsen. De eerste was vriendelijk maar wist niet wat met haar aan te vangen. De tweede kreeg na enig "trekken"-zonder-resultaat een "temper tandrum" en bezwoor pat.e dat zij in Delta opgenomen zou worden als ze niet sprak. Ook dit leverde geen resultaat en schuimbekkend stuurde hij haar heen, met haar moeder. De controlerend geneesvrouwe van ~~de~~ het GAK - hysterica van het wensvervullende type -, die ook nog niet gehoord had wat er aan de hand was, vond het ziekteverzuim de spuigaten uitlopen en besloot haar te laten onderzoeken door dr B., psychiater, die nog nooit een mens ziekteverlof heeft toegestaan. Hij rapporteerde danook dat we in dit geval te maken hadden met "simulatie".

(Terzijde: het werkt enorm stimulerend om aan het werk te gaan met mensen die bij collega's mislukt zijn, zeker wanneer dezen uitgesproken stommelingen zijn.)

Een intrekking van de uitkering - die intussen naar de WAO zou overgaan - stond voor de deur.

Wat voor verschijnselen vertoonde pat.e volgens de moeder? Zij durfde van de ene op de andere dag niet meer naar buiten, zeker niet wanneer ze alleen was en sporadisch met anderen, goede bekenden. Moeder wist niet waarom pat.e opeens dit gedrag was gaan vertonen, maar wat ze wel wist was dat ik niet moest proberen het geheim uit haar dochter los te weken, want naar haar ervaring ging de dochter alleen maar achteruit wanneer men zoiets wou proberen. Ik bedankte moeder vriendelijk en sprak met pat.e af voor een week later.

Volgende week: zelfde situatie. Moeder met Denksport op de gang, pat.e bij mij. Ik zei een prettige mededeling te hebben. Ik wilde niet dat zij over haar klacht zou spreken noch toespelingen in die richting zou maken alsmeedat zij mij, wanneer ik een toespeling in de richting van haar klacht zou maken, een seintje zou geven door het opsteken van de rechterhand. Motto: U bent als geheel een wat geremde persoonlijkheid, iemand die moeilijk uit z'n woorden komt, en hoewel het nooit onze bedoeling kan zijn van u een dommige flap-uit te maken, zou het prettig zijn wanneer u dingen die voor u belangrijk zijn toch kon zeggen. Pat.e eens. We hadden een aardig gesprek waarbij ze erg ontspande. Voor de volgende keer werd afgesproken dat ik haar het eerste kwartier enige vragen zou stellen die zó geconstrueerd waren dat zij met "ja", "nee" of "ga ik liever niet op in" zou kunnen antwoorden. Het leek haar moeilijk om "ga ik niet op in" te zeggen, zodat ik voorstelde i.p.v. "ga ik niet op in" "drie" te zeggen, dat betekent: het derde antwoord. Motto: U moet beroep aantekenen tegen de beslissing dat uw uitkering wordt ingetrokken en ik moet uw verzoek steunen; om nu niet volledig af te gaan moet ik ten naaste bij een vleug van een idee van uw klachten hebben - dat is onze enige kans om de uitkering te houden. Zij was accoord, ook met de bepaling dat zij en zij alleen het verzetschrift zou schrijven en dat we samen wel zouden kijken of er fouten in zaten.

In het derde gesprek moest zij nogaleens "drie" zeggen, wat aan het licht bracht dat haar moeilijkheden van seksuele aard waren. (Is gemakkelijk voor te stellen. Ik moest eerst straatvrees e.d. uitschakelen en kwam toen op een terrein vol "drietjes".) Pat.e had bovendien een keurig verzetschrift bij zich, met enige lovende woorden aan mijn adres, dat ze inderdaad alleen gemaakt had, ook al had moeder aangedrongen op inspraak. We bespraken de rol van moeder. Toen ik erop wees dat zij pat.e wellicht ietwat domineerde, zei ze dat moeder daar misschien wel de neiging toe had, maar dat de kinderen daar dik van profiteerden door in alle moeilijke situaties een beroep op moeder te doen.

