

Tijdschrift voor Directieve
Therapie

jrg.2 nr.11

mei 1975



melina

Redactie: ongewijzigd

Inhoud

mei 1975

Hoofdredacteur	Ten geleide	1
Leen Joele	Waarom een psychiater iets van neurologie moet weten (en omgekeerd)	4
Kees van der Velden	"Slechte tekenen"	6
Alfred Lange	Directieve therapie en het verleden, een voorbeeld	10
Richard van Dijck	De kunst patiënten te ontslaan	15
Onno van der Hart	Lichamelijke ziekte als spelbreker in relatie-therapie	19
Dick Oudshoorn	Ervaringen met bedplassers	23
Alfred Lange	Het gebruik van metingen (monitoring) als therapeutische strategie	28
	Wilt u dit eerst lezen? (schalen)	30
	Vragenlijst voor echtparen en gezinstherapie	42
Richard van Dijck	Toelichting formulieren	48
	Sessieverslag	49
	Invullijst over klachten	50
	Vragenlijst	51
Onno van der Hart	Betreffende mijn formulieren	52
	Weekly case status sheet	53
	Demographic data sheet	54
Kees Hoogduin	De behandeling van een depressieve verpleegster	60
Onno van der Hart	Aikido-oefeningen en assertief optreden van therapeut en cliënt	65
Kees van der Velden	In het voetspoor van Joele & Hoogduin - een geval	77
Leen Joele	Twee geborstelden + grap	87

*pag. 41
oktoberrecht
in de
nummering*

Omslag: Cathy van Dijck

Hierbij bijna een halve kilo TDT. (Ter vergelijking: een aflevering MGv komt op ongeveer 1 ons, een dikke aflevering van TMW op $1\frac{1}{2}$ ons, maar daar moet ruim 60 gram voor advertenties worden afgetrokken.)

Een deel van de verantwoordelijkheid voor de late toezending kan weer op externe factoren geschoven worden: de feestdagen, de PTT, een haperend kopieerapparaat. Ik ben ervan uitgegaan dat de lezer er twee avonden over doet om dit nummer door te komen. Wie nu de eerste avond de ene en de tweede avond de andere helft leest, zal beide avonden plezierig verrast zijn door de gevarieerde opbouw van zijn leesstof.

T.a.v. twee beleidszaken dient hier een hoofdredactioneel standpunt te worden ingenomen, t.w. het gebruik van het stempel en de toenemende druk om het aantal abonnementen uit te breiden.

Het stempel

Dezer dagen zal de abonnees een stempel worden toegezonden, waarvan de afdruk hieronder is afgebeeld (fig.1).



fig. 1

Wat opvalt is niet alleen de afgewogen vormgeving, maar ook de relatieve overaccentuering van de woorden "Tijdschrift voor" t.o.v. "directieve therapie", ten minste zolang we vasthouden aan de idee dat "jrg." en "no." evenwijdig aan de regels van de tekst geplaatst dienen te worden.

Wanneer deze gedachte wordt losgelaten hoeft de onvolkomenheid van het stempel niet langer te hinderen (zie fig. 2 en 3).



fig. 2



fig. 3

In de praktijk zal men de beste resultaten behalen wanneer het stempel met een vanzelfsprekende nonchalance wordt gehanteerd.

Uitbreiding abonnementen?

Iedere redacteur kent wel een aantal collega's die, na van de inhoud van dit Tijdschrift te hebben kennisgenomen, de begrijpelijke wens tot uitdrukking brengen om abonnee te mogen worden.

Ons antwoord dient te zijn: Nee.

Het TDT is er niet om gekocht te worden, het kan worden "ingezien", ongeveer op de wijze waarop men soms iemands correspondentie mag inzien.

Men moet er trouwens niet aan denken welke complicaties zouden optreden wanneer deze abonnees bijdragen zouden gaan schrijven! Het is natuurlijk iets anders wanneer een van ons voorstelt een directieve therapeut tot redacteur te benoemen. Uitbreiding van de redactie - geïndiceerd wanneer de animo van de bestaande redactie terugloopt - kan tot prima resultaten leiden, dat is gebleken.

Maar niet alleen om "principiële" redenen moeten we de onderneming kleinhouden. De kosten van het uitbrengen van een tijdschrift als dit in bijv. een oplage van

200 (zetten, drukken, papier, verzending e.d.) zijn ongeloofwaardig hoog; een enkel exemplaar zal ten minste f 15,- moeten gaan kosten, schat ik. En wat heb je dan voor een omslag? Een of ander steriel typografisch vormsel (zie TMW, MGV, Tijdschrift voor psychotherapie/ i.p.v. de oorspronkelijke, vrolijke kindertekeningen waarin ook deze aflevering weer verpakt is.

De Hoofdredacteur

4

Waarom een psychiater iets van neurologie moet weten
(en omgekeerd).

Leen Joele.

Veel heb ik beweend, dat neurologie en psychiatrie niet gescheiden mogen worden. Daar ben ik wel wat minder naïef over gaan denken, maar ik zou nog steeds willen stellen, dat een arts die psychotherapie bedrijft zijn somatische kennis wat fris moet houden. Het volgende dient ter illustratie van deze bewering.

Een collega huisarts belt op: "Zeg, sorry hoor, maar ik heb hier zo'n pastoorsmeid en dat mens zegt, dat ze niet meer lopen kan en die paters bellen nou al de derde dag op, dat er wat gebeuren moet. Voor mij is het gewoon ha ypsilon. Ik heb haar gisteren nog gezien en ze is wat verkouwen geweest, maar de reflexen, nou ja, gewoon hoor, al ben ik niet zo'n neuroloog eigenlijk". Ik adviseer hem zijn patient maar naar de psychiater te sturen als het zo duidelijk is, maar daar wil hij niet aan: "Je weet hoe dat soort mensen is, joh, jij jij nou ook even, dan kan ik gemakkelijker doorsturen."

Ik keek niet uit naar een boeiende neurologische casus.

Op de MRC-afdeling werd een vitale 60-jerige vrouw met een schiefhangend pruikje binnengereden. Ze was wat angstig, want sedert een verkoudheid kon ze nog slechts enkelend lopen.

Soeur Marina bleek sedert ± 35 jaar als religieuze vele problemen te hebben opgevangen: ongenauwde moeders, kruis-lieven en, euphemistisch als 'moeilijke jongens' aangeduide, criminele adolescenten. Aan het einde van dit stille bestaan was ze bevorderd tot huishoudster bij een aantal priesters, haar 'jongens'.

5

Ze leek weinig tijd gehad te hebben om conversie-verschijnselen te ontwikkelen. Bovendien zag ze er moe en ziek uit, de 'jongens' hadden hun natje en droogje graag goed verzorgd op tafel.

Bij onderzoek vond ik een, om een lang verhaal kort te maken, duidelijke distale polyneuropathie, die haar klachten ruimschoots kon verklaren.

Voor de leken: dat kan door allerlei dingen komen. Tijdens de klinische analyse bleek uit de laboratorium-resultaten (pyrodruivezuurcurve, transketolase, thiamine-bepaling), dat ze waarschijnlijk zoop.

Zoiets kan je bij deze vrouw niet zeggen, dan zou het zeker ontkend worden.

Bij ontslag zei ik (ze had een vitaminekuur gedaan en was weer hersteld): "Zuster, we hebben het niet kunnen vinden; bij ieder ander zouden we zeggen: je hebt wat veel gedronken, maar dat is het bij U natuurlijk niet. Het zal wel een nieuwe ziekte zijn, die toevallig dezelfde uitslagen geeft. Goddank bent U weer helemaal beter."

Ze keek me aan en antwoordde: "Nou ben ik 62 jaar, ik ben nooit getrouwd en jij bent de eerste die me in m'n blote bent gezien hebt, jongetje; drinken doe ik niet, maar er zijn wel veel bodempjes! Ik zal wel oppassen verder!"

Ik voelde me erg gevleid.

"Slechte tekenen" zijn in den regel weerstandsverschijnselen die (nog) niet goed therapeutisch benut kunnen worden.

De mate waarin een therapeut weerstanden produktief weet te gebruiken is natuurlijk variabel. Een lijst van "slechte tekenen" is daarom ook een lijst van "tekorten van de therapeut", althans ten minste voor een deel.

De "slechte tekenen" hieronder ontleen ik aan mijn mislukte gevallen. Een aantal van deze tekenen doet zich ook wel voor bij meer geslaagde gevallen, maar dan in het begin van de therapie, en met mate.

Mijn vuistregel is dat ik deze tekenen voor onschuldig probeer te houden tot zeg de vierde zitting. Daarna wordt het moeilijker er mooi over te denken.

1. De cliënt is te veeleisend.

Wanneer cliënten volhouden dat zij dagelijks ten minste een uur (of zoiets) met je moeten kunnen praten om nog voor verbetering in aanmerking te komen, ziet het er somber uit. Totnogtoe heb ik steeds geprobeerd deze behoefte te honoreren, zij het in een iets gewijzigde vorm. Bijv.: "Zelf ben ik niet in de gelegenheid dagelijks met u te spreken, maar gelukkig is daar uw partner, die zeker bereid zal zijn deze taak van mij over te nemen." Dit hielp nooit. Opmerkingen als: "Ik begrijp dat u deze behoefte heeft, maar dat kan nu eenmaal niet", of "Wanneer u dat wilt moet u bij een andere therapeut wezen" hielpen evenmin. (Het zal duidelijk zijn dat beëindiging van de therapie zonder verbetering hier als een mislukking wordt beschouwd.)

2. De cliënt blijft andere deskundigen raadplegen.

Dit is de negatieve variant van "doctor shopping". Noch het ertegenin gaan - "Houdt u zich voor de duur van deze behandeling aan wat wij afspreken", of, grover: "Er kan maar één kapitein op het schip zijn" -

noch het meegaan - "U bent ten minste iemand die de zaak graag van meerdere kanten bekijkt" - droeg ooit bij tot een succesvolle therapie.

3. De cliënt geeft aan de therapeut niet als competent te beschouwen.

Het pijnlijkst is het wanneer dit impliciet wordt gedaan. Bijv. de vrouw die wegens hoofdpijn bij je is zegt te goeder trouw: "Ik denk dat ik dokter X maar eens zal vragen of hij iets aan mijn hoofdpijn kan doen." Het "Ja maar mevrouw, daar was ik toch voor" kan ik niet over m'n lippen krijgen. Dat moet zo iemand spontaan uit zichzelf aanvoelen vind ik.

4. De cliënt wordt gek.

Met schemeren, hallucineren, suïcidepogingen e.d. kan de therapeut gedwongen worden tot een tempo van veranderen dat moeilijk van pas-op-de-plaats is te onderscheiden.

5. De cliënt(e) wordt verliefd op de therapeut.

Dit verschijnsel kan voorkomen worden door de partner meteen bij de therapie te betrekken. Maar soms is er geen partner of het is te laat om hem alsnog binnen te halen. Het is mij in deze gevallen totnu toe niet gelukt de verliefdheid ten gunste van het doel van de therapie aan te wenden.

6. De cliënt is "vergeetachtig" en/of "slordig".

Hij vergeet formulieren in te vullen, hij vult ze wel in maar vergeet ze mee te nemen, hij neemt ze wel mee maar heeft ze niet of half ingevuld of hij heeft zijn aantekeningen op een hummelig papiertje gekrabbeld.

Een paar zittingen ga ik ervanuit dat de instructies verkeerd begrepen zijn en leg ik alles nogeens geduldig uit; wie het daarna nog niet begrijpt wil het blijkbaar niet begrijpen. (Dwangneurotische mensen zijn o.m. hierom te prijzen, dat ze hun formulieren altijd prima invullen.)

7. De cliënt schuift een volgende moeilijkheid naar voren wanneer de vorige dreigt opgelost te worden. Ik merk dat ik ongewild vaak met het "Pak me dan

- als je kan"-spel meedoe. Het "signaleren" van dit patroon heeft evenwel doorgaans ook weinig effect.
8. De "identified patient" of zondebok voldoet te zeer aan de verwachtingen van zijn omgeving.
- Wanneer de zondebok het te bont blijft maken wordt het erg moeilijk om aan zijn gezinsleden te verkopen dat therapie ook voor hen van enig nut zou kunnen zijn. Ook de rol van "mediator", "co-therapeut" of iets dergelijks wordt dan vaak geweigerd.
9. De cliënt wordt "misselijk".
- Hij voert de instructies (moeizaam) uit maar geeft aan er misselijk bij te worden. De therapeut adviseert door te gaan en de misselijkheid wordt almaar erger. Het voorschrijven van dit symptoom vergroot alleen maar de druk waaronder men blijkbaar staat. Een effectieve remedie is het staken van alle directieven, maar daarmee is de therapie wel beëindigd.
10. De cliënt liegt.
- De therapeut wordt op een dwaalspoor gebracht en de cliënt slaagt er niet in tijdig de waarheid te introduceren. Ik heb gemerkt dat sommige cliënten liegen met de bedoeling door de therapeut "ontmaskerd" te worden. "Hij ziet door me heen", wordt dan gedacht. Zij beschouwen het als een teken van incompetentie wanneer de therapeut niet door hen heen blijkt te kunnen zien.
11. De vaginiste die over pijn klaagt bij een dilatator ter dikte van een ballpoint.
- Wanneer dit verschijnsel zich voordoet, wees dan bedacht op iets moeilijks: geen kinderen willen terwijl de partner ze wel wil, de partner niet willen zonder dat het goed mogelijk is dit te zeggen.
12. De cliënt die volgens anderen therapie nodig heeft. Speciaal oud-clieñten en kennissen hebben nogal eens de neiging familie of vrienden in te sturen die op de een of andere manier "moeilijk" zijn. Het gaat dan vaak om mensen die zich van geen kwaad bewust zijn.

Of om psychotische mensen, die menen het grootste gelijk van de wereld te hebben. Cliënten en kennissen zijn opmerkelijk slechte verwijzers.

13. De cliënt geeft de therapeut raadsels op.
Met een vage glimlach krijg je wat aanwijzingen t.a.v. de aard van het probleem, dan zakt de cliënt onderuit om eens op z'n gemak te bekijken of je de puzzel weet op te lossen. Ik word hier kwaad om. Dit, en het feit dat ik niet bij machte ben om aan te voelen waar de schoen wringt, geeft de cliënt het idee dat hij bij een tweede-rangfiguur is terechtgekomen. Daar word ik nog kwader om.
14. De therapeut heeft geen respect voor de cliënt.
Er zijn cliënten aan wie niets te beleven valt, mensen die je onbenullig of gevaarlijk of ergerlijk of anderszins onsympathiek vindt.
Ik verbaas me over de vrijheid waarmee sommige therapeuten zich van deze hulpzoekenden ontdoen: "Meneer, ik kan niets met u, zoek uw heil bij een ander". Ik heb deze vrijheid niet. Ik denk: "Stel dat internisten zulke criteria zouden aanleggen." Desondanks knappen deze mensen niet op.
15. De cliënt is na (pakweg) vijf zittingen nog niets verbeterd.
Dit is, net als nr. 14, natuurlijk geen weerstandsverschijnsel. Het kan betekenen dat de therapeut geheel op het verkeerde spoor zit. Het is vermoedelijk toch beter de therapie in dit stadium te beëindigen dan verder te experimenteren.

Dirktieve therapie en het 'verleden', een voorbeeld

Alfred Lange

In een recente bijeenkomst van redakteuren van TDT vertelde ik over een geval, dat naar mijn idee bezig was in de B-kategorie (vgl. Hoogduin, 1975) terecht te komen. Het gaat om Corrie en Pieter^{x)}, waarmee ik toen ongeveer 10 zittingen achter de rug had. De problemen centreerden zich vooral rond het tegenwoordig in zwang zijnde 'man-vrouw-rolverdeling' thema. Hoewel ik na de conflicten die op dit terrein in mijn eigen huwelijk hebben gespeeld - en nog steeds spelen -, best veel oor heb voor de vrouwennoten in onze maatschappij leek het mij toch dat Corrie er misbruik van maakte. Niets wat Pieter deed was goed. Als zij hem iets vroeg, waaraan hij voldeed was het niet goed omdat zij het dan toch maar weer had moeten vragen; zij moest dan toch weer 'verantwoordelijk' zijn. Als hij een bepaalde taak op zich nam, maar het niet snel genoeg, of niet op precies dezelfde manier als Corrie, uitvoerde kreeg hij ook op zijn lazer. Dat laatste ging altijd op heftige ongecontroleerde, zeer gespannen manier met huilbuien van Corrie's kant. De behoeften van Pieter waren op eerste gezicht moeilijk te rijmen met die van Corrie. Hij wilde juist dat zij wat gemakkelijker werd; hem niet zo opjoeg met voortdurend afspraken maken en het takenpakket verdelen. Hij wilde het van het moment laten afhangen wie wat zou doen, waarbij hij zijn aandeel niet wilde verkleinen. Ik stelde in het begin voor om in kleine stapjes te werken. Hierbij deed zich echter een licht paradoxale door mij ook geëxpliciteerde situatie voor. Om in kleine stapjes te werken moesten er afspraken gemaakt worden. En dat was juist wat Pieter niet wilde. Pieter ging toch mee met de voorgestelde aanpak. Het leverde echter weinig op. Het huiswerk werd vaak niet volledig uitgevoerd. De conflicten bleven leven en tot escalaties leiden.

^{x)} Gefingeerde namen

Ik signaleerde een affektief probleem. Er waren uitsluitend negatieve gronden - vooral bij Corrie - om bij elkaar te blijven. De verdeling van verantwoordelijkheden en andere afspraken had tot doel alles wat gladder te laten verlopen maar haakte niet in op het gemis van positieve gezamenlijke momenten. Toen dit ter sprake kwam stelde ik voor om naast de andere aanpak ook op directe wijze hieraan te gaan werken. Met het oog hierop zouden zij meer tijd voor elkaar moeten gaan geven. Tijdelijk althans zouden zij zich minder op de buitenwereld en wat meer op elkaar moeten richten. Deze voorstellen leverden huilbuien van Corrie op; zij had zich juist met zoveel moeite 'vrijgemaakt'. Dit hield in dat zij een halve baan had en bovendien veel avonden van huis was. Dit opgeven zou een stap terug zijn. Ik, die me langzamerhand in de positie van 'male chauvinist pig' zag gedrongen, expliciteerde dat het niet om haar maatschappelijke verworvenheden ging doch om de vraag of zij relatief wat minder energie wilde steken in misschien niet direct noodzakelijke kontakten ten gunste van energie en tijd voor de relatie met Pieter. Naar mijn idee was een keuze nodig. Na wat geharrewar ging Corrie mee in de benadering. Het leverde echter weinig op, waarbij tijdens de zittingen, vooral het destructieve gedrag van Corrie opviel. Het toppunt werd bereikt toen zij op een zitting met lange gezichten binnenkwamen en het volgende voorval 'uitbeelden' (gedragsherhaling, vgl. Lange & Van der Hart, 1975, par.5.6). Pieter zou op een avond een vergadering hebben en niet thuiskomen met eten. Corrie had daarop haar zusje te eten gevraagd. Om half acht was Pieter echter toch gekomen. De vergadering was niet doorgedaan. Wat was het probleem? Corrie had de pest in dat haar 'vrije avond' om zeep was gebracht. Ik informeerde wat dat betekende. Had zij nu opeens Pieter's eten alsnog moeten klaarmaken? Dat was niet het geval geweest. Hij had het zelf gedaan. Was Pieter verder 'lullig en opdringerig' geweest? Dat was ook niet het geval geweest. Hij had best aardig gedaan. Wat was er dan fout? Hij was aanwezig en dat was niet de bedoeling.

