

VAKANTIENUMMER



Tijdschrift voor Directieve  
Therapie  
jrg.3 nr.1      augustus 1975

---

Redactie:

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

---

Inhoud vakantienummer

augustus 1975

---

Hoofdredacteur	Ten geleide	1
Onno van der Hart	Een alcoholprobleem behandeld met hypnotherapie	5
Kees Hoogduin	Een behandeling van een stuporeuze dame met de utilisatietechniek volgens Erickson	12
Dick Oudshoorn	Pim of Hart onder de riem van directieve therapeuten die een moeilijk geval te behandelen krijgen	15
	Ervaringen met bedplassers (II)	18
Leen Joele	Reactie op "Lichamelijke ziekte (...) therapie"	27
Onno van der Hart	"Slechte tekenen": commentaar en aanvulling	30
Alfred Lange	Reacties op "slechte tekenen": "goede tekenen"	41
Richard van Dijck	Goede tekens	49
Kees Hoogduin	Weerstand, prognostische betekenis; utilisatietechnieken (I)	52
Kees van der Velden	Naar een simplistische psychotherapie (I)	56
AL & KvdV	Literatuur over bedplasterapie	61

---

Omslag: Joke Hoogduin

---

Oplage: 7 ex.

---

Research

Bij het "constituerend redactieberaad" van december of januari (ik weet het niet precies meer) gaven Onno van der Hart en Freddy Lange uitdrukking aan hun afkeer van de term "paradox". De bruikbaarheid van dit begrip werd toen min of meer verdedigd door de overige redacteuren. Men zou dus mogen verwachten dat de twee eerstgenoemden zich in de praktijk in mindere mate van dit gewraakte woord zullen bedienen dan de anderen.

Om deze onderstelling te toetsen werden het februari-, maart- en meinummer van dit Tijdschrift onderzocht op het aantal malen dat de term "paradox", "paradoxaal" of "paradoxale" werd gebezigd. De hierbij gevonden totalen werden uitgesplitst naar redacteur. Om een vergelijking mogelijk te maken werd vervolgens berekend hoeveel maal per tien bladzijden de respectieve auteurs het omstreden begrip bezigen. Wij krijgen dan het volgende resultaat:

Auteur	Aantal malen "paradox" per 10 blz.
Van Dijck	4,823
Van der Hart	1,335
Hoogduin	1,554
Joele	0,818
Lange	1,467
Oudshoorn	0,588
Van der Velden	0,000

Wanneer we de totalen van Van der Hart en Lange optellen en door twee delen krijgen we voor hen een gemiddeld gebruik van 1,401 per 10 blz. Tellen we de totalen van Van Dijck, Hoogduin, Joele, Oudshoorn en Van der Velden bijelkaar en delen we de som door vijf dan komen de overige redacteuren op een gemiddelde van 1,557 per 10 blz. Een minimaal verschil zal men zeggen. De balans slaat nog verder door wanneer we Van Dijck - als notoir gebruiker van het begrip - uit de laatste groep weglaten - een alleszins aanvaardbare procedure.

De vier overgeblevenen komen dan op een gemiddelde van 0,740, d.w.z.: Van der Hart en Lange gebruiken de term bijna tweemaal zo vaak als zij!

Zo ligt het dus voor de hand te concluderen dat Van der Hart en Lange er niet in slagen hun principiële weerzin jegens het begrip "paradox" praktisch te effectueren. Is dit juist?

Om deze mogelijke conclusie te toetsen werd het pragmatisch effect van hun eerste uitspraken onderzocht. Immers, wie als doel heeft een bepaald gebruik - i.c. het gebruik van het woord "paradox" - te bestrijden, behoeft nog niet meteen zelf met dit gebruik te stoppen. Integendeel, het kan om strategische redenen gewenst zijn dit gebruik zelfs extra op te voeren, erop anticipérend dat dit bij anderen tot een vermindering van het gebruik zal leiden (zg. paradoxale benadering).

De procedure waarmee het pragmatisch effect van het uiten van afkeer jegens het begrip "paradox" werd onderzocht bestond uit het tellen van het aantal malen dat dit woord gebezigd werd in de respectieve nummers. Dit leverde het volgende staatje op:

Nummer	Aantal blz.	Aantal malen "paradox"
februari	42	13
maart	49	5
mei	93	0

Omgerekend per 10 blz. komen we voor het februarinummer tot een gemiddeld gebruik van 3,094, voor het maartnummer tot een gemiddelde van 1,020 en voor het meinumner tot een gemiddelde van - hoe kan het anders - 0,000! Gaarne complimenteren wij Van der Hart en Lange met dit fraaie resultaat!

Adres & telefoonnummer Kees Hoogduin

Het privé-telefoonnummer van Kees Hoogduin is gewijzigd in 071-144097; zijn werkadres is, i.t.t. wat de adressenlijst vermeldt: Achterom 79, Dordrecht, telefoon: 078-41422.



### Jaargang

Van de nummering van dit Tijdschrift deugt weinig. Het 1ste nummer van de 1ste jaargang verscheen in juni 1973. Tot mei 1974 kwamen er zes nummers uit. Toen werd besloten een nieuwe jaargang te laten ingaan, maar de 1ste aflevering van deze 2de jaargang kreeg meteen het nummer 7!

Wie dus meende dat er naast een 2de jaargang van elf nummers ook nog een 1ste bestond met een verwant aantal afleveringen, weet nu beter.

Om aan alle complicaties een eind te maken heb ik nu de 3de jaargang laten ingaan, waarvan deze aflevering het nummer 1 krijgt.

### Verzorging bijdragen

M.b.t. de verzorging van de bijdragen is een oproep tot zelfdiscipline op z'n plaats. Bezien we dit nummer. De eerste bijdrage van Onno was reeds geniet, genummerd en geperforeerd. Hij stelt in een begeleidend schrijven voor de bepaling dat de inzenders hun bijdragen niet zelf alvast nummeren, te laten vervallen: zijn secretaresse kan er maar niet aan wennen (!). Goed, maar ik moest toch met de "staple remover" in de weer - die ik godzijdank in de uitverkoop gekocht had - om de nietjes eruit te pulken.

In het stuk van Oudshoorn over bedplassers zijn de referenties niet te volgen, hoewel afgesproken was dat ieder hiervoor het Freddy-Langesysteem zou gebruiken. Het artikel van Leen Joele is voor de aardigheid op folioformaat getypt. Ik moest dus al die bladzijden zodanig opvouwen dat ze ten minste niet meer onder het omslag uitkwamen. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat hij eigener beweging heeft aangeboden zijn bijdrage opnieuw te (laten) typen. Het was evenwel te laat om nog van dit aanbod gebruik te maken. Maar al was zijn bijdrage op A4-formaat getypt, dan nog heet Van der Velden niet v.d. Velde, zijn slechte tekenen geen slechte tekeningen en blijft het ontbreken van referenties storend.

Om de bijdrage van Richard van Dijck tot zijn recht te laten komen moest ik niet alleen opnieuw de "staple remover" hanteren - die ook voor Onno's tweede bijdrage

goed van pas kwam -, maar tevens werd ik genoodzaakt een afspraak te maken met mijn buurman, die een papiersnijmachine bezit, om de onregelmatig gevormde, zeer ruime vellen op het afgesproken formaat te brengen. Misschien willen de hierboven genoemden eens een voorbeeld nemen aan Kees Hoogduin, Freddy Lange en Kees van der Velden, wier bijdragen niet alleen naar inhoud maar ook naar uiterlijk tot het beste behoren dat dit Tijdschrift te bieden heeft!

De Hoofdredacteur

Een alcohol-probleem behandeld met hypnotherapie

Erickson (1964) beschrijft in zijn artikel "The burden of responsibility in effective psychotherapy" een bijzonder elegante effectieve methode om mensen te helpen hun eigen problemen zelf op te lossen. Deze hypnotherapeutische methode past hij toe bij mensen, die voor een specifiek probleem al lange tijd elders hulp hebben gezocht. <sup>Dat laatste</sup> zonder succes, omdat ze z.i. er niet toe kwamen om verantwoordelijkheid voor de behandeling te aanvaarden.

De procedure bestaat hieruit, dat de klient eerst in de normale, zgn. wakende, bewustzijnstoestand vertelt over zijn probleem en daarna wordt verzocht dit nogmaals, op een iets andere wijze, te doen:

"He was ... told to close his eyes, and repeat his story from beginning to end, to do this slowly, carefully, ..., to specify what he wanted from the author. This he was to do slowly, thoughtfully, appraisingly, and as he did so, the mere sound of his own voice would serve to induce in him a satisfactory trance in which he could continue to talk to the author, listen to the author, answer questions, do anything asked of him by the author and that he would find himself under a most powerful compulsion to <sup>do</sup> exactly that which was indicated."

Zulks geschiedt dan en de klient formuleert na enige tijd een oplossing voor zijn probleem. Erickson laat hem die een aantal malen herhalen, waarna hij daaraan toevoegt dat de klient "would be under a most powerful compulsion to do all that he himself thought to be indicated." Hetgeen de bezegeling van de oplossing betekent. Erickson heeft op deze manier een hele reeks klienten geholpen, hoofdzakelijk mensen met rook-problemen (d.w.z. die met roken wilden of moesten stoppen). Ik heb deze procedure eveneens een aantal malen toegepast, hoofdzakelijk om mensen van het roken af te helpen. Meestal met succes, een enkele maal zonder (hierover later meer).

In het onderstaande geval wordt Erickson's methode als uitgangspunt genomen voor de behandeling van alcoholproblemen bij een 58-jarige vrouw. Gedemonstreerd wordt, dat modificaties van en aanvullingen op deze methode mogelijk zijn, al naar gelang de aard van de problemen en de instelling van de therapeut.

Mevrouw van Rijn

Mevr. van Rijn, gehuwd, is een 58-jarige schrijfster, die "gehoord heeft dat ik "mensen van het roken afhypnotiseer" en zelf van haar alcohol-problemen afwil. Ze kan dat niet alleen. Wellicht kan hypnose haar helpen "een knop om te draaien". Wegens mijn vakantie wordt een afspraak voor over een maand gemaakt. Ik geef haar aan de telefoon een monitor-opdracht (vgl. Lange & van der Hart, 1975): ze moet elke borrel die ze gebruikt noteren en in kaart brengen en tevens aangeven wat voor drankje het betreft. Tijdens het eerste gesprek daarna blijkt, dat ze zich precies aan die opdracht gehouden heeft. Ze drinkt per dag tenminste driekwart fles sherry, benevens een halve fles rode wijn en een aantal glaasjes sterke drank. Dergelijke hoeveelheden ondanks haar slechte lichamelijke toestand. Ze vertelt ook, dat ze door die alcohol amper in staat is een zinvol leven te leiden. Ze voelt zich wegens hangover en hoofdpijn niet in staat om de dingen te doen die ze wil doen, zoals schrijven. Ze moet er vanaf, maar ze kan het niet alleen, zegt ze nogmaals. De meegebrachte telkaarten laten ook zien wanneer ze wat drinkt: sherry vooral in de keuken als ze de maaltijden bereidt; rode wijn aan tafel; sterke drank en sherry tijdens borreluurtjes. We komen in dit gesprek niet verder dan het inventariseren van de redenen waarom met drinken gestopt moet worden en het analyseren van de drinkgewoonten. Ik maak een afspraak met haar voor de volgende week, en verzoek haar ook in de komende week haar drankjes te registreren.



4

Tijdens de tweede (en laatste) zitting vertelt mevr. van Rijn, dat ze nog meer dan anders gedronken heeft. "Misschien omdat het nu nog kan?" vraagt ze zich af. Ik laat haar meteen daarop plaats nemen in een relaxiestoel, en instrueer haar met bovengenoemde aanwijzingen van Erickson. Zulks heeft bijzonder snel effect. Ze is vrijwel direkt ontspannen (ze blijkt joga gedaan te hebben), en praat helder en rustig. Ze gaat vooral in op het feit, dat het drinken haar verhindert een rijker leven te leiden. Ik vraag haar te vertellen hoe haar leven zou zijn als ze niet meer drinkt. "Als ik niet meer zou drinken...". Ze beschrijft minitieus hoe ze dan een willekeurige dag zou doorbrengen, van 's morgens wakker worden tot 's avonds slapen gaan. Ik laat haar die gebeurtenissen herhalen, waarin ze nu iets anders doet dan drank inschenken voor zichzelf en drinken. Bijv. voor het avondeten in de woonkamer de krant lezen in plaats van sherry drinken in de keuken. Tijdens dit uitgebreide verhaal merkt ze meer dan eens op: "het zou fijn zijn als het zou kunnen". Bovenstaande beschrijving vond nog plaats in termen van "als ik geen alcohol meer zou gebruiken, dan zou ik...". Mijn doel wordt haar wisful thinking om te buigen naar de overtuiging dat het zo zal zijn. "Verbeeldt u zich nu, dat u in de toekomst bent, bijv. morgen of overmorgen, en u drinkt niet meer. Beschrijft u weer zo'n dag, maar nu in de tegenwoordige tijd". Dat doet ze niet een, twee, drie, op een gegeven moment wel, nadat ik haar manier van uitdrukken "dan zou ik.." heb verbeterd in "ik doe nu...". Een subtiel doch essentieel herstruktureren, meen ik. Heel rustig en ingetogen, in een diepere trance dan voorheen, beschrijft zij de dag van de morgen tot de avond. Ik laat haar een tijdje stilstaan bij het moment dat ze naar bed gaat. Ik vraag haar terug te kijken naar de afgelopen dag. Is ze tevreden over wat ze gedaan heeft? Dat is ze. Waarop ik mijn Erickson interventie inleid:

"U heeft zelf aangegeven hoe uw leven is zonder drank. U vindt dat zo een erg fijn leven, niet waar?"

"Ja, als het zo zou kunnen zijn..."

"U zult onder een zeer sterke druk en dwang staan om precies zo te leven als u zelf heeft aangegeven of een eventuele andere wijze die rijk en bevredigend voor u is". Mevr. van Rijn vraagt waarom ze onder die dwang moet staan. Ik (niet zo heel logisch): "omdat u zelf hebt aangegeven hoe u uw leven wilt; en uw keuze is goed... Neemt u nu gewoon de tijd om uw nieuwe leven na te gaan, op een manier die u zelf prettig vindt. Doet u dat voor u zelf, u hoeft er niet over te praten en geeft u zelf aan als u tot een konklusie bent gekomen". Ik neem waar dat ze dieper in trance gaat. Na een kwartier stilte komt de nadere afspraak met een volgende klient in mijn gedachten op de voorgrond te staan. Ik moet iets doen in de richting van een afronding. Ik vraag mevr. van Rijn of ik er tussen kan komen. Ze zegt: "ja ....eigenlijk kan je die alcohol zien als een groot gezwel in je, dat je kleiner en kleiner kunt maken zodat het helemaal verdwijnt en uit je gaat". "Konsentreert u zich daar nu op en laat u dat gebeuren." Na twintig minuten stilte, laat ik weer van me horen, hoewel mevr. van Rijn waaarschijnlijk nog veel langer op deze manier voor zichzelf bezig kon zijn. Ze komt weer tot een uitspraak als "het zou erg fijn zijn als het zo kon".

Ik: "zo zal het zijn, wellicht al vanaf vanavond". Omdat zij nog steeds op die manier reageert en ik dat niet voldoende overtuigend vind, vraag ik haar aandacht voor "iets anders";

"Als u een fles alcohol ziet staan of alcohol in welke andere vorm dan ook, zal u een intens gevoel van walging bekruipen ----walgelijk dat vergift....En konsentreert u zich nu nog even op dat prettige gevoel dat u heeft, dat uw leven van nu af zonder alcohol heel anders, veel rijker zal zijn. U voelt zich prettig, hè?"

"Ja".



"Konsentreert u zich nog even op dat prettige gevoel, dat u zult houden. Als u daartoe gereed bent, komt u dan terug door lekker uw spieren te spannen, u uit te rekken en daarna uw ogen te openen en weer heel helder te zijn".

"Wat bedoelt u met "komt u weer terug"?"

"Komt u op uw eigen manier weer terug naar een gewone bewustzijnstoestand."

Dat doet ze vrij spoedig. We hebben een kort napraatje, waarin ze zegt, dat vele andere mensen er ook iets aan zouden kunnen hebben. "Ik ben er van overtuigd dat dit grote mogelijkheden heeft". Ik bevestig dat, handhaaf een optimistische houding, en vraag haar mij eens op te bellen hoe het met haar gaat.

