

*Arachidie*



Tijdschrift voor Directieve  
Therapie \*

voorheen MBNGCC

jrg.1 nr.5

augustus 1973

VERJAARDAGS-  
NUMMER!

Redactie: zie vorige nummers. Er zijn geen mutaties te melden.

---

Inhoud

29 augustus 1973

---

Betrouwbare bron	Laatste berichten	1	<i>bij stuk ontbreek</i>
D.N.Oudshoorn	Vervolg Discussiestuk MOB →	2	
R.van Dijck	Zakelijke mededeling	8	
	J.E.Bell	<del>10</del> 9	
	Casufstiek	11	
C.P.van der Velden	Open deuren	13	
	Commentaar bij het MOB-stuk	15	
De Hoofdredacteur	Een woord van dank	16	

---

Omslag: de Hoofdredacteur & Zijn Vrouw

---

No part of this magazine may be reproduced in any form by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the authors.

---

### Laatste berichten:

Wij vernemen dat onze medewerker C.P.v.d.Velden in het kader van zijn redacteurschap van dit tijdschrift zich vrijwillig en met succes heeft onderworpen aan een experimentele therapie door een vermaard Schiedams zenuwarts, een man wiens orriginale therapie techniek ons zal verplichten hem tot gast redacteur van het tijdschrift te benoemen. De klacht van onze medewerker was een werkstoornis die als volgt kan worden omschreven: hij wist wel wanneer hij moest beginnen, maar bevond zich in onzekerheid over het moment wanneer hij zou ophouden. De in onze cultuur gebruikelijke criteria zoals "loon naar werk en werk naar loon" kon hij slechts relativerend toepassen. De Schiedamse zenuwarts A. heeft een succesvolle behandeling uitgevoerd volgens het principe van de "saturatie", een vorm van prescribing the symptom die even eenvoudig als werkzaam is. Bewijs van het succes van de behandeling is dat redacteur v.d. Velden zeer concrete plannen uitwerkt om te bepalen wanneer hij zal ophouden met werken. Alleen is hij nog onzeker over het moment wanneer hij weer zal beginnen. Bijzondere vermelding verdient het feit dat deze behandeling werd verricht zonder een honorarium in rekening te brengen en de zenuwarts desondanks zichzelf financieel niet benadeeld heeft. Deze zeer inventieve combinatie van humaniteit en praktisch therapeutisch handelen verdient ons aller navolging!

5.1.1. Zakelijke mededeling: een boek.

Onder de indruk van enerzijds het grote aantal en anderzijds vaak lage kwaliteit van de boeken die uitgeverijen zoals Loghem Slaterus en Samson op de markt brengen over het onderwerp psychiatrie van eigen bodem geloof ik dat we niet moeten aarzelen om enkele Canadese bomen te offeren aan het waardige deel de psychiatrie in het Nederlandse taalgebied op een hoger peil te brengen. Met andere woorden waarom ons beperken tot een gezamenlijk artikel over direktieve therapie als op dit moment de conjunctuur zo ligt dat elk warhoofd boeken aan de man weet te brengen. Het beste van onze bedenksels kunnen we nog altijd condensereren tot een goed artikel voor export doeleinden. Met dit in gedachten stel ik het volgende voor: we beraden ons over de opzet van een aan Samson of Loghem Slaterus te presenteren boek. Daarbij stel ik de volgende opbouw voor: een boek met collectief auteurschap, op gedeeld in verschillende hoofdstukken met collectief of individueel auteurschap. De volgende thema's dienen m.i. daarbij aan de orde te komen:

- direktieve therapie en systeem + communicatie theorie.
- psychotherapie en sociale klasse: waarin wordt belicht dat Rogeriaanse en psycho-analytische technieken bij de mensen met "restricted code" weinig ingang vinden en direktieve therapie vanzelfsprekend is. (conf. ook Minuchin).
- direktieve therapie en Rogeriaanse therapie: waarin de direktieve elementen van Rogers worden besproken en de non direktieve van een figuur als Erickson. Dit laatste is overigens geen onzin.
- direktieve therapie en psycho-analyse: waarin heterodoxe figuren zoals M. Coleman, Nelson en Rosen aangehaald worden.
- direktieve therapie volgens Haley, Jackson en Erickson.
- direktieve therapie in individuele, conjoint en gezins therapie.
- techniek van direktieve therapie: onze kookboekrecepten die grotendeels nog moeten komen, doorspekt met casuïstiek.
- verkoopstechnieken met casuïstiek.
- een gedeelte speciaal over prescribing the symptom.
- een gedeelte over direktieven die wel moeten opgevolgd worden, eventueel in verband gebracht met gedragstherapie.
- Masters en Johnson als direktieve therapie.
- speciaal voor dit land: de ethische kwestie.
- een waarschuwing voor beginners.
- een nabeschouwing.
- een inleiding.

