



design  
CATHY & STEF VAN DIJCK

Tijdschrift voor Directieve  
Therapie \*

voorheen MBNGCC

jrg.1 nr.3

juli 1973

Redactie:

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

---

Inhoud

juli 1973

---

Hoofdredactie	Een woord vooraf	1
R.van Dijck	Zakelijke mededeling	2
	Verkoop(s)techniek	3
	Therapietechniek	4
	Een algemene beschouwing	7
	Repliek aan Dick (D.2.6.)	8
C.P.van der Velden	Commentaar bij D.2.6.	10
	Een eigenaardig geval	12
	Een mislukking	13
	Commentaar bij consultatiegeval van Dick (D.2.3.1.)	14
D.N.Oudshoorn	Repliek aan Richard en Kees	16
C.P.van der Velden	Therapietechniek	17
R.van Dijck	Leuke verrassing	19

---

Omslagontwerp:

Cathy & Stef van Dijck

---

---



1

Een woord vooraf

Redacteur Van der Velden die zo zijn mond volheeft over boven-, onder-, linker- en rechtermarges, presteert het regelmatig om ons halve bladzijden toe te sturen, bovendien nog slordig afgescheurd. Van zuinigheid gesproken! De andere helft moet zeker dienen om krenten in te wikkelen?

De Hoofdredactie.

3.11 Zakelijke mededeling.

In aanvulling op het eerder gedane voorstel om de overzichtelijkheid te bevorderen door annotaties, hierbij een voorstel om het nog overzichtelijker te maken door in de toekomst vaste nummeringen aan te houden. Ik stel de volgende rubrieken voor, steeds voorafgegaan door het nummer waarmee ze dienen te verschijnen:

- xi .1 zakelijke mededelingen (zoals deze, dus m.b.t. afspraken e.d.)
- .2 casuïstiek (= interessante gevallen, die geen mislukkingen zijn en vermeldenswaard zijn vanwege bijzondere eigenschappen)
- .3 mislukkingen
- .4 consultatie (vragen om suggesties)
- .5 beantwoording consultaties (voor de duidelijkheid dient hierbij te worden verwezen naar de vraag, dus het antwoord van Kees in aflevering 4 op consultatie van Dick in aflevering 3 wordt als volgt: K 4.51 (D 3.41)
- .6 verkoopstechniek
- .7 therapie techniek (D.w.z. adviezen of technieken die therapeutisch bedoeld zijn maar geen verkoopstechnieken zijn)
- .8 algemene theoretische beschouwingen (niet betrekking hebbend op verkoopstechniek of therapeutisch advies, maar in een breder kader)
- .9 advertenties (zie de initiatieven van Kees).

Uiteraard <sup>zijn</sup> ~~zijn~~ <sup>rubrieken</sup> andere rubrieken denkbaar die dan weer hun eigen nummer krijgen. Even vanzelfsprekend is het dat niet iedere aflevering bijdragen over alle rubrieken dient te omvatten.

3.12 Ter vergemakkelijking van later knip- en plakwerk met het oog op publikatie zou het nuttig zijn dat per rubriek (niet per onderdeel daarvan) een apart vel wordt gebruikt.



3.13 Wanneer komen we nog eens samen? Ik stel telefonisch overleg voor uitgaande van de hoofdredactie.

3.6 Verkoopstechniek

3.61 Een methode die "in laatste instantie" aanbevelenswaardig is, is die van de "schijnbare keuze" of die van de "inspraak".

Wanneer een patiënt weigerachtig reageert op het hem geboden advies, helpt het vaak hem gelijktijdig een tweede advies van dezelfde strekking (of nog erger) voor te houden en daarbij aan hemzelf de keuze over te laten tussen de "strop of de bijl". Veel mensen vinden het niet acceptabel dat zij gedirigeerd worden als kleine kinderen, maar pikken hetzelfde advies wel als zij mogen kiezen uit twee of meer mogelijkheden die op hetzelfde neerkomen.

Een variant hiervan is de inspraak: nadat het principe van het advies is voorgelegd, wordt vervolgens alle ruimte geboden om te pingelen m.b.t. de duur, frekwentie of tijdstip waarop de opdracht moet worden volbracht. Wanneer voldoende kans wordt gegeven aan de patiënt om tegenspraak te bieden in de details dan vermindert vaak in overeenkomstige mate zijn weerspanningheid tegen het advies zelf.

Deze beide technieken worden reeds eeuwen ~~dan~~ zonder psychotherapeutische doeleinden door regenten en andere gezagsdragers~~z~~ toegepast.

3.7/ Een therapietechniek:

De klacht van <sup>pathologische</sup>therapeutische jaloezie, naar mijn ervaring vooral voorkomend bij vrouwen, heb ik vrij vaak meege-  
 maakt. Het leidt er soms toe dat de echtgenoot geen T.V.  
 meer mag kijken, een tijdschrift als Panorama niet meer  
 mag vastnemen en op straat een soort ~~afwijking~~ blik <sup>Kramp</sup>  
 moet cultiveren als er vrouwen tussen de 7 en de 77 bin-  
 nen gezichtsbereik komen. Beiden beleven dit als een ziek-  
 te van de vrouw en het wordt haar door beiden kwalijk ge-  
 nomen maar tevens als n iets onvermijdelijks beleefd.  
 Een goede aanzet van de therapie is het aanbrenge van  
 een nieuwe interpunctie: de therapeut stelt dat de jaloe-  
 zie geen uiting is van een ziekte maar een blijk van  
 liefde. Eventueel kan de therapeut hieraan de narcistische  
 krenking toevoegen dat de vrouw in haar huidige geeste-  
 lijke ontplooiing nog niet verder is dan deze, wat merk-  
 waardige vorm van liefdesbetuiging, maar in elk geval:  
 het is liefde. Hij kan er in zijn argumentatie op wijzen  
 dat de vrouw niet zo jaloeers zou zijn moest ze niet ex-  
 treem van hem houden, het zou haar dan zeker allemaal  
 koud laten. De echtgenoot, die in alle gevallen een  
 sullige lamme goeozak is, kan er op worden gewezen dat  
 zijn vrouw eigenlijk onrechtstreeks hulde brengt aan  
 zijn viriliteit en aantrekkelijkheid door het feit dat  
 zij zo beducht is voor het gevaar dat alle vrouwen voor  
 hem vallen. Het verdere advies dient te zijn dat de vrouw  
 voortaan onverminderd moet navragen bij zijn thuiskomen  
 hoe hij zich van potentieel overspel heeft weten te ont-  
 houden, vooral wanneer zij extra lief voor hem wil zijn.  
 Als speciale tractatie kan hij vermelden dat hij die dag  
 een uitzonderlijk ~~zwaar~~ stuk heeft gezien maar haar  
 geen blik waardig heeft gekeurd. Hierdoor zijn ruzies met  
<sup>het them</sup>  
~~als inzet~~ jaloezie afdoende geblokkeerd en kunnen ze over-  
 gaan tot andere, betere ruzies.



