



**Tijdschrift voor Directieve  
Therapie  
Jrg.3 nr.3 november 1975**

---

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

---

## Inhoud

november 1975

---

Hoofdredacteur	Ten geleide	1
Richard van Dijck & Kees van der Velden	Aikido-technieken: ervaringen bij toepassing	7
Richard van Dijck & Onno van der Hart	Zwijgende paren: over het opwekken en hanteren van agressie in relatietherapie	8
Alfred Lange	De zware voorwaarde en enkele beschouwingen over zelfperceptietheorie	32
Richard van Dijck	Reactie op: De last is te zwaar, van Onno van der Hart	40
Kees Hoogduin	De cliënt met een niet-willende partner - reactie op een toevoeging	44
Onno van der Hart	De steeds verhinderde cliënt: commentaar en aanvulling	46
Kees van der Velden & Richard van Dijck	Verlegenheid zoekt list. Hindernissen in de beginfase van een directieve therapie	49
Dick Oudshoorn	Reactie op: Naar een simplistische psychotherapie, van Kees van der Velden	59
Kees Hoogduin & Leen Joele	Werkhervatting	64
Alfred Lange	Wie een kuil graaft voor een ander..., de epiloog van: Afleiding, posthypnotische suggesties en een dubbele fobie	75

---

Omslag: Richard van Dijck, geportretteerd door De Hoofdredacteur

---

Oplage: 7 exemplaren

---

Nadat in vorige afleveringen de semantische en economische eigenaardigheden van dit Tijdschrift meer dan globaal aan de orde konden komen, is er vandaag de gelegenheid om eens wat nader in te gaan op enkele aspecten van produktiviteit en statusontwikkeling. Ten behoeve van dit onderzoek hebben wij de volgende afleveringen van dit Tijdschrift bestudeerd: 2 (9), 2 (10), 2 (11), 3 (1) en 3 (2). In de tekst worden deze afleveringen aangeduid met de cijfers 1, 2, 3, 4 en 5.

### Produktiviteit

De vijf afleveringen waarover we het nu hebben telden bij elkaar 309 bladzijden; na aftrek van lege halve bladzijden en formulieren (in nr 3) restten 278 door TDT-redacteuren volgeschreven bladzijden.

In tabel 1 is aangegeven hoeveel bladzijden iedere redacteur voor zijn rekening nam. (Bij door twee auteurs geschreven artikelen, werd voor beiden de helft van het aantal pagina's bijgeteld.)

Tabel 1

<u>Aantal bladzijden per auteur</u>	<u>In procenten</u>
Hoofdredacteur	4
Van Dijck	8
Van der Hart	25
Hoogduin	14
Joele	9
Lange	13
Oudshoorn	13
Van der Velden	14
Totaal	100

In de rechterkolom is dit aantal bladzijden uitgedrukt in procenten; in fig. 1 is ditzelfde gegeven nog weer eens op een meer aansprekende manier in beeld gebracht.

Wanneer iedere redacteur in gelijke mate aan dit Blad had bijgedragen, zou ieder 36 bladzijden ofwel 12.5 % van het totaal aantal bladzijden hebben geschreven.

Overduidelijk blijkt uit deze cijfers dat Lange en Oudshoorn in hoge mate beantwoorden aan het beeld van "de

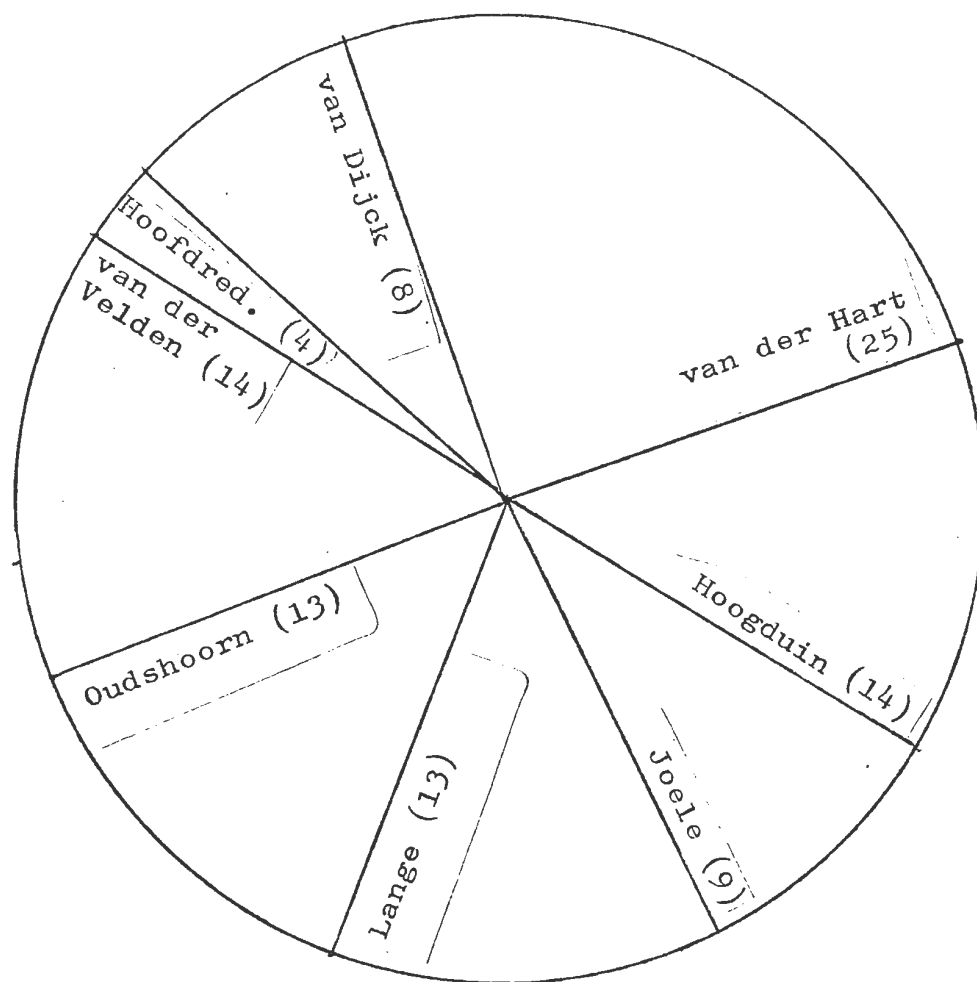


Fig. 1 Produktiecijfers in procenten

ideale redacteur", terwijl Van der Hart, zeker in dit opzicht, geacht kan worden voor twee te tellen. Hij compenseert meer dan Van Dijck en Joele tekortkomen. Interessant is het de mate waarin redacteuren aan de totstandkoming van het Tijdschrift bijdragen, in het perspectief van de tijd te plaatsen. Immers, wij kennen allen mensen die snel geënthousiasmeerd en tevens snel uitgeblust zijn, alsmeê mensen die maar moeilijk op gang komen om vervolgens records te breken. Het eerste genre wordt in de redactie op welhaast ideaal-typische wijze gerepresenteerd door Joele (zie fig. 2), het tweede door Lange (zie fig. 3). In fig. 2 en 3 zijn op de horizontale as de respectieve afleveringen aangegeven, en op de verticale as het aantal geproduceerde bladzijden. We zien dat Lange gemiddeld per aflevering 2 pagina's meer produceert, en dus mag op wetenschappelijke gronden

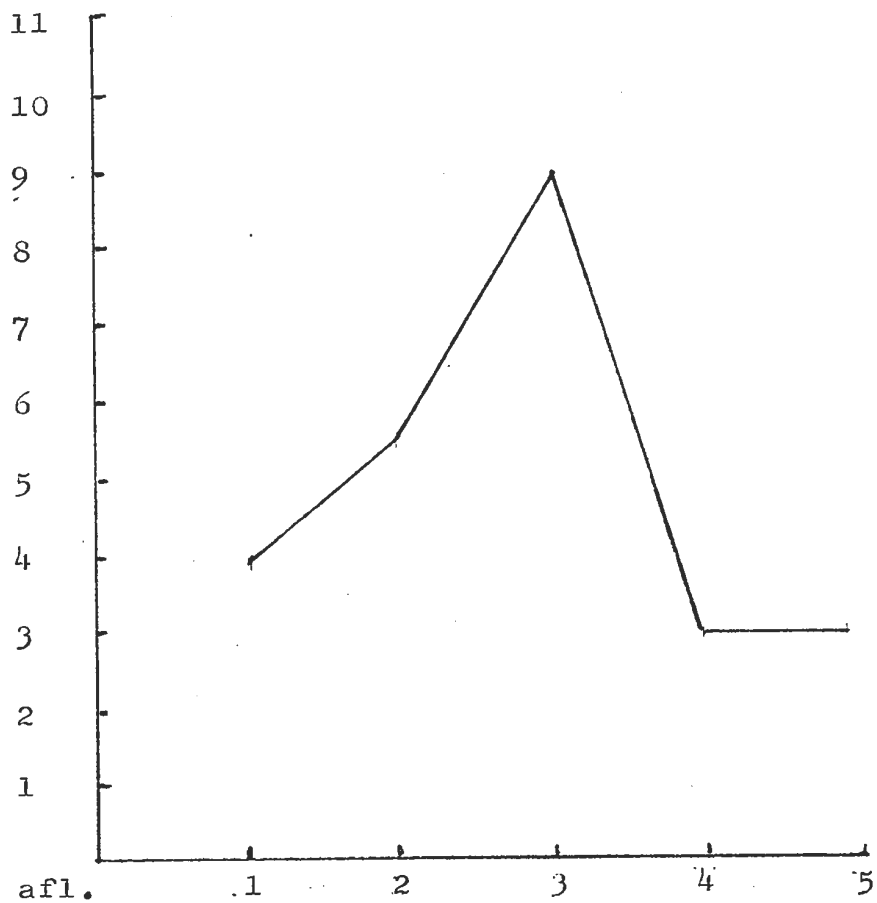


Fig. 2 Joele's produktiviteitsontwikkeling

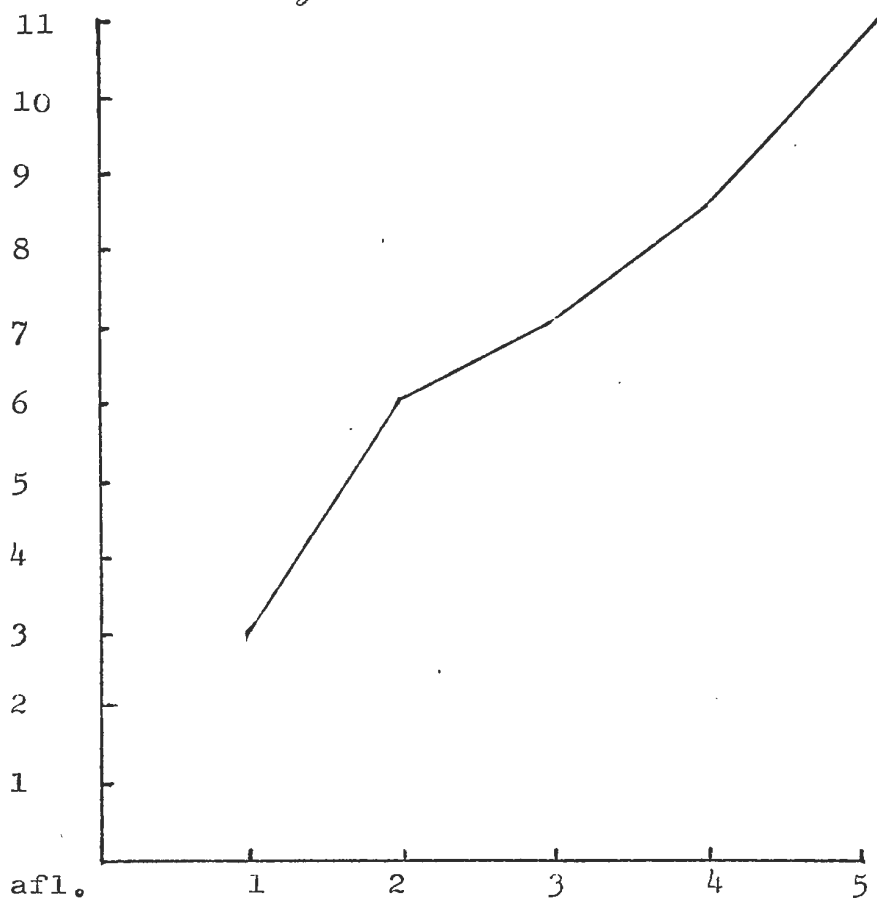


Fig. 3 Lange's produktiviteitsontwikkeling

worden aangenomen dat zijn bijdrage aan dit nummer exact 13 bladzijden zal tellen. Zet deze ontwikkeling zich door, dan mogen wij voor de 45ste aflevering niet minder dan 101 bladzijden van zijn hand tegemoetzien!

#### Statusontwikkeling

Het aantal malen dat schrijvers van wetenschappelijke publicaties naar een bepaalde vakgenoot verwijzen, is een betrouwbare indicator voor het sociaal aanzien van die vakgenoot binnen de kring van zijn collega's gebleken (Palmenstrand, 1972), los van de vraag of die verwijzingen nu een positieve of negatieve teneur hebben.

Een aardig detail is dat het verwijzen naar eigen publicaties evenzeer kan bijdragen tot statuswinst, mits dit "self quoting behavior" binnen zekere grenzen blijft (eveneens Palmstrand, 1972).

Hoe zit dit alles nu bij ons Tijdschrift?

Het totaal aantal referenties in de genoemde afleveringen bedroeg  $\pm$  150. (Plus minus, omdat de ene auteur bijv. naar Weakland et al verwijst en de andere naar Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin; in het eerste geval kan 1 referentie worden geteld, in het tweede 4 referenties, terwijl het toch om dezelfde publikatie gaat.)

Het totaal aantal referenties naar TDT-redacteuren (deze behoeften niet noodzakelijkerwijs betrekking te hebben op in dit Vakblad verschenen stukken) bedroeg 64; hiervan hadden er 22 betrekking op eigen publikaties.

Er bestaat geen rechtstreeks verband tussen de geproduceerde hoeveelheid tekst en het aantal verwijzingen. Oudshoorn bijv. verzorgde 13 % van de totale tekst, terwijl hij maar 6 % van het aantal verwijzingen naar TDT-redacteuren voor zijn rekening neemt. Het meest evenwichtig is deze relatie bij Van der Hart: 25 % van de tekst en 25 % van het aantal verwijzingen naar TDT-redacteuren. Hoogduin en Van der Velden kunnen zonder twijfel als "de meest sociale redacteuren" worden aangemerkt. Niet alleen hebben beiden de neiging om verhoudingsgewijs meer referenties naar collega's dan tekst te produceren,

maar bovendien is de reikwijdte van hun referenties het grootst: beiden verwijzen naar niet minder dan 6 redacteuren van het TDT! Het lijkt niet al te gewaagd dit gedrag te interpreteren in termen als "een ander de eer gunnen", "zich niet op de voorgrond willen dringen" e.d., te meer omdat al eerder werd aangetoond dat hun eigen bijdragen aan het TDT in meerdere opzichten superieur genoemd mogen worden (Hoofdredacteur, 1975).

Goede tweeden zijn Van der Hart en Lange, die beiden naar 5 TDT-redacteuren verwijzen; Van der Hart gaat zelfs zover dat hij een redacteur in zijn lijst van referenties opvoert zonder hem in de tekst te vermelden (Van der Hart, 1975)!

"De meest bescheiden redacteuren" zijn, zo lijkt het, Van Dijck, Joele en Oudshoorn, die ieder slechts eenmaal naar zichzelf verwijzen. Maar bij hen is toch sprake van een fenomeen dat ons uit de kliniek meer dan bekend is: zuinig tegenover jezelf is zuinig tegenover een ander, want van naar collega's verwijzen is bij hen al nauwelijks sprake. Een beetje royaler, jongens!

Zonder meer vaak verwijzen Van der Hart en Lange naar zichzelf: van de 15 referenties die Van der Hart in totaal aan TDT-redacteuren laat toevallen, hebben er 8 betrekking op hemzelf; bij Lange is deze verhouding 13 : 8.

Over dit naar zichzelf verwijzen behoeft niet meteen ongunstig gedacht te worden; meer toepasselijk lijkt mij een interpretatie die uitgaat van de noodzaak om continuïteit in de publicitaire arbeid aan te brengen, waarbij zich vanzelf begrippen als "wilskracht", "doorzettingsvermogen" en "ruggegraat" opdringen wanneer men deze mentaliteit wil kenschetsen.

Bijzonder typisch is de positie van Van Dijck. Wij merkten al op dat zijn geneigdheid om naar andere TDT-redacteuren te verwijzen gering is. Men zou verwachten dat er dan ook wel weinig naar hem verwezen zal worden. Niets is minder waar: van de 7 redacteuren (de Hoofdredacteur niet meegerekend) zijn er 6 die één of meerdere malen aan hem refereren; hij deelt deze eer weliswaar met enkele anderen, maar die zijn zonder uitzondering zelf ook vele malen

vrijgeviger en produktiever.

Wij hebben hier, dunkt ons, te maken met een subtiel bekrachtigingsproces, waarbij de gehele redactie Van Dijck tekenen van erkentelijkheid, ja genegenheid toont, niet als beloning voor geleverde prestaties, maar meer als voorschot voor nog te betonen inspanningen. Zullen deze investeringen van de redactie rendabel blijken?, zo hebben wij ons afgevraagd. Maar ja hoor, na vijf afleveringen vol tactvolle aansporingen komt deze secundair reagerende redacteur over de brug met vier bijdragen van in totaal 21,5 bladzijden wanneer we samen met anderen geschreven stukken maar voor de helft op zijn rekening zetten, en 39 volle pagina's wanneer we minder krenterig zijn. Hulde daarom voor Van Dijck! Hulde ook voor de redactie!

De Hoofdredacteur

#### Referenties

Hart, O. van der (1975) De last is te zwaar  
TDT 3, (2), 14-22

Hoofdredacteur, De (1975) Ten geleide  
TDT 3, (1), 1-4

Palmenstrand, P. (Ed.) (1972) Innovations in the Sociology  
of Science  
J.B.Lippincott Company  
Philadelphia & Toronto



Aikido-technieken: ervaringen bij toepassing

---

Richard van Dijck & Kees van der Velden

1. (RvD) Bij de toepassing van de door Onno (Van der Hart, 1975) beschreven en gedemonstreerde Aikido-technieken op een accountant van middelbare leeftijd, meende ik enige scepsis op het gezicht van de cliënt te zien toen ik sprak over "electrische stromen" die hij zich in zijn duim en wijsvinger moest voorstellen. De oefening lukte ook maar zeer matig. Ik kreeg toen een inval die meer succes had, wellicht omdat een betere aansluiting tot stand kwam met het taalgebruik en de belevingswereld van de cliënt. Ik stelde hem voor: "U houdt een gulden tussen duim en wijsvinger; de belastingdienst eist hem op, maar u voelt dat u hem zelf verdiend hebt, hij is van u, hij is een deel van u..... concentreer u." Na een bijzonder korte concentratie periode was de man in zodanige toestand dat de duim en wijsvinger aan elkaar gemetseld leken.
2. (KvdV) Een variant op het bovenstaande kon bij een volgende cliënt worden gebruikt: "U loopt over de straat en ziet dat een man een rijksdaalder laat vallen. U stapt er kalm op af en gaat bovenop het muntstuk staan. De man kijkt rond, hij komt op u af, maar u weet: ik zag de rijksdaalder het eerst, ik zal niet wijken." Nog 15 minuten na het beëindigen van de oefening bevond de man zich in een toestand van cataleptische rigiditeit van het hele lichaam. Pas toen ik hem f. 2,50 aanbood ontspande hij zich en verliet mijn spreekkamer.

Referentie

Hart, O. van der (1975) Aikido-oefeningen en assertief optreden van therapeut en cliënt  
TDT 2 (11), 65-76.

7. 8

ZWIJGENDE PAREN: OVER HET OPWEKKEN EN HANTIEREN VAN AGRESSIE  
IN RELATIETHERAPIE.

1. Inleiding. Richard van Dijk & Onno van der Hart.

Behalve echtparen bij wie voortdurend ruzie maken een aanknopingspunt voor therapie vormt (zie Van Dijk en Hoogduin, 1975), zijn er ook veel huwelijken die scheef zitten omdat er te weinig of geen ruzies worden gemaakt.

Het probleem is in dit geval dat de conflicten niet kunnen opgelost worden omdat ze niet boven tafel komen.

Soms zwijgen beide partners, meestal één van beide partners, terwijl de ander het gesprek dan domineert. In dit artikel wordt verder vooral aandacht besteed aan de rolverdeling van één prater en één zwijger.

Een aantal uiteenlopende interactiepatronen kan onderscheiden worden waarbij ruzie maken en directe communicatie op deze manier vermeden worden:

1.1 "Habitueel zwijgen": de cliënt heeft nooit geleerd om (negatieve) gevoelens op een openlijke manier onder woorden te brengen. Het zwijgen heeft geen speciale communicatieve betekenis, maar wijst op een beperking van het gedragsrepertoire. Meestal blijkt er ook in andere relaties dan het huwelijk een tekort aan assertiviteit. Het ligt voor de hand dat in de therapie getracht moet worden dit gedragsrepertoire uit te breiden.