Wat betreft al het voorgaande stel ik voor om over het principe en de concrete uitwerking een bijeenkomst te beleggen na het nummer over therapie-techniek.

5.8.1. Algemene beschouwing: J.E. Bell.

De prima ballerina die ik eerder aanhaalde (aflevering 2; Prescribing the symptom) als degene die zegde dat inzicht over het algemeen na de verandering komt en niet er vóór, maar van wie ik de naam vergeten was, is J.E. Bell. Hij wordt geciteerd in Beels + Ferber (Family Process, 1969).

In een ander artikel (Recent Advances in Family Group Therapy, J.Child Psychol. Psychiat, 1, (1962), 1-15, geeft hij een beschouwing die achteraf bekeken misschien vanzelfsprekend is, maar erg goed is om in gedachten te houden: acute symptomen in een gezin moeten gezien worden als alarmsignalen en als manieren om een verandering in een gezin te forceren. Chronische symptomen daarentegen worden "a way of interrelating", dus een manier om een status quo te bestendigen. Hij diept dit niet erg ver uit en het zou juist geweest zijn om te stellen dat acute symptomen "dubbelzinnige" alarmsignalen zijn en "halfhartige" manieren om verandering te forceren. Behalve dat lijkt me het onderscheid wel een praktisch toepasbare gedachtengang: het is een feit dat als een symptoom blijft voortduren na de crisisperiode waarin het is ontstaan, de weerstand tegen elke verandering toeneemt, ook van de kant van de andere gezinsleden. Scherper gesteld: een acuut symptoom is een poging om verzet tegen een gezinsregel aan te tekenen zonder dit geheel ondubbelzinnig te doen; dankzij het paradoxale element wordt het symptoom een signaal dat zichzelf tegenspreekt en dat dus ook gemakkelijk door de partner kan "verkeerd begrepen" worden. Het gevaar van chronische symptoomvorming ontstaat zodra de partner met zijn reactie ook de metacommunicatieve gezinsregels onaangetast laat en alleen de letterlijke betekenis van het symptoom "begrijpt", en honoreert. Er ontstaan dan een soort wederzijdse samenzwering om het "misverstand" te doen voortduren.

Van dit "signaal" versus "status quo" principe kunnen we ongetwijfeld elk talrijke klinische voorbeelden ophalen en waarschijnlijk hanteren we het al intuïtief, zometertijd expliciet. Slechts één illustratie: een 45-jarige Haagse dame is onder behandeling wegens een 20 jaar bestaande dwangneurose. Het kostte me de grootste moeite om haar echtgenoot bij de therapie te betrekken. Hij zegt zonder omhaal: "Je weet wat je hebt, je weet niet wat je krijgt". Hij vindt het best te houden zoals het nu is, hoewel haar rituelen hem dagelijks dwingen zijn eigen punktuele gewoonten in te slikken.

Pogingen van mijn kant om hem te overtuigen zijn vrouw eens "een koekje van eigen deeg te bakken" door b.v. te vragen haar handen wat méér te wassen, wees hij af, niet omdat hij iets tegen manipuleren heeft maar omdat hij daarmee zichzelf en zijn houding van de afgelopen jaren zou afvallen. Nadat hij zich op deze manier bleef opstellen, probeerde ik het met zijn vrouw alleen te klaren, wat geen zoden aan de dijk zette. Het is nu eindelijk min of meer gelukt zijn medewerking te recrutereren met de volgende taktiek: 1) ik hou een verhaal met de strekking dat humor de angst die bij dwangneurose hoort kan neutraliseren, daaraan toevoegende dat hij dit ongetwijfeld al wist en toepast. 2) ik wacht geduldig tot hij inderdaad bevestigt dat hij dit al wist en op zijn vrouw toepast, wat hij beaamt. 3) ik vraag beleefd of hij dit verder in gedachten wil houden en blijven toepassen. (Dit is tevens een voorbeeld van een situatie waarin de directieven vaag en weinig gespecificeerd moeten zijn (i.t.t. K.1.6.4.) anders voelt de man zich in zijn eer aangetast en haakt af.)

