



Tijdschrift voor Directieve
Therapie
jrg.3 nr.2 september 1975

GEBOKT



Redactie: Richard van Dijk, Onno van der Hart, Kees Hoogduin, Leen Joele, Alfred Lange, Dick Oudshoorn, Kees van der Velden

Inhoud

september 1975

Hoofdredacteur	Ten geleide	1
Dick Oudshoorn	De juiste verpakking van een onplezierige boodschap	3
Richard van Dijk & Kees Hoogduin	Fighting couples	4
Onno van der Hart	De last is te zwaar	14
Dick Oudshoorn	Typologie en behandelingsstrategie van gezinnen	23
Kees Hoogduin	Weerstand, prognostische betekenis, utilisatie-technieken	30
Alfred Lange	De cliënt met de niet-willende partner, een toevoeging	36
	Afleiding, posthypnotische suggesties en een dubbele fobie	40
Leen Joele	Een geval van enuresis nocturna in de puberteit	47
Onno van der Hart	Gestalt-hypnotherapie bij een fobie voor dode vogels	50
Kees van der Velden	Naar een simplistische psychotherapie (II)	55

Omslag: Daniël van der Velden

Oplage: 7 ex.

Ten geleide

Ditmaal is een ingrijpende renovatie van de redactiekantoren de voornaamste oorzaak van de late toezending van dit Tijdschrift. Niet alleen werden schilderwerk en meubilair geheel vernieuwd, ook de reproductie-apparatuur kon belangrijk worden uitgebreid: naast het bestaande zwarte stempelkussen kon nu ook een rood exemplaar worden aangeschaft, terwijl de stempelcollectie werd aangevuld met een fraai specimen dat niet minder dan twaalf mogelijkheden heeft. Het "geboekt" op het omslag demonstreert slechts één van deze mogelijkheden. Niet alleen rijst de vraag "Zouden wij dit geheel eens mogen bezichtigen?", maar ook "Wie zal dat betalen?" Wat de eerste vraag betreft luidt het antwoord "Dat kan", terwijl de tweede vraag met "Wijzelf" beantwoord moet worden.

"Ik ben benieuwd wat je nu gaat turven", schrijft mij Freddy Lange. Welnu, nu ga ik onze uitgaven turven.

De financiële positie van het TDT

het onderstaande staatje vermeldt inkomsten en uitgaven van februari tot en met augustus 1975. De uitgaven voor dit nummer zijn nog niet in deze begijferingen verwerkt.

Debet	BALANS	Credit
In kas +)	f 50,-- Stempels	f 70,--
	Postzegels	- 60,70
	Omslagkarton	- 6,80
	Enveloppen	- 4,30
	Totaal	f 143,80
	<u>Saldo</u>	- 206,20
	<hr/> f 350,--	<hr/> f 350,--

+) wanneer die ene redacteur tenminste alsnog de overeengekomen f 25,-- overmaakt.

Analyse der cijfers

Wat allereerst opvalt bij deze balans is het geringe

bedrag dat aan enveloppen wordt uitgegeven. De reden hiervan is dat deze post al in april '75 werd overgenomen door de Interkerkelijke Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid te Rotterdam.

Volgens deze cijfers heeft elk van de vier totnogtoe verschenen nummers f 35,95 gekost, d.w.z. per abonnee f 5,01. Een juister beeld krijgen we wanneer de f 70,-- voor stempels, zijnde een eenmalige aanschaf, van de totale uitgaven aftrekken. De kosten per nummer komen dan op f 18,47, per abonnee op f 2,64! Vergelijk nu maar weer eens met het Tijdschrift voor Psychotherapie, dat per los nummer f 10,-- moet kosten, terwijl men daarin toch doorgaans niet zijn eigen bijdragen kan lezen!

Een voor mij niet geheel vleeiende conclusie lijkt te zijn ik bij de redactievergadering in augustus ten onrechte heb aangedrongen op een prompte betaling van nogeens f 25,--, waarmee ik mijzelf zou kunnen verrijken.

Laten wij eens zien wat de consequenties zijn van deze slotsom tegenover bijv. Onno van der Hart en Freddy Lange. Wat zijn zij kwijt aan dit Tijdschrift? Samen f 100,--. Dat lijkt heel wat. Wat verdienen zij echter aan dit Tijdschrift?

Op de Sociale academie Rotterdam heb ik, als collega-redacteur, studentenprotest trotserend, hun boek verplicht gesteld. Ik geef les aan 6 groepen van gemiddeld 18 studenten. Dit betekent dat beide heren 108 x 2,50, dat is f 270,-- aan mij terugverdienen!

Gezien de staat van baten en kosten kan ons Tijdschrift "rijk" genoemd worden. Vandaar dat wij in het volgende nummer een aantrekkelijke prijsvraag zullen aantreffen!

De Hoofdredacteur

De juiste verpakking voor een onplezierige boodschap.

Richard heeft in 1973 een kapabele operatiezuster zeer succesvol behandeld wegens dwanggedachten omtrent mogelijke infecties in de operatiekamer, die door haar onachtzaamheid zouden kunnen worden veroorzaakt en waardoor ze al geruime tijd was uitgeschakeld. Hij had hyperdramatisering toegepast. Ook het probleem dat ze zich thuis door haar moeder en op haar werk voor alle klusjes liet gebruiken werd zo goed als maar mogelijk is opgelost. Sedertdien floreert ze als een actieve en levenslustige vrouw.

Onlangs werd haar jongere broer tot 2 mnd gevangenisstraf veroordeeld. Niemand van de familie had ook maar iets van de strafzaak aan moeder durven vertellen, nu moest onze verpleegster de boodschap dan maar overbrengen.

Ze kocht een grote appeltaart met toefjes slagroom en toog naar moeder. "Gut, is er iets te vieren?", was de blijde reactie en er werd onmiddellijk koffie gemaakt. Onze zuster sneed grote punten van het gebak af en vertelde dat in de rechtzaak van de broer nu uitspraak was gedaan. "Wat zeg je me daar, daar wist ik niets van, maar dan is het zeker wel meegevallen, dat je een taart meebrengt?" Onze zuster antwoordt: "ja, gelukkig maar twee maanden, en hij kreeg nog een complimentje van de rechter dat hij zichzelf had aangegeven."

Zo ingekleed kon moeder de nare tijding zonder grote schok aanvaarden. Misschien ook iets om onze klanten te adviseren?

Dick Oudshoorn

Litt. MBNGCC jrg 1 nr 2(juni 1973)
(het Maandblad van het Belgisch-Nederlandsche Genootschap voor Casuïstiek en Consultatie is de voorganger van het TDT)

FIGHTING COUPLES.

Richard van Dijck en Kees Hoogduin.

1. Inleiding.

Het gebeurt regelmatig dat echtparen zich aanmelden met, behalve uiteenlopende psychiatrische symptomen, ook onophoudelijke ruzies als klacht. Minder vaak vormt ruzie de enige aanleiding tot behandeling.

Ruzie is een probleem dat voor gerichte behandeling in aanmerking komt als het echtpaar geen technieken meer beheerst om tot een conclusie of verzoening te komen. Er komt dan een escaleerend proces op gang dat alleen door vermoeidheid en andere fysieke beperkingen tijdelijk onderbroken wordt. Tussen twee rondes houden beide partners zich bezig met rumineren over de vorige ruzie en zij bedenken replieken en tegenbeschuldigingen voor het volgende offensief. Zij hanteren een consistente negatieve interpunktie om elkaars gedragingen uit te leggen. Positieve bekrachtiging d.m.v. beloning van gewaardeerd gedrag komt niet meer voor, wel is er voortdurend een wederzijdse negatieve bekrachtiging. De zeldzamer wordende momenten waarop één van beiden van affectie blijk geeft, wordt door de ander vaak in de grond geboord met beschuldigingen van "omkoping" of "mooi weer spelen". De ruzies zelf krijgen steeds meer een stereotyp verloop. Beiden stellen als eis dat de ander als eerste moet toegeven. Er wordt niet meer geluisterd naar de argumenten van de ander, maar elk probeert zwakke plekken te ontdekken in de redenering van de tegenpartij. Zodra dit punt bereikt is heeft de communicatie niet meer het karakter van informatie uitwisseling, maar wordt een soort ping-pong spel. Gezamenlijke beslissingen kunnen dan ook niet meer tot standkomen. Steeds geringe aanleidingen gaan volstaan om een fikse discussie op gang te brengen. Bij gebrek aan actuele conflictstof worden als maar bejaarder koeien uit de sloot gehaald en incidenten die dateren van de verlovingstijd worden erbij gesleept als illustratie van een reeds toen in de kiem aanwezige demonische persoonlijkheid.

In dit overzicht van interventietechnieken waarbij het proces van ruziemaken de (eventueel tijdelijke) focus van de therapie vormt onderscheiden we twee invalshoeken:

- 3
- 1) Het aspect van escalatie wordt bestreden via ruzie-blokkerende interventies. Het doel is het bestrijden van destructieve interactiepatronen.
 - 2) Het aspect van gebrekkige communicatie en onderhandelingsprocedures wordt via gerichte, didactische oefeningen en adviezen aangepakt. Het doel is het aanleren van meer constructieve interactiepatronen.

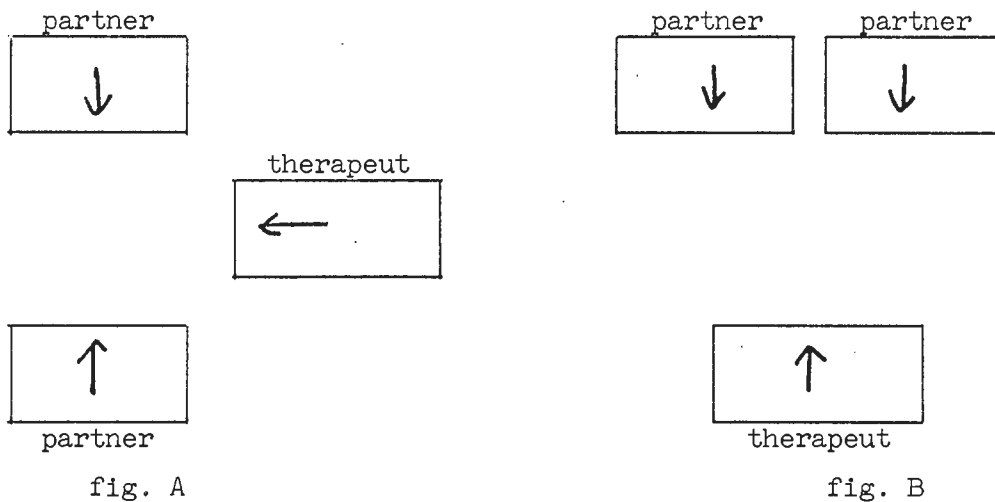
Het ligt voor de hand dat in veel gevallen de blokkerende interventies een voorbereiding kunnen zijn op de meer constructieve interventies. Volgens een eerder gebruikte typering (Van Dijck, 1974) van interactiepatronen is dit verloop vooral te verwachten bij echtparen die kunnen beschreven worden als "type kat en hond". Het gebeurt dat na het blokkeren van de escalatie ook spontaan meer bevredigende communicatie- en besluit procedures terugkeren. Het komt ook voor dat zonder meer met constructieve maatregelen begonnen kan worden en een aparte "behandeling" van de escalatie overbodig blijkt. Bij echtparen die kunnen getypeerd worden als "blaffende honden die niet bijten" mag de therapeut zich voorbereiden op een moeizamer verloop. Na het blokkeren van de ene escalatie komt de volgende opzetten enz. Dit blijft duren zolang er nevenkwesities als onderwerp voor conflicten (kunnen) worden aangeboord.

Als voorbereiding voor zijn interventies doet de therapeut er goed aan de bestaande ruzies zoveel mogelijk van een positieve interpunctie te voorzien, om de heersende sfeer van vijandigheid tegen te gaan. Hij kan het ruziemaken als een gewenst en noodzakelijk gebeuren afschilderen. Een introductie van de volgende strekking kan gebruikt worden: "U vindt het vervelend dat u zo vaak ruzie maakt, maar ik zou u een slechte dienst bewijzen als de behandeling tot gevolg zou hebben dat u nooit meer conflicten hebt. Meningsverschillen zijn een noodzaak voor ieder huwelijk. Uw probleem is niet het ruziemaken zelf, maar de manier waarop u dat doet. Uw probleem is in werkelijkheid: hoe leren wij ruzie maken op een wijze die leidt tot een verbetering van de relatie. Uw ruzies zijn van slechte kwaliteit. Terwijl de één de ander zijn portie geeft, luistert deze niet, maar probeert ondertussen

te bedenken hoe hij de ander het best terug kan pakken, enz..."

Verder dient te worden vermeld dat de therapeut het verloop van de zitting in zijn spreekkamer mede kan beïnvloeden door manipulatie met de ruimtelijke opstelling van de zitplaatsen die aan het echtpaar worden toegewezen. (cfr. Minuchin, 1973).

Wanneer deze opstelling volgens fig. A gebeurt, waarbij het echtpaar face-to-face zit dan wordt een levendige gedachtenuitwisseling van het echtpaar bevorderd. Deze positie heeft de voorkeur wanneer gestreefd wordt naar een directe interactie.



Een opstelling volgens fig. B leidt er eerder toe dat de communicatie via de therapeut verloopt en dat deze in hoge mate het verloop van het gesprek kan bepalen. De echtelieden moeten opzij kijken om elkaar te zien en zullen geneigd zijn vooral tot de therapeut het woord te richten. Dit kan een voordeel zijn als de therapeut verwacht dat de discussie gemakkelijk uit de hand zal lopen.

2. Ruzie-blokkerende adviezen.

Gemeenschappelijk van deze adviezen is dat de therapeut impliciet of expliciet het voortzetten van ruzies toestaat of zelfs aanmoedigt, maar tevens een (geringe) wijziging tracht aan te brengen in het verloop of de omstandigheden, zodanig dat het echtpaar "spontaan" tot minder destructieve woordenwisselingen overgaat.

- 1) beperkte tijdsduur: Lange (1972) beschrijft deze techniek als volgt: "u moet ieder geschil van mening uitgebreid bespreken,

14

echter met een zeer harde tijdsbeperking. Er wordt met behulp van een stopwatch b.v. maximaal een kwartier geruzied. Er kunnen nu geen ellenlange discussies ontstaan waarbij een van de partners de andere verbaal tegen de muur drukt". Het is voor een echtpaar vaak moeilijk om zich te houden aan een beperkte tijdsduur als er al echte ruzie is op gang gekomen. De kans is groot dat men begint met de beste bedoelingen maar in de hitte van de strijd de afspraak vergeet.

- 2) gefractioneerd ruzie-advies: dit advies bestaat eruit dat op de vastgestelde tijd, gedurende een omschreven periode, bv. 20 minuten, één van de partners al zijn bezwaren en beschuldigingen mag ventileren. De ander is verplicht te luisteren en moet trachten in te leven in wat de partner beweegt dit soort akelige zaken tegen hem te zeggen. Hij moet het geheel overdenken en mag pas de volgende dag zijn repliek geven. "Daar u niets hoeft terug te zeggen, dus ook geen spitse en rake antwoorden hoeft te bedenken, kunt u zich volledig op de ander concentreren. Als u zwaar geattaqueerd wordt, moet u maar bedenken dat het de volgende avond uw beurt is". Omschrijvingen als: de volgende avond is het uw beurt, sla- gen onder de gordel, elkaar beentje lichten, genadeloos af- slachten, klappen toedienen, enz., dragen er toe bij dat er enige hilariteit in de vijandige sfeer kan ontstaan, iets wat ruziemakende echtparen meestal goed kunnen gebruiken. Verder leidt het uitblijven van replieken tijdens de "ruzies" ertoe dat de spreker zijn inspiratie bij het bedenken van be- schuldigingen gaat verliezen. Bovendien wordt er weer naar elkaar geluisterd, zodat er opnieuw negatieve feedback op- treedt, naast het verminderen van positieve feedback. Bij voorkeur geeft men het echtpaar een nieuwe afspraak na + 2 weken. Onze ervaring is dat zelfs zeer rancuneuse echtparen na een dergelijke periode van deze procedure verveling en ge- brek aan gespreksstof rapporteren. Een vaak gehoorde opmer- king is: "we zouden wel eeuwig door kunnen gaan met oude koei- en uit de sloot te halen, maar dat heeft toch geen zin, dus zijn we er maar mee opgehouden".
- 3) Monitoring: de echtelieden wordt gevraagd een lijst bij te houden van duur, begin, beëindiging en onderwerp van de ruzie.

Onafhankelijk van elkaar moeten ze het geheel registreren, en ze weten daarbij dat ze door elkaar worden gecontroleerd.

Men kan er op hopen dat een dergelijke zelfobservatie en observatie door de partner het spontane verloop van interacties gaat beïnvloeden, vaak in een sociaal wenselijke richting (Mann en Starr, 1972). Wellicht zal monitoring alleen onvoldoende zijn om een heftig ruziepatroon te doorbreken. Het is echter een bruikbare toevoeging bij andere interventies.

- 4) Kritiek opschrijven: een variant van het voorgaande bestaat eruit elk van de partners te adviseren de kritiek op de ander niet meteen te spuien maar schriftelijk vast te leggen en vervelende gedragingen te turven in plaats van te commentariëren. Behalve dat hierdoor nuttige informatie kan verkregen worden is ook een verdragingsmechanisme ingebouwd bij het op gang komen van ruzies. Voor de werking en toepassing van dit advies geldt hetzelfde als bij het voorgaande.

