



Tijdschrift voor Directieve
Therapie
jrg.2 nr.10 maart 1975

Redactie:

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

Inhoud

maart 1975

Hoofdredacteur	Ten geleide	1
Alfred Lange	Directief interveniëren door en voor kinderen	2
⊕ Leen Joele & Kees Hoogduin	Behandeling van een man met een dwangneurose d.m.v. een conjoint therapie van het directieve type	4
⊕ Kees Hoogduin	Het dichtslibben van een praktijk of: hoe voorkom ik uitzichtloze therapeutische (?) relaties	15
Onno van der Hart	Een nieuw conflict scheppen	19
	Zeilen en assertief gedrag van de therapeut	22
	Een principe uit de krijgs- kunst toegepast in therapie	26
Alfred Lange	Onderzoek als deel van het therapeutisch arsenaal	30
⊕ Dick Oudshoorn	Homoseksualiteit bij adolescenten	34
⊕ Kees van der Velden & Richard van Dijck	Motivatietechnieken	39
Onno van der Hart	Interventies van anderen dan therapeuten	45
⊕ Richard van Dijck	Valkuilen voor directieve therapeuten (vervolg)	48
Kees Hoogduin	Reactie op TDT nr 9, p. 23 e.v.	49

Omslag: Tamar & Yasha Lange

Ten geleide

Hierbij de beste aflevering van dit vakblad totnutoe. De bijdragen heb ik naar eigen goeddunken geordend, dus niet volgens volgorde van binnenkomst, ook niet naar rubriek, maar zo dat dit nummer prettig leesbaar en spannend is van de eerste bladzij tot de laatste. Het TDT ontwikkelt zich op deze wijze openlijk tot het gezinsblad dat het in het verborgene al was. De vrijmoedigheid om van de oorspronkelijke opzet af te wijken ontleen ik overigens aan een suggestie van Onno van der Hart, die tevens voorstelt om de codering van de bijdragen te laten vallen.

Aan de eer van het hoofdredacteurschap is een onbedoeld "ordeal" verbonden: de betaling van de verzendkosten e.d. Misschien kan deze beproeving bij een volgende gelegenheid ongedaan worden gemaakt.

Het "omslagenbeleid" - de kindertekeningen - bevalt mij zeer, misschien mee omdat ik in de gelegenheid ben een van de "betere" exemplaren voor mijzelf te reserveren. Maar het moet niet een vanzelfsprekendheid worden dat we onze kinderen het moeilijke werk laten doen. Om deze reden zou ik prijs stellen op de toezending van een goed gelijkende foto, die het mij mogelijk maakt alvast te oefenen in het tekenen van de portretten van de redactieleden - het verleden heeft geleerd hoe nuttig dat voor een bepaalde omslag kan zijn.

Tot slot twee zakelijke mededelingen:

- het privé telefoonnummer van Onno van der Hart is:
020-432243;
- het privé telefoonnummer van Kees van der Velden wordt m.i.v. 25 maart gewijzigd in: 010-774801.

De Hoofdredacteur

10.2. Direktief interveniëren door en voor kinderen

Alfred Lange

De 'case' speelt zich af in juli 1974. Met Marcelle (wettige echtgenote), Tamar (dochter van 6 jaar) en Yasha (zoon van 4 jaar) was ik naar een naturalistisch paradijs in het zuiden van Frankrijk getogen. Wij maakten daar kennis met twee nederlandse gezinnen met kinderen in ongeveer dezelfde leeftijdskategorieën als Tamar en Yasha. De kinderen en de respectievelijke ouders konden opvallend goed met elkaar opschieten, zodat er veel samen werd opgetrokken en de tenten vrij dicht in elkaars buurt werden gezet.

Of het nu aan al het bloot lag weet ik niet, maar één van de jongeren (Basje van 5 jaar) werd steeds sex gericht.

Voortdurend deed hij oneerbare voorstellen aan wie het maar wilde horen. Tamar werd er wat zenuwachtig van.

Op een goede middag waren wij (mijn gezinnetje van vier stuks) voor onze tent (aan een uiterst luxe tafeltje) aan het eten. Basje had zijn voedsel kennelijk al naar binnen gewerkt en was op oorlogspad. Op zijn fietsje kwam hij aangeraced met kreten als: 'Tamar, ik wil met je neuken'. Hij keek zeer vervaarlijk.

Tamar keek zowel gevleid als angstig. Toen Bas begon op en aan te dringen won de angst het echter zichtbaar. Met kreten als: 'Bas hou op' wist zij het gevaar even te keren. Terwijl Bas doorfietste vertelde zij zachtjes: 'als ie het nou gewoon had gevraagd ..., maar hij kijkt er zo gek bij ...'.

Ik begon medelijden met mijn dochter te krijgen en besloot haar te helpen. Ik stelde haar het volgende voor: 'Als Bas direkt weer komt aangefietst wacht je niet tot hij begint. Voordat hij iets gezegd heeft sta je op en roep je "Bas ik wil met je neuken". Je zult zien dat hij dan helemaal niet durft'. Dit werd op de bekende suggestieve toon gezegd.

Tamar zag er wel wat in, maar vertrouwde het niet helemaal: 'weet je wel zeker dat hij dan niet durft?'.

Ik verzekerde haar dat je zo iets nooit helemaal zeker weet, maar dat de kans erg groot was en mijn inziens de moeite van het proberen waard.

Peinzend stopte ze een stuk stokbrood met hagelslag in haar mond. Er werd over het onderwerp niet meer gesproken.

Enkele minuten later doken de contouren van Bas-op-fiets weer op. Voordat iemand iets kon zeggen sprong Tamar op en schreeuwde:

'Ba-as, ik wil met je neuken'.

Basje kromde zich over zijn stuur. Hard wegpezend riep hij: 'nu niet'. Tamar keek zeer tevreden. Ik dacht, dat er nog wel een schepje boven-op kon en stelde haar voor om gewapend met de eerder geuite kreet achter Bas aan te rennen. Mijn advies werd opgevolgd. De rollen waren nu totaal omgekeerd, met een angstig, hard trappend Basje, die alsmaar schreeuwde: 'nu niet'.

Toen Tamar voldaan naar de tafel terugkeerde stond Josien (drie jaar, zusje van Bas) bij onze tafel. Goeiig zei ze: 'Tamar, als Bas niet wil, mag je wel met mij neuken hoor'.

De rest van de vakantie was Tamar verlost van Bas' oneerbare avances, hetgeen hen niet belette om zich samen in andere, wederzijds plezierige interactie-patronen, te begeven.

Het geval 'Bas-Tamar' behoeft slechts weinig analyse. Het is duidelijk dat de provocaties van Bas aanvankelijk door de zichtbare angst van Tamar beloond werden. Bas kon zich daardoor stoer voelen en kreeg een hoop aandacht. Als Tamar onverschillig of helemaal niet gereageerd had zou Bas op den duur ook wel zijn opgehouden (extinctie). Niet reageren is voor kleine kinderen echter moeilijk. Ik betwijfel of Tamar dat lang genoeg zou hebben volgehouden. Omdraaien is gemakkelijker en heeft bovendien sneller effect.

Ik beschouw de aanpak van Tamar niet als symptoom-voorschrijven, waar het wel op lijkt, maar als zogenaamd serieus nemen van iemand die juist het tegendeel verwacht. In therapieën doen zich dergelijke situaties ook voor als cliënten aandacht en zorg van de therapeut willen afdwingen door over hun vreselijke zieligheid te klagen. Wanneer de therapeut dan in plaats van kontra-argumenten aan te dragen, constateert dat de cliënt groot gelijk heeft en dat hij inderdaad vreselijk beroerd er aan toe is, is de lol van het klagen er vaak gauw af.

Terug naar Tamar. Ik had haar enigszins uitgelegd waarom ik dacht dat de geplande interventie het beoogde doel zou hebben. Ik dacht dat zij dat ook redelijk goed had begrepen. Desalniettemin heb ik (gelukkig?) niet waargenomen dat zij dergelijke kunstgrepen uit zichzelf uithaalde. De 'transfer' is in dit soort zaken kennelijk niet erg groot.

10.3. Behandeling van een man met een dwangneurose d.m.v. een conjoint therapie van het directieve type.

Leen Joele, Kees Hoogduin.

Eind 1973 werd de heer Plezier naar onze polikliniek verwezen, "omdat hij", volgens de insturende zenuwarts, "steeds meer bezwaren kreeg tegen mijn medicijnen en tegen mijn ortho-paedagogische benadering en hij zijn klachten zodanig uit, dat hij vrouw en kinderen tot wanhoop drijft".

INTAKE

Bij zijn eerste bezoek is hij in gezelschap van zijn vrouw. Het is een keurig verzorgd echtpaar. Hij vertelt, sinds zijn puberteit gebukt te gaan onder "bepaalde dwanggedachten", angsten om gek te worden, faalangsten en paniekgevoelens. Sinds 1970 werd hij ambulantly psychiatrisch behandeld; er traden evenwel steeds langere perioden van werkverzuim op. Vanaf juli 1973 werkte hij niet meer. Hij doorliep het Seminarium en studeerde M.O. Economie. Hij is nu in rijksdienst als ambtenaar documentalist. Er zijn twee kinderen.

De verschijnselen die hem nu kwellen brengen zijn gezinsleden, collega's, huisarts en psychiater tot wanhoop. Via de bedrijfs-geneeskundige dienst werd door middel van een reorganisatie van zijn werksituatie gepoogd tegemoet te komen aan zijn klachten, doch zonder succes.

De heer Plezier vertelt onzeker geworden te zijn over vele zaken. Op dwangmatige wijze probeert hij de hem kwellende twijfels door geconcentreerd denken weg te nemen. De onzekerheden liggen op het gebied van financiën, belastingen, herinneringen uit het verleden, TV-programma's e.d. Zijn vrouw werd langzamerhand sterker geconfronteerd met deze problematiek, omdat hij haar de vragen ging voorleggen. Aangezien zij niet in staat is om de door beide als nonsens gekwalificeerde vragen adequaat te beantwoorden, wordt zij in toenemende mate prikkelbaar en wanhopig. Vooral de vraag "J. wat moest ik jou ook weer vragen?" brengt haar in grote moeilijkheden!

Mede gelet op de betekenis van de symptomen van de man in het gezin, werd besloten tot een conjoint therapie van het directieve type. De behandeling nam 12 zittingen van ongeveer 1 uur in beslag. De tijd tussen de zittingen bedroeg 3 weken.

BEHANDELINGSSTRATEGIE

Pinpointing: De heer Plezier vertelt zijn problemen zeer wijdlopijg; op vragen geeft hij tangentiële reacties. Toch is het noodzakelijk een concrete en exacte formulering te krijgen van zijn belangrijkste symptoom.

Hij noemt dwanggedachten betrekking hebbend op het verleden en op geldzaken. Om zich op deze zaken te concentreren trekt hij zich terug op plaatsen waar hij alleen is. Thuis probeert hij zijn vrouw bij het oplossen van de twijfels middels vragen in te schakelen. Bij zeer systematisch doorvragen blijkt echter, dat het toilet de enige plaats is waar hij zich langdurig terugtrekt. Dat hij daarmee de geregelde stoelgang van de andere gezinsleden ernstig verstoort spreekt voor zichzelf.

Ther.: Ja maar, zoals U nu thuis bent, maakt het voor U veel uit of U nou op het toilet bent of op de slaapkamer?

Hij : Nou, ik heb voor mezelf het idee dat misschien de w.c. een kleinere ruimte is, waardoor ik me misschien beter kan concentreren en niet meer wordt afgeleid door andere zaken of nou ja, dat is gewoon een dwang van mij van ik moet een kleinere ruimte hebben.....

Ther.: Ja maar, dat is ook een dwang? Het is dus niet zo dat U kunt zeggen: ik doe het vandaag alleen maar in de slaapkamer?

Hij : Nee, het is eigenlijk.....

Ther.: Dat zou niet lukken?

Hij : Om het in de slaapkamer te doen?

Ther.: Dus als we nu zouden zeggen: doet U het nu alleen in de slaapkamer, niet meer in het toilet, dat zou niet lukken? Want dat heeft U weleens geprobeerd.....

Zij : Nou, het is eigenlijk zo'n ontzettende gewoonte van hem geworden, want als ie zich bijvoorbeeld staat te scheren, de w.c. is er naast, dan staat ie bijvoorbeeld helemaal ingezeept en dan komt er een gedachte.....hup, zit ie daar, zit ie op de w.c. Ik bedoel, hij kan in de douche net zo goed denken, die kan ook op slot, maar hij gaat toch naar de w.c.

Tenslotte komen we tot de volgende formulering van zijn belangrijkste problemen:

1. Er zijn dwanggedachten die uitgedacht moeten worden op het toilet
2. Zijn vrouw moet hem helpen zijn twijfels op te lossen door het beantwoorden van zijn vragen. Slaagt zij hier niet in dan verdwijnt hij naar het toilet en verstopt de toiletgang van het gezin.

Een paradoxale opdracht: Besloten wordt, het symptomatische gedrag met "prescribing the symptom" Haley (63) te bestrijden.

Het interactiepatroon zoals boven omschreven wordt als volgt van een nieuwe betekenis voorzien:

Ther.: Voor de volgende keer zou ik U de volgende adviezen willen meegeven. Uw man vraagt U veel dingen; U probeert er antwoord op te geven, probeert zekerheid te geven, probeert soms door geïrriteerd te zijn hem duidelijk te maken dat het onzin is.....

Zij : Dus dat is wel goed?

Ther.: Nou, als je kijkt wat er gebeurd is, dan heeft het weinig zoden aan de dijk gezet. Wat U ook gedaan hebt, het hielp allemaal niets. Hè, laten we eerlijk zijn. U heeft Uw best gedaan.

Zij : Ja, ik heb ook uren met hem gepraat.....