Bij acuut ontstane symptomen kost het daarentegen meestal <sup>weinig</sup> moeite om de partner tot andere reacties te metiveren, zels een ommezwaai van 180 graden wil er vaak nog wel in.

De vuistregel die uit dit gehael zou kunnen gedestilleerd worden is de volgende: onderzoek of de partner ertoe kan gebracht worden een andere reactie op het symptoom te produceren. Indien dit lukt, dan is het geheel nog in de "acute fase", dan zijn de meta-rules van het systeem nog niet mit gewapend beton geconstrueerd en dan is het ook zinvol om te werken met directieven - die - moeten - opgevolgd - worden (b.v. gedragstherapeutische regels). Is de partner niet bereid tot andere reacties, dan is het symptoom een essentieel onderdeel van de relatie geworden en dan is de meest aangewezen procedure een vorm van prescribing the symptom; andere directieven worden toch genegeerd.

5.2.1. Casuïstiek: er zijn geen uitzonderingen die de regel bevestigen.

Het volgende geval is vermeldenswaard omdat ik tegen mijn systeem-theoretische vooroordelen in, me lang heb laten misleiden tot de conclusie dat ik hier te maken had met een niet-gedeelde fobie. Het ging om een vrouw met straatvrees, hyperventilatie e.d. Volgens hun verhaal had de echtgenoot het jaar daarvoor de angst gehad aan kanker te lijden als begrijpelijke reactie op een goedaardig gezwel, maar dit was in alle opzichten over. Overeenskomstig de beschrijvingen van Fry verwachtte ik het een of ander aandeel van de echtgenoot in het persisteren van haar klachten, maar ik kon niet ontdekken hoe. Uiteindelijk concludeerde ik dat het haar en niet hun probleem was en liet paradoxale intentie

11

en hyperdramatisering op haar los. Dit leidde tot een gevoelige verbetering maar er kwam een soort plateau-fase tot stand die ook na verschillende weken wachttijd onveranderd bleef. Toen kwam, heel toevallig hij weer aan het woord n.a.v. het thema kinderwens. Hij bleek, hoewel actief, opgewekt en dynamisch in zijn presentatie, te lijden aan een filosofie die best kan omschreven worden als "levensangst". De club van Rome beweegt zich op het niveau van borrelpraat en Schopenhauer is een bon-vivant in vergelijking met hem. Het is begrijpelijk dat specifieke fobiën overbodig geworden zijn in een dergelijke libidohuishouding. Wel bekende hij verder in het gesprek dat hij soms meende dat zijn hart stil stond, maar de vaststelling dat het toch verder klopte was nooit aanleiding tot veel vreugde. Deze mededelingen waren voor zijn vrouw even nieuw als voor mij, want zij kende hem als een vrolijke jongen die vooral na een borreltje bijzonder leuk uit de hoek kon komen.