- 5) Opnamen maken: een andere registratiemethode bestaat eruit dat de therapeut stelt dat het voor de behandeling nodig is, dat hij precies weet hoe de ruzies verlopen. Hij adviseert het echtpaar een cassetterecorder te kopen en vraagt het apparaat aan te zetten zodra de conversatie in een ruzie dreigt te ontaarden. Het opgenomen materiaal zal tijdens de volgende zitting worden beluisterd. Deze constructie leidt ertoe dat sommige echtparen hun beginnende ruzies prompt beëindigen zodra zij zich de recorder herinneren. Men kan bij het uitbrengen van dit advies er op wijzen dat ter zijner tijd het toestel zal kunnen gebruikt worden voor het opnemen van muziek en andere leuke dingen.

- 6) Tijd winnen: soms dwingen de omstandigheden het echtpaar tot het nemen van beslissingen op korte termijn terwijl de overlegprocedures nog muurvast zitten. Het risico bestaat dan dat ze het niet kunnen nalaten onvruchtbare discussies over aanstaande beslissingen steeds weer aan te zengelen. In af-

9

wachting van meer duurzame oplossingen kan de therapeut trachten dergelijke ruzies overbodig te maken door een voorlopige beslissingsprocedure aan te raden. Hij kan zelf een compromis voorstel indienen, bij voorkeur een dat verschilt van de afzonderlijke oplossingen die elk van de partners voorstaan. Hij kan ook random procedures afspreken zoals een muntstuk opgooien. Dit kan eventueel de motivering van het echtpaar doen toenemen om een zinnige besluitvorming te ontwikkelen.

7) Positieve competitie: Als het echtpaar gekenmerkt wordt door een sterke competitieve instelling, dan kan getracht worden om deze eigenschap voor positieve doeleinden aan te wenden. De wedstrijd in gelijkhebbij kan omgebogen worden in een wedstrijd in grootmoedigheid door het echtpaar voor te stellen te trachten elkaar te overtroeven in het beëindigen van ruzies. Als aanloop kan gezegd worden dat hoewel ruzies een noodzakelijk gebeuren zijn in een huwelijk, de zaak nu uit de hand dreigt te lopen omdat misschien één van beiden de ruzies "onbewust" in gang houdt. De term "onbewust" moet voorkomen dat het echtpaar van beiden de indruk krijgt dat er een moedwillige ruziezoeker in het spel is. Vervolgens wordt het echtpaar een korte zin voorgesteld die het signaal moet zijn dat de discussie gesloten wordt. Bijvoorbeeld: "zullen we over iets anders praten" of "jij hebt misschien wel gelijk, maar ik zou er nog eens over willen nadenken". Er wordt afgesproken dat deze uitspraken gescored worden. Wie zijn score hoog kan opvoeren is in elk geval geen "onbewuste ruziezoeker". Deze techniek werkt alleen als de sfeer nog redelijk is en het echtpaar zin heeft in een sportieve, eerlijke wedstrijd.

8) Coalitie: de therapeut neemt één van de partners apart, stelt dat hij van mening is dat de andere partner een moeilijk persoon is en dat hij verwacht dat hierin verandering kan komen zonder de hulp van de aanwezige partner, over wie de therapeut de mening oppert dat deze veel flexibeler, rijper en eventueel intelligenter is. Essentiëel is dat de therapeut

10

deze partner aan zijn kant krijgt. Het is daarbij soms nodig iemand gelijk te geven wanneer hij dat duidelijk niet heeft. Daarbij geeft de therapeut "gebruiksaanwijzingen" voor de "moeilijke" partner. Deze gebruiksaanwijzingen kunnen in feite adviezen zijn aan de aanwezige partner om zich minder onredelijk te gedragen, maar alles gebeurt onder het mom van een coalitie. Deze techniek is soms bruikbaar bij zeer asymmetrische echtparen waarvan één lid sterk domineert, als blijkt dat deze dominante partner niet van plan is zijn positie te veranderen. Zowel de dominante als de submissieve partner kunnen in vertrouwen genomen worden. Doorslaggevend is met wie de therapeut denkt het best een coalitie te kunnen vormen. Het nadeel van deze interventie is dat de bestaande onevenwichtige verhoudingen worden bevroren. De therapeut maakt het voor zichzelf vrijwel onmogelijk hierna zijn positie nog essentieel te veranderen. Niet zelden is een dergelijke bevestiging van het systeem met een poging om er het beste van te maken de meest realistische doelstelling. Als de interventie niet tot resultaten leidt kan de therapeut het best doorverwijzen naar een andere collega.

- 9) Kanaliseren van de agressie: Nadat het maken van ruzie als een uiting van agressie omschreven is, kan men aan echtparen uitleggen dat hun irritatie volkomen natuurlijk is en dat het van groot belang is om dit niet op te kroppen. Alleen is het wenselijk dat ze voor enige tijd een ander object zouden uitkiezen dan hun partner, dit in het belang van het voortbestaan van hun huwelijk. Het advies bestaat er dan uit om, wanneer ze door hun partner geïrriteerd worden, zich onredelijk te gedragen ten opzichte van derden zoals de kinderen, de burens of op het werk. Een dergelijk voorstel om bewust vervelend te zijn tegenover onschuldige buitenstaanders leidt er soms toe dat men zich minder prikkelbaar voelt. Een beter alternatief kan zijn de aankoop van een nieuwe voorraad goedkope borden bij de Hema, met het advies een dozijn hiervan stuk te gooien zodra de stemming slecht wordt. Dit advies, dat een vanzelfsprekende beperkte toepassingsmogelijkheid heeft, kan overwogen worden bij mensen die toch al hun kinderen en burens afbellen of hun meubilair doen sneuvelen.

- 116
- 10) Een onwaarschijnlijk kleine positieve opdracht: de therapeut bestempelt de conflicten als buitengewoon ernstig en geeft als zijn mening dat ze vrijwel onoplosbaar zullen blijken. Hij kondigt een langdurige en moeizame therapie aan, met waarschijnlijke dubieuze resultaten. Zodra het echtpaar laat blijken dat ze vinden dat de zaken nu wel wat al te zwart geschilderd worden, zegt de therapeut dat hij een advies heeft maar dat dit waarschijnlijk te moeilijk zal zijn voor het echtpaar. Vervolgens stelt hij een belachelijk kleine verandering voor: zoals elke dag gedurende 25 seconden elkaar vriendelijk aankijken zonder iets te zeggen, of tweemaal per week de eerste tien minuten van het avondmaal een prettig voorval vertellen. Soms lukt het echtparen ertoe te verleiden om te gaan demonstreren dat ze wel meer kunnen dan gevraagd was. Deze aanpak kan zinvol zijn bij echtparen die laten blijken dat ze wel gemotiveerd zijn om in behandeling te komen en te blijven, maar die weinig aanstalten maken om de therapie voor verandering aan te wenden.

3. Interactie lessen.

De tweede categorie van interventies bij ruziemakende echtparen bestaat uit leeropdrachten waarbij de therapeut de interactie in constructieve richting tracht te veranderen.

Doorgaans wordt een programma gebruikt van kleine, overzichtelijke en haalbare stappen in de goede richting. Behalve oefeningen tijdens de zitting met verwijzingen en correcties van de therapeut krijgt het echtpaar doorgaans opdrachten voor herhaling en uitbreiding thuis.

In dergelijke programma's wordt enerzijds de nadruk gelegd op verbetering van communicatie, anderzijds op adequate onderhandelings-technieken. Aanwijzingen voor echtparen zijn te vinden in Bach en Deutsch (1973) en Lederer en Jackson (1968). Samenvattingen en overzichten van diverse benaderingen voor therapeuten, waarbij concrete richtlijnen van toepassing worden gegeven vinden we bij Lange en Van de Hart (1975) en Cladder en Truyens (1974).

Een voorwaarde voor de bruikbaarheid van deze didactische programma's is dat het echtpaar accoord moet zijn met een definitie van hun moeilijkheden als relatieproblematiek; dit kan wel eens pro-

blemen opleveren als behalve ruzies ook individuele klachten een rol spelen. Verder moet er een minimale bereidheid bestaan om naar positieve, constructieve oplossingen te zoeken. Deze ontbreekt vaak zolang de conflicten in volle hevigheid woeden. Tenslotte moet het echtpaar gemotiveerd zijn voor een continue, dagelijkse inzet. Mensen die zich alleen aan afspraken houden als het water hen aan de lippen staat, en alles zijn gangetje laten gaan zodra de nood minder hoog is, zullen doorgaans vroegtijdig af

1) Communicatie lessen: Gemeenschappelijk ~~over~~ de verschillende programma's met spelregels voor effectieve communicatie dat uitdrukkelijke instructies gegeven worden aan echtparen om duidelijk en ondubbelzinnig hun standpunten en wensen te formuleren; het gesprek wordt pas voortgezet als de partner heeft laten blijken dat hij goed begrepen heeft wat er gezegd is, bij voorkeur door het gezegde samen te vatten. Verder signaleert en corrigeert de therapeut het gebruik van debaateertrucjes of manoeuvres die een heldere informatie uitwisseling belemmeren. Het lijkt logisch eerst aandacht te besteden aan de kwaliteit van de communicatie vooraleer met de onderhandelingstechnieken begonnen wordt.

2) Contracttechnieken.
Het grondprincipe is een toepassing van de "quid pro quo" gedachte van Jackson (1965). In gedragstherapeutische termen kan gesteld worden dat wederzijdse negatieve bekrachtiging voor niet-gewaardeerd gedrag wordt vervangen door positieve bekrachtiging van gewaardeerd gedrag. Het kost vaak aanzienlijke moeite om een echtpaar te involveren in deze procedure en hen ertoe te brengen de contracten consistent na te leven. In veel gevallen zal dit te wijten zijn aan het feit dat de bestaande ruzies nog te heftig zijn of de communicatie nog te destructief is om een onderhandelingsprocedure te doen slagen.

Conclusie:

Als beleidslijn bij ruziemakende echtparen wordt werken in drie fasen voorgesteld:

- ruzies blokkeren
- communicatie lessen

- contracttechnieken.

Hierbij kan dan worden aangetekend dat "moeilijke echt)paren" vaak niet verder dan de eerste fase komen, en "gemakkelijke echt)paren" zonder uitdrukkelijke richtlijnen van de therapeut één of meerdere fasen op eigen kracht kunnen doorlopen.

Verder zal deze werkwijze waarschijnlijk het meest adequaat zijn voor echt)paren die we als "kat en hond" kunnen typeren. Bij "blaffende honden die niet bijten" zullen behalve maatregelen om de escalatie te blokkeren veelal ook interventies nodig zijn om de paradoxale communicatie te blokkeren.

Literatuur verwijzingen.

- Bach, G.R. en Deutsch, R.M. (1973), Pairing: Boom, Meppel.
- Cladder, J.M. en Truyens-Van Berkel, D.A.M. (1974) Gedragstherapie bij ouder en kind: Swets en Zeitlinger, Amsterdam.
- Van Dijck, R. (1974) Vormen van directieve therapie bij echt)paren en gezinnen. : T.psychiat. 16, 209-228.
- Lange, A. (1972) Opdrachten in gezins- en huwelijkstherapieën. T. maatschappijvraagst. en welzijnswerk., 26, 387-394.
- Lange, A. en Van der Hart, O. (1975) Gedragsveranderingen in gezinnen., Tjeenk Willink, Groningen.
- Lederer, W.J. en Jackson, D.D. (1968) The mirages of marriage. Norton, New York.
- Mann, J. en Starr, S. (1972) The self report questionnaire as a change agent in family therapy. Family Process, 11, 95-105.
- Minuchin, S. (1973) Gezinstherapie. Het Spectrum, Utrecht.

14

Onno van der Hart:

De last is te zwaar:

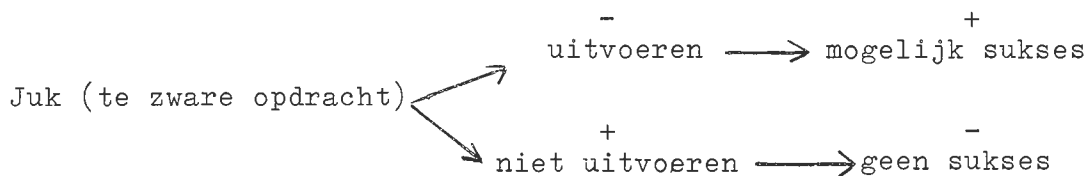
Huiswerk geven is een basistechniek van direktieve therapeuten. De bedoeling ervan is meestal, dat de cliënt door uitvoering ervan, ten gunste verandert. Soms vindt de cliënt de opdracht zo zwaar, dat hij weigert hem uit te voeren. Als de therapeut het doorgaan van de therapie verbindt aan het wèl uitvoeren, knapt de zaak af. De cliënt kan dan naar een andere hulpverleningsinstantie gaan, berusten in zijn lot, of toch verbeteren. Dit laatste is een intrigerend verschijnsel, dat helaas niet al te vaak voorkomt.

In dit artikel wordt een model gekonstrueerd, dat het optreden van een dergelijke verbetering wellicht kan verklaren. Het wordt toegepast op een aantal praktijkvoorbeelden.

Het model.

Tal van cliënten komen bij een therapeut met problemen die hen werkelijk last en pijn bezorgen. Ze verkiezen een leven, waarin die problemen niet (meer) voorkomen). Ze zijn vaak bereid om er zelf het een en ander aan te doen om de problemen op te lossen. Tot nog toe heeft het echter niet geholpen. Iets ingrijpenders is nodig. De therapeut vertelt hen dat ze, om verbetering in hun situatie te krijgen, een bepaalde opdracht moeten uitvoeren. Los van de intentie van de therapeut kan het voorkomen, dat ze die opdracht te zwaar vinden. Dat brengt hen in een merkwaardig dilemma.

In schema:



Het uitvoeren van de opdracht leidt waarschijnlijk of mogelijk tot sukses; een positieve zaak. Maar het uitvoeren zelf wordt negatief gewaardeerd.

8

Niet uitvoeren, ten opzichte van wel uitvoeren positief ge-
waardeerd, leidt tot geen sukses; iets negatiefs. In sommige
gevallen is de oplossing van deze kognitieve inkonsistentie
(vgl. Festinger, 1957) een koppeling van niet uitvoeren en
sukses.

In schema:



Hiermee is de dissonantie op een prettige wijze gereduceerd.
We hebben genoemd, dat cliënten ook andere uitwegen kunnen
vinden, n.l. bij een ander hulp zoeken of in de bestaande
situatie berusten. Er moet een aantal factoren bestaan, dat
er voor zorgt dat de succes-uitkomst gekozen wordt. Er kan
aan de volgende gedacht worden:

- a) een knellend probleem bij de cliënt(en),
Het probleem moet van dien aard zijn, dat men gaarne van
het lijden verlost wil worden.
- b) enige mate van betrokkenheid van de cliënt bij de therapie.
D.w.z. dat men enige hoop op deze therapie heeft gevestigd.
Men is tot op bepaalde hoogte zeker gemotiveerd.
- c) de cliënt ziet de therapeut als autoriteit/expert.
Datgene wat de therapeut te bieden heeft, m.n. de te
zware last, wordt hierdoor niet meteen als onzin beschouwd.
Als men de therapeut als een autoriteit/expert ziet, houdt
dit in dat men aanneemt dat door het uitvoeren van zijn
suggesties het gewenste doel waarschijnlijk bereikt wordt.
"Het kan wel waar zijn dat zijn opdracht te zwaar (of te
vreemd, etc.) is, maar we hebben hem niet uitprobeerd ..."
Die twijfel wordt o.m. gereduceerd door zelf ten goede te
veranderen, waardoor het uitvoeren van de opdracht niet
meer nodig is.
- d) de cliënt neemt de opdracht serieus.
Dit hangt nauw samen met punt c). Door de therapeut een hoge
status toe te kennen, kan men diens akties niet weglachen.
- e) uitvoeren van de opdracht is een konditie voor het konti-
nueren van de therapie.
Het is duidelijk dat de hier geschetste oplossing niet op-
treedt, als de therapeut opmerkt dat hij dan maar een
lichtere opdracht zal geven.

16

Er zijn vele situaties, waarin dat de juiste stap is, maar het gaat hier om die (zware) opdrachten, die de therapeut werkelijk noodzakelijk vindt voor het doorgaan c.q. slagen van de therapie.

f) onoverkoombare weerstand bij de cliënt daartegen.

Spreekt voor zichzelf "Dat gaat me te ver".

g) een uitweg via hulpverlening door anderen is afgesneden of zeer moeilijk te bereiken.

Als andere mogelijkheden erg voor de hand liggen of eenvoudig te bereiken zijn, is de kans groot dat men daar op af gaat. Soms moet er voor het geven van een opdracht, die de kans loopt geweigerd te worden, contact opgenomen worden met andere relevante figuren in het ekologische netwerk van de hulpverlening. Hun kan bericht worden waarom de therapeut een dergelijke drastische ingreep overweegt en wat hij daarbij van hen verlangt.

