



**Tijdschrift voor Directieve  
Therapie**

**Jrg.3 Nr.7**

**Mei/Juni 1976**



## Redactie:

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

## Inhoud Jubileumnummer

Mei/Juni 1976

Hoofdredakteur	Ten Geleide	1	} dit artikel subtraakt!
Alfred Lange <i>krassen 2- TDT, H/dit IV</i>	Het gebruik van symbolen en het toepassen van de zelfperceptie- theorie	3	
Kees Hoogduin & Kees van der Velden	Manieren om tijd te winnen	14	
Richard Van Dijck	Is time-out noodzakelijk?	19	
Onno van der Hart	Relaties en rituelen (IV) Drempels	22	
Kees Hoogduin	Het voorschrijven van spontaan gedrag door middel van een di- rektief dat ten slotte niet ge- geven wordt	34	
Leen Joele	Dagbehandeling in het psychia- trisch ziekenhuis Bloemendaal Deel I. Inleiding	36	
Kees Hoogduin	De behandeling van een meisje met een psychogene afonie d.m.v. een Ueberrumplungstechniek	41	
Kees van der Velden & Richard Van Dijck	Nogmaals: motivatietechnieken	46	
Dick Oudshoorn	Een vorm van manipulatie van de weerstand in kinderpsychothera- pie - De Mutual Storytelling Technique van R.E.Gardner	53	
	Losse mededeling	65	
Theo Compernelle +)	Een zeer eenvoudige, zeer goed- kope en efficiënte behandeling van enuresis: de plasknijper van Van Duyn	66	

+) Buitenlands korrespondent

Deze aflevering van het TDT is de 10de die door de redactie van zeven man wordt uitgebracht. Vandaar dit Jubileumnummer, vandaar ook dit extra kostbare feestomslag.

Niet alle redakteuren hadden begrepen dat hun bijdragen in acht- in plaats van zevenvoud ingeleverd dienen te worden. Deze achtste kopie is immers bestemd voor onze buitenlands korrespondent. (Niet: redakteur buitenland, zoals abusievelijk in de besluitenlijst over de vergadering van 21 april jl. stond.) Men begrijpt dat dergelijke vergissingen - te weinig kopieën insturen, bedoel ik nu - ergeris en extra werk met zich meebrengen. Ik heb onze eindredakteur buitenland, Leen Joele dus, gevraagd of hij bereid is ditmaal de ontbrekende stukken voor Theo Compernelle bij te maken.

Theo Compernelle. De bijdrage van Theo Compernelle heb ik, vooral gelet op de kwaliteit, alvast in dit nummer opgenomen. Of deze beslissing rechtsgeldig is weet ik niet, maar alle andere waren mij te ingewikkeld.

Ik heb Theo intussen ook een exkuusbrief moeten schrijven, omdat ik een uitnodiging van hem - verzonden op 9 mei -, gericht aan alle redakteuren, verzuimd heb door te geven. Deze verontschuldiging geldt niet alleen Theo, maar natuurlijk ook de redaktieleden. Het was zijn bedoeling geweest om in de tweede helft van mei een bijeenkomst te zijnen huize te beleggen. Op deze bijeenkomst had hij een videoband met de behandeling van hyperventilatie willen demonstreren.

Ik heb hem nu een adressenlijst toegezonden en mogelijk benadert hij ons nu individueel voor zo een samenkomst. Het is overigens nog maar kort dag. Op

10 juni vertrekt hij naar Amerika.

Hoewel ik toch erg met dit nummer ben ingenomen, lezer, bemerk ik dat de toon van dit Ten Geleide zich kenmerkt door een licht sjagrijn. Dat komt door die fout met Theo. Na de beproevingen die deze man zijn opgelegd, had hij een feestelijker entree verdiend.

Ik zou het intussen zeer op prijs stellen wanneer alle korrespondentie met onze buitenlandse medewerker door Leen Joele - of, wanneer hij niet kan/wil, een ander redaktielid - gekoördineerd werd. Dat zou mij zodanig ontlasten, dat ik mijn werk weer kon doen als vanouds: welgemoed.