Pieter reageerde heftig. Hij vond toch dat hij thuis moest kunnen komen. Hij kon toch moeilijk naar het café aan de overkant gaan als een vergadering niet doorging.

Mij zat het allemaal niet lekker. Het gebeurde noopte mij opnieuw om konfronterend t.o.v. Corrie te reageren. Ik realiseerde me echter dat dat

waarschijnlijk weinig zou opleveren. Na de zitting dacht ik een kwartier over de patstelling na. Het was 'pat' omdat er weinig positiefs mogelijk leek, terwijl uit elkaar gaan van Corrie en Pieter ook al op ernstige bezwaren (van Corrie) was gestuit. Al peinzend over mogelijke oplossingen bedacht ik dat er bij Corrie misschien van individuele pathologie sprake was. Zo zou het wel mogelijk kunnen zijn dat haar angst, om ter wille van de relatie ook maar iets van zichzelf op te geven, te maken had met de positie die haar moeder t.o.v. haar eigen vader had gehad. Misschien was haar moeder een vreselijke sloof geweest. De volgende zitting bracht ik de relatie met haar ouders ter sprake. Het was een schot in de roos. Onder huilbuien kwam veel agressie van Corrie t.o.v. haar vader naar voren. Hij was dominant, veeleisend, egoïstisch; had nooit aandacht voor haar gehad, er viel niet mee te praten, hij was opvliegend, etc. Haar moeder was daar inderdaad volgens haar aan onderdoor gegaan. Wat haar het meest benauwde was dat zijzelf in haar relatie met Pieter zo op hem begon te lijken. Ik informeerde of haar vader nog leefde. Dat was het geval evenals met haar moeder. Ik zag daarom af van een 'gestalt-oefening', waarin Corrie op dat moment met haar vader imaginair zou praten (vgl. Lange & Van der Hart, 1975, par. 5.13.2). In plaats daarvan besprak ik met haar de mogelijkheid om alsnog met haar vader een gesprek te hebben. Eerst wees Corrie dit af. Dat kon toch niet. Het zou alleen maar ruzie worden. Ik gaf het echter niet zo gauw op. Ik gooide mijn deskundigheid erin; vertelde over gevallen in het verleden waar men ook dacht dat het niet kon. Ik ging naast haar zitten, aaide haar over de bol, labelde haar positief (als jij iets werkelijk wil en aanpakt kun je meer dan je denkt ...). Nadat Corrie steeds meer voor het idee gewonnen raakte bracht ik ter sprake op welke manier dat gesprek het beste ingekleed en gevoerd kon worden teneinde kans op mislukking te minimaliseren. Vader diende van tevoren op de hoogte gebracht te worden (dramatisch) dat Corrie wilde 'praten'. Zij moest het niet op toevallig alleen zijn laten aankomen, maar samen met haar vader een moment daarvoor creëren. Zij moest duidelijk maken dat het niet om beschuldigingen ging maar om het wederzijds uiten van gevoelens. Als zij het gesprek gevoerd had zou zij mij opbellen (commitment verhogend en beloning). Tijdens deze hele zitting was Pieter nauwelijks ter sprake gekomen.

Ik had uitgelegd dat dat nu eenmaal zo nodig was en geïnformeerd of Pieter het vervelend vond. Dat was niet het geval.

Het resultaat was verbluffend. Drie dagen later belde Corrie op. Zij had met haar vader gesproken. Het was ontroerend en volgens haar uiterst belangrijk geweest. Haar vader had verteld dat hij er al jaren op had gewacht om met haar te praten, maar de eerste stap niet had durven nemen. Corrie had verteld over haar grieven, maar had ook geluisterd naar de ontboezemingen van haar vader over zichzelf en over de moeilijkheden met haar moeder.

De volgende zitting werd het gesprek uitgebreider, gedrieën, besproken. Corrie zat er 'anders' bij: opgewekter, rustiger en vooral positiever. Gezamenlijk kwamen we tot de konklusie dat een deel van de agressie tegenover Pieter het voeren van strijd met haar vader was op een voor haar gunstiger veld. Het deed mij (de therapeut) denken aan het verhaal van de man die midden in de nacht op de Munt een portemonnaie aan het zoeken is. Van de vele hulpbiedende vraagt er één of hij zeker weet dat hij de portemonnaie wel hier verloren heeft. Nee, zegt de eigenaar: het was op het Waterlooplein. Waarom dan niet daar gezocht? Omdat het daar hardstikke donker is. Deze analogie heb ik overigens niet uitgesproken.

De twee weken 'verleden oprakelen', zowel in als buiten de zitting, hebben veel goeds gedaan. Het had direkte positieve gevolgen voor Pieter en Corrie. Corrie vond het nu gemakkelijker om zich in te zetten voor intensivering van hun relatie. Pieter had meer begrip voor Corrie's eigen strijd gekregen. Het heeft ook goede invloed gehad op de verbouding tussen mij en Corrie. Ik heb nu zoveel 'credit' bij haar dat konfronterende interventies weer mogelijk en effectvol kunnen zijn.

De 'moraal' is, dat ook in relatietherapie soms individuele wegen bewandeld moeten worden. Als er 'hidden agenda's' uit het verleden zijn kan ook een direktieve therapeut, op dat punt - uiteraard direktief - interveniëren. Als ik daarop eerder beducht was geweest had ik me enkele zinloze zittingen kunnen besparen.

De epiloog: Het lijkt wel of de therapie pas na de hierboven beschreven affaire goed op gang is gekomen. We zijn nu 5 weken verder. In die periode is er veel 'huiswerk' verzet. Bijv. het elke dag formuleren van konkrete wensen voor de komende dag.

De laatste twee zittingen zijn gebruikt voor ontspanningsoefeningen. Dit gebeurt met het oog op de spanningsverschijnselen die zich vooral bij Corrie, maar ook bij Pieter nog voordoen als zij een (potentieel) konflikt uitpraten.

De bedoeling is om hen in een paar weken tijd zover te brengen dat zij zichzelf op simpele wijze (vgl. Bernstein & Borkovec, 1973) kunnen ontspannen voordat zij een 'moeilijk' gesprek aangaan.

Hoewel de meeste ontspanningsoefeningen voor individuele therapie gepland zijn is het gezamenlijk oefenen in deze therapie geen probleem. Integendeel, de opdracht om thuis (minstens twee keer in de week) te oefenen werd er gemakkelijker door. Zij konden nu elkaar om de beurt ontspannen

Referenties

Bernstein, D.A. & T.D. Borkovec (1973); Progressive relaxation training. Research Press, Champaign, Ill.

Hoogduin, K. (1975); Het dichtslibben van een praktijk of: hoe voorkom ik uitzichtloze therapeutische (?) relaties. Tijdschr. Direktieve Therapie, 1975, 2, (10), 15-18.

Lange, A. & O. van der Hart (1975); Gedragsverandering in Gezinnen. Tjeenk Willink, Groningen.

De kunst patiënten te ontslaan.

Richard van Dijk

In therapeutische kringen wordt aanzienlijk meer aandacht besteed aan technieken om patiënten te behandelen dan aan methoden om ze uit therapie te ontslaan. De gedachte dat een goede behandeling automatisch tot een vlot ontslag leidt wordt door de praktijk lang niet in alle gevallen bevestigd. Het wil nog wel eens voorkomen dat patiënten zich krachtig verzetten tegen pogingen om een therapie te beëindigen. Het is daarom als algemene strategie aan te bevelen het ontslag bij het begin van de behandeling in het vooruitzicht te stellen.

De volgende concrete maatregelen kunnen daarbij bruikbaar zijn. Zij zijn bedoeld om het ontslag voor de patiënt zo aannemelijk mogelijk te maken; verder om te beletten dat de therapie al te lang uitloopt en te voorkomen dat het ontslag alleen tot gevolg heeft dat behandeling elders wordt gezocht.

1) Het 10 zittingen programma:

De therapeut kan bij de eerste zitting ter sprake brengen dat de therapie maximaal 10 zittingen zal omvatten en dat dan ontslag zal volgen, ongeacht de stand van zaken. Dit zal er toe leiden dat patiënten die anders gemakkelijk 15 sessies uitzitten nu de neiging zullen vertonen om een minder afwachtende houding aan te nemen. Dit beperkt programma voldoet uitstekend bij het voorkomen van ongewenste "overdrachtsverschijnselen". Verliefdheid op iemand die aankondigt snel te zullen oprassen is doorgaans weinig dramatisch. De therapeut kan een dergelijk uitgangspunt motiveren door te stellen dat hij, naar zijn persoonlijke ervaring, er nooit in geslaagd is mensen te helpen in langdurige therapiën, en dat als er geen resultaten bereikt zijn na 10 zittingen, hij niet deskundig is om de patiënt te helpen. Dit is een betere motivering dan "ik heb niet meer tijd" of iets dergelijks, waardoor de patiënt zich met recht gekwetst kan voelen over het geringe aantal gesprekken dat voor zijn moeilijkheden wordt gereserveerd.

Een "10 zittingen programma" kan zonder bezwaren worden toegepast

bij therapiën die reeds langer lopen en moeilijk af te sluiten zijn.

2) Het "5 zittingen - en - dan - zien - we - nog" - schema.

Het voorgaande schema heeft het nadeel dat ongeacht het hoge peil dat de kunst van psychotherapie in de toekomst wellicht zal bereiken, een beperking tot 10 zittingen voor sommige patiënten tóch krap is. Het is voor de therapeut een pijnlijke zaak na tien zittingen te moeten aankondigen dat hij graag de therapie nog wilde verlengen: eventuele latere afspraken worden daarmee ongeloofwaardig gemaakt. Het is ook niet zo leuk regelmatig patiënten naar de huisarts terug te verwijzen als men zelf het gevoel heeft dat het werk nog maar halverwege is.

De therapeut kan ook bij de eerste zitting terecht van mening zijn dat er weinig te voorspellen is over het effect van 10 zittingen. Deze bezwaren kunnen worden opgevangen door zich niet zo vroeg vast te leggen op een bepaald aantal zittingen. De alternatieve procedure is dan maximaal 5 zittingen af te spreken met de aankondiging dat bij de vijfde zitting van beide kanten zal geëvalueerd worden over het nut en de duur van voortzetting. Dit is comfortabeler voor de therapeut en hoeft niet tot onnodige verlenging van de behandeling te leiden.

3) Het "ik ga weg" manoeuvre.

Voor therapeuten die in tijdelijke dienst zijn bestaat de mogelijkheid om vanaf het begin van de behandeling hun vertrek aan te kondigen en daarmee te bereiken dat de patiënt zijn best doet om binnen een beperkte tijd het onderste uit de kan te halen. Zo nodig kan de aankondiging van vertrek van de therapeut als overtuigend argument gebruikt worden om slechts een deel van de problematiek te behandelen en de rest aan een opvolger over te laten. Patiënten hebben doorgaans verrassend weinig klachten over wisseling van therapeut mits dit ruim van tevoren wordt aangekondigd.

4) Uitsmeren:

Sommige patiënten, vooral als zij in vorige therapeutische contacten verwend zijn, stellen zo'n hoge prijs op gesprekjes dat

een geleidelijke ontwenningsskuur moet worden opgezet om onthoudingsverschijnselen te voorkomen. Het is dan nodig steeds langere intervallen tussen de sessies te organiseren vooraleer zij een ontslag onder ogen kunnen zien.

5) "Eerst aan het werk"

Er zijn patiënten die hun klachten met zorg cultiveren en adviezen naast zich neerleggen maar toch zo sterk hun hulpbehoevendheid demonstreren dat ze hun huisarts alleen maar tot een nieuwe verwijzing naar een andere hulpverlener zouden inspireren als ze zonder meer zouden ontslagen worden. Men kan een poging ondernemen om dit steriele doorschuiven van het probleem te voorkomen door de volgende afspraak: aan de patiënt wordt gezegd dat men niet in staat is de klachten in de huidige situatie (bv. werkverzuim) te behandelen, maar dat dit wel mogelijk zal zijn zodra de patiënt zelf een bepaalde positieve verandering (bv. werkhervatting) heeft uitgevoerd. Behalve dat de patiënt inderdaad wellicht gemakkelijker te behandelen zal zijn als hij wat van zijn ziekte winst of vermijdingsgedrag heeft opgegeven, houdt dit advies ook in dat de patiënt de kans krijgt om zelf de keuze tussen ontslag of verdere therapie te maken.

6) "Tot over zes maand"

Vaak bereikt het niveau van klachtenverbetering een plateau. De therapeut weet niet meer wat hij nog uit zijn mouw moet schudden maar de patiënt is onverminderd gemotiveerd om met het restant van de klachten een conversatie te vullen. Om te voorkomen dat de patiënt de behoefte voelt opkomen de onmogelijkheid van ontslag te onderstrepen met een toename van klachten, kan het goed zijn een langdurige "observatieperiode" af te spreken. De patiënt zal dan over een half jaar rapporteren over de stand van zaken. De therapeut kan de voorlopige voortzetting van de band met hem tastbaar maken door een aantal exemplaren van een klachtenscoringslijst mee te geven die bijvoorbeeld elke vierde week ingevuld moeten worden.

7) Reserve - zitting.

Een uitstekende manier om ontslag te bevorderen bestaat erin de patiënt niet te ontslaan maar hem zonder nieuwe afspraken voor onbepaalde tijd in behandeling te houden. Patiënten die nog lopende afspraken hebben zullen vaak hun best doen om nog gesprekstof te produceren. Hun aandacht kan op prettiger dingen gericht worden zonder dat ze het gevoel krijgen dat hun ruggeleuning wegvalt. Een goed middel om dit te bereiken is de aankondiging dat de therapie niet is beëindigd maar dat de patiënt nog 1 à 2 zittingen in reserve mag houden die hij mag "opsoeperen" op een tijdstip dat hem dat zelf het beste uitkomt. Daarbij kan gesuggereerd worden spaarzaam met deze zittingen om te springen en niet op te bellen voor een vluchtige depressie of iets dergelijks, want dat de afspraak toch pas kan doorgaan als de depressie al over is: het is beter de zitting te gebruiken voor een probleem dat "ernstig genoeg" is. Dit heeft als effect dat veel onzekere patiënten hun moeilijkheden verder leren relativiseren, en als het om serieuze moeilijkheden gaat zouden ze waarschijnlijk toch hebben opgebeld.

Lichamelijke ziekte als spelbreker in relatie-therapie

1. Een 28 jarige vrouw, moeder van twee kinderen, wordt opgenomen in het dagcentrum. De aangemelde problematiek: depressiviteit, passiviteit, sterke afhankelijkheid van man en moeder, dwanggedachten over zelfmoord. Naast opname lijkt relatie-therapie bij voorbaat geïndiceerd.

2. Ik (de relatie-therapeut) spreek het echtpaar en maak een kontrakt voor vijf zittingen. Dankzij een fors aanpakken in de relatie-therapie en in dit geval het volgen van dezelfde lijn door het behandelingsteam in het dag centrum, verandert er veel in anderhalve maand.

Het uiten van de dwanggedachten door Mien, de vrouw, en daarmee haar man, Kees, dwingen om van zijn werk thuis te blijven (of moe te laten opdraven) -"als je weg gaat, maak ik m'n eigen van kant, en die twee bloedjes van kinderen ook. Je ziet me niet meer levend terug."- wordt door mij als volgt gedefinieerd. Dat is het uittesten hoe ver ze met haar man kan gaan. Een vrouw als zij heeft in feite geen man nodig, die alles voor haar opknapt en haar altijd en eeuwig begrijpt, steunt en opvangt. Die moet eens horen, dat het nu genoeg is geweest. Waarop Mien zegt dat ik gelijk heb. "Ik denk wel eens bij m'n eigen, hoe ver kan ik gaan? Als z'n oegleden gaan hangen, weet ik dat ik moet oppassen". Kees wordt, met veel moeite, geleerd om forser jegens zijn vrouw op te treden als zij klaagt, maar ook meer belangstelling voor haar te tonen als het goed gaat of zij gewone dingen doet. Kees leert het wel. Trots vertelt Mien in een groeps-therapie, dat Kees de avond tevoren er genoeg van had gekregen. Hij was opgestaan en had haar een mep gegeven met het boek dat ie aan het lezen was. "Maar ik blijf ook van m'n eigen af, hoor. Ik laat niet alles met me doen."

Mien wordt dus duidelijk ook forser, haar vooruitgang blijft ook op andere fronten: kan weer meer met genoeg alleen thuis zijn, hoewel haar soms nog wel "die gedachte" overvalt, ze versterkt allerlei sociale kontakten die lange tijd verwaarloosd waren. Van haar moeder wordt ze lossier: ze blijft ook tegen haar meer van zich af. Ik denk bij

het vierde gesprek, dat ik aan problemen bij het
oplossen van de kinderen kan gaan werken (namet een
monitoring, uiteraard, van bovengenoemde problemen).

3. Een dag na het vierde gesprek wordt Mien ziek. Krijgt
last van haar dikke darm, althans ze vermoedt dat de
huidziekte het. Veel pijn. Mien voelt zich ellendig.
Krijgt weer meer dwanggedachten. Alles wordt weer in
het negatieve getrokken. Kees reageert met het gedrag,
dat hij in de relatie-therapie geleerd heeft. "Hou moet
je ophouden", etc. Het helpt niet meer, zoals Mien zelf
ook zegt, "je helpt me daar echt niet mee". Kees gaat
toch nog een tijdje door, maar de sfeer wordt alleen
maar slechter. Hij geeft het op, en het gehele gezin
is in een depressie beland.

4. Ik ervaar het optreden van Mien's lichamelijke klachten
als een tegenslag. Was zoiets een paar maanden later
opgetreden, dan kon ze er wellicht beter mee omgaan.
Het interpretatie-model dat ik hanter is het volgende:
Als Mien zich door gedachten over zelfmoord - die bijv.
optraden als ze iets over dat onderwerp in een tijds-
schrift leest - rot gaat voelen, treedt tegelijkertijd
een lichamenlijk onbehagen op. Althans voor mij idee.
Ik kan het me niet voorstellen, dat iemand die zeer
depressief is, zich tegelijkertijd heel lekker in zijn
lichaam voelt. M.a.w. er is een verbindig geloge- een
konditionering- van lichamenlijk onprettig voelen bij
dwanggedachten. Als nu lichamenlijk onbehagen optreedt,
zoals in dit geval buikpijn, treedt het erbij behorende
negatieve denken ook op. Beide aspecten gaan hand in
hand. In het eerste geval echter, treedt verandering op
door een andere manier van omgaan met het systeem.
Hantiketteren, e.d. zorgen voor anderszeggend denken
en daarmee verandert ook het lichamenlijk functioneren.
Dit is niet mogelijk in het tweede geval, althans
in dit stadium bij deze vrouw, met zoveel buikpijn, niet.
De reactie van Kees, die op het eerste van toepassing
zijn, werken niet in het tweede.