Vier dagen later belt ze, met een krachtige stem. Ze wil mij hartelijk bedanken, haar hele leven is veranderd. Ze drinkt niet meer, is veel aktiever geworden, voelt zich stukken prettiger. De hypnose-zitting heeft ze als een soort meditatie ervaren. Dat blijkt ook uit een briefje, dat ze me een aantal dagen later stuurt: "...behalve dat het me geweldig geholpen heeft, was het gebeuren een diepe en ontroerende ervaring. Als ik het zou moeten verwoorden, was het (tot mijn verbazing) of een liefdevolle hand hielp mijn eigen gesloten zelf te ontsluiten".

Negen maanden later bel ik mevrouw van Rijn op met de vraag, hoe het er nu mee gaat. Ze vertelt dat ze helemaal niet meer drinkt. "Het is er totaal niet meer, gewoon weg". Zozeer zelfs, dat haar broer een keer geïrriteerd opmerkte: "ik zou je wel wat in je keel kunnen gieten". Tijdens Oud en Nieuw heeft ze het een keer geprobeerd. "Zou ik wat drinken of maar niet"? Haar man raadde haar aan een half flesje wijn te kopen. "Nee, ben je beduvelde! Zo ben ik niet; ik doet niets half". Dus een hele fles gekocht, en later bij de burens nog wat whisky gedronken. Ze kreeg meteen hoofdpijn en een hangover de volgende dag. Daardoor is haar afkeer tegen drank weer toegenomen en heeft ze sindsdien ook niets meer aangeraakt.

Diskussie

1. Erickson's methode van trance-induktie (ogen sluiten, "het geluid van uw eigen rustige stem zal u in een bevredigende trance brengen") werd met sukses toegepast.
2. Zijn methode om de kliente zelf de oplossing aan te laten geven, werd grotendeels gevolgd. De therapeut was daarbij in die mate aktief, dat hij vaak de struktuur bepaalde (bijv. dag zónder alkohol beschrijven), maar liet kliente die zelf geheel invullen. Op die manier gaf zij haar eigen oplossing aan. Kognitief herstruktureren (van "ik zou dan" naar "ik doe") werd eveneens toegepast.
3. Kliente slaakte herhaaldelijk, ook tegen het einde van de zitting, de verzuchting "als dat zou kunnen". Dit gaf de therapeut het idee, dat ze het nog niet helemaal "zou zag zitten". Vandaar zijn besluit om tenslotte ook nog iets van covert sensitisatie (vgl. Cautela, 1966) toe te passen.
4. Hier uit volgt, dat in hoofdzaak twee methoden zijn toegepast, de eerste bestaande uit het covert reinforcen van postief gedrag dat onverenigbaar is met alkoholgebruik - postief gedrag waarop de kliente zélf kwam. De tweede is een covert negatieve reinforcement van het probleemgedrag. Hoewel het aksent hier op het eerste lag, komt deze kombinatie wél overeen met de suggestie van o.m. Bandura (1969): the efficacy of punishment techniques is typically enhanced when incompatible positive behaviors are also reinforced (zie ook Thoresen & Mahoney, 1974)
5. Erickson's methode om de verantwoordelijkheid voor het oplossen van het probleem bij de klient te leggen kan, indien wenselijk, gekombineerd worden met anderssoortige interventies.
6. De ervaring die Erickson met zijn methode heeft, en de mijne daarmee, leert dat deze werkt als de klient echt wil veranderen. De methode is niet aan te bevelen als men zijn ambivalentie omtrent bijv. het al dan niet stoppen met roken in de therapie wil uitspelen. Ik zal dan helemaal niet inspringen of de klient geruime tijd op een monitortask zetten: als check op de motivatie én als motivatie versterkende interventie.



7. Erickson's klienten, die hij met sukses met deze methode geholpen heeft, waren allen zeer intelligent. De mijne ook.

Referenties:

Bandura, A. (1969): Principles of behavior modification. Holt, Rinehart and Winston, New York.

Cautela, J.R. (1966): Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. Psychological Record, 16, 33-41.

Erickson, M.H. (1964): The burden of responsibility in effective therapy.

Am. Journ. Clin. Hypn., 1964, 269-271. Ook in: J. Haley (ed.): Advanced techniques of hypnosis and therapy; selected papers of Milton H. Erickson, M.D. Grune and Stratton, New York, 1967.

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

Thoresen, C.E. & M.J. Mahoney (1974): Behavioral self-control.

Holt, Rinehart and Winston, New York.

Een behandeling van een stuporeuze dame\* met de utilisatie-techniek volgens Erickson.

C.A.I. Hoogduin.

---

Haley (1963) beschrijft deze techniek van Erickson als volgt:

"Techniques of handling the resistant subject have been discussed by Erickson more fully than by any other hypnotist. Essentially the way he recommends handling a resistant subject is to accept the resistance and even encourage it. He calls this a Utilization Technique in the sense that he is utilizing the behaviour offered him by a subject. For example, a patient came to Erickson for hypnotherapy and immediately began pacing up and down as he entered the office. He reported that he could not sit down, but had to pace up and down and, therefore, he had been discharged by various psychiatrists as uncooperative. While he paced the floor and repetitiously explained this, Erickson said: "Are you willing to cooperate with me by continuing to pace the floor as you are doing now?"

The patient replied: "Willing? Good God, man! I've got to do it if I stay in the office."

Erickson then asked the patient if he could participate in his pacing by partly directing it. The patient agreed, and Erickson suggested that the patient pace over here, and then pace back and forth over there, and so on. After a while Erickson began to hesitate in his directions, and the patient began to pause in his pacing and wait for them. Then Erickson seated the patient in a chair where he continued to go into trance.

There are two major steps involved in this method: Erickson first asks the subject to do what he is already doing to resist him, and so do it under his direction. Then he begins to shift the patient's behaviour into more cooperative activity until the patient is fully following his directions."

Op een van de Zuidhollandse eilanden werd de SPD door een huisarts verzocht zo spoedig mogelijk een vrouw te onderzoeken en een opname te realiseren. De arme vrouw zou in een stuporeuze toestand verkeren. Ze had gedurende 24 uur gegeten noch gedronken, defaecatie en mictie hadden niet meer plaats gevonden. Mevrouw had een psychiatrisch verleden, was al eerder opgenomen en behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis.

Bij onderzoek zien we een vrouw, die uitgestrekt op een fauteuil ligt. Ze heeft de kaken op elkaar geklemd en stoot kreunende geluiden uit. Ze reageert niet op onze binnenkomst. De armen en benen zijn maximaal in extensie-positie overstrekt.

De echtgenoot blijkt onderwijl aan zijn boekhouding gewerkt te hebben. Hij vertelt merkwaardig nuchter wat er aan de hand is. Zijn vrouw heeft conflicten met familieleden, met de kinderen en met hem. Ze heeft in het verleden regelmatig problemen gegeven en laconiek bespreekt hij de verschijnselen van zijn vrouw. Terwijl de voorgeschiedenis in haar aanwezigheid doorgenomen wordt, geeft mevrouw, behoudens een heen en weer bewegen van de ogen, geen reactie. De ernst van de situatie wordt vervolgens besproken. Ze zal snel moeten drinken en urineren, daar ze anders risico's voor haar gezondheid loopt. De noodzaak van een opname in een psychiatrische inrichting wordt aan de orde gesteld en uitgebreid worden voor en tegen afgewogen. Mevrouw verkeert nog steeds in dezelfde stuporeuze toestand en het gebeurde lijkt langs haar heen te gaan.

Na het gesprek met de echtgenoot werd de volgende techniek gebruikt om cliënte uit haar toestand te halen: mevrouw werd op luide, doch vriendelijke toon verzocht de benen nog meer te strekken, beslist de armen niet te buigen en niets te zeggen. Dit alles werd verpakt in een verhaal omtrent het afschuwelijk lijden van cliënte en op betrokken wijze werd haar "gespannen" situatie besproken. Ik pakte haar extreem gespannen been en verzocht haar, dit been nog meer te spannen. Tenslotte vroeg ik haar het te buigen, terwijl ik een lichte druk mee gaf. Zij boog haar been. Achtereenvolgens ontspande ze het andere been, de armen en liet zich over-eind helpen om tenslotte lopend naar het toilet te gaan. Mictie en defaecatie kwamen weer op gang, ze dronk iets en nam 50 mg. Truxal (het door de vroeger behandelende zenuwarts voorgeschreven medicijn). Cliënte barstte in een huilbui uit. Ze werd naar bed gebracht en van de opname kon worden afgezien. Ze bezocht nog drie maal haar behandelend zenuwarts en deze meldde ons in de uitschrijfbrief: "Ze was geheel rustig en alles ging goed".

#### Discussie:

De toestand, waarin mevrouw verkeerde, is nog het best te omschrijven als een zogenaamde "hysterische schemertoestand". Waarschijnlijk was zij middels hyperventileren in een bewustzijnsdaling geraakt, waarna de strekspasme (het beeld imponcerde als dat van een patient met hersenoedeem na een contusio cerebri) mogelijk werden (Hoogduin, 1975 ).

In navolging van Erickson werd cliënte verzocht, voort te gaan met haar gedrag, en gevraagd het te versterken. Op subtiele wijze werd een lichte teleurstelling getoond (kunt u niet meer spannen?), tenslotte kon, na vele verzoeken tot het opvoeren van de spanning en niet te praten, het advies tot buigen van het been gegeven worden, waarna cliënte deze opdracht opvolgde.

De strekkrampen en de kaakkramp waren voor cliënte een spontaan gebeuren, waar ze zich zonder enig resultaat tegen verzette. Door haar te gebieden niet meer te praten en zich te strekken, ging het spontane karakter van deze toestand verloren. Middels de sterk suggestief gegeven opdrachten kon haar trance-achtige toestand tenslotte gebruikt worden om haar "spontane" verschijnselen op "bevel" te hebben. Op dat moment stond ze open voor suggesties om de benen te buigen en tenslotte uit haar trance-achtige toestand te komen.

In hoeverre het gesprek, dat we met de echtgenoot hadden over de opname in een psychiatrisch ziekenhuis, een bijdrage geleverd heeft tot het verdwijnen van de symptomen is niet duidelijk. Geheel uitgesloten lijkt het mij niet, dat cliënte toch één en ander opving en zich maar al te gretig door de utilisatie-techniek liet helpen om aldus de door haar niet gewenste opname te omzeilen.

#### Referenties:

Haley, J. (1963) Strategies of psychotherapy. Grune & Stratton, New York, blz. 52 e.v.

Hoogduin, C.A.L.. (1975) Het hyperventilatiesyndroom TDT 2-9-16-23.

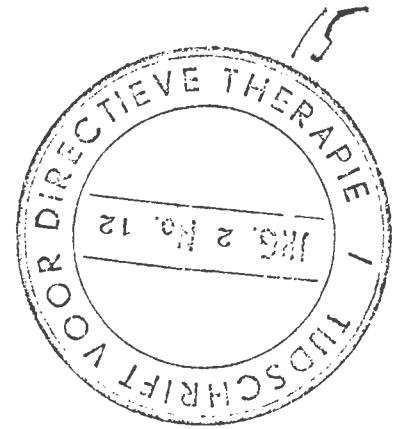
✱ (status nr: V7410/2706-9V-190918-02)



Pim

of

Hart onder de riem voor direktieve  
terapeuten die een moeilijk geval  
te behandelen krijgen.



Pim is bijna 14 jaar oud, zit op de LEAO en wordt door de schooldekaan verwezen - hij spijsbelt veelvuldig, vindt hoegenaamd geen aansluiting bij zijn klas, wordt uitgelaachen, vertoont steeds meer eenzellig gedrag, zodat de dekaan zelfs het angstige vermoeden heeft dat Pim schizofreen wordt.

Voor het eerste gesprek worden de ouders met Pim uitgenodigd. Moeder is een verkommerde vrouw, die klaagt dat ze door vader volledig genegeerd wordt en geen contact met hem kan krijgen; ze lijkt op de rand van een depressie te balanceren. Vader imponeert als een schizoïde, dwz extreem introverte (bijna autistische) en starre man, die alle gevoelens, alle problemen en verwijten afweert en weg-rationaliseert. Alleen het spijsbelen ziet hij als moeilijkheid. De ouders praten keihard door elkaar heen, zonder een moment naar elkaar te luisteren en de therapeut vermag dit gedrag slechts voor luttele seconden te doorbreken. Pim zit er zwijgend, wat broedend bij. Gezinsgesprekken en/of enige gesprekken met de ouders worden direkt afge-  
wezen; ik kan alleen met Pim afspraken maken.

Gelukkig heb ik een gunstige aanvangshypothese gekozen: als Pim meer vaardigheden in de omgang met zijn klas ontwikkelt en zich op school beter op zijn gemak gaat voelen, dan kan een ongunstige ontwikkeling ten goede keren, o.m. ook omdat hij minder afhankelijk van en minder gevoelig voor invloeden van thuis zal zijn. Ik stel twee voorwaarden vooraf: 1 niet spijsbelen zolang de therapie duurt en 2 de opdrachten, die ik zal geven, uitvoeren. Hij stemt in.

Zijn knellendste zorg op school is dat iedereen met de gymnastiek op hem let en hem uitlacht als hij een fout maakt. Hij doet zijn uiterste best en maakt dan nog méér fouten. Hij stemt met me in dat die "oplossing" dus niet deugt. Ik weid nogal uit over het thema: hoe belangrijk het is voor een jongen om zijn eigen lichaam goed onder controle te krijgen, zodat het doet wat hij wil, enz. Omdat hij zijn zenuwen momenteel niet de baas blijft als hij een oefening foutloos wil uitvoeren, vraag ik hem om zeer zijn best te doen om een oefening grondig te verprutsen, echt mooie opvallende fouten te maken, die iedereen zal zien. Ze zullen er zeker opmerkingen over maken, maar Pim zal volhouden dat hij echt zijn best doet en het evenmin snapt. Zodoende zal hij de gewenste controle over zijn eigen lichaam krijgen en bovendien goedbeschouwd iedereen in zijn zak steken. Hij aanvaardt het voorstel geestdriftig en voert het getrouwelijk uit. Er treedt binnen enkele weken een dramatische verbetering op. Allereerst is de faalangst voor gymnastiekoefeningen totaal verdwenen, voorts is zijn gevoel van eigenwaarde met sprongen vergroot, is hij tegen de -vaak niet zoetsappige- bejegening van zijn klasgenoten goed opgewassen kan hij grappen maken en is hij in de groep geaksepteerd. Een tweede schoolprobleem: angst voor een spreekbeurt, wordt met een oefenspreekbeurt op mijn kassetterekorder aangevat, waarna het al geen probleem meer is.

Tussen de bedrijven door hebben we ook herhaaldelijk over thuis gepraat. Aanvankelijk - toen het met Pim snel vooruit ging - ging het thuis rampzalig achteruit. Het jongste zusje weigerde nog langer naar school te gaan (1ste klas) en vader bleef wekenlang "ziek" thuis, om alleen maar keihard de symfonieën van Beethoven te draaien, zeggende: als Liesje thuis blijft, dan doe ik het ook... Pim verwachtte net zo'n effectief advies als hij voor zichzelf had gekregen. Hij vertelde nog dat het zusje wel naar een andere school wilde waar het vrindinnetje van de kleuterschool op zat, maar daar

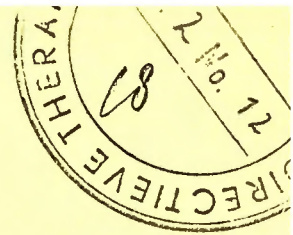
hadden de ouders bepaalde bezwaren tegen. Ik stelde Pim voor om hier eens goed met zijn moeder over te praten om inderdaad die andere school voor elkaar te krijgen. Hoe hij het precies heeft aangepakt weet ik niet, maar het was een week later allemaal voor elkaar. Hij straalde van trots! Vader ging wat later ook weer naar zijn werk... Tegenwoordig draait het gezin beter, rapporteert Pim.

