

D.ck



Tijdschrift voor Directieve
Therapie
jrg.2 nr.9 februari 1975

Redactie:

Richard van Dijck, Onno van der Hart, Kees Hoogduin,
Leen Joele, Alfred Lange, Dick Oudshoorn, Kees van der
Velden

Inhoud

februari 1975

Hoofdredacteur	Ten geleide	0
⊕ Onno van der Hart	En directieve nazorggroep En voorbeeld van een surprisetechniek ?	1 8
Dick Oudshoorn	Consultatie gevraagd	9
Kees Hoogduin	Het hyperventilatie- syndroom	16
⊕ Kees van der Velden	En geval en een beschou- wing over "het voordeel van de twijfel" Directieve therapeuten doorbreken taboe!	23 28
Leen Joele	Onwilligen	31
⊕ Richard van Dijck	Valkuilen voor beginnende directieve therapeuten	35
Alfred Lange	Paradoxaal onderstrepen van het behandelingscontract	40

Omslag: Daniël van der Velden, 3 jr.

ten geleide

Hierbij, vrijwel op tijd, het extra-dikke introductie-nummer van het vernieuwde TDT, nog steeds tegen de oude prijs.

Dat wij ons over de kwaliteit van dit vakblad geen zorgen hoeven maken leert niet alleen een blik op de lijst van redacteuren, maar ook een korte vergelijking met het eerste nummer van het Tijdschrift voor psychotherapie.

Technische verzorging en vormgeving komen nog voor verbetering in aanmerking, maar dat is een kleinigheid.

(Het iets meer serieus nemen van de toegezonden aanwijzingen zou trouwens al een verbetering betekenen.)

Hoewel een tijdschrift met een oplage van 7 op het eerste gezicht aandoet als een onderneming van een aantal twaalfjarigen, heeft het onmiskenbare voordelen: waar elders kunnen we zonder (te veel) schaamte mislukkingen publiceren, om raad vragen, misschien nog onrijpe ideeën voorleggen?

Daarom moet het TDT blijven, niet met de bedoeling ooit een "officieel" tijdschrift te worden, maar om een "informeel" tijdschrift te blijven zolang aan directieve therapie behoefte bestaat.

Hopelijk doet zich bij een van de volgende nummers de gelegenheid voor de strips, de advertenties of de roddels te introduceren, die voor een goed deel de attractiviteit van het "oude" TDT uitmaakten.

De Hoofdredacteur

9.1. Zakelijke mededeling over de verzorging van bijdragen voor het Tijdschrift voor directieve therapie

Hierbij volgen enkele suggesties t.a.v. de verzorging van bijdragen voor het TDT.

De inzender is verantwoordelijk voor het typen (A4-formaat, regelafstand $1\frac{1}{2}$, royale linkermarge) en vermenigvuldigen (7x) van zijn eigen bijdrage.

Hij zendt zijn bijdrage naar de "hoofdredacteur", die verantwoordelijk is voor inhoudsopgave, nummering van de pagina's en omslag; evt. voorziet hij een nummer van een voorwoord.

De sluitingsdatum voor een nummer wordt in overleg vastgesteld (voor het volgende nummer is dat 1 februari).

het "oude" Tijdschrift onderscheidden we de volgende rubrieken:

- .1. zakelijke mededelingen (zoals dit stukje);
- .2. casuïstiek (gevallen die om een of andere reden aardig zijn om te vermelden);
- .3. mislukkingen (gevallen waarbij directieve interventies faalden - hiervan bestaat al een aardige collectie);
- .4. vragen om consult (wanneer de inzender met een geval dreigt vast te lopen);
- .5. beantwoording van de vragen om consult;
- .6. motivatie- of verkooptechniek (technieken die tot doel hebben iemand tot de uitvoering van een wellicht ongerijmd lijkende opdracht te bewegen);
- .7. therapietechniek;
- .8. algemene theoretische beschouwingen;
- .9. polemieken.

Het lijkt nuttig deze indeling aan te houden.

De volgende aflevering krijgt het nummer 9. Stel dat Richard van Dijk voor deze aflevering een stukje schrijft over de behandeling van bedplassen, dan typt hij voor de titel 9.7.: de 9 heeft betrekking op het nummer waarvoor de bijdrage bedoeld is, de 7 slaat op de rubriek waarin de bijdrage thuishoort.

Bijdragen worden in de volgorde van binnenkomst geplaatst. Het is dus van belang dat de inzenders hun bijdragen niet zelf van een paginanummering voorzien; verder dat zij hun bijdragen niet zelf alvast nielen. Het is in esthetisch opzicht lonend de bijdragen te verzenden in enveloppen van het formaat A4.

Het "oude" TDT kende twee onopgeloste problemen, nl. ergerlijke verschillen in spelling en het ontbreken van passende sancties voor nalatigheid van redacteuren. De eerste moeilijkheid zal wel blijven bestaan denk ik, maar kunnen de nieuwe redacteuren niet een flinke straf bedenken voor wie z'n verplichtingen niet nakomt?

Kees van der Velden

Onno van der Hart:

9.7. Een direktieve nazorg-groep

Wie als cliënt het psychiatrisch dagcentrum van het S.J.P. Dercksen-centrum verlaat kan op diverse manieren in zijn of haar behoefte aan nazorg voldoen. Een van de mogelijkheden is deelname van een zgn. direktieve nazorggroep. Dit is een open groep, die anderhalf jaar draait. Twee psychologen, waaronder ikzelf, begonnen ermee. Nu doe ik de groep samen met een s.p.d. zuster.

In het dagcentrum is de gemiddelde verblijfsduur 8 of 9 maanden. Men heeft zich al die tijd in een zgn. leefgroep bevonden. Die bestaat uit 9 mensen, die dagelijks met elkaar optrekken, en samen aan allerlei therapieën deelnemen. Dit geeft een soort gemeenschapsgevoel, waar sommigen goed op gedijen. D.w.z. op de een of andere manier van anderen zij ten goede; als zij het centrum verlaten hebben zij een geslaagde 'behandeling' achter de rug. Anderen kunnen er niets van maken in het centrum en worden opgenomen in een inrichting of worden gewoon 'drop-outs'. In ieder geval bestaat voor de meesten geen behandelingsplan en van een strategische therapie is amper of geen sprake. Dat uit zich o.a. in het ontslagbeleid, dat er niet is. Sommige cliënten willen niet meer weg, en de therapeuten kunnen geen afscheid van ze nemen. Anderen verdwijnen heel snel, omdat de therapeuten niets met ze beginnen konden. In bijna alle gevallen zijn de cliënten, die met ontslag gaan, slecht voorbereid op het leven in de maatschappij. Ze hebben niet of amper gewerkt aan het vinden van een baan, studie, andere vrienden dan die van het dagcentrum, etc. Het is bij een, wat ik noem, navelstaren gebleven.

De direktieve nazorggroep moet hier een antwoord op geven. De mensen, die direkt na hun ontslag uit het centrum in de groep komen, moet zo snel mogelijk 'goed op gang komen'. Toen we met de groep begonnen, kwamen er mensen in die een twee jaar in het dagcentrum waren geweest en aan intensieve psychotherapie waren blootgesteld en die na hun ontslag in hun bed kropen om er alleen uit te komen als ze naar de w.c. moesten.

De vraag is dus, hoe men via de therapiegroep weer aan de slag gaat en een eigen leven leert te leiden. We vonden hiervoor de volgende opzet.

Elke maandag avond komt de groep bijeen van half zes tot acht uur. Het begin is het kiezen van een voorzitter, die het grootste deel van de avond zal leiden. Dit is een verplichting voor alle leden, ook de meest teruggetrokkenen. Voortdurend weigeren van deze rol is nog niet voorgekomen. Hierna start ronde 1.

Ronde 1:

Elk groepslid haalt een zakboekje tevoorschijn, waaruit - de rij af - wordt voorgelezen hoe het gegaan is met het uitvoeren van de opdrachten die men zichzelf de vorige keer (in ronde 2/3) gesteld had. Is de betr. opdracht met succes uitgevoerd of niet? Slagen krijgt positieve aandacht (prijzen) van de andere groepsleden. Falen wordt genegeerd, tenzij in termen van 'haalbaarheid', 'specificiteit' e.d. van de opdracht (zie ronde 3). Maar aandacht voor falen in de zin van medelijden of irritatie wordt vermeden (extinktie). Iemand die dan ook gaat klagen over hoe moeilijk het was in de afgelopen week wordt afgekapt (hetzij door de voorzitter, hetzij door de aanwezige therapeuten). Als het klagen bepaalde problemen betreft, kan het groepslid daar wel aandacht voor krijgen als hij er in de volgende ronde een opdracht uit weet te peuren.

Is de voorzitter de kring langs gegaan, dan start ronde 2.

Ronde 2:

Hierin werkt elk van de groepsleden voor zichzelf aan het formuleren van zijn opdrachten voor de komende week. Hij kan daarbij de hulp inroepen van een ander groepslid of een therapeut. Daar wordt druk gebruik van gemaakt. De therapeuten zijn vaak ook direktief om een groepslid dat het goed doet op een zwakkere broeder of zuster af te sturen om die te helpen bij het ontwikkelen van nieuwe opdrachten.

Ronde 3:

Hierin - weer de rij af - leest men voor welke opdrachten men geformuleerd heeft. Hier wordt veel feedback op gegeven door de andere groepsleden en de therapeuten. Hier vindt duidelijk een stuk training plaats in de hantering van een bepaald model. Ieder is op de hoogte van de criteria waaraan de opdrachten moeten voldoen. Ze moeten b.v. concreet en specifiek zijn. Ze moeten haalbaar zijn. Een veelvoorkomende opmerking aan iemand die voor de eerste keer in de groep is, slaat op diens opstaan uit bed. Een vast thema, waarmee men begint. Hij was b.v. gewend om niet voor 12 uur 's nachts uit bed uit te komen. De komende week moet het alle dagen voor half tien worden opgestaan. In koor juichen de anderen: Niet Haalbaar! Een ander criterium is 'er moet een lijn inzitten': men moet niet in het wilde weg opdrachten gaan formuleren, maar werken aan het bereiken van bepaalde verder gelegen doelen, in diverse stappen. Het vroeger opstaan b.v. kan de eerste opdracht zijn in een lijn van: drie dagen van de komende week voor tien uur het huis uit, twee morgens voor tien uur in de bibliotheek zijn, enz., totdat een normaal studentenleven (las men gestudeerd heeft en de studie weer wil opvatten) bereikt is. De meerderheid van de opdrachten bestaan uit de zgn. leeropdrachten. Het gaat om rechttoe-rechtaan activiteiten. Leeropdrachten passen in de visie, dat niet alleen een concreet probleem moet worden opgelost van cliënten maar dat zij ook moeten leren een bepaald probleem-oplossend model te hanteren bij andere probleem-situaties. Het blijkt dan ook, dat een aantal groepsleden spoedig te kennen geeft het systeem wel door door te hebben en er zelf thuis alleen wel mee aan de slag te zullen gaan. Anderen hebben veel meer tijd nodig. Een paar zitten al meer dan een jaar in de groep. Waar we merken, dat de leeropdrachten niet afdoende zijn, b.v. ten aanzien van het vroeger en regelmatig opstaan, kunnen we paradoxale opdrachten geven. Dat doen we ook, maar we hebben een ander middel. Het steeds falen van iemand leidt tot geringer aandacht van de anderen, en het blijkt dat men dit sterk voelt.

Men heeft er gewoon wat voor over om meer in het middelpunt te komen. Zo merkt iemand weleens op: nou ja, laat ik er dan toch maar eens serieus aan gaan werken.