1.2 "Vermoeidheid": soms is aan het zwijgen een langdurige periode van onopgeloste ruzies voorafgegaan. Eén van beiden besluit verbitterd voortaan zijn mond maar te houden, en verklaart de zin van praten niet meer te zien. In de therapie levert deze opstelling meestal niet veel moeilijkheden op: als de therapeut kan garanderen dat de toekomstige discussies beter gestructureerd zullen worden dan de vroegere, kunnen beiden er wel weer in.

1.3 "Zwijgmanoeuvre": zwijgen, mokken en onverschilligheid zijn manieren om de ander te straffen voor zijn kritiek of verwijten. Eventueel wordt de partner de wind uit de zeilen ge-

nomen door een niet-gemeend: "natuurlijk, je hebt gelijk, ik zag het wel weer verkeerd". Evenals bij de vorige groep is er bij deze paren wel degelijk een openlijk conflict. Er zijn meestal wel krachtiger interventies nodig om de zwijger weer aan de praat te krijgen en de (overmatige) prater de mond te snoeren.

1.4 "Symptomen in plaats van conflicten":

Soms is het duidelijk dat ziekte, zieligheid en klachten als wapens in de relatie worden gebruikt. Alle neurotische en psychosomatische klachten lenen zich hiertoe. Er kunnen stabiele rolverdelingen van "een zieke en een verpleegster" ontstaan. Als regel wordt het bestaan van relatieproblemen met kracht ontkend; het huwelijk is perfect.

Vaak is de ziekte winst of het relationele aspect van vooral lichamelijke klachten ook niet erg doorzichtig: de "zieke" beperkt zich tot een gepreoccupeerd, hypochonder uiten van klachten en de therapeut krijgt weinig of geen aanknopingspunten voor een relatietherapie. Voor deze groep somatische klagers kan het hele gamma van hieronder vermelde interventies overwogen worden.

1.5 "Zwijgen als communicatiestoornis t.o.v. de therapeut":

Het zwijgen van het echtpaar kan ook door de therapeut zelf geïnduceerd zijn als hij komt binnenvallen met interventies of een terminologie of een referentiekader die niet bij het paar aansluit. Uiteraard moet de oplossing van deze moeilijkheid niet bij het echtpaar, maar bij de aanpak van de therapeut gezocht worden.

2. Interventies.

Twee invalshoeken zijn mogelijk: de therapeut kan trachten de zwijger de bek open te breken, of hij kan degene die te veel aan het woord is, de mond snoeren. De ene benadering sluit de andere niet uit; in elk geval moet het resultaat zijn dat beiden min of meer gelijkwaardig aan het gesprek gaan deelnemen. Meestal levert de zwijger de meeste moeilijkheden op: het is nu eenmaal gemakkelijker om iemand te doen luisteren dan om iemand te doen praten. Vandaar dat de meeste van onze interventies ook tot de zwijger

zijn gericht.

## 2.1 Directe interactie bevorderen:

Als voorbereiding voor zijn toekomstige interventies moet de therapeut een aantal maatregelen nemen die rechtstreekse interactie tussen het echtpaar in de hand werken. Om ruzievermijdende echtparen te beletten dat ze uitsluitend naar de therapeut toepraten, kunnen we best de opstelling kiezen waarbij de partners tegenover elkaar zitten en de therapeut opzij van hun blikveld. Dit volstaat op zich meestal niet; de cliënten zullen toch gemakkelijk geneigd zijn om het woord tot de therapeut te richten. Deze moet dan duidelijk de aanwijzing geven: "zeg het maar tegen hem". Dit kan onderstreept worden door een wijzend gebaar in de richting van de partner. Verder in het gesprek is het wijzen alleen al vaak voldoende. Werkt dit niet dan kan het de spreker in toenemende mate moeilijk gemaakt worden om de therapeut in het gesprek te betrekken: de therapeut vermijdt oogcontact met degene die met hem wil praten, maar kijkt wel de partner strak aan; de therapeut schuift zijn stoel steeds meer naar achter en neemt een houding van geringe betrokkenheid aan, door bijvoorbeeld naar het plafond te staren. Zonodig kan hij ook de kamer verlaten, eventueel met een opmerking als: "ik geloof dat mijn aanwezigheid hier u te veel afleidt" en plaats nemen achter de doorkijkspiegel (Minuchin, 1967, & Fullweiler, zie Haley, 1967). In dit stadium is een korte toespraak wellicht een beter alternatief: "nu moeten jullie eens goed luisteren, jullie zijn allebei intelligente mensen en jullie hebben gehoord en begrepen wat ik vraag nl. met elkaar praten en niet over de ander met mij roddelen. Ik heb jullie daar tien keer op gewezen en nog steeds doen jullie het niet. Als jullie daar mee doorgaan stop ik ermee".

Volhouden is inderdaad een belangrijk principe vanaf de eerste openingszinnen. Te vaak worden op zich goede interventies achterwege gelaten omdat zij na de derde maal nog niet volledig afdoende bleken. Therapeuten die te snel door de knieën gaan zijn bovendien een slecht model ook voor de zwijger.

## 2.2 Een gespreksthema vinden:

Totnogtoe ging het om maatregelen die de kans op een recht-

streekse interactie kunnen verhogen. Het tweede probleem in de voorbereidende fase is het verkrijgen van een bruikbaar gespreksthema. Dit zal niet zoveel moeilijkheden opleveren als het echtpaar openlijke conflicten weet te melden. Meestal lukt dat wel bij de echtparen die we beschreven onder de hoofdjess: "vermoeidheid" en "zweigmanoeuvre". Vooraf ingevulde vragenlijsten, zoals die van Knox (1971, zie bijlage Lange & van der Hart, 1975) leveren vaak voldoende gespreksstof op: zowel wanneer het echtpaar van mening is dat een bepaald punt een probleem vormt, als wanneer elk van hen er een kijk op heeft. "Habituele zwijgers" en echtparen die "symptomen in plaats van conflicten" hebben zijn degenen die doorgaans het minst geneigd zijn om enige relatieproblematiek te rapporteren, en ze zullen waarschijnlijk vreemd aankijken tegen het voorstel van een echtpaartherapie: naar hun gevoel draait alles om persoonlijke klachten en uitgerekend hun huwelijk is nog het enige gebied waar ze geen moeilijkheden in ondervinden. Voor zover de verwijzer dit nog niet heeft gedaan is het aan de therapeut om nu de mogelijkheden van de procedure aan de man te brengen. Een eerste hindernis die moet genomen worden, is de patiënt die het niet alleen absurd vindt dat zijn partner er bij moet zijn, maar bovendien protesteert tegen de veronderstelling dat zijn klachten psychisch en dus aanstellerij zouden zijn. De verliezende strategie is in dit geval te trachten de patiënt te overtuigen van het bestaan van psychosomatische ziektebeelden en met hem een discussie te beginnen over de vraag of hij al dan niet gespannen is en zijn agressie onderdrukt. Beter is het de twijfels van de patiënt te beamen en in te stemmen met zijn rancuneuze gevoelens ten opzichte van al de medische specialisten die hem tot nu toe veel last en moeite maar weinig beterschap hebben bezorgd. Vooral ten opzichte van de verwijzer is er vaak een behoorlijke rancune omdat de patiënt zich afgeschoven voelt naar zijns inziens minder fatsoenlijke vormen van hulpverlening. Na een dergelijke uitweiding is de situatie rijp om een opmerking te plaatsen als: "als dit mij zou overkomen, dan zou ik me wel aardig opgelaten en gespannen voelen". Dit wordt vaak beaamd. Psychische problemen zijn nu geëtiketteerd als gevolgen van de ziekte in plaats van de oorzaken ervan, wat

voor veel mensen acceptabel is.

Daarmee is nog geen verband gelegd tussen de klachten en de huwelijksrelatie, verder herstructureren van de situatie blijft nodig (vergelijk Lange & Van der Hart, 1975, par. 2.4). Bij de minder defensief ingestelde cliënten kan een begrijpelijk geformuleerde uitleg verhelderend werken. Bijvoorbeeld: "u heeft dus veel hoofdpijn, en u zult zich vast ook gespannen voelen in uw hoofd, gezicht en nek, nietwaar? Het is alsof u de zaak vasthoudt". Vaak komt als reactie: "ja, ik heb zelf wel eens gedacht dat ik teveel opkrop". Waarop de therapeut uiteraard vraagt naar de dingen die hij teveel opkropt, en daar de onderwerpen uitlicht die dan betrekking hebben op het echtpaar, met het verzoek om daarover nu te praten.

Een snelle binnenkomer van Kempler (1974) bestaat er uit aan de hoofdpijnlijder te vragen: "wie is tegenwoordig de ergste hoofdpijn in uw leven?" Het kan ook iets subtieler: "uw hoofdpijn kan ook een teken zijn dat er dingen in uw leven of uw gezin u pijn doen. Zou u daar iets van kunnen noemen?" Als het echtpaar blijft volhouden dat er behalve de neurotische of lichamelijke klachten niets aan de hand is, dan vraagt Kempler of hun huwelijk perfect is. Op zijn minst is er altijd wel eens een kleinigheid. Al dan niet met behulp van procenten ("oké, uw huwelijk is voor 95% perfect, laten we nu over die andere 5% praten"), kan de therapeut ingaan op de vermeende kleinigheden en die tot onderwerp van gesprek maken.

Een subtielere variant van Erickson (Haley, 1973) ligt in de vraag: "als u een mindertolerante vrouw zou zijn, en u een minder tolerante man, wat zouden dan naar uw idee de dingen zijn waarover u het niet eens bent met uw partner?"

Als het echtpaar na al deze pogingen nog niets op tafel heeft gelegd, maar toch blijft zitten en geen aanstalten maakt om de overjas aan te trekken, dan kan als voorlopig therapiecontract het volgende geboden worden: "uw klachten zijn waarschijnlijk van lichamelijke oorsprong, (of dateren uit uw vroege jeugd). Ik ben op dit gebied niet competent en kan mij daar niet goed over uitspreken. Ik kan mij wel bezig houden met de spanningen die voor u en misschien ook voor uw partner zijn ontstaan als gevolg van de klachten. Daarbij is het van zeer groot belang dat uw partner hier ook tijdens de zit-

tingen aanwezig is, omdat hij ook de gevolgen meemaakt en ons bij het zoeken voor een verbetering kan helpen". De algemene lijn van de voorbereidingsfase is dus dat de therapeut tracht directe communicatie door de opstelling te bevorderen en de huwelijkssituatie als gespreksthem inbrengt. Lukt dit niet volledig, dan kan toch zinvol verder gewerkt worden met een minimaal contract. In feite zijn deze voorbereidende werkzaamheden maar ten dele specifiek voor dit soort echtparen. Wij hebben toch deze meer algemene principes nog eens op een rijtje gezet, omdat vooral bij deze echtparen enige extra zorgvuldigheid geboden is.

2.3 Interventies gericht tot de zwijger:

Het merendeel van de onderstaande lijst van interventies is gericht tot degene die zich niet direct uit. Ze zijn gerangschikt in een oplopende reeks van nadrukkelijkheid. Per groep van interventies wordt aangegeven wanneer ze het meest adequaat zijn. Voor de zwijger wordt ook de omschrijving "cliënt" gebruikt; de prater wordt "partner" genoemd. In een relatie-therapie zijn natuurlijk beiden cliënten.

2.3.1 Aanmoedigen: De therapeut richt zich op een vriendelijke manier tot degene die te kennen geeft dat hij het moeilijk vindt om zijn zegje te zeggen. Er ontstaat dus tijdelijk een steunende diadische relatie tussen de therapeut en de zwijger. Dit kan nodig zijn bij elk van de 4 eerst genoemde types echtparen. De therapeut mag niet vergeten de andere partner zo snel mogelijk weer erbij te betrekken. Zodra de zwijger aan het woord komt moet er met de partner en niet met de therapeut gepraat worden.

'1 "Wat gaat er nu in u om?": Als er al iets van een gesprek tussen het echtpaar op gang gekomen is, laat de zwijger zijn ongenoegen vaak op een non-verbale manier, gezicht verstrakken, lippen op elkaar klemmen, verbleken, zonder dat hij verder iets zegt. "Wat gaat er nu in u om" is een goede manier om eens te polsen. De cliënt wordt niet aangepreerd dat hij boos is, wat hij weer zou kunnen ontkennen. Talrijke varianten van dit soort opmerkingen zijn denkbaar. Als men een

echtpaar in behandeling heeft uit de agogische wereld of de sociale academie verdient het aanbeveling om deze vraag als volgt te fomuleren: "wat je vrouw net zei, weet je wel, hoe komt dat nou over op jou?"

'2 Affect suggereren: Een stapje verder dan het vorige is mogelijk als de therapeut meent de non-verbale reactie juist te kunnen interpreteren, en als de kans tot ontkenning niet zo groot is, dan kan hij zeggen: "Wat je man vertelde bevalt je helemaal niet hè? Zeg hem eens wat jij er van denkt".

'3 Het affect versterken: Soms wordt er wel uiting gegeven aan irritatie, maar uitsluitend door understatements en afgezwakte uitspraken, zodat de partner ook niet het gevoel krijgt dat het voor hem belangrijk is om met dergelijke "gefluisterde" opmerkingen rekening te houden. De therapeut kan de cliënt vragen om ronduit en in onmiskenbare bewoordingen te zeggen waar het op staat: "wat u haar eigenlijk te zeggen hebt is dat u er de pest in hebt dat zij zo etc....."  
Een andere manier om te zwak geformuleerde uitlatingen te versterken bestaat er uit de cliënt te vragen bepaalde van zijn uitspraken (zoals "ik ben kwaad op je") te laten herhalen. Eventueel kan ook gevraagd worden om dit luider en forser te doen.

'4 "Uw gezicht spreekt boekdelen":

Als de cliënt non-verbaal zijn ongenoegen heeft laten blijken, maar een duidelijke verbale uitlating achterwege laat, kan een "duiding" van deze strekking overwogen worden. Dit is een bruikbare interventie als de cliënt al in een eerder stadium heeft laten blijken dat hij wel boos durft te zijn en dat ook kan zeggen. Als het gaat om mensen die dat blijven ontkennen, loopt de therapeut met een duiding het risico dat de cliënt zich gepakt of onbegrepen voelt en zich nog meer terugtrekt, of hij begint een wellles-nietes discussie over de vraag of de cliënt boos was.

'5 "Als ik u was":

Blijkbaar heeft de cliënt wiens mimiek duidelijke taal spreekt, maar die het verbaal toch laat afweten, meer steun nodig om



8.  
15

over de brug te komen. Die kan geboden worden als de therapeut zich met zijn positie gaat identificeren: "als ik u was, zou ik me goed gepakt voelen". Soms knikt de cliënt al als teken van herkenning; de therapeut kan er ook rechtstreeks naar vragen: "herkent u dat?" Bij een bevestigend antwoord kan hij de patiënt aanmoedigen om zijn gevoelens onder woorden te brengen en zich vervolgens tot de partner te richten. Als de cliënt het ook hier laat afweten, dan beëindigt de therapeut deze interventie en stapt op iets anders over. Hij kan er ook later weer op terugkomen. Hij heeft bij wijze van spreken iets gezaaid wat later kan opkomen.

### 2.3.2 De angst voor agressie reduceren :

Vaak is angst voor de consequenties de reden waarom cliënten hun gevoelens niet durven laten blijken, ook al hebben ze de nodige aanmoediging gekregen. Dit is vooral het geval bij echtparen die werden getypeerd als "vermoeiden" en degenen die praten over "symptomen in plaats van conflicten". Vaak geeft de mimiek of een bedremmeld gedrag een aanwijzing in deze richting. Als de therapeut vermoedt dat dit het geval is, kan het verhelderend en opluchtend werken om hier op in te gaan.

#### '1 "Ik vind ruziemaken erg prettig":

Een dergelijke uitspraak, als ze op een vriendelijke, verleidende toon wordt gezegd, doet de cliënt wel eens happen. Vooral als daarbij een klein betoog wordt gehouden over het nut van een gezellige ruzie voor de emotionele huishouding, de preventieve werking voor hart en bloedvaten en de dubbele vreugde die een echtpaar beleeft als een conflict tot een goed einde is gebracht. Dit kan een tegengif zijn voor de fantasiën over de nachtelijke lijf-aan-lijf gevechten en kapotgeslagen meubilair die één van de partners koestert. Als hierop wordt geantwoord dat men best zou willen ruziemaken maar dat men niet zou weten waarover, dan kan men het hierbij laten. Als men antwoordt dat men ruziemaken eng vindt, dan kunnen we overgaan op de volgende interventies.

#### '2 "Waar bent u bang voor?":

Behalve deze simpele vraag kan de therapeut ook informeren

of de cliënt verwacht dat de partner hem na de zitting de volle laag zal geven. Aan de partner kan gevraagd worden of hij zelf denkt enige kritiek van zijn vrouw te kunnen incasseren, en of hij zo rancuneus is dat hij na de zitting voor een afstraffing zal zorgen. Meestal wordt dit laatste ontkennend beantwoord, en het werkt ook wel preventief bij partners die dit anders wel zouden hebben gedaan. Een dergelijke uitnodiging met beveiligingsgaranties kan al voldoende zijn om enige angst opzij te zetten.

'3 "De volledige boodschap": Kempler (1974) leert de partners om hun ambivalente gevoelens volledig tot uiting te brengen. Bijvoorbeeld: "ik ben bang dat je me in de steek laat als ik dit zeg, maar ik neem je toch erg kwalijk dat je elke avond de hort op gaat". Steeds wanneer de angst voor repercussies een rol speelt, doet de therapeut er goed aan de cliënt te instrueren eerst zijn angst onder woorden te brengen en pas dan zijn irritatie. Voor de cliënt is dit op twee manieren waardevol: hij kan zijn pogingen een keuze te maken tussen zijn ambivalente gevoelens staken, en een dergelijke tweevoudige uitspraak klinkt vanzelf minder agressief en zal daarom ook niet zo gemakkelijk met repercussies worden beantwoord.

'4 "Overdrijven van de angst":

Soms is de angst om agressiever of assertiever op te treden even hardnekkig als irrationeel. Door dit op een vriendelijke manier tot in het absurde te overdrijven kan de cliënt leren om zijn angst wat te relativeren. Bijvoorbeeld: "volgens mij bent u bang dat als u iets onvriendelijks tegen uw partner zegt, hij van zijn stoel zal vallen en niet meer zal kunnen opstaan".

Tegen een tengere cliënt met een forse partner kan men zeggen: "u bent vast bang dat u hem zal wegblazen en dat hij morgen in het ziekenhuis ligt". Iets uitgebreider wordt het als de cliënt aangeeft zich in te houden omdat hij bang is dat de burens het zouden horen. De therapeut kan een heel verhaal houden in de stijl van hyperdramatisering (Arndt, 1962): over de burens die het horen, daarover met elkaar praten, het de

gehele buurt rond laten gaan, zodat alle mensen in de supermarkt naar de cliënt zullen staren als hij binnenkomt en mompelen: "daar heb je die vrouw die haar stem verhief toen ze vond dat haar man te weinig in huis deed. Hoe durft ze!" Uiteraard zal dit ter ore komen van de verslaggever van de plaatselijke krant die er een stuk met foto over schrijft vanwaar het in de landelijke pers komt. Als de cliënt dan nog niet begint te glimlachen dan kan men het NOS. journaal, de Tweede Kamer, het Europees parlement en tenslotte de Veiligheidsraad en de plenaire vergadering van de UNO inschakelen.

### 2.3.3 Modeling.

Vooraf degenen die als "habituele zwijgers" werden gerubriceerd zouden er baat bij hebben om van voorbeelden te leren. Dit kan ook het geval zijn bij echtparen die via symptomen communiceren. Bij modeling is belangrijk dat de cliënt de therapeut niet in de steek laat: m.a.w. : de cliënt moet aangeven dat hij in principe wel irritatie voelt, maar dat hij die moeilijk onder woorden kan brengen. Als de cliënt blijft volhouden dat alles piekfijn in orde is, en de therapeut gaat voor model spelen dan komt deze voor joker te zitten.

'1 In vivo modeling: De therapeut gaat op de plaats van de cliënt zitten, richt zich tot de partner, en brengt in de ik-vorm en in de tegenwoordige tijd wat hij vermoedt dat er in de cliënt omgaat en vraagt de partner daarop te reageren. Belangrijk hierbij is dat de therapeut niet een te grote stap maakt en het affect zodanig formuleert dat de kloof tussen wat hij zegt en de cliënt wellicht zou kunnen uiten, niet te groot is. Als een dergelijke interactieronde ten einde is, kan de therapeut de cliënt vragen nu zelf zo op te treden.

'2 Indirect modellen: hierbij treedt de therapeut niet zelf als model op, maar hij vertelt een verhaal waarin de reactie van een bepaalde persoon model moet staan voor de cliënt. Lange & Van der Hart (1975, par. 5.7.2) geven hiervan een voorbeeld. De man zei op een gegeven moment: "ik heb een drukke baan; mijn carrière is belangrijk en daar moet je je maar aan aan-

passen. Zorg jij maar voor het huishouden en de kinderen". De vrouw die zelf graag ook een baan wilde hebben liet het op dat moment afweten. Ze trok zich terug en zei niets. De therapeut kwam daarop met zijn vrouw als model op de proppen: "als ik dat soort dingen tegen mijn vrouw zeg, dan zwaait er wat voor me. Wij hebben daar ook onenigheid over en zij pikt dat bepaald niet zo van me". Toen de vrouw dit hoorde, gingen haar ogen even wijd open, waarop de therapeut reageerde met: "oké, zeg maar tegen je man wat je er van vindt".

