

Tijdschrift voor Directieve
Therapie
Jrg.3 Nr.5 Februari 1976

YASHA



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

Inhoud

februari 1976

Hoofdredakteur	Ten Geleide	1
Kees van der Velden	Over de zin van zwangerschapsgymnastiek	2
Alfred Lange	Voor U gelezen: Pathways to Madness	6
Richard Van Dijck	De toepassing van paradoxale intentie	7
Leen Joele	IJspret	15
Alfred Lange	Het gevaar van het etiket 'psychiatrisch patiënt' en somatische oorzaken voor psychische verschijnselen	17
Kees Hoogduin	Een voorbeeld van 'overtroeftechniek' uit de Nederlandse literatuur	22
	Surprisetekniken voor andere dan psychotherapeutische doeleinden gebruikt (I)	23
	'Overwerkt zijn', het onvermogen 'nee' te zeggen en een praktische oplossing	25
Leen Joele	Cerebrale dominantie. Deel 1.	31
Onno van der Hart	Snippers:	
	Tart's 'Self Report Depth Scale'	33
	De sjoelbak	34
	Miyamoto Musashi	35
	Metaforen	36
	Relaties en rituelen (II)	
	Overgang en bestendiging	39

Omslag: Yasja Lange, alsook voor een deel zijn zuster Tamar

Oplage: 7 met de hand genummerde exemplaren

Redactie & administratie:

Beatrijsstraat 53

Rotterdam

Telefoon: 010 - 774801

Het is nu één jaar geleden, lezer, dat zeven mannen de handen ineensloegen om gezamenlijk met elkaar een Werk ter hand te nemen, waarvan U nu weer een der vruchten aantreft: het Jubileumnummer.

'Een mens is tot meer in staat dan hij soms zelf beseft', zei H.M. de Koningin bij Haar laatste Kersttoespraak terecht, en Zij vervolgde: 'Daarmee kan hij of zij juist ook anderen te hulp komen.' Nu, dat is toch wel precies wat wij van meet af aan met dit Tijdschrift beoogd hebben! De indruk dat de Vorstin bij Haar rede ons Blad in gedachten gehad moet hebben, wordt nog versterkt wanneer Zij opmerkt: 'En wat zijn er ook in onze samenleving al niet een mensen, die dringend om hulp verlegen zijn: enkelingen en groepen. (...) Denk bijvoorbeeld eens aan de problemen van overbelaste jonge moeders, aan de eenzamen, en aan de behoeften en noden van zovelen, waarbij vaak je vakkundigheid weer van nut kan zijn. Al wie dit probeert ('doet' zou hier meer op zijn plaats zijn dan 'probeert', maar dit terzijde, Hfdred.), merkt, dat het nog heerlijk is bovendien. Hij voelt dat hij wat betekent voor zijn medemens.'

Beter dan onze Landsvrouw kunnen wij het geloof ik zelf niet onder woorden brengen, de gevoelens welke ons bevangen bij het Helpen in het algemeen, en bij het uitbrengen van dit achtste Nummer in het bijzonder.

Nog enkele na het bovenstaande misschien wat platvloers aandoende opmerkingen:

- Dick Oudshoorn lag in het ziekenhuis en kon daarom aan dit nummer niet bijdragen. Volgens de laatste berichten vordert zijn genezing dermate snel dat hij reeds bij onze volgende bespreking weer aanwezig zal kunnen zijn. Ongetwijfeld zal de volgende aflevering wederom een artikel van zijn hand bevatten. Zieke redakteuren, zo stellen wij voor, dienen voortaan onverwijld een TDF-bloemstuk thuisbezorgd te krijgen.
- De 'c' van 'directief' is met ingang van dit nummer gewijzigd in de 'k' van 'direktief'. Voor U wellicht een detail, voor ons een beleidspunt. Zo zijn wij nu eenmaal, niet steeds tot vreugde van onze partner.
- Een verheugend bericht: de Interkerkelijke stichting voor geestelijke volksgezondheid te Rotterdam en omstreken blijkt alsnog bereid deze bladzijden gratis te kopiëren. Dit kan althans worden afgeleid uit de verminderde controle op het hiervoor bestemde apparaat.
- In het volgende nummer zal nu eindelijk de lang verbeide prijsvraag geplaatst worden. De hoofdprijs bestaat uit een smaakvolle bureauversiering, maar ook de troostprijzen zijn niet te versmaden!

In dit stuk beschrijf ik de toepassing van een motivatie- of verkooptechniek (waarvan de naam 'Zwangerschapsgymnastiek' zou kunnen luiden) bij twee gevallen. In het ene geval werkt de techniek uitstekend, in het andere helemaal niet. Geprobeerd wordt dit verschil te 'verklaren'.

1. 'Depressieve' mensen voeren doorgaans weinig uit, zeker wanneer ze in de ziektewet zijn of om een andere reden niet meer werken. De familieleden dringen er bij de cliënt op aan om 'afleiding' te zoeken, 'zijn gedachten te verzetten' en dergelijke. Ik neem aan dat dit soms helpt, maar niet bij de mensen die bij ons komen.

Onze klanten zijn niet zo gemakkelijk klein te krijgen. Sommigen hebben wel eens een tijdje geprobeerd om op tijd uit bed te komen en wat te ondernemen, maar kwamen toch al gauw tot de konklusie dat werken misschien anderen wel helpt, maar hen niet, en aansluitend staakten zij verdere pogingen om zich middels inspanningen van hun klacht te ontdoen. Anderen betoonden zich van meet af aan gekrenkt door werkadvisen. Wie denkt dat zij tot werken in staat zijn, onderschat zowel de reikwijdte als de diepte van hun gedeprimeerdheid. Zij zijn ziek, en dagelijks wachten zij in hun bed of leunstoel op de dag van beterschap.

2. Wat hieraan te doen?

Richard en ik beschreven in onze Motivatietechnieken al de 'Doe het voor een ander'-techniek (Van der Velden & Van Dijck, 1975), maar er is niet altijd een ander voor wie de inspanning van onze cliënt echt nodig is.

Vervolgens is er het advies om eens goed uit te zieken. Bij deze benadering - beter bekend onder de naam 'verweningstherapie' - wordt de cliënt geadviseerd het 'vechten' tegen de klachten te staken: 'U doet uw uiterste best om niet aan uw depressie toe te geven, maar dit put U uit, dit sloopt uw zenuwen. U moet maar vergelijken met iemand die met een flinke griep blijft doorlopen: op den duur gaat hij eronderdoor. Wat je moet doen wanneer je griep hebt is: naar bed, onder de wol, andere oplossingen helpen niet.' Vervolgens wordt de -bijna altijd uitzonderlijk enthousiaste - cliënt het bed in gebonjourd, waar hem op een vriendelijke manier elke winst wordt ontnomen: naar Kojak kijken mag uiteraard niet meer, hoogstens kan over een paar weken het bekijken van een natuurfilm of kinderprogramma worden overwogen; sterke drank is natuurlijk uit den boze, melk en ranja mogen wel, zeker wanneer (zoals Dick Oudshoorn altijd doet) bij de verkoop van dit advies het kinderlijke of regressieve van

de kwestie geaksentueerd wordt. Soms krijgt de partner komplementaire adviezen - voorlezen, instoppen, warme melk klaarmaken en dergelijke -, soms wordt ook geadviseerd iemand alleen te laten uitzielen.

Onveranderlijk rapporteert de cliënt die met dit advies in zee is gegaan al na vrij korte tijd vooruitgang: hij voelt zich weer in staat zwaardere geestelijke kost dan 'Ome Willem' te nuttigen en niet zelden blijkt hij in staat weer de vertrouwde portie alcohol tot zich te nemen.

Terwijl ik dit schrijf bevalt de indeling me toch niet. Ik bedoel: het verwenningsadvies behoort eigenlijk gegeven te worden bij wat ik gemakshalve maar even angsthysterische beelden noem (inklusief de komplementaire rolinstructie aan de partner, die toch al verplegende was), het advies om uit te zien past beter bij mensen die gekenmerkt worden door somberheid, lusteloosheid, 'nergens toe komen' en dergelijke, en niet door appellerende 'angstaanvallen'. (Het is toch maar beter deze twee adviezen niet te vermengen:)

Een derde manier om mensen weer aan de gang te krijgen bestaat uit het toepassen van de techniek die ik 'zwangerschapsgymnastiek' noem.

- 3. Bij 'zwangerschapsgymnastiek' wordt de cliënt aldus toegesproken: 'U bent nu al geruime tijd depressief en ziek. U komt nergens meer toe en de dagen zijn voor u een kwelling geworden. U heeft alles geprobeerd: medicijnen en rust, afleiding en wandelen, maar niets hielp. Nu is het ook zo dat deze dingen U inderdaad niet helpen, niet kunnen helpen - daarvoor is uw toestand te ernstig.' (Hiermee is de cliënt het altijd geheel eens: het 'U heeft alles geprobeerd' klinkt hem als muziek in de oren; bovendien wordt de partner die vindt dat de cliënt meer z'n best had moeten doen hiermee in het ongelijk gesteld.) 'Maar', zo vervolgt de therapeut, 'op een dag zult u beter zijn, helemaal beter.' (Het is typisch, maar dit wordt niet tegengesproken, wellicht mede omdat deze profetie de cliënt niet alleen nieuwe hoop geeft, maar hem ook verder diskulpeert - alweer niet alleen tegenover zichzelf maar ook tegenover de omgeving, die meende dat 'doorzetten' tot resultaat zou leiden.)

'Wanneer dat zal zijn, de dag dat U beter bent, weten we niet. Het kan al heel gauw zijn, maar ook een paar dagen later. En wat nu belangrijk is, is dat U zich op deze dag gaat voorbereiden. U moet voorkomen dat U op de dag dat U beter bent niet weet wat U moet doen. U moet gaan oefenen. U moet aan de slag. In het begin zal U niet begrijpen waar het goed voor is, het zal U zwaar vallen, U zult uw aktiviteit als zinloos beschouwen. De zin, de betekenis van uw werk zult U pas bemerken op de dag dat U helemaal beter bent: U merkt dat U dan niet met lege handen staat. U kunt dit advies misschien het beste vergelijken met zwangerschapsgymnastiek: negen maanden kan een vrouw oefeningen doen, ogenschijnlijk zinloos,

4
maar op de dag van haar bevalling - niet eerder en niet later - kan zij pas ten volle de zin van haar gymnastiek begrijpen.'

4. De eerste cliënt aan wie ik dit verhaal vertelde was een 53-jarige vrouw, die depressief en inactief was sinds de schoenenzaak van haar en haar man zo'n twee jaar geleden op de fles was gegaan.

Ze was in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen geweest - een week - en had zes weken in een herstellingsoord doorgebracht. Ze woonde nog boven de schoenenzaak, waardoor ze er 'de hele dag aan moest denken'. De financiële situatie was deplorabel.

Aan haar 'getroffen' gezichtsuitdrukking merkte ik dat het verhaal veel indruk op haar maakte en ik liet na verder te specificeren wat ze precies zou moeten doen.

Bij de volgende zitting bleek dat ze niets had ondernomen. Wel werd duidelijk dat ze zich in toenemende mate was gaan ergeren aan haar man - een onverbeterlijke 'optimist' die zijn dagen vulde met het opbeuren van zijn vrouw. Met averechts resultaat overigens. Toen we besloten om eens te kijken of hun onderlinge interacties misschien voor verbetering in aanmerking zouden kunnen komen, bleef de man weg. We stuurden haar naar huis met de mededeling dat ze beiden moesten komen, wat ze deden. De keer daarop bleef de vrouw weg.

De tweede cliënt aan wie ik het verhaal vertelde was meneer Blauwtjes, een 67-jarige heer, die, naar het getuigenis van zijn vrouw, altijd een weinig attente ruwe kerel was geweest, met wie niet erg goed te praten viel. Dat praten was aanzienlijk verbeterd nadat meneer Blauwtjes gekonfronteerd werd met een nogal ernstige lichamelijke ziekte, een jaar of wat geleden. Jammer genoeg ging deze verbetering gepaard met een fors aantal klachten, vnl. hypochondrie, onbestemde angsten en 'innerlijke onrust'. De zenuwarts die onze cliënt behulpzaam wilde zijn bij het bestrijden van de bijverschijnselen van deze verbeterde communicatie ging dermate enthousiast te werk, dat meneer Blauwtjes met een werkelijk heel ernstige intoxicatie moest worden opgenomen.

Daarna kwam hij bij ons. Ik maakte hem duidelijk dat zijn 'innerlijke onrust' psychiatrisch gezien op een 'naar binnen geslagen werklust' duidde. (Dit sluit aan bij een althans in Rotterdam en omgeving gangbare terminologie.) Vervolgens hield ik mijn zwangerschapsverhaal.

We kwamen overeen dat hij zijn huis zou gaan witten, iedere dag van 9.- tot 12.- en van 14.- tot 17.- uur. Ik verzekerde hem dat het een 'helse inspanning' zou zijn, 'ongelofelijk moeilijk' en dat het absoluut niet zou 'helpen', behalve dan dat misschien de 'innerlijke onrust' iets verminderen kon. Toen meneer Blauwtjes terugkwam bleek dat hij zich

5

precies aan de afspraak gehouden had. Ook mevrouw trouwens: die had in de 'werktijd' geen enkele familiale opmerking gemaakt en haar man strikt als 'werkman' bejegend.

Vanzelfsprekend vroeg ik niet aan meneer Blauwtjes of hij zich beter voelde. Maar zowel mijn ko-therapeut als ik zagen een erg vrolijke twinkeling in zijn ogen, toen hij meedeelde dat het inderdaad 'ongelofelijk zwaar' was geweest.

Diskussie

1. Waarom werkte de zwangerschapskonfabulatie niet bij de vrouw van de schoenzaak? Omdat de klacht gezien werd als een 'reaktief' symptoom, en niet als een paradoksale manier van communiceren. Voorts werd bij haar de mogelijkheid dat de man niet zou willen 'meewerken' eenvoudig over het hoofd gezien.