Voor het volgende gesprek werd dezelfde procedure afgesproken: ook nu een kwartier $\frac{1}{2}$ "ja", "nee", "drie" - de rest vrije discussie.

Het bleek dat de verhouding "ja", "nee" en "drie" in de volgende gesprekken ongeveer gelijk bleef, wat uiteraard inhoudt dat ik steeds meer van haar moeilijkheid te weten kwam, totdat ik eigenlijk wel ongeveer wist wat er aan de hand was (75%, schatte pat.e). $\frac{1}{2}$ Ze durfde niet over straat omdat ze bang was zich aan passerende mannen te "geven", alsmeed omdat ze, wanneer ze weer thuiskwam, niet zeker wist of ze zich niet aan deze mannen "gegeven" had.

Intussen was pat.es uitkering niet ingetrokken op mijn advies en na enkele maanden was zij weer arbeidsgeschikt. Ik gaf haar enige seksuele voorlichting aan de hand van een boek dat zijzelf had moeten kopen en waarover ze mij vragen moest stellen. Zij is nu klachtenvrij en, zou Erickson zeggen, gelukkig verloofd. Wat de resterende 25% van de klachten nu concreet inhield heb ik nooit geweten. Toen ik haar zei dat ik over haar schrijven zou en het in verband daarmee toch prettig zou zijn wanneer ik wist... (enz.) glimlachte ze voldaan.

De controlerend geneesvrouwe zag haar bij toeval nogeens en kon niet geloven dat zij dezelfde ~~pat.e~~ was die indertijd bij haar voor controle verscheen.

Beste Richard, Kees,

Het wordt wel ingewikkeld, nu ik al een stuk had geschreven voorafgaande aan de bijdrage van Richard. Toch lijkt het me redelijk dat beide "oorspronkelijke stukken" in de tweede aflevering van ons lijfblad worden geplaatst en beantwoord/bekomentarieerd. Hoewel het veel werk oplevert, vind ik wel dat ons blad zo completer wordt en meer recht doet aan zijn titel! Ik ga akkoord met Richards voorstel van nummering. Alleen begrijp ik niet waarom Richard pas begint te nummeren in het hoofdstuk "Casuïstiek" van zijn laatste bijdrage. De eerste drie vellen vallen er buiten. Het is bv op te lossen door te noteren: R-D.1.1. (dwz Richard's kommentaar op D.1.1.)

De suggestie om ontmoetingen altijd in R'dam te houden vind ik inderdaad wel prakties, maar toch een beetje jammer. Maar belangrijker vind ik de doelstelling en de frekwentie van die samentochtingen. Kunnen we een agenda opstellen? Ik stel voor donderdag 5 of 12 juli. *A was 11 juli*

2.1 Artikel gelezen in TMW juni 1973 van Alice van der Pas: over co- en solotherapie met gezinnen.

Ze behandelt in hoofdstuk I de onderscheidene argumenten voor co-therapie: "twee zien meer dan één; twee bieden meer veiligheid; twee voelen zich veiliger dan één; voelen zich meer op hun quive; verrijken de overdracht en verminderen de tegenoverdracht; kunnen een gezin voorbeeldgedrag bieden; co-therapeuten leren van elkaar; en ze weerlegt deze argumenten naar mijn smaak meestal redelijk. In hoofdstuk twee geeft ze een aantal goede argumenten vóór solotherapie, die je het best zelf kunt lezen. Maar de teneur is hierin dat je je ongestoord en volledig op het gezin kunt richten. In hoofdstuk III tenslotte geeft ze enkele co-therapie variaties: "meester-leerling; samen vallen en opstaan; rolverdeling; spelen met de spiegel; tijdelijke verbintenissen." Werken met de spiegel spreekt me dan het meest aan, maar dan weet ik niet of ik het prettig zou vinden als de observator elk moment kan intervenieren, door op te bellen of binnen te komen. Ik zou m.a.w. wél observator willen zijn, maar niet ander om. Ik voel ook veel voor de solotherapie van Fylweiler (die ze niet noemt) waarbij de therapeut ook van het screen gebruik maakt

Konklusie: leve de solotherapie!