#### 2.3.4 Confrontatie:

Wanneer de ondersteunende interventies zoals aanmoedigen, angst reduceren en modeling nog niet tot enig effect hebben geleid kan een confrontatie het zwijgen doorbreken. Dit zal vooral nodig zijn bij echtparen die de "zwijgmanoeuvre" hantieren, en ook bij degenen die via symptomen een directe communicatie ontvluchten. Voor "habituele zwijgers" is deze interventie niet geschikt: een confrontatie zal hoogstens insufficientiegevoelens oproepen en de cliënt van de therapie vervreemden.

Cleghorn & Levin (1973) geven overigens aan dat het het beste is om confrontaties te bedden in een context van steun. De therapeut moet in de zitting zijn respect voor de cliënt laten blijken en hem niet als waardeloos individu behandelen. Er moet een ondertoon aanwezig zijn van "ik weet dat je in staat bent om tegen hem op te treden.... doe het maar".

'1 Directe confrontatie: "Je vrouw maakt een rot opmerking tegen je, en jij bent razend, maar je houdt je mond! Ga je het daarbij laten?" Een andere situatie waarin een dergelijke confrontatie functioneel is, is die waarbij de cliënt met of zonder steun zijn mening al heeft durven formuleren, maar de partner er niet op in gaat. Voorbeeld: "je hebt al gezegd wat je er van denkt, maar dat schijnt niet tot je man door te dringen, ben je van plan om het maar weer over je heen te laten gaan of wil je deze keer een duidelijk antwoord?"

'2 "Kletspraat!": Dergelijke venijnige opmerkingen, ook wat agressief tot uitdrukking gebracht, zijn soms nodig om een kwade, onwillige rakker over de drempel te krijgen. Dit soort con-

frontatie is bruikbaar als de cliënt de zaak duidelijk afhoudt, er om heen draait en dubbelzinnige of tegenstrijdige opmerkingen maakt. Verder kan dit soort onvriendelijke opmerkingen nuttig zijn als de cliënt zich verschuilt achter de inspanningen van de therapeut, en hem de kastanjes uit het vuur laat halen, maar zelf niet meedoet. Pas in dit soort situaties zouden we deze interventie aanbevelen. Ze is zeker niet geschikt om in eerste instantie te gebruiken.

2.3.5 Provocatie: Totnogtoe stond de therapeut achter de cliënt en probeerde door zachte of hardere duwtjes in de rug hem de goede richting uit te krijgen. Als al deze vriendelijkheid faalt, dan kan volgens het principe "wie niet horen wil, moet voelen" een wat onplezieriger aanpak gebruikt worden. Het mogelijke toepassingsgebied omvat de echtparen uit de vorige groep die nog steeds de lippen stijf op elkaar knijpen.

'1 De cliënt op jezelf boos maken:  
De therapeut kan trachten een cliënt die conflicten met zijn partner niet aandurft, op hemzelf boos te maken. Hij doet dit door zich onhebbelijk en onaangenaam te gedragen, in de hoop dat dit duidelijke reacties losmaakt. Een bruikbare methode bestaat er uit dat de therapeut zich akkoord verklaart met onredelijke uitspraken en opinies van de partner en ze nog overdrijft en aandikt. Dit kan er toe leiden dat de cliënt gaat protesteren, waarna de therapeut voorstelt dit aan de partner te vertellen. Een andere mogelijkheid is dat beide partners deze uitspraken gezamenlijk gaan aanvallen. Als de therapeut daarop reageert met: "ik dacht toch dat jouw man en ik het wel eens waren, vraag hem dan eens hoe het precies zit?", dan ontstaat weer de kans op wat directe interactie.

'2 Over de cliënt roddelen:  
Als de cliënt het herhaaldelijk laat afweten, roddelt de therapeut daarover met de partner. "Wat vind je nou van zo'n reactie? Doet hij dat thuis ook? Krijg jij daar nooit genoeg van? enz." De partner over wie geroddeld wordt kan er op een gegeven moment zo de pest in krijgen dat hij zich in dat onderonsje gaat mengen. Deze interventie kan op zijn plaats zijn als de cliënt een meester is in ontwijkende spelletjes.

'3 De cliënt alleen laten:

Soms houdt de cliënt ook na een uitvoerige roddelpartij nog zijn mond. Dat wil niet zeggen, dat er onderhuids niets gebeurt.

Indien de therapeut het van essentieel belang vindt dat de cliënt snel over de brug komt, dan spitst hij de zaak nog toe door aan de partner voor te stellen om samen een kop thee te gaan drinken, teneinde de ander in staat te stellen ééns rustig na te denken over wat er besproken is. De achtergeblevene voelt zich dan enorm in de steek gelaten, en gaat als beiden terugkomen meestal huilen. Er komen ook snel verwijten en gevoelens van woede. Het is van belang dat de therapeut dan snel van positie verandert en weer een bemiddelende rol tussen beiden gaat spelen.

'4 De partner voor het karretje spannen:

Dit begint in principe op dezelfde manier als roddelen: de therapeut keert zich af van de cliënt die hij zonder succes aan de praat trachtte te krijgen, richt zich tot de partner en zegt: "word je daar nu niet kotsmisselijk van als zij zich zo gedraagt?" Als de partner dat bevestigt, zegt de therapeut dat hij dit tegen de cliënt moet zeggen. De bedoeling is dan weer dat deze zich tenslotte gaat verdedigen. Het risico is enerzijds dat de partner zich niet laat vangen voor deze weinig elegante vorm van stoken, en anderzijds dat degene die niet over de brug komt alleen maar gekwetst reageert en nog meer gaat zwijgen.

Intermezzo: Afhaken:

Totnogtoe is een aantal interventies opgesomd die vooral door directheid zijn gekenmerkt. Deze reeks heeft ook een duidelijk escalerend karakter. Bij elke stap (aanmoedigen, angst reduceren, modellen, confronteren en provoceren) gebruikt de therapeut krachtiger middelen om gedaan te krijgen wat hij wil, n.l.: degene die zwijgt ook verbaal te involveren. Bij elke stap die hij verder zet in deze reeks verliest de therapeut iets van de vrijheid om op een comfortabele manier nog een andere weg te kiezen (vgl. Van Dijk, 1974; Van der Hart & Rubinstein, 1975). Als ook het provoceren helemaal mislukt, dan blijft er weinig anders over

dan afscheid nemen van het echtpaar. De meer "harde" interventies dienen dus alleen gebruikt te worden als de therapeut van te voren vrij zeker is dat ze succes zullen hebben. Zo niet, doet hij er goed aan om reeds in een vroeger stadium gebruik te maken van indirecte methodes. Behalve de interactie van het echtpaar, is ook de stijl en de persoonlijkheid van de therapeut een factor die een belangrijke rol speelt bij de keuze tussen directe of indirecte interventies. Beels & Ferber (1969) deelden de therapeuten in als "conductors" die meer dirigerend optreden en "reactors" die meer als ondermijners van pathologie werken. De eerste groep zal met meer gemak, doorzetting en succes de directe interventies toepassen, terwijl de tweede groep waarschijnlijk in een vroeger stadium voor een indirecte interventie zal kiezen en daar ook meer genoegen aan zal beleven.

2.3.6 Indirecte methodes:

Als de zwijgende cliënt met succes verschillende directe methodes heeft doorstaan om hem aan het woord te krijgen, dan stapt de therapeut met een vriendelijk gezicht af van verdere pogingen in die richting en zoekt meer subtiele middelen om zijn doel te bereiken.

'1 Het zwijgadvis:

Nadat de reactie van de zwijger op een onprettige uitlating van de partner uitblijft, kijkt de therapeut de cliënt vriendelijk aan en zegt: "Ik merk dat u een zeer tactvol persoon bent. Dit is een zeldzame maar waardevolle eigenschap. Er zijn tegenwoordig te weinig mensen die zich kunnen beheersen. Ik weet wel dat u uw eigen mening hebt over hetgeen uw partner daarnet vertelde. Ik zou u echter aanraden om daar op dit moment niets over te zeggen. U vindt het waarschijnlijk juist om dit pas later te doen als er geen vreemden zoals ik bij zijn". Dit leidt er soms toe dat deze inderdaad tactvolle cliënt het opneemt voor de therapeut en als blijk van vertrouwen zijn mening toch laat horen. In andere gevallen komt het gesprek inderdaad na de zitting op gang en kan er de volgende keer op teruggekomen worden.

'2 Feliciteren met engelengeduld:

De therapeut wenst de cliënt geluk met het feit dat hij zijn partner de ruimte biedt om de meest onredelijke en wisselvallige dingen te zeggen. De partner is werkelijk te benijden met iemand die zo tolerant is dat hij volkomen zijn gang kan gaan en zelden of nooit gefrustreerd wordt. Deze opsomming van zegeningen voor de partner blijft voortduren tot of de partner protesteert en zegt dat hij niet met een heilige getrouwd is, of de cliënt protesteert en zegt dat hij geen heilige wil zijn.

'3 Goede non-verbale communicatie:

De therapeut zegt tegen de zwijger dat hij heeft opgemerkt dat deze beschikt over een beheerste maar toch zeer sprekende mimiek. Dit is een waardevol communicatiemiddel, want met woorden kan men liegen, en met gebaren niet. De therapeut stelt dan voor het gesprek verder te zetten, maar de cliënt hoeft alleen op non-verbale manier deel te nemen, tenzij hij dat zelf anders zou willen. Zodra het gesprek wat ingewikkeld wordt, blijkt het uiterst moeilijk te zijn om zich nog non-verbaal uit te drukken. Om dit te verhaasten kan de therapeut een misverstand introduceren en voorwenden dat hij de cliënt verkeerd verstaat. Als de partner ook al niet weet wat er precies bedoeld wordt, wordt de verleiding voor de cliënt steeds groter om het zelf maar te zeggen.

'4 Zeg het met een klacht:

Bij sommige klachten is de expliciete betekenis, bijvoorbeeld irritatie, vrij gemakkelijk te achterhalen. De therapeut koppelt aan de volgende opdracht: "u bent iemand die uw medemensen zeer ontziet. Dit is een goede eigenschap. Het levert u wel een zekere hoeveelheid inwendige spanningen op, maar dat hebt u er wel voor over. Soms worden die spanningen echter te veel, en dan krijgt u hoofdpijn. Eigenlijk zou het beste voor uzelf en voor uw omgeving zijn dat, als u vindt dat het te veel wordt, u dat ook meteen zou zeggen. Maar daar bent u nog niet aan toe. Ik zou u wel het volgende aanraden: als iemand in uw omgeving, bijvoorbeeld uw partner, iets doet of nalaat wat u dwars zit, zegt u dan meteen tegen hem "ik heb opeens weer zo'n hoofdpijn". Dit is dan voor hem het teken om u wat meer te ontzien, en trouwens niemand is er bij ge-



baat als u wacht tot u werkelijk hoofdpijn hebt". Het effect van deze opdracht is meestal dat de cliënt deze ingewikkelde omweg overbodig gaat vinden en zonder meer zijn ongenoegen ventileert.

'5 Afzwakken:

Als de cliënt blijft zitten in het stadium dat hij zijn bezwaren en irritaties alleen maar op een afgezwakte, voorzichtige manier presenteert, dan brengt de therapeut hem op het idee om wat krachtiger taal te gebruiken door de uitlatingen van de cliënt te herhalen in een nog meer afgezwakte en twijfelachtige versie. Essentieel is dat dit vriendelijk en zonder een ondertoon van spot gebeurt.

'6 Vingeroefeningen:

Echtparen die het er in principe wel mee eens zijn dat ruzie maken en conflicten bespreken wellicht een noodzakelijk kwaad is, maar die voor meningsverschillen blijven terugschrikken, kunnen geholpen worden met het advies om alle dagen een zeer korte ruzie te maken (niet langer dan de tijd nodig om een zacht gekookt ei klaar te maken) over een volkomen ondergeschikt en onbelangrijk geschilpunt, (zoals de voor- en nadelen van ontwikkelingshulp). Pas als ze merken dat dit lukt zonder dat ze daarbij angstig worden mogen ze gedurende langere tijd (tijd nodig om een hard gekookt ei te maken) discussiëren over een iets moeilijker onderwerp zoals huishoudgeld en vrijetijdsbesteding. Echte conflicten waarover diepgaande meningsverschillen bestaan dienen voorlopig vermeden te worden. Het aanbieden van een dergelijke eindeloos lijkende procedure heeft vaak tot gevolg dat de mensen ongeduldig worden en tussenstappen gaan overslaan.

'7 Irritatie opschrijven:

Het registreren van irritatie wordt vaak gebruikt bij echtparen die veel conflicten hebben met het doel om het ruzie maken in te perken (zie Lange & Van der Hart, 1975, en Van Dijck & Hoogduin, 1975).

Bij echtparen die openlijke conflicten vermijden wordt het omgekeerde doel nagestreefd. Als beide partners al zo ver zijn dat ze af en toe hun irritaties al durven uiten, dan

geeft de therapeut de opdracht om in de komende week elke irritatie onmiddellijk en rechtstreeks aan de betrokken persoon mede te delen. Indien dat op een bepaald moment niet gedaan wordt, moet men wel meteen opschrijven wanneer men boos was, op wie, waarom, in welke omstandigheden, en de redenen waarom er niets gezegd is. Dit is een simpele instructie met veel succes. Heel vaak rapporteren cliënten dat ze iets voor zich wilden houden, maar bij de gedachte dat ze het dan moesten opschrijven hebben ze hun irritatie toch maar rechtstreeks laten blijken. Dit advies moet wel een aantal zittingen achtereenvolgens herhaald worden om de natuurlijke tendens tot luiheid geen kans te geven.

'8 Interessant, zo'n verschil tussen u en mij:

Wanneer de therapeut als commentaar gegeven heeft dat hij anders zou reageren op iets wat de partner vertelde en de cliënt geeft daarbij geen tekens van herkenning, dan kan de therapeut, behalve doordrammen, ook even uitweiden over dit opmerkelijk verschil tussen de cliënt en hemzelf. Hij kan het bij een opmerking en enkele seconden stilte laten, of hij kan er nog aan toevoegen "misschien moet u daar nog eens op terugkomen, eventueel als ik er niet bij ben". De meeste zwijgzame cliënten zijn goede luisteraars en knopen dit soort opmerkingen wel degelijk in hun oren en broeden daar nog geruime tijd over na. Secundair reagerende personen houden zelfs van dit soort gezegdes om mee naar huis te nemen.

2.4. Interventies gericht tot de prater:

Als regel draagt de partner die wel verbaal actief is, het zijne er toe bij om de cliënt te doen zwijgen. Vaak uit de partner zich in eindeloze woordenstromen, staat geen afwijkende meningen toe, is licht geraakt en verdraagt geen kritiek, meent dat het sluiten van een compromis een soort zelfbevelekking is, kortom iemand waar men beter niets tegen kan zeggen. Andere drukpratende partners zijn helemaal niet zo zeker van hun stuk, maar klampen zich vast aan het woord. Zo voorkomen ze dat iemand iets zou zeggen waar ze geen raad mee weten. Ze lopen over van zelfkritiek om te vermijden dat iemand anders wat zou durven aanmerken. Een derde groep van partners tegenover wie het uiteten van irritatie een ondank-

bare klus is, wordt gevormd door de "verpleegsters en verplegers" die de zaak onder controle houden door iedereen met een thermometer en een glaasje aspro-bruis in bed te houden. De vierde partner variant bestaat uit degenen die bij een dreigend conflict zelf dichtklappen. Met deze laatste groep is de cirkel gesloten: de therapeut heeft dan te maken met twee zwijgers en vindt in de bovenstaande interventies ongetwijfeld voldoende inspiratie om op gang te komen.

De andere drie druk pratende partners, te weten de kleine dictators, de façade-beschermers en de verplegers, hebben vaak specifieke interventies nodig om te voorkomen dat zij de op gang komende verbale activiteiten van de zwijger weer gaan tegenwerken.

1. Zeg het tot hem: Een goed deel van de woordenstroom van de partner kan worden afgeremd als de therapeut aangeeft niet geïnteresseerd te zijn in mededelingen over de cliënt, maar tussen de cliënt en de partner. De partner meent vaak dat van hem verwacht wordt een hetero-anamnestiche bijdrage tot het verhaal te leveren of het woord te voeren in plaats van de onmondige zieke. Deze en andere interventies van dezelfde strekking passen in het algemene kader van het structureren van een relatietherapie.
2. Mond snoeren: Simpelweg onderbreken van de druk pratende partner en hem tijdelijk het woord ontnemen is nodig om de cliënt de ruimte te geven om naar voren te brengen wat hij zou willen zeggen.
3. Brengt u het voortaan onder woorden:  
De voorgaande interventie heeft soms een averechts effect. De cliënt maakt geen gebruik van de mogelijkheid iets te zeggen en de partner meent dat de interventie van de therapeut als kritiek en verwijt bedoeld is. Vooral de "façade-beschermende" partner is in dit opzicht zeer kwetsbaar. De therapeut zal er beter aan doen de volgende indirecte procedure af te spreken: aan de partner zegt hij dat hij gemerkt heeft dat deze zeer goed in staat is zijn eigen gevoelens en die van anderen onder woorden te brengen.

Bijgevolg stelt hij voor dat voor de rest van het gesprek alle vragen over iedereen door hem zullen beantwoord worden. Deze interventie lijkt op 5.4: "over de cliënt roddelen". Het doel is nu echter de woordenstroom van de partner reduceren. Met enige verbazing, omdat hij meer weerwerk verwacht, gaat de partner hier meestal op in. Naar onze ervaring klampt hij in de loop van het gesprek zich minder spastisch aan het woord vast en wordt onzekerder: als de cliënt al zelf niet interrumpert om correcties aan te brengen gaat de partner zelf de cliënt consulteren en om bevestiging vragen. Daarna is het vrij gemakkelijk om een rechtstreekse interactie op gang te brengen. Bij een eventueel recidief kan de procedure herhaald worden.

4. Unilateraal gefractioneerd praatadvies:

Deze opdracht kan als huiswerk meegegeven worden aan echtparen waarvan één actief scheldt of klaagt, en de ander uit "vermoeidheid" of als "zwijgmanoeuvre" zijn mond houdt. Beiden moeten gezamenlijk  $\pm$  20 minuten per dag vrij maken om aan hun conflicten te werken. De klager of schelder krijgt het advies om deze tijd te vullen met zijn gebruikelijke klachten en beschuldigen. "Alles wat u te binnen schiet, of het voor de eerste of voor de honderdste maal is". Als toelichting kan gegeven worden dat het van essentieel belang is dergelijke zaken niet op te kroppen, ook al lijken ze steriel. De zwijger wordt geadviseerd zijn partner op een Rogeriaanse manier te aanhoren, zonder commentaar of replieken te geven, en ondertussen de T.V. af te zetten en de krant neer te leggen. De toelichting luidt dat hij bezig is de ander op deze manier te helpen door hem de gelegenheid te bieden via verbaliseren tot duidelijkheid te komen. Dit is precies wat gebeurt als echtparen deze procedure  $\pm$  2 weken toepassen. Op werkelijk belangrijke zaken zal de cliënt na enige tijd juist wel ingaan, verwijten die inhoudelijk weinig betekenis hebben blijven gaandeweg achterwege bij gebrek aan reactie.

5. Huiswerk dat tot conflicten zal leiden:

Bij de bekende contracttherapie (Lange & Van der Hart,

1973; Van Dijck, 1974) tracht de therapeut van het echtpaar gedaan te krijgen dat ze wederzijds gewaardeerde gedragingen met elkaar uitwisselen; als dit lukt leren ze een efficiënte vorm van conflicten oplossen. Bij de hier besproken echtparen is de moeilijkheid vaak dat de therapeut de conflicten wel aanvoelt, maar dat het echtpaar alle mogelijke moeite doet om ze onzichtbaar te houden. Dit geldt vooral bij echtparen die met symptomen communiceren. Een aan het principe van contracttherapie tegengestelde interventie kan dan juist nodig zijn om de conflicten openlijk en dus behandelbaar te maken: de therapeut geeft aan de partner een opdracht waardoor de agressie pas goed toeneemt. Van der Hart & Rubinstein (1975) geven het volgende voorbeeld: De man is bijzonder agressief, maar heeft dit sterk onderdrukt. Hij heeft met succes weerstand geboden aan de pogingen van tal van therapeuten om hem kwaad te krijgen. Zijn vrouw is eigenlijk ook razend op hem, maar durft dit geenszins te laten blijken, omdat ze bang voor hem is. Ze heeft het wat dit betreft af laten weten en is op weg om depressief te worden. Wat ze wel naar voren brengt is, dat beiden weer dichterbij elkaar moeten komen. De therapeut geeft haar een opdracht, die dank zij zijn motivatietechnieken (Van der Velden & Van Dijck, 1975) wel door haar aanvaard wordt, maar pas na een reactie die haar ontzetting uitdrukte. Zij wilde namelijk meer met haar man in het weekend uit, en de therapeut stelt haar voor alleen op stap te gaan. Ze heeft dat gedaan, gewinkeld, een bioscoopje gepikt, maar hoe langer ze "uit" is, des te bozer wordt ze op de therapeut. Waar is die vent wel mee bezig? In plaats van hen dichterbij elkaar te brengen, haalt hij hen uit elkaar. De volgende zitting zegt ze dit ook met een kwaai kop tegen de therapeut. Deze reageert met: "O.K., ik denk dat je heel veel te zeggen hebt, maar vooral tegen je man. Ga je gang maar!" Waarop er heel wat opgekropte irritatie jegens hem uitkomt.

