

*Extra Dik
Leesnummer*



Tijdschrift voor Directieve
Therapie
jrg.3 nr.4 december 1975

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

Inhoud

december 1975

Hoofdredacteur	Ten geleide	1
	Nare mededeling	9
Alfred Lange	De lege stoel, een oplossing voor therapeuten die niet aan hun cliënten willen trekken	10
Leen Joele	Uit het "ziekenhuis"	31
Dick Oudshoorn	Stotteren	36
Kees Hoogduin	Schrijfkramp	51
Onno van der Hart	Relaties en rituelen (I) Les Rites de Passage	61
	Hypnotherapie bij een studie- probleem	72
Kees van der Velden	Bladvulling	75

Omslag: De Hoofdredacteur & NV Magazijn De Bijenkorf

Oplage: nog steeds 7 exemplaren

Zijn deze zo betekenisvolle dagen, lezer, niet een goede aanleiding om enige afstand te nemen van de rumoerige actualiteit en het jachtige bestaan van alledag?

Is dit niet bij uitstek de tijd om wat langer te verwijlen bij datgene wat komen gaat, bij datgene wat ieder van ons, naar eigen geaardheid en levensovertuiging, zijn Bestemming heten wil?

Haasten wij ons derhalve naar het Rapport van de Cie K & K, een Cie die zich indringend heeft beziggehouden met de vraag: "Welke is de Plaats van dit Tijdschrift in de Wereld van Morgen?"

Blijkens haar Rapport heeft deze Cie niet alleen stilgestaan bij de meer abstracte of wijsgerige aspecten van dit probleem, neen, zij heeft tevens gebruikgemaakt van de kennis die wij middels empirisch onderzoek deelachtig kunnen worden.

Gelukkig maar!

Want een eerste exploratief stukje research naar de Kosten van het produceren van dit Tijdschrift in een oplage van \pm 100, met een gemiddelde omvang van 70 pagina's, uitgedrukt in de prijs per exemplaar, leverde het volgende op:

1. Offset Drukkerij Deltabach, Leiden

f 20,20 per exemplaar (afgehaald)
f 23,- per exemplaar (franco thuis)

2. Offset Sociale Werkplaats Dordrecht

f 19,20 per exemplaar (afgehaald)
f 22,- per exemplaar (franco thuis)

3. Offset Stichting geestelijke gezondheid Zuid-Holland

f 7,- per exemplaar (afgehaald)
f 9,80 per exemplaar (franco thuis)

Deze bedragen omvatten - wij citeren hier het Rapport - "wèl de kosten van papier, karton, typen, ordenen, nieten en bijsnijden, maar niet de kosten die verbonden zijn aan het bijhouden van de abonnementenadministratie noch die welke voortvloeien uit het regelmatig aftrek doen vinden der respectieve afleveringen (...)."

Na aldus een eerste oriëntatiepunt te hebben geformuleerd, vervolgde de Cie haar werkzaamheden met het doen uitvoeren van een enquête onder mogelijke toekomstige abonnees. Wij volgen het Rapport nu naar de letter.

"(...) De enquête werd gehouden onder een representatieve groep van 12 potentiële abonnees, die in meer of mindere mate bekend waren met het Tijdschrift en bij verschillende gelegenheden de wens naar voren hadden gebracht om bij uitbreiding abonnee te mogen worden. (...)

Samenstelling van de steekproef

De 12 geënquêteerden vertoonden voldoende differentiatie in opleidingsniveau om een indruk te krijgen van de wijze waarop uiteenlopende beroepsgroepen op de gestelde vragen reageren, terwijl anderzijds het zg. "lagere kader" voldoende ruim vertegenwoordigd was om te kunnen beoordelen in welke mate de ideële achtergrond van de uitbreidingsgedachte, nl. het brengen van Kennis waar nog Onwetendheid heerst, door de betreffende gedepriveerden wordt geapprecieerd. (Zie Tabel 1.)

Tabel 1 Beroep c.q. opleidingsniveau

2	arts-assistent
1	psycholoog
2	maatschappelijk werker
5	sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
1	stagiair maatschappelijk werk VO
1	stagiair spv

Ook de leeftijdsopbouw voldeed aan de eisen die daaraan gesteld mogen worden, te weten variatie en een accent op de groep tussen 20 en 40 jaar, die zich immers qua koopkracht en leergierigheid op een voor de exploitatie van het Tijdschrift gunstige wijze zou kunnen onderscheiden van andere leeftijdsgroepen. (Zie Tabel 2.)

Tabel 2 Leeftijdsopbouw

0 - 10 jaar	-
10 - 20 jaar	-
20 - 30 jaar	4
30 - 40 jaar	4
40 - 50 jaar	2
50 - 60 jaar	2

Voor wat betreft het milieu besloten wij niet alleen stellingen maar ook en vooral mensen met een meer provinciale achtergrond te enquêteren, dit in verband met de missionaire doelstelling van een meer uitgebreid TDT. (Zie Tabel 3.)

Tabel 3 Milieu

urbaan	3
urbaan-ruraal	3
ruraal	6

De zorgvuldig uitgekiende groep mensen waarvan de belangrijkste kenmerken hierboven werden opgesomd, kreeg vervolgens een enquêteformulier (zie bladzijde 4) plus een met opzet wat amicaal gestelde brief, die hieronder volgt.

29 november 1975

Beste lezer,

Er bestaat belangstelling voor het Tijdschrift voor directieve therapie. De mogelijkheden om het op wat grotere schaal te verspreiden worden onderzocht. Het lijkt van belang, na het verstrekken van enige voorlichting over het karakter van het Tijdschrift, bij een aantal potentiële abonnees middels een kleine enquête de financiële aspecten van een abonnement te onderzoeken. Hierbij is het zeer gewenst erachter te komen tot welke financiële offers de toekomstige abonnee bereid is.

Enige voorlichting over het Tijdschrift:

1. Er verschijnen 8 afleveringen per jaar.
2. De mogelijkheid om zelf bijdragen te publiceren is niet aanwezig.
3. Ingezonden stukken worden niet geplaatst.
4. De afleveringen verschijnen onregelmatig.
5. Het niveau van de inhoud is, helaas, zeer wisselend.
6. De "betere stukken" blijken opnieuw bewerkt te worden en verschijnen later keurig gedrukt in bekende landelijke tijdschriften.
7. Een evt. abonnement heeft een looptijd van een jaar en het abonnementsgeld zal vooraf voldaan moeten worden. Er is geen losse-nummerverkoop.
8. Het aantal pagina's bedraagt + 60, eenzijdig bedrukt met regelafstand 1,5. De kft bestaat uit bestempeld gebaksdozenkarton.

Resultaten

Door de 12 geënquêteerden werden 12 geldige formulieren ingevuld en ingeleverd.

De Enquête.

Reageren door het gewenste ^{antwoord}te omcirkelen.*

<p>1. Off-set druk: Fa Deltabach Leiden. (Links geniet, niet losbladig) - Kosten f 20,20 per nummer, af te halen in Leiden - Kosten f 23,00 per nummer, franko thuis</p>	<p>Ja Nee Ja Nee</p>
<p>2. Off-set druk: Sociale Werkplaats Dordrecht. (Van belang lijkt hierbij het ondersteunen van deze beschuttende werkvoorziening) - Kosten f 19,20 per nummer, af te halen in Dordrecht - Kosten f 22,00 per nummer, franko thuis</p>	<p>Ja Nee Ja Nee</p>
<p>3. Een fotokopie van het tijdschrift. (Ter inzage aanwezig in de buurt van de werksituatie) - Van de gewenste artikelen kunnen fotokopieën gemaakt worden op kosten van de werkgever - Fotokopieën maken op eigen rekening</p>	<p>Ja Nee Ja Nee</p>
<p>4. Off-set druk bij de Stichting G.G. (Ongewenste situatie; deze wijze van verspreiden is afhankelijk van het dienstverband van een der redacteuren van het tijdschrift met de Stichting G.G.) - Kosten f 7,00 per nummer, af te halen in Zoetermeer - Kosten f 9,80 per nummer, franko thuis</p>	<p>Ja Nee Ja Nee</p>
<p>5. Opmerkingen:</p>	

* Gelieve de enquête eerst geheel door te lezen, alvorens tot invullen over te gaan.

De resultaten laten zich als volgt omschrijven:

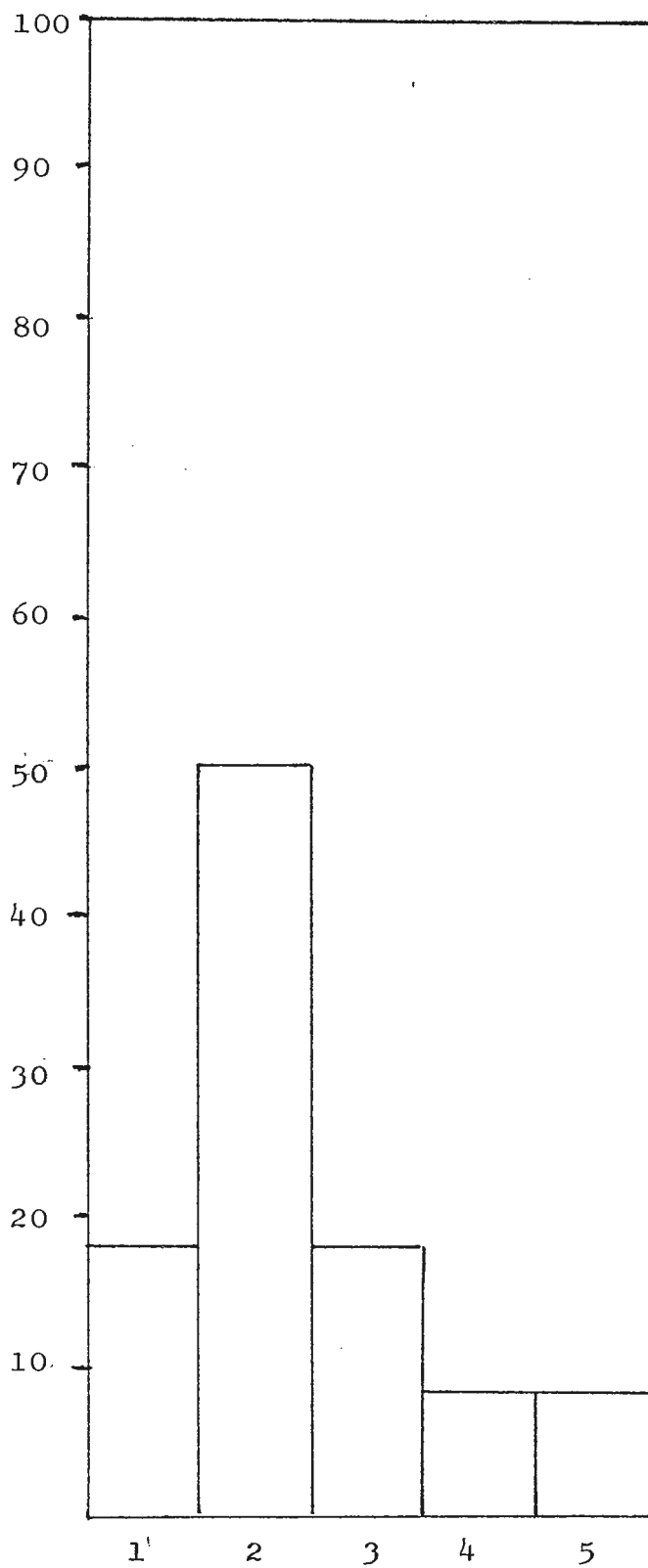
- 2 deelnemers (= $16 \frac{2}{3} \%$) hadden na lezing van de aangeboden informatie in het geheel geen belangstelling meer voor het Tijdschrift;
- 6 deelnemers (= 50%) wilden alleen fotokopieën van speciaal door hen verlangde artikelen op kosten van de werkgever;
- 2 deelnemers (= $16 \frac{2}{3} \%$) wilden eveneens fotokopieën en waren zelfs bereid deze uit eigen zak te betalen, vermoedelijk wanneer de werkgever zulks weigerde;
- 1 geënquêteerde (= $8 \frac{1}{3} \%$) wilde 8 maal per jaar het Tijdschrift franco thuis krijgen voor f 9,80 per nummer. Zou het Tijdschrift onverhoopt niet in een ruimere oplage verschijnen, dan bleek hij gaarne bereid zelf de kopieën van voor hem relevante artikelen te betalen;
- 1 enthousiaste geënquêteerde ($8 \frac{1}{3} \%$) was bereid om 8 maal per jaar naar Zoetermeer te reizen om het Tijdschrift aldaar af te halen, althans, wanneer hij niet voor eigen rekening fotokopieën kon maken;
- 1 deelnemer ($8 \frac{1}{3} \%$) plaatste in de rubriek Opmerkingen de uitroep "Enquêteformulier waardeloos!" Uit het feit dat anderen dergelijke tekenen van ontstemming achterwege lieten, kan worden afgeleid dat $91 \frac{2}{3} \%$ van de geënquêteerden zich met de opzet van dit onderzoek kon verenigen. Een overweldigende meerderheid dus.

Op bladzijde 6 worden in figuur 1 de belangrijkste resultaten in een grafiek samengevat.

Exploratie en interpretatie

Bij de bewerking van de enquêtegegevens werd ons (d.w.z. de Cie K & K, Hfdred.) al snel duidelijk dat de mensen die in het verleden op verlerlei wijzen aandrongen op verruiming van de oplage zodat ten slotte ook zij dit zo fel begeerde Blad in huis zouden kunnen krijgen, bij deze objectieve behoeftenpeiling aanzienlijk meer genuanceerd reageren.

Een mogelijke verklaring voor dit verschijnsel kan zijn dat zij op vragen naar belangstelling voor het Tijdschrift



- 1 = Geen belangstelling
- 2 = Alleen fotokopie op kosten van de baas
- 3 = Fotokopie op eigen kosten of op die van de baas
- 4 = Fotokopie of abonnement, nummers af te halen in Zoetermeer
- 5 = Fotokopie of abonnement à f 9,80 per nr.

Fig. 1 Grafische weergave der enquêteresultaten

vooral positief reageerden om de vragensteller - die vaak ook nog een "hogere positie" innam - niet voor het hoofd te hoeven stoten.

Het feit dat 50 % van de geënquêteerden voor rekening van de baas bereid is evt. van tijd tot tijd een fotokopie van een speciaal artikel te (laten) maken, kan o.i. ook maar het beste als de uiting van eenzelfde soort Hollandse hof-felijkheid gezien worden. (...) Een teken van warme belangstelling is het zeker niet.

Zonder meer positief moet onze houding zijn tegenover de 16 2/3 % van de geënquêteerden die bereid blijken hun waardering voor ons Blad ook geldelijk te willen uitdrukken. Van deze 16 2/3 % gaat de helft naar het abonnement van f 78,50 per jaar, terwijl de resterende 8 1/3 % bereid is om 8 maal per jaar, weer of geen weer, naar Zoetermeer te reizen teneinde een verse aflevering van dit Tijdschrift te bemachtigen. Wanneer we weten dat dit percentage woonachtig is in Dordrecht, en dat de afstand Dordrecht - Zoetermeer meer dan 50 km. bedraagt, welke afstand, met de auto afgelegd, toch al gauw (2 x 50 km. à f 0,30 per km.) f 30,- aan extra kosten per aflevering met zich meebrengt, wordt duidelijk dat de totale kosten voor dit percentage op niet minder dan f 37,- per nummer of f 296,- per jaargang komen! (...)

In onze representatieve steekproef bleek 16 2/3 % van de potentiële abonnees bereid een financieel offer te brengen. Indien we aannemen dat iedere redacteur 15 potentiële abonnees weet te interesseren, dan komt het totaal aantal kandidaten op 105. Van deze 105 mensen zullen, zoals is aangetoond, slechts 17 (= 16 2/3 %) personen bereid zijn zich op ons onvolprezen Prachtblad daadwerkelijk te abonneren.

Conclusie

(...) weinig gezonde basis (...) niet doen (...)

Cie K & K "

Ondanks ons respect voor haar gedegen onderzoek, lezer, meenden wij er goed aan te doen u de conclusies van de Cie niet integraal voor te leggen, vooral omdat deze

conclusies doorspekt zijn met beleidsoverwegingen, die toch bij uitstek behoren tot het terrein van hem die zich uw Hoofdredacteur weet.

Neen, het is werkelijk niet nodig de redacteurs tot in het diepst te vernederen (zoals de Cie in haar conclusies deed!), enkel en alleen omdat dezen wellicht een weinig realistische kijk op financiële en administratieve problemen demonstreerden, of om (wat de Cie ook niet na kon laten!) de kwaliteit van bepaalde stukken op een denigrerende manier in twijfel te trekken, omdat wellicht deze misschien wat mindere stukken er de oorzaak van zouden kunnen zijn dat er nu eenmaal weinig interesse in ons Tijdschrift bestaat.

Redacteurs, uw visie is een juiste geweest en uw artikelen waren uitmuntend!

Een ruimere oplage zou niet alleen in het voordeel van de lezers zijn geweest, hij zou ook en bovenal onze medemens-in-nood, de cliënt, tot een zegen hebben kunnen strekken. Nòg houden onze collega's zich zoet met TMW (f 2,50 per nummer), MGV (f 3,- per nummer) of het Tijdschrift voor psychiatrie (f 5,- per nummer).

Nòg is er geen massaal cliënten-protest, nòg zwijgt de Kamer.

Laat ons u mogen toewensen dat zulks het toekomstige jaar ánders, bétér worden mag!

De Hoofdredacteur

9

Nare mededeling

Redacteur R. Van Dijck, alom gewaardeerd vanwege zijn gestudeerde schrijftuur, doet ons verzoeken het volgende bericht te plaatsen.

Oegstgeest

26 december 1975

Mijnheer de Hoofdopsteller!

Vermits ongesteld - koude, welke gepaard gaat met warmtemaat 39.6 -, ben ik onbekwaam artikels te scheppen.

Vooraleer ik weder op mijn plooiën ben en met aaneenstoten kan herbeginnen zult Gij Uw magazijn aan de bestemmelingen willen doen toekomen.

Om dies wil schrikkel ik alsnu mijn besteek.

Met groetenis,

R. Van Dijck

Graag wensen wij onze zopas genaturaliseerde vriend vanaf deze plaats van harte beternis!

De Hoofdopsteller

De lege stoel, een oplossing voor therapeuten die niet aan hun cliënten willen trekken

Alfred Lange

Inleiding

In dit artikel wordt een judo-achtige therapie met Fiet en Jelle geschetst. Na beschrijving van de aanmelding en probleemgebieden wordt een overzicht gegeven van de toegepaste strategie en de meest opvallende interventies. Tegen het einde van de behandeling wordt een super-judo-interventie geïntroduceerd waarvan Fiet en Jelle, bij mijn weten, de eerste slachtoffers zijn geweest. In de nabeschouwing wordt bekeken in welk soort situaties deze nieuwe techniek op zijn plaats is en worden enkele vraagpunten t.a.v. de totale behandeling besproken.

Aanmelding van Jelle en Fiet

Jelle (ongeveer 35 jaar oud) was naar mij verwezen nadat hij twee zelfmoordpogingen had ondernomen en thuis de boel had kort en klein geslagen. Hierop volgende hulpverleningspogingen vanuit diverse instellingen waren op niets uitgelopen.

Fiet is ongeveer even oud als haar man. Zij hebben twee zoontjes, waar zij geen ernstige problemen mee hebben. Zowel Fiet als Jelle staan te boek als 'oorlogsslachtoffer' (onderduik, kindertehuizen, pleeggezinnen). Zij leven voor een belangrijk deel van uitkeringen van de WUV, die ook hun therapieën betaalt. Dat laatste zal, zoals we later zullen zien, invloed op de behandeling uitoefenen.

Jelle studeert sociologie. Zijn vroegere werk als grafisch tekenaar heeft hij opgegeven. Fiet zit op de kweekschool.

Ten tijde van ons eerste contact maakte Fiet reeds vijf jaar deel uit van een wekenlijks samenkomende groep onder leiding van een zenuwarts, bij wie zij ook in individuele behandeling was geweest. Bij wijze van experiment verbond ik - tegengesteld aan mijn gebruikelijke procedure - aan het aangaan van de relatietherapie niet onmiddellijk het stoppen met de andere behandeling. Ik had daarvoor verschillende redenen.

//

Ten eerste, vertelde Jelle dat hij in al die jaren nooit gemerkt had dat er in die therapie van Fiet iets gebeurde. Uit hetgeen Fiet daar zelf over meedeelde kon ik me dat wel voorstellen. Door- gaan zou dus niet zonder meer een bedreiging voor de gezamenlijke therapie hoeven te vormen. Temeer niet, omdat juist Fiet zeer ge- motiveerd was om op de door mij voorgestelde manier, waarvan zij via haar maatschappelijk werker al wat had gehoord, te werken. Ten tweede, had ik de indruk dat zowel Fiet als Jelle rekenden op een langdurig contact met mij; 'zij waren immers oorlogsslacht- offers en het soort problemen dat deze hebben los je niet zo snel op'. Als Fiet onder mijn druk haar groepstherapie zou verbreken, zou ik naar mijn eigen gevoel mijn manoeuvreerruimte m.b.t. het beëindigen van de behandeling verkleinen. Men kan dit opvatten als een extreem voorbeeld van de door Rose (1972) gepropageerde strate- gie om cliënten al in de beginfase voor te bereiden op het stoppen van de behandeling.

Wel stelde ik in het vooruitzicht dat wij na vier weken zouden be- kijken in hoeverre de groepstherapie een storende rol speelde. Zou dat mijns inziens ook maar enigermate het geval zijn, dan zou ik de voorwaarde om ermee te stoppen alsnog stellen. Dit bleek echter niet nodig te zijn.

De taxatiefase

In de eerste gesprekken kwam de periodiek terugkerende apathie en depressie van Jelle als hoofdprobleem naar voren. Dergelijke 'buien' variëerden in tijd van 1 dag tot 2 weken. Hij was dan luste- loos, had nergens zin in, hield op met studeren. Volgens Fiet nam hij het haar dan bovendien kwalijk als zij kontakten met derden had en 'leuke dingen' deed. Jelle ontkende dit maar gaf in tegenspraak daarmee wel aan, dat Fiet zijns inziens veel teveel op anderen ge- richt was.

Het patroon tussen hen beiden werd al spoedig duidelijk: Jelle was niet gewend expliciet aandacht voor zichzelf te vragen ('Jelle heeft niets nodig'). Als Fiet iets deed wat hij onprettig vond dan reageerde hij daar naar zijn zeggen niet op omdat hij dat onaange-

naam voor zichzelf vond, maar omdat het objektief fout, ongezond of schadelijk voor Fiet was. Over alles werden daardoor intellectuele debatten gevoerd, die hij - als slim en wiskundig analytisch denkend persoon - altijd glansrijk won. Fiet reageerde daarop door hem van veel dingen niet meer op de hoogte te brengen, hem enerzijds als patiënt met zorg te omringen doch anderzijds steeds meer kontakten buitenshuis te zoeken. Ook op dit laatste reageerde Jelle niet met duidelijke signalen; 'je kunt toch niet aan een ander vragen dat hij voor jou thuis blijft'. Zijn signalen bestonden uit de hierboven genoemde depressie-verschijnselen. Daarop reageerde Fiet met schuldgevoelens. Zij ging dan aan hem trekken:

"wat is er?"