2.2 provinciaal nieuws

De sociaal psychiatrische problemen van de Alblasserwaard zullen binnenkort worden toevertrouwd aan de bekwame handen van C.A.L. Hoogduin. Dit is een pak van ons hart! Niet alleen is hij een uitblinker in zwakzinnigheid, ook staat het begrip degeneratieve kenmerken zo gezegd op zijn lijf geschreven. Zijn opvattingen over krankzinnigheid munten uit door eenvoud.

2.3 kommentaar op kasuïstiek van Richard

D-R.2.1.1. prima! de reactie van de chef is belangrijk: het wijst er nog eens op dat we niet alleen naar de huwelijks, gezinsrelaties moeten kijken. Het symptoom speelde een rol in de verhouding van deze man tot zijn chef. Hield het therapeutisch advies een demasqué in in de ogen van de chef? (ziektebegrip niet meer vol te houden) Weet je misschien wat er nadien in deze relatie is veranderd?

D-R.2.2. Hiervan kan ik ook een kras voorbeeld geven: Een zachtmoedige man moet schipperen tussen de rivaliserende echtgenote en zijn moeder. Al in de verlovingstijd ontwikkelt hij een maagzweer, hij staat van twee kanten onder grote druk maar gaat een (heimelijke) coalitie aan met zijn moeder om de echtgenote tot rede te brengen. Dan volgt er een dramatische en complete instorting van zijn vrouw, gevolgd door psych.opname Ieder fatsoenlijk mens moet wel onder de indruk zijn van deze ontwikkeling, zo ook de man, die belooft "met zijn moeder te praten Moeder is nl compleet een obsessie voor de echtgenote geworden. Prompt krijgt de man een nieuwe maagzweer, die voorshands blijft opspelen, terwijl ~~ziek~~ thuis een zeer wankel en krampachtig evenwicht intreedt, onder de mantel der liefde, geen sportje verwijt wordt nog gehoord. Er ontstaan akute problemen met de kinderen: een meisje zou seksueel benaderd zijn door een buurman de jongen krijgt hevige angsten, slaapt voortaan op de kamer bij zijn ouders en krijgt enuresis. Dus als Richard schrijft: "Elk van beiden kan decompenseren in deze perverse driehoek" dan heeft hij gelijk; alleen zou ik nog willen toevoegen: en als Het echtpaar de problemen met de ouderlijke demonen niet weet op te lossen en als ze die proberen te verdoezelen, dan kan het nog gebeuren dat een kind akute moeilijkheden krijgt - zo a.h.w. ~~de~~ een signaal is voor deze onder de tafel gehouden spanningen ~~ts~~. En er schieten me nog diverse voorbeelden van dit patroon in gedachten. Een bijzondere sub-vorm is dan weer het volgende patroon: het kind wordt door een ouder sterk geïdentificeerd met een grootouder en dan met de bijpassende gevoelens behandeld. bv : grootvader (PP) heeft het image van een onaantastbare woeste tiran, M vreest die man, maar is ook met een natte vinger te lijmen, bewondert hem zeker om zijn kracht, die ze ~~bej~~ haar echtgenoot pijnlijk mist. Ze kan domweg niet tegen haar schoonvader op, en dat frustrereert haar enorm. Haar man is zo braaf en voorbeeldig, daar heeft ze geen partij aan. Maar het zoontje heeft voor haar het zelfde karakter van haar schoonvader (wat ~~heel~~ erg ver naast de waarheid is, ik bedoel: zij ziet wat wij niet zien) en met dat jongetje ontwikkelt zich een onvoorstelbare heftige strijd, waarin van generatieverschil niets te merken is. Het is letterlijk zo dat ze geen klein ventje voor zich ziet, maar een woeste onberekenbare kerel! Toen ze voor dat jongetje bij ons kwamen zag ze het verband niet met de relatie die ze met de PP hebben. P hield zich erg gedekt maar zou zijn vader graag de schedel in slaan vermoed ik, en houdt zich angstvallig in bedwanen en buitenschot!