Ik las een pauze van drie maanden in om alles te laten bekliven, voor we aan het volgende doel beginnen: Pim moet in juni naar de tandarts en is daar helemaal panies voor. of beter: dat was hij voorheen altijd geweest, maar nu zag hij er nog als een berg tegenop. Dit kan ik goed aanvoelen, want het is ook mijn eigen moeilijkheid geweest. Dat vertel ik ook en dan leer ik hem, wat ik mezelf vroeger heb geleerd, om in trance te gaan, door naar twee vlekjes of puntjes ofzoiets, op de muur of het plafond te staren, voorbij het hoofd van de tandarts, die je niet aan mag kijken. Dan moet je die twee puntjes naar elkaar toe duwen en proberen ze op elkaar te krijgen. Ze hebben de neiging terug te schieten, maar dan moet je weer opnieuw beginnen. Ondertussen is de tandarts naar je gevoel met de mond van iemand anders bezig. want jij bent daar niet, jij bent helemaal bij die vlekjes. Je voelt geen angst of pijn. Ik herhaal het op de geeigende toon en hij heeft het te pakken. Ik zeg dat hij de allereerste keer al voor tenminste 50% zijn angst in de hand zal houden. Als ik hem terugzie dan is alles exakt gelopen zoals ik had gesuggereerd. De vlekjes wilden verdorie telkens weer terugspringen, hij had géen pijn gevoeld, het was of het helemaal niet in zijn mond gebeurde. Hij is nu nauwelijks meer bang voor de tandarts en vindt het een prima methode.

Ik zou willen vragen of iemand deze methode kent of toepast die ik me in arren moede intuïtief heb aangeleerd vroeger.

dick oudshoorn.

Ervaringen met bedplassers II.  
(deel I is in nr 11 TDT verschenen)  
d.n. oudshoorn



Aangemoedigd door het succes van deze techniek bij Eddie heb ik het ook geprobeerd bij Gandalf, nu 10 jaar oud. Twee jaargeleden hebben de ouders zich tot me gewend, allereerst omdat Gandalf zo dwars onbeheerst was en eindeloos ruziede met zijn twee jaar oudere zusje, en pas op de tweede plaats omdat hij bedplaste sedert het gezin een tijd in Teheran had gewoond, waar hij nogal aan zijn lot zou zijn overgelaten. De moderne, akademies gevormde, sportieve, sociaal redelijk aktieve ouders zijn schuld bewust, onzeker en verkondigen dat natuurlijk te pas en te onpas. Vader lijdt aan een sluimerende hartneurose, waarvoor hij Valium o.i.d. slikt. Ik heb destijds een nogal gespatieerde reeks gezinsgesprekken geleid ongeveer volgens de sekwentie van: 1-problemen opzoeken en formuleren, 2-gedragsalternatieven zoeken, inoefenen en uitproberen. Het gezinsfunktioneren is er behoorlijk op vooruit gegaan. Wie verwacht zou hebben dat de enuresis zou verdwijnen, kwam bedrogen uit. Gandalf vraagt met klem of ik hem er vanaf kan helpen en ik spreek een serie sessies met hem alleen af, houd wel telefonies kontakt met de ouders in verband met de instruksies. Ik begin met nauwkeurige kalenderregistratie, met kringspiertraining en met de gewone wekker, die hij op 11 uur en op 3 uur moet afstellen. Geen resultaat dwz hij slaapt er doorheen en de ouders worden wakker en willen zo graag ingrijpen. Ik houd dat nog tegen, vind dat Gandalf het zelf moet uitzoeken. Grotere wekkers enzo helpt niets. Hij grijnst triomfantelijk tegen me. Ik laat hem driemaal per nacht de wekker zetten (ietwat flauw..) en bij verzaken moet hij de vaatwasmachine sochtends uitruimen. Kontrakt op schrift. Soms blijft hij nu droog. Hij is steeds bereidwillig genoeg. Maar het stokt, hij blijft vaak door de wekker heensnurken. Ik laat de ouders (dieerniet meer buiten te houden zijn) een halfvolle emmer over de jongen heen leeggieten als hij doorslaapt. Dit was



19

niet zo'n geslaagd advies, het was een zware beproeving die hun schuldgevoel nog deed toenemen, maar ze doen het tenslotte wel. Het maakt niets uit voor het plassen. Ik spreek met Gandalf een datum af waarop hij droog zal zijn; misschien dat een zekre Erickson daar sukses mee heeft, ik niet in ieder geval. Als laatste pijl op mijn boog schiet ik het advies dat bij Eddie zo goed had gewerkt. Gandalf heeft het deels uitgevoerd, deels gesaboteerd, is dan soms een weekje droog, maar het houdt geen stand. Een mislukking ergo. Maar denk niet dat Gandalf er rot aan toe is, integendeel! Hij floreert op alle fronten tegenwoordig. Ik kan vele hipotesen bedenken, maar geen verklaring geven. Een van de vragen die opkomen luidt: had ik beter in de gezinskontekst door kunnen gaan? Mijn beslissingen zijn meer pragmaties dan principiëel, maar ik dacht er goed aan te doen ook eens te zien hoe anderen, m.n. op ons MOB dit symptoom benadren en aanpakken. (de keus is niet geëigend om konklusies over kwaliteit van ons werk toe te laten, doch wil slechts enkele probleemstellingen toelichten in-klusief de eruit volgende behandelingsmethode)

Tineke, 11 jaar oud, heeft altijd in bed geplast, behoudens twee korte periodes met de plaswekker en eens gedurende een kampweek. De ouders hebben van meet af aan getobd met het 2 jr jongere broertje, wegens ziekte en leerproblemen, en ook met de jongste gaat het niet op school. De ouders plegen alle moeilijkheden te herleiden tot lichamelijke factoren. De therapeute oordeelt hen "te zacht en te weinig bewust in de omgang met zichzelf en anderen" en beweegt hen ertoe in een oudergroep deel te nemen teneinde gedragsalternatieven te zoeken. De groep is echter kennelijk te bedreigend en na een bescheiden suksesje trekken ze zich haastig terug. Bij een follow-up gesprek willen ze het rooskleurig doen schijnen, maar de enuresis en in feite ook de andere problemen zijn er nog in volle hevigheid. Bij een tweede follow-up gesprek wordt dan gerapporteerd dat het bedplassen (nagenoeg) over is.

Arno, 10 jaar oud, werd aangemeld wegens "slecht luisteren en agressief gedrag" en bleek bovendien in bed te plassen. De ouders vonden dat echter geen probleem, vader had het vroeger ook langdurig gedaan. De therapeute achtte het aangewezen aan verbetering van de -slechte- agressieregulatie in dit gezin te werken; de enuresis bleef terzijde. Door andere aanpak door de ouders en verbetering van hun onderlinge relatie werd het gedrag van Arno veel beter; ook verdween het plassen voor een deel. Als de ouders dan de wekkermetode als mogelijkheid opperen heeft Arno daar geen bezwaar tegen, hoewel hij bij een vorige gelegenheid het apparaat doeltreffend onklaar had gemaakt. Het verloop is niet bekend.

Het gezin Opperrhuid, dat ik met een kollega in behandeling heb gehad, telde een dranklustige vader, een aan minor tranquillizers verknochte moeder, een 13 jarige dochter (uit een vorige verbintenis van moeder) die verschillende konversieklachten had en een jochie dat aan bedplassen leed. Dit laatste feit ging overigens volledig achter al het andere schuil. We hebben er -als ik me goed herinner- ook nooit eksplisiet aan gewerkt. Hoe het ook zij, tenslotte waren alle problemen tot ieders tevredenheid opgelost, en was het broertje bovendien nog droog ook.

Nog een voorbeeld, waar de enuresis niet rechtstreeks in de behandeling is betrokken is het gezin Feesting, dat zich aanmeldde omdat Donald (14 jr) brommers stal. Omdat er een soort van perverse triade werd gekonstateerd richtte de therapeute zich op gelijktijdige veranderingen in de betrokken relaties M-Donald, M-P en P-Donald, middels een door Minuchin geïnspireerde korte direktieve aanpak. De doelstellingen worden bereikt en dan verbetert spontaan de bedplasserij. Gezinsbehandelingen van deze trant, waarbij symptomen worden opgevat als teken van systeempatologie, en derhalve geen direkt werkdoel vormen, worden op ons mob vaker toegepast. Naar mijn indruk verdwijnen ze soms, en soms niet.



Een andere mogelijkheid is gezinsterapie waarbij enuresis een van de uitdrukkelijke werkdoelen is. Bijvoorbeeld het gezin van Tonnen. Aanmeldingsreden: Klaas, 9 jr oud, plast 5 jr lang hardnekkig in bed, vanaf het moment dat zich het jongere broertje aandiende. Alle denkbare factoren zitten tegen: slechte huisvesting, volks en wanordelijk verwaarlozend gezin, ongewenste zwangerschap, gekompliceerde geboorte met langdurige cyanose, hevige eetstrijd (normale zindelijkheidstraining!) Klaas moest direkt naar school toen het broertje opdaagde en moest nu maar flink en zelfstandig zijn! Het behoeft nauwelijks betoog dat de betrokken therapeute haar handen vol had aan structureren en werkbare konfliktharden opsporen. Haar eerste sukses lag in de beslechting van de eetstrijd tussen zoontjes en ouders, middels eenvoudige opdrachten. De bekende gezagsinflatie voortkomende uit -steeds ernstiger- dreigementen welke niet werden uitgevoerd, werd (zoals vaak het effectiefste is) aangepakt met de ouders te verzoeken elk te gebruiken dreigement ook inderdaad uit te voeren. In eerste instantie werd er daardoor bedenkelijk veel gestraft. Het plassen werd niet heviger en niet minder. Er werd een puntenlijst ingevoerd ( 1 punt voor een droge nacht, 0 punten voor een natte) maar het duurde erg lang voor de 10 bereikt was, waarop de beloning volgde. Het hele resultaat is vaag en onbevredigend gebleven. Op een gegeven moment verhuist het gezin en dan wordt het plassen een stuk minder.

Sissie, 15 jr oud werd naar mij verwezen wegens prekordiale pijn aanvallen en doodsangst, in maart 74 ontstaan toen de derde buurman aan een hartaanval was bezweken. Bovendien zou ze zo nerveus en teruggetrokken zijn en in de derde plaats bestond er primaire enuresis nocturna. Ze werkt bij de ouders in de winkel. De werkdoelen stonden in dezelfde volgorde. Ik werkte voornamelijk met Sissie, maar in aanwezigheid van de ouders. Ik was er voor mezelf vanuit gegaan dat Sissie niet goed wist hoe ze een gewone adolescent kon worden en dat ze door haar ouders klein gehouden werd. Derhalve besprak ik in

extenso wat er allemaal gaat veranderen als je van kind tot opgroeiende jongedame wordt, bij jezelf, je eigen lichaam, je gevoelens, gedachten, belangstellingen, kontakten, je verhouding met je ouders. Ze was een en al oor en waar nodig kon ik op de gevoelsuitdrukkingen van de ouders inhaken om hun ook over die drempel te krijgen. Dit is aardig gelukt, -uiteraard- middels passende opdrachten, bûitenshuis! De pijn was al na het tweede uur definitief over. Toen ze naar mijn idee uit de voeten kon en opgewekter en assertiever was geworden heb ik een pauze van 4 mnd ingelast om dit te laten beklijven en omdat ze -zoals ik nadrukkelijk stelde- van haar bedplassen af zou komen wanneer ze er inderdaad aan toe zou zijn. In de tweede ronde laat ik haar alleen komen. Ik geef haar uitleg en schrijf dan Tofranil voor, + sfinktertraining. Ze moet kalender bijhouden en ze dient haar eigen wekker te gebruiken om s'nachts nog een keer naar de wc te gaan. Het heeft onmiddellijk resultaat. (n.b. de plaswekker was na aanmelding op mijn advies retour afzender gestuurd, omdat iedereen wakker werd behalve Sissie.)

Heb ik hier een tussenvorm gebruikt van gezinsbehandeling, gevolgd door individuele (symptoomgerichte) behandeling (net als bij Gandalf), natuurlijk kom je ook therapieën tegen die van het begin af aan individueel zijn. De beslissing komt me willekeurig voor. Ik geef enkele voorbeelden: Bart Bonkerd, 14 jr wordt aangemeld wegens diefstalletjes. Hij blijkt het mikpunt van pesterijen waar hij niet tegen in verweer gaat, blijkt bovendien nog nat te zijn. De therapeute geeft hem assertieve training, waarna het plassen vrijwel verdwijnt, hoewel het niet centraal stond. De zaak wordt afgesloten. Een jaar later komt Bart weer op de proppen, in alle opzichten weer teruggevallen. Naast verdere assertieve training wordt dan het symptoom ook direkt aangepakt met tellen en blaastraining. Er zit nu vooruitgang in. Dit tiepe gedragsterapie wordt hier veel toegepast. Een stagiaire heeft onlangs een Haleyaanse direktief gebruikt: Janet, 13 jr moet de wekker op 3 uur zetten. Is ze nat, dan moet ze het bed uit en met de bandrekorder aan, hardop uit de Ethica van Spinoza lezen, en dan terug in het natte bed. De band dient naar de therapeut medegenomen te worden.



Hoe Janet het heeft uitgevoerd is me op het moment dat ik dit schrijf nog niet bekend. Maar ze zou bv domweg door de wekker heen kunnen slapen.

Ik heb er ook nog eens mijn oudere gevallen op nagekeken. In mijn kinderpsychiatrische opleidingstijd ging alles volgens de analytische konsepten, dat wil zeggen: boeiend, maar ingewikkeld en -per definitie- moeilijk grijpbaar. Volgens die visie ligt er aan elk symptoom een dieperliggende oorzaak of konflikt ten grondslag; werken aan een symptoom krijgt daar iets banaals en houdt het risico van symptoomverschuiving in. De een durft dat eerder aan dan de ander. Ik heb in deel I van dit artikel Eddie beschreven; wat geschematiseerd zou je kunnen stellen, dat hij met alle bereikbare inzicht niet droog werd, en dat het symptoom pas verdween met een totaal andere aanpak. Het is zeer goed mogelijk dat dit niet gelukt was zonder die intensieve behandeling vooraf, welke immers de ontwikkelingsstilstand heeft opgeheven, wat in zich een voorwaarde lijkt om droog te (willen) worden. Bij een andere jongen, Joop, bijna 11 jaar, depressief en sedert ruim een jaar voordien nat, zonder aanwijsbare aanleiding, heb ik destijds vrij intensieve poliklinische therapie bedreven, met Joop apart en met vader en moeder <sup>ieder</sup> apart. (iets wat alleen een analytiekus zou begrijpen!) Met een achterdochtige, driftige domme invalide vader en een intelligentere, struise, overheersende maskulie moeder, altijd gewild optimistisch gestemd, kon ik me Joops depressie en zijn bedplassen wel voorstellen. Maar die aanpak hoort in het boek: "de Zonden van de vroege Jaren". Ik gaf hem kilo's "inzicht" in het oedipuskompleks en de kastratieangst enz. enz. maar hij knapte er niet van op, eerder integendeel! Het werd een mislukking.

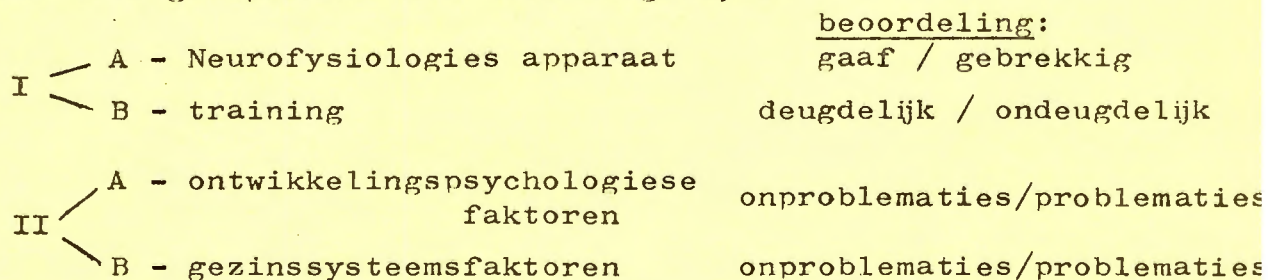
Bij een ruim 15 jarige jongen, Ab, gymnasiast met primaire enuresis noct. heb ik daarentegen met "echte" openleggende analytische therapie, teruggaande tot een ziekenhuisopname op  $2\frac{1}{2}$  jarige leeftijd wél bereikt, dat hij enorm veranderde, van een sensitieve, zich niet ponerende kleine jongen,

tot een levenslustige adolescent met alle eigenschappen  
vendien. De enuresis genas spontaan. (dwz we hebben er  
nooit aan gewerkt.) Ik heb zijn ouders zelfs nooit ontmoet.