Voorbeelden:

Met behulp van bovenstaand model wordt gekeken naar een aantal voorbeelden uit de praktijk. Er wordt niet getracht om elk voorbeeld uitputtend te behandelen, zodat deze materie wellicht ook stof voor andere interpretaties biedt.

1. Riet, door mij ten tonele gevoerd in TDT 2 (10). Na een "goede periode" is ze weer in de depressie geschoten; ziet het helemaal niet meer zitten, speelt met de gedachte er een eind aan te maken. In de direktieve nazorggroep waar dit ter sprake komt, suggereer ik een werkzaam paardemiddel voor haar te hebben, maar ze moet er zelf naar vragen. Na veel aarzeling komt ze over de brug, en schrikt zich rot als ze hoort wat dat paardemiddel inhoudt: drie keer per week, gedurende drie weken, deelnemen aan een jogaprogramma van half zes tot acht uur 's morgens. De volgende week komt ze opgewekt terug in de groep. Had serieus nagedacht over de opdracht en besloten het niet te doen omdat het teveel was. Ter compensatie was ze harder gaan werken in haar baan en had ze in de avonden haar talenstudie zeer intensief ter hand genomen. En ze had heel lekker voor zichzelf gezorgd; hetgeen ze de andere groepsleden van harte kan aanbevelen.

Ook hier levert het niet uitvoeren van de opdracht (hij is wel zwaar, maar hij zal wel werken) kognitieve dissonantie op. Gegeven de emotionaliteit daarbij is die optredende twijfel zeer geladen, dus zeer centraal. Ook hier is de oplossing uit dit dilemma het zèlf instigeren van een veranderingsproces ten gunste.

2. Lydia is een vrouw van 32, gescheiden, en samenlevend met een tien jaar jongere vriend. Zij is sedert 1968 in therapie wegens depressies, niet met vrouwen kunnen opschieten, onverwerkte problematiek t.o.v. ouders, enz. Door deze therapie (van een oudere, vrouwelijke, psychiater) raakt ze van haar man af. Deze man was enerzijds erg beschermend, anderzijds ging hij op in zijn carrière "voor haar". Haar nieuwe vriend, Hans, wordt op hetzelfde spoor gezet; gaat ook carrière maken. Komt ook in therapie bij de psychiater, die tenslotte Lydia alleen ziet, Hans alleen, en hen beiden samen. Maar het schiet niet veel op. In 1975 wordt de therapie met Hans alleen stopgezet, de relatie therapie voortgezet, en Lydia wordt bij het dagcentrum aangemeld. Dan blijkt, dat de psychiater "veel meer voor haar is dan alleen een therapeute". Ze kan haar niet missen. Duidelijke overdrachtsverschijnselen, zou men zo zeggen. Maar de therapeute houdt voet bij stuk, en met het dagcentrum wordt overeengekomen dat ook de relatietherapie zal worden overgenomen. Zij het onder protest, Lydia en Hans schikken zich erin. Maar dan blijkt, dat zij bepaalde eisen voor de relatie-therapie hebben. Die moet 's avonds gebeuren, zodat Hans door kan gaan met het werken aan zijn carrière. De therapeut (ik) weigert. Dit onderwerp wordt een strijdpunt gedurende de eerste taxatie-zitting, want zowel de therapeut als Lydia en (vooral) Hans houden voet bij stuk. Hans probeert het nog met: "Maar ik gééf al iets op van m'n carrière. Eigenlijk moet ik alle avonden (naast alle werkdagen!) op de zaak zijn, maar de donderdagavond had ik voor de relatie-therapie bij dr. M. gereserveerd". Het blijkt evenwel, dat hij door een dergelijke inspanning in zijn werk gedurende de week in het weekend zo moe is, dat hij dan de tijd grotendeels in bed doorbrengt. Tot verdriet van Lydia, die echter geen verweer heeft als hij zegt: "Van wie moest ik ook weer met die carrière beginnen?"

18

Kort gezegd, het lijkt de therapeut waanzin om met dit systeem mee te gaan, door 's avonds relatietherapie te gaan doen met hen. Er is amper een relatie. Pogingen om Lydia dat te doen inzien lijken niet te slagen. De therapeut sluit de zitting, met nogmaals op de onoverbrugbare tegenstelling te wijzen, en met de mededeling dat hij en het behandelingsteam van Lydia's leefgroep en dr. M. hierover nog een gesprek zullen voeren, en dat ze in ieder geval niet terug kunnen naar dr. M. Anderhalve week later, twee dagen voor de casebespreking bericht Lydia, dat ze het dagcentrum gaat verlaten. Haar problemen zijn immers veel minder ernstig dan die van de andere groepsleden. Maandag gaat ze werken; ze heeft al een baan georganiseerd, En, o ja, met Hans gaat het nu veel beter, hij is nu vrij veel avonden thuis en ze doen veel meer samen.

Ook hier blijkt het juk van de therapeut te zwaar te zijn, de therapie gaat niet door. Lydia kiest ervoor om helemaal uit de therapie te stappen (uitstekend), maar dan moet ze wel bewijzen dat dit gerechtvaardigd is. Het gaat op alle fronten beter.

3. Whitaker (1975) beschrijft het voorbeeld van een huwelijksadviseur en diens vrouw, die in relatietherapie willen bij twee kotherapeuten. Beiden waren met medeweten van de ander een verhouding buiten het huwelijk aangegaan. Die verhoudingen liepen prima en het echtpaar had zichzelf zes maanden gegeven om de eigen relatie te verhelderen voordat ze over een echtscheiding zouden beslissen. De therapeuten verzochten ^{voor} 24 uitstel ("verzoeken" komt me wat vreemd voor) om een aanpak te bedenken. De volgende dag gaven zij aan, dat er twee manieren van behandeling waren. De eerste is een paartherapie met een kontrakt waarin staat dat man en vrouw geen seksueel contact gedurende de therapie mochten hebben. Zulks om de affektieve relatie met de kotherapeuten te versterken. Seksueel contact met de partner van de verhouding is eveneens verboden. De andere manier houdt in, dat man en vrouw hun vriendin en vriend meenemen benevens de echtgenoten daarvan. Zo kunnen de kotherapeuten met alle zes werken. Beide manieren werden door het echtpaar afgewezen, maar een brief zes weken later gaf aan dat het met het paar veel beter ging en dat ze de hulp van de therapeuten op prijs hadden gesteld.

C9

Whitaker zegt hierover, dat de therapeuten rebellie tegen hun aanpakken aanmoedigden, hetgeen het echtpaar met succes deed. Volgens Whitaker werd iets absurds van man en vrouw gevraagd. In mijn termen: het juk was hun te zwaar. Het had evenwel kunnen helpen. Om die inkonsistentie op te lossen, moesten beiden zelf gaan veranderen.

4. Johanna, 30, wordt na een verblijf in Paviljoen III, opgenomen in een psychiatrisch dagcentrum. Door huiselijke omstandigheden (haar kind, 8 jaar, dat enige tijd bij oma kon logeren, komt weer thuis) en door onoverkoombare weerstand van haar man Jan, moet zij na een maand weer uit het dagcentrum. Tijdens een bespreking hierover met een therapeut van het dagcentrum stemt Johanna, aarzelend, in met dit besluit. Zij zal thuis weer aan de slag gaan en daarvoor een individuele begeleiding krijgen.

Een paar dagen later is haar dochtertje voor het weekend thuis. Als Jan haar weer naar zijn moeder terugbrengt, barricadeert Johanna de buitendeur en neemt 40 slaappillen in. Na de deur ingeschopt te hebben treft Jan haar even later half versuft aan, mompelend dat ze een slechte moeder is en dat hij beter af zou zijn zonder haar. De volgende dag komen beiden naar het dagcentrum. Johanna maakt een versufte en infantiele indruk, te vertalen als: "Ik kan nog niet op eigen benen staan; ik heb meer hulp nodig, zoals een langer verblijf in het dagcentrum". Gegeven haar konditie en gegeven het aandringen op een opname van dag en nacht in een inrichting, wordt besloten plaatsing van Johanna te bewerkstelligen in een crisiscentrum te Amsterdam voor (het merendeel) druggebruikers. Dat lukt. Zij als net, ingestort middelklasse huisvrouwje belandt in een uiterst hippe scene, waar ze op zekere dag zelfs de mensen door de gang ziet fietsen. Ze is tijdens het verblijf van $1\frac{1}{2}$ week in dit centrum afwisselend helder en versuft, infantiel. Daarna wordt haar meegedeeld dat ze maar voor langere tijd in een dag- en nachtinrichting moet worden opgenomen. Een aantal alternatieven (waaronder ditzelfde centrum) wordt genoemd en het is aan haar om de keuze te bepalen. Voordat de betrokken therapeut haar opzoekt voor dit antwoord, wordt deze door Johanna opgebeld.

Van thuis. "Ja, dat centrum met al die mensen enz. was toch niets voor mij. Die mensen zijn er veel ernstiger aan toe dan ik. Ik heb besloten om naar huis te gaan en weer normaal aan de slag te gaan". Zo vastberaden en helder heeft men haar sinds lange tijd niet meegemaakt. Het is op dit moment te kort om veel over een follow-up te zeggen. De eerste weken verliepen beter dan ooit tevoren.

Diskussie.

1. Het geven van een zware opdracht met daaraan de verzekering dat uitvoeren verandering ten goede teweeg brengt, zaait twijfel bij degene die weigert de opdracht uit te voeren. "Als ik het nou wel gedaan had, dan zou het nu beter gaan misschien .." Hier treedt ook kognitieve dissonantie op. Kan opgelost worden door zelf te veranderen.

2. Er kan ook sprake zijn van het terugpakken van de therapeut: "Dacht je dat ik niet zonder jou en je rare opdrachten kan? Dat zal ik je laten zien". Dit is echter niet altijd het geval, zoals in het voorbeeld van Whitaker. Wanneer het wel optreedt kan het nog worden uitgelegd in termen van kognitieve dissonantie en de reductie daarvan.

3. Whitaker spreekt vooral van absurde, gekke opdrachten die als juk gebruikt worden. Ik ben niet zo voor dit taalgebruik. De therapeut dient het juk weloverwogen aan te bieden. Datgene wat absurd lijkt, is in feite een weloverwogen manoeuvre. Bovendien lijken vele van de te zware opdrachten helemaal niet absurd. Mijn juk aan resp. Riet en Lydia en Hans (vb. 1 en 2) wordt met een aantal redelijke argumenten gepresenteerd en is helemaal niet gek.

Ik blijf voor het handhaven van termen als "weloverwogen gekozen" en "te zwaar juk" of "te zware opdracht" en wil "absurd" en "gek" vermijden in dit opzicht. Voorzover ze wel toepasbaar zijn, zijn ze niet essentieel. Het beklemtonen van het absurde kan zelf schadelijk werken. Whitaker geeft een voorbeeld van een echtpaar, waarvan de vrouw steeds zwanger raakte en dan weer geaborteerd moest worden. Whitaker stelde dit paar voor de abortuskampioenen te worden, waar ze serieus op ingingen.

Had hij daarentegen een wel zware maar niet absurde opdracht gegeven, n.l. een die ook werkt als hij wel wordt uitgevoerd, dan had hij therapeutisch effect gehad. Dit voorbeeld leert trouwens, dat het te zware juk onderscheiden kan worden van het symptoom voorschrijven, hoewel een combinatie van beide mogelijk is. Ik pleit daar juist niet voor, tenzij in een bepaald geval weloverwogen.

4. Deze benadering van het te zware juk staat lijnrecht tegenover mijn gebruikelijke werkwijze, die van de direkte aanpak via shaping (vgl. Lange & van der Hart, 1975). De vraag doet zich voor, wanneer men het juk zou moeten opleggen. Hierover dient meer nagedacht te worden, maar het volgende idee heb ik wel.

Er bestaan langdurige therapieën, waarin therapeut en cliënt eigenlijk weinig opschieten. De therapeut doet wel eens een appèl op de cliënt, maar deze laat het zitten. Een bepaalde cliënt kan op deze manier zelfs een aantal therapeuten versleten hebben. Het bij een therapeut lopen is deel van de problematiek geworden in plaats van de oplossing (vgl. Watzlawick et al., 1974). Het voorbeeld van Lydia en Hans laat hiervan iets zien. In een dergelijk geval hoeft de nieuwe therapeut het niet meer te proberen met een klein stapje, maar dient de cliënt eerst zelf een grote stap te maken, die zijn inzet blootlegt.

Waar de problemen gelegen zijn in een langdurige, slepende relationele impasse tussen partners lijkt mij het juk ook op z'n plaats. Hierop slaat het voorbeeld van Whitaker. Partners kunnen eindeloos bezig zijn met de vraag: zullen we nu wel of niet bij elkaar blijven, en nemen geen verantwoordelijkheid voor een beslissing. Het te zware juk dwingt ze indirekt tot een beslissing.

5. Het te zware juk wordt door sommige cliënten wel opgenomen; de opdracht wordt uitgevoerd. De opdracht moet dus zo gekozen worden, dat ook dan therapeutisch effect optreedt. In ieder geval laat het uitvoeren zien, dat de cliënten bijzonder gemotiveerd zijn voor verandering. Wie dat er voor over heeft, wil zich inzetten, en (algemeen gesteld), je bent geen goede therapeut als je er dan niets mee kan.

6. De vraag doet zich voor hoe een therapeut het criterium (c) waarbij hij als autoriteit/expert wordt gezien kan bereiken. Vaak gaat de cliënt hem immers als zodanig beschouwen, als hij al een aantal veranderingen heeft weten te bewerkstelligen. Hij kan zichzelf echter voorstellen -Minuchin doet dat bijv. wel eens met anorexie-gezinnen- als de (grootste) expert m.b.t. het soort problemen dat deze cliënt nu ook heeft. Beter nog is het als de verwijzer zulks de cliënt al mededeelt. Het gemakkelijkst is dit te verwezenlijken, als therapeut en verwijzer al met elkaar nauwe betrekkingen onderhouden. Voorts kunnen twee therapeuten met elkaar een deal maken ten aanzien van cliënten die voor een dergelijke benadering in aanmerking komen. Zij zijn dan bij toerbeurt "de expert", die misschien nog een gaatje over heeft, maar reken er niet te veel op.

Referenties:

Festinger, L. (1957): A theory of cognitive dissonance. Row Peterson, Evanston III.

Hart, O. van der (1975): Een nieuw konflikt scheppen. TDT, 2 (10).

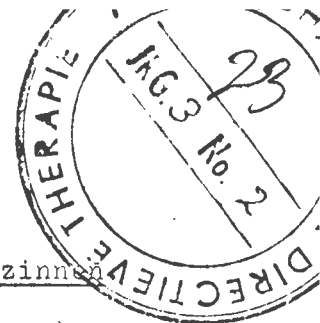
Joele, L. (1975): Twee geborstelden + grap. TDT, 2 (11), 87-94.

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

Watzlawick, P., J.H. Weakland, R. Fisch (1974): Het kan anders. Van Loghum Slaterus, Deventer.

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

Dick Oudshoorn. TDT 3:2(1975)



Typologie en benadelingsstrategie van gezinnen

Een schema voor gezinstypologie (diagnostiek) dat qua structuur sterk overeenkomt met dat van R. van Dijk, maar waarin de dimensies afkomstig zijn van Eleanor Wertheim.



inleiding. Toen men zich in de vijftiger jaren ging interesseren voor het gezin van de (met name schizofrene) patient, ontdekte men al die - nu zo vertrouwde - zaken zoals aangeduid als: schizofrenogene moeder, pseudo-mutuality, gezinsmythe, identified patient, ontbrekende generatiegrenzen, double-bind en paradoksale communicatie etc., enfin, allemaal veronderstelde eigenschappen van een ziek, gesloten en homoiostaties (rigide) gezin. Een gezond gezin zou daarentegen gekenmerkt zijn door a) openheid, b) ontbreken van bovengenoemde verschijnselen.

In een volgende fase realiseerde men zich, dat "gesloten" niet per se "ziek" hoeft te zijn en "open" evenmin altijd "gezond", terwijl "homoiostase" ook "gezond" kan zijn en de afwezigheid ervan "ziek" is, dat paradoxen ook in "normale" systemen voorkomen (bv. de huwelijksparadoxs) en kongruente communicatie in "zieke" systemen. (Minuchin, Haley, Watzlawick enz.)

(nota bene: "open" en "gesloten" zijn termen uit de sociologie want in de systeemtheorie bestaan er geen "gesloten gezinnen". Om misverstanden te vermijden, zou men van "minder open" of "zich van de buitenwereld afsluitend" of "sociaal onafhankelijk" kunnen spreken)

In 1970 wijst Speer er dan op, dat een gezin zowel morfostatiese als morfogenetiese eigenschappen heeft, waarbij hij met het eerste bedoelt: zelfkorrigerende processen die de stabiliteit van het systeem waarborgen en het tweede aangeeft: processen die groei, verandering, verbetering van de leefbaarheid van het systeem impliseren.

