

Groot  
Mislukkingen-  
nummer



met o.m.:

**SEX**  
**GEWELD**

*& een essay*

Tijdschrift voor Directieve  
Therapie \*

voorheen MBNGCC

jrg.1 nr.4

augustus 1973

Redactie:

R. van Dijk  
D. N. Oudshoorn  
C. P. van der Velden

---

Inhoud

augustus 1973

---

R. van Dijk	Mislukkingen - casuïstiek	1
D. N. Oudshoorn	Therapeutische aanpak - discussiestuk bezinningsweek 1973 IKS-MOB	12
C. P. van der Velden	Over de betekenis van sexualiteit en geweld in de psychotherapeutische praktijk	23

---

Omslag: de Hoofdredactie

---

### 4.3 Mislukkingen. Richard van Dyck.

#### 4.3.1 Status 5c/1972

##### Gegevens:

Een 45-jarige vrouw met klachten over angst in kleine ruimten+in aanwezigheid van veel mensen.

De seksuele relatie ~~was~~ met haar echtgenoot is voor <sup>haar</sup> onbevredigend. Zij kreeg medicijnen, Schultz-oefeningen, en later het sensate focus advies, waarbij haar man niet aanwezig was.

Bij het gesprek daarop was hij wel uitgenodigd. Hij kreeg toen het advies haar angsten voortaan op te voeren en te overdrijven. Het resultaat was dat hij er, zoals vroeger juist tegeninging. Zij bleef gejaagd en haar angsten werden zelfs erger. De man wilde niet meer terugkomen.

##### Commentaar:

Behalve dat de verkoopstechniek ~~na~~ kennelijk heeft tekort geschoten lijkt het ook niet erg juist om de man tot een soort sadistisch opjatten te verplichten.

Een meer voor de hand liggend advies zou zijn: paradoxale intentie van de kant van vrouw of een overprotectief gedrag van de kant van de man, of een derde mogelijkheid; een ~~expl~~isiete boodschap verbinden aan het optreden van haar angstgevoelens.

#### 4.3.2 Status 873

##### Gegevens:

Een 50-jarige man, die sinds 20 jaar zich nerveus voelt en in toenemende mate dwangrituelen heeft ontwikkeld op zijn werk bij de belastinginspectie. Het werk daar verloopt onder grote druk, veel van zijn collega's zouden valium slikken en hij is als pietje precies extra gevoelig.

Behalve medicijnen krijgt hij het advies om de dwangrituelen op te voeren. Bij de volgende afspraak vertelde hij dat het nog slechter ging. Weliswaar had hij ook nog moeilijkheden door verbouwing van zijn huis en kort daarop een verhuizing, maar beter ging het zeker niet.

##### Commentaar:

Uit de zeer summiere nota valt moeilijk opte maken of het gaat om een geval van foute verkoopstechniek, of de mogelijkheid dat de man eenvoudigweg zijn werk niet aankan en de paradoxale intentie een pleister op een houten been is. Deze laatste fout wordt waarschijnlijk ook veel gemaakt: wanneer mensen in een uitzichtloze situatie zitten moet men niet aan symptoombestrijding gaan doen.

#### 4.3.3 Status 11/72

##### Gegevens:

Een 27-jarige gehuwde vrouw die bij haar aanmelding een zes-bladzijden lange getikte uiteenzetting over haar leven meebrengt.

Na een aantal bladzijden over haar moeilijke jeugd schrijft ze dat haar huwelijk niet geheel aan haar verwachtingen voldoet. Ze zou graag hebben dat haar man haar meer opvangt. Hij zou zowel vader als moeder voor haar moeten zijn. Zij heeft aanvallen van depressie, moeheid, en lusteloosheid. Hij neemt dat allemaal nogal nuchter op en heeft kennelijk geen zin om daar veel op in te gaan. Hij krijgt van de therapeut het advies om bij haar eerst volgende aanval van onlust in de overdrijving mee te gaan. Bij het volgende gesprek blijkt dat hij er niet op ingegaan is.

##### Commentaar:

Dit advies is te eenzijdig afgestemd op de behoefte van de vrouw en houdt geen rekening met zijn aversie voor haar appellerende gedrag. Waarschijnlijk was het beter geweest te adviseren dat zij gedurende b.v.

een half uur per dag zou klagen terwijl hij zonder taal of teken te geven dit (begrijpend) zou aanhoren. Een veel gemaakte fout is dat adviezen die bestemd zijn voor een echtpaar te veel aan een van beiden tegemoet komen. De andere gaat er dan niet op in.

#### 4.3.4 Status 46/72

##### Gegevens:

Een 20-jarig, jongensachtig uitziend meisje dat in opleiding is voor zwakzinnigeverzorgster. Sinds haar jeugd heeft ze last van enuresis met een frequentie van gemiddeld eenmaal op de twee dagen. Ze heeft altijd een jongen willen zijn. In de eerste periode van de behandeling werd ze seksueel voorgelicht en aangemoedigd om een wat vrouwelijker rol te gaan spelen, maar ze niet op in wilde gaan. Ondertussen verminderde haar enuresis spontaan tot 1 a 2 keer in de week. Vervolgens kreeg ze het advies zich bewust voortnemen in de loop van de nacht in bed te plassen. Als toelichting werd hierbij gezegd dat dit de manier was om het proces onder controle te krijgen. Het resultaat was dat haar enuresis iets toenam.

##### Commentaar:

Het bekende advies van Erickson is veel sterker en ook technisch makkelijker uit te voeren. Als het tenminste kan aangepraat worden. Met dit advies wordt een situatie gecreëerd waarin ze hoe dan ook faalt: is haar bed nat dan is het nog niet duidelijk of dit een ongelukje is dan wel een gevolg van haar voornemen; is haar bed droog dan is dit kennelijk een falen van haar bewuste voornemen.

#### 4.3.5 Status 19/73

##### Gegevens:

Een 51-jarige man die klachten heeft over onbedwingbare slaapneiging die opkomt zo gauw hij moet gaan werken. Hij wijt deze klachten aan een schedeltrauma dat hij 10 jaar voor het ontstaan van de klachten heeft opgelopen. Bij het tweede gesprek vertelde hij dat z.i. de enige zinnige maatregel eruit zal bestaan dat hij een medische verklaring zou krijgen van de strekking dat een buitenhuisje in een prettige landelijke omgeving voor hem noodzakelijk was. Dit werd geweigerd. Voor hij van zijn woede hierover kon bedaren werd de volgende maatregel voorgesteld: zijn vrouw zou proberen om hem de hele dag in bed te houden. Dit werd door hem geweigerd.

Geen commentaar.

## ENKELE MISLUKKINGEN UIT DE OUDE DOOS.

### 4.3.6 Status 326/1970

#### Gegevens:

Een bejaarde dame werd verwezen voor klachten die sinds 7 jaar bestonden: Bij tijden kon zij haar oogleden niet openhouden. Bij het binnenkomen nam zij eerst de kamer en mij goed op en sloot vervolgens haar ogen voor de rest van het gesprek en vertelde op een aanklagende toon over haar klachten en de nutteloze behandelingen die zij reeds had ondergaan. Toen ik probeerde haar oogleden voorzichtig op te tillen kneep ze deze met kracht toe. Ze was verwezen voor hypnosebehandeling maar bleek niet te induceren. Ik probeerde het toen met het advies dat zij in geval van moeheid van de oogleden deze voor 24 uur zou dicht houden. Haar echtgenoot vertelde bij het volgende gesprek dat zij zich hieraan absoluut niet had gehouden, ze had de ogen gesloten of open gehouden naar gelang het haar uitkwam en hij beschouwde het geheel als een uiting van deugnieterij. Het verdere verloop was zoals het begin: ik probeerde nog met enkele adviezen links en rechts die zij steeds naast zich neerlegde.

#### Commentaar:

Een reden voor mislukking was zeker het feit dat het negeren van de opdrachten niet werd bestraft. Een tweede reden was dat de betekenis van het symptoom in hun relatie niet in de opdracht was verwerkt.