Ther.: Ja, zo'n vrouw bent U ook uiteindelijk, eindeloos geduld zoals U zei. Maar ja, als U nu kijkt wat U bereikt hebt met al Uw geduld, Uw prikkelbaarheid, enfin, vriendelijkheid, U heeft alle kanten geprobeerd. Het heeft allemaal geen zoden aan de dijk gezet, het heeft allemaal weinig succes. Enfin, het advies wat ik U dus zou willen geven voor de volgende periode is, dat U daarmee stopt, maar dan ook absoluut stopt. Als Uw man U vragen stelt dan geeft U niet een antwoord, U wordt ook niet prikkelbaar, niet geïrriteerd, U toont ook geen geduld. U zegt tegen Uw man: "Ja, ik merk dat je met onzekerheid zit hè, zo ligt het vaak. Nou, ik vind dat je het zelf maar uit moet denken. Trek je maar even terug in het toilet en denk het maar uit". Dat is de opdracht. Het is namelijk zo in de praktijk, door die vragen en het antwoord geven, vergroot je eigenlijk de afhankelijkheid. Dus terwijl je juist je best doet, maak je de afhankelijkheid groter. En wat we nu gaan doen is, Uw man weer zelf confronteren met zijn onzekerheid en daardoor de zaak weer terugdraaien en zijn zekerheid vergroten, waardoor wij hopen dat er een verandering bewerkstelligd wordt. Maar U moet het consequent doen.

Zij : Dus ook al weet ik het.....

Ther.: U zegt gewoon als Uw man U iets vraagt, beste Rinus, of lieve Rinus, ga maar naar het toilet en ga het zelf uitdenken.

De echtgenote voelt veel voor het voorstel. De heer Plezier probeert een aantal ontsnappingsmogelijkheden aan het directief te koppelen:

Hij : Maar het is dus zo, dat ik weleens bepaalde onbenullige dingen wil vragen, nou ja, gewoon in het algemeen, dus als ik iets informatiefs wil vragen dat niet met de gedachten of de dwanggedachten te maken heeft, maar gewoon over iets vragen, ik bedoel iets informatiefs, dan kan ze toch gewoon.....antwoord geven?

Ther.: Nee, dat zou ik ook niet doen.
 Hij : Ja, maar ik wil maar zeggen, als je het nou gewoon hebt over ja, hoe was dat ook weer, wanneer was dat nou, vorig jaar of eerverleden jaar.....
 Ther.: Daar mag Uw vrouw geen antwoord op geven. Beslist niet.
 Hij : Maar ook niet gewoon huis, tuin- of keukendingen..... bijvoorbeeld.....
 Ther.: Geeft U maar een voorbeeldje.
 Hij : Nou, bijvoorbeeld: we waren in Beekbergen, daar gaan we dikwijls op vakantie, in zo'n zomerhuisje, en als je dan bijvoorbeeld vraagt: nou.....wanneer is die er nou gekomen, die midgetgolfbaan, was het nou vorig jaar of eerverleden jaar, wanneer is die er nou gekomen?
 Ther.: U mag dat best vragen en ik zou zelfs zeggen, als U die behoefte hebt, vraagt U gerust, maar Uw vrouw mag geen antwoord geven. Ze zegt dan : Ja, ik mag geen antwoord geven, probeer er nou zelf achter te komen, dat is goed voor je. Hè, op die wijze. Maar U moet het consequent doen. En dat zal wel moeilijk zijn hoor. Uw man zal, nou ja.....

Hierna wordt de heer Plezier duidelijk gemaakt dat we zijn situatie goed begrijpen en hem daarin accepteren:

Hij : Ja, maar aan de andere kant weet ik dat U dit advies geeft.....
 Ther.: Ja, Uw voornemens zijn uitstekend.
 Hij : Ja natuurlijk. Ik weet er wat dat betreft wel het één en ander van af, maar ik wil maar zeggen, als U dit advies geeft, dan moet ik dat bij wijze van spreken opvolgen.
 Ther.: Ja, maar dat zal moeilijk genoeg zijn en ik denk dat U nog weleens een keer fel kunt reageren op Uw vrouw, als U geen antwoord krijgt. Maar dat moet geen reden zijn voor Uw vrouw..... U moet het consequent doen, anders helpt het niet.
 Zij : En ik hoef hem ook niet te laten blijken dat het onzinvragen zijn?
 Ther.: Nee, nee, want het zijn geen onzinvragen. Voor U misschien en voor mensen die geen begrip hebben voor de problematiek van Uw man misschien wel, maar voor Uw man niet. Want ook al zegt hij nou, ik weet wel dat het flauwekul is, dat is het niet.
 Hij : Ja, voor mij niet.....
 Ther.: Precies, dat is het juist helemaal niet. Die vragen zijn op dat moment, hoe gek het ook klinkt, wel van levensbelang.
 Hij : Ja, het is dus zo: ik krijg zo'n gedachte, dan komt er gewoon een psychische dwang op me af, ik word bijvoorbeeld.....een ander stapt er gemakkelijk overheen en ik word, ja, ik ga niet transpireren, maar ik voel mezelf dus wel koken en dat is natuurlijk alleen maar wat ik nou wilde zeggen.....mijn vrouw die zal mij dus niet meer.....ik moet het dus zelf uitzoeken..... mijn vrouw die houdt zich afzijdig.

Het echtpaar accepteert het aangeboden directief. Er wordt tevens een oplossing voor het "verstopte" toilet aan de hand gedaan:

Ther.: Maar U moet daarnaast dus voorzieningen treffen dat U, desnoods gewoon op de badkamer, zo'n verplaatsbaar toiletje voor klein gebruik of zo.....'n campingtoiletje.....

Hij : Ja maar, zoiets wil ik toch eigenlijk gewoon voorkomen.....

Zij : Ja, nou ja, dan zal ik een emmer op de douche zetten.

De tweede zitting wordt als volgt afgesloten:

Hij : Nee, maar denkt U ook niet dat het doordat zij er dus niet op ingaat, maar dat zij het mij alleen laat doen, dat dat al een gunstige uitwerking zal hebben op een minder gaan naar de w.c.?

Ther.: Nee, nee, dat verwacht ik helemaal niet. Ik verwacht juist dat U een moeilijke tijd door gaat maken.

Bij de derde zitting vertelt mevrouw Plezier, haar man zo goed te begrijpen omdat zij vlak voor het huwelijk een lange tijd onder schuldgevoelens en scrupuleuze gedachten betreffende de sexualiteit gebukt ging (!).

Steeds probeert de heer Plezier de therapeut te bewegen om een congruente opdracht te geven. Dit wordt zorgvuldig in dit stadium van de therapie vermeden, o.a. door: met vage, weinig concrete formuleringen te reageren:

Hij : Nee, ik heb dus niet meer zo'n periode gehad dat ik lang op de w.c. bleef en dat ik eigenlijk daardoor de w.c. blokkeerde. Ik ben er eigenlijk vanzelf vanuit gegaan ook dat ik me er toe zette van het zo min mogelijk te doen. Is dat nou eigenlijk een goede intentie van te zeggen: nou ja, ik moet me er toe zetten het zo min mogelijk te doen, is dat nou eigenlijk een goede intentie om te zeggen ik moet me er tegen verzetten en ik moet het dus afkappen of ik moet, nou ja, het zoveel mogelijk voorkomen, ik wil maar zeggen, nou ja, ik weet natuurlijk ook niet precies hoe het proces moet verlopen.....maar, nou ja, het lijkt dus, voor mezelf lijkt het me dus wel goed als ik de intentie heb om er zoveel mogelijk tegenin te gaan.

Ther.: Het is zo, dat het de bedoeling natuurlijk is, dat U beter wordt, dat is heel duidelijk. Dat houdt in dat U van al deze problemen en klachten bevrijd wordt.....

.....en de opdracht wordt aan het eind van de zitting opnieuw gegeven, terwijl de vrouw gevraagd wordt zich precies aan de afspraak te houden:

Ther.: U moet zich absoluut opstellen en Uw man letterlijk voorschrijven terug te gaan naar het toilet, ga nou denken in het toilet. En U mag daar best de suggestie bij geven: doordat je naar het toilet gaat kun je het mogelijk overwinnen, kun je het uitdenken. Daardoor neemt de afhankelijkheid af (!).

Hij : Ja, U bedoelt, als ik dan ga en ik zoek het zelf uit, dan kom ik minder afhankelijk van haar te staan.....

Mevrouw introduceert het werkprobleem. De afgelopen maanden waagde hij twee pogingen om zijn werk te hervatten; deze mislukten volkomen. Op dit moment van de behandeling lijkt het geven van een werkadvies onjuist. Hij wil immers zo graag, maar kan helaas niet. In plaats hiervan gaan we stellen dat hij nog niet in staat is om te werken en ontraden het hem tenslotte:

Zij : Dat vind ik dan niet zo erg. Nou zit ik dus alleen nog met het probleem van moet hij nu wel of niet gaan werken, want hij zei dus eerst: nou ja, nou ben ik bij die dokter geweest en nou wil ik eerst maar die week uitmaken en dan toch die maandag maar weer beginnen. Nou, afgelopen week zei hij: Nou, ik weet het niet hoor, en vanmorgen zei hij dat dus ook nog. Toen heb ik gezegd: laat dat nou maar aan de dokter over, ik weet het niet.

Ther.: Nou, ik dacht dat we echt een stuk verder moesten zijn.....

Zij : U zegt nou maar gewoon dat.....

Ther.: Ja, ik bedoel, om nu al aan de gang te gaan, ik geloof niet dat dat de behandeling ten goede komt.

Zij : Nou ja, goed.....

OVERZICHT VAN DE CONTRA-MANOEUVRES VAN DE PATIENT EN HET ANTWOORD VAN DE THERAPEUT

De heer Plezier hanteerde in de gesprekken de volgende manoeuvres:

- a. In het begin greep hij elke kans die hem geboden werd aan om over zijn verleden te spreken; hij psychologiseerde er langdurig op een zeer affectvlakke wijze op los; hij vertelde dan duidelijk een soort after-dinner verhaal, waarbij de echtgenote erbij zat als de welwillende partner die het allemaal wel eerder gehoord heeft, doch haar man niet wil afvallen tegenover vreemden.

Hij : Het is dus zo dat ik op een Seminarium geweest ben hè, en daar was ik dus als kind van 12 jaar en in de puberteit eigenlijk zijn die problemen begonnen, maar toen beseftte ik eigenlijk nog niet dat dat allemaal aan de puberteit vast zat.

En het was vroeger natuurlijk allemaal veel strenger, het was eigenlijk een soort klooster met reglementen en nou ja, ik zat bij wijze van spreken 3-4 uur in een kapel, niet achter elkaar, maar ja, 's morgens 2 uur en zo over de dag verdeeld.....maar het is dus bij wijze van spreken ook in die kapel begonnen. Dan.....niet als ik met de jongens bezig was, dan zat ik op het Hageveld, het was dus een communiteit eigenlijk, het was eigenlijk een gymnasium, nou ja goed, dan was er niks aan de hand maar in die kapel, daar hoorde je een speld vallen. Bij wijze van spreken was het er zo stil dat je een speld kon horen vallen en nou ja, in die stilte, ik wil maar zeggen, je moest er eigenlijk bidden maar je kan van een kind ook niet verwachten als ie 12-13 jaar is dat ie 2-4 uur bidt. Hoe dan ook, de één heeft er meer last van dan de ander, maar bij mij is het toen begonnen met bepaalde dwanggedachten hè, die heb ik dus toen gekregen en daar ben ik dus toen over gaan puzzelen, na gaan denken, en ik wil maar zeggen, was ik toen maar naar bepaalde mensen toe gegaan, maar ja, dan val je op een leraar terug hè, je geestelijk leidsman, maar ik ben nu ook geen type dat gauw z'n dingen blootlegt voor een ander, ik ben eigenlijk een beetje teruggetrokken, tenminste, ik heb het altijd in mezelf uit zitten kienen. Vroeger waren dat weer allerlei andere gedachten, dat waren echt dwanggedachten en daar wilde ik dus uitkomen, maar ja, het maakte me dus ook nerveus.....

- Zij : Maar je hebt toen toch ook eens iemand meegemaakt in de kerk die toch eigenlijk gek werd? En toen werd je toch voor jezelf bang dat je dat ook zelf zou kunnen krijgen?
- Hij : Ik kan het me dus nog heel goed herinneren. (etc.)

Door de therapeuten werd deze manoeuvre beantwoord met welwillende gelatenheid: getracht werd verbaal en non-verbaal de indruk te wekken van de drukbezette, doch vriendelijke dokter, die zich zit te realiseren dat het voor patiënten nuttig kan zijn om zich eens uit te praten en hun naïve theorieën t.a.v. ontstaansmechanismen van ziekteverschijnselen te ventileren.

Zoveel mogelijk werd daarna weer gepinpoint op het langdurig denken op het toilet.

- Hij : Ja, maar dat is inderdaad gewoon gegroeid op dat kantoor sinds ik uit dwangmatigheid naar de w.c. ging.
- Ther.: Goed, dat heeft U goed en duidelijk uitgelegd. Wat voor soort huis heeft U?
- Zij : Een flat. Allemaal begane grond, allemaal gelijkvloers.
- Ther.: Ja.....Ja, dat is voor U allen moeilijk natuurlijk als Uw man zo vaak op het toilet zit.....U moet zelf ook wel eens.....
- Zij : Ja natuurlijk, en de kinderen ook, die moeten naar school en dan worden ze natuurlijk kriegel: papa, ik moet naar de w.c., kom eraf, ik moet naar school en zo.

b. Hij bleef eindeloos om uitleg vragen, telkenmale een iets andere formulering kiezend, om het zelfde te zeggen. ("U bedoelt dus eigenlijk", "het is dus eigenlijk" etc.).