In 1973 groepeerde Eleanor Wertheim de dan vigerende theorieën in twee categorieën, die ze de S-I resp. S-II-positie noemt.

de S-I-positie richt zich op input-output aspecten, transaksionele processen die door homeostatische regels worden beheerst (zodat stabiliteit, structuur verzekerd zijn) en beschouwt het systeem in ekologisches perspectief, niet historisch. Aan theoretische veronderstellingen over het individu is geen behoefte; slechts hypotheses over communicatie als zodanig zijn noodzakelijk. Ik zou zeggen: de dogmatiese systeemtheoretici.

de S-II positie stelt daarentegen: a) intrasysteemgedrag resulteert uit (tenminste) twee organisatienivo's: het nivo van het supraïndividuele gezinssysteem en dat van zijn subsystemen, individuen (persoonlijkheden) ; b) er is een dynamiese relatie tussen de huidige gezinsprocessen en voorafgaande processen in de subsystemen.

Zo formuleert bv Wynne zijn "open-linked systems"-geen open systeem kan adequaat worden beschreven zonder zijn transaksies met andere systemen (en kennelijk ook subsystemen) in de beschouwing te betrekken. (geciteerd door Wertheim)

Vassiliou (cit v Wertheim) stelt: Symptomen, weerstanden etc moeten niet hetzij in termen van interpersoonlijke interacties, dan wel als intrapsychiese entiteiten worden gezien, doch deze twee zienswijzen zijn komplementair. Ekologie is even belangrijk als genese.

Ik deel diegenen, die dit soort standpunten innemen, in bij de systeem-eklektici en reken mezelf er ook onder.

Wertheim (zelf ook protagoniste van de SII-positie) stelt dan voor om gezinnen te typeren uitgaande van twee dimensies die morfostase aangeven, en twee die morfogenese aanduiden.

Ze noemt: 1 Consensual Morphostasis (CMS) - morfostase die is gebaseerd op onderlinge overeenstemming in het systeem. Er is geen strijd over de basisfilosofie of over de belangrijkste regels van het systeem. Er is consensus, maar die kan net zo goed impliciet (sive onder-, onbewust) zijn als eksplisiet (bewust) zijn wat betreft de regels waar het om gaat. Het systeem heeft het vermogen problemen soepel op te lossen. Bij deviatie van de norm treedt adequate correctie op. Als de bestaande regels niet (meer) adequaat zijn wordt een tweede dimensie zichtbaar:

25

2 Spontaneous Morphogenesis (SMG) Hiermee wil Wertheim aangeven het natuurlijke aanpassingsvermogen aan eisen binnen en buiten het systeem, waardoor spontane processen van leren en adapteren kunnen optreden, die de groei en de leefbaarheid van het gezinssysteem bevorderen. Het zal duidelijk zijn, dat CMS altijd enige SMG impliseert. Gezinnen die deze kenmerken in voldoende mate bezitten, zijn behoorlijk stabiel terwijl ze toch hun normen en regels aanpassen bv als de kinderen opgroeien.

Toch kan een dergelijk gezin om twee redenen in moeilijkheden geraken en daarvoor eventueel een therapeut te hulp roepen.

Ten eerste is er uiteraard een grens aan ieders individuele en het kollektieve vermogen om onder grote druk van de omstandigheden het evenwicht te behouden. Ik denk bv aan ziekte en overlijden, socioeconomische tegenslagen, maar ook aan diverse kritieke punten in de levenscyclus van het gezin. Er kunnen zich dan allerlei crisisfenomenen voordoen (en allerlei regressievervalselen, om uit een ander vaatje te tappen), maar de therapeut die het basispotentieel van zulke gezinnen onderkent, zal er weinig moeite mee hebben om een en ander weer in goede banen te leiden. Maar wie meent dat bv het stelen van een zak snoep, spijbelen en dergelijke alleen in een zwaar gestoord gezinssysteem kan voorkomen, die kan wel onheil aanrichten!

Ten tweede kan een gezin op belangrijke levensgebieden zijn gekenmerkt door goede konsensuele morfostase en spontane morfogenese, maar toch op een of meer punten hierop een uitzondering maken. Op die bepaalde punten is er geen consensus (overeenstemming) doch: 3 Forced Morphostasis (FMS), dat wil zeggen morfostase die geworteld is in een onevenwichtige machtsverdeling, met een zeker element van onvrijwilligheid of dwang.

Het is geheel in de lijn van de simplistische psychoterapie om te veronderstellen, dat er diverse manieren zijn waarop in een "gezond" gezinssysteem "symptomatisch gedrag" kan optreden. Kees van der Velden wijst daar al op in het vorige TDT. Het feit dat er in een gezin symptomatisch gedrag bestaat - dus kenmerklijk ook standhoudt - behoeft lang niet altijd te betekenen, dat dat gezin zo rot in elkaar zit. Het is verleidelijk om hier ruim op in te gaan, maar dan dwaal ik te ver af van de hoofdzaak. Ik wil nog slechts vermelden dat epidemiologisch onderzoek zoals van Ryle, juist in een normale populatie een verbluffend grote spreiding aantoonde van pathologische (i.c. neurotische) symptomen. De konklusie lijkt gerechtvaardigd, dat neuroses en

zogeneten Personality Disorders zich juist voornamelijk in rel. normale gezinnen ontwikkelen, in tegenstelling tot ernstiger -m.n. psychotiese- beelden die vooral in veel gestoorder systemen optreden.

De geforceerde morfostase impliseert een zekere rigiditeit - op zijn minst op het onderhavige vlak. En voorts is symptomatic gedrag er, naar ik aanneem, sterk mee gekorreleerd; en -dus?- ook paradoksale kommunikatiepatronen.

In geval Forced Morphostasis zich op vrijwel alle levensterreinen manifesteert, is het aannemelijk dat de Consensual Morphostasis navenant zwak is. Mogelijk heeft de CMS plaats moeten maken voor FMS, maar anders verleent FMS in ieder geval wel stabiliteit aan een systeem met weinig CMS.

Tenslotte zijn er systemen, die noch over voldoende konsensuele noch over geforceerde morfostatiese potenties beschikken. Hier past bv het los-zand-gezin van Minuchin. Het is (ook hier) belangrijk na te gaan of bepaalde vermogens teloor zijn gegaan, of wellicht nog nooit een kans hebben gekregen. Er is een grote kans op -eventueel recidiverende- crises, DAF-processen.

Rest mij nog de laatste dimensie te noemen die Wertheim aanduidt met: 4 Induced Morphogenesis. Het gaat hier om het vermogen van het systeem tot adaptieve verandering als antwoord op positieve geïnduceerde (bv. therapeutiese) interventies.

Taalkundig klopt het niet om een "vermogen" aan te duiden met "-genesis". Zoals "stabiliteit" wil zeggen: "het vermogen om stand te houden", zou men hier met een neoplasmie kunnen spreken van "genebiliteit". Maar dat klinkt wat mal, dus houd ik het op "morfogenese".

Een systeem of subsysteem dat openstaat voor interventies en dat daarop reageert met gewenste veranderingen, zou je ook als "werkbaar" kunnen betitelen - dat is m.i. precies wat Wertheim er mee wil aangeven. Ze betitelt het zelf korthedshalve als "open" en "gesloten" en daar houd ik het dan ook maar op.

De "open" varianten zijn per definitie gemakkelijker te behandelen, staan meer open voor suggesties etc., terwijl de "gesloten" gezinnen veel meer van 's therapeuts kundigheden, zoals motivatie- en utilisatietechnieken, vergen.

Voor het schema worden drie dimensies gebruikt:

- 1 - Consensual Morphostasis (CMS) konsensuele morfostase; kan op elk gebied sterk zijn, of op de meeste gebieden, of op geen enkel gebied, dus gering.
- 2 - Forced Morphostasis (FMS) geforceerde morfostase; kan gering zijn, of sterk op enkele punten, of sterk op alle gebieden.
- 3 - Induced Morphogenesis (IMG) openheid, werkbaarheid, beïnvloedbaarheid; kan sterk of gering zijn.

N.B. Spontane morfogenese wordt niet als aparte dimensie gebruikt, omdat het goeddeels *inherent* is aan CMS (meer kans op gunstige DAF-processen als CMS sterk is, meer kans op ongunstige DAF-processen (krisen) als CMS gering is)

Om het "DWO-schema" * te begrijpen moeten we er van uitgaan, dat:

- 1- normale gezinnen vooral gekenmerkt zijn door sterke CMS en overwegend kongruente communicatiepatronen, alsmede geringe FMS. De mate van sociale ontvankelijkheid (IMG) kan verschillen.
- 2- gestoorde gezinnen vertonen daarentegen sterke FMS en geringe CMS
- 3- ongestructureerde of gedesorganiseerde gezinnen tonen zowel geringe CMS als FMS.
- 4- in alle gevallen is -vanuit therapie oogpunt- de "open" variant (sterke IMG) = de A-variant gunstiger dan de B-variant (gesloten; geringe IMG). De B-varianten vereisen veel zorg voor goede klantenbinding, met motivatietechnieken en -zo nodig- utilizatietechnieken. Ze verschuiven dan naar de A-kant, of je raakt ze kwijt.

Zo ontstaan er vier kwadranten met elk een A- en B-variant. Enkele typische kenmerken zijn erin aangegeven. I en II zijn veel gunstiger dan III en IV. II en III zijn gekenmerkt door paradoksale patronen en symptoomgedrag. In II vind je vooral de neurotische en psychosomatische en de reactieve beelden (maar er zijn overgangen van Ina II) en in III de ernstige depressieve en psychotische beelden met name. Gezinnen kunnen ook oscilleren van bv IV naar III en v.v.

Ook is de bijpassende therapeutische strategie volgens het voorbeeld van Richard van Dijk aangegeven. In het algemeen streeft de therapeut naar vermindering van de FMS en versterking van de CMS.

Een en ander vraagt nog veel uitwerking voor het operationeel is.

* het van Dijk-Wertheim-Oudshoorn-schema

	<p><u>geringe Forced Morpho- stasis</u></p> <p>impliseert i.h.a. kon- gruente kommunikatie.</p>	<p><u>sterke Forced Morpho- stasis</u></p> <p>impliseert i.h.a. rigi- de en/of paradoksale kommunikatiepatronen</p> <p>FMS kan globaal of ge- limiteerd zijn.</p>	
<p>sterke Consensual Morpho- stasis</p> <p>die i.h.a. flexibel is en voldoen- de SMG inhoudt</p>	<p>I-A open gezin goed geïntegreerd groot probleemoplossend vermogen.</p> <p>Zal evt in therapie "spontaan" opgelost worden.</p> <hr/> <p>I-B sociaal onafhanke- lijk gezin (gesloten) goed geïntegreerd</p> <p>de interne communicatie is goed</p>	<p>II-A open gezin redelijk geïntegreerd</p> <p>Op sommige punten star en problematies en klachten.</p> <hr/> <p>II-B gesloten gezin redelijk geïntegreerd</p> <p>Op sommige punten star en problematies en klachten.</p>	<p>de aanwezige CMS benutten en op het pro- bleemgebied uitbreiden.</p> <hr/> <p>idem als boven, maar eerste pri- oriteit aan goede klientenbinding dmv geschikte mo- tivatietechnieken</p>
<p>geringe Consensual Morpho- stasis</p> <p>impliseert i.h.a. evt reci- diveren- de crises</p>	<p>IV-A open gezin ongestruktureerd of gedesintegreerd</p> <p>weinig samenhang overwegende invloed van buiten</p> <hr/> <p>IV-B gesloten gezin ongestruktureerd of gedesintegreerd</p> <p>weinig samenhang weinig aanpassingsverm. weinig probleemoplos- send vermogen</p> <p>systeem dreigt uiteen te vallen, maar weinig motivatie voor therapie</p>	<p>III-A open gezin rigide morfostase</p> <p>intern rigide, grote spanningen, weinig spon- taan aanpassingsver- mogen/oplosvermogen</p> <hr/> <p>III-B gesloten gezin rigide morfostase</p> <p>blijft alleen intact door starre regels en paradoxen</p> <p>zeer ernstige pathologie ekstreme afweer van spontane transaksies en van therapie</p>	<p>CMS bevorderen dwz structure- ren (regels in- troduceren waar ieder mee instemt en mee gediend is</p> <hr/> <p>idem als boven maar eerste pri- oriteit aan klie- tenbinding dmv motivatie en utilisatietechn.</p>
<p>TERAPEUTIESE STRATEGIE</p>	<p>werken met leeropdrachten en kontrakttechnieken</p>	<p>(tweede)prioriteit aan verbreken van FMS (evt door paradox te blokkeren) resulteert in DAF'proces</p>	

Referenties

Dijck, R.van (1974) Vormen van directieve therapie bij echtparen en gezinnen
Tijdschrift voor psychiatrie, pp. 209-228

Haley, J. (1963) Strategies of Psychotherapy
Grune & Stratton, New York

idem (1973) Uncommon Therapy

Minuchin, S. (1973) Gezinstherapie
Het Spectrum, Utrecht

Ryle, A. (1967) Neurosis in the Ordinary Family
Tavistock Publications Ltd, London

Speer, D.C. (1970) Family Systems: Morphostasis and Morphogenesis, or Is Homeostasis Enough?
Fam. Proc. 9: 259-278

Velden, C.P.v.d. (1975) Naar een simplistische psychotherapie
TDT (3) 1

Watzlawick, P. et.al. (1967) Pragmatics of Human Communication
Norton & Comp. Inc., New York

Wertheim, E. (1973) Family Unit Therapy and the Science and Typology of Family Systems
Fam. Proc. 12: 361-375

De steeds verhinderde klient

De klient belt op, dat hij verhinderd is op die en die tijd te komen; komt niet op de afgesproken tijd, maar belt de volgende dag op met veel excuses en een verzoek om een nieuwe afspraak; komt veel te laat, etc.

Deze houding van de klient brengt nogal eens irritatie teweeg bij de druk bezette therapeut. Tenslotte leidt dit tot een afbreken (afsluiten) van de behandeling. De houding van de klient kan als een prognostisch ongunstig teken gezien worden. Technieken om deze soms ongewenste gang van zaken te beïnvloeden zijn de volgende:

1. Van vriendelijk blijven en de verschijnselen negeren is weinig te verwachten, evenmin als van de "duiding": "het valt mij op, dat u vaak de afspraak vergeet, of afbelt". De klient blijkt dit in de praktijk dit te gaan bestrijden: hij voert opnieuw vele argumenten en excuses aan en er verandert niets.
2. Het belangrijke advies, waar de klient nog niet aan toe is. We laten de klient nog eens opsommen welke problemen zijn leven vergallen. Zo uitgebreid mogelijk worden zijn klachten geïnventariseerd. Hierna deelt de therapeut mee hem zo graag te willen helpen, doch dat dit hem in dit stadium van de behandeling moeilijk valt. Er is een mogelijkheid, maar, helaas, daarvoor is het noodzakelijk, dat er van een reguliere behandeling (b.v. eens per 14 dagen) sprake is. "Jammer genoeg is dit door de reeds genoemde reden nog niet mogelijk. We moeten het nog maar eens aanzien.", en licht teleurgesteld ziet de therapeut klient aan.
3. De strijd, met als inzet: wie maakt de meest onregelmatige behandelingssequentie.
We geven de patient een afspraak voor over 14 dagen. De volgende dag berichten we hem, dat we verhinderd zijn hem op die tijd te ontvangen. Als reden voor de verhindering wordt het grote aantal klienten opgegeven, die staan te dringen om op die tijd en die dag geholpen te worden.
of: "Het is noodzakelijk voor de behandeling dat u eens in de 14 dagen een afspraak hebt. We zullen voor de volgende keer

dan en dan afspreken". Vervolgens wordt na in de agenda gekeken te hebben de klient medegedeeld, dat er op die dag geen mogelijkheden voor behandeling zijn, daar de therapeut die dag van plan is te gaan vissen, of in de zon te gaan liggen. De afspraak wordt dan voor een week later gemaakt. 31

Deze manoeuvres hebben tenslotte tot doel de klient het gevoel te geven, dat er een mogelijkheid bestaat, dat hij niet meer aan bod komt, hetgeen hij zich meestal tot nog toe niet heeft gerealiseerd. Omdat hij dit risico wil vermijden, lijkt de mogelijkheid dat hij zich aan zijn afspraak houdt vergroot. Tevens is de kans dat de therapeut gefrriteerd raakt door het gedrag van de klient bij het hanteren van deze techniek vrij klein.

4. Uitbreiding van de groep. Iemand, die nauw bij het gebeuren betrokken is, ouder of kind, wordt verzocht voortaan mee te komen op de afspraken.

"De heer en mevrouw S. slaagden erin in de 5 maanden, die reeds verlopen waren sinds het 1e contact, slechts 2 x op een afspraak te komen. Ziekten, te laat, geen oppas voor de kinderen, waren de toch te respecteren excuses. Om tenslotte toch tot een reguliere behandeling te komen werd het echtpaar verzocht de volgende maal de moeder van de man mee te vragen (de man had een sterke band met zijn moeder). Sindsdien werd er geen afspraak meer afgezegd."

De klient, die het beter weet:

De klient meldt zich aan met een aantal klachten, die door hem op een energieke wijze uit de doeken worden gedaan. Uitgebreid vertelt hij boeiende details uit zijn ziekte-geschiedenis. Op vragen van de therapeut reageert hij niet of dusdanig tangentieel, dat hij (de klient) zijn verhaal vrijwel "ongestoord" kan vervolgen. Wanneer er dan een stilte valt en de therapeut benut deze om op een empathische wijze het gezegde nog eens samen te vatten, reageert de klient licht gefrriteerd met de mededeling, dat het door de therapeut niet goed gezien is. Er volgt dan opnieuw een uitgebreid wijdlopieg verhaal, waarin aangetoond wordt, waarom de therapeut het verkeerd zag (te jong, onervaren misschien, te ernstige problematiek, etc.)