### 4.3.7 Status 601/1969

#### Gegevens:

Een 49-jarige ober die sinds enkele jaren last heeft van pijn en trekkingen in de nek, waarbij zijn hoofd dan onwillekeurig naar links draait en enkele tijd in die stand blijft. Hij is met deze klachten in de ziektewet gekomen maar zegt wel graag ander werk te willen. Nadat hij bij het Arbeidsbureau was aangemeld kreeg hij verder het advies om het hoofd in de gedwongen stand te houden gedurende drie uur zodra hij de neiging tot wegdraaien voelde opkomen. De keer daarop vertelde hij dat hij na de uitvoering van het advies spiertrekkingen naar de rechterkant ondervond. Ik adviseerde hem deze op dezelfde manier te ondervangen. De volgende keer was hij vol bezwaren tegen de inmiddels op gang gebrachte bemiddeling van het arbeidsbureau. Het draaide erop uit dat hij uiteindelijk een afkeuring kreeg en in de W.A.O. terecht kwam.

#### Commentaar:

Ik hou het er maar op dat de secundaire ziekte winst te groot was. De symboliek bij deze ober die zijn hoofd wegdraait is op zich wel mooi. Ook nu zie ik geen andere mogelijkheden om zijn klachten te behandelen.

### 4.3.8 Status 374/1969

#### Gegevens:

Een 48-jarige briefbesteller die in de kliniek was opgenomen onder de diagnose alcoholisme in het beloop van een integratieneurose. Na zijn ontslag had hij nog last van sociale angst. Er werd hem paradoxale intentie geadviseerd: hij moest nog sterker gaan zweten, blozen en beven dan voorheen. In de 7 daarop volgende bezoeken vertelde hij steeds het zelfde verhaal: de klachten waren niet verdwenen, ze waren wel minder dan voorheen, maar hij had nooit de paradoxale intentie uitgevoerd: hij vond deze opdracht onzin en wilde juist tegen zijn moeilijkheden vechten in plaats van eraan toe te geven. De afspraak werd toen gemaakt dat hij wel paradoxale intentie zou uitvoeren zodra hij het gevoel kreeg achteruit te gaan. Dit is nooit nodig geweest, kennelijk vond hij erger de opdracht uit te voeren dan zijn klachten te houden.

Commentaar:

Hoewel dit geen mislukking is, is er toch iets aan de hand met deze gang van zaken. Volgens de theorie zouden zijn klachten destemeeer moeten toenemen naar mate hij er meer tegen vecht. Hij had ook nog medicijnen, maar die hebben hem vroeger ook niet geholpen, het lijkt mij dan ook niet waarschijnlijk dat het daaraan lag.

4.3.9 Status 290/1969

Gegevens:

Een 50-jarige vrouw met sinds twee jaar klachten over gevoelloosheid en pijn in beide benen tot boven het middel. Zij heeft het gevoel dat een soort kluit in haar anus zit, die trekt naar de vagina. Dit werkt belemmerend bij de coïtus die de laatste jaren niet meer heeft plaatsgevonden. Ze kreeg een coïtusverbod en een vrijverbod. Later aangevuld door suggestieve medicatie, oefeningen op de home-trainer en nog later fysiotherapie. De ene keer ging het beter met haar klachten de andere keer weer slechter, dan liep ze stram en had last van evenwichtsverlies. Al met al is er geen enkele vooruitgang bereikt.

Commentaar:

Een voorbeeld van ongericht gegeven adviezen die nergens op slaan. Het coïtusverbod en zeker het vrijverbod zijn zondermeer fout. Het geven van adviezen zonder precies te weten waarom is waarschijnlijk de meest gemaakte fout bij beginners.

4.3.10 Status 943/1969

Gegevens:

Een 27-jarige ongehuwde vrouw met klachten over gespannenheid, lusteloosheid en slaapstoornissen. Ze heeft angst voor sexueel contact met haar verloofde. Ze kreeg coïtusverbod hetgeen haar aanvankelijk wel opluchtte. Verder kreeg ze het advies dagelijks korte visites af te leggen precies op die dagen dat ze zich minder prettig voelde. Het resultaat daarvan was ook gunstig. Het contact met haar verloofde ging verwateren wat door mij verder op zijn beloop werd gelaten omdat ik het gevoel had dat ze lesbisch was georiënteerd. Haar volgende klacht was dat ze humeurig en prikkelbaar was en soms haar les als onderwijzeres niet goed kon presenteren. Zij kreeg daarop het advies elke maandag bewust sikkeneurig te zijn en bewust een les per week slecht te presenteren. Op de volgende afspraak verscheen ze niet, ze liet later weten elders onder behandeling te zijn.

Commentaar:

Hoewel de adviezen op zich waarschijnlijk niet verkeerd waren is de verkooptechniek ongetwijfeld erg te kort geschoten. Vooral bij jonge mensen met integratieproblematiek komt een dergelijke aanpak gauw als te zakelijk en te ~~technisch~~ over. Bij mensen boven de dertig wordt het integendeel vaak geapprecieerd dat de behandeling een soort onpersoonlijk technisch karakter krijgt. Dit verstrekt dan hun zekerheid dat er fundamenteel niets verkeerd is en dat het alleen maar gaat om het dichten van een lek in de psychische waterleiding. Onzekere mensen hebben integendeel sterke behoefte aan meevibreren en sympathie, en zo er al adviezen worden gegeven komen die vaak nog het best over als een onbelangrijk adendum of min of meer vrijblijvend hulpmiddeltje na een uitvoerig gesprek over hun intrapsychische problematiek.

*cynisch*

4.3.11 Status 48/1973

Klachten:

Sinds okt. 1969, na <sup>een</sup> acute aanval van benauwdheid, pijn op de borst, misselijkheid, bonzende keel. Continue angst voor hartaanval en zweverig gevoel.

Achtergronden:

30-jarige gehuwde man met drie kinderen. De zomer van 1969 haalde hij na 8 jaar avondstudie een vakdiploma loodgieter. Hij kreeg daardoor een nieuwe, beter betaalde baan met meer verantwoordelijkheid. Dit is hem toch tegenvallen. Hij ergert er zich aan dat zijn ondergeschikten er de kantjes aflopen. Zelf heeft hij altijd veel vrijwillig overwerk gedaan ook tijdens de weekends. Hij is met zijn klachten aan het werk gebleven maar, in tegenstelling tot vroeger doet hij thuis niets meer. Hij is moe en apatisch.

Verloop:

Patient kwam in febr. 1973 in conjointbehandeling. Er werd hem geadviseerd voorlopig met het werk te staken en aan zijn vrouw werd een verwenningskuur voorgesteld. Aanvankelijk viel de gedwongen inactiviteit hem erg zwaar, en hij voelde zich sterk achteruitgaan. Vier weken later, na heel wat strijd over wat wel en niet toegelaten was tijdens de verwenningskuur of rustkuur die werd voorgesteld als een manier om {de batterijen weer op te laden} voelt hij zich stukken opgeknapt, heeft minder pijn in hoofd en borst. De nieuwe afspraak is dat hij meteen een bed induikt als hij weer klachten krijgt. Zolang het goed gaat mag hij zelf zijn dag indeling bepalen. Hij vindt nu zelf dat zijn gezin en zijn gezondheid op de eerste plaats moeten komen. Hij is nog niet aan het werk, hij wil nog eerst vakantie nemen.

*l.t.t. de titel is niet verhaal met bedoeld vb van mislukking*

4.3.12 Status 34/1972

Klachten:

Depressieve stemming en gevoel van uitzichtloosheid wat ze wijt aan haar dwangneurotische rituelen. De klachten bestaan ruim 10 jaar. Ze is hiervoor 6 keer opgenomen geweest. Ze moet steeds controleren of alles netjes is opgeruimd en volgens een bepaalde positie, meestal symetrisch is neergelegd.

Achtergronden:

Een 33-jarige geremde, depressieve en slecht verbaliserende vrouw, waardoor het ook moeilijk is om de precieze gang van zaken rond haar klachten te achterhalen. Zij is ruim 12 jaar geleden gescheiden. De reden is niet duidelijk. Ze woont in bij een echtpaar waarvan <sup>ze</sup> de vrouw tijdens een van haar opname als medepatiënte heeft leren kennen.

Verloop:

Ze kreeg het advies een lijst te maken van haar dwangrituelen en vervolgens werd in overleg met haar een controlehandeling, namelijk nadat ze beneden was opnieuw de trap oplopen om te zien of alles in orde was, in frequentie opgevoerd. Zij deed dit trouw, het kostte haar nog meer tijd en ze voelde zich niet opgelucht, integendeel nog depressiever worden. Buiten haar om liet de man van haar hospita, die opnieuw depressief dreigde te worden, ons weten dat ze van plan wafan haar kamer op te zeggen. Patiënte wilde zelf het liefst opgenomen worden, op dat moment werd er aan haar verlangen tegemoet gekomen.