2.3.1

Het onderwijzersechtpaar uit Dordt is Richard goed bekend. Ze zijn afkomstig uit een klein gronings dorpje waar beider ouderechtparen nog wonen. Bij allebei is er iets grondig mis met het afnavelen. De mythe is dat zijn ouders koud en eisend zeg maar: "slecht" zijn, terwijl háar ouders "goed" zijn. De vrouw voelt zich in Dordt dan ook diep ongelukkig en eist dat alle vakanties (dat is een heleboel!) en véle weekeindes in het ouderlijk nest worden doorgebracht. Dit plaatst de man in een moeilijke positie omdat hij het liefst de zelfde afstand maar dan precies de andere kant op zou willen! Hij heeft een enorme rankune tegen zijn ouders, maar kan toch moeilijk bij hun weg blijven, en zeker niet als ze in hetzelfde gehucht vertoeven... Het vrouwtje zegt ook heel uitdagend dat als ze moet kiezen, dan komen haar ouders op de eerste plaats. Maar zoals de attente lezertjes wel begrijpen, zegt de man niet: "nou kies dan maar!" Wél krijgt hij angstaanvallen en maagzweren! Vanzelfsprekend verzorgt de vrouw hem teder als hij zo zielig is, maar mag hij géén eisen stellen die tegen de hare ingaan. Ook moet het beslist zo blijven dat hij de zenwupatient is en zij het opofferende vrouwtje-koterapeute-middelares. Als ik maar iets durf te vragen over haarzelf of over de band met haar ouders piept ze van angst, zet alle stekels op en dreigt de behandeling af te breken. Ik adviseer nadrukkelijk dat ze tussen pasen en de zomervakantie niet naar Groningen gaan. Hij zegt met een veelbetekend lachje: "haha, dat vindt zij nooit goed" en dit beaamt ze onmiddellijk. Ik houd het advies staande als zijnde noodzakelijk voor de behandeling. Vier weken later blijken ze toch geweest te zijn, maar had hij wel aan zijn moeder gezegd dat ze niet op hun hoefden te rekenen met het zilveren bruiloftsfeest, omdat hij het niet nodig vond de valse schijn van het goede huwelijk van zijn ouders op te houden. (bravo!!!) Zijn moeder had wel wat moeten wegslikken en was toen op de geijkte toer gegaan van: misschien zijn we er volgend jaar wel niet meer enz enz. Zodoende heeft onze onderwijzer weer akuit maagklachten en stikt hij weer van de angst. Ik zie mijn kans schoon om zijn ouderlijke demonen grondig aan te vatten en vooral dankbaar werk is de ontmaskering van zijn moeder die uit zelfzuchtige overwegingen alstijd schuld heeft geïnduceerd. Nu is de tijd aangebroken dat zijn ouders het samen uit moeten zoeken, alle pogingen die de zoon zo edelmoedig heeft gedaan om nog iets van het huwelijk van zijn ouders te maken, zijn helaas door hun niet op prijs gesteld en hebben alleen stank voor dank opgeleverd etc. Onze edele zoon groeit tien centimeter en inderdaad is hij sindsdien een heel stuk aan zijn ouderlijke ban(d) ontgroeid. Maar nu zitten we flin in het slob: hij gaat eisen aan zijn vrouw stellen, m.n. ook op seksueel gebied, en zij slaat hard terug, zeer neuroties, maar ook zeer unfair. Toch ontkomt ze er evenmin aan onder ogen te zien dat hun huwelijk een flop is en dat ze helemaal op elkaar uitgekeken zijn. En wat hij wil wil zij niet en vice versa. Het enige gemeenschappelijke is nog "de natuur" maar mag nergens over gepraat worden van haar. Bovendien is er niets veranderd in de diepe genegenheid die ze kiestert jegens haar ouderlijk nest, en blijft ze eisen dat ze daar vakanties houden en bovendien dat ze daar over een of twee jaar uiterlijk weer naar toe verhuizen. Alleen de "ziekte" van de man, plus de uitvloeisels (welke andere school wil hem hebben met zijn recente instortingen?) weerhouden ~~beachtbare zaken, een middelgrote deerskahr~~ een lichtelijk wanhopig therapeut!