3.72 Therapietechniek:

Met terugverwijzing naar de vuistregel die ik in aflevering 2 (n.a.v. D 1.6) formuleerde, het volgende: het is me opgevallen dat opdrachten in de zin van "huiswerk" gemakkelijk te geven zijn in conjoint behandeling, maar dat ik er vrijwel niet toe kom in gezinsbehandelingen. Misschien is dit het gevolg van het feit dat ik veel meer ervaring heb met conjoints, maar behalve dat lijkt het me veel moeilijker in gezinsbehandeling goede <sup>thuis-</sup>opdrachten te bedenken als men de constructie evenwichtig wil houden. Een opdracht waar twee partijen bij betrokken zijn is nog haalbaar, een advies waarbij drie of meer personen een gelijkwaardig aandeel in moeten hebben wordt een complexe zaak. Bij het beluisteren van mijn opnames van gezinstherapie is het me opgevallen dat ik me veel meer bezig houdt met de zich hier-en-nu afspelende interactie en probeer ik daarin onmiddellijk te interveniëren. Overigens komt daarbij het principe van P.t.s. ook wel van pas, zie het voorbeeld in mijn commentaar bij D 2.22.

Misschien is dit een algemene "wet": hoe uitgebreider en dus complexer het systeem waar men mee geconfronteerd is, hoe meer alles in de tegenwoordige tijd moet worden aangepakt. Bij individuele patiënten is het naar mijn gevoel nog steeds nuttig het verleden (af en toe) aan te boren, bij echtparen is het verleden ~~is~~ nog hoogstens relevant om terugkerende interactiepatronen te weten te komen, verder napluizen leidt nergens toe, en bij gezinnen is het al bijna onmogelijk een coherent beeld van het verleden te krijgen. Hetzelfde met opdrachten: bij individuen heb ik t.a.v. opdrachten meestal wel een redelijke gok over de afloop; bij echtparen blijft het

interessant maar je weet toch eigenlijk nooit wat ze ermee zullen doen, en bij gezinnen weten ze waarschijnlijk zelf niet eens hoe het zal gaan. De interventies die kunnen worden uitgevoerd dragen des te meer het karakter van reageren op hetgeen ter plaatse aan de gang is, naarmate het aanwezige systeem groter is.

3.73 Een goede regel van Whitaker bij zijn gezinstherapie: als de behandeling niet naar wens verloopt haalt hij er meer mensen bij, d.w.z. grootouders etc. Uiteraard ook toepasbaar wanneer men bij ~~n~~ afzonderlijke individuen begint.



### 3.8 Een algemene beschouwing:

Een voordeel dat directieve therapie in mijn persoonlijke psychische huishouding heeft boven de non-directieve, is die van de agressieregulatie. Ik kan me nog erg goed herinneren (en Marian ook, maar dat is een ander verhaal) dat in de tijd dat ik nog analytisch dacht, ik voortdurend last had van het gevoel dat hetgeen ik bezig was te doen met patiënten, niet alleen een onbegonnen werk was waarin ik tekort schoot, maar bovendien kostte het me erg veel moeite om mijn reacties en opinies onder stoelen en banken te steken in aanwezigheid van de patiënt, hetgeen waarschijnlijk ook niet erg lukte, maar wat volgens de ideologie van de reflecterende spiegel toch nodig is. Het resultaat was meestal dat de patiënt op het einde van het gesprek onbevredigd was omdat hij geen ~~directieve~~ directe antwoorden had gekregen en ik nog meer omdat ik me meestal neutraal had gehouden maar me niet neutraal voelde. Het kostte me overigens het meeste moeite neutraal te zijn t.o.v. mensen waar ik de pest aan had. Kortom, ik ben ongeschikt voor non-directieve therapie. Met het geven van directieven wordt de situatie wel anders. Een naar mijn gevoel smerig manoeuvre kan ik belonen met een uitgekookt advies, en een positieve daad kan ik van harte toejuichen. Overdracht en tegenoverdracht zijn er nog maar ze kunnen meteen worden aangepakt en ik werk in een sfeer die ik zelf ontspannen vind. Overigens heb ik nooit het gevoel gekregen dat het geven van adviezen <sup>de</sup> een afhankelijkheid van de patiënt verhoogt, zoals de analytische theorie dat voorspelt. Integendeel, de therapieën zijn korter, de sfeer is zakelijker en de patiënten investeren hun creativiteit in belangrijker dingen dan het afdwingen van extra aandacht, want ze zijn ook met nuttiger dingen bezig. Ik kan me voorstellen dat er mensen zijn die op grond van hun persoonlijkheid integendeel moeite zouden hebben met directieve therapie. Maar volgens het onderzoek van Truax zijn Rogerianen toch directief als de pest, alleen ze weten het niet. Ik geloof wel in de juistheid van de drie fundamentele paradoxen van Haley, en de enige echte non-directieve therapeut is een echte badkamerspiegel, hoewel die ook al zijn subtiele vertekeningen heeft.