Commentaar:

Ik heb de indruk dat deze vrouw nogit goed begrepen heeft waar de paradoxale intentie precies om draaide. In elk geval ging het bij haar niet van ganse harte. Misschien wist ze, of vermoede ze dat haar kamer zou worden opgezegd en drong ze ook daarom erg op opname aan.

4.3.13 Status 63/1973

Klachten:

Sinds drie jaar na een operatie aan de endeldarm heeft ze pijnscheuten in de onderbenen. Is nooit zonder pijn. 's Nachts kan ze niet in bed blijven en gaat rond lopen.

Achtergronden:

Een 55-jarige weduwe die sinds drie jaar met een ongeveer even oude vriend samenwoont. De laatste 10 jaar is zij voortdurend onder psychiatrische en andere specialistische behandeling geweest. Zij heeft een lange lijst van operaties ondergaan wegens diverse pijnen. IN 1971 is zij drie weken in Canada geweest op vakantie met haar vriend: toen was zij volledig klachtenvrij, maar alles begon opnieuw op het moment van terugkeer.

Verloop:

Eerst werd haar geadviseerd om rust te nemen omdat ze het volgens haar man te druk zou hebben. Dit negeerde ze. Bij het volgende bezoek werd haar gezegd dat ze en haar man een maand uit elkaar moesten gaan indien zij nog last zou hebben. Als reden werd opgegeven dat zijn aanwezigheid voor haar een te zware belasting is. Zij schrok hier erg van en hield acuut op met haar klachten. Spijtig genoeg is het na deze goede start weer misgelopen. Ze voelt er echter niets voor om weer hier onder behandeling te komen omdat ze wel w~~et~~ wat haar zou worden geadviseerd.

Commentaar:

Vooral bij de techniek van b.o. moet er behalve een goede verkoopstechniek ook een goede klantenbinding zijn.

4.3.14 Status 7/1972

Klachten:

Angst een hersentumor te hebben, en in een krankzinnige gesticht te zullen eindigen etc. Een sterk verschuivend klachtenpatroon dat sinds ruim 6 jaar bestaat en steeds draait om lichamelijke gewaarwordingen en angst. Delaatste was het vooral rugpijn en het gevoel het werk niet aan te kunnen.

Achtergronden:

Een 39-jarige kapper, zijn vrouw is dameskapper in dezelfde zaak. Zij is bezig met haar gedeelte van de zaak uit te breiden, hij is voortdurend in de ziektewet. Hij is reeds ruim een jaar onder poliklinische behandeling. Zijn echtgenote is hier pas de laatste maanden bij betrokken. Toen vertelde zij dat ze het vervelend vond dat alle mannenwerkjes op haar neer kwamen. Hij kreeg toen het advies om zodra hij klachten voelde zijn vrouw aan te schieten en in de tijd van een half uur zijn moeilijkheden omstandig uit te zetten en zich verder te onttrekken van de eerst volgende verplichting. Bij het volgende bezoek, twee weken later, vertelde zijn vrouw dat hij hard gewerkt en geknutseld heeft. Hij zelf vertelde dat het niet nodig was geweest om over moeilijkheden te praten.



4.3.15 Status 22/1972

Klachten:

Pijn in de buik, last van borrelen, transpireren, bibberen van de pijn. Doodmoe, kan het huishouden niet meer aan.

Achtergronden:

Een 42-jarige vrouw die van haar man is gescheiden en hertrouwd. De relatie heeft onder andere op seksueel gebied nooit veel voorgesteld. Zij moest ziek zijn om aandacht te krijgen. Zij heeft altijd gewerkt, is nu in de W.A.O. Achtergronden zijn met haar niet te bespreken, alles speelt zich in het somatische vlak af.

Verloop:

Bij een van de laatste bezoeken kreeg ze het advies om 's middags, inclusief het weekend van 1 tot 5 uur op bed te gaan liggen. Logischer wijs heeft ze een huishoudelijke hulp weten te versieren naar aanleiding van dit advies. Tot nog toe gaat het niet beter.

Commentaar:

Een voorbeeld van een naïef advies waar niets van te verwachten valt. Nog de ziekte winst, noch de relatiestoornissen worden aangepakt.

4.3.16 Status 19/1972

Klachten:

Na het recente overlijden van haar pleegvader kreeg patiente last van depersonalisatiegevoelens, hevige doodsangst en een zweverig gevoel.

Achtergronden:

Een 23-jarige vrouw die verloofd is tegen de zin van haar pleegmoeder door wie zij verwend is opgevoed. Deze verwijt haar nu o.a. dat ze niet op de begrafenis van haar pleegvader is geweest. Ze heeft de meeste klachten als ze met moeder alleen thuis is. Ze gaan vaak uit als ze met anderen is voelt zij zich wel lekker.

Verloop:

Ze kreeg een verbod om met wie dan ook contact te zoeken als ze zich weer ziek zou voelen. Sindsdien zijn de klachten ook weggebleven, twee maanden later vertelde ze dat de sfeer thuis redelijk geworden was, hoewel ze haar moeder, die zichzelf verwijten maakt over de dood van haar echtgenoot nog moeilijk kan opvangen. Zij heeft haar verloving verbroken en een andere baan gezocht.

Commentaar:

Vermoedelijk heeft het blokkeren van haar ontsnappingsmogelijkheden wat adequater communicatie in de hand gewerkt. Er is meer dan dat gebeurd maar dat valt uit het verhaal niet op te maken.

4.3.17 Status 58/1973

Klachten:

Sinds een verhuizing in 1972 vanuit het platte land naar de Randstad aanvallen van benauwdheid, angst, huilbuien, zware armen en benen etc. De huisarts werd regelmatig om middernacht voor deze aanvallen uit zijn bed gebeld en spoot dan meestal Prazine.

Achtergronden:

Een 35-jarige gehuwde vrouw met 1 kind. Zij wil een tweede, de echtgenoot kennelijk niet. (Helemaal goed uitgezocht is dit niet). In elk geval: er is nauwelijks seksueel contact, wat door de echtgenoot wordt afgeremd.

#### Verloop:

In eerste instantie werden de klachten geduid als hyperventilatie. Ze kreeg een plastic zakje en het advies elke avond een opzettelijke hyperventilatie uit te voeren in aanwezigheid van haar echtgenoot. Bij het volgende en tot nu toe laatste gesprek vertelde ze dat de benauwdheid was verdwenen en bracht ze het probleem van kinderwens ter sprake. Hierop kreeg ze het advies van ten eerste de anticonceptie door de huisarts te laten regelen met het voornemen voorlopig geen kinderen te krijgen. Ten tweede 's middags van half 1 tot half 4 moest ze zonder afleiding op bed blijven liggen. Ten derde 's avonds van 10 uur tot 10.30 uur moest ze met haar echtgenoot uitpraten. De afloop hiervan is nog niet bekend.

#### Commentaar:

Het effect van het eerste advies is een vaak voorkomende patroon. Wanneer het symptoom wordt geblokkeerd wordt vaak (onderliggende) problematiek die voordien verzwegen werd spontaan naar voren gebracht. Het tweede advies is overbeladen en is gegeven zonder voldoende informatie over de rol van de echtgenoot. De functie van de gedwongen bedrust is niet duidelijk. Als dit vastloopt of goed gaat is het nog niet zonder meer te achterhalen naar aanleiding van welk onderdeel van deze adviezen dat is gebeurd.

### 4.3.18 Status 8/1972

#### Klachten:

Minderwaardigheidsgevoelens en eenzaamheid, vooral gebrek aan contact met jongens wat te wijten is aan spraakmoeilijkheden door rinolalie.

#### Achtergronden:

Een matig begaafd 19-jarig meisje met een onaantrekkelijk uiterlijk en een inderdaad gestoorde spraak. Ze is in het gezin een uitschietertje naar beneden die moeite doet om haar vlottere zusjes bij te benen.