In onze reactie daarop werd hem duidelijk gemaakt dat we zijn zorgvuldigheid t.a.v. onze interpretaties en richtlijnen zeer op prijs stelden, omdat het de kans op misverstanden in de uitvoering van de richtlijnen minimaliseerde.

c. Een zeer subtiele manoeuvre was, dat patiënt vaak zijn echtgenote vragen stelde tijdens het gesprek, op dezelfde wijze waarop hij thuis dwangmatig vroeg. Hij deed dit evenwel zo geraffineerd dat het ons pas na meerdere malen opviel. Vanaf dat moment werd hij er telkens op gewezen, op een achteloze manier, alsof het alleen ter illustratie was.

d. Hij tradtte de therapeut te bewegen tot het ritueel op schrift stellen van afspraken, met als argument dat de confrontatie met de zichtbaar geworden deskundigheid hem meer zou stimuleren zich aan zijn beloftes te houden.

Toen hem dat niet lukte ging hij gretig in op een suggestie van de echtgenote, die op het zelfde principe gebaseerd was. Eén en ander werd zo elegant mogelijk gekoppeld aan het oerdirectief.

Hij : Mijn vrouw zei: zet je belofte eens op papier en als je je er niet aan houdt dan verscheur ik het briefje want dan heeft het verder geen zin meer. En nu weet ik niet in hoeverre U hiermee accoord kunt gaan. Voor mezelf is het eigenlijk een steun, het staat nu zwart op wit en nou ja, ben je een kerel dan hou je je eraan.

Ther.: U hebt het briefje zelf geschreven, ik geloof dat er geen bezwaar tegen is als U zich verder onthoudt van enig commentaar. Ik geloof ook niet dat U het briefje moet verscheuren, dat heeft allemaal weinig zin.

Zij : Dat wou ik nou net vragen.

Ther.: Als er zoiets gebeurt, dan zou ik het briefje maar gewoon op het toilet brengen, dat U als het ware verder stilzwijgend aangeeft: een afspraak is niet gehouden, dat is weleens meer gebeurd, je weet waar de plaats is om daarover na te denken.

In de gezinsinteractie kwamen de weerstandsfenomenen nog onverhulder naar voren dan in de gesprekken.

I. Nadat het symptoom was voorgeschreven trachtte hij onmiddellijk het denkerrein van de w.c. naar de slaapkamer te verleggen: hij bleef langdurig op bed vanwege ondraaglijke

hoofdpijnen, hoewel hij, in één adem, daaraan toevoegde dat hij minder hoofdpijn had, wanneer hij op normale tijden opstond.

- II. Toen zijn echtgenote zich strak aan het directief hield betrok hij zijn kinderen erbij.

Zij :Nee Rinus, ik mag het niet zeggen. Hij werd dus echt kwaad. Ik kom er hier nooit uit en ze vertellen me nooit wat, dan ga ik maar weg want ik heb hier toch helemaal niks. Dus hij was echt obstinaat. Hij zegt: je vertelt het. Ik zeg: nee, ik vertel het niet. Toen ging hij naar de kamer, naar mijn zoontje, die is vreselijk gevoelig en toen zegt ie: Paul, wat hebben we nou donderdag gegeten? en toen zegt Paul: Nee pappa, dat mag ik niet zeggen. Hij is er ook al min of meer op getraind. En toen zegt ie: nou, dan wordt hier helemaal niks gezegd, nou ga ik weg en kom niet meer terug; en dat moet je tegen die jongen niet zeggen, die is vreselijk gevoelig dus die zegt: nee, pappie! We hebben brood gegeten. Maar hij had toch al zijn jas aan en zei: ik ga weg en gooi me voor de trein.

Hij : Nou ja.....

Zij : In een opwelling is hij dan, hij zal het heus niet doen.

- III. Pogingen tot werkhervatting mislukten in de aanvang volledig. Uiteindelijk werd ook t.a.v. dit probleem een paradoxale benadering gekozen; er werd terloops een gesprek op gang gebracht over de zegeningen van onze sociale voorzieningen. Uitvoerig werd ingegaan op het relatieve belang van werken in een samenleving waarin dat geen levensvoorwaarde meer is en er werden suggesties gedaan om de hobby's uit te breiden. Dit resulteerde in emotionele betogen die behelsden dat hij zich geen parasiet wilde voelen en beslist aan het werk wilde. Met enige bezorgdheid en duidelijk gedemonstreerde twijfel werd hem uiteindelijk toegestaan het te proberen. Tevens werd hem het advies gegeven zijn chef, telkenmale wanneer hij voelde weg te moeten, duidelijk van de achtergronden op de hoogte te brengen. In de laatste gesprekken ontstond toen het patroon dat de therapeut mondjesmaat toegaf aan patiënts verzoeken tot uitbreiding van de werktijd, hetgeen uiteindelijk resulteerde in volledige werkhervatting.

Het toiletbezoek thuis was drastisch teruggelopen, op kantoor kwam het niet of nauwelijks meer voor.

DISCUSSIE

Naar onze mening hebben bij de reacties die de gegeven directieven bij het bovenbeschreven echtpaar hebben opgewekt de volgende factoren een rol gespeeld.

1. Het totaal van communicatiepatronen tussen de echtelieden is te beschouwen als een lang bestaand, sterk morphostatisch systeem, waarbinnen het voor de betrokkenen lange tijd goed toeven was: er was zelfs ruimte voor kinderen.
2. Om ruimte te scheppen voor directieve interventie was het nodig te pinpointen; duidelijk is evenwel dat het echtpaar dat zelf reeds in belangrijke mate gedaan had: het paar liet de problematiek opvallend vlot herformuleren tot "langdurig denken op de w.c.".
3. Duidelijk is uiteraard dat de "pinpoint" hier de top van de ijsberg was en dat een "goed" directief niet alleen ten aanzien van het prescribing symptom repercussies zou hebben, doch tot paniekreacties in de zin van pogingen tot negatieve feedback manoeuvres zou leiden.
4. Men kan stellen dat een "goed" directief, geplaatst met een "goede" verkooptechniek, wil het aan de kwalificatie goed voldoen, tot duidelijk manifeste repercussie moet leiden: met andere woorden, het systeem moet niet berekend zijn op het integreren van de gevolgen van het directief met de feed-back mechanismen waarover het beschikt.
5. Anderzijds moet de verkooptechniek op zo'n wijze inspelen op de gebruikelijke reactiepatronen van de cliënten, dat ze er niet toe kunnen komen aan de openhartige goede trouw van de verkoper te twijfelen. De punten 4 en 5 omschrijven in ons geval de aard van de gehanteerde therapeutische paradox: prescribing the symptom met een zo systematisch mogelijk relabelen van alle reacties tot, hetzij begrijpelijke vergissingen van de cliënt (waarbij de therapeut zich dan graag verontschuldigt en hartelijk aanbiedt het nogmaals uit te leggen), hetzij pogingen tot medewerking van de cliënt, die hij zelf nog niet als zodanig gekwalificeerd had.
6. Inspelend op zijn dwangmatigheid gaven wij de heer Plezier, in het kader van een monitoring procedure, de opdracht zijn symptomen zeer uitvoerig en op verschillende wijzen te registreren.

hij vervaardigde eenvoudige rapportages, en grafieken naar totale duur per dag van het toiletbezoek en naar frequentie per dag.

Tussen de eerste en laatste voortbrengselen bestaan verheugende verschillen. Zo ging b.v. een registratie in uren (!) spelenderwijs over in een minutenschaal.

7. Het doel dat beoogd werd met het geven van de directieven impliceerde ten eerste een voor de cliënt aanvaardbaar alternatief; hij won iets door zijn gedragsverandering, en ten tweede bood de gekozen methode hem de gelegenheid zonder gezichtsverlies afstand te doen van zijn symptoom.

Na 12 zittingen werd het echtpaar uit onze behandeling ontslagen. De heer Plezier had zijn werk hervat en zijn dwangneurotische activiteit beperkte zich tot enige minuten per dag. 6 maanden later bleek deze relatief gunstige situatie ongewijzigd.

18

10.7. HET DICHTSLIBBEN VAN EEN PRAKTIJK OF HOE VOORKOM IK UITZICHTLOZE
THERAPEUTISCHE (?) RELATIES.

Elke psychotherapeut is gelukkig van tijd tot tijd betrokken bij het verbeteren van cliënten.

Percentages hierover zijn nogal afhankelijk van doelstellingen, follow-up e.d.. Hoe goed de therapeut ook is, er blijven cliënten over die niet of nauwelijks verbeteren en bij voortduring hulp blijven vragen. Deze groep cliënten valt in twee subgroepen uiteen.

A. De cliënten, die gedurende de behandeling gelijk blijven of achteruit gaan. Ook hier treffen we twee typen aan :

A.I : de sthenici: "Deze therapeut helpt mij niet. Ik zoek een betere".

A.II: de asthenici: "Misschien wordt het morgen beter".

Deze gaan steeds meer op B (zie verder) lijken.

B. De groep cliënten, die iets verbeteren of de therapeut althans steeds de idee geven iets vooruit te gaan, daarmee implicerend: "Ik kan je nog niet missen". Sommige cliënten bereiken hierin door jarenlange training een grote bedrevenheid. Rümke beschrijft een patiënt, die 45 jaar lang de dokter het gevoel wist te geven, dat deze iets voor hem deed.

De groepen A.II en B tenslotte zorgen bij een grote case-load, zoals op een SPD, een perifere psychiatrische praktijk, m.w., e.d. voor het dichtslibben van de praktijk.

Een zeer goede therapeut slaagt er bij 60-80% van de gevallen in met de cliënt tot een overeenkomst te komen met betrekking tot het bevredigend afsluiten van de contacten.

Van de resterende 20-40% zijn er wat wegblijvers en een aantal die hogerop willen (A.I). De rest ontwikkelt zich tot A.II en tenslotte tot B.

Een eenvoudige rekensom leert : Bij een aantal nieuwe aanmeldingen van 100 per jaar, zal de praktijk in 5 à 10 jaar volledig gevuld zijn met B-clieñten.

Welke technieken staan ons nu ten dienste om deze zeer ongewenste ontwikkeling tegen te gaan ?

I. Preventie

I. Werken met circumscrippte doelstellingen en daaraan gekoppelde contracten. Bijvoorbeeld: "We besteden 6 zittingen gedurende 12 weken om een doel te bereiken". "Indien we niet slagen in die tijd, dan ben ik niet de juiste man voor U en is het noodzakelijk U door te verwijzen naar therapeut 2 of 3". Het is mogelijk om bij deze evaluatie uit te wijken naar een nieuw behandelingscontract. Bijvoorbeeld als het doel te hoog gegrepen was of indien de therapeut de verwachting heeft het gewenste doel binnen enkele zittingen te kunnen bereiken. Dit is een gevaarlijk moment. Hier ligt de kans voor de cliënt een ontwikkeling tot cliënt van de A.II en B-categorie in gang te zetten.

II. Samenwerking met therapeut 2 of 3: Enige therapeuten spreken af om cliënten, die zich dreigen te ontwikkelen tot A.II of B, via de in I.I geschetste contracten naar elkaar te verwijzen. Dit heeft een aantal voordelen:

1. Therapeut 2 of 3 kan ingelicht worden over de mislukte strategieën van therapeut 1 en aldus wijs geworden een bepaald behandelingsplan opstellen.
2. Iedere therapeut heeft een aantal aan zijn persoon gekoppelde deskundigheden (en ondeskundigheden. Vergelijk de in pre-analytische kringen bekend staande blinde vlekken). De cliënt kan dus geluk hebben: valt in de specifieke deskundigheid van therapeut 2 en wordt geholpen. Of hij had pech: viel in de specifieke ondeskundigheid van therapeut 1: wordt middels de deskundigheid van 2 verder geholpen.
3. De cliënt wordt noch door 1, 2 of 3 geholpen. Hij heeft echter niet de kans om B te worden. Hij blijft een rots in de branding ontberen, hetgeen mogelijk leidt tot het zoeken van een non-professionele rots in de branding b.v. een nieuwe vrouw of vriend. Of hij komt tot een klinische opname (in tegenstelling tot cliënten van de B-categorie), hetgeen eveneens mogelijkheden tot verbetering biedt.

II.

Ondanks een goede preventie zijn er toch een aantal cliënten, die er in slagen B te worden. Voor deze cliënten is de therapeut de strohalm, de rots in de branding, de goeroe, de liefhebbende ouder e.d. geworden. Pogingen om de therapeutische relatie te beëindigen leiden tot heftige tonelen, de symptomen nemen toe. De cliënt maakt de therapeut duidelijk zonder hem niet verder te kunnen.

In die gevallen kunnen de volgende technieken overwogen worden:

- I. Spreek met 2 of 3 therapeuten af iedere 6 of 12 maanden kritisch de case-load door te nemen en de A.II en B-gevallen er uit te lichten. Deze cliënten worden kort besproken en
 1. vallen onder de typische deskundigheid van één van de therapeuten, hetgeen betekent dat een tweede therapeut mogelijkheden ziet en met de cliënt aan de gang wil (A.II),
 2. of zijn B-gevallen en worden volledig willekeurig onder de therapeuten verdeeld, overeenkomstig het aantal gevallen dat de verschillende therapeuten binnen brengen (bijvoorbeeld: therapeut 1 heeft 20 B-clieñten. Deze levert hij in ter verdeling, zo mogelijk krijgt hij 20 cliënten terug van therapeut 2 en 3).

Er wordt een register van onderlinge verwijzingen aangelegd. Op de volgende bijeenkomst wordt geëvalueerd, wat met de aldus geregistreerde cliënten is gebeurd.