6. Beloning van klachten doen staken:

Een interventie die vooral bij de rolverdeling met een

zieke en een verpleegster van belang is, bestaat eruit de verpleegster niet zozeer in haar praatgedrag als wel haar verzorgende, sussende en verwennende activiteiten af te remmen.

Het principe is eenvoudiger dan de verkooptechniek die zal moeten aangewend worden. Het risico is dat beiden concluderen dat het voorstel impliceert dat er aanstellerij in het spel was, en dat het nu maar eens uit moet zijn. Als voorbereiding is het daarom nodig de klachten van een nieuw etiket te voorzien; de buikpijn is bijvoorbeeld uiting van een "rouwproces". Dit rouwproces krijgt pas zijn "natuurlijke afwikkeling" als het niet afgeremd wordt, m.a.w. de cliënt moet in staat gesteld worden zijn gevoelens van droefheid, eenzaamheid, enz. ten volle te beleven en mag niet opgebeurd worden, omdat daardoor de verdere afwikkeling maar zou uitgesteld worden. Een aanvangelijke verheving van de klachten moet dan ook aangekondigd worden. Het verdere verloop is dan dat de uit de gedragstherapie bekende extinctie in het klaaggedrag optreedt, en behalve dat komen de conflicten die het klachtenpatroon onderhielden meestal snel op tafel.

7. De partner het symptoomgedrag doen aanmoedigen:

Deze interventie is bruikbaar bij een andere echtpaar constellatie dan de verpleegster en de zieke. Er is wel een zieke, maar de partner ziet met irritatie toe dat de ander hem via klachten voor voldongen feiten plaatst. Dit gebeurt vaak bij dwangneuroses, fobiën en conversieverschijnselen. Er is eerder sprake van indirecte beloning voor het volhouden van klachten, dan van onmiddellijke beloning met verwenning en aandacht. Het echtpaar rapporteert doorgaans conflicten over de klachten, maar niet over de huwelijksrelatie. Dit kan veranderd worden door conflicten over klachten te blokkeren. Joele & Hoogduin (1975) bereikten dit in de behandeling van een echtpaar waarvan de man dwangneurotische symptomen vertoonde. De vrouw kreeg hier als taak haar man tot "dwangdenken" aan te zetten in plaats van er tegen in te gaan, zoals ze voorheen deed. Vaak ziet men na een dergelijk advies dat een

discussie ontstaat over een onderwerp dat de interactie van het echtpaar rechtstreeks aangaat.

### C. Nabeschouwing.

1. In dit overzicht zijn een aantal interventies beschreven die bruikbaar zijn bij echtparen die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat rechtstreekse communicatie over de relatie ontbreekt. De impliciete veronderstelling is dat relatietherapie toch nodig of zinvol is, maar die kan pas echt beginnen wanneer het echtpaar daar materiaal voor komt aandragen. Onze interventies bestaan enerzijds uit technieken om irrelevant materiaal af te houden, en anderzijds vooral uit technieken om bruikbare thema's zoals wederzijdse irritaties en conflicten aan bod te krijgen.
2. Bij deze interventies wordt een flexibele keuze tussen een directe en indirecte benadering aanbevolen (vgl. Van der Hart & Rubinstein, 1975). Soms ligt de klemtoon op het rechtstreeks doen praten van de zwijger of doen zwijgen van de prater, soms worden meer subtiele interventies verwant aan symptoomvoorschrijving voorgesteld.
3. Een algemeen probleem bij deze echtparen is dat de therapeut uit het oog kan verliezen dat het om een relatietherapie gaat. Hij kan ertoe verleid worden om zijn volle (sympathiserende of geïrriteerde) aandacht te geven aan degene die moeilijk over de brug komt en gemakkelijk vergeten dat dit zwijgen bijvoorbeeld voor de partner een beschermende functie heeft. Deze valkuil van ongewilde coalitievorming is meestal gemakkelijker te vermijden bij echtparen die beiden aan het woord komen en zich dan ook beter laten kennen.
4. Het gaat in vele gevallen om interventies die zouden kunnen omschreven worden als "het mobiliseren van agressie". Naar onze ervaring is die agressie, zodra gemobiliseerd, meestal van een weinig extreme intensiteit en inhoud. Zo-

als altijd gaat het vooral om banale, vaak voorkomende levensproblemen en zelden om moord of doodslag, dit in tegenstelling tot wat de cliënt bij zichzelf vermoedt.

- 5. Als de relatietherapeut het zover geschopt heeft dat er huwelijksconflicten zijn, dan kan hij verder vechten op het voor hem vertrouwde terrein: het behandelen van huwelijksconflicten.

LITERATUURLIJST.

Referenties.

Arndt, J.L. (1962) Genese en psychotherapie der neurosen, tweede deel.  
Den Haag, Boucher.

Beels, C.L. & Ferber, A. (1969) Family Therapy.  
Family Process, 7, 280-318.

Cleghorn, J.M. & Levin, S. (1973) Training family therapists by setting learning objectives.  
Am. J. Orthopsychiat., 43, 439-446.

Dijck, R. Van (1974) Vormen van directieve therapie bij echtparen en gezinnen.  
T. psychiat. , 43, 209-228.

Dijck, R. Van & Hoogduin, K. (1975) Fighting couples  
TDT., 3.

Fulweiler, C.R. (1967) No man's land in  
Haley, J. & Hoffman, L. (eds).  
Techniques of family therapy.  
New York, Basic Books.

Haley, J. (1973) Uncommon Therapy.  
New York, Basic Books.



- Hart, O. Van der & Rubinstein, T. (1975)  
Strategische en tactische aspecten  
van therapie.  
T.M.W. 29 (20)..
- Joele, L. & Hoogduin, K. (1975) Behandeling van een man  
met dwangneurose,  
TDT., 2.
- Kempler, W. (1974) Gestalt therapie voor het gezin.  
Haarlem, de Toorts.
- Knox, D. (1971) Marriage happiness  
Champaign, Res Press Comp.
- Lange, A. & Van der Hart, O. (1973)  
Kontrakten en opdrachten in relatie-  
therapieën. T.M.W. 27, 517-527.
- Lange, A. & Van der Hart, O. (1975)  
Gedragsverandering in gezinnen.  
Groningen, Tjeenk Willink.
- Minuchin, S. et al (1967)  
Families of the Slums.  
New York, Random House.
- Velden, C.P. Van der, & Dijck, R. Van (1975)  
Motivatietechnieken, TDT., 2.

Inleiding

Onno van der Hart beschrijft in het vorig nummer van TDT een aantal gevallen waarin hij cliënten voor een blok zette. D.w.z. hij verbond aan voortgang van de therapie enkele zware eisen. In de beschreven voorbeelden gingen de cliënten hierop niet in. Zij vonden de eisen te zwaar, onredelijk, etc. Desalniettemin trad - zonder verdere behandeling - verbetering van de klachten op.

Van der Hart zoekt de verklaring voor dit soort verschijnselen in de neiging tot consistent maken van inkonsistente cognities. Het niet uitvoeren (positief) zou strijdig zijn met de negatieve verwachting van geen succes. Door te zorgen dat het wel een succes wordt, is de zaak consistent.

Ik geloof dat hantering van het model der cognitieve consistentie hier niet helemaal op zijn plaats is als verklaring. De cognities waar het om gaat (vgl. Festinger, 1957) zijn nl. niet zo strijdig. De patiënt staat voor de keuze een vervelende taak wel of niet te doen. Wel doen zou strijdige cognities opleveren (ik doe het - het is vervelend). Deze dissonantie zou dan gereduceerd kunnen worden door de taak als meer belangrijk te gaan ervaren, oftewel te zorgen dat het een positieve uitwerking t.a.v. de symptomen heeft. Hierin schuilt voor een deel de therapeutische kracht van lastige opdrachten die toch uitgevoerd worden. Bij niet doen is er echter geen sprake van dergelijke dissonantie. Men heeft iets vervelends gewoon niet gedaan. Je kunt je daarbij a.h.w. op de borst slaan. Dat je klachten dan niet weggaan is dan vanzelfsprekend, misschien ook jammer, maar levert geen strijdige cognities op.

Hoe komt het dan dat er na de afwijzing van zo een voorstel toch vaak iets ten positieve verandert bij de cliënt? Aan de hand van een recent eigen voorbeeld zal ik hierover twee - elkaar niet uitsluitende - hypothesen formuleren.

Het voorbeeld

Een half jaar geleden werd ik benaderd door Marie, die nu 'eindelijk eens echt geholpen wilde worden'. Zij had een jeugd en een psychiatrisch verleden die er niet om logen. Na langdurige opnames in jeugdpsychiatrische ziekenhuizen worde zij nu al enige tijd samen met een vriendin, die zij

aan de laatste inrichting had overgehouden. Zij leefde van de W.A.O. en werkte - evenals haar vriendin - als vrijwilligster bij het JAC. De problemen waarvoor zij zich aanmeldde lagen in de sfeer van apathie, depressie en suicidaliteit. De problemen werden naar voren gebracht in een sfeer van: kijk nou eens hoe zielig ik ben. Niemand wil me echt helpen. Dat is altijd al zo geweest'.

Ik zal niet al te uitvoerig ingaan op de precisering van de problemen zoals die er in de taxatiezitting uitkwamen. Essentieel is, dat hoewel er inderdaad ernstige problemen waren, Marie vooral gekenmerkt werd door een hulpeloze opstelling. Het idee dat zijzelf het heft in handen zou kunnen nemen om veranderingen door te voeren was haar zeer vreemd.

Ik had geen zin om op haar manier in haar problemen verstrikt te geraken. Mijn eerste zet hiertoe was dat ik de duur van de therapie afhankelijk stelde van de vooruitgang. In die zin dat we in principe slechts vier zittingen zouden hebben. Alleen als ze in die periode duidelijke vorderingen zou hebben geboekt zouden we eventueel doorgaan. Hierdoor werd drastisch gebroken met het beeld van de geduldige therapeut die de verantwoordelijkheid voor het succes heeft. Zij moest voortgang (en daarmee aandacht) verdienen door zelfwerkzaamheid en succes.

Doordat ik bij de telefonische aanmelding al had aangekondigd momenteel geen tijd voor een langdurige therapie te hebben, aanvaardde zij deze voorwaarde vrij gemakkelijk.

De eerste paar weken voldeed zij aan huiswerkopdrachten (o.a. zelf-monitoring, en een uur lang per dag opschrijven hoe rot zij zich wel voelde). Haar reacties hierop waren ambivalent. Aan de ene kant deed het haar goed. Aan de andere kant kwam zij toch elke keer binnen met 'ik voel me rot'. Er was dan weer iets gebeurd wat haar een batterij vragen opleverde als 'waarom moet ik zo knokken voor een beetje geluk, terwijl anderen het in de schoot geworpen krijgen?', of 'waarom reageert Pietje Pak zo lullig als ik dat en dat doe?'.

Na vier zittingen kwam de mogelijke voortzetting van de therapie aan bod. Hoewel Marie de afgelopen weken best wel energie in het nakomen van huiswerkopdrachten had gestoken was er op de zittingen niet veel essentieels veranderd. Vooral haar 'zwakke opstelling' en de 1000 waarop-vragen die zij steeds op mij afvuurde begonnen mij danig de keel uit te hangen. De kans op succes met geduldige voortgang leek mij niet erg groot. Ze had op deze manier al heel wat hulpverleners versleten. Aan de andere kant wilde ik haar toch nog een kans geven.

Voorafgaande aan de vijfde zitting diende zij zelf een plan in voor de verdere behandeling. Het moest op korte (max.2 maanden) therapie gericht zijn.

Daarbij moest zij konkreet aangegeven waaruit haar zelfwerkzaamheid zou bestaan.

Haar behandelingsplan, dat zij mij konform de afspraak opstuurde, bleek niet meer te omvatten dan een duizelingwekkende klachtenlijst en tijden waarop aan iedere klacht gewerkt zou moeten worden. In de vijfde zitting stelde ik mijn mogelijke behandelingsplan (het juk) daar tegenover.

De essentie daarvan bestond uit de volgende punten:

1. Waarom-vragen mochten niet meer gesteld worden. Als zij een probleem zou signaleren, zou ik zoeken naar alternatieve gedragingen voor haar. Deze zou ze opvolgen, gedachtig de veronderstelling dat nieuw gedrag leidt tot nieuwe emoties en attitudes.

2. Per zitting mocht zij maximaal 1 sociaal probleem, betreffende een verkeerd lopende interactie-sekwentie met bijv. kollega's op het JAC, naar voren brengen. Daaraan zou dan d.m.v. rollenspel gewerkt worden. De verworvenheden daarvan konden dan in de komende week in praktijk worden gebracht.

3. Zij zou iets aan haar uiterlijk gaan doen. Tot nog toe zag zij er nodeloos vettig en slonzig uit. Om mij van de mogelijkheid van zinvolle uiterlijke veranderingen te overtuigen had ik gedurende vorige zittingen een (jonge) vrouw gevraagd om de therapie van achter de spiegel gade te slaan. Deze had mij nuttige tips gegeven die ik t.z.t. aan Marie zou kunnen doorspelen.

4. Ik wilde haar vriendin meer bij de behandeling betrekken. Een aantal sociale vaardigheden zou zij d.m.v. oefeningen met haar vriendin kunnen verwerven/verbeteren.

5. Zij zou een aktiviteit, die zelfdiscipline vereist en strijdig is met slapte en zieligheid gaan doen. Mijn voorkeur ging - uitgaande van Onno's ervaringen - uit naar karate. Judo zou echter ook voldoen.

Van het totale pakket werden de punten 2 en 5 aanvaard. Voor de rest vond Marie dat de geest die uit het verdere behandelingsplan sprak tenderde naar een onaanvaardbare identiteits verandering. Vooral het veranderen van uiterlijk en het idee van 'eerst doen en dan zien hoe je er tegenover staat' waren voor haar onoverkomelijk.

In goede vrede gingen wij uit elkaar.

Enkele weken later kreeg ik een brief van haar. Zij bedankte mij daarin voor een 'urgentie-verklaring' die ik haar gestuurd had. Zij en haar vriendin moesten hun huidige étage verlaten en zochten een nieuw onderkomen.

Verder schreef zij dat het met haar wel goed ging naar met haar vriendin minder. Zij gaf haar nu dagelijks zittingen met huiswerk zoals wij het in de therapie hadden gedaan. Van diverse kanten had zij daarover al complimenten gehad. Zelfs van de psychiater waar haar vriendin pas was geweest.

Het slot van de brief volgt hieronder:

'ik zou je ook nog heel erg willen bedanken voor die gesprekken met jou. Hoe vreemd het misschien ook klinkt, maar mijn zelf-respekt is iets gegroeid, door het vasthouden aan mijn mening en door het niet (zoals zo vaak in het verleden) doen wat de ander wil, als ik er zelf niet achter sta. Ook heb ik het gevoel, dat ik wat sterker sta nu. Ja, ik ben je veel verschuldigd.

Ik hoop, dat je eens terugschrijft.  
Groetjes,

Marie

### Nabespreking

Ik heb twee hypothesen over wat hier en in soortgelijke gevallen aan de hand is.

1. Er is sprake van machtsstrijd. Wie bepaalt wat er moet gebeuren, cliënt of therapeut. De cliënt voelt aanvaarden van de zware voorwaarde als een 'kapitulatie'. Dat gebeurt dus niet. Niet aanvaarden van voorstellen van de therapeut en daarna onder door gaan zou echter het gelijk van de therapeut bevestigen. De enige manier voor de cliënt om 'up' te blijven is: niet aanvaarden en dan 'beter' worden.

De gedachte dat dit speelt in het hierbeschreven voorbeeld, lijkt steun te krijgen uit de brief. Het 'up-man ship' wordt verzilverd door de rapportage van vooruitgang aan de therapeut.

2. De tweede hypothese is gebaseerd op de attributie- en zelfperceptie-theorie (vgl. Bem, 1967; Valins & Nisbett, 1972)

In plaats van de gedachte dat stemmingen en emoties het gedrag bepalen wordt in deze theorie de nadruk gelegd op de omgekeerde kausaliteit. Men leidt stemmingen en emoties vaak af uit het gedrag dat men heeft vertoond. Bijv. Laird (1974) heeft dit in een interessant experiment getoetst. Proefpersonen moesten bepaalde teksten lezen. Er waren drie experimentele kondities. In twee daarvan kregen zij bij het lezen instructie om bepaalde spieren van hun gezicht op bepaalde manier te spannen. In de eerste van deze kondities leidden de instructies tot lachende gelaatsexpressies. In de tweede tot een sombere expressie. In beide gevallen werd in de instructie geen enkel verband met lachen of somberheid gelegd. In de derde conditie (kontrole)

werden geen instructies gegeven. Na afloop kregen de ppn enkele stemmingsschalen in te vullen. De ppn met 'lachinstructie' rapporteerden sign. vrolijkere stemming dan de controle. De 'sombere' konditie was het minst vrolijk.

De zelfperceptietheorie veronderstelt de volgende sekwentie:

a. ik doe iets  $\rightarrow$  b. ik neem waar dat ik dat doe  $\rightarrow$  c. waarom doe ik dat?  $\rightarrow$  d. omdat ik een zus of zo persoon ben  $\rightarrow$  e. als ik een zus of zo persoon ben dan moet ik me verder ook zus of zo gedragen  $\rightarrow$  etc. etc.

Een cruciaal punt ligt tussen de stappen c. en d. Stap d. zal alleen voorkomen als er geen duidelijke externe verklaringen voor het vertoonde gedrag zijn. In dit opzicht leidt de zelfperceptietheorie tot gelijke voorspellingen als de dissonantietheorie. Als het vertoonde gedrag bijv. gepaard gaat aan grote externe beloningen zullen de veranderingen in zelfbeeld, attitude en emoties kleiner zijn dan wanneer er weinig beloningen (extrinsieke motivaties) zijn. Deze notie is voor therapie zeer essentieel. Het leidt bijv. tot de vraag of onder alle omstandigheden de reciprociteitsgedachte wel zo gunstig is.

Misschien verandert iemand sterker wanneer hij zijn nieuwe gedrag niet kan wijten aan de beloning die van de ander uitgaat?

Vooralsnog geloof ik echter dat bij moeilijk zitterde relaties een begin van verandering alleen tot stand komt wanneer van twee kanten gewerkt wordt. Anders wordt stap 'a' niet eens gezet. Later in de behandeling lijkt het mij echter zeer nuttig om de zelfperceptietheorie te hanteren en van cliënten nieuwe gedragingen te vragen die niet extern beloond worden.

Op dit thema zijn interessante experimenten gedaan. Lepper, Greene & Nisbett (1973) brachten kinderen ertoe een bepaalde tekentaak die zij al leuk vonden uit te voeren. In de ene konditie werd hen hiervoor een belangrijke beloning in het vooruitzicht gesteld. In de andere werd er geen beloning gegeven. Gedurende twee weken daarna werd m.b.v. onopgemerkte observaties gemeten in hoeverre de kinderen de bewuste tekentaak uitvoerden.

Konform de verwachting maakten de kinderen uit de niet-beloning konditie veel meer gebruik van het tekenmateriaal. De auteurs konkludeerden, dat de grote beloning een 'overjustification' was. De kinderen stonden van te voren welwillend tegenover de taak. Door de grote beloning kregen ze een zelfbeeld van 'dit materiaal gebruiken omdat je ervoor beloond wordt, in plaats van omdat je het zelf zo leuk vindt'.

Miller, Brickman & Bolen (1975) manipuleerden het zelfbeeld van hun proefpersonen op direkte wijze. Op een school schiepen zij in drie klassen drie verschillende experimentele kondities. In alle klassen hadden de leraren moeilijkheden met hun pupillen wat betreft opruimen van rotzooi. In één klas werd de leraar geïnstrueerd om pleidooien af te steken over het belang van opruimen van rommel en de leerlingen werden stelselmatig met een evt. falen gekonfronteerd. In de tweede klas werd de leraar geïnstrueerd om niets over het belang van opruimen te zeggen. Ongeacht het feitelijke gedrag van zijn leerlingen moest hij regelmatig zijn tevredenheid over hun opruimmanieren uitspreken. Bijv. 'jullie ruimen het beste op van alle klassen'. Een derde klas diende als controle groep. Vóór de 'behandeling' was er een pre-meting geweest. Er waren allerlei formulieren uitgedeeld, die in verschillende enveloppes verpakt waren. Achteraf werd geteld hoeveel daarvan in de daarvoor bestemde prullebak waren gedeponereerd en hoeveel er gewoon op de grond lagen. De na-meting was onmiddellijk na de behandeling. Deze bestond uit het tellen van het aantal papieren verpakkingen dat bij het uitdelen van snoep in de prullebakken was gedeponereerd. Twee weken later werd een soortgelijke meting herhaald m.b.v. kerstkadootjes. De resultaten lieten zien dat konditie 2 (de positief gelabelden) een veel grotere en ook meer blijvende vooruitgang vertoonden dan de leerlingen in konditie 1. De controle groep was niet veranderd. Het experiment werd op dezelfde school nog eens herhaald met wiskunde bekwaamheid als afhankelijke variabele. Hoewel sommige leraren het niet aandurften om t.a.v. een dergelijk attribuut dezelfde gedurfde strategie aan te houden, bleek ook hier konditie 2 het sterkst te werken. Door herhaaldelijk tegen de leerlingen te zeggen dat zij het heel prima deden met hun wiskunde sommen gingen zij meer vooruit dan diegenen die reële feedback kregen.

Ik ben benieuwd welke scholen in Nederland zich voor een dergelijk experiment zouden lenen. Het toont in ieder geval de kracht van het manipuleren van het zelfbeeld duidelijk aan.