#### Verloop:

In de loop van het langdurig contact kreeg ze het advies om jongens maar links te laten liggen en niet meer met ze om te gaan. Dit werd gemotiveerd door de mededeling dat ze er nog niet rijp voor was. Patiënte was hierover niet enthousiast. Het verdere verloop is nog niet bekend.

#### Commentaar:

Een miskennis van de reële problematiek die wordt afgedaan als een neurotisch maneuver. Het advies komt neer op bevestiging van de minderwaardigheidsgevoelens.

### 4.3.19 Status 22/1973

#### Klachten:

Aanvallen van benauwdheid waarschijnlijk hyperventilatie. Op het moment van de aanmelding was ze reeds drie maanden behandeld; dit leidde tot enige vooruitgang, maar de klachten bleven nog bestaan. De vorige behandeling omvatte o.a. autogene training die niet volledig werd voltooid.

#### Achtergronden:

Een 34-jarige gehuwde vrouw met twee kinderen. Ze zijn aangemeld voor conjointbehandeling. Ze vindt het afschuwelijk dat hij wegens zijn werk laat thuis komt. Hij vindt haar gezeur bij zijn thuiskomst vervelend.

#### Verloop:

Ten eerste kregen ze drie adviezen: ten eerste moest de man vroeger thuis komen, ten tweede werd er een half uur per dag uitgetrokken waarin zij haar klachten kon spuien en ten derde kreeg ze het advies om de klachten in een soort paradoxale intentie op te voeren. Het resultaat hiervan was dat haar man voor het eerst in 12 jaar dronken thuis kwam waarvan ze erg schrok.

Ze heeft geen echte aanvallen van benauwdheid meer gehad. Aan het 1/2 uurtje spuien hebben ze allebei meegewerkt. Het vroeger thuis komen is niet gebeurd. Het volgende advies was ten eerste een herhaling van het vroeger thuiskomen, ten tweede het 1/2 uur verder zetten naar eigen inzicht en behoefte, ten derde nogmaals een aanval opkloppen, ten vierde autogenetraining van de vorige therapie verder zetten. Daarop vertelde zij dat de paradoxale intentie niet kon worden uitgevoerd vanwege de kinderen. Dit werd met nadruk opnieuw herhaald. Een positief punt was dat ze een baan voor halve dagen heeft aangenomen. Het vroege thuiskomen van de man kan niet praktisch gerealiseerd worden in zijn huidige baan.

Commentaar:

Nogmaals een overdosis van adviezen die niet eens van dezelfde strekking zijn (de paradoxale intentie en de autogene training zijn strijdig met elkaar.) Het verder insisteren op het voorkomen van een grote aanval is onnodig als die toch al een hele tijd achterwege gebleven is. Hoewel het verloop tot nog toe eerder gunstig lijkt is deze gang van zaken een voorbeeld van ondoordacht en ondeskundig voorschrijven van adviezen.

4.3.20 Status 7/1972

Klachten:

Voortdurende echtelijke ruzies die in vecht- en scheldpartijen uitlopen. Patiënte dreigt periodiek met suicide pogingen en is de laatste paar maanden twee keer op de beademing terecht gekomen. In beide gevallen waren er hoogstens lichte intoxicatieverschijnselen. Zij ageert voortdurend om meer medicijnen te krijgen.

Achtergronden:

Een 28-jarige gehuwde vrouw met beroerde jeugd en een beroerd huwelijk. De expliciete meningsverschillen gaan meestal over haar weigering tot sexueel contact. Hij is, ondanks zijn lidmaatschap van de Pinkstergemeente, het meest ontvlambaar en slaat het snelst.

Verloop:

Het advies werd gegeven om terug te slaan wanneer haar man haar sloeg. Dit deed zij inderdaad vroeger al en deed het nu ook verder. Waarneembare veranderingen traden na dit advies niet op. Zoals in het verleden bleven zij zeer wisselend met elkaar omgaan, met ook af en toe eens leuke momenten. Wanneer zij dit vertelde werd door kennelijk gereageerd alsof de slag gewonnen was. Het was dan ook volkomen onverwacht dat hij na een forse ruzie wegliep en een echtscheiding aankondigde. Het was even onverwacht dat ze vertelde nieuwe trouwplannen te hebben met een vriend waar ze al ruim een jaar een verhouding mee had.

Commentaar:

Het komt bij beginners nog wel eens vaker voor dat de techniek van prescribing the symptom wordt opgevat als een therapie die er uit bestaat van koudweg te adviseren wat inderdaad al gebeurd. Wanneer men niet weet wat er precies aan de hand is kan men beter gelijk welk een onschuldig advies geven of gewoon afwachten i.p.v. dit soort schoten in de mist. Een ander voorbeeld van dat laatste: een man die bijna een jaar in de ziekte wet was wegens ruimtevrees en daarom de hele dag binnenbleef kreeg het advies van: de hele dag binnen blijven. Dit kostte hem geen enkele moeite, hij hield dit enkele maanden vol en werd afgekeurd voor de W.A.O.

Klachten:

Hyperventilatieaanvallen sinds een half jaar. Verder een scala van hypochondere angsten. Sinds 4 maanden werkt hij niet meer.

Achtergronden:

Een 29-jarige gehuwde man. Hij ziet op tegen zijn werk sinds zijn baas hem in vertrouwen heeft genomen en aan hem al zijn moeilijkheden komt vertellen. Hij durft hierop niet afwijzend te reageren maar kan het ook allemaal niet aanhoren.

Verloop:

Patient werd in conjointbehandeling genomen. Eerst kreeg hij het bekende plastic zakje en het advies met opzet te hyperventileren. Sindsdien had hij geen last meer van hyperventilatie maar wel van duizeligheid. Verder werd hem geadviseerd halve dagen te werken en halve dagen in bed door te brengen incl. de weekends. Hij kon dit volbrengen maar voelde zich wel beroerd. Toen kreeg hij het advies om een half uur per dag zijn klachten te spuien. In een van de volgende gesprekken kwam een onenigheid maar voor tussen het echtpaar over de manier van geldbesteden en hun uiteenlopende meningen over sparen. Hierop werd niet verder ingegaan. Het advies werd gewijzigd in halve dagen werken en halve dagen vrije activiteit; als hij zich dan niet lekker zou voelen moest daarop drie dagen bedrust volgen. Het verdere verloop is nog af te wachten.

Commentaar:

Een voorbeeld van steriel type toepassing van een beperkt scala van adviezen die niet noodzakelijk iets met de bestaande moeilijkheden te maken hebben. Overigens is het laatste advies qua structuur beter dan de vorige omdat de gedwongen bedrust duidelijker wordt gecorreleerd met het optreden van symptomen en niet onvoorwaardelijk wordt geeist.

4.3.22 Nabeschouwing:

De voorgaande reeks mislukkingen met commentaar bestaat uit oud materiaal dat al een tijd klaar lag, maar nog moest uitgetikt worden.

Het gevolg is dat verschillende dingen die worden vermeld inmiddels al in andere afleveringen door jullie of door mij zijn ter sprake gebracht en dus niets nieuws meer brengen.

Ook zijn er ten onrechte drie verhalen op genomen die niet als mislukkingen maar als gewone casuïstiek bedoeld zijn ( n.l. 4.3.11, 4.3.14 en 4.3.16 ), dit dateert van een oorspronkelijke opzet om niet alleen mislukkingen samen te vatten.

Als resumé van dit stuk geef ik de volgende lijst van door beginnelingen veel gemaakte fouten:

- 4.3.22.1 Aan één lid van een echtpaar worden adviezen gegeven die een bepaald onsympatieke rol vergen (4.3.1) of adviezen die teveel tegemoet komen aan de behoefte van één van beiden (4.3.3).
- 2 Paradoxe therapie toepassen in gevallen waar een reële problematiek bestaat (4.3.2 en 4.3.18).
- 3 MOeilijke en onwaarschijnlijke adviezen geven bij onvoldoende klantenbinding (4.3.13).
- 4 Teveel adviezen geven in één keer, die dan het risico van onderlinge tegenstrijdigheid kunnen gaan vertonen (4.3.17 en 4.3.19).
- 5 Door Kees al vermeld: geen sanctie verbinden aan het niet opvolgen van een advies (4.3.6).
- 6 Stereotype, naïeve of ongerichte adviezen met eventueel zelfs ver strekkende gevolgen waarbij een onspecifiek ordeal wordt geconstrueerd zonder kennis van de achtergronden en de interpersonele betekenis van het symptoom ( 4.3.6, 4.3.9, 4.3.15, 4.3.17 en 4.3.21).
- 7 Naïefweg voorschrijven van het bestaande symptoom op een manier die geen aanleiding geeft tot enige verandering (4.3.5 en 4.3.20).
- 8 Ook reeds door Kees vermeld: het advies of de presentatie daarvan is niet geknipt op de maat van de client (4.3.10).