#### 5.2.2. Casuïstiek: de uitzondering bevestigt de regel.

Het gaat om een man die sinds 1 jaar regelmatig van zijn werk werd thuis gebracht wegens hyperventilatieaanvallen. Gezien zijn beroep, n.l. systeempgrammeur, was het zowel voor mij als voor hem een bijzonder voldoeninggevend moment de paradoxale intentie in termen van positieve en negatieve feedback te kunnen uitleggen. De toepassing hiervan lukte zo voortreffelijk dat hij zijn plastic zakje niet één keer hoefde te gebruiken. Toch was hij niet gelukkig: hij kon zijn werk weer aan en was niet langer bang flauw te zullen vallen, maar hij had af en toe precordiale pijn. Nadat hij zijn wat psychasthene werkgewoonten had gecorrigeerd bleven zijn klachten. Ik zag zijn echtgenote en kon geen enkele grond voor medeplichtigheid van haar kant vinden. Tenslotte vertelde hij zijn geheim: tijdens keuring voor mil. dienst had de arts een hartletsel vastgesteld wat later een minuscule septum defect bleek te zijn, zonder consequenties. De arts had bedenkelijk gekeken en niets gezegd. Hij concludeerde hieruit dat de zaak hopeloos was en dat de arts zweeg uit taat om zijn laatste levensjaren niet te bederven. Latere geruststelling door de huisarts en een cardioloog kwam bij hem over als een samenzwering van de medische stand. Na dit verhaal, en een betoog van mij, met de hand op het hart, dat een septum defect inderdaad onschuldig kan zijn, spraken wij hyperdramatisering af met als thema: "het gat in het hart scheurt open en het bloed spuit in het rond". Dit is totnogtoe afdoende gebleken. Zouden patienten dan toch individuele problemen kunnen hebben? Dit lijkt me sinds de dagen van Freud een van de meest gewaagde veronderstellingen in de psychiatrie.

5v2.3. Casuïstiek: rolomkering in een huwelijk.

Het gebeurt niet zelden dat samen met het optreden van een symptoom een rolomkering binnen een huwelijk optreedt, of vice versa. Speciaal in zeer complementaire relaties komt dit voor. Een status quo is dan doorgaans niet meer te bereiken, de therapie moet gericht zijn op een derde mogelijkheid, wat men dialectiek noemt, weet je wel. Het volgende geval is illustratief. De man is een bedrijfsleider die met niet noemenswaardige diploma's en hard werken zijn hoge functie verworven. De vrouw is een aantrekkelijke ex-mannequin. Hij is thuis en op zijn werk altijd een zelfverzekerde doordouwer geweest, die zowel zijn ondergeschikten als zijn vrouw erg imponeerde en ten opzichte van haar nooit enige verantwoording over wat dan ook hoefde te geven. Maar hij had een geheime ondeugd, hij was een voyeur en liep 's avonds de straten langs om te gluren. Daar is zij achter gekomen 3 jaar geleden; in de ruzie die daarop volgde beloofde hij voortaan alleen naar zijn vrouw te kijken wat hem redelijk is gelukt. Maar van zijn zelfverzekerde opstelling ten opzichte van haar is niets meer over gebleven: hij heeft het lef niet meer om een onvriendelijk woord tegen haar te zeggen en is gaandeweg vervallen tot een paniekerig wrak. Hij durft geen beslissingen meer te nemen, zeurt iedereen aan de kop met eindeloze vragen over hoe het moet, wat zijn vrouw omschrijft als "mauwen". (Dit zijn dezelfde mensen van aflevering 1 R.6.1.) Naarmate hij meer mauwt moet zij meer beslissingen betreffende het gezin nemen en voelt zij zich ook minder gemotiveerd om iets van de zelfstandigheid prijs te geven die zij inmiddels heeft leren waarderen. Anderzijds kijkt zij steeds meer op hem neer nu zij minder afhankelijk is, wat hem tot meer mauwen aanzet. Het eerder gegeven advies aan haar om op zijn mauwen niet meer in te gaan kon zij slechts tijdelijk volhouden en het patroon herstelde zich na enige tijd. De belangrijkste doorbraak is gekomen toen ik hem op het eind van een gesprek zegde waar zij bij zat, dat hij een hele aardige vrouw heeft, maar dat ik voor geen geld zou willen dat mijn vrouw zulke kwetsende en denigrerende dingen over mij zou zeggen in aanwezigheid van derden, zoals de zijne over hem. Eerder in het gesprek hadden wij afgesproken dat ze de volgende week tijdelijk uit elkaar zouden gaan. Mijn opmerking had hem kennelijk erg aangegrepen. De hele week dat ze uit elkaar waren had hij doorgebracht met het repeteren voor zichzelf van een fikse ruzie. Hun volgende ontmoeting was bij de volgende afspraak met mij. Er kwam meteen een uitbarsting van beschuldigingen en verwijten ten opzichte van haar, waar zij paf van stond. Sindsdien heeft hij op een meer blijvende manier de kop weer opgestoken in een poging om een meer symmetrische positie te verwerven, wat overigens nog maar tendele gelukt is.