De paradoxale opdrachten zijn eigenlijk suggesties. Er is de regel, die zelf ook paradoxale kantjes heeft, dat niemand een ander een opdracht mag geven (die geef je alleen aan je zelf) maar wel een suggestie. Als iemand zich erg naar gaat voelen over een bepaald falen, dan wordt echter een paradoxale suggestie snel geaccepteerd en uitgevoerd. Deze derde ronde, evenals de tweede, is voor mij als therapeut heel plezierig. Hoewel ik in eerste instantie mensen stimuleer om hun eigen oplossingen te vinden, zijn er tal van mogelijkheden waar ikzelf een inbreng heb. Ik leer zeer snel (en hopelijk meer en meer doeltreffend) interveniëren. Wat te doen b.v. met een groepslid die z'n beide armen laat zien (onder de messneden) en zegt dat de laatste tijd de drang om in z'n poten te snijden weer groter wordt? In, zeg, vier minuten? Ik zeg hem een wekring te kopen (vondst uit de literatuur) en om zijn pols te dragen. Iedere keer als hij de gedachte kreeg zich in zijn poot te snijden ("een slechte gedachte") diende hij de elastieken wekring uit te rekken en terug te laten schieten. Dat zou wat pijn doen en dat was dan meteen de straf voor die 'slechte gewoonte'. Hij voerde dit uit, en zei de volgende keer dat hij na een halve week begon te denken dat die wekring eigenlijk onzinnig was en het in je poot willen snijden eigenlijk ook. Hij had de ring afgedaan, maar hem voor 't geval dat wel in z'n zak gestoken. Sindsdien (drie maanden) heeft hij hem niet meer nodig gehad.

Of wat te doen als je merkt dat een bepaald groepslid er steeds slechter gaat uitzien. Te kennen geeft niet meer te willen eten (en zo). Dit zeer depressieve meisje bleek o.m. enorm met haar lichamelijke functies gepreokkupeerd te zijn. Voorts bleek ze behoorlijk paranoïde en zeer geïsoleerd. In feite was de dagcentrumbehandeling een grote mislukking geweest. De interventie in dit geval was: haar naar een bepaalde joga-ashram te sturen met de suggestie dat ze daar over haar lichamelijke funktioneren praat.

Daarover belde ze mij in de loop van de week en de suggestie werd, dat ze nog meer contact met de ashram (=kommune) moest zoeken. Dit had tot gevolg dat ze er ging wonen en langzaam maar zeker meer mee ging doen met het joga-programma (ze was eerst in een zeer verzwakte toestand) en ging werken in het vegetarisch restaurant van de ashram. Na, meen ik, twee maanden was ze achttien pond aangekomen (naast al de andere veranderingen uiteraard).

Een ander groepslid klaagde over veel voorkomende paniekaanvallen. Wat te doen? De suggestie werd, om iedere keer als dat voorkwam jezelf af te vragen wat je nu eigenlijk wilt doen en dat ook doen. Ook dit werkte. Het is opvallend hoe goed dit soort interventies in de groep wordt opgepikt. Wellicht omdat men een stukje extra aandacht van een therapeut krijgt?

Aan het eind van de vierde ronde krijgt de voorzitter feedback op zijn functioneren. Het voorzitterschap blijkt duidelijk een assertieve training te zijn. Als de voorzitter efficiënt gewerkt heeft, is er tijd over voor een vierde ronde. Een soort toegift, waar men naar uit blijkt te zien en dus beloning voor hard werken.

Vierde ronde:

Hierin wordt geïmproviseerd op een probleem dat zich in een van de vorige rondes heeft geopenbaard. B.v. iemand werkt aan het krijgen van een baan. Heeft gesolliciteerd, maar het sollicitatie-gesprek liep erg slecht. Hij was gespannen geraakt toen men in de buurt van zijn recente verleden kwam (dagcentrum-opname, WAO) en was 'de mist in gegaan'.

Voor de hand liggend wordt er dan een rollenspel gespeeld, waarin het voeren van sollicitatie-gesprekken wordt geoefend. Andere rollenspelen zijn gevoerd n.a.v. o.m. 'afgewezen worden als je iemand een avondje uit vraagt', 'bang zijn als je in een openbare telefooncel staat en mensen kloppen op het raam'. Andersoortige oefeningen in deze ronde zijn o.m. geweest: ontspanningsoefeningen, oefeningen uit de Aikido-sfeer.

Diskussie

1. deze direktieve nazorggroep heeft uiteraard z'n beperkingen. Ten eerste de tijd. Sommige problemen zouden veel meer individuele aandacht moeten krijgen. Bij een beperkt percentage deelnemers bemerkten we geen vooruitgang na een half jaar. We hebben voor hen doktoraal-studenten andragogie gevonden, die eveneens een keer per week met hen gingen werken op een overeenkomstige manier, maar wel intensiever. Zij gingen b.v. wel met hun cliënt de tram in, of een café in, als deze op die gebieden nou net problemen hadden. De therapeuten van de nazorggroep hebben daar geen tijd voor. Maar als zich zo iets wel als wenselijke aanpak voordoet t.a.v. groepsleden (zonder student-begeleider) dan treden andere groepsleden als begeleider op. Het werken met die studenten is trouwens wel een noodoplossing, met z'n nadelige kanten. Een goed contact tussen therapeut en student is noodzakelijk. Het kwam in het begin eens voor, dat iemand t.a.v. een bepaald probleem in de groep zei dat daar met de student aan gewerkt werd en bij hem opmerkte dat er al in de groep aan gewerkt werd....
2. We proberen ook contacten tussen de groepsleden in de rest van de week te bevorderen en stimuleren. Niet alleen om ze als therapeut voor elkaar te laten functioneren, maar ook omdat vaak hun sociale contacten zo gering zijn. Het beste lijkt deze contacten te werken als een van beiden net een bepaalde stap met succes heeft gemaakt en de ander nog niet. Dan is de eerste in de meeste gevallen een sterke stimulans.
3. Personeelsbezetting. De groep wordt momenteel door twee therapeuten geleid. Dat is niet nodig; één is voldoende. Maar we vinden het allebij leuk werk; ik b.v. leer veel op het terrein van snelle interventies. Overigens is de aanwezigheid van een s.p.d. zuster wel goed: zij is op de hoogte van allerlei praktische zaken, zoals wat je doen moet om een huis te krijgen.

Af en toe zijn beide therapeuten afwezig. De groep draait dan gewoon door, en prima ook. Hieruit zou zijn af te leiden, dat dergelijke groepen ook zonder therapeuten zouden kunnen draaien. We hebben hierover in de groep gepraat, maar de meerderheid der groepsleden was daar vrij fel op tegen.

4. Voor wie? Deze zorg-groep is voor ex-kliënten uit een dagcentrum, die een gem. klein jaar lang zich hebben bezig gehouden met wat zij en anderen voelen. Wellicht zijn ze in dit opzicht verzadigd. In ieder geval hebben verreweg de meeste groepsleden erg weinig moeite met de aard van deze groep, waar je niet zomaar vrijblijvend over je problemen kunt praten.

Ik denk dat een groep als deze ook uitstekend geschikt is als nazorg voor ex-kliënten uit een psychiatrische inrichting.

Of hij ook geschikt is voor mensen, die alleen individuele therapie op ambulante basis of voor mensen, die helemaal geen therapie hebben gehad, weet ik niet. Niet als categorieën, maar er zullen wel personen bij zijn die van een dergelijke groep kunnen profiteren.

9.7 Een voorbeeld van een surprise techniek ?

In de achtste zitting van een relatie-therapie met Mieke en John was Mieke nogal depressief. Ze "zag het niet meer zitten" tussen hen beiden. Dat was haar wel aan te zien. Ze zat sterk in elkaar geschrompeld ; de rug gebogen, het hoofd omlaag. John wist helemaal niet hoe hij daarop moest reageren. Ook hij zat in elkaar gedoken. Met een ontredderde blik keek hij dan naar Mieke, dan naar mij (de therapeut). Ik besloot te interveniëren. Soms doe ik dat in dergelijke gevallen op een gestalttherapeutische manier. 'Mieke, waar ben je je nu bewust van?' etc. om van daaruit de interactie tussen beiden weer proberen te stimuleren. Daar had ik geen zin in dit keer. Of ik vraag de ander op dergelijk gedrag te reageren, maar dat zou in dit geval niets opleveren.

'Mieke, je ziet het nu helemaal niet zitten, en dat is je duidelijk aan te zien. Het lijkt erop of je in een moeras zit. Maar ik heb geen zin daar ook in te springen. Ik heb je liever zo (ik steek m'n hand op, alsof ik een hoogte aangeef) dan zo (doe m'n hand omlaag), ergens diep in het moeras. Ik weet dat je heel helder en to the point zijn (hand weer omhoog ; Mieke volgt die beweging steeds). Zo heb ik je vaak meegemaakt en dat heb je nodig om aan jullie problemen te werken. Opdat je^{zo} de rest van dit gesprek, en wellicht ook daarna, kunt zijn (hand omhoog), moet je nu opstaan en op mijn stoel (een draaibare op wieletjes) gaan zitten. Je zult dan merken hoe helder en to the point je wordt en je zult werkelijk aan het werk gaan.'

Ietwat verbaasd stond Mieke op en ging op mijn stoel zitten. De gesuggererde verandering trad inderdaad op. Dat was o.m. merkbaar aan haar houding - rechtop zitten - en oogopslag - helder kijken -. Ze ging stevig in op wat ze niet meer tussen beiden zag zitten en uitte duidelijke kritiek op John. Deze kwam daarop ook uit z'n verwarring en nam ook stevig aan het gesprek deel.

Mieke zei na afloop van het gesprek dat ze het heel raar had gevonden om in mijn stoel te gaan zitten. Ze was naar haar idee toen zo veranderd omdat ze zo wiebelig zat.

kommentaar

Ik beschouw mijn interventie als een hypnotische techniek, waarbij ik haar aandacht pak#te met de gebaren van mijn hand, waaraan ik de verbale boodschap koppelde. Ik denk dat als je heel vanzelfsprekend iets aparts vertelt, de klient in een toestand van (lichte) verwarring komt. Daardoor aanvaart men gemakkelijk - denk ik - een zeer duidelijke en eenvoudige opdracht ; in dit geval het op een andere stoel gaan zitten. .Onno v.d. Hart.

9.4 konsultatie gevraagd dick oudshoorn

voorgeschiedenis. Het betreft het gezin van een kollega , die zijn plattelandspraktijk in W. 2½ jr geleden heeft verkocht, om zich tot revalidatiearts te kunnen gaan specialiseren. Hij had erg in tweestrijd gestaan en was zelfs akueel met de verschijnselen van een hartinfarkt opgenomen. Maar ze zetten door. Rond de tijd in W. is er een nostalgiese mythe van een levenslustig,gezellig en gastvrij gezin. Na de verhuizing ontstaan en moeilijkheden, het meest uitgesproken met de oudste zoon, die zelfs uiteindelijk wordt opgenomen, (zie onder 2) maar vele kinderen springen uit de band en allen falen op school. Nadien zijn er (1973,74) meer dan twintig gezinsgesprekken met twee gezinsterapeuten. Als eerst een van dezen door ziekte uitvalt en later de oudste dochter psychoties wordt, worat de benaming aan mij overgedragen. Vanaf mei 1974 ben ik er intensief mee bezig.

Ik hoop de overzichtelijkheid te dienen met een kodering.

verloop van de therapie

1. Het eerste probleem is de akute psychose van de oudste dochter Jo,21 jr, 6Atheneum.

1.1 20 mei ontvang ik P&M, Jo en tante Jo (SM) die Jo 2 wk had opgevangen. Evenals een jaar eerder is Jo ontspoord, na Hashgebruik; dr C had het een typiese hasnpsychose gevonden, zo vertelt P. Hoe het ook zij, ik vind het meisje erg geregredieerd-infantiel, ze daast,schemert soms, vervalt in eindeloze monotone verhalen vol zelfoverschatting en nietswaardigheid en ik zou het eerder een hysteriese psychose noemen,maar goed. Ze vertelt dat iedereen in het gezin telkens weer paniekerig op elkaar reageert en dat ze enorm aan elkaar klitten. Ik zeg dat het tijd wordt dat ze volwassen wordt en zich gaat losmaken. Ze antwoordt dat haar ouders dat niet willen. Ze betuttelen haar als een klein kind. Ik zeg dat ze zich dan eerst maar eens een stuk rijper moet gaan gedragen. Dan spreken we daar bepaalde dingen over af. In vijf gesprekken is ze in ieder geval uit haar psychose. Ik heb soms met de ouders erbij gepraat, of alleen met Jo, aanwijzingen gevend voor thuis, gericht op leeftijdsadekwaat en zelfregulerend gedrag en de dienovereenkomstige bejegening.(vervolg onder

dr C behandelt veel adolescenten en had Jo en Ad ook al eens onder zijn vleugels gehad.

ik beschouw het als een crisis op de overgang v adolescentie naar volwassenen. kongruente leeropdrachten.