Therapeutische aanpak - diskussiestuk bezinningsweek 1973 IKS-MOB

1. diagnose wil ik voor het doel van deze uiteenzetting vertalen met inzicht;  
therapie (therapeuties proces) met verandering(sproces).
- 1.1 De therapeut heeft behoefte aan diagnose, hij heeft inzicht nodig in de aard en omvang van de probleemstof; de klient heeft therapie nodig, hij wil verandering in zijn problematies leven. In het therapeuties proces moet het inzicht van de therapeut leiden tot verandering bij de patient. Het is een wijdverbreid misverstand, dat het inzicht van de therapeut moet leiden tot inzicht bij de klient en dat die klient met zijn inzicht zelf moet komen tot verandering. (postulaat van de psychoanalyse) In feite zijn er auteurs die op goede gronden menen dat het omgekeerd gaat, dat wil zeggen dat inzicht pas optreedt ná de verandering. Ik meen zelf dat er zeer vaak helemaal geen inzicht aan bod komt, noch vóór de verandering, noch achteraf.
- 1.2 Het is een langbekende en frustrerende ervaring, dat het inzicht dat de therapeut meedeelt aan de klient zelden leidt tot de gewenste verandering (er zijn uitzonderingen) maar dat . . . hij alleen maar ervaart hoe weerstandsverschijnselen in alle toonaarden tegen zijn diagnose (duiding) in stelling worden gebracht. De psychoanalyse heeft er zijn konklusies uit getrokken: de therapeutiese opstelling is non-direktief, afwachtend luisterend - weinig duidend, inzichten lang voor zich houdend, bij voorkeur wachten tot de klient er zelf mee komt. (dat wil niet zeggen dat dit proces niet op subtiele wijze gestuurd zou worden...)  
Niemand - ik meen te weten ook de realisten onder de analytici niet - is gelukkig met de lange duur die vrijwel implisiet is aan deze therapievorm. Economiese en sociale motieven, maar net zo goed humane overwegingen nopen ons te zoeken naar methodes die effectiever zijn, dwz redelijke resultaten geven in kortere tijd.

Bovenstaande overwegingen, bezwaren betreffen niet slechts de psychoanalyse (niet zozeer de theorie als wel de methode) maar alle non-direktieve methoden en het klassieke case-work. Daarbij memoreer ik dan nog de kritiek dat de non-direktieve technieken van speciaal geringe waarde zijn voor de sociaal lagere klassen - wat voor ons MOB wel relevant is. (geschoolde en ongeschoolde arbeiders, rand- dis- en asociale)

1.3 De therapievormen waar ik nu over wil schrijven zijn niet gebaseerd op inzichtgeven, maar werken met direktieven dwz opdrachten, adviezen en/of met bijzondere boodschappen. De therapeut houdt in het algemeen zijn inzichten voor zich; wat hij meedeelt of zegt of doet, dat deelt hij mee met het oog op de gewenste verandering. Zijn strategie en taktiek zijn heel sterk gefundeerd op zijn inzichten; voor zichzelf ziet hij ze voortdurend duidelijk en hij toetst ze ook stelselmatig aan de gang van zaken in het therapeuties proces, maar hij ziet geen enkele noodzaak de klient "eerlijk" te zeggen wat hij er van denkt. Hij intervenueert in een dynamies krachtenspel dat zich a.h.w. voor zijn ogen afspeelt. Waar hij eerlijk in is, dat is in zijn bereidheid de klient te helpen, maar met een naieve opstelling is zelden sukses te boeken. En wat voor alle psychoterapeuten geldt, geldt onverminderd voor de direktieve therapeut: hij behoort integer te zijn tot in zijn tenen. Niemand vindt het vreemd dat een chirurg met zijn messen inwendige organen blootlegt, zolang hij dit in de operatiekamer doet, bij patienten waar dat geïndiceerd is; maar groot zou de verontwaardiging zijn als hij dat thuis deed of bij zijn vrienden of bij voorbijgangers. Het is met de psychoterapeut niet anders gesteld: hij gebruikt zijn instrumenten ook alleen in de therapeutiese situatie, en op indikatie. Zijn instrumentarium bestaat uit taal, uit woorden, gebaren, gedrag. Hij moet zich er voor zijn werk van bedienen. Buiten zijn werk doet hij met de taal etc totaal andere dingen. Men moet dit goed onderscheiden.

2. In de delta van de geestelijke gezondheidszorg is er een kilometers brede stroming, die meent dat er bepaalde, onderling samenhangende basisvoorwaarden zijn voor de therapie, waarvan het welslagen afhankelijk is. De bron vinden we bij Rogers "client centered therapy," waar het produkt nog natuurzuiver is, de grootste breedte wordt bereikt door de studie van Truax en Carkhuff (1967,68).
- 2.1 Ze stellen dat de resultaten van therapie positief korreleren met de mate waarin de therapeut echtheid (kongruentie), warmte en empathie (invoelend vermogen) ten toon spreidt. Deze drie "onderling samenhangende grondvoorwaarden" bepalen tesamen de juiste "grondhouding".  
(Ze achten dit geldig voor zo ongeveer àlle psychotherapievormen - de breedte - maar menen dat er nog àndere voorwaarden of beperkingen werkzaam(kunnen)zijn - de verontreiniging - die kennelijk minder fundamenteel zijn)
- 2.2 Ze bevelen training aan in echtheid van optreden, warmte in het kontakt en invoelend vermogen. Dergelijke trainingsprogramma's hebben een grote vlucht genomen, o.a. aan vele sociale akademies. De overtuiging is zo groot, dat er herhaaldelijk een openlijke minachting te konstateren is voor specifieke theorie en kennisoverdracht, laat staan voor speciale interventietechnieken.  
Het blijkt een naief geloof te zijn.
- 2.3 Garfield en Bergin(1971) hebben het zorgvuldig onderzocht bij een behoorlijk groot aantal therapeuten, die overigens on-Rogeriaans te werk gingen. Er komen twee opmerkelijke konklusies uit hun studie rollen:
- .1 Empathie en warmte korreleren onderling positief, maar tesamen négatief met echtheid ; met andere woorden: die "onderlinge samenhang van de grondvoorwaarden" is er niet, die grondhouding bestaat derhalve niet bij hun therapeuten.
- .2 Er was een redelijk aantal therapeutiese verbeteringen, maar er was geen enkele korrelatie tussen genoemde factoren enerzijds -noch gezamenlijk,noch afzonderlijk- en de resultaten van de therapie anderzijds.



- 2.3.2.1 (ja zelfs bleek de enige -overigens statisties niet sig-nifikante-korrelatie een négatieve te zijn, te weten tus-sen een grote mate van warmte en het therapeuties sukses.(!))

Ze hebben dezelfde schalen gebruikt als Tr.en C. ; ze over-wegen nog, of die schalen wellicht alleen voor client cen-tered therapie geschikt zijn. Dat is natuurlijk denkbaar, maar het zou impliseren, dat toetsing van de therapeutiese grondhouding een dermate subtiele en delikate aangelegen-heid is, dat je er (zeker buiten de kring der Rogerianen) maar beter niet aan kunt beginnen, èn dat je nu nooit meer redelijk zeker kunt weten of je wel "werkelijk"voldoende"echt" en warm en empaties bent. Dan kun je nog volhouden:"pas als je voldoende training hebt ondergaan, dàn kun je dat van je zelf weten". Welnu, mij is het best, maar dan is de zaak voor de wetenschap wel verloren. De tese staat of valt dan immers met de overtuiging van haar aanhangers, die zich als een sektariese in-group gaan gedragen.

- 2.4 Nu twijfel ik er niet aan dat je door training ( en door andere methodes) je eigen gedrag beter bewust kunt worden en -soms- ook beter in regie kunt nemen. Ik houd dat voor wenselijk zo niet noodzakelijk voor de therapeut. Maar hier gaat het om de overtuiging, dat je tot betere resultaten komt afhankelijk van je bekwaamheid in de gedefinieerde grondhouding van Tr.enC. Die stelling is niet bewezen. Ik betwijfel het ook zonder dat onderzoek (2.3)sterk!