## 5.-. Open deuren

---

1. Ik beloofde Richard iets te schrijven over politiek en (directieve) therapie. Met de grootste tegenzin - o.m. vanwege het modieuze karakter van het onderwerp - heb ik mij aan dit karweitje gezet en toen ik na een uurtje eens bekeek wat ik opgeschreven had, las ik dat we onze praktijk toegankelijk maken voor alle maatschappelijke groepen, dat in onze adviezen tal van waardepremissen zijn verwerkt, dat we opname en stigmatisering willen voorkomen, dat we solidariteit willen bevorderen, dat directieve therapie goed aansluit bij de verwachtingen van patiënten uit de lagere maatschappelijke groepen, dat de directieve therapeut in den regel kortere behandelingen heeft dan de niet directieve en zo veel meer mensen helpen kan - en nog veel meer van die dingen. Toen dacht ik na. Ik begon te begrijpen dat ik belazerd was. Dat de man die nog in nr 2 van dit Tijdschrift durft beweren dat het manipuleren in conventionele relaties "smerig" is, dat deze zelfde man mij ertoe bewogen had een reeks cliché's aan het papier toe te vertrouwen, in de hoop natuurlijk dat ik ze nog zou publiceren ook, waarna hij zin voor zin van een ironisch en bijtend commentaar zou kunnen voorzien. Richard van Dijck, die de New Left Review spelde toen ik mij nog met Bruintje Beer bezighield, vraagt mij over de politieke aspecten van directieve therapie te schrijven. Schrijf er eerst zelf maar eens wat over, mispunt!

2. Het manipuleren in niet-therapeutische relaties is niet "smerig". Wanneer mensen met elkaar omgaan beïnvloeden ze elkaar, daar is weinig aan te veranderen. Voorts zijn tal van gedragingen, o.m. van mij, bedoeld als strategische zetten om een doel te bereiken waarvan de ander niet steeds op de hoogte is. Ik zeg het maar even om me te ontdoen van het "slechte" gevoel dat ik kreeg bij het lezen van jullie beider hooggestemde ethische beschouwingen.

3. Ten onrechte wordt "metacommunicatie" wel opgevat als het praten over het praten, een vorm van nakaarten dus. Metacommunicatie is niet een aparte manier van communiceren; het is het "command"-aspect van elke communicatie kenmerkt. In de metacommunicatie wordt impliciet de relatie tussen mensen gere-

geld. Het expliciet spreken over relaties is geen metacommunicatie.

4. Het zal waarschijnlijk nodig zijn een hiërarchie aan te brengen in onze "therapietechnieken". Zoals het er nu voorstaat kunnen we onder een therapie-techniek zowel een enkele interventie binnen het kader van een behandeling verstaan als het geheel aan therapeutische interventies dat een behandeling kenmerkt.

Een moeilijkheid bij het ontwerpen van zo'n hiërarchie is het feit dat de meeste door ons verzamelde terapietechnieken op alle niveaus te gebruiken zijn, dus òn als enkele interventie, òn als reeks van interventies die een bepaalde fase van een behandeling kenmerken, òn als het geheel van interventies dat een volledige behandeling kenmerkt. Denk bijv. aan de "verweningstherapie".

Een volgende reden die het moeilijk maakt zo'n hiërarchie te ontwerpen is het feit dat we in den regel maar enkele zinnen vooruit denken. We geven de pat. een instructie en hebben onze vermoedens over een aantal mogelijke effecten, waarop we dan weer nieuwe instructies kunnen baseren. Verder denk ik in elk geval meestal niet. Knapt de pat. na de eerste instructie op, dan is het ook niet nodig verdere zinnen te bedenken. Knapt hij niet op dan verzinnen we weer nieuwe instructies. Knapt hij hierna op, dan hoeven we <sup>weer</sup> niet verder te denken, knapt hij niet op dan denken we weer wel verder.

I.t.t. de meeste therapeuten gaat de directieve therapeut ervanuit dat de pat. in elke fase van de therapie kan verbeteren. Hij legt niet tevoren vast hoeveel tijd de behandeling minimaal in beslag gaat nemen (tenzij als terapietechniek: "Dit kan heel, héél lang gaan duren" bij de pat. die erom vraagt snel van zijn depressie afgeholpen te worden). Behalve weer als terapietechniek zullen we van de directieve therapeut niet horen dat de pat. "door een hel" zal moeten, wat een non-directieve psychiater onlangs aankondigde.