P wil medeterapeut zijn,wat ik best vind,als ik de leiding maar houd;geeft wel strijda.

2. De oudste zoon komt een week later bij me. Hij heet Ab, is 19 jr, 5Atheneum.

2.1 Een overzorgde, zwartkrullende, snelhuilende jongeman, besluiteloos, slap en verward, schemert herhaaldelijk.

In 1972 begon hij zich uitverkoren te voelen om de wereld te verbeteren. Op weg naar de TVstudio, om het volk toe te spreken, was hij op het politieburo terecht gekomen en vervolgens door Pa naar de psych. afdeling gebracht van het ziekenhuis waar P. werkte. Ab werd behandeld met Lithium, Nozinan etc. De zenuwarts vroeg of Ab al minder gespannen was, maar daar begreep Ab niets van. Toen hij later depressief werd, zag die arts geen problemen meer en voegde hij Tryptizol toe en ontsloeg hem naar huis. Ab liep stuurloos rond en mislukte totaal op school.

Hij heeft stellig een manie-syndroom gehad

de begeleiding stelde niets voor.

Ik maak enkele leerzame fouten met deze jongeman. Het geijkte patroon is dat hij een smartelijk appèl aan me richt hulp en advies wil, om als ik er op inga zich geheel tegen me te keren (maar als ik niets doe is het al evenmin goed. (zie verder onder 2.2)

Hij provoceert me tot soortgeijk gedrag als zijn P, om daar alle negatieve gevoelens af te vuren./hij is veel paradoksler dan bv Jo.

3 Begin juli heb ik een hele avond bij hun doorgebracht. Mijn indrukken:

vader kortgeknipt met baardje, praat lijsig arrogant, rationaliseert sterk, beziet alles door de mediese bril, wat de kinderen buitengewoon irriteert.

afstandelijk, be-weterig, diagnoses stellend.

moeder ook kortgeknipt, ex-sekretaresse, veel direkter en meer geïnvolveerd, kampioene in zelfdepreciatie en -diskwalifikatie. Ze vertelt op haar 20ste (ook) psychoties te zijn geweest (Valeriuskliniek) en (ook) volledig losgeslagen in seks en hoe dan ook. Ze is intelligent en kan bij vlagen geniale dingen organiseren, maar hier thuis is ze chaoties en verlamd door twijfels. Ze laat alles in het honderd lopen.

m.i. gedissocieerde vijandigheid tegen P

als echtpaar bieden ze een miserabele aanblik: geen eendracht of steun voor elkaar, P spreekt M 9 vd 10 gevallen tegen, schuift de schuld nauwelijks subtiel naar haar toe. Er is geen scheidslijn tussen de generaties. De ouders geven zelf ook aan dat ze geen gezag over de kinderen hebben en dat ze zich erg onzeker voelen.

die ze dan ook gretig akseptteert!

(vervolg 3) Jo stelt zich inderdaad niet kinderlijk, maar adequaat volwassen op, zoals we hadden afgesproken. Ze vertelt dat moeder bij haar over vader en vader over moeder klaagt. Ik vertel de ouders dat ze hun problemen maar onderling moeten regelen en de kinderen daar buiten laten. En tegen Jo, dat ze er buiten blijft.

Jo volgt mijn kongruente adviezen op.

Ab vindt zich verschrikkelijk op over de slechte manieren van de anderen, alsof hij er voor verantwoordelijk is. Volgens moeder is hij meestal ondragelijk agressief. Ab zegt dat dat komt omdat ze hem niet voor vol aanzien. Als hij contact met P. zoekt reageert die star afstandelijk.

Bea 18 jr, 41th laat zich door een taxi (!) voorrijden en heeft haar gezicht bespottelijk met houtskool beschilderd. Ze is het drukst van iedereen, clownesk, aanstellerig en irritant. Tegenover Ab is ze venijnig en tegenover Max flirterig, waar die jongen geen raad mee weet. (zie verder onder 4)

Max 15 jr, 3e kl Gymn, trekt zich zoveel mogelijk achter een krant terug en over het algemeen in zijn huiswerk en vriendenkring. Hij kijkt ongelukkig. Hij beschrijft de slechte sfeer thuis en hoe niemand zijn gevoelens aan een ander weet duidelijk te maken. Hij voelt zich verschrikkelijk eenzaam.

Joke 12 jr en Ansje 10 jr zijn duidelijk de kleintjes, twee pittige meisjes die na het eten naar bed gaan.

Het huis is een 19de eeus groot stadspand, slordig en gezellig, met veel planten, boeken en muziekinstrumenten. onderwerpen van die avond: 1-de drie ousten klitten aan elkaar; 2-het afnaveelingsproces verloopt moeizaam en met crises; 3- het pedagogies onvermogen van de ouders, die hoofdzaken laten lopen en over bijzaken dooremmeren.

Ik formuleer als doel voor mijn interventies: dat de drie die er kwa leeftijd aan toe zijn het huis uitgaan en leren om op eigen benen te staan; dat de ouders het met elkaar moeten uitzoeken. Iedereen akkoord. We gaan met subsystemen werken.

4 vanaf half juni zie ik ook Bea regelmatig.

4.1 Ze begint met haar jaloezies ten opzichte van Jo en Ab onder woorden te brengen, die altijd alle aandacht kregen, terwijl zij het lelijke eenzame was. Iedereen vindt haar aanstellerig, ze vindt zelf ook dat ze zich onmogelijk gedraagt, ook tegen haar beste vrienden. Op school zal ze wel blijven zitten, ze doet er niets meer aan. Ik formuleer als doel: beter zelfbestuur. Een week later gaat ze zwerven zonder het rapport af te wachten. Toch belt ze tenslotte wel de school op en hoort dat ze naar 5Atha kan, niet naar Aths. Ze blijft de hele zomer door ageren, zwerven en promisku leven, haar ouders tot het uiterste tartend; P reist nogal eens door heel het land achter haar aan. Tenslotte loopt het toch de spuigaten uit en wordt ze in augustus opgenomen. Ze blijft maandenlang (rand)psychoties, infantiel appellerend, zeer wisselvallig en ambivalent, maar geleidelijk aan wordt ze wat evenwichtiger en bezonnener. Al die tijd in het ziekenhuis heb ik mijn kontakten voortgezet en ik regel ook plaatsing in een pleeggezin op het platteland, zodat ze van daaruit haar oude school kan bezoeken en meer steun kan zien te vinden. Ik zie haar nog af en toe, maar in beginsel blijft deze plaatsing over mij lopen. (zie verder onder 4.2)

uitbundig hysterisches meisje dat kennelijk toch bij men een een potje kan breken. Een jaar eerder was het ook al tot de kerst goed gegaan en had ze er toen de brui aan gegeven, zodat ze was blijven zitten om eens goed te demonstreren hoe een rotmeisje wel is en te kijken hoe ze kan gaan. Maar alle remmen sloegen los.

5 Ik heb -uiteraard- van het begin af aan regelmatige gesprekken met de ouders, meestal samen. Het is een niet aflatende worsteling om in een chroniese chaos enige structuur aan te brengen. Vader blijft in de doktersrol en moet en zal me 9 van de 10 keer tegenspreken, of amenderen. Hij speelt M de zwarte Piet telkens weer toe en zij is grenzeloos en mateloos wijdloepig, weifelend, tobberig en ontkracht haar eigen woorden. Het kost al veel tijd en energie om Bea in dat gezin te krijgen, Ab ook onder te brengen in een gezin, en voor Jo een bestemming te vinden. Als dat eindelijk geregeld is hebben ze het gevoel nog geen stap verder te zijn en ontstaan er moeilijkheden met Joke, terwijl bovendien in de weekeindes de oudere kinderen blijven komen en de zaak volledig ontregelen. Ook krijgt P nog een ekstra klap met het advies van zijn opvoeder om er maar mee te stoppen. De echtelijke relatie wordt steeds korzeller en verwijtender. Tenslotte soeppen ze hun laatste reserves op. Mijn pogingen om meer

ik ben nuchter en nogal streng en bekrachtig alleen leeftijd wat en veel van dat gedrag gehoorzaamt

In dit stadium is er geen zin in gesprek over hun onderlinge relatie te voeren

ver-
volg 5

structuur aan te brengen falen kortom volledig. Die vermoeide man, die me op elke slak zout blijft leggen en maar stand zit op te houden begint me ook danig te irriteren, maar ik vind het allerminst gewenst als hij zou instorten. Ik laat hem dan maar een tijd wegblijven, onder de motivatie dat moeder momenteel depressief is en dat ik haar daarvoor wil benandelen. Dan zeg ik haar de volgende maal dat dit wel tot maart zal duren en dat ze beslist geen enkele poging moet doen om "kop op meid!" te spelen. Ze moet daarentegen al haar onlust onbelemmerd laten opkomen en herkauwen en dat elke dag vier uur, zonder gestoord te worden. Ze sputtert tegen dat het huishouden dan in de war komt. Ik reken haar voor dat dat echter geen verschil maakt t.o.v. de huidige toestand. Ze erkent het en stemt in, ze zal einceloos toegeven aan al haar twijfels, ook over half witcheel cruin of omgekeerd. Omdat ze haar man niet mag overbelasten zal ze hem niet veel met haar onlust bezig houden, doch alles opschrijven en meenemen. Ze doet dit trouw. dwz ze schrijft veel op. Maar ze saboteert die vier uur denk ik. Ook komen er meer en meer prettige verhalen, maar dan blijf ik streng dat ze haar depressie niet mag verwaarlozen. We praten af en toe "by the way" over haar eigen toekomst, dat ze een goede baan gaat zoeken, en wat voor een, dat ze voor het huishouden totaal ongeschikt is en dat haar echtgenoot en het gezin haar veel te veel aan banden legt.

nog afgezien van allerlei reële belastingen en vicieuze cirkels is het ook een zeer paradoksaal gebeuren.

deze gesprekken blijven alleen komen als ik er achteloos over doe en zeg dat er nu in ieder geval nog niet aan toe is.