### 3.10.1 Repliek aan Dick

Bij deze wens ik een nieuwe rubriek in te stellen, namelijk die van replieken op andere stukken, te coderen: .10.

Deze repliek betreft D 2.6., zelf een antwoord op R 2.4. Het kan wel erg bedenkelijk lijken wanneer ik van een vraag tot consultatie bedenkingen ga maken tegen je advies, maar ik voel me toch verplicht op enkele dingen te reageren.

Allereerst wat betreft de Masters en Johnson technieken. Ik vind, hoewel zij in hun boek daar erg langdradig over zijn en onnodig uitweiden, dat hun praktische en nuchtere aanpak verre prevaleert boven de hocus pocus en dat hun werkwijze stukken zinniger is dan de klassieke psychotherapeutische aanpak die inderdaad blijft steken in het vaststellen van latente homofiele, geïntrojecteerde agressie, geprojecteerde ontrouw, angst voor zwangerschap, voor vader, voor moeder, voor kinderen, voor de eigen sexe en de andere sexe en alle verdere sexen. Ongetwijfeld zijn al deze dingen aanwezig en nog veel meer, maar er schieten maar weinig mensen mee op. M + J gebruiken een leertheoretische context waarbij de sexuele stoornis als aangeleerd gedrag wordt beschouwd en "in vivo" desensitisatie een grote rol speelt, naast didactische, soms schoolmeesterachtige voorlichting. In dit laatste wordt het onwillekeurige van sexuele functies sterk benadrukt, hetgeen niet alleen terecht is vanuit fysiologisch standpunt, maar bovendien geruststellend werkt en schuldgevoelens tegengaat. Zij werken verder met de premisse ~~dat~~ van een positieve instelling van het echtpaar, hetgeen in hun casuïstiek niet zonder grond was, want hun behandeling is zeer



duur

en ze accepteren alleen mensen die al een vol jaar therapie elders hadden gehad en nog niet wilden opgeven. Dit beïnvloedt hun statistiek ongetwijfeld ten gunste maar zij geven wel degelijk mislukkingen op.

~~Met het advies om tegelijk op individuele therapie~~ Met het advies om <sup>te</sup> tegelijk op individuele therapie over te schakelen ben ik het eens, maar niet met de stelling dat de afgelopen behandeling verkeerd gekozen was. Dit is een kwestie van fundamentele strategie. Je kan achter elk symptoom "het ergste" veronderstellen en er vanuit gaan dat er sprake is van een diepliggende stoornis of een fundamentele incompatibiliteit van de partners. De politiek van 'the benefit of the the doubt' vind ik professioneel verkieslijk, hoewel je dan meer kans loopt op "tegevallers" dan "meevallers". Verder vind ik nog steeds <sup>dat</sup> haar mate van cooperativiteit tot op de laatste week het verderzetten van de gevolgde gang van zaken rechtvaardigde.

Waar ik me toch wel aan heb geërgerd is dat je als verklaring voor haar gedrag opgeeft: schaamtegevoel en angst voor zwangerschap e.d. Ik dacht dit in het verhaal al voldoende te hebben verwerkt.

Tenslotte krijg ik het gevoel dat je veel met slechte vriendjes omgaat. Tenminste ik vind je betoog, vooral wat betreft M + J, eenzijdig analytisch en ik heb er bezwaar tegen dat we voor onze successen een interactioneel kader zouden gebruiken en voor onze ~~analy~~ mislukkingen een analytisch.

Ik voel me aan onze relatie verplicht ~~een~~ deze, misschien onvriendelijk klinkende opmerkingen te maken, graag echter een reactie.

1. Vaginisme is een onwillekeurig verschijnsel, noodzakelijkerwijs. Zou je een acrobate kunnen trainen in het willekeurig laten optreden van de kramp dan zou het geen vaginisme meer zijn (maar kunst).
2. Vaginisme is een relatief autonoom verschijnsel, dat vnl. instandgehouden wordt door pathologische interacties (die er mede het gevolg van zijn), waarbinnen geen ruimte bestaat voor de leerprocessen die voor het beleven van seksueel plezier nu eenmaal noodzakelijk zijn.
3. "Niet willen" is geenszins karakteristiek voor vaginistische vrouwen. Integendeel: ze "willen" dolgraag!  
Wie niet wil coïteren kan het o.m. nalaten of ook: hoofdpijn voorwenden, ongehuwd blijven, tot 's avonds heel laat doorwerken, "erboven staan".  
Wie "onbewust" niet wil coïteren - een onmogelijke categorie overigens - kan o.m.: tijdens het vrijen in slaap vallen, misselijk worden, een hoofdpijnaanval ontwikkelen, vergeten de pil in te nemen en daar vlak voor het moment suprême achterkomen, plotseling last krijgen van ondraaglijke jeuk. Bij vaginistische vrouwen vinden we geen afkeer (= niet willen), maar spanning of vage angst.
4. ~~W~~arom werkt de demonstratie?  
De partner, die geconfronteerd werd met de paradox "Niet ik, maar mijn vaginale kramp maakt het onmogelijk je liefdesbewijzen te beantwoorden, hoewel ik veel van je houd" krijgt de mogelijkheid haar mededeling eenduidig te interpreteren. Op het moment dat zij een vaginistische kramp ontwikkelt bij een niet-seksuele benadering door een ander wordt de interpretatie dat zij hem en zijn seksuele avances afwijst definitief onmogelijk.
5. Wat betreft de therapie (dilatatoren + vrijcursus) sluit ik me aan bij Richard (nr 2, pag.12). Ik benadruk het belang van de leerprocessen nog even, omdat je bij de meeste paren met deze klacht vindt dat ze absoluut niet kunnen vrijen, dus ook de pret daarvan niet kennen. Eén van de redenen hiervan is dat de vrouw de definiëring van de pijnlijke situatie gaandeweg uitbreidt (tot ook een zoen of een klap voor de billen hierbij hoort), terwijl de man niet in staat is zijn vrouw een zoen of een klap voor de billen te geven zonder het tot obsessie wordende verlan-



gen dat zij in deze handelingen een aanleiding zal zien haar moeilijkheid op te geven en schielijk met hem in bed te duiken.