"niks, ik weet niet wat ik wil"

"ja maar er moet toch iets zijn?"

"zal ik bij je blijven?"

"moet jij weten"

Ik laat het aan de lezer over om in te vullen, wie in bovenstaande wat zegt.

Het probleem van Jelle werd aldus Fiet's probleem. Door zelf een minimale inbreng te geven werd Jelle maximaal door Fiet met aandacht beloond.

De zelfmoordpogingen waren gebeurd na een periode dat Fiet dit patroon dreigde te doorbreken doordat zij zich zeer sterk begon te richten op enkele vrienden die Jelle 'helemaal niet zag zitten'. De pogingen waren duidelijk niet op succes gericht en kunnen dan ook opgevat worden als signalen die nog extremer waren dan voorheen, maar nog steeds onduidelijk.

Het patroon tussen Fiet en Jelle dreigde zich voort te zetten in de verhouding tussen therapeut enerzijds en het paar (in het bijzonder Jelle) anderzijds. Jelle was steeds bereid te laten weten dat zijn apathie afschuwelijk was. Hij begon dan verhandelingen over de zinledigheid des levens. De therapeut moest daarvoor een oplossing vinden. Het werd al gauw duidelijk dat op medewerking zijnerzijds wat betreft het uitvoeren van kleine leeropdrachten t.o.v. dit punt, niet gerekend hoefde te worden: 'als ik in zo een bui ben dan heb

ik nergens zin in'. Fiet dreigde hieraan mee te doen door in zo een geval zorgelijk de problemen van Jelle aan de therapeut te willen schetsen.

Het werd mij op grond van bovenstaande al in de eerste zittingen duidelijk dat ik bij Jelle en Fiet geen rationele probleem-oplossende strategie kon gebruiken, althans niet wat het hoofdprobleem betrof. Wel t.a.v. een aantal andere probleemgebieden die ik hierna zal bespreken. In de eerste zittingen was ik er dan ook niet op uit om huiswerk te geven. Ik liet hen veel praten; stimuleerde wat interactie tussen hen. Aan de ene kant complimenteerde ik hen met de goede manier waarop zij - vooral Fiet - de problemen onder woorden probeerden te brengen. Aan de andere kant legde ik er steeds de nadruk op, dat hun problemen zeer ernstig waren en dat ik niet wist of we tot verbetering zouden komen, t.a.v. het hierboven geschetste hoofdprobleem. Ik stelde hen daarom voor eerst eens wat dieper in te gaan op de andere probleemgebieden en daar eventueel aan te gaan werken.

Die andere probleemgebieden waren:

1. Angsten van Fiet;

Sinds de geboorte van hun jongste zoon (ruim 5 jaar geleden) had Fiet allerlei angsten. Ze was bijv. bang om uit te gaan (naar de bioscoop), bang om alleen op reis te gaan; bang om naar de school te gaan. Ze had lichamelijke angsten. Af en toe meende zij het aan haar hart of maag te hebben en raakte zij in paniek.

Aan deze fobieën was door verschillende therapeuten al op verschillende manieren gewerkt: van gedragstherapeutisch tot analytisch dynamisch. Volgens haar eigen zeggen was er ook een hoop verbeterd. Ze was nu ook nog wel eens bang voor al deze dingen, maar ze deed toch alles wat nodig was. Naar de bioscoop ging ze niet; maar dat was ook niet strikt noodzakelijk.

2. Sexuele problemen;

Beiden, maar vooral Fiet, vonden dat zij te weinig met elkaar naar bed gingen. Het was erg wisselend. In weken dat het toevallig erg goed met beiden ging, liep de frequentie op naar 2,3 keer. Meestal was het echter veel minder (1 maal per maand of minder). Fiet be-

klaagde zich daarbij dat het initiatief nooit van Jelle kwam. Als zij vrijden vonden zij het beiden over het algemeen wel bevredigend. Vanwege dit laatste en de samenhang van de sexuele problemen met de eerder beschreven problematiek kwam ik tot de konklusie dat hieraan niet op korte termijn expliciet gewerkt hoefde te worden. Als hun kontakt en kommunikatiekanalen verbeterden en evenwichtiger zouden worden, dan zou dit een afdoende uitwerking op hun sexuele verhouding hebben.

3. Geldproblemen;

Dankzij de hoge uitkeringen was er geen objektieve financiële nood. De problemen lagen meer in het subjektieve vlak. Zoals we boven zagen was Jelle iemand die 'nooit iets nodig had'. Hij kocht dus zelden iets voor zichzelf. Fiet was wat dat betreft het tegendeel. Zij vond het leuk om dingen te kopen. Volgens Jelle had zij de neiging om veel teveel geld uit te geven. Zij zou zich daarbij teveel laten leiden door jaloezie t.o.v. rijke vriendjes van hen. Het was nu zover, dat Fiet niet meer aan Jelle vertelde wat zij graag zou willen kopen, of wat zij gekocht had. Naar haar zeggen durfde ze dat niet, maar ze had daar wel de pest over in.

Hier lag nu een aardig probleemgebied dat een goede ingang gaf om in het begin van de therapie aan te werken, zonder aan Jelle te hoeven trekken. In het volgende deel van dit artikel kom ik daarop terug.

4. Vrienden en autonomie;

In bovenstaande zagen wij al dat Jelle vond dat Fiet zich teveel op de buitenwereld richtte. Hierin speelden duidelijke autonomieproblemen een rol. In hoeverre was Fiet gerechtigd om kontakten alleen aan te gaan? In woorden was Jelle daar positief over. De overige boodschappen hieromtrent waren echter negatief.

Los van de autonomie-kant, zat er ook een gezamenlijke kant aan de problemen met vrienden. Zij maakten deel uit van een vrij fors net-

werk van vrienden en kennissen, die bijv. samen met vakantie gingen. Beiden voelden zich daar lang niet altijd gelukkig in, maar durfden bepaalde kontakten toch ook niet te verbreken. Ook dit leek mij een probleemgebied dat geschikt was om in het begin van de behandeling aan te pakken.

5. Geen ruzies;

Een algemeen probleemgebied dat uiteraard te maken had met de hoofdproblemen was mijns inziens dat zij zo weinig ruzie maakten. Fiet durfde zelden kritiek op Jelle te uiten. Hij zou dan immers weer in een depressie kunnen schieten. Zij was dus nooit boos, maar voelde 'spanning'. Ook zij kwam zelden en slecht voor zichzelf op. Van Jelle zagen we al dat hij zijn irritaties bij voorkeur uitte door apatisch gedrag, met een 'silent-treatment' functie. Dit patroon versterkte de mythe dat Jelle iemand was die 'niets kon hebben' en die zelf geen problemen zou kunnen oplossen.

De behandeling

De eerste paar zittingen (bij de tweede waren de kinderen aanwezig geweest) hadden een voornamelijk taxerende functie gehad. Toch waren er op de diverse probleemgebieden al wat subtiele interventies, vooral in de vorm van heretiketteren en de judo-achtige houding die ik t.a.v. het hoofdprobleem probeerde aan te nemen. Heretiketteren trad bijv. op t.a.v. Fiet, die mededeelde: 'en dan kan ik dat niet aan Jelle vertellen'.

Met veel klem benadrukte ik dan dat dit betekende: 'en dan wil ik dat niet aan Jelle vertellen' of 'dan vind ik dat lastig of vervelend om te vertellen'.

In de gesprekken werd het 'niet kunnen' dan ook niet meer getolereerd. Uiteraard waren dit soort interventies ook voor Jelle bedoeld. Dat 'judo' nodig was, bewezen de eerste positieve duidingen die ik had gegeven. Als ik in het begin me ergens t.a.v. Jelle liet ontvallen dat ik me t.o.v. een bepaald soort gedrag wel kon voorstellen dat hij er last van had, maar anderzijds het ook wel begrijpelijk

gedrag vond en dus niet op veel stoornis wijzend, dan leverde Jelle haarscherpe bewijzen en analyses om aan te tonen dat ik fout en hij goed gek was. Dit was ook wat er tussen hem en Fiet steeds gebeurde. Fiet probeerde steeds te bewijzen dat hun samenzijn toch positieve kanten had en de moeite waard was. Jelle kon dan argumenten bedenken waarom dat niet het geval was. Ik stemde mijn taktiek en strategie drastisch hierop af. In plaats van positieve interpretaties te geven maakte ik de symptomen nog zwarter. Zijn debatteer- en kontramine neigingen brachten hem er nu toe om voor zichzelf positieve argumenten aan te gaan dragen.

Wat deze aanpak betrof meende ik ook model voor Fiet te moeten staan. Zij zou dit immers moeten gaan overnemen. Zij zou moeten leren om sterker voor zichzelf op te komen; om niet voortdurend de last van het huwelijk op haar nek te nemen; om geen aandacht aan Jelle te geven wanneer hij op symptomatische, onduidelijke wijze signalen gaf; om wel aandacht te geven als hij daar expliciet om vroeg of zich op andere wijze konstruktief gedroeg. Zij zou kortom een combinatie van judo, extinctie- en selektieve reinforcement technieken (vgl. Lieberman, 1972) moeten leren. Dit was de rode draad die door de behandeling liep.

Hieronder volgt een overzicht van, deels direkt hierop gerichte interventies en interventies die via omwegen en andere probleemgebieden in deze behandeling van belang waren.

1. In de derde zitting worden de eerste gerichte huiswerkopdrachten gegeven. Voor Fiet heeft het betrekking op haar angst om dingen te kopen of aan Jelle te vertellen wat ze gekocht heeft. Zij moet ieder moment, dat zij iets zou willen kopen maar het niet koopt, turven (met steekwoord). 's Avonds moet zij dit aan Jelle vertellen op 'ABA' wijze (vgl. Lange & Van der Hart, 1975, par. 5.10.4). De bedoeling is om de mythe van 'Fiet koopt alles en Jelle kan er niet tegen' te doorbreken. Zij zullen meningsverschillen hebben over wat wel en niet gekocht dient te worden en dat mag best konflikten opleveren. Daar kan dan weer konstruktief mee omgegaan worden.

Jelle krijgt ook een 'monitoringsopdracht'. Hij had als probleem geuit dat 'positieve gedachten' van hem 'altijd' door Fiet overgenomen werden. Door haar enthousiasme pakte zij ze a.h.w. af. Daarom ver-

telde hij een hoop niet. Bij het inbrengen van dit probleem zocht hij meteen naar verklaringen, o.a. bij zichzelf. Ik wees hem erop dat het juist belangrijk was het probleem te isoleren. Dit was iets wat hij van Fiet wilde. Om er meer zicht op te krijgen zou hij ieder moment gaan noteren dat hij iets had willen zeggen maar het niet deed omdat Fiet er dan misschien mee aan de haal zou gaan. Dit zou ook op 'ABA'-wijze besproken worden.

De bedoeling was tweeledig. Ten eerste, wilde ik er zicht op krijgen, of en hoe vaak dit gebeurde. Ten tweede, hoopte ik dat Jelle door de opdracht de dingen juist wel zou gaan zeggen.

Beide opdrachten zijn meerdere weken met succes gehandhaafd. Verschil in koopgedrag kwam op tafel en werd minder zwaar en volwassen behandeld. Fiet's soms verstikkend enthousiasme werd duidelijker en Jelle liet het via deze omweg minder snel afweten.

2. Het vrienden- en autonomieprobleem werd aangepakt door beiden apart een soort sociogram te laten maken, waarin hun relatieve affiniteit t.a.v. de diverse vrienden tot uiting kwam. Dit gebeurde in de vijfde zitting. Vervolgens bespraken zij (thuis) met behulp van hun beider sociogram met welke vrienden zij in principe gezamenlijk zouden blijven omgaan; met welke Fiet alleen; met welke Jelle alleen en welke zij helemaal zouden afvoeren. Hoewel de vriendschapsproblemen hiermee niet voorgoed de wereld uit waren, leverde dit veel duidelijkheid en voorlopige afspraken op. Bovendien ervoeren zij dat zijzelf actief konden ingrijpen in hun eigen leven, i.t.t. de passieve hulpeloze houding van weleer.

3. Al in het begin van de behandeling (na de vierde zitting) werd een praatkwartiertje ingevoerd. Dit was een tegemoetkoming aan Fiet's wens tot meer communicatie. Jelle wilde dat ook wel, maar hij had naar eigen zeggen niets mee te delen. Nu werd er een vaste tijd afgesproken, waarop zij elkaar kort verslag zouden doen van wat zij die dag ieder beleefd (in de ruimst mogelijke zin van het woord) hadden. Jelle verklaarde zich hiermee akkoord. Hoewel hij bang was niets te vertellen te hebben bleek hij uitgebreid gebruik te maken van het afgesproken kwartier. Beiden waren er zeer gelukkig mee. Na enkele zittingen werd het van de huiswerklijst afgevoerd. Het gebeurde nu spontaan.

Op latere tijdstippen in de therapie kwam het voor dat zij er zelf op terug kwamen en het weer als zelf toegediend huiswerk opvoerden.

4. De fobieën van Fiet kwamen tweemaal aan bod, nadat zij weer 'angstaanvallen' had gehad. Zo durfde zij opeens niet naar school en met de kinderen te gaan zwemmen. Dit kwam op een tijdstip dat zij van plan was te stoppen met de groepstherapie. Naar haar eigen zeggen hadden de angsten daarmee te maken. Hoewel de groepstherapeut het haar inderdaad niet gemakkelijk maakte - hij verkondigde steeds de mening dat zij nog niet klaar was - en weigerde de afsluiting op expliciete wijze met haar te regelen, is het niet zeker dat dit de oorzaak van het heroptreden van haar fobieën was. Mogelijk is het wel.

Aangezien zij in het verleden reeds op vele manieren aan haar angsten had gewerkt wilde ik er niet te snel diep in duiken. Gelukkig bleek een simpele paradoxale benadering afdoende. Ik vroeg haar (dit speelde de eerste keer in de achtste zitting) om de komende week volledig toe te geven aan haar angsten: nergens heen te gaan waar zij bang voor was, maar wel op die momenten exact op te schrijven wat zij precies voelde. Deze aanpak werd tweemaal toegepast. Beide malen had het een verdwijnen van de angsten tot gevolg. De verklaring, die ik hiervoor bij het verstrekken van de opdracht aan Fiet had gegeven is als volgt: Fiet had af en toe beelden van situaties waarin zij vroeger angstaanvallen had gehad. Dan werd zij bang dat zo iets haar weer zou gebeuren. Deze 'angst voor de angst' was het centrale punt in de paradoxale benadering. Door de opdracht was het niet meer erg om af en toe bang te zijn; ze moest het alleen wel goed registreren.

5. Het begin van een 'rechtstreekse aanval' op Jelle's apatische buien werd in zitting 6 gedaan. Zij kwamen vrij opgewekt binnen, maar deelden mee dat Jelle het grootste deel van de week 'vervelend' was geweest. Dit woord was de afgesproken vervanging voor de door mij uit hun vocabulair geschrapte term 'depressief'. Fiet rapporteerde een poging harerzijds om met Jelle erover te praten, maar dat was op niets uitgelopen. Ik liet hen een gedragsherhaling

doen. Jelle protesteerde. Hij had nu immers geen vervelende bui. Ik vroeg hem om zich niettemin zo goed mogelijk op dat vervelende gevoel te concentreren, en het desnoods overdreven na te spelen. Jelle probeerde het dapper, maar kreeg al gauw behoorlijk de schurft aan zichzelf waarop de gedragsherhaling werd gestaakt.

6. In aansluiting op de gedragsherhaling werd de volgende opdracht gegeven: Jelle zou zich de komende week volledig overgeven aan zijn lusteloosheid en vervelende buien. Hij zou niets doen om zich ertegen te verzetten, maar zou wel iedere dag dat het voorkwam minstens een uur aan de eettafel gaan zitten en precies opschrijven wat hij dat uur voelde.

Deze opdracht beoogde de start te zijn van een doorbreking van het vroegere patroon, waarin Jelle's apathie hem alleen voordeel opleverde. Fiet mocht die week niet proberen hem eruit te helpen (het levert dus geen aandacht op), bovendien moest hij een vervelende klus (aan tafel en opschrijven) uitvoeren.

7. De eerste weken was het onder 6 beschrevene een groot succes. Jelle vertoonde nagenoeg geen depressieve buien. Nadat de opdracht enkele weken later als specifieke opdracht was afgevoerd kwamen de buien, zij het minder langdurig en in minder grote frequentie, echter terug.

De extinctieprocedure (vgl. Liberman, 1972) die ik voorstond diende nu verder door Fiet uitgevoerd te worden. Het volgende werd afgesproken.

Als Fiet de indruk had dat Jelle zich 'rot' voelde mocht zij hem één keer vragen of het iets met haar te maken had. Als dat zo was en Jelle wilde erover praten dan zou dat gebeuren. Als het niet zo was mocht zij hem daarna één keer vragen of hij er toch met haar over wilde praten, of hij wilde dat zij hem probeerde te helpen. Als Jelle daar bevestigend op reageerde zou er gepraat worden. Zo nee, dan zou zij er in het geheel niet op terug komen, er niet op reageren en gewoon haar eigen gang gaan. Fiet moest dus gaan leren niet aan Jelle te 'trekken', waardoor Jelle de voor hem nodige aandacht moest gaan verdienen door duidelijke signalen af te geven.

8. Dit werd een aantal weken op deze wijze doorgevoerd. Op de zittingen werd de strategie besproken en ook konsekwent door de therapeut toegepast. Zo kwamen zij één keer binnen met landerige gezichten. Jelle was al de hele dag 'vervelend' geweest. Wat hij wilde 'kon' hij niet zeggen. Ik maakte er geen woorden over vuil en begon een geanimeerd gesprek met Fiet, waarin allerlei kleine probleempjes van haar centraal stonden. Tegen het einde van het uur werd het Jelle te machtig, en kwam hij voor de dag met datgene wat hem dwars zat: een irritatie t.o.v. iets dat Fiet met vrienden van hun had gedaan.

Enkele zittingen later was er weer een gelijksoortige entree. De week was goed geweest maar Jelle had nu een pestbui. Wat er aan de hand was wist hij niet; wat hij wilde ook niet. Ik gaf hem gelegenheid om erover na te denken. Hij 'wist niet waaraan hij wilde werken'. Fiet wilde hem helpen. Ik verbood het, in overeenstemming met de strategie. Na enkele minuten van zwijgen beëindigde ik de zitting. Als uitleg gaf ik aan, dat het werkpunt bij Jelle lag, maar dat hij er wel zelf mee moest komen. Als hij dat niet deed had de zitting ook niet zoveel zin. Als hij een komende keer ook in zo een stemming was en het gevoel had niet te 'kunnen' aangeven wat hij eigenlijk wilde, dan zou hij (niet Fiet) afbellen. Dat is nooit nodig gebleken. Alle andere zittingen was Jelle er op beducht dat hij het, bij mij althans, wel zelf 'moest maken'.

9. De uitdovingsstrategie die ik aan Fiet had voorgeschreven werkte wel (de buien werden korter) maar kostte Fiet veel moeite. Zij had veel schuldgevoelens als zij Jelle met zijn zieligheid alleen liet. Mijn grootste probleem werd op een gegeven moment om Fiet ertoe te krijgen dit voor haar tegennatuurlijk en onsympathieke gedrag te blijven uitvoeren. Als hulp introduceerde ik in de 12de zitting de door Meichenbaum (1974) gepropageerde methode van zelfverbalisaties met behulp van kaartjes. Als Jelle onduidelijke (niet expliciete) signalen voor aandacht gaf mocht zij één keer vragen of zij hem kon helpen, aandacht geven etc. (vgl. punt 7). Als hij dat afwees zou zij een kaartje pakken van een stapeltje dat zij in haar handtas zou hebben. Daarop zou zij dan iets schrijven in de trant van 'als Jelle niet zegt dat hij iets van me wil, hoef ik me

ook niet schuldig te voelen'. Na het opgeschreven te hebben zou zij het nog eenmaal hardop overlezen.

Deze procedure werd gedurende de rest van de behandeling doorgevoerd. Fiet bleef het moeilijk vinden, maar de kaartjes hielpen haar wel om de strategie uit te voeren.

10. De strategie begon succes op te leveren. De buien werden steeds korter en kwamen minder vaak voor. Zij begonnen steeds beter met elkaar te communiceren; vertelden elkaar meer; irritaties werden gemakkelijker geuit. Zo, liet Jelle tijdens zitting 14 weten dat hij Fiet vaak niet kameraadschappelijk vond. Hij probeerde uit te leggen wat hij daaronder verstond. Dat lukte niet zo best. Ik labelde zijn poging echter zeer positief. Vroeger zou hij alleen 'vervelend' zijn geworden, nu trachtte hij Fiet deelgenoot te maken van wat hij moeilijk van haar vond. Vervolgens sprak ik met hem af dat hij de komende week als model zou staan voor kameraadschappelijkheid, zodat Fiet zou merken wat dat was. Ik koos hiervoor i.p.v. monitoring omdat het een mooie gelegenheid was Jelle op te peppen tot een zelf gekozen positieve bijdrage aan hun interactiepotentiëel. De week daarop kwamen zij opgewekt binnen. Fiet vertelde dat Jelle de hele week ontzettend aardig was geweest en legde uit dat zij goed begrepen had wat hij bedoelde met kameraadschappelijkheid. Jelle vertelde dat hij niet anders was geweest als anders. Ik signaleerde, zoals al eerder was gebeurd, dat Jelle moeilijk complimenten in ontvangst nam; dat hij dan verlegen werd en zijn eigen prestaties minimaliseerde. Jelle herkende dit bij zichzelf en relateerde het aan zijn jeugd, waarover toen verder gepraat werd.

11. Na zitting 14 begonnen we te 'minderen'. Van één keer per week naar één keer in de twee weken. Dit leverde vooral protesten op van Fiet, die bang was voor de op handen zijnde afsluiting. Zij had vanuit de andere therapieën een totaal ander tijdsperspectief. Zoals ik al had verwacht kwamen er hierdoor weer wat problemen opduiken. Zo kreeg Fiet weer angstaanvallen. Tijdens een vergadering was zij opeens zeer gespannen geraakt en kreeg erge pijn in haar linkerarm.

Ze had de grootste moeite om te blijven zitten en niet naar buiten te lopen. Aangezien zij mede hiervoor nog in de groepstherapie participeerde, wilde ik er aanvankelijk vanaf zien hieraan nogmaals gericht te werken. Ik besloot echter toch één poging te wagen, met behulp van een gestalt techniek .