Ik beschik nog over meer materiaal dat vrijwel alle hipo-  
teses die ik in deel I heb opgesomd, staft, of op zijn  
minst aannemelijk maakt. Er zijn ook kinderen bij met aange-  
toonde organies-cerebrale lesies, die goed reageerden op de  
Tofranil+kalender-beloning-metode. Andere gevallen zijn ge-  
lijksoortig als de beschrevene en tenslotte zijn sommige noti-  
ties helaas te fragmentaries om weer te geven.

samenvatting en gevolgtrekkingen.

Hierboven heb ik na een litteratuuroverzichtje een aantal  
therapieën van kinderen gerefereerd, die allen aan enuresis  
leden. Soms was dit niet de reden van aanmelding, maar in die  
gevallen dat dat wèl zo was, had de huisarts altijd eerst een  
vergeefse behandeling gedaan met Tofranil of de plaswekker.  
Het betrof altijd hardnekkige enuresis en zelden of nooit  
zonder dat er nog andere problemen bestonden. Wie de opsomming  
van hipoteses (deel I) leest heeft de neiging zijn wenkbrauwen  
te fronsen, maar wie er zelf meer dan tien heeft gezien, kan  
in alle redelijkheid moeilijk ontkennen dat elke veronder-  
stelling op zijn beurt wel eens aan bod komt. Als ik mag pro-  
beren die heterogene opsomming te stroomlijnen dan kom ik tot  
twee hoofdgroepen met elk twee subgroepen:



Ik veronderstel dat enuresis optreedt wanneer tenminste één  
subgroep onvoldoende is. Ik neem tevens een interdependentie aan,  
in die zin dat een storing in één faktorenkompleks nadelige in-  
vloed op de andere groepen heeft. Dat kan verklaren waarom het  
in de praktijk zo moeilijk uit te maken is wat de "hoofdzaak" is.



Als we de hier beschreven therapieën nu hiernaar indelen komen we tot het volgende:

- 1- hoofdzakelijk op II gericht: EddieA\*, Ab , Joop , BartA , GandalfA , SissieA , Opperhuid , vTonnen , Tineke , Arno , Feesting
- 2- hoofdzakelijk op I gericht: EddieB\* , BartB , GandalfB , SissieB , Janet.

Het is terstond duidelijk, dat de therapieën die hier zijn gerefereerd, als regel in de eerste plaats op II zijn gericht, en dan eventueel vervolgens op I . Dit interpreteer ik als een voorkeur voor een behandeling van de "oorzakelijke" factoren (of dit nu vanuit de analytische of vanuit de systeemtheorie is gedacht) boven directe behandeling van het symptoom. Het wordt de moeite waard meer therapieën die uitsluitend op I zijn gericht te verzamelen, die in eerste instantie tegen symptomatische therapie resistent waren gebleven. Zoals de zaken er tot dusver voorstonden zou dit een verzameling van kinderen met zg minimal brain damage opleveren, die immers vanouds voor Tofranil en/of gedragsterapeutische training geschikt werden bevonden - en terecht. Maar interessanter is de categorie kinderen zoals Eddie, Joop, Donald Feesting, Tineke. Daar moeten we dan nog op wachten.

Een andere vraag is misschien nog of gezinsaanpak te prefereren is boven individuele of omgekeerd. Natuurlijk is er op de onderhavige gevallen geen zinnige statistiek te bedrijven, maar wèl zou het een teken aan de wand kunnen zijn als bv een bepaalde therapievorm zeer laag of zeer hoog scoorde. Daartoe heb ik de dimensies individuele versus gezinsaanpak en de dimensie al of niet op I gericht, onderscheiden. Ik geef een (zeer arbitrair) cijfer voor de verbetering v h symptoom (0=onveranderd;4=genezen) en een tweede cijfer achter de schuine streep voor andere therapeutische resultaten.

	op II gericht		op I gericht	
		resultaat		resultaat
indiv	EddieA	- 0 / 4	EddieB	- 4 / 4
	BartA	- 2 / 2	BartB	- 3 / 3
	Ab	- 4 / 4	GandalfB	- 0 / 4
	Joop	- 0 / 0	SissieB	- 3 / 4
gezin	GandalfA	- 0 / 4	Janet	- ? / ?
	Tineke	- 1 / 1 ?		
	Arno	- 2 / 3	v Tonnen	- 1 / 2
	Opperhuid	- 4 / 4		
	SissieA	- 4 / 4		
	Feesting	- 4 / 4		

\* "EddieA" = eerste fase vd therapie; "EddieB" = tweede fase.



In dit groepje gevallen zien we dan geen zeer opvallende verschillen, of in ieder geval èn gunstige resultaten èn floppen in de drie goed bezette vakjes.

Nu had ik dit artikeltje uiteraard niet opgezet om met een bepaalde statistiese methode iets te trachten te bewijzen; ik pretendeer niet boven het kasuistiese nivo uit te komen, hoewel zich de kontoeren van een onderzoekje in de verte aftekenen misschien.

Er komt m.i. niet meer uit dan er in zit: bij deze op een MOB aangemelde klientjes (allerminst representatief voor de totale bedplassende bevolking) plus die ik op een kinderpsychiatrische polikliniek heb gezien, blijkt een onmiddellijke behandeling van het bedplassen als regel niet te zijn toegepast, en is allereerst gewerkt aan ontwikkelingspsychologische (in ruime zin) en aan gezinssysteemfactoren; in die gevallen waarin het symptoom bedplassen niet "spontaan" genas, is dan als regel een tweede behandelingsfase gevolgd, wél op gedragsterapeutiese training of een aanverwante methode gericht. Dit is te verdedigen in die gevallen, waarin er meer problemen en klachten waren dan alleen de enuresis, welke trouwens herhaaldelijk nauwelijks als aanmeldingsklacht op tafel kwam.

Referenties:

d n oudshoorn Ervaringen met bedplassers I  
TDT, 2 (11) 23-28

Stuart M Finch Fundamentals of Child Psychiatry (1960)

Noyes (1968) Modern Clinical Psychiatry

M.Kos en M Lankers-Dunhofer - Praxis Kinderpso und psa  
16. 67



REACTIE OP: "LICHAMELIJKE ZIEKTE ALS STORENDE FACTOR IN HET VERLOOP VAN EEN PSYCHOTHERAPIE"

Elke indeling is onvolledig. Om wille van de overzichtelijkheid echter wil ik een indeling in drie categorieën gebruiken die in grote lijnen de meningen van het merendeel der psychotherapie bedrijvende artsen omvat.

- I/ De cliënt krijgt een lichamelijke ziekte die opgevat wordt als volledig losstaand van de problematiek waar het in zijn psychotherapie omgaat: hij breekt een been, moet opgenomen worden voor een kwaadaardig gezwel, krijgt lepra etc.
- II/ De lichamelijke ziekte wordt geduid als weerstandsfenomeen: de cliënt heeft verbaal of anderszins het probleem van lichamelijk ongemak in het gesprek geïntroduceerd, hetgeen naar het oordeel van de therapeut de functie van bliksemafleider moet vervullen, voorzover het de "werkelijke problematiek" aangaat.
- III/ De klachten over lichamelijke ziekte worden opgevat als een integreerend onderdeel van de problematiek van de cliënt, indien vanuit de psychoanalytische theorie een verband gelegd kan worden tussen een "objectief", i.e. pathologisch-anatomisch aantoonbaar lichamelijk lijden en een intrapsychisch conflict. Dit is een psychosomatoze. De cliënt weert op een voor hem specifieke wijze af, en zodanig habitueel in de somatische sfeer dat lichamelijke ziekten er het gevolg van zijn. Als voorstadium, voor het optreden van anatomische veranderingen, wordt dan nog de orgaanneurose onderscheiden. Uit deze denkrichting stammen begrippen als "het maagkarakter", "de typische hoofdpijnpersoonlijkheid" etc.

De bovenstaande indeling is uiteraard te schematisch. Bovendien heeft hij als groot bezwaar dat de consequenties ervan in het gesprek eigenlijk erg gering zijn, wanneer het gesprek meer beoogt dan exploratie of inzicht sec.

Met onder I genoemde voorbeelden zal niemand moeite hebben: jammer dat de therapie moet stoppen, na behandeling kunnen we verder gaan, of we gaan verder indien het lichamelijk lijden tijdens het gesprek buiten beschouwing gelaten kan worden.

De "weerstandsfenomenen" zijn veel moeilijker. Duiden helpt zelden of nooit: de cliënt gaat een machtsstrijd aan of hij aanvaardt de interpretatie, doch het zwaard van Damocles blijft hangen (zie Kees v.d. Velde, Slechte tekeningen. "naar wie moet ik toch met mijn hoofdpijn?")

Bij de psychosomatosen zijn niet alleen de praktische problemen nog groter, doch komt men naar mijn gevoel ook in ernstige begripsmatige moeilijkheden: een maagsweer laat zich met natuurwetenschappelijke methoden aantonen, maar wat is een maagkarakter? De diagnose psychosomatoze is dan een wankel constructie uit gegevens van twee fundamenteel verschillende wetenschappelijke benaderingen; hij wordt vaak gesteld vanuit een poging tot



synthetisch denken: de onderzoeker probeert een formule te vinden waar- 28  
door een vaak zeer complex klachtenpatroon tot één etiologie terugge-  
bracht kan worden. Op zich is dat natuurlijk welkome terecht; in dit  
geval levert het echter een erg los van de cliënt en zijn problemen  
staande abstractie op, waar moeilijk een probleemgerichte aanpak voor  
gevonden kan worden.

De houding die de therapeut aanneemt t.a.v. het naar voren komen van  
lichamelijke klachten in het gesprek is van essentieel belang voor het  
verloop van de psychotherapie en sterk afhankelijk van zijn vooropleiding.  
De training van een arts maakt dat hij, zeker in het begin van zijn  
psychiatrische werkzaamheid, nauwelijks of niet de neiging kan bedwingen  
verder te vragen en dus aandacht te geven, of, nog sterker, een poging  
tot therapie te wagen. De dagen dat ondergetekende, en passant in een  
echtpaar therapie, ook nog brandend maagzuur en eenvoudige eczemen be-  
handelde zijn nog nauwelijks verleden tijd. De oorzaken hiervan zijn  
vele: de studie medicijnen sec, het verwachtingspatroon van de cliënten,  
je bent nu eenmaal dokter, je eigen narcisme en bovenal: het is zo mak-  
kelijk, je bent, zeker in het begin, weer even helemaal thuis.

Psychotherapeuten afkomstig uit andere disciplines hebben veel minder  
raakvlakken met de somatiek en daardoor ook veel minder neiging hun  
cliënten in een van de boven aangegeven hokjes te drukken. Ze zijn niet  
getraind in "defensive dynamic thinking" t.a.v. deze problemen en kunnen  
de cliënt op geheel natuurlijke wijze van hun relatieve onschuld in deze  
blijk geven.

In dit verband was het artikel van Onno v.d. Hart, waarin hij het geval  
van de mevrouw met buikklachten beschreef erg illustratief: hij deed  
in feite niets, de buikpijn ging over, en de therapie verder. Is dat nu  
extinctie of had die mevrouw "echt" iets, dat gewoon overging? In feite  
doet dat er voor de praktijk niet toe. De cliënten wier lichamelijke ver-  
schijnselen voor mijn therapieën geen belemmering vormden, waren, realiseer  
ik me, ook die gevallen waarin ik mij tot de psychotherapie beperkte en  
verder "niets" deed.

Dat niets hield dan in, dat ik probeerde met veel sympathie te luisteren,  
doch tegelijkertijd wist over te brengen dat mijn kennis op dat gebied  
niet veel verder ging dan die van de damesbladen.

Bij sterk vermoeden van lichamelijke en door de huisarts niet gesigna-  
leerde pathologie moet je uiteraard verwijzen, doch dat doet geen kwaad,  
wanneer de verwijzing voldoende neutraal gehouden wordt.

Wanneer de therapie erg opgehouden wordt door het voortdurend praten  
over lichamelijke problemen kan zelfs het meelevend suggereren van de  
noodzaak van een verwijzing het praten over symptomen al doen verminderen.  
Als het dan nog niet ophoudt, kan een voorafgaande somatische analyse  
zelfs als eis gesteld worden om het gedrag te blokkeren. In de praktijk  
levert dit nogal eens moeite met huisartsen op. Overleg om duidelijk te  
maken dat het onderzoek bedoeld is om de therapeut een extra instrument te  
verschaffen wil dan wel eens, doch niet altijd, helpen.

Samengevat is het het beste om zonder zichtbare reserves lichamelijke klach-  
ten aan te horen, sympathie te betuigen en ze als volledig reëel te accep-  
teren; eventueel aanwezige deskundigheid alleen tot uiting te laten komen



.../

in de keuze van de instantie waarnaar verwezen wordt en verder passief te blijven. De mensen die (volgens v.d. Velde) dan boos worden, omdat ze niet doorzien worden, zullen in een eerder stadium wel aanknopingspunten voor een tangentiële aanpak geboden hebben.

Leen Joele

"Slechte tekenen": kommentaar een aanvulling

I Kommentaar

Van der Velden (1975) definieert in zijn eerste stuk de "slechte tekenen" als volgt: het zijn in de regel weerstandsverschijnselen die (nog) niet goed therapeutisch benut kunnen worden. Heel juist voegt hij hier aan toe, dat hierbij ook sprake is van 'tekorten van de therapeut'. Dit is een positieve opmerking, want dat impliceert dat de therapeut door bijv. training of advies van anderen tot adequaat reacties moet kunnen komen. Er blijven evenwel cliënten bestaan, die door de meeste therapeuten als bijzonder moeilijk te behandelen worden beschouwd. Ik geef in dit stuk eerst mijn reacties op de tekenen van Van der Velden weer. Daarna behandel ik een aantal tekenen, die ikzelf als ongunstig ervaar.

1. De cliënt is veeleisend.

Ik heb nooit geprobeerd de eis van cliënten om bijv. elke dag met mij een uur te moeten spreken rechtstreeks te honoreren. Ik zeg hun, dat zijzelf eerst blijf moeten geven van de inzet om te veranderen. Daarna zal ik dat met meer inzet mijnerzijds honoreren.

Nu betekent die opgetreden verandering bij de cliënten, dat ze mij dan in feite minder nodig hebben. Treedt zulks op, dan zal ik mij toch aan mijn woord houden. Maar dan reageert de cliënt vaak aan het eind van die extra zitting op mijn vraag wanneer hij weer wil met 'het kan nu wel wat langer duren'.

De kern van mijn reactie is, dat ik in eerste instantie de bal terugspeel, en vervolgens een extra zitting als beloning verbindt aan de vooruitgang van de cliënt.

2. De cliënt blijft andere deskundigen raadplegen.

Inderdaad een lastige zaak. Ik ben geneigd om hier veel werk in te steken. Ik zal contact opnemen met alle behandelaars (huisarts, wijkverpleegster, dominee, S.P.V., etc.), met wie cliënt in contact kan treden over zijn problemen.

Ik stel hun voor daar niet op in te gaan, maar kliënt naar mij terug te verwijzen. Wie dan in staat is om steeds weer nieuwe hulpbronnen aan te boren, kan van mij te horen krijgen dat 'ie daar dan maar met hen verder in zee moet gaan. Niet met mij.

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

Dit merk ik zelden. Eén keer staat me duidelijk voor de geest. Ik was met een bepaald echtpaar in een enorm gevecht verzand geraakt. Zij stelen<sup>d</sup> alleen maar eisen, die ze dan in de volgende opmerking weer volledig ontkrachten. Eisen aan elkaar, en vooral ook aan mij. Het eisen plus ontkrachten maakte me razend. Ik eindigde het gesprek met de opmerking, dat ik niets meer met hen te maken wilde hebben. Korte tijd daarop kreeg ik een brief van de vrouw, die schreef dat ik me zeer inhumaan had gedragen, en dat ik me maar eens met psychiater van Ree in verbinding moest stellen. Daar kon ik nog iets van leren. Die was tenminste menselijk.

Die inkompetentie-verklaring is duidelijk het gevolg van het feit dat ik me in hun netten heb laten verstrikken. Zo extreem is me dan niet meer overkomen.