5. Op de vijfde zitting is Kees alleen aanwezig (Mien is niet op de hoogte van de ziekte en verwacht de kinderen). Ik vertel hem het in 1. gepresenteerde modelletje, zodat hij te brengen. Het zijn in relatie-therapie belangrijke persoes wél goed zijn, maar alleen in situaties waar hij geen persistente lichamelijke klachten heeft (althans in dit stadium). Ik vertel hem echter ook, dat zijn huidige gedrag haar ernaar te gaan opbeuren (waar hij nu niet toe nu ook geen zin heeft. Ook dat neemt de pijn niet weg. Hij wordt geïnstrueerd in het op een bepaalde manier waarderend optreden. Als Mien klaagt over bepaalde dingen die zo moeilijk of zwaar zijn, moet hij haar vertellen het feit, dat ze toch door gaat, niet bij de nekke neerzittend. Dit is goed gegaan met een aantal therapeuten die nu samen met succes op Mien hebben toegepast - voer het bij Mien. Het succes was stelsel, dat zij zelf ook later heeft gebruikt. Ze dit of het had geleerd. Mijn idee is dat Mien zal reageren met enige kans op succes zal hebben.

Na afloop van dit gesprek met Kees wordt de relatie-therapeut van Mien gesproken dat deze haar advies doet daarmee van haar langstelling blijf sal gaan. In het gesprek zal zij nog maal het modelletje onder ogen Mien te leggen en haar instrueren, dat ze wel macht heeft in haar dikke darm en de buikpijn maar niet over de pijngevoelens denken. Zulke geschiedde.

Het effect van dit telefonisch gesprek en de vermindering van Kees is, dat Mien twee dagen later uitgaat naar het centrum gaat. Ze is nog geveekt, maar nog niet geheel vrij van buikpijn. Ze vindt, dat ze niet bij de pijn kan zitten, want ze is te platte, al ze goed bezig is. De merkingen, die er wel in het dagcentrum als thuis (1. en 2.) positief gevonden worden.

Den week na het gesprek met Kees spreek ik hem over de relatie-therapie. Alhoef de inzinking helemaal niet te plaatsen. Ze, die ik de benig geweest om de pijn te ./. dat het eigenlijk te veel goed van haar is.

Ervaringen met bedplassers

d.n.oudshoorn



Ik heb er heel wat gezien: rekruten toen ik militair arts was, kinderen en pubers sinds ik in de kinderpsychiatrie rondwandelaar.

Ik heb er natuurlijk ook veel over gelezen en veel over gediskussieerd met mijn geachte opleiders en kollega's.

In het kader van dit tijdschrift passen geen ellenlange beschouwingen over de genese en de veronderstelde diepe oorzaken en achtergronden van een symptoom; daar is ons papier te kostbaar voor! Maar dit argument wankelt wanneer het om teoretiese konstruksies gaat waar een therapeuties handvat aan zit. Daarom zal ik een zo kort mogelijk overzicht geven over de onderscheidene gedachten.

Finch¹ noemt de gebruikelijke dynamieken:

- 1- wraak, of protest tegen strenge regels van de ouders;
 - 2- regressie (eerst droog geweest) na geboorte van een broertje of zusje bv;
 - 3-(volgens de auteur zeldzaam) na letsel of operatie, vooral in de genitale sfeer, i.v.m. kastratiefantasieën;
 - 4-(ook zeldzaam) t.g.v. hysteriese identifikatie bv met een vader die een nierinfeksie ofzo heeft;
 - 5- familiair - wordt in de familie als normaal beschouwd, inadekwate training.
 - 6- hij vermeldt ook de opvatting van Margaret Gerard dat er vaak identifikatieproblemen zijn, dat enuresis slechts een symptoom van een karakterneurose is, meestal met de neiging zich met de andere sekse te vereenzelvigen. Dus passieve jongens en agressieve aktieve maskulieene meisjes.
- Noyes² vermeldt nog dat bedplassen vooral in de eerste REM-fase van de slaap optreedt, d.w.z. ná de eerste diepe slaapfase. Meestal is dit tussen 60 en 90 minuten na het inslapen. Ook deze auteur (net als tientallen anderen) somt de reeds genoemde opvattingen getrouwelijk op, met onbelangrijke variaties. Fysieke afwijkingen van het ze-nuwstelsel of de tractus urogenitalis zouden volgens hem

en volgens vele anderen zelden te vinden zijn.

Kos en Lankers³ daarentegen hebben een vijftigtal bedplassertjes op een kinderpoli onderzocht en constateerden bij 10 kinderen "cerebrale + EEGafwijkingen, met ontwikkelingsachterstand, ook v. h. IQ" ;

bij 14 kinderen "duidelijke ontwikkelingsachterstand, emotioneel en sociaal gezien, ook v. h. IQ", met infantiel gedrag, met uitsluiting van organiese afwijkingen;

bij 6 kinderen "neurose of neurotiese reaksie na een konfliktsituatie" (dit zijn altijd kinderen die eerst droog zijn geweest, in tegenstelling tot de eerder genoemden, volgens deze auteurs)

bij 10 kinderen "vroegkinderlijke emotionele verwaarlozing". Meerdere categorieën kunnen op eenzelfde kind van toepassing zijn, zo wordt nog medegedeeld. Het is niet bepaald omdat ik zo van deze bevindingen onder de indruk ben dat ik ze vermeld, maar omdat de aanbevelingen zo amusant zijn: A Nachreifung aller Bereiche bei den unreifen Kindern; B Lösung der verdrängten Konflikte bei den neurotischen Kindern; C Emotionale Zuwendung (mitunter Milieuwechsel) bei den emotional vernachlässigten Kindern; D Versuch einer medikamentösen Behandlung bei den organisch gestörten Kindern ohne psychotherapeutische Behandlung. De auteurs laten niet na te vermanen dat het zwaartepunt van de behandeling in één richting dient te liggen, zonder echter de verschillende andere genetiese factoren te verontachtzamen, dit in geval van overlapping. Ze doen ook aan direktieve therapie! Ze geven namelijk voor de in hun ontwikkeling vertraagde kinderen een variant van het wekadvis dat wel tot de zwaardere beproevingen mag worden gerekend: driemaal per nacht wekken (na 2 à 3 u slaap, vervolgens 3 u later en tenslotte kort voor het opstaan) volhouden gedurende zes maanden waarna dan de middelste wekking achterwege mag blijven; bovendien moet een kalender worden bijgehouden om ontmoediging te voorkomen en moet aandacht besteed worden aan de "neurotiese afweerreakties" van en tegenover de omgeving.

Algemeen wordt voor wat medikamenteuze behandeling betreft Tofranil 1 of 2 dd 10 of 25 mg aangeraden. De werking zou -als ik me niet vergis- op het parasymphaticolytische effect berusten, waardoor de blaas zich moeilijker kan openen en de miktierrefleks pas bij grotere vullingsgraad wordt opgewekt. Het heeft wel degelijk ook een leereffect, want er worden krachtiger impulsen omhoog gestuurd en de kans op ontwaken is dan groter. Het zelfde effect zal dan na verloop van tijd ook spontaan, dwz zonder medikament optreden.

Dan is er natuurlijk ook de plaswekker, die een belsignaal of een elektrische prikkel geeft zodra er een paar druppels urine uit de urethra komen en zodoende een circuit sluiten. De patient behoort wakker te worden en snel zijn kring-spier aan te spannen en naar het toilet te gaan. Ook hier treedt dan een leereffect op zodat de wekker na enige tijd retour afzender kan. Vaak helpt het niet. In de praktijk zal de huisarts eerst met de wekker en/of Tofranil proberen de patient droog te krijgen en in geval dit niet gelukt doorsturen naar kinderarts, mob of kinderpsychiater. De kinderarts (of de huisarts) kan nog denken aan diabetes, of aan een urologiese oorzaak. En op neurologies gebied kun je nog aan een spina bifida (occulta) denken.

Resumé van de etiologische veronderstellingen:

- N-1 wraak (meer factoren kunnen tegelijk gelden)
- N-2 regressie
- N-3 kastratieangst
- N-4 hysterie
- N-5 karakterneurose
- AO-1 familiegewoonte
- AO-2 inadekwate zindelijkheidstraining
- AO-3 organ.cerebrale stoornis+ontwikkelingsachterstand
- AO-4 ontwikkelingsachterstand sec (nou ja)
- AO-5 vroegkinderlijke verwaarlozing
- S-1 urologiese oorzaak
- S-2 interne oorzaak
- S-3 neurologiese oorzaak.

Resumé van de therapeutiese mogelijkheden:

- | | | | |
|-------------------------|---|---|--|
| ruwweg drie kategorieën | : | { | 1 somat.behandeling v.d. lich.oorzaak |
| | | { | 2 psychoterapie gericht op psych.oorzaak |
| | | { | 3 training (bv met wekker of pil) |

kasuïstiek

Eddie is 9 jr oud als hij beging 1971 naar de afd. Kinderpsychiatrie SKZ wordt verwezen. Hij faalt volledig op school, zit er droevig en dromerig bij, steekt niets op maar wordt toch tot in de derde klas meegenomen. Voorts lijdt hij aan primaire enuresis nocturna. Hij toont zich een bijzonder zwijgzame, passieve, vreugdeloze en meisjesachtige jongen. Verbaal IQ 90, Perf 120; geen tekenen van organiciteit. De konklusie luidt: "Arrest of development" of in het analytische jargon: "anale passiviteit als afweer van anaal-sadistische impulsen na falen in de oedipale fase." Hij komt uit een pedagogies zeer zwak arbeidersmilieu, met een angstige fatalistische moeder en een invalide, zich insufficient voelende vader. Men besluit tot casework-kontakten met de ouders en opname van Eddie in de daggroep. Hij krijgt daar individueel onderwijs, allerlei groepsactiviteiten en voorts individuele psychotherapie, eerst door een ander, van sept 71 tot juni 73 van mij, wekelijks twee à drie maall, onder supervisie van een charmante, Miss Pollifax-achtige Engelse van Hampstead Clinic. Ik kijk terug op een soms wellangdradige, maar meestal amusante behandeling, waarbij er (wellicht desondanks) goed schot kwam in Eddies ontwikkeling, over de hele linie, behalve...het bedplassen.

We hadden goede argumenten voor N-1,2,3,5. (voor A0-2 waren er trouwens ook abundante argumenten: zindelijkheidstraining vanaf leeftijd 12 maanden, heel inadekwaat, werd een fiasko. Daarbij kwam nog een steeds obstinater eetstrijd enzovoort) Merendeels volgens de analytische richtlijnen heb ik de meeste fundamentele conflicten met Eddie doorgewerkt, maar...het scheelt geen druppel! Ik begin dan al steeds meer te betwijfelen dat meer "inzicht" het symptoom zou laten verdwijnen.

Eddie wordt juni 73 uit de kliniek ontslagen, belandt op een gewone basisschool en alles gaat voor de wind, behalve dat ene, zoals reeds gezegd is. Ik zie hem dan verder op het mob, aanvankelijk 1x per week, later minder frekwent. Eddie vraagt me of er geen training is om er vanaf te komen. (overigens had de wekker vóór opname geen enkel resultaat gegeven) Ik laat hem eerst een kalender bijhouden met zonnetjes en regenwolken en zeg hem elke plas op de wc tweemaal af te knijpen "om een goeje sterke kringspier te krijgen". De frekwentie van het bedplassen neemt al met 30-50% af en soms is hij een week droog, apetrots want dat was nog nooit voorgekomen. Ik leg hem het verhaal uit van plasrefleks en wekprikkels en geef dan een Tofranilkuur van een maand. Op een tabletje van 10 mg is hij droog, op 1 tab per 2 dagen idem, per 3 dagen evenzo maar als ze op zijn is hij weer 3 dagen per week nat! Hij vraagt om herhaling, maar ik leg uit dat dat geen zin heeft omdat hij eerder op dokter Oudshoorn's wonderpil dan op wekprikkels gekonditionneerd zou worden. Hij snapt het en vraagt of ik dan iets anders weet. Ik kijk zeer bedenkelijk, antwoord bevestigend, maar zeg dat het erg naar is om te doen, zodat hij eerst maar eens een week moet nadenken of hij dat wel wil, voor ik het vertel. Hij komt dodelijk nieuwsgierig terug en uiteraard ja. Ik geef hem dan een advies à la Erickson : opzettelijk voluit in bed plassen op de twee avonden ná een natte nacht, zonder te verschonen. Er wordt een speciaal symbool voor op de kalender ingevoerd. Hij vindt het inderdaad weerzinwekkend, maar zal het opvolgen. Hij voert het programmaatje tweemaal uit en is dan droog, definitief!

i.v.m. de lengte van dit artikel volgt voortzetting in het volgende tijdschrift voor directieve therapie.

Het gebruik van metingen (monitoring) als therapeutische strategie

Alfred Lange

In het vorige nummer van TDT schreef ik over onderzoek en therapie. Ik signaleerde reaktiviteitsproblemen. D.w.z. dat de metingen onbedoelde en onkontroleerbare effecten hadden op de therapie. De cliënten worden door het (wekelijks) beantwoorden van vragen gedwongen over hun situatie na te denken. Een ander effect is dat, door zichzelf en de ander te beoordelen op een schaal, men een aantal dingen wat meer relativerend doet en dat men gaat trachten zich aan te passen aan goede beoordelingen op de schalen.

Naast dit soort effecten heeft het ook voor de therapeut zin om de veranderingen t.a.v. verschillende probleemgebieden 'in kaart te brengen'. Hij krijgt stelselmatig extra feedback over de stand van zaken m.b.t. verschillende probleemgebieden. 'Extra' omdat ingevulde ratings geen vervanging zijn voor wat de therapeut - vooral de relatietherapeut - tijdens een zitting ziet gebeuren.

Monitoring, zelfregulatie is een bekende techniek waarover door gedrags-therapeuten veel is geschreven (vgl. Mann & Starr, 1972; Watson & Tharp, 1973; Thoresen & Mahoney, 1974).

In de meeste gevallen gaat het dan om specifiek voor de betreffende cliënt opgestelde schalen. In TDT, 2, 10 lanceerde ik het voorstel om ten behoeve van relatietherapie losbladige rating-schaal-formulieren te creëren. Na een korte taxatie (bijv. één zitting) kan daaruit dan voor een paar of gezin een voor hun specifiek pakket samengesteld worden. In de laatste 'redactievergadering van TDT' werd dit plan met instemming begroet. Aan mij werd gevraagd een begin te maken. De andere redacteuren zouden daarna schalen toevoegen die betrekking hebben op probleemgebieden die zij in hun praktijk weleens tegenkomen.

Hieronder volgen 10 losse vellen. Op elk vel staan enkele uitspraken waarbij de cliënt door invullen van een cijfer kan aangeven hoe gelukkig hij is met de bestaande situatie m.b.t. een bepaald probleemgebied, in de afgelopen week. De probleemgebieden zijn respectievelijk: communicatie, alcohol, geldzaken, opvoeding, omgang met vrienden, autonomie, sexualiteit, omgang met familie, takenverdeling in huishouden, belangstelling voor wederzijds werk.

De uitspraken worden voorafgegaan door een uitgebreide instructie m.b.t. de manier waarop de uitspraken ingevuld kunnen worden.

Graag zie ik in het volgende nummer van TDT, of op de volgende redactie-vergadering aanvullingen op de 'voorraad' en discussie tegemoet.

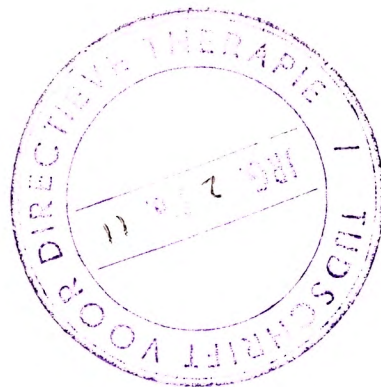
Referenties:

Lange, A. (1975); Onderzoek als deel van het therapeutisch arsenaal.
Tijdschr. Directieve Therapie, 2, (10), 30-33.

Mann, J. & Sh. Starr (1972); The self-report questionnaire as a change agent in family therapy.
Family Process, 11, (1), 95-105.

Thoresen, C.E. & M.J. Mahoney (1974); Behavioral self-control.
Holt, Rinehart & Winston, New York.

Watson, D.L. & R.G. Tharp (1973); Self directed behavior: self modification for personal adjustment.
Brooks/Cole Publishing Co.



30

WILT U DIT EERST LEZEN?

Er zijn in elke relatie dingen waar de partners meer gelukkig mee zijn en dingen waarmee ze minder gelukkig zijn.

Hieronder worden een aantal uitspraken gegeven die steeds beginnen met " DEZE WEEK BEN IK ".

Door invullen van de stippeltjes kunt u aangeven in hoeverre u de afgelopen week gelukkig of ongelukkig was met diverse situaties in uw relatie.

Als voorbeeld:

DEZE WEEK BEN IK:

..... met de manier waarop mijn partner zijn irritaties geuit heeft.

Op de stippeltjes moet u nu één van de getallen 1 t/m 6 invullen, waarbij deze getallen betekenen:

1= ongelukkig	4= meer gelukkig dan ongelukkig
2= tamelijk ongelukkig	5= tamelijk gelukkig
3= meer ongelukkig dan gelukkig	6= gelukkig

Als u bijv. gelukkig bent met de manier waarop uw partner zijn/haar irritaties geuit heeft, vult u het getal 6 in,

als u hiermee ongelukkig bent, vult u het getal 1 in,

als u hiermee bijv. meer ongelukkig dan gelukkig bent, vult u het getal 3 in.

Probeer u niet een beeld van uw relatie te geven dat gunstiger of ongunstiger is dan wat u er in werkelijkheid van vindt.

Uw partner krijgt géén inzage in de door u ingevulde lijst.

Beantwoordt elke vraag ook als u de keuze moeilijk vindt.

Vul op de stippeltjes één van de getallen 1 t/m 6 in
Deze getallen betekenen:

1 = ongelukkig	4 = meer gelukkig dan ongelukkig
2 = tamelijk ongelukkig	5 = tamelijk gelukkig
3 = meer ongelukkig dan gelukkig	6 = gelukkig

DEZE WEEK BEN IK :

- met de manier waarop mijn partner zijn/haar irritaties geuit heeft.
- met de steun die ik gekregen heb.
- met de belangstelling die mijn partner voor mij getoond heeft.
- met de wijze waarop wij meningsverschillen oplossen.

Vul op de stippeltjes één van de getallen 1 t/m 6 in
Deze getallen betekenen:

1 = ongelukkig

4 = meer gelukkig dan ongelukkig

2 = tamelijk ongelukkig

5 = tamelijk gelukkig

3 = meer ongelukkig dan gelukkig

6 = gelukkig

DEZE WEEK BEN IK :

..... met de hoeveelheid alcohol die mijn partner drinkt.

..... met de stemming van mijn partner als hij/zij gedronken heeft.

..... met de momenten waarop mijn partner drinkt.

Vul op de stippeltjes één van de getallen 1 t/m 6 in
Deze getallen betekenen:

1 = ongelukkig	4 = meer gelukkig dan ongelukkig
2 = tamelijk ongelukkig	5 = tamelijk gelukkig
3 = meer ongelukkig dan gelukkig	6 = gelukkig

DEZE WEEK BEN IK :

..... over de organisatie van onze geldzaken.
..... met de hoeveelheid geld die mijn partner voor eigen behoeften uit-
geeft
..... met de vrijheid die mijn partner mij geeft om geld naar eigen
inzicht uit te geven
..... met de hoeveelheid geld die ik voor eigen behoeften ter beschikking
heb.