Ik vroeg haar om zich te concentreren op die vergadering, op de angst en de pijn in haar arm. Toen dat gebeurde vroeg ik haar om tegen haar arm te zeggen wat zij ervan vond dat dit gebeurde. Er ontstond een dramatisch gesprek tussen Fiet en een aantal lichaamsdelen. Eerst schold zij haar arm uit. Deze reageerde door op te houden pijn te doen. Toen kreeg zij pijn in haar maag. Die kreeg ook op zijn donder, maar gaf ook weerwerk. Via haar hoofd ging het gesprek over in een dialoog tussen Fiet en haar hele lichaam. Het thema was, dat zij het haar lichaam kwalijk nam, dat die er tussen uit zou kunnen knijpen. Huilend kwam naar voren dat zij erg bang was voor de dood. Met een kort nagesprek hierover werd de zitting afgebroken.

De volgende zitting (2 weken later) bleek het niet nodig aan de (doods)angst verder te werken. Fiet was hierover een stuk rustiger geworden en zou er indien nodig over praten in de groepstherapie en met een haar vertrouwde docent van haar school. Gezien mijn angst dat zij met behulp van nieuwe klachten zouden proberen om de therapieduur te verlengen, stemde ik hier graag mee in.

12. De laatste vier zittingen werden aan diverse thema's besteed. Zo kwam er nog een irritatie van Fiet t.a.v. onverschilligheid van Jelle aan bod. In tegenstelling tot vroeger werd ze daar nu boos over, in plaats van 'gespannen'. Jelle wist niet wat ze bedoelde. Hij stemde er echter mee in dat Fiet hem zou gaan 'monitoren' op dit punt. Iedere keer als ze vond dat hij t.o.v. iets van haar typisch onverschillig deed, zou zij haar hand opsteken. Jelle zou dan proberen niet onverschillig te zijn. Per slot van rekening was dat ook iets wat niet bij kameraadschap hoort (vgl. punt 10). Monitoring in de vorm van een afgesproken signaal werd ook toegepast bij voor Jelle irritatie opwekkend dominant gedrag van Fiet, dat zich vooral afspeelde als er vrienden waren. Beide monitoringsopdrachten brachten aan het licht dat het met deze irritaties wel meeviel of dat door de mogelijkheid om signalen te geven en het er mee bezig zijn, al verandering tot stand kwam.

Monitoring werd op het laatst ook gebruikt t.a.v. Jelle's gewoonte om 'je' te zeggen in plaats van 'ik'. Zijn vermijden van het woord 'ik' vond ik symbolisch voor zijn neiging tot abstracte discussies en niet op directe wijze voor zichzelf opkomen. Door de onmiddellijke feedback en de signalen thuis nam het snel af. In de laatste zittingen gebeurde het een paar keer dat hij iets zei als 'je doet dan dit of dat ...', en zichzelf dan snel verbeterde in: 'ik doe dan dit of dat ...'.

13. In de 17de zitting vroeg Jelle of ik hem wat studie-adviezen kon geven. Hij dwaalde zo vaak af; vond het moeilijk zich lang te concentreren. Wij namen daarop zijn programma voor de komende weken door. Spraken af dat hij voortaan meer in de bibliotheek en minder thuis zou werken; dat hij kortere perioden achter elkaar zou studeren. Na een uur studeren zou hij naar de kantine gaan om een kwartier koffie te drinken, krant te lezen of een praatje te maken. Bovendien zou hij zich een weckring aanschaffen. Iedere keer als hij afdwaalde moest hij daar hard aan trekken. Twee weken later bleek dat hij het hele programma naar eigen tevredenheid had geïnstitutionaliseerd.

14. Tegen het einde van de behandeling kwamen ook nog enkele opvoedkundige problemen naar voren. Ik wilde daarop niet uitgebreid ingaan. Teneinde hen de mogelijkheid te geven zich gezamenlijk te bezinnen op adequate opvoedingsstrategieën verwees ik hen naar het boekje van Patterson (1971) 'opvoedingsproblemen in het gezin'. Ik adviseerde hen om ieder hoofdstuk gezamenlijk door te nemen en de implicaties ervan, voor hun problemen, samen te bespreken.

15. Vanaf zitting 15 had ik het gevoel dat wij tegen een plafond aanzaten. Interaktioneel was er naar hun en mijn mening een hoop veranderd. Sexualiteit was geen probleem meer. De depressieve buien van Jelle waren echter niet helemaal de wereld uit. Ze kwamen minder voor en duurden korter. Ik voelde er echter weinig voor om het totale verdwijnen ervan in mijn doelstellingenpakket op te nemen. Als ik dat zou doen, zouden zij er wat al te gemakkelijk in slagen om bij mij tot cliënten van de B-kategorie (vgl. Hoogduin, 1975) te gaan behoren. Dat dit geen overdreven angst van mij was bleek uit de entree in de 17de zitting.

Na hun opgewekte binnenkomst deelde Fiet meteen mee dat het toch jammer was dat we waren gaan minderen. Vorige week was Jelle weer twee dagen (waaronder de therapiedag) zo lusteloos geweest. Dat had ik (therapeut) nou helemaal niet meegemaakt doordat we elkaar maar één keer in de twee weken zagen. Ik liet weten nu extra blij te zijn dat we waren gaan minderen omdat ik geen behoefte had het mee te maken en tot mijn vreugde zag dat ze er zelf uit waren gekomen. Fiet kon zich dat wel voorstellen maar vond dat het toch wel lang had geduurd.

Door dit gesprek kwam ik tot de volgende gedachte. Als zij iedere week therapie wilden, dan kon dat; alleen niet met mij erbij. Ik gaf hen de volgende opdracht. De komende week zouden zij thuis op hetzelfde uur als waarop wij elkaar één keer in de twee weken zagen, een 'therapie-zitting' hebben. In plaats van mijn persoon zouden zij een lege stoel klaar zetten. Jelle zou dan, door beurtelings op zijn eigen stoel en de 'mijne' te gaan zitten, afwisselend zichzelf zijn en de rol van therapeut op zich nemen. Dat laatste moest hij steeds doen als er iets mis dreigde te gaan, of als er iets gebeurde waarop ik bepaalde commentaren zou hebben gegeven. Het gesprek zou op kassetterekorder opgenomen worden. De volgende gezamenlijke therapiezitting zouden zij mij de cassette, die ik zou afluisteren, doen toekomen.

Dat ik Jelle tot 'vliegende' therapeut bombardeerde had als reden dat ik wilde voorkomen dat Fiet aan hem zou gaan zitten trekken. Bovendien was Jelle zeer slim en wist altijd precies wat ik zou gaan zeggen en probeerde mij dan te ontzenuwen. Nu zou hij ook weten wat ik zou zeggen en moest hij zichzelf aanpakken. Ik was ervan overtuigd dat hij dat goed zou kunnen.

Mijn optimisme werd niet gelogenstraft. De volgende zitting vertelde Jelle: 'ik heb mezelf wel een paar keer flink tot de orde moeten roepen als ik vervelend was'. Afluisteren van de cassette toonde mij dat dit klopte en dat zij een leuke zitting samen hadden gehad. Gelukkig bleek ook dat Jelle nog een hoop van mij kon leren. Helemaal overbodig was ik nog niet.

16. Hoewel de therapie naar de mening van Fiet en naar mijn ideeën tot sterke veranderingen in positieve zin had geleid, waren zij nog bang voor toekomstige depressieve buien van Jelle. Hij was daar nog steeds, zij het in veel mindere mate dan voorheen, vatbaar voor. Een paar maal heb ik op het punt gestaan om hiervoor in het verleden van Jelle te duiken (vgl. Lange, 1975). Het verloop van die delen van onze gesprekken die daartoe een inleiding hadden kunnen vormen overtuigde mij ervan dat dit tot abstracte, weinig zeggende stof geleid zou hebben. Het gevaar was bovendien, dat ik daardoor de baby met het waswater zou weggooien en dat Jelle toch weer met vage klachten alle aandacht van de wereld zou krijgen.

In ons voorlaatste (21ste) gesprek kwam dit punt aan de orde. Jelle vond dat hij 'er nog niet helemaal was', hoewel ze het met zijn tweeën nu veel beter hadden. Ook nu weer ging ik met hem mee, door te beamen dat hij inderdaad nog wel problemen had; dat hij daar individueel misschien nog verder aan zou kunnen werken, maar niet bij mij. Wel beloofde ik hem om, als hij dat wilde, te zorgen dat hij bij een kollega een beperkt aantal individuele sessies zou kunnen krijgen. Ik dacht daarbij aan enkele schreeuwessies, waarbij in korte tijd aan essentiële punten uit het verleden kan worden gewerkt. Jelle voelde daar wel voor. Met de therapeut waarnaar ik hem daarop verwees besprak ik de mogelijkheden. Hij zou Jelle niet in een eventueel langdurige individuele therapie nemen, doch hooguit 5 (schreeuw)sessies met hem hebben.

17. Ons afsluitingsgesprek vond een maand na het laatste therapiegesprek plaats, als een eerste 'follow-up'. Zij hadden een voortreffelijke tijd achter de rug; totaal geen buien en geen grote problemen. De kleine problemen hadden zij vrij gemakkelijk zelf opgelost. Het belangrijkste punt waarover gepraat werd was Fiet's al of niet beëindigen van de groepstherapie. Jelle begon nu uit eigen beweging druk in die richting uit te oefenen. Vond dat ze maar eens op eigen benen moest gaan staan. Als ze dan problemen zou krijgen kon ze altijd kijken wat er moest gebeuren. Je kon niet eeuwig preventief bezig blijven. Het klonk mij als muziek in de oren, vooral omdat het van Jelle afkomstig was. Fiet was het met ons - ik had Jelle gesteund - wel eens, maar refereerde aan de druk die vanuit de groep steeds op haar werd uitgeoefend om erin te blijven. Jelle prikte dit

gemakkelijk door: 'als jij er werkelijk uit wil dan doe je dat wel'. Na wat heen en weer gepraat over de verschillende mogelijkheden om de groepstherapie te beëindigen (bijv. door een afscheidsbriefje te schrijven) brak ik het gesprek erover af. Fiet moest uiteindelijk zelf de beslissing nemen. Wel bood ik haar een beloning aan voor een eventueel stoppen. Als zij nu de groepstherapie zou beëindigen dan zou zij daarmee het recht verwerven om samen met Jelle over een half jaar nog enkele gesprekken met mij te hebben. Als redenen voerde ik de volgende aan. Ten eerste zou dit een kleine tegemoetkoming zijn aan haar angst om helemaal op eigen benen te staan. Er zou dan nog een 'garantie-periode' zijn. Ten tweede voelde ik er niets voor om over een half jaar weer gesprekken met hen samen te hebben als zij zich in die tijd aan voor hun relatie schadelijke invloeden, zoals de 'individuele groeps' therapie, blootstelde.

Na Fiet's toekomst stelde ik Jelle's wens om zelf nog wel verder te gaan aan de orde. Was dat niet strijdig met wat hij tegen Fiet had gezegd? Beiden vonden van niet. Jelle's verdere therapieplannen waren zijns inziens te vergelijken met een preventieve operatie, i.t.t. Fiet's chronische behandeling.

Ik voelde er niets voor om verder in deze kwestie enige druk uit te oefenen. Afgesproken werd dat Fiet mij op de hoogte zou houden van al of niet beëindigen van de groepstherapie. Jelle zou mij informeren over het verloop van de individuele kontakten. Eventueel zouden wij over een half jaar nog een aantal sessies hebben.

Nabeschuwing en vraagpunten

1. De essentie van de therapie is geweest dat ik geweigerd heb om de last op mijn schouders te nemen. Als Jelle niet 'kon' of wilde werken aan zijn eigen problemen waren we even goede vrienden als wanneer hij dat wel deed. Ik zorgde er dan wel voor dat hij er meer last van had dan ik. Essentiëel was ook, dat Fiet iets van deze strategie leerde en begon over te nemen. Belangrijk was in dit verband ook de veelvuldige - niet in de vorige paragraaf expliciet beschreven - onmiddellijke feedback aan Fiet, als zij meeging in de zwakke opstelling van Jelle, en niet voor zichzelf opkwam.

De therapie had echter ook geheel andere kanten. Zo waren er vele momenten van vlot werken van zowel Fiet als Jelle. Ik denk dan aan de

zorgvuldige en gemotiveerde wijze waarop de eerste huiswerkopdrachten (bijv. praatkwartiertje en sociogram) werden uitgevoerd. Hun verlangen om in de zomervakantie (in begin van de behandeling) door te gaan met bepaalde huiswerkopdrachten beschouwde ik als een 'goed teken' (vgl. Van der Velden, 1975; Lange, 1975), evenals de keren dat Fiet mij eraan herinnerde dat een gemaakte afspraak nog opgeschreven diende te worden.

2. De therapie heeft ruim 20 zittingen in beslag genomen. Sommigen zullen dat weinig vinden anderen veel. Hoewel het duidelijk boven mijn eigen gemiddelde voor relatietherapie ligt, geloof ik niet dat het veel sneller had gekund. Er waren hiervoor meerdere oorzaken. Ten eerste had ik te maken met 'oorlogsslachtoffers'. D.w.z. dat zij al jaren gewend waren zichzelf als patiënten te beschouwen, die input voor langdurige therapie behoorden te zijn. Het idee dat dat wel mee zou kunnen vallen en dat zij in korte tijd op eigen benen zouden kunnen staan was zeer vreemd voor hen, vooral voor Fiet. Het beroep van oorlogsslachtoffer legt ook financieel geen wind-eieren. De therapie werd helemaal betaald. Geen reden om je met het beëindigen te haasten. In therapie zijn wordt bovendien misschien nog ervaren als een soort garantie tegen onverhoopts stoppen van uitkeringen. Je bent tenslotte nog niet genezen.

De belangrijkste oorzaak van de relatief lange duur lag echter in de aard van de hoofdproblematiek. Het judo-achtige 'meegaan' met, in plaats van trekken aan Jelle, kon alleen succes opleveren als het gepaard ging aan geduld en rust mijnerzijds. Snel op resultaat uit zijn zou de taktiek de grond in hebben geboord. In dit verband is de vergelijking die Van der Hart & Rubinstein (1975) maken tussen dit soort therapeutische strategieën en oosterse krijgskunst interessant. De door hen beschreven veldheren combineerden geduld en het vermogen tot afwachten met verrassende wendingen en tactische manoeuvres. De therapie had bovendien vrij veel tijd nodig omdat het toepassen van de beschreven technieken van selectieve reinforcement voor Fiet dermate strijdig was met haar natuurlijke responsen dat veel oefeningen en feedback van mij noodzakelijk waren.

3. Over de therapie resten mij nog twee vraagpunten. Ten eerste, vraag ik mij af of het niet toch beter was geweest om Fiet voorafgaande aan de behandeling de groepstherapie te laten beëindigen. Bij de paragraaf over de aanmelding heb ik de overwegingen om dat niet te doen beschreven. Achteraf geloof ik dat de groepstherapie niet veel negatieve effecten heeft gehad op onze behandeling. Zonder de groepstherapie zou Fiet, in tegendeel, waarschijnlijk tegen het einde van de relatietherapie met extra klachten zijn gekomen om vooral niet te hoeven stoppen. Hoewel het voor mij hierdoor wat gemakkelijker is geworden, geloof ik dat voor hun het probleem alleen verlegd is. Fiet moet nú de keuze maken, in plaats van driekwart jaar geleden. Misschien was dat laatste toch produktiever geweest. Een tweede vraag is, of ik er verstandig aan heb gedaan Jelle nog verder te verwijzen. Ik geloof van wel. Hij 'kon' niet accepteren dat er bij hem niet iets 'dieps' zat. Evenals ik iemand die bijv. vage hartklachten heeft voor de 'zekerheid' naar een cardioloog zou sturen, leek het mij verstandig om hem naar iemand die op dat 'diepe' zou ingaan te verwijzen. Als ik dat niet had gedaan, had hij er altijd op kunnen terugkomen. In strijd met de door mij gevoerde tactiek zou de bewijslast m.b.t. zijn gezondheid dan bij mij hebben gelegen. Nu zijn er twee mogelijkheden. Of de schreeuwessies leveren wat essentiëls op. Prima. Of ze leveren niets op. Ook prima. Hij zal zich dan realiseren dat er waarschijnlijk niets dieps zit, maar dat hij het gewoon, samen met Fiet, kan en moet rooien.

4. De zittingen zonder therapeut met een lege stoel waren symbolisch voor de totale therapie. Of hij nou 'vervelend' was of niet, Jelle zat altijd in het schip en moest energie leveren. Deze interventie lijkt mij van belang in alle gevallen waarin de therapeut merkt dat de cliënten hem tot 'trekken' proberen te verleiden. Nuttig is de interventie ook wanneer één der cliënten een sterk debater is die steeds zijn of haar gelijk probeert te bewijzen. Als diegene dan thuis therapeut is, merkt hij hoe lastig hijzelf is en dat het niet om gelijk of ongelijk gaat.

In deze twee situaties waarin de therapeutloze-therapie-sessie kan worden gebruikt is er sprake van één partner (of gezinslid) die voor

therapeut speelt; degene met de meest sterke debat- of 'aan zich laten trekken neigingen'. Vooral niet de ander. Dat zou het patroon alleen versterken. De interventie kan echter alleen toegepast worden wanneer men de indruk heeft dat de pseudo-therapeut begaafd en creatief genoeg is om 'zichzelf aan te pakken'.

De lege-stoel-therapie kan ook op heel andere indicaties gebruikt worden. Zo is het een prima 'transfer of change' (vgl. Lange & Van der Hart, 1975) techniek. Bij therapieën die aan afronding toe zijn geeft het een goede oefening in het bewust integreren van het geleerde in het eigen leven. Zodra er in frekwentie 'geminderd' gaat worden zou de lege-stoel-therapie in de therapieloze weken ingevoerd kunnen worden. In dat geval kunnen beide partners beurte- lings op de lege stoel gaan zitten. D.w.z. diegene die meent iets als therapeut op te merken te hebben kan dat doen. In de ene behan- deling waarin ik dit heb toegepast vonden de cliënten het uiterst nuttig. Wanneer de 'lege stoel zittingen' gebruikt worden zodra de frekwentie der zittingen afneemt is het ook mogelijk om de ene part- ner de ene keer tot therapeut te benoemen en de ander de volgende keer.

Een lege-stoel-gesprek kan soms ook midden in een behandeling belang- rijk zijn wanneer de therapeut wil dat de cliënten thuis over een bepaald thema een gesprek voeren. Het kan dan nuttig zijn om één van de twee via de lege stoel tot procesbewaker te benoemen. Bij een on- langz aldus gevoerd gesprek kwam het belang van opname op kassette of tape naar voren. Het gesprek zelf was nl. behoorlijk de mist in- gegaan. De cliënten hadden echter, op eigen initiatief, later samen de band afgeluisterd. Door zichzelf te horen en zich te verplaatsen in de niet aanwezige therapeut ervoeren zij de destruktieve kanten van hun eigen gespreksvoering op pijnlijke meer belangrijke wijze.

Literatuur

- Hart, O. van der & T. Rubinstein (1975); Strategische en tactische aspecten van therapie. *TMW*, 29 (20), 389-395.
- Hoogduin, K. (1975); Het dichtslibben van een praktijk of: hoe voor- kom ik uitzichtloze therapeutische (?) relaties. *TDT*, 2 (10), 15-18.
- Lange, A. (1975); Reacties op slechte tekenen: 'goede tekenen'. *TDT*, 3 (1), 41-48.
- Lange, A. (1975); Direktieve therapie en het verleden, een voorbeeld. *TDT*, 2 (11), 10-14.

- Lange, A. & O. van der Hart (1975); Gedragsverandering in Gezinnen.
Tjeenk Willink, Groningen.
- Liberman, R.P. (1972); A guide to behavioral therapy and analysis.
Pergamon Press, New York.
- Meichenbaum, D. (1974); Cognitive behavior modification.
General Learning Press, Morristown, New York.
- Rose, S.D. (1972); Treating children in Groups.
Jossey-Bass, San Francisco, Calif.
- Velden, K. van der (1975); Slechte tekenen. TDT, 2 (11) 6-9.

UIT HET "ZIEKENHUIS"

Voor het laatst, en voor het tijdschrift trouwens voor het eerst, een verhaal uit het ziekenhuis, waar ik nu bijna 3 jaar als neurologisch assistent gewerkt heb. Ik ben er begonnen en ik heb er mijn opleiding afgesloten. Hoewel de psychiatrie in de toekomst het grootste deel van mijn tijd in beslag zal gaan nemen, heb ik in de neurologie bijna evenveel geleerd over het omgaan met mensen die problemen hebben, als in de psychiatrie. Een patiënt die, om welke reden dan ook, bij een specialist in lichamelijke ziekten terechtkomt, is geneigd om zijn problemen te verpakken naar de veronderstelde voorkeur van de man aan de andere kant van het bureau. Dit leidt tot ernstige communicatiestoornissen aan beide zijden van het bureau.

De specialist zal, zeker als hij net begint zijn vak te leren, snel gehinderd raken bij het vernemen van verschijnselen die in zijn gedachtenconstructie niet passen; uiteraard merkt de patiënt dat en dikwijls wordt zo het begin gemaakt van een heilloze escalatie van klachten, waardoor de patiënt wanhopig probeert therapie te verkrijgen voor een probleem dat hij, zonder hulp, niet kan definiëren en waardoor de specialist steeds meer bevestigd wordt in zijn mening met een aansteller van doen te hebben. Het meest komt dit voor, wanneer de patiënt zowel lichamelijke klachten als levensmoeilijkheden heeft. De puzzle is dan soms bijna onontwarbaar.

Ook indien de specialist geleerd heeft enig oog te hebben voor hetgeen tussen de regels door wordt vermeld, is een aanpak van deze vaag vermoede problemen, juist door de vaagheid ervan, dikwijls moeilijk, zo niet onmogelijk.

De setting van het medisch gebeuren maakt het zowel voor patiënt als arts heel moeilijk om tot een wezenlijk gesprek te komen: beiden zijn zeer aan hun rol gebonden; de specialist zit er voor om klachten over flauwvallen aan te horen; de patiënt, zo niet om echt flauw te vallen, dan toch zeker niet om onderhands aan te geven dat hij helemaal niet flauwvalt, doch lijdt onder een probleem waarvoor de specialist geen oplossing of verzachting te bieden heeft.

Een belangrijke factor is ook nog het tijdsgebrek: na 15 minuten komt er weer iemand met iets geheel anders.

Bij een van de laatste patiënten die ik heb gezien in de neurologie zou men kunnen zeggen, dat mijn dubbele opleiding van enig nut is geweest; het onderstaande dient als illustratie van deze bewering.