Wat betreft de vrouw van Van der Velden die voor haar hoofdpijn een arts wil raadplegen: ja, voor die dingen zijn artsen in eerste instantie. Bij (psycho)somatische problemen wil ik, dat eerst een uitgebreid medisch onderzoek heeft plaatsgevonden. Anders stap ik er niet in. Ten eerste kán er medisch wat aan de hand zijn, ten tweede heb ik à priori weinig zin om gedurende de therapie een dergelijke stap terug te moeten doen. M.a.w. ik zorg ervoor, dat ik pas op de "psychologische" toer ga, als de cliënt en ik weten dat de medische kant achter de rug is. Mijn hele optreden in dergelijke gevallen straalt iets uit: weten waar we aan toe zijn met elkaar.

4. De cliënt wordt gek.

Mijn visie hierop is, dat de cliënt inplaats van door zijn impasse heen te gaan en authentieker gedrag gaat vertonen, inderdaad zelfmoordideeën, hallucinaties - als uitvlucht - verkiest.



Mijn gebruikelijke handelwijze is de cliënt daarmee te konfronteren. Dat kan op meerdere manieren. Betreft het zelfmoordideeën, dan komt mijn agressieve kant nogal eens naar voren. 'Inplaats van Jan eens de waarheid te vertellen, ga je hem op die manier pakken. Dat stoort mij. Ik denk dat je in staat bent om rechtstreeks kenbaar te maken wat je vindt van zijn ....' Iets vriendelijker is het volgende: "Moet je luisteren, Wil, als je je door Kees gepakt voelt, kan je op twee manieren reageren. De eerste is door boos te worden en dat te laten merken aan hem. De tweede is wat jij doet: jezelf gaan pakken en depressief worden. Weet je, je kiest voor de verkeerde manier. Met die kracht van jou moet je maar eens laten merken wat je ervan vindt."

Bij schemertoestanden blijf ik doorpraten, en vat daarin het schemergedrag als kommunikatie op:

'Ik heb je net gezegd wat ik van je reactie vond. En ik merk, dat je je terugtrekt en niks meer terugzegt. Ik vind dat vervelend. Ik heb jouw reactie ook nodig.' Ik hoef maar eventjes iets tegen je te zeggen, wat niet door de beugel gaat volgens jou, en je trekt je terug, en je laat mij stikken.

'Ik vind het eigenlijk walgelijk wat je doet. Alleen maar in elkaar gedoken zitten, het raam uitstaren. Is dat alles wat je kunt?

'Wel, ik merk dat ik tegen je gezegd heb, wat ik te zeggen heb. Ik vind het niet prettig dat je er zo bij zit, maar het stoort me ook niet meer zo. Als je nog iets zeggen wilt, oké. Indien niet, ook oké. Dan kunnen we stoppen.

Meestal is er op die manier wel verandering gekomen in de toestand van de cliënt, maar soms wil hij nog niets zeggen (of kan dat niet). Uit het ogenkontakt, bijv. bij het weggaan, spreekt evenwel het een en ander. Het is niet bij een pas op de plaats gebleven.

Een geheel ander spoor is het overtroeven van de 'gekke' reacties van de cliënt. Dat doe ik, als het gedrag van de cliënt niet een vluchtreactie is op een direkt konfronteren van mij, maar als de cliënt al bij binnenkomst in een bepaalde toestand verkeert.

Tegenover een 'gekke' opmerking van de cliënt komt een nog gekkere van mij (vgl. Whitaker, 1975). In de loop der tijd heb ik mezelf flink getraind in het niet met m'n mond vol tanden komen te staan. Een dergelijke interactiesekwentie kan dan ook eindigen met de opmerking van de cliënt: 'Jij hebt ook altijd wat terug te zeggen, hè?' of: 'wie is er nou gekker, jij of ik?' Het gaat hier m.i. helemaal niet om therapeutische passen op de plaats, maar om veranderde interactiepatronen, waarin het symptomatisch gedrag z'n functie verloren heeft, en cliënt en therapeut, of cliënten onderling op een andere, vaak adequater, manier op elkaar gaan reageren.

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

Ik laat het zover niet komen. Ik signaleer gauw genoeg tekenen van affectie van cliënte naar mij toe. De vriendelijke, affectieve, sfeer gebruik ik, om over het onderwerp 'een partner vinden' te gaan praten. Zijn er aardige mannen in haar omgeving? Wat kan ze er aan doen om iemand te vinden? etc. (vgl. Haley, 1973, p. 69-70). Meer kenmerkend voor mij in relatietherapie is, dat ik wel eens denk: 'Ik reageer veel beter op je vrouw dan jij dat doet', terwijl de vrouw dat ook laat merken. Om me hieruit vrij te maken, zeg ik dan tegen de vrouw: 'Jij zou eens beter je best moeten doen om van je man te krijgen wat je nodig hebt. Ik heb gemakkelijk reageren op je, ik ben niet met je getrouwd. Maar als ik elke dag met je om moest gaan, zou ik wellicht ook zo doen als hij doet, of nog erger.' Zulks wordt me meestal niet in dank aangenomen, maar het effect is dat beide partners steviger met elkaar aan de slag gaan, i.p.v. mij voor een karretje te spannen. En ik ben weer meer in staat om hen te helpen rechtstreeks met elkaar te interacteren.

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

Dit vind ik zelf ook een slecht teken. De manier waarop het huiswerk uitgevoerd wordt, zegt iets over de motivatie. Ik heb twee soorten reacties:

a) Ik controleer eerst of het niet slagen van de opdracht aan mijzelf heeft gelegen (bijv. slecht geformuleerde opdracht). Licht het inderdaad aan 'vergeetachtigheid' e.d. dan zeg ik dat voortgang van de therapie afhankelijk is van het korrekt uitvoeren van het huiswerk. Is dat de komende week niet gelukt, dan gaat de volgende zitting niet door. Dit houdt soms in, dat ik mensen, die van heinde en ver zijn gekomen, na een paar minuten weer wegstuur. Soms leert men het dan, soms niet en verdwijnt men helemaal.

b) Wanneer de vergeetachtigheid, etc. te maken heeft met dingen die partners voor elkaar zouden doen (zoals gedragskontrekten), dan zie ik het niet goed uitvoeren als een geringe motivatie van een of beide partners om de relatie te verbeteren. Ik leg hun dan uit, dat ze drie keuzemogelijkheden hebben m.b.t. hun relatie: (1) ze kunnen de status quo blijven handhaven, (2) ze kunnen werken aan het dichter tot elkaar komen, en (3) werken aan uit elkaar gaan. Voor het eerste moeten ze niet bij mij zijn; kiezen ze uit (2) en (3), dan wel. Maar die keuze moeten ze niet zomaar maken. Ze moeten er thuis eens goed over nadenken. Kiezen ze (2) of (3), dan kunnen ze met mij weer contact opnemen. Dan zullen we weer op de manier moeten werken, waarmee ze al kennis hebben gemaakt.

Sommige paren komen na enige tijd weer terug, dan inderdaad bereid om zich in te zetten. Voordien was het meer, dat ze door een familielid of de huisarts gestuurd waren. Anderen komen nooit meer terug. Ik koester het idee, dat die best met de bestaande toestand kunnen leven.

7. De cliënt schuift een volgende moeilijkheid naar voren wanneer de vorige dreigt opgelost te worden. Dit is ook voor mij een lastige klant, maar ik heb er vaak wel een antwoord op. Het eerste is, steviger dan voorheen hem bij het onderwerp bepalen en andere onderwerpen (vluchtwegen) afsnijden. Ik zie dit als een stukje opvoeding, dat soms enigszins hardhandig moet plaatsvinden. Wanneer dit evenwel geen succes heeft, dan maak ik dit gedragspatroon van de cliënt tot onderwerp en tot werkpunt. Het er dan aan werken kan op tal van manieren.



35

Bijv. de afspraak maken dat elke keer als de cliënt van onderwerp verandert ik een enorme slag op tafel geef - als feedback. Bij een dergelijke afspraak doet het mij er niet meer toe of de cliënt veel of weinig van onderwerp verandert. Het gaat me slechts om op tafel te kunnen rammen als hij het doet.

Een andere manier is 'het feedback geven door hetzelfde gedrag uit te oefenen'. Dit wordt al dan niet vantevoren aangekondigd. In de mate dat dit de cliënt gaat storen, sta ik hem toe het meer bij één onderwerp te houden. Overigens behoef ik dan niet te denken, dat we in het volgende gesprek volledig bij één onderwerp blijven. Wel iets meer dan voorheen, evenwel. Het is ook mogelijk om het veranderen van onderwerp als 'technisch werkpunt' te nemen. 'Oké, nu heb ik dit en dat gezegd. Hoe zou jij nou het beste van onderwerp kunnen veranderen.'

8. De 'identified patient' of zondebok voldoet te zeer aan de verwachtingen van zijn omgeving.

Wellicht is dit wat onnauwkeurig gesteld. Bijna alle geïdentificeerde patiënten voldoen zeer aan de verwachtingen van hun omgeving. Wellicht heeft Van der Velden een bepaalde categorie op het oog, zoals adolescenten die door zeer sterk acting out-gedrag worden gekenmerkt. Als dat het geval is, luidt mijn reactie, dat die voor mij de moeilijkste categorie vormen. Ik kan niet met ze omgaan; ik verzeil zo in een ruzie. Ik vind het afschuwelijke wezens. Maar los van hen kan ik weinig over deze rubriek zeggen. Ik werk hoofdzakelijk met paren, die een reeds lang bestaande geïdentificeerde patiënt hebben. Ik slaag er meestal in om via herstrukturere verband te leggen tussen individuele symptomatiek en hun interactiepatronen. Waar dat niet lukt, of waar ik denk dat het niet zal lukken of nog geen zin heeft, werk ik in eerste instantie met symptoomvoorschrijven.

9. De cliënt wordt 'misselijk'.

Misselijkheid is een van de symptomen. Het kan ook voorkomen, dat hij maag- of hartkrampen krijgt, of ademnood of hoofdpijn, bij het uitvoeren van een opdracht. Ik vraag gewoonlijk de cliënt zich daarop sterk te concentreren, zich ermee te identificeren, en het gebeuren 'een stem' te geven.

Bijv. 'wees die hoofdpijn nu ... en geef er een stem aan. Wat heeft 'ie te zeggen?' Ik probeer dit op subtiele, hypnotische wijze te doen. Het resultaat is vaak, dat het proces door kan gaan. Soms voeg ik er een etiket bij: 'die misselijkheid vertelt, dat er een hoop troep bij je vrij komt. Moet er eigenlijk uit. Kan je er een stem aangeven, en het er zo uit krijgen?'

#### 10. De cliënt liegt.

Ik heb niet veel op met cliënten die sterren in het liegen zijn (zoals alcoholici die zeggen dat ze niet meer drinken, terwijl het tegendeel waar is). Ik denk dan ook, dat de samenwerking tussen hen en mij geen goede prognose heeft.

#### 11. De vaginiste die over pijn klaagt bij een dilator ter dikte van een ballpoint.

Ik heb deze problematiek nog nooit aangepakt met dergelijke instrumenten. Ik zou in de eerste plaats aan een medisch onderzoek denken. Vast laten stellen of daar een medische reden voor is. Indien niet, dan zou ik nagaan of vaginisme een rol speelt als symptoom in de relatie (als die er is). Dat laatste zou ik trouwens doen, alvorens op een behandeling over te gaan. Is die rol er, bijv. haar vorm van neezeggen tegen haar man, dan wordt het onderwerp eerst: 'waar zeg je allemaal 'nee' tegen? M.a.w. ik maak er een kommunikatief probleem van.

Is cliënte pas getrouwd of zoiets, dan lijkt mij Erickson's benadering (Haley, 1967, p. 426/7) interessant. De vrouw zit in de ene hoek van de kamer, haar partner en de therapeut in de andere hoek. De vrouw wordt in een trance gesuggereerd, waarin zij zal ervaren dat haar man haar gaat aanraken (hij blijft in feite op zijn stoel zitten). Hij wordt steeds intiëmer en zij kan het alleen maar laten gebeuren ....

Een andere weg is te bewandelen. door cliënte een 'lichaamstrip' te laten maken. In hypnose wordt ze heel klein en gaat ze een tocht maken door haar lichaam. Ze blijft lange tijd vertoeven in de plaats die ze afgesloten houdt, en ze gaat naar buiten en weer naar binnen. De ene keer dat ik iemand met een fiks vaginisme zulks gesuggereerd heb, trad inderdaad een 'loosening up' op.

37

Belangrijk in dit geval was het om adequaat te reageren op gevoelens van schaamte, e.d. die tijdens dit gebeuren ontstonden.

12. De cliënt, die volgens anderen therapie nodig heeft.

Dit vind ik ook een moeilijk geval. Mijn gewone reactie is: te vertellen dat 'ie van mij niet hoeft; dat ik wel bereid ben tot een gesprek met hem over de redenen waarom anderen hem gestuurd hebben. Dan kan ik eventueel aan hem laten merken, wat ik als de problemen zie. Ik besluit dan met de opmerking, dat als hij zelf ervoor voelt, ik wel met hem wil werken aan het gesignaleerde probleem. Maar zeker niet in opdracht van anderen. Wellicht zou hij erover willen nadenken en mij opbellen, als hij mijn hulp wel wil, of wil hij nu al een volgende afspraak maken? Slechts weinigen komen nooit meer terug.

13. De cliënt geeft de therapeut raadsels op.

Hiervoor heb ik slechts één antwoord: nog moeilijker raadsels opgeven. Meestal is de cliënt degene die aangeeft weer terug naar meer grijpbare realiteit te willen.

14. De therapeut heeft geen respect voor de cliënt.

Inderdaad een slecht teken als het daarbij blijft. Verwijzen lijkt me dan zinvol. De therapeut kan ook iets aan zelf-analyse doen. Heeft hijzelf ook vergelijkbare trekken, waar hij geen respect voor heeft en het liefst het daglicht niet laat zien? Dit proces kan tot een andere benadering t.o.v. de cliënt leiden

15. De cliënt is na (pakweg) vijf zittingen nog niets verbeterd. Inplaats van een kans om wat te leren te laten voorbijgaan, door zonder meer de therapie te beëindigen, dient de therapeut er een konsulent bij te halen. Bij voorkeur voor een life konsult; d.w.z. de therapeut en diens konsulent voeren samen het volgende gesprek, nadat besproken is welke hulp de therapeut wenst of nodig heeft.



## II Aanvulling.

1. Het cliëntsysteem is rigide en vergeetachtig. Niet alleen voert de cliënt (of het echtpaar) de opdrachten slecht uit, etc. (vgl. I.6), ook de interventies om in de zitting zelf iets te veranderen ontmoeten heldhaftige tegenstand. Een voorbeeld biedt het echtpaar, dat na 15 keer gehoord te hebben dat ze rechtstreeks tegen elkaar moeten praten nog steeds tegen de therapeut over elkaar roddelen. Ik heb op dat moment de zaak stopgezet en opgemerkt, dat ze intelligente mensen zijn die goed gehoord hebben wat er van hen gevraagd wordt en desondanks toch doorgaan een bepaald spelletje te spelen. Als ze daar nu niet mee ophouden, wordt de behandeling gestopt. Dit schokte hen zeer, en het 'zeg het tegen haar/hem' hoefde in volgende zittingen slechts een enkele maal herhaald te worden. Toch bleef deze therapie een slepende toestand met weinig wezenlijke verandering.

2. De cliënt die een expert is in het misbruiken van konfrontaties door de therapeut jegens zijn/haar partner. De man handelt bijv. afschuwelijk jegens zijn vrouw, zij laat het afweten. De therapeut konfronteert haar daarmee en de man zegt (konsistent): 'Precies, als ik iets doe wat jou niet bevalt, ga jij daarin mee. Dat moet je niet doen.' Als de man dáármee gekonfronteerd wordt door de therapeut, zegt hij: 'ik weet niet waar je het over hebt; ik begrijp je niet.'

Dat zulks een keer voorkomt, is voor mij geen probleem. Als het een rigide patroon betreft, heb ik er veel moeite mee. De vrouw biedt geen uitkomst, omdat zij het inderdaad laat afweten. Voor het geven van een of andere paradoxale opdracht is het te laat, want ik ben zeer geërgerd.

3. De cliënt die je opbelt voor een afspraak als het rot gaat en die, als 'ie bij je komt, zegt dat het nu wel weer lekker gaat en niet weet waar 'ie nu aan zou kunnen werken. Hem vastpinnen op een strikt behandelingskontraakt, helpt niet. De ene zitting is hij in mineur en 'volledig dichtgeklapt', de andere 'ziet hij het wel zitten en weet hij niet wat hij hier komt doen.'