#### Terug naar ons voorbeeld

Marie geeft in haar brief eigenlijk zelf aan wat er is gebeurd. Door de voorstellen van de therapeut te weigeren stelde zij zich onafhankelijk op en nam zelf verantwoording voor wat er met haar zou gebeuren. Het beeld dat daarbij paste was strijdig met het beeld van het zwakke, afhankelijke meisje dat zich zo nodig door anderen moest laten helpen. Het nieuwe zelfbeeld moest consistent gemaakt worden met nieuw gedrag (stap e.). Dat ver-

wezenlijkte zij door zich niet meer op haar eigen zieligheid en apathie te storten, maar de in de therapie (toch) verworven sociale bekwaamheden aan te wenden bij het 'behandelen' van haar vriendin.

De machtsstrijd, die in de eerste hypothese werd verondersteld, is niet strijdig met de hierboven gevolgde verklaring. Integendeel. De eerste stap zal voor een deel voortgekomen zijn uit een strijd om 'wie bepaalt wat er gebeurt' tussen Marie en therapeut. Het consistent maken van zelfbeeld en vertoont gedrag kan - zoals wij bij hypothese 1 al zagen - bovendien een beslechtende functie in deze strijd hebben.

De positieve gevolgen van Marie's weigering om de zware voorwaarden te aksepteren konden optreden doordat de voorwaarden voor een deel in het verlengde lagen van wat in de therapiesessies aan bod was gekomen. Zij had onmiddellijke feedback gehad over haar zwakke opstelling en zij had zowel thuis als tijdens de therapie geoefend met andere, voor haar nieuwe, vormen van gedrag. Mijns inziens is dit een belangrijk punt. Wanneer het 'juk' te vroeg wordt opgelegd, voordat er sprake is geweest van zinvolle leerervaringen, heeft de cliënt te weinig mogelijkheden om in zijn eentje tot nieuwe gedragingen te komen.

#### Een waarschuwend element

Het positief beoordelen van de ervaringen in het hier geschetste en in de door Van der Hart genoemde voorbeelden houdt een zeker gevaar in. Er ontstaat gemakkelijk een sfeer van 'wat ik ook doe, het is altijd goed'. Neemt ze de voorwaarde aan, prachtig. Aksepteert zij het niet, ook prachtig. Dit laatste nu lijkt mij vaak niet te kloppen. D.w.z. het is vaak voor de cliënt niet zo prachtig. Wél voor de therapeut die op een elegante manier van een vervelende cliënt, waar hij waarschijnlijk inderdaad niet mee verder was gekomen, is verlost. Ik heb daar geen bezwaar tegen, maar ik vind wel dat we in dat opzicht tegenover onszelf eerlijk moeten zijn.

De konsekventies van de hier gepresenteerde overwegingen zijn tweërlei. Ten eerste moet de zware voorwaarde zo haalbaar mogelijk worden gemaakt, waardoor de cliënt een redelijke kans krijgt om hem te aksepteren. Ten tweede dient de therapeut er pas mee voor de dag te komen, nadat hij m.b.v. lichter geschut al in dezelfde richting - zonder essentiële suksessen - heeft gewerkt.



Referenties

- Ben, D.J. (1967); Self perception. An alternative interpretation of dissonance phenomena. Psychol.Review, 74, 183-200.
- Festinger, L. (1957); A theory of cognitive dissonance. Glencoe Press, Ill.
- Hart, O.van der (1975); De last is te zwaar. TDT, 3, (2), 14-22.
- Laird, J.D. (1974); Self-attribution of emotion: the effects of expressive behavior on the quality of emotional experience. Journ.Pers.soc.Psychol 29, (4), 475-486.
- Lepper, M.R., D. Greene & R.S. Nisbett (1973); Undermining children's intrinsic interest with extrinsic reward: a test of the 'overjustification' hypothesis. Journ.Pers.soc.Psychol., 28, (1), 129-137.
- Miller, R.L., Ph. Brickman & D. Bolen (1975); Attribution versus persuasion as a means for modifying behavior. Journ.Pers.soc.Psychol., 31, (3), 430-441.
- Valins, S. & R.E. Nisbett (1972); Attribution processes in the development and treatment of emotional disorders. In: F.E. Jones et al.: Attribution, perceiving the causes of behavior. Gen.Learning Press, Chicago.

Reactie op: "de last is te zwaar"

van Onno Van der Hart (TDT. 3,2)

Richard Van Dijk.

1. De presentatie van het principe en de praktische voorbeelden die Onno geeft vind ik uitstekend en helder. Ook de term "juk" is een verbetering tov. het onvertaalbare "benevolent ordeal".  
Een aspect waar Onno terecht de nadruk op legt dat een bepaalde opdracht moet gegeven worden die, ook als ze wordt uitgevoerd, tot verbetering zal leiden. Dit is ongetwijfeld een meer vruchtbare werkwijze dan het opdragen van specifieke "benevolent ordeals" of nare zelfkwellingen zoals bij aversieve therapie gebruikelijk is.
  
2. Een poging om de werking van het juk te verklaren als een reductie van cognitieve dissonantie is in principe even legitiem als gelijk welke andere invalshoek. De waarde van het concept van Fertinger lijkt me in dit verband om twee redenen toch niet groot. Ten eerste verschaft het weinig of geen handelingsoriëntatie, d.w.z. het principe van cognitieve consonantie is zo algemeen dat het weinig houvast biedt om een juk te construeren.  
Ten tweede is het een exclusief monadisch concept: een denkbeeldig proces binnen de cliënt wordt beschreven. Onno hanteert zelf van meerdere condities die hij van belang acht voor een geslaagd juk en interactionele context: betrokkenheid van de cliënt bij de therapie; de therapeut als expert; de opdracht wordt serieus genomen; het uitvoeren is een conditie voor voortzetting van de therapie en geen hulpverlening door anderen. Het complete rijtje doet denken aan wat Watzlawick een therapeutische double bind of houdgreep noemde. Vooral als men nog bedenkt dat de therapeut een opdracht geeft, nadrukkelijk stelt dat ze moet nagekomen worden, maar verwacht dat ze niet zal uitgevoerd worden.

3. Tegen concepten zoals paradox en double bind zijn terecht kritische bedenkingen aangevoerd. (o.a. Olson, 1972, Lange, 1973). Deze bedenkingen hielden verband met de moeilijkheid of onmogelijkheid bij empirisch onderzoek paradoxale processen aan te wijzen of te meten.

Dat double bind een weinig vruchtbaar terrein blijkt voor onderzoek heeft het gemeen met een aantal andere concepten die voor therapie toch beter niet over boord kunnen gezet worden. Bijvoorbeeld het begrip van "hypnotische trance" is ook een "slipperig concept" voor experimenteel onderzoek. Er zijn geen specifieke fysiologische veranderingen waar men trance-toestanden adequaat mee kan afgrenzen. Er zijn ook geen "harde" psychologische fenomenen waarmee men het onderscheid tussen simulatie en echte trance kan maken. Er zijn wel "klinische" tekens, d.w.z. individueel variërende, inconstante verschijnselen die pas voor interpretatie op een schaal van hypnose-diepte kunnen worden ingevoegd.

Gelukkig heeft deze onzekerheid therapeuten er niet van weerhouden patiënten in hypnose te brengen om ze van hun klachten af te helpen. Ik zou eenzelfde sceptisch activisme willen bepleiten voor de toepassing van het juk en andere therapeutische paradoxen.

4. Overigens geloof ik niet dat experimenteel onderzoek van een juk-therapie gemakkelijker zal zijn via het concept van cognitieve dissonantie dan via therapeutische paradox.

5. Onno laat zich kritisch uit over de nadruk die het absurde bij bv. Withacker krijgt. Ik ben het in zoverre met hem eens dat sommige therapeuten zich vooral aangesproken voelen door dit absurde element maar het niet functioneel kunnen gebruiken. (zie ook Valkuilen).

Absurde opdrachten kunnen wel degelijk een functie hebben (zie Frankl, Arndt) namelijk als de cliënt bezig is met absurd symptoomgedrag. De opmerking: "man, wat je aan het doen bent is gek!" zal waarschijnlijk geen affect sorteren, o.a. omdat de patiënt dit zelf ook al weet. Maar een advies om absurd vermijdingsgedrag of bizarre rituelen te over-

drijven houdt ook een indirecte boodschap van de therapeut in: "ga je gang maar, je brengt misschien je vrouw van streek met dit gekke voeren, maar mij vang je er niet mee." Resumerend: een absurd juk is wel functioneel als het gedrag van de patiënt al absurd was.

6. Over "shaping" en het opleggen van een te zwaar juk: de eerste benadering lijkt zinvol als de patiënt reeds bezig is met kleine stapjes te zetten, maar aanwijzingen nodig heeft over de richting en snelheid. Een juk lijkt zinvol als de patiënt te kennen geeft dat hij in beweging wil komen maar stil blijft staan.
7. Een voorlopig voorstel voor het aanbrenge van een juk: in dit rijtje worden de ingrediënten die Onno noemt in een sequentie gebracht:
  - Stel kleine stapjes in de gewenste richting voor. Worden die uitgevoerd, ga dan verder met "shaping". Worden die niet uitgevoerd, adviseer niets meer.
  - Sympathiseer, vibreer mee, tot de patiënt zich werkelijk begrepen voelt en de relatie als vitaal ervaart.
  - Als hij zover is, vertel hem dan dat je een oplossing voor hem weet, maar dat je twijfelt of hij de nodige doorzetting zal kunnen opbrengen. Voeg daaraan toe dat het niet uitvoeren van de opdracht verder contact zinloos maakt. Geef de opdracht niet vanzelf, wacht tot er naar gevraagd wordt.
  - Geef een opdracht die in elk geval een hoge mate van activiteit van de patiënt vraagt, die eventueel absurd of zinvol is.
  - Wacht af. Komt de patiënt nooit meer opdagen, schrijf dan een stukje over technieken ter preventie van einde-

loze behandelingen. Komt hij terug en heeft hij de opdracht niet uitgevoerd, maar rapporteert hij toch vooruitgang, stuur dan een casuïstisch verhaal in over de toepassing van een te zwaar juk. Heeft hij de opdracht, maak dan een mededeling over de toepassing van een zwaar juk.

- Ga verder met kleine stapjes zolang de patiënt in beweging blijft. Vraag een grote stap als hij weer stilstaat.

De cliënt met een niet willende partner - reactie op een  
toevoeging.

---

Kees Hoogduin.

De door Freddy in het septembernummer van ons blad gemaakte  
toevoeging lijkt me van betekenis voor de verdere gang van  
zaken in ons tijdschrift.

- 1) Hij geeft de m.i. gewenste ontwikkeling aan om schrift-  
telijk te reageren op de verschenen bijdragen. Deze wijze  
van reageren lijkt mij zinvoller dan onze Oh's, Ah's en Boe's  
zoals die weerklonken op de redactievergaderingen.
- 2) Hij doet ons een model aan de hand om op een plezierige  
wijze kritisch te reageren.

Na een avond studie en kontemplatie rond de werkwijze van  
Erickson is de volgende werkdag met cliënten vaak een grote  
teleurstelling. De subtiele benadering van de "grote meester"  
blijkt, hoe duidelijk hij het ook beschrijft, niet altijd voor  
zijn leerlingen te zijn weggelegd.

De omschrijving "fraaie techniek" (Hoogduin '75) moet in dit  
licht gezien worden. Het is een techniek, die bij Erickson  
goed schijnt te werken, hoewel de kans, dat de partner snel  
meekomt, klein is. Erickson spreekt over 7 zittingen, voor-  
dat een partner zo ver was. De door Freddy genoemde twijfel  
omtrent het wel of niet komen wordt door Haley (Haley 1973)  
niet gedeeld. De extra(?) weerstand is bij het komen van de  
partner mogelijk te utiliseren, bij niet verschijnen lijken  
de therapeutische mogelijkheden geringer. Ik gebruikte zelf  
deze techniek (nog) niet. Met de beschreven (eenvoudiger)  
technieken blijkt de partner bij de behandeling betrokken  
te kunnen worden.

Bij slechts één van de 250 nieuw aangemelde cliënten bij  
de SPD in 1975 werden de problemen als echtpaarproblematiek  
geformuleerd.

Gebruikelijk is, dat één van de partners een lange psychi-  
atriscne weg achter de rug heeft. De interpretatie: "het is  
een probleem van u beiden, uw gezin" blijkt soms moeilijk  
verkoopbaar aan de niet willende partner. Deze weerstand  
van de partner (het niet willen accepteren van "het is een  
probleem van ons tweeën") is dan te benutten door hem de  
rol van co-therapeut in de maag te splitsen, etc.

Bij een aantal echtparen zien we een rolverdeling van falende  
therapeut en niet beter wordende patient. Het accepteren van  
deze situatie en het expliciet aan de orde stellen daarvan  
lijkt mij dan niet bezwaarlijk.

De door Freddy geschetste oplossing: de weerstand accepteren  
en "...dat zijn aanwezigheid toch belangrijk is, omdat even-  
tuele veranderingen in de ander ook invloed op hem zullen heb-  
ben; als hij er niet bij zou blijven zou hij 'in de kou komen  
te staan' - is een goede aanvulling. Ik heb echter de erva-  
ring dat een aantal partners, die reeds jarenlang rondgetobd  
hebben met hun "zieke" wederhelften, geen enkel bezwaar hebben  
om "in de kou te staan".

Litt.:

Haley, J, 1973: "Uncommon Therapy", Norton, N.Y., p. 235.  
Hoogduin, C.A.L., 1975: "Weerstanden, prognostische betekenis.  
Utilisatie techniek. I", TDT 13, 52-55.  
Lange, A., 1975: "De klient met een niet willende partner, een  
toevoeging.", TDT 2, 2, blz. 36 - 39.

De steeds verhinderde cliënt: commentaar en aanvulling

Hoogduin (1975) bespreekt het probleem van de cliënt, die zijn afspraken niet goed nakomt, te laat komt etc. Hij geeft een aantal technieken weer die deze soms (?) ongewenste gang van zaken kunnen beïnvloeden.

1. Opvallend daarbij is, dat hij de meest gebruikte aanpak niet vermeldt: Voor iemand die te laat komt is alleen de resterende tijd van het geplande uur nog beschikbaar. Dit is zeer logisch voor de druk bezette therapeut, maar dient voor anderen wel expliciet vermeld te worden.

Hoe vaak komt het niet voor, dat een beginnende therapeut zich hier niet aan houdt en de cliënt het begin én het einde van de zitting laat bepalen?!

2. Het principe van evenredigheid.

In de onder 1. genoemde aanpak gaat van het therapie-uur alleen de tijd dat de cliënt afwezig was af. Stel, dat hij een kwartier te laat komt; dan rest hem nog 45 minuten. Wanneer we het "principe der evenredigheid" toepassen, gaat van de resterende tijd evenveel af als de cliënt te laat kwam. Was dat een kwartier, dan gaat er nog een kwartier af en rest hem nog een half uur. Betreft het een half uur, dan gaat de zitting niet meer door.

De kern van deze aanpak is, dat de mate van te laat komen evenredige konsekventies heeft. Dit kan aan een door de therapeut ingebracht werkpunt gekoppeld worden: leren, dat je akties, hoe dan ook, konsekventies hebben.

3. Interval vergroten.

Wanneer men merkt, dat de cliënt vaak afzegt, kan het zinvol zijn om de frekwentie der zittingen te verminderen.

Stel, dat het aanvankelijk om wekelijkse zittingen gaat.

Dan gaat de therapeut over op een frekwentie van eens in de 14 dagen. Komt de cliënt nog onregelmatig, dan wordt het eens in de drie of vier weken. Komt hij nu wel op zijn afspraken en het lijkt nog geïndiceerd, dan kan als beloning weer op een hogere frekwentie worden overgegaan.

Belangrijk hierbij is, dat de therapeut de last van het niet regelmatig komen geheel bij de cliënt legt. Als deze bij een frekwentie van eens in de drie weken een keer niet komt, betekent dit een vrij uur. Wanneer het wekelijks voorkomt, hindert het meer.



#### 4. Zelf te laat komen.

Dit is een variant op punt 3 van Hoogduin: de strijd met als inzet: wie maakt de meest onregelmatige behandelingssekwentie.

Wanneer de cliënt een aantal malen te laat is gekomen, kan de therapeut tijdens het uur van de volgende afspraak zijn boodschappen doen of een eind wandelen. Daarbij moet hij er vooral voor zorgen later dan de cliënt te arriveren (d.w.z. als de cliënt er nog niet is dient de therapeut nog een ommetje te gaan maken). Treft de therapeut de cliënt aan, dan kan hij luchtige opmerkingen maken over het aantrekkelijke weer, de zin om er even uit te gaan etc.

De cliënt heeft zeker door, dat het iets te maken heeft met zijn eigen te laat komen, maar voelt zich meestal toch gepakt. Daar hoeft weinig over gesproken te worden.

De leerervaring heeft al plaats gevonden.

#### 5. Een dubbele afspraak maken.

Dit is een sterke zet, vooral bij iemand die niet alleen te laat komt, maar ook door een regelmatige afwezigheid gekenmerkt wordt. Voor het volgende uur plant de therapeut een tweede afspraak, dit keer met iemand die zeker (op tijd) komt. Mocht de eerste cliënt niet komen opdagen, dan is in ieder geval niet sprake van een verloren uur. Komt hij wel, dan doet zich een uitstekende leersituatie voor.

De therapeut legt hem uit, dat de afspraak niet kan doorgaan, omdat hij tegelijkertijd met iemand anders heeft afgesproken. De cliënt zal zich tekort gedaan voelen en de voor hem gereserveerde tijd sterk begeren. De therapeut legt hem echter uit, dat hij zo vaak met verloren uren is komen te zitten, etc., en dat hij zich dat niet meer kan veroorloven.

Hij is wel genegen om een volgende afspraak met de cliënt te maken om dit probleem verder te bespreken.

Deze ingreep lijkt sterker dan die onder 3 hierboven+die onder 3 bij Hoogduin (1975). Daarin gaat het om een "terugpesten": "ik zal het je eens laten voelen." De therapeut heeft geen serieuze reden om niet aanwezig te zijn. Hij speelt het spel van te laat of niet komen op dezelfde wijze mee.

De dubbele afspraak kan echter zeer overtuigend verkocht worden: de therapeut heeft het druk en door dergelijke verloren uren komen mensen niet aan bod, die zijn hulp wel hadden kunnen gebruiken.

Dit moet redelijk zijn voor de cliënt, al kan hij zich wel gepakt voelen. Zie in dit verband de opmerking van Van der Velden & Van Dijk (1975): de beste motivatietechniek is een explicatie, die een kern van waarheid heeft en die bij een nadere beschouwing nog overeind blijft. In het andere geval is het mogelijk, dat de cliënt een rationale in handen wordt gegeven om de behandeling te beëindigen.

#### 6. Een juk opleggen.

Dit houdt in, dat de therapeut met de cliënt afspreekt dat het te laat komen bepaalde konsekventies zal hebben (vgl. de motivatietechniek onder punt 2.).

Deze interventie ligt op dezelfde lijn als het afspreken van bepaalde konsekventies bij het niet maken van huiswerk. Deze konsekventies dienen afgestemd te zijn op de individuele cliënt. Zo liet een therapeut zijn cliënt, die karate beoefende en daarin al vertrouwd was met dit principe, voor elke 5 mi. uten dat hij te laat kwam 15 keer (in de zitting) opdrukken. Het storten van een bepaald bedrag (bijvoorbeeld f 2,50 voor elke vijf minuten telaar) voor een zeker doel zou hier ook onder kunnen vallen, maar mijn voorkeur gaat uit naar activiteiten, die een niet geringe lichamelijke inspanning vergen.

Onno van der Hart

#### Referenties:

Hoogdwin, C.A.L. (1975): Weerstand, prognostische betekenis, utilisatie technieken (II) Tijdschrift voor Directieve Therapie, 3(2), 30-35.

Velden, K. van der & R. van Dijk (1975): Motivatie technieken. Tijdschrift voor Directieve Therapie, 2(10), 39 - 48.

VERLEGENHEID ZOekt LIST

Hindernissen in de beginfase van een directieve therapie

---

Kees van der Velden & Richard van Dijk

Iedere therapeut die nog met andere dan uiterst gemotiveerde mensen werkt komt van tijd tot tijd voor situaties te staan die twijfel aan het nut van het beginnen of voortzetten van een behandeling rechtvaardigen.

Bij bijna alle lastige toestanden die hieronder worden opgesomd kan de therapeut de cliënt voor het blok zetten: ofwel u accepteert mijn voorwaarden, en dan kunnen we verder, ofwel u accepteert mijn voorwaarden niet, en dan stoppen we ermee.

In sommige gevallen kan het inderdaad juist en verstandig zijn de cliënt tot een expliciete keuze te dwingen, maar in veel andere gevallen is het beter het problematisch karakter van deze situaties door middel van meer elegante interventies op te heffen.

In dit artikel inventariseren we daarom niet alleen welke hindernissen de kans van slagen van een therapie in gevaar brengen, maar ook noemen we een aantal manieren waarop de therapeut kan proberen deze hindernissen te "nemen". Om herhaling te voorkomen is de "portefeuille-interventie" ("Graag of niet") zoveel mogelijk weggelaten.

Bij deze opsomming is in ruime mate gebruik gemaakt van het materiaal dat de discussie over "slechte tekenen" in het TDT heeft opgeleverd (Van der Hart, 1975a en b; Hoogduin, 1975a en b; Lange, 1975a en b; Van der Velden, 1975. ).