Deze kortzichtigheid vloeit weer voort uit de vooronderstelling dat 'objektieve' moeilijkheden (i.c. faillissement) als het ware immuniseren tegen neurotische interakties. Terwijl toch dit paar bij nader inzien een typisch voorbeeld vormt van het 'De tijd staat stil'-systeem (vgl. Van Dijck, 1974).

Wat ik nu bedoel te zeggen is niet: 'eigenlijk' hadden deze mensen al een problematische relatie en hun ellende wordt slechts 'geluxeerd' door faillissement en de geldzorgen, maar eerder het omgekeerde: maatschappelijke factoren kunnen blijkbaar van een redelijke verhouding een puur slechte maken.

2. Vermoedelijk werkt een techniek als 'zwangerschapsgymnastiek' alleen wanneer er a) een voldoende klantenbinding is, en b) de klacht geen essentiële functie voor de cliënt of zijn omgeving heeft.
Dit zal trouwens wel voor alle op het individu gerichte technieken gelden.
3. Het is voor direktieve therapeuten denkelijk erg belangrijk dat zij er plezier in hebben verhalen, rationalisaties, konfabulaties te verzinnen. Bij mij is het zo dat ik deze mythes eerlijk gezegd op den duur zelf ga geloven. Bij Onno (Van der Hart, 1975) bemerk ik iets dergelijks. Voor de therapieën is dit ongetwijfeld heilzaam, maar familie, vrienden en studenten gaan het vreemder en vreemder vinden.

Referenties:

- Dijck, R. Van (1974) Direktieve therapie bij echtparen en gezinnen
Tijdschrift voor psychiatrie, 16, 209-228
- Hart, O. van der (1975) Relaties en rituelen (I) Les Rites de Passage
TDT, 3, (4), 61-71
- Velden, C.P. van der & R. van Dijck (1975) Motivatietechnieken
TDT, 2, (10), 39-44

6

Voor de rubriek 'Bladvulsel' onder de subrubriek 'voor u gelezen':
'Pathways to madness' door Jules Henry, Vintage Books, N.Y., 1971

In het boek worden vijf Amerikaanse gezinnen beschreven waarbij de auteur (in één geval was het een assistente) participerende observatie heeft verricht. De observator was vijf dagen lang van ongeveer 7 uur 's ochtends totdat de gezinsleden naar bed gingen in het gezin aanwezig. Henry volgt de interacties, die hij in verschillende subsystemen onderverdeelt, nauwkeurig. Schetsen daarvan worden steeds afgewisseld met interpretaties over wat er in het gezin of met het betreffende substelsysteem aan de hand is.

Ik vond het een bijzonder boeiend boek; goed geschreven met vaak rake typering. Het versterkte bij mij de gedachte dat veel onderzoek door de eis van kwantificeerbaarheid toch te beperkt blijft. In het veld van onderzoek over gezinsrelaties lijkt mij dit soort kwalitatieve studies in ieder geval een verfrissende en ook belangrijke toevoeging. Ik zou er best navolging aan willen geven. Misschien kan ik eens terecht bij het gezin van één der mederedakteuren?

Het laatste gezin is weliswaar ook door Henry beschreven, maar geobserveerd door een assistente. In het begin van dat deel verontschuldigt hij zich bij voorbaat voor de mindere kwaliteit. De observaties van de assistente waren immers van een minder gehalte dan de zijne bij de andere families. Ik vraag me af wat voor een man deze Jules is. Een gelijksoortige wrevel krijg ik ook wanneer ik in het eerste deel merk dat hij de man des huizes voortdurend Dr. Jones blijft noemen, terwijl de vrouw met Mrs. of met voornaam wordt aangeduid; een status-gevoeligheid die ik niet vind passen bij de sfeer van het boek.

AL

1. Inleiding

Paradoxale intentie is een therapeutische techniek die door Frankl voor het eerst werd beschreven in 1946. Sindsdien heeft hij herhaaldelijk gerapporteerd over ervaringen van hemzelf en van anderen met deze procedure: het meest overzichtelijke is m.i. zijn artikel uit 1960. Een lacune in zijn diverse publicaties blijft het ontbreken van een concrete "how-to-do-it" beschrijving van de techniek; daardoor wordt paradoxale intentie waarschijnlijk in vele gevallen slecht toegepast. De bedoeling van dit verhaal is daarom in te gaan op vooral praktische aspecten van de toepassing.

2. De techniek en de verklaringsprincipes.

Frankl (1959, 1960, 1970, 1975) en Gerz (1966) geven een aantal voorbeelden van geslaagde toepassingen van de techniek, overwegend bij patiënten met fobische en dwangneurotische klachten. Gemeenschappelijk is dat de patiënten wordt aanbevolen na te streven of te "intenderen" precies datgene waar zij angstig voor zijn: iemand die bang is op straat flauw te vallen krijgt het advies om, wanneer deze angst opkomt, zich voor te houden dat hij onmiddellijk flauw zal vallen. Iemand met een controledwang wordt aangeraden om zoveel mogelijk rommel en wanorde in haar kamer te weeg te brengen. Wanneer dergelijke adviezen worden uitgevoerd, verdwijnen of verminderen in veel gevallen de symptomen in zeer korte tijd. Deze resultaten worden door Frankl als volgt verklaard:

- 2.1. Een mechanisme dat bij veel klachten een rol speelt is dat van de verwachtingsangst. Juist datgene gebeurt wat men vreest. Dit is een essentieel aspect bij alle lichamelijke begeleidingsverschijnselen van angst (versnelde polsslag, beven, transpireren, collapsneiging, etc.). Men vreest met dergelijke klachten te zullen reageren in bepaalde situaties. Omdat men angstiger wordt naarmate men deze situatie nadert nemen deze symptomen ook steeds duidelijker toe. Als men merkt dat het niet lukt ze te onderdrukken, heeft men steeds meer reden om te vrezen dat ze op een oncontroleerbare manier erger zullen worden. Dit is een fenomeen van positieve feedback of viciëuze cirkel. Door paradoxale intentie wordt deze viciëuze cirkel van verwachtingsangst teruggedraaid. Iemand die zich voorneemt te trachten

angstiger te worden, of harder te beven, is niet meer bezig zonder resultaat zijn klachten te onderdrukken, maar accepteert ze en moedigt ze zelfs aan. Omdat de verwachtingsangst valt, ^{ver}vermindert ook de lichamelijke begeleidingsverschijnselen en daardoor weer de angst. Dit resultaat, namelijk hoe meer men tracht zijn symptomen op te voeren, hoe sneller ze verschijnen, is precies wat patiënten rapporteren bij een geslaagde toepassing van ~~aan de~~ procedure.

2.2. De onmogelijkheid om spontaan gedrag te besturen.

Dit overlapt ten dele hetgeen gezegd werd in het voorgaande. Verwachtingsangst en lichamelijke angstverschijnselen zijn ook vormen van spontaan gedrag die niet of moeilijk bestuurd kunnen worden. Ook gewenst gedrag (zoals een erectie, orgasme, slaap, etc.) kan onbereikbaar worden als men tracht de komst ervan te forceren. Het advies bestaat er in deze gevallen uit te trachten het gewenste gedrag uit te stellen: zolang mogelijk wakker blijven, liggen in bed, eventueel daarbij een taak uitvoeren; ^{bij impotentie} frekvent en langdurig vrijen met een coitusverbod. Als men ophoudt met een overdreven intentie een bepaald doel na te streven komt het vaak spontaan.

Het omgekeerde is het geval bij ongewenst gedrag dat zich opdringt, zoals de dwanggedachten. Zodra men tracht ze te onderdrukken nemen ze toe, en wanneer men meegaat met deze dwang en die zelfs overdrijft, dan neemt hij af.

2.3. Humor:

Het advies om de klacht te overdrijven wordt geformuleerd op vriendelijke maar gechargeerde manier: "geef eens een voorstelling van een aanval van beven (of stotteren, of zweten, etc.) zoals ze dat in dit land nog nooit meegemaakt hebben, laat ze eens zien wie de grootste bever van het land is". De therapeut zoekt gelegenheden om ironisch over de klacht te spreken en probeert de patiënt aan het lachen te krijgen. Als dit lukt dan is er reeds een zekere distantie t.o.v. de klacht ontstaan.

2.4. Stopzetten van vermijdingsgedrag:

Bij paradoxale intentie wordt niet alleen gestreefd naar het veranderen van de intenties en de verwachtingen omtrent de klacht, maar er wordt ook zeer uitdrukkelijk om activiteit gevraagd.

9

Met name moet de patiënt de situaties gaan opzoeken die hij voordien vermeed en moet hij zichzelf de kans geven om opnieuw mee te maken dat de gevolgen van zijn klachten nog meevallen ook.

Behalve deze door Frankl genoemde verklaring kan paradoxale intentie ook beschreven worden als een vorm van een therapeutische paradox in communicatie-theoretische termen (Haley, 1963) of in een leertheoretische context via de verwantschap aan flooding en negative practice. Deze alternatieve invalshoeken blijven hier buiten beschouwing.

3. Het stellen van de indicatie.

Uit de door Frankl en Gerz opgesomde casuïstiek blijkt dat paradoxale intentie met succes is toegepast bij fobiën, dwangneurosen, alle varianten van zgn. vegetatieve labiliteit, stotteren, slapeloosheid, psychogene impotentie en anorgasmie. Een meer algemene formulering kan afgeleid worden uit de bovenstaande beschrijving van de werkings principes:

- 3.1. Klachten waarbij verwachtingsangst een belangrijke rol speelt,
- 3.2. Klachten waarbij de patiënt spontaan gedrag bij zichzelf tracht op te wekken (bv. slaap) of te onderdrukken (bv. dwanggedachten).

In alle gevallen moet het mogelijk zijn om een (intra-psychische) vicieuze cirkel terug te vinden: naarmate de patiënt harder tracht iets te vermijden overkomt het hem vaker, of naarmate hij iets met meer inzet nastreeft, blijft het verder uit. Indien deze vicieuze cirkel niet duidelijk uit het verhaal blijkt, dan kan paradoxale intentie beter achterwege gelaten worden.

Bij conversie verschijnselen zal men deze vicieuze cirkel niet vinden. ^{ook} Maar bijvoorbeeld stotteren komt vaak voor zonder uitgesproken verwachtingsangst. Slapeloosheid kan samenhangen met allerlei moeilijkheden waarbij het positieve feedback aspect van zeer ondergeschikt belang is. Sexuele problemen kunnen meestal beter in een relationele context dan in een individuele setting worden aangepakt.

Resumerend: de klacht moet duidelijk in stand gehouden worden door een intra-psychische vicieuze cirkel en niet of minder duidelijk te verklaren een andere bijvoorbeeld relationele context.

Als bijkomende overweging kan genoemd worden: patiënten die open staan voor een humoristische benadering en die bereid zijn zich actief in te

4.
60

zetten. Dit is ook voor een groot deel een kwestie van verkooptechniek.

4. De verkooptechniek.

Juist omdat van de patiënt een op het eerste gezicht absurd aandoende activiteit gevraagd wordt, is de verkooptechniek minstens zo belangrijk als het advies zelf. Frankl gaat op dit aspect nauwelijks in en vermeldt alleen dat het belangrijk is dat de patiënt gemotiveerd is. De volgende, in de praktijk ontwikkelde procedure, is erop gericht de aanwezige motivatie maximaal te benutten:

4.1. Begin met een sfeer van begrip op te bouwen. Dit wordt bereikt doordat de therapeut zijn medeleven uit zijn houding laat blijken, een positieve kwalificatie van de inspanningen van de patiënt verleent, en nog het meest als hij het verhaal van de patiënt af en toe aanvult door een klacht of belevenis correct te voorspellen. In de loop van het eerste deel van het gesprek moet duidelijk geworden zijn of er sprake is van een vicieuze cirkel of niet. Zodra het informatieve gedeelte rond is zal de therapeut enkele van dergelijke "voorspellingen" plaatsen waarmee hij aan de patiënt te kennen geeft dat hij op dit gebied competent is; hiermee neemt de bereidheid toe om adviezen te accepteren.

4.2. Consensus:

Als afronding van het voorbereidend werk moet een consensus bereikt worden met de patiënt over wat er nu werkelijk aan de hand is. De klacht moet geformuleerd worden in termen van een vicieuze cirkel, en de patiënt moet met deze visie kunnen instemmen of hij zal de verdere adviezen wellicht als alleen maar absurd ervaren.

"Vicieuze cirkel" is een begrip dat vrijwel iedereen gebruikt, een eenvoudige omschrijving zonder het woord te gebruiken is altijd mogelijk. In plaats van "verwachtingsangst" kan vaak beter over "angst voor de angst" gesproken worden. *mensgem*

Als er een consensus is over de aard van de klachten moet nu ook een afspraak komen over welk onderdeel het eerst gaat behandeld worden, voor zover het niet gaat om een mono-symptomatische neurose.

4.3. De keuze:

Zodra een overeenstemming bereikt is legt de therapeut aan de patiënt de keuze voor tussen 2 therapeutische procedures: één die kort duurt

en relatief veel inspanning vraagt en één waarbij de inspanning en ook de resultaten meer uitgesmeerd zijn over de tijd. Als "lange" procedure vertel ik doorgaans over covert reinforcement of desensitizatie. De meeste mensen kiezen voor de "korte pijn"; als ze dat niet doen dan moet uiteraard hun keuze gerespecteerd worden. Het verlenen van deze vorm van inspraak heeft ook voor gevolg dat mensen zich inzetten voor hun eigen keuze.

Indien de tijd beperkt is, dan is dit een zeer geschikt moment om de eerste zitting af te sluiten: eventueel krijgt de patiënt 2 weken bedenktijd om zijn keuze te maken. Als er voldoende tijd is (totaal + 2 uur), heeft het voordelen meteen door te gaan. Als de traditie kan ontstaan dat per zitting een klacht volledig wordt afgehandeld, dan komt dit de behandelingsduur zeker ten goede.