De Hoofdredakteur

*D. Hoofredakteur*

Referenties

- Bem, D.J. (1976): Self-Perception. An alternative interpretation of dissonance phenomena. *Psychol.Rev.*, 74, 183-200.
- (1972): Self-perception theory. In: L.Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*. Acad.Press, New York.
- Dijck, R. van (1976): De toepassing van paradoxale intentie. *TDT*, 3, (5), 7-14.
- Hart, C. van der (1975a): De last is te zwaar. *TDT*, 3, (2), 14-22.
- (1975b): Relaties en rituelen (I) Les Rites de Passage. *TDT*, 3, (4), 61-71.
- (1976a): Relaties en rituelen (II). *TDT*, 3, (5), 39-51.
- (1976b): Relaties en rituelen (III). Twee individuele voorbeelden. *TDT*, 3, (6), 54-61.
- Green, D. (1974): Dissonance and self-perception analyses of 'forced compliance': when two theories make competing predictions. *J.Pers. soc.Psychol.*, 29, 819-828.
- Greenwald, A.G. (1975): On the inconclusiveness of 'crucial' cognitive tests of dissonance versus self-perception theories. *J.Exp.soc.Psychol* 11, (5), 490-499.
- Lange, A. (1975a): De zware voorwaarde en enkele beschouwingen over zelfperceptietheorie. *TDT*, 3, (3), 32-39.
- (1975b): De lege stoel, een oplossing voor therapeuten die niet aan hun cliënten willen trekken. *TDT*, 3, (4), 10-30.
- Meichenbaum, D. (1974): *Cognitive behavior modification*. Gen.Learning Press, Morristown, New York.
- Oudshoorn, D. (1976): Waarom ik een individuele therapie van kinderen en jongeren (vaak) een goede zaak vind. *TDT*, 3, (6), 38-48.
- Raapis Dingman, H. (1975): Over de doden niets dan goeds; verslag van een rouwtherapie. *Tijdschr.Psychotherapie*, 1, (1), 11-24.
- Schachter, S. (1974): The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. In: L.Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*, vol. I. Acad.Press, New York.
- Snyder, M. & E.B. Ebbesen (1972): Dissonance awareness; a test of dissonance theory versus self-perception theory. *J.Exp.soc.Psychol.*, 8, 502-517.
- Thoresen, C.E. & M.J. Mahoney (1974): *Behavioral self-control*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Zimbardo, P.G. & E.B. Ebbesen (1969): *Influencing attitudes and changing behavior*. Addison Wesley.

Manieren om tijd te winnen

---

Kees Hoogduin & Kees van der Velden

Het is toch vreemd dat wij ons eigenlijke werk, nl. het aan de man brengen van geslaagde direktieven, zo vaak improviserend doen, op grond van min of meer toevallige vondsten, die bedacht moeten worden terwijl we een gesprek met de cliënt gaande houden. Een tante van één van ons was in staat al breiend een boek te lezen en intussen TV te kijken, zonder dat zij van deze combinatie van activiteiten zenuwachtig werd.

Vele direktieve therapeuten kunnen dit niet. Zij worden wèl zenuwachtig wanneer ze tijdens één zitting

- de doelstelling van de therapie in de gaten moeten houden,
- een geschikt direktief moeten vinden,
- moeten ingaan op relevante zaken die de cliënt te berde brengt en irrelevante zaken afhouden,
- een passende verkooptechniek zoeken,
- de 'plaatsing' van het direktief timen,
- een strategie veranderen,
- enzovoorts, enzovoorts,

zonder over de belangrijkste van deze bezigheden even rustig te kunnen nadenken.

Natuurlijk oriënteert men zich voor de zitting aan het vorige 'zittingverslag', vraagt men de cliënt schriftelijk huiswerk enige dagen voor de volgende bijeenkomst in te zenden, raadpleegt men relevante lektuur of vraagt men konsultatie bij een kollega, maar dit alles neemt niet weg dat soms de cliënt wordt heengestuurd met een advies, waarvan ons al enige ogenblikken later duidelijk wordt, dat het tot niks konstruktiefs kan leiden.

Hoewel inventiviteit de direktieve therapeut siert (en de mogelijkheid om deze inventiviteit te benut-

ten een van de aardigste kanten van het vak vormt), kunnen weinig therapeuten steeds maar weer nieuwe adekwate direktieven bedenken.

Soms zijn ook zij vermoeid, of niet helemaal goed gezond, soms willen de goede invallen maar niet komen en soms zijn de problemen van de cliënt te ingewikkeld om zomaar opgelost te worden.

Voor deze 'gewone' therapeuten volgen hier een aantal interventies die hen kunnen helpen even tijd te vinden om een 'goed, slim plan' (Daniël, 1975) te bedenken.

1. Stuur de cliënt naar de wachtkamer terug.

'Mevrouw, meneer', zo kan de therapeut zeggen, 'alvorens U nader van advies te dienen, is het noodzakelijk dat ik even over Uw moeilijkheid nadenk. Ik verzoek U daarom even opnieuw in de wachtkamer plaats te nemen. Weet ik zeker wat ik U adviseren zal, en ik schat dat ik daarvoor een vijftiental minuten nodig heb, dan haal ik U weer op.'