1. Complicaties bij aanmelding en onderhandelingen

- 1.1. Van verbetering is vnl. nadeel te verwachten. De huisvrouw die zonder "verlamming" weer zou worden overbelast, de WAO-patiënt die zonder hyperventilatie weer naar een vernederende baan zou moeten en de dichter die zonder depressies zowel zijn inspiratie

als zijn aanzien zou verliezen, zijn voorbeelden van deze categorie.

Deze hindernis blijkt in den regel wanneer de cliënt gevraagd wordt wat hij zou ondernemen wanneer hij onverhoopt geen klachten zou hebben. Antwoorden als "Tja, dan zou ik weer de hond kunnen uitlaten" of "Dan zou ik weer met m'n man naar vervelende recepties moeten", beloven weinig goeds.

In eerste instantie moet de therapeut in deze gevallen onderzoeken of een toekomst zonder klachten aantrekkelijker kan worden gemaakt.

Doen de nadelen van verbetering zich vooral in het gezin gelden, dan dient relatietherapie te worden overwogen.

Dreigt verbetering gepaard te gaan met het verlies van inkomsten of hervatting van vervelend werk, dan mag men doorgaans slechts op een beperkt resultaat hopen.

#### 1.2. De cliënt heeft voorkeur voor een ander type therapie.

Bij de aanmelding blijkt weleens dat de cliënt zich een veel "diepgaander" therapie had voorgesteld, bijv. omdat de verwijzer gesuggereerd heeft dat alleen inzicht uitkomst kan brengen.

Wanneer de behoefte aan "diepgaande" therapie voor iemand wel belangrijk maar niet erg doordacht is, kan het geen kwaad wanneer de therapeut suggereert dat directieve therapie een vorm van "diepere" therapie is. Is de behoefte aan "diepe" therapie wel doordacht dan verwijst men uiteraard naar een "diepgaande" collega.

Vervolgens kan de cliënt veel vaker willen komen dan de therapeut wenselijk acht. Van der Hart (1975a) countert dit als volgt: hij zegt de cliënt dat deze zelf eerst blijk moet geven van zijn inzet om te veranderen; heeft de cliënt dit gedaan, dan beloont de therapeut hem met een extra zitting. De cliënt die zijn inzet moet tonen verbetert vaak zo danig dat hij in feite minder behoefte krijgt om de therapeut frekvent te zien.

1.3. De cliënt maakt bezwaar tegen het meekomen van een ander gezinslid of een ander gezinslid weigert te komen. De cliënt die bijv. niet wil dat zijn partner meekomt zal in den regel zeggen dat de partner niets met de moeilijkheden te maken heeft, geen tijd heeft, dat er met de partner niet te praten valt etc. De eenvoudigste manier om deze complicaties te voorkomen is om beiden uit te nodigen voor het eerste gesprek. Heeft men dit nagelaten dan kan alsnog een briefje aan de partner geschreven worden. Ook in het tweede geval - wanneer de partner weigerachtig is - helpt zo'n briefje, maar er zijn elegantere interventies. Lange (1975b) adviseert de cliënt de volgende suggestie te geven: "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".

Bij gezinsleden die zich sterk verzetten kan het van belang zijn te benadrukken dat het om een éénmalig contact gaat (Hoogduin, 1975a). Heeft men eenmaal een gezamenlijke zitting achter de rug dan kost het vaak weinig moeite meer om een nieuwe afspraak te maken.

1.4. De cliënt acht de therapeut niet competent. Varianten zijn: de cliënt weet het beter of meent toch door niemand geholpen te kunnen worden.

Het is altijd onjuist om op dit verschijnsel te reageren met enthousiaste aanprijzingen van de verworvenheden van de moderne psychotherapie ("Ze zijn tegenwoordig zo knap") of met opmerkingen die de cliënt onder de indruk moeten brengen van de eigen competentie. Integendeel. Ten opzichte van kritische cliënten benadrukt de therapeut zijn beperkte capaciteiten en geringe therapeutische mogelijkheden, en hij steunt de cliënt in zijn twijfels over het nut van de behandeling. Sommige mensen zijn meteen helemaal weg van een therapeut die zich zo bescheiden gedraagt en noemen meteen een paar onderwerpen waarover ze toch nog eens zouden willen spreken.

De cliënt die het steeds beter weet, bijv. dat de door

de therapeut gesuggereerde oplossingen bij hem niet werken, is er soms mee geholpen wanneer hij zelf kan aangeven wat volgens hem een goede oplossing is. Wanneer de therapeut vervolgens aangeeft van deze oplossing weinig heil te verwachten, wordt het voor de cliënt weleens aantrekkelijk om te bewijzen dat hij dit ook beter weet (Hoogduin, 1975b).

1.5. De cliënt wordt gestuurd.

Aan de cliënt die tegen zijn zin is aangemeld (bijv. wegens niet door ziekten veroorzaakte lichamelijke klachten), maakt de therapeut duidelijk dat hij het met deze verwijzing ook niet eens is. Hij laat de cliënt merken dat hij ook een aardig boekje zou kunnen opendoen over wantoestanden in de wereld van de gezondheidszorg. In deze wat samenzweerderige sfeer wil de cliënt stiekum nog weleens een paar problemen ter sprake brengen die evt. een volgende afspraak rechtvaardigen.

Is dit niet het geval, dan is de verwijzing vermoedelijk inderdaad niet juist geweest.

1.6. De cliënt heeft geen of een vage doelstelling.

M.n. bij adolescenten met een betere opleiding is het heel gewoon dat zij hun probleem formuleren in termen als "Ik weet niet wie ik ben" en hun doel als "Ik wil mezelf vinden". Het concreet maken van klacht en doel wordt door hen nogaleens als een krenkende procedure ervaren. Zij maken als regel minder bezwaar wanneer de therapeut duidelijk maakt dat het werken aan concrete doelen slechts bedoeld is om de voorwaarden te scheppen waaronder later het "echte" probleem met vrucht ter sprake kan worden gebracht. Bij mensen boven de dertig ligt het concreet maken van doelen voor de hand, met soms het risico van een voortijdige beëindiging van de therapie. Wil men dit risico vermijden, dan helpt het soms om de cliënt in vaagheid te overtreffen door nog abstracter en nog utopischer doelen te formuleren. Het is dan weleens de cliënt die op een zekere nuchterheid begint aan te dringen.

1.7. De cliënt geeft onvoldoende informatie.

Het komt niet zelden voor dat de cliënt, eenmaal in de spreekkamer gezeten, "dichtklapt" of essentiële informatie achterhoudt. "Ik kan me goed voorstellen dat u eerst eens op uw gemak de kat uit de boom wilt kijken", is een mogelijke reactie van de therapeut. "Zullen we daar dit eerste uur voor gebruiken?" Soms gaat de cliënt, bij het schrikbeeld van een uur om de hete brei te moeten heendraaien, meteen van start. Ook interventies als "U zou wel gek zijn om uw hartsgeheimen zomaar aan een wildvreemde toe te vertrouwen" en "Zou u misschien het geven van nadere inlichtingen tot een later tijdstip willen uitstellen" sorteren een verwant effect. (Vgl. Haley, 1963.)

1.8. De therapeut geen interesse voor de cliënt.

Bij mensen voor wie de therapeut geen belangstelling heeft of minachting voelt, ligt verwijzing voor de hand. Zelfonderzoek door de therapeut kan wel worden aanbevolen, maar doet een evt. weerzin jegens de cliënt zelden of nooit op korte termijn verminderen. Het spreekt vanzelf dat therapeuten die hiervan vaak last hebben nog geen goede therapeuten zijn.

2. Complicaties bij de naleving van therapiecontracten

Wanneer een therapiecontract is afgesproken met opdrachten, huiswerk en alle overige min of meer vanzelfsprekende ingrediënten, dan staan de cliënt verschillende middelen ter beschikking om aan de naleving van het contract te ontkomen. De therapeut kan zich niet permitteren om deze vormen van contractbreuk te negeren. Doet hij dit wel, dan kan hij zijn toekomstige opdrachten en afspraken rustig vergeten.

2.1. De cliënt blijft andere deskundigen raadplegen.

Kenmerkend voor dit verschijnsel is dat de ene raadgever tegen de andere wordt uitgespeeld. Van der Hart (1975a) neemt in zulke gevallen contact op met de andere hulpverleners en spreekt met hen af dat zij de cliënt naar hem zullen terugverwijzen. Een zeer goede, maar wel arbeidsintensieve aanpak, die bovendien een behoorlijke mate van consensus tussen

de respectieve hulpverleners veronderstelt.

Simpeler is het advies de behandeling bij anderen af te maken voordat de directieve therapie wordt voortgezet. Lange (1975a) merkt op dat een andere therapie niet per se hinderlijk behoeft te interfereren wanneer de cliënt in principe bereid is die andere therapie af te breken.

In sommige gevallen is dit "doctor shopping" overigens iatrogeen of wordt het in stand gehouden door de wonderlijke organisatie van onze geestelijke gezondheidszorg.

2.2. De cliënt is "vergeetachtig", "slordig", verhinderd en/of te laat.

Huiswerk komt als regel tot stand na uitgebreide onderhandelingen waarin de cliënt "inspraak" te over heeft. Is het bij de volgende zitting niet gemaakt dan is het toch aan te bevelen het huiswerk te herhalen en de zitting niet door te laten gaan. Soms kan het helpen wanneer de therapeut zijn eisen tot in het absurde verlaagt en daarmee de cliënt op een indirecte manier uitnodigt te tonen dat hij "beter kan" dan hem gevraagd is.

Bij cliënten die steeds verhinderd zijn, kunnen de volgende interventies worden overwogen: de therapeut vermindert de frekwentie van de zittingen, net zolang tot de cliënt niet meer afzegt, waarna de frekwentie weer kan worden opgevoerd (Van der Hart, 1975b); de therapeut zorgt ervoor zelf een of meer keren verhinderd te zijn (Hoogduin, 1975b); de therapeut vraagt iemand die nauw bij de cliënt betrokken is voortaan mee te komen (Hoogduin, 1975b); of de therapeut maakt een dubbele afspraak: één met de cliënt die habitueel verhinderd is en één met een meer punctuele figuur. Komt de eerste cliënt onverhoopt toch opdagen, dan legt de therapeut uit dat de afspraak niet kan doorgaan, omdat hij het zich niet kan veroorloven zo vaak met verloren uren te zitten (Van der Hart, 1975b).

Deze interventie kan ook worden toegepast bij cliënten die stereotyp te laat komen.



Op laatkomers **kunnen trouwens** meerdere interventies worden toegepast. Van der Hart (1975b) noemt de volgende: voor de cliënt die te laat is is alleen de resterende tijd van het geplande uur nog beschikbaar; van de resterende tijd gaat evenveel af als de cliënt te laat kwam; de therapeut komt zelf te laat, althans later dan de te laat komende cliënt.

2.3. De cliënt liegt. Er is een goedaardig liegen en een kwaadaardig liegen. Het goedaardige liegen ontstaat uit verlegenheid, leidt tot schaamte en de behoefte alsnog de waarheid naar voren te brengen. Het kwaadaardige liegen kent men van de alcoholist die "geen druppel heeft aangeraakt". In zulke gevallen is het maar beter de "portefeuille-interventie" toe te passen.

2.4. Een gezinslid blijft weg. Wanneer een voor de therapie belangrijk gezinslid wegblijft doet de therapeut er goed aan de zitting geen doorgang te laten vinden, of het gesprek uitsluitend over dat ene gezinslid te laten gaan (een idee van Jackson), of nogeens in den brede uiteen te zetten om welke redenen de aanwezigheid van de gezinsleden noodzakelijk is. Een en ander kan gecombineerd worden met een briefje aan het bewuste gezinslid.

3. Complicaties die tot wijziging van de oorspronkelijke doelstelling van de therapie leiden

3.1. De cliënt wordt psychotisch, suïcidaal, misselijk of krijgt een ander nieuw symptoom in de loop van de behandeling. In veel van deze gevallen was de doelstelling wel juist, maar het tempo van verandering is te snel: de cliënt beschikt nog niet over gedragsalternatieven die het hem mogelijk maken zonder symptoma-tisch gedrag te leven. Dit risico dreigt m.n. bij therapieën waarin het gezichtsverlies waarmee de cliënt geconfronteerd wordt wanneer hij zijn symptomen verliest, wordt onderschat. Een voorzichtiger en conservatiever benadering is hier verder geboden. Verder is het mogelijk dat de oorspronkelijke doel-

stelling juist was, maar nieuwe ontwikkelingen maken haar achterhaald. Dit kan bijv. het geval zijn bij de cliënt die in de loop van de therapie ontdekt dat hij toch iets anders wil dan hij aanvankelijk dacht - bijv. echtscheiding in plaats van verbetering van het huwelijk -, maar er nog niet in slaagt dit gewijzigde perspectief anders dan door middel van symptomatisch gedrag duidelijk te maken.

- 3.2. Een ander gezinslid decompenseert. Wanneer een ander gezinslid decompenseert dient, naar de regel van Whitaker, het te behandelen systeem te worden uitgebreid.

Dit is overigens gemakkelijker gezegd dan gedaan. De therapeut die jonge mensen stimuleert zich te ontdoen van de dwang van het ouderlijk huis, draagt in veel gevallen bij tot de decompensatie van (één van) de ouders. Voor de cliënt-werknemer, die na assertieve training zijn chef tot migraine-aanvallen brengt, geldt hetzelfde.

Het zal vaak moeilijk zijn het te behandelen systeem zover uit te breiden dat niemand meer decompenseert.

- 3.3. De cliënt wordt verliefd. <sup>op de therapeut.</sup> Het verliefd worden van de cliënt die een partner heeft kan voorkomen worden door die partner van meet af aan in de therapie te betrekken. Bij cliënten zonder partner verdient de aanbeveling van Van der Hart (1975a) navolging. Hij gebruikt de tekenen van affectie als aanleiding om het onderwerp "het vinden van een partner" te introduceren.

- 3.4. De cliënt schuift steeds een nieuw probleem naar voren. Wanneer het afsnijden van vluchtwegen niet helpt, wordt deze eigenaardigheid van de cliënt het onderwerp van de therapie.

De therapeut maakt bijv. de afspraak dat hij, iedere keer wanneer de cliënt van onderwerp verandert, een enorme slag op tafel geeft - bij wijze van feedback. Voorts kan de therapeut de cliënt feedback geven door hetzelfde gedrag te vertonen, of met de cliënt bespreken hoe deze het beste van onderwerp zou kunnen ver-

anderen. (Deze suggesties zijn afkomstig uit Van der Hart, 1975a.)

3.5. De cliënt is afwisselend ernstig in problemen en dan weer geheel gelukkig. Op deze mensen krijgt men maar moeilijk vat. Wil men toch een serieuze therapie met hen bedrijven, dan zal de therapeut met de vuist op tafel moeten slaan en aankondigen dat de maat nu vol is. Het aanbrengen van een zekere continuïteit in de presentatie van klachten is hierbij het nieuwe werkdoel. Dit fenomeen doet zich nogaleens voor bij mensen die het een geweldige stap van zichzelf vinden dat ze naar een therapeut zijn gegaan en aansluitend menen dat het nu zaak wordt het aantal klachten drastisch te reduceren. Monitoring kan soms helpen bij het structureren van het klachtenpatroon.

3.6. De cliënt verbetert niet. Wanneer de cliënt niet opknapt omdat de therapeut ook niet weet hoe de klacht aan te pakken, is het verstandig er een consulent bij te halen (Van der Hart, 1975a). Zijn er andere redenen voor niet-verbetering, dan helpt het vaak wanneer de therapeut meedeelt niet tegen de moeilijkheid van de cliënt opgewassen te zijn. Het in het vooruitzicht stellen van een spoedige ontslagdatum kan de cliënt ertoe brengen met meer vrucht van de resterende zittingen te profiteren.

Korte nabetrachting

1. Cliënten die geen van de hierboven genoemde complicaties vertonen verbeteren zeer snel; cliënten die niet zeer snel verbeteren hebben meestal last van meerdere complicaties tegelijk.
2. Ten slotte wijzen we op de in dit stuk niet geheel voorziene mogelijkheid dat de cliënt een prettig en welopgevoed mens is, die weet dat therapeuten de mededeling dat op hun diensten geen prijs wordt gesteld doorgaans maar slecht kunnen verwerken, vooral als deze boodschap zake-lijk en nuchter gebracht wordt. Meestal zijn therapeuten beter bestand tegen indirecte en subtiele aanwijzingen van de cliënt, waarbij de therapeut a.h.w. "spontaan" zelf kan ontdekken dat beëindiging van de behandeling

gewenst is. De bovenstaande opsomming kan daarom mede begrepen worden als een reeks verfijnde manoeuvres waarmee de cliënt zijn therapeut in de steek kan laten zonder hem te zeer te krenken.

Referenties:

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

Hart, O.van der (1975a) "Slechte tekenen": commentaar en aanvulling. TDT 3 (1), 30-40.

idem (1975b) De steeds verhinderde cliënt: commentaar en aanvulling. TDT 3 (3)

Hoogduin, C.A.L. (1975a) Weerstand, prognostische betekenis, utilisatietechnieken (I).  
TDT 3 (1), 52-55.

idem (1975b) Weerstand, prognostische betekenis, utilisatietechnieken (II)  
TDT 3 (2), 30-35.

Lange, A. (1975a) Reactie op "slechte tekenen": "goede tekenen". TDT 3 (1), 41-48.

idem (1975b) De cliënt met de niet-willende partner, een toevoeging. TDT 3 (2), 36-39.

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

Reaksie op Kees van der Velden : "Naar een simplistische psychotherapie" TDT jrg3 nr 1 en 2. - dick oudshoorn.

1. al denkend proberen we greep te krijgen op onze werkelijkheid.

1.1 wie hierin een behoorlijk nivo bereikt, mag het predikaat "filosoof" of "wetenschappelijk onderzoeker" of iets dergelijks voeren. Onze (westerse) filosofiese traditie is indrukwekkend genoeg, zowel in zijn oeroude maar altijd levendige beginselen, als in zijn verscheidenheid.

1.2 als het waar is (wat vaak wordt beweerd) dat alles al is bedacht, dan is het evident dat zeer veel daarvan in het vergeetboek is geraakt, eventueel nog eens en nog eens opnieuw is bedacht, om evenzovaak weer in vergetelheid te geraken wanneer het niet aanslaat.

1.2.1 de nieuwe gedachte van Darwin over het ontstaan der soorten was, dat er "toevallig" (bv door radioactieve straling) mutaties optreden en dat deze behouden blijven, wanneer er een verbetering voor (het individu en) de soort mee wordt bereikt. Wanneer zulks niet het geval is dan gaat de mutatie roemloos ten onder.

1.2.1.1. waarom sloeg deze nieuwe gedachte aan? wel om precies dezelfde reden, namelijk omdat er een verbetering mee was bereikt voor de "soort" (c.q. die wetenschappers die zich wilden bevrijden van de kerkelijke dogma's)

1.2.1.2 waarom zou een nieuwe gedachte meer in het algemeen aanslaan? ik heb daar natuurlijk weinig verstand van, maar ik vermoed dat het veel te maken heeft met factoren als: geestelijk en wetenschappelijk klimaat : heersende kennis en opvattingen, dogma's, tegenstellingen, voorts ook modetrends, de manier waarop de nieuwigheid gebracht wordt, public relations en tenslotte vele toevalligheden. Met name waar een nieuwe gedachte koren op de molen is van een strijdbare groep, is de kans van aanslaan groot.

1.3 hoe onkreukbaar een denker ook te werk gaat, toch is zijn denken gevormd door zulk een proces van -vaak subtiele- bekrachtigingen, dat er een matrix is ontstaan die nauwelijks nog voor verrassingen kan zorgen. Zelfs als iemand zich daar bewust en opzettelijk tegen wil afzetten dan nog blijft hij een gevangene van de hem bekende begrippen. Als hij overstapt naar een andere "soort" dan kan hij het ene begrippenstelsel uitwisselen tegen het andere, doch altijd maar gedeeltelijk.

2. we zitten gevangen in de denkkategorieën van lichaam en psyche; dat is nu eenmaal een van die oeroude beginselen van ons denken.

2.1 maar in elke nieuwe denktrant is het noodzakelijk deze twee categorieën nauwkeurig te omschrijven. dat ga ik nu niet doen, ik wil alleen stellen dat er een zó hechte relatie tussen soma en psyche gedacht moet worden, dat het vrijwel altijd zinloos is over het ene te praten zonder het andere er bij te betrekken. zo bezien is een begrip als "psychosomatische ziekte" redundant, pleonasties. ernstiger nog: misleidend! alsof er ook géhéél psychiese of géhéél lichamelijke ziekten bestaan zouden. als we "ziekte" als "lijden" opvatten, dan gaat het ene altijd met het andere gepaard.

2.1.1. ik voel wel voor het simplisme, maarniet voor het banaal-simplisme. ik zal dan ook niet beweren dat het allemaal over één kam geschoren moet worden. integendeel! ik breek een lans voor een vijfpuntsschaal, waarbij dan 1 en 5 hipoteties zijn. Kees van der Velden heeft de nummers 2,3 en 4 uitmuntend aangegeven. (zelfs de nummering komt overeen: zijn 1.1.1: is schizofrenie alleen maar psychies?; 1.1.2: bij zg funksionele klachten spelen fysiologische en biochemiese processen mee; 1.1.3: ziekten waarvan de ernst mede bepaald wordt door niet-somatische factoren; 1.1.4: "geheel" lichamelijke symptomen die een proces van pathologische kommunikatie in gang kunnen zetten, niet van "psychogene" te onderscheiden. alleen wil ik eraan toevoegen dat àlle zg lichamelijke symptomen een of ander proces van kommunikatie opleveren!)