4.4. De demonstratie:

Deze en de volgende stap zijn qua volgorde verwisselbaar.

Sommige mensen begrijpen een uitleg beter als ze eerst hebben ervaren waar het om gaat, anderen, vaak uit hogere sociale klasse, prefereren als volgorde "inzicht" en pas dan "actie".

De therapeut vraagt nu of de patiënt zijn klacht ter plaatse wil opwekken. Als het gaat om angst, dan vraagt hij hem om in de spreekkamer angstig te worden. Het hindert doorgaans niet of de angst situatie gebonden is. Als de patiënt dit wel als bezwaar opvoert, dan wordt hem gevraagd zich de ^{vriende}gewenste situatie voor te stellen. Sommige patiënten rapporteren meteen dat het hen niet lukt angstig te worden; de therapeut blijft dan enkele minuten vriendelijk aandringen, tot er geen spoor van twijfel kan bestaan dat het absoluut niet lukt. Het is ook mogelijk dat de patiënt inderdaad met enige angstige sensaties reageert; de therapeut vraagt dan of hij nog angstiger kan worden. Gaandeweg formuleert hij zijn voorstellen ook wat meer in aangedikte termen, zoals "de meest angstige patiënt uit Zuid-Holland of "de heftigste, meest dramatische angstaanval van het jaar etc." en probeert op deze manier de patiënt aan het lachen te krijgen.

Gaat het om dwang dan kunnen verschillende invalshoeken gekozen worden. De moeilijkste bestaat er uit de patiënt te overtuigen van het voorstel om over die angsten heen te stappen die tot dan met de rituelen werden afgeweerd: bijvoorbeeld viezigheid te ^{oleren}leveren voor iemand die een schoonmaakdwang heeft. Het is doorgaans eenvoudiger

iemand voor te stellen de frekwentie van de rituelen op te voeren tot bijvoorbeeld het dubbele (zoals bij negative practice) of de angsten die worden afgeweerd zodanig in een fantastisch verhaal te overdrijven dat ze lachwekkend worden (zoals bij hyperdramatisering en flooding). De eerste en de laatste mogelijkheid is het meest demonstratief: de tweede kan zonder meer als een vorm van huiswerk afgesproken worden.

4.5. De explicatie.

Voor of na de demonstratie, die hopelijk heeft aangetoond dat de angsten en dwangverschijnselen beter te hanteren zijn als de techniek van paradoxale intentie wordt toegepast, is een verklaring voor het gebeurde nodig. Het is beter dat patiënten hun vorderingen niet beleven als magische interventies maar als begrijpelijke gebeurtenissen waar zij zelf het belangrijkste aandeel in hebben. Een aantal standaard verklaringen zijn bruikbaar om de procedure voor iedereen doorzichtig te maken:

- "judo-techniek": aan de patiënt wordt voorgesteld zijn klachten te beschouwen als een "ziek" of onwillig deel van zichzelf, waar hij tegen vecht, zij het totnogtoe met weinig succes.

De nu geboden adviezen vormen een andere vechttechniek: in plaats van terug te slaan als je een klap krijgt, gebruik je nu de kracht van je tegenstander. Dit is judo i.p.v. gewoon worstelen. Met worstelen haalde je het niet, probeer het dan met judo.

- "koppige ezel": de klachten zijn net als een ezel of een ongehoorzaam kind: als je hen vooruit duwt, gaan zij achteruit, en omgekeerd. Het komt er nu op aan steeds "achteruit" te roepen als je vooruit wil.

- "geluids versterker" als verklaring van het mechanisme van de verwachtingsangst kan verteld worden dat de lichamelijke verschijnselen die men ervaart normaal zijn, maar 10-voudig of meer versterkt zijn, net zoals een geluidsversterker elektrische impulsen vertienvoudigt. Paradoxale intentie is een techniek om die geluidsversterker (verwachtingsangst) uit te schakelen.

5. Instructies:

Na een demonstratie en explicatie is het moment aangebroken voor preciese instructies voor het huiswerk. Benadrukt wordt dat de patiënt een wapen in handen krijgt waarmee hij beter dan totnogtoe

zijn klachten kan bestrijden, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan:

- hij moet de P.I. altijd toepassen als hij klachten voelt aankomen, of bereid zijn de klachten voor lief te nemen en niet de therapie aan te rekenen dat ze niet helpt als ze niet wordt toegepast.
- Hij moet bereid zijn als zou voorkomen, werkelijk excessief te transpireren of te beven, en niet stiekem hopen dat als hij doet alsof hij wil beven, de tremor zal wegblijven. Hoewel dit een "double-bind"-achtige mededeling is, (met de strekking: als het niet lukt ligt het aan jou, niet aan de therapie) is het nog waar ook. Mensen die niet bereid zijn hun symptomen te ondergaan kunnen paradoxale intentie niet uitvoeren.

De therapeut zorgt ervoor dat er geen enkele twijfel kan bestaan over de tijd, de plaats en de frekwentie van de toepassing van de paradoxale intentie.

Verder blijkt nogal eens dat de instructie "je zelf zeggen flauw te vallen" te abstract is voor sommige mensen. Het gewenste effect kan ook bereikt worden met adviezen m.b.t. dadens (zoals een appel-flauwte imiteren) i.p.v. intenties.

6. Resultaten:

Gerz rapporteert een verbeteringspercentage in de buurt van 75%. Vaak was paradoxale intentie maar een onderdeel van een meer langdurige behandeling, waarbij "onderliggende" conflicten ook aan de orde kwamen.

Paradoxale intentie is een procedure die of na 1 à 2 zittingen resultaten geeft of nooit iets oplevert. Eventueel kunnen meerdere zittingen nodig zijn om de motivatie te beïnvloeden, maar de toepassing van de procedure levert meteen een indruk over de bruikbaarheid op.

Verder is het een symptoom-blokkerende techniek. Dit betekent dat in veel gevallen na het wegnemen van de symptomen een andere problematiek (eventueel op een meer congruente manier) te voorschijn komt.

Literatuur.

- Frankl, V.E., Medische Zielszorg,
Utrecht, Erven J. Bijleveld, 1959.
- Frankl, V.E., Paradoxical Intention,
Amer.J. Psychiat. 1960, 14, 520-535.
- Frankl, V.E., Logotherapie en haar klinische toepassing.
Literatuurdienst Roche, 38, (1970), 29-33.
- Gerz, H.O., Experience with the Logotherapeutic Technique
of Paradoxical Intention in the Treatment of
Phobic and Obsessive-Compulsive Patients.
Amer.J. Psychiat. 123: 5, 1966, 548-553.
- Haley, J., Strategies of Psychotherapy.
N.Y., Grune & Stratton, 1963.

INSPIRATIE.

Tijdens een van de lunchpauzes die ik, zoals wel meer het geval is, gebruikte om een rijtje conditie te werken, te rennen, kwam ik, eenzaam over het strand vlietend, in aanraking met een vorm van directieve therapie die mij, zeker in de hieronder beschreven harde vorm, nog niet bekend was.

Terwijl ik met intensief concentreerde op gedachten aan bruin worden in een zonnig land- de vrieskou van bijna 10^o liet zich door alleen hardlopen niet verzachten- bespeurde ik in de verte, op het verder volledig verlaten strand, een stipje; een stipje dat zich naarmate ik voortploeterde, geleidelijk vergrootte tot een zich ontkledende man van zeer gevorderde leeftijd. Ik schatte hem minstens 75. Ik wilde niet hinderen en spoedde mij daarom met afgewend hoofd voort, zodat wij ons alle twee ongestoord aan het najagen van onze persoonlijke genoegens konden wijden. Hij had evenwel zin in een praatje.

"Daar zul je wel gezond van worden," schreeuwde hij me na.

"Zeker, zeker!" hijgde ik vaag terug.

"Ik doe het ook voor m'n gezondheid!" meldde mijn gesprekspartner, blauw van de kou.

Mijn nieuwsgierigheid werd mij te machtig, ik stopte en liep terug om te informeren.

"Ja, m'n dokter zegt dat het goed voor me is; ik krijg altijd zo'n zenuwen in de winterdag en dat komt door m'n zwakke gestel, ik heb dat m'n hele leven al, maar na m'n vrouws sterven wordt het erger." Hij rilde somder.

"Wat, eh... schrijft Uw dokter U dan precies voor?" vroeg ik bedeesd.

"Nou, 't moet me harden, hè; dus als het gaat winteren dan begint de behandeling, zegtie.

Ik doe het nou al weer 10 jaar. Als 't goed koud wordt ga ik elke dag, behalve zondag want op de dag des Heren gaat zoiets niet, vind ik, maar verder elke dag hierheen, ik kleed me uit en ik ga met, alleen m'n hoofd boven water een kwartier in de zee zitten. En dood-

66

stil, hè, zo krijg je beheersing over je zenuwen!"

"En, helpt het?" wist ik uit te brengen.

"Nou, helpen.... ook, west U, zenuwachtig blijf ik, dat zit zo in deze familie, ik, maar je doet niet zo als je gedachten, ziet U, als je echt probeert doodstil in dat water te zitten. D'r komt wel eens een meeuw op mijn hoofd zitten, zo stil zit ik!" Hij krabde zich aardenkend aan zijn bekippevelde bil.

"En dan, lichamelijc is het natuurlijk zeer goed!" "Hoe oud schat U me nou?"

Deze atleet leek me een complimenteuze leugen waard. "Nou, pak weg, zeventig?"

"Zesentachtig, meneer, volgende maand zesentachtig!"

"Ja, 't is het zeevater, hè, dat ontzmet, ende kou hardt je"

Nou, ik ga maar eens, ik zie er altijd eerst even tegenop, maar als ik thuiskom, dan ga ik altijd onder zo'n warme douche staan, en dan ben ik toch weer blij dat ik het gedaan heb."

Hij liep op zijn tenen de zeer ongestvrij ogende zee in. Ik rende onthutst nog een kilometer verder en draaide daarna om.

Toen ik langs de plek kwam waar Zephyr ondergedoken was, dook hij net weer op; zeer, zeer blauw, maar overigens monter. Hij wuifde. Ik zie hem nog dikwijls. Ik werk niet elke dag aan m'n gezondheid op dat strand, maar ik ben ervan overtuigd dat hij, zolang het winterdag is, ook na 10 jaar nog beschoemd, zoals hij me later vertelde, zich daar zal uitkleden en vervolgens blootstellen aan omstandigheden die hem al lang geleden een forse longontsteking hadden horen te bezorgen.

Ik bewonder die huisarts, en die bewondering wordt des te sterker door hetgeen ik later van zijn patient hoorde: de zenuwen zaten wel èrg in de familie; 4 van z'n 5 broers hadden zelfmoord gepleegd toen ze in hun ouderdom vereenzaamden. Hij was de oudste en hij had ze allemaal overleefd.

Hoe deze methode genoemd moet worden is me onduidelijk. Een beproeving, een juk, symptoom (i.e. zelfmoord) voorschrijven, herformuleren, meegaan met de weerstand?

Geen idee; maar ergens in Monster zit òf een hele goeie directieve therapeut of een gek met zeer geniale invallen.

Leen Joele.

Het gevaar van het etiket 'psychiatrisch patiënt' en somatische oorzaken voor psychische verschijnselen

Alfred Lange

Leen Joele bezong in een vorige aflevering van TDT (vgl. Joele, 1975) de geneugten van een dubbele opleiding (neurologie en psychiatrie).

Zoals hij het stelde, lagen de voordelen vooral in het onderkennen van psychische kanten aan zogenaamd somatische of neurologische klachten. In dit artikel geef ik een voorbeeld van het omgekeerde. Een vrouw was jarenlang als 'psychiatrisch patiënt' geëtiketteerd. Niet alleen voorkwamen de 'hulpverleners' daarmee dat zij op volwassen wijze zelf aan haar problemen ging werken, maar hun zienswijze leidde er zelfs toe dat de somatische kant van één der klachtenvelden werd verwaarloosd.

Het 'geval'

Sara (40 jaar oud) was 'oorlogsslachtoffer'. D.w.z.: zij had ondergedoken gezeten en had in de oorlog haar familie verloren. Tot een jaar of vijf geleden was zij prostitué geweest. Toen zij zich daaruit wilde terugtrekken had haar 'vriend' - de vader van haar dochttertje - haar met messteken ernstige verwondingen toegebracht. De verhouding was daarmee meteen stevig verbroken. Zij hield aan de slachtpartij hevige angsten, gepaard gaande aan nachtmerries over. Het dochttertje kon zij niet om zich heen velen, mede uit angst dat haar ex in dat dochttertje een reden zou zien om haar lastig te vallen. Het kind (9 jaar) vertoefde daarom in een kindertehuis.

Momenteel woont zij met een andere man samen met wie zij één zoontje van vier jaar heeft.

Sara werd bij mij geïntroduceerd door 'haar' maatschappelijk werker. Deze had haar vanaf de oorlog begeleid. Zij vertelde mij dat Sara er hopeloos voorstond. zij maakte ruzie met alle psychiaters en stafleden van het geestelijk 'gezondheidscentrum' dat zich al jaren met haar bemoeide.

Hoewel ik in de tijd van haar aanmelding helemaal vol zat, was ik wel benieuwd naar iemand met een verleden als dat van Sara en die ruzie maakt met de gevestigde orde van psychiaters en aanverwanten. Ik vertelde de maatschappelijk werker dat ik geen tijd had om Sara in een geregelde therapie te nemen, maar eventueel wel enkele gesprekken met haar wilde hebben.