Men zou verwachten dat de cliënt hierdoor het idee krijgt dat zijn therapeut slechts in beperkte mate competent is, maar het tegendeel is het geval. De cliënt wordt zenuwachtig en denkt: 'Wat voor moeilijke opdracht hangt mij nu boven mijn hoofd!' Vanwege dit ervaringsgegeven is deze interventie ook heel goed als motivatietechniek te gebruiken (Van der Velden & Van Dijck, 1976).

Men moet deze handelwijze liever achterwege laten bij cliënten die al erg gespannen zijn.

Een zeer praktische reden voor het niet toepassen van deze aanpak blijkt gelegen te zijn in de abominabele inrichting van de meeste wachtkamers. In dat geval overwege men de volgende interventie.

2. De therapeut trekt zich terug.

De therapeut deelt de cliënt mede over diens probleem nog enige tijd te willen nadenken, neemt de status

66

onder de arm en vertrekt (meestal richting sekretariaat/koffiekamer). Ook deze manier van doen maakt de cliënt nerveus. Bij reeds gespannen cliënten is het daarom beter de reden van het oponthoud onbesproken te laten en met een korte verontschuldiging te volstaan.

Kliënten blijken dit volkomen akseptabel te vinden en brengen deze korte spanne tijds doorgaans zonder extra problemen door.

### 3. Bedenkt U samen maar een voorstel.

De ervaring leert dat cliënten, zoals wijzelf, het meest geestdriftig zijn over plannen die zijzelf hebben bedacht. De therapeut die dit feit respecteert, zal er niet veel moeite mee hebben om aan de cliënten duidelijk te maken, dat nu van hen een eigen voorstel wordt verwacht. Teneinde de cliënten in de gelegenheid te stellen hierover op onbevangen wijze te onderhandelen, kan hij zich eventueel voor een aantal minuten terugtrekken. Deze tijd wordt benut om enige afstand te nemen en nieuwe invalshoeken te bedenken.

### 4. 'De Jonge Elektriciën'.

In iedere redelijk gesorteerde speelgoedzaak kan men een bouwdoos met de naam 'De Jonge Elektriciën' bekomen. De inhoud van deze doos bestaat uit een eenvoudige elektrische bel met batterijen. Een en ander kan op eenvoudige wijze onder het bureau gemonteerd worden. Met een enkele beweging van de knie drukt de therapeut het witte knopje in en een bescheiden schelgeluid is het resultaat. Indien de therapeut nu opstaat zal eenieder begrijpen dat zijn aanwezigheid elders verlangd wordt. (De prijs van deze voorziening bedraagt ± f. 13,50.)

Deze oplossing is denkkelijk het meest geschikt voor weinig assertieve therapeuten.

### 5. Vat Uw moeilijkheden nogeens samen.

Met deze uitnodiging verzekert de therapeut zich in



den regel van een aanzienlijke pauze. De cliënt slooft zich uit om een overzichtelijk résumé van zijn narigheid te geven en biedt daarmee de therapeut de mogelijkheid zich nogeens rustig in de verdere ontwikkeling van de therapie te verdiepen.

6. Ko-therapeut.

De therapeut die wil nadenken tijdens de zitting, verzekere zich van de medewerking van een goede ko-therapeut, die in staat is het gesprek gedurende langere tijd gaande te houden. Niet alleen bemerkt hij somtijds dat de ko-therapeut zelf op heel goede ideeën komt, maar ook kan het gesprek met deze collega de cliënt zo boeien, dat de therapeut zich intussen op de verdere voortgang van de therapie kan bezinnen.

7. Niet het wat, maar het hoe.

De therapeut die in aanwezigheid van zijn cliënten over een heel ander dan het ter discussie staande onderwerp zit na te denken (over een geschikt advies bijv., of een nieuwe strategie), kan plots overvallen worden door een direkt tot hem gerichte vraag, waarop hij niet kan antwoorden. 'Op deze vraag kan ik U nu geen antwoord geven', zo kan hij zich redden. 'Ik hield mij niet bezig met wat U zei, ik lette er meer op hoe U met elkaar praatte.'

Volgens Richard Van Dijck, die deze opmerking heeft bedacht en al geruime tijd toepast, vinden cliënten dit antwoord geheel bevredigend. (Van Dijck, 1976.)

8. Luistert U maar eens even naar Uzelf.

De therapeut spoelt het bandje terug en laat de cliënten enige tijd naar zichzelf luisteren. In een therapie die uitgesproken op het verbeteren van de onderlinge kommunikatie is gericht, wordt dit als normaal ervaren. Terwijl de cliënt luistert bezint de therapeut zich op zijn volgende zet.