- 2.5 Stel dat een klient zijn therapeut regelrecht en onver-bloemd zit te beledigen of treiteren, hoe kan de tera-peut dan op een kongruente manier hartelijk en empaties reageren? Hij kan zijn boosheid bedwingen en met een war-me glimlach overdekken en kan verstandelijk "invoelen"(!) wat de klient tot dit gedrag beweegt, maar dat is toch moeilijk kongruent te noemen. Hij gedraagt zich of het hem niet raakt.(à propos, daar is technies niets tegen)Maar als hij "werkelijk" méént dat het hem niet raakt, dat hij helemaal geen boosheid of pijn voelt, dan is de toestand veel ernstiger, dan is hij diskongruent (pseudoecht, of onecht - inkongruent) ; hij hanteert het mechanisme van afweer,verdringing, dat wil zeggen intrapsychiese dissociatie.

Diskongruent reagerende mensen hebben de haast onbedwingbare neiging te overdrijven: ze zijn warmer, hartelijker, begrijpender dan nodig of gepast is (vraag: wie spiegelt wie bij de Rogerianen?) en ik kan me het therapeuties voordeel hiervan moeilijk voorstellen. Die tendens in C.enB.'s onderzoek(2.3.2.1) dat veel warmte samenhangt met weinig resultaat kan daar goed mee te maken hebben!

Bij onze treiterende klient kun je dan maar beter kongruent nijdig worden en dan al of niet tot een duidelijk therapeuties kontrakt komen. Je kunt wel degelijk proberen je in zijn gedrag in te leven, maar zonder die gekunstelde warmte. (tenslotte snuift een loodgieter ook niet verrukt de rioollucht op als hij de pot moet verwijderen, maar toch heeft hij belangstelling voor zijn vak.)

Andere mogelijkheid: de therapeut reageert bewust inkongruent. (zonder moeizame dissociatie)

2.6 Echtheid is op te vatten als kongruentie tussen kommunikatie en metakommunikatie. Bij de klient die met een symptoom (of klacht) bij de therapeut komt is er meestal inkongruentie. Hij doet iets (ekstreems) of vermijdt iets (ekstreems) maar geeft tegelijk aan dat hij dat niet doet, omdat hij er niets aan kan doen. Om dit te presteren pleegt hij intrapsychiese dissociatie. De therapeut hoeft zichzelf niet om de tuin te (laten) leiden. Hij staat zichzelf bewuste inkongruentie toe, hij bedient zich bewust van een therapeutiese paradoks. Hij doet een weloverwogen tegenzet die de ziekte winst opheft of op andere wijze de funksie en daarmee het voortduren van het symptoom tegenwerkt, maar doet dit alles in een sfeer van begrip (empathie), eerlijkheid en ontvankelijkheid. Er is dus een opzettelijke inkongruentie tussen zijn opdracht en de metakommunikatie en het is de kunst die zo nauwkeurig mogelijk te doen passen op de inkongruentie van de klient.

2.7 Wie Haley leest komt tot de overtuiging dat de psychoterapeut, welke school hij ook aanhangt, en of hij wil of niet, niet aan dergelijke paradoksen ontkomt. Anders geformuleerd: elke therapie impliseert een stuk manipulatie, die vermoedelijk essensjeel is om de gewenste verandering te bereiken. Ons beroep verplicht ons kategories tot integriteit - welnu deze is alleen maar gediend met je bewust te zijn van je han-

- 19
- 3 Het voorafgaande is als volgt samen te vatten:
    - 3.1 direktieve therapie is primair gericht op verandering en groei en hecht weinig belang aan inzicht geven als methode. allereerst wordt gepoogd schadelijke en belemmerende patronen te frustreren.
    - 3.2 De Rogeriaanse grondhouding is als Credo moeilijk serieus te nemen, maar is als kader voor de therapeutische paradoks wel geschikt. Dan is echter de therapeut inkongruent, terwijl hij kongruent lijkt. Dit staat precies tegenover zijn evenknie, met dit kardinale verschil, dat de therapeut niets behoeft te verdringen of projekteren.
  - 4 Haley onderscheidt vijf <sup>tiepen</sup> therapeutische paradoksen: (n.b. ik gebruik "paradoks" en "inkongruentie" als synoniemen)
    - 4.1 in de therapeutische relatie wordt dwang opgelegd binnen het kader van vrijwilligheid (en het omgekeerde bv in de v.d.Hoevenkliniek of in een gesloten afdeling);
    - 4.2 terwijl de klient wordt behandeld als iemand die niets aan zijn klacht kan doen, richt de therapie zich op zijn aandeel in het optreden van de klacht. De klient wordt tegelijkertijd beschuldigd en verontschuldigd;
    - 4.3 de therapeut dirigeert de klient terwijl hij zulks tegelijkertijd ontkent. Hij stelt zich op als expert, maar ziet tevens af van advies en initiatief. Terwijl de therapie verandering ten doel heeft, vraagt de therapeut de klient zijn symptoomgedrag voort te zetten;
    - 4.4 therapie is oerserieus en is spel. De deelnemers manipuleren elkaar, maar definiëren het als een heel diep en wezenlijk kontakt;
    - 4.5 Therapie is een beproeving die door een weldoener wordt opgelegd.
  - 5 We kunnen de therapeutische relatie definiëren als een gezondmakende dubbele binding.
    - 5.1 Alle formele karakteristika zijn aanwezig: een intense relatie, waarin een paradoksale boodschap of opdracht wordt gegeven, zonder ruimte om daarover te metakommuniceren, zodanig gekonstrueerd dat er geen mazen in het net zitten. De ziekmakende dubbele binding maakt de klient "damned if

damned if/

he does and damned if he don't", terwijl de therapeutiese situatie zo is opgebouwd, dat de klient meemwerkt als hij meewerkt en ook als hij niet meewerkt. Hij gaat dus altijd vooruit.

Anders bekeken: hij heeft geen mogelijkheden om de therapeut onder controle te krijgen - dit blijkt zeer duidelijk uit de opsomming van Haley (zie 4.1-4.5) In dit kader kan de therapeut zowel vanuit de dominante als vanuit de submissieve hoek werken. (hoe wel dat voor de praktische uitvoering natuurlijk verschil maakt, geldt het bovenvermelde principieel voor beide opstellingen.)

- 6 Psychotherapie is vooral de kunst van het hanteren van de weerstanden. Voor het (paradoksale) verschijnsel dat klienten (naarmate ze "gestoorder" zijn) een (groter) repertoire van weerstanden hebben tegen verandering, die hun toch zo duidelijk van voordeel zou zijn, heeft iedere school zijn verklaring. Haley formuleert een interaksionele, cybernetiese verklaring als volgt: als iemand een verandering aangeeft in relatie tot een ander, dan handelt die ander zodanig dat die verandering wordt tegengegaan. Mensen zijn elkaars "governors" en reageren "error-activated" op elkaars gedrag. Zodoende blijft een evenwicht behouden, wordt een systeem in stand gehouden en bevestigd. Dit gaat op voor een gezin, maar idem dito voor de therapeutiese relatie. Daarom is het eerste interview al zo belangrijk: als de therapeut en de klient een relatie aangaan van hulpgever en hulpzoekende, dan heeft de relatie sterk de neiging zo te blijven. (Immers, als de therapeut aanduidt dat de betrekking in simmetriese richting dient te veranderen, dan zal de klient dat op de een of andere manier tegengaan, en vice versa.)

Ik deel de opvatting dat verandering op de keper beschouwd door paradoksale strategieën wordt teweeggebracht en leg me daar om die reden eksplisiet op toe.