- 1.2 Jo heeft nog eindexamen gedaan, maar is afgegaan zoals ze zelf al verwachtte; daarmee sluit ze haar schoolperiode af. Ze gaat naar de Vrije Hogeschool, is entusiast, woont op kamers en maakt het goed. Het is nog een vraag wat ze hierna gaat doen, maar ik denk niet dat ze zal ontsporen ofzo.
- 4.2 Met Bea gaat het tot half december goed, dat wil zeggen, ze gaat met redelijk plezier naar school en voelt zich bij de pleegouders wel op haar gemak. Maar dan komt er de klad in, als ze steeds vaker naar huis gaat steeds meer over heimwee klaagt, zich steeds meer

vervoig

4.2

tegen de pleegouders afzet en steeds minder huiswerk doet. Haar stemming is mat. Mijn aanpak is gebaseerd op de idee dat er geen weg terug is, hoe spijtig dat ook mag zijn. Dat ze maar eens grondig bij zichzelf moet nagaan of ze de school wil afmaken of dat ze werk gaat zoeken. Maar aan een debakel wil ik niet meewerken. Daarna is ze de kerstvakantie vrijwel altijd thuis, tot grote vreugde van M, die nu zoveel beter met haar overweg kan... (zie hiervoor onder 5.2)

dwz het ouderlijk huis

2.2

Ab geeft de meeste moeilijkheden van de kinderen. Hij spijbelt meer dan hij naar zijn nieuwe school gaat, past zich slecht aan aan het pleeggezin, komt veel naar huis, met doorzichtige funksionele klachten, waarvoor hij een specialist raadpleegt. Hij weigert al die tijd contact met me op te nemen, tot december toe. Dan belt hij weer, (de ouders hadden aangedrongen) en komt hij. Hij is in op 3 jan mineur, tranen, besluiteloos gemompel. Dit keer wil ik niet nog eens in de val lopen. Ik zet uiteen dat de chaos in het gezin m.i. gedurende de kerstvakantie de limiet heeft bereikt en dat hij er met name wel een puinhoop van maakt. Ik schilder in sombere kleuren zijn toekomst af, totdat hij langzaam maar zeker minder bedroefd en meer kwaad wordt. Voorlopig nog zeer indirekt. Ik trap hem dan nog twee maal op zijn staart, en dan knapt hij aardig op! Hij gedraagt zich weer als een "gewone" adolescent. We praten drie kwartier over zijn psychiatrische ervaringen, over wat hij er nu van moet denken. Voor het eerst een kongruent gesprek. We komen op enkele incidentjes thuis, waarmee ik hem laat zien dat zijn ouders geen van beiden adekwaat op hem reageren (noch omgekeerd) en dat ze nooit adekwaat gedrag van hem verwachten. Dat ik daarom aanraad om de korte tijd die er nog is voor zijn opvoeding, goed te besteden, en in een gezin waar de mensen gewoon doen en gewone dingen van hem verwachten. En als hij die school wil, moet hij maar eens hard gaan werken. Dit keer is hij het helemaal met me eens. Hij stapt monter op. Desondanks blijft hij nadien hetzelfde belabberde beeld vertonen, misschien ietsje minder extreem. In ieder geval zijn de ouders bijzonder bezorgd en machteloos.

zfg narcistische krenkingen

je kunt? gen dat ik "inzicht" geef. Maar het maakt hem véél duidelijk.

5.2 tot slot van dit "gebed zonder end" kom ik terug op de kontakten met de ouders.

Na de Kerstvakantie - als ze hun grens ook fysiek bereikt hebben - aksepteren ze met verhoudigsgewijs gering gesputter enkele strikte regels van me. Ik heb in dit opzicht gewoon geen zin meer om aardige paradoksjes te bedenken, het is take it or leave it. Maar goed, zij blijven toch volgens hun eigen wetmatigheden doorgaan, en wel aldus: ze aksepteren de regels en voeren die aardig uit, waarmee de grootste chaos inderdaad verdwenen is.(ik bespaar de lezer alle details...)

Nochtans komt het systeem niet echt tot rust, want dan loopt het werk van P. wel helemaal uit de hand! Zijn opleider schrijft achter hem om naar de opleidingskommissie dat "het geval P." ongeschikt is voor de opleiding. P. laat het er overigens niet bij zitten en vecht prima terug. Toch eist dit alles van hem, terwijl er nog zoveel zorgen thuis zijn, met de oudste kinderen. Moeder konstateert in haar schriftuur(die ik blijf krijgen) dat zij opknapt nu het haar man zo slecht gaat..., niet zonder leedvermaak. Ik raad P. aan om de komende weken de beste beslissing te nemen die haalbaar is, en daaraan de hoogste prioriteit te geven. Het ziet er echter eerder naar uit, dat hij juist primair zijn aandacht aan de kinderen wil wijden, na snelle kapitulatie voor zijn baas.

Tja, dit geval is gelukkig niet representatief voor mijn caseload. Noch door de duur ervan, en de frekwentie, noch door de mate waarin ze me geabsorbeerd hebben. Ik weet wel zeker dat ze mijn werk de laatste tijd zeer positief zijn gaan waarderen, maar of ik meer ben dan een "rots in de branding" of wat dies meer zij? Haalt het iets uit? Ik zou graag kommentaar horen, suggesties, nieuwe pijlen op mijn boog. Verdient het aanbeveling dit bv met Kees samen voort te zetten, m.n. als er een andere strategie uit jullie konsult volgt?

9.7. HET HYPERVENTILATIE SYNDROOM (HVS).

"Iemand, die verdriet heeft, weent; iemand, die woedend is wordt agressief, terwijl de talrijke fysieke uitingen van een iets heviger angst al even goed gekarakteriseerd zijn (roerloosheid, ineenkrimpen, zich ergens aan vastgrijpen, bleekheid, zweten, koud zweet, kippevel, beven, hartkloppingen, sthenocardie, beklemd gevoel in de hartkuil of maag, ademstoornissen, wijd opengesperde ogen, pupilverwijding, diarree, braken, droge mond, hese toonloze stem, urinedrang, verlamd gevoel in de benen, knikkende knieën, duizeligheid, bezwijming)."

Simon Vestdijk
"Het Wezen van de Angst".

Inleiding:

Regelmatig worden hulpverleners in de G.G.Z. geconfronteerd met cliënten, die t.g.v. het HVS hulp zoeken. Ondanks het frequent voorkomen van het HVS blijkt het herkennen en adequaat behandelen van de verschijnselen nogal eens problemen te geven.

Biochemische - Fysiologische Achtergronden.

Onder invloed van emotionele stress zien we t.g.v. de vrijgekomen adrenaline een aantal lichamelijke verschijnselen ontstaan: de hartfrequentie gaat omhoog (hartkloppingen), de bloeddruk gaat omhoog, de ademhalingsfrequentie gaat omhoog (benauwd, bij-ademen, zuchten), de huidvaten gaan dicht (bleek), de spiervaten gaan open, de pupillen verwijden zich (angstogen). Angst is manifest aanwezig.

Al deze verschijnselen maken de mens klaar voor een "fight or flight"-reactie om aan de bedreigende situatie een eind te maken.

Wanneer deze situatie langer aanhoudt, ontstaat een respiratoire alkalose. Er ontstaat n.l. door de hyperventilatie CO₂ verlies, hetgeen een daling van de PCO₂ geeft in de alveolaire lucht. Dit heeft een daling van de H₂CO₃-concentratie in het arteriele bloed tot gevolg. De zuur-basis ratio verandert: er ontstaat een lichte PH-stijging van het bloed. De aldus ontstane alkalosis heeft een verschuiving van de concentratie van vrije calcium-ionen in het bloed tot gevolg.

De daling van de vrije calcium-ionen in het bloed kan ten slotte zelfs leiden tot het klinische beeld van tetanie. Bij tetanie zien we een verhoogde prikkelbaarheid van de zenuwen, die meestal vergezeld gaat van pijnlijke spier-spasmen.

In het voorstadium zien we tintelingen, warmtegevoelens, "opstijgingen" e.d.

Als diagnosticum voor het klinisch beeld geldt Chvostek's sign (een kloppje op de N. Facialis in de Glandula Parotis geeft een contractie (spasme) van de gezichtsspieren).

Volledigheidshalve moet vermeld worden, dat we behalve bij de alkalosis door hyperventilatie ook tetanie zien bij alkalosis door veel braken of het slikken van antacida(!).

De Verschijnselen van het HVS:

De lichamelijke verschijnselen, die de angst begeleiden, worden door een aantal mensen geïnterpreteerd als bevestigingen dat datgene gaat gebeuren waar men zo bang voor is (de dreigende dood, het dreigende falen etc.). Dit geeft een versterking en er ontstaat een vicieuze cirkel met paniekgevoelens en HV.

De volgende verschijnselen kunnen in meer of mindere mate optreden: paraesthesieën, dysaesthesieën, tintelingen, doof gevoel, dood gevoel, warmte- en pijnsensaties aan handen en voeten. Pijnsensaties in buik, borst, rond het hart, achter het borstbeen, aan het hoofd, gehoors- en gezichtsvermindering. Een beklemd gevoel op de borst, hartkloppingen, een

gevoel van opgeblazenheid. Bewustzijnsveranderingen, flauwvallen, schemertoestanden, gevoel van vermoeidheid, licht in het hoofd, knikkende knieën, gevoel van flauwvallen. Krampen in de spieren van de handen, benen, rug. Uitstralende pijn van de borst naar de arm, hand.

Door de ontstane bewustzijnsveranderingen is de reeks van onlustvolle sensaties, die op een autosuggestieve wijze tot stand kunnen komen zeer uitgebreid. Het HVS kan soms zeer moeilijk te onderscheiden zijn van een angina pectoris aanval of van een hartinfarct.

De toestand is voor de betrokkene niet te verdragen.

Beumer, een longarts, spreekt over: "Tot er met geweld een eind aan gemaakt wordt."

Bij een aantal van 80 achtereenvolgend aangemelde patiënten op een S.P.J. in Zuid-Holland in 1974 werd bij 26 patiënten het HVS geconstateerd (17 vrouwen, 9 mannen; 1 alleen wonend, 1 ongehuwd bij de ouders wonend).

Bij deze 26 cliënten met het HVS werd onderzocht, welke oplossingen zij vonden om uit de zeer onlustvolle situatie te geraken:

- Met het hoofd tegen de muur slaan.
- De vrouw moest de man manueel sexueel bevredigen.
- Huil-, gilbuien.
- Het kapot gooien van voorwerpen.
- Medicamenten slikken.
- Hardlopen, het huis uitrennen.
- De huisarts roepen.
- De huisarts roepen + 10 mg. Valium i.m.
- Een anaesthesist bellen.
- De vrouw loopt het huis uit naar een vriend (?) van het echtpaar.
- Braken en defaecereren op het toilet; gillen om de vrouw, die hem met een nat washandje afpoetst.
- Voor een open raam gaan staan ('s nachts).
- Zelfmoordpogingen d.m.v. medicamenten.

Een in 1975 onderzochte client had een aantal artsen bereid gevonden, hem Pethidine (een morfine-achtige stof) te verstrekken. De vrouw gaf dan een injectie, waarmee ze de H.V.-aanvallen coupeerde.

Vooraf de huisarts werd regelmatig te hulp geroepen. Deze gaf als regel een injectie 10 mg. valium i.m. en stuurde de patient in bij een internist. Deze maakte X-foto's, E.E.G. etc.

Een tweetal cliënten verboden de partner gedurende jaren (!) hen alleen te laten.

Therapie:

- 1) - Steeds wordt de partner bij de behandeling betrokken.
- 2) - De therapie van het HVS geschiedt in 2 zittingen van ongeveer een uur.
- 3) - Vanzelfsprekend betekent een geslaagde behandeling van het HVS niet het einde van de behandeling. Zinvol werken aan het oplossen van problemen, relationele problemen e.d. wordt nu eerst mogelijk.
- 4) - Essentieel is, in de gespreksituatie met de therapeut, het provoceren van een aanval van het HVS.

1e contact:

- 1) - Nauwkeurig inventariseren van de verschijnselen, die bij de betrokken client optreden bij het HVS.
Grote voorzichtigheid is geboden, daar huisartsen en specialisten de verschijnselen vaak al als "aanstellerig" "het zijn maar zenuwen" of "het is niets bijzonders" gelabeld hebben. Neem de client zeer serieus.
- 2) - Vertel wat er aan de hand is: een verhaal over angst, adrenaline, zuurstof, koolzuur etc.
- 3) - Deel de client mee, dat het noodzakelijk is voor de behandeling, dat er op de volgende afspraak een paniek-aanval doorgemaakt moet worden.
De client gaat naar huis met de voor hem beklemmende gedachte, dat op de volgende afspraak datgene, waar hij zo bang voor is, zal moeten gebeuren. (In feite kunnen de aanvallen optreden met een frequentie van enkele malen per dag tot 1 x per 14 dagen).

2e contact:

Bij het tweede contact zijn er verschillende mogelijkheden.

- 1) - Er is geen aanval geweest. De therapeut is teleurgesteld etc. "Om U te kunnen helpen, moet U aanvallen hebben" en voert geen HV-provocatie uit.
Op theoretische gronden is het denkbaar, dat het HVS verdwenen is. De praktijkervaring leert, dat na enige contacten alsnog een HV-provocatie noodzakelijk is.
- 2) - Er zijn nog wel aanvallen geweest. De hyperventilatie-provocatie wordt uitgevoerd:

Met de nodige aandacht wordt de client in het midden van de kamer op een stoel geplaatst. De therapeut en de partner gaan aan weerskanten zitten.