9. Dit was het voor vandaag.

Een therapie waarin al te vaak tijd gewonnen moet worden verloopt niet helemaal naar wens. Doet zich de noodzaak om te pauzeren dus te veelvuldig voor, dan handelt de therapeut verstandig wanneer hij, voordat hij zich werkelijk begint te ergeren, opstaat en zegt: 'Zo, dit was het dan voor vandaag.' Mogelijk zal de cliënt bij de volgende afspraak zijn uiterste best doen om een probleem te presenteren dat eenvoudiger te behandelen is. Is de cliënt al langer in behandeling, dan moet het zelfs niet uitgesloten worden geacht dat hij de therapeut een aantal bruikbare suggesties omtrent vermoedelijk werkzame direktieven aan de hand doet.

De hierboven weergegeven manieren om bedenktijd te winnen waren in eerste instantie bedoeld om de therapeut de gelegenheid te geven diagnostische beslissingen te nemen, direktieven te bedenken en dergelijke. Daarnaast blijken ze ook bruikbaar voor de therapeut die een vastgelopen gesprek of een vastgelopen behandeling wil onderbreken om zich over het eventuele nut van het doorgaan met deze cliënten te beraden.

Referenties

Daniël (1975) Persoonlijke mededeling  
Dijck, R.Van (1976) Persoonlijke mededeling  
Velden, C.P.van der & R.Van Dijck (1976) Nogmaals:  
motivatietechnieken  
TDT 3 (7)

IS TIME-OUT NOODZAKELIJK?

19

Tijdens de laatste redactievergadering kwam de vraag naar voor of bij het bekende en inmiddels vaak nagevolgde Joele & Hoogduin-advies "time-out" een noodzakelijk onderdeel vormt. De opdracht die Kees Hoogduin gaf (Joele & Hoogduin, 1975,) aan de dwangneurotische man die zijn vrouw met vragen bestookte, bevatte verschillende ingrediënten. Ten eerste werd de partner ertoe gebracht om positieve bekrachtiging door middel van het beantwoorden van zijn vragen, te staken. Ten tweede werd de vrouw ertoe gebracht om symptoomvoorschrijving toe te passen: zij zou haar man adviseren "eens rustig na te denken". Dit in tegenstelling tot haar vroegere pogingen om zijn gedachtenketens stop te zetten. Ten derde kreeg zij het advies om een time-out toe te passen: zij verwees hem naar het toilet. In het spoor van Joele & Hoogduin liet Van der Velde (1975) de ouders van een dwangneurotisch meisje hun dochter naar de slaapkamer sturen, wanneer de dochter zich zorgen maakte of zij "het" was vergeten. Ook Van der Hart (1976) adviseerde de partner van zijn vragenstellende patiënt deze naar de slaapkamer te verwijzen. Men kan zich afvragen wat het relatieve belang is van de verschillende onderdelen van deze ingreep: 1) de partner krijgt instructies om iets anders te doen dan te capituleren, en 2) de patiënt laat zich van het toneel verwijderen.

Het is denkbaar dat beide elementen onmisbaar zijn en elkaars noodzakelijke aanvulling vormen. De volgende gevalsbeschrijving kan hierop een antwoord geven.

Een 32jarige vrouw, gehuwd met een chef-kok in een verzorgingstehuis, heeft sinds de geboorte van haar jongste kind, nu 3 jaar geleden, toenemend last van wasdwang in verband met een angst dat haar huis met ontlasting besmet zou zijn. Zij schakelt daarbij man en kinderen in, die haar moeten verzekeren dat "het in orde is", voor ze verder kan gaan met haar huishoudelijke werkzaamheden.

Verder klaagt ze over de dwanggedachte dat ze voor wildvreemde mannen haar rok op zou tillen of een andere, wat onsubtiele, erotische benadering zal ondernemen. De derde klacht betreft de noodzaak haar man bij elke beslissing te raadplegen. In overleg met het echtpaar wordt afgesproken welke problemen het eerst aan de orde zullen komen. De wasdwang blijkt haar het meest dwars te zitten. Na de eerste zitting wordt afgesproken dat zij volgens het principe van "negative practice" haar handen wassen voorlopig zal opvoeren tot éénmaal per 15 minuten. Later