39

4. Op het moment dat her erop aan komt, klapt de cliënt dicht (enigszins vergelijkbaar met I.4). Cliënt komt elke keer gemotiveerd, maar wanneer een probleem duidelijk ter sprake komt 'is het er niet meer; ben ik er helemaal uit.' Ik denk hierbij m.n. aan een cliënte met onder meer nachtmerries als aangeelde problematiek. Ik vermoed dat er prachtige direktieven zijn te bedenken, maar ik zat met haar op het spoor de inhoud van die nachtmerries bespreekbaar te maken. Wat uiteindelijk is gaan werken, is automatisch schrijven onder hypnose. Het vergt evenwel veel tijd en training, wil daar effectief meegewerkt worden. De splitsing tussen bewust en onbewust functioneren bij cliënte kan zich bijv. nog niet volledig voltrokken hebben, waardoor zij wel automatisch kan schrijven (op voor mij onleesbare manier), maar bij het lezen ervan zich enigszins bewust wordt van de inhoud en zich rot schrikt en er weer helemaal uit is.

Bij deze, zeer onvolledige, aanvulling laat ik het. Er kunnen ongetwijfeld nog veel meer mensen met onoverkomelijke moeilijkheden voor deze of gene therapeut genoemd worden. Het opsommen van dit soort persoonlijke eigenaardigheden van cliënten en mogelijke adekwate reacties van therapeuten daarop zie ik als één stap. Een tweede is het uitwerken van een iets abstrakter kader, waarin die eigenaardigheden een plaats hebben. Mijn interesse gaat hierbij m.n. uit naar een klassifikatieschema van gezinnen, bijv. in de lijn van Van Dijck (1974) die in zijn schema o.m. aangeeft dat gezinnen met overwegend paradoxale kommunikatie-patronen het best behandeld kunnen worden met paradoxale opdrachten. Een therapeut die overwegend congruent kommunisteert zal bij dergelijke gezinnen nogal veel 'slechte tekenen' tegenkomen. Een belangrijke dimensie in een dergelijk schema lijkt mij die van de mate waarin afwijking bevorderende processen (vgl. Lange & Van der Hart, 1975, par. 1.4) in het gezin plaatsvinden.

Wellicht kan het punt I.8, 'de 'geïdentificeerde patiënt' of zondebok voldoet te zeer aan de verwachtingen van zijn omgeving' hierin vertaald worden. Het is alsof in dergelijke gevallen de afwijking bevorderende processen een point of no return gepasseerd zijn.

Referenties:

Dijck, R. van (1974): Vormen van directieve therapie bij echtparen en gezinnen. Tijdschr. voor Psychiatrie 16, 209 - 228.

Haley, J. (ed.) (1967): Advanced techniques of hypnosis and therapy; selected papers of Milton H. Erickson M.D. Grune & Stratton, New York.

Haley, J. (1973): Uncommon therapy; the psychiatric techniques of Milton H. Erickson M.D. Norton, New York.

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

Velden, K. van der (1975): "Slechte tekenen". TDT, 2 (11), 6 - 9.

Whitaker, C.A. (1975): Psychotherapy of the absurd: with a special emphasis on the psychotherapy of aggression. Family Process, 14 (1), 1 - 16.



TDT, 1975, <sup>3, 1</sup> ~~2, 12~~

Reakties op 'slechte tekenen' : 'goede tekenen'

Alfred Lange

In TDT, 2, 11, beschreef Kees van der Velden 15 verschijnselen, die zijns inziens als prognostische indicatoren voor mislukkende therapieën beschouwd kunnen worden. Hieronder zal ik t.a.v. elk van deze fenomenen aangeven in hoeverre ze mijns inziens als 'slechte tekenen' kunnen worden beschouwd. Bovendien zal ik enkele typische 'goede tekenen' beschrijven. Maar eerst de 15 slechte:

1. 'De cliënt is te veeleisend'.

Ik ben het niet met Kees eens dat dit zonder meer een slecht voorteken is. Het kan inderdaad de uiting van een zeurderig, zich afhankelijk opstellend type zijn. Het kan echter ook een indicatie zijn van gemotiveerd en hard willen werken. Ik heb liever cliënten die bijv. zelf voorstellen twee keer in de week te willen komen (dat draai ik dan meestal terug naar één keer in de week) dan cliënten die het bijv. moeilijk vinden zich iedere week vrij te maken. Veeleisend in de zin van nooit kunnen op de door de therapeut vastgestelde tijdstippen lijkt mij inderdaad een slecht voorteken. Hierop dient m.i. krachtig en 'up' gereageerd te worden, door bijv. twee alternatieve data te geven waaruit men mag kiezen. Als het niet lukt gaat de therapie die week niet door. Gebeurt dit vaak, dan kan dit aanleiding zijn om een vraagteken achter het doorgaan van de therapie te zetten.

Kortom: veeleisendheid alleen is nog geen slecht voorteken. Wel als het een uiting is van weinig inzet of up-man-ship spelletjes. De reactie van de therapeut moet aangepast zijn aan de aard van de veeleisendheid.

2. 'De cliënt doet aan doctor shopping'.

Ik heb dat nog niet veel bij de hand gehad omdat ik meestal van tevoren stel dat andere psychotherapeutische behandelingen interfereren. Medische hulp wijs ik niet af. Dat komt waarschijnlijk omdat ik op dat terrein weinig kennis heb en het zelf wel plezierig vind als cliënten tijdens de behandeling zich voor (vermeende) fysieke klachten bij huisarts of specialist laten checken. Wel neem ik dan graag contact op met de betreffende medicus.

Konklusie: excessieve doctor shopping heb ik nog niet meegemaakt. Het lijkt

mij inderdaad lastig en een slecht teken. In beperkte mate als het ligt op een ander terrein, dan dat waar de therapeut zogenaamd deskundig is, hoeft het geen probleem op te leveren.

Een variant wordt gevormd door het verschijnsel van bestaande behandelingen. Moeten die altijd afgebroken worden? Meestal interfereren ze dusdanig (bijv. individuele therapie bij één gezinslid) dat doorgaan daarmee als een slecht teken beschouwd zou kunnen worden. De therapeut kan dan voorstellen pas te beginnen als de andere therapie beëindigd is. Onlangs heb ik echter met veel plezier en met goed gevolg inbreuk op deze regel gemaakt. Het betrof Joost en Fiet. Beiden hadden ernstige individuele klachten en een lange lijst van psychiatrische hulp. Joost had een recente suicidepoging achter de rug. Zijn klachten betroffen vage 'depressies' en 'apathie'. Fiet had een interessante mengeling van fobieën. Zij vulden elkaar prachtig aan: doordat Fiet vaak bang was om iets te ondernemen hoefde Joost niet uit zijn apathie hoek te komen. Op deze therapie zal ik in een andere TDT-aflevering nog terugkomen. Hier is alleen van belang dat Fiet na een langdurige individuele psychotherapeutische behandeling nu reeds vijf jaar een groepstherapeutische behandeling volgde bij dezelfde therapeut. In onze taxatiezitting werd het doorgaan aan de orde gesteld. Fiet vond afbreken moeilijk, maar was er wel toe bereid. Dit laatste vind ik belangrijk. Joost kon het niets schelen. Hij verkondigde al vijf jaar dat die groepstherapie toch niets uithaalde en geen invloed op Fiet had; 'ze kon er dus net zo goed mee doorgaan' (het kostte hen niets!!). Bij wijze van experiment stelde ik voor dat zij in eerste instantie de groepstherapie niet zou afbreken. Na vier zittingen zouden wij bekijken in hoeverre het zou interfereren. Misschien zou zij dan wel liever bij mij ophouden dan met de groepstherapie. Deze aanpak heeft het voordeel dat cliënten niet worden gedwongen een keuze te maken voordat ze wat meer van de nieuwe therapie weten. Ten overvloede: dat zou ik niet doen wanneer ze aan een -ingrijpende - individuele therapie bezig was, of wanneer Joost veel bezwaren had gehad.

Het pakte goed uit. Na een paar zittingen begon Fiet zich - subtiel door mij gevoed - te realiseren dat 5 jaar lang patiënt spelen wat al te veel van het goede was; dat er in de groepstherapie eigenlijk niet veel gebeurde. Ik besprak met haar hoe zij zich nu zou losmaken uit de groepstherapie. Dit diende m.i. geleidelijk te gebeuren: minderen van bijgewoonde zittingen. Tot slot zou zij een afsluitend individueel gesprek met de bewuste groepstherapeut hebben.

Het voordeel van deze aanpak is dat zij uit 'vrije' keuze haar groepstherapie opgeeft. Zij kan dan later moeilijk daarop nostalgisch en verwijtend naar mij terugblikken. Integendeel: om eventuele dissonantie te reduceren (vgl. Festinger, 1956) zal zij de groepstherapie als steeds waardelozer gaan waarnemen. Hetgeen in dit geval ongetwijfeld terecht was!

3. 'De cliënt geeft aan de therapeut niet als competent te beschouwen'. Ik heb aan dit punt weinig toe te voegen. Het is frustrerend. Het vermindert je zelfvertrouwen, waardoor je minder effectief opereert. Het geheel kan dus werken als een self-fulfilling prophecy. De cliënt krijgt gelijk. Je bent (wordt) met hem niet competent.

Ik heb iets dergelijks meegemaakt bij een echtpaar waarvan de vrouw een verwoed feministe was. Veel van de problemen hadden met man-vrouw rolverdeling te maken (vgl. TDT, 2, 11). Wanneer ik haar 'aanpakte' gaf zij mij steeds het gevoel dat ik toch maar een 'man' was; niet competent om haar te begrijpen. Ik heb dit toen aan de orde gesteld. Heb haar gevraagd of mijn ideeën over haar houding jegens mij klopten. Zij verzekerde mij dat dat niet het geval was: 'voor een man begrijp je het best aardig'. Desalniettemin bood ik haar aan een vrouwelijke therapeut voor haar te zoeken. Dat wilde zij niet. Nadat zij zich aldus flink had 'vastgelegd' kon zij haar oude spelletje niet meer spelen.

Konklusie: als cliënten laten doorschemeren je niet competent genoeg te vinden moet je daarop allervriendelijkst ingaan. Eerst checken of je eigen gevoel daarover klopt. Als zij dat bevestigen dan op beëindigen van de therapie aandringen met evt. zoeken van nieuwe therapeut. Als zij het ontkennen dan toch wijzen op de mogelijkheid van andere therapeut, die hen misschien beter ligt.

4. 'De cliënt wordt gek'.

Dit lijkt mij niet te vallen onder 'slechte voortekenen'. Als je iemand voor longontsteking behandelt en hij krijgt kanker, kun je ook niet stellen dat dat een slecht voorteken is bij de behandeling van de longontsteking. Als een cliënt tijdens een behandeling 'gek' (dit moet wat beter omschreven worden) wordt, dan heeft het natuurlijk geen zin de behandeling op de oude voet voort te zetten. Dit geldt uiteraard ook in een relatietherapie, als één van de gezinsleden plotseling nieuwe pathologische gedragingen gaat vertonen. Maar ik kan dat niet als een slecht voorteken beschouwen. Het heeft wel een verschuiving van primaire doelen tot gevolg.



5. 'De cliënt wordt verliefd op de therapeut'.

Doordat ik meestal geen cliënten alleen spreek heb ik hiervan betrekkelijk weinig 'last'. Het lijkt mij echter ook in individuele gevallen niet zo een probleem. Verliefdheid, wat het ook moge zijn, houdt in ieder geval een behoorlijke genegenheid voor de therapeut in en heeft tot gevolg dat de impact van de therapeut groot kan zijn. De cliënt zal in zijn woorden en opdrachten geloven, waardoor veel herstructurering mogelijk is. De therapeut heeft in een dergelijk klimaat een grote vrijheid van beweging, waardoor hij optimaal kan functioneren.

Er lijkt mij alleen een probleem te ontstaan wanneer de therapeut op zijn beurt andere dan therapeutische motieven jegens zijn cliënt ontwikkelt. Hoewel dat soms wordt goedgepraat geloof ik daar niet in. Het lijkt mij oppassen geblazen en eventueel is beëindigen van de therapie geïndiceerd.

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

Ik sluit mij helemaal bij Kees aan, dat dit een slecht voorteken is. Vaak is het al te merken aan het tijdstip waarop de vragenlijsten (vgl. TDT, 2,11, pag. 42-47 ) die na de eerste zitting worden uitgereikt worden geretourneerd. Als de 'slordigheid' of andere nalatigheden betrekking hebben op huiswerk dan worden de vooruitzichten meer somber.

7. 'De cliënt schuift een volgende moeilijkheid naar voren wanneer de vorige dreigt opgelost te worden'.

Het gaat mij te ver dit zonder meer als slecht voorteken te beschouwen. Soms worden er terecht nieuwe minder dwingende problemen gesignaleerd voordat de therapie wordt beëindigd. Ik geloof dat daar wat ruimte voor moet worden gecreëerd, maar dat de therapeut minder verantwoordelijkheid bij het oplossen moet nemen. Hij moet hen aanmoedigen om deze problemen zelf aan te pakken en met hen hoogstens de globale strategie bespreken. Dit is een belangrijk 'transfer of change' principe (vgl. Lange & Van der Hart, 1975). Dit heeft tegelijkertijd tot gevolg dat ze merken niet eindeloos met nieuwe problemen te kunnen aankomen.

8. 'De identified patient of zondebok voldoet te zeer aan de verwachtingen van zijn omgeving'.

Ik geloof niet dat je dit als een slecht teken kunt beschouwen. In zo een geval moet je verandering van dit totale systeem als hoofddoel van je behandeling zien. Bij behandeling van zware griep kun je toch moeilijk

45

stellen dat het hebben van deze ziekte een slecht teken is.

9. 'De cliënt wordt misselijk'.

Ik heb dit nooit meegemaakt. Ik kan me voorstellen dat het remmend werkt en ook het zelfvertrouwen van de therapeut ondermijnt. Toch vraag ik me af of het nu wezenlijk afwijkt van andere uitingen van niet werkende opdrachten. Als een opdracht niet het gewenste effect heeft gaan we er meestal van uit dat we flexibel moeten zijn en misschien iets anders moeten proberen. Ik weet weinig van het voorbeeld van Kees af om hierover nu meer te schrijven. Ik vind het jammer dat het vóórschrijven van de misselijkheid kennelijk ook geen succes heeft gehad.

10. 'De cliënt liegt'.

Ik heb dit nooit ervaren op de manier waarop Kees erover schrijft, als techniek teneinde door de therapeut ontmaskerd te worden. Het lijkt me interessant om daar eens op te gaan letten. Misschien gebeurt dit in relatie-therapie minder dan bij individuele behandeling, aangezien men in het eerste geval rekening moet houden met wederzijdse controle. Liegen komt echter ook voor m.b.t. huiswerk, afspraken, etc. In dat geval is het een duidelijk negatieve indikator. Ik ga in zulke situaties zelden met cliënten in de clinch. Ik vermijd 'nietes-welles' spelletjes. Maar als ik herhaalde malen het gevoel heb belazerd te worden stel ik de portefeuille kwestie.

11. 'De vaginiste die over pijn klaagt bij een dilatator ter dikte van een ballpoint'.

Ik heb geen ervaring met vaginisme. Dus geen commentaar.

12. 'De cliënt die volgens anderen therapie nodig heeft'.

Ik zie niet hoe je dit als slecht teken kan beschouwen. Of die anderen hebben gelijk. In dat geval kun je gewoon aan de gang. Of ze hebben ongelijk. Dan is er geen therapie nodig.

13. 'De cliënt geeft de therapeut raadsels op'.

Evenals Kees ben ik geen raadseloplosser of kruiswoordpuzzelaar. Wanneer cliënten zich op glimlachende wijze in raadselen verhullen krijg ook ik daar de zenuwen van en vermoed een minder geslaagde en minder prettige therapie. Ditzelfde geldt voor andere stijlvormen die mij niet aanstaan, zoals het heel langzaam of zeer uitweidend praten, waardoor cliënt de aandacht zeer lang op zich weet te richten. Een combinatie van die twee is helemaal ver-

schrikkelijk. Toch hoeft dit niet onoverkomelijk te zijn. De oplossing schuilt erin om dit verschijnsel tot een 'target' te bombarderen. Gedrags-oefeningen en modeling tijdens de zitting en huiswerk voor thuis (bijv. praten met stopwatch, of in rondes) willen een hoop helpen. Ik kan me een dergelijke benadering ook voorstellen voor de glimlachende cryptogrammen-opstellers.