Jan van de Heuvel is een jongeman van bijna 18 jaar. Ik zag hem voor het eerst enkele maanden geleden; hij zou lijden aan een posttraumatische epilepsie; op zijn 15 jaar had hij een hersenschudding opgelopen, waarna hij enkele malen een "toeval" had gekregen. Het EEG had meerdere malen irritatieve activiteit getoond die, onder andere, kan voorkomen bij epilepsie. Bewijzend voor epilepsie waren de EEG's nooit geweest. Hij stond inmiddels als epilepticus bekend. De reden dat ik me wat meer interesseerde in hem was dat hij er zo kinderlijk uitzag voor zijn leeftijd; bovendien had hij z'n moeder bij zich, die, wanneer Jan zelf even stilviel, de gaten in de conversatie geoeffend vulde.

Jan vertelde, dat het goed ging; hij had het laatste half jaar geen toevallen meer gehad; wel "een soort toeval": een maal had hij de medicijnen moeten stoppen voor een EEG en was hij zeer aggressief geworden. Hij was, vertelde zijn moeder, een dag en een nacht als een razende tekeer gegaan en had alles kort en klein geslagen in huis, maar met de medicijnen ging het weer beter.

Bij navraag bleek, dat de "toeval" was opgetreden enkele uren na het innemen van de laatste medicijnen. De halfwaardetijd van de meeste antiepileptica is meer dan een halve dag. Dit maakte het zeer onwaarschijnlijk, dat Jan iets had gekregen door het stoppen met medicijnen. Voorts bleek, dat Jan het laatste jaar 30 sollicitaties had verstuurd om ergens aan de slag te komen. Voor zijn eigenlijke vak, timmerman, was hij afgekeurd, omdat hij ook aan asthma zou lijden. Bij enkele banen was hij weggestuurd, omdat hij snel begon te schelden wanneer hem iets niet beviel. Zijn moeder vond het jammer, dat de mensen niet begrepen, dat hij niet kwaadaardig, maar ziek was. Ik wijzigde iets aan de medicatie en bestelde Jan over twee maanden terug.

Hij kwam vervroegd en wel liggende op een brancard en in het gezelschap van zijn 15-jarige broer. De moeder was diezelfde dag, voor het eerst in 5 jaar, op vakantie gegaan. De broers waren bij de grootmoeder ondergebracht, en Jan had, terwijl zijn moeder de koffers pakte weer

een "aanval" gekregen.

Jan bleef tijdens ons gesprek met gesloten ogen op de brancard liggen en zei alleen af en toe, dat het weer "hetzelfde" was. De broer trad op als een soort moedertje; hij had op bewonderenswaardige wijze alles geregeld en hoopte, dat ik nu iets zou doen.

Ik besloot tot opname: eerstens omdat Jan in deze situatie echt niet naar huis kon en ten tweede omdat het me voor een kind van nog geen achttien noodzakelijk leek, middels een zorgvuldige observatie en analyse, na te gaag of er echt wel sprake van epilepsie was. Jan was het er zeer mee eens; hij hoopte, dat we de goede medicijnen nu zouden vinden; hij liet zich verder door zijn broer lijdzaam naar de neurologische afdeling rijden.

Op de afdeling vertelde de broer, hetgeen ik pas later vernam, dat de burens de moeder min of meer gedwongen hadden haar vakantie niet af te zeggen: "dat rotjong moet eindelijk eens niet z'n zin krijgen!" Ze wisten, aldus de meewarige broer, niet dat Jan ziek was.

Op de afdeling aangekomen stapte Jan na een half uur uit de bedrust, die hem na zijn toeval was voorgeschreven, (na een toeval slaapt de patiënt meestal lang) en begon links en rechts te telefoneren. Voorts rookte hij ketting in bed en luisterde niet naar de, zeer redelijke, vermaningen van onze verpleging.

De avond en nacht na diezelfde dag had ik EHBO dienst naast de neurologische dienst en was voortdurend zeer druk bezig. Vanaf het begin van de avond werd ik gebeld, dat meneer van de Heuvel moeilijk was: hij schold de zusters voor hoeren, wenste te roken wanneer hij wou en wilde zijn moeder in Tunesië bellen om haar terug te halen. Nadat hij een halfzijdig verlamde man (het klinkt als een draak, maar het is echt waar) geslagen had, werd hij in een isoleerkamer geplaatst.

Ik werd naar boven geroepen, omdat hij een leerlingverpleegster, die hem koffie bracht, had aangevallen; ze had blauwe plekken aan haar keel. Toen ik de kamer binnenkwam, viel Jan me meteen aan; "Geef me, godverdomme, medicijnen, zak, ik bel de politie, omdat je nou toevallig de lul bent als nachtdokter (hij had al wat van z'n medepatiënten gehoord) moet je niet denken, dat je wat over me te zeggen hebt!"

Ik zei, dat ik al gedacht had, dat hij naast zijn vallende ziekte nog veel andere ellende had en dat ik daar graag over wou praten met hem, maar dat moeilijk kon als hij probeerde m'n bril van m'n gezicht te slaan.

Om tegemoet te komen aan zijn vraag niet opgesloten te worden, liet ik hem uit de isoleer. Hij begon onmiddellijk overal keihard de radio aan te zetten en de verpleging ook verder in alle opzichten te provoceren.

Ik had de keuze uit 2 mogelijkheden: of hem door de GGD of de politie laten weghalen naar een psychiatrische inrichting of het bureau, hetgeen ongetwijfeld ook in een psychiatrische opname geresulteerd zou hebben of, met medewerking van de verpleging, hem in eigen huis houden.

Ik legde de verpleging uit, dat het gezonder voor Jan zou zijn, als hij eens geconfronteerd werd met mensen, die niet bang waren voor hem of z'n ziekte, en dat we bovendien nog niets van die ziekte wisten eigenlijk.

Ik zag op tegen een spuit, omdat Jan zich daar tegen uiteraard zou verzetten en met 2 verplegenden op z'n buik nog gelijk krijgen ook in z'n bewering, dat hij overweldigd werd: Hij zou dus niet gesedeerd worden; vooral de oudere zusters zagen er wel wat in om nu eens een keer geen spuit te geven en ik ging aan de slag; het werd letterlijk een slag. Jan smiet me alles in de kamer naar het hoofd, viel me aan en uiteindelijk sloot hij ons beiden op in de isoleer door de deur in het slechts van de buitenzijde te openen slot te gooien.

De vechtpartij die ontstond won ik, doch met grote moeite: ik liet Jan telkens van me afstuiteren, als hij sloeg, sloeg ik terug, en wanneer hij even ophield, probeerde ik met hem te praten op een zeer directe manier; soms leek het even of het doordrong, doch daarna waren we weer ferm aan de gang.

Bovendien moest ik voortdurend weg om EHBO werk te doen, hetgeen enigszins bemoeilijkt werd door het feit dat de verpleging niet had opgemerkt, dat ik met Jan was opgesloten.

Na hem bij een ernstige schermutseling een stevige klap verkocht te hebben, zei ik: "je krijgt van mij geen rustspuitje, en ook geen sigaret (waar hij voortdurend om gilte) maar je mag best gaan slapen, alleen

je krijgt geen nieuw bed (het vorige had hij in onderdelen naar mijn hoofd gesmeten); wel een matras, een kussen en een deken; je ziet maar wat je doet; ik kom terug, maar ik heb ernstiger patiënten dan een vervelende zeikerd die me van m'n werk houdt".

Met onderbrekingen van mijn kant door de EHBO zijn we zo doorgegaan tot drie à vier uur's-nachts. Toen ik voor de laatste keer bovenkwam, zat Jan op de grond van z'n kamer.

"Waarom zegt U geen U tegen me?!"

"Je zegt het ook niet tegen mij, maar ik wil best U zeggen, meneer van de Heuvel".

"Ik wil slapen".

"natuurlijk, U zult wel moe zijn".

"Mag ik een echt bed?"

"Natuurlijk, meneer van de Heuvel. Waarschijnlijk op een gewone kamer?"

"Ja, graag".

"Zuster, een bed voor meneer van de Heuvel op zaal 24". "Ja dokter??!!"

"Ik wil graag naar de W.C."

"Gaat Uw gang, meneer van de Heuvel, ik loop even mee, want ik moet ook".
(Dat was maar al te waar).

"Meneer van de Heuvel, nog een sigaret, misschien?"ik geloof, dat we allebei doodmoe zijn, Jan. We hebben allebei een veselijke nacht gehad. Ik bewonder je, omdat jij het hebt gedurfd iets heel anders te doen". Na het roken van de sigaret, waar hij niet om gevraagd had, ging Jan rustig naar bed.

Hij heeft geen "moeilijkheden" meer gegeven. Hij helpt de zusters op de afdeling. Hij heeft geen toevallen gehad, terwijl elke medicatie nu sinds vier weken gestaakt is.

Dit is geen succesverhaal. Jan heeft zich vier weken goed gedragen. Vandaag is zijn moeder teruggekomen, morgen gaat hij naar huis. Ik heb niets gedaan, behalve een nacht iets anders dan hij gewend was. Hij gebruikt geen pillen meer; de asthma is door de longarts uitgesloten. Ik probeer hem verder te behandelen, als hij tenminste naar een psychiater wil of als zijn familie het toelaat.

Voor het niet hebben van toevallen heeft hij 4 weken een beloning gekregen; hij is lief geweest voor de patiënten en de zusters. Ik weet niet of het thuis voldoende zal zijn. Ik ben bang, dat ziek zijn een niet goede, doch leefbare manier van leven voor hem zal blijven.

d. n. oudshoorn
 sk6 | 3
 slingelandsaweg 52
 giesseburg

36

D.N.Oudshoorn

Stotteren

I 1 Definitie van Wingate(1964):

- 1-(a) Disruption in the fluency of verbal expression which is
 - (b) characterized by involuntary, audible or silent, repetitions or prolongations in the utterance of short speech elements, namely: sounds, syllables, and words of one syllable.
 - (c) These disruptions usually occur frequently or are marked in character and
 - (d) are not readily controllable.
- 2- Sometimes the disruptions are
 - (e) accompanied by accessory activities involving the speech apparatus, related or unrelated body structures, or stereotyped speech utterances. These activities give the appearance of being speech-related struggles.
- 3- Also there are not infrequently
 - (f) indications or report of the presence of an emotional state ranging from a general condition of "excitement" or "tension" to more specific emotions of a negative nature such as fear, embarrassment, irritation, or the like.
 - (g) The immediate source of stuttering is some incoordination expressed in the peripheral speech mechanism; the ultimate cause is presently unknown and may be complex or compound.

Enige van de door Van Riper(1971) opgesomde verschillen tussen stotteren en normale spraak zijn hieronder gerangschikt:

Type of Behavior	Form of Disfluency in normal Speakers	Form of Disfluency in Stutterers
Syllable repetitions		
Frequency per word	Less than 2	More than 2
Frequency per 100 words	Less than 2	More than 2
Tempo	Normal Tempo	Faster than normal
Airflow	Rarely interrupted	Often interrupted
Prolongations		
Duration	Less than 1 second	Longer than 1 second
Frequency	Less than 1/100 words	More than 1/100 words
Silent Pauses		
within the word	Absent	May be present
Prior to the speech attempt	Not marked	Unusually long
Phonation		
Phonatory arrest	Absent	May be present

2 Overzicht van de opvattingen over stotteren (Ronald Webster 1974):
 1900-1925 "antistotteren periode" men trachtte het stotteren te bestrijden met drillen, ritmies stimuleren, adem oefeningen enz. na 1925 "antiangst periode" een groot aantal nieuwe theorieën zoals: desintegratie (te weten tussen de hemisferen, o.i.v. emoties); gekonditioneerde anticipatie; psychoanalytische theorie (er ligt een geïnternaliseerd konflikt onder); leerteorie (diverse opvattingen van geleerd gedrag); servomechanismeteorie (gestoorde tegenkoppeling geeft disruptie; of: middenoorspiertjes zijn er bij betrokken);
 Het gaat niet aan al deze theorieën uitvoerig te behandelen, te meer niet omdat geen enkele ervan werkelijk bevredigend is.

3 Overzicht van de behandelingsmethodes (Webster 1974):
 de meest hardnekkige methode is wel de psychotherapie: stotteren wordt gezien als neurotisch symptoom, behandeling is gericht op het onbewuste konflikt en op herstruktureren van de persoonlijkheid. Het werd helaas als hachelijk gezien om de spraak zelf direkt te manipuleren, want men vreesde symptoomverschuiving (of voortijdige beëindiging van de therapie, DNO)
 Vanuit de theorie van de cerebrale dominantie in de jaren dertig en de notie van "dysphemie" leerde men aan om de andere hand te gaan gebruiken, of om tegelijkertijd te praten en te schrijven om de dominantie te verschuiven naar de andere kant.
 Bryngelson, Johnson en Van Riper hebben de grootste invloed op de huidige vormen van therapie gehad. Bryngelson (1943) leert de klient zijn symptoom te aanvaarden en vrijelijk te stotteren. Johnson (1955) ziet stotteren als veroorzaakt door de omgeving, te weten door de reaksies van opvoeders op het "normale" stotteren (of brabbelen) van het kleine kind. Dit gaat er dan op letten met alle ellende die dat ten gevolge zou hebben. Ook Johnson streeft er dan naar dat de stotteraar zonder schaamte etc spreekt, terwijl hij op den duur ook veel aan "self-appraisal" en "self-perception" gaat doen. Van Riper (1937; 1958) behandelt vooral de vrees van de stotteraar, dat wil zeggen diens anticipaties. Hij werkt aan "vloeiend stotteren" o.a. door 1) spraak te laten aanvangen vanuit rust van de stemspieren 2) de eerste klank zo zacht mogelijk te laten glijden, enzovoort.

Brutten en Shoemaker(1967) baseren hun programma op deconditionering (desensitisatie met relaxatie)waarbij in een oplopende reeks allerlei gevreesde spreeksituaties worden doorgenomen. Het tweede programmapunt is dan de reduksie van instrumentele responsen zoals oogknijpen, inhalaties etc. Deze werkwijze is nogal populair geworden, mogelijk omdat er de opvatting aan ten grondslag ligt dat stotteren emotioneel van origine is.

Brady (1969,1971) laat zijn stotteraars een klein metronoompje achter het oor dragen. De drager wordt getraind om zijn woorden te beginnen bij elk klikje dat hij hoort. Zo mogelijk wordt de afhankelijkheid van de metronoom geleidelijk verminderd. Meestal doet men de zaak af met het als "afleiding" te bestempelen, vermoedelijk ten onrechte!

Goldiamond (1965) gebruikt een operante shaping procedure die gebruik maakt van vertraagde auditieve terugkoppeling. De procedure start met uitgerekte spraak wat bij alle stotteraars onmiddellijk vloeiende spraak oplevert, waarna dan de terugkoppeling geleidelijk wordt verminderd, tot langzame vloeiende spraak overblijft. Het programma gaat dan langzamerhand het tempo opvoeren. Dit alles eerst al lezende, tenslotte ook steeds met een stukje konversatie. De laatste stap is dan dit patroon naar het alledaagse leven over te brengen. Dit is tevens het knelpunt!! Williams(1968; nog steeds volg ik Webster) wijst erop dat vele van de tegenwoordig in zwang zijnde therapieën een mengeling van procedures inhouden, niet zelden met tegenstrijdige elementen!

Geen enkele van bovengenoemde methodes kan zich erop beroepen een betrouwbare en efficiënte oplossing van het probleem te zijn meent Webster. Iedereen lijkt zelf een puntje naar voren te hebben gebracht (misschien omdat velen hunner zelf stotteraar waren?) maar het is moeilijk de resultaten te onderzoeken en vergelijken, omdat er meestal met (bovendien nog vage) kwalitatieve aanduidingen wordt volstaan.

Webster zelf tenslotte heeft niet minder dan vijf versies van een programma uitgeprobeerd, aanvankelijk volgens Goldiamond te werk gaande, maar steeds verder daarvan af gerakend, om tenslotte tot de nogal eenvoudige premisse te komen dat stotteraars hun(spraak) klanken niet korrekkt uitspreken. In de meest eenvoudige vorm komt de therapie er dan op neer drie dingen aan te leren:

1- zacht begin van foneren ; 2- zulke stemloze medeklinkers te vormen dat er korrekte fonatie op kan volgen; 3- hoe de meeste klanken lichtelijk te rekken. De klanken van het Amerikaans-engels worden gegroepeerd: klasse I: de klinkers; klasse II: klinker-achtige oftewel stemhebbende medeklinkers: L R M N V W Y Z (de Y is onze J) klasse III stemloze stromende medeklinkers: F S H SH CH TH klasse IV plofletters: P B G K D T . Er is een opklimmende graad van moeilijkheid in deze volgorde. Er worden lijsten van lettergrepen, eenlettergrepige woorden en meerlettergrepige woorden gemaakt, beginnend met de respektieve klassen van klanken. Aanvankelijk moet het tempo laag liggen, geleidelijk dient het te stijgen. (het bestaat uit 650 pagina's!) Per individu worden er 40-60 uur in het laboratorium besteed, met een minimum van 6 uur per week, meestal komt het neer op 4-7 uur per dag gedurende 2-3 weken! Zo treedt er een snelle wat de Amerikaan noemt: dramatische verbetering op. De opgegeven resultaten zijn goed. (70%)

Aardige toevoeging is nog dat die mensen ook steeds praatlustiger werden ("increase in the amount of verbal output" om dat verschrikkelijke jargon even te laten horen) en dat ze assertiever, agressiever (in de gunstige betekenis van het woord) werden, zich makkelijker in voorheen ongemakkelijke situaties begaven. Soms Halleluja-achtige veranderingen!

Tot zover dit overzicht van de litteratuur over Stotteren.

- II 1 Mij wordt zelden het verzoek gedaan iemand voor stotteren te behandelen; dit betekent dat de verwijskanalen in dit opzicht goed funksioneren, want ik beschouw mezelf hoegenaamd niet als direkt gekwalificeerd. Slechts in drie gevallen ben ik er ook aan begonnen; ik wil ze hierna beschrijven. Bij Gerrit zou er in de bizon-dere situatie geen goede doorverwijzingsmogelijkheid zijn geweest, bij Koos had ik eerst zijn schoolfobie behandeld en wilde hij niet naar een gedragstherapeut voor stotteren worden doorverwezen, en bij Ab had ik dat wel overwogen, maar zag ik voor mezelf een kans om een gekombineerd doel na te streven: minder stotteren en meer assertiviteit.

II 2 Gerrit van Sassenheim 20 jaar, van beroep boekhouder verschijnt in 1970 bij me op de polikliniek van het Centraal Militair Hospitaal in den Haag (afd Neurologie en Psychiatrie) met het verzoek om afkeuring wegens hevig stotteren. Ik leg uit dat dat in beginsel inderdaad mogelijk is: met een S5, waarop hij rood van woede mijn chef wil spreken. Die kan het uiteraard slechts beamen. Dan weigert Gerrit afkeuring en vraagt hij of we hem dan wel voor zijn klacht kunnen behandelen. Mijn chef vraagt me of ik dat wil doen en ik stem in.

Gerrit blijkt zich het prettigst te voelen op het voetbalveld (waar hij een uitbinker is) en als hij bier drinkt met zijn maten. Maar thuis, temidden van een groot gezin met conservatieve overheersende ouders, heeft hij zich nooit kunnen waarmaken, hij komt er (letterlijk) niet aan het woord. Op een rustig boekhoudkantoorje had hij zich wel meer op zijn gemak gevoeld. Nu in militaire dienst heeft hij een onbeduidende administratieve functie, direkt onder een zure en kritiese Milva staande, en hier heeft het symptoom onduidbare proporties aangenomen.

Ik regel dat hij een nuttiger functie krijgt op een ander bureau, onder een mannelijke meerdere, tevens leer ik hem ontspanningsoefeningen. Het stotteren verbetert dan al aardig, maar Gerrit is nog niet tevreden: vooral als hij met ongeduldige officieren te maken heeft, dan heeft hij nog de grootste moeite om uit zijn woorden te komen. Nu heeft hij een kurieuze baan: hij moet de -formidabele- stapels voorschriften, handboeken en handleidingen van alle garnizoensofficieren in den Haag regelmatig controleren en aanvullen, en alle officieren dienen zich daartoe persoonlijk, met stapel onder de arm, bij hem te melden! Ik meet Gerrit breed uitdat hij een unieke functie heeft als gewoon soldaat die de hoge officieren bij zich laat aantreden; bovendien is hij hun nog des te meer de baas omdat ze maar geduldig (of ongeduldig) hebben te wachten tot Gerrit uit zijn woorden is gekomen, ja zelfs dat ze langer hebben te wachten naarmate ze duidelijker tekenen van ongeduld vertonen! Deze formulering spreekt hem zeer aan en het is nog maar een klein stapje om hem aan te raden er een schepje stotteren bovenop te doen in die situatie. Ik bereik ermee dat hij heimelijk triomfeert in plaats van zich opgelaten te voelen.

Maar (achteraf gezien hinkend op twee gedachten) toch zullen er zich situaties blijven voordoen - leg ik uit - waarin je de spanning voelt stijgen en het stotteren verhevigt, terwijl pogingen om je te ontspannen zonder effect blijven. Als je je best doet om minder te stotteren helpt dat toch niet, daarom moet je je best gaan doen om méér te stotteren. Tenslotte komen we dan tot de afspraak dat hij de éne dag op de oude voet doorgaat, maar de andere dag konsekwent enorm heftig zal stotteren, speciaal bij hoge officieren (en in zijn vuistje lachen op de koop toe). Tja, of de opdracht nu logies-konsistent is geweest of niet, hij voert het getrouw uit en het succes is groot: het stotteren schrompelt in tot een klein schoonheidsfoutje af en toe, nauwelijks opvallend, en -wat Gerrit nog belangrijker gaat vinden- hij voelt zich prima, competent, iemand die meetelt. Het werkt ook volledig door naar thuis. Wonderlijk (maar wel karakteristiek) is dat hij zich na zijn afzwaaien op een psychiatrische polikliniek aanmeldt "om de behandeling van dr Oudshoorn helemaal af te maken", omdat hij nog niet 100% tevreden is. De betreffende kollega vindt het stotteren van Gerrit echter vrij onbetekenend, maar merkt wel iets van een gekrenkt gevoel van eigenwaarde, om niet te zeggen: miskende grootheid; hij vertelt onze vriend dan ook dat deze klacht altijd overgaat als je de veertig eenmaal gepasseerd bent. De afloop is me niet bekend.