Hierbij zou via een straf- en beloningsstelsel gewerkt kunnen worden. Bijvoorbeeld: de therapeut die het hoogste percentage B-gevallen gedepatiëntiseerd heeft, krijgt van de andere therapeuten b.v. een goede fles wijn. De therapeut met de grootste B-productie biedt de andere therapeuten een etentje aan (afhankelijk van de ernst van zijn falen: een chinees etentje of een diner in Hilton). Impliciet is de straf voor het laten ontstaan van cliënten van het type B: zoveel B's als je maakt, zoveel krijg je er op de ruilbeurs van je collega's terug.

De cliënten zullen doorverwezen moeten worden. Dat dit een goede verkooptechniek vraagt, is duidelijk. Bijvoorbeeld: "Door een ingrijpende interne reorganisatie is het noodzakelijk dat U etc."

II. Het opzetten van een directieve nazorg-groep volgens v.d. Hart (zie T.D.T. 9-7-1 e.v.).

De therapeuten 1, 2 en 3 vormen samen een begeleidingsteam voor een groep, zoals door v.d. Hart beschreven.

Belangrijke punten hierbij zijn:

- 1. De groep wordt gestart na de in II.I genoemde evaluatiedag.
- 2. De duur van de groep is in principe tot aan de volgende evaluatiedag.
- 3. De 3 of 4 therapeuten zijn wisselend bij de groep aanwezig. Alleen de eerste 2 of 3 zittingen zijn ze er allen, daarna doet 1 of doen 2 eventueel de volgende zittingen.
- 4. Na 6-12 maanden wordt de groep ontbonden. De "plakkers" kunnen in de nieuwe groep ondergebracht worden. Dit wordt ze echter ten zeerste ontraden etc.

Ook bestaat de mogelijkheid dat de rest-groep zelfstandig zonder therapeut voort blijft bestaan.

Nadrukkelijk dient gesteld te worden, dat het zeer gewenst is "je straatje schoon te houden" en niet te snel cliënten "uit het haar te borstelen" en hen via een zij- of achterdeur binnen te laten komen bij een andere therapeut (vgl. Joele, T.D.T. 9.32.), omdat dan namelijk aan het beoogde doel: het voorkomen van langdurige uitzichtloze therapeutische relaties, niet beantwoord wordt. Er is dan geen zicht meer op wat de onbekende volgende therapeut doet met de cliënt. Borstelt hij hem ook snel uit het haar of mag de cliënt helpen de praktijk van deze therapeut comfortabel dicht te laten slibben.

Kees Hoogduin.

een nieuw konflikt scheppen.

Mia, 29 jaar, alleenstaand, had voorspoedig gewerkt in de nazorggroep en was er daarom uitgegaan. Na drie maanden komt ze weer terug, omdat het slecht gaat met haar. Ze voelt zich door mensen in de steek gelaten; eenzaam, depressief, en ook erg agressief. Haar oplossing voor het laatste is hals eindigen te gaan lopen. Maar ze redt het daar niet meer mee. De eerste keer dat ze er weer in klaagt ze wat over haar situatie en weet, met de hulp van een ander groepslid, een paar opdrachten te formuleren. De tweede keer lijkt ze in een zeer depressieve toestand te verkeren. Ze denkt er over er maar een eind aan te maken. Niets heeft zin meer, met werk moet ze ook maar stoppen etc. Geeft ook aan, dat als uit de nazorggroep ook niets komt het wel vast staat dat t beste is er een eind aan te maken.

Dit is te vertalen met " dus doen jullie er wat aan ". Het is niet de gewoonte in deze groep om mensen met dit soort kommunikaties te konfronteren, maar om te proberen alles om te zetten in opdrachten. Ik zeg haar; je zegt dat j aan t eind van je latijn bent. Alle dingen die je ondernomen hebt hebben niets geholpen. Je zult het met me eens zijn, dat er geen toeverpillen bestaan en dat een kleine opdracht ook niet voldoende zal helpen. Wat jij in jouw situatie nodig hebt is een paardemiddel.

Voordat ik je dat geef- ik heb het n.l.- wil ik eerst weten of je bereid bent een paardemiddel aan te nemen. Mia spultert tegen. Ze laat merken dat ze hulp verlangt van mij, maar ze wil niet zonder meer iets op zich nemen wat ze niet kent.

Ik zeg dat ik eerst haar inzet wil voordat ik haar verder wil helpen. (vgl. Watzlawick c.s. in Het kan anders, over "het pakt met de duivel"). Ze moet hier nu maar goed over nadenken, terwijl de groep verder gaat. Een uur later werd ik mij weer tot haar- het is haar beurt in de derde ronde. Denselfde soort "gevecht" doet zich voor. Mia kapituleert. "Nou het moet maar".

Ik vertel haar dan, dat ze gedurende vier weken, vier keer per week s' morgens van zeven tot acht yoga moet gaan doen in een bepaalde yoga ashram in Amsterdam. Ze schrikt zich rot; " ik heb gewoon al twee wekkers nodig om wakker te worden", dat kan ik nooit opbrengen. Mijn werk kan ik dan niet volbrengen".

Ik heb het dan over de noodzaak van een paardemiddel en haar inzet.

Andere groepleden noemen dit ook. Ria zit er lijkkleek bij. Dan zegt een groeplid, die deze yoga af en toe doet, dat het niet van 7 tot 8 uur in de morgen is, maar van half zes tot acht uur s'morgens ! Ria's mond blijft open staan.

Ik zeg; zo ver was ik niet geïnformeerd, maar ik weet het goed met je gemaakt; je hoeft niet vier weken lang vier keer per week, maar drie keer per week, gedurende drie weken. En om te beginnen morgenochtend. Het besluit is dat Ria zeer geschokt weggaat aan het eind van het uur. Hoopend dat ze dat niet kan opbrengen.

De volgende week komt ze heel opgewekt in de groep terug. Ze vertelt als het haar beurt is, dat ze 's avonds na de groep serieus heeft nagedacht over de opdracht. Dat ze ook wel wilde gaan, maar dat ze tot de conclusie kwam dat ze dan niet goed zou kunnen werken. Dus ze had besloten het maar niet te doen, maar als compensatie hard te werken en ook in de avonden haar studie van een taal extra intensief te doen. Wel, het werk was uitstekend gegaan, en ze had nog nooit zo'n plezier in de taalenstudie gehad als deze week. Bovendien was ze naar een kruidenzaak geweest, en daar had ze allerlei theesoorten gekocht, ze thuis wat gecongnd en ik allerlei potjes gedaan en ze had lekker thee voor zichzelf gezet. Lekker voor zichzelf gezet en dat was haar goed bevallen. Depressie weg dus.

Diskussie:

Ik heb de techniek "het pakt met de zuivel" uitgevoerd. Ze moet eerst zeggen dat ze zou doen wat ik zei, voordat ik de opdracht gaf. Dat ze hem niet uitgevoerd heeft vind ik niet erg- niet alleen a posteriori, nu we weten dat ze uit haar depressie is. Het rationale van deze opdracht was n.l.:
a. als ze gaat is ze zeer geprekkupoord met een forse verandering in haar leven. Ze oet ists in plaats van bij de pakken neer te zitten, en wat ze doet is heilzaam. Deze yoga is n.l. zeer goed. Het doen en de prekkupatie er bij (of dat nu zou zijn dat ze er de post in heeft dat ik haar dit heb aangedaan, of

iets anders) is onverenigbaar met de depressie en het idee "het heeft allemaal geen zin", laat ik er maar een einde aan maken".

b. Ook als ze de opdracht niet zou uitvoeren, zou ze naar mijn idee bezig zijn met de vraag hoe ze dat recht kon breien naar mij toe. Deze optie werd door haar gekozen en ze vond de alternatieven in hard werken, lekker studeren en goed voor zichzelf zorgen (hoewel ik het laatste als een "spontaan" gevolg van de eerste twee zie).

c. Ook als ze mijn opdracht als absurd zijnde had verworpen, had ik een verandering ten gunste verwacht. Ik dacht dat een dergelijk denken in de trant van "Onno is hardetikke gek... wat denkt ie wel dat ie van me vragen kan... en in het hoist van de nacht naar een stelletje halfgare yegamensen te gaan..." Dat vindt ik ook onverenigbaar met de depressie en het denken "het heeft allemaal geen zin".

Kortom, mijn interventie kreërde een intens konflikt bij haar ten aanzien van een opdracht die een zeer groot offer van haar verlangt. In welke richting de preokkupatie hiermee ook gaat, het was naar mijn idee dat hij in ieder geval in tegenstrijd zou zijn bij een depressieve en defaitistische instelling. Wellicht kun je de gehele ingreep bestempelen als "het kreëren van een kunstmatig konflikt, dat covert en overt gedrag oproept dat onverenigbaar is met depressie.

Vervolg

In de weken volgend op deze ingreep heeft de tendens van lekker studeren, goed voor jezelf zorgen zich voortgesetzt. Ook op het gebied van verbetering aanbrengen in haar dagelijkse bezigheden heeft ze vooruitgang geboekt.

Onno van der Hart.

Doelen en assertief gedrag van de therapeut

1. Een direktieve therapeut zal zijn gesprekken met cliënten structureren. Dat houdt o.m. in, dat hij de lijn van het gesprek (grotendeels) bepaalt, gezinsleden die elkaar in de rede vallen afkapt, hen rechtstreeks tegen elkaar laat praten in voorkomende gevallen, hun allerlei directieven geeft, waaronder huiswerk.

2. Vele beginnende therapeuten hebben de grootste moeite om zo op te treden, omdat ze eenvoudig niet assertief genoeg kunnen of durven te zijn. Men daarmee konfronteren in supervisie (live) en in simulatie-oefeningen kan hen helpen om steviger te gaan optreden. Naar mijn idee is hier echter sprake van een geleidelijke ontwikkeling. Een beginnende therapeut die van zijn supervisor leert dat afkappen een belangrijke vaardigheid is, zal niet een twee drie dit gedrag perfect uitvoeren, maar veel eerder dankzij regelmatige feedback en modeling "groeien" in dit opzicht.

3. Ik vind het soms, in supervisie, nodig, om een supervisor snel assertief gedrag te leren. Bijv. omdat hij of zij anders nergens komt met het gezin dat in behandeling is.

Ik heb hiervoor tot nog toe twee shortcuts ontwikkeld. Een ervan, de eenvoudigste bespreek ik hier. Ook laat ik zien, dat deze shortcut eigenlijk minder eenvoudig is dan het lijkt.

4. Deze mini assertieve training begint met mijn instructie van de juiste lichaamshouding van de (gezin)therapeut. Hij dient rechtop te zitten en als het kan op een stoel die iets hoger is dan die van de anderen, zodat hij enigzins boven het gezin uitsteekt. Ik vergelijk deze houding met een boom: stevig, geworteld, etc. (Hierbij speelt suggestie uiteraard ook een rol). Mijn eigen ervaring met deze houding: ik voel me, om te beginnen, neutraal en openstaand voor wat men aan problemen brengt. Ik ben inderdaad ook geworteld; d.w.z. ik kan dan erg veel hebben.

"With your spirit open and unconstricted, look at things from a high point of view."

advies van de Japanse zwaardvechter

Miyamoto Musashi.

Wanneer de supervisor de neiging heeft om op het puntje van

zijn stoel te zitten, helemaal op gaand in wat de klanten vertellen of doen, begin ik niet met het instrueren rechtop te zitten. Dan moet hij achteroverhangen in een luie stoel, de handen daarbij in de nek gevouwen, de voeten op tafel. Dit is een soort passief-dominante houding, die ook aangeeft dat de personen niet op of onder zal gaan in het gebeuren. Pas als de supervisor deze houding een aantal malen heeft aangenomen, instrueer ik hem in het rechtop zitten.

5. Zovengenoemde instructies helpen sommige supervisanten goed op weg naar een assertief en directief optreden als therapeut. Het is evenwel niet altijd voldoende. Iemand, die erg last heeft van dominant gedrag van bepaalde klanten, is daarmee zo gepreokkeerd tijdens de zitting, dat van het aannemen van een bepaalde houding niets meer terecht komt. In zulks het geval, dan kom ik met mijn "zeilboot" instructie.

6. Ik vroeg een supervisante, die ondanks allerlei feedback en steun van mijn kant niet durfde op te treden tegen stevige klanten, het volgende. Kon zij zich een situatie herinneren in haar leven waarin zij zich geheel op haar gemak voelde en bovendien de touwtjes stevig in handen had? Dat kon zij; zij voelt zich kiplekker en de baas als zij zeilt en het roer in handen heeft. Bevelen en aanwijzingen aan medezeilers geeft zij zonder schroom. Ik kreëerde daarop een simulatie-spel, waarin de "klanten" een echtpaar met veel dominant en agressief gedrag vormden. Voordat de "zitting" begon moest de therapeute zich eerst concentreren op een zeilscene, waarin zij aan het roer zat. Als ze werkelijk in die konditie was (het lijkt op hypnose, bedenk ik na) zou ze een seintje geven en begon het simulatie-spel. Aldus geschiedde. De therapeute trad op een geweldige manier op. Heel rustig en kal, zeer zelf-verzekerd. Steunend waar nodig, en aftappend waar gewenst. Dit alles leidend tot een huiswerk opdracht, die bijzonder tot the point was. Er trad, kortweg, een volledige metamorphose op. In de nabespreking vertelde zij, dat ze erin geslaagd was de zeilstemming gedurende het hele simulatie-spel te handhaven, en dat ze zich daarbij geweldig had gevoeld. Ik gaf haar de suggestie, dat ze voor iedere komende therapie-

zitting zich even op het zeilen zou concentreren (waarbij zij aan het roer zou zitten) en dat ze de betreffende zitting, zoals zij ook onjuist ervaren had, gedurende de gehele zitting zou handhaven. Dit is meer min dan meer een posthypnotische suggestie. Ik voegde er zelfs aan toe, dat ze zou merken dat het effect daarvan elke keer sterker en sterker zou zijn. Zó mooi is het overigens niet gelopen. Wel is zij veel assertiever dan voorheen gaan optreden, waardoor haar therapie van laissez-faire steeds meer direktief werd. Ze maakte niet iedere zitting gebruik van het oproepen van de zeilstemming, maar wel behoorlijk frequent. Dat hielp haar dan enorm, vertelde ze.