6. Ik heb mij veroorloofd de M&J-behandeling enigszins te modificeren. Zij heffen eerst het vaginisme op (binnen zeer korte tijd) en leren het paar vervolgens vrijen. Bij mij mogen ze maar langzaam vorderen met de dilatatoren, niet vlotter dan ze vorderen met vrijen. Geven ze er bij het vrijen de brui aan dan blijven ze genoodzaakt dezelfde dilatator te gebruiken, doen ze de vrij-oefeningen naar behoren dan mogen ze naar de volgende dilatator opschuiven. Enz. Een "benevolent ordeal".

---

advertentie

---

H.H. Doktoren!

U kunt uw sociale bewogenheid ook in uw behandeling van vaginisme tot uitdrukking brengen!

Vanouds zijn H.H. doktoren begaan met het lot van de misdeelde medemens. Misdeeld door ziekte, vaak ook misdeeld vanwege sociale misstanden: ellendige woonomstandigheden, slechte voeding, financiële deprivatie... De andersmaatschappelijken en kanslozen maken het leeuwendeel uit van de medische praktijk. Ook van Uw praktijk!

U kunt Uw engagement o.m. tot uitdrukking brengen in het voorschrijven van goedkope geneesmiddelen. Maar daarin niet alleen. Bij de behandeling van vaginisme kunt U het gebruik van

NV DE HEMA'S MULTIFUNCTIONELE WITKWASTEN

adviseren.

Handig in het gebruik! Modern en hygiënisch! Gemakkelijk toe te passen!

Deze kwasten zijn zowel ter bestrijding van vaginisme als ter bestrijding van urbane woonmisstanden te gebruiken!

ELKE KWAST EEN WAPEN IN DE STRIJD TEGEN SOCIALE EN SEKSUELE REPRESSIE!

NV De Hema

---

### 3.2. Een eigenaardig geval

/vergeefs

In '70 hielp ik een 28-jarige technicus die volslagen depressief was n.a.v. het feit dat hij nu al 17 jaar/gevochten had tegen de impuls zich in de vrouwenkleren te steken. Een depressie van zijn vrouw n.a.v. de dood van haar vader en een recente verkleedpartij van hem, had hem eindelijk over de schaamte om een "deskundige" te raadplegen heengeholpen.

De moeilijkheid deed zich + eens per maand voor. Ongeveer 14 dagen vocht hij tegen de almaar sterker wordende impuls, dan gaf hij eraan toe, had vervolgens een "kater" van 2 weken, waarna de accu opnieuw werd opgeladen.

Het verkleden gaf hem geen seksuele opwindning. Wanneer hij zich in de kleren van zijn vrouw stak had hij "het gevoel van spanning dat je hebt wanneer je een bezig bent een cadeautje uit te pakken" Hij tobde n.a.v. dit gedrag over mogelijke homoseksualiteit, voelde zich geen "echte vent" en had zelfs een aantrekkelijke baan laten schieten uit vrees dat men in zijn proefperiode zijn "abnormaliteit" zou ontdekken.

Ik definieerde zijn eigenaardigheid als een onschuldige hobby, zo iets als postzegels verzamelen, en gaf hem de instructie de belofte aan zijn vrouw dat hij het "nooit meer" doen zou in te trekken. Verder zou hij haar moeten uitleggen dat haar "jaloezie" volkomen misplaatst was gezien het ontbreken van een seksueel aspect. Ten slotte zou hij bij de geringste aandrang om zich te verkleden naar de slaapkamer moeten gaan om zijn liefhebberij te beoefenen. Zijn heftig protest was gebaseerd op de vrees dat het zo alleen maar erger zou worden en voorts op de verwachting dat zijn vrouw zou protesteren.

Omdat de anamnese had duidelijk gemaakt dat pat.s moeder hem liever als meisje beschouwde en manlijk gedrag systematisch ontmoedigde, kon ik zijn klacht als volgt "verklaren": "Het gevoel van verrassing dat u krijgt wanneer u uw hobby beoefent, duidt op uw triomf dat u moeder er niet in is geslaagd een echt meisje van u te maken. U bent een echte man en daar geniet u van."

De klacht keerde + een halfjaar niet terug en ik had geen reden hem te zien. Tot hij mij opbelde met de mededeling dat hij "het" weer een keer gedaan had waarop zijn vrouw een sthenische suïcidopoging had ondernomen. Ik was graag bereid beiden te ontvangen, of desnoods haar alleen, maar ze weigerde pertinent te komen.

Volgens pat., die ik later alleen sprak, was mijn duiding wellicht correct wanneer het erom ging zijn vroeger verkleedgedrag te begrijpen, maar schoot zij tekort om het huidige te begrijpen. Z.i. was het een manier om "wraak" te nemen op zijn vrouw wanneer ze hem maar alleen liet aanmodderen. Hij dacht dit probleem nu zelf wel te kunnen oplossen. Ik heb hem nooit meer gezien.

---

advertentie

Orale regressie zonder tandbederf!

Voor een "corrective emotional experience" is regressie noodzaak. Kindertherapeuten, met SMITH'S KIPS +) CHIPS ++) geeft u "basic security" zonder cariës!