Toen Sara mij daarop belde, werd ik meteen veroverd door het sappig, zangerige amsterdams-joods aksent waarmee zij in zeer hoog tempo de vloer aanveegde met die 'mafgozers' van heren psychologen die haar alsmaar wilden aanpraten dat zij gek was en alleen maar pillen gaven. Prettig detail vond ik ook, dat zij al aan de telefoon vroeg of ze mij mocht tutoyeren, dat praatte lekkerder. Enkele weken later vond het eerste gesprek plaats. Mijn telefonische indruk was juist geweest. Sara was een 'stevig wijffie' die haar problemen duidelijk op tafel legde, maar er bepaald geen genoeg in schiep om daar zielig over te doen. Zo had zij last van angstaanvallen (dat ex-vriend haar weer zou proberen te vermoorden) en daarmee gepaard gaande slapeloosheidsproblemen. Op eigen initiatief, tegen het advies van de staf van het gezondheidscentrum in, was zij begonnen met drastische vermindering van de dosering slaaptabletten: 'dan slaap ik maar wat minder, maar ben ik tenminste niet de hele dag zo suf. Ik kan toch niet mijn hele leven die troep blijven slikken?'. Ik vond het een uiterst positieve zaak en complimenteerde haar met haar stevige houding. Behalve slapeloosheid had zij last van concentratieproblemen en toenemende vergeetachtigheid. Zij vond het moeilijk zich langere tijd met één ding (schóormaken, lezen, etc.) bezig te houden. Haar gedachten dwaalden dan weg, meestal in de richting van de slachtpartij van vijf jaar geleden en mogelijke nieuwe ontmoetingen met haar ex-vriend. Op angst gebaseerde dwanggedachten speelden hierbij een sterke rol.

Haar vergeetachtigheid bleek uit konversaties als: 'maar Sara, ken je niet? Daar heb je twee weken geleden nog mee zitten praten'. Zij maakte zich ernstige zorgen over het toenemend aantal malen dat haar man en anderen in haar omgeving dit soort dingen tegen haar zeiden. Zij dacht - evenals de staf in het gezondheidscentrum - dat het te maken had met haar psychische toestand, vooral de concentratieproblematiek.

De behandeling

Over de behandeling wil ik eigenlijk niet zoveel schrijven. Er waren ook maar drie gesprekken, verspreid over 6 maanden. De kern van die gesprekken en de daarbij gevolgde strategie had drie onderdelen:

1. Haar neiging om niet bij de pakken neer te gaan zitten, zich niet over te geven aan medicijnen en psychiaters, werd steeds als uiterst positief door mij geëtiketteerd. In samenhang daarmee onderstreepte ik steeds dat het na de afschuwelijke ervaringen heel begrijpelijk was dat zij de klachten had die zij rapporteerde.

2. Hoe begrijpelijk de klachten ook waren, ze moesten en konden wel aangepakt worden. Op suggestieve wijze introduceerde ik daarvoor de volgende opdrachten:

- . Toegeven aan en kanaliseren van de angst. Zodra angstbeelden voorkwamen moest Sara dit goed op zich in laten werken; aan een hoge tafel gaan zitten en gedurende drie kwartier alles opschrijven wat zij op dat moment voelde.
- . Bij afdwalen van gedachten, gebruik van de weckring.
- . In de tweede zitting kwam een zeer specifieke angstbron naar voren. Zij had toen n.l. haar ex-vriend op straat ontmoet en was als de dood dat dat weer zou gebeuren. Wij bespraken wat dan haar beste reacties zouden zijn. Thuis zou zij elk van de mogelijke reacties op kaartjes schrijven. Iedere keer als zij weer bang werd voor een eventuele ontmoeting, zou zij één of meer van die kaartjes pakken en hardop zeggen: 'ik hoef niet bang te zijn om te ontmoeten, want dan doe ik gewoon (wat er op de kaartjes stond).

Voor een preciesere beschrijving van het gebruik van deze opdrachten verwijs ik naar Lange, 1975.

3. In de tweede zitting kwamen de geheugenproblemen weer ter sprake. Ik zag geen verband tussen haar verslechterende geheugen en de andere klachten. Dit was de reden dat ik haar naar een neuroloog en naar een keel-, neus- en oorarts verwees (dit laatste omdat zij ook over doofheid aan één kant klaagde).

Twee weken later belde zij mij op. Zij had een kanjer van een infectie en moest aan beide oren geopereerd worden. Het was in een dermate vergevorderd stadium dat aan de doofheid niets te doen zou zijn,

maar haar vergeetachtigheid werd volgens de behandelende specialist veroorzaakt door de infectie en zou na de operatie weer verdwijnen. Hoe dat precies in elkaar zat en mogelijk was heb ik niet goed begrepen, maar laat ik mij gaarne uitleggen door de medici onder ons.

Enkele weken later werd zij inderdaad opgenomen en geopereerd. De operatie was geen succes, en moet over een half jaar opnieuw uitgevoerd worden.

Diskussie en nabeschatting

De gesprekken met Sara hebben bij mij twee dingen weer duidelijk onderstreept. Ten eerste, hoe destructief het is om mensen vast te pinnen op hun psychiatrisch verleden (vgl. Langer & Abelson, 1974). Met Sara was dat vele jaren gebeurd. In plaats van haar pogingen om zelf aan haar problemen te werken positief op te vatten en te kanaliseren, heeft men dit jarenlang als de grillen van een rare patiënte beschouwd. Nu, 3/4 jaar na ons laatste gesprek, funktioneert zij - los van haar lichamelijke klachten - nog steeds voortreffelijk. Via een aantal telefoontjes van haar en informatie van de maatschappelijk werker is mij gebleken dat zij nog wel eens bang is maar dat dan goed kan hanteren. Zij slaapt zonder enige medicatie. Haar dochttertje - van de ex-vriend - dat in een tehuis was, kan zij weer om zich heen hebben zonder geïrriteerd en angstig te worden.

Het tweede leerpunt voor mij heeft met bovenstaande te maken. De vorige 'hulpverleners' waren er zo van overtuigd dat Sara gek was dat haar somatische klachten niet serieus werden genomen; slecht geheugen kwam door concentratieproblemen en dat had weer met haar algehele psychische toestand te maken.

De doorsnee psychotherapeut beschikt niet over afdoende medische kennis; het lijkt mij daarom essentieel dat hij bij (psycho) somatische klachten altijd eerst de geijkte medische specialisten inschakelt, zelfs als er een flinke kans bestaat dat dit niets oplevert.

Het is overigens frappant dat juist bij oorlogsslachtoffers - die in hun jeugd vaak lichamelijke ontberingen hebben ondergaan - de somatische kant vaak vergeten wordt. Men is kennelijk zo overtuigd van de psychische schade die zij hebben opgelopen dat aan

de rest geen aandacht meer wordt geschonken.

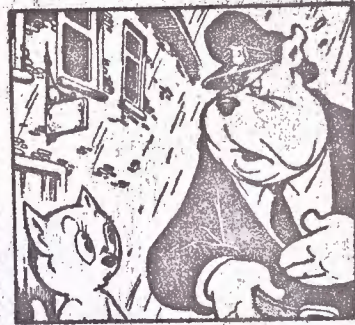
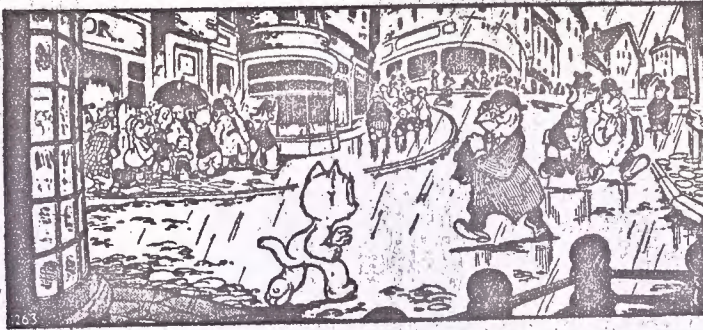
De ervaringen met Sara hebben de bij mij wel aanwezige tendentie om bij psychosomatische klachten eerst een medische checkup te houden versterkt. Zo had ik onlangs een intake gesprek met een 17-jarig meisje, dat vanwege aanvallen van agressie en zelfmutilatie op het punt stond om in een psychiatrische inrichting opgenomen te worden. Aan haar aanvallen gingen meestal duizelingen en de neiging tot flauw vallen vooraf. Ik heb haar aangeraden om zich via haar huisarts eerst door een internist en neuroloog grondig te laten onderzoeken alvorens zich in een psychotherapeutische behandeling te storten. De huisarts en anderen die zich tot nog toe met haar hadden bemoeid hadden dit niet nodig geacht. Ik ben benieuwd wat, bijv. Leen Joele, hiervan vindt.

Referenties

Joele, L. (1975): Uit het 'Ziekenhuis', TDT, 3 (4), 31-35

Lange, A. (1975): De lege stoel ... , TDT, 3 (4), 10-30

Langer, E.J. & R.P. Abelson (1974): A patient by any other name ...: clinician group difference in labeling bias. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42 (1), 4-9.



Het was onrustig in de stad. Want hoewel het nog steeds slecht weer was en de griep nog steeds heerste, schoolden hier en daar groepjes burgers samen, die de aanplakbiljetten, welke die nacht waren opgehangen, stonden te lezen.

Ernstige deurwaarders liepen rond met dik-gevulde tassen en waarden van deur tot deur om iedereen te gaan vertellen hoeveel blijheids-offerpenninkjes er betaald moesten worden.

Tom Poes liep met een ongerust gevoel langs de mompelende groepjes en keek naar de zorgelijke gezichten, totdat hij in de verte de commissaris

van politie Bulle Bas in het oog kreeg. De flinke politiechef stond met een nors gelaat naar het gedoe te kijken en lette op, dat er geen ruzie of vechtpartijen van zouden komen.

„Mag dit nu allemaal maar zo?” vroeg Tom Poes.

„Hm? Wat?” vroeg Bulle Bas korezellig. „Wat mag?”

„Dit!” zei Tom Poes, naar een van de aanplakbiljetten wijzend. „Wat is dit toch voor onzin, met die blijheids-offerpenninkjes? Wie heeft dat verzonnen?”

Bulle Bas keek hem achterdochtig aan en schraapte zich de keel. „Hm, ahum!” zei hij. „Wat wil je eigenlijk,

Tom Poes? Je weet, dat dit een gemeentebesluit is! We gaan hier een internationaal Pretcentrum maken! En daar moeten we allemaal aan mee doen, dat is begrijpelijk! Dat is burgerplicht! Geen pret zonder er voor te betalen! Dat zou je wel willen hè? Maar ik ben er om er voor te zorgen, dat de hand er aan gehouden wordt! En ik ben niet van jouw opruiende taal gediend! Je bent aan het stoken! Hm!”

„Ik ben niet aan het stoken!” zei Tom Poes verontwaardigd. „Maar ik mag het toch wel onzin vinden?”

„Nee!” zei de commissaris, „want dat is stoken!”

Een voorbeeld van "overtroeftechniek" uit de Nederlandse literatuur.

Kees Hoogduin.

Kommissaris Bulle Bas en Tom Poes hebben onenigheid. Tom Poes verdenkt Bul Super en Hiep Hyper ervan, dat zij zich door middel van het oprichten van de "Partij van de Blijheid" met een groots vermaakcentrum en het heffen van blijheids-offerpenninkjes opnieuw met oplichterspraktijken bezig houden. Bulle Bas heeft echter een gemeente besluit ontvangen, waarin de genoemde activiteiten goedgekeurd worden.

Wanneer Tom Poes zijn bezorgdheid uitspreekt, is Bulle Bas, steunend op het gemeente besluit, het met hem oneens. De argumenten, die Tom Poes aanvoert, zijn nogal redelijk en moeilijk weerlegbaar. Bulle Bas lost de problemen op door niet op Tom Poes' argumenten in te gaan, maar het uiten van deze argumenten als stoken te labelen. Tom Poes laat dit niet op zich zitten, hij gaat in op de "steek"-verdachtmaking. De kaarten zijn echter geschud; wat Tom Poes ook zegt, zal opnieuw als "stoken geïnterpreteerd worden. Wanneer Tom Poes

dan ook zegt: "Ik ben niet aan het stoken, maar ik mag het ²⁸ toch wel onzin vinden." slaat Bulle Bas weer toe: "Nee, want dat is stoken".

De woorden hebben hun betekenis verloren. Bulle Bas laat er geen twijfel over bestaan, dat hij als vertegenwoordiger van de overheid de betrekking met Tom Poes als komplementair definieert.

Wanneer Bulle Bas de argumenten van Tom Poes had geaksepteerd, dan zou dat betekenen, dat hij (i.c. de overheid) ongelijk had. Dit maakte het voor Bulle Bas noodzakelijk van het inhoudelijke over te stappen naar de betrekking. Hij labelt het argumenteren van Tom Poes als een laakbare en mogelijk strafbare handeling.

Tom Poes, hierdoor overtroefd, vinden we terug op de volgende pagina: "terwijl hij de stad Rommeldam met al zijn zorgen achter zich liet."

Literatuur.

Toonder, M., 1952, "Heer Bommel en de Partij van de Blijheid", in: NRC, midden 1952. (Ook in illegale druk verschenen rond 1972.)

Wadzlawick, P., Beaven, J.H., Jackson, D.D., 1970, "De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie", Van Loghum, Deventer, blz. 72.

Surprisetechneken gebruikt voor andere dan psychotherapeutische doeleinden (1).

Na het artikel "Interventies van anderen dan therapeuten" (Van der Hart, 1975A) bestudeerd te hebben kwam ik tot een nogal beschamende konklusie. Ik bleek me bij de bestudering van de literatuur inderdaad slechts te beperken tot de zogenaamde vakliteratuur. Geschriften van bekende auteurs als Koshoku Ichidai Otoka, Alberts, Malot en Charteris bleek ik eigenlijk nooit te raadplegen.

Onder het motto "Beter ten halve gekeerd, dan ten hele gedwaald" spoedde ik me naar de boekhandel en liet me uitgebreid adviseren. Ik besloot de zaken direkt grondig aan te

pakken en versxhafte me de komplette "Maigret" van G. Simenon in 27 delen. En inderdaad in deel 6 op pagina 101 werd mijn inspanning beloond. Met rode oortjes las ik de beschrijving van de door kommissaris Maigret gebruikte surprisetechneik (zie ook Van der Hart, 1975B).