- 3 Ab Schelluinen is een eenvoudige plattelandsjongen van 14 jaar. Zijn ouders komen op ons MOB wegens "stotteren en gebrek aan durf". Ab zit in de tweede klas van de Mavo, is klein, geremd, kinderlijk in zijn gedragingen en buitengewoon zwijgzaam. Vader is 58 jaar, ex-bouwwakker, al jaren in de WAO wegens lage rugklachten (waar men niet aan wil opereren), een rechtschapen maar gedesillusionneerd man. Moeder is van het flinke, zorgzame, aanpakkende tiepe. (ze zou door analytische geörienteerde kollega's ongetwijfeld als "liefdevol kastrerend" worden beschreven) Ab is enig kind. Moeder zegt dat het stotteren aan "zenuwen" is toe te schrijven, wat dateert vanaf een ernstige paratyfus 3 of 4 jaar geleden, toen Ab op het kantje zou hebben gelegen, en waarvan moeder nog steeds niet bekomen is.

Ab zou in een gewoon gesprek weinig stotteren (maar ja, dat verwondert me nauwelijks omdat hij hoe dan ook nooit spontaan zal spreken en op vragen met het krapste minimum antwoord pleegt te volstaan!) De klacht treedt echter onbarmhartig aan het licht als hij een beurt krijgt of in de klas moet voorlezen. Hij wordt dan om zijn gestotter uitgelachen en schaamt zich een ongeluk. Hij onttrekt zich zoveel mogelijk aan de klas en heeft bv ook de voetbalklub eraan gegeven, om nu al zijn vrije tijd aan zijn duiven te besteden.

Ab komt eenmaal in de drie weken bij me. In het eerste uur leg ik hem uit dat alle inspanning om niet te stotteren vruchteloos is, ja zelfs averechts werkt; daarom wil ik hem leren om (in-)spanning te koppelen aan extra hevig stotteren, terwijl ontspanning gepaard zal gaan met "gewoon je gang gaan, onverschillig of je nu erg stottert of alleen maar een beetje". Ik leer hem zijn armen en vuisten te ontspannen (wat hem aanvankelijk volslagen onmogelijk was) en daarbij ongedwongen te praten (lezen) en armen en vuisten te ballen bij extra hevig stotteren. Dit oefenen we dan uitgebreid in de eerste zitting, en wederom in het tweede uur, ditmaal met de kassetterekorder erbij om het ook te kunnen terugluisteren. Zodoende kan ik hieronder ook een samenvatting van zo'n oefening geven, waarbij ik dan de ernst van het symptoom in schoolcijfers uitdruk.**

Ik heb Ab eerst laten oefenen in het ontspannen van zijn vuisten en laat hem dan beginnen met voorlezen. ---3(hevig)
 ik geef snel het kommando "spannen!"(hij kent de instruksie dat hij dan extra moet stotteren) ---1(zeer hevig)
 ik laat hem even doorgaan, zeg dan "ontspan" ---3
 en bij de eerste de beste blokkade:"spannen!" ---1
 en dan even later:"ontspannen" ---3
 en zeer snel, bij de eerste blokkade"spannen!" ---1
 en wat later : "ontspannen" ---6
 zo, dat gaat een stuk beter. Hij mag een tijd doorgaan en dan komt weer : "spannen" als hij blokkeert ---1
 gevolgd door "ontspannen" ---5
 na enige tijd "spannen" ---1
 en dan "ontspan je nu maar" ---6
 waarmee hij tijd door mag gaan tot hij weer een keer echt blijft steken (en tekenen van verhoogde spanning laat zien) waarop onmiddellijk volgt:"spannen!" ---1

** Kinderen en jongeren pleeg ik te leren om van allerlei uit te drukken in leeftijd, of lengte, of schoolcijfers. Blijkens mijn ervaringen lukt het op die manier goed om prestaties, maar ook dingen als "hoe voel je je in die en die situatie" enz. wat nauwkeuriger en konkreter uit te drukken. Het is tevens een goede waarderingsmogelijkheid voor veranderingen die in de therapie optreden.

dit maar zeer kort en dan weer:"ontspannen"	---7	!!
wat lange tijd aanhoudt en dan iets afzakt naar	--6	
waarop ik "spannen" kommandeer	---1	
gevolgd door "ontspannen"	---6	
dan zeg ik "nog beter ontspannen"	---6½	
dan "nog wat meer ontspannen"	---7	
wat nu goed blijft gaan.		

Hij krijgt als huiswerk mee om dagelijks thuis te oefenen met hardop lezen, terwijl hij afwisselend de vuisten balt en extra stottert, om zich dan te ontspannen en gewoon door te lezen. Als tweede oefening draag ik hem op om elke dag 15 minuten in een gesprek met zijn ouders hetzelfde te doen.

De eerste opdracht wordt plichtsgetrouw uitgevoerd, maar de tweede "vergeet" hij telkens.(pas in de vijfde zitting erkent hij dat zoiets hem tegenstaat en dan voer ik dat van het programma af.)

In de derde zitting introduceer ik woordlijsten die ik volgens Webster gemaakt heb en leer ik hem om elk woord zacht te beginnen en voorts om de stemhebbende medeklinkers ook met stem uit te spreken ("en niet als een Amsterdammer" die "sacht" en "fijf" zegt)

In de vierde zitting voeren we het hele programma wederom uit en leer ik hem bovendien om het tempo te vertragen.

In de vijfde zitting rapporteert hij zelf dat hij duidelijk vooruit gegaan is, naar hij zegt van een drie naar een vijf, en wel zowel thuis als op school. Hij verwacht,als ik hem er naar vraag * dat hij uiteindelijk een zeven zal bereiken en wel in ongeveer vier maanden. Hij krijgt weer de hele serie oefeningen(behalve de paradoksale intentie in gesprek met de ouders)als huiswerk mee.

Hoewel hij zich bij mij nu goed kan ontspannen en hij zich ook zichtbaar op zijn gemak voelt en vaak behoorlijk vloeiend spreekt, blijft hij toch de kortst mogelijke antwoorden geven en zegt hij nooit iets uit zichzelf.** Ik geef een lange uitweiding over "tekort aan zelfvertrouwen - een probleem waar iedere jongen in meerdere of mindere mate mee tobt en waar Ab

* zie ook C.P.van der Velden TDT jrg 1 nr 3,p.17 en R.vDijck TDT2 nr7 p.19

** mijns inziens een "habituele zwijger" zie vDijck en vdHart TDT3 nr3

begrijpelijk méér mee zit, omdat hij bovendien zijn spraakprobleem heeft. Daardoor is het zijn gewoonte geworden om maar zo min mogelijk te zeggen; zodoende telt hij echter niet echt mee in de klas en voelt hij zich de mindere." Dan leg ik uit dat er soms eenvoudige methodes zijn om meer opgemerkt te worden en meer in tel te geraken in de klas en dat we daar nu aan toe zijn, nu het stotteren geen echt struikelblok meer is. Ik stel hem, als hij nieuwsgierig begint te worden, voor om als eerste stap op álle vragen, die hem worden gesteld, altijd met een volledig antwoord te komen. We gaan dit dan uitgebreid oefenen, met vragen als : "waar ligt Assen?, hoe was het op school?, wat heb je zaterdag gedaan?, heb je dit of dat nog gedaan? enz. Meestal komen er nu moeiteloos enige zinnen uitrollen en je ziet zijn ogen steeds meer glimmen, nu hij ervaart dat hij dit kàn. Ik verzeker hem nogmaals, dat hij op school en thuis, als hij dit in praktijk gaat brengen, zal merken, dat de anderen meer en meer rekening met hem gaan houden en dat zijn aanzien zal stijgen. Ab neemt het van me aan.

Ik pas nog een tweede advies toe: Ab voelt zich beneden de maat en vindt dat zijn lichamelijke konditie weinig waard is. Hij blijkt dagelijks tien kilometer naar school te fietsen. We bespreken het traject en dan overleggen we waar hij een lange en waar hij een korte sprint kan inbouwen. Ik leg daarbij uit dat dit een van de snelste methodes is om jezelf sterker te gaan voelen, zowel lichamelijk als geestelijk.

Hij gaat met de oude plus de twee nieuwe opdrachten naar huis. De volgende maal komt vader voor een afgesproken tussentijdse evaluatie mee. Hij vindt Ab zeer verbeterd vergeleken met een jaar geleden toen hij "stil en somber" was - Ab wordt "zelfverzekerder". Ook het stotteren gaat goed vooruit. Ab rapporteert hetzelfde. De behandeling loopt nog.

4 Koos Beiaard is een 13 jarige brugklasleerling, die in maart 75 naar me wordt verwezen, omdat hij al sedert oktober 74 niet meer naar school is gegaan en dagelijks klaagt over hoofd- en buikpijn, misselijkheid en slapeloosheid. Voorts stottert hij hevig; (sinds 70) hij heeft hiervoor enige jaren logopedie gehad, met karig resultaat, maar sinds j.l. oktober is het wel verergerd.

De eerste vijf zittingen heb ik de ouders plus Koos bij me. Vader is een rustige en bescheiden kantoorbediende, die het maatschappelijk duidelijk niet gemaakt heeft en thuis de tweede viool speelt; moeder gedraagt zich als een dame uit hogere kringen, daarbij sterk psychologiserend en veel té begrijpend naar haar zoon toe, zachtjes maar ondertussen zeer indringend. In september was het op de -nieuwe- school begonnen met hoofdpijn en misselijkheid; hij placht het tot het tweede uur uit te houden om zich dan ziek naar huis te laten sturen, waar de klachten dan smiddags weer afzakten. Voetballen, huiswerk, praten over school, nadenken, het met de ouders ergens over oneens zijn - dit waren even zoveel factoren die de hoofdpijn verergerden, terwijl gitaarspel of een goed boek lezen, of soms alleen zijn, of over fijne dingen praten de klachten deden afnemen.

Alles dateert vanaf de puberteit, zegt moeder. In september is Koos 6 cm gegroeid en daarmee moeder boven het hoofd gegroeid! Maar Koos blijkt zich nog steeds 1m60 te voelen in plaats van 1.66 Hij kreeg toen ook pukkeltjes en baardgroei en ja, hij was ook wel eens tegen de draad in, zegt moeder begrijpend. Ze weet, denkt en voelt alles voor Koos en wil dit maar al te graag aan mij demonstreren. Als ze echter vertelt dat Koos het in die "massa" op school niet prettig vond vraag ik hem of dat klopt en zegt hij nadrukkelijk: "ik vond het fijn op school!"

Ik opper dat Koos nu in de puberteit bezig is een jonge man te worden, en dit wordt door hem entosiaast beaamd. Enfin, die eerste vijf gesprekken ben ik druk doende ieder voor zichzelf te leren spreken en de ouders de gelegenheid te geven met ere een stapje terug te doen, waarbij het werkdoel wordt: "Koos over de drempel van de puberteit helpen, met meer verantwoordelijkheid, zelfstandigheid en minder afhankelijkheid."

Als eerste konkrete stap wordt een normaal waak-slaapritme hersteld - dat wil zeggen zondag-tot en met donderdagavond zólaat naar bed en maandag t/m vrijdagochtend zóvroeg eruit en ontbijt alsof hij naar school gaat. Dan wordt tevens de schooltas telkens ingepakt voor die dag. De volgende stap is dan dat hij op de fiets stapt en met enkele klasgenoten uit zijn dorp richting school meerijdt (ook al 10 km van zijn woonplaats verwijderd) om dan na precies 1 km om te keren naar huis. Thuisgekomen moet hij rapporteren: "het ging weer niet, ik heb zo'n hoofdpijn". We studeren in dat moeder slechts op geërgerde toon zegt: "oh, ben je daar weer! nou, ik heb geen tijd voor je, maar ga maar ramen zemen" (of een boodschap doen) Pas na de officiële schooltijd zal er thuis weer normaal, hartelijk contact gelegd worden. Elke volgende dag mag Koos 500 m verder meefietsen. Tussentijds wordt telefonies verslag uitgebracht. Ouders en Koos verdienen alle lof vanwege hun stipte medewerking gedurende het hele programma, al erkent moder dat ze het erg zwaar vindt om zo onaardig tegen Koos te zijn, maar ze doet het trouw. Vanaf het zesde gesprek kan ik met Koos alleen volstaan. Ik bereid hem voor op de schoolgang, dat hij er maar op moet rekenen wel een maand lang dagelijks misselijk te worden en dat hij zich daar niet tegen moet verzetten, maar gewoon op het schooltoilet moet gaan overgeven en dan weer terug naar de klas. Ik vertel dat mijn kollega (C.P. van der Velden!) ook vaak eventjes moet overgeven, maar daarna weer gewoon door werkt. Als die maag dat nou eenmaal wil, geef hem dan de gelegenheid, maar het is nooit een reden om naar huis te gaan. Als Koos vanaf 22 april weer normaal de school bezoekt rapporteert hij triomfantelijk dat hij niet misselijk wordt en ook geen hoofdpijn heeft. Overigens stottert hij nog verschrikkelijk zwaar, maar ik zeg dat ik daar pas na de zomervakantie op terug wil komen. Zodoende komt hij in september pas weer bij me terug; hij gaat zonder enig probleem naar school, vindt het fijn, ook al is hij zoals verwacht- blijven zitten. Nu wil hij aan zijn stotteren gaan werken, en wil daarvoor niet naar een ander verwezen worden.

We analyseren zijn spraak met behulp van de kassetterekorder en konkluderen, dat er vrijwel geen medeklinkerstotteren is, maar dat hij wel de medeklinkers te hard uitspreekt en de klinkers bizonder lang uitrekt, terwijl er veel herhalingen voorkomen van lettergrepen, woorden en zelfs zinsdelen. (als een aanloopje om over een barrière heen te komen) Voorlezen gaat beter dan gewoon praten. De intensiteit van het stotteren is erbarmelijk; het vergt veel tijd en alle geduld om zijn antwoorden af te wachten en ze niet alvast voor hem in te vullen. Hij leert zeer vlot om zich te ontspannen en ik induceer gemakkelijk een lichte trance. Ik schrijf enige spraakregels voor hem op een briefje (te weten: kóрте klinkers; lucht tussen de lettergrepen; beginmedeklinkers zacht) en suggereer hem dat hem dit goed zal gelukken, met lezen én met praten als hij zich maar goed ontspant en aan dit briefje denkt. Deze eerste zitting was op 5 september. Sindsdien hebben we nog acht zittingen gehad, waarin we de genoemde regels oefenen. In het vierde uur zijn de meeste spraakfouten al sterk verbeterd met uitzondering van de verdubbelingen. Ik stel een tarief voor om dit af te leren; hij moet er hartelijk om lachen. Maar de volgende zitting (14 dagen later) is er tot mijn verwondering een aanzienlijke verbetering vast te stellen. Hij praat goeddeels vloeiend en zonder herhalingen. Ik vraag hoe dat komt. Hij vertelt dan dat hij mijn voorstel thuis min of meer als grapje verteld had, maar prompt had moeder het een goed idee gevonden en had ze het zó gewijzigd, dat ze per dag een rijksdaalder uitloofde waarop hij dan verloor volgens een bepaald tarief (zoiets van f0,10 per dubbele lettergreep; f0,25 per woord; f1,00 per zinsdeel) Geniaal! Het was wel zeer effectief gebleken; weer zo'n echte Hollander! Zijn spraak kan ik op dat moment als volgt beschrijven: elk woord begint zacht, sporadies treedt een herhaling op, de klinkers zijn staccato. Het tempo ligt doorgaans wat lager dan de gemiddelde scholier (volgens de afspraak) maar als hij dit soms vergeet en snel praat (sneller dan gemiddeld in Nederland) dan blijft het toch goed gaan. Toch is de verstaanbaarheid nog matig. Allereerst deugt de melodie niet, vooral niet bij voorlezen. Hij toont zich -alweer- een dankbare leerling. Toch blijft er voor mij iets eigenaardigs aan zijn spraak - gelukkig wordt hij neusverkouden en dan (tenslotte ben ik geen spraakleraar...) hoor ik het versterkt: open neusspraak, dat is het!

Hij is er zeker van, dat zijn neusamandel verwijderd is.
 Ik laat hem met een spiegeltje zien dat er lucht uit zijn
 neusgaten stroomt als hij spreekt. (onder andere bij K en D)
 Als nieuwe oefening krijgt hij mee met een spiegeltje te trainen
 in het zo klein mogelijk maken van de wasemkegeltjes. De volgende
 maal is deze spraakfout voor 80% verbeterd. (maar natuurlijk ook
 omdat de verkoudheid over is) Hij rapporteert alleen nog minieme
 spraakproblemen met voorlezen, maar verder geen enkele moeilijkheid
 en hij heeft doorgaans het hoogste woord!

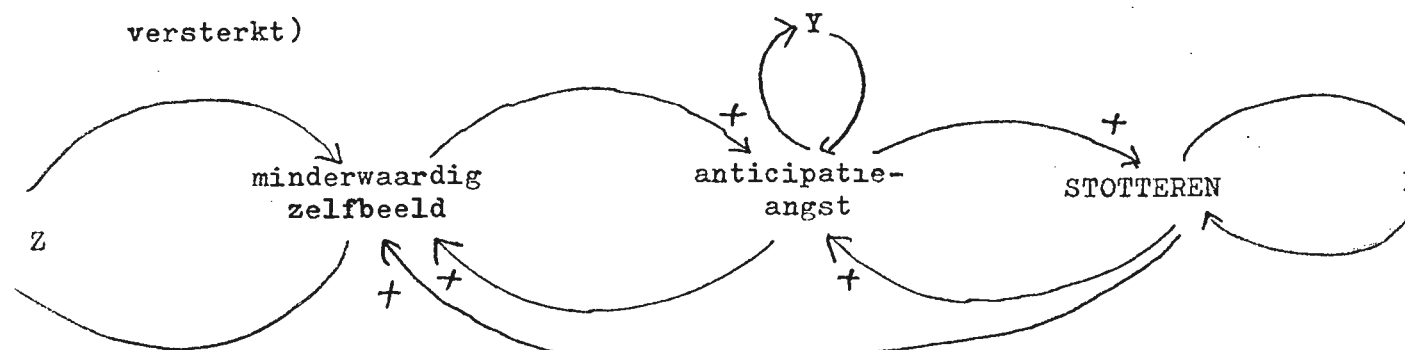
III 1 Ik heb geen flauw idee hoe representatief deze drie stotteraars
 zijn, maar ik houd het er voornamelijk op dat zeker Koos en Gerrit
 ernstige stotteraars waren; beiden hadden al eens een vruchteloze
 logopedische behandeling gehad en op het moment dat ik hun voor
 het eerst ontving zou ik er een cijfer 1 of 2 voor geven. (dus
 zeer slecht) Wat me daarom verbaasd heeft is het tempo waarin
 verbetering is opgetreden en het betrekkelijk geringe aantal zittingen
 (met relatief grote tussenpozen) vergeleken met wat ik uit de
 literatuur haal. Dit vraagt om een verklaring; laat ik een poging
 wagen.

2 een simplistische kijk op stotteren.

Net als Webster (1974) zie ik het allereerst als een uitspraakpro-
 bleem. (een verplicht behandelingsdoel) Met Wingate kan ik het eens
 zijn over een gestoorde coördinatie van ademhaling, stembanden,
 tong, lippen en wat dies meer zij, die kennelijk niet goed in de
 hand worden gehouden door het spraakcentrum o.i.d. (ademhaling is
 bv een gebruikelijk werkdoel van logopeden), maar in grote lijnen
 kun je de coördinatiestoornis(sen) terugvoeren tot uitspraakpro-
 blemen. Dan houden we het tenminste eenvoudig. Dan veronderstel ik
 dat ik me niet vergis als ik er vanuit ga (en ook waarneem) dat
 die factoren die Wingate onder 3- rangschikt (dus opwinding, span-
 ning, vrees, verlegenheid, irritatie) een nadelig effect hebben.
 Bij nader inzien wil ik dat opsplitsen in tweeën: het gaat ten
 eerste om anticipatieangst (hoe meer je bang bent te zullen stot-
 teren, hoe erger het wordt) en ten tweede om het zelfbeeld, de
 houding die je tegenover jezelf(en ermee samenhangend tegenover
 anderen) hebt. Want hoe meer een negatief zelfbeeld hiervan af-
 hangt, des te groter kan de anticipatieangst zijn en des te ern-
 stiger daarmee het symptoom, respektievelijk allerlei vermijdings-
 gedrag.

De anticipatieangst kan op zich een aangrijpingspunt zijn. De behandeling kan bv' bestaan uit paradoksale intentie, of een of andere variant van relaxatie (met of zonder desensitisatie), zoals ik hierboven geïllustreerd heb.

Het zelfbeeld kan ook een werkdoel opleveren. In beginsel kun je werken aan een aanvaardbaarder en passender zelfdefinitie, en aan een akseptabele (bij de zelfdefinitie passende) kijk op de situatie. Bij Gerrit bijvoorbeeld heb ik eerst een aanvaardbare situatie helpen scheppen en vervolgens zijn positie van ondergeschikte tegenover ongeduldige meedelingen in een ander licht gesteld, waardoor hij er in plaats van een vervelend gevoel nu enig plezier (een klein beetje machtsgevoel) aan kon ontleen. Zodoende kon hij tot op zekere hoogte een andere kijk op zichzelf ontwikkelen, namelijk iemand te zijn die zich óók tegenover superieuren (en ouders) staande houdt. Zulks is m.i. in een terugkoppelingsketen via de anticipatieangst aan het stotteren gekoppeld. Dit heb ik in het volgende diagrammetje uitgebeeld. (Als de plustekens worden vervangen door mintekens worden de genoemde variabelen verzwakt in plaats van versterkt)



(X,Y,Z zijn drie therapeutische aangrijpingspunten)

(N.B. dit is niet als een etiologies model van stotteren op te vatten!!)

James* heeft al in 1898 een interessante vergelijking opgesteld:

$$\text{self esteem} = \frac{\text{success}}{\text{pretension}} \quad \text{ofwel:} \quad \text{eigendunk} = \frac{\text{sukses}}{\text{pretenties}}$$

Het komt me voor dat deze factoren niet onbepèrkt te manipuleren zijn. Gerrit is bv.een bizonder pretentieuze jongeman (het lijkt er wel op dat zijn pretenties voorheen gegroeid zijn naarmate hij ernstiger faalde) en dit is maar tot op zekere hoogte terug te schroeven. Helaas is en blijft zijn eigendunk (zelfbeeld) dan ook vooralsnog kwetsbaar, altans teveel afhankelijk van (wisselvallig) sukses.

* geciteerd door D.Castell 1970

50

Bij Koos heb ik tamelijk direkt aan zijn zelfbeeld gewerkt, feitelijk door er een gunstiger beeld voor in de plaats te zetten, dat strookte met zijn pretenties (te weten geen kind meer te zijn etc), maar dan werd sukses ook noodzakelijk om die pretenties waar te maken!

Iets dergelijks deed ik met de ouders, door hun te definiëren als goede, verstandige ouders (wat ongetwijfeld ook hun pretentie was) die hun zoon willen helpen over de puberteitsdrempel heen te komen, dus ook zelfstandiger enzovoort te worden, maar daarmee konden ze niet anders dan zich verplicht te voelen hieraan in alle opzichten goed mee te werken.