+ ) Litt. over Kips: Oudshoorn, D.N., MBNGCC, jrg 1 nr 2 pag. 33

++) Nu ook met paprikasmaak!

---



### 3.3. Een mislukking

---

Deze mislukking hoort in een reeksje.

Ik hielp een + 30-jarige vrouw met flink wat fobieën (om.voor de straat, voor wachten, voor volle ruimtes, voor sociale contacten, voor autorijden, voor blozen), slikklachten en de nodige functionele bezwaren. Ze was gehuwd en had kinderen. Ze zei erg romantisch en gevoelig te zijn, kwaliteiten die haar man helaas miste. Ik adviseerde paradoxale intentie voor de winkelvrees en dat ging goed. Toen ik de andere fobieën op dezelfde wijze wilde aanpakken bekende zij verliefd op mij te zijn geworden. Haar klachten zouden zó over zijn, dat wist ze zeker, wanneer ik haar door de stad zou voeren. Ook zou ze het op prijs stellen wanneer ik, samen met mijn vrouw, eens langs zou komen, bijv. een avond op visite, dan zou ik haar ook thuis eens kunnen 'observeren". Dergelijke invitaties maken mij acuut misselijk en ik zei dat ze mocht terugkomen wanneer de verliefdheid over was. Anderhalf jaar later kwam ze terug: de verliefdheid was over, hoewel ze het er héél moeilijk mee had gehad. Ik vroeg haar hoeveel gesprekken ze dacht nodig te hebben. "Oneindig", luidde haar verzaligd antwoord. Ik vroeg of ze bereid was te gaan werken, bijv. in een winkel, maar zij zei er de voorkeur aan te geven zo'n beetje te niksen. Ik heb haar gezegd dat ze mocht terugkomen ~~xxxxxxx~~ wanneer ze wilde gaan werken, nadat ik haar de noodzaak van werken natuurlijk nog had uiteengezet. Gebelgd ging ze heen.

#### Commentaar:

Misschien hoort deze mislukking ook in de rubriek ~~xxx~~ consultatie thuis of misschien beter in een nieuwe rubriek, "Mensen Waar Wij Misselijk Van Worden" getiteld. Dergelijke vrouwen vind ik zó verschrikkelijk dat ik, eerlijk waar, blij ben als ik iets kan verzinnen dat hen zodanig beledigt dat ze ophoepelen. Deze vrouw sliste er nog bij, wat het geheel nog treuriger maakt, maar ook bij niet-slissende vrouwen is mijn eerste gedachte "Hoe raak ik u in godsnaam kwijt". Het meest ben ik nog beledigd, dat ze denken dat ik de tijd en zin zal hebben om langer dan de verplichte drie kwartier waarvoor ik betaald word met hen door te brengen. Het is natuurlijk mogelijk deze dulle woede en misselijkheid als tegenoverdrachtsverschijnselen op te vatten - mijn anamnese geeft leuke aanknopingspunten -, maar als ik een technisch adviesje kan krijgen over de manier waarop ik dergelijke vrouwen de deur kan wijzen of mooier nog, van hun klachten afhelfen, dan zal ik het zeker prefereren. Ik ben nu vaak wat ruw tegen ze en dat schijnt ze juist op de een of andere manier te bevallen, die krengen. Ongelogen, ik kan de meest gore manoeuvres bedenken, zij vinden altijd dat ik zoveel "begrip" heb, tot ze natuurlijk weggewerkt zijn. Ik heb weleens overwogen om te zeggen: "Mevrouw, om eerlijk te zijn, ik ben ook dol op u, maar weet u, m'n vrouw houdt me zo onder de duim dat ze het zeker niet zal accepteren wanneer ik langer dan drie kwartier met u praat." Wedden dat ze denken dat het waar is? Vreselijk! Te bedenken dat jullie misschien nooit vrouwen met dergelijke voorstellen krijgen en dat ik de enige ben van ons drieën op wie ze afkomen...

---

3.5.1. (D.2.3.1.) - Commentaar bij consultatie-geval Dick

Twee mogelijkheden: òf deze mensen zijn onverbeterlijk en het geval is niet te redden, òf de therapeut heeft een fout gemaakt en tracht deze te herstellen. Ik ga van het laatste uit.

De fout

Een belangrijke technische fout lijkt mij dat de therapeut krachtig adviseert wat hij wenselijk acht bij mensen die deze adviezen niet opvolgen. Adviseren wat wenselijk is heeft m.i. alleen zin bij mensen die op grond van een informatietekort niet uit zichzelf doen wat wenselijk is. Ook kan deze vorm van advies worden toegepast wanneer de therapeut naleving kan afdwingen, maar de machtsmiddelen daartoe ontbreken (gelukkig).

Een onjuistheid lijkt mij ook de beschermende houding van de therapeut tegenover de man (blijkens adviezen en rapportage wordt deze gezien als slachtoffer van een "unfaire" vrouw en "zelfzuchtige" moeder), waardoor de vrouw zich uit de therapie gewerkt voelt. Dat zij van deze nood een deugd maakt is een meesterlijke zet. Het is belangrijk bij conjoints ervoor te zorgen dat beide partijen aan hun trekken komen, resp. deze trekken thuiskrijgen. Een vast patroon (zoals hier: therapeut advocaat van man tegenover vrouw als rechter) moet vermeden worden, tenzij je natuurlijk alleen de man wilt behandelen, maar dan hoeft de vrouw er weer niet bij te zijn.

Advies

Uitgangspunt bij het advies is de conclusie uit het voorgaande: we geven geen adviezen over wat wenselijk zou zijn en we zien het echtpaar als pat.