Vul op de stippeltjes één van de getallen 1 t/m 6 in
Deze getallen betekenen:

1 = ongelukkig	4 = meer gelukkig dan ongelukkig
2 = tamelijk ongelukkig	5 = tamelijk gelukkig
3 = meer ongelukkig dan gelukkig	6 = gelukkig

DEZE WEEK BEN IK :

- met de hoeveelheid tijd die mijn partner besteedt aan ons 1e kind
 - met de manier waarop mijn partner met haar/hem omgaat
 - met de hoeveelheid tijd die mijn partner besteedt aan ons 2e kind
 - met de manier waarop mijn partner met hem/haar omgaat
 - met de hoeveelheid tijd die mijn partner besteedt aan ons 3e kind
 - met de manier waarop mijn partner met hem/haar omgaat
 - met de hoeveelheid tijd die mijn partner besteedt aan ons 4e kind
 - met de manier waarop mijn partner met haar/hem omgaat.
-
- met onze samenwerking in de opvoeding van onze kinderen
 - met de ruimte die mijn partner mij geeft om met onze kinderen om te gaan zoals ik wil.

Vul op de stippeltjes één van de getallen 1 t/m 6 in
Deze getallen betekenen:

- 1 = ongelukkig
- 2 = tamelijk ongelukkig
- 3 = meer ongelukkig dan gelukkig
- 4 = meer gelukkig dan ongelukkig
- 5 = tamelijk gelukkig
- 6 = gelukkig

DEZE WEEK BEN IK :

- met de vrijheid die mijn partner mij laat om met eigen vrienden om te gaan
- met de manier waarop mijn partner over mijn vrienden praat
- met de wijze waarop mijn partner zich ten opzichte van mijn vrienden gedraagt.

Vul op de stippeltjes één van de getallen 1 t/m 6 in
Deze getallen betekenen:

1 = ongelukkig	4 = meer gelukkig dan ongelukkig
2 = tamelijk ongelukkig	5 = tamelijk gelukkig
3 = meer ongelukkig dan gelukkig	6 = gelukkig

DEZE WEEK BEN IK :

..... met de hoeveelheid tijd die wij voor elkaar hebben.
..... met de dingen die wij samen doen.
..... met de hoeveelheid tijd die ik alleen kan door brengen.

Vul op de stippeltjes één van de getallen 1 t/m 6 in
Deze getallen betekenen:

- 1 = ongelukkig
- 2 = tamelijk ongelukkig
- 3 = meer ongelukkig dan gelukkig
- 4 = meer gelukkig dan ongelukkig
- 5 = tamelijk gelukkig
- 6 = gelukkig

DEZE WEEK BEN IK :

- met het aantal keren dat ik aangehaald word.
- met het aantal keren dat mijn partner mij verwent.
- met onze sexuele relatie.
- met het aantal keren dat wij sexueel contact hebben.
- met mijn partner's benadering van mij tijdens het vrijen.
- met de wijze waarop wij elkaar duidelijk maken wat wij prettig vinden in onze sexuele relatie.
- met de hoeveelheid initiatief die mijn partner vertoont in onze sexuele relatie.

Vul op de stippeltjes één van de getallen 1 t/m 6 in

Deze getallen betekenen:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1 = ongelukkig | 4 = meer gelukkig dan ongelukkig |
| 2 = tamelijk ongelukkig | 5 = tamelijk gelukkig |
| 3 = meer ongelukkig dan gelukkig | 6 = gelukkig |

DEZE WEEK BEN IK :

- met het aantal malen dat wij mijn partner's ouders ontmoeten.
- met het aantal malen dat wij mijn ouders ontmoeten.
- met mijn partner's houding ten aanzien van mijn familie.

Vul op de stippeltjes één van de getallen 1 t/m 6 in

Deze getallen betekenen:

- 1 = ongelukkig
- 2 = tamelijk ongelukkig
- 3 = meer ongelukkig dan gelukkig
- 4 = meer gelukkig dan ongelukkig
- 5 = tamelijk gelukkig
- 6 = gelukkig

DEZE WEEK BEN IK :

- met het werk dat mijn partner doet in het huishouden.
- met de opmerkingen die mijn partner maakt op mijn werk in het huishouden.
- met de taken die mij zijn toebedeeld in het huishouden.

Vul op de stippeltjes één van de getallen 1 t/m 6 in

Deze getallen betekenen:

1 = ongelukkig

4 = meer gelukkig dan ongelukkig

2 = tamelijk ongelukkig

5 = tamelijk gelukkig

3 = meer ongelukkig dan gelukkig

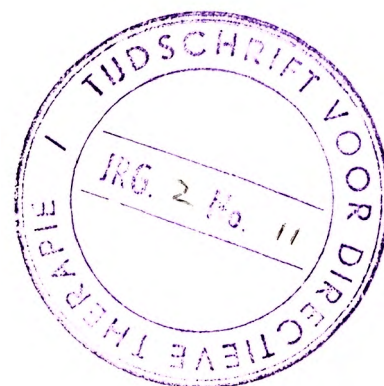
6 = gelukkig

DEZE WEEK BEN IK :

..... met de belangstelling die mijn partner toont voor mijn werk.

..... met de tijd waarop mijn partner werkt.

..... met de verdeling van aandacht over werk en huishouden door mijn partner.



Psychologisch Laboratorium
VAKGROEP GROEPSPSYCHOLOGIE.-
Weesperplein 8 - Amsterdam.-
St.nr. 50 - dd. 16.5.74 (AL)



VRAGENLIJST VOOR ECHTPAAR- EN GEZINSTHERAPIE

Het doel van deze vragenlijst is een globaal beeld te verkrijgen van de achtergrond en aard van uw probleem. Het zal de therapie ten goede komen indien ieder van u deze vragen onafhankelijk van elkaar zo nauwkeurig en volledig mogelijk beantwoordt.

Deze informatie zal vanzelfsprekend strikt vertrouwelijk worden behandeld.

Datum : -----
Naam : -----
Adres : -----
Telefoon : -----
Beroep : -----
Verwezen door : -----

A. Onderstreep de volgende op u en uw gezinssituatie van toepassing zijnde categorieën.

1. Geslacht : man / vrouw
2. Leeftijd : 15-20 21-35 26-30 31-35 36-40
41-45 46-50 51-55 56-60 ouder
3. Burgerlijke staat: samenwonend / getrouwd / hertrouwd
weduwe / weduwnaar
4. Nationaliteit : nederlands / niet nederlands
5. Opleiding : Lager Onderwijs / L.T.S. / U.L.O.
Huishoudschool, e.d.
Middelbare opleiding / universiteit / hogeschool
hogere beroepsopleiding (H.T.S., Sociale Akademie, e.d.).
6. Momenteel woon ik: thuis / kliniek / familie-vrienden
pension / op kamers / elders (aangeven waar):

7. Momenteel woon ik samen met : man / vrouw / kind(eren)
vriend / vriendin / niemand / anderen
(aangeven wie):

8. Aantal kinderen : 0 1 2 3 4 5 meer dan 5
 9. Aantal jongens : 0 1 2 3 4 5 meer dan 5
 10. Aantal meisjes : 0 1 2 3 4 5 meer dan 5

11. Leeftijd kinderen: 0-3 / 4-7 / 8-11 / 12-16 / 17-20 / 21 en ouder

12. Aantal kinderen in bovenstaande leeftijdsklasse : 0-3 / 4-7 / 8-11 / 12-16 / 17-20 / 21 en ouder
 : 0 0 0 0 0 0
 1 1 1 1 1 1
 2 2 2 2 2 2
 3 3 3 3 3 3 of meer

13. Huwelijksduur in jaren : 0-5 / 6-10 / 11-15 / 16-20 / meer dan 20 jaar

B. Onderstreep welke van de volgende begrippen op u van toepassing zijn.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. hoofdpijnen | 19. over-ambitieuus |
| 2. maagklachten | 20. slapeloosheid |
| 3. zelfmoordideeën | 21. gelukkig |
| 4. zelfmoordpoging(en) | 22. vermoeidheid |
| 5. drug-gebruik | 23. flauwvallen |
| 6. gespannen voelen | 24. nachtmerries |
| 7. voel me bemind | 25. moeilijke huiselijke omstandigheden |
| 8. kan niet ontspannen | 26. kan geen baan houden/krijgen |
| 9. duizeligheid | 27. verlegen met mensen |
| 10. paniekerig | 28. kan niet genieten |
| 11. bevingen | 29. concentratie-problemen |
| 12. kan geen beslissingen nemen | 30. gebruik medicijnen |
| 13. houd niet van weekens en vakantie | 31. kom niet voor mezelf op |
| 14. hartkloppingen | 32. kan geen vrienden maken |
| 15. sexuele problemen | 33. vergeet vaak dingen |
| 16. verliefd | 34. darmklachten |
| 17. gedeprimeerd | 35. financiële problemen |
| 18. alcoholisme | 36. geen eetlust |

C. In het hierna volgende kunt u onderstrepen welke problemen u in uw huwelijk ervaart of had ervaren.
Ter verduidelijking illustreren wij dit aan de hand van het op pag.4 genoemde nummer 6 ("vrienden").

- 6. /rienden (a) verschillende vrienden
(b) tijd met vrienden
(c) persoonlijke zaken bespreken met vrienden
(d) aantal: te weinig of te veel
(e) andere:

Wanneer u bijv. niet dezelfde vrienden heeft, maar daar onderling geen problemen over heeft, moet u het onder (a) genoemde niet onderstrepen. Als u verschillende vrienden heeft, en u dat als een probleem tussen u beiden ervaart, onderstreept u het onder (a) genoemde wel.

Op deze wijze kunt u alle gestelde vragen beantwoorden.

1. Communicatie: (a) te weinig met elkaar praten
(b) niets om over te praten
(c) manier van praten (ongeduldig, haastig, enz.)
(d) schelden
(e) verschil in kennis
(f) verschil in waardering van bepaalde onderwerpen
(bijv. praten over het werk of over andere mensen).
(g) andere:

2. Geld : (a) te veel uitgeven (wie, waaraan):

(b) geldgebrek
(c) zakgeld kinderen
(d) huishoudgeld
(e) andere:

3. Sex : (a) tijd ('s morgens, 's avonds, enz.)

(b) manier (ruwe benadering echtgenoot, te weinig voorspel, of andere):

(c) hoe vaak
(d) voortijdige zaadlozing
(e) moeilijk om orgasme te bereiken
(f) impotentie
(g) geboortebeperring
(h) anticonceptionele middelen
(i) ontrouw
(j) informatie over sex
(k) andere:

4. Godsdienst : (a) verschillende godsdiensten
(b) godsdienst voor de kinderen
(c) geld voor de kerk
(d) vieren van feestdagen
(e) andere:
5. Recreatie : (a) hoeveelheid tijd voor bepaalde activiteiten
(b) onenigheid over wijze waarop tijd voor ontspanning wordt doorgebracht (bijv. gaan vissen of een café bezoeken):

(c) wie (alleen of met het gezin):

(d) tijd (wanneer):

(e) waar wordt vakantie doorgebracht
(f) onderlinge competitie (bijv. in sport)
(g) andere:
6. Vrienden : (a) verschillende vrienden
(b) tijd met vrienden
(c) persoonlijke zaken bespreken met vrienden
(d) aantal: te weinig of te veel
(e) andere:
7. Kinderen : (a) aantal (te veel of te weinig)
(b) verschil in leeftijd
(c) zindelijkheidstraining
(d) tijd doorbrengen met kinderen
(e) activiteiten
(f) sexuele voorlichting
(g) opvoedingsproblemen
(h) onvolwaardig kind
(i) ongewenst kind
(j) stiefkinderen
(k) adoptie
(l) andere:

8. Schoonfamilie:(a) welke familie bezoeken
(b) hoe vaak
(c) inmening in huwelijk
(d) hekel aan ouders van partner
(e) financiële hulp aan schoonouders
(f) schoonfamilies mogen elkaar niet
(g) schoonouders hebben hekel aan mij
(h) andere:
9. Alcohol : (a) overmatig gebruik (wie?):
(b) geen overeenstemming over wat acceptabel is
(c) wanneer en waar
(d) geld uitgeven aan drank
(e) ongewenste reacties bij drinken (bijv. flirten, woede, slaan)
(f) andere:
10. Eventueel andere problemen:
11. Aan welke van de hierboven genoemde problemen wilt u het eerst gaan werken?
12. Rangorden de problemen in volgorde van belangrijkheid voor u.
(1) -----
(2) -----
(3) -----
(4) -----
(5) -----

D.

47

1. Wat zijn uw huidige interesses, hobbies of andere activiteiten?
2. Wat voor soort dingen vindt u leuk om alleen te doen? (Bijv. wandelen, vrienden opzoeken, winkelen, enz.)
3. Wat voor dingen vindt u leuk om samen met uw echtgenoot(e) te doen? (Bijv. samen in de stad eten, naar de bioscoop gaan, praten over uw werk, of over de kinderen, enz.)
4. Wat voor dingen doet u die uw echtgenoot(e) in het bijzonder prettig van u vindt?
5. Wat voor dingen doet uw echtgenoot(e) die u in het bijzonder prettig van hem/haar vindt?
6. Van welke gedragingen van uzelf zoudt u willen dat ze vaker zouden voorkomen?
7. Van welke gedragingen van uw echtgenoot(e) zoudt u willen dat ze vaker voorkwamen?
8. Wat verwacht u van de therapie; wat denkt u eruit te halen?
9. Ruimte voor informatie, die naar uw mening belangrijk kan zijn en die niet via bovenstaande vragen tot uitdrukking is gekomen.

Toelichtingen bij de vragenlijsten.

Richard van Dijk

1. Sessieverslag: vooral bedoeld om de therapeut d.m.v. rapportage en nabespreking tot expliciete formulering te brengen van wat er in de behandeling gebeurt. Wordt periodiek gebruikt, en dan bij steekproeven van patiënten.

2. Invullijst klachten:
De bedoeling is dat de patiënt gegevens registreert over de omstandigheden die zijn klachten uitlokken of versterken. Soms wordt met deze vragenlijst erg weinig informatie verkregen, soms treedt het bekende effect op van "verbetering door monitoring". Dit kan verder in de hand gewerkt worden door "prettige dingen" i.p.v. klachten te laten registreren.

3. Vragenlijst therapieprogramma:
Geïnspireerd op Knox, Stuart, Liberman enz. en uitgangspunt voor contracttherapiën. De vragen moeten waarschijnlijk nog eenvoudiger gesteld worden. (zoals: A. noem 3 dingen die uw partner vaak doet en die u prettig vindt).
Hoe meer "gekruist" kan worden in de antwoorden van de partners, hoe groter de kans op een geslaagde contracttherapie: als elk der partners gedragingen op prijs stelt waarvan de ander verwacht dat die op prijs zullen gesteld worden, en als elk der partners veranderingen wenst die de ander ook wenst dan is er reden om het echtpaar bij voorbaat te feliciteren.
De voornaamste opgave voor de therapeut is vaak de gegeven antwoorden zo te "bewerken" of te "interpreteren" dat een dergelijke kruising aannemelijk lijkt voor het echtpaar.

Polikliniek voor volwassenen: SESSIEVERSLAG

1. datum

2. patiënt

3. wat is het specifieke doel van de therapie?

4. wat was het specifieke doel van deze zitting?

5. werden er directieven gegeven tijdens de zitting? , zo ja welke?

6. werden deze opdrachten door de patiënt geaccepteerd? , zo nee waarom niet?

7. werd er eerder "huiswerk" opgegeven?
werd dit uitgevoerd? , zo nee waarom niet?

hoe werd door de therapeut gereageerd op het niet uitvoeren?

wat was het effect van het wel uitvoeren van de opdrachten?

8. werd er nieuw "huiswerk" opgegeven? , zo ja wat?

9. welk doel heeft dit "huiswerk"?

wat verwacht de therapeut ervan?

25

JELGERSMAKLINIEK - POLIKLINIEK VOOR VOLWASSENEN

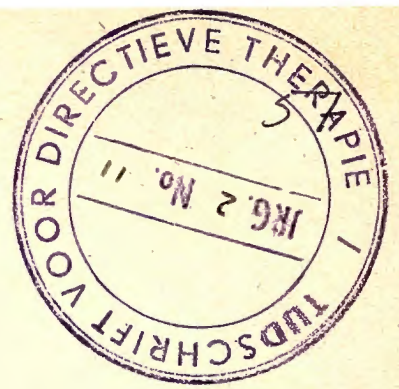
invullijst over klachten.

Naam:

geb.:

Welke klachten	Datum en uur	Intensiteit (1-7)	Duur in minuten of uren	Omstandigheden (waar? Wie erbij?)	Wat zelf gedaan	Reactie van anderen	Opmerkingen

Polikliniek volwassenen.
Vragenlijst therapie programma.



Naam:
man/vrouw:
datum:

Deze vragenlijst is bedoeld als hulpmiddel bij de verdere gesprekken. Wilt u ze invullen terwijl u alleen bent en uw antwoorden niet bespreken met uw partner vóór de volgende afspraak op de polikliniek.

A. Welke activiteiten of gedragingen van uzelf worden door uw partner bijzonder gewaardeerd?

- 1.
- 2.
- 3.

B. Welke activiteiten of gedragingen van uw partner worden door u bijzonder gewaardeerd?

- 1.
- 2.
- 3.

C. Welke activiteiten of eigenschappen van uzelf zou u verder willen ontwikkelen?

- 1.
- 2.
- 3.

D. Welke activiteiten of eigenschappen zou uw partner naar uw mening verder moeten ontwikkelen?

- 1.
- 2.
- 3.

E. Aan welk probleem dient volgens u het eerst gewerkt te worden?

- 1.
- 2.
- 3.

Betreffende mijn formulieren:

1. Weekly Case status sheet.

Op zo'n vel noteer ik al m'n cliënten, en ik geef elke week aan of (en zo ja wanneer) ik ze gezien heb. Daaraan wordt een kode toegevoegd. Die staat onderaan vermeld. Iemand, die wel aangemeld is, maar nog niet gezien, krijgt in die week de kode 1. Daarna volgt de taxatie (assessment) fase (2). Die is actief als de cliënt tenminste 1 keer per week gezien wordt, anders inactief. Na 't sluiten van het behandelingskontraakt komt de behandelingsfase. Actief als die volgens het kontraakt verloopt, anders inactief. Een voorbeeld: kontraakt vijf keer elke week. En In de week dat hij om een of andere reden niet komt, wordt de kode 5.

De weekly case status sheet, die ikzelf nog steeds wekelijks invul, is de basis van een bepaald registratiesysteem, dat men in het Chedoke Child & Family Centre in Hamilton, Ontario, Canada, hanteert. Zie daarover mijn artikel: Het Chedoke Child & Family Centrum: een voorbeeld van efficiënte hulpverlening, in MGv, 2/72. Een gewijzigde versie van dit artikel komt in 'gedragsverandering in Gezinnen'. Wie in de toepassing van het gehele systeem geïnteresseerd is, kan bij mij al het materiaal lenen.