De beginnende therapeut heeft nogal eens de wens de klient te willen overtuigen van zijn visie, zijn interpretatie. Dit leidt tot een prestige slag, die de klient wint. Tenslotte zal hij met de opmerking: "U kunt het aardig onder woorden brengen, maar ik geloof niet dat u me kunt helpen. Hartelijk dank voor de door

u gegeven tijd (of: Hartelijk dank en kunt u me zeggen, hoeveel dit gesprek gekost heeft), het contact kunnen beëindigen. De houding van de klient zal dan als een prognostisch ongunstig teken gewaardeerd kunnen worden.

32

Wanneer de klient mededeelt, dat samenvatting of interpretatie niet deugt en wel om die en die redenen, wordt het van belang goed en vol aandacht naar de klient te luisteren. Vanaf dit moment worden de pauzes, die de klient inlast gebruikt om lichte bijvalsuitingen te plaatsen, als: - een interessante visie, ik ben ook nog wat jong en onervaren, u formuleert uw problemen haarscherp, heeft u bepaalde ervaring in het vak, u hebt zeker veel psychologie gelezen, etc.

De klient zal ook nu weinig vertrouwen hebben in de therapeut, maar is bereid om hem nog wat zittingen aan te horen.

Van groot belang is: dat de klient door zijn typische manier van opstellen vraagt om een typische opdracht. Van een leeropdracht, die hij niet zal uitvoeren, zal hij u volgende maal aantonen welk een slechte opdracht het was.

Het antwoord van de therapeut op de het zo goed wetende klient zal een paradoxale opdracht moeten zijn. Vol trots zal de klient aantonen, dat de opdracht niet deugde, want etc.

De heer K. kwam met gedurende 1 jaar bestaande impotentieklachten op ons buro. Hij had zijn verhaal klaar; iedere interpretatie van onze kant wees hij van de hand. Niets van wat wij naar voren brachten deugde. Hij kreeg het advies niet meer met zijn vrouw te vrijen, niet meer te coïteren, daar de batterijen eerst opgeladen moesten worden. Na drie weken kwam hij ons melden, dat hij het een zeer zwak advies had gevonden, dat hij spontaan met zijn vrouw was gaan vrijen en tot een voor beiden bevredigende coïtus was gekomen. Hij vroeg zich af of de therapeut wel in staat was hem werkelijk te helpen.

De klient die door niemand te helpen is

De klient meldt zich met de mededeling dat de therapeut de 5e hulpverlener is, de voorafgaande, zo deelt hij opgewekt mede, waren niet in staat hem van zijn klachten te bevrijden.

De klient geeft aan, dat zijn verwachtingen t.o.v. de therapeuten niet al te hoog gespannen zijn. De reactie van de te enthousiaste therapeut: "laat uw klachten maar eens horen, dan zullen we zien wat we eraan kunnen doen", betekent vrijwel zeker,

dat hij de 6e hulpverlener wordt, die geen soulaas kon bieden.

33

Een meer succesvolle benadering is in een aantal gevallen de volgende:

- Laat de klient uitgebreid zijn ervaringen met andere therapeuten vertellen
- Spreek verbazing uit, als hij de inkompetentie van de voorgangers beschrijft.
- Wanneer hij tenslotte vraagt op welke wijze de nieuwe therapeut van plan is hem te helpen (de therapeut moet op een vraag van deze strekking wachten; hij komt altijd in de eerste zitting), deel hem dan mede, dat je van zeer goede wil bent, dat je al veel ervaring hebt met de door klient geschetste problematiek, maar dat je niet verwacht iets voor hem te kunnen doen. Vanzelfsprekend wil je hem wel in behandeling nemen, maar voorlopig b.v. maximaal 5 zittingen. Het is onzin om uw en onze kostbare tijd te verspillen aan een niet slagende behandeling. Met de 5 zittingen hebben we toch een poging tot behandeling gedaan. We staan daarna vanzelfsprekend voor een goede doorverwijzing garant.

De therapeut stelt zich vervolgens steeds zeer empatisch op. Meelevend resumeert hij bij herhaling, dat de klient toch van zijn verschrikkelijke klachten bevrijd zou moeten worden. Tenslotte richt hij in "wanhoop" de vraag aan de klient op welke wijze die hulpverlening zou moeten geschieden. De klient nu (mede dankzij de ervaring van voorgaande therapeuten) heeft meestal een aantal oplossingen paraat. De therapeut zal door middel van geraffineerd vragen de klient het zo concreet mogelijk laten formuleren. Wanneer dit gebeurd is, geeft hij alle lof aan de patient voor deze aardige, uitgewerkte oplossing. Onmiddellijk stelt hij echter niet te verwachten dat dit zal werken. Verzoeken van de klient waarom niet, worden niet gehonoreerd. Met vage opmerkingen wordt de discussie hieromtrent omzeild. Opmerkingen als: "daar bent u nog niet aan toe" kunnen gemaakt worden, "u hebt nog niet voldoende inzicht". Wanneer de klient bij het volgende contact zijn oplossingen uitgevoerd heeft, zal de therapeut met verbazing dit aanhoren en vervolgens op de hiervoor aangegeven wijze de therapie vervolgen. Steeds zal hij er zorg voor dienen te dragen zelf geen oplossingen aan

te bieden, doch via een passieve houding de klient zelf met ideeën en suggesties te laten komen.

34

De klient met verlangens naar dieper gaande therapieën

Nadat de wijze van behandeling besproken is: doelstellingen, tijdslimiet, matige frequentie van eens per 2 of 3 weken, afspraken konkreet gericht op gedragsveranderingen, het inschakelen van andere gezinsleden, stellen een aantal klienten zich kritisch op. Ze vertellen dat ze daar eigenlijk niet voor gekomen zijn. Natuurlijk hebben ze veel last van de symptomen, maar een behandeling zal dieper moeten gaan en van hem een gelukkig, evenwichtig mens moeten maken. Wanneer die fase bereikt is, zullen de klachten vanzelf verdwenen zijn.

Dit is een groep klienten, die moeilijk te behandelen is. De diskussie rond het verkopen van de therapeut/en zijn behandel-methode, is vaak voor therapeut en klient onbevredigend.

De volgende benadering bleek soms een oplossing te geven: Nadat de klient duidelijk uitgelegd is, welke behandelings-methode hem te wachten staat, is voor het welslagen van de therapie van groot belang om tijd te winnen. De diskussie rond de aard van de behandeling wordt door de therapeut verder vermeden. De klient wordt zoveel mogelijk aan het woord gelaten, er wordt een uitvoerige anamnese opgenomen. De bedoeling hiervan is een relatie met de klient te krijgen, die tenslotte voor klient belangrijk genoeg is om een 6 of 8 zittingen kontrakt eens aan te zien. Om toch geen misverstanden omtrent de aard van de behandeling te laten ontstaan, krijgt klient wel 'monitoring' opdrachten mee naar huis, waarbij de ongewenste gedragingen geregistreerd moeten worden. Als verkoop-techniek is de explikatie: "het is van groot belang om precies te weten hoe u gebukt gaat onder uw klachten, hoe ernstig u het te pakken heeft", bruikbaar.

Mevrouw R. was aangemeld, omdat zij de kinderen schopte, sloeg en beet. Deze problemen vond zij verschrikkelijk, maar het kwam omdat zij niet deude. Als zij maar eerst "uit zichzelf bevrijd" kon worden door middel van diepgaande psychotherapie, dan verdwenen ook de andere problemen. Kliente kreeg als opdracht het mishandelen van haar kinderen te monitoren.

35

Tot de 6e zitting had zij steeds het monitoren gesaboteerd op de meest ingenieuze wijze. Deze zitting werd gebruikt om te evalueren. Ze zei dat ze de kinderen nu meer mishandelde (wat de man tegensprak) en eiste opnieuw diepgaande psychotherapie. Ze weigerde nog langer te monitoren. De zitting werd door de therapeut afgesloten met de mededeling nu geen beslissing te nemen omtrent verdere behandeling maar volgende maand te bellen. Ze belde en vroeg een nieuwe afspraak, waarop ze mededeelde wel met de therapeut verder te willen gaan, maar zij weigerde het slaan van de kinderen te monitoren. Toen de therapeut daarop de onmogelijkheid van een verdere behandeling stelde, deelde zij triomfantelijk mede de kinderen de laatste 2 maanden niet meer geslagen te hebben, monitoren was dus een onzinnige opdracht geworden.

juli 1975

De cliënt met een niet willende partner, een toevoeging.
Alfred Lange

In veel gevallen waarin sprake is van één aangemelde patiënt lijkt de partner moeilijk te bewegen om aandeel in de therapie te nemen. Hoogduin (1975) geeft een aantal voorbeelden van technieken die de therapeut in dergelijke situaties ten dienste staan. De meeste daarvan spreken mij wel aan. Bij sommige zou ik echter wel een kanttekening willen zetten.

a. Hoogduin citeert Haley (1973) die op zijn beurt een procedure van Erickson beschrijft. Wanneer partners niet mee willen komen zorgt Erickson er vaak voor dat in de gesprekken met de 'aangemelde patiënt' negatieve dingen gezegd worden, waar de partner - als deze ervan hoort - het beslist niet mee eens zal zijn. Erickson voegt daar dan bijv. nog aan toe: 'uw man zal het met wat ik nu zeg wel helemaal niet eens zijn'.

Hoogduin noemt deze aanpak een 'fraaie techniek van Erickson'. Ik ben het daar niet mee eens. Naar mijn mening gaat de 'oude meester' hier wat te ver in zijn manipulatie-drift. Aangezien gematigde en gespecificeerde kritiek ons discipelen niet slecht behoeft te staan, hoeven wij niet alles klakkeloos te aanvaarden. Zelfs niet van Erickson, Haley en consorten.

Mijn bezwaar tegen de hier genoemde techniek is:

1. de kans dat die echtgenoot inderdaad meekomt lijkt mij helemaal niet zo groot;
2. wanneer de partner niet meekomt, bestaat de kans dat de therapeut extra problemen heeft geschapen: de partner is misschien nog antagonistischer geworden, de cliënt zelf komt door de negatieve etikettering die de therapeut t.o.v. zijn/haar partner gebruikt misschien minder konstruktief tegenover de partner te staan;
3. zelfs als de partner er wel intuït en meekomt, kunnen de hierboven genoemde gevolgen een lastig probleem vormen;
4. het praten over een niet aanwezige partner is negatieve modeling

5. als de partner later wel meekomt zal hij misschien nog negatiever tegenover de therapie en de therapeut staan dan ervoor. Nu zal Erickson die extra weerstanden wel weer op voortreffelijke manier gebruiken. Ik geloof echter - mede in het kader van het door Van der Velden (1975) gepropageerde simplisme - dat het opwekken van weerstanden niet zonder meer als een pré kan worden beschouwd. Zeker niet, als de cliënten wat betreft die weerstanden het gelijk aan hun kant hebben.

Al met al lijkt de genoemde methode weinig aanbevelenswaardig. Een door Hoogduin niet genoemd alternatief verloopt bijv. als volgt. Stel, een man meldt zich aan voor 'individuele klachten'. Therapeut heeft indruk dat in ieder geval de echtgenote erbij betrokken moet worden.

Man zegt: 'mijn vrouw voelt daar niets voor, dat weet ik zeker'.
Therapeut vraagt: 'wanneer heeft u het haar voor het laatst gevraagd?'.

Man: 'dat weet ik niet meer. Maar ik weet wel dat ze niet mee wil komen'.

De therapeut: 'u vermoedt dat uw vrouw niet zal willen meekomen. Misschien heeft u daarin gelijk. Vaak echter denken mensen dingen over elkaar die niet helemaal kloppen. Vaak is het ook belangrijk hoe je de dingen aan elkaar vraagt. Ik zou u nu willen voorstellen nog één keer aan uw vrouw te vragen of zij om u een plezier te doen volgende keer wil meekomen'.

Deze techniek kan gebruikt worden bij gelijkwaardige partners, maar ook wanneer het de relatie tussen ouders en kinderen betreft. Ik heb geen enkel geval gehad waarin het niet heeft gewerkt, terwijl ik het herhaaldelijk heb toegepast. Het succes ligt volgens mij in een combinatie van twee factoren:

1. Door het aksent op het 'vragen' te leggen is het voor de partner aantrekkelijk om positief te reageren. In veel probleemgezinnen is sprake van onverwerkte regelproblematiek (vgl. Lange & van der Hart, par. 1.5.1, 1975). Men stelt zich dan niet graag kwetsbaar op door dingen aan anderen te vragen. Liever eist men dat de ander doet wat men zelf wil. De i.p. stelt zich in ons geval wel kwetsbaar op, waardoor de ander kan toegeven en toch 'up' blijft.

2. De partner zal meestal negatief reageren op een verzoek tot participatie als hij denkt dat dit zou impliceren dat ook hij 'ziek' is, of dat het zijn schuld is, etc. In de hier genoemde techniek wordt dat juist expliciet vermeden. Hij of zij komt mee om de ander een plezier te doen. Het appeleert aan ridderlijke gevoelens.

In tegenstelling tot de techniek van Erickson, is er bij deze techniek juist sprake van positieve modeling. De cliënt ziet hoe belangrijk het is om datgene wat je van de ander wil als 'wens' te formuleren; dat je je wensen niet hoeft te bewijzen. D.w.z. dat je de ander gewoon kan vragen 'je een plezier te doen'. Bovendien doorbreekt de therapeut met deze techniek een mythe. Ook dat is een belangrijke ervaring. Voordat de therapie gestart is ervaren de cliënten al dat niet alles wat zij over elkaar en zichzelf geloven de werkelijkheid representeert en onveranderlijk is. Erickson bevestigt juist de heersende mythe. Ik zie niet hoe dat therapeutisch kan zijn.

Tot zover het voorwerk. Het karwei wordt afgemaakt als de partner de volgende keer meekomt. Hoogduin (1975) geeft daarvoor ook enkele suggesties. Met twee daarvan kan ik mij niet goed verenigen. Zo stelt hij voor 'de partner nogeens goed onder woorden te laten brengen hoe hij onder de klachten van de partner gebukt gaat'. Deze formulering benadrukt nodeloos sterk de individuele kant van de klachten. Het terugdraaien daarvan zal later extra veel moeilijkheden kosten. Hetzelfde probleem vind ik aan zijn volgende suggestie kleven. Daarin schildert hij een therapeut die er de nadruk op legt dat de partner eigenlijk het meest geschikt is om de 'patiënt' te behandelen, aangezien deze het meest contact met hem heeft. Omdat partner echter niet deskundig genoeg is zou het goed zijn als hij bij de zittingen aanwezig was om het te leren.

Ik denk dat je met deze methoden de partners wel meekrijgt en ook sterk aan je verplicht. Het middel brengt echter nodeloos veel kwalen mee. Het doet denken aan de manieren waarop gedragstherapeuten als Knox (1972) relatietherapie opvatten en beschrijven. De 'niet zieke' partner wordt er als een soort ko-therapeut bij betrokken. Beter lijkt het mij om de partner duidelijk te maken dat je wel mee wilt gaan met zijn redenering dat alleen de ander iets mankeert, maar dat zijn aanwezigheid toch belangrijk is omdat eventuele veranderingen

in de ander ook invloed op hem zullen hebben. Als hij er niet bij zou blijven zou hij 'in de kou komen te staan'. En wie wil dat nou?

Literatuur

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

Hoogduin, C.A.L. (1975): Weerstanden, prognostische betekenis; utilisatietechnieken (I)
TDT, 13, (1), 52-55

Knox, D. (1972): A behavioral approach to marriage happiness counseling
Research Press, Champaign, Ill.

Afleiding, Posthypnotische suggesties en een dubbele fobie

Alfred Lange

In de laatste TDT redaktievergadering maakte Cees Hoogduin ons deelgenoot van het plezier dat hij had ontleend aan het toepassen van de door Onno van der Hart in TDT,3,(1), beschreven manier van hypnotherapie.

Aangezien ik gelijksoortige ervaringen had, werd in de vergadering afgesproken dat wij deze op schrift zouden zetten. De therapie waar ik op doel betreft een vrouw van ongeveer 40 jaar. Zij (Agaath) is ongetrouwd. Heeft momenteel een vriend. Naar haar zeggen zal dit echter niet lang duren, want ze 'houdt niet van hem'. Hij is 10 jaar jonger dan zij.

De aanmelding kwam van een maatschappijk werk instelling, waar zij als 'oorlogsslachtoffer' vanaf haar jeugd regelmatig contacten mee had.

Het taxatiegesprek vond enkele maanden geleden plaats. Agaath bleek een klein, aantrekkelijk, gezellig babbelend vrouwtje te zijn. De problemen vielen gezien de alarm kreten van de verwijzer best mee. Er zou alleen aan wat fobische klachten gewerkt moeten worden. Zij was 's nachts zeer angstig. In zulk een mate dat zij steeds wakker werd en dan moeite had met inslapen. Daarnaast had (heeft?) zij een vliegtuigfobie. D.w.z. dat het angstzweet haar uitbreekt en zij tot niets in staat is vanaf het moment dat het vliegtuig de koershoogte heeft bereikt en de riemen losgemaakt mogen worden. Voor opstijgen en landen is zij niet bang. Haar angst voor vliegen is een ernstig probleem daar zij als zangeres vrij veel vluchten moet maken en zij zich steeds geruime tijd voor de vlucht 'reeds in de zenuwen gooit'.