7. Het roer in handen hebben op een zeilboot is uiteraard niet de enige situatie, waarin mensen ervaren hebben dat ze op een kalme, zelfverzekerde wijze assertief en direktief waren. Het is wel aanbevelenswaardig om in voorkomende gevallen te vragen of de betreffende supervisor of kursorist zeilt. Ik heb er een paar maal rechtstreeks naar gevraagd, en waar positief gerageerd werd, bovengenoemde instructie met succes gegeven. Andere situaties zijn overigens ook bruikbaar, als de stemming naar klopt. Een bepaalde kursorist noemde de toestand waarin hij verkeert als hij mediteert. Hoewel men daarin niet direktief is tegen anderen, bleek hem het oproepen van die meditatieve toestand uitstekend te helpen bij het effectief optreden als therapeut.

8. Ik had gedacht dat de "zeil" instructie altijd raak is. Dat blijkt niet het geval te zijn. Een kollega gaf dezelfde instructie aan een beginnende therapeut, die in gesprekken met echtparen bijzonder druk en zenuwachtig bezig was. De "zeil" instructie sloeg zeer aan, omdat ze dol op zeilen is en ook vaak aan het roer zit. De volgende, gesuperviseerde, therapiezitting werd gekenmerkt door een zeer rustige en ontspannen houding van de therapeut. Ze hing helemaal achterover in haar stoel. Wat ze zei, was meestal uitstekend en tot the point; alleen deed ze erg weinig. Ze liet veel te veel lopen, waardoor het echtpaar niet veel verder kwam. Bij navraag bleek de therapeut zich een heerlijk dagje op

het water te hebben ingebeeld. Ze zat wel aan het roer, maar het was vrijwel windstil...Ze hoefde naar haar gevoel nimmer iets te doen. De supervisor vond de oplossing hiervoor, door haar zich te laten voorbeelden dat er een flink bricabe staat als ze "zeilt".

Wat ik hieruit leer, is, dat het alleen maar geven van de instructie je een bepaalde toestand voor de geest te halen niet voldoende is, omdat men daarmee niet alles kan overzien. Het beste is de superviseant, zoals ook in mijn voorbeeld geschiedde, in aanwezigheid van de supervisor te laten oefenen; bijv. in een simulatie-spel. Dat geeft alle gelegenheid tot bijsturen.

9. Overigens heb ik met dit stuk niet willen bevesten dat een dergelijke "zeil" instructie in alle plaats kan komen van het rechtstreeks oefenen in technisch, zoals die van het herstruktureren, het afschappen, het samenbrengen van wat de klanten brengen, het geven van huiswerk, e.d. Het alleen maar oefenen van de techniek is echter in bepaalde gevallen niet voldoende om iemand in allerlei therapeutische assertief en direktief te laten optreden. N.a.w. er bestaan soms problemen t.a.v. transfer of change, e.a. daar waar niet zoveel trainingsmogelijkheden aanwezig zijn. Het geven van supervisie gedurende één uur in de veertien dagen aan beginnende therapeuten met moeilijke klanten, is hiervan een voorbeeld. De hier besproken instructie blijkt een hoge transfer of change waarde te hebben en zal het in de praktijk uitvoeren van in supervisie of training geleerde direktieve technieken vergemakkelijken.

Guno van der Hart.

1. Ik ben er in geïnteresseerd om uit andere gebieden dan therapie zelf materiaal te halen dat ook van belang is voor toepassing in therapie. Zo tref ik af en toe in de belleterrie aardige en bruikbare manieren van beïnvloeden aan (zie b.v. mijn stukje: Interventies van anderen dan therapeuten).
2. Daar ik therapie bedrijven als een strategische bezigheid beschouw, meen ik dat ik voor mijn therapieën baat kan hebben van bepaalde informatie uit de literatuur die zich met strategie in andere gebieden bezighoudt. Oorlog voeren is bij uitstek een strategisch gebeuren.
3. Ik vermoed dat vele mensen geschokt zullen zijn door een verbinden van oorlogvoeren en therapie bedrijven. Therapie is er toch voor om mensen te helpen en oorlogvoeren is toch gericht op het elkaar afmaken....
4. Het gaat mij erom datgene te gebruiken wat de effectiviteit en efficiëntie van therapie verhoogt. De toepassing van bepaalde principes uit de krijgskunst in therapie, kan hiertoe leiden.
5. Een voorbeeld uit de literatuur over strategie in de krijgskunst: In de vierde eeuw B.C. schreef de Chinese strateeg Sun Tzu het boek Ping Fa (The Art of War; translated and with an introduction by Samual B. Griffith, Oxford University Press, 1963).
In hoofdstuk 6, Weaknesses and Strengths, zegt hij:
 1. Generally, he who occupies the field of battle first and awaits his enemy is at ease; he who comes later to the scene and rushes into the fight is weary.
 2. And there fore those skilled in war bring the enemy to the field of battle and are not brought there by him.
6. Toepassing in therapie:
 - achtergrond
Ik superviseer in het psychiatrisch dagcentrum, waar ik werk, een groepspsychotherapie, d.w.z. een onewayscreen en de mogelijkheid om binnen te komen en te interventiëren.

In ieder geval ben ik het laatste kwartier van de zitting bij de groep in de kamer.

Tijdens de op een na laatste keer was een aantal groepsleden uitgebreid aan het klagen over hun klachten en problemen, zoals het tot niets komen en de angst om winkels e.d. in te gaan. Eén groepslid weidde hier uiterst gedetailleerd over uit. Hoe hij de angst in zijn maag voelde en hoe er een gloeiende pook in zijn buik zat. Dit is een jongen die een dag tegen je aan kan praten om een minutieus verslag te doen van de geschiedenis van zijn problemen, daarbij data en tijdstip van de dag (al is het drie jaar geleden) vermeldend.

De groepstherapeut vroeg mij, na mijn binnenkomen in het laatste kwartier of ik iets te zeggen had. Ik zei, erg nuchter: "ja, één ding. Jan had het over die gloeiende pook in zijn buik. Het probleem met hem is, dat hij hem nooit gebruikt om zichzelf eens op te rakelen en eens tot actie over te gaan". Jan voelde zich duidelijk gepakt, en poogde mij tot de serieuze hulpverlener te bekeren, hetgeen niet lukte.

- intermezzo

Tijdens de voorbespreking van groepstherapeut en mijzelf voor de volgende zitting, vertelde de eerste mij, dat Jan de gehele week razend op mij was geweest; dat hij het mij betaald zou zetten in de komende groepstherapie. "Wacht maar af; dat zal ik hem betaald zetten om op zo'n schunnige manier te reageren", en zo voort. Ik vond dit een uitstekend gebeuren, omdat daarmee het patroon van klagen en het uitweiden in historische details doorbroken was.

- Mijn strategie, gebaseerd op het citaat van Sun Tzu

Ik redeneerde dat Jan mij zou verwachten aan het eind van de zitting, in het laatste kwartiertje, en dat hij zichzelf daarnaartoe zou opfokken. Ik stelde de groepstherapeut voor dat ikzelf dit keer het gehele uur aanwezig zou zijn, zodat er meer tijd beschikbaar kwam om 'therapie te bedrijven' met Jan's problemen. Maar als dit zonder goede motivatie naar de groep zou geschieden, had Jan wellicht dóór dat mijn aanwezigheid speciaal voor hem bedoeld was.

In ieder geval ben ik het laatste kwartier van de zitting bij de groep in de kamer.

Tijdens de op een na laatste keer was een aantal groepsleden uitgebreid aan het klagen over hun klachten en problemen, zoals het tot niets komen en de angst om winkels e.d. in te gaan. Eén groepslid weidde hier uiterst gedetailleerd over uit. Hoe hij de angst in zijn maag voelde en hoe er een gloeiende pook in zijn buik zat. Dit is een jongen die een dag tegen je aan kan praten om een minitueus verslag te doen van de geschiedenis van zijn problemen, daarbij data en tijdstip van de dag (al is het drie jaar geleden) vermeldend.

De groepstherapeut vroeg mij, na mijn binnenkomen in het laatste kwartier of ik iets te zeggen had. Ik zei, erg nuchter: "ja, één ding. Jan had het over die gloeiende pook in zijn buik. Het probleem met hem is, dat hij hem nooit gebruikt om zichzelf eens op te rakelen en eens tot actie over te gaan". Jan voelde zich duidelijk gepakt, en poogde mij tot de serieuze hulpverlener te bekeren, hetgeen niet lukte.

- intermezzo

Tijdens de voorbespreking van groepstherapeut en mijzelf voor de volgende zitting, vertelde de eerste mij, dat Jan de gehele week razend op mij was geweest; dat hij het mij betaald zou zetten in de komende groepstherapie. "Wacht maar af; dat zal ik hem betaald zetten om op zo'n schunnige manier te reageren", en zo voort. Ik vond dit een uitstekend gebeuren, omdat daarmee het patroon van klagen en het uitweiden in historische details doorbroken was.

- Mijn strategie, gebaseerd op het citaat van Sun Tzu

Ik redeneerde dat Jan mij zou verwachten aan het eind van de zitting, in het laatste kwartiertje, en dat hij zichzelf daarnaartoe zou opfokken. Ik stelde de groepstherapeut voor dat ikzelf dit keer het gehele uur aanwezig zou zijn, zodat er meer tijd beschikbaar kwam om therapie te bedrijven met Jan's problemen. Maar als dit zonder goede motivatie naar de groep zou geschieden, had Jan wellicht dóór dat mijn aanwezigheid speciaal voor hem bedoeld was.

De reden die we vonden was, dat de groepstherapeut de volgende twee weken met vakantie zou zijn en dat ik dan zou invallen (dat was al bekend). Het leek ons daarom het beste dat ik, om een gemakkelijke overgang te bewerkstelligen, nu samen met de groepstherapeut deze zitting zou leiden. Bovenstaande was mijn toepassing van het eerste principe van Sun Tzu: he who occupies the field of battle first and awaits his enemy is at ease; he who comes later to the scene and rushes into the fight is weary. Afgezien van diverse gemoedstoestanden (ik maakte me er niet erg druk over, en Jan was waarschijnlijk behoorlijk opgewonden) zou in de oorspronkelijke opzet Jan in het voordeel zijn geweest.

De zitting kwam moeizaam op gang; over koetjes en kalfjes werd gepraat en Jan liet het duidelijk afweten. Het viel mij op, dat Jan er stiller bijzat, weliswaar met een rood gezicht. Hij hing onderuit op een bank, evenals een meisje dat zich naast hem bevond. Ik zag iets in de toepassing van het tweede principe van Sun Tzu: and therefore those skilled in war bring the enemy to the field of battle and are not brought there by him. D.w.z. ik wenste niet te wachten op het initiatief van Jan, dat nog lange tijd zou sluimeren, maar ik wilde ook niet duidelijk tegen hem zeggen: "ik heb gehoord dat je iets op je lever hebt, kom maar op". Dat zou reacties kunnen geven als: "maar nu heb ik er geen zin in", waarmee ik wellicht de uitnodiging zou krijgen om aan hem te trekken. Mijn idee was hem naar 'the field of battle' te brengen, zonder dat hij er erg in had dat ik hem uitnodigde.

Ik zei tegen de groepstherapeut, dat ik het moeizaam vond gaan, maar dat dit m.i. ook kwam door de lichaamshouding van sommige groepsleden, n.l. Wil (het meisje) en Jan. "Mij stoort zo'n uitgezakte houding; jou ook?"

Jan werd vuurrood en vroeg me met onderdrukte opwindings: "dus jij stoort je aan mijn houding? nou, weet je wat jij bent, een ijskouwe. En ik heb je nog wat anders te zeggen ook". Waarop hij losbrandde.

Het beschrijven van de daarop volgende interacties is niet interessant in het kader van dit artikel.

10.8. Onderzoek als deel van het therapeutisch arsenaal

Alfred Lange

In TDT, 2 (9), 40-42 beschreef ik de remmende effecten die research projecten voor een therapeut met zich mee kunnen brengen; hoe de angst om cliënten te verliezen, waardoor het project geïnvaleideerd wordt, zijn manoeuvreerruimte verkleint.

In dit artikel wil ik ingaan op een ander aspekt van proces-onderzoek bij therapieën.

Verloop van één projekt

Het in het laatste nummer van TDT door mij genoemde voorbeeld betrof een echtpaar-therapie met de hieronder volgende structuur en metingen.

1. april 1974: een taxatie-gesprek, waarbij een aantal probleemgebieden op een rij werden gezet;
2. april tot september: een therapieloze periode. In die periode hadden twee medewerkers van de therapeut één gesprek met man en vrouw afzonderlijk, teneinde m.b.t. de probleemgebieden tot een objectieve formulering te komen. Voor elk van de probleemgebieden werd een aantal ratingsschalen opgesteld. Dit resulteerde in een vragenlijst van 41 items.

Deze vragenlijst werd eenmaal per week door man en vrouw afzonderlijk ingevuld.

Enkele voorbeelden:

'DEZE WEEK BEN IK'

zeer ontevreden 1 2 3 4 5 6 zeer tevreden

over de belangstelling die mijn partner getoond heeft voor mij.

zeer ontevreden 1 2 3 4 5 6 zeer tevreden

over de hoeveelheid alcohol die mijn partner drinkt.

zeer ontevreden 1 2 3 4 5 6 zeer tevreden

over de organisatie van onze geldzaken.

De items hadden betrekking op de volgende probleemgebieden:

- manier van communiceren
- alcohol
- geld
- omgang met de kinderen
- omgang en keuze van vrienden
- omgang met wederzijdse familie
- autonomie
- seksualiteit
- verantwoordelijkheden in het huishoudelijk gebeuren.