kan haar "toestemming" verleend worden om deze frequentie te verminderen. De dwangdenkbeelden met een erotische inhoud komen de tweede zitting aan de orde. De opdracht om deze gedachten te registreren en uitvoerig op schrift te stellen leidt er reeds toe dat ze niet meer optreden. Beiden zijn het op dat moment er over eens dat het meest hinderlijke probleem haar vraaggedrag is. Met het doel haar zelfstandigheid te bevorderen krijgt de echtgenoot nu de opdracht om haar vragen voortaan niet meer te beantwoorden en bij aandringen alleen te zeggen: "je weet Maria, dat je het zelf moet uitzoeken". Geen van beide hoeft de kamer te verlaten. Wel wordt voorgesteld dat de uitvoering van dit advies enorme spanningen zal opleveren. De echtgenoot wordt aangekondigd dat hij herhaaldelijk in de verleiding zal komen om toch maar het gewenste antwoord te geven, en de patiënte zal zich geneigd voelen om op een extreme manier te blijven aandringen. Waarschijnlijk zullen ze heftige ruzies krijgen en er kunnen paniektoestanden ontstaan. Deze voorspellingen werden gegeven met in gedachten het feitelijke verloop bij de behandeling van de heer Plezier. Bij de volgende zitting blijkt dat de aangekondigde spanningen zijn achterwege gebleven. Ze zien er allebei tevreden en opgelucht uit en zij vertelt dat de behoefte om dingen na te vragen al meteen was afgenomen toen ze wist dat hij toch niet zou antwoorden. Daardoor voelt ze zich al zelfstandiger en beter in staat om zelf beslissingen te nemen, ook wanneer ze weet dat hij het er niet mee eens zal zijn. In het verdere verloop van de zitting stelt zijzelf hun relatie aan de orde: Het komt erop neer dat hij allerlei uitgesproken meningen heeft over hoe het hoort te gaan met de kinderen en in het huishouden zonder dat hijzelf een vinger uitsteekt, hetgeen zij niet langer pikt. Deze behandeling loopt nog, en is sinds het afnemen van de intensiteit van het symptoomgedrag nu ook echt een relatietherapie geworden: ook deze accentverschuiving is een klassiek fenomeen.

#### Conclusie:

1. Nogmaals kon het Joele & Hoogduin-advies met succes worden toegepast bij een echtpaar waarvan één partner de ander met vraaggedrag overstelpde.
2. Het element van time-out bleek daarbij geen onmisbaar onderdeel.
3. Dit zou suggereren dat de werkelijk noodzakelijke ingrediënten zijn: de partner bekrachtigt niet meer het symptomatisch gedrag en beëindigt bovendien de machtsstrijd door de patiënt niet meer tot opgeven van het symptoom te "dwingen", maar er tolerant op te reageren.

Literatuur:

- Hart, O. Van der, (1976), : Behandeling van een man met dwangneurose ...;  
een replicatie, TDT, 3, (6) 26-32.
- Joele, L. & Hoogduin, C.A.L., (1975) :  
Behandeling van een man met een dwangneurose..  
TDT, 2, (10) 4-14.
- Velden, C.P. Van der, (1975) :  
In het voetspoor van Joele & Hoogduin.  
TDT, 2, (11) 77-86.

Onno van der Hart

Relaties en Rituelen (IV) drempels

"Het zit me tot hier", "kom nu eens over de brug", "het groeit me boven het hoofd", "zijn aandacht dwaalt af", "ik kan de draad van het betoog nog volgen": uitdrukkingen die fysieke metaforen zijn van niet-ruimtelijke ervaringen. Metaforen die op visualisering gebaseerd zijn komen erg veel voor; zo vaak, "that we can hardly refer to the simplest nonspatial situation without constant resort to physical metaphor" (Whorf, 1939). Kortom in ons spraakgebruik is de ruimtelijke dimensie essentieel. Ook de manier waarop mensen feitelijk met de ruimte omgaan valt te zien als een symbool voor niet-ruimtelijke ervaringen. Mensen drukken hun gevoel van nabijheid of afstand ook uit in fysieke afstand. De manier waarop gezinsleden bijvoorbeeld gaan zitten, en welke plaatsen ze ten opzichte van elkaar innemen, geeft een gezinstherapeut relevante informatie over hun onderlinge verhoudingen. Een van de objecten die een belangrijke rol speelt in die verhoudingen en de veranderingen daarin is de drempel. Zoals de vader van Peter, een 29-jarige jongeman die zijn kamer bij zijn ouders thuis niet meer uitkomt (behalve om naar het toilet te gaan) en die weigert te spreken, opmerkte: "dat mijn zoon niet over de drempel van zijn kamer wil komen en nog minder over die van de woonkamer heeft voor hem een diepe betekenis: daarmee geeft hij op symbolische wijze aan dat hij geen contact met ons en andere mensen wenst te hebben."