Nu we het toch over stijl hebben. Zeer ongezond vind ik het geestelijk gezondheidsjargon, wat vooral aan sociale academies bloeit en terecht van tijd tot tijd door Jan Blokker aan de kaak wordt gesteld. Wanneer je praat in termen van 'ik voel dat jij je naar mij toe niet spontaan en direkt opstelt' dan moet er wel iemand ziek worden. Ik voorzie in dergelijke gevallen een moeilijke therapie. Toch is dat niet altijd terecht. Ook dit kan als werkpunt een belangrijke plaats krijgen zowel met oefeningen tijdens de zitting als m.b.t. het huiswerk. Zo heb ik in het verre verleden bij een echtpaar eens de woorden 'spontaan', 'direkt' en 'ik voel' uit hun vokabulair laten schrappen. Tijdens de zitting was ik de bewaker, thuis kontroleerden zij elkaar. Dit had een positief effect. Minder succesrijk was ik een paar maanden geleden bij een echtpaar waarvan de man zijn 'googentaal' maar niet in de steek wilde laten. Hij bleef maar vaag doorlullen. Ik begreep nooit waar hij het over had. Zijn vrouw geloof ik wat beter, maar die was getraind en kon er zelf ook wat van. Na een paar zittingen met veel aandacht aan dit punt kwam er weer zo een verhaal. Ik liet hem - demonstratief - bijna 10 minuten praten. Daarna zette ik de recorder stop om hem zijn eigen verhaal te laten horen. Ik dacht dat hij steil achterover zou vallen en zich rot zou generen. Na het hele stuk opnieuw gedraaid te hebben vroeg ik hem wat hij ervan vond. 'Nou gewoon, ik snap niet wat jij er voor bijzonders inziet'. Deze therapie is geen succes geworden.

14. 'De therapeut heeft geen respect voor de cliënt'.

Evenals Kees vind ik dat je vervelende cliënten niet te gemakkelijk mag afwijzen. Het voorbeeld van de internist lijkt me zeer terecht. Soms lukt het ook om met mensen die je aanvankelijk niet ziet zitten tot een zeer plezierige werkrelatie te komen. Een voorbeeld daarvan heb ik beschreven in TDT, 2, 9. Als dit na drie à vier zittingen nog niet het geval is beginnen zich de contouren van een minder geslaagde therapie af te tekenen. Evenals Kees vind ik dan toch dat ik de behandeling moet voortzetten.



15. 'De cliënt is na (pakweg) vijf zittingen nog niets verbeterd'. Ook m.b.t. dit punt ben ik het met Kees eens, dat dit er meestal op duidt dat cliënt en ik met elkaar niet ver zullen komen. Er zijn echter uitzonderingen. Dat zijn die gevallen, waarin ik met opzet niet te hard van stapel wil lopen. Een voorbeeld daarvan geven de hierboven al genoemde Fiet en Joost. De aard van hun (vooral 'zijn') problemen gaven mij de indruk dat ik er vooral niet te snel hard aan zou moeten gaan trekken. Rustig op een rijtje zetten van een aantal verschijnselen en niet meegaan in het bestaande systeem zonder van hen veranderingen te verlangen was mijn eerste devies. Het merkwaardige was, dat ikzelf na vier zittingen weinig veranderingen bij hen konstateerde, terwijl zijzelf in dat opzicht positiever waren. De geringe veranderingen waren voor mij echter geen aanleiding tot sombere gedachten over de therapie. Zou er na 10 zittingen echter nog zo weinig beweging zijn geweest dan was ik wel somber geworden over de mogelijkheden. Konklusie: het hangt van de aard van de problemen en de gekozen strategie af, op welk tijdstip je je zorgen moet gaan maken over het uitblijven van veranderingen. Als die zorgen terecht gaan worden, geloof ik met Kees, dat je beter kunt voorstellen de behandeling te beëindigen of te limiteren, dan maar doormodderen.

Tot zover de 'tekenen' van Kees. Ik zou daar slechts één nieuwe aan willen toevoegen: één of meerdere cliënten zijn onderhevig aan sterk wisselende heftige emotionele stemmingen. Je kunt in dat geval wel enige suksessen boeken, maar die zijn vaak gering vergeleken met de gevolgen van de af en toe toch weer (uit niets ???) oplaaiende heftige emoties met overtrokken reacties.

Tot nog toe hebben we het alleen over slechte voortekenen gehad. Er zijn echter ook goede. Op dit moment heb ik er drie in gedachten, die allen uit de therapie van Joost en Fiet naar voren komen:

- a. Een cliënt biedt zelf toevoegingen aan het huiswerkpakket aan. Dit lijkt mij vooral een goed teken als uit voorafgaande blijkt dat de cliënt het huiswerk en de afspraken serieus neemt.
- b. Cliënt geeft zelf aan dat het huiswerk nog moet worden afgesproken op opgeschreven, etc. In het algemeen komt dit erop neer dat cliënt toont de methode serieus te nemen en zich maximaal te willen inzetten, waarbij hij/zij

zich de moeite neemt de therapeut op een nalatigheid te wijzen.

c. Kliënt vraagt om in vakantie door te mogen gaan met huiswerk. Dit is een nogal speciaal item. Het kwam een maand geleden voor. Ik stelde voor alle huiswerkafspraken gedurende de twee maanden van wederzijdse vakanties (zij en ik) te laten vervallen. Fiet, gesteund door Joost, vroeg daarop of zij dan niet toch met sommige dingen wel door konden gaan. Omdat ik bang was dat in zo een lange en juist zware periode (vakantie is niet voor iedereen altijd een lolletje) verkeerde elementen in het huiswerk zouden kunnen sluipen was ik er niet zonder meer voor geporteerd. Ik stelde daarom voor dat zij op eigen verantwoordelijkheid door mochten gaan zolang ze het allebei wilden. Als één van de twee om wat voor reden dan ook er genoeg van had, kon hij/zij een veto uitspreken.

Sommige 'slechte tekenen' kunnen door omdraaien tot voorbeelden van 'goede tekenen' geformeerd worden. Nalatigheid, niet nakomen van huiswerk etc. is een slecht teken (vgl. punt 6). Het duidelijk wel nakomen van sommige huiswerk-afspraken is een goed teken, vooral in het begin. Wanneer cliënten al na de eerste zittingen schijnbaar futiele opdrachten getrouw uitvoeren, heb ik weinig angst voor de toekomst. Dit geldt ook wanneer zij zich houden aan de afspraak om op te bellen als een bepaalde opdracht niet uitgevoerd kan worden (vgl. Lange & Van der Hart, 1975).

Ook punt 3 kan omgedraaid worden. Wanneer de cliënt duidelijk aangeeft de therapeut als competent te beschouwen, gaat deze zich vrijer voelen en kan er een positiever self-fulfilling prophecy ontstaan. Therapeuten zijn tenslotte ook maar gewone mensen, die af en toe een positief labeltje nodig hebben.

Referenties

Festinger, L. (1956); A theory of cognitive dissonance.  
Free Press of Glencoe, Chicago, Ill.

Lange, A. (1975); Paradoxaal onderstrepen van een behandelingskontraakt.  
TDT, 2, 9, 40-42.

Lange, A. (1975); Directieve therapie en het verleden, een voorbeeld.  
TDT, 2, 11, 10-14.

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

Velden, K. van der (1975); 'Slechte tekenen'.  
TDT, 2. 11, 6-9.

Goede tekens:

Met deze opsomming van gunstige voortekenen worden gedragingen, reacties of attitudes van patiënten of gezinnen aangegeven waardoor de kansen op een succesvolle behandeling verhoogd zouden worden; ongeacht de persoonlijke eigenaardigheden van de therapeut.

1. De patiënt doet meer dan hem gevraagd is :

Elk advies, met uitzondering van de meest doordachte en uitgekookte opdrachten, biedt een aantal ontsnappingsmogelijkheden. Soms ziet men dat patiënten deze mogelijkheden negeren en zelfs de tekortkomingen van het advies op eigen initiatief aanvullen. Een betrekkelijk eenvoudige en weinig specifieke opdracht aan een echtpaar zoals: "minstens 20 minuten per avond met elkaar over de afgelopen dag praten" resulteert soms in een "herontdekking" van elkaar en blijkt <sup>eid</sup> gelijk~~te~~ hebben tot zinvolle en constructieve discussies die niet verwacht werden bij het geven van de opdracht. Geheel terecht, krijgt de therapeut het gevoel dat zijn bijdrage aan de vooruitgang van zeer secundaire betekenis is, die kan samengevat worden onder het motto: "ik zat er bij en ik keek er naar". Deze categorie van patiënten maakt zichzelf beter met (of zonder) minimale aanwijzingen, en gaat zelfs zover de therapeut te frustreren door zijn meer subtiele interventietechnieken volkomen overbodig te maken. Hoewel deze patiënten een prettige groep vormen, en hun dankbaarheid tot uiting brengen die niet in verhouding staat tot de geleverde prestatie, moeten we zorgen dat onze praktijk niet tot deze mensen beperkt blijft, want we leren niets van ze en we kunnen meestal niet eens behoorlijk aangeven of er specifieke factoren een rol spelen bij hun succesvolle therapie.

2. De patiënt doet wat hem gevraagd is :

Zowel wanneer het gaat om uitvoeren van opdrachten of invullen van vragenlijsten, is het een gunstig teken als de patiënt gewoon volgens de afspraak heeft gehandeld en zijn eventuele bedenkingen of bezwaren niet door sabotage of nalatigheid laat blijken. Het helpt ook erg als de patiënt zijn bezwaren tegen een voorgestelde procedure meteen onder woorden brengt en niet mokkend naar huis gaat.



3. Er is geen middenweg tussen vooruitgang en verergering :

Wanneer de therapeut aanleiding heeft om te veronderstellen dat een pathologische homeostase moeilijk realiseerbaar zal zijn, dan mag hij de hoop koesteren dat het conflict dat hem wordt gepresenteerd tot een duidelijke oplossing zal komen. Dit was bv. het geval bij een vrouw die tot mishandeling van haar pasgeboren kind was overgegaan (en daarbij zelf hulpverlening inschakelde). Zij bracht zelf ter sprake dat zij het niet langer kon verdragen dat haar echtgenoot de laatste twee jaar elke avond aan zijn boot was gaan werken en dat ze om die reden sindsdien nooit meer een gesprek hadden gevoerd. De echtgenoot was niet bereid zijn jongste kind de dupe van wat dan ook te laten zijn, en was meteen gemotiveerd om de noodkreet van zijn vrouw ter harte te nemen. Wanneer de therapie wordt ingezet naar aanleiding van een eerste suicidepoging, een eerste psychose of een alarmerende gebeurtenis heeft de "identified patient" vaak een belangrijke mededeling te verrichten en het ~~gaxx~~ schaadt niet de eerste tijd zijn kant te kiezen. De bereidheid van de partners om zijn eigen rol en positie te herzien is vaak groot. Dit is niet meer het geval wanneer het gaat om de zoveelste opname of de zoveelste zelfmoordpoging.

4. Het echtpaar of gezin geeft een "realistische visie" op de onderlinge relaties :

Echtparen of gezinnen die symptoom dragende leden in hun midden hebben maar blijven volhouden dat de verhoudingen onberispelijk zijn, maken een omzichtige opstelling van de therapeut noodzakelijk. Als daarentegen iedereen er vanuit gaat dat er ruimte voor verbetering is, dan geeft men een groen licht aan de therapeut om interventies te plegen.

5. De partner is beschikbaar :

Als de partner zonder veel bezwaren over beschikbare tijd en praktische belésels aan de therapie van de identified patient of het gezin wil deelnemen dan garandeert dit een zekere gelijkwaardigheid van inzet.

6. Cliënten noemen een getal beneden de twintig als hun schatting van het aantal benodigde zittingen :

Dit betekent dat <sup>ze</sup> niet in een later leven of in een toekomstige reïncarnatie tot prettiger verhoudingen willen komen. Beperkingen van ziektekostenverzekerings maatschappijen kunnen hierbij een gunstige

rol spelen.

7. Cliënten staan open voor de gedachte dat hun moeilijkheden verband houden met hun ac<sup>t</sup>uele relaties :

De meeste ontwikkelde en belezen cliënten weten dat hun problemen stammen uit hun vroegere jeugd. Zij die deze wetenschap kunnen dragen en toch nog geïnteresseerd zijn om na te gaan hoe hun moeilijkheden betrekking hebben op wat ze dagelijks meemaken, helpen de therapeut door langdurige discussies overbodig te maken.

8. Cliënten zien hun problemen als iets dat moet opgelost worden :

Sommige cliënten menen dat een onbepaald aantal gesprekken een groeiproces op gang zal brengen, en zijn bereid dit af te wachten. Anderen geven aan hinder te ondervinden van hun klachten en uiten hun voorkeur voor een procedure waarbij aan de vermindering van hun klachten prioriteit wordt verleend. Als zij, net als de therapeut, hopen dat dan het groeiproces wel zijn eigen weg zal vinden bestaat de kans op een goede verstandhouding.



De door anderen gestuurde klient.

De klient meldt zich op de afgesproken tijd met de mededeling: "Ik ben door die en die naar U gestuurd"; (i.e. hij heeft me gevraagd Uw hulp te vragen, ik kom niet omdat ik zoveel klachten heb, maar om de kennis, vriend, een plezier te doen). (V.d. Velden, 1975).

Wanneer de therapeut hier direkt op in gaat (onderzoekt of de klient gemotiveerd is) bestaat de mogelijkheid, dat de klient na deze aarzelende poging om hulp te verkrijgen, tenslotte afhaakt. Hij wil best zijn vriend een plezier doen, maar niet door met deze pin-pointende, veeleisende therapeut in zee te gaan, dit is hem te veel, hij stopt of kijkt nog enige malen de kat uit de boom, haakt dan toch af.

Dit zou als een prognostisch ongunstig teken beschouwd kunnen worden.

Een techniek om deze soms ongewenste gang van zaken te vermijden, is de volgende benadering:

Belangstellend wordt door de therapeut gevraagd naar de mogelijke redenen, die de verwijzende kennis bewogen hebben hem naar ons te sturen en onze hulp te vragen. Iedere (waarschijnlijk) gebagatelliseerde klacht wordt door de therapeut bezorgd aangehoord. Op aangedane wijze wordt nog eens nadrukkelijk gevraagd of we hem goed begrepen hebben, of de problemen inderdaad zo liggen. Daarna volgt een somber langs de klient heen kijken. De klient begrijpt er niet zoveel van en zal de ingevoegde stilte tenslotte moeten doorbreken. De mogelijkheid, dat hij dan vraagt of hij te helpen is en of zijn klachten werkelijk zo ernstig zijn, is waarschijnlijk. Op dit moment deelt de therapeut hem ernstig aankijkend mee, dat hij vanzelfsprekend een volgende afspraak kan krijgen, of hij echter van zijn klachten bevrijd zal worden, is een geheel andere zaak. "U moet begrijpen, dat op dit moment van de behandeling (!) daar geen zinnig woord over te zeggen is".



Bij de tweede zitting blijkt de klient het kontrakt (de gemaakte afspraken) niet nagekomen te zijn, lijsten zijn niet ingevuld, opdrachten (afspraken) zijn door andere zaken er bij ingeschoten.

Ook hier lijkt een prognostisch ongunstig teken aanwezig.

- In een aantal gevallen echter is het de onbekendheid met de werkwijze. De therapeut is bij zijn informatie over de te volgen werkwijze onduidelijk geweest. Goede voorlichting en wijzen op de noodzakelijkheid van het uitvoeren van afspraken kan dan voldoende zijn om de therapie toch vlot te laten verlopen.
- De therapeut verontschuldigt zich, dat hij zo onduidelijk was en biedt hartelijk aan om het nog eens uit te leggen (Joele 1975). Hij complimenteert de klient, dat hij een zo onduidelijke afspraak niet nagekomen is, daar dit alleen verwarring gegeven zou hebben. Hij moedigt de klient aan vooral kritisch het volgende direktief aan te horen en bij een nieuwe onduidelijkheid onmiddellijk aan de bel te trekken. Op deze wijze kan hij voorkomen, dat de behandeling door stuntelige afspraak-methodieken van de therapeut onnodig verlengd wordt.