- Meneer Duhourceau, bent U wel eens in Algerije geweest?
- Ik?

Als iemand zo met "ik" antwoordt, betekent dat in negen van de tien gevallen, dat hij probeert te winnen.

- Waarom vraagt U dat? Zie ik er dan uit als iemand uit de kolonien? Nee, ik ben nooit in Algerije geweest, ook niet in Marokko. Mijn verste reis is naar Noorwegen geweest, naar de fjorden. Dat was in 1923....

- O, juist... Ik weet echt niet waarom ik dat vroeg... U kunt zich niet voorstellen hoe ik door dat bloedverlies verzwakt ben...

Dat was ook een oude truc van Maigret: van de hak op de tak springen, plotseling over iets beginnen dat in geen enkel verband staat met het oorspronkelijke gesprek. De ander vreest in de val te lopen en probeert te ontdekken wat er achter zit, maar er zit niets achter. Hij spant zijn hersens tot het uiterste in, maakt zich nerveus, wordt moe en verliest tenslotte de draad van zijn eigen gedachten.

- Dat zei ik nog tegen de dokter. Maar wat ik vragen wilde, wie kookt er eigenlijk, daar?

- Wat...

Maar Maigret gaf hem niet de tijd om te antwoorden.
Etc...

Literatuur.

Hart, v.d., O., 1975A, "Interventies van anderen dan therapeuten", TDT, 2, nr 10, blz 45.

Hart, v.d., C., 1975B, "Een voorbeeld van een surprisetechneik", TDT, 2, nr 9, blz. 8.

Simenon, G., 1967, "Maigret en de krankzinnige van Bergerac", "Maigret", deel 6, blz 101.

"Overwerkt zijn", het onvermogen "nee" te zeggen en een praktische oplossing.

~~24~~
25

Kees Hoogduin (jan. 1976)

- De journalist

Een 35-jarige journalist meldde zich, in gezelschap van zijn vrouw, op ons bureau voor behandeling van huwelijksproblemen.

Bij analyse van de problemen bleken deze direct met zijn werk in verband te staan.

Sinds hij de door hem zo gewenste positie als redakteur van de krant had bereikt, was hij meer alcohol gaan gebruiken (+ 15 consumpties per dag). Deze consumpties genoot hij vaak na zijn werk en daar hij na 7 biertjes de controle over zijn alcoholgebruik verloor, gebeurde het regelmatig dat hij òf diep in de nacht, òf in het geheel niet thuis kwam.

Hij zag zichzelf als geëngageerd journalist, met de bereidheid om belangrijke onderwerpen goed en grondig af te werken met een grotere inzet dan zijn minder gedreven kollega's. Het gevolg was dat hij niet alleen bij de krant een bijzondere positie verkreeg, maar ook bij de politieke partij en de culturele raad van zijn woonplaats. Ieder was erg gelukkig met deze geëngageerde journalist. Tot zijn grote genoegen werd hij steeds voor de klusjes, die alleen voor goed gemotiveerde, goedschrijvende journalisten waren weggelegd, gevraagd. Een gevolg was dat hij zijn hoeveelheid werk niet aankon. Dit leidde tot een gespannen gevoel, hetgeen hem snel geïrriteerd en prikkelbaar maakte. Na enige biertjes zakte dit wat af en na 7 biertjes waren de spanningen verdwenen.

Zijn vrouw nu kon noch zijn onregelmatig thuiskomen, noch zijn alcoholgebruik waarderen. Op verwijtende toon en later ook apert beschuldigend maakte zij hem dit duidelijk. Tenslotte ontstonden er uitzichtloze ruzies en een zeer slechte relatie (ook op sexueel gebied). Er werd besloten eerst rust in de relatie aan te brengen door een "voor wat hoort wat" advies. De man zou zijn drankgebruik monitoren en het kritische aantal consumpties (7) niet overschrijden. De vrouw zou alle kritiek op zijn werk en zijn drukte voor zich houden.

Nadat er in de conflicten inderdaad een rustperiode gekomen was, werd besloten tot het geven van een direktief dat zijn te drukke werkzaamheden zou doen verminderen. Uitvoerig werden hem zijn kwaliteiten nog eens voor ogen gehouden en hoe iedereen er van mee profiteerde : zijn collega's deden steeds minder, de raad van de partij beschikte over mooie rapporten en jaaroverzichten, de relevante artikelen zouden hun steentje bijdragen tot maatschappijverbetering en -vernieuwing. Alleen hijzelf en zijn gezin schenen maar matig de vruchten van deze zo goede zaak te plukken, terwijl tevens de vraag zich opdrong hoe lang hij dacht voort te kunnen gaan met deze rooibouw op zichzelf. Kliënt was het met deze conclusies eens maar hij zat nu eenmaal in die situatie en was niet in staat daarin verandering aan te brengen.

Na hem nogmaals op de gevaren van rooibouw en een grootse, maar helaas kortdurende carrière te hebben gewezen, kwamen we tot het volgende direktief :

Kliënt moest een lijst aanleggen van alle ideeën, opdrachten en verzoeken die zouden leiden tot het produceren van stukken en deze verzoeken en ideeën nummeren. Op die verzoeken die korrespondeerden met door 3 deelbare nummers mocht hij niet ingaan. Als hij onmogelijk kon weigeren moest hij er zich met een Jantje van Leiden van afmaken. Natuurlijk zou het beter zijn om bij opdrachten of verzoeken direct te zeggen dat het voor hem op dit moment niet mogelijk was de opdracht te aanvaarden, maar ja, dat is voor sommige mensen moeilijk, dus bij een toch aanvaarden, dan... etc.

Het zal noodzakelijk zijn, van te voren te bedenken welk nummer een volgend verzoek heeft.

Bij het volgende bezoek vertelde kliënt, zich met veel plezier aan de opdracht te hebben gehouden en met veel binnenpretjes had hij een aantal verzoeken afgewimpeld. Hij had geen slechte stukken geschreven, maar gekozen voor de weigering. Zijn eigen ideeën (die korrespondeerden met door 3 deelbare nummers) had hij kunnen laten rusten.

- De maatschappelijk werkster

Een maatschappelijk werkster klaagde over huwelijksconflicten.

Bij nauwkeurige analyse bleek zij 's avonds zeer moe te zijn en geen belangstelling meer te kunnen opbrengen voor de zaken die haar man

dan naar voren bracht. De echtgenoot raakte geïrriteerd, begreep het niet, ging twijfelen aan de liefde etc. en het huwelijksconflict was geboren.

Ook hier bleek de maatschappelijk werkster niet in staat een verzoek om hulp te weigeren. Daar zij gewetensvol en zeer goed werkte besloten haar kollegae al snel, bij een intake met probleemrijke cliënten onze maatschappelijk werkster te vragen hulp te bieden of haar in konsult te roepen. Tevens was de roep over haar in de stad groeiende zodat ook uit deze hoek velen zich met verzoeken om hulp tot haar wendden.

Ook deze cliënte kreeg het één-van-de-drie-direktief en het verzoek de hulpvragen genummerd te registreren. In zeer korte tijd was haar werksituatie gesaneerd.

De maatschappelijk werkster vertelde, evenals de journalist, over het plezier dat ze had als ze haar baas/kollega mededeelde aan een bepaald verzoek niet te kunnen voldoen.

- Diskussie

Kliënten, die door een te grote hoeveelheid werkzaamheden overbelast worden, zijn in twee categorieën onder te verdelen :

1. De werknemer zit in een bepaald produktie-systeem dat door te hoge produktie de werknemer te zwaar belast. Bij voorbeeld een lopende band die net iets te snel gaat. De oorzaken liggen dan bij de chefs, de direktie etc. De werknemer kan via de ondernemingsraad, arbeidsinspectie, bonden, stakingen etc. trachten de band langzamer te laten lopen of hij kan ontslag nemen en gaan werken in een fabriek met een rustiger lopende band.
2. De werknemer is zelf in staat zijn hoeveelheid werk te regelen maar moet op grond van een verscheidenheid aan oorzaken toch te veel werk verrichten.

Als we de indeling van Kahn (Kraft 1972) betreffende de oorzaken van "overwerkt zijn" bezien, blijken bij de eerste groep vooral de te hoge eisen stellende superieur, de onduidelijke taakinstructie en ook de veranderde werkomstandigheden belangrijke factoren te zijn. Bij de tweede groep komt het probleem vooral voort uit de persoonlijkheid van de cliënt, onzekerheid over zijn positie in zijn werkmilieu, onduidelijke structuur van het werk en ook veranderde werkomstandigheden.

De twee hier beschreven cliënten behoren tot de tweede groep. Vanuit de omgeving wordt een beroep op hen gedaan, beiden hebben echter min of meer de mogelijkheid het werk zelf in te delen. Veel mensen zijn niet in de gelegenheid het werk in overeenstemming met hun mogelijkheden in te delen. De (grote) druk van buiten bepaalt dan de werkzaamheden. Het onvermogen "nee" te zeggen kan daarbij een funeste rol spelen : een situatie die vrij vaak voorkomt. Ieder kent in zijn directe omgeving wel hulpverleners die door het grote aantal verzoeken om hulp, consultatie, samenwerking etc. in een vergelijkbare situatie verkeren. Het advies "Je moet wat minder gaan doen" blijkt bij deze mensen niet aan te slaan. Vrouw, kinderen, familieleden zeggen dit al jaren.

~~20~~
28

Bij het één-van-de-drie-direktief spelen de volgende factoren een rol :

1. Er wordt gemonitoord : cliënt wordt zich bewust waartegen hij allemaal "ja" zegt. Dit kan op zichzelf al een snelle vermindering van werkactiviteit inhouden. Het effect zal echter meestal niet beklijvend zijn, maar is wel van groot belang voor de motivatie van de cliënt (Kanfer, 1975 blz. 327).
2. Cliënt behoeft geen argumenten te bedenken om de derde opdracht (het derde verzoek) te weigeren. Hij staat bekend als een harde werker. Iedereen weet meestal wel dat hij teveel hooi op zijn vork heeft. Wanneer hij eindelijk eens "nee" zegt, zal men in aanvang wel verbaasd zijn maar het toch begrijpelijk vinden. De reactie op zo'n verzoek wordt via een oefening in rollenspel doorgenomen.
3. Het effect op lange termijn. Na het enige tijd konsekvent volgehouden één-op-de-drie-advies blijkt het aantal verzoeken en opdrachten, dat eerst in verhouding tot de kollega's nogal groot was, af te nemen. Wanneer men twee of drie keer iets verzoekt en steeds op een stereotype wijze wordt afgepoeierd met de mededeling dat het "helaas nu niet mogelijk is", dan staat men wat minder snel klaar met een volgend verzoek. Dit heeft dus op langere termijn een sanering van de werkzaamheden tot gevolg.
4. Na enige tijd kan de procedure gestaakt worden.
 - de cliënt heeft mogelijk geleerd dat "nee" zeggen niet betekent dat hij een verachtelijk wezen is en zal, wanneer hij het weer te druk krijgt, "nee" kunnen zeggen.
 - Of hij blijft "ja" zeggen tot hij weer vol zit en gaat dan de één-op-de-drie-methode toepassen.

In beide gevallen is hij in staat om met een te grote werkdruk om te gaan.

5. De beide cliënten gebruikten de geboden oplossing met veel plezier. Hoewel ze zich bij het krijgen van nieuwe opdrachten en verzoeken in het verleden nogal gestreeld voelden, lijkt de mogelijkheid dat ze het de anderen kwalijk namen deze strelende handelswijze zo overvloedig toe te passen, niet uitgesloten. Men nu eens daarvoor met een weigering te straffen (niet omdat de opdracht zo zwaar was, niet omdat zij de opdracht niet wilden, niet omdat ze onaardig wilden zijn maar omdat het lijstje aangaf dat het deze opdracht was die aan de beurt was om geweigerd te worden) veroorzaakte waarschijnlijk het plezier bij het uitvoeren van deze opdracht.

Literatuur :

Kanfer, F.H., 1975 : Self-Management Methods in Helping People
Change,
ed. F.H.Kanfer and A.P.Goldstein

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

Voor een goed begrip van wat bovenstaande term wil uitdrukken is het noodzakelijk, kort de grove structuur van het centrale zenuwstelsel te schetsen.

De hersenen bestaan uit 2 helften, verbonden door duidelijke vezelsystemen. De linker en rechter helft zijn morfologisch en qua structurele opbouw volledig elkaars spiegelbeeld.

De linkerhelft voorziet de rechterlichaamshelft van impulsen en ontvangt van die zijde informatie, de rechter helft doet hetzelfde voor links.

Sinds 1860 zijn vele anatomische onderzoeken uitgevoerd naar de functionele structuur van de hersenen. Uitgangspunt was het duidelijk herkenbare feit dat bij mensen met een rechtszijdige verlamming vrijwel altijd de spraak ernstig gestoord was, zowel qua begrip als qua hanteren van begrippen in woord en geschrift.

Deze beschadigingen bleken gecorreleerd te kunnen worden met min of meer duidelijk omschreven gebieden in de linker hersenhelft, die vanwege zijn belang voor de taal de dominante hemisfeer genoemd werd.

De regel was dus: bij rechtshandigen is de linker hersenhelft de dominante.

Er bleken evenwel uitzonderingen te zijn: sommige rechtshandigen kregen spraakstoornissen bij linkszijdige verlammingen of geen stoornissen bij rechtszijdige aandoeningen.

Bij de linkshandigen was de situatie nog onoverzichtelijker en bij gelijkelijk verdeelde "handigheid" (handedness) waren voorspellingen al helemaal zinloos.

Die voorspellingen zijn evenwel soms bitter nodig: geen neuro-chirurg opereert als het niet zeer nodig is, in de dominante hemisfeer.