- 7 Wij op het MOB verkeren in de bizondere situatie, dat het kind - zijnde het storende element - door de verontruste en verstoorde ouders als eerste over de drempel
- 7.1 wordt geduwd. Laten we nu eens aannemen, dat we al snel tot de konklusie komen, dat het afwijkend gedrag van het kind reaktief is, in casu onderdeel is van gezinspatologie. Stel vervolgens, dat we de ouders uitleggen dat het kind kerngezond en beslist "normaal" is, maar dat de echtelijke relatie de oorzaak van zijn wangedrag is. De kans is groot dat er een error-activated response volgt vanuit het gezinssysteem, om de notie van de diagnostikus te weerleggen. Dan valt het niet mee om het gezin voor nadrukkelijke gezinsbehandeling te motiveren. Zien we het "gezin als patient" dan is een van de symptomen de aanhoudende aandacht voor het storende element, waarin impliciet de boodschap is vervat om niet te veranderen. Zo doende blijft het kind zich storend gedragen en pint het kind zijn ouders vast op hun rolgedrag, waardoor zij het storend gedrag van het kind continueren, in een eeuwigdurende sekwentie, maar met onenigheid over de interpunksie.
- 7.2 De interpunksie is vaak een goed aangrijpingspunt, daarvoor bestaan er verschillende technieken. Het kind kerngezond te noemen en de ouders te beschuldigen is niet bepaald een geslaagde vorm. Als we zonder meer de interpunksie van de ouders onderschrijven schakelen we onszelf uit als change agents. We kunnen beide kanten gelijkelijk steunen, vanuit het idee dat de balans niet teveel mag uitslaan. We kunnen daarbij aan A begrip vragen voor B en vice versa. Op zichzelf is dat nogal zinloos, maar het wint aan effekt wanneer er tevens andere labels aan het gedrag worden gehangen. Deze gang van zaken is vrij algemeen gebruikelijk. De direktieve therapeut doet er graag nog een schepje bovenop.

Hij zou bv het volgende kunnen zeggen: "Jantje is zo tegen de draad omdat hij u daarmee wil vragen om meer aandacht, liefde en strakke leiding. Daarom is het zo goed van u dat u zo streng tegen hem bent. (dat is de wijze waarop u hem uw liefde toont) Zoudt u bv op één punt nòg strenger tegen hem kunnen zijn, voortaan?"

Alles wat de ouders verder doen kan opgevat worden als een blijk van liefde jegens Jantje en is meewerken met de therapie. Hij schrijft de ouders hun eigen interpunksie voor, maar definiëert die heel anders, namelijk als iets positiefs waar de ouders willens en wetens achter staan, maar wat ze "hooguit enigszins uit het oog hadden verloren omdat de emoties wat hoger waren opgelopen."

- 7.3 In onze klantenkring plegen ambivalente gevoelens hoog op te lopen en slecht te worden verdragen. Doorgaans wordt een van de "gevoelspaketten" sterk afgeweerd, maar ieder weet uit ervaring dat dit plotseling helemaal naar de andere kant kan omslaan.
- Laten we niet vergeten dat de therapeut ook met zijn eigen ambivalente gevoelens ten opzichte van de klient te maken heeft. Wat doet hij met zijn agressie? Loochenen, verdringen? Projekteren en tegenageren? Eerlijk en spontaan uiten? Het hangt er onder meer vanaf welke rol hij verkiest. De gezondheid van de therapeut (en van de klient) is er het meest mee gediend wanneer hij zijn agressie onder ogen durft te zien. De direktieve therapeut heeft dan nog de mogelijkheid deze gevoelens te bundelen en kanaliseren in bepaalde instruksies aan de klient. Zodoende kan hij op een creatieve manier èn beproevende èn weldoende figuur zijn.
- De negatieve gevoelens van de klient proberen we eveneens produktief te maken. Het is uiterst twijfelachtig of de therapeut in staat is, of moet zijn, om ambivalentie onge- daan te maken, maar wèl heeft hij kansen om het destruktieve in konstruktieve richting om te buigen. (zie "Jantje") Bijna zeker wordt de agressie dan ook minder heftig en vernietigend, ook al omdat die niet (langer) ondergronds hoeft.

- 7.4 Een slechte techniek voor de behandeling van ambivalente gevoelens is om naar positieve gevoelens<sup>te</sup> gaan hengelen, wanneer bv boosheid over Jantje wordt geuit. Het enige effect kan zijn dat de ambivalentie versterkt wordt en dat de negatieve kant ervan in geringe of grote mate taboe wordt; met andere woorden: de "intrapsychiese dissociatie" wordt in de hand gewerkt.
- .1 Beter is het om wanneer boosheid wordt geuit, dit aan te moedigen ( en als de therapeut het aandurft: de klient daarin nog te overtreffen) en als er dan iets komt van: "maar natuurlijk heb ik ook mijn fouten" of van: "maar Jantje kan ook erg lief zijn" dat te bagatelliseren of negeren. Ga liever verder in op de boosheid, het is de beste manier om die tot manipuleerbare proporties terug te brengen en het lijkt wel een specifieke bekrachtiger van de tegenovergestelde gevoelens en gedachten.
  - .2 Op analoge wijze kan men eenzijdige loftuitingen aanvatten.
  - .3 Als iemand klaagt over de diskrepantie tussen zijn opgewekte uiterlijk en zijn uitermate gedeprimeerd innerlijk leven, dan is het raadzaam hem op te dragen dat zijn uiterlijk zijn gemoedstoestand zal uitdrukken: hij mag niet meer lachen, moet daarentegen zijn handen smartelijk ten hemel heffen op elk kwartier etc.
  - .4 Als iemand een negatief oordeel over zichzelf uitspreekt (en daarmee zit te vissen naar onze tegenspraak, voedsel voor zijn gekrenkte grootheid) dan kan het zeer effectief zijn volmondig met hem in te stemmen. Van de weeromstuit geraakt de klient in de positie dat hij de therapeut moet laten zien wat hij waard is. De therapeut blijft skeptisch, en zal zeer schoorvoetend en zuinigjes iets toegeven.
- 8 We keren terug tot ons uitgangspunt. Bovenstaande voorbeelden (geen recepten) ontspruiten uit het inzicht van de therapeut en zijn gericht op bevorderen (evt onder druk zetten) van een veranderingsproces.

We hebben mogelijkheden om schadelijke patronen bij de klient(en) te beïnvloeden en oneigenlijke klachten en symptomen opzij te schuiven, om zodoende de weg vrij te maken voor een veranderings en groeiproces. Soms lijkt het wel een toverbal: als de ene laag is gesmolten wordt weer een nieuw probleem zichtbaar, maar de kans is groot dat de klient daar op veel kongruenter en konstruktiever manier mee kan omgaan. In laatste instantie bepaalt de klient zelf waar hij naartoe wil.

- litteratuur: J.Haley:Strategies of psychotherapy 1963.  
J.Weterman:"Het gemeenschappelijke in de verschillende methodieken van het welzijns-  
werk.Diesrede SocAkRdam I 238  
Sol.Garfield,Allan Bergin: Therapeutic  
conditions and outcome. J.AbnormPsych.  
1971 vol 77 no2(p108)  
R.v.Dijck en C.P.v.d.Velden in MBNGCC jrg 1 nr1  
MBNGCC jrg 1 nr2  
TDT jrg 1 nr3  
(MBNGCC en TDT zijn helaas niet in de handel)  
P.Watzlawick et.al.:De pragmatische aspecten  
van de menselijke communicatie.



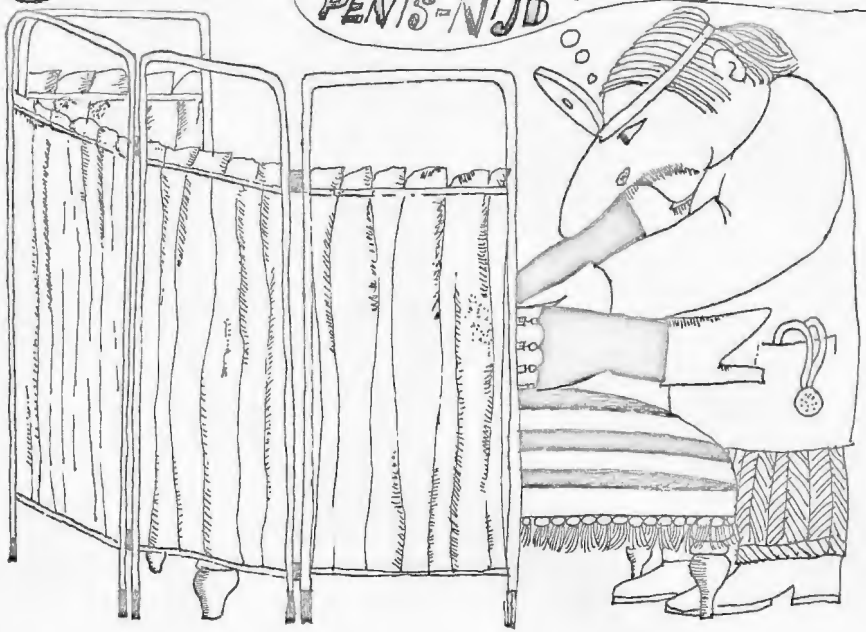
1

DOKTER,  
HET GAAT  
DE LAATSTE  
TJD SEKSU-  
EEL NIET ZO  
GOED MEER  
TUSSEN MIJ  
& M'N MAN.