We komen in de buurt van de bekende theorie dat dissonantie tussen systemen een behoefte schept tot konsonantie. (Mowrer, Heider, Osgood & Tannenbaum, Festinger; geciteerd door David Castell, 1970) Castell gebruikt een tamelijk simpel model voor zijn behandelingsstrategie: Hij vat de menselijke persoon op als een systeem, bestaande uit drie subsystemen : gedrag, houding en emotie.

Elk subsysteem is (zoals te doen gebruikelijk) weer verder onder te verdelen. (bv zijn aan "houding" kognitieve en waarnemingscomponenten te onderscheiden en valt het uiteen in: houding ten opzichte van zichzelf, anderen en ideeën + gebeurtenissen. "emotie" omvat tevens "gevoelens, stemmingen, motivatietoestanden")

Castell gaat er vanuit dat deze drie normaliter kongruent zijn en dat therapie gericht is op het bereiken van evenwicht, kongruentie; dit impliseert dat je in de therapie een of enkele componenten probeert te veranderen en dat dan de overige elementen als vanzelf meegaan in die herorientatie die leidt tot meer consistentie en kongruentie (zoals hij zo sober formuleert !)

Welke subsystemen je aan de mens wilt onderscheiden is -denk ik- niet eens zo belangrijk (al verkies ik uiteraard prakties bruikbare categorieën boven filosofiese); ook als je ze P,Q,R noemt (en evt. onderverdeelt in p1,p2 etc) blijft deze theorie van groot belang voor de psychoterapeut !

Referenties: Castell, David (1970) Systems Theory Methodology in Behaviour Therapy uit: Behaviour Therapy in the 1970s Bristol. John Wright & Sons Ltd

van der Hart, Onno (1975) De last is te zwaar TDT (3)2

Webster, Ronald L. A behavioral analysis of stuttering uit (1973) Innovative Treatment Methods in Psychopathology John Wiley & Sons New York, London, Sydney, Toronto.

1. Overzicht van de literatuur

1.1

Het verschijnsel schrijfkrimp is onder vele benamingen in de literatuur te vinden - writer's cramp, scrivener's palsy, mogigraphie, graphospasmus, crampe des écrivains, dyskinésie des écrivains, graphic dyskinesia, Fingerkrampf, Schreibkrampf - en is onder te brengen in een groep motorische aandoeningen die bekend staan als "occupational neuroses and cramps, craft neuroses, professional neuroses, crampes fonctionelles, impotences professionnelles, Beschäftigungsneurosen, Beschäftigungskrämpfe" (Crisp en Maldofsky, 1965).

Bij al deze ongewenste gedragingen gaat het om een wegvallen van een aangeleerde motorische vaardigheid en deze motorische vaardigheid heeft juist in de werksfeer zijn belangrijkste betekenis : viool-speel-krimp, piano-speel-krimp, type-krimp.

1.2

De cliënten met deze klachten worden door de diverse auteurs zeer verschillend getypeerd : de beschrijvingen lopen uiteen van "ernstig neurotische patiënten" tot "cliënten zonder psychiatrische problemen".

Allen hebben echter gemeen dat ze een hoog streefniveau hebben, precies zijn, nauwgezet, scrupuleus en sensitief. De neiging zich in sterke mate dependant op te stellen in werk en gezin wordt regelmatig gezien.

1.3

De schrijfkrimp wordt door Poore in 1897 (zie Sylvester, 1960) in 3 typen onderscheiden

- Verlamming (remming) : de hand beweegt niet (?)
- Krimp : hand en vingers komen in een kramptoestand
- Tremor : er ontstaat een tremor die het schrift onleesbaar maakt

N.B.

De schrijfkrimp met verlammingen treffen we in de moderne publicaties niet meer aan. Schrijfkrimp zoals in latere publicaties wordt weergegeven, bestaat uit krimp en tremor (Crisp 1965, Okma 1971, Gibson 1972).

1.4

De behandeling van schrijfkramp.

Schrijfkramp is met vrijwel alle mogelijke therapieën geattakeerd, soms met succes.

1.4.1

Crisp (1965) vermeldt de resultaten van Ajuriaguerra die bij acht van de tien behandelde cliënten bereikt werden d.m.v. een relaxatietechniek, afgeleid van de autogene training van Schulz.

1.4.2

Liversedge en Sylvester (1955) ontwikkelden een behandelingsstrategie op basis van de gedragstherapeutische beginselen. Er werd een trainingsprogramma opgesteld en op ieder falen binnen dit programma werd de andere hand als aversieve prikkel een electroshock aangeboden.

De behandeling bestond uit de volgende onderdelen :

- Een metalen plaat, voorzien van een 9-tal gaten met een middellijn van 0,3 tot 1,3 cm werd voor de cliënt geplaatst. Wanneer hij bij zijn pogingen om een metalen pen door de gaten te steken de wand raakte, kreeg hij middels dit contact een electroshock door de linkerhand (tremor).
- Een zig-zag patroon van isolatietape op een metalen plaat moest door de cliënt gevolgd worden. Bij afwijken van dit patroon kreeg hij eveneens een electroshock (tremor).
- Tenslotte werd er een speciaal ontworpen pen aangeboden, waarbij sterke druk van de duim van de gebruiker een electroshock veroorzaakte (kramp).

De resultaten waren indrukwekkend. De 7 cliënten verbeterden allen 50-85% na 3 tot 5 weken behandeling.

Sylvester en Liversedge (1960) verzamelden 56 cliënten met schrijfkramp. Hiervan werden er 39 gedurende 4 tot 18 weken behandeld. 29 werden als genezen uitgeboekt; van de 29 recidiveerden er 5, zodat 24 van de 39 tenslotte van hun hinderlijke klacht bevrijd werden.

Aan het slot van het artikel uit 1955 schrijven zij : "We feel that this type of therapy can be conducted bij anyone with sufficient understanding of the mechanical nature of the disorder to be able tot apply the various retraining exercises and that the psychological element in the treatment is relatively unimportant".

1.4.3

Dat viel echter tegen. Gibson (1972) bestudeerde de gedragstherapie-literatuur van 1960 tot 1970 en constateerde dat niemand het succes van Sylvester en Liversedge deelde met hun behandeling door de "aversie-shock".

Integendeel, de klachten namen vaak toe. Op theoretische gronden is dit ook voorpelselbaar. De schrijfkrimp is te beschouwen als vermijdingsgedrag, ontstaan uit de situatie van het schrijven. De electroshock met zijn extra angstproductie maakt de zaak alleen maar erger (Beech, 1960). Nadat Beech geen resultaten zag met deze methode, behandelde hij zijn cliënten met "negative practice". Hij adviseerde deze behandelingsmethode vooral bij zeer angstige mensen.

1.4.4

Okma (1971) borduurde hierop voort : naast systematische desensitisatie gebruikte hij de "negative practice". Met behulp van een handdynamometer werd een intensieve verkrampte response opgeroepen. Daarna moest de cliënt enige regels schrijven. Vervolgens bouwde hij een apparaat waarop de cliënt de spanningsgraad van zijn arm zelf kon aflezen en tot relaxatie overgaan. Als vierde benadering verschafte hij adviezen rond de techniek van het schrijven.

1.4.5

Conclusie : behandeling lukt soms, soms niet. De groep cliënten is veel minder homogeen dan de algemeen gebruikte indeling suggereert. Er is geen duidelijke behandelingsstrategie uit de literatuur te isoleren. Wel lijkt de gedragstherapeutische benadering het meest succesvol te zijn.

2. De behandeling van de heer O.

De heer O. werd in maart 1974, nadat hij enige weken met zijn vrouw was opgenomen in een PAAZ, bij de SPD in Zuid-Holland aangemeld voor behandeling. Zijn klachten bestonden uit dwangdenken en een hardnekkige schrijfkrimp, die hem reeds gedurende 7 maanden het werk (als kantoorbediende bij een Verzekeringsbank) onmogelijk maakte.

2.1

De behandeling van de schrijfkrimp.

Reeds bij de intake verzucht de heer O. : "Kon ik maar weer schrijven, dan ging ik werken en zou alles wel weer gaan".

We besluiten om dit lastige verschijnsel eerst aan te pakken. De schrijfstoornis bestaat uit een kramptoestand van de handspieren, die optreedt wanneer de heer O. ongeveer 45 minuten aan het schrijven is : het schrijven gaat steeds moeilijker, totdat hij niet meer in staat is een letter op papier te zetten.

54

Om hem van dit verschijnsel te verlossen wordt de volgende procedure be-
dacht :

- Cliënt wordt uitgenodigd op een ochtend te komen om definitief van zijn symptoom te worden afgeholpen
- We verzekeren hem, de gehele ochtend tot zijn beschikking te staan
- Van belang is dat hij op die ochtend schrijfproblemen krijgt zodat hij er van af geholpen kan worden
- Cliënt zal dus drie kwartier of langer moeten schrijven om die toestand op te wekken - er is voldoende tijd gereserveerd
- Wanneer de heer O. de kramptoestand opgewekt heeft, zal hij het advies krijgen om op een zeer groot vel papier "krampachtige" grote halen te zetten. Daar dit gebeurt door de armspieren (niet door de fijne, in kramp verkerende handmotoriek) lijkt de mogelijkheid aanwezig dat hem dit wel lukken zal. Zodra dit gebeurt zal hem geadviseerd worden een grote letter te maken, vervolgens een kleinere etc. (Haley, 1963).

2.2

De zitting.

De heer O. komt met een wat ongelukkig gezicht binnen en deelt mee "er erg tegenop te zien". Ik beurt hem wat op en vraag hem met schrijven te beginnen. Om voldoende schrijfstof te hebben wordt hem verzocht zijn levensgeschiedenis op te schrijven.

Na een half uur informeer ik belangstellend of er al enige krampverschijnselen zijn. Na 45 minuten ruim ik de statussen op die ik bijwerk- te en informeer, op mijn klok kijkend, hoever hij is. Er gebeurt nog niets. Na hem nog eens meegedeeld te hebben dat hij toch eerst die schrijfkramp moet hebben om hem er van af te kunnen helpen, werk ik nog wat aan mijn administratie. Na één uur informeer ik op licht geïrriteerde toon hoe het er mee staat. Na $2\frac{1}{2}$ uur stoppen we ermee.

De heer O. bleek, ondanks mijn aandringen, zijn symptoom niet op te kunnen wekken. Teleurgesteld (wat ik in feite ook was - ik had de genoemde therapeutische strategie graag uitgevoerd) zei ik hem hoe het me speet dat hij nu niet geholpen kon worden. Ik adviseerde hem thuis te gaan oefenen om de kramp op te wekken zodat in een nieuwe zitting (een week later) het wel mogelijk zou zijn hem er van af te helpen. We spraken af dat hij 4 uur (!) per dag aan zijn levensverhaal zou schrijven.

2.3

Follow up.

We zijn nu $1\frac{1}{2}$ jaar verder. De heer O. slaagde er niet in nog éénmaal schrijfkramp te krijgen. Hij werkt hele dagen. Er zijn wel enige rest-

55

verschijnselen. Na 2 uur schrijven treedt er een licht vermoeid gevoel op in de rechterhand. Deze sensaties verhinderen cliënt echter tot nu toe niet zijn werk tot tevredenheid te doen.

3. De grenzen van "prescribing the symptom"

Nadat we hierboven een voorbeeld van een succesrijke behandeling van een man met schrijfkramp hebben gegeven, lijkt het zinvol uitgebreid in te gaan op hetgeen gebeurde nadat deze cliënt van het symptoom was verlost.

3.1

Naast de schrijfkramp klaagde de heer O. over dwangdenken en na het verdwijnen van de schrijfkramp vertelde hij over zijn sexuele stoornis : hij bezocht incidenteel prostituees om met hen de sexualiteit te beleven op een wijze waarvan hij zelf stelde, dat zijn vrouw niet te kunnen aandoen. De activiteiten hadden voor de prostituee en de vrouw in het algemeen vernederende aspecten.

Rond dit prostitutiebezoek onstonden wekenlang durende ruzies tussen de echtelieden. Na deze ruzies werd de heer O. gekweld door urenlang dwangdenken over zijn vrouw. Gedurende de behandeling ontwikkelde hij voorts ernstige hyperventilatie-aanvallen, dwangdenken over vroegere belevenissen en een herlees-dwang die hem dagenlang tot het steeds opnieuw bestuderen van de krant dwong.

3.2

Door middel van prescribing the symptom bleken bij deze man de diverse klachten in één zitting tot verdwijnen te brengen.

De schrijfkramp beschreven we reeds, maar ook de andere hierboven genoemde gedragingen waren na een zorgvuldig geplaatst directief, binnen enkele dagen verdwenen. In de tijd die lag tussen de verschillende symptomen maakten we ernstige gezinscrises door.

De heer O. werd een aantal malen depressief, vertoonde een neiging tot zelfmoord en loste deze situatie op door aan te dringen op een opname. Zodra hier in toegestemd werd (regelmatig ondersteunde de huisarts zijn verzoeken tot opname - de suïcidedreiging was soms beangstigend) verdween de depressie en ontwikkelde hij een nieuw symptoom. Een 3-tal malen bleef hij langere tijd klachtenvrij, doch in die tijd werd zijn vrouw ernstig depressief en bracht deze de tijd door met het overwegen van zelfmoord (weerhuisje-fenomeen).

3.3

Deze turbulent verlopende conjoint therapie werd onderbroken door een 14 dagen durende opname in een universiteitskliniek. Cliënt liep daar weg toen hij, volledig bevrijd van zijn dwangklachten, overspoeld werd door hevige angsten. Hij liep weg naar huis en ontwikkelde binnen enkele dagen opnieuw ernstige dwanggedachten.

De heer O. werd ook medicamenteus behandeld. Bij de intake gebruikte hij Seresta : gedurende de behandeling bleef hij dit in wisselende doseringen innemen. Verder gebruikte hij : Frenactil (zonder succes - hij klaagde alleen over de bijwerkingen), 11e zitting Anafranil 125 mg dd, 22e zitting af en toe Temesta van zijn vrouw, 's avonds voor het slapen.

3.4

Ondanks de zekerheid die we gedrieën (de therapeut en het echtpaar) hadden omtrent de mogelijkheid om nieuwe symptomen onmiddellijk tot verdwijnen te brengen, veranderde er niets.

Tenslotte werd op de 24e zitting besloten te stoppen met de behandeling en werd de heer O., mede op aandringen van de huisarts, opnieuw aangemeld bij een (andere) universiteitskliniek voor een kennismakingsgesprek voorafgaande aan een opname.

3.5

Dan volgt een merkwaardig beloop : na dit bezoek, waarbij hem inderdaad onmiddellijk een opname aangeboden wordt, belt hij ons bureau op met het verzoek of hij toch in behandeling mag blijven. We zeggen hem niet te kunnen helpen maar dat hij vanzelfsprekend wel mag komen (!). Wanneer hij nu 2 weken later komt, zegt hij sinds het bezoek aan de universiteitskliniek klachtenvrij te zijn en over één week te willen gaan werken. Ook zijn partner zou klachtenvrij zijn.

De therapeut is door deze gang van zaken zeer verrast. De heer O. geeft hier mogelijk mee aan, alles maar bij het oude te laten. Mede gelet op de zeer kleine kans op verbetering bij verdere behandeling, wordt besloten te proberen de heer O. bij zijn pogingen om in de matig stabiele situatie voorafgaand aan zijn instorting te geraken, te begeleiden. Er wordt overgegaan tot een werkhervattingsstrategie (Hoogduin en Joele, 1975).

De volgende zitting : De heer O. werkt halve dagen en voelt zich zeer gelukkig. Als hij vraagt op wij achter zijn "aan het werk zijn" staan vertellen wij hem onze twijfels en schilderen hem opnieuw de voordelen van een stress-vrij leven als invalide. Zijn vrouw kijkt de therapeut eerst verbijsterd, daarna woedend aan.

De therapeut dringt aan op een nieuw gesprek over 4 weken : de heer O. zegt aan een telefonisch contact voldoende te hebben. Wij verzoeken hem toch maar een afspraak bij de secretaresse te maken : mocht hij over 4 weken geen belangstelling meer hebben voor een afspraak dan kan die immers ongedaan worden gemaakt.

In gedachten kijk ik het echtpaar na en zie tot mijn verbazing dat de nog steeds woedende mevrouw O. met haar man de gang naar de secretaresse niet maakt maar direct rechtsaf slaat en ons bureau verlaat.

Dit slot schreef ik in mei 1975. 2 maanden later belde de heer O. vol trots op met de mededeling dat hij weer hele dagen met plezier werkt. Zeer recent bezocht hij ons bureau en vertelde klachtenvrij te zijn. Ook met zijn vrouw ging het goed, zij ging echter gebukt onder het feit dat zijn seksuele belangstelling voor haar ernstig bekoeld was.

4. Discussie

Jelgersma (1915) beschrijft in zijn "Een geval van Hysterie" een mevrouw met schrijfkramp in de rechterhand. Zij vertoonde in wisselende mate naast deze klacht : snelle vermoeibaarheid van de linker lichaamshelft, "hysterische aanvallen", een gevoel van warmte en angst in de linker lichaamshelft, visusstoornissen (slingers/vlekken voor de ogen), sadistische fantasieën waarbij seksuele opwindning optrad, angsten en depressies. Hij behandelde de vrouw volgens de psycho-analytische methode van Freud maar "hoewel de wens ziek te zijn open en bloot voor de patiënte lag en zij deze ook inzag, toch was de beterschap maar gedeeltelijk omdat zij zich in het bewuste leven niet aan de wens kon onttrekken" (pag. 146). De geschiedenis van de patiënte van Jelgersma heb ik hier vermeld omdat ik bij lezing van de studie het beeld kreeg van een Jelgersma die gretig en enthousiast een voor hem nieuwe therapie toepaste op een patiënte. De behandeling is een groot succes, de patiënte heeft inzicht, de theorieën kloppen, alleen : zij wordt niet beter.

Bij de heer O. bevindt de therapeut zich in een vergelijkbare situatie. De indicatie voor een conjoint therapie is daar, hij is zeer enthousiast over de wijze van behandelen, de symptomen zijn inderdaad steeds opnieuw (!) tot verdwijnen te brengen, ook de heer O. weet dat ieder nieuw symptoom via een directief tot verdwijnen gebracht kan worden, alleen : hij wordt niet beter.

58

We hebben hier te maken met een man die niet in staat is na het opgeven van symptoomgedrag nieuwe wegen in te slaan, terwijl de therapeut niet in staat is hem voldoende daartoe te motiveren (Watzlawick, 1974).

De communicatie bij het echtpaar is overwegend paradoxaal. Het systeem vertoont overwegend morfostatische processen (van Dijk, 1974). De therapeut slaagde er herhaaldelijk in, na blokkering van de paradoxale communicatie, een crisis te induceren die afwisselend de man en de vrouw aan de rand van suïcide bracht, of de vrouw werd depressief, of de man ontwikkelde een nieuw symptoom.

Van groot belang voor het mislukken lijkt ook de verzuchting van mevrouw O. : "Ik kan hem toch niet zo in de steek laten" of van de heer O. : "Ik maak er een eind aan als zij weggaat", of opnieuw van mevrouw : "De kinderen hebben hun vader toch nodig".

De mogelijkheid dat met alle symptomen en acties de discussie rond de relatie, de dreiging van een mogelijke scheiding vermeden werd, lijkt niet uitgesloten.

De heer O. ontwikkelde de schrijfkrimp aansluitend aan een promotie op zijn werk. Het stormachtige verloop van de therapie, de verschrikkelijke crises die het gezin O. doormaakte, de vergaande inspanningen van de therapeut leidden tenslotte tot een situatie zoals die bestond vóór de promotie. Voorlopig lijken het gezin O. en de therapeut daar genoeg mee te nemen.

Met de schrijfkrimp zal het verder wel gaan. Voor de problemen in het gezin ziet het er niet ongunstig uit.

Naast deze man met schrijfkrimp kwam ik nog tweemaal in contact met een cliënt met een "beroepskrimp".

- Een abdes van een klooster die als administratrice op een ander klooster geplaatst werd ontwikkelde de schrijfkrimp aansluitend aan deze "degradatie".
- Een timmerman die krimp kreeg in de hand op het moment dat hij een spijker in het hout wilde slaan.

De timmerman heb ik in behandeling genomen. Toen hij 10 maanden in de ziektewet was, besloot hij naar een ander soort werk te solliciteren. Op het moment van het schrijven van de sollicitatiebrief kreeg hij een aanval van schrijfkrimp die duurde tot aan zijn WAO-uitkering.

De hierboven beschreven benadering werd noch op de religieuze (ik was toen co-assistent), noch op de timmerman toegepast. Hoewel ik de timmerman ná



de heer O. ontmoette, realiseerde ik me eerst bij het schrijven van dit artikel dat deze man met zijn timmerkramp ook tot deze categorie gerekend kon worden.

Literatuur

Beech, H.R. (1960) : "The symptomatic Treatment of Writer's Cramp",
 "Behaviour Therapy and the Neuroses",
 ed. H.J.Eysenck, Pergamon Press, 4, 1960, 372-399

Crisp, A.H. and Moldofsky, H. (1965) : "A psychosomatic Study of Writer's Cramp",
 Brit. Journal of Psychiatry, 111, 841-858

Dijck, R. van (1974) : "Vormen van directe Therapie bij Echtparen
 en Gezinnen",
 Tijdschrift voor Psychiatrie, 1974, 16, 109-229

Gibson, H.B. (1972) : "Writer's Cramp, a Behaviour Approach".
 Beg. Res. and Ther., 1972, 10, 371-380

Haleu, J. (1964) : "Strategies of Psychotherapy"
 Grune and Stratton, N.Y.

Hoogduin, C.A.L. en Joele, L. (1975) : "Werkhervatting",
 TDT, 3, 3, 64-75

Jelgersma, L. (1915) : "Een Geval van Hysterie, psycho-analytische
 Studie", van Waesburg, Leiden

Liversedge, L.A. and Sylvester, L.A. (1955) : "Conditioning Techniques in the Treatment of
 Writer's Cramp"
 Beh. Ther. and the Neur. ed. H.J.Eysenck,
 Pergamon Press, Oxford 1960, 327-333
 Ook in Lancet 1955, 1147-1149

Okma, K.D. (1971) : "Gedragstherapie toegepast op Schrijfkramp"
 N.T.V.G. 115, 16, blz. 710-712

Sylvester, J.D. and Liversedge, L.A. (1960) : "Conditioning and the occupational Cramps",
 Beh. Ther. and the Neur. ed. H.J.Eysenck,
 Pergamon Press, Oxford, blz. 334-348

Weakland at al. (1974) : "Brief Therapy : focused Problem Resolution"
 Family Process 1974, 13, 2, 141-168

Onno van der Hart:

61

Relaties en rituelen (I) Les Rites de Passage

Hans, 24, wordt door zijn huisarts verwezen naar een therapeut. Hij heeft dwangneurotische symptomen, die de laatste tijd steeds erger worden. Moest hij een tijdje geleden nog een paar uur per dag schoonmaken en zijn handen wassen, nu is het zo erg geworden dat hij de gehele dag bezig is en niet meer naar zijn werk gaat.