Aangezien ik ten tijde van het taxatiegesprek zeer 'vol zat' en Agaath van mening was dat de problemen niet zo akueel waren (zij had ze al jaren), besloten wij de behandeling enkele maanden uit te stellen. Enkele weken geleden zag ik haar voor de tweede keer. Op bovengenoemde problemen na, ging het nog steeds goed met haar. We besloten ons te concentreren op de moeilijkheden 's nachts. Het kwam goed uit dat haar vriend in het buitenland was en daar nog

W

geruime tijd zou blijven, zodat er wat betreft het alleen zijn in het donker sprake was van een krisissituatie.

Ik probeerde zoveel mogelijk gegevens te krijgen over de precieze omstandigheden waarin zij meer of minder bang was. Hielp een lampje bijv.? Ik onderzocht met haar de mogelijkheid om een 'hiërarchie' (vgl. Rimm & Masters, 1974) op te stellen. Het probleem leek mij namelijk geschikt voor systematische desensitizatie. Het opstellen van een hiërarchie leek echter veel moeilijkheden op te gaan leveren. Bovendien bleek dat zij al eens tevergeefs hiervoor met systematische desensitizatie was behandeld. Dit bracht mij ertoe het op een wat drastische Erickson-achtige (vgl. Haley, 1973) manier te proberen. Ik liet haar vertellen wat voor soort dingen zij vervelend vond om in huis te doen. Na wat omzwervingen kwamen we uit op 'kasten opruimen'. Ik gaf haar toen de volgende opdracht. Gedurende drie - ter plekke afgesproken - nachten zou zij niet later dan om twaalf uur naar bed gaan (meestal ging zij veel later slapen). Zij zou dan in bed lezen tot zij in slaap viel (dit was nooit een probleem geweest). Zodra zij wakker zou worden (van de angst) zou zij opstaan en gedurende drie kwartier haar kasten opruimen. Als zij binnen de tijd klaar was moest zij ze weer uitruimen en door elkaar gooien, etc. Na drie kwartier zou ze weer naar bed gaan. Ze moest dan niet speciaal proberen in te slapen. Was dat inderdaad na drie kwartier nog niet het geval dan zou ze weer opstaan en opnieuw drie kwartier kasten in- en uitruimen. Dit proces zou doorgaan tot het licht werd.

De afspraak werd opgeschreven en gedachtig van Dijck (1975) gaf ik er - op suggestieve wijze - uitleg bij. Zo legde ik er nadruk op dat het slapen en 's nachts alleen zijn, in een nieuw kader zou komen te staan waardoor de oude kaders de gelegenheid zouden krijgen om te vervallen.

Een week later zagen wij elkaar weer. Agaath had zich stipt aan de opdracht gehouden. D.w.z. zij was op de afgesproken avonden voor 12 uur naar bed gegaan. Daarna had zij ononderbroken geslapen. Kasten opruimen was dus niet nodig geweest. Vanwege het succes had zij met zichzelf een vierde nacht afgesproken. Die nacht was zij wel enkele malen wakker geweest, maar zij was niet bang geworden en - na haar zeggen - ook niet helemaal wakker. Zij had het dan ook niet nodig gevonden de kasten te gaan opruimen.

Ik complimenteerde haar met het succes en met haar eigen initiatief en legde uit dat het best begrijpelijk was dat een afspraak met zichzelf voorlopig nog een minder sterk effect zou hebben dan één met mij. We spraken af de afspraak te continueren met een toevoeging: als zij met zichzelf een afspraak zou maken zou zij die een gelijk gewicht geven aan de afspraak met mij. M.a.w.: dan zou zij ook zodra ze wakker wordt eruit moeten gaan.

Mijn gedachtengang was als volgt. Het slapen zonder angst door een stringente opdracht van mijn kant is een positieve doorbreking van een negatief spiraalproces. Dit alleen is misschien echter niet genoeg. Het gevaar bestaat dat het niet gegeneraliseerd wordt naar situaties waarin geen therapeutische ingreep is verbonden. M.a.w.: zodra de opdracht niet meer wordt gegeven, slaapt zij weer angstig en slecht. Door in de komende weken te oefenen met 'afspraken met zichzelf' vermindert zij haar afhankelijkheid. Dit op zich kan haar zelfvertrouwen versterken en geeft haar mogelijkheden om in de toekomst, indien nodig, zelfregulerend in deze problematiek op te treden.

Het bespreken van de nachten en de nieuwe afspraken daarover had minder dan 20 minuten geduurd. Daarna stapte Agaath over op haar vliegangst. Die dreigde akuit te worden aangezien zij over een week op reis moest. Om dezelfde redenen als hierboven vermeld zag ik ook t.a.v. dit probleem weinig heil in systematische desensitizatie. Ik besloot een poging te wagen tot hypnotherapie à la Erickson (vg. Haley, 1973) en Van der Hart (1975). Ik liet haar op de bank liggen; vroeg haar schoenen, horloge, ringen, etc. uit te doen. Het licht werd gedempt. Ik herhaalde kort (zij had er al eerder kennis meegemaakt) het principe van spierrelaxatie. In ongeveer 20 minuten hadden wij met de methoden van Bernstein & Borkovec (1973) een toestand van zeer redelijke relaxatie bereikt. In deze toestand begon ik met haar over vliegen te praten. Eerst over de dingen waar ze niet bang voor was (opstijgen en landen). Daarna liet ik haar vertellen wat ze na het uitdoen van de riemen zou doen als ze niet bang zou zijn. Eerst zei ze het niet te weten, omdat het nog nooit was voorgekomen. Ik vroeg haar echter om zich te concentreren op zo een situatie en te

proberen te beschrijven wat zij zou doen. Zij begon zachtjes te vertellen dat ze een beetje naar buiten zou kijken en zou gaan lezen. Ik informeerde wat voor soort dingen ze leuk vond om te lezen. Enthousiast beschreef ze het type tijdschriften en het soort boeken waar ze van houdt. Ik vroeg haar wat ze momenteel las. Het bleek een spannend boek over de Mafia te zijn. Ik vroeg hoever ze in dit boek gevorderd was. Ze had er 3/4 van gelezen. Ik vroeg haar een beetje te vertellen over de inhoud van het boek. Ze ging daar graag op in. Wij stopten op het punt waar zij niet verder kon omdat ze niet verder had gelezen. Ik gaf haar toen de volgende opdracht: in dit boek mag je tot aan de reis niet meer lezen. Als je in het vliegtuig gaat neem je het mee in je handbagage. Deze opdracht ging vergezeld van de suggestie: 'als de riemen in het vliegtuig losgemaakt mogen worden, zul je de sterke behoefte voelen om in het boek te gaan lezen, en zul je niet angstig zijn'.

Aan de relaxatie/trance toestand werd een einde gemaakt door Agaath met haar benen te laten bewegen, daarna handen en armen, hoofd en nek, en tot slot ogen te laten openen.

In het 'napraatje' kwamen we niet meer op het hierboven beschrevene terug. Aangezien Agaath nog niet de exacte datum van haar reis wist konden we nog geen afspraak voor de volgende zitting maken. Afgesproken werd dat zij mij vlak voor de reis hierover zou opbellen. Dit is gebeurd. Zij vertelde daarbij dat zij het boek niet meer had ingezien en al in haar tas voor handbagage had gestopt.

Ik ben nieuwsgierig naar het resultaat.

Voorlopige nabeschuwing

Ten aanzien van beide zittingen zijn enkele kanttekeningen te maken.

1. Op grond van de taxatie-zitting werd bewust gekozen voor het concentreren op het doen verdwijnen van de fobische klachten *sèc*. Er leek aanleiding te zijn om dieper te graven. Zo liet Agaath zich enkele malen ontvallen dat zij erg bang voor de dood was. Dit gekombineerd met haar ervaringen als oorlogsslachtoffer had kunnen leiden tot het spitten naar problemen achter de fobische symptomen. Ik zag daar om twee redenen van af. Ten eerste, maakte zij in veel opzichten een krachtige, levenslustige en zelfstandige indruk. De symptomen leken dus duidelijk isoleerbaar. Ten tweede, had zij een verleden van veel bezoek aan geestelijke

hulpverleners achter de rug, waarin zonder twijfel veel over de oorlog, haar angst voor de dood, etc. gepraat was (zonder overigens haar fobieën te doen verdwijnen). In plaats van een mogelijk winstpunt in dit soort gesprekken zag ik het juist als een probleempunt. Zij had erdoor geleerd zichzelf als een probleem (met concrete maar ook vage klachten) te beschouwen. Dit moest juist veranderen. Zij moest ervaren dat zij misschien enkele (kleine) concrete klachten had, maar dat zij verder behoorlijk 'in orde' was. Dit kon het beste gebeuren door hard te werken aan de concrete problemen en de vagere verhalen door negering te laten uitdoven.

2. De werking van de eerste opdracht (m.b.t. het slapen) is niet via een simpel leemodell te verklaren. Door de opdracht was zij minder bang voor en minder gekoncentreerd op haar angst. Een deel van haar energie ging zitten in het voorkomen van het kasten te hoeven opruimen. Dit was echter niet zo bedreigend als de 'ongemotiveerde' angst voor de nacht. De 'arousal' is daardoor verminderd, waardoor het mogelijk was om door te blijven slapen en de 'straf' van opruimen te voorkomen. De gebeurtenissen in de vierde nacht ondersteunen deze gedachtengang. Ook toen was er sprake van 'afleiding van haar gewone angst, door het voornemen om op te staan, etc. Doordat het echter niet echt hoefde zal dit een minder sterk effect hebben gehad. Bovendien voelde zij wel dat zij het zich kon permitteren om toch wakker te worden. Zij had dan ontsnappingsmogelijkheden om toch niet op te hoeven staan.

Een andere interessante verklaring is gebaseerd op attributie-theorie (vgl. Schachter, 1964, 1971). Volgens Schachter worden emoties gedetermineerd door een interactie van fysiologische en cognitieve factoren. Bij een hoge fysiologische arousal zullen mensen zoeken naar verklaringen. De aard van de verklaring (kognitie) verklaart de aard van de emotie (bijv. angst, blijdschap, droefenis).

Storms & Nisbett (1970), hebben deze theorie experimenteel getoetst bij patiënten met slapeloosheid. Er werden drie kondities gekreëerd. In de eerste kregen de patiënten een placebo dat als kalmeringsmiddel werd aangediend. In de tweede konditie werd het placebo beschreven als een pil waarvan ze nogal opgewonden zouden raken. De patiënten in de derde konditie kregen niets. Konform de verwachtingen trad bij de patiënten in de tweede konditie een significante verbetering op t.a.v. slapeloosheid en bij de ppn in de

eerste konditie een verslechtering. De redenering is als volgt. Alle patiënten die slapeloos zijn, zijn in verhoogde staat van 'arousal'. Ze weten echter niet precies waar die vandaan komt. Ze gaan hierover piekeren, komen in nog grotere staat van arousal, proberen te slapen, lukt niet, etc. Bij de patiënten die een 'opwindingspil' hadden gehad, werd deze spiraal doorbroken. Zij 'wisten' immers waardoor zij opgewonden waren en konden dus rustig gaan slapen.

Een dergelijk proces kan bij Agaath ook gespeeld hebben. De arousal die zij in bed ervaart heeft geen duidelijke gronden, waardoor zij onrustig slaapt. Na de opdracht kon zij mogelijke arousal 'verklaren' als behorend bij de angst voor het moeten opstaan en kassen uitruimen.

De beide hierboven beschreven verklaringen hebben één facet gemeenschappelijk. In beide gevallen heeft het succes te maken met het feit dat Agaath wordt 'afgeleid' van de gedachten die haar over het algemeen 's avonds en 's nachts in bed beroeren. In dat opzicht is de aan haar gegeven verklaring over het 'andere kader' wel te rechtvaardigen.

3. Met betrekking tot de 'vliegtuiginterventie' is in eerste instantie een gelijksoortige redenering mogelijk als die van der Hart (1975) in zijn gevalbeschrijving geeft. Er is sprake van bedekte bekrachtiging (de voorstelling van lezen in spannend boek) op positief gedrag (kalm en niet bang zijn) dat niet is te combineren met het symptomatische gedrag (wel bang zijn).

De interventie heeft echter ook een 'in vivo' karakter. Het spannende, 3/4 gelezen boek, in de handtas, heeft in de werkelijkheid een afleidende functie, dat gekoppeld is aan een beeld van relaxatie en kalmte tijdens de zitting. Bovendien funktioneert het boek als beloning indien zij de angst zover overwint dat zij inderdaad gaat lezen.

Je zou bijna gaan denken dat therapie één gigantische afleidingsmanoeuvre is !

Literatuur

Bernstein, D.A. & T.D. Borkovec (1973): Progressive relaxation training, a manual for the helping professions. Research Press, Champaign, Ill.

Dijck, R.van (1975): Valkuilen voor beginnende direktieve therapeuten TDT, 2, (9), 35-39

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

Hart, O.van der (1975): Een alcoholprobleem behandeld met hypnotherapie TDT, 3, (1), 5-11

Rimm, D.C. & J.C. Masters (1974): Behavior therapy, techniques and empirical findings. Acad.Press, New York

Schachter, S. (1964): The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. in: L.Berkowitz (ed.): Advances in experimental social Psychology. Acad.Press, New York

Schachter, S. (1971): Emotion, obesity and crime Acad.Press, New York

Storms, M.D. & R.E. Nisbett (1970): Insomnia and the attribution process Journ.Pers.soc.Psychol., 16, (2), 319-328

Een geval van enuresis nocturna na de puberteit.

Leen Joele.

Ans van Zwijgeren was 20 jaar, toen zij psychiatrische hulp zocht. Vanaf haar 4de jaar hadden haar ouders zich bezorgd gemaakt over het feit, dat ze bijna alle nachten nog in haar bed plaste.

Tussen haar 4de en 15de jaar werd zij 6 maal door kinderartsen en urologen hiervoor onderzocht, zonder dat een lichamelijke afwijking gevonden werd. Ze werd meerdere malen, éénmaal meer dan 6 weken lang, opgenomen in het ziekenhuis en onderworpen aan alle denkbare urologische hulponderzoekingen, inclusief cystoscopie en cystometrie, zeker voor een kind zeer belastende ingrepen.

Ja, al die jaren was ze 1 keer, gedurende een periode van 12 nachten, "droog" gebleven, tijdens een vakantie met een vriend in Spanje. De directe aanleiding, dat ze hulp zocht, was, dat ze sedert enige maanden een vaste vriend had; bovendien woonde ze sedert 2 maanden zelfstandig op kamers en de steeds aanwezige penetrante urinelucht in haar kamer begon de hospita op te vallen. Ze was gewend om telkens 2 nachten in het natte beddegoed te slapen, omdat ze elke nacht verschonen onbegonnen werk vond. De vuile lakens spaarde ze op en bracht ze 1 keer per week naar haar ouders, die zonder verder commentaar de wasmachine inschakelden, zoals ze dat al jaren gewend waren.

In feite kwam ze alleen bij die gelegenheden nog bij haar ouders over de vloer.

Tijdens het eerste gesprek zag ik een wat smoezelig meisje, dat inderdaad vaag naar urine rook. Overigens leek ze me redelijk intelligent en maakte ze een weinig "gestoorde" indruk. Ze kon met veel gevoel voor humor en zeer zakelijk over haar problemen praten. Naast het ontijdig urineren had ze maar één probleem: haar ouders accepteerden het nauwelijks, dat ze zich van huis had losgemaakt.

De behandeling werd uitgevoerd samen met een co-assistente, een zeer moederlijke vrouw van \pm 40 jaar. Allereerst probeerden we het bedplassen onmogelijk te maken door Ans zeer stringent op te dragen 3 keer per nacht op te staan om te gaan urineren.

Zij stond zeer sceptisch tegenover dit voorstel, omdat ze de plaswekker al meerdere malen zonder resultaat in bed gehad had; doch verklaarde zich bereid het te proberen.

Ze zou verder zorgvuldig bijhouden wanneer ze "nat" geweest was en 3 keer per week aan de co-assistente verslag uitbrengen. We zouden 1 keer per week gedrieën de wederwaardigheden bespreken. Zoals te verwachten viel, kwam de eerste week niets terecht van de opdrachten. Wel toonde Ans haar goede wil, doordat ze telkens omzichtig op haar werk een bezoek aan de dokter moest verkopen en steeds keurig op tijd was. Ze had het gebruikelijke verhaal, dat ze door alle wekkers heen sliep en daardoor echt niet op kon staan.

Wij assisteerden haar door samen wekkers van een grote luidruchtigheid te kopen en haar adviezen te geven, hoe die het meest effectief in metalen pannen geplaatst konden worden, zodat ze, gelijk afgesteld, een maximum aan lawaai zouden veroorzaken.

Na deze, goed uitgevoerde, opdracht was ze 1 week droog! Daarna ging ze naar een feest, dronk veel bier en sliep door alles heen en was weer nat. Haar reactie was, dat ze het niet erg vond, omdat er nu een duidelijke reden voor plassen aanwezig was. Ze bleef daarna droog, doch vond 3 keer per nacht opstaan wel wat veel. Een zeer geleidelijk toegestane vermindering in de frequentie van het opstaan, had geen invloed op het urineren.