2. Demographic Data Sheet.

Heeft een Children's en een Adult Form. Ik gebruik het persoonlijk niet, omdat m'n onderzoekmogelijkheden beperkt zijn. Het wordt in Chedoke gebruikt om een overzicht te krijgen over waar welke cliënten vandaan komen. Welke soort problemen, welke verwijzers, etc. Elke therapeut moet een dergelijk formulier tijdens het eerste gesprek met een gezin invullen. Ik zou zulks ook wel op poten willen zetten in 'mijn' Dercksenentrum. Het lijkt mij relevante informatie op te leveren over de plaats die het centrum (en z'n diverse afdelingen) inneemt in de hulpverlening in Amsterdam e.o. Het zaakje is wellicht zelfs in kaart te brengen. Witte plekken vallen op, en daar kan dan eventueel iets aan gedaan worden. Voor de geïnteresseerde: het coderingschema is ook in mijn bezit.

DO NOT WRITE
IN THIS SPACE

DEMOGRAPHIC DATA SHEET
CHILDREN'S FORM

CARD NUMBER

1. Patient's name:.....
Last First Middle

2 3 4 5

14

2. Address:.....
Number Street

15 16

.....
City Province

17 18 19 20 21

3. Day of admission or first contact:...../...../.....
Day Month Year

3 a. Day of week (Sun., Mon., Tues., etc.):.....

23

3 b. Time of day (use 24 hour system):.....

24 25

4. Patient's date of birth:...../...../.....
Day Month Year

26 27

5. Sex: Male Female
1 2

28

6. Place of Birth:.....
City Province or State Country

29

7. Race: Caucasian Non-Caucasian
1 2

8. Religion: Catholic Anglican United
1 2 3

30

Other Protestant None Other
4 5 6

31

9. Education: Please circle highest grade completed: K 1 2 3 4 5 6
7 8 9 10 11 12 13

33 34

College: 1st yr. 2nd yr. 3rd yr. 4th yr.
(14) (15) (16) (17)

If patient is in school, specify school
name and location:

37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58

FOR CODER ONLY

DO NOT WRITE IN THIS SPAC

FATHER

MOTHER

1. Name:

 Last First Middle

Name:

 Last First Middle

59 60

2. Date of birth:...../...../.....
 Day Month Year

Date of birth:...../...../.....
 Day Month Year

65 66

2. Relationship to patient:
 natural parent 1
 foster parent 2
 adoptive parent 3
 step parent 4
 common-law parent 5

Relationship to patient:
 natural parent 1
 foster parent 2
 adoptive parent 3
 step parent 4
 common-law parent 5

71

72

73

3. Place of birth:

 City Province Country

Place of birth:

 City Province Country

74

14. Race: Caucasian 1 Non-Caucasian 2

Race: Caucasian 1 Non-Caucasian 2

75

15. Marital Status: Single 1 Married 2
 Divorced 3 Wid. 4 Sep. 5
 Remarried 6 Common-Law 7

Marital Status: Single 1 Married 2
 Divorced 3 Wid. 4 Sep. 5
 Remarried 6 Common-Law 7

76

77

78

16. Religion: Catholic 1 Anglican 2
 United 3 Other Protestant 4
 None 5 Other 6

Religion: Catholic 1 Anglican 2
 United 3 Other Protestant 4
 None 5 Other 6

79

80

17. Education: Please circle highest grade completed:

- K 1 2 3 4 5 6
- 7 8 9 10 11 12 13

College: 1st yr. (14) 2nd yr. (15)

3rd yr. (16) 4th yr. (17)

Post-graduate: Degree.....

Education: Please circle highest grade completed:

- K 1 2 3 4 5 6
- 7 8 9 10 11 12 13

College: 1st yr. (14) 2nd yr. (15)

3rd yr. (16) 4th yr. (17)

Post-graduate: Degree.....

18. Occupation (be specific)

(a)..... Job title

(b)..... Place of employment

Occupation (be specific)

(a)..... Job title

(b)..... Place of employment

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

CARD NUMBER

2

13 14

15 16

17

18

FAMILY DATA

20. Is family breadwinner currently employed? Yes No

1 2

20

If no, how many months has he/she been unemployed?.....

21

21. Is family self supporting? Yes No

1 2

22

22. Is family financially dependent on other people or agencies? Yes No

1 2

24

If yes, specify source of support:.....

25

23. Gross family income last year \$.....

26 27 28

24. Type of dwelling (check one):

Own home 1 Rented house 2

Rented apartment (2 or more rooms, includes town houses) 3

Efficiency apartment (1 room) 4

29

Rented room 5

Other (Please specify) 6

.....

25. Family Constellation:

	Age	Sex		Living	Dead	Living with patient now	
		Male	Female			Yes	No
Father			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mother			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30

31

32

2. Family Constellation: (cont.)

Siblings (list all) Exclude patient	Age	Sex		Living	Dead	Living with patient now	
		Male	Female			Yes	No
1.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

33 34

35 36

37 38

6. Who referred this patient to this unit?.....

A. Welfare agencies: Relief agency 1 Family agency 2

Children's agency 3 Governmental agency 4 Other welfare agency 5

B. Health agencies: (except school health service):
Family physician 6 Other health agency 7

C. Educational agencies (including school health services): 8

D. Courts, probation officers, police 9

E. Friends, relatives or parent 10

F. Self 11

G. Other (specify)..... 12

45 46

27. Are any other helpers currently involved?

Public Health Nurses 1 Clergy 2 School Adjustment Counsellors 3

Volunteers 4 Recovery 5 AA 6 Others (specify) 7

47

DO NOT WRITE
IN THIS SPACE

9. Patient's local family physician
(if none, so indicate)

10. Chief Presenting Complaint (State in patient's, relatives or other informant's
own words: (use other side of sheet if necessary)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

48	49

Indicate source of information: Patient Relative Other
1 2 3

50

10. Clinician's formulation of presenting complaint. How do you see the problem
at this time? (use space on the other side of sheet if necessary)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

51	52

31. Indicate when symptoms associated with the present episode began:

Within two weeks Within three months
1 2
Within six months Within twelve months
3 4
Progressive for more than a year not ascertained
5 6

53

32. What was the precipitating stress or life circumstance that led to this
contact? (use other side of sheet if necessary)

.....
.....
.....
.....

54

Has the patient had any previous treatment for emotional difficulties?

Yes 1 No 2

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

If yes, please list by date and type of service:

Dates

Type of Service (Check one)

Inpt. Outpt. Day Care Emerg. Consult.

.....
from to

1 2 3 4 5

56 57 58 59

.....
from to

1 2 3 4 5

60 61 62 63

.....
from to

1 2 3 4 5

64 65 66 67

If more than 3, how many treatment episodes in all?.....

68

4. ICDA-8 Diagnostic nomenclature and coding.....

69 70

5a. Intake Clinician's Name (please print).....

71 72 73

74 75

THIRD RECORD TYPE

7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

FOR CODER ONLY

18 19

20

35 b. Which service handled intake on this patient?

1 Crisis 2 Elective 3 Liaison 4 Inpatient Unit

21

36. Immediate Disposition

71 72

TDT 2/11
60

DE BEHANDELING VAN EEN DEPRESSIEVE VERPLEEGSTER.

Mevrouw Jansen, 54 jaar, directrice van een groot bejaardenhuis, werd op de S.P.D. aangemeld door haar dominee. De dominee belde een aantal malen op die dag, om aan te geven dat hij het niet meer zag zitten en dat nu het stadium voor psychiatrische behandeling en medicijnen was aangebroken.

De dominee vertelde ons over de ernst van de toestand, dat met zelfmoord rekening gehouden moest worden en dat hulp nu noodzakelijk was. Hij sprak over een recent doorgemaakte abortus, over de schuldgevoelens die daarover bestonden, over een overleden vriend, over een weggelopen vriend, en benadrukte de ernstige zelfmoordgedachten.

De vrouw werd de volgende dag thuis bezocht. Om ongeveer 10.00 uur werd, na enig aandringen, de deur geopend. Ze bleek door het bellen gewekt te zijn.

Ze ziet er oud uit voor haar leeftijd, heeft wallen onder de ogen en kijkt onderzoeker somber aan. Vrij snel vertelt ze dan, hoe verschrikkelijk moeilijk ze het heeft, hoe ze aan de depressie is gekomen. Ze vertelt, dat het zeer ernstig met haar is, en hoe bang ze is, zichzelf iets aan te doen. Tevens laat ze er geen twijfel over bestaan, dat de mogelijkheden om haar werkelijk te helpen waarschijnlijk niet aanwezig zullen zijn. Een jaar of 20 geleden is ze geschokt en haar enige verzoek is eigenlijk: "neem me niet op, laat me niet opnieuw schokken". Ze vertelt vrij vlot over de zaken, die haar bezig houden: de abortus provocatus, die ze doormaakte op 46-jarige leeftijd: "dat kunt u toch niet ongedaan maken"; de verdwenen vriend: "die kunt u toch niet terugbrengen". Later bleek, dat dit inderdaad niet tot de mogelijkheden behoorde, daar de man vrij snel overleden was nadat hij haar in de steek liet. Zij kwam tot de conclusie, dat niemand in staat was haar te helpen. De dominee, die toch al langere tijd zo goed met haar gesproken had, kon tenslotte ook geen oplossingen bieden.

Al deze zaken hoorde de therapeut aan, terwijl zijn trekken langzaam maar zeker somberder werden. Bij de verdere intake kwam een analgetica-misbruik - als verpleegster kon ze daar gemakkelijk aankomen - naar voren tegen hoofdpijn en tegen pijn in de rechterknie. Aan deze knie was zij een aantal malen geopereerd. Tevens was er een alcohol-misbruik, dat zij niet zo duidelijk aan kon of wilde geven. Door vragen over het type drank, het aantal flessen per week, het aantal glazen, type glazen e.d. bleek tenslotte haar gemiddelde alcohol-intake tussen de 100 à 200 cc pure alcohol te liggen met uitschieters naar boven. Ze dronk whiskey, goedkope sherry, wijn en bier.

De volgende herformulering van haar problematiek werd toegepast: de abortus, de verdwenen vriend e.d. zijn voor u zeer belangrijke zaken uit het verleden, die u preoccuperen en deprimeren. Toch zijn het zaken, die jaren geleden speelden. Wat is er nu de oorzaak van, dat u er nu zoveel schuldgevoelens en problemen over hebt?

Na een pauze ingelast te hebben, waarin wij beiden nadenkten over het grote probleem, werd haar medegedeeld dat de hoeveelheid alcohol, die zij per dag dronk, als oorzaak aangemerkt kon worden voor haar afgenomen integratie-vermogens, waardoor dit soort schuldgevoelens en preoccupaties met zaken uit het verleden een kans kregen. Ze accepteerde tenslotte deze herformulering en verklaarde zich bereid, aan het alcoholprobleem te gaan werken.

De alcoholconsumptie werd als volgt aangepakt:

- een absoluut sterke drank verbod.
- alleen zeer dure, goede sherry drinken (u drinkt minder, dus neem het er goed van).
- er werd een glas uitgezocht. De toegestane hoeveelheid zou uitgedrukt worden in dit standaard-glas.
- ze kon zelf bepalen, hoeveel glazen per dag ze de volgende 7 dagen zou gebruiken. Mevrouw stelde voor: 4 glazen per dag (ongeveer 72 cc alcohol). We adviseerden, vooral niet te hard van stapel te lopen en raadden haar aan, maximaal 6 glazen te nemen (ongeveer 108 cc alcohol).

- in een dagstaat zou de alcoholconsumptie en het medicijngebruik bijgehouden worden.

Bij de volgende zitting (ze had gemiddeld 5 glazen per dag gedronken) volgde een gesprek over dranken, wijnen, sherry, over de kwaliteiten, over goede sherry's en goede wijnen, waarop mevrouw gretig inging. Ze vertelde, hoe ze van wijn kon genieten, waarop wij haar adviseerden, een goede wijnsoort uit te kiezen, daarna de sherry te laten voor wat het was en alleen nog maar wijn te drinken. Ze verklaarde zich hiermee accoord en er werd een type wijnglas uitgezocht. Bij de volgende contacten kon de alcoholconsumptie worden teruggebracht tot 1 à 2 glazen wijn per dag, hetgeen ongeveer overeenkomt met 20 cc alcohol.

Gedurende de acht contacten, die werden besteed aan de alcohol-intake werd niet meer over het verleden gesproken. Steeds werden de problemen teruggebracht naar de hier-en-nu situatie. Haar werd aangeraden, nog eens goede specialistische hulp voor de versleten knie te zoeken, mede ook om een adequate pijnbestrijding te krijgen. Ze maakte plannen om een talenstudie te gaan doen, wat ze eigenlijk altijd al gewild had. Ze bleek in staat om de problemen, die ontstaan waren op haar werk (ze was bouwtechniciër geweest en nu het huis draaide was er een soort manager toegevoegd) te gaan bespreken en slaagde er in, de problemen met de manager te klaren. Cliënte kreeg van de behandelend specialist voor de knieklachten een adequate pijnbestrijding, wat leidde tot beëindiging van het analgeticamisbruik. Ze was zeer tevreden over zichzelf vanwege de overwinning op de alcohol; cliënte beleefde de bereikte verbetering als zelf bewerkstelligd. Na een geleidelijke spatiëring van de contacten kon ze klachtenvrij en tevreden uit onze behandeling ontslagen worden.

Discussie.

Het optreden van preoccupaties met verschrikkelijke zaken uit het verleden is geen ongewoon verschijnsel bij decompensatie van cliënten in het climacterium en het prae-senium. Dit rumineren van met schuldgevoelens, angsten of machteloze woede beladen herinneringen verdoezelt voor de cliënt, maar ook voor de omgeving - inclusief de therapeut - de actuele problematiek:

vastlopen in het werk, lichamelijke klachten, het uitvliegen van het gezin, verminderde seksualiteit, verminderde aandacht van de partner, naderende ouderdom e.d. Het inhaken op de klachten van de cliënt, pogingen om hem te laten ventileren, te laten relativeren, inzicht te geven, te bagatelliseren, geven zelden soulaas, omdat de klachten slechts gezien moeten worden als een signaal van de decompensatie. Het lijkt aan te bevelen het signaal één maal goed aan te horen en het daarna systematisch te negeren (door uitgebreid naar het geluid van een deurbel te luisteren, de kwaliteit van dit signaal te analyseren en te bespreken, wordt zelden iemand binnengelaten). Een grondig onderzoek naar de actuele situatie is vaak zonder resultaat, omdat de hier-en-nu-problematiek door de preoccupaties versluierd wordt.

Een interpretatie zoals bij de verpleegster: "niet de preoccupaties, maar de verminderde integratie en weerstand zijn uw probleem, en die zijn veroorzaakt door bijvoorbeeld teveel alcoholgebruik" (kan ook zijn: te weinig lichaamsbeweging, te hard werken, te weinig werken enz.), maakt een verschuiving naar de hier-en-nu-situatie mogelijk. De oorzaak van de verminderde "psychische weerstand" moet concreet geformuleerd worden en het moet voor de cliënt mogelijk zijn zonder al te veel inspanning een eerste stap te doen, die tot opheffing van deze "verzwakking" zal leiden. Zodra een vermindering van de preoccupatie bereikt wordt, worden de hier-en-nu-problemen vaak verrassend helder door de cliënt geformuleerd, waarna er aan gewerkt kan worden.

Ook voor een aantal mensen met een oorlogsverleden zou dit een uitgangspunt kunnen zijn voor de behandeling. Het respect, dat we hebben voor mensen die verzetsdaden pleegden, in concentratiekampen zaten, moet ons er niet van weerhouden hen op een adequate wijze te behandelen.

Bij een depressieve cliënte, die gedurende vijf jaar met haar bijbelvaste therapeut gesproken had over haar falen in religieus opzicht, verdwenen de klachten na enige zittingen bij de volgende therapeut. Deze laatste maakte haar in het eerste gesprek duidelijk, van de bijbel niets af te weten. Cliënte

toonde zich zeer teleurgesteld, maar kwam toen met een aantal reële bezwaren tegen haar echtgenoot en bleek in staat haar machteloze woede over de toenemende zelfstandigheid van haar drie dochters te uiten.

Kees Hoogduin.

April 1975.

8)
Aikido-oefeningen en assertief optreden van therapeut en cliënt. 68

1. In een vorig stuk (in TDT, nr. 10) beschreef ik hoe het verbeelden van een bepaalde situatie, met name het aan het roer van een zeilboot zitten, kan leiden tot assertief gedrag in andere situaties. Mijn idee is, dat niet geforceerd assertief gedrag, zoals een ervaren zeiler aan het roer tot uiting brengt, korrespondeert met een bepaalde mentale toestand. Een toestand waarin men niet alleen in speciale situaties zou moeten verkeren, maar voortdurend.

"In strategy (d.w.z. in het op strategische wijze zwaardvechten - een zaak van leven of dood) your spiritual bearing must not be any different from normal. Both in fighting and in everyday life you should be determined though calm. Meet the situation without tenseness yet not recklessly, your spirit settled yet unbiased."

Miyamoto Musashi.

Als iemand zich een bepaalde situatie voor de geest haalt waarin hij in een dergelijke toestand verkeerde, kan hij ook die toestand weer realiseren. Deze gesteldheid kan gehandhaafd blijven, terwijl het beeld of de herinnering waaraan het gekoppeld was vervaagt of zelfs verdwijnt. Vervolgens kan een nieuwe koppeling optreden; van die gesteldheid aan een nieuwe situatie, zoals het optreden als gezinstherapeut of het uitvoeren van gedrag waarvoor men vroeger bang was.

2. Een analogie:

Ik heb onderzoek uitgevoerd, waarin met behulp van hypnose bepaalde emoties gekonditioneerd werden. Het subjezt moet zich onder hypnose eerst een situatie (UCS) voorstellen, waarin hij een bepaalde sterke emotie (UCR) heeft ervaren. De hypnotiseur suggereert dat hij die emotie weer net zo sterk zal ervaren als indertijd. In een volgende ronde wordt het subjezt geleerd alleen de emotie te ervaren, dus zonder dat het erbij behorende beeld opkomt. Als dit lukt wordt de 'vrije' emotie (CR) gekoppeld aan een nieuwe stimulus (CS), bijv. een lamp. D.w.z. dat iedere keer wanneer het subjezt die lamp (CS) ziet branden ervaart hij de betreffende emotie (CR).

b)

66

3. Er zijn mensen die, voor wat betreft het aanleren van een niet-geforceerde positieve assertiviteit, geen baat hebben bij de hierboven genoemde methoden. Eenvoudig, omdat het gedrag niet in hun repertoire voorkomt en zij zich de erbij behorende mentale toestand niet kunnen voorstellen. Dankzij Aikido, eenspirituele oosterse kunst met praktische toepassing op het vlak der zelfverdediging, kunnen deze mensen gemakkelijk ervaren waar het om gaat. Het uitvoeren van een paar eenvoudige basis Aikido-oefeningen leert hen, dat zij een bepaalde mentale gesteldheid kunnen oproepen, die veelal gewaardeerd wordt met "nog nooit zo zeker gevoeld", wat gek, zo sterk heb ik me nog nooit gevoeld", "ik sta als gegoten", "ik voel me gewoon vanzelfsprekend sterk." Etc.
- De invloed van deze oefeningen in het leven van alle dag kan gekenmerkt worden door de uitspraak "gunst ik heb deze week de ramen boven gewassen. Dat heb ik jaren niet gedurfd". Uiteraard heeft niet alleen de hier genoemde categorie mensen baat bij dergelijke oefeningen. Wat is Aikido nu precies? 'Aikido' bestaat uit drie woorden: 'do' is 'weg', 'ai' betekent 'in harmonie met' of 'vrede' en 'ki' is de moeilijkst te vertalen term, Het is iets als 'universele, vitale energie'. Het gaat er in Aikido om, om in harmonie met die ki te leven. Zoals de vader van Aikido, meester Morehei Uyeshiba, het uitdrukt: "The secret of Aikido is to harmonize ourselves with the movement of the universe and bringing ourselves into accord with the universe itself. (Uyeshiba, 1973). Dit leidt dan tot zijn, in wezen uiterst assertieve, uitspraak:
- "When an enemy tries to fight me, the universe itself, he has to break the harmony of the universe. Hence at the moment he has the mind to fight with me, he is already defeated."
- Dat klinkt prachtig, maar menigeen reageert met enige twijfel op een dergelijke uitspraak. Aikido mensen hebben daarom een aantal introductie-oefeningen ontworpen, om geïnteresseerden zelf te kunnen laten ervaren waartoe zij in staat zijn als zij een bepaalde mentale gesteldheid weten te realiseren. Deze ervaring moet hun de geldigheid van het Aikido principe dat "de geest het lichaam reageert" (Tohei, 1962) aantonen.
- Gluck (1962) zegt het volgende over zijn eerste kennismaking met Aikido: "The Westerner who starts aiki instruction - and many have - usually realizes these latent powers and abilities within the first half hour of practice."

b')

67

~~Within the first half hour of practice.~~ I recall my own first lesson. I stood there completely relaxed, gazing outward, while Tohei heaved and pushed against my hand or body to try, unsuccessfully, to budge me. I think I spent the next half hour on the floor in hysterics, laughing at how easy it all is and at myself for not having caught on to it all long, long ago."