De partner wordt gevraagd, goed op te letten: "U moet in de komende weken mijn taak overnemen".

De client wordt gevraagd te gaan hyperventileren, na hem nogmaals op de noodzakelijkheid van het gebeuren gewezen te hebben.

De therapeut voelt de pols en meldt de zeer geringe stijging al een stijging van de hartfrequentie optreedt: "U voelt de hartkloppingen nog niet, maar ik neem ze al waar".

Hij vraagt naar het optreden van de tintelingen in de vingers.

Op het moment dat die er zijn, wordt gesteld dat de aanval begint en op suggestieve wijze wordt naar de andere verschijnselen gevraagd: "Heeft U al een beklemd gevoel? U wordt al bleek" etc.

Er ontwikkelt zich nu een toestand, die door de betrokkene als milde tot hevige paniekaanval beschreven wordt.

Op dat moment pakt de therapeut een plastic zakje (broodzakje). Met de 8 vingers in de opening, duimen er buiten, brengt hij het zakje rond neus en mond van de client aan, er voor zorgend, dat er enige lekkage kan plaats vinden. Hierdoor wordt voorkomen, dat de client het zakje op- en wegblaast of naar binnen zuigt.

Hem wordt gevraagd, door te gaan met ademen (!). Vervolgens wordt aangegeven, dat de ademhaling rustiger is en de hartslag rustiger wordt.

Op suggestieve toon wordt na 10 à 15 ademhalingen gevraagd naar het verminderen van de klachten.

Na een 20 - 30 inspiraties wordt het zakje weggenomen.

De client voelt zich wat afwezig, moe en licht in het hoofd. De partner kijkt verbaasd toe met een gezicht van: "is dat nu alles?"

De client wordt geprezen voor zijn betoonde moed.

Nu neemt de partner de rol van de therapeut over. Hij probeert het plastic zakje goed bij de client aan te leggen en tenslotte probeert de client zelf enige malen in het door hem zelf vastgehouden zakje te ademen.

Het echtpaar krijgt de volgende adviezen mee naar huis:

- 1) - Iedere avond op een vaste tijd moet er op bevel van de partner een HV-aanval opgewekt worden. De partner is de therapeut.
- 2) - De belonende consequenties van de aanval, zoals eerder beschreven, dienen gestopt te worden.
- 3) - Tegen de client zegt U: "U zorgt er voor, steeds een plastic zakje bij U te hebben. Zodra er een paniek-aanval komt, ademt U in het zakje en de aanval verdwijnt".
- 4) - Geen medicatie geven.

Het merendeel der patienten heeft bij hun gang langs verschillende hulpverleners een scala van psychofarmacaca gekregen. Het is niet juist op dit moment de medicatie te wijzigen c.q. te stoppen. In een later stadium van de behandeling zal stoppen van eventuele medicatie kunnen geschieden.

Bij 21 van de 26 clienten verdween het H.V.S. na behandeling.

Belangrijke theoretische momenten:

Hetgeen gebeurt is in feite "prescribing the symptom" (Haley), in eerste instantie door de therapeut, later door de partner. Het wordt de client moeilijk gemaakt om "spontaan" een aanval te krijgen.

De gevolgen van een HV-aanval voor de partner waren:

- blijf thuis - roep de dokter - ga me wrijven - etc.

Na de therapeutische zitting moet de client op bevel van de partner een HV-aanval krijgen, terwijl de belonende consequenties door de partner (en via hem door de huisarts) gestaakt worden.

Dat dit de "spontane" nieuwe HV-aanval buitengewoon moeilijk maakt, spreekt vanzelf.

Tenslotte is het verdwijnen van de verwachtings-angst, door de mogelijkheid zelf de zeer onlustvolle situatie te termineren, van groot belang. (In feite spelen in de therapie dus paradoxale manipulaties en recht toe - recht aan behandelingen door elkaar.

Interessant was het te lezen in "The Principles and Practise of Medicine" door Sir Stanley Davidson, 1965:

" The hysterical patient, who hyperventilates, should be treated by appropriate psychotherapy. The inhalation of 5 percent carbon dioxide in oxygen may be prescribed for the correction of the alkalosis or, more simply, the patient should be made to rebreath her own expired air from a suitable bag. If the patient is asked to overbreath until tingling is again felt in the fingers (usually within 5 minutes) she is so impressed by the demonstration of the origin of her symptoms that this sequence of event does not reoccur".

Kees Hoogduin.

9.2./8. Een geval en een beschouwing over "het voordeel van de twijfel"

Aan het onderstaande geval kan het principe van "het voordeel van de twijfel" gedemonstreerd worden, een principe dat m.i. kenmerkend is voor directieve therapie. Met "het voordeel van de twijfel" wordt de beslissingsregel bedoeld waarbij een "pathologisch" verschijnsel zo "gunstig" mogelijk wordt geïnterpreteerd. De gangbare regel "Neem in geval van twijfel aan dat de patiënt ziek is" wordt gewijzigd in "Neem in geval van twijfel aan dat de patiënt gezond is" (zie Scheff, 1969); of "Neem in geval van twijfel aan dat de patiënt een onschuldige ziekte heeft" etc.

Want de twijfel hoeft uiteraard niet alleen betrekking te hebben op de vraag of iemand gezond is of ziek, hij kan ook betrekking hebben op de vraag in welke mate iemand ziek is of op de vraag welk referentiekader het meest geschikt is om de ziekte te begrijpen. Zo zal de directieve therapeut een klacht als enuresis liever met behulp van leertheoretische noties trachten te begrijpen dan met behulp van analytische, waar de laatste onvoldoende aanknopingspunten bieden voor een concreet en doelgericht behandelingsplan.

De directieve therapeut riskeert liever een fout van het eerste type ("het wegsturen van een patiënt die werkelijk ziek is") dan van het tweede type ("het vasthouden van een patiënt die niets mankeert") (zie wederom Scheff, 1969). Niet alleen zijn de psychische en maatschappelijke nadelen van de fouten van het tweede type ernstiger dan van de fouten van het eerste type, maar bij fouten van het tweede type kan ook nooit een directief behandelingsplan ontstaan.

(Een goed voorbeeld van de toepassing van de "voordeel van de twijfel"-regel vormt het geval Frans uit Gedragsverandering in gezinnen - 2.3.D. -, bij wie een fout van het eerste type geriskeerd werd.)

Ten slotte: het is altijd nog mogelijk een optimistische interpretatie in te ruilen tegen een minder optimistische, terwijl het omgekeerde minder goed mogelijk is: een minder welwillende hypothese wordt immers altijd bevestigd.

Een bezwaar van de "voordeel van de twijfel"-regel is natuurlijk dat de patiënt die "zieker" is dan zijn therapeut aanneemt, zich genoodzaakt kan voelen zijn klachten extra te profileren, dan wel - wat erger is - zich verplicht voelt zich te conformeren aan de te optimistische hypothese van de therapeut, tot de aap toch uit de mouw komt. (Voorbeeld: het geval van de vaginiste uit Van Dijck, 1974.) Wie bezwaar maakt tegen therapeutische "helderziendheid" is niet meteen voorstander van naïveteit - kennis van zaken en het tot uitdrukking brengen van de bereidheid ernstiger problemen dan de gepresenteerde onder ogen te zien kunnen de risico's van een te optimistische taxatie verkleinen.

Het geval. Meneer H. is 25 jaar, gehuwd, heeft twee kinderen en plast in bed zolang hij zich heugen kan. Hij is altijd moe, misschien mee in verband met zijn werk: havenarbeider. Regelmatig valt hij thuis voor de t.v. in slaap en hij verliest daarbij niet zelden de controle over zijn blaas. 's Nachts is het bijna altijd prijs: zijn vrouw - die blijkbaar lichter slaapt - wordt gewekt door een koude nattigheid, wekt haar man, verschoont het bed en beiden slapen weer verder.

Het is ook mevrouw H. die naar de huisarts is gestapt met de vraag of er aan de kwaal van haar man iets te doen is; de plaswekker en ettelijke andere vormen van therapie hebben in het verleden niet geholpen, maar misschien is er intussen een methode uitgevonden waarvan haar man wel zou kunnen profiteren.

Meneer H. heeft zich ooit voor zijn moeilijkheid geschaamd tegenover zijn vrouw: toen ze voor het eerst het bed deelden en hij almaar vocht tegen de slaap opdat ze zijn geheim niet zou ontdekken. Maar zij hoefde niets te ontdekken want zijn moeder had haar al tevoren ingelicht. Van schaamte tegenover zijn vrouw is nu geen sprake meer: zij heeft het zonder verwijt geaccepteerd. Wel schaamt meneer H. zich tegenover derden, en daarom durft hij bijv. niet ergens logeren. Maar hij heeft er ook helemaal geen behoefte aan ergens te logeren.

Behalve aan enuresis lijdt meneer H. nog aan een andere kwaal: impotentie, sinds een jaar of twee.

Thuis is het ongezellig, misschien mede i.v.m. de voortdurende aanwezigheid van zijn schoonvader - een weduwnaar, wegens "versleten rug" afgekeurd en in de WAO, zonder vrienden, die de hele dag en avond bij zijn dochter doorbrengt, zich verwaarloost en zwijgend t.v. kijkt. De afwezigheid van schaamte over het bedplassen, de impotentie, de slaap, de echtgenote die het bedplassen blijkbaar weinig kan schelen, de kennelijk nog nooit weggestuurde schoonvader - ik vind het maar dubieuze factoren, die in ieder geval de introductie van een zekere blaas-"awareness" noodzakelijk maken. Vandaar de instructie: elke avond flink drinken en voor het slapengaan 50 minuten wandelen om de "slappe blaasspieren" te trainen in het "weerstaan van grote druk". Verder wordt hem de coïtus ontraden.

Bij het volgende gesprek - waarbij de echtgenote aanwezig is - blijkt het "ordeal" aardig geneutraliseerd: i.p.v. iedere avond in z'n eentje huiverend van koude over de straat gezworven te hebben, nadenkend over het wel en wee van zijn blaasfunctie, blijkt zijn vrouw - hartelijke vrouw! - hem vergezeld te hebben bij zijn knusse ommetjes, samen met de speciaal i.v.m. dit doel gekochte hond. Mevrouw H. is een erg dikke jonge vrouw. Ik suggereer haar dat zij het vast heel prettig zal vinden wanneer haar man "droog" zal zijn, maar daarvan moet ze niets weten: háár kan het niet schelen ("ik heb toch een was-machine"), hoogstens zal híj zich "droog" beter voelen. Ik maak de fout haar toch tot enthousiasme te willen bewegen, evenwel zonder resultaat. Ik vind dat op dat moment een "slecht teken": voorzien 's mans symptomen niet in een "behoefte", dreigt niet een "weerhuisjesfenomeen"?

Mevrouw H.'s zorgen betreffen niet zozeer het bedplassen als wel de impotentie en de vele ruzies, die het vermoeden wettigen dat hij haar niet meer aantrekkelijk vindt en in de steek zou willen laten. "Is er iets aan u waardoor uw man zou kunnen denken 'Voor haar een ander?'" "Ja, ik ben veel te dik." Meneer H. houdt vol dat haar omvang hem absoluut niet stoort, maar desondanks besluit

zijn vrouw naar een "vermageringsclub" te gaan (waar zij heel wat weken achtereen als de beste uit de bus komt: begingewicht: $98\frac{1}{2}$ kilo; gem. gewichtsverlies gedurende de eerste vijf weken: $2\frac{1}{2}$ kilo).