Directieve therapie kent geen planning op lange termijn. Directieve therapie is evenwel niet noodzakelijkerwijs kort. ~~xxxxxixaxdxpatixaxpxdxvaxx~~ Veel van mijn behandelingen zijn directief en duren tamelijk lang.



5.10.1. - D.4.8. en D.5.8.

Summiere commentaar bij Dicks "Diskussiестuk" voor zijn MOB

Omdat dit stuk bedoeld is om de discussie binnen het MOB te stimuleren, en niet de discussie binnen het TDT, beschouw ik de "konstruktieve kritiek" waarom gevraagd werd als minder belangrijk. Per slot gaat het erom of de MOB-figuren er iets aan gehad hebben. Is dat het geval dan is het blijkbaar een goed - want aan het doel beantwoordend - stuk geweest; is dan nieth het geval dan was het stuk niet goed of de MOB-medewerkers deugen niet.

Mijn privé-commentaar volgt hieronder.

1. Het lijkt mij onjuist het begrip directieve therapie te verenigen tot paradoxale therapie. Alle therapie waarin gebruikge-maakt wordt van directieven, wel of niet paradoxaal, is direc-tieve therapie. Niet-paradoxale directieven vormen het thema van het intelligente boek Task-centered Casework van W.J.Reid en L.Epstein, New York 1972. Het zou verstandig geweest zijn dit boek als uitgangspunt te gebruiken, waar het aansluit bij de op MOB's gangbare denkwijze.

2. Ten onrechte wordt in het stuk aangenomen dat de met para-doxen werkende therapeut ethisch in het nadeel zou zijn tegen-over de niet-bewust-met-paradoxen-werkende collega. Haley's onderzoek leert immers dat ook de laatste voor dezelfde ethische moeilijkheden staat?

Het beroep op de "integriteit", ook al is het integriteit tot in "de tenen", vind ik zwak. Het komt erop neer dat je zegt: Goed, ik mag dan smerige streken uithalen, maar het gebeurt voor uw eigen bestwil en bovendien ben ik uiteindelijk een eerlijk mens. Waarin verschilt dit type verdediging nu eigen-lijk van Ehrlichman's verwijzing naar de "national security"? Het is onjuist wanneer de bewust met paradoxen werkende therapeut zich door de "onbewust" met paradoxen werkende therapeut ethisch in de verdediging laat dringen.

3. Voor het TDT vind ik het stuk minder relevant. Bij het beschrijven van therapie- en verkooptechnieken - au fond het belangrijkste doel van het Tijdschrift - worden we immers geacht de in dit discussiестuk aangegeven uitgangspunten reeds in onze mars te hebben?

4. In de begeleidende brief staat dat we totnogtoe niet geschreven hebben over de relatie tussen directieve en non-directieve therapie.

Dat is niet juist.

Ik heb er zelfs tamelijk uitvoerig over geschreven in het Tijdschrift voor maatschappelijk werk (TMW 5 april 1968, TMW 20 april 1968 en TMW 20 mei 1968).

---

Een woord van dank

---

Het is mij helaas niet mogelijk allen - redacteuren, abonnees, maar ook de consciëntieuze medewerkers van typekamer en administratie en niet in de laatste plaats het huishoudelijk personeel -, het is mij dus niet mogelijk alle medewerkers persoonlijk te danken voor de overweldigende belangstelling en hartelijkheid die mij ter gelegenheid van mijn verjaardag ten deel zijn gevallen.

Derhalve wil ik langs deze weg allen danken die van deze gewone verjaardag een onvergetelijke feestdag hebben gemaakt.

Mijn erkentelijkheid geldt niet alleen de gelukwensen - vaak vergezeld van smaakvolle bloemstukken, kostbare boekwerken, uitheemse spiritualieën en talrijke kisten aromatische cigaren -, maar bovenal ~~maar~~ de bij deze gelegenheid zo overduidelijk naar voren gekomen blijken van vertrouwen in mijn Leiding van dit Tijdschrift.

Deze tekenen van aanhankelijkheid zullen mijn Vrouw en Ik niet licht vergeten!

De Hoofdredacteur

---