Suggesties:

- Als het huwelijk een "flop" is moet dit wat duidelijker gemaakt worden, hetzij door te zeggen "Het spijt me, maar zo'n flop van een huwelijk als u heeft heb ik nog zelden meegemaakt", hetzij door hen op de mooie kanten van hun relatie te wijzen. Zijn zij het met je eerste constatering eens dan ligt het voor de hand de man verder alleen te zien, zijn ze het niet met je eens dan worden ze door je constatering nog verder in elkaars armen gedreven en dat kan - ter opheffing van het bestaande patroon - beslist geen kwaad. Voor de "mooie kanten"-opmerking gaat een verwante redenering op.
- Zeg de man dat je niet begrijpt hoe hij kan verwachten een aantrekkelijke seksuele partner te zijn terwijl hij zo zeurt.
- Zeg de vrouw dat haar seksueel functioneren misschien niet veel voorstelt, maar dat een mens niet alles kan willen en dat zij meer in het verzorgende, moederlijke uitblinkt.
- Zeg de man dat hij zijn vrouw op seksueel gebied een beetje moet ontzien, gelet op haar tegenprestaties in de verzorgende sfeer.
- Zeg de man dat hij aan seksueel verkeer nog niet toe is en dat dat bovendien slecht is voor de maag.
- Zeg de man dat hij aan het nemen van dergelijke ingrijpende beslissingen als het wegblijven bij het huwelijksfeest van zijn ouders niet toe is, te meer daar hij zijn gevoelsmatige begaafdheid goeddeels aan zijn moeder te danken heeft. (Een analytische verkoop met de nadruk op het belang van het eerste levensjaar is hier op zijn plaats.)
- Laat de vrouw een halfuur vertellen over de fijne dingen bij haar thuis en kijk bewonderend. Verleng dit evt. tot ze niks leuks meer weet te bedenken. Verleng het dan weer. †)
- Spreek er je verwondering over uit dat hij zijn schoonouders zo weinig belt om hen te danken voor wat hun dochter voor hem doet. Instrueer hem dit met regelmaat alsnog te doen.

- Wijs hem erop dat zijn ouders veel liefde in hem geïnvesteerd hebben en dat zijn houding van weinig waardering hiervoor getuigt.
- Zeg de man dat hij ten onrechte gemeend heeft O.L.H. te zijn die het huwelijk van zijn ouders weleens goed zou maken. Zeg dat hij helemaal niet in staat is welk huwelijk dan ook goed te maken en dat hij er indertijd beter aan had gedaan met een gezellig meisje te vrijen.
- Houd de vrouw na een gezamenlijk interview even achter en bedank haar voor alles wat ze voor haar man doet. Fluister dit in haar oor.
- Vraag de vrouw of ze het niet vervelend vindt met zo'n zenuwpatiënt getrouwd te zijn; geef aan dat jij je, in haar plaats wel iets leukers zou kunnen voorstellen.
- Suggereer de man dat hij vermoedelijk niet in staat zal zijn een meisje seksueel te bekoren. Als hij 't niet met je eens is sta je hem toe het bij een heel dom en lelijk meisje te proberen. Zeg de vrouw dat dit normaal is.

Enz., enz.

- + ) Op zeker moment gaat de vrouw zeggen: "Nu ja het was niet altijd koek en ei, maar goed, overal is weleens wat". Zeg dan: "Natuurlijk, overal is weleens wat, maar die kleinigheden doen er niet toe. Vertel verder over de leuke dingen." Herhaal dit steeds. Vermijd de Kip-ik-heb-je-fout. Laat haar niet afgaan maar geniet zichtbaar van het harmonieuze gezinsleven.
-



### 3.10.1 Repliek. Nogmaals over vaginisme.

Ik heb er geen bezwaar tegen om het verschijnsel vaginisme - in het bestek van dit tijdschrift - volledig in de gedragsterapeutiese kontekst te plaatsen. Ik heb ook al op de laatste redaksievergadering gezegd, dat jullie dat zeer consistent doen, dwz niet op zijn janboerenfluitjes, maar heel doordacht en konsekwent. Ik twijfel ook niet aan jullie resultaten en ik heb zelf geen ervaringen die het ondersteunen of niet. Als zich een klient met deze klacht bij me zal aandienen, zal ik niet dralen om de techniek van M&J met de modifikatie van K zo goed mogelijk toe te passen. Dit wat mijn therapeuties handelen betreft.

Dat ik teoréties zo mijn twijfels heb, dat hoeft niemand te storen. Hoe iets ontstaat is tenslotte een heel andere vraag dan hoe iets in stand blijft en hoe iets opgeheven wordt. Ja, het behavbristies standpunt moet zijn kracht hebben van de laatste twee, dus leve dit standpunt! Maar er is meer tussen hemel en aarde dan ik in de therapie zal gebruiken, maar toch interesseert het me.

### 3.10.2 Repliek over het denken in analitiese kategorieën.

Als het therapeuties effekt het enige bestaanskriterium was voor een theorie, <sup>en</sup> als ~~was~~ de analyse dáar zijn grootste troef had, dan waren wij allen analytici! We weten echter drommels goed, hoe onprákties <sup>(vele van)</sup> de analitiese begrippen zijn. Om maar te zwijgen over de analitiese methode, de gesprekstechniek. Wat dat betreft onderschrijf ik van harte R.3.8. Er is heel veel kritiek te leveren - een van mijn grote bezwaren is dat de analytici zo dogmaties denken (iets wat ik ook tegen Marxisten en tegen vele christelijke funksionarissen heb), maar waarom moet de "oppositie" toch altijd net zo dogmaties worden? Ik voel daar in ieder geval weinig voor! In het verleden tipeerde Kees zichzelf als eklektikus; ik hoop dat hij dat volhoudt! Ik verkies het om simpatiserend-dialekties kontakt te houden met enkele prettige en aanvaardbare analytici die ik ken, ik zie daar niets halfslachtigs in, want therapeuties ben ik allang een andere weg ingeslagen, die van dit tijdschrift!