De drempel speelt in rituelen een bijzonder belangrijke rol. Van Gennep (1909; vgl. Van der Hart, 1975), bijvoorbeeld, geeft een model voor wat hij de Rites de Passage heeft genoemd; overgangsrituelen, zoals ik ze noem. De eigenlijke overgang wordt meestal letterlijk gekenmerkt door het overschrijden van een soort drempel. Dit proces is door drempelrituelen, liminaire genoemd, omhuld. De daaraan voorafgaande scheidingsrituelen zijn préliminaire en de verenigingsrites na de overgang heten postliminaire. Het ruimtelijke model van een overgang in o.m. een levens- en een gezinslevenscyclus is dus het verlaten van... het ene gebied, een grensovergang, en het binnentreden van een ander gebied. Voor het symbool "drempel" kennen we ook "grens", "brug", "muur", en wellicht zelfs "rivier".



Wie op de drempel staat, zich in het grensgebied bevindt, houdt zich tussen twee werelden op. Hij is niet hier en hij is niet daar. De drempel heeft weinig of geen kenmerken gemeen met de gebieden aan weerszijde. Het is een ambiguë situatie waar mensen ambivalent op reageren. Dat komt tot uiting in de eigenschappen die men het in tal van culturen heeft toegeschreven: de drempel is heilig, waardevol, machtig, gevaarlijk, onaan-tastbaar, vuil, onnoembaar, belangrijk, verontreinigend (vgl. Leach, 1964; Douglas, 1966). Men vreest het gebied en men heeft er ontzag voor. De positie van degene die er verkeert wordt omschreven als: zijnde dood, in de baarmoeder, in duisternis gehuld, bisexueel, in de wildernis (Turner, 1969). Overgangs-rituelen zijn er om individuen en groepen veilig door dit gebied heen te lootsen; om hen er niet in te laten verdwalen of stranden.

Mensen, die met overgangsproblemen in de therapie komen, drukken hun niet-ruimtelijke ervaringen als emotie, gevoelens en gedachten uit in ruimtelijke metaforen en beelden hun problematiek ook letterlijk in de ruimte uit. Peter, die weigert over de drempel van zijn kamer te gaan, biedt hiervan een extreem voorbeeld. De therapeut kan hun overgangsproblematiek daarom op diverse manieren in kaart brengen. Hij kan hun taalgebruik analyseren en hij kan hun non-verbale gedragingen en posities ten opzichte van elkaar registreren. Op beide nivo's kan hij vervolgens wijzigingen in de ruimtelijke metaforen aanbrengen. Op het verbale nivo is de algemene techniek het heretiketteren (vgl. Lange & Van der Hart, 1975, hfdst. 2). Meer in het bijzonder kan de therapeut de rituele waarde van de objecten veranderen (vgl. Radcliffe-Brown, 1952, p. 139). Dit houdt in dat hij het rituele aspect van het object (als een drempel, een brug) op de voorgrond plaatst en de geëigende gevoelens eraan gaat koppelen (vgl. Oudshoorn, 1976, wiens voorbeeld hieronder ook wordt weergegeven) of de reeds bestaande emoties versterkt. Dit moet resulteren in ander gedrag zoals Radcliffe-Brown opmerkt: "the ritual value is exhibited in the behaviour adopted towards the object or occasion in question."

Feitelijke manipulaties in de ruimte bestaan vaak uit het gezinsleden van plaats te laten verwisselen, uit of naast elkaar zetten (vgl. Minuchin, 1973; Haley, 1973). We gaan een stap verder als we aan dit soort ruimtelijke veranderingen rituele waarde toekennen en verwerken in een ritueel.

Het rituele model van Van Gennep is een bruikbaar hulpmiddel bij de taxatie en bij het veranderen van de overgangsproblemen. Wat de taxatie betreft: de therapeut kan vaststellen in welke fase van het (rituele) overgangsproces de cliënt of het gezin is blijven steken. Mensen die geen afscheid van elkaar of iemand hebben kunnen nemen bevinden zich nog in de préliminaire fase. Soms zijn ze daar doorheen gekomen, maar zijn ze het nieuwe gebied nog niet binnen getreden. Ze zitten vast op de drempel en kunnen voor- noch achterwaarts. In de gestalttherapie spreekt men van een impasse (Perls, 1969). Soms is men op één dimensie in het nieuwe domein aangeland, maar op een andere nog niet. Iemand kan voor de wet getrouwd zijn en in juridische en fysieke zin een echtgenoot zijn. Maar in affektief opzicht is hij nog zeer sterk aan zijn ouders gebonden, waardoor hij zich nog op het terrein van ouders-en-kinderen bevindt. In al deze gevallen kan de therapeut zoeken naar de geëigende symbolen die zijn cliënten helpen de betreffende stap te maken. Inzicht in het totale model houdt in, dat hij zijn cliënten soms verder helpt dan alleen door het gebied waar ze vastzaten. Het komt voor, dat iemand na vertrek uit het préliminaire gebied (bijv. te sterke binding met ouders) geholpen moet worden ook over de drempel te gaan en zich in het nieuwe gebied te vestigen.