De therapeut, een psychiater, gaat dit probleem gedragstherapeutisch aanpakken; hij begint met een monitoropdracht. Hans reageert daar erg moeilijk op. Hij zegt dat het zijn kwaal verergert en dat hij het een nare behandelingsmethode vindt. Voorts neemt hij het voorschrijven van medicijnen van de huisarts over. Hans krijgt medicijnen omdat hij erg gespannen is. De therapeut komt er na een paar gesprekken achter, dat Hans ook huwelijksproblemen heeft. Hij laat Anneke, 23, voortaan meekomen. Het blijkt, dat Hans vroeger door zijn moeder op een voetstuk is geplaatst, en volgens Anneke nog steeds geplaatst wordt. Tijdens hun verkering en in het begin van hun huwelijk -ze zijn nu drie jaar getrouwd- deed Anneke dat ook. Hans was de leider en Anneke de gedweëe volgeling, die tegen hem opzag. Daarin is verandering gekomen. Anneke is haar mondje meer gaan roeren, ging meer voor zichzelf opkomen. Dat kon Hans moeilijk aanvaarden. Hij werd steeds meer gespannen. Hij ontwikkelde symptomen, en een gevolg daarvan was dat hij de "zieke" werd en Anneke de "gezonde". Dat is volgens hem een volledige rolomkering. Hij vindt dat vreselijk. Wanneer dit in de therapie duidelijk wordt, staakt de therapeut zijn gedragsmatige aanpak van het aangemelde probleem en richt de aandacht op het huwelijksprobleem. Hans gaat zijn symptomen in nog sterkere mate vertonen en wordt nog meer gespannen. De therapeut verdubbelt de medicatie.

Op dit punt draagt de therapeut de behandeling aan een kollega over, wiens behandeling meestal van het direktieve type is. Deze refereert in het eerste, taxatie, gesprek aan datgene wat al uitvoerig in de vorige therapie aan de orde is geweest. Ten eerste is er het dwangmatige wassen en schoonmaken van Hans, en ten tweede zijn er de "overgangsproblemen" van hen beiden. Zij zijn nu op weg naar een meer volwassen huwelijk van twee gelijkwaardige partners; waarin niet de een de baas is en de ander de ondergeschikte of omgekeerd. Hij konstateert voor zichzelf, dat het symptomatisch gedrag van Hans hierin een bepaalde rol speelt.

62

Als hij aan het schoonmaken is, doet hij dat alleen. Anneke is in een andere kamer, ze wil zich er niet meer mee bemoeien. M.a.w., uitvoeren van het symptomatisch gedrag betekent dat beiden in die tijd geen contact met elkaar hebben en op die manier de konfrontaties ontlopen. Waarmee het onmogelijk is geworden dat hun relatie door samen praten verandert in de richting van meer gelijkwaardigheid tussen beiden. In deze tijd is ook het seksuele contact tot een minimum beperkt. Hans geeft de schuld aan de medicijnen, die hem versuffen. Het blijkt echter ook, dat hij veel later dan Anneke naar bed gaat.

De therapeut ziet het symptomatische gedrag van Hans als een ritueel dat èn de status quo handhaaft (er wordt niet over allerlei conflicten tussen beiden gesproken) èn verandering teweeg brengt (Hans wordt steeds meer de "patiënt" en Anneke de "gezonde"). Uitgaande van het reeds bestaande ritueel wil hij aan beiden, niet alleen Hans, een ritueel voorschrijven dat hen wellicht helpt de overgang naar een nieuwe fase in hun bestaan succesvol te maken. Hij vertelt Hans, dat hij gewoon kan doorgaan met het schoonmaken en handen wassen, omdat hij uiteraard toch al bezig is om het zo min mogelijk te doen (vgl. Joele & Hoogduin, 1975). Maar Anneke moet er nu ook iets mee doen. In plaats van alleen in een andere kamer te blijven zitten, broedend op het gemis aan een echt huwelijkseven, moet zij elk voorwerp dat Hans heeft schoongemaakt, controleren. En nu niet zeggen, dat hij daarmee op moet houden omdat het allang schoon is, maar iets vinden wat nog niet helemaal proper is en hem opdragen dat te korrigeren. Dat vindt ze erg moeilijk, maar tenslotte verklaart ze zich ertoe bereid.

In volgende zittingen blijkt, dat dit ritueel toch te moeilijk is voor Anneke. Hans is zo'n schoonmaak-expert, dat ze echt niets kan vinden. Hans voegt eraan toe, dat het de therapeut wel zou lukken, omdat die blijkbaar een bepaalde fantasie heeft, maar Anneke, een heel ander type, zeker niet.

De therapeut neemt dit aan en gooit het over een andere boeg. Hij noemt nogmaals het verband tussen het symptomatische ritueel en de overgangsfase waarin beiden verkeren. "Als we in de geschiedenis kijken, dan zien we dat talloze overgangen door een schoonmaakritueel, beter gezegd reinigingsritueel, gekenmerkt worden.

Denk aan het dopen in de kerk, dat was vroeger toch duidelijk een onderdompeling, een reinigingsritueel. Denk ook aan het voetenwassen als een gezelschap bijeenkomt en gezamenlijk aan de maaltijd gaat. Jullie hebben als vanzelf ook een dergelijk ritueel gekozen. Alleen is het nog niet helemaal het juiste ritueel, want het keert steeds weer terug, het hindert jullie sterk en de overgang is nog niet helemaal gemaakt. Dat komt misschien, omdat jullie een individueel ritueel gekozen hebben, dat door Hans alleen uitgevoerd wordt. Wat nodig is, is een reinigingsritueel dat jullie beiden uitvoeren, waar jullie beiden deel aanhebben. En we hebben duidelijk gekonstateerd dat dit iets anders moet zijn dan wat we reeds geprobeerd hebben". De therapeut stelt Anneke en Hans voor om in de komende week op een avond sterk aan die overgang te denken en zich van veel gevoel voor elkaar bewust te worden. Dan moeten beiden onder de douche gaan waar de een de ander met veel aandacht helemaal inzeept en vervolgens omgekeerd. Daar moeten ze alle tijd voor nemen en dat ook met veel gevoel doen. Daarna spoelen ze elkaar grondig af, drogen elkaar af, gaan de douche uit en zijn op een heel fijne manier bij elkaar. Aan Hans apart geeft de therapeut de monitor-opdracht mee. "Dat kan nu, want dat is nu jouw verantwoordelijkheid, en ik weet dat je hiernaast ook steeds meer aandacht aan Anneke en jullie samen zult besteden". Hans accepteert dit, zulks in tegenstelling tot de eerste zitting met deze therapeut, waarin hij bij voorbaat al verkondigde slechte ervaringen met monitoring te hebben en dat beslist niet kan uitvoeren. In de volgende zitting vertellen beiden dat ze het ritueel uitgevoerd hebben, maar dat het niet helemaal uit de verf is gekomen. Ze zijn er te laat in de avond aan begonnen, want ze waren eerst samen uitgegaan (een nieuwe ontwikkeling). "Daardoor is wat U bedoelde, dat we na het douchen sex zouden hebben, ook niet gebeurd, maar wel een aantal andere keren deze week ...". Aldus Hans. Ze hebben ook veel met elkaar gepraat en daar willen ze beslist mee doorgaan. Het ritueel zouden ze het liefst nog een keer, in de komende week, willen uitvoeren. Waar de therapeut mee akkoord gaat. Hans laat een lijstje zien, waarop het aantal uren per dag vermeld staat dat hij schoongemaakt heeft. Volgens zijn zeggen is dit al veel minder dan voorheen, maar hij is er nog niet. Hij heeft aangegeven wat hij als limiet voor de komende week beschouwt. Tevens is hij begonnen met monitoring van zijn medicijngebruik.

64

In de volgende zittingen valt steeds een afname van het dwanggedrag en van het medicijngebruik te konstateren en een toename van bevredigende interacties tussen beiden, van contact met vrienden en van de tijd die Hans aan eigen interesses en hobbies gaat besteden. Het contact met de wederzijdse schoonouders wordt een belangrijk gespreksonderwerp. Hans en Anneke vinden dat ze te vaak bij hun ouders op bezoek moeten. Ze slagen erin om de frekwentie te verminderen.

Overgangsrituelen.

In het voorbeeld van Hans en Anneke wordt aangegeven, dat het voorkomen van symptomen bij een gezinslid verband houdt met het moeilijk kunnen maken van de overgang naar een volgende fase van het gezinsleven. Voorbeelden van dergelijke overgangen zijn het trouwen, de geboorte van het eerste kind, het naar school gaan van de kinderen, het tijdstip waarop ze uit huis gaan, het met pensioen gaan en het weduwe of weduwnaar worden. Een geslaagde overgang houdt méér in dan het zetten van een bepaalde stap. Een kind wordt bijvoorbeeld wel geboren op een bepaald moment, maar of de ouders de verandering aankunnen is een tweede. Hans en Anneke waren voor de wet wel getrouwd en leefden ook samen, maar echte huwelijkspartners waren zij nog niet. Kinderen van hun ouders waren zij meer nog dan partners. Haley (1973) geeft het verband als volgt aan: "Symptoms appear when there is a dislocation or interruption in the unfolding life cycle of a family or other natural group. The symptom is a signal that a family has difficulty in getting past a stage in the life cycle." Haley ziet het symptoom als teken. Wat de aard van het symptoom ook is, het is een teken dat het gezin overgangsproblemen heeft. Symptomatisch gedrag is een onderdeel van een bepaald geheel van gezinsinteracties. Het interactiepatroon is het probleem. Het symptoom, als meest opvallend aspekt uit dit geheel, krijgt vaak veel meer aandacht dan de rest van de problematische interacties. Het symptoom kan beschouwd worden als een symbool, een pars pro toto, voor het problematische interactiepatroon. Bij Hans was sprake van dwangrituelen als symptomatisch gedrag. Rituelen, al dan niet dwangmatig uitgevoerd, zijn symbolische handelingen die iets zeggen over de onderlinge verhoudingen van de betrokken personen.

65

Het steeds opnieuw moeten uitvoeren van een bepaald ritueel (symptomatisch gedrag) wijst erop, dat het ritueel niet de juiste functie vervult. Die functie is het helpen van het gezin de overgang naar een volgende fase van z'n bestaan te maken. Wanneer de therapeut een zgn. paradoxale opdracht geeft, oftewel het symptoom voorschrijft (in een iets gewijzigde kontekst), dan laat hij de gezinsleden hun ritueel op zo'n manier uitvoeren dat ze er hopelijk wel in slagen de overgang te maken. Als het hun lukt, heeft de therapeut een geëigend overgangsritueel voorgeschreven. Symptomatische gedragingen en de daarbij behorende interactiepatronen kunnen beschouwd worden als verkeerd gekozen overgangsrituelen.

Zonder precies bovengenoemde verbinding te leggen, noemt Palazzoli (Palazzoli, 1974; Palazzoli et al, 1974) haar uitgewerkte opdrachten aan gezinnen met problemen rituelen. Zij helpt de gezinnen in feite ook om, via het uitvoeren van het ritueel, de overgang naar een nieuwe fase in hun bestaan te maken. Zij noemt dit in haar (systeem)taal het gezin helpen om van een homeostatisch systeem een systeem van transformatie te worden. Hoe effectief die rituelen wel zijn, drukt de volgende zin uit: "We have found that the psysical enactment of a ritual is infinitely more productive of positive change than any form of verbalization can hope to be." (Palazzoli, 1974, p. 238). Het uitvoeren van een dergelijk ritueel betekent het gestalte geven aan de symboliek van een veranderd interactiepatroon. Daarmee wordt de weg naar andere gezinsverhoudingen geopend. Van het eerste ritueel dat de therapeut Hans en Anneke voorschreef (Hans gaat op dezelfde manier door met schoonmaken en wassen, Anneke gaat hem controleren) kwam evenwel weinig terecht. Doordat Anneke die rol niet kon of wilde vervullen, bleef de status quo gehandhaafd. Anneke had eerst gepoogd Hans er van te weerhouden; later had zij dat opgegeven en trachtte zij er zo weinig mogelijk hinder van te ondervinden door zich terug te trekken en op te gaan in de inhoud van een boeiend boek. De therapeut had een symboliek gekozen die te ver verwijderd was van het feitelijke interactiepatroon en had daarom de kloof met een nieuwe manier van omgaan met elkaar niet overbrugt. Het reinigingsritueel sloot daarentegen niet alleen aan bij bestaande interacties tussen Anneke en Hans, maar ook bij hun behoeften.

Beiden waren wel meer samen onder de douche geweest; Hans wilde niet afgaan met zijn symptomatisch gedrag en dat werd nu in een positief kader geplaatst; waarin hij met hetzelfde gedrag zijn vrouw juist iets heel fijns kon geven; hij wilde niet de ondergeschikte worden in hun huwelijk en Anneke wilde juist een relatie van twee gelijkwaardige partners. Het ritueel schreef niet een vastliggend komplementair interactiepatroon voor, maar een afwisseling van komplementaire (in beide richtingen) en symmetrische interacties.

Samenvattend: symptomen zijn de symbolen waarmee gezinsleden de moeilijkheden die zij ondervinden bij het maken van de overgang naar een nieuwe fase van de gezinslevenscyclus tot uitdrukking brengen. Die symptomatische gedragingen zijn tegelijkertijd op te vatten als de verkeerd gekozen rituelen. Rituelen zijn nodig om de overgang te doen slagen. Als de therapeut een paradoxale opdracht geeft of het symptoom voorschrijft, wijzigt hij de kontekst van het gebruikelijke ritueel, terwijl oude, vertrouwde, gedragingen grotendeels gehandhaafd blijven. Doordat de kontekst wordt veranderd, is hun functie gewijzigd.

Les Rites de Passage.

Datgene waar direktieve therapeuten langzaam maar zeker langs empirische weg achter komen, is in feite een oeroud gegeven. Overgangsrituelen komen in alle kulturen en in alle tijden voor. Het is pas in onze moderne tijd, dat ze een minder belangrijke rol zijn gaan spelen. Als we symptomen als verkeerd gekozen overgangsrituelen beschouwen en de voorgeschreven rituelen van therapeuten als korrekties daarop, en we nemen de steeds stijgende behoefte aan therapie in oogaanschouw, dan lijkt dit volkomen onterecht te zijn.

Het was Arnold van Gennep, die in 1909 een systematische studie aan overgangsrituelen heeft gewijd. Hij sprak van rites de passage. Van Gennep, een antropoloog, konstateerde dat mensen in hun leven talloze malen de overgang van de ene situatie of fase naar de andere moeten maken. Sommige daarvan zijn erg gemakkelijk te maken, andere zijn veel ingrijpender.

67

En hoe ingrijpender de overgang, des te uitgebreider zijn de erbij behorende rituelen. Een overgang betekent dat het evenwicht in bepaalde sociale relaties verstoord wordt. Een huwelijk sluiten, bijvoorbeeld, is een sociale storing, die niet alleen twee individuen raakt, doch verschillende groepen van variërende grootte beïnvloedt. Het huwelijk wijzigt een aantal elementen in hun onderlinge relaties. Volgens Van Gennep moeten rituelen voorkomen dat het evenwicht teveel verstoord wordt. Zij^{zijn} er, bij wijze van spreken, om de betrokkenen een behouden vaart te garanderen. Bij het uitvoeren van overgangsrituelen zijn vaak derden aanwezig. Zij moeten niet alleen onreinheden neutraliseren en tovenarij van de betrokkenen weghouden, maar dienen vooral ook de kloof tussen de oude en de nieuwe toestand te overbruggen, de verbinding tussen beide aan te geven. Volgens Van Gennep zijn zij die verbinding dan. Ze behoren "het veranderen van konditie te vergemakkelijken zonder dat heftige verstoringen optreden of een abrupt einde van individueel of kollektief leven optreedt." Hoewel Van Gennep daar niet met zoveel woorden op in gaat, is het duidelijk dat in tal van kulturen dergelijke funkties door priesters of shamans werden of worden uitgevoerd. Het lijkt erop, alsof in onze moderne maatschappij de therapeut degene is die deze rol steeds meer gaat vervullen.

Van Gennep heeft ontdekt, dat alle overgangsrituelen door een bepaald patroon of structuur, ("schema") gekenmerkt worden. Hij kon tot dit inzicht komen omdat hij zijn aandacht niet op bepaalde, afzonderlijke, rites richtte, maar op ruimere gehelen. Volledige overgangsrituelen bestaan altijd uit drie delen. Deze vergezellen de drie fasen van een overgang. De eerste fase is de séparation (scheiding), met de erbij behorende scheidingsrites; de tweede fase is de marge (overgang), met de eigenlijke overgangsrituelen; en de derde fase is de agrégation (vereniging, opname), met de verenigings- of opname rites. Van Gennep had nog een andere manier van uitdrukken. De eigenlijke overgang wordt letterlijk of figuurlijk gekenmerkt door het overschrijden van een drempel. Het gaat dus om drempelrituelen, liminaire genoemd. De daaraan voorafgaande scheidingsrituelen zijn préliminaire, en de verenigingsrites postliminaire.

De eigenlijke overgang is dus het overschrijden van een drempel of een grens.

Wie daarmee bezig is, bevindt zich gedurende enige tijd in een bijzondere positie. Hij houdt zich tussen twee werelden op. Dit symbolische en ruimtelijke overgangsgebied wordt aangetroffen in alle ceremonies, die de passage van de ene sociale of "magico-religieuze" positie naar de andere vergezellen. Het over de drempel - de grens tussen bijv. de vreemde en de eigen, huiselijke, wereld - stappen is een belangrijke verrichting in huwelijks-, adoptie- en begrafenisceremonies. Een voorbeeld van het eerste is de bruidegom die zijn bruid over de drempel van hun nieuwe woning draagt. Belangrijk is, dat een volledig patroon van overgangsrituelen de drie genoemde fasen omvat. In bepaalde gevallen zien we echter dat niet alle drie even belangrijk of uitvoerig zijn. Zo treden bij begrafenissen de scheidingsrites op de voorgrond; zien we de verenigingsrites vooral bij het sluiten van een huwelijk, en staan de overgangsrituelen - sec centraal bij verlovingen en bij zwangerschap en initiatie.

In het ritueel dat de therapeut aan Hans en Anneke voorschreef, lag het aksent op de scheidingsrite. Het reinigingsritueel moest het afscheid van een verleden betekenen, waarin beiden nog ongelijkwaardige partners waren. De andere fasen waren ook vertegenwoordigd, doch hadden veel meer op impliciete wijze gestalte gekregen. Als beiden uit de douche kwamen -over de drempel gingen-, moesten ze op een heel fijne manier bij elkaar zijn. Zijzelf konden daarin inhoud aangeven. Zoals Hans aangaf, zochten zij het verenigingsritueel in een echtelijke "gemeenschap"; alleen niet op het moment dat de therapeut had aangegeven.

Diskussie.

1. Volgens Van Gennep moeten rituelen voorkomen, dat een overgang het evenwicht in bepaalde sociale relaties teveel verstoort. De rituelen helpen de betrokkenen om de overgang op een zo veilig mogelijke manier te maken, zodat een normaal leven weer mogelijk wordt. Het is duidelijk dat de rituelen van de direktieve therapeut dezelfde functie vervullen. Zij vormen een korrektie op de rituelen die de betrokkenen zelf gekozen hebben -hun symptomatische gedragingen- en die in feite steeds meer spanning veroorzaken en een behouden vaart onmogelijk maken.

69

2. Het ontwikkelen van een geëigend ritueel blijkt in vele gevallen een niet geringe opgave te zijn. In de vakliteratuur wordt een sterk beroep gedaan op de creativiteit van de therapeut, zonder dat bruikbare richtlijnen verstrekt worden. Van Dijck (1975) merkt bijvoorbeeld op: "Mijn indruk over de leerbaarheid van de techniek van prescribing the symptom is overigens nogal pessimistisch. Het is aanzienlijk moeilijker te beschrijven hoe een goede paradoxale opdracht eruit ziet dan intuïtief te beslissen of hij deugt of niet." Volgens Palazzoli (1974) vraagt het "uitvinden" van een gezinsritueel grote creatieve inspanning van de therapeut, vaak zelfs een geniale inval. Van der Hart & Rubinstein (1972), wier rituelen bestonden uit "groeppspelen" waarin symptoomvoorschrijven was ingebouwd, laten zich optimistisch uit doch blijven in feite even vaag: "Hoewel we geleerd hebben om steeds op standaardwijzen (patronen) te reageren, biedt elke situatie mogelijkheden tot een nieuwe, creatieve aanpak."

Het schema van Van Gennep vormt een belangrijk instrument voor het ontwerpen van nieuwe rituelen. De therapeut is niet meer volledig aangewezen op een geniale vondst, waarin het symptomatische gedrag op een of andere manier is verwerkt. Als hij de gezinsproblematiek diagnostiseert in termen van overgangsproblematiek, kan hij vaststellen op welke van de drie fasen en soort rituelen uit het schema van Van Gennep hij zich primair moet richten. Hij kan zich tevens afvragen op welke wijze hij de andere fasen vorm kan geven en aan bod laat komen. Het reinigingsritueel dat de therapeut aan Hans en Anneke voorschreef was met behulp van dit schema ontwikkeld. Wie er eenmaal mee werkt, zal bemerken dat Les Rites de Passage, evenals andere anthropologische literatuur over rituelen, een rijke inspiratiebron vormt.

3. Van Gennep heeft geobserveerd dat de meer ingrijpende overgangen van complexer rituelen vergezeld gaan. Dit gegeven heeft ook relevantie voor therapie. We mogen niet aannemen, dat met een eenvoudig symptoomvoorschrijven in één klap een ernstige overgangsproblematiek is opgelost. In het geval, bijvoorbeeld, dat Joele & Hoogduin (1975) beschrijven, moest de opdracht door het echtpaar waarvan de man dwanghandelingen vertoonde een flink aantal weken konsekvent worden uitgevoerd eer een nieuwe toestand zich stabiliseerde.

170

Het reinigingsritueel dat de therapeut aan Hans en Anneke voorschreef oefende een bepaalde positieve invloed uit, maar meer interventies of rituelen waren nodig om dit paar te helpen de banden met hun ouders lossler te maken en als meer volwassen partners samen te leven. Of hetzelfde voorgeschreven ritueel nu gedurende langere tijd moet worden uitgevoerd of dat de therapie uit meer dan één ritueel bestaat, het gaat in beide gevallen niet om één enkele ingreep die de verandering teweeg brengt. De gehele therapie is te zien als een rite de passage, waarbinnen het voorgeschreven ritueel een essentiële plaats inneemt. Wellicht is het mogelijk om bij ernstiger overgangsproblematiek dit voor te schrijven ritueel zèlf complexer te maken in plaats van de therapie als geheel, zodat het de gezinsleden meer mogelijkheden biedt om via het gestalte geven aan symbolische configuranties te veranderen.