2.2 Gewoontegetrouw onderscheiden we lichaam en geest; (en/of ziel)"we" dat zijn de meeste gewone stervelingen. Dat is voldoende reden voor een pragmatis ingesteld therapeut om erbij aan te sluiten. Een tweede gebruikelijk onderscheid is er tussen"ziekte"en"gezondheid". Juist dáárom wendt men zich tot ons! Ook dit vraagt om nadere precisering.

2.2.1 "ziekte" is een teoreties begrip, dat wil zeggen een veronderstelling die door onderzoek wel of niet gestaafd wordt; "ziektegevoel" is het subjektief beleven dat kan optreden bij"ziekte"(of niet) maar ook zónder"ziekte" ; "ziektegedrag" is het voor de omgeving waarneembare, dat wederom in aan- of afwezigheid van "ziekte" en/of "ziektegevoel" zich kan voordoen.

2.2.2 "gezondheid" is (WHO) meer dan de afwezigheid van ziekte, maar een toestand van lichamelijk,geestelijk en sociaal welbevinden. Je bent dus inderdaad niet "gezond" wanneer je je "ziek voelt".

2.2.3 de medicus-diagnosticus wordt geacht "ziekte" aan te tonen; de geneesheer dient naar een staat van gezondheid toe te werken. Zo ook in ons geval de direktieve therapeut.

2.2.4"ziek" associëren we met "slecht, ongewenst,nadelig, negatief" -- "gezond" met"goed, gewenst, gunstig, positief". maar ééNZelfde "geval" blijkt door verschillende mensen, ook deskundigen!, zeer uiteenlopend ingeschat te worden. waar halen we dan toch het lef vandaan met al onze -vaak krasse- diagnoses? ons eigen evidentiegevoel is dikwijls de faktor die de doorslag geeft (ook wel "kliniese blik" genoemd) wat toch een onbetrouwbare meter moet zijn!

3 ook een direktief terapeut dient m.i. stil te staan bij zijn uitgangspunten.

3.1 kees van der Velden heeft daar al een goed stuk werk aan verricht. als hij van "simplistische psychotherapie" spreekt is dat natuurlijk een voorlopige naam, maar geeft het wel de bedoeling aan van een opnieuw opbouwen van een elementair, consistent en eenvoudig toepasbaar konsept.

3.2 het zg medies model is voldoende bruikbaar, maar wel met de nodige korreksies en aanvullingen. daar heb ik onder 2. iets van aangeduid. ik kan resumeren:

- .1 bij elk lijden, bij alle klachten spelen zowel lichamelijke als psychiese factoren een rol, en béide dienen te worden ingeschat.
- .2 "ziekte, ziektegevoel, ziektegedrag" en een niet te bekrompen notie van "gezondheid" geven een meer gedifferentieerd beeld van een casus.
- .3 in een bepaald geval mogen we in plaats van "ziekte" ook "probleem", "ongunstige situatie", "ongewenst gedrag" en dergelijke invullen.

en dan kan ik nog aanvullen:

- .4 "ziekte etc" heeft altijd intrapersonlijke\* en interpersoonlijke aspecten - teoreties hebben ze gelijke rechten, maar prakties zijn er meestal redenen om aan een van beide de voorkeur te geven, zonder overigens persé de andere kant geheel buiten beschouwing te laten!

zoals u ziet heb ik zorgvuldig nagelaten enig onderscheid te maken tussen somatische en niet-somatische ziekten, bv een infeksieziekte en een fobie; bovengenoemde uitspraken gelden gelijkelijk voor beide voorbeelden, maar ze zullen vanzelfsprekend verschillend worden ingeschaald op de vijfpuntsschaal.

als we ooit een Handboek voor Direktieve Therapie (in zes en twintig delen) zouden schrijven, dan zou Kees van der Velden zijn stuk over symptomatic gedrag en dat over het pejoratieve denken er integraal in mogen plaatsen, wat mij betreft. en ook het aandeel over informatiegerichte therapie. Zijn theorie van de "overspanning" die kan persisteren als hij "aanslaat" en zodoende (lijkt de schrijver te impliceren) tot allerlei evt chroniese psychiatrische toestanden kan leiden moet menigeen zeer aanspreken! (ook hier lijkt me het verschil met zg somatische ziekten maar betrekkelijk)

( \* in ruime zin, dus ook het lichaam betreffende.)



ik denk niet alleen aan vakbroeders-psychotherapeuten enzo, maar ook bv aan huisartsen, internisten etc. dat is het grappige van Kees van der Velden's formuleringen, dat ze enerzijds gemakkelijk te vertalen zijn in gedragsterapeutiese begrippen en wat dies meer zij, maar anderzijds zeer nauw aansluiten bij het mediese referentiekader.

ik vrees haast dat ik een te vleiende kritiek zit te schrijven en dat ik lang niet scherp genoeg zit te slijpen, maar als ik nog een woord van kritiek mag hebben, dan vind ik het schema aan het slot wel een aardig knutselwerkje, maar bepaald geen bijdrag aan het simplisme!

n.b. het onderscheid "ziekte, -gevoel, -gedrag" heb ik ooit gelezen in "Arts en Sociale Verzekering"

Inleiding

Iedereen die psychotherapie bedrijft heeft weleens te maken met de problemen rond ziekmelding en werkhervatting, hetzij als een integrerend onderdeel van de klachten van de cliënt, hetzij als een "bijkomstig" probleem.

De rol die dit probleem speelt in het beloop van een behandeling is afhankelijk van een aantal factoren die enerzijds bij de therapeut liggen, anderzijds opgespoord moeten worden door een nauwkeurige taxatie van het belang van de problematiek rond het werken in de beleving van de cliënt.

Er zijn therapeuten die de aanpak van deze problemen min of meer zorgvuldig buiten hun behandelingsmethode trachten te houden. Naar onze mening is dit om twee redenen een uitgangspunt dat tot ernstige moeilijkheden kan leiden :

1. Indien de cliënt de gespreksstof niet levert, zorgt de controle-rend geneesheer, de bedrijfsarts of zelfs de leiding van het bedrijf wel voor een beïnvloeding van de therapie waardoor de therapeut gedwongen kan worden tot stellingname.
2. Indien in de taxatiefase van een therapie niet alle problemen ten minste aan de orde komen, kunnen ze storend werken tijdens de behandeling in strikte zin, òf omdat de cliënt in een later stadium van de behandeling de werkhervatting als een ten onrechte geïsoleerd probleem naar voren brengt, òf omdat hij het merkwaardig vindt dat bespreking van één van zijn problemen achterwege is gebleven.

De cliënten zijn wat betreft hun houding t.a.v. de rol van het werk in hun problemen in vier groepen te verdelen :

- I. A. Ik heb problemen (contactarmoede etc.) die mij het werk dat mij bevalt onmogelijk maken. Wanneer ik beter ben ga ik weer werken.
- B. Ik ben beter, maar t.a.v. mijn werk kan ik nog niet toepassen wat in andere leefsituaties wel lukt.

II. De moeilijkheden rond mijn werk maken mij een normaal functioneren onmogelijk.

Voor deze groep geeft Kraft (1972) een bruikbare indeling van Kahn weer betreffende ziekmakende factoren, gelegen in de werksituatie.

A. Rolconflicten

1. De superieur, opdrachtgever stelt te hoge eisen, geeft onredelijke kritiek e.d.
2. Conflicten tussen verschillende superieuren, die zich in de opdrachten naar de cliënt weerspiegelen (order-tegenorder).
3. Onzekerheid (reëel of niet) over de positie van de cliënt in zijn werkmilieu.
4. Problemen voortkomend uit de persoonlijkheidsstructuur van de cliënt (b.v. streber, gewetensbezwaren tegen het werk).

B. Taak-onzekerheid

Onduidelijke taakinstructie, onduidelijke structuur van het werk, onduidelijk resultaat etc.

C. Veranderende werkomstandigheden

Fusies, groeiend bedrijf, slecht gaand bedrijf.

III. Mijn werk is één van mijn problemen; het is niet geschikt voor mij maar als ik niet werk heb ik ook problemen.

IV. Ik kan wel, maar ik wil niet. Het bevalt mij zo wel en verwacht dat U geen verandering zult aanbrengen in mijn situatie.

Dat categorie IV moeilijk weer het werk hervat spreekt voor zich.

Voor de andere categorieën zijn wij optimistischer met betrekking tot de werkhervatting indien de werkhervatting ook van meet af aan betrokken wordt in de therapeutische strategie.

De structuur van deze strategie zal afhankelijk zijn van het gewicht van de problemen rond het werk.

Wanneer er belangrijke oorzakelijke momenten van de decompensatie juist in de werksituatie liggen, zal de aandacht in eerste instantie op de cliënt in zijn frustrerende werksituatie gericht dienen te zijn :

A. De werksituatie

inschakelen bedrijfsmaatschappelijk werk, bedrijfsarts, contact met superieuren, arbeidsbureau, afdeling bijzondere bemiddeling arbeidsbureau, vakbond, ondernemingsraad.

B. De cliënt

assertieve training, analyse van de werkproblemen, rollenspel waarbij hij afwisselend chef-zichzelf speelt etc.

## Casulistiek

66

In het navolgende bespreken wij 3 voorbeelden van gerichte werkhervattingsstrategie.

De eerste betreft de heer Ham : de cliënt stelde duidelijk "te willen werken maar het niet te kunnen". De verworven gratificaties ten gevolge van zijn "ziekzijn" werden thuis te groot, hij legde een steeds grotere druk op zijn gezin en bracht zijn vrouw tot wanhoop door het huishouden even te reorganiseren.

Het tijdstip voor een werkhervattingsstrategie leek aangebroken. De heer Ham is een 59-jarige man, die 40 jaar (met een onderbreking van 3 maanden) bij dezelfde baas heeft gewerkt. Hij is met zijn baas en bedrijf op- en meegegroeid. Voor zijn 40-jarig jubileum werd hem duidelijk dat zijn baas de onderbreking van 3 maanden (na 15 jaar dienstverband) als een werkelijke onderbreking liet gelden : zijn 40 jarig jubileum werd niet gevierd, hij zou voor een 25-jarig jubileum gehuldigd worden. De dag na dit jubileum stort hij in : - zijn baas deugt niet, in zijn gezin staat hij alleen, niemand houdt van hem -. Hij decompenseert met een "neurastheen depressief beeld" : moe, pijnen in benen en rug, vele huilbuien per dag, sterke insufficiënte belevenissen. Vijf maanden na zijn ziektemelding wordt hij door het arbeidsbureau naar ons verwezen. Na een viertal zittingen, waarin zijn huilbuien, als meest opvallend symptoom d.m.v. "prescribing the symptom" (een huilt-halfluur bij zijn veel intelligentere en dominerende vrouw) met succes zijn aangepakt, wordt de beslissing genomen hem door middel van een werkhervattingsstrategie in zijn werksituatie te laten terugkeren.

De heer Ham is een gewetensvol man, die zich inderdaad 40 jaar geheel voor zijn baas heeft ingezet : de door zijn baas betoonde dank vindt hij niet opwegen tegen zijn prestaties. Steeds komt hij in de gesprekken terug op de kwalijke eigenschappen van zijn baas en benadrukt hij zijn eigen inzet.

Cl.: Ja, want ik kan zelfs niet in dat gebouw trap voor trap naar beneden gaan, het moeten altijd twee treden tegelijk zijn, en een ander doet dat niet, die pakt iedere tree, één voor één, naar boven of naar beneden.

Th.: U bent ook nooit te laat ?

Cl.: Te laat op het werk ? Nooit geweest, nooit..

Mw.: Nee, maar ook nooit zo, dat-ie er al een kwartier voor de tijd zit hè.

Cl.: Altijd precies op tijd, nooit te laat.. Ja.. ik ben eens één keer te laat geweest, dat herinner ik me nog goed, toen werkten we in de verbouwing tot tien uur 's avonds over, dat was een jaar of tien geleden. En toen begonnen we weer 's ochtends om tien over half acht en toen kwam ik één minuut te laat. En toen stond hij beneden in de gang : Ham, je bent te laat ! De vorige avond hadden we tot tien uur overgewerkt.. Dat is de enige keer dat ik te laat gekomen ben..

In één gesprek werden de volgende strategieën aangewend, waarbij steeds werd uitgegaan van de actuele gesprekstof :

1. "De baas is een beest"

Deze stelling werd overgenomen en zorgvuldig aangedikt in de termen van de cliënt. Het effect was soms indrukwekkend.

Th.: Nee, het is een man die dat tegen iedereen zou zeggen, maar wat hij in het verleden getoond heeft.. het is gewoon een zakenman. Maar nu even los van Uw persoonlijke relatie.. een keiharde zakenman, en hij heeft U nodig..

Cl.: En hij heeft mij nodig..

Th.: En als U niet van Uw werk hield, dan zou ik het wel weten.. maar U houdt wel van Uw werk..

En :

Th.: Ja, en.. het is toch een man - hij heeft dan wel de leiding van een bedrijf - waar je in feite toch een heleboel negatieve dingen van zou kunnen zeggen. Ik ken hem niet hoor, maar zoals hij nu naar voren komt.. Hij maakt op mij toch wel een beetje de indruk van iemand die over lijken gaat. En wat ik nou zo merkwaardig vind is, dat Uw man zich eigenlijk nog steeds voor hem in wil zetten, want dat is toch zo hè. En dat begrijp ik niet. Zo'n man - het is wel niet zo heel netjes om te zeggen - maar zo'n man, die zou je eigenlijk eens heel goed moeten laten voelen wat hij een ander aandoet !

Mw.: Maar dat voelt hij niet. Nee, want hij heeft zelf nooit ergens moeite mee. Het is er ook eentje van alles maar weer gauw vergeten zijn.

En :

Th.: Waarom heeft hij U er nooit uitgezet eigenlijk ?

Cl.: Ja.. Wat zal ik daarop zeggen..?

Th.: Want als hij zo'n productieleider er met een half jaar salaris uit kan zetten, dan zou hij U met 2 of 3 maanden salaris er toch ook uit kunnen zetten ?

Cl.: Nee, dat zal hij nooit doen ook.

Th.: Waarom niet ? Gezien het beeld dat ik van die man heb, als-ie werkelijk zo is en hij heeft niet zo'n positieve dunk over U..

Cl.: Hij heeft niets tegen me..

Th.: Hij heeft niets tegen U ? Ja, dat zegt U nu wel, maar waarom heeft hij dan Uw jubileumactie en zo gesaboteerd ? Dat is toch niet omdat-ie zo..

Cl.: Als hij boven bij ons op de afdeling komt en we staan daar met 50 man, dan loopt hij iedereen voorbij en dan komt hij met mij een praatje maken. Dan loopt hij de chef en de bedrijfsleiders voorbij. En daarom heb ik weer tegen hem gezegd - beneden - : Meneer Crone, het is heel mooi en aardig van U dat U een

68  
praatje maakt, maar doe dat niet meer. Loopt U door, want ik kan de hooggaandste ruzies krijgen met de bedrijfsleiders en met de chefs en met de andere jongens. Dat moet ik hele weken aanhoren hè : "Ja, met 't baassie, lekker !" Ze zijn allemaal jaloers.

2. "Wat vindt U van de WAO ?"

Uitvoering werden de voordelen van een arbeidsvrij leven geschilderd. De invaliditeit werd als een recht aangeboden (Joelle, Hoogduin 1974).

Th.: Ja, 't is er één van de oude stempel. Maar ja, je hebt op het ogenblik niks met hem te maken, dus.. U zit in de ziektewet, U hebt toch Uw inkomen, dus U kunt het eens rustig bekijken wat er nu gebeurt.

Cl.: Ja maar, toch ben ik er dan ook niet..

Th.: Hoe bedoelt U dat ?

Cl.: Een dag is lang..

Th.: Ja, maar ja.. een beetje uitslapen, een wandelingetje maken, dat kom je toch wel door ? Als je 65 bent dan moet je.

Mw.: Ja, maar er zit een verschil in. Als je 65 bent dan weet je, je hebt de deur dicht gedaan. En hij zit als het ware te wachten van wanneer en wat moet ik nog gaan doen en wanneer ben ik weer beter hè. Er zit verschil in.

En :

Th.: Het is zo, dat als je 10 of 20 maanden in de ziektewet bent, dan krijg je afkeuring of zoiets en dan zou je helemaal nooit meer terug hoeven, dan zou je 80% krijgen en een ander baantje kunnen kiezen. Dat mag dan hè, dat mag je dan bijverdienen. Heeft U zover weleens gedacht ?

Mw.: Oh, mag je dan nog wat bijverdienen ?

Th.: Ja, je mag dan die 20% bijverdienen en dan nog iets zelfs..

Mw.: Ja, maar als je 59 bent kom je niet erg aan bod. 'k Heb een dochter van 24 die al niet meer aan bod kort.

Th.: De markt is wel erg slecht.. maar U heeft er weleens over nagedacht ?

Mw.: Ja, we hebben weleens zitten uitrekenen wat je dan overhoudt, dan zit je wel aan het minimumsalaris.

Th.: Maar je kunt er wel wat bijrommelen hè. Je hebt tijd om eens wat.. want U bent toch een vakman, of niet ?

3. De betekenis van het met "ziekte" thuis zijn voor de andere gezinsleden

Uitvoering werd de mogelijk positieve inbreng van cliënt voor de andere gezinsleden geschetst. In de praktijk bleken echter de gezinsleden een zo vlot mogelijke werkherleving als enige oplossing te zien voor de druk die de "overspannen" vader op het gezin legde. Dit kon echter moeilijk in het gezin aan de orde komen (vader was immers al overspannen).

4. "Werken is het beste voor U, maar bent U er al aan toe ?" 69

Th.: Jaaa, kijk, we kunnen er lang of kort over praten, het zou natuurlijk voor Uw man het beste zijn als hij zo snel mogelijk weer in zijn werksituatie terugkeerde. Dat is mijn overtuiging. Maar.. ja, U zit met het probleem van die baas en U komt weer in situaties dat.. Uw psychische stabiliteit..

Cl.: Nee, daar wil ik snipperdagen voor nemen.

Th.: Wát zegt U ?

Cl.: Daar wil ik snipperdagen voor nemen.

Th.: Waarvoor nemen ?

Cl.: Als ik in moeilijkheden kom.

En :

Th.: Als ik het nog eens samen mag vatten, zou het in Uw belang zijn zo snel mogelijk aan het werk te gaan. Maar er staan zoveel dingen tegenover dat ik het erg moeilijk vind om een advies te geven daarin en ik denk dat ik dat ook maar niet doe. Ik denk dat U daar zelf een beslissing in moet nemen. Als U een beslissing neemt, vind ik wel dat U met halve dagen moet beginnen. Dat is noodzaak. En als U een beslissing wilt nemen, zou ik adviseren daar niet te lang mee te wachten. Want hoe langer je uit je werk weg bent : de problemen worden niet kleiner, de zorgen worden groter.

Dus kom ik toch tot een advies : denk erover na, neem een beslissing en als je besluit om te gaan werken, ga dan halve dagen werken en voor een langere tijd. Dus niet 14 dagen, zoals iedere controlerend geneesheer zegt, maar laten we zeggen 1 tot 2 maanden halve dagen, zodat je je weer aan kunt passen aan je werk. En daarna, in overleg met mij, pas uitbreiden. Zo zou ik willen adviseren.

Aan het slot van de zitting werd opnieuw het huil-halfuur voorgeschreven en herhaald :

Th.: Het tweede is over Uw werksituatie. We maken de afspraak dat U de beslissing neemt of U wel of niet gaat werken en dat U daar niet te lang mee wacht.

Ik geloof dat U het zo moet stellen. Wanneer moet U weer bij de controlerend arts komen ?

Cl.: Donderdag over een week. En dan zeg ik tegen de dokter : ik ga halve dagen werken.

De partner laat zich deze kans niet ontgaan. Vaardig valt zij de therapeut bij :

Mw.: En dan moet je meteen zeggen : het moet een paar maanden lang, niet twee weken !

5. De uitbreiding van de werktijd

Nadat de cliënt een beperkte tijd van de dag de arbeid heeft hervat, zal de uitbreiding van de werktijd zorgvuldig dienen te geschieden. De therapeut spreekt bij de volgende zittingen, na geïnformeerd te hebben naar de werkhervatting, lichte verbaazing uit : "Natuurlijk is werkhervatting voor U het beste, maar dat U inderdaad weer aan de gang bent.." etc.

Hij maant de cliënt tot voorzichtigheid om vooral niet te snel weer teveel te willen. Tenslotte wordt hem de vraag gesteld hoeveel de werktijd uitgebreid zal worden. Wanneer deze vraag voorafgegaan is door een informeren naar het contact dat hij met de controlerend geneesheer had (100% werkhervatting is een vrij constant bod van deze dokter), meldt de cliënt, nog niet aan hele dagen toe te zijn. Dit wordt geaccepteerd en overgenomen : "daar bent U nog niet aan toe".

Vervolgens wordt gewacht tot cliënt weer met een uitbreiding komt. Opnieuw wordt tot voorzichtigheid gemaand om toch vooral niet te hard van stapel te lopen.

De heer Ham is te beschouwen als iemand uit categorie III, die tijdens de therapie in categorie II terecht kwam en toen verder moest.