De oefeningen hebben niet alleen waarde als introductie tot Aikido. Het leren van een positieve assertiviteit via deze instructies heeft bijzondere waarde voor therapie.

Kliënten ervaren iets verrassend positiefs, dat ze niet ontkrachten kunnen. Een vereiste is natuurlijk wel, dat de therapeut die er mee werkt in staat is om de betreffende oefeningen zelf uit te voeren en om de betrokken mentale gesteldheid te realiseren (goed oefenen thuis). Hij zal soms eerst de tijd moeten nemen om 'tot zichzelf te komen' als dat nog niet helemaal het geval is.

Bij het oefenen door cliënten is het verstandig om elk onderdeel minstens 4 à 5 keer te herhalen en te begeleiden. Gebeurt het in een groep, dan moet er niet gestopt worden voordat iedereen zelf ervaren heeft wat het belang kan zijn van de mentale gesteldheid die men realiseert.

Scheve gezichten, ongeloofwaardigheid, twijfel, e.d. kunnen en moeten uitgebannen worden, willen de oefeningen voor alle betrokkenen effectief zijn (Hermans, 1975).

Hermans en ikzelf, beiden onafhankelijk van elkaar, hebben met succes gewerkt met het toepassen van de leerervaringen uit de Aikido-oefeningen in andere situaties. Met deze oefeningen als vertrekpunt kunnen cliënten leren zich in allerlei interpersoonlijke situaties op een vanzelfsprekende en positieve wijze assertief te gedragen.

4. De oefeningen worden grotendeels in tweetallen uitgevoerd. Een ervan is de optil-oefening. De een (A) wordt door de ander (B) opgetild en later vindt het omgekeerde plaats. B plaatst daarbij z'n handen onder de oksels van A en duwt hem recht omhoog. A werkt in zoverre mee, dat hij zijn schouders strak houdt. B probeert A twee keer op te tillen. In de eerste ronde denkt A na, piekert over of twijfelt aan iets. Als B sterk genoeg is (denk dus aan partners van ongeveer gelijk gewicht) tilt hij A op. In de tweede ronde richt A zijn aandacht omlaag. Hij verbeeldt zich bijv. een zware rots te zijn of een diepe bedding van een rivier. Iemand kwam zelf op het idee om zich te verbeelden dat zijn voeten aan de grond vastgelijmd waren. Als A hier voldoende op gekonsentreerd is geeft hij B een sein. Deze probeert hem weer op te tillen. In de mate dat A werkelijk gekonsentreerd is, lukt het B niet om A van de grond te krijgen. Als het B op een gegeven moment wel lukt, is A zich sterk bewust van een verandering in zijn konsentratie en mentale toestand. De lezer kan dit zelf gaan verifiëren.
- In de onbuigbare arm oefening steekt A een arm naar voren, balt zijn vuist en spant z'n armspieren. B pakt met één hand de vuist van A en met de ander A's elleboog. B probeert dan de arm te buigen. Na vrij korte tijd wordt A moe en kan B zijn arm buigen.

c)

69

Hierna ontspant A z'n arm, strekt hem naar voren en houdt de hand, ook ontspannen, open. A stelt zich voor dat door die arm energie stroomt, door de hand, het heelal in. Desnoods denkt hij erbij dat zijn arm een stalen buis is, waardoor die energie stroomt. In de mate dat A zich zo konsentreert (en ontspannen blijft), is het voor B niet mogelijk om de arm te buigen.

Een variant hierop is de onbreekbare cirkel. Deze oefening is in het algemeen moeilijker voor mannen dan voor vrouwen, omdat de eersten meer gekonditioneerd zijn op spierkracht in hun handen. A maakt van wijsvinger en duim een cirkel. Als hij deze met spierkracht gesloten wil houden, is B met twee vingers van beide handen gemakkelijk in staat om de cirkel open te breken. Als A zijn duim en wijsvinger echter niet spant en zich konsentreert op het idee dat de cirkel een onbreekbare stalen ring is, wordt het voor B bijzonder moeilijk om de cirkel te openen. Opvallend is, dat degenen (de A's) die dit soort oefeningen met succes uitvoeren vaak als reactie geven dat er eigenlijk niets aan is, dat het heel gemakkelijk gaat. Na meerdere keren oefenen ervaren zij dat ook het mentale beeld waarop zij zich konsentreren (zoals de onbreekbare stalen ring) een hulpmiddeltje is, dat naderhand niet meer nodig is. Ze hebben de mentale toestand herkent en kunnen er 'vanzelf' naar terugkeren. Voor alle duidelijkheid zij vermeld, dat de genoemde oefeningen geen krachtmetingen zijn tussen A en B, maar testsituaties waarin A verschillende bewustzijnstoestanden en de effecten daarvan leert onderscheiden. B moet in het begin niet meteen volle kracht zetten, zodat A de gelegenheid krijgt te leren zich niet zomaar van z'n stuk te laten brengen.

Uiteraard is een ervaren Aikido man of vrouw in staat om in de meest bizarre en onverwachte situaties in een toestand van mentale konsentratie en ontspanning te blijven. Met het oefenen van varianten van genoemde voorbereidende Aikido experimenten kan men, zonder zich verder in deze (zelfverdedigings)kunst te bekwamen, een heel eind in deze richting gaan. Een variant op de optil oefening biedt mogelijkheden om te leren in moeilijke interpersoonlijke situaties in de genoemde mentale toestand te blijven. Hierbij zijn meerderemensen nodig. Eén, A, is degene om wie het gaat. Hij konsentreert zich weer op het idee/gevoel een zware rots te zijn. Aan beide zijden van A staat iemand, die zijn handen onder de oksel van A zet, en een konstante druk omhoog uitoefent. Als A goed gekonsentreerd is, blijft hij staan. Op ongeveer 4 meter van A staan drie of vier personen, die plotseling op hem af komen lopen of rennen en vlak voor hem stil houden.

70
d)

Verliest A zijn konzentratie, dan gaat hij de lucht in. Meestal gebeurt dat ook de eerste keer. Maar hij kan leren om ook gekonsentreerd te blijven als de wilde horden over hem komen.

Een variant hierop is dat een of meerdere personen voor A staan en tegen hem in gaan praten. En een volgende stap is dat A aan de konversatie moet deelnemen én moet proberen gekonsentreerd te blijven. Het feit, dat hij opgetild wordt als hij uit z'n balans raakt, verschaft hem de beste onmiddellijke feedback die ik ken (+).

Het is voor mij vanzelfsprekend, dat we hier een aantal erg goede oefeningen voor het verwerven van een assertieve houding en (niet geforceerd) assertief gedrag hebben. Ik heb ze dan ook toegepast in zowel therapie (met gezinnen, echtparen, individuen en ook in een direktieve nazorggroep - zie TDT, no 9) als in de training van beginnende therapeuten en studenten.

5. Praktische toepassing in therapie

Bovengenoemde oefeningen komen niet in de plaats voor het aan cliënten leren van adekwate responses in situaties waarin ze assertief zouden moeten optreden. Voor sommige mensen staat hun zelfbeeld en eigen beleven zover af van een dergelijk optreden, dat méér nodig is. In het onderstaande voorbeeld ging het niet om het trainen van adekwate verbale responses, die waren in potentie aanwezig, maar op een totale houding in bepaalde situaties. Ik moet hierbij vooral denken aan de kreet 'het tegengaan van een fobische opstelling tegenover bedreigende stimuli'.

Hans, een jongen van 25, 4 jaar in de WAO, had als een van zijn vele klachten de angst voor mensen op straat, in winkels, in het openbaar vervoer, etc. Om bij mij te komen maakte hij gebruik van de bus. Zo'n rit zorgde ervoor dat hij meestal behoorlijk paranoïde kwam aanzetten.

Ik oefende met hem onder meer de optil oefening. Zijn (sterke) verbeeldingskracht deed hem spoedig als een onwrikbare rots staan. Hij was met geen mogelijkheid op te tillen door mij. Ik vertelde hem daarop, dat hij in deze konditie zou blijven terwijl hij zich verbeeldde dat hij met de bus naar huis reed. Zulks kon vastgesteld worden.

(+): ter verantwoording: deze varianten heb ik geoefend onder leiding van Robert Nadeau, een Aikido leraar uit Californië die in Nederland een workshop heeft gegeven.

e)

Daarop suggereerde ik, dat hij hetzelfde zou ervaren als hij echt naar huis ging met de bus, en dat 'het effect ook in andere situaties op positieve wijze merkbaar zou zijn!'. Voorts diende hij met zijn vrouw de betreffende oefeningen nog een paar keer te doen.

De volgende week rapporteerde hij, dat de oefening een groot succes was geworden. Hij had zich als een rots in de bus gevoeld en had de andere reizigers eens aandachtig bekeken. 'Te gek gewoon, hoeveel er angstig en nerveus bij zitten'. Ook in een aantal andere situaties had hij deze gesteldheid met succes gerealiseerd.

Mede door deze Aikido oefeningen (en andere die in dezelfde lijn lagen) is deze jongen zeer sterk veranderd.

Van een bange wezel is hij een zelfbewuste, oprechte jonge man geworden, die weet wat hij wil en daar ook voor uitkomt. Zijn vriendenkring heeft een bijna volledige metamorphose ondergaan: de 'supersuckers' die elke avond bij hem langs kwamen, lieten hun gezicht niet meer zien en hij ging veel meer om met mensen die zelf wat te bieden hadden.

Het voorbeeld van Hans beschouw ik als een successtory. De oefeningen sloegen bij hem bijzonder goed aan. In de regel moeten we ze echter niet als tovermiddelen beschouwen, maar als instrumenten die pas na herhaald gebruik hun vruchten in het leven van alle dag afwerpen. De oefeningen moeten dus niet als een aardigheidje tussen andere dingen door gebruikt worden, maar dienen bijzonder veel aandacht en follow-up te krijgen. Men kan cliënten bijvoorbeeld na in de zitting geoefend te hebben huiswerk meegeven om een bepaald onderdeel elke dag x maal uit te voeren, zodat in de volgende zitting een beter functioneren moet blijken. Deze follow-up is bijzonder belangrijk! In mijn nazorg groep heb ik de oefeningen ook gedaan met de groepsleden. Dat lukte aardig, maar mijn verzuim om er vervolgens systematisch mee door te gaan heeft het inderdaad voor de meesten gemaakt als iets aardigs, waarvan ze geen gebruik maken in hun dagelijkse leven.

In 'Zeilen en assertief gedrag van de therapeut' (TDT no 9) heb ik vermeld, dat het alleen maar geven van de instructie je een bepaalde toestand voor de geest te halen niet voldoende is, omdat daarmee niet alles overzien wordt. Dit geldt niet alleen voor de zeilinstructie doch ook voor de Aikido-oefeningen. Het mentale beeld dat men oproept, zoals de rots in de optil-oefening, kan in strijd zijn met het gedrag dat men assertiever wil gaan uitvoeren. Een voorbeeld:

Els, 26, in de bijstand, geplaagd door een niet gering aantal problemen, woont in een gehucht vlak bij een grote stad. Ze is voor haar boodschappen op die stad aangewezen.

e)

72

Dat geeft ook problemen, want ze is doodsbang voor andere mensen, vooral in drukke straten en winkels.

Ik nam met haar een aantal Aikido-oefeningen door, waaronder het optillen. Ze was niet van de grond te krijgen. Ze herkende de hierbij behorende mentale gesteldheid. Ik gaf haar de suggestie om elke keer als ze naar de stad ging de komende week eerst deze toestand te realiseren en vervolgens in die toestand naar de stad zou gaan. Dat zag ze wel zitten. De volgende week rapporteerde ze, dat dit helemaal niet gegaan was. Ze kon zich wel verbeelden een rots te zijn, maar dan kon ze zich niet bewegen! Een rots staat immers 'rotsvast'.....

Leerzame feedback. Als ik een dergelijke instructie weer geef aan iemand, zal ik ook een 'lopende' oefening inbouwen, en meer zorg besteden aan het loskoppelen van de mentale gesteldheid van een bepaald beeld. Dat had ik met Els ook moeten doen. Els had zelf haar eigen oplossing gevonden, associërend op het beeld uit de optil-oefening inplaats van de gesteldheid. Zij was zich gaan verbeelden, dat als ze in de stad was, ze door een bos liep. Alle mensen die ze zag waren bomen. En bomen zijn niet bedreigend. Het is fijn om in een bos te lopen, vond ze. Het lukte haar uitstekend en niemand was meer bedreigend voor haar. Ik koos er voor om bij haar oplossing aan te sluiten. Zei haar dat ze op den duur mensen als mensen zou moeten kunnen zien, terwijl ze toch ook het boomachtige of organische van hen kon blijven waarnemen. Op haar vraag wat ik daarmee bedoelde, antwoordde ik: ook als je mensen als mensen ziet, kan je hun kwaliteiten ontdekken die ze gemeen hebben met planten en dieren (ze is een enorm dierenliefhebster); kwaliteiten die hen niet bedreigend maken; integendeel. Dat beaamde ze, maar het leek haar ook erg moeilijk om dat te realiseren. Ze stelde voor, dat ze haar associatie van de stad als bos zou handhaven in de komende week, maar dat ze de mensen nu in boomsoorten zou onderscheiden. 'Dat nare mannetje op de markt als een kaal dennetje. ik houd niet van dennen'. Waarop we beiden lachten. Enzovoort.

Het voorbeeld van Els leert enerzijds, dat we de cliënten moeten leren om ook genoemde mentale gesteldheid te realiseren zonder een bepaald beeld of het beeld aanpassen aan het te oefenen gedrag. Dat vereist oefening en tijd. Anderzijds laat het zien, dat je als therapeut kunt aansluiten bij de persoonlijke eigenaardigheid en behoeften van cliënten als ze hun eigen responsen op de instructie ontwikkelen.

6. Een theoretisch intermezzo

De toepassing van de Aikido oefeningen op Hans valt wellicht te vergelijken met systematische desensitisatie. Daarin leren cliënten zich te ontspannen en zich vervolgens steeds bedreigender stimuli (van een bepaalde hiërarchie) voor de geest moeten halen. Wanneer ze van een bepaald beeld gespannen worden, moeten ze dat laten varen, zich weer ontspannen en terugkeren naar een minder bedreigende stimulus.

De Aikido oefeningen zijn door mij weliswaar niet op zo'n systematische wijze gebruikt, maar ik vind ze toch superieur aan de relaxatie oefeningen in s.d. Ze laten immers de cliënt spektakulaire effecten zien, waar hij niet onderuit kan en die hijzelf teweeg brengt. Deze feedback heeft m.i. een grote reinforcement waarde. Bovendien "moeten" ze niets, alleen maar zich iets voorstellen. Ernstig neurotische cliënten komen in moeilijkheden als ze zich moeten ontspannen en kunnen daardoor zelfs meer gespannen worden tijdens de relaxatieoefeningen in s.d.

We zouden deze Aikido-oefeningen ook kunnen vergelijken met hypnotische technieken, die bij het subject de aandacht afleiden van de bedreigende stimuli en op iets anders richten. Haley (1963) geeft hiervan een voorbeeld. Een man die niet in liften durft, krijgt de posthypnotische suggestie om naar een bepaald adres te gaan, dat alleen via een lift te bereiken is, terwijl hij onderweg bijzonder gepreokkupeerd zal zijn met de sensatie in zijn voetzolen. Zonder dat hij er erg in had, bereikte de man het betreffende adres.

De konsentratie op juist de voetzolen kan een toevallige overeenkomst met de optil oefening vertonen. Daarin moest mijn cliënt zijn aandacht ook omlaag richten. M.a.w. deze bepaalde hypnotische suggestie kan wellicht vertaald worden in termen van de Aikido-oefeningen. Of omgekeerd. N.l. dat in de Aikido-oefeningen de aandacht ook op iets anders dan op een bedreigende stimulus wordt gericht. Er is evenwel toch een onderscheid. In het voorbeeld van Erickson was de persoon zich niet bewust van de lift, omdat zijn bewuste aandacht zo sterk op zijn voetzolen gericht was. In het voorbeeld van Hans werd deze zich in de bus juist sterk bewust van zijn omgeving, alleen anders dan voorheen. Hij voelde zich een rots, en hij zag dat de meeste andere passagiers er zo niet bij zaten. Zij waren angstig of gespannen. De voorheen bedreigende stimuli hadden hun bedreigende kwaliteit verloren. Dit laatste is dan weer een formele overeenkomst met de ervaring van de man in de lift. Het niet letten op de lift, terwijl hij er wel in is, betekent dat de lift z'n bedreigende kwaliteiten voor de man verloren heeft.

g)

74

Kortom: de Aikido oefeningen kunnen, vergelijkbaar met bepaalde post-hypnotische suggesties, de aandacht tijdelijk fixeren, maar hun functie is er juist op gericht dat de persoon in een bepaalde niet gefixeerde mentale toestand komt, die hem vrij en onbevangen - voorheen bedreigende - stimuli onder de ogen doet zien.

Overigens zitten aan mijn gebruik van de Aikido oefeningen ook duidelijk hypnotische trekjes, als ik b.v. Hans suggereer, dat 'hij hetzelfde zal ervaren als hij echt met de bus naar huis gaat en dat het effect ook in andere situaties op positieve wijze merkbaar zal zijn'.

Haley (1963, p. 61) biedt zelf nog een overeenkomst: "It seems possible that it was not merely the distraction which lessened his fear, but the fact that he rode in an elevator while behaving differently than he had in the past. He was not reinforcing his fear by his behavior, he was extinguishing it by behaving differently".