4. Van Gennep houdt zich in zijn analyse, zonder dat hij zich daarvan sterk bewust is, met tenminste twee systeemnivo's bezig. Enerzijds heeft hij het over de rites de passage, die individuen op diverse momenten in hun ontwikkeling moeten ondergaan. Aparte individuen moeten bepaalde overgangen maken, zoals van kind een lid van de groep der volwassen mannen worden. Anderzijds geeft Van Gennep aan, dat door dergelijke overgangen groepen mensen, zoals de betrokken gezinnen, families en clans, sterk beïnvloed worden. Hun interne evenwicht wordt erdoor verstoord. De moderne gezins-therapeut is in staat om beide benaderingen tot één geheel te integreren: de zgn. systeembenadering. Als bijv. een adolescent uit huis gaat, neemt niet alleen hij een belangrijke stap; het gehele gezin maakt een overgang door. De gezinstherapeut ontkent niet, dat die overgang vanuit de positieverschuiving van bepaalde gezinsleden gezien kan worden. Hij ziet de overgang in de eerste plaats als een systeemovergang en slechts vanuit die visie kijkt hij eventueel naar individuele verschuivingen.

(wordt vervolgd)

71

Referenties:

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

Gennep, A. van (1909): Les Rites de Passage. Librairie Critique, Emil Mourry, Parijs. Engelse uitgave: The Rites of Passage. Routledge & Kegan Paul, Londen, 1960.

Haley, J. (1973): Uncommon Therapy. Norton, New York.

Hart, O. van der & T.H. Rubinstein (1972): Groepstraining en systeembenadering. In: K. Nijkerk & Ph. van Praag(eds.), Groepswerk. Samsom, Alphen a/d Rijn.

Joele, L. & C.A.L. Hoogduin (1975): Behandeling van een man met een dwangneurose d.w.v. een conjoint therapie van het directieve type. TDT, 2(10), 4 - 14.

Palazzoli, M.S. (1974): Self-starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa. Human Context Books, Chaucer, Londen.

Palazzoli, M.S., L. Boscolo, C.F. Cecchin, G. Prata (1974): The Treatment of Children through Brief therapy of their parents. Family Process, 13 (4), 429 - 442

Hypnotherapie bij een studieprobleem.

Susan, een studente sociale wetenschappen, kwam op een dag bij me met een probleem. We kenden elkaar van een onderzoek, waaraan zij als proefpersoon en ik als proefleider had deelgenomen. Een onderzoek, waarin met behulp van hypnose bepaalde emoties gekonditioneerd werden. Haar probleem was nu, dat ze van een docent had gehoord, dat haar skriptie sociologie binnen twee weken ingeleverd moest worden, terwijl ze geen letter op papier kon krijgen en helemaal niet tot een opzet kon komen.

Ze was er al een half jaar dagelijks mee bezig, had alle relevante literatuur gelezen, maar ze kon er helemaal niets mee.

Ik stelde haar voor in hypnose te gaan en haar dan bij het oplossen van dit probleem te helpen. Zulks geschiedde. Susan, een uitstekend subjezt, kwam snel in een diepe trance.

Toen dat, niet alleen door eigen waarnemen maar ook met behulp van de 'Self-report depth scale' van Tart (1969), was vastgesteld, merkte ik het volgende op:

'Je zit met het probleem van die skriptie, Susan, waaraan je nu in hypnose iets kan doen. Weet, dat je onbewuste in feite heel creatief is. Daar de tijd voor jou nu ook trager en trager gaat verlopen, zal je onbewuste in korte tijd heel veel kunnen doen aan het probleem. Je hebt alle literatuur grondig bestudeerd; weet dat die informatie in je aanwezig is en tot je beschikking staat. Je onbewuste zal nu op z'n eigen creatieve manier met dit materiaal omgaan. De oplossing zal als vanzelf ontstaan en naar voren komen in de vorm van een structuur van de skriptie. Je zult die structuur dan nog eens kritisch bekijken en als die goed bevonden wordt door je, zal je de komende tijd de skriptie zeer gemotiveerd schrijven, zodat deze spoedig af zal zijn. Susan ging met deze suggesties aan de gang. Ze praatte de eerste tijd niet met mij, maar met zichzelf. Haar lippen bewogen, alsof ze (bij wijze van vergelijking) een reeks getallen in zeer hoog tempo oplas. Af en toe stopte dit, dan mompelde ze weer iets van 'even hiernaar kijken' en vervolgens vertoonde ze hetzelfde gedrag als bovengenoemd.

Na ongeveer zeven minuten merkte ze op, dat ze het antwoord heeft. Ik vroeg haar of ze daarmee de structuur of opzet van de skriptie bedoelt.

Dat was zo. Ik vroeg haar die structuur nog eens door te lopen en op te checken of deze werkelijk goed is. Dat deed ze en ze merkte zeer tevreden op, 'ja, dat is het!'

Ik herhaalde de suggestie, dat ze zeer gemotiveerd zal schrijven en de skriptie spoedig af zal hebben.

Een aantal maanden later hoorde ik van haar, dat haar skriptie inderdaad binnen door de docent voorgeschreven twee weken is klaar gekomen en dat ze er een zeven voor heeft gekregen.

Ze heeft ook zeer gemotiveerd en in hoog tempo een aantal andere studieonderdelen afgewerkt (waar ze voorheen ook niet erg efficiënt mee bezig was). Ze heeft dit alles volbracht voor een bepaalde datum, twee maanden later waarvan al geruime tijd vaststond dat ze dan langdurig in een ziekenhuis zou moeten worden opgenomen wegens een zwangerschap met ernstige complicaties.

Diskussie:

1. Ook de hier beschreven interventie is beïnvloed door het artikel van Erikson (1964, dat ik al in een eerder stuk heb aangehaald, Van der Hart, 975).
Het verschil daarmee is, dat in dit geval de betrokken persoon reeds ervaring met hypnose had en daardoor eerst formeel in een diepe trance gebracht werd. Voorts werden wat suggesties betreffende creativiteit bij het ontwerpen en uitvoeren van het ontworpen schema gegeven.
De suggestie dat de tijd in haar beleven trager zou verlopen kon ik dit ervaren subjezt gemakkelijk geven.
2. Susan was in feite n ui zonderlijk goed subjezt. Ze ging zeer snel in trance en kwam uit op een diepte van 50 op de schaal van Tart. Deze schaal loopt van nul tot ongeveer 50, waarbij nul de 'wakende toestand' is en ten aanzien van 50 vermeld staat ' een diepte van 50 of meer is een extreem diepe trance, zo diep dat je geest vanzelf sloom of traag wordt '
Susan's uitzonderlijke kwaliteiten in hypnotisch opzicht maken het waarschijnlijk, dat een oplossing als hierboven geschetst niet bij iedereen zo goed werkt

referenties;

Erickson, M.E. (1964). The Burden of Responsibility in Effective Psychotherapy. Am.J Clin. Hypn, 6, 269 - 271.

Ook in: J.Haley (ed : Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy; selected papers of Milton H. Erickson, M.D.Grune & Stratton, New York, 1967, 468 - 471.

Kees van der Velden

Onno van der Hart stelde mij dezer dagen voor een rubriek te beginnen met losse notities, mededelingen en/of invallen. Zo een rubriek zou de mogelijkheid openen ook minder uitgewerkte, doordachte en zwaarwichtige thema's aan de orde te stellen, en daaraan bestaat beslist enige behoefte, zo niet bij de lezers dan toch bij de auteurs. Neem nou mij bijvoorbeeld. Ik beschik over geen enkel uitgewerkt idee noch over een doordacht probleem, om van een zwaarwichtig thema maar te zwijgen. En denkkelijk vanwege te comfortabele huiselijke omstandigheden is het ook niet te verwachten dat dit zeer binnenkort anders wordt. Voor mij komt Onno's suggestie dus als geroepen. Te meer daar ik de onderstaande reeks opmerkingen nu niet als een testimonium paupertatis behoef te presenteren, maar veeleer als een steunende geste naar Onno, een soort modelgedrag eigenlijk.

Het nut van overspannen bazen

Niet alleen werknemers maar ook hun bazen - althans de meer sensitieven onder hen - geraken van tijd tot tijd overspannen, en hiervan kan de therapeut een nuttig gebruik maken. Veel van onze cliënten zijn werknemers die in de WAO lopen. Ik heb nog niet mogen meemaken dat één van hen via het GAK weer duurzaam aan de slag werd geholpen, ook niet in de tijd dat er minder werkloosheid was. Ook op het royale aanbod van het GAK om zich dan in de sociale werkplaats nuttig te maken werd om begrijpelijke redenen door mijn cliënten nimmer ingegaan. Voor een aantal van deze WAO'ers is het thuiszitten een ernstig probleem, en voor hen - de mensen die graag iets zouden ondernemen - kon ik in een aantal gevallen gebruikmaken van het feit dat werkgevers in een persoonlijke crisis vaak graag bereid zijn een tegenprestatie te leveren voor effectieve therapie: zij nemen een WAO'er in dienst.

De werkgever moet uiteraard een "goede baas" zijn, wat dat ook zijn mag, in elk geval geen "beest" (zie Hoogduin & Joele, 1975). Zijn behandeling - of die van zijn vrouw - moet een succes wezen. Een zeker schuldgevoel over eigen welstand en privileges was in alle (vijf) gevallen aanwe-

zig, althans het bleek gemakkelijk te mobiliseren, en misschien is dit wel een voorwaarde om de "baas" zover te krijgen.

Het "in dienst nemen" moet niet te letterlijk worden genomen; feitelijk gaat het om een "arbeidstherapie", niet alleen om een positief advies van de GMD te krijgen, maar ook om de risico's voor zowel de WAO-cliënt als de nieuwbakken werkgever beperkt te houden.

Een dergelijke ruil-transactie vind ik ook aan te bevelen wanneer een bedrijfsarts of bedrijfsmaatschappelijk-werkster verwijst: de verwijzing wordt geaccepteerd op voorwaarde dat men een andere cliënt aan het werk helpt. Ik deed dit totnogtoe overigens niet meer dan eenmaal, maar die ene keer was wel meteen een succes.

Het GAK en de GMD waren in deze gevallen steeds graag bereid om mee te werken.

Referentie

Hoogduin, K. & L. Joele (1975): Werkhervatting
TDT 3 (3)

Nieuwe wegen in de omgang met de hulpverlener

Mevrouw Groen (25 jaar) was ruim twee jaar "begeleid" door een huisbezoekende maatschappelijk werkster voor ze naar mij werd verwezen.

De reden van dit intensieve begeleiden lag in een menigte vooral seksuele problemen alsook in een reeks onbevredigende verhoudingen en contacten. Eén- à tweemaal in de week werd deze narigheid uitvoerig doorgesproken, in afwezigheid van de echtgenoot van mevrouw Groen.

Op een dag komt de diep meevoelende hulpverleenster op het idee een verhaal van haar cliënte te gaan controleren. En wat blijkt? Het verhaal is uit de duim gezogen. Dan onderzoekt zij de andere verhalen - vooral over spectaculaire affaires met allerhande Hooggeplaatsten - en ook die blijken integraal gelogen.

Ik overdrijf niet wanneer ik zeg dat de maatschappelijk werkster nu op het punt staat te decompenseren: schreeuwend en bijna in tranen brengt zij de verwijzing tot stand.

Ikzelf had nogal zin om mevrouw Groen te helpen, niet zozeer uit humane overwegingen maar meer omdat pathologisch liegen zich zo goed leent voor paradoxale opdrachten. In mijn eerste gesprek met mevrouw Groen kreeg ik meteen al een teleurstelling te verwerken: zij loog niet tegen Jan en alleman, maar alleen tegen haar helpster, en bovendien loog ze niet onwillekeurig maar tamelijk doordacht en gepland.

Zij had nl. gemerkt dat haar redster door Story-achtige verhalen in een verhoogde staat van opwinding en interesse gebracht kon worden, en dat wilde mevrouw Groen wel, want zij was al gauw van haar weldoenster gaan houden.

Zij had niet de indruk dat deze liefde wederzijds was - wel dat de maatschappelijk werkster haar "graag mocht" - en zag aldus in het opdissen van fantastische problemen de enige mogelijkheid om haar leidsvrouw aan zich te binden.

Die indruk was niet onjuist geweest: de sociale werkster was dermate gegriefd over het feit dat zij om de tuin geleid was dat zij het contact meteen had verbroken.

In plaats van een authentieke pseudologia fantastica moet ik nu een nogal banaal geval van liefdesverdriet behandelen. Of zou mevrouw Groen dát nu ook weer gelogen hebben?

Voor u gelezen

Wie naast zijn vakliteratuur nog wel eens een detective lezen wil, moet ik niet alleen de adembenemend-spannende boeken van Dick Francis maar vooral Een oplossing van zeven procent door Nicholas Meyer (uitgave Contact, Amsterdam) aanbevelen. De boeken van Francis hebben helaas niets van doen met ons vak, Een oplossing daarentegen alles. Meyer beschrijft hoe Sherlock Holmes op tragische wijze het slachtoffer wordt van de cocaïne. Hij geraakt in een beklemmende paranoïede psychose, en men zal begrijpen hoezeer dokter Watson begaan is met het lot van zijn bewonderde vriend. Hem ontbreken evenwel de hersens om een plan te bedenken waarmee Holmes ertoe bewogen kan worden zich onder behandeling te stellen van de Weense autoriteit op het gebied van cocaïne-verslavingen, S.Freud. Het is de broer van Sherlock, Mycroft - een extreem lui maar geniaal man - die een prima strategie ontwerpt om Holmes bij Freud op de stoep te krijgen. Hoe dat plan is vertel ik niet, dat

moet men zelf lezen.

Nadat Holmes op knappe wijze door Freud genezen is, bewijst hij deze een wederdienst van onschatbare waarde bij de behandeling van een mutistische vrouw.

Het boek eindigt met de uitputtende beschrijving van een bijzonder spectaculaire achtervolging door Holmes, Freud en Watson van enige zeer akelige bandieten.

Het boek is het allerbest waar de auteur staaltjes demonstreert van het fabelachtig, Erickson-bijna-overtreffend observatievermogen van Holmes, diens broer en Freud.

Freud komt in dit boek overigens erg sympathiek naar voren, veel innemender dan in Brother Animal, The Story of Freud and Tausk van Paul Roazen (Penquin Book, 1973), maar dit laatste boekje - dat werkelijk niemand missen mag - is dan ook gebaseerd op authentiek feitenmateriaal.

Een bekentenis

Nadat Freddy (Lange, 1975) Kees Hoogduin had duidelijk gemaakt dat Ericksons techniek om een niet-willende partner in de therapie te betrekken allerminst "fraai" genoemd kan worden, heb ik besmuikt gezwogen. Kees' verdediging (Hoogduin, 1975), waarin hij niet minder dan 250 cliënten laat getuigen vóór deze techniek, zonder haar zelf evenwel ooit gebruikt te hebben, zelfs niet bij wijze van noodweereces, maakte mij nog weer extra beschaamd. Ik heb haar daarom maar weggelaten uit het overzicht van "hindernissen" dat ik met Richard maakte. (Van der Velden & Van Dijck, 1975). Toch heb ik de techniek zelf wèl gebruikt. Tweemaal. Met succes. En dat succes volgde niet na pas zeven zittingen, zoals bij Erickson, maar meteen.

In beide gevallen ging het om een niet-willende ouder die bovendien gehandicapt werd door serieuze hartklachten. Het argument om niet mee te komen was in beide gevallen dan ook dat deelname aan de therapie onaanvaardbare medische risico's met zich zou meebrengen. Ik nam dat bezwaar ernstig en dacht: Ze moeten zelf maar zien. Wel plaatste ik enige intrigerende opmerkingen over de zienswijze van het afwezige gezinslid ("Ach, ik kan me goed begrijpen dat uw vrouw niet meekomt, het valt voor een heleboel mensen niet mee om hier hun zwakheden onder ogen te komen zien"), en

ja hoor, prompt kwam de onwillige de volgende keer mee, om duidelijk te maken dat zijn niet-meekomen héél andere redenen had dan ik dacht, en dat men wel degelijk bereid was de eigen zwakheden onder ogen te zien.

In één geval was het succes blijvend, in het andere niet (daar volgde trouwens een opname van de dochter).

In beide gevallen behield ik de illusie geen al te grote risico's te hebben genomen.

Referenties

Hoogduin, K. (1975): De cliënt met een niet-willende partner - reactie op een toevoeging
TDT 3 (3), 44-46

Lange, A. (1975): De cliënt met een niet-willende partner, een toevoeging
TDT 3 (2), 36-39

Velden, C.P.van der & Dijck, R.Van (1975): Verlegenheid zoekt list. Hindernissen in de beginfase van een directieve therapie
TDT 3 (3), 49-58

"Afschuwelijke wezens" en de sociale academie

Wie, zoals ik, aan een school voor maatschappelijk werk doceert, weet dat in die kring de notie dat er slechte mensen bestaan geheel afwezig, ja taboe is. Er bestaan gedepriveerden, onderdrukten en uitgebuitenen, maar slechte mensen bestaan niet. Terwijl toch een korte onbevangen blik in de wereld om ons heen leert dat de werkelijkheid geheel anders is. Er zijn juist veel te veel slechte mensen.

Maar goed, de leerling - of ook leraar - aan de sociale school die niet met dit inzicht gezegend is, stelt de docent psychiatrie voor een speciale moeilijkheid: hij acht iedere gedragsmoeilijkheid, hoe dol ook, een eerste-klas indicatie voor gezinstherapie, wanneer dit gedrag zo'n beetje vanuit de gezinsdynamiek "verklaard" kan worden. Niet alleen de in dit milieu vigerende utopische levensbeschouwing draagt op deze wijze bij tot vele mislukte behandelingen, maar ook het feit dat men klaarblijkelijk niet in staat is motief en uitingsvorm tot op zekere hoogte los van elkaar te registreren. Ik licht dit toe. Wanneer ik in een studentengroep de epilepsie behandel, zegt een groepslid: "Verrek, dat heb

ik ook een paar maal gehad. Ik reed dan in m'n auto in de X-straat en even later bevond ik me ineens in de Y-straat, zonder dat ik een idee had van hoe ik daar precies gekomen was. Ik heb op die manier zelfs een paar -; gelukkig niet te ernstige - ongelukken veroorzaakt." "Ach kom Piet", roepen de groepsgenoten in koor, "Je hebt het druk. Je zal moe geweest zijn. We zijn allemaal wel eens afwezig."

M.a.w. Piets gedragingen worden meteen van een "verklaring" voorzien, een motief, en dat is wat verder telt. Was Piet geen jaargenoot geweest, dan was zijn "afwezigheid" zonder twijfel verklaard vanuit huwelijksmoeilijkheden, en was hij niet gehuwd dan zou zeker het gemis van een partner als oorzaak voor zijn klachten worden genoemd.

Overigens had Piet epilepsie.

Aparte registratie van "dynamiek" en uitingsvorm is niet alleen noodzakelijk voor het onderkennen van mogelijke lichamelijke oorzaken, maar evenzeer voor het beantwoorden van de vraag welke hulp geboden zal worden bij geheel psychogene problemen.

Zo ken ik geen enkel voorbeeld van een geslaagde gezinstherapie waarin de identified patient een "afschuwelijk wezen" is: een adolescent die zich door zeer sterk acting-outgedrag kenmerkt (Van der Hart, 1975).

Een consultant wilde gezinstherapie beginnen met een stel mensen van wie de vader een machteloos wrak in een rolstoel was, die door de 17-jarige zoon van tijd tot tijd met een eind hout danig werd mishandeld, onder het half goed- en half afkeurend oog van moeder. Een jongen op het verkeerde pad, zou men zeggen. "Nee", zei ik, "geen gezinstherapie." "Ja maar wacht eens", zei de consultant, "is dit nu niet typisch een geval waarin generatiegrenzen ontbreken, de moeder een coalitie vormt met de zoon tegen de vader, en vader en moeder de moeilijkheden van de zoon gebruiken om niet over hun eigen relatie te hoeven praten?"

Dat was natuurlijk waar, maar wat de consultant op dat moment ontging was dat het een aanzienlijk verschil maakt of de identified patient iemand is die in bed plast, of een nerveuze tic heeft, of dat hij iemand is die er een gewoonte van maakt zijn vader met de lat te tuchtigen.

In dit geval waren, in de woorden van Onno, "de afwijking bevorderende processen een point of no return gepasseerd".

(Van der Hart, 1975).

In een ander geval was de vader reeds overleden en werd nu moeder getiranniseerd. Had vader nog om de tafel moeten kruipen omdat hij anders een geducht pak slaag van de zoon mocht verwachten, bij moeder sloeg de zoon met één raak. Zoals voor de hand ligt provoceerde de moeder haar zoon op velerlei wijzen en praatte ze zijn gedrag tot op zekere hoogte nog goed.

Wanneer het mens 's zoons ondergoed niet had klaargelegd kon ze op een gestrenge bestraffing rekenen; hetzelfde gebeurde wanneer ze er kritiek op had dat hij zijn vuil ondergoed in de huiskamer deponeerde.

Uit huis zetten durfde moeder niet. Wel ging ze van tijd tot tijd naar de politie, maar die stuurde haar weer naar huis: "In opvoedingsmoeilijkheden mengen we ons niet".

(Hadden zeker ook op het sociale schooltje gezeten.)

Ook de psychiater van de GG & GD was van mening dat het hier om relatieproblemen ging (eufemistisch gezegd!), en adviseerde relatietherapie.

We - de consultant en ik - besloten dat moeder moest onderduiken. Dit mocht moeder uiteraard weigeren, maar dan was mijn consultant verder niet bereid haar te helpen.

Moeder had enorme bezwaren, maar ze dook onder. De zoon geraakte in een crisis, alarmeerde huisarts, GG & GD en ik weet niet wie. Die oefenden op hun beurt een enorme druk uit op mijn consultant om 1) moeders adres bekend te maken en 2) moeder ertoe te bewegen "haar zoon niet in de steek te laten". De consultant weigerde.

De crisis van de zoon ging over en hij voorzag zich van een advocaat. Moeder wilde terug naar huis. "Dat is uw volste recht", zei mijn consultant, "Niemand kan u tegenhouden. Maar u weet het: keert u terug, ik help u niet meer." Moeder bleef op haar onderduikadres en nam ook een advocaat. Die begon een proces om de zoon het huis uit te krijgen.

En nu, dertien maanden later, heeft moeder de rechtszaak gewonnen. De zoon is het huis uit gezet. De deursloten zijn veranderd. Moeder heeft gedurende haar onderduikperiode een vriend ontmoet en de zoon gaat zijn eigen, onafhankelijke, psychopathische gang.

Referentie

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