2

KAN VROU-ZUN NIET AKSEPTEREN  
PENIS-VIJD



3

HIER IS WELLIJKT  
EEN KORREKTIEF  
IEMOTIIONEL  
EKSPIERIEJENS  
GEINDISEERT

ER VOLGT EEN GRONDIG LICAMELYK ONDERZOEK DAT  
DE DIAGNOSE **VAGINISME** OPLEVERT  
TOUCHEREN BLYKT NIET MOGELIJK, ALTHANS NIET  
MET VIJF VINGERS.  
HET EEG IS NORMAAL BEZINKING IDEM

MUN JEUGD WAS ONGELUKKIG ZE HADDEN LIEVER EEN ZOON GEHAD.  
MUN MAN BEGRYPT MIJ NIET U VOELT MIJ ZO FIJN  
AAN. MISSHIEN ZOU U



4  
K HER NNER  
ME OOK ETS OVER  
HET BELANG VAN  
LEERPROCESSEN.



DE BEKWAME JONGE DOKTER BESLUIT SNEL  
TOT EEN »SIMPATISERENT DIALEKTIESE-  
ANALIESE«.

5

D T LIJKT ME TOG  
geen ZUIVER VAGINISME



6

ACH, WAT  
AARDIG,  
U KOMT VAN  
VROU  
HALENNU,  
ZE IS AL  
AAN DE BETERENDE  
HAND HOOR!



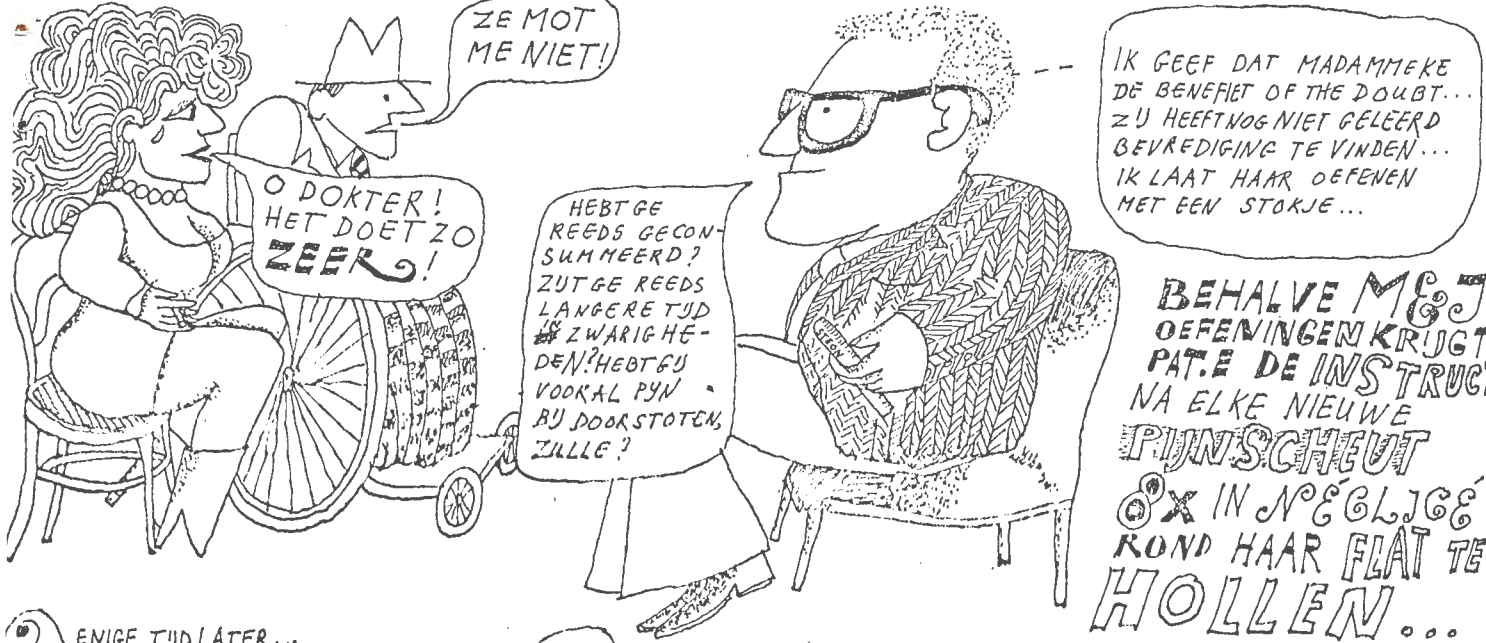
SPREK-  
KAMER

DANK  
U WEL  
DOKTER!

DE VOLGENS MASTERS EN JOHNSON  
KLASSIEKE BEHANDELING HEeft  
EEN VOORSPOEDIG VERLOOP.

21773

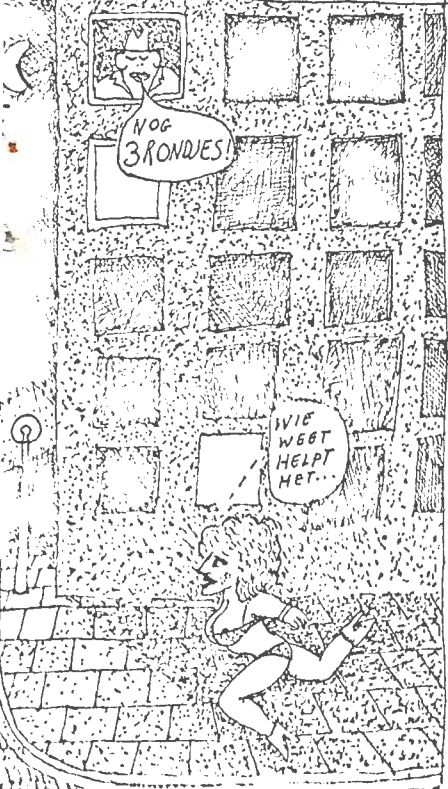
1



HEBT GE REEDS GECONSUMMEERD? ZUT GE REEDS LANGERE TIJD # ZWARIGHEDEN? HEBT GIJ VOORAL PYN RIJ DOORSTOTEN, ZILLE?

BEHALVE M&J-OEFENINGEN KRIJGT PATIE DE INSTRUCTIE NA ELKE NIEUWE PIJNSCHEUT OX IN N'EBLIJGE KOND HAAR FLAT TE HOLLLEN...

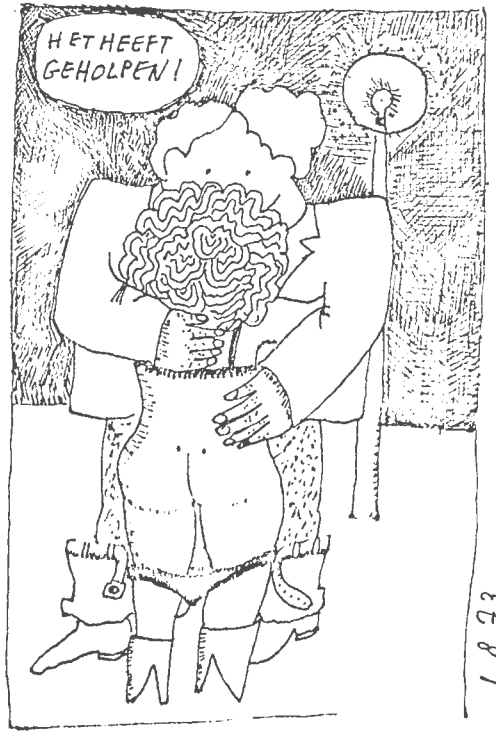
2 ENIGE TIJD LATER...



3 WEER LATER...



4 NOG WEER LATER...



1.8.73