7. Praktische toepassing in een cursus gezinstherapie voor studenten.

In een cursus gezinstherapie voor doktoraal studenten in de sociale wetenschappen kwam het thema 'positief etiketteren' aan bod. Ik redeneerde voor mijzelf, dat de Aikido-oefeningen de studenten konden helpen om in sterkere mate positief te etiketteren in simulatie-spelen van gezinstherapie. Dat dit veel vanzelfsprekender zou gaan dan anders. Ik meende, dat dit zou komen omdat ze in een vanzelfsprekende, niet agressieve assertieve toestand zouden verkeren. Hoewel in de betreffende cursus het aksent lag op de vaardigheid, positief etiketteren, correleerde ik die zelf met de genoemde assertieve houding.

Na het uitvoeren van bovengenoemde Aikido oefeningen en het uitwisselen van ervaringen en het vergelijken van de mentale toestanden en de effecten daarvan, stelde ik voor deze ervaringen toe te passen in het leren positief te etiketteren (als het onderwerp expliciet 'assertief optreden' zou zijn geweest, zou ik een vergelijkbare instructie hebben gegeven. Mijn idee is, dat ook dan zou blijken, dat de studenten in hun normale bewustzijn minder assertief én minder positief zouden zijn opgetreden dan in de Aikido konditie).

De groep splitste zich in drietallen. Elk bestaande uit een 'paar in therapie' en een 'therapeut'. Wegens tijdgebrek kon niet van rol gewisseld worden. Het paar zou met allerlei problemen en destructieve opmerkingen komen en de therapeut zou trachten zoveel mogelijk positief te etiketteren. Het oefenen bestond uit twee rondes: in de eerste zou de therapeut zich bezig houden met wat hij wel aan positieve kanten aan de problemen van de cliënten zou kunnen ontdekken en met de vraag of zij zijn interpretaties wel aannamen.

h)

Voor de tweede ronde moest de therapeut eerst proberen in de mentale toestand te komen die hij of zij tijdens de Aikido oefeningen had ervaren en deze toestand handhaven in het daarop volgende gesprek.

In de gezamenlijke nabespreking kwam naar voren, dat sommige therapeuten in de eerste ronde zijn blijven steken. Dit korrespondeerde met o.m. een toenemend aantal negatieve opmerkingen van de cliënten. Degenen die de Aikido toestand wisten te realiseren hadden veel meer succes. De cliënten namen hun herinterpretaties aan ('vanzelfsprekend' zei een der 'cliënten' na afloop) en gingen konstruktiever met elkaar om. Het viel mij op, dat de student die de sterkste ervaringen had tijdens de Aikido oefeningen, ook in de tweede ronde van het positief etiketteren het meest succesvol was.

In deze cursus was het te doen gebruikelijk dat elke keer een gedeelte van de tijd besteed werd aan een simulatie-spel met een zgn. bestaand gezin; d.w.z. dat bepaalde studenten een aantal weken achtereen hetzelfde gezin speelden. Deze procedure gaf de deelnemers een perspectief ten aanzien van gezinstherapie dat zij moeilijk verwerven als zij alleen bepaalde vaardigheden oefenen of een demonstratie van één zitting zien. Tijdens deze zitting koos ik de betrokken student voor de therapeuten-rol. Ook in dit rollenspel kon hij de genoemde mentale toestand realiseren. Het gevolg was dat een deelnemer, die zich anders weinig onderscheidt van andere studenten in dan vaak bezig is met de vraag wat anderen van hem vinden, optrad als een briljante therapeut. Zonder hier in detail op in te gaan, kan gesteld worden dat zijn gehele optreden gekenmerkt werd door een vanzelfsprekendheid en eenvoud; hetgeen een volledige verandering van de gezininterakties (die in voorafgaande weken bijzonder destruktief waren) ten gevolge had. Wat de gezinsleden aan negativiteit te berde brachten was voor hem geen aanval, maar werd door hem gebruikt om de gezinsleden met elkaar te laten praten over de dingen waaraan zijzelf in hun gezin behoefte hadden.

'Aiki is geen techniek om met een vijand te vechten of hem te verslaan. Het is een manier om de wereld te verzoenen en mensen tot één familie te maken'. (Uyeshiba, 1973).

8. Konklusie

Een juiste assertieve instelling en optreden voor therapeuten en cliënten is er niet een, die gekenmerkt wordt door een soort agressief vijandig dominant optreden.

1)

Het is een instelling waarin men zijn eigen mentale kracht realiseert en van waaruit men vanzelfsprekend niet gehinderd wordt door het 'negatieve' van anderen. Eenvoudig omdat men het niet als zodanig ervaart. Een instelling die overeenkomt met wat de gezinstherapeut Carl Whitaker (in Haley & Hoffman, 1967, p. 328) beschrijft over een van zijn kollega's: "He had no background in psychiatry, his background was in internal medicine and he had no training in defensive dynamic thinking. So he saw everything as possible. It didn't make any difference what it was, he never saw it as a defensive move 'against', it was always a positive move 'for'."

Hoewel de indruk door de voorbeelden in dit artikel ten onrechte gewekt kan worden dat Aikido oefeningen het tovermiddel vormen om een dergelijke instelling te bereiken, blijf ik wel van mening dat ze de sterkst werkende instrumenten daartoe vormen. Hoe meer ervan gebruik gemaakt wordt, des te sterker hun effect.

Onno van der Hart.

Referenties :

J. Gluck (1962) : Zen Combat.

Ballantine Books, New York.

J. Haley (1963) : Strategies of Psychotherapy

Grune & Stratton, New York.

J. Haley & L. Hoffman (1967) : Techniques of Family Therapy

Basic Books, New York

O. van der Hart (1975a) : Zeilen en assertief gedrag van de therapeut.

TDT, 2 (10), 22-25

O. van der Hart (1975b) : Een direktieve nazorggroep

TDT, 2 (9), 1-7

F. Hermans (1975) : persoonlijke mededeling, gebaseerd op ervaringen met deze oefeningen in bewegingstherapie aan cliënten in een psychiatrisch dagcentrum.

K. Tohei (1962) : What is Aikido ?

Rikugei Publ. House, Tokyo.

K. Tohei (1966) : Aikido in Daily Life., Rikugei Publ. House, Tokyo.

K. Uyeshiba (1973) : Aikido

Hozansha Publ. Co., Tokyo.

Kees van der Velden

In TDT, 2 (10), 4-14 beschreven Leen Joele en Kees Hoogduin de behandeling van een dwangneuroticus. Samen-gevat kwam hun aanpak hier op neer: het symptoom werd voorgeschreven terwijl iedere honorering eraan werd ontnomen.

Ik pas deze benadering intussen zelf toe bij een dwangneurotisch meisje. Hieronder volgt mijn verslag.

De klacht en zijn kontekst

Mej. Arnold is een goedverzorgde gereformeerde kantoorbediende van 21 jaar. Ze woont, samen met een jongere broer, bij de ouders. Vader is portier bij een grote fabriek, moeder huisvrouw. Begin '76 hoopt ze te trouwen met verloofde Sjaak, een fijn-instrumentmaker. Ze hebben al zo'n vijf jaar verkering.

Mej. Arnold is altijd al "serieus" geweest, maar het laatste halfjaar heeft zij het wel erg moeilijk: zij durft niets weg te gooien; en ook durft zij er niet bij te zijn wanneer anderen iets weggooid; ten slotte is ze er nooit helemaal zeker van of ze "het" misschien toch niet heeft weggegooid. Wat is "het"? Ze weet het niet, wel dat het rampzalig zou zijn wanneer het werd weggegooid. Zelf brengt cliënte haar gewoonte in verband met het gebruik van de pil. Zeker is dat het innemen van de pil is uitgegroeid tot een kwellend ritueel: bij voorkeur in de aanwezigheid van een ander (moeder), voor de spiegel, wordt het ding naar de mond gebracht en ingenomen; dan begint de twijfel: heb ik hem wel ingenomen?, is hij niet in de zoom van m'n blouse, de omslag van m'n broek terechtgekomen? Moeder wordt gevraagd of zij werkelijk gezien heeft dat het ding werd doorge-slikt waarop moeder geruststellend reageert of kwaad wordt òf de ene reactie afwisselt met de andere. 's Avonds in bed moet zij alle handelingen van de afgelopen dag herhalen. Maar je alles herinneren gaat niet.

Met werken is ze gestopt: ze is uitgeput en krijgt het spaans bij al die prullemanden.

Een afvalbak op straat wordt moeizaam gepasseerd: zou ze "het" er niet ingegooid kunnen hebben zonder het zelf te weten?

Het leven heeft voor mej. Arnold aanzienlijk aan attractiviteit ingeboet: ze durft niet meer te vrijen, geen krant te lezen, geen sinaasappel te schillen, geen wasgoed op te bergen. (Enz.) Haar zekerheid ontleent ze niet meer aan haar eigen waarneming maar aan de geruststellende antwoorden van moeder, vader en verloofde - in deze volgorde. Moeder, vader en verloofde zien de toekomst somber in: hun liefdevolle aanpak helpt niet, hun geïrriteerde evenmin. Moeder brengt zich alle mogelijke opvoedingsfouten uit het verleden te binnen en wijt de "ziekte" van haar dochter aan zichzelf. Vader vreest dat zijn dochter Sjaak zal verliezen nu ze weigerachtig reageert op zijn seksuele avances. Sjaak kondigt getergd aan dat het voorgonnen huwelijk op losse schroeven komt te staan. Cliënte zelf is er in elk geval zeker van dat het huwelijk in '76 niet zal kunnen doorgaan.

Exploratie

In eerste instantie heb ik cliënte gevraagd het eigen gedrag dagelijks twee uur te observeren en het waargenomene op te schrijven. (Hierbij gaat een kopie van haar notities van dinsdag 4 februari over het symptomatisch gedrag van 16.- tot 18.- uur. Het consciëntieuzе handschrift, de typische formuleringen -"dus het is goed"- en de klaarblijkelijke bereidheid om serieus mee te werken geven misschien een idee van de "couleur locale".)

Wervolgens werd de invloed van twee variabelen onderzocht: de gezinscontext en het pilgebruik. Cliënte werd geadviseerd eens een weekje bij een kennis te gaan logeren. Het resultaat was een aanzienlijke vermindering van de klachten: ze wilde niet voor gek staan en durfde de tante bij wie ze logeerde niet om geruststellende antwoorden te vragen.

kaakjes: 3x, duurt tijdens het theedrinken.

ma maakt een rol kaakjes open en ik pak er een pam uit en dan ben ik bang dat er wat in het papier zit.

Ma reageret: Er kan niets in zitten, want je had niets in je handen en terwijl zij de kaakjes eruit pakt en het papier leeg is komt ze het aan me men en gooit dat lege papier weg.

om 2 tot 4 heb ik de parkiet schoongemaakt en ma geholpen met afschrijven. Ik moest nog enkele lege make-up potjes weggooien en een lege envelop wat ik niet durfde en toen heb ik het samen met ma gedaan en toen was ik helemaal geunst, maar het kwam weer in m'n gedachte op en toen hebben we het nog 2x herhaald voor ik geunst was.

dinsdag 16 uur:

behang: 3x, duurt in m'n gedachten wel een kwartier.

Pa en ma zijn aan het behangen en als ik de kamer binnenloop ben ik steeds bang dat er wat van mij tussen het behang raakt en ingeplakt wordt. Daarom blijf ik maar uit de kamer.

Pa en ma reageren: Dat zijn gewoon blaasjes waar lucht onder zit en jij hebt er niets tussen gestopt dus dat is goed, die luchtblaasjes strijken we gewoon plat, dus alles is goed.

EIBO. boek: 3x, duurt 2 minuten.

Er zit een stukje drup ingeplakt, wat ik weggooi en ben bang dat het wat anders was, maar ik vermaan mezelf en zeg: Het was gewoon drup.

12

fototoosje: nu 1x, gisteren 3x, duurt vandaag 1/2 minuut.

Mijn broer gooit een leeg fototoosje weg, maar omdat ik het de laatste dagen vooral heb zien liggen, denk ik dat ik er ook heb ingelaten, nu ik het het nu eens in mijn handen gehad.

Pa reageert. Hij pakt het fototoosje uit de prullenbak, maakt het open en leek me niet dat er niets in zit.

behang: 3x, duurt 2 minuten.

Maar ik loop door de kamers en ben bang dat ik ook heb laten vallen maar ik heb niets in mijn handen. Tijdens controleren hoor ik pa iets zeggen en ben bang dat er ook in zit.

Pa reageert: Je bent niet eens in de kamer geweest en had niets in je handen en ik gooi het overschot van het behang weg en dan zit niets van jou tussen.

boerekoel: 1x, gisteren 2x, duurt 2 minuten.

Ma en ik snijden boerekoel uit de tuin. Ik houd de zak op en ben bang dat ik er ook in heb laten vallen. Nu eten we het en denk ik er niet meer aan. Ma reageert: Doe niet zo raar, en kan niets van je in zitten.

beuken. Terwijl ma het eten klaarmaakt durf ik niet naar haar toe te gaan, uit angst dat ik weer wat zie liggen, want ik weer wat in zie dus blijf ik in de kamer.

E.H. BO. ~~het~~ boek. 4x, tijdens het leren.

Waar de plaats is waar het brief is gevonden, is het papier beschadigd en is het een lang stuk het niet is.

Plakkaat en brief: 2X, duur 1/2 minuut

De brief is lang maar de zaak, is een lang stuk en werk in het papier. Het is niet. Het is niet. Het is niet. Het is niet.

afgedrukt: 1X, 1/2 minuut

Men een afgedrukt stuk van een brief, maar het is niet in het papier. Het is niet in het papier. Het is niet in het papier.

afgedrukt: 1X, 1/2 minuut

Men heeft het en werk van het. Het is niet. Het is niet. Het is niet. Het is niet.

afgedrukt: 3X, 1/2 minuut

Het stuk is te lang en het is niet. Het is niet. Het is niet. Het is niet.

afgedrukt: 1X, 1/2 minuut

Het stuk is niet een brief maar een brief. Het is niet. Het is niet. Het is niet. Het is niet.

velletje worst: 2x, duurt 1 minuut.

Pa heeft een velletje in zijn soep van de rookworst, dat ligt bij naast zijn bord. Ik ben bang dat er wat anders in zit.

Pa reageert: Dat kan niet, het schot heest in mijn keel, het is gewoon een velletje van de worst.

vladoos: 3x, duurt de rest van de maaltijd.

Omdat ik elke dag zo verslyft bang ben als er zijn wegwep doos als optafel komt, doet ma de vla in de keuken op de borden, zodat ik die vladoos niet kan zien, maar toch ben ik bang en kan die gedachte niet van me afreken.

Ma reageert: Je bent er ~~niet~~ eens aangeweest. Ik heb hem helemaal leeggemaakt, dus het is goed.

van 4 tot 6 heb ik E.H.B.O geleerd en herhaald.

woensdag van 18 - 20 uur.

balbatje: 3x, duurt tijdens de afwas.

Ik droog af en zie sla en stukjes aardappel in het balbatje liggen en ben bang dat er wat onder zit.

Pa reageert: Je bent er niet eens bij in de bruik geweest en het enige wat er in ligt is afval van sla en aardappelen, dus dat is goed.

bonche: 4x, tijdens het douchen en de maaltijd.

Een bijkomend voordeel van deze logeerpartij was dat de ouders weer wat op adem konden komen.

Het stoppen met de pil gaf enige beperkte verlichting: het inneemritueel viel weg, maar dat was ook alles.

Een complicatie was dat cliënte nu extra bevreesd werd voor bevruchting, ofwel 's nachts, "ongemerkt", bijv. door een insluiper, ofwel door Sjaak. Sjaak moest voor zijn seksuele genoegens een hoge prijs betalen: voor, tijdens en na zijn clean uitgevoerde masturbatie werd hij lastiggevallen met zeer gedetailleerde vragen over de kans dat zij ondanks de voorzorgen toch zwanger zou kunnen worden.

Tegen mij beklagde zij zich over de onbehouwen wijze waarop hij haar het hof maakte. Ik gaf haar de raad haar voorkeuren kenbaar te maken op het moment dat zij zelf zin had in vrijen. Sjaak, die eerst nogal kwaad op mij was, bleek nu terdege met haar wensen rekening te kunnen houden. Hij werd beloond met het volgende compliment: "Anders piekerde ik na het vrijen wel twee dagen over de vraag of ik toch niet zwanger zou kunnen worden, nu maar een halfuur."

Cliënte besloot het pilgebruik te hervatten. We waren het erover eens dat overgaan op de prikpil haar "ziekte" zou bevestigen, en dat moest niet.

Intussen had ik nog een andere "verklaring" voor de dwangverschijnselen getoetst: vader en moeder zien hun dochter graag met Sjaak trouwen, de dochter voelt niet veel voor Sjaak maar durft de ouders niet voor het hoofd te stoten. Cliënte kreeg de instructie met haar ouders het volgende thema te bespreken: "Hoe zouden jullie het vinden wanneer ik nooit zou trouwen" †). Het bleek dat de ouders deze mogelijkheid lang niet ireëel vonden, al leek het hun aardiger wanneer ze wel zou trouwen. Een normaal antwoord dat de bovenstaande hypothese onwaarschijnlijk maakt.

Ik besloot tijdens het vierde gesprek het Joele & Hoogduin-advies te geven aan cliënte en haar ouders.

†) Idee van Richard van Dijck.

Sjaak liet ik erbuiten. Ik wilde me op geen enkele wijze uitlaten over de vraag of die relatie nu wel of niet voortgezet moest worden. Hem erbij betrekken zou licht kunnen worden opgevat als de uitdrukking van mijn verwachting dat ze wel bij elkaar zullen blijven.

Het advies

Hoewel haar klacht niet territoriumgebonden is, adviseer ik de ouders hun dochter naar haar slaapkamer te sturen zodra zij een "dwangvraag" stelt. De wijze waarop dit directief aan de man wordt gebracht is vrijwel gelijk aan de wijze waarop Kees Hoogduin dit deed bij meneer Plezier +). Hetzelfde geldt voor de motivering: het doel van het advies is cliënte haar zelfstandigheid terug te geven. M.n. moeder ziet ertegenop het advies uit te voeren, zeker gezien de ruzies die ik voorspeld had. Deze aarzeling wordt door mij positief geïnterpreteerd: het is per slot erg moeilijk de opdracht uit te voeren en bedenkingen kunnen beter bij mij besproken en weggenomen worden, dan dat ze thuis de gewenste uitvoering van het directief beletten. Ten slotte gaat moeder overstag: ze gaat het niet "proberen", ze gaat het "doen".

Verloop

Een week later blijkt dat de ouders cliënte niet eenmaal naar de slaapkamer hebben hoeven sturen. Ze heeft niets gevraagd. Zelf zegt ze zich gevoeld te hebben alsof ze bij een tante logeerde: ze vond haar ouders "vreemden". Ik deel mee dat dit succes schijnbaar is. De echte moeilijkheden moeten nog komen. Ik moedig cliënte aan vooral wèl te vragen.