De "voordeel van de twijfel"-regel maakte het nu mogelijk haar "weerstand" positiever te duiden; nu, omdat zij blijkt geeft van de bereidheid zelf wat te veranderen, wat natuurlijk meteen voor iemand inneemt. Ik bedacht de meer positieve duiding voor mezelf als volgt: mevrouw H.'s zelfrespect wordt vnl. ontleend aan de honorering van haar "moederlijke" bekwaamheden - vroeger de verzorging van haar moeder, nu de verzorging van haar vader, haar man en haar kinderen - en zij ziet niet graag dat de vraag naar die bekwaamheden afneemt zolang zij niet over alternatieve bronnen voor haar zelfrespect beschikt; verder: zij is bang door haar man in de steek gelaten te worden (i.v.m. haar omvang) en een man die niet meer in bed plast kan griezelig gemakkelijk vertrekken. Wanneer deze gedachtengang juist is, zal mevrouw H. "vanzelf" enthousiast worden over de gewenste veranderingen in het gedrag van haar man wanneer ze zelf plezier beleeft aan het type honoreringen dat meer slanke vrouwen - als ze aardig zijn - vaak ten deel valt.

(In dit geval bleek de optimistische hypothese de juiste - zie het vervolg -, in veel gevallen zal zij niet van toepassing zijn. Toch: zouden niet meer vrouwen met verwante problemen - vrouwen van alcoholisten bijv. - geholpen kunnen worden met een dergelijke onschuldige interpretatie?)

Het vervolg. Man en vrouw zijn het erover eens dat de oplossing van het (schoon-)vaderprobleem prioriteit heeft. Wat te doen? We bedenken drie soorten oplossing.

- De "harde" lijn: "Pa, we zouden het fijn vinden als je ons 1 avond per week opzoekt maar vaker niet." Deze benadering wordt verworpen: beiden zijn bang dat hij dan opnieuw zal gaan drinken, zich verder verwaarlozen en vereenzamen.
- De "voorzichtige harde" lijn: "Pa, nu je er toch bent, haal Monique even uit bed en geef haar een schone luijer", "Zeg pa, het trapgat ziet er zo smerig uit, zou je het niet een verfje willen geven" etc.

Ook deze oplossing wordt van de hand gewezen, omdat zij meneer H. - die thuis toch al zo weinig in te brengen heeft - verder zou kunnen invalideren.

- De "zachte" lijn. Meneer H. zal zijn schoonvader onopvallend uitnodigen met hem te gaan biljarten - schoonvader was vroeger een uitstekend biljarter - in een clubhuis waar zich flink wat oud-biljarters bevinden. Meneer H. zal zijn schoonvader de eerste keer niet langer dan vijf minuten alleen laten. In die tijd zal zijn schoonvader een praatje zijn begonnen met zijn vroegere collega's, zal hij uitgenodigd zijn om eens te komen eten, zal hij... Op den duur zal hij de aanwezigheid van zijn schoonzoon uitsluitend nog als hinderlijk ervaren! Een prachtplan vind ik, elegant, en gelukkig denkt het paar er net zo over.

De man nodigt zijn schoonvader uit mee te gaan biljarten. Maar die heeft geen zin. Dag prachtplan!

Een paar dagen later heeft het echtpaar weer een flinke ruzie. Mevrouw H. loopt huilend over straat en besluit alsnog de "harde lijn" te volgen: "Je moet niet zo vaak bij ons komen pa, zo hebben we nooit tijd voor onszelf". Waarop vader antwoordt: "Kind, had dat eerder gezegd. Ik vroeg me allang af waarom jullie me uitnodigden. Ik dacht: misschien vinden ze het prettig als afleiding, ze hebben zo vaak ruzie!" Met vader gaat het verder prima.

De impotentie blijkt te verdwijnen o.i.v. het coïtusverbod en de noodzakelijke voorbereidingen van de zg. seks-quiz. (Ter voorbereiding van de seks-quiz moeten de partners zoveel mogelijk praktische informatie verzamelen m.b.t. elkaars seksuele gevoeligheden. Zij mogen hierover niet met elkaar praten omdat de therapeut moet kunnen uitmaken wie van beiden het meest ter zake kundig is. Dat was in dit geval de man.)

Het bedplassen is intussen verdwenen dankzij ettelijke "ordeals" - dreigen met apart slapen, 2x per nacht laten wekken e.d.

Het paar heeft alleen nog teveel ruzie. Gecomplimenteerd met het feit dat zij ten minste ruzie kunnen maken, zoeken zij nu uit welke manieren van ruzie-beëindigen bij de partner favoriet zijn, teneinde de zg. conflict-beëindi-

ging-quiz te winnen. Reken erop dat zij hun best doen: er zijn vele prachtige prijzen!

Kees van der Velden

Literatuur:

R.van Dijck: Vormen van directieve therapie bij echt-paren en gezinnen, Tijdschrift voor psychiatrie, april 1974

Th.J.Scheff: De psychisch gestoorde en zijn milieu, Utrecht, 1969

9.7. Directieve therapeuten doorbreken taboe!

Mevrouw L. wil huwelijkstherapie. Zij deelt dit mee aan de maatschappelijk werkster van de voogdijvereniging bij wie haar kind onder voogdij is. De maatschappelijk werkster heeft geprobeerd partijen tot elkaar te brengen - aanvankelijk sympathiserend met de vrouw, later met de man, weer later met beiden, wat door beiden ervaren werd als met geen van beiden -, maar dat hielp niet. Ze wordt naar ons (d.i.: naar Dick Oudshoorn en mij) verwezen. Ze beschuldigt haar man van veel lelijke dingen, waaronder mishandeling en de gewoonte haar allerlei smerigs toe te voegen m.b.t. door hem vermoede maar in werkelijkheid niet plaatsvindende prostitutie-activiteiten.

De moeilijkheden bestaan al 20 jaar, maar de laatste 10 jaar zijn ze acuut ("altijd acuut"), d.i. vanaf het moment dat de man zijn zeemanscarrière beëindigde.

Mevrouw is o.b.v. een zenuwarts geweest, die haar voorspelde dat een huwelijk met zo'n "psychopaat" tot mislukken is gedoemd, met welke gedachtengang mevrouw L. rationeel wel kon instemmen, maar gevoelsmatig voelde ze zich niet rijp de conclusies uit dit sombere nieuws te trekken.

Mevrouw L. heeft de psychologie van wat indertijd met de term "hysterica" werd aangeduid: de minachting voor haar echtgenoot is niet aan limieten gebonden, ze haalt de neus voor deze "walgelijke man" op. Niet direct een goed uitgangspunt voor relatietherapie. We besluiten haar de instructie te geven het gedrag van haar man goed te observeren (à la Patterson).

Zoals verwacht voerde ze deze opdracht niet uit. Ze wil, vertelt ze nu, helemaal geen huwelijkstherapie, ze wil van

haar man af, allang eigenlijk al, maar het idee dat ze hem de bons zal geven geeft haar zo'n vreemd gevoel, benauwd, een beetje angstig. Willen wij hem niet duidelijk maken dat hij beter van haar af kan gaan, dat hij zelf zo ook niets aan zijn leven heeft, dat zijn smeerlapperij geen pas geeft etc. We tobben een beetje met de inconsistentie van haar verlangens: de man duidelijk maken dat hij zijn vieze praatjes beter achterwege kan laten past niet bij een strategie die op scheiding is gericht, hem duidelijk maken dat hij zonder haar beter af is past niet in een strategie waarbij het voortbestaan van het huwelijk wordt nagestreefd. Maar overigens: hoe zouden wij haar man kunnen duidelijk maken dat hij beter bij haar weg kan gaan: als "vieze man" heeft hij weinig kans opnieuw aan een vrouw van haar kaliber te komen, hij zal niet meer kunnen pochen op zo een goedverzorgde vrouw als zij is, hij zal niet meer kunnen genieten van haar welverzorgde maaltijden en zich met een blik Koen Visser moeten behelpen, ook seksueel zal het voor hem behelpen worden.

Zij geeft toe dat het wel erg moeilijk zal zijn haar man van de voordelen van scheiding te overtuigen; wat dan te doen? We adviseren haar het voor haar man minder aantrekkelijk te maken bij haar te zijn, d.w.z. negeren van zijn onsmakelijke opmerkingen en bij de coïtus reeds na twee minuten een orgasme voorwenden (zij bleek n.b. steeds maximaal orgastisch bij haar man!). En zo besluit ze het te doen. En ze doet het!

Natuurlijk tobden we niet alleen over de inconsistente van haar verlangens, we tobden ook over haar verzoek zelf: in eerste instantie was de vraag: "Hoe houden we in godsnaam zo'n verzoek af?" (en de bovenstaande redenering gaf daarop het antwoord) en in tweede instantie: "Waarom zouden we het eigenlijk niet doen?". Ik bedoel: wat zou nou eigenlijk de schade zijn wanneer we de man uitnodigden en hem vertelden - naar eer en geweten - dat ons zijn huwelijk weinig kans van slagen meer lijkt te hebben. Hij kan het met ons eens zijn, en dat is prima; hij kan ook vinden dat we het bij het verkeerde eind hebben, vinden dat we ons bemoeien met zaken die ons

niets aangaan - wat juist is -, en daartegen bestaat ook geen bezwaar. In beide gevallen hoeft zij immers niet meer ageren.

Zelf moet ik enige morele scrupules overwinnen voor ik deze procedure bereid ben uit te voeren +) : moet zij zelf niet de verantwoordelijkheid dragen voor haar behoefte om te scheiden?, moet zij niet leren zichzelf direct tot haar man te wenden?

Bij het volgende gesprek blijkt mevrouw L. nog steeds te willen scheiden en weer vraagt ze ons haar man te suggereren dat scheiding beter is, óók, of liever met name, voor hem. Wij gaan accoord, zij het op de volgende voorwaarden:

- voor wij het gesprek met haar man hebben moet zij minstens een week ononderbroken willen scheiden;
- zij moet zich terdege oriënteren omtrent vluchtadressen voor het geval de man in "onze" zienswijze een aanleiding ziet zijn vrouw af te tuigen;
- zij wendt zich tot een advocaat om zich veilig te stellen tegen de evt. nadelige juridische gevolgen van vluchten voor huisvesting en voogdij;
- ten slotte moet zij zich goed realiseren dat wij niets meer voor haar en haar huwelijk kunnen doen wanneer zij alsnog van gedachten mocht veranderen, of wanneer de man onverhoopt het plan opvat om zijn leven te beteren.

Zij krijgt een week om deze zaken te regelen. Na deze week geeft ze ons het startsein: we kunnen hem oproepen. Een dag later belt ze onze administratie om te vragen of wij nog geen uitnodiging aan haar man willen sturen; een crisis komt i.v.m. een tentamen van haar zoon slecht van pas. Sindsdien - ± 3 weken geleden - hoorden we niets meer van haar.

Wat wil hiermee gezegd zijn? Dat het goed is de door de patiënt gepresenteerde behoefte te honoreren, ook wanneer je denkt dat de patiënt "eigenlijk" iets anders wil, want de weerstanden die gewekt worden door te bespreken wat iemand "eigenlijk" wil, leiden slechts tot aversie tegen de therapeut. Wedden dat ze terugkomt?

+) Deze scrupules hebben betrekking op het taboe waarop in de titel gedoeld wordt. Het blijkt mij intussen dat deze procedure voor sommigen allang geen taboe meer is of zelfs nooit een taboe geweest is. Wat een verval!

Onwilligen.

Onwilligheid, therapieresistentie, niet gemotiveerd zijn, alleen maar gestuurd worden, je moet toch bij een dokter lopen, waar moet ik anders heen, ik ben al zo lang onder behandeling;

dit zijn uitdrukkingen die je associeert met een groep mensen die ook eenvoudiger onder een noemer te brengen zijn: onbehandelbaar.

Nu is "behandelen", zeker in de psychotherapie, een term met het zoveel dubbele bodems als je op een avond kunnen invallen. Behandelen betekent voor de hierboven aangeduide categorie cliënten vaak dat de behandelaar vernuftig de boot weet af te houden, zonder dat ze hem van desinteresse kunnen beschuldigen.

Voor de analytisch geöriënteerde behandelaar is dit boot afhouden ongeveer de omschrijving van het totaal van zijn technisch arsenaal, althans in communicatief opzicht. Voor een directief therapeut geldt vaak dat hij zich meer bewust is van wat hij doet met onwilligen, daardoor de boot sneller afhoudt, eventueel meer funktionslustige arbeidsvreugde beleeft aan het afhouden en meer tijd overhoudt voor zijn selectie van "behandelbaren".