2.3.2

Tjonge wat werkt onze korrespondentie-koredaksie inspirerend! Alleen al zo'n opmerking over de ouderdemomen is goud waard. Ik herken het op slag in allerlei gevallen die ik heb gehad en zie ook de grote waarde voor mijn werk in de kips (afkorting voor kinderpsychiatrie) Vanzelfsprekend is er in de kips een duidelijke notie van de invloed van de ervaringen van ouders met grootouders. Deze relatie en invloed ervan op de ouders wordt echter voor 95% in de jeugd van de ouders geplaatst. Zeer matig geesten zijn tevreden met formuleringen als: wat de ouders zelf als kind nooit hebben gekregen, dat kunnen ze ook hun eigen kind niet geven. Het is een rationalisatie van egoïsties eisend gedrag van ouders jegens hun kinderen, die de therapeut noopt om de ouders te overstelpen met "begrip en liefde en warmte enzo" Ziedaar wat ik niet kan opbrengen. Er zijn gelukkig ook intelligentere en bruikbaarere konsepties, die ik nu buiten beschouwing laat. Alleen wil ik ervan zeggen dat ze hoe dan ook meestal niet of nauwelijks recht doen aan de aktuele invloed van de grootouders op de ouders en evt op het gezin. Ze zien niet dat er ook nú nog van die perverse driehoeken tussen ouders en grootouders bestaan. Enfin, een dankbaar veld van onderzoek en "ver-kondiging"!

2.4

D-R.2.2.1. Ik herinner me die opmerking van die prámaballerina, maar kan het evenmin terugvinden. Wel zat ik dit weekeind weer eens te lezen in Techniques of Family therapy onder redaksie van Haley en Hoffman. Don Jackson geeft de ouders in dat verslag "inzicht" in wat ze deden en zegt erbij dat ze het onbewust deden. Hij doet het alleen als taktiese manoeuvre omdat ze hem niet kunnen tegenspreken, maar zich ook niet schuldig hoeven te voelen; ze hoeven alleen te zeggen: dat realiseerden we ons niet - hij hoopt dan dat ze het verder uit een andere hoek zullen bekijken. In de verdere diskussie met Haley zegt hij dan: had ik ze werkelijk tot inzicht willen brengen, dan zou ik het symptoom hebben voorgeschreven, in casu aanbevolen hebben om erg streng tegen de dochter te zijn, eensgezind haar als het kind te behandelen wat het nog is. (k.o.m.R2.2.2)

D-R.2.2.2. oké. Ik begrijp toch niet helemaal wat je onder glijdende adviezen verstaat. Kun je dat nog eens verduidelijken?

2.5

D-R.2.3. helemaal akkoord.

2.6

D-R.2.4. suspekt vind ik dat Masters en Johnson blijkens hun (niet zo uitgebreide) cijfermateriaal géén mislukkingen hebben met de behandeling van vaginisme met dilatatoren. Als ik hun hoofdstukje doorlees vind ik het een vreemde hokuspokustoestand. Het belangrijkste is volgens hun de demonstratie van het mechanisme aan de verbaasde vrouw en de echtgenoot. Het ónwillekeurige wordt eindeloos benadrukt. Dit kan je als een truc opvatten, inderdaad als een paradoxe. "U hebt homoseksuele verlangens, o.i. het is fijn dat we dat nu eens met elkaar kunnen bespreken, maar uw vaginisme is volledig buiten uw wil om en kan met stokje worden verholpen." Waarom werkt dat nu eigenlijk? Omdat het een intensief seksueel contact is zonder seks s.s.? Omdat het een overgave is zonder gezichtsverlies? Omdat het tegelijk ook een desensibilisatie of afleren is van een stukje ongewenst en onwillekeurig gedrag? Dat laatste vooronderstelt meen ik dat er aanvankelijk in ieder geval een niet-willen is geweest en dat dit is omgeturnd in een wél-willen. Dan is nog de kwestie om óok te kúnnen. Maar waardoor is dat omturnen bewerkstelligd? Door de sensate focus? Ik begrijp het eerlijk niet.

voor wat Richards kusus betreft; jammer! Hier zie je treffend geïllustreerd dat het simptoorn de weerstand is, en dat ze die weerstand hard nodig heeft om (psychologies gezien altans) te overleven.