### 3.7. Therapietechniek

#### 3.7.1. "Contract"-technieken

Contracttechnieken worden gebruikt om de "rechten en verplichtingen" van pat. en therapeut te regelen. Doorgaans vormen zij voor de pat. een aansporing om zijn verbetering niet al te zeer uit te stellen; doet hij dit toch dan voorziet het contract in een passende sanctie. Combinaties van de volgende vormen (en andere vormen) zijn steeds mogelijk.

##### 3.7.1.1.

Het vaststellen van het aantal zittingen wanneer een indruk van de moeilijkheid is gegeven, bevordert een optimaal profijt. De procedure is als volgt: Vraag de pat. hoeveel gesprekken hij denkt nodig te hebben. Als hij zegt "drie" is er geen moeilijkheid, zegt hij "geen idee" dan suggereert de therapeut "500". Zonder uitzondering vinden patiënten dit aantal aan de hoge kant, waarop de therapeut "400" suggereert. "Nee, onder de 400", zegt de pat. "99" stelt de therapeut voor. Onvermijdelijk komt men zo tot een redelijk aantal.

##### 3.7.1.2.

Het vaststellen van de datum waarop verbetering is bereikt kan meestal reeds na enkele gesprekken gebeuren. Ik maak daartoe gebruik van een 10-puntsschaal. De situatie waarin de pat. zich bevond bij het begin van de behandeling krijgt het cijfer "0", de gewenste situatie het cijfer "10". Wanneer de pat. na twee gesprekken zijn situatie met een "1" kwalificeert, betekent dit dat nog achttien gesprekken nodig zijn om totale genezing te bereiken, geeft hij zijn situatie na twee gesprekken het cijfer "2" dan zijn nog acht gesprekken nodig. Enz.

##### 3.7.1.3.

Het betalen van boetes voor ongewenst gedrag is een effectieve maar / weinig lucratieve manier om dit gedrag te laten verdwijnen. Men passe de boete aan aan de financieel-economische situatie van de pat. Toepassingsgebieden: "Kweenie"-zeggen, langer dan zoveel tijd zwijgen of juist aan het woord blijven, interrumpen, adviezen niet opvolgen e.d. De boetes komen niet de therapeut maar een door de pat. vast te stellen doel ten goede. (Vgl. MBNGCC nr 1, pag. 7.)

##### 3.7.1.4.

Het betalen van boetes voor niet-verbetering (vgl. Erickson) die een echtpaar behandelde dat het volle pond moest betalen wanneer de moeilijkheid niet zou verdwijnen, maar geen geld kwijt zou zijn wanneer het verbeterde). Ik spreek meestal ~~meestal~~ af dat de pat. mij een flink aantal flessen drank cadeau doet wanneer hij niet verbetert. In sommige gevallen spreek ik ook een premie op verbetering af, meestal eveneens drank. Wanneer de therapeut niet zichzelf wil ruïneren is het aan te bevelen tegelijk een normale weddenschap met de verwijzer aan te gaan. We krijgen dan: wanneer de pat. verbetert krijgt hij van de therapeut een fles jenever; de therapeut verdient deze fles terug van de verwijzer met wie hij wedde dat de pat. zou verbeteren. Wanneer de pat. niet verbetert betaalt de pat. de therapeut een fles jenever, die deze doorgeeft aan de verwijzer van wie hij de weddenschap verloren heeft. Ericksens methode is voor de goede therapeut desastreeus.

3.7.1.5.

Geen betaling vragen is een techniek die ik toepas bij patiënten voor wie het feit dat zij betalen betekent dat ik hun geen eisen mag stellen.

Deze techniek is ook toepasbaar bij mensen die hun verbetering almaar uitstellen. Ik rationaliseer als volgt: "U bent volkomen genezen. Het is vriendelijk dat u mij af en toe wilt opzoeken. Ik begrijp dat u dat uit sympathie doet. Nu, en omdat ik u niet behandel en omdat u hier blijkbaar uit vriendschappelijke overwegingen komt kan ik u onmogelijk geld vragen." Deze techniek, die ik zeer zelden toepas, leidde totnogtoe steeds tot een vlotte beëindiging.

3.7.2. Tijdjes breien

∠tot

Bij desensitisatie in vivo bij patiënten met vrees voor volle ruimtes (bioscopen, kerken e.d.) werkte ik voor kort steeds vanuit het begin, d.w.z. drie minuten een voorstelling bijwonen, vervolgens vertrekken; vijf minuten voorstelling bijwonen, dan vertrekken etc.

(Ik vermeld nog even dat het bij patiënten met deze klacht verstandig is te beginnen met ruimtes waar je relatief gemakkelijk uit weg kunt - bioscoop bijv. -; voorts dat het belangrijk is de partner mee te laten gaan. Deze moet evenwel de hele voorstelling uitzitten, terwijl de pat. huiverend van koude buiten wacht.)

Deze techniek is evenwel nogal tijdrovend en niet zonder risico omdat anticipatoire vrees bij bijv. 43 minuten een voorstelling bijwonen teveel kans krijgt.

Een verbetering van deze techniek is het de pat. zowel aan het eind als halverwege de voorstelling te laten terugkomen, evt. ook nog halverwege het begin en het midden en het midden en het eind. Op den duur bestaat een bioscoopvoorstelling uit een veelvoud van tijdjes voor de pat.

Het is bij deze techniek van belang dat de pat. contact zoekt met de bioscoopdirecteur. 's Mans medewerking is i.v.m. de door de pat. aan te richten hinder en overlast onontbeerlijk.

In Rotterdam is de directeur van Cineac/NRC zeer geschikt. Ik doe deze behandelingen goeddeels telefonisch.

3.7.3. De patiënt als therapeut

In acute crisissituaties - ook daarbuiten, maar daar gaat het nu niet over -, waarin de therapeut niet weet wat te doen, kan het volgende rollenspel nuttig zijn.

De pat. wordt "therapeut", de therapeut "pat.". Alleen de partner van de pat. blijft partner, zij het nu van de therapeut.