3. Vanaf vier weken voor de tweede zitting (het begin van de therapie), werd deze vragenlijst eenmaal per week door man en vrouw (Egbert en Corrie) afzonderlijk ingevuld.

Een tweede meting had te maken met kongruentie van perceptie. Hier-voor moesten man en vrouw een eveneens 41-itemige vragenlijst invullen waarop zij steeds konden aangeven hoe zij dachten dat de partner in die week de diverse probleemgebieden beoordeelde. Het verschil tussen diens feitelijke beoordeling en de voorspelling daarvan geeft een maat voor wederzijdse duidelijkheid en perceptie-nauwkeurigheid.

Naast de vragenlijsten werden er elke week observatie-metingen verricht. Hiertoe werd aan man en vrouw gevraagd om gedurende een kwartier te praten over drie - uit de vragenlijst afkomstige - items. Deze gesprekken werden op video-tape opgenomen. Aan het einde van de behandeling zouden zij geskoord worden op een aantal communicatie-karakteristieken (vgl. Lange & Van der Hart, 1975, par. 2.5). Het skoren zou geschieden door onafhankelijke observatoren, die de volgorde waarin de gesprekken zijn opgenomen niet kennen.

4. In september begon de eerste therapie-periode (10 weken, met wekelijks één zitting en één keer metingen).

Met behulp van onmiddellijke feedback, oefeningen tijdens de zittingen en leeropdrachten, zouden de verschillende probleemgebieden succes-sievelijk aangepakt worden.

5. Half december begon de geplande 'withdrawal' periode (vgl. Leitenberg, 1973): 6 weken zonder therapie, wel wekelijkse metingen.

6. Begin februari 1975 begon de tweede therapie-periode. Hoewel hiervoor weer 10 zittingen waren gepland, werd deze periode in overleg met de cliënten bekort. Zonder dat de therapie een overtuigend succes was geworden - zij vormden nog geen bloeiend paar - was er toch sprake van een dusdanige vooruitgang m.b.t. de verschillende probleemgebieden dat er een soort plafond bereikt was. Méér dan het bereikte zat er niet in. Tortelduifjes zouden zij nimmer worden en mevrouw was bijv. nog steeds buiïg. In totaal nam de therapie nu 15 zittingen in beslag.

Reaktiviteitsproblemen

De bedoeling van het research-project was om het therapie-proces in kaart te brengen; te onderzoeken of het werken aan specifieke problemen ten opzichte daarvan meer verandering teweegbrengt dan ten aanzien van andere probleemgebieden (multiple-base-line design van Leitenberg, 1973); of het stoppen met therapiezittingen (withdrawal) een terugval tot gevolg heeft. Doordat alle therapiezittingen op videoband zijn opgenomen en op specifieke interventies worden geskoord, zou het bovendien mogelijk zijn het effect van specifieke interventies op veranderingen bij het echtpaar te traceren.

Los van alle problemen die zich hierbij voordeden - waar ik nu niet op in wil gaan - was er één levensgroot probleem dat het gehele research gedeelte van dit project op losse schroeven zette: de invloed die de metingen zelf hadden op Egbert en Corrie. Een aanwijzing dat zij door het invullen van de vragenlijsten misschien al veranderden, kregen wij doordat de metingen voorafgaande aan de therapie al een stijgende lijn te zien gaven. De genadeklap voor dit soort research kwam echter in de laatste (evaluatie) zitting. Egbert vond dat hij zeer veel aan de therapie gehad had, en (nu komt het) dat het invullen van de vragenlijsten ook zo nuttig was geweest. Dit had hem toch steeds weer tot bezinning gebracht: 'Je ging weer nadenken over hoe het nu allemaal zat', 'Wat jezelf deed', etc. Corrie was het hiermee - zoals altijd, in mindere mate - wel eens.

Konklusies

1. Om eenduidige gegevens te krijgen over het effect en verloop van een therapeutisch proces heeft een opzet als hierboven geschetst, weinig nut. Daarvoor zouden niet-reaktieve metingen (bijv. onbemerkte observaties) nodig zijn. Geen gemakkelijke klus.

2. Het lijkt zinnig om het gebruik van het soort vragenlijsten als hierboven beschreven tot een goede therapeutische gewoonte te verheffen. Teneinde dit gemakkelijk te laten verlopen zouden er voor elk van de veel in relaties voorkomende probleemgebieden losbladige ratings-schaaltjes moeten worden gekreëerd. Na één of twee taxatiezittingen kan voor ieder gezin of paar een passend pakket gebundeld worden. Indien de nood niet al te hoog is, zou men hen twee à drie maanden gewapend met hun bundeltjes vragenlijsten naar huis kunnen sturen. Een andere oplossing is hen gedurende een dergelijke periode alleen te laten komen voor het invullen van de lijsten.

Als het een beetje meezit, is een 'echte' therapie voor deze mensen daarna niet meer nodig. Een ander voordeel is dat een dergelijke barrière met zelfwerkzaamheid voor een aantal laag-gemotiveerde 'zeurders' als afschrikwekkend middel fungeert. Deze lieden zie je helemaal niet meer terug.

Alle optimistische verwachtingen ten spijt, zal het in de meeste gevallen er toch wel op uitdraaien dat de cliënten na een 'twee-maanden-vragenlijst-periode' nog 'therapie' willen. In dat geval heeft het invullen van de lijsten voor de cliënten dezelfde voordelen als in het hierboven beschreven geval. Bovendien geeft het de therapeut toch inzicht in de voortgang m.b.t. de verschillende probleemgebieden. Hij weet weliswaar niet waar dat aan ligt: aan zijn inbreng of aan die van de lijsten, maar wat dondert dat eigenlijk?

Referenties

- Lange, A. & O. van der Hart (1975) Gedragsveranderingen in Gezinnen. Tjeenk Willing, Groningen.
- Lange, A. (1975) Paradoxaal onderstrepen van het behandelingskontraat. TDT, 2, (9), 40-42.
- Leitenberg, H. (1973) The use of single-case methodology in psychotherapy research. J. Abn. Psychol., 82, (1), 87-101.

10.2 homoseksualiteit bij adolescenten.

Regelmatig wenden zich ouders tot ons MOB omdat hun zoon (in de laatste jaren kan ik me geen dochter herinneren) zich als homo-seksueel ontpopt. De hulpvraag van de ouders is of zulk een ontwikkeling nog om te buigen is, maar meestal zeggen ze ook te zullen aanvaarden wat onvermijdelijk is.

Ik vind het een lastige vraag. In het algemeen kan ik de opvattingen van Sengers wel onderschrijven, dat de therapeut zich zekerheid moet verschaffen over de gerichtheid. (de trias van zich uitsluitend aangetrokken voelen tot --, masturbatiefantasiën en seksuele dromen hebben over seksgenoten) Als hij de homofiele gerichtheid evident acht dan is therapie gericht op aanvaarding het enig juiste. Toch is zijn oordeel wel arbitrair. (ook al levert dat in de allerduidelijkste gevallen geen moeilijkheden op) Vervang het woord "uitsluitend" door "overwegend" bv, en de zekerheid neemt af; de patient kan heterofiel zijn met zg neurotische homoseksualiteitsproblematiek, of homofiel die het van zich zelf nog niet wil akseptereren. Het oordeel wordt ook bemoeilijkt doordat de therapeut geheel moet afgaan op wat de betrokkene meedeelt, met alle ruimte voor dissimuleren etc.

Deze punten spelen des te sterker in de adolescentie. Vanuit de ontwikkelingspsychologie geredeneerd komen homoërotiese tendenzen in deze fase haast fysiologies voor naast -vaak nog stuntelige- orientatie op de andere sekse. Het is in allerlei opzichten een eksperimenteerleeftijd, zo ook in sexualibus. Het seksuele driftleven pleegt tussen 13 en 15 jaar (vooral bij jongens) bijzonder sterk op te leven (Kinsey) maar zelden kan daar direkt de definitieve (zeg:volwassen) modus aan worden gegeven. Juist door de intensiteit van de behoefte kan de jeugdige er gemakkelijk een slaaf van worden en komt hij snel tot gewoontevorming, zou je kunnen veronderstellen. Bij de eerste drie gevallen hieronder is er geen sprake van dat de jongen zijn -uitermate sterke-driften de baas is.

Wanneer is iemand homofiel? In de eerste plaats als hij aan de trias voldoet. (maar hier gelden bedenkingen) Ten tweede als hij/zij zich als vanzelfsprekend zo voelt.

Sengers meent m.i. terecht dat aan de laatste voorwaarde voldaan moet zijn wil de betrokkene zich verder gezond kunnen ontplooiën. Vandaar zijn nadruk op aanvaarding als werkdoel. Maar in de vroege adolescentie is die trias misschien niet zo erg ongewoon (een kwestie van gissen, want de meesten durven er niet voor uit te komen) en anderzijds weet een jeugdige vaak nog niet zo beslist wat hij van zichzelf vindt, heeft hij nog niet zo'n uitgesproken identiteitsgevoel. Als de therapeut bij zo iemand te resoluut op aanvaarding aan koerst, dan zou hij in theorie een bepaalde ontwikkeling kunnen versterken en een andere voortijdig afsluiten. Een overweging die in ieder geval tot bedachtzaamheid maant.

Ik geef hier nu vier gevallen beknopt weer:

Jaap, 15 jaar, is een jaar eerder in den Haag door een man verleid, droomt vaak van hem en loopt hem zelfs op zondagen nog te zoeken. Hij onaneert excessief met altijd homoseksuele fantasieën. Hij voelt zich niet tot vrouwen aangetrokken, in tegendeel heeft er grote angst voor. Hij aanvaard zijn gerichtheid nog niet en zijn ouders al helemaal niet. Vader is een ruwe timmerman waar Jaap doodsbang voor is (maar hij zegt alles te willen doen om het goed te maken) en slaande ruzies mee heeft. Jaap ageert sterk met zijn "zo zijn" tegen zijn ouders. Bovendien is hij op school mislukt (door meisjes weggepest) en wisselt hij nu herhaaldelijk van baan als leerlingverkoper, o.m. wegens diefstalletjes. De hulpvraag van alle drie is of ik Jaap nog kan veranderen. Mijn antwoord is dat zulks onmogelijk is als hij echt HS is, maar dat ik wel nader wil kijken en ieder helpen met aanvaarding. Dit is wat de jongen zelf betreft geen enkel probleem (verandering leek me utopisch) maar vader bleef zich nog hardnekkig verzetten. Ruzies hierover en over law en order liepen zo hoog op dat Jaap nog onverhoeds in een tehuis voor werkende jongens werd geplaatst, waar hij zich maar nauwelijks kon handhaven. Ik zag hem slechts onregelmatig en de ouders zochten al evenmin contact. Met zijn baantjes bleef het slecht lopen. Hij kreeg toch heimwee en even plotseling namen zijn ouders hem weer in huis op. Maar na een week was het al weer mis en toen stonden ze hem toe bij een 21 jr HSVriend in te trekken. Maar ook daar liep het tenslotte spaak en toen vond de GGD dat Jaap maar naar een behandelingshuis moest. Daar kon ik wel mee instemmen. Niemand zag zijn HS als het hoofdprobleem.

Barend is 14 jaar (maar lijkt eerder 15-16) komt uit een zeer ver-
waarlozend milieu - moeder doet overal welfare behalve thuis, en
vader is 13 jaar geleden uit het beeld geraakt. Barend heeft sinds
hij een jaar geleden tot HS verleid is, frekwente, wisselende HS-kon-
takten met CentraalStationfiguren, maar hij zegt er beslist vanaf
te willen, omdat hij later vrouw en kinderen wil en omdat het HS
wereldje hem afschrikt. Het fijnste aan de kontakten vindt hij o-
verigens de aandacht en gezelligheid etc; seks staat voor hem op de
tweede plaats, zegt hij. Ik leg zowel moeder als Barend uit dat ik
van een homo geen hetero kan maken, alleen maar wil kijken hoe Ba-
rend er voor staat. Welnu, hij is op alle drie punten ondubbelzini-
g homofiel gericht. Maar hij wil er niet aan geloven, wil het toch
persé proberen, dat wil zeggen door te abstineren. Ik ga er mee
akkoord als "eksperiment" en geef daarbij het advies om dan ook zijn
achterstand in seksuele voorlichting in beide richtingen via de
bibliotheek in te halen. Dat doet hij aan trouw. Een paar weken later
zegt hij me dat alles komt omdat hij zijn vader niet kent. Hij wil
van zijn moeder niet aannemen dat het een slechte man is. Ik geef
Barend de raad zijn vader op te sporen, zodat hij kan zien wat deze
voor iemand is. Dat doet Barend dan en vader blijkt een bijzonder
onbetrouwbare alcoholist te zijn, die overigens terstond bij moeder
wil intrekken. Het leidt tot enorme ageerpartijen tussen dit drie-
tal. Barend zegt desondanks blij te zijn zijn vader te kennen en de
HS verdwijnt in ieder geval een tijdlang naar de achtergrond. Maar
na een (ogenschijnlijk definitieve) breuk met vader gaat Barend
prompt weer naar een "vriend" toe. Ik begin over aanvaarding van
zijn HS te praten, maar hij schrikt enorm en een half uur later
staat moeder verontwaardigd in mijn kamer dat ik na een zo'n keer-
tje de moed opgeef... De volgende maal vraag ik Barend wat hij nu
wil. Hij zegt te twijfelen, weet niet wat hij moet kiezen. Ik leg
dan uit dat hij -als hij nu nog twijfelt- pas zal kunnen oordelen en
kiezen als hij even vaak heteroseksueel verkeer heeft gehad. Hij
schat zijn HSkontakten op circa 300 (!), dus zal hij dan 300 x met
een meisje naar bed moeten, en natuurlijk geen prostituee; waarbij dan
nog komen de keren dat hij vanaf nu HSkontakt heeft. Eerlijk is
eerlijk! De volgende keer laat hij merken dat hij weer naar een
"vriend" is geweest. Ik zeg dat als hij het nu nog niet weet hij
301 x met een meisje naar bed zal moeten. Na dit gesprek volgt dan
een brief waarin hij me vertelt me alsmaar voorgelogen te hebben,
en dat hij al een tijdlang een vaste vriend heeft van 21 jaar,
met tabel hoe vaak hij erheen is gegaan + nog andere kontakten. Barend
wil voor zich zelf wèl, maar vindt het voor zijn moeder zo erg. Daarop