De recente theorie over de samenhang tussen spraak en "handigheid" is gebaseerd op uitvoerig erfelijkheids onderzoek, dat overigens nog lang niet is afgesloten. De meest bekende onderzoekster op dit gebied (Annett 1975) zette onlangs haar inmiddels in de leerboeken opgenomen theorie weer op losse schroeven.

De theorie is als volg:

De dominantie wordt bepaald door 2 genetische factoren, R en L; R is dominant, L recessief, doch bij heterozygoten (RL) is de penetratie van R partieel. (Partiële penetratie "houdt in dat een genetische" aanleg niet in alle gevallen zich manifesteert in waarneembare kenmerken (genotype ~~R~~ genotype).

Homozygoten RR zijn rechtshandig, en de linker hemisfeer domineert.

Homozygoten LL zijn linkshandig en de spraak kan zich in beide hemisferen ontwikkelen, doch meestal in de rechter.

Heterozygoten RL kunnen in zowel links als rechtshandig zijn, doch zullen onder druk van de cultuur meestal rechts handig worden; de spraak kan zich in beide hemisferen ontwikkelen.

De volgende maal wilde ik afsluiten met iets te vertellen over testen om de dominantie te bepalen en de splitbrain experimenten,

Literatuur: Genetic influences on handedness and cerebral dominance;
M. Annett; Boerhaave course, lateralization of brain functions; june,
20-21, 1975.

Leen Joele.

SNIPPERS

1. Tart's "self-report depth scale".

Ik geef een vertaling van een stukje daarover (Tart, 1969). Dat is niet het meest uitgebreide daarover, maar ik heb niet beter.

"Als een subjekt gevraagd wordt om de mate waarin hij gehypnotiseerd is aan te geven, dan is zijn schatting onder sommige kondities erg bruikbaar, omdat hij (a) korreleert met de gebruikelijke suggestibiliteitskriteria van hypnotische diepte en wel op significante wijze (...); (b) hij onderscheid maakt tussen verschillende kwaliteiten van ervaring die door het subjekt gerapporteerd worden (...); en (c) de subjecten voelen dat zij zinvolle onderscheidingen maken. De mate van gehypnotiseerd zijn die iemand weergeeft kan gebruikt worden als criterium voor hypnose in plaats van suggestibiliteit.

Proefpersonen worden gehypnotiseerd en vervolgens geïnstrueerd, dat wanneer de hypnotiseur "trance-diepte?" vraagt, er onmiddellijk een getal in hun geest zal opkomen, dat hun hypnotische diepte van dat moment aangeeft.

De volgende illustratieve waarden worden aan het subjekt voor "scaling" (ijking?) voorgelezen:

- (a) nul is de wakende toestand.
- (b) van 1 tot 12 is een toestand waarin je je zeer ontspannen voelt en op afstand (detached), en je arm kan omhoog gaan of een rondgaande beweging maken als ik dat suggereer.
- (c) een diepte van 20 of meer is nodig opdat je hand of een ander lichaamsdeel gevoelloos kan worden.
- (d) een diepte van 25 of meer is nodig om te dromen terwijl je in de hypnotische toestand bent.
- (e) een diepte van 30 of meer is nodig om amnesie (d.w.z. het vermogen om iets te vergeten) te ontwikkelen; je geest is erg rustig, en je besteedt bijna geen aandacht aan andere dingen dan mijn stem of de dingen waarvoor ik rechtstreeks je aandacht vraag, en je kan alles zien en horen wat ik je suggereer.

(f) op een diepte van 40 of meer is je geest absoluut kalm (still) en alles wat ik je suggereer is helemaal werkelijk, absoluut werkelijk, net zo echt als wat dan ook in de wereld.

(g) een diepte van 50 of meer is een extreem diepe trance, zo diep dat je geest vanzelf sloom of traag wordt. Deze schaal gaat met het laatste item door tot het nivo dat bijv. Erickson "plenary" noemt en dat we in de praktijk zelden tegenkomen.

Het gewone "goede" subjekt zal, à priori, tussen de 30 en 40 skoren.

Omdat de diepte van hypnose kan fluktuieren van minuut tot minuut, zou men subjekten frekwent naar hun trancediepte moeten vragen".

Aldus een niet te letterlijke vertaling.

Referentie:

Tart, C. (1969): Psychedelic experiences associated with a novel hypnotic procedure, mutual hypnosis.

In: Tart (ed.): Altered States of Consciousness.

Wiley, New York, etc., 291-308.

2. De sjoelbak.

Tanja Rubinstein had een echtpaar in therapie, dat Van Dijck zou omschrijven als zijnde een van het type "blaffende honden bijten niet". Naast de frekwent oploeiende ruzies bestonden voorts klachten op seksueel gebied en was de vrouw enigszins straatfobisch. Het bleek een taaie zaak te zijn, met weinig beweging. Totdat het paar rapporteerde een zeer plezierige week gehad te hebben. Het enige waaraan dit gekorreleerd kon worden was de spontante aanschaf van een sjoelbak, waar het echtpaar zich elke avond mee vermaakt had. Zonder dat zij een en ander met elkaar in verbinding brachten, bleek dat in die week geen ruzies waren voorgekomen, de seks plezieriger dan voorheen was geweest en dat de fobische klachten enigszins verminderd waren.

Tanja, ikzelf en een aantal andere kollega's hebben sindsdien naarstig aan al onze blaffende honden het sjoelen aanbevolen.

Het bleek geen wondermiddel te zijn, maar het had af en toe vergelijkbare gevolgen als bij het modelechtpaar.

Ik denk achteraf, dat aan sjoelen in dit verband twee belangrijke aspecten kleven. Het is, ten eerste, een kompetatief spel; m.a.w. een aardig alternatief voor symmetrisch verloopende ruzies die men toch steeds gefrustreerd en vroegtijdig beëindigt. Er zit, ten tweede, een seksueel element in. Dit is voor vrouwen een centraler gegeven dan voor mannen. Zoals een van haar opmerkte: "ik noem de sjoelbak altijd een sloeriebak". In een huwelijk, waarin de vrouw de conflicten o.m. tot uiting brengt in het over elkaar houden van haar benen, is zij nu bezig om vol vuur de schijven in het gat te gooien.

Waar ik nog benieuwd naar ben, is of het wat uitmaakt wie wint. Ik vermoed zelf, dat als de vrouw met sjoelen geregeld van haar man wint, het effect op m.n. de seks groter zal zijn dan wanneer de man wint - als het seksuele probleem het meest bij haar ligt. Zijn de klachten meer bij de man (impotentie), dan zou de man beter kunnen winnen.

3. Miyamoto Musashi.

Van deze beroemde Japanse zwaardvechter uit de 16e/17e eeuw heb ik al eerder iets geciteerd. Wat hieronder volgt is zijn opvatting over het onderricht in de kunst van het zwaardvechten. Wat hij daarover zegt, zie ik als de onderliggende filosofie van mijn eigen optreden als cursusleider en supervisor op het terrein van gezinstherapie.

"There is no "interior" nor "surface" in strategy. The artistic accomplishments usually claim inner meaning and secret tradition, and "interior" and "gate", but in combat there is no such thing as fighting on the surface, or cutting with the interior. When I teach my way, I first teach by training in techniques which are easy for the pupil to understand, a doctrine which is easy to understand. I gradually endeavour to explain the deep principle, points which it is hardly possible to comprehend, according to the pupil's progress. In any event, because the way to understanding is through experience, I do not speak of

"interior" and "gate".

"Gate": A student enrolling in a school would pass through the gate of the Dojo. To enter a teacher's gate means to take up a course of study.

In this world if you go into the mountains and decide to go deeper and yet deeper, instead you will emerge at the gate. Whatever the Way, it has an interior, and it is sometimes a good thing to point out the gate. In strategy, we cannot say what is concealed and what is revealed.

Accordingly I dislike passing on my Way through written pledges and regulations. Perceiving the ability of my pupils, I teach the direct Way, remove the bad influence of other schools, and gradually introduce them to the true Way of the warrior.

The method of teaching my strategy is with a trustworthy spirit. You must train diligently."

Het enige wat ik dan duidelijk anders doe, is wèl werken met een cursus- of supervisiekontraakt.

4. Metaforen.

De 65-jarige heer Jansen zou bij mij in therapie komen, nadat hij een paar maanden in een psychiatrische inrichting had doorgebracht. Die opname moest plaats vinden omdat hij steeds depressiever werd, waarbij zijn toenmalige hulpverleners van mening waren dat dit proces ambulantly niet meer gekeerd kon worden. De heer Jansen kon goed aangeven waar zijn depressie mee te maken had. Zijn vrouw was vijf jaar tevoren overleden en hij voelde zich eenzaam. Hij kreeg kennis aan een "lieve, vriendelijke dame" die met hem trouwen wilde, maar wat hij moest weigeren omdat zulks voor hem niet meer weggelegd zou zijn. Waarom niet? Ten eerste had hij in de loop van een vruchtbaar en gezegend huwelijk zijn vrouw een aantal malen bedrogen en ten tweede was het huwelijk met die vrouw al een verloochening van de vrouw met wie hij daarvoor verloofd was en die hij het meest lief had gehad. Al dit soort gebeurtenissen begon hem steeds meer te achtervolgen, zoals ze dat ook een achttiental jaren geleden hadden gedaan en wat toen ook tot een opname

(met een electroshock behandeling) had geleid.

De heer Jansen gaf dus aan dat hij die verloofde (45 jaar geleden) en zijn vrouw had bedrogen. Niet alleen dat; ook God had hij daarmee niet slechts verloochend, maar zelfs verraden. Hij wist wel dat God en zijn vrouw hem vergeven hadden, maar toch bleef het verleden hem achtervolgen. Dit ondanks het feit dat hij in zijn leven rijk gezegend was met onder meer een lieve vrouw, zes fijne kinderen, talloze kleinkinderen en een goed lopende zaak (waarin een paar zoons met hem samenwerkten). Hij was na zijn ontslag uit de inrichting nog steeds niet terug naar de zaak gegaan en hij vermeed zoveel mogelijk het contact met andere mensen. In het eerste gesprek hoorde ik zal deze dingen empathisch aan en sloot aan bij zijn opmerking, dat het bij hem niet om problemen ging (zoals bij andere mensen) maar om de werkelijkheid.

"De werkelijkheid is dus, meneer Jansen, dat ik datgene wat U drukt ook niet voor U op kan lossen. Uw werkelijkheid is, dat U weet dat God en Uw vrouw U vergeven hebben voor het kwaad dat U bedreven hebt. Maar ook, dat U Uzelf niet vergeven hebt. Daardoor komt U keer op keer terug op de dingen die U misdreven hebt. Het is alsof Uw werkelijkheid te vergelijken is met een grammofoonnaald die in één groeve blijft ronddraaien en niet aan het eind kan komen.

Het enige dat ik kan doen is U, als die naald, een duwtje geven in de goede richting. De eerste stap die ik zou willen nemen is U te verzoeken om al die gebeurtenissen uit het verleden die in de komende week in Uw gedachten opkomen op te schrijven en het geschrevene mee te nemen naar ons volgende gesprek. Dan zou ik de tweede stap willen nemen. Die heb ik al in gedachten, maar kan ik U het beste dan meedelen".

De heer Jansen voelde zich door mijn beeldspraak aangesproken en aksepteerde de suggestie.

Mijn idee was om met hem een ritueel te ontwikkelen, waarmee hij op een of andere manier boete zou doen.

Hierdoor zou hij ook zichzelf kunnen vergeven.

De week daarop vertelde de heer Jansen, dat hij niets had opgeschreven, maar dat hij daarvoor wel iets anders in de plaats had gedaan. Hij was weer naar de zaak gegaan en had daar elke dag gewerkt - hetgeen in maanden niet was voorgekomen. Hij was in de afgelopen week ook naar een dominee, die hij een keer had horen preken, gegaan en had ook hem zijn verhaal verteld. Deze had hem gezegd dat hij Christus inderdaad verloochend had, maar dat Christus hem zou vragen als hij naar Hem toe zou gaan: Hebt U mij lief?

En de dominee vroeg de heer Jansen wat hij dan zou antwoorden. "Ja, ik heb U lief".

"Christus zegt U dan", zo vervolgde de dominee, "Weid mijn schapen, hoed mijn lammeren. En weet U ook wie die schapen en die lammeren zijn, meneer Jansen?"

"Dat zijn mijn kinderen en mijn kleinkinderen, en dat is mijn zaak."

"Dan zegt Christus U, dat U daarvoor de zorg weer op U moet nemen."

De heer Jansen was de afspraak met mij nagekomen om me dit te kunnen vertellen. Hij zei dat hij, na door de hel te zijn gegaan, nu de eerste schreden op de goede weg had gezet en mijn hulp niet meer nodig had. Maar als het hem in de toekomst toch eens te zwaar zou worden, zou hij graag een beroep op me doen.

Relaties en Rituelen (II) overgang en bestendiging.

Dullaart (1975) doet verslag van een direktieve gezinstherapie, waarin het voorschrijven van een ritueel een bijzondere plaats innam.