Haley (1967) bespreekt met Whitaker een echtpaar, dat met een van hun kinderen een gezinstherapie zou moeten ondergaan. De ouders zeggen: de zoon moet behandeld worden. De zoon zegt: de ouders. Ze komen er niet uit en stellen zich niet onder behandeling. Als nu de vader hem na een nieuwe crisis opbelt en zegt dat er iets moet gebeuren, biedt Whitaker tenslotte aan om dan maar met zijn vrouw en de zoon en ook nog de andere 4 kinderen te komen.

In analogie hiermee lijkt het geven, bij het niet invullen van de formulieren (nakomen van de afspraken), van een volgend direktief dat veel moeilijker op te volgen is, interessant.

De klient met een niet willende partner.

Bij het eerste contact vermeldt de meestal vrouwelijke klient, dat de partner geen tijd heeft, te drukke werkzaamheden heeft, een te lastige chef heeft en dus niet bij de behandeling betrokken kan worden.

Argumenten als: het is voor de behandeling noodzakelijk, dat Uw partner meekomt, lijken nogal eens de onoverkomelijke bezwaren te doen toenemen.

Het is onze ervaring, dat het niet verschijnen van de partner eigenlijk niet ligt aan de moeilijke chef of de drukke werkzaamheden, maar vaak liggen juist relationele problemen hieraan ten grondslag. De klient durft of wil de partner er niet bij betrekken. Dat het in dit geval voor de behandeling zeer gewenst is, dat de partner meedoet, ligt voor de hand.

De volgende benadering bleek in de praktijk bruikbaar:

"Het is noodzakelijk voor de behandeling, dat we tenminste éénmaal met Uw partner een gesprek hebben. Vanzelfsprekend houden we rekening met de lastige chef, etc. en kan hij zelf telefonisch een afspraak maken, die hem schikt".

Dit is een sterke kaart; de drukke werkzaamheden duren geen 168 uur in de week.

Er zijn een tweetal mogelijkheden:

De partner komt tenslotte voor een gesprek. Middels een juiste verkooptechniek zal hij bij de behandeling van zijn partner ingeschakeld kunnen worden.

Van belang zijn:

1. Het accepteren van de (wel of niet reële) drukke werkzaamheden.
2. De partner nog eens goed onder woorden te laten brengen hoe hij onder de klachten van de partner gebukt gaat.
3. De beperkingen van de therapeut nadrukkelijk afschilderen: "Wij zien Uw vrouw 1 uur in de 2-3 weken; U ziet Uw vrouw dagelijks. U begrijpt, dat Uw mogelijkheden om Uw partner te behandelen veel groter zijn. U bent alleen niet opgeleid als therapeut. Wel, daar kunnen we iets aan doen gedurende de zittingen, dat U hier komt" (er wordt ingespeeld op de niet geslaagde pogingen om zijn partner van de klachten af te helpen).

4. Er wordt een beperkt aantal zittingen, 5 of 6, aangeboden.  
"Na die zittingen weten we of het zin heeft verder te gaan met de behandeling". Deze afspraak maakt het ook de aarzelende partner moeilijk te weigeren: het gaat immers maar om 5 of 6 uur.

Een enkele keer deelt de klient tenslotte mee het haar partner niet te durven vragen. Dit wordt (het is het eerste kontakt) gerespekteerd. Klient wordt meegedeeld voor de volgende afspraak een schriftelijke uitnodiging te krijgen, waarbij de partner nadrukkelijk uitgenodigd wordt bij de volgende zitting aanwezig te zijn.

Zodra hij meekomt, volgt de eerder beschreven procedure. Deze variant maakte ik eenmaal mee. Klient reageerde hierop met de mededeling het dan toch maar zelf te vragen.

Haley (1973) beschrijft een fraaie techniek van Erikson om de partner bij de behandeling te betrekken:

"A husband brought his wife to see me, saying that he was tired of paying fees to a psychoanalyst three times a week for five years when his wife was worse off than when the treatment started. He told me he wouldn't talk with me, he just wanted me to deal with his wife and do something about her. I saw the wife for about seven hours before I managed to get him in to see me, I used a procedure I often turn to in such cases. I talked to his wife and in each session I would bring up something her husband might disagree with, saying, "I don't know how your husband would feel on this particular subject". Often it would be something that the husband would feel I was not understanding properly. After each interview with me the husband would pump his wife about what happened in the session and each time she would mention this question I had raised about some minor point. After those seven sessions, he gave her orders to make an appointment for him. He had to come in to straighten me out and then I could deal with both of them."

Litteratuur

Haley J. and Hoffman L. (1967) "Techniques of family therapy"  
Basic Books, New York, p. 266 e.v.

Haley J. (1973) "Uncommon therapy". Norton and company inc.  
New York, p. 235.

Joele L. en Hoogduin C.A.L., (1975) "Behandeling van een man met een dwangneurose d.m.v. een conjoint therapie van het direktieve type". TDT 2, 10 (13).

Velden K. v.d. (1975) "Slechte tekenen". TDT 2, 11 (6-9).

Kees van der Velden

Na een bespreking van de term "symptomatisch gedrag" wil ik, in het volgende nummer, een eenvoudig strategie-model voor directieve therapie voorstellen.

### 1. "Symptomatisch gedrag"

Mensen die voor psychotherapie in aanmerking komen demonstreren in den regel "symptomatisch gedrag". Lange & Van der Hart (1975) verstaan hieronder (1) lichamelijke en psychische klachten zonder lichamelijke oorzaak, waarop (2) de cliënt zegt geen invloed te kunnen uitoefenen; deze klachten hebben (3) een extreme invloed op andere mensen en geven (4) de cliënt en/of zijn omgeving een zeker voordeel, "winst". Deze omschrijving wordt geïllustreerd met het geval van Jan en Truus: Jan heeft last van hoofdpijn en bewustzijnsverlies, Truus treedt op als verpleegster; beiden zijn overtuigd van de lichamelijke grondslag van Jans klachten; bij verder uitzoeken blijkt Jan m.n. last te hebben in situaties waarin hij eigenlijk "nee" zou willen zeggen maar het niet durft, terwijl zijn klachten voor Truus niet alleen aantrekkelijk zijn vanwege de voldoening die de verzorging van Jan geeft, maar ook vanwege het feit dat zolang hij zijn klachten instandhoudt zij niet geconfronteerd wordt met conflicten over hun uiteenlopende behoeften. (Zie Lange & Van der Hart, 1975, par. 2.5.3.)

Zowel de omschrijving als het voorbeeld lijkt mij representatief voor de ter zake doende kijk op "symptomatisch gedrag". Daarom moet mijn commentaar ook niet begrepen worden als een kritiek op speciaal deze omschrijving en dit voorbeeld.

1.1. Ik bespreek de eerste bepaling: bij "symptomatisch gedrag" mag er geen lichamelijke oorzaak zijn.

1.1.1. Deze bepaling houdt in dat voorlopig onduidelijk moet blijven of de vreemde gedragingen van de schizofreen, de manische patiënt en het autistische kind nu



wel of niet als "symptomatisch gedrag" begrepen moeten worden. Een lichamelijke oorzaak kan bij deze (en andere) gevallen immers niet uitgesloten worden en is soms zelfs waarschijnlijk.

1.1.2. Wat betekent eigenlijk "lichamelijke oorzaak"? Kennelijk wordt hiermee "lichamelijke ziekte" bedoeld, want zg. functionele klachten worden wel degelijk (mee) veroorzaakt en instandgehouden door fysiologische en biochemische - d.w.z. lichamelijke - processen.

Voorbeelden: vaginisme, spanningshoofdpijn, hyperventilatie, aerofagie. Men heeft dan wel geen "ziekte" maar voelt zich intussen door deze lichamelijke factoren knap beroerd.

Jan en Truus zitten er ook niet ver naast wanneer ze Jans klachten aan het functioneren van zijn lijf wijten: viel er ooit iemand flauw zonder de "medewerking" van zijn lichaam?

1.1.3. Er zijn ziekten waarvan de ernst wordt meebepaald door niet somatische factoren. Asthma, epilepsie, eczeem, hartziekten en colitis ulcerosa behoren tot deze groep. Het is bekend dat de omgeving van patiënten die aan deze ziekten lijden in meer of mindere mate "gechanteerd" kan worden met een toenemende frekwentie van aanvallen. (Ik bedenk me hoe vaak het al is voorgekomen dat een van de ouders niet aan een gezinstherapie "kon" deelnemen omdat die het "aan het hart" had.)

De communicatieve betekenis van deze vormen van ziektegedrag behoeft geen andere te zijn dan de betekenis van niet somatisch geconditioneerde vormen van "symptomatisch gedrag".

1.1.4. Vervolgens zijn er "geheel" lichamelijk bepaalde symptomen die een proces van pathologische communicatie in gang kunnen zetten, dat niet van "psychogene" pathologische communicatie is te onderscheiden.

Een paar voorbeelden.

- Een jongen van twaalf plast in bed. Zijn cleane ouders smeken hem om toch aan de zindelijkheidstraining te willen meewerken. Dat belooft hij. "Je kan het wel maar je wilt het niet", zeggen zijn ouders. "Ik wil het wel maar ik kan het niet", is zijn antwoord. Z'n moeder wekt hem

wel driemaal per nacht. Ze laat hem "z'n vieze boel" opruimen. Een plaswekker wordt geprobeerd. Op den duur houdt het hele gezin zich bezig met de bedplasserij. De enuresis blijkt later aan diabetes te moeten worden toegeschreven en verdwijnt vlot met een adekwate therapie.

- Een erg zieke man - kanker - wordt in het ziekenhuis geopereerd. Als hij weer thuiskomt is hij verzwakt en depressief en weigert te eten. Zijn vrouw, die hem altijd al "verwende", probeert de maaltijden extra smakelijk klaar te maken, maar hij "wordt er kotsmisselijk van". Soms vraagt hij om een boterham. Zij maakt er dan twee maar hij eet er niet een. Hij vraagt om een glas melk; stiekum doet ze er een eitje door en het wordt geweigerd. De man ligt op den duur alleen nog maar op bed, in alles is hij van z'n vrouw afhankelijk geworden. Hij zegt zelfs: "Annie, zet m'n bril eens op". Er is nog maar één activiteit waarin hij plezier heeft: roken, een gewoonte waar zij haar leven lang tegen gevochten heeft - is er een beter bewijs dat hij tégenwerkt?

De stemming wordt verbitterd: hij agressief, zij opdringerig-verwijtend. Korte tijd later moet hij opnieuw worden opgenomen en geopereerd. Zijn tekort aan eetlust blijkt te moeten worden toegeschreven aan zijn ziekte en zijn medicatie. Wanneer dit aan zijn vrouw wordt duidelijk gemaakt stopt zij met hem voedsel op te dringen en hun relatie herstelt zich.

- Dit voorbeeld hoorde ik voor de radio (EO). De EO had een reeks uitzendingen over doofheid. In de uitzending die gewijd was aan gehoorapparaten vertelde een audiëen ervan overtuigd te zijn geraakt dat in gezinnen waarin een gezinslid een gehoorapparaat nodig heeft "het hele gezin begeleid moet worden". Hoezo, dacht ik. Zo'n gezin heeft vaak heel wat te stellen gehad met zijn dove. Krijgt hij dan eindelijk zo'n apparaat, dan verwacht men dat hij ook zal ophouden met klagen. Wat men niet weet is dat het apparaat alle geluiden versterkt en niet alleen die geluiden die men horen wil. Vandaar dat de dove die eerst niks kon verstaan .

als iemand "voor wie het nóóit goed is" wordt beschouwd wanneer hij er bezwaar tegen maakt dat anderen praten terwijl hij naar de t.v. kijkt. Informatie aan en begeleiding van het gezin vormen hier de remedie, aldus de audiciën.

In situaties als deze is de etiologische waarde van inconsistente communicatie nihil, of in ieder geval gering. Het is hierbij zinloos - zelfs schadelijk - de communicatie zèlf te bewerken. (Vgl. Van der Hart, 1975.)

Samenvattend: de bepaling dat er bij "symptomatisch gedrag" geen sprake mag zijn van een lichamelijke oorzaak, is bij nadere beschouwing niet vol te houden. Steeds wanneer de omgeving van de patiënt het idee krijgt "Je kunt wel maar je wilt niet" dreigt een proces van inconsistente communicatie, dat door opeenstapeling van misverstanden "spontaan" verergert, los van de vraag waardoor het nu precies ontstaat.

1.2. Ook het tweede kenmerk, nl. dat de cliënt zegt niets aan zijn gedrag te kunnen doen, lijkt mij niet gelukkig omschreven. Immers, het woordje "zegt" suggereert dat de cliënt er in werkelijkheid misschien wèl iets aan zou kunnen doen, niet geheel de waarheid spreekt, terwijl ik toch niets kan bedenken dat Jan en Truus met de hun ter beschikking staande middelen hadden kunnen doen om Jans hoofdpijnaanvallen en bewustzijnsverlies te verhelpen.

Ik denk, kortom, dat men aan onwillekeurig gedrag inderdaad per definitie niets kan doen, tenzij men dit gedrag onder controle krijgt maar dan is het niet onwillekeurig, niet symptomatisch meer.

1.3. Wanneer een ernstig zieke tegen zijn partner zegt: "Blijf thuis vanavond", "Je moet bij me blijven", "Ik wil niet dat je boodschappen gaat doen, je zou een ongeluk kunnen krijgen", dan oefent hij een extreme invloed uit op een ander mens, en invloed uitoefenen op andere mensen was het derde kenmerk van

61

Literatuur over bedplastherapie

Azrin, N.H., T.J. Sneed & R.M. Foxx (1973); Dry bed: a rapid method of eliminating betwetting (enuresis) of the retarded. Behav.Res. & Therapy, 11, 427-434.

Foxx, R.M. & N.H. Azrin (1973); Dry pants: a rapid method of toilet training children. Behav.Res. & Therapy, 11, 435-442.

idem (1973): Toilet training the retarded: a rapid program for day and night-time independent toileting. Research Press, Champaign, Ill.

De bovenstaande lijst van Freddy Lange kan worden aangevuld met een in het Nederlands vertaald boek, waarin de zindelijkheidstraining volgens Foxx & Azrin op simpele wijze beschreven wordt:

Foxx, R.M. & N.H. Azrin (1975); In één dag zindelijk!  
H. Meulenhoff, Baarn.

Blijkens de oorspronkelijke titel (Toilet Training in Less than a Day) wordt ervan uitgegaan dat het Hollandse kind iets meer weerstanden tegen deze methode zal vertonen dan het Amerikaanse.

KvdV



"symptomatisch gedrag". Dit eisende gedrag vatten we op als een gevolg van het ziek zijn en we respecteren het mee dankzij deze "verklaring".

Ik meen dat waar de subjectieve beleving van "psychogene" klachten geen andere behoefte te zijn dan die van lichamelijke dysfuncties (vgl. bijv. de sensaties waarmee hyperventilatie gepaard gaat, Hoogduin, 1975), er geen reden bestaat om niet in principe aan te nemen dat de psychiatrische patiënt even graag afstand doet van de macht die zijn symptomen geven, en de "winst" die hij dankzij deze symptomen opstrijkt, als de lichamelijke zieke patient.

Twee typen klinische ervaring ondersteunen deze regel: ten eerste de verregaande invloed en "winst" die lichamelijke ziekten met zich mee kunnen brengen (ook wel: de mate waarin iemand zichtbaar kan opbloeien wanneer de partner ziek wordt); ten tweede het toch frekwent voorkomende fenomeen dat cliënt en partner niet zuur maar enthousiast reageren op vermindering van symptomen, d.w.z. op vermindering van invloed en "winst". Dit laatste verschijnsel deed zich o.m. voor bij alle gevallen van hyperventilatie die ik totnutoe behandelde en bij bijna alle gevallen van vaginisme.

(Wordt vervolgd.)

#### Referenties

Hart, O. van der (1975); Lichamelijke ziekte als spelbreker in relatietherapie.

TDT, 2, 11, 19-22.

Hoogduin, C.A.L. (1975); Het hyperventilatiesyndroom.

TDT, 2, 9, 16-22.

Lange, A. & O. van der Hart (1975); Gedragsverandering in gezinnen.

Tjeenk Willink, Groningen.