Arie heb ik in dit tijdschrift eerder uitvoerig beschreven. (TDT 6.2k; sept 73) ik vat het kort samen. Hij was een feminien ogende jongeman van 16 jr, die zichzelf bij het masturberen als meisje in de armen van een Turk fantaseerde. Hij voelde zich op straat meer tot stoer manvolk dan tot meisjes aangetrokken. Sporadisch had hij een HSdroom. Hij bezwoor me dat hij er persé vanaf wilde en had al een meisje ook - bij vrijen voelde hij tot zijn verdriet geen seksuele opwinding. Mijn werkdoel was onduidelijk, maar het was in ieder geval niet onmiddellijk op aanvaarding gericht - ik dacht dat er misschien nog een kansje was. Allereerst heb ik me op zijn (gebrek aan) mannelijke identiteit gericht, met een techniek die "paradigmaties" of anders "licht krenkend" genoemd kan worden. (zie 6.2k) (een vorm van siding with the resistance) Bovendien heb ik hem aangemoedigd om in plaats van passieve fantasieën nu actief HS-beelden te gebruiken bij het onaneren. "ook als je HS zou worden, dan hoef je nog je penis niet in te leveren, dan kan je toch man worden". Tot zover was het verloop bemoedigend: veel assertiever gedrag en soms heteroseksuele onaniefantasieën, en zelfs seksuele opwinding als hij met zijn meisje vrijde. Maar hier bleef de ontwikkeling steken - ik had hem het voordeel van de twijfel gegeven, maar hij verwachtte zelf onmiddellijk en compleet succes en was nu zeer teleurgesteld dat dat uitbleef. Ik legde hem uit dat een volledig verdwijnen van homofiele neigingen er altans binnen afzienbare termijn niet in zat en dat er in zekere mate nog keus mogelijk was tussen heterofilie met ook homofiele fantasieën, of anders verdere homofiele uitgroei. Maar hij zou hoe dan ook man kunnen zijn. (trouwens passieve fantasieën kwamen niet meer voor) Ik probeerde hem te helpen homofiele tendenzen te aanvaarden, altans ten dele, zodat het niet meer zo'n obsessie zou zijn. Ik sloot de behandeling af in maart 1974, met een follow up na 4 mnd maar in plaats daarvan kwam er een-door moeder medeondertekend-briefje dat hij van verdere afspraken afzag. Onlangs heb ik de ouders via de telefoon gesproken; mijn behandelingsmethode waren ze het niet mee eens (men is Chr. Gereformeerd!), mijn laatste advies hadden ze korrekt begrepen, tegenwoordig is Arie bij hun dominee regelmatig in gesprek, die het als een puberteitsverschijnsel zou zien; en van enige homofiele neigingen merken de ouders niets meer. Blijven vraagtekens.

Tenslotte Rudolf, 19 jaar, aankomend leerlingverpleger. Zijn ouders hebben om hulp gevraagd. Hij heeft met vader een goede band, maar met moeder is de relatie vanaf de geboorte koel en vijandig, de laatste tijd steeds erger. Rudolf heeft tweemaal HSkontakt gehad met een vriendje, resp. vijf jaar en één jaar geleden. Hij zegt meestal over jongens te fantaseren bij de onanie, maar hij zou ook door meisjes worden geprikkeld. Hij is vorig jaar verloofd geweest met een meisje van een christelijke sekte, waarbij hij zich ook had aangesloten. Toen hij na zijn HServaring de voorganger berouwvol raadpleegde had die hem zonder meer alleen nog voor de hel geschikt geacht. Hierover diep geschokt en verontwaardigd, had Rudolf toen zowel met die sekte als met dat meisje gebroken. Hij twijfelt nu of hij wel of niet HS wil worden. Hij is nog nooit met een meisje naar bed geweest, maar pocht dat hij dat best zou willen en kunnen. Ik leg uit dat ik hem kan helpen eraan te komen of hij wel of niet homofiel is, en vervolgens om het evt te aanvaarden. Hij gaat akkoord. We komen tot drie afspraken: 1 geen homoseksuele contacten zolang het "onderzoek" voortduurt; 2 zoveel mogelijk informatie verzamelen zowel of homo als heteroseksualiteit, in de bibliotheek; 3 hij mag tweemaal met een meisje naar bed opdat hij eerlijk kan kiezen! Als het zou mislukken is er nog geen man over boord." Hij blijft van de volgende (derde) afspraak weg. Vader belt enkele dagen later en vertelt dat Rudolf bij een vriend is ingetrokken en er niet meer de zin van inziet naar Oudshoorn te gaan. Wat moeten zij als ouders nu doen? Ik zeg dat ze het maar het beste eerst eens op zijn beloop kunnen laten en dat verbieden of controleren geen zin, of zelfs tegengesteld effect kan hebben. Als hij echt HS zou worden is dat op geen enkele wijze tegen te houden. Vader stemt ermee in en zal me later nog eens op de hoogte houden. Als Rudolf dat op een gegeven moment wenst mag hij een nieuwe afspraak met me maken.

Tja, vermoedelijk had hij wel wat gedissimuleerd/gelogen. (Maar het is niet gans ondenkbaar dat hij nóg eens aan zijn keuze gaat twijfelen en dan weer terugkomt.)

Slotopmerking: Homofilie leent zich in dit opzicht tot directe therapie, dat er een duidelijk werkdoel is: 1 keuzeproces 2 aanvaarding. Ik hoop met mijn "eerlijk is eerlijk"--regel bovendien een kleine bijdrage aan de techniek van de keuze te hebben geleverd.

dick oudshoorn

MOTIVATIE TECHNIEKEN;

In publikaties over directieve therapie wordt doorgaans veel meer aandacht besteed aan de interventies en adviezen die tegen een bepaalde klacht kunnen worden aangewend, dan aan de technieken die gebruikt moeten worden om een patiënt te motiveren een directief ook werkelijk uit te voeren.

Daarom volgen hieronder een aantal technieken waarmee directieven aan de man gebracht kunnen worden.

De eerste techniek (Explicatie) is de meest ideale en tevens de moeilijkste. De andere vermelde motivatietechnieken zijn in meer of mindere mate als gestandaardiseerde "noodoplossingen" te beschouwen, d.w.z. zij kunnen worden gebruikt wanneer de therapeut onvoldoende inspiratie heeft en/of het gedrag van de patiënt het gebruik van Explicatie ongewenst maakt.

1. Explicatie.

De beste manier om een patiënt tot de uitvoering van een directief te bewegen is het advies toe te lichten in termen die aansluiten bij zijn gedachtengang, verwachtingen en terminologie. De therapeut bevindt zich "op de golflengte" van de patiënt. Uit de loop van het gesprek kan doorgaans worden afgeleid op welke programma's de patiënt afstemt. Eenzelfde advies kan verpakt worden in een gedragstherapeutische argumentatie bij zakelijk ingestelde cliënten, een psycho-dynamische beschouwing bij mensen met een voorkeur voor introspectie of een maatschappij-kritische verantwoording bij mensen die Wiegel niet mogen. Een van ons heeft eens het genoegen gehad het advies tot paradoxale intentie te kunnen presenteren aan een systeem-programmeur in termen van positieve en negatieve feedback. Meestal krijgt de therapeut niet een dergelijke gelegenheid zijn eigen hobbies uit te leven, en moet hij genoegen nemen met die van de patiënt. Het geven van geslaagde praktijkvoorbeelden of zelfs het ter hand stellen van literatuur over gelijk-

40

aardige moeilijkheden spreekt de meer intellectuele cliënten meestal aan. Hoewel het niet essentieel is dat de aangeboden motivering in theoretisch opzicht volkomen waterdicht is, blijkt het vaak mogelijk een advies te ondersteunen met een enigszins geloofwaardige gedragstherapeutische of psychodynamische redenering. Zo'n gelegenheid moet nooit onbenut gelaten worden. De beste motivatietechniek is een explicatie, die een kern van waarheid heeft en die bij een nadere beschouwing nog overoerind blijft. Het bijkomende voordeel van een dergelijk, uiteraard wat uitvoeriger gesprek is dat vanzelf een sfeer ontstaat waarin alle praktische en emotionele bezwaren van de kant van de patiënt naar voren komen en ook kunnen opgevangen worden. Het uitgangspunt dat de toelichting "op de golflengte van de patiënt gegeven moet worden, houdt niet in dat de explicatie een doublure moet zijn van de opvattingen die de patiënt zelf al over zijn klacht had. In de regel is het nodig gebruik te maken van een nieuwe interpunctie, waarbij eventueel een voor de patiënt onverwacht of secundair aspect van zijn probleem als de centrale moeilijkheid wordt geïntroduceerd. Het is bijvoorbeeld voor een echtpaar meestal verrassend te horen dat zij hun patroon van ruziemaken moeten voortzetten aan een tempo van tien minuten per dag, om te voorkomen dat ze last zouden krijgen van opgekropte emoties.

2. Geen tijd: De therapeut wacht tot de zitting ten einde loopt en presenteert zijn advies bij het afscheid, met de opmerking dat het voor de behandeling van groot belang is dat de opdracht meteen wordt uitgevoerd maar dat nu de tijd ontbreekt om een adequate toelichting te geven; hij zegt dat hij desgewenst bij een volgende zitting de nodige uitleg wil geven. Het is wel duidelijk dat dit soort uitvluchten spaarzaam moeten gebruikt worden en zeker niet meer dan één keer in eenzelfde therapie kunnen voorkomen.
3. Te moeilijk: De therapeut brengt zijn advies aan de man met als commentaar dat een goede uitleg zodanig ingewikkeld zou zijn dat de patiënt het toch niet zou kunnen volgen. Bijvoorbeeld kan de vergelijking gemaakt worden met een T.V. reparateur van wie men toch ook alleen maar verwacht dat hij de verbrande lampen vervangt zonder dat hij als toelichting een korte cursus electronica hoeft

mee te geven. Zolang het medisch model niet definitief is afgeschaft kan de therapeut nog enige tijd voorwenden dat zijn deskundigheid dermate specifiek is dat ze voor de leek niet toegankelijk zou zijn. Patiënten met gezond verstand weten echter maar al te goed dat redeneringen die niet op een eenvoudige, begrijpelijke manier kunnen gepresenteerd worden op dikdoencij berusten.

4. Confusion technique: Bij deze techniek, afkomstig van Erickson, wordt een ondoorzichtig, langdradig, verwarrend en onbegrijpelijk verhaal gehouden, zodanig dat het enig begrijpelijke in het betoog van de therapeut de formulering van zijn opdracht is. Vaak zijn cliënten dermate opgelucht eindelijk iets te horen wat begrijpelijk is, dat ze de neiging krijgen om de opdracht maar zo snel mogelijk uit te voeren.
5. Bent u bereid?: De therapeut kan zijn advies inleiden met de vraag: "Bent u bereid om voor uw genezing iets moeilijks te doen waarvan u op dit ogenblik misschien zelfs het nut niet kan begrijpen?" Wie ja gezegd heeft kan moeilijk terug, en wie nee zou zeggen wekt de indruk dat hij weinig voor zijn behandeling over heeft. Dit aanloopje is het best bruikbaar als introductie van een benevolent ordeal.
6. De narcistische krenking: De therapeut suggereert dat hij wel een goed advies heeft voor de klachten van de cliënt, maar dat dit wellicht te moeilijk zou zijn of dat de cliënt er nu nog niet aan toe is om een dergelijke veeleisende opdracht uit te voeren. Cliënten met een hoge mate van zelfrespect worden in het algemeen door dit soort uitspraken geprikkeld en zullen graag demonstreren hoe zij door de therapeut zijn onderschat. Mensen die al depressief zijn zullen na een dergelijke benadering wellicht meer Tryp-tizol nodig hebben.
7. De narcistische streling: De therapeut benadrukt door middel van een positieve interpunktie hoe de cliënt reeds heeft blijk gegeven van een ongemeen groot aantal goede eigenschappen en lofwaardige pogingen om zijn problemen op te lossen. In een dergelijke sfeer van verhoogde zelfacceptatie komt de cliënt er ook gemakkelijk toe het advies van een begrijpende en welwillende buitenstaander te aanvaarden.