Korrie Mulder is een 12-jarig meisje dat bepaalde dwangrituelen uitvoert. Als ze 's avonds naar bed gaat, doet ze de deur van haar kamer vier keer open en dicht, trekt ze haar kleren vier keer aan en uit, poetst ze haar tanden vier keer, gaat ze vier keer in en uit bed, en zo voort. Moeder wordt hier stapelgek van en zoekt hulp bij een therapeut. Deze hoort hoe moeder avond na avond met Korrie bezig is en van haar gedrag steeds meer de zenuwen krijgt. Moeder kan er niet meer tegen op. Steun van haar man krijgt ze niet, want die bemoeit zich niet met de opvoeding. "Dat is vrouwenwerk." Hij is 's avonds vaak afwezig wegens overwerk. Wel laat hij zich laatdunkend uit over het feit, dat zijn vrouw er niet in slaagt het dwangmatig gedrag van Korrie te reduceren. Het is duidelijk, dat Korrie's symptomen niet het enige probleem in dit gezin vormen. Het feit dat moeder alleen voor de opvoeding staat en door haar man eerder bekritiseert dan gesteund wordt is opvallend genoeg. Er lijken meer problemen tussen man en vrouw te bestaan, maar de therapeut slaagt er niet in om die op tafel te krijgen. Het meest op de voorgrond staat Korrie's gedrag. Het lijkt erop, dat daar eerst verandering in moet komen, willen de ouders bereid zijn om op andere aspecten van hun gezinsleven in te gaan. Hun houding komt overeen met de beschrijving van een bepaalde groep ouders die hulp voor moeilijkheden bij hun kinderen zoeken. "Although these parents may blame each other or some outside agency for the child's difficulties, they tend to resist the therapist's attempts to explore their own relationships with each other or with their child. They generally view their role in treatment as two-fold: initially providing information for the therapist, and subsequently, transporting the child back and forth for his or her sessions." (Chassin et al, 1974). Wat Chassin et al aanbevelen als strategie voor dergelijke gezinnen, een "behavioral management program, developed around an area of delimited but significant parental concern about the child", is precies wat de therapeut in eerste instantie doet.

Hij spreekt met de ouders af om eerst aan het probleem, dat zij met Korrie hebben, te werken. Hij geeft hun de volgende opdracht: niet alleen moeder moet de komende tijd Korrie naar bed brengen; ze moet het samen met vader doen. Beiden gaan op de gewone tijd met Korrie naar haar kamer en laten haar doen wat ze altijd doet. Alleen nu met een kleine wijziging. Inplaats van vier keer moeten vader en moeder ervoor zorgen dat Korrie alles zes keer doet in de komende week. Met name voor vader betekende dit een ingrijpende overgang: hij moest door het uitvoeren van de opdracht zijn overwerk laten schieten. De therapeut weet het zo te brengen dat beide ouders akkoord gaan met zijn suggestie. Na hen op het hart te hebben gedrukt het echt precies zoals afgesproken uit te voeren, besluit hij de zitting.

De volgende week vertellen de ouders dat ze zich volledig aan afspraak hebben gehouden. Wat nu? De therapeut zegt hun door te gaan met het uitvoeren van de opdracht, maar nu minder rigoreus. Korrie moet al die handelingen nu niet zes maar vijf keer verrichten. Een week later reduceert de therapeut het tot vier keer; dan tot drie keer. En zo voort, totdat het symptomatische gedrag verdwenen is en beide ouders gewoon doorgaan met Korrie naar bed te brengen. Meneer en mevrouw Mulder kunnen nu aangeven dat hun onderlinge relatie ondertussen ook in positieve zin veranderd is. Ze doen meer samen, zoals het uitvoeren van het ritueel al impliceerde, en ze praten ook meer met elkaar. Ze zouden het op prijs stellen als zij zonder Korrie nog een paar gesprekken met de therapeut kunnen hebben om verder over hun huwelijk te praten. De therapeut stemt daar in toe.

Het "behavior management program" dat de therapeut aan de ouders had voorgeschreven was het zgn. symptoomvoorschrijven. Korrie moest haar oude gedrag blijven uitvoeren, maar in eerste instantie nog meer keren dan voorheen. De kontekst waarbinnen zij dat moest doen was significant gewijzigd: moeder en vader zagen er op toe dat ze het deed. Het oude, niet funktionele ritueel van moeder en dochter, werd tot een geëigend gezinsritueel verheven. Met behulp van de opdracht kon het gehele gezin de overgang maken van een fase waarin een van beide ouders zich overbelast voelt met ouderlijke plichten en de ander zich daaraan onttrekt naar de fase

waarin man en vrouw samen de ouderlijke taken vervullen en delen. Bij dit echtpaar had de overgang naar het biologisch ouderschap al veel eerder plaatsgevonden; nl. toen Korrie geboren werd. Evenals in tal van andere gevallen (vgl. Van Gennep, 1909), trad de overgang naar het sociale ouderschap pas veel later op. Om deze stap te kunnen maken had het gezin Mulder hulp nodig. Een therapeut moest het geëigende overgangsritueel voorschrijven.

Rites de passage

De anthropologen Chapple & Coon besteden in hun boek Principles of Anthropology (1942) uitgebreid aandacht aan Van Gennep's rites de passage (vgl. Van der Hart, 1976). Ook zij brengen deze rituelen in de eerste plaats in verband met veranderingen die bepaalde individuen in hun relaties met anderen ondergaan. Ook al gebruiken zij de term "systeem" in dit verband, zij bekijken de rites de passage duidelijk nog niet met de systeembril. De veranderingen treden op, wanneer de betrokken individuen de overgang van het ene naar het andere systeem maken. Daarbij treden wijzigingen in de interactie-frekwenties op. Men gaat minder frekvent met de leden van het oude systeem om en intensiever met de leden van het nieuwe systeem. Voorbeelden van dergelijke overgangen zijn huwelijk, geboorte, dood. Het zijn crises, die in een bepaalde groep meerdere malen kunnen voorkomen, maar als regel een nieuwe fase in het leven van een individu inluiden. Dergelijke crises verstoren het evenwicht (arousal van het autonome zenuwstelsel) van het individu en van anderen in de systemen waarbinnen hij interakteert.

Chapple & Coon aksepteren het schema van Van Gennep, dat aangeeft dat alle overgangsrituelen uit drie delen bestaan - *séparation*, *transition* en *incorporation*. Zij voegen hieraan toe, dat elk deel uit een bepaald soort verandering van interactiefrekwentie bestaat. De eerste fase houdt verband met een duidelijke reductie of stoppen van de interactie tussen het individu en de leden van de oude groep. In bepaalde huwelijksceremonies, bijvoorbeeld, gaan familieleden en vrienden van de bruidegom naar het huis van de familie van de bruid en breken daar, zonder acht te slaan op de akties van de aanwezigen, alle interactie tussen de bruid en haar familie af als zij haar meenemen.

De tweede fase is een periode waarin het individu binnen het nieuwe systeem interakteert en op de nieuwe interactie frequenties gekonditioneerd wordt. De rituelen geven gestalte aan de relaties waaraan het individu in het nieuwe systeem zijn deel zal moeten bijdragen. Deze periode kan sterk in tijd verschillen: van de wittebroodsweken tot de zeven maanden durende rituele instructie die nieuwelingen in de Lefba cultus in Dahomey ontvangen. Meestal is het individu in meerdere of mindere mate geïsoleerd van de andere systemen waarmee of waarbinnen hij ook connecties heeft. Vaak moet hij diverse beproevingen doorstaan (zoals bij tal van initiatie rites). De derde fase bestaat uit een ceremonie waarin de betrokken persoon zijn interacties met de andere leden en systemen binnen de gemeenschap weer opvat, maar nu met de nieuwe interactie frequentie. Met name in initiatierites wordt dit op dramatische wijze beleefd. De nieuweling wordt als "nieuw-geborene" gezien en in de ceremonie wordt hij geboren, gevoed als een kind; men leert hem lopen en eten en hij wordt aan de andere leden van het systeem, inclusief zijn gezinsleden, voorgesteld.

In bovengenoemde zin is het ritueel dat de therapeut aan het gezin Mulder heeft voorgeschreven ook duidelijk als een rite de passage, met de drie fasen in meerdere of mindere mate vertegenwoordigd, te zien. De klemtoon lag op het overgangsritueel in engere zin, maar beide andere fasen kunnen wel onderscheiden worden. Voor vader betekende het deelnemen aan het gezinsritueel een duidelijke reductie van de interacties op zijn werk: hij moest zijn overwerk laten schieten. Als we het al een ritueel willen noemen, dan is het de aankondiging op zijn werk dat hij voorlopig 's avonds niet meer zal overwerken. Het gezamenlijk naar bed brengen van Korrie is het eigenlijke overgangsritueel: vader interakteert binnen het gezinssysteem op een hogere interactiefrequentie (en went aan die frequentie ...) en van andere systemen is hij in die tijd geïsoleerd. Het meest impliciet blijft de derde fase van het ritueel, althans binnen de therapie. Op een gegeven moment hoeft het ritueel niet meer te worden voorgeschreven, omdat de symptomen van Korrie eenvoudig verdwenen zijn.

Maar vader stopt niet met het naar bed brengen van Korrie. Hij gaat wel weer eens een enkele keer overwerken, maar dat is zo weinig vergeleken met vroeger. Als een deel van het verenigingsritueel kunnen we wellicht het gesprek van man en vrouw onderling beschouwen, waarin beiden de belangrijke aspecten van hun samenleven en van hun eigen leven op een rijtje zetten en waarin de heer Mulder de afspraak met zijn vrouw maakt om in de toekomst niet meer zoveel over te werken en meer tijd aan de opvoeding en hen beiden te besteden.

Van Gennep en Chapple & Coon zouden het overgangsritueel dat de therapeut aan het gezin Mulder heeft voorgeschreven, opvatten als een overgangsritueel voor vader, en via hem voor het systeem waarnaar hij de overgang maakte, zijn gezin. Het is echter ook duidelijk dat het gehele gezin een overgang heeft meegemaakt. In alle relaties binnen dit gezin traden veranderingen op. De overbetrokkenheid die de relatie van moeder met haar dochter kenmerkte verdween, vader en dochter kregen meer contact, vader en moeder traden meer gezamenlijk op en ook de echtelijke relatie werd intensiever. De overgang betekende binnen één relatie een vermindering van intensiteit (plus een verbetering van de kwaliteit) en in alle andere relaties een toename van intensiteit. Een gezinsovergang is, met andere woorden, een verandering van de grenzen tussen de verschillende (sub)systemen (vgl. Minuchin, 1973).

Een dergelijke verandering wordt vrij vaak in gezinstherapie bewerkstelligd. Zo ook met het gezin De Smit (vgl. Van der Hart & Lange, 1974). Fransje kan haar drie kleine kinderen niet meer de baas en klaagt dat haar man Ronald haar geen steun geeft en haar alleen met de kinderen laat. 's Avonds en in het weekend zit hij in het café bij zijn vrienden. Ronald zegt zijn handen van de opvoeding te hebben afgetrokken, omdat Fransje alles ontkrachtte wat hij deed. Ook hier leerden de ouders, o.m. via het uitvoeren van bepaalde huiswerkopdrachten, om meer één lijn te trekken en elkaar te steunen in de opvoeding; Ronald nam de vaderrol meer op zich en ging veel minder dan voorheen naar het café, en Fransje kon enige afstand nemen van de kinderen. Fransje en Ronald gingen meer aandacht aan hun man-vrouw verhouding besteden en vonden daar steeds meer bevrediging in. In al dit soort gevallen is sprake van een overgang voor alle gezinsleden, waarbij de overgang van een hunner meestal op de voorgrond geplaatst wordt (in beide voorbeelden die van de man). Voorts zien we, dat er veranderingen optreden in de mate van intensiteit of

interaktiefrekwentie van de verschillende relaties binnen het gezin, en van de relaties die verschillende gezinsleden met mensen buiten het gezin onderhouden. Het gaat om een overgang van het gehele gezin; een overgang naar de volgende fase in de gezinslevenscyclus.

Intensifikatie rites

Uit de voorbeelden van de gezinnen Mulder en De Smit blijkt, dat de overgangsrituelen o.m. te maken hebben met het veranderen van interaktiefrekwenties of mate van intensiteit van diverse relaties, d.w.z. met het veranderen van de grenzen tussen de verschillende (sub)systemen. Chapple & Coon onderscheiden naast de overgangsrites rituelen die ten doel hebben de intensiteit van alle betrokken relaties te verhogen: de intensifikatierites. Zij hebben niet als doel het wijzigen van systeemgrenzen, maar het handhaven daarvan. Uit de voorbeelden van de gezinnen Mulder en De Smit blijkt, dat de door de therapeut voorgeschreven overgangsrituelen o.m. te maken hebben met het veranderen van interactie-frekwenties of mate van intensiteit van de verschillende relaties of subsystemen. Van Gennep en Chapple & Coon gingen er van uit, dat de overgang in eerste instantie met één individu te maken heeft en van daaruit doorwerkt op de systemen waar hij deel van is of wordt. Chapple & Coon maken onderscheid tussen overgangsrituelen en intensifikatie rites. De eerste herstellen het evenwicht in een systeem na een crisis waarin een individu verkeerde en de laatste herstellen het evenwicht van een groep na een verstoring die alle of de meeste van z'n leden beïnvloedde.

In dit artikel is betoogd dat bij een overgangsritueel in feite sprake is van een crisis of storing van een gehele groep, zoals het gezin. Het onderscheid dat Chapple & Coon maken lijkt daarmee niet zinvol te zijn. Zij geven echter andere verschillen aan. De overgangsrituelen hebben te maken met niet-periodieke veranderingen, zoals geboorte, ziekte, dood. De intensifikatie rites houden verband met periodieke veranderingen, die in eerste instantie door de omgeving bepaald worden. Het gaat om de afwisseling van dag en nacht, de stadia van de maan, de volgorde der seizoenen in een jaarlijkse cyclus. Er is sprake van bepaalde ritmes in deze veranderingen. We vinden dergelijke ritmes ook terug in de activiteiten en inter-

akties die met deze veranderingen samengaan. In tal van agrarische gemeenschappen komen intensifikatie rites voor, die te maken hebben met de overgang van het ene seizoen naar het andere. Oogstfeesten, bijvoorbeeld, symboliseren het einde van een periode van intensieve technische activiteit en markeren het begin van de winter, waarin de betrokkenen op een andere manier met elkaar om zullen gaan. "A rite of intensification, such as a harvest ceremony, conditions the people to new relations to follow by building up interaction in habitual channels to a high pitch of intensity, through the use of a wealth of symbolism. Each symbol used refers to the context of situation of the interaction of the celebrants in terms of their technology." (Chapple & Coon, 1942, p. 528). De gezamenlijke avondmaaltijd binnen een gezin en het naar bed brengen van de kinderen zijn intensifikatie rites die zich dagelijks afspelen. Het naar de kerk gaan is een ritueel van gelovigen dat zich vaak wekelijks herhaalt. Sinterklaas en Kerstmis zijn gezinsrites waarin de interaktiefrekwentie tussen gezinsleden, over een jaar genomen, het hoogst zijn. Voorbereidingen worden weken van tevoren getroffen; er vindt druk overleg plaats tussen de gezinsleden over de vraag wie welke kado's wenst, enz. Op Sinterklaasavond en tijdens Kerstmis is iedereen thuis en de respectievelijke hoogtepunten zijn het geven en ontvangen van kado's met toebehoren en de kerstmaaltijd. Tijdens en om de kerstdagen is het voorts duidelijk, dat de activiteiten van gezinsleden binnen andere systemen grotendeels stil liggen.