Veertien dagen later is de familie in zak en as: er is thuis voortdurend een rotsfeer. De dochter heeft weer niets gevraagd, maar aan haar gezicht was steeds duidelijk te zien geweest dat ze aan het dwangdenken was. De momenten waarop ze niet zat te dwangdenken viel ze uit

+) Ik kon formulering, intonatie e.d. zo goed nadoen doordat ik het bandje van Kees Hoogduin herhaaldelijk heb kunnen beluisteren.

tegen vader en moeder, die ze ineens saai en onbeduidend is gaan vinden. Moeder erkent dat ze inderdaad niks te vertellen heeft: "Ik maak ook nooit wat mee". Dan blijkt moeder zo graag buitenshuis te willen gaan werken, maar vader is het daar kennelijk mee oneens. Ik houd me op dit punt een beetje op de vlakte. Belangrijker zijn de scheurtjes die ontstaan in het Era-syndroom: de steeds zo submissieve dochter, die nooit last heeft gehad van puberteitsmoeilijkheden, gaat zich aan haar moeder ergeren. Ik duid de kritiek van de dochter als een vertraagd puberteitsfenomeen, waar ieder die volwassen wil worden last van krijgt - een "gezond verschijnsel" dus. (De wijze waarop de dochter haar kritiek naar voren bracht deed ook sterk denken aan de manier waarop een 14-jarige dat doet: moeder nadoen, tong uitsteken en je dan schuldig voelen.) Ter ondersteuning van de scheiding tussen moeder en dochter spreek ik haar na iedere gezamenlijke zitting nog even apart, o.m. over Sjaak, met de instructie om wat wij samen bespreken nooit nogeens met de ouders door te nemen.

Het feit dat cliënte nu niet langer via vragen maar via haar mimiek tot uitdrukking brengt dat ze het "moeilijk heeft" leidt tot de volgende afspraak: steeds wanneer ze dwangdenkt: gaat ze uit zichzelf naar haar slaapkamer. Ze kan me wel verscheuren maar doet het.

Volgende zitting: cliënte is uitgesproken depressief. Ze voelt zich in de steek gelaten door haar ouders, ze voelt zich schuldig over het feit dat ze het huis uit wil en ze mag van zichzelf niet meer blij zijn wanneer ze niet piekert: "Ik ben bang dat er iets ergs gebeurt wanneer ik blij ben." Ik vertel haar dat dit een "slechte gedachte" is die effectief bestreden kan worden met een weckring (zie Van der Hart, 1975).

Verder maken we een lijst van beloningen die ze zichzelf mag geven wanneer ze klaar is met piekeren. De ouders krijgen de instructie er niet op te letten wanneer hun dochter naar de slaapkamer gaat en "gezellig te zijn" (!). De mensen zaten haar nl. steeds meewarig

hoofdschuddend na te kijken wanneer ze weer "moest". Deze adviezen werken bijzonder goed. Weliswaar zit de dochter de volgende keer onder de bloeduitstortingen omdat ze nogal hard aan de weckring heeft getrokken maar de depressiviteit is weg. Ook moeder - die trouwens steeds heel goed heeft meegewerkt - maakt het goed: de vraag of de klachten van haar dochter aan opvoedingsfouten te wijten zijn interesseert haar niet eens meer, en ondanks pa is ze buitenshuis gaan werken, als vrijwilligster bij de kerk.

Nog een paar gegevens:

- de dochter werkt nu al een maand of twee voor halve dagen;
- haar dwangrituelen kosten nu nog gem. 21 minuten per dag (een snel bereikte vermindering: 2 weken geleden was het gemiddelde nog 67 min. per dag, gerekend over een week);
- hoewel Sjaak niet expliciet in de behandeling werd betrokken, is er in situaties met hem dezelfde aanzienlijke vermindering van het symptomatisch gedrag;
- het slikken van de pil geeft geen aanleiding meer tot klachten.

Conclusie:

Wie een dwangneurose te behandelen krijgt doet er goed aan de mogelijkheid van toepassing van het Joele & Hoogduin-advies te onderzoeken alvorens anderssoortige interventies te overwegen.

Referenties

- Hart, O. van der (1975) Een directe nazorggroep
TDT, 2, (9), 1-7.
- Joele, L. & Hoogduin, K. (1975) Behandeling van een man met een dwangneurose d.m.v. een conjoint therapie van het directe type
TDT, 2, (10), 4-14.

Bij nalezing (ik ben dol op mezelf in druk) realiseer ik me, dat mijn eerste bijlage, onwilligen, aan het TDT aanvulling behoeft. Ik beloofde in mijn eerste vormsel illustratie van het bovenstaande; ik zal beginnen met borsteltechnieken.

I.

Een lief vrouwtje komt binnen; de co-assistent heeft verteld, dat ze niet wil praten en is vervolgens niet met de anamnese klaargekomen, omdat de patiente te veel praatte. Samengevat komt het verhaal erop neer, dat ze hoofdpijn heeft, en snel blijkt, dat haar echtgenoot door zijn eindeloos bepraten van zijn plannen, voor het leven in het algemeen, en voor zijn zaak in het bijzonder, de voornaamste oorzaak van haar onduurbare pijnen is. De vrouw zelf is knap, aantrekkelijk, doch ziet er moe en wat oud uit. Ik suggereer (te) snel, dat het goed zou zijn om haar echtgenoot in de behandeling te betrekken.

Voor het te gesprek treedt eenadvinder in lange broek, met carriere pak en borstelkop binnen, die na de gebruikelijke gespreksopening mededeelt, dat hij zich niet voor kan stellen, dat ik hem iets nieuws zou kunnen vertellen, omdat hij de ervaring heeft opgedaan, dat zijn gedachten zo snel en brillant verlopen, dat hij altijd alles al weet wat mensen hem vertellen (letterlijk!). Ik counter dit, door getroffen te melden, dat hij dan zeker van veel nut bij de behandeling van zijn vrouw kan zijn, doch hij antwoordt (lang niet gek), dat hij met ditzelfde brillante verstand al alles geprobeerd heeft zonder resultaat, dus het moet aan zijn vrouw liggen.

Hij is de erfgenaam van een accountantsbedrijf, heeft altijd de ambitie gehad dit hoog in de vaart der accountantsbedrijven op te kunnen stuwten, maar werkt na 11 jaar nog steeds met één secretaresse, terwijl gelijk gestarte vrienden al panden van 4 verdiepingen hebben laten zetten. Hij zit nog in een, eveneens geerfd, huis zonder werkster, waar zijn vrouw de propjes opraaft. Zij wil de propjes gaarne volledig en netjes opgemaakt zien en ziet haar echtgenoot veelmeer als een ijverig employé dan als een magnaat, terwijl hij zich in de vlucht van zijn toekomstperspectief geen zorgen kan maken om haar geringe bekommernis. Het blijkt snel, dat haar hoofdpijnen altijd optreden na ruzies, die inhoudelijk de voorafgaande alinea omvatten. Zijn reactie is aan het slot altijd identiek aan die, welke hij in de conflicten t.a.v. het naar bed gaan van zijn (enige) dochter hanteert: "Nu snel, of, één, twee, drie, ik sla, pats!"

Wat doe je daar nu aan? Ik overwoog, tijdens het gesprek, een aantal benaderingen, hield me op de ruimschoots aanwezige vlakte en maakte een afspraak voor een derde gesprek. In de tussentijd belde de echtgenoot mij op; hij wilde een gesprek zonder zijn vrouw, doch alleen wanneer ik me aan zekere condities hield:

1. Ik mocht het met hem besprokene niet in de behandeling betrekken.
2. Ik moest hem laten uitspreken zonder commentaar.
3. Hij deelde mee, dat ik zonder deze informatie zijn vrouw nooit zou kunnen behandelen.

Ik reageerde hierop door te zeggen dat we een en ander in het volgende gesprek aan de orde zouden stellen. In dit gesprek ging hij meteen in de aanval door zijn mond te houden, nadat hij mij zeer nadrukkelijk om een afspraak alleen had gevraagd. Ik weigerde met als motivering, dat wat hij zou kunnen zeggen te belangrijk was om uit het totaal van de besprekingen weggelaten te kunnen worden.

Bij het volgende gesprek kwam zijn echtgenote alleen.

84

Zij vertelde, dat zij minder last van hoofdpijn had, hoewel zij de trilafon, librium, cafergot, tryptizol en dicipal van de vorige behandelaar niet meer gebruikte. Haar echtgenoot vond mij een domme en onmogelijke man en zou nooit meer komen. Om nog ernstiger conflicten met haar man te voorkomen wilde zij de behandeling ook liever afbreken. Tenslotte zei zij haar man in de gesprekken wel menselijker dan tevoren te hebben gezien: "Het is eigenlijk een jongetje." Ze zijn nooit teruggekomen.

Wat is er gebeurd? Het lijkt eenvoudig:

- A. De man was zo bang voor interventie in het systeem, dat hij alle bemoeienis snel onmogelijk maakte.
- B. Ik heb een grote fout gemaakt, therapeutisch, door de man niet alleen te ontvangen.
- C. De vrouw heeft de rol van haar echtgenoot wat kunnen relativeren en heeft daardoor wat minder klachten gekregen.

Ik heb wat gezarzd of ik dit vernaal in de oude rubriek "mislukkingen" of als illustratie van borsteltechnieken zou refereren. Toch maar als het laatste; als iemand behandeling onmogelijk maakt door te stellen dat er niet behandeld kan worden, kun je daar het beste om weegaan. Het zijn meestal mensen, die al bij iedereen geweest zijn en dan kan enige nadruk op de feitelijkheid van hun situatie nooit kwaad.

Bij relatief sthenische mensen kan zo'n confrontatie met een niet, in sensu strictu, behandelende instantie betekenen, dat ze verder wel zullen uitkijken met zich aan een behandelaar toe te vertrouwen, hetgeen zowel de totale case-load verlicht, als het aantal B-klanten (zie Hoogduin TDT II '75) minimaliseert.

II.

Een man van + 28 jaar komt binnen, gaat zitten en vraagt vermoed of ik de brieven van de vorige behandelaars al gelezen heb. Ik antwoord: "Ik heb het gele-

90

zen, maar wat betekenen getypte woorden? U kunt mij beter vertellen wat Uw klachten zijn."

Hij blijkt zelf geen klachten te hebben, maar zijn moeder (die ik geweigerd heb te zien in eerste instantie) maakt zich zorgen over hem: hij is te precies en zelf vindt hij het ook wel vervelend, dat hij nooit eens een zin gewoon af kan schrijven, doch altijd letters dikker moet maken, woorden onderstrepen, komma's toevoegen, etc. Zijn moeilijkheden ziet hij tijdens het gesprek als volgt: 1. door zijn preciese manier van doen komt hij nooit met iets klaar; daarom heeft hij ook een onbetekenend administratief baantje en is op alle scholen mislukt (Gymnasium, HBS, MULO). 2. Zijn omgeving is jeloers op hem, omdat hij altijd zeer diep over alles nadenkt, terwijl zij door zijn diepgang hun eigen oppervlakkigheid geïllustreerd zien. Hierdoor heeft hij weinig of geen sociale contacten. Hij stelt meteen, dat aan het laatste uiteraard niets te doen is, maar van zijn schrijfstoornis wil hij wel af.

Zijn medisch-psychologische voorgeschiedenis is droefgeestig: van huisarts naar psychiater, van psychiater naar gedragstherapeut, van gedragstherapeut naar I.M.F., van I.M.F. naar neuroloog, van neuroloog naar IMF, van IMF naar de lagersma. De gedragstherapeut vond hem te neurotisch, het IMF wilde organische pathologie uitgesloten zien en weigerde daarna toch behandeling, omdat hij te veel secundaire ziekte winst aan zijn symptomatologie ontleende.

Op mij maakte hij een zeer rigide, weinig intelligente indruk; er bestaan enorme grootheidsfantasieën: geheimzinnig glimlachend toont hij vele vellen volgeschreven met de cliché-matige diepzinnigheden, die voor 't slapen gaan in hem opwellen; zo in de geest van: Als iedereen het zijne doet, komt er nooit meer oorlog. Samengevat komt hij op mij over als een onbehandelbare zonderling. Het enige waar ik mogelijkheden in zie, is een verandering van zijn leefomstandigheden. Het ge-

90

hoeieneerd worden door zijn drijfverige moeder en veel geslaagdere broers en zusters herformuleer ik tot het geduldig opvangen van goedbedoelde doch wat bemoei-achtige en overbodige raadgevingen. We zijn het er over eens, dat er op zekere leeftijd uiteraard een einde moet komen aan het afwikkelen van de verplichtingen, die je als kind tegenover je ouders hebt. Hij heeft dit kennelijk nog nooit zo bekeken, doch gaat er gretig op in.

Na het eerste gesprek belt hij enkele malen af, omdat hij het te druk heeft, er is "werk" blijven liggen, etc. Bij het 2e gesprek deelt hij, nadat we lang gesproken hebben over de verminderde religiositeit van de huidige politici en de infauste invloed daarvan op het sociale klimaat, terloops mede, dat hij uit huis is gegaan en thans op een kamer woont. Bovendien heeft hij een vriendin opgedaan op een politieke vergadering van de EVP en figureert in reclamefilmpjes. Het schrijven blijft evenwel een probleem. Voor het eerst laat ik hem in de spreekkamer eens schrijven. Het handschrift is kinderlijk doch volledig leesbaar. Ik zeg, dat hij een typisch mannelijk, krachtig handschrift heeft, doch, dat ik zijn probleem wel zie; voor ik dit détail met hem bespreek, zou ik echter graag zijn mening hebben over een aantal belangrijke zaken.

Er ontspint zich weer een lang gesprek, waarin ik hem laat vertellen over zijn interesses in en visie op het leven in het algemeen. Ik toon mij zeer getroffen over zijn diepgang. Aan het einde van het gesprek zeg ik: "Typisch, dat iemand als jij (zo ver zijn we al) je zo'n zorgen maakt over je handschrift. Het enige wat ik erover kan zeggen is, dat je schrijft zoals je alles doet: met een enorme betrokkenheid en doordachtheid; je vergenoegt je niet met routinematig schrijven, nee, jij wilt van elke letter en elk woord een persoonlijk werkstuk maken! Laten we reeel zijn: noch jij noch ik kunnen de hele wereld op onze nek nemen. We moeten alle-

maal wel eens iets niet helemaal perfect doen. Bewaar het werkelijk goede schrijven voor die momenten, dat je een van je gedachten opschrijft, geloof me dat is zat."

We namen als weemoedige capitulanten afscheid van elkaar. Hij hoeft uiteraard niet meer terug te komen. Enkele maanden later heeft hij nog eens gebeld, dat hij een andere baan had en veel aan sport deed. Over het schrijven werd niet meer gerept.

Als commentaar zou ik willen stellen, dat het niet terugkomen deze patient kwalificeert als een succesvol weggeborstelde. Ik denk, dat hij een dorpsgek in statu nascendi is. Helaas woont hij niet in een dorp, hetgeen zowel een voor- als nadeel is. Een voordeel omdat hij in een dorp eerder als "gek" herkend zou worden, een nadeel, omdat hij de grote stad allang als "vreemd" gekwalificeerd is. Helpen kun je te iemand misschien, cureren persé niet. (Elke liefhebber mag het overigens pedaler, het adres heb ik leverbaar.)

Het slot van dit voorlopig bericht over "opstellen een soort "grapje".

Enkele andere revocand collegaatje (interriente, beeldig meisje met klassiek blond haar en blauwe ogen) leelt mij quasi terloops mede, dat haar EHBO-dienst wat moeilijk verloopt. Ik loop eveneens quasi terloops over de EHBO- en opname-afdeling. Betreffende collega is een meisje met alle kenmerken van de protestants opgevoede akela; ze zal nooit hard om een consult vragen, doch leeft haar behoefte aan hulp, cq passiviteit, vnl uit door een verhaaltje te vertellen. Een en ander duiden betekent een ijzige blik, dus dat doe ik natuurlijk niet. "Wat, Lisette", kwinkelaar ik "Waar zit hij?" in de gretig aangeduide kamer bevindt zich, onder een uitstekend geplaatste operatielamp, een zuidelijk van ons geboren, somber ogende jongeman met een neijver verwekkende snot. Naast hem is een huis-Turk ge-

posteerde, die gewend is in dit soort gevallen de tolkenrol op zich te nemen. In deze zaak heeft hij het moeilijk, omdat de patient wel Turk is, doch uitsluitend, ook voor de vertaler, onverstaanbare en dan nog spaarzaam geuite klanken voortbrengt. Het blijkt dat de patient al sinds een week niet kan praten. Ik open, zoals mijn gewoonte is in dit soort zaken, hyperofficieel: "Zoudt U mij kunnen zeggen, wat Uw moeilijkheden zijn?" Hierna plaats ik een wezenlijk geïnteresseerde, naïeve blik. De patient goochelt een thorax-opname tevoorschijn en stoot uit: "Lucht!? Waar?!" Ik zie een thorax-opname zonder afwijkingen met een imponerende hoeveelheid lucht in de maag. Getroffen zeg ik tegen de vertaal-Turk: "Een gevoelig mens, hoe weet hij wat er met hem aan de hand is?!" De, Allah zij dank, van zijn eigenlijke arbeid bevrijde vertaal-Turk antwoordt; "Zo gek! Hij al in Westeinde, Rode Iruis en Brorovo geweest en niemand praten over gevoel en lucht! Hij echt ziek, vaak bang, zenuwen!" Ik heb al lang gemerkt, dat het probleemgeval eigenlijk echt bang uit zijn ogen kijkt, veel meer Hollands verstaat dan hij voorwendt en dus een gewone, toevallig Turkse, angstneuroticus (en hystericus) is. Ik wend me (onder het voortdurend lozidend oog van het b-a-n-j-t-e-n-g-e-w-o-o-n-entrekkelijke collegaatje) tot de patient en zeg: "U heeft al zeer snel Nederlands geleerd en U bent erg gevoelig, dat zie ik aan deze foto. Kijk, hier zit lucht, lucht van angst, lucht van bezorgdheid, lucht van gevoel, U bent bang, maar U bent niet ziek! U kunt spreken!" Ik ruk een spatel uit mijn borstzak (waar ook nog interessante lampjes en oogspiegels in zitten) en zeg: "Open mond!" Hij opent (mond). Ik bevestig de spatel en commandeer: "Ah!" Hij zegt: "ah!" Ik wend me getroffen tot de vertaal-Turk: "Hij spreekt!" De Turk danst, binnen de grenzen van zijn omvang, verheugd rond. Ik steek een sigaar op en mompel (in het oor van de vertaal-Turk en dichter in het schelpje van

94

het collegaatje): "Just wait and see!" Vervolgens boor ik genadeloos mijn rechter wijsvinger achter het oor van de patient. Hij krijst: "Ah!" Terstond vraag ik of hij ook "Ha!" kan zeggen en steek de spatel in zijn keel. Hij repliceert: "Aha!" Ik zeg tegen de vertaal-Turk, dat hij al twee belangrijke Nederlandse klanke kent en dat ik hem er meer zal leren. Enfin, via keu en ken kwam hij tot keuken, ho en tel tot hotel, zieken en huis tot ziekenhuis en tot slot via var en ken tot varken, waarna hij ietwat beschaamd afreisde.

In ieder geval vertrok hij na 2½ uur op de opname iedereen tot wanhoop gebracht te hebben, inclusief het niet genoeg te prijzen collegaatje, met foto onder de arm en sprak voortaan.

Borsteltechnieken, therapeutisch? Om Freddy te citeren: "Weet ik veel, maar wat dondert het eigenlijk?"