Gestalttherapie kent het préliminaire ritueel van het "afscheid nemen" (vgl. Kempler, 1970, 1974). De cliënt moet een dialoog met een in verbeelding aanwezige significante persoon, zoals een overleden ouder of gescheiden partner, voeren. Tegen diegene moet hij al die dingen zeggen die hij nooit rechtstreeks heeft uitgesproken en hem nog dwars zitten; hem, met andere woorden, verhinderen goed afscheid te nemen.

De techniek werkt vaak heel sterk, vooral in de kontekst van gezinstherapie waarin impliciet of expliciet verder gewerkt kan worden aan het doorlopen van de volgende fasen. Wanneer in een echtpaartherapie een van beide partners dit gestaltwerk heeft gedaan treedt vaak spontaan een "vereniging" tussen beiden op. De ander heeft het afscheid nemen op zijn of haar manier meebeleefd en na dat ritueel brengen hun onderlinge kommunikaties hen dichter tot elkaar. Het komt ook voor dat de persoon afscheid neemt, maar vervolgens niet over de drempel komt; in een impasse raakt. De standaard gestalt benadering is dan hem in die toestand te houden, in de impasse te laten zitten (vgl. Tophoff, 1974) en hem te vragen waar hij zich bewust van is. Tophoff (1975) beklemtoont dit als het non-direktieve van gestalttherapie. Naar mijn idee kan juist dat aspect de oorzaak zijn van het feit dat een aantal cliënten niet door de impasse komt, maar bijvoorbeeld terug vlucht naar het oude, vertrouwde, préliminaire gebied. In Van Genneep's rituele model spreekt daarentegen ook iets van een reiziger die het ene gebied verlaat, de grens overgaat en het nieuwe domein binnentrekt. D.w.z. dat via ritueel gedrag de persoon de drempel actief over kan stappen, in plaats van alleen maar af te wachten wat er gebeurt. Om hier een stapje dieper in te gaan: Tophoff (1974) sluit ter ondersteuning van zijn nondirektieve, yin visie aan bij bepaalde uitspraken uit het taoïsme en het boeddhisme. Zo haalt hij het volgende Zenrin gedicht aan:

Sitting quietly, doing nothing,

Spring comes, and the grass grows by itself.

Alles goed en wel, maar hierdoor wordt vergeten dat het in praktijk kunnen brengen van de inhoud van dit gedicht in de eerste plaats heel hard werken vereist. Om nauwkeuriger te zijn: soms is de yin-achtige benadering van "je moet niet zo nodig; blijf gewoon bij wat je je bewust wordt" zeer geëigend. Bijv. bij mensen die een "innerlijke beroering" steeds meteen omzetten in (symptomatisch)gedrag. In andere gevallen is een yang-achtige aanpak meer op z'n plaats; m.n. daar waar een passieve houding de boventoon voert en men verwacht eerst innerlijk te veranderen voordat gedragsveranderingen verwacht mogen worden.



Althans zo begrijp ik de volgende parabel van de Boeddha (in Stryk, 1968):

It is like a man who wants to cross a river. Taking a sharp axe he would enter a wood. If he should see there a mighty sāl-tree, straight, young, not of crooked growth, he would cut it down at the root. Having done so, he would cut off the top, then he would clear it thoroughly of the branches and foliage. Having done so, he would chip it with axes, then with knives. He would then scrape it with a scraper and smooth it with a ball of stone. Then he would make a boat and would fasten oars and a rudder, and having done so he would get the boat down to the river. Do you think, Sālha, that this man can become on to cross the river?

Yes, lord.

Why is this?

Why, lord, the sāl-tree is well worked over outside, well cleared out within, it is made into a boat with oars and a rudder fastened to it. This is to be expected of it: the boat will not sink, the man will go safely beyond.

Ritueel gedrag is de aktie, die de juiste geestgesteldheid oproept, tot ontwikkeling laat komen.

Tenslotte komt in individuele gestalttherapie het verenigingsritueel niet goed uit de verf. De vreugde (of andere emotie) over het door de impasse heen gekomen zijn (of de drempel over gestapt zijn) wordt met de therapeut of groepsleden gedeeld in plaats van met partner of gezinsleden.