Via het verloop van een intensifikatie rite wordt aan de relaties binnen een gezin of familie gestalte gegeven. "This acting out of the ordered interaction of the members has the effect of reinforcing or intensifying their habitual relations, and thus serve to maintain their conditioned responses (...). The performance of these rites prevents the extinction of habits (orders of action) to which the individual has been trained." (Chapple & Coon, p. 507/8). De intensifikatie rites vormen het kader waarin de aard van de interakties tussen de betrokkenen bepaald en beheerst wordt. M.a.w., door het uitvoeren van die rites worden bestaande definities van de relaties (vgl. Watzlawick et al. 1970) bevestigd.

Daar waar verschil van mening over die definities bestaat, zullen tijdens dergelijke rituelen spanningen, onder of boven de oppervlakte, optreden.

Samenvattend: Chapple & Coon maken onderscheid tussen overgangsrituelen en intensifikatie rites. Het belangrijkste verschil tussen beide zou hierin bestaan: de eerste hebben te maken met tenminste de overgang van een individu van het ene naar het andere systeem en de laatste handhaven of versterken bestaande interacties binnen één systeem. Betoogd is dat \sqrt{op} bij overgangsrituelen een hoger abstraktie nivo een systeemovergang, bijv. een gezinsovergang plaats vindt. Het ritueel dat de therapeut aan het gezin Mulder voorschreef is volgens dit onderscheid een overgangsritueel. Vader werd een deel van het ouderlijk (sub)systeem en het bestaande subsysteem van moederdochter werd veranderd. Aan de andere kant is het ritueel van het naar bed brengen een intensifikatie rite, die te maken heeft met de afwisseling van dag en nacht. Hoe valt dit te rijmen?

Overgang en bestendinging

Het probleem is, dat Chapple & Coon geen waterdicht categorieën-systeem voor rituelen hebben ontwikkeld en gebruik hebben gemaakt van overlappende criteria. Wel hebben zij terecht aandacht besteed aan een centraal aspect van rituelen. Rituelen hebben zowel met overgangen naar nieuwe situaties als met bestendingingen van oude situaties te maken. De overgangsrituelen van Van Gennep en Chapple & Coon leggen de klemtoon, zoals het woord al zegt, op de overgang. Maar hier is een bestendingingsaspect ook vertegenwoordigd. Tijdens de verenigingsrites interacteren de betrokken personen niet alleen in het nieuwe systeem (zoals tijdens de overgangsrites sec), maar nemen zij ook weer contact op met de leden van de andere systemen. Na de wittebroodsweken gaat het jonge paar ook weer met de verschillende familieleden en vrienden om. In het voorbeeld van het gezin Mulder ging de man na het voorgeschreven ritueel nog wel eens overwerken, alleen veel minder vaak. Ronald de Smit is nog wel eens naar de kroeg gegaan, maar ook veel minder dan voorheen. De intensifikatie rites bevestigen en verstevigen de relaties binnen één systeem. We zouden ook van bestendingingsrituelen kunnen spreken: ze handhaven een bestaande toestand. Ze hebben evenwel op twee manieren ook met overgang te maken.

Er is de overgang van dag en nacht, van de seizoenen, enz. En daaraan gepaard treedt een verandering in intensiteit van de interacties op. Aan het eind van de dag komen de meeste gezinsleden thuis van hun werk of studie en de avondmaaltijd kan de overgang naar intensievere gezinsinteracties in de avond markeren. Het naar bed brengen van de kinderen betekent een overgang van interacties die meer tussen verschillende gezinsleden en subsystemen plaatsvonden naar een fase, later op de avond waarin man en vrouw hoofdzakelijk met elkaar omgaan. Op een andere manier is het overgangsaspect slechts in bepaalde gevallen vertegenwoordigd. Nl. dan wanneer er een konflikt over de regels optreedt, wanneer een of meer leden van het systeem aangeven dat ze een verandering van het bestaande patroon wensen. Een voorbeeld biedt de opmerking van een 19-jarige zoon, die aan tafel opmerkt dat hij er minder vaak bij zal zijn, omdat hij met andere studenten in de stad wil eten. In de mate dat dergelijke veranderingen zich tijdens het uitvoeren van bestendigingsrites voordoen, treedt het overgangsaspect meer op de voorgrond.

Implicaties voor therapie

Palazzoli et al (1974) zijn van mening dat gezinnen, die zich met problemen bij een hulpverlener aanmelden, zich gewoonlijk in een crisis bevinden en bang zijn om uit elkaar te vallen. Ze hebben daarom sterk de neiging om de zaak bijeen te houden, te bestendigen. Daarom zijn ze vaak erg huiverig voor verandering, ook voor verandering die de therapeut voorstelt. De auteurs geven aan, dat de therapeut zich met behulp van positieve connotatie (positief etiketteren) moet aansluiten bij die homeostatische tendenties van het gezin. Daardoor krijgt de therapeut controle over het vermogen om te veranderen "dat inherent is aan elk levend systeem." In de taal van dit artikel: de therapeut wordt de raad gegeven het bestendigingsaspect in de eerste contacten met het gezin te propageren, waarna het overgangsaspect via het uit te voeren ritueel aan bod kan komen.

Hoe komt het nu, dat het voorschrijven van rituelen door de therapeut zo sterk werkt? Het voorbeeld van het gezin Mulder kan daar enigszins een antwoord op geven. De therapeut sloot aan bij een in dit gezin reeds bestaand bestendigingsritueel: het naar bed brengen van Korrie. Hij vroeg de gezinsleden daarmee door te gaan, maar met een paar wijzigingen. Nu moesten vader en moeder Korrie naar bed brengen,

inplaats van moeder alleen. En Korrie diende haar dwangrituelen niet vier maar zes keer uit te voeren in de komende week. Haley (1963) legt bij de analyse van een dergelijk "symptoom voorschrijven" de klemtoon op het onder controle krijgen van het symptomatisch gedrag. Op de voorgrond komt te staan, dat de "aangemelde patiënt", Korrie, door moet gaan met het uitvoeren van haar problematische gedrag; het zelfs nog meer moet doen. Het symptoom treedt dan meer op, omdat Korrie doet wat van haar gevraagd wordt; niet omdat ze het niet kan helpen. Het opgeven van het symptoom wordt zo de manier om aan het juk van de therapeut te ontkomen. "De patiënte wordt in een hoek gedreven waaruit ze alleen kan ontsnappen door tegen de therapeut te rebelleren, dat wil zeggen door haar symptoom op te geven." (Palazzoli, 1974). Er gebeurt echter meer, en dat is in het kader van dit artikel het belangrijkste. De therapeut sluit met het voorschrijven van het ritueel aan bij de homeostatische tendenties van het gezin. Het lijkt erop alsof hij een bestendigingsritueel heeft voorgeschreven. Door echter de regels van het bestaande gezinsritueel te wijzigen (vader er ook bij), heeft hij er op subtiële wijze een overgangsaspekt -een verandering van systeemgrenzen- ingebracht. Hij heeft er in feite een overgangsritueel van gemaakt. Het uitvoeren daarvan bevestigt nieuwe verhoudingen in het gezin, zonder dat er over gepraat wordt. Palazzoli (1974) noemt dit aspekt ook. Zij ziet een voorgeschreven ritueel als een gezonde en epistemologisch kloppende rite die een ongezonde en epistemologisch foute rite vervangt. Alleen lijkt zij onderscheid te maken tussen het symptoom voorschrijven en het gezinsritueel. Het voorbeeld van de opdracht of "behavioral management program" aan het gezin Mulder laat zien dat het symptoom voorschrijven het best als een onderdeel van een voor te schrijven overgangsritueel gezien kan worden. Om goede overgangsrituelen te kunnen ontwikkelen, moet de therapeut zich bewust zijn van de veranderingen die hij in de grenzen tussen de verschillende (sub)systemen wil laten ontstaan. Ook dient hij zich voor ogen te houden in welke fase van de gezinslevenscyclus het gezin zich bevindt, c.q. terecht moet komen. Het naar bed brengen van Korrie door de ouders is een geëigend ritueel. Zou zij evenwel 18 jaar oud zijn dan lijkt het korrekter naar een ander soort ritueel uit te zien.

409

De informatie over het benutten van bestaande bestendigingsrituelen voor een overgangsritueel en het schema van Van Gennep alsmede voorbeelden uit de antropologische literatuur (vgl. Van der Hart, 1976) kunnen de therapeut helpen bij de vormgeving. Hij zal soms een uitgebreide taxatie van het gezin moeten maken om de juiste aansluiting te vinden.

Heeft de therapeut de vorm van het ritueel gevonden, dan blijft het nog de vraag of het gezin er aan wil. Vooral als meer van de gezinsleden wordt gevraagd dan een minimale wijziging van een bestaand ritueel, zoals het geval is als de therapeut een geheel nieuw ritueel heeft moeten ontwikkelen. Hij moet dan een expert zijn in het gebruik van motivatietechnieken (vgl. Van der Velden & Van Dijk, 1975). Het aangemelde probleem dient zodanig vertaald te worden, dat de gezinsleden het uitvoeren van een nieuw ritueel als een logische en aanvaardbare stap ervaren. Belangrijk hierbij is, dat de therapeut zoveel mogelijk gebruik maakt van symbolen waarmee de gezinsleden min of meer vertrouwd zijn. Hij kan vervolgens de betekenis van die symbolen stap voor stap wijzigen in de richting van het overgangsritueel, dat hij het gezin zal voorschrijven. Zulks is heel goed mogelijk, daar symbolen uiterst "beweeglijk" zijn en een sterk vermogen voor verandering en het aannemen van nieuwe betekenissen hebben (Chapple & Coon, p. 559). Het introduceren van het reinigingsritueel aan Hans en Anneke (Van der Hart, 1976) illustreert dit. De therapeut haalt uit het dwanggedrag van Hans (wassen en schoonmaken) het symbool "schoonmaken", vertaalt dit met "reinigen", vertelt een aantal voorbeelden van "reinigingsrites", geeft aan waarvoor zij dienen (om een overgang te markeren) en verbindt dat allemaal aan de huidige situatie van dit paar. Tenslotte stelt hij hun voor dat beiden ook zo'n overgangsritueel uitvoeren.

Samenvatting

In dit artikel is een voorbeeld behandeld van een gezinsprobleem, die gesymboliseerd werd door het dwanggedrag van het 12-jarig dochttertje. De therapeut heeft het gezin geholpen met het voorschrijven van een overgangsritueel. Dit leidde tot een afname en stoppen van het dwanggedrag en van een wijziging in de interne

verhoudingen van het gezin; vader en moeder (c.q. man en vrouw) vormden een hechter subsysteem, vader raakte meer bij de opvoeding betrokken, en de overbetrokkenheid van moeder bij dochter verminderde.

In de literatuur (Chapple & Coon) worden overgangsrituelen tegenover intensifikatie ritus gesteld. Hier werd voorgesteld om de tweede categorie "bestendigingsrituelen" te noemen. Voorts werd geconstateerd dat overgangsrites een bestendigingsaspect bezitten en dat bestendigingsrituelen op een of twee manieren ook een overgangsaspect hebben.

De werkzaamheid van het ritueel dat de therapeut aan het genoemde gezin voorschreef werd toegeschreven aan het feit, dat hij van een bestaand bestendigingsritueel in dit gezin op subtiele manier een overgangsritueel wist te maken. Hij sloot aan bij de homeostatische tendentie van het gezin en introduceerde een overgang. De manier waarop de therapeut het ritueel introduceert bij het gezin is van invloed op het al dan niet aanvaarden en uitvoeren daarvan. Wat in dit artikel slechts zijdelings is aangestipt is het feit, dat overgangs- en bestendigingsrituelen iets te maken hebben met niveaus van systemen. In een volgend stuk wordt op dit aspect nader ingegaan.

(wordt vervolgd)

Referenties:

Chapple, E.D. & C.S. Coon (1942): Principles of Anthropology.
Henry Holt & Company, New York.

Chassin, L., M. Perelman, G. Weinberger (1974): Reducing Parental
Resistance to Examining Family Relationships: The Therapeutic Use
of a Child Management Task. *Psychotherapy: Theory, Research and
Practice*, 11(4), 387 - 390.

Dullaart, J.N. (1975): Persoonlijke mededeling.

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. (1963): *Strategies of Psychotherapy*.
Grune & Stratton, New York.

Hart, O. van der (1976): *Relaties en rituelen (I) Les Rites de
Passage*. *TDT*, 3(4).

Hart, O. van der & A. Lange (1974): *Gezinstherapie: een voorbeeld*.
Mensen van Nu, maart 74, 22 - 26.

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

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 Treatment of Their Parents*.
Family Process, 13 (4), 429 - 442.

Velden, K. van der & R. van Dijck (1975): *Motivatatie Technieken*.
TDT, 2(10), 39 - 44.

Watzlawick, P., J. Beavin, D.D. Jackson (1970): *De pragmatische
aspecten van menselijke communicatie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.