De "pat." legt zijn klachten voor, de partner vraagt hoe in godsnaam de pat. aan te pakken.

In den regel geeft de "therapeut" de "pat." een rationeel advies en wordt de partner, na eerst op zijn donder gekregen te hebben, geïnstrueerd hoe hij het beter kan doen.

Het spel eindigt met de aanbeveling deze adviezen uit te voeren.





LAATSTE BERICHTEN. / Een leuke verrassing (Richard van Dyck)

In aansluiting op de laatste redactievergadering hebben zich enkele ingrijpende gebeurtenissen voorgedaan. We vernemen dat de redacteur V.d.Velden in een telefoongesprek met zijn Amsterdamse vriend K. dermate onbeheerst tekeer is gegaan toen het gesprek toevallig op het onderwerp vaginisme terecht kwam, dat hij, in de blinde woedebui die op het gesprek volgde, zijn baan heeft opgezegd bij de zenuwar~~ss~~ ~~K.~~, op grond van het feit dat deze laatste een (overigens ongelezen) exemplaar van K.'s "Neurosenleer" in zijn bezit heeft. Redacteur V.Dijck heeft kort na de laatste redactievergadering zijn werkgever B. scherp aangevallen omdat deze het KZ-syndroom nog steeds als een intrapsychisch proces beschouwt. Dit leidde tot een verhitte discussie waarin woorden vielen zoals: "analytische zak", "interpersonele lul" en "leertheoretische zeikerd." Uiteindelijk resulteerde deze polemiek in een ontslag op staande voet van de redacteur. Oudshoorn vocht op hetzelfde moment een niet minder harde strijd. Hij organiseerde bij een patientje van het SFK met medewerking van de neurochirurgische dienst een schedellichting, waarbij een zgn "black box" te voorschijn kwam, zoals de interpersonele en leertheoretische school reeds jaren had voorspeld. Hoewel deze opzienbarende empirische vaststelling veel weerklank vond in de vakpers kostte het Oudshoorn toch zijn baan.

Slechts één commentaar is hier op zijn plaats: bravo voor de moedige stellingname van onze redacteurs! Hoewel zij wellicht met enige financiële inconvenienties zullen te kampen hebben in de komende tijd kan dit Tijdschrift hen hopelijk in full time dienst nemen. Er is daartoe reeds contact opgenomen met de directie van de uitgeverij Bonaventura.

### 3.7.4. Therapietechniek: Lachen is gezond

Bij het beluisteren van bandopnames is het mij opgevallen dat er eigenlijk nogal veel gelachen wordt in mijn therapiën. Achteraf realiseer ik me dat deze, overigens z~~o~~nder berekening tot ontwikkeling gekomen hebbelijkheid, best bruikbare kanten heeft. Vaak zeg ik tamelijk scherpe dingen maar vertel ze als een grapje of met een verontschuldigende grijns, waarbij de betrokkene vriendelijk wordt uitgenodigd om mee te lachen en hopelijk pas onderweg naar huis verder over de opmerking gaat nadenken. Mijn ervaring is dat dit soort terloopse grapjes vaak beter beklijken dan de rest van het gesprek. Er kan ook weinig verweer tegen worden ingebracht. Een voorbeeld van dit laatste; uit een therapie die spijtig genoeg is afgebroken:

- Nadat de 17-jarige dochter, die was aangemeld wegens onhandelbaar gedrag, een zeer coherent verhaal had gehouden waaruit bleek dat Pa en Ma het over haar voortdurend oneens waren, vertelde Pa dat hij voortdurend voor voldongen feiten werd geplaatst wanneer het ging om zijn gezin. Pa is een dictatoriale figuur die inderdaad door Ma een voetje wordt gelicht. Het was toen de beurt aan Ma. Zijn begon haar exposé met:

~~M: "Mijn <sup>man</sup> is een heel sterke persoonlijkheid..."~~

M: "Mijn <sup>man</sup> is een heel sterke persoonlijkheid..."

T: (onderbreekt) "En toch krijgt u hem d'er onder?"

M: (van haar stuk en verrast) "euh, ja"

- Iedereen lacht...

Wie meegelachen heeft kan daarna nog moeilijk nee zeggen.

### 3.7.5. Therapietechniek: ~~De huilende~~ de huilende vrouw

In deze aflevering werd gewerkt volgens het recept "met een lach en een traan". Op de volgende bladzijde staat een strategie om huilende vrouwen te beletten conjoint-zittingen op te breken. Deze techniek is niet geslachtsgebonden. Voor de aardigheid is hij weergegeven d.m.v. een flow-chart.

START

vrouw huilt,  
man zegt niets;  
de sfeer wordt pijnlijk

houdt de therapeut  
het hoofd koel?

neen

de therapeut  
vraagt de vrouw  
waarom zij  
huilt en  
spreekt haar  
begrijpend toe

ja

hij vraagt zich af:  
valt er van deze man  
nog iets goeds te  
verwachten?

neen

ja

hij vraagt aan de man  
waarom zijn vrouw huilt

de relatie  
tussen de  
therapeut en  
de vrouw  
wordt nauwer  
aangehaald;  
de reeds afzijdige  
man wordt verder  
guitenspel gezet.

de man geeft  
een mening

de man haalt de  
schouders op of *zegt*  
dat het hem *niet kan*  
schelen

zijn uitleg  
wordt door de  
vrouw als  
adequaat ervaren

zijn uitleg  
wordt door de  
vrouw als  
inadequaat  
ervaren

de therapeut  
adviseert de  
vrouw eens goed  
uit te huilen

zij zal zich  
verplicht  
voelen een  
repliek te  
geven

huilen  
houdt op

de therapie  
dreigt vast te  
lopen

positief moment,  
zij begrijpen  
elkaar!

de therapie  
gaat verder.