Een laatste moeilijkheid in de behandeling was, dat de vader van Ans mij opbelde om uitvoerig het "slechte pad" te beschrijven, waar, naar zijn oordeel, zijn dochter zich op voortbewoog.

Hij had geen controle meer over haar, ze lag met iedereen in bed, had slechte vrienden etc. Ik bood hem aan eerst te komen praten, samen met zijn dochter, omdat hij natuurlijk meer van haar wist, dan ik in een korte tijd kon hopen te leren. Hij ging hier niet op in en verzocht me verder dringend niets aan zijn dochter te zeggen, hetgeen ik weigerde.

Ik vroeg de co-assistente eens "toevallig" langs te gaan bij Ans en haar ogen de kost te geven, om de door de vader beschreven zwijnenstal ter plekke te inventariseren. Mijn idee was, dat vaders telefoongesprek het gevolg was van een, in de eerste gesprekken, terloops gegeven opdracht aan Ana om haar vuile wasgoed voortaan zelf te wassen in een wasserette en er niet meer haar ouders mee op te schepen. Hierdoor hadden de ouders het idee gekregen, dat de laatste controle mogelijkheid verviel.

Het bezoek van de co-assistente verliep zeer prettig: Ans was ontroerd door deze persoonlijk belangstelling, de kamer was smetteloos en de toevallig aanwezige vriend een zeer nette jongeman.

Ans bleef verder droog, ook zonder het wekritueel en nam afscheid met de opmerking, dat ze als het nog eens misliep, wist wat haar te doen stond.

Leen Joele.

Gestalt-hypnotherapie bij een fobie voor dode vogels.

Mira, 24, werkte mee als subjekt aan een hypnose-onderzoek. Ze ging uitstekend in een diepe trance. Ze vertelde de proefleider op een keer, toen ze erg onrustig voor de zitting aankwam, dat ze op straat een dode vogel had zien liggen en daardoor van streek was geraakt. Besloten werd om te proberen daar iets met hypnose aan te doen.

Ze vertelde er nog meer over: ze was bang voor alle dode dieren op straat, maar het meest voor dode vogels. Als ze er een zag, kon ze een paniek aanval krijgen en voorts dagen lang van streek zijn. Ze was in staat om op vrij grote afstand dode dieren op straat te ontdekken. Was ze dan met iemand anders, dan pakte ze hem of haar meestal beet, ondertussen uitdrukking gevend aan haar ontzetting. Eigenlijk was er ook iets aan de hand met levende (huis)dieren: ze wilde hen niet aanraken of in hun buurt komen. De vraag, of ze angst voor dode mensen of het sterven van mensen had, werd niet gesteld. Een antwoord daarop werd tijdens de hypnosezitting gegeven.

Mira ging gemakkelijk in een diepe trance. Toen zij op trance-diepte 44 (volgens de selfreport-scale van Tart) was gekomen, vroeg de proefleider/therapeut (Pl) haar iets te vertellen over haar probleem met dode vogels. Haar eerste opmerking was: misschien ben ik zelf wel een vogel

Na enige stilte vertelde ze, dat ze in de verte een dode vogel zag. Ze kon de straat en plaats waar het dier lag nauwkeurig beschrijven. Ze speelde wat met de afstand; dan weer zag ze het dier veraf, dan weer iets dichterbij. Pl vroeg haar steeds dichterbij te komen. Dat deed ze, tot ze op een punt kwam dat ze niet verder wilde; er zelfs niets meer mee te maken wilde hebben. Ze werd zeer gespannen.

Pl vroeg haar het beeld te vergeten en te ontspannen. Daarna stelde hij haar voor iets plezierigs te beleven. Ze kon naar een plek gaan, waar het erg fijn was. Ze koos een park uit. Pl suggereerde haar, dat het fijn zou zijn om te vliegen. Dat zou kunnen door een vogel te worden. Mira nam er de tijd voor om een vogel te worden.

Ze vloog weg, vond het heerlijk, en beschreef wat ze onder zich zag. Pl vroeg haar of het mogelijk was de oude Mira te zien. Ze zag haar, in het park. Ze volgde de suggestie van Pl op om naar het park terug te gaan. Ze voelde er echter niet zo veel voor om naar Mira toe te gaan en iets met haar te doen. "Daar houdt ze niet van". Na een pleidooi van Pl om het heel voorzichtig te doen, ging ze toch naar Mira terug en pikte haar zachtjes in haar oor. Pl vroeg haar toen zich te identificeren met de oude Mira en te reageren op wat de vogel deed. Geïrriteerd zei ze: "Ga weg! Laat me met rust. Ga weg!" Pl vroeg haar weer de vogel te zijn en te reageren. "Maar ik wil alleen aardig voor je zijn. Ik wil je vriendinnetje zijn".

Hiermee kwam een dialoog op gang tussen Mira als vrouw en Mira als vogel, waarbij Pl steeds vroeg om van rol te verwisselen. Mira raakte op een gegeven moment van de goede bedoelingen van de vogel overtuigd. De vogel vroeg haar daarop, of zij op haar rug wilde klimmen om samen een eindje te gaan vliegen. Dit aanbod werd door Mira helemaal verworpen. Elkaars vriendinnetje zijn, een beetje spelen, oké. Maar vliegen ging veel te ver. Ze vertelde de vogel, dat ze bang was dat de vogel een ongeluk zou krijgen door ergens tegenop te vliegen of onder te komen, en zou sterven. De vogel vertelde haar, dat ze zeer voorzichtig zou zijn, zodat er zeker geen ongeluk kon gebeuren.

Mira: "Maar weet je, ik ben niet alleen bang dat jij zou doodgaan. Ik ben ook bang dat alle vogels.... dat alle mensen doodgaan". Ze werd erg verdrietig en begon te huilen.

Na een lange stilte zei de vogel, dat ze het begreep, maar dat ze haar toch nog voor een prettig tochtje wilde uitnodigen. Ze zou daarbij erg voorzichtig zijn. Mira nam dit nu aan.

Een lange stilte. Op een gegeven moment vroeg Pl haar wat er nu gebeurde. "oh, niets. Ik zie ze beiden wegvliegen, verdwijnen".

Na nog een stilte merkte Mira spontaan op, dat ze weer in die straat was waar ze die dode vogel ziet liggen. "Ik vind het niet prettig om te zien, maar ik raak er niet meer van streek door... Ik wil het begraven, maar ik durf het nog niet aan te raken".

Pl dacht dat dit ook niet zo nodig hcefde.

"Hier heb je een schep, dan kan je het daarmee doen als je wilt".
Daarmee deed ze het en leek in een opgeluchte, tevreden stemming te komen. Pl zei haar, dat ze nog wat kon ontspannen en terugkomen wanneer ze dat zelf wilde. Een paar minuten later was ze weer in de zgn. wakende toestand. Na een kort napraatje ging ze weg.

Op weg naar huis, ontmoette ze een vriendin -zo vertelde ze later- met wie ze verder optrok. Op een gegeven moment zag de vriendin een dode vogel op straat liggen en wilde Mira daar van weg leiden. Mira merkte op, dat ze het ook al gezien had. Dat het geen prettig gezicht was, maar dat ze er wel tegenkon.

Bij follow-ups drie maanden en twee jaar later vertelde Mira dat haar fobie voor dode vogels geheel verdwenen en geen enkele keer teruggekomen was.

Diskussie:

1. In het begin van de zitting maakte Pl een schoonheidsfout, die de gehele therapie had kunnen ondermijnen (gelukkig vond hij een alternatieve aanpak). Mira was zelf bezig haar probleem op te lossen (is althans de post-hoc verklaring), door spontaan een dode vogel te visualiseren en te spelen met de afstand tussen haar en de vogel. Een soort privé systematische desensitizatie. Pl had haar toen met rust moeten laten. In plaats daarvan intervereerde hij met een soort mislukte flooding procedure.

Het is uiteraard mogelijk, dat Mira met haar eigen aanpak ergens zou zijn vastgelopen. Dan had Pl kunnen helpen.

De les is om zo weinig mogelijk te interverteren als iemand al op een goed spoor zit. De cliënt is vaak wijzer dan de therapeut.

Slaat hierop wat Lao Tzu (38) eens zei?

"A truly good man does nothing,
Yet leaves nothing undone.
A foolish man is always doing
Yet much remains to be done".

2. Mira's opmerking aan het begin van de zitting "misschien ben ik zelf wel een vogel", gaf Pl een hint voor een alternatieve, indirecte benadering: een Gestalt dialoog. Dit soort dialogen werden door Fritz Perls (1969) veelvuldig voorgeschreven in het

kader van het zgn. Dreamwork. Iemand moest dan een droom vertellen in de tegenwoordige tijd. Perls vroeg hem of haar zich dan met een bepaald aspekt van de droom te identificeren, vervolgens met een ander, waarna zich een dialoog tussen beide aspecten uit de droom ontwikkelde. Het kon gaan tussen mensen, maar ook tussen mens en dier, tussen objekten onderling, tussen iemand en bepaalde lichaams-onderdelen. Perls zag alles wat iemand droomt als projekties. Via dit dreamwork leert men die projekties te integreren.

In het onderhavige geval schreef Pl zoveel droominhoud voor, dat een dialoog tussen twee relevante aspecten van Mira kon optreden. Overigens deed Mira na afloop van dit dreamwork weer op haar eigen manier haar eigen werk: het kijken naar een dode vogel, die willen begraven en dat -met minimale steun van Pl- ook doen ook.

Wellicht was Mira hier ook op gekomen, als Pl in het geheel niet had geïntervenieerd/geïnterfereerd.

3. Normaal wordt Gestalt therapie zonder hypnose toegepast. Wellicht had Mira ook uitstekend dreamwork kunnen leveren zonder dat eerst duidelijk een trance was geïnduceerd. Hypnose beschouw ik evenwel als een zeer gunstige konditie voor Gestalt werk. Het komt vaak voor, dat een therapeut met iemand op Gestalt manier wil werken, terwijl dat allerlei weerstanden bij die cliënt oproept. Men vindt het gek, of denkt het niet te kunnen. Soms volgt men de suggesties van de therapeut -met name in de Gestalt groepen- terwijl men daarmee de eigen integriteit geweld aan doet. Men ervaart eenvoudig de druk van de therapeut en de groep om het spel mee te spelen als te groot. In een bevredigende hypnotische trance komen vragen als "zou ik dat wel kunnen?" of "is dat niet gek?" niet op. Men is op de taak gekonsentreerd. Het is overigens wel mogelijk, dat een therapeut die effectief met Gestalt therapie werkt zonder officiële hypnotische inductiemethoden te gebruiken in feite wel met hypnose werkt. Het dreamwork, waarin iemand een droom in de tegenwoordige tijd moet vertellen en dan een dialoog moet opvoeren kan beschouwd worden als een trance inductie.

4. Mira ging korte tijd na deze hypnotherapeutische ervaring in (een Rogeriaanse) therapie, waarin de vraag wat ze nu eigenlijk met haar leven aan moest centraal stond.

Dit feit wordt hier gezien als een bijdrage voor de stelling, dat een dergelijk one-shot deal effectief kan werken, maar dat in sommige gevallen meer therapie noodzakelijk is. (Gestalt)-hypnotherapie is een sterk werkende methode, maar in één keer hoeft niet alles opgelost te zijn. In dit voorbeeld ging het om een existentiële zaak, een kwestie van leven en dood. In een dergelijk geval is meer dan één gesprek ten sterkste aan te bevelen. Als relatietherapeut zou ik nu dezelfde procedure in aanwezigheid van de partner kunnen doen, hoewel ik dat niet noodzakelijk vind. In ieder geval zou ik beiden tenminste één keer samen willen zien. Als Mira in therapie gaat werken aan de vraag wat ze nu eigenlijk met haar leven aanmoet (zoals ze deed), dan kan het niet anders of de relatie met haar man speelt daarin een belangrijke rol.

Referenties:

Lao Tzu: Tao Te Ching. A new translation by Lia-Fu Feng & Jane English. Wildwood House, Londen.
 Perls, F.S.: Gestalt Therapy Verbatim ~~People Press~~ ^{Reed} People Press, Lafayette, Cal. (ook in een Nederlandse vertaling verschenen).

1971 ~~Wildwood House~~ ^{Reed} People Press, Lafayette, Cal.

Kees van der Velden

"Also, since deviant symptomatic behavior and its accompanying vicious circles of reaction and counter-reaction can themselves be so disruptive of system functioning, we believe that one should not hasten to seek other and deeper roots of pathology."
Weakland et al. (1974, p. 147)

In een vorig artikel (Van der Velden, 1975) heb ik aannemelijk willen maken dat (1) het "je kunt wel maar je wilt niet"-vermoeden steeds tot inconsistente communicatie leidt, los van de vraag of dit vermoeden nu wel of niet gerechtvaardigd is, en (2) dat "psychiatrische patiënten" hun klachten in principe even graag of even weinig graag kwijtraken als lichamelijk zieke patiënten. Het "je kunt wel maar je wilt niet"-vermoeden krijgt met name een kans wanneer adequate informatie over de aard van het "symptomatisch gedrag" ontbreekt. Simplistische psychotherapie is er in eerste instantie op gericht dit informatietekort op te heffen.

2. Twee voorbeelden van informatiegerichte therapie

2.1. "Neurotische" ouders van zwakzinnige kinderen

In de literatuur (te onzent bijv. Hoejenbos, 1963) worden met grote regelmaat "neurotische reacties" bij de ouders van zwakzinnige kinderen gerapporteerd. Hoejenbos spreekt van "narcistische gekrenktheid", "projectieve teleurstelling", "depressieve reactie" e.d., Matheny & Vernick (1969) noemen "chronic sorrow, loss of self-esteem, anxiety, guilt, denial, mourning, hostility, rejection, frustration, helplessness, shame and disorganization of personality" als frekwent waargenomen verschijnselen. Tegenover de kinderen uit deze neurotische verwerking zich o.m. in ambivalentie, onzekerheid, te hoge eisen stellen, te lage eisen stellen, te veel bezorgdheid, te weinig bezorgdheid enz., enz. Het fenomeen van deze neurotische reacties is alleen al hierom verwonderlijk omdat er niet zoiets als een oorza-

kelijk verband bestaat tussen neuroticisme bij ouders en zwakzinnigheid bij kinderen.

Desondanks worden ze veelal gezien als de uitdrukking van een "onderliggend" emotioneel conflict, dat evt. d.m.v. counseling en psychotherapie tot een oplossing gebracht moet worden. (Een erg leerzame ervaring met dit type hulp beschrijft Kysar, 1968.)

Geheel anders gericht is de "informational-educational approach" van Matheny & Vernick (1969), die het vooral als de taak van de hulpverlener zien om de ouders specifieke en heldere informatie te geven over hun kind, de implicaties van deze informatie voor de toekomst, en informatie over de concrete stappen die ouders kunnen ondernemen om bepaalde moeilijkheden op te lossen.

"Although this approach does not exclude the counselor's concern or sympathy, it avoids the pervasive exploration of suspected emotional disorders and places the greatest emphasis on helping essentially mature and rational people to learn more about their child."

De wijze waarop zij de ouders de relevante informatie geven vind ik even eenvoudig als briljant.

De ouders zijn bij alle onderzoeken door de stafleden van hun kliniek aanwezig. Voorts worden alle bevindingen met de ouders besproken. De maatschappelijk werker, die als "evaluation manager" optreedt, suggereert dat de ouders niet moeten aarzelen om druk uit te oefenen op stafleden die wat minder bereid lijken om gegevens los te laten. Zijn er toch nog onduidelijkheden, dan moeten de ouders de maatschappelijk werker hiervan op de hoogte brengen, opdat die het communicatieproces verder kan regelen, net zolang tot de ouders voldaan zijn.

Ten slotte volgt een counseling-zitting waarbij alle informatie wordt geïntegreerd en samengevat.

De conclusie van hun onderzoek is dat ouders op deze wijze niet alleen hun ierële kijk op de toekomst van hun kind corrigeren, maar zich ook in overeenstemming met hun nieuwe zienswijze gaan gedragen.

Het "neurotische gedrag" van veel ouders achten zij voor een goed deel iatrogeen en onnodig.

2.2. "Break off the penis and keep it"

Het bovenstaande motto is ontleend aan mijn Psychiatric Dictionary (Hinsie & Campbell, 1970) waar onder het woord "vaginismus" de in dit motto vervatte wens als mogelijke verklaring voor het verschijnsel vaginisme ten tonele wordt gevoerd. Ook Van de Velde (1928) wist al raad met het verschijnsel: "Er dient evenwel te worden opgemerkt, dat vaginisme alléén optreedt bij vrouwen, die zowel plaatselijk als algemeen, met een zekere mate van infantilisme behept zijn, of op andere wijze psychisch niet normaal geacht mogen worden."

Vaginisme, maar ook anorgasmie en alle mogelijke seksuele dysfuncties vormen een zeer geschikte voedingsbodem voor het klassieke pejoratieve denken (zie hieronder) dat in de psychiatrie tot zo rijke bloei is gekomen. (Brinkman, 1975, geeft een uitstekend overzicht van o.m. analytische opvattingen over vaginisme.)