Het tweede voorbeeld betreft de heer Slager. De heer Slager was lange tijd onder behandeling wegens een grote hoeveelheid klachten die samen te vatten waren onder de noemer hyperventilatiesyndroom. Toen deze somatische klachten verdwenen kwamen vele fobische verschijnselen naar voren : straatvrees, angst om de trap af te lopen etc., die bij pogingen tot behandeling telkens weer dreigden te verergeren tot de verschijnselen van het hyperventilatiesyndroom. In de bespreking van de werksituatie kwam naar voren dat de heer Slager zeer snel in de hiërarchie van de PTT was opgeklommen en moeite had met het feit dat zijn vroegere collega's de inhoud van hun loonzakje thans door hem bepaald zagen.

In overleg met de in alle opzichten meewerkende bedrijfsarts werd een werksituatie gecreëerd waarin dit voor de cliënt bedreigende aspect van het werken niet meer voorkwam.

Het enige dat toen nog stoorde was, dat cliënt op weg naar zijn werk af en toe overvallen werd door de gedachte dat hij bang zou kunnen worden. Wanneer deze gedachte hem overviel keerde hij onmiddellijk naar huis terug, sloot zich in het echtelijk slaapvertrek op en hield enige uren. De echtgenote werd hier zeer kribbig van, vooral omdat ze zich erg machteloos voelde.

Van de kant van de therapeut werd dit gebeuren geïnterpreteerd als "moeite met het laatste loodje" en er werd gezocht naar een manier waarop de voor huilen gebruikte tijd nuttiger besteed kon worden. Aangezien zowel de cliënt als zijn echtgenote en de enige dochter zeer precieze mensen waren, werd gekozen voor een ingewikkelde monitoring procedure. Op grote vellen werden het aantal meters, per dag afgelegd tussen de voordeur van de woning en het kantoor, geregistreerd en in grafiek uitgezet. Deze vellen werden in de echtelijke slaapkamer boven het bed bevestigd, samen met een parallelle grafiek waarop de echtgenote een globaal cijfer gaf voor de "vooruitgang". Eén en ander leidde uiteindelijk tot volledige werkhervatting.



Evenals de heer Ham is de heer Slager te beschouwen als iemand die uit categorie III in II terecht kwam.

71

Het laatste voorbeeld betreft de heer Bakker, eveneens illustratief voor de IIIe categorie : Het werkprobleem is inderdaad slechts één van de problemen, fungeert soms als topje van de ijsberg, doch is in wezen bijkomstig.

De heer Bakker, een 45-jarige gespierde vrachtwagenchauffeur, werd gezien op een neurochirurgische afdeling, waar hij een laatste poging wilde ondernemen om van een "chronisch pijnsyndroom" af te komen, waarvoor hij reeds gedurende 6 jaar door chirurgen, internisten, orthopaeden, neurologen en fysiotherapeuten behandeld werd. Hij had pijnen in de leverstreek, uitstralend naar het hart. Deze pijnen traden vooral op wanneer hij niet gebogen in een stoel kon zitten.

De bedoeling van de neurochirurgische opname was, een apparaat voor directe stimulering van de achterstrengen van het ruggemerg te implanteren ; een behandelingswijze die bij klinische pijn soms een uitstekend resultaat oplevert.

De heer Bakker reageerde op proefelectrodes echter uitsluitend met hoofdpijn en ook een verdere intensieve analyse leverde niets op, afgezien van het feit dat hij aanzienlijk opgewekter werd nadat alle analgetica gestaakt waren.

Onmiddellijk viel op, de volledige kaalhoofdigheid van de heer Bakker en diens overdreven vriendelijke onderdanigheid. Zeer direct werd gesteld dat de heer Bakker met zoveel gevoel voor humor reageerde op het vrijwel dagelijks weerkerende gegalm van "Hé Kojak !" van medepatiënten en bezoekende kinderen.

Aanvankelijk beaamde de heer Bakker dit, doch naarmate de therapeut enthousiaster werd, zakte het gevoel voor humor van de cliënt.

Uiteindelijk barstte hij tijdens een gesprek, waarin hem de beginnelen van ontspanningsoefeningen werden bijgebracht, los : hij kon iedereen wel doodslaan, zijn kaalheid maakte hem zo verlegen dat hij door middel van ingewikkelde uitvluchten zich onttrok aan veel sociale verplichtingen en zijn werk was hem te zwaar, al zag hij er nog zo sterk uit.

Het bleek dat zijn werk, met alle overuren, hem inderdaad te zwaar was, doch hij durfde er niet weg omdat zijn kaalheid daar tenminste weinig mensen meer opviel.

Voor werkhervatting was hij zeer gemotiveerd, het zou wel lichter werk moeten zijn en.. als hij maar niet uitgescholden werd. Hij zou er alles voor over hebben.

De heer Bakker bleek nooit het alternatief van een pruik overwogen te hebben. Toen deze oplossing hem gesuggereerd werd ging hij er enthousiast op in en liet een zeer dure toupet vervaardigen. Het werd hem wel verboden om naar ander werk te zoeken voor de pruik echt goed zat.

Recent bleek tijdens een telefoongesprek dat hij weer hele dagen werkte als opzichter bij een bloembollen-inpakbedrijf. De pruik zat goed. De pijn was er nog wel "maar je kan niet blijven klagen".

Een psychische decompensatie leidt frequent tot een ziekmelding. De gevolgen van zo'n ziekmelding (wegens overspanning) zijn niet te onderschatten. Ook voor degenen die jaren met plezier gewerkt hebben, in werken een zekere satisfactie vonden, kan de terugkeer naar de werkring grote problemen met zich meebrengen. De cliënten die al jaren een grote afkeer van hun werk hadden komen vanzelfsprekend zeer moeilijk weer aan de gang.

Wij hebben ons hier op de eerstgenoemde groep gericht, namelijk de cliënten die decompenseren en na herstel problemen hebben om weer aan de slag te gaan (de categorieën I.A, I.B, II en III). Ze willen graag werken, delen dat steeds mee, voelen zich minderwaardig, hebben weinig hobbies (of ze hadden veel hobbies maar sinds hun overspanning kunnen ze er zich niet meer met plezier in uitleven).

Of de therapeut zich al dan niet met de werkervatting bemoeit hangt vaak af van de instelling van de therapeut ten opzichte van het ingeschakeld zijn in het arbeidsproces.

Wij zijn van mening dat er een groep cliënten is, waarvoor het van groot belang is zich weer ingeschakeld te voelen bij het arbeidsproces en voor de buitenwereld weer mee te tellen (ik werk toch!).

Bij het afwegen van argumenten vóór en tegen werkhervatting is het van belang, te onderzoeken hoe de werksituatie was gedurende de periode voorafgaande aan de ziekmelding.

Het blijkt dikwijls, ook uit bovengenoemde gevallen, dat de toestand van "niet-werken" zelden door slechts één van de genoemde groepen van factoren bepaald wordt. Bovendien kunnen tijdens de therapie verschuivingen in het relatieve belang van deze factoren optreden. Het is daarom van zeer groot belang, reeds in de taxatiefase daarin enig inzicht te verkrijgen, teneinde soepel in te kunnen spelen op de zich wijzigende houding van de cliënt.

Onbekendheid met situaties waarvan de cliënt zó vervuld is dat hij automatisch aanneemt dat de therapeut ervan op de hoogte moet zijn, doet diens positie geen goed.

Tenslotte is van belang de relatie van de therapeut met de controle-rend geneesheer. Deze artsen hebben in de huidige tijd een zeer on-dankbare rol om allerlei "werkschuwe elementen" weer naar hun werk te drijven. Eventuele successen hebben vaak een zeer tijdelijk karakter.

Dat frustreert en doet nog weleens afbreuk aan de zorgvuldigheid waarmee de goedwillende, psychisch labiele, in de ziektewet lopende cliënt benaderd wordt.

Het blijkt namelijk dat aan de kant van de controlerend geneesheer alle begrip bestaat voor vrijwel iedere benadering die de psychotherapeut voorstaat, vermits deze tot gehele of gedeeltelijke werkhervatting van werk leidt. En de mogelijkheden zijn zeer uitgebreid : arbeidstherapie met doorbetaling van ziektegeld, halve dagen werken etc.

Wanneer de psychotherapeut, om welke reden dan ook, besluit tot een werkhervattingsstrategie, dan is het een ondergraven van de eigen therapie als de controlerend geneesheer over het hoofd wordt gezien.

Als voorbeeld van een fraaie mislukking noemen we :

De heer S. 42 jaar, sinds 15 jaar bij een baas werkzaam als olie-roverser op een pompstation. Hij verzuimde de laatste jaren tweemaal gedurende een periode van 10-11 maanden voor klachten als pijn in de benen, rug, anus en hoofd. De vele behandelende artsen (hij werd tweemaal enige maanden opgenomen) deelden hem tenslotte mee dat hij niets mankeerde. Onze strategie was : accepteren van de klachten, interpretatie : U lijdt aan psycho-fysiologische uitputting, rust is noodzakelijk. Hem werd een "verwenkuur" voorgeschreven (Van Dijck, 1973).

Na mobilisatie volgde een werkhervattingsstrategie als hierboven omschreven.

Op de dag dat cliënt 100% zou gaan werken kreeg hij een prostatitis met koorts van 39.8. Hij moest weer werk verzuimen, bleef koorts houden en werd op de interne afdeling opgenomen. De prostatitis verdween, doch de temperatuur bleef. Bij controle (verpleegster temperatuurde) bleek hij de termometer op te wrijven. Cliënt werd aansluitend in een PAAZ opgenomen.

De benadering zoals uitvoerig bij de heer Ham beschreven spreekt voor zich. De weerstand tegen baas en werk wordt benut. De credit voor het weer aan de gang komen wordt hem in uitgebreide zin gegund. In de praktijk blijken de cliënten uit categorie I ook in meer of minderen mate problemen in hun werksituatie te hebben. Ook voor hen is het goed, na de werkhervatting nog een goede analyse van de werkproblematiek te maken en hen middels leeropdrachten, rollenspel e.d. hun probleemoplossend vermogen in de werksituatie te vergroten.

De mislukking lijkt bij nadere bestudering toch een taxatiefout. De man was tweemaal eerder juist voor de WAO-keuring gaan werken. Ook bij deze behandeling duurde het 9 maanden voordat hij enige halve dagen ging werken.

74  
De werksituatie was voor deze steeds als heer gekleed gaande man toch niet acceptabel. In de verschillende gesprekken vertelde hij vaak over gemiste kansen. Ook de opmerking over een schoolvriend, die slechter kon leren dan hij en die nu bedrijfsleider was op een fabriek, kan in dit licht gezien worden.

Toen hij door de therapeut volledig klem was gezet en inderdaad weer volledig zou moeten werken, ging hij over tot evident bedrog.

Dijck, R. van : 1973, "Persoonlijke mededeling"

Joele, L. en Hoogduin, C.A.L. : 1974, "Behandeling van een man met een dwangneurose d.m.v. een conjoint therapie van het directieve type", TDT 2, 10, blz. 4-15

Kraft, Th.B. : 1972, "Overspanning", Bohn, Haarlem, blz. 44 e.v.

42

Wie een kuil graaft voor een ander ....., de epiloog van  
'Afleiding, posthypnotische suggesties en een dubbele fobie'

Alfred Lange

In de vorige aflevering van TDT beschreef ik Agaath, die bang was om alleen in het donker te zijn, waardoor zij slecht sliep en last had van lift- en vliegtuigfobieën.

De slaap- en bang-in-het-donker problemen waren met behulp van een direktieve Erikson-achtige aanpak snel verdwenen.

Het artikel eindigt met de beschrijving van een interventie die een doorbreking van de angstspiraal bij een op handen zijnde vliegreis tot gevolg had moeten hebben.

Enkele weken later - kort na de vliegreis - zagen Agaath en ik elkaar weer. Helaas bleek de interventie niet het bedoelde effect te hebben gehad. Zij had de reis wederom slechts bibberend doorstaan. Om mij niet helemaal in de kou te laten staan, vertelde zij - ongevraagd - dat er helemaal geen problemen meer waren met alleen thuis zijn 's nachts en het slapen. Aangezien wij de slaapproblemen van begin af aan de hoogste prioriteit hadden gegeven, gaf dat de burger wel enige moed. Voor liften was zij weliswaar bang - vooral voor de gedachte dat hij plotseling zou stoppen - maar ze ging er wel in. Voor vliegtuigen was zij nog banger, maar ook daar ging zij toch in. Bovendien hoefde zij nu ook weer niet zo vaak te vliegen. Slecht slapen en angst om alleen te zijn hadden echter bedreigd haar leven kapot te maken.

Pratend met Agaath probeerde ik wat mezelf betrof, tot een beslissing te komen omtrent mogelijke voortzettingen van de therapie. Systematische desensitizatie verwierp ik ook nu als zijnde te langdurig en te zwaar gezien de betrekkelijke lichte aard van de overgebleven klachten.

Uiteindelijk besloot ik nog één poging te wagen de overgebleven fobische verschijnselen op snelle wijze aan te pakken.

Ik maakte een afspraak met haar op het 'Lab'. Tot nog toe waren de zittingen bij mij thuis geweest. Ik zei haar dat ik dan misschien met haar de lift in zou gaan. Dit gaf meteen protesten in de trant van 'als je maar niet denkt dat je trucs met me kunt uithalen, dat wil ik niet'. Ik verzekerde haar dat ik alles wat er zou gebeuren eerst met haar zou bespreken.

Bij het maken van de afspraak had ik een floodingsprocedure op het oog. Op het moment dat zij - alleen met mij - in de lift zou zijn, zou deze van buitenaf tussen twee verdiepingen tot stilstand gebracht moeten worden. Tijdens ons oponthoud zou ik zo nodig haar angst versterken. De apotheose zou zijn dat zij op gegeven moment zelf m.b.v. de in de lift aanwezige telefoon de zaak weer op gang zou kunnen brengen.

In de week tussen de twee zittingen onderzocht ik met de technische afdeling van het Lab. de diverse mogelijkheden. Het bleek allemaal niet zo simpel. Vooral omdat het tijdstip niet exact van tevoren kon worden vastgelegd en omdat wij alleen in de lift moesten zijn.

Uiteindelijk werd er echter een oplossing gevonden, die door het hoofd van de 'interne gebouwendienst' werd goedgekeurd. Op D-day kwam Agaath keurig op tijd, daarmee bewijzend geen 'echte fobica' te zijn. Die zie je bij dit soort grappen niet verschijnen. Een nuttige tip van Onno opvolgend, ging ik eerst met haar in de kantine, twee verdiepingen lager, koffie drinken. Al keuvelend betraden we de lift, keuvelden voort en waren zonder het te merken op de 1e verdieping beland. Voorwaar, geen al te fobisch gedrag. Bij het drinken van de koffie complimenteerde ik haar met 'dit sukses'. Zij was er niet kapot van. In gewone situaties was zij immers niet bang; alleen als hij stil zou komen te staan. Ze was één keer in London in een stilstaande underground terecht gekomen en heel erg bang geweest.

Ik zei dat het mij ook geen pretje leek om in zoiets verzeild te raken, en dat een 'hangende' lift mij ook knap onaangenaam voorkwam. Zij vertelde echter dat het haar 'panies' zou maken en daarvoor was zij bang. Ik vroeg haar of zij daaraan wilde werken. Nou dat wilde zij wel.

Daarop legde ik haar mijn plan voor. Daar had zij helemaal geen oren naar: 'dat was toch niet nodig'. 'Ze zou gaan gillen; dat deed ze niet', etc. Ik stelde voor om eerst naar mijn kamer - via de lift - te gaan. Ondertussen kon ze er over nadenken. Daar zouden we dan verder praten.

In mijn kamer stribbelde ze nog wat tegen. Begon weer over het vroegere alleen zijn/slaap problemen: 'daar heb je een knopje bij omgedraaid, waardoor ik er nu geen last meer van heb. Kun je dat hierbij ook niet doen?'. Ik ging mee in haar taalgebruik en zei ons liftplan ook als het 'omdraaien van een heel belangrijke knop' te beschouwen. Ze zou er veel baat bij hebben. Uiteindelijk stemde ze toe, na mij nogmaals te hebben laten verzekeren geen andere dan de afgesproken 'geintjes' met de lift uit te halen.

Op het tijdstip 0 wandelden wij naar de lift, die voor ons op onze verdieping was vastgezet. Agaath ging zonder schroom mee naar binnen. Ik drukte op 7 en wij waren op weg. Volgens afspraak viel tussen de vijfde en zesde verdieping de stroom uit. Daar hingen we. Agaath was - ik had het kunnen weten - nauwelijks zenuwachtig: 'ach, ik weet dat het een foefje is en dat ie zo direkt weer gaat lopen'. Ik vroeg haar zich voor te stellen dat we hem zo direkt niet aan de praat zouden krijgen. 'Dan vind ik het niet meer leuk' zei Agaath. Ik vroeg haar zich hierop te konsentreren en we bleven doorpraten over de gevoelens van angst die ze nu kreeg. Na ongeveer 10 minuten stopte ik het gesprek. Haar angst was nauwelijks toegenomen en ze praatte nuchter over de verschillende facetten die er voor haar aan het 'hangen in de lift' zaten. Ik complimenteerde haar met haar verrichtingen en zij 'mocht' de technicus bellen, die de stroom weer zou inschakelen. Met een brede grijns belde zij op: 'laat hem maar weer lopen'.

Er gebeurde niets. Eén à twee minuten passeerden. Nu werd Agaath - ik ook - werkelijk onrustig: 'dat vind ik lullig', je zou geen geintjes uithalen'. Ik verzekerde haar dat dit geen geintje was, dat ik niet wist waarom de lift niet liep. Ik ried haar aan om nog eens te bellen. De technicus vertelde haar dat de lift 'een beetje haperde',

maar zo weer zou gaan lopen. Ik nam de telefoon van haar over.

De technicus zei niet te weten wat er aan de hand was. Hij zou zijn best doen. Hoe lang het zou duren was niet duidelijk.

Agaath was woedend: 'je begrijpt wel dat ik nou helemaal geen vertrouwen meer heb'. Hoe vaak ik ook - naar waarheid - zei, dit niet gepland te hebben, zij bleef het een rotstreek te vinden. Na ongeveer een kwartier werden wij door de technicus, die de deur openkrikte bevrijd. We 'klommen' eruit en namen zonder problemen (!) een andere lift naar beneden.

Op mijn kamer praatten we wat na. Ik complimenteerde haar uitvoerig met haar adekwate stenische gedrag. Het was zeer begrijpelijk dat ze kwaad op mij was geweest. Sporen van angst had ze echter nauwelijks vertoond. Haar woede begon te verdwijnen. Met een lachje zei ze:

'ja, ik heb het geloof ik niet slecht gedaan hè'. We praatten nog wat na, waarbij ik haar weer herinnerde aan het 'knopje'. 'Je hebt nu zelf een knop omgedraaid en je zult merken dat dat veel effect op je zal hebben. Voortaan zul jij niet meer bang zijn, zelfs als een lift, een trein of ander vervoermiddel het even laat afweten.'

Zij kon zich dat nu wel van zichzelf voorstellen. We spraken af elkaar een maand later weer te zien. We zouden dan bespreken in hoeverre het gebeurde in de praktijk zichtbare effecten had gehad. Daarna zouden we geen zittingen meer hebben. Mocht er een vliegreis op stapel komen te staan dan zou zij mij bellen. Ik suggereerde haar dat het niet onmogelijk was dat het gebeuren van vandaag ook daarop invloed zou uitoefenen.

Opgewekt en zelfverzekerd nam zij afscheid.



Naheschouwing

Er zijn een paar kanttekeningen bij deze therapie te maken.

1. De overgebleven fobische klachten waren niet zeer ernstig. Zij werd er in het dagelijks leven nauwelijks door gehinderd. Dit was de reden dat ik een langduriger, meer systematische aanpak niet zag zitten.
2. Met het stilzetten van de lift beoogde ik een symbolische nabootsing te krijgen van ook andere vormen van opgesloten worden, zoals in vliegtuig of metro. Natuurlijk zijn er wel reële verschillen. Ik ging er echter vanuit dat haar grootste probleem de 'angst voor de angst' was. D.w.z. zij was zo bang om in een gevaar-situatie met paniek te reageren dat zij al van tevoren - zonder gevaar - bang werd. Met het stoppen van de lift bracht ik haar in een potentiële gevaarsituatie, waarbij ik zou kunnen zorgen dat er wel angst maar geen paniek optrad.  
In eerste instantie was zij al weinig angstig. Van flooding was dus nauwelijks sprake. Het resultaat kon echter wel gebruikt worden voor krachtig positief labelen. Ik hoopte dat dat een verandering in Agaath's zelfbeeld tot gevolg zou hebben; dat zij zou ervaren dat zij zelfs in een hangende lift niet zonder meer in paniek zou raken. De angst voor de angst zou dan verdwijnen. Het ongeplande slot heeft dit alles op prachtige wijze versterkt. Er was nu geen sprake meer van een truc. Zij verkeerde werkelijk in de door haar meest gevreesde situatie. Haar agressie t.o.v. mij was echter een respons die strijdig was met angst, en bovendien sterker. Zij werd niet bang maar kwaad. De impact van deze 'life situatie' op haar zelfbeeld is groter geweest dan de getruce ooit had kunnen zijn.
3. Verdere theorie lijkt mij niet geïndiceerd. Wel ben ik benieuwd wat de volgende vliegtrip oplevert. Ik zal de lezers van TDT hiervan te zijner tijd op de hoogte stellen.