Het resultaat blijft hetzelfde: er blijft een categorie die zich, vaak succesvol, tot het uiterste tegen productieve interventie verzet, daardoor gelabeld wordt als te sthenisch om "echt ziek" te zijn, maar die kennelijk toch gek genoeg was om bij een hulpverlener voor geestelijke abnormaliteiten terecht te komen.

Inderdaad, wat moet je in Godsnaam met deze zijkerds? Ik zelf ben, zeker bij een grote case-load, geneigd ze zo snel en definitief mogelijk uit mijn gezichtskring te verwijderen.

Toch blijven er dan een aantal vragen, die ten dele wel met mijzelf te maken zullen hebben, maar die anderszins toch ook door anderen gesteld zullen worden:

1. Het is gebleken dat er nogal wat verschil is tussen de doelstellingen en het woordgebruik van de sociale klassen waaruit de meeste therapeuten, en die waaruit een aantal cliënten voortkomen.

2. Het is arrogant om te streven naar het helpen van iedereen, maar je hebt vaak opvallend weinig moeite om je zelf ervan te overtuigen dat iemand onbehandelbaar is.
3. Zeer praktisch: een succesvol verwijderde zorgt er opvallend vaak voor dat hij via een zij- of achterdeur weer binnenkomt: bij een andere therapeut, onder een andere vlag, maar hij is er weer.

Mijn conclusie uit deze feiten is dat deze mensen, of a) mij niet durven of kunnen vertellen wat er "echt" is, of b) in mij iemand treffen die niet op hun golflengte zit, of c) zelf niet weten wat er is, en alleen maar een vaag onbehagen, in verschillende gedaanten, kunnen presenteren.

Samengevat zijn dit de mensen van wie ik na 2 à 3 gesprekken vind dat ze geen aanknopingspunten voor therapeutische interventie bieden en de meeste van deze groep tracht ik zo elegant mogelijk uit mijn haar te borstelen.

Over blijft een groep waarin ik, om de meest uiteenlopende redenen, geïnteresseerd ben, of waarvan ik inderdaad het idee heb dat de golflengtes alsnog op elkaar afgestemd kunnen worden. Om deze cliënten alsnog in therapie te krijgen hanteer ik de volgende technieken.

ad A) Ik tracht zo snel mogelijk een gesprek op gang te krijgen over de onoplosbaarheid van de grote levensvragen (het "to digress" van Eriksen) waardoor ik probeer over te brengen dat ik een aanhankelijke jongen ben die er zelf ook erg mee zit, veel oplossingen voor allerlei problemen weet, en zit te popelen om de vinger op de wonde plek te leggen. Ik suggereer dan verder dat het "presenting symptom", zoals mijn cliënten natuurlijk ook weten, niet datgene is waar het "echt" om gaat.

Je krijgt dan grofweg een conversatie die naar 2 uiteindelijke oplossingen evolueert.

1. Ze insisteren dat het wel om het presenting symptom gaat en dat de dokter niet zo diep hoeft te zoeken, als ze maar af zijn van etc. Dit kun je accepteren, waarbij je er zorg voor moet dragen dat ze de kamer uitgaan met het gevoel dat ze een overwinning (uiteraard op jouw voorwaarden) hebben behaald. Ze zullen des te gemotiveerder zijn om richtlijnen te volgen die moeten leiden tot genezing van hun symptoom. Dit kan leiden tot een verdere bespreking van essentiëlere vragen.

2. Ze beginnen te huilen of krijgen ruzie, of zwijgen langdurig en barsten dan los. Dit moedig ik aan, terwijl ik tevens vertel, omzichtig, dat mensen die in staat zijn zò los te komen bij een vreemde, zich uiteraard zullen realiseren dat voor ernstige problemen gelul in de ruimte geen oplossing kan bieden, doch alleen praktische richtlijnen tot resultaat kunnen leiden.

Hierbij ga ik, zowel ad A 1 als ad A 2 vrij ver: ik vertel over andere cliënten, spreek achteloos over familieleden of collega's (alles uiteraard in het striktste vertrouwen) of meld getroffen hoezeer hun situatie aansluit bij eigen levenservaringen. Het doel is uiteindelijk een sfeer te scheppen waarin de therapeut een weliswaar professioneel gedistantieerde doch soms tegen zijn zin meegesleepte bondgenoot wordt.

ad B. Uiteraard vallen in deze groep de uit het haar geborstelden.

ad C. Dit is verreweg de moeilijkste groep. Het zijn de mensen voor wie ik het betreur zelf niet langer in fabrieken cq aan de lopende band gestaan te hebben cq te weinig geduld te hebben: te kort te schieten in vertaalvermogen. Het zijn de mensen die vastgelopen zijn, bang zijn voor witte jassen of ze nu een witte jas aan hebben of niet.

Indien hun problematiek vrij duidelijk uit hun sociale omstandigheden of achtergrond voortkomt zie ik zelf af van behandeling en verwijs naar Release, ondernemingsraden etc.

Voorzover er een gebrekkige voorlichting bestaat, b.v. in sexueel opzicht, verschaf ik die.

Bij vijandigheid of mutistisch gedrag zwijg ik ook of bagatelliseer; dit wekt vaak alsnog een reactie op.

Bij deze groep relabel ik in laatste instantie op grove wijze: ik veronderstel homofiele gevoelens t.o.v. hun vijanden, onwil om "echt" behandeld te worden etc.

Vaak werkt hier het voorschrijven van bepaald gedrag en het daarbij suggereren hoe ze er eigenlijk over denken op het moment van handelen, eventueel met posthypnotische suggesties. Dit kan dagelijks terugkerende ergernissen omvormen tot gelegenheden om iemand dwars te zitten en/of te minachten.

De boven beschreven zaken zijn slechts grof aangeduid. Het is steeds weer anders. Niet expliciet naar voren gekomen is misschien mijn slot opmerking: als je 't niet weet moet je stoppen: therapeutisch narcisme breekt op.

De volgende maal hoop ik middels case-histories wat illustratie van het bovenstaande te geven.

Leen Joele.

9.3. Valkuilen voor beginnende directieve therapeuten:

De onderstaande opsomming van ongelukkige interventies is in de eerste plaats een samenvatting van therapiefouten die reeds eerder door Kees, Dick of mijzelf in vorige afleveringen, of mondeling zijn besproken. Casuïstiek is hier weggelaten maar die is in ruime mate te vinden in onze eigen mislukkingen en in supervisie gevallen. Het gaat om elementaire fouten zodat wellicht het gevoel ontstaat dat een serie open deuren wordt ingetrapt. Omdat ze in de praktijk echter beslist geen zeldzaamheid zijn lijkt het me toch de moeite waard ze op een rijtje te zetten.

9.3.1. De therapeut wil experimenteren met directieve interventies zonder dat hijzelf een omschreven doel voor ogen heeft. Het werk met adviezen en opdrachten houdt in dat tenminste de therapeut moet weten waar hij naar toe wil. Ook wanneer een advies als "diagnosticum" wordt gegeven, d.w.z. met de bedoeling meer informatie te krijgen via de reactie op de opdracht, dan nog moet de therapeut een idee hebben over de denkbare reacties. Als het enigszins mogelijk is moet een expliciet contract over de doelstellingen van de therapie met de patient worden afgesloten. Vaak lukt dit maar matig en komt de patient niet verder dan een negatieve formulering in de zin van symptomen of problemen kwijtraken, zonder dat hij kan aangeven wat hij in de plaats van zijn symptomen wil beleven. Het is dan aan de therapeut om een werkhypothese te maken over de functie van het probleemgedrag en de veranderingen die noodzakelijk zijn om het overbodig te maken. De glamour van gevalsbeschrijvingen als die van Erickson lijkt wel eens te inspireren tot het uitdelen van directieven zonder enige planning en zonder dat de therapeut zelf onder woorden kan brengen wat hij verwacht als resultaat van het al of niet nakomen van zijn opdracht. Sinds het werk van Minuchin in Nederland is geïntroduceerd zijn er waarschijnlijk aardig wat gezinnen geïnviteerd tot een stoelendans op aanwijzing van therapeuten die om een inval verlegen zaten. Soms wordt ook nagelaten de gesprekstechniek aan te passen aan het soort therapie, in casu directieve, dat men wil gaan bedrijven. Als de therapeut alleen maar afwacht wat de patient hem brengt, dan ligt het voor de hand dat de noodzakelijke informatie zal ontbreken om een planning op te bouwen.

- 9.3.2. De therapeut bezondigt zich aan teveel van het goede. Vaak hebben patienten meerdere problemen tegelijkertijd. Het is een goede zaak ze allemaal te onderkennen, maar het leidt slechts tot verwarring als men ze probeert allemaal tegelijk te behandelen. Wanneer patienten bestookt worden met combinatiepreparaten waarin drie, vier of meer opdrachten in verwerkt zijn komen meestal onoverzichtelijke toestanden uit de bus. De kans ontstaat dat de opdrachten in de praktijk strijdig met elkaar blijken te zijn. Zelfs wanneer het de patient lukt om alle adviezen gelijktijdig uit te voeren dan is het achteraf niet uit te maken waaraan precies de inmiddels ontstane verbetering of verslechtering moet geweten worden.
- 9.3.3. De therapeut begint aan de verkeerde kant. Wanneer verschillende problemen met een uiteenlopende moeilijkheidsgraad worden gepresenteerd, dan is de kans groot dat de patient liefst het eerst van z'n ergste problemen verlost wil worden. Deze wens is redelijk genoeg maar als het om een niet acute situatie gaat is het verstandiger eerst de samenwerkingsmogelijkheden uit te proberen op het meest overzichtelijke probleem. Als dat al lukt geeft het de burger de nodige moed om verder te gaan. Bij huwelijks therapie kan men beter wachten met het behandelen van sexuele moeilijkheden tot het duidelijk is dat het echtpaar een redelijk open communicatie heeft opgebouwd en ze in staat zijn tot een overeenstemming op het gebied van eenvoudige huiselijke beslissingen.
- 9.3.4. De therapeut laat toe dat zijn opdrachten worden genegeerd. Het moet aan de patient duidelijk gemaakt worden dat adviezen niet zomaar voor de aardigheid worden gegeven maar dat ze moeten worden uitgevoerd. Als de patient het niet met de opdracht eens is dan kan er tijdens de zitting verder onderhandeld worden maar zodra een afspraak gemaakt is moet op uitvoering worden aangedrongen. Er kunnen van te voren sancties worden afgesproken voor het geval de opdracht niet is uitgevoerd; deze sancties kunnen zelf als een "benevolent ordeal" worden geconstrueerd en verband houden met een van de doelstellingen van de therapie. Als de therapeut niet reageert op het negeren van zijn adviezen dan ondergraaft hij zijn eigen geloofwaardigheid en werkt mee aan het scheppen van precedentes voor het negeren van toekomstige adviezen.

- 9.3.5. De therapeut geeft adviezen die de buurvrouw ook al had bedacht. Niet zelden presenteren patienten problemen waarvoor een eenvoudige, rationele en verstandige oplossing voor de hand lijkt te liggen; alcoholisten kunnen beter ophouden met drinken en vele echtparen zouden er wellicht goed aan doen minder ruzie te maken. Het komt slechts bij hoge uitzondering voor dat de patient of zijn familie dit soort oplossingen zijn ontgaan. Het is beter geen directieven te geven dan aanbevelingen te doen die de patient zelf al wel had kunnen bedenken.

- 9.3.6. De therapeut geeft dermate vage adviezen dat achteraf niet eens kan gecontroleerd worden of ze zijn uitgevoerd of niet. Alle directieven waarbij zonder nadere precisering wordt aanbevolen om een bepaalde handeling "vaker" of "minder vaak" uit te voeren hebben als gevolg dat de patient wordt aangemoedigd om een vrijblijvende houding ten opzichte van het directief aan te nemen. Adviezen moeten steeds zo gegeven worden dat geen enkel misverstand kan ontstaan over wat er precies wordt aanbevolen, hoe vaak en wanneer. Als het om een benevolent ordeal gaat, dan is het wenselijk de uitvoering van de opdracht te koppelen aan het optreden van de klachten. Een benevolent ordeal dat wordt opgelegd zonder verband met de symptomen zal ook maar weinig invloed op die symptomen uitoefenen.