Vaginisme is natuurlijk bij uitstek geschikt om het "je kunt wel maar je wilt niet"-fenomeen te stimuleren. De communicatie tussen de vaginiste en haar partner is, waar het over seksualiteit gaat, noodzakelijkerwijs inconsistent, zeker wanneer zij te horen hebben gekregen dat zij "lichamelijk niks mankeert".

Bijzonder fraai is naar mijn mening de therapie voor vaginisme volgens Masters & Johnson (1971), waarin begonnen wordt met de overduidelijke demonstratie van het feit dat de patiënte inderdaad niet "kan". Deze demonstratie achten Masters & Johnson "de meest belangrijke stap bij de behandeling". Het wordt de partner nu duidelijk dat ook een niet-seksuele benadering door een ander dan hijzelf dezelfde respons geeft, waarmee de paradox "Dolgraag zou ik je liefdesbewijzen beantwoorden maar mijn kramp verhindert zulks" wordt opgeheven (Van der Velden, 1973).

Ook de Masters & Johnson-benadering zou "informational-educational" genoemd kunnen worden. Haar resultaten zijn uitstekend. Opmerkelijk is de bevinding dat ontvankelijkheid voor het behandelen van psychogene factoren toeneemt wanneer de fysieke symptomen zijn weggenomen.

3. Deze twee voorbeelden kunnen zonder veel moeite worden aangevuld. Ik noem nogeens het hyperventilatiesyndroom (Hoogduin, 1975). Dezelfde mensen die nu met een rationele therapie binnen tamelijk korte tijd genezen, kregen nog niet zolang geleden te horen dat "de klachten van het hart aan een enorme strafbehoefte beantwoorden" (citaat uit een psychiatrische uitschrijfbrief van juli 1975). Naarmate men minder in staat is een klacht concreet te behandelen neemt de behoefte om hem in analytische of gezinsdynamische termen te interpreteren toe.

4. Pejoratieve interpretaties en maligniteit

Het psychotherapeutisch jargon is pejoratief, insinuerend en vrijwel exclusief gericht op maligniteit.

Ik noemde hiervoor wat voorbeelden uit de analytische sfeer, maar gezinstherapeuten kunnen ook goed mee. Ik noem een paar verschijnselen die Van Veen & Van der Meulen (1970) zoal in hun gezinnen tegenkomen: "symbiose", "fusie" en "pseudo-selves" (mensen met veel ruzies over bijzaken), "fusie gefixeerd in de agressieve fase" (kat-en-hond huwelijken); de wanhopige cliënt die vraagt: "Ik weet me geen raad meer, zegt u me wat ik doen moet!", blijkt hiermee blij te geven van zijn behoefte "de baas" te zijn; bij een vrouw wier man zonet definitief is weggelopen, en die voor de moeilijke taak staat haar opgroeiende kinderen alleen op te voeden, wordt ook met een de behoefte om "de baas" te zijn vastgesteld; een vrouw met geheel onverklaarbare stemmingswisselingen blijkt met haar man "overeengekomen" te zijn dat zij "ziek" is en wanneer zij snedig opmerkt dat dit verschijnsel haar pas sinds haar huwelijk plaagt, wordt geconstateerd: "De vrouw gebruikt hier haar positie in de strijd om de beheersing van de relatie door de man als de schuldige aan te wijzen". Enz., enz. Voor de aardigheid vermeld ik nog wat bijpassende therapeutische interventies van dezelfde auteurs (p.45 -51): "Het hindert u, dat uw vrouw afdwaalt?"; "Het irriteerde u?"; "U interrumppeerde", "U zegt het met een zekere stelligheid en u gaat daarin met uw man mee. U zegt: Het zal wel zo zijn"; "En dat zou u ook niet willen?"; "Dat is uw probleem"; "Dat irriteert

u?"; "Waarom?"; "Wat betekent dat in dit verband?"; "Wat betekende dat dan op dat moment?"; "Op dat moment was dat toch zo. Toen was uw man de sterkste: U ging de logeerkamer in orde maken"; "U geeft hem macht om macht te hebben over u..."; "Wie is dan de sterkste? U geeft hem..." Irriteert het u? Mij wel. Deze mensen moesten maar een bokstent beginnen.

Benigniteit, goedaardigheid, er is niet eens een bruikbare terminologie voor; men vergelijke met de arts die uitsluitend woekerende tumoren en open t.b.c. vaststelt en alle andere ziekteverschijnselen verkoudheid noemt. De psychiatrische verkoudheid heet "overspanning", een begrip dat door Kraft (1972) met veel mensenkennis op ouderwetse wijze is uitgewerkt.

5. "Overspanning" met en zonder complicaties

"Hyperæsthetisch-emotioneel syndroom", "reactieve depressie", "traumatische neurose", "nervous break-down", "surmenage" - met dit soort termen wordt de toestand van de bonafide "overspannen" patiënt aangeduid. Het zijn begrijpelijke toestanden, meestal bij hardwerkende mensen, toestanden die de dokter, brutaal gezegd, zelf als het ware zouden kunnen overkomen.

De meeste van deze toestanden gaan spontaan over, d.w.z. men krijgt een leukere baan, men spreekt met een begrijpende vriendin, men krijgt een huis-met-een-tuin.

In een aantal gevallen gaan deze toestanden niet over, bijv. omdat de mogelijkheid zich niet voordoet om aardiger werk, een goeie vriendin of een huis-met-een-tuin te krijgen, ofwel omdat de toestand "verkeerd begrepen" wordt.

Voorbeeld: Mevrouw Zee durft niet met haar man mee naar recepties en andere bijeenkomsten. Ook durft ze niet in haar achtertuin te komen wanneer haar burens in hun achtertuin verblijven. Ze is steeds bang in deze situaties flauw te vallen. Ze wordt uitvoerig lichamelijk nagekeken, uiteraard zonder resultaat. Wanneer haar klacht persisteert begint haar man zich te ergeren maar beiden besluiten dat ze een andere ziekte heeft: een fobie. In het eerste gesprek wordt duidelijk dat mevrouw vaak door haar man en zoon "gekat" wordt, d.w.z. man en zoon lachen zich krom over de opinies die zij over politiek en economie ten beste geeft.

00

Bij het tweede gesprek - waaraan ook de echtgenoot deelneemt - blijkt mevrouw erg geschrokken te zijn van de openhartigheid waarmee ze mij deelgenoot had gemaakt van de kritiek op haar man. Ze hadden er samen thuis uitvoerig over gepraat. De man had zich geschaamd over zijn handelwijze en zijn gedrag gewijzigd. De "fobie" verdween prompt.

Een volgende mogelijkheid is dat de "overspanning" "aanslaat" bij de patiënt.

Voorbeeld: Meneer Blauw heeft last van huilbuien en straatvrees. Hij was altijd een precieze, consciëntieuze werknemer, van jongste bediende opgeklimmen tot procuratiehouder. Een reorganisatie in het bedrijf die de uitholling van zijn functie met zich meebrengt, doet hem in de ziektewet belanden. Zijn vrouw "stimuleert" hem naar buiten te gaan, te wandelen etc., maar dat leidt alleen tot een verergering van zijn klachten. Het echtpaar blijkt een al jarenlang voortslepend conflict te hebben over de opvoeding van de oudste zoon, die door mevrouw op een stuitende wijze verwend wordt. Meneer Blauw voelt zich op dit punt gesard en gepest door zijn vrouw; zijn klachten worden een nieuwe manier om haar terug te pesten.

Vervolgens kan de "overspanning" "aanslaan" bij de omgeving van de patiënt. (Vgl. Fry, 1962.)

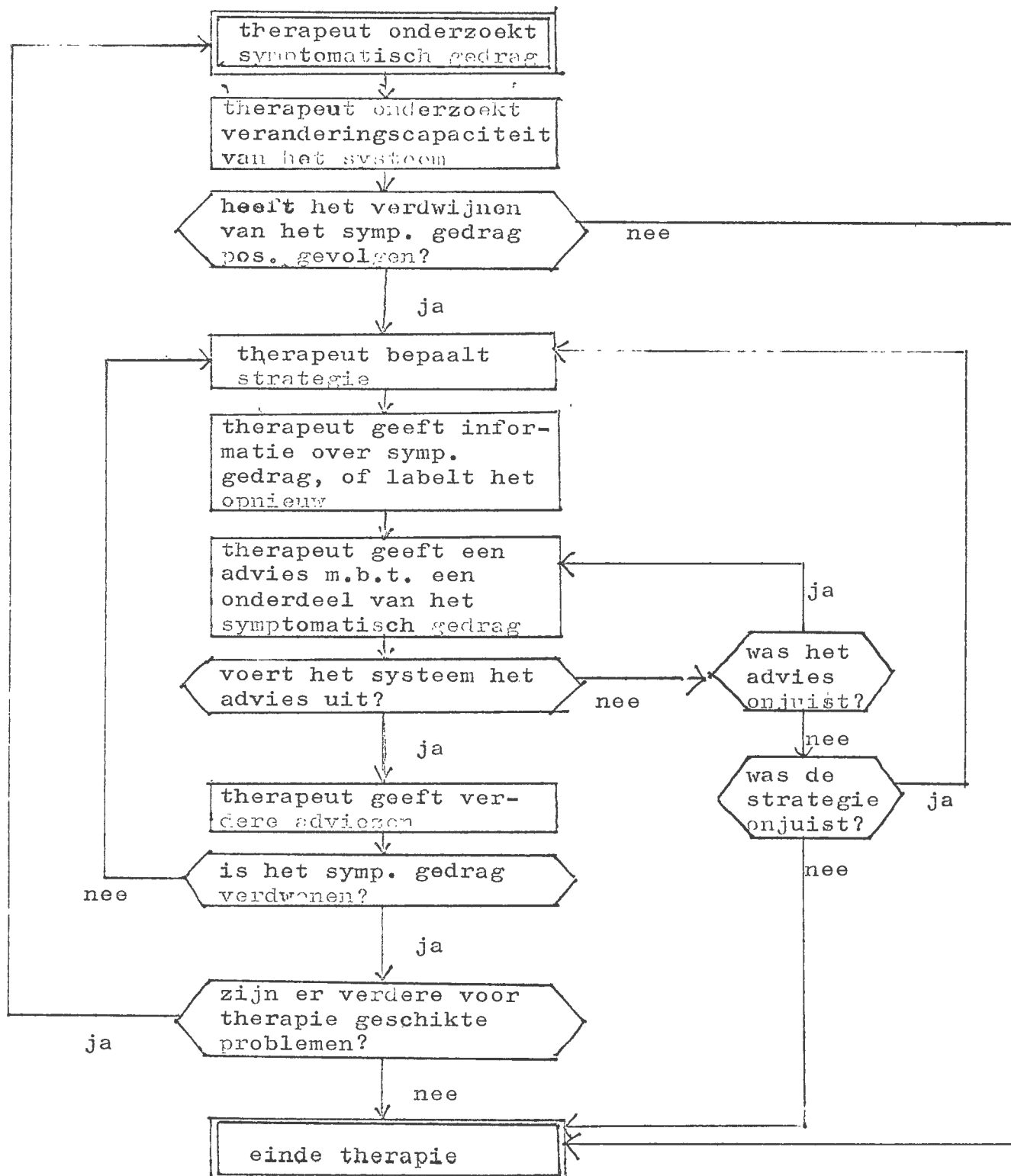
Voorbeeld: Meneer Links is in de WAO terechtgekomen na "overspanning" o.m. door moeilijkheden op het werk. Hij durft niet over straat, niet in de auto, niet in de trein etc. Individuele therapie wordt in ruime mate gegeven - inzichtgevende therapie, gedragstherapie etc. Wanneer mevrouw bij de therapie betrokken wordt blijkt zij niet alleen dezelfde vrees te hebben, maar bovendien durft zij niet alleen te zijn. Het bleek voor haar een opluchting geweest te zijn dat de behandeling van haar man telkens faalde.

Ten slotte is het mogelijk dat de "overspanning" zowel bij de patiënt als zijn omgeving "aanslaat". Dit is mogelijk het geval bij de al eerder genoemde Jan en Truus van Lange & Van der Hart (1975, p. 23 e.v.).

Samenvattend: de meeste symptomen waarmee wij te maken krijgen waren oorspronkelijk een voor de hand liggende reactie op stress ("overspanning"); het persisteren van deze symptomen kan veroorzaakt worden door het ontbreken van reële alternatieven, door misverstanden (het "je kunt wel maar je wilt niet"-verschijnsel), of door "aanslaan", hetzij bij de patiënt, hetzij bij de omgeving, hetzij, in het beroerdste geval, bij beiden. Zoals er goede redenen bestaan om aan te nemen dat "misverstanden" verhoudingsgewijs de meest frequent voorkomende

oorzaak zijn van het persisteren van "overspanning", zo is er ook voldoende reden om rekening te houden met complicaties. In het onderstaande schema heb ik dat geprobeerd.

6. Schema van een klachtgerichte directieve therapie



Toelichting:

In dit schema is uitgegaan van de regel dat cliënt en "omgeving" (partner, kinderen etc.) beiden aan de therapie deelnemen. De "omgeving" functioneert in eerste instantie als mediator. Werkt dat goed dan blijft het zo tot het eind van de therapie. Cliënt en "omgeving" worden hier te zamen "systeem" genoemd.

Het onderzoek van het symptomatisch gedrag en het onderzoek van de veranderingscapaciteit worden apart vermeld: het ene systeem verdraagt het verdwijnen van symptomatisch gedrag beter dan het andere. (Denk aan de complicaties bij "aanslaan".)

Niet altijd is het verdwijnen (lees: verdwijnen of verminderen) van symptomatisch gedrag positief. Voorbeeld:

mevrouw Van de Land had voor haar huwelijk zeer veel seksuele contacten met uiteenlopende mannen. Eenmaal getrouwd vocht zij ervoor om een "fatsoenlijke vrouw" te zijn. Het huwelijk loopt aardig. Mevrouw Van de Land komt in behandeling wegens straatvrees. Wanneer zij nog maar een klein eindje alleen weg durft krijgt ze een sterke behoefte met "vreemde mannen" mee te gaan. In overleg met haar wordt de directieve therapie beëindigd.

Het is niet altijd gemakkelijk om in te schatten op de gevolgen van therapie gunstig of ongunstig zijn. Ikzelf stimuleer mensen bij de intake om eens uitvoerig te fantaseren over wat ze zullen gaan ondernemen wanneer hun klachten over zijn. Magere verhalen beschouw ik als een "slecht teken".

Dezelfde voorzichtigheid kenmerkt de eerste fase van de therapie waarin als regel een advies gegeven wordt dat slechts betrekking heeft op een onderdeel van het symptomatisch gedrag. We kunnen dan gemakkelijker corrigeren wanneer er iets fout gaat.

In het schema heb ik het geven van informatie en het herlabelen op een lijn geplaatst: voor de cliënt is dat nl. hetzelfde.

In het schema is er rekening mee gehouden dat na het verdwijnen van het symptomatisch gedrag nieuwe moeilijkheden aan de orde kunnen komen. Een van de onvolkomenheden van het schema is dat het alleen de mogelijkheid van nieuw symptomatisch gedrag openlaat. In werkelijkheid komen meestal reële, "belangrijke" moeilijkheden naar voren.

Referenties

- Brinkman, W. (1975) Langdurige gedragstherapie in een geval van vaginisme.
Tijdschrift voor psychotherapie, 1,2, 54-69
- Fry, W.F. (1962) The Marital Context of an Anxiety Syndrome
Family Process, 1, 2, 245-252
- Hinsie, L.E. & R.J.Campbell (1970) Psychiatric Dictionary
Oxford University Press, New York
- Hoejenbos, E. (1963) Enkele facetten van de zwakzinnigheid
Uit: Th. Hart de Ruyter, Capita selecta uit de kinder- en jeugdpsychiatrie, De Haan, Zeist
- Hoogduin, C.A.L. (1975) Het hyperventilatiesyndroom
TDT, 2, 9, 16-22
- Kraft, Th.B. (1972) Overspanning
Erven F.Bohn, Haarlem
- Kysar, J.E. (1968) The Two Camps in Child Psychiatry
American Journal of Psychiatry, 125, 1, 141-147
- Masters, W.H. & V.E.Johnson (1971) Seksuele stoornissen bij man en vrouw
Paris/Manteau, Amsterdam-Brussel
- Matheny, A.P. & J.Vernick (1969) Parents of the Mentally Retarded Child: Emotionally Overwhelmed or Informationally Deprived?
Journal of Pediatrics, 74, 6, 953-959
- Veen, C.J.F. van & J.C. van der Meulen (1970) Gezinsbehandeling, een oriëntatie
N.Samsom, Alphen aan de Rijn
- Lange, A. & O.van der Hart (1975) Gedragsverandering in gezinnen
Tjeenk Willink, Groningen
- Velde, Th.H.van de (1928) De bestrijding van den echtelijken afkeer
Leidsche Uitgeversmaatschappij, Leiden
- Velden, C.P.van der (1973) Over Masters & Johnson
TDT, 1, 3, 10-12
- idem (1975) Naar een simplistische psychotherapie (I)
TDT, 3, 1, 56-60
- Weakland, J.H., R.Fisch, P.Watzlawick, A.Bodin (1974)
Brief Therapy: Focused Problem Resolution
Family Process, 13, 2, 141-168