In het voorbeeld van José, de gescheiden vrouw (Van der Hart, 1976) ben ikzelf met de rituelen (brief verscheuren, trouwring inwisselen voor ander sieraad) ook onvolledig geweest. Ik heb de vrouw geholpen afscheid te nemen op een manier die beter heeft gewerkt dan alle andere therapie, inclusief het gestalt-ritueel "afscheid nemen", voordien.

Ik heb haar evenwel in het grensgebied laten zitten, haar niet geholpen tot en met het uitvoeren van een geëigend verenigingsritueel. Dat kon ik moeilijk, omdat degene met wie dit zou moeten gebeuren haar nieuwe partner zou moeten zijn en omdat haar verblijf in het dagcentrum haar nog in de transitie fase hield. Maar die bestond niet. Wat ze, in het grensgebied verkerend, heeft gedaan, is het contact met haar ouders intensiveren. Aangezien in haar relatie met hen en in de onderlinge verhouding tussen hen bijzonder veel problemen bestonden, werden die allemaal geaktualiseerd. Met moeder heeft ze nog veel goed kunnen maken, met haar vader niet. Beide ouders overleden midden in dit proces waardoor ze weer afscheid moest nemen. Achteraf gezien is het goed of zelfs noodzakelijk voor verdere ontwikkeling te noemen, dat ze op het laatste nippertje het een en ander met haar ouders heeft doorgewerkt. Maar het feit, dat ze zeer sterk op zichzelf was teruggeworpen in deze gehele periode heeft van de tocht een erg riskante onderneming gemaakt. Korte tijd hierna vindt ze een vriend, met wie het "klikt". Dan vindt een geëigend verenigingsritueel, postliminaire, plaats.

Soms biedt de drempel als symbool voor de overgang zich aan in gestalttherapie. Het is dan zaak om de cliënt er overheen te helpen. Lange & Van der Hart (1975, par. 5.13.3) geven een voorbeeld van een gestalt oefening in het kader van een relatie-therapie, waarin de geboden kans niet benut werd. Trix en Louis hebben een relatie, waarin zij degene is die diep in de put zit en er niet uit kan komen. Hij is haar helper, maar het lukt hem niet haar uit de put te trekken. Beide hebben drie kleine kinderen; Trix vindt de opgave voor hen te zorgen te zwaar. Louis heeft een zeer drukke baan en kan weinig in het huishouden inspringen. In de tiende zitting is Trix zeer gespannen en zegt niets. Louis weet niet wat hij er aan moet doen. De therapeut vraagt Trix waar ze zich nu van bewust is. Trix, na enige stilte: "ik sta tegen een muur."

"wat zie je?"

"Alleen maar die muur."

"O.K., draai je maar om ... wat zie je nu?"

"Louis en de kinderen ... ze wandelen in het park."

(....)

"En wat nu?"

"Ik wandel ook mee .... Louis en ik hebben onze armen om elkaar heen ... De kinderen lopen voor ons uit ... één van hen komt naar ons toe ... trekt Louis aan zijn mouw."

Trix stukt en begint te huilen.

Hierna laat de therapeut een (gestalt)dialogoog ontwikkelen tussen Trix als kind dat aandacht nodig heeft en Trix als moeder. Er gebeurt veel in dit gesprek, en het heeft in affektief opzicht enige doorbraak in de relatie tussen Trix en Louis betekend. Maar de verdere behandeling, later ook door andere hulpverleners, is langdurig en moeizaam gebleven, hoewel sukses uiteindelijk niet is uitgebleven.

Ik beoordeel dit gebeuren nu als volgt. De muur is een hoge drempel, waar je heel moeilijk overheen komt. Trix, zelf nog niet geheel haar eigen jeugd verwerkt hebbend, heeft een sterke behoefte aan aandacht en warmte van Louis. In de tijd van hun verloving kreeg ze die, maar na hun trouwen werden spoedig en snel achter elkaar de kinderen geboren. Ze geeft aan, dat ze in haar ontwikkeling nog niet zo ver was dat ze voldoende aan hen te geven had; ze had zelf nog zoveel nodig (In feite waren beiden nog niet zover, want ook Louis kon weinig tijd en inzet vrijmaken, zowel als partner als vader). De muur, waar Trix voor staat symboliseert de overgang naar een gezinsituatie waarin man en vrouw meer voor elkaar gaan betekenen en waarin ze hun ouderfunctie beter gaan vervullen. Een moeilijke overgang, zonder twijfel, als we daarbij ook in aanmerking nemen hoe moeizaam het verdere verloop van de therapie is