- 9.3.7. De therapeut geeft een lastige of moeilijke opdracht zonder de patient voldoende te motiveren om ze uit te voeren. Er zijn nog maar weinig patienten in omloop die genoeg nemen met een advies waarvan de zin hen volledig ontgaat. Op zichzelf goede adviezen kunnen worden verknoeid als ze gepresenteerd worden zonder de patient een goede reden te geven om ze op te volgen. Er moet een toelichting gegeven worden die aansluit bij de gedachtengang van de patient en op zijn minst voldoende interesse wekt om bij wijze van experiment het advies op te volgen. Het is van minder belang of de uitleg of motivering die daarbij wordt aangevoerd in theoretisch opzicht volkomen waterdicht is.

- 9.3.8. Het advies heeft tot gevolg dat de verhoudingen bij een echtpaar of gezin worden scheefgetrokken. Wanneer aan slechts één lid van een echtpaar of gezin een opdracht gegeven wordt kan bij de andere gezinsleden de indruk gewekt worden dat deze ene de schuld krijgt van alle wantoestanden. Het lijkt dan alsof de therapeut partij gekozen heeft.

Vooral in het begin van een behandeling leeft deze strijd om de schuldvraag doorgaans sterk. Om deze complicatie te vermijden kunnen gelijkwaardige opdrachten aan andere gezinsleden gegeven worden, of kan worden aangekondigd dat zij de volgende keer aan de beurt zullen zijn.

- 9.3.9. De therapeut geeft adviezen die een ónsympatieke rol aan ~~de~~ ^{van één van beide} gezinslid opleggen, of die eenzijdig tegemoet komen aan de wensen van één van de partners. Dit kan een terechte aanleiding zijn voor wegblijven uit de behandeling. Als regel moeten contracten zo opgesteld worden dat alle betrokkenen een gelijkwaardige en vergelijkbare inspanning moeten leveren. Het is ook onjuist een dagelijkse prestatie van de één tegenover een wekelijkse prestatie van de ander te vragen. Tegenover het achterwege laten van onhebbelijkheden moet ook vermindering van niet gewaardeerd gedrag van de andere partner; ^{staan} en tegenover toeneming van gewaardeerd gedrag moeten ook positieve gedragingen worden gesteld.
- 9.3.10. De therapeut geeft tegelijkertijd paradoxale adviezen en leeropdrachten. Behalve dat het geven van meerdere adviezen op zich al een riskante zaak is, wordt het erger als twee strategieën door elkaar gehaald worden. Het resultaat is meestal dat de patient alle opdrachten naast zich neer legt, wat waarschijnlijk ook de verstandigste reactie is. Het is daarentegen vaak wel zinvol of nodig paradoxale- en leeropdrachten achtereenvolgens te gebruiken, wanneer het probleem in de loop van de therapie verschuift.
- 9.3.11. De therapeut meent paradoxale therapie te bedrijven als hij ridicule, absurde of onwaarschijnlijke opdrachten geeft. Helaas lijkt deze conclusie nogal eens uit het werk van Haley en Erickson getrokken te worden. Mijn indruk over de leerbaarheid van de techniek van prescribing the symptom is overigens nogal pessimistisch. Het is aanzienlijk moeilijker te beschrijven hoe een goede paradoxale opdracht eruit ziet dan intuïtief te beslissen of hij deugt of niet. Het absurde element lijkt vaak aan te spreken terwijl het zeker niet essentieel is. Wel essentieel is dat de therapeut controle tracht te verkrijgen over het optreden van het symptoom door het in bepaalde omstandigheden toe te staan of aan te moedigen. Hierbij kunnen dan absurde of onwaarschijnlijke constructies gebruikt worden; ze hebben een functie als ze ertoe kunnen bijdragen dat de patient daardoor distantie van zijn symptomatologie krijgt. Als dit niet het geval is voelt de patient zich alleen maar voor de gek gehouden.

9.3.12. De therapeut doet aan prescribing the symptom door het symptomatische gedrag op een ongecontroleerde wijze aan te moedigen. Alcoholisten voorstellen meer te drinken en fobische mensen adviseren angstiger te zijn, ^{zijn} extreme voorbeelden hiervan. Prescribing the symptom heeft geen enkele zin als niet tegelijkertijd een (kleine) wijziging in de context wordt aangebracht waardoor het optreden van het symptoom tot een nieuwe reactie bij de patient of zijn omgeving leidt. Als deze nieuwe reactie niet te voorzien is kan men beter voorzichtiger methoden gebruiken.

9.3.13. De therapeut maakt de "kip-ik-heb-je-fout". Na een paradoxaal advies waarbij patienten tot hun eigen verassing anders reageerden dan zij hadden verwacht, vragen ze soms aan de therapeut of dit de bedoeling was, of de therapeut had voorzien dat het zo zou lopen. Hopelijk was dit inderdaad het geval, maar de therapeut die glunderend reageert en zichzelf een pluimpje op de hoed steekt wekt daarbij het gevoel dat hij de patient in de boot heeft genomen. Het is essentieel dat de patient steeds zelf het krediet krijgt voor een gunstige verandering. Een beter soort antwoord is dat de therapeut stelt dat hij volledig instemt met de conclusies die de patient over zijn probleem heeft getrokken, en dat het advies beddeld was om een situatie te helpen tot stand komen waarin dat mogelijk was.

9.3.14 De therapeut blokkeert pathologisch gedrag d.m.v. prescribing the symptom terwijl geen alternatief gedrag voorhanden is. Paradoxaal opdrachten zijn in de eerste plaats manieren om bestaande vicieuze cirkels te doorbreken; als ze werkzaam zijn dan ontstaat ruimte voor andere gedragingen. Het hangt af van de patient of hij die ruimte kan benutten dan wel in een vacuum terechtkomt. In het laatste geval zijn paradoxaal opdrachten geen goede strategie. Bijvoorbeeld sociaal timide mensen kunnen hun klachten over geremdheid vertonen in bepaalde omschreven situaties en in andere klachtenvrij zijn, of zij kunnen deze klachten in alle omstandigheden alreeds hun hele leven lang hebben. In het eerste geval is het aannemelijk dat de patient een meer assertief gedragsrepertoire ter beschikking heeft en dat hij dat gaat toepassen als het symptoom wordt geblokkeerd, in het tweede geval beheerst de patient weinig of geen andere mogelijkheden dan symptomatisch gedrag en is het verstandiger te beginnen met een techniek zoals assertieve training.

(wordt vervolgd)

R.v.Dijk.

9.2. Paradoxaal onderstrepen van het behandelingskontraakt

Willem en Marie zijn omstreeks 45 jaar oud. Marie heeft twee kinderen uit een vorig huwelijk, waarvan één bij hen woont. De ander is in een tehuis. Zij zijn door hun huisarts naar mij verwezen omdat Willem in een schijnbaar rimpelloos huwelijksleven vrij plotseling tot een aantal woede-uitbarstingen kwam, waarin hij o.a. dreigde Marie te vermoorden. Dit resulteerde in een korte scheiding (van enkele weken). Willem ging ergens anders wonen.

In de eerste zitting bleek Willem een veelprater te zijn, die vooral met behulp van 'googentaal' - hij had sociale academie als opleiding - probeerde in het verleden oorzaken te vinden voor zijn en Marie's eigen gedrag.

De therapeut onderstreepte het belang om 'in het hier en nu' te leren praten. Te leren om wederzijdse wensen concreet te formuleren. Willem vond dit maar niks. Een therapeut moest proberen in het verleden oorzaken te vinden voor de manier waarop 'zijn persoon' nu in elkaar zat. De therapeut gaf aan dat dat niet zijn manier van werken was. Het verleden zou wel aan bod mogen komen, maar dan alleen wanneer het op dat moment emotioneel een rol speelde, niet als bron voor het zoeken van verklaringen. De eerste twee zittingen verliepen moeizaam. Willem schikte zich mokkend in de onderbrekingen, het vragen om konkretiseren etc. van de therapeut. Zijn wrevel kwam naar voren in opmerkingen als: 'nee Marie, daar mag ik nu niet met je over praten. Je weet immers dat Fred niet over het verleden wil praten'. Hoewel de therapeut deze stekeligheden steeds aanpakte veranderde het patroon niet. In de derde zitting kwam de crisis. Willem liet bij een gedragsoefening weten dat hij het wel wilde proberen, maar dat er toch niets zou veranderen. Ze waren nu eenmaal zoals zij waren: 'een heel leven verander je niet zo maar even'. Nu 'platzte' de therapeut. Op dramatische toon schetste hij de 'self-fulfilling prophecy' in Willem's woorden. Hij gaf aan dat hij op deze manier niet wilde werken; dat hij alleen met hen door wilde gaan als zij wilden veranderen. Hij vroeg hen daarop

expliciet te formuleren of zij op de door hem voorgestelde wijze wilden doorgaan. Willem wees het niet van de hand, maar hield een slag om de arm door erop te wijzen dat dit hun laatste strohalm was, zodat ze wel door moesten gaan. Dit bracht de therapeut tot een - lichtelijk - paradoxale tegenzet. Hij legde er de nadruk op dat zij hier slechts kennis hadden gemaakt met zijn manier van werken, maar dat er talloze goede therapeuten waren die heel anders met hun cliënten omgingen; die veel meer geduld hadden en bereid waren om het verleden op zijn merites te analyseren. Hijzelf was dus niet hun laatste strohalm. Als zij zich niet voor zijn aanpak wilden inzetten, zou de therapeut hen verwijzen naar een kollega die op de door hun gewenste manier met hen zou werken. Na dit op dramatische wijze te hebben onderstreept beëindigde de therapeut de zitting, die ongeveer 20 minuten geduurd had. De volgende week moesten zij met de beslissing over al of niet doorgaan komen.

De week daarop was de kogel door de kerk. Beiden waren totaal gewonnen. De machtsstrijd tussen Willem en de therapeut was verdwenen. Willem en Marie zetten zich in voor het herstellen van hun communicatiekanalen. In 6 weken werd het punt bereikt waarop de frequentie der zittingen kon worden vermindert.

In bovenstaande was het expliciet hanteren van het behandelingskontraat en het wijzen op de mogelijkheid van verbreken van de therapie de aangewezen weg om de noodzakelijke involvering van de cliënten te krijgen. Hoe belangrijk dit is, blijkt uit een situatie waarin de therapeut zich niet bij machte voelde om deze aanpak te volgen. Het betreft een therapie die onderwerp was van een uitgebreid evaluatie-onderzoek, waar een tweetal studenten een werkstuk aan weidden. De therapie was gestructureerd opgezet: twintig zittingen, verdeeld over verschillende perioden. Metingen werden elke week verricht, zowel in therapie- als in de zogenaamde therapieloze perioden. De vrouw van het echtpaar ondergroef op vele momenten de aanpak van de therapeut op een gelijksoortige manier als Willem. De therapeut durfde het echter niet aan om haar met het behandelingskontraat te confronteren. Hij was beducht voor de mogelijkheid dat zij inderdaad met de therapie zou ophouden, waardoor het researchproject niet verder uitgevoerd zou kunnen worden.

Dit had tot gevolg dat de therapie een voor de therapeut on-aangename affaire aan het worden is, met veel downs en weinig ups. De afloop kan ik nog niet melden.

De moraal van dit alles is, dat de therapeut zich niet moet laten lamleggen door verbintenissen die zijdelings met de therapie te maken hebben. Hij moet in alle gevallen in staat zijn om zonder veel schade een einde aan een therapie te maken. Deze notie heeft bijv. ook konsekventies voor supervisie-relaties. Maar al te vaak heeft een supervisant de indruk dat een afgebroken therapie afbreuk doet aan zijn image. In dat geval zal hij dit ten alle kosten willen vermijden, waardoor hij in een situatie komt als de hierboven beschreven therapeut.

Alfred Lange