Inmiddels heb ik Richard aan de lijn gehad en vraagt hij konsultatie omdat de vrouw op de Dépendance is opgenomen en weer onder Richards behandeling staat.

Ik neem aan dat er meer achter die suicidepogingen zit dan haar insufficientiegevoelens. De eerste verdedigingsgordel stortte ineem toen de fimosis was verholpen - nu werd ze op het lijf gezeten, er was geen ontkomen aan, nu moest ze eraan geloven. Ik denk dat ze heel erg angstig en bedreigd was. Je zou kunnen stellen dat ze ongeveer dezelfde remmingen en konflikten heeft als vele anderen die op een dag bij je komen met deze klacht, maar wel zijn haar alarmreaksies èrg fors als de verdediging begint te bezwijken. Ik heb ergens gelezen :weerstand dat is skin and bones, als je die wegneemt hou je een vormeloze massa over. Zoiets moet het bij haar geweest zijn: een oppervlakkig gezien nog aaridg funksionnerende vrouw, maar daaronder een geweldige troep van schaamtegevoel, schuld, walging, fobiese angst extreme onzekerheid over haar sekse, en ~~wixxwaat~~ ook angst voor zwangerschap. Ik zit misschien wel wat te konfabuleren over wat zich bij háar afspæelt, je schrijft ook erg wáinig over de man, en ik zie weinig van hun interaksie, behalve natuurlijk enkele saillante punten, bv die fimosis die hij 5 jr laat zitten om haar te beschermen (?) of leefde hij enorm op, vol falliese xtrots en speelde hij de zwarte Peter triomfantelijk naar haar toe?

Dat moet haast wel, aangezien ze zich op slag zo insufficient voelde. En dat hij niet mee gaat naar de huisarts wijst op zijn gekwetstheid en zijn opvatting dat het probleem helemaal bij haar zit. Het zal allemaal wel met een christelijk blijmoedig sousje zijn overgoten, maar ik spekuleer over de achtergrond.

Maar weer terugkomend op haar, ik meen persoonlijk dat ze ook al met zichzelf zodanig in de knoop zit, dat individuele therapie op dit moment heel zinvol kan zijn. Allereerst wat het vaginisme betreft zou ik haar zeggen dat je nu tot het inzicht bent gekomen dat je adviezen verkeerd gekozen altans verkeerd getimed waren en dat je er nu op rekent dat ze nog geruime tijd de klacht zal houden; alle pogingen van koitus of manipulatie of proberen van dilatatoren zou ik verbieden. Als haar man zulke wensen heeft, dan vind jij als therapeut dat hij er in geen geval aan mag toegeven. Dan zou ik geruime tijd van de klacht afblijven en zou ik me niet generen om haar wat te laten ventileren, of dat nu over haar man of over haar jeugd gaat, maar bij voorkeur zonder haar te laten regredieren. Als ze reele problemen aangeeft zou ik er reeel op ingaan, gaat ze overdrijven dan zou ik dat paradigmatis aanpakken, labelt ze alles vanzichzelf negatief(en vind je dat erg irreeel) dan zou ik het nog negatiever labelen. Wat ik verwacht (of altans hoop) is dat ze op enkele belangrijke punten zelfverzekerder wordt. En dan pas kun je gaan zoeken naar een volgende doelstelling en metode. Ik kom er niet uit wat je inmiddels met de echtgenoot aanmoet. Belangrijk lijkt me dat je zelfs de schijn van een koalitie met hem vermijdt! Vroeg of laat wordt het mogelijk weer een conjoint.