8. De paradigmatische interventie: Verwant met de bovenstaande techniek is de benadering waarbij de therapeut querulerende, protesterende of rancuneuze cliënten overschot van gelijk geeft en als zijn mening te kennen geeft dat ze het onrecht wat hen is overkomen nog te mild beoordelen. Deze benadering is ook geschikt voor cliënten die ervan overtuigd zijn dat hun klachten een lichamelijke oorsprong hebben en dat een psychiatrische verwijzing niet alleen beledigend maar ook onterecht is. Behalve dat de cliënt over het algemeen verbaasd reageert op het feit dat het gevecht waarop hij zich had voorbereid niet blijkt door te gaan, komt hij doorgaans in een milde stemming die hem er zelfs toe brengt ongevraagd enkele emotionele problemen ter sprake te brengen.
9. Geplande spontaneïteit: Soms kan de cliënt als bezwaar tegen een opdracht aanvoeren dat het advies van hem onechte, niet gemeende gedragingen vereist. Dit zijn in feite terechte opmerkingen telkens wanneer emotionele uitlatingen in het advies worden aanbevolen. Standaardantwoorden om deze bezwaren op te vangen zijn: "als je zonder meer tot spontaan, echt en gemeend gedrag in staat was, dan had je geen therapie nodig" of de therapeut kan de cliënt erop wijzen dat hij tijdens de zitting, die van te voren gepland was, heel goed in staat bleek zijn gevoelens tot uitdrukking te brengen en wijst er vervolgens op dat de cliënt dus ook in andere omstandigheden wellicht in staat zal zijn om op een van te voren bepaald tijdstip zijn gevoelens te uiten.
10. De schijnbare keuze: De therapeut presenteert twee of meer adviezen van een gelijkaardige strekking, en laat de cliënt zelf kiezen aan welk alternatief hij de voorkeur geeft. Door het probleem te verleggen naar de keuze tussen twee directieven kan vaak bereikt worden dat de cliënt voorbijgaat aan de mogelijkheid om überhaupt geen opdrachten te aanvaarden.
11. Inspraak: Verwant aan de voorgaande is de techniek waarbij de therapeut de grote lijnen van een opdracht schetst en vervolgens de patiënt laat pingelen over de details van de uitvoering. Met deze beide technieken wordt bereikt dat de cliënt het genoeg ervaart om zijn eigen behandeling, althans gedeeltelijk te plannen, terwijl de therapeut de rol van medehelper en niet van autoriteit op zich neemt.

12. Sancties: De therapeut komt van tevoren met de cliënt overeen dat aan het niet uitvoeren van het advies een bepaalde sanctie zal gebonden worden. Deze sanctie kan bestaan uit een benevolent ordeel of uit het overmaken van een bepaald bedrag op het gironummer van een instelling die de cliënt zelf mag uitkiezen, voor elke keer dat hij de opdracht niet is nagekomen. Of de therapeut kan met de cliënt overeenkomen dat pas een volgende afspraak zal gemaakt worden als hij de opdracht een bepaald aantal keren heeft uitgevoerd. Deze benadering is alleen bruikbaar wanneer de cliënt duidelijk overtuigd is van het nut van het advies en een extra zetje nodig heeft om aan het werk te gaan. In alle andere omstandigheden leidt een dergelijk contract alleen maar tot een vroegtijdige beëindiging van de behandeling.
13. Informatie verzamelen: De therapeut geeft een advies onder het motto dat vooraleer met de eigenlijke behandeling begonnen kan worden het nodig is om extra informatie over de reacties van de patiënt te kennen. Omdat het meer zin heeft te praten over werkelijk beleefde ervaringen dan te speculeren over mogelijke reacties is het nodig om een afspraak te maken over de manier waarop de cliënt nu nieuwe ervaringen gaat opdoen. Deze techniek is aangewezen bij mensen die er toe neigen om meer belangstelling te vertonen voor hun belevenissen dan voor de uitvoering van concrete handelingen.
14. Experiment: Wanneer de cliënt als probleem poneert dat hij niet kan beslissen tussen twee alternatieven, zoals bij zijn gezin blijven of bij zijn vriendin intrekken, en daarbij geen aanstalten maakt om ooit de knoop door te hakken dan kan het een goed advies zijn om "als experiment" één van beide keuzen in de praktijk uit te proberen. Dit kan eveneens gebracht worden als manier om verdere informatie te verzamelen. Het verdient daarbij de voorkeur dat de cliënt wordt geadviseerd die mogelijkheid uit te proberen die hij in zijn fantasie wel cultiveert maar in de praktijk nooit uitvoert. Meestal leidt het in de praktijk brengen van een dergelijk droombeeld tot een snelle ontzuivering. Evenals bij de bovenstaande interventie is het voordeel van deze benadering dat aan twijfelzuchtige mensen een advies met een "voorlopig" karakter wordt gegeven, zodat ze alle kans krijgen om verder te blijven twijfelen maar toch hun tijd nuttig kunnen besteden. Dit is aangewezen wanneer patiënten terugschrikken voor een advies dat de indruk wekt dat een definitieve beslissing wordt aanbevolen.

15. Doe het voor een ander: Veel cliënten bieden met succes weerstand aan de vraag om tot activiteit over te gaan. Ze beschouwen het appèl dat de partner of de therapeut op hen doet als een miskennis van de ernst van hun ziekte.

Zij houden dit minder gemakkelijk vol wanneer de therapeut een situatie schept waarin de hulp van de cliënt onmisbaar is. Zo kan bijvoorbeeld een inactieve timmerman gevraagd worden een poppenhuis te maken voor een ziek kind dat zo graag zo'n huis wil maar het niet kan betalen. Belangrijk is dat 1) tot uitdrukking wordt gebracht dat de therapeut de cliënt in feite óvervraagt, 2) dat de inspanning van de cliënt echt nodig is.

De indruk kan ontstaan dat de kortere motiveringstechnieken de minste inspanning van de kant van de therapeut vragen.

Het omgekeerde is eerder waar: naarmate de therapeut een bondiger techniek gebruikt moet hij zekerder zijn van zijn zaak. Als hij nog twijfels heeft over de vraag hoe een advies aan de man te brengen, dan kan hij nog beter zijn beslissing hierover uitstellen, dan overhaast een korte techniek te gebruiken.

maart 1975.

Interventies van anderen dan therapeuten.

Het is natuurlijk onzin om te denken dat alleen therapeuten veranderingsstrategieën en - interventies beheersen.

Vele gewone huismoeder, onderwijzers, staatslieden, enz. hebben blijk gegeven van talent op dit gebied.

Een erg goede veranderingsstrategie kwam ik tegen in een oud Japans boek, althans in de Engelse vertaling daarvan.

Het boek heet; Koshoku Ichidai Otoka (The Life of an Amorous Man) geschreven door Saikaku Ihara. Uitg; Charles E. Tuttle, Rutland & Tokyo, 1964. Ihara leefde van 1641 tot 1693. Dit boek was zijn eerste grote proza werk, gepubliceerd toen hij 41 jaar was.

Het biedt een uitstekend voorbeeld van een "ja ... en"- techniek; toegepast door een voormalig courtisane, de vrouw van de hoofdpersoon uit dit boek.

Yonosuke, de hoofdpersoon, is getrouwd met een voormalig courtisane Yoshino. Zij wordt niet geaccepteerd door zijn familieclan.

Wat Yonosuke ook doet om haar aanvaard te krijgen, tot en met de hulp inroepen van boeddhistische en shintoïstische priesters, het helpt allemaal niets. Yoshino zegt tegen haar man, dat zij zelf zal proberen om de familieleden er toe over te halen haar als lid van de familie te accepteren. Yonosuke stemt hierin toe, en dat bewijst dat hij werkelijk aan het eind van zijn latijn (nou ja) was. Yonosuke moet van zijn vrouw alle familieleden uitnodigen voor een feestelijke dag, die bedoeld is als "verzoening" tussen hem en de familie. (Dit houdt in dat hij ermee instemt Yoshino weg te sturen). Ze komen allemaal, met kinderen, dienstknechten en maagden. Een enorm feest in de tuin. Op het hoogtepunt vraagt Yoshino de aandacht van de oudere leden van de clan; "Mijn naam is Yoshino en ik was eertijds courtisane in Hésuji-machi. Ik voel dat ik onwaardig ben om voor deze familie-bijeenkomst te verschijnen. Vandaag echter zal men mij wegsturen als een ongewenste vrouw van deze huishouding. Ik zou graag willen dat u mij toestemming geeft om u te dienen en te onderhouden, als mijn laatste bezigheid hier."

Daarop begon ze een lied uit oude tijden te zingen. Vervolgens onderhield ze de gasten met het spelen op de koto, (een muziekinstrument). Men geraakte hiervan zeer onder de indruk. Toen brouwde ze ceremoniële thee en serveerde deze aan de gasten op een charmante wijze, die getuigde van zeer goede manieren. En ze droeg gedichten voor. Ze schikte bloemen in vazen om de hall een mooier aanschijn te geven. Ze deed al deze dingen zeer sereen, op een

manier die suggereerde dat het niet ging om dingen die alleen maar door mannen in eerste klas theehuizen bewonderd konden worden. Ze liet zien dat het ging om bezigheden die elke vrouw, in elk huis vrijelijk en met succes kan uitvoeren voor het genoegen van haar familie.

Daarna zongde ze zich op vanzelfsprekende wijze onder de gasten, zorgde voor het haar van de kinderen dat in de war was, werd medespeelster van iemand die go wilde spelen, liep af en aan naar de keuken voor nog meer drinken en lekkernijen. Ze nam de zorg op zich voor het vervallen van elke behoefte van de b gasten, t t diep in de nacht. De gasten alsoe tearden haar onbewust als de gastvrouw zelf. Ze vergaten dat het al lang tijd was geworden om te vertrekken. Vroeg in de morgen gingen de vele leden van de clan uiteindelijk naar huis.

Het vrouwvolk zei; " we moeten er voor zorgen dat Yonosuke zo'n fijne vrouw niet aan de kant zet. Welke wij vrouwen hebben ons nog nooit zo plezierig gevoeld als in haar aanwezigheid. Niemand hoeft zich te schamen voor een bruid die zo aardig en wijs is en tot zoveel dingen in staat is." Ze zeiden tegen het manvolk: " vergeef haar a.u.b. voor haar valeden en laat haar Yonosuke's wettelijke vrouw worden".

Het manvolk bevestigde dit door krachtig met hun hoofden te knikken. "Ze is een fijne en lieve vrouw", antwoordden zij zeer meevoelend. "wie zei dat zij weg zou moeten?".

Een erg goede strategie van Yoshino, vind ik. Berst "akcepteert" ze de wens van de clan, n.l. dat ze weg moet gaan. Ze draait het zelfs een beetje zo, dat naar aan haar weg zal zenden en dat zij niet anders kan dan dit opvolgen. " Ze gaat er in mee". Daarmee is een subtiele herdefiniëring van de relaties opgetreden. Binnen het kader van het feest, als teken van verzoening tussen Yonosuke en de clan, geeft Yoshino aan, dat alle betrokkenen, inclusief zijzelf, het met elkaar eens zijn.

Er bestaat dan een bondgenootschap, die merkwaardig genoeg inhoudt dat zij weggestuurd zal worden. Hierin zit, men ik, al iets paradoxaals. Door alles wat ze daarna doet versterkt ze de band tussen haar en de clanleden, die haar, zoals de schrijver goed uitrukt, onbewust gingen aksepteren als de gastvrouw zelf.

Van daaruit wordt wegdenken een onmogelijkheid.
 Nog anders geanalyseerd: digitaal geeft Yonosuke aan, dat ze
 weg zal gaan en daarmee de wens van de clan akseptiert.
 Analooz kommuniiceert ze nog meer "akseptatie", maar daarmee ook
 het tegenovergestelde van "weggestuurd worden".
 Door het karakter van analoge kommunikatie kunnen dáár niets
 tegen in brengen.

Kenslette valt mij persoonlijk nog op, dat ook in een dergelijk
 voorbeeld de mentale instelling van degene die een veranderings-
 strategie op touw zet, bijzonder belangrijk is. Yoshino is
 sterk, weet wat ze wil bereiken; ze is- zo lijkt het- er van
 vertuigd dat ze haar doel, via "het alse teren van wat van
 haar verlangd wordt" bereikt.

Op o.a. zoiets slaat, naar zijn idee, zo'n uitspraak uit de
dao te Ching:

Under heaven nothing is more soft and yielding than water.
 Yet for attacking the solid and strong, nothing is better;
 it has no equal.

Onno van der Hart.

15. De therapeut verwacht de aanbevelingen van Haley over "one-upmanship" met een autoritaire, onverzettelijke houding. Het is gebruikelijk dat patiënten een zekere mate van weerstand ten toon spreiden tegen wat voor interventie of advies dan ook. Het is tenslotte niet voor hun plezier dat ze tot symptomatisch gedrag gekomen zijn. Vaak hebben ze al te goeder trouw en zonder resultaat medicijnen en goede raadgevingen geslikt. Als de therapeut meteen een "graag-of-niet" toon aanslaat dan ontstaat gauw een atmosfeer waarin de patiënt het gevoel krijgt dat z'n klachten onvoldoende op hun waarde worden geschat. Weerstand moet niet gebroken maar gerespecteerd, en zo mogelijk voor positieve doeleinden gebruikt worden. De essentie van een directieve benadering is niet dat de therapeut bevelen uitdeelt maar dat hij de patiënt er toe brengt adviezen op te volgen.

16. De therapeut adviseert paradoxale intentie of hyperdramatisering zonder de nodige humor in het gesprek te verwerken. Indien de overdrijving van de klacht op een bloedserieuze manier wordt gebracht, wordt de patiënt vaak angstiger i.p.v. dat hij leert relativieren.

17. De therapeut gebruikt benevolent ordeals of directieven in het algemeen bij patiënten waar hij meer antipathie dan begrip voor heeft.
Het is de vraag voor elke psychotherapie of men mensen in behandeling kan nemen als men geen enkele waardering voor hen heeft. Bij een directieve aanpak is het succes in hoge mate afhankelijk van het aanbrengen van een positieve interpunktie.

10.9.

Reacties op 9.2.8.

Met veel belangstelling las ik "Een geval en een beschouwing over het voordeel van de twijfel. We hebben hier lijkt mij te maken met een duidelijk positief simplistische stroming in de directieve psychotherapie (zie ook Heer Bie, 1975).

Mijn onbekendheid met quizzen (ik kijk nooit naar een t.v.-quiz) betreur ik ten zeerste, daar de auteur via een sex- en een conflictbeëindigingsquiz dit naar mijn smaak zeer gecompliceerde geval tot een bevredigend slot voert.

Misschien kan de schrijver in een volgend nummer nog eens uitgebreid op deze quizzen terugkomen ?

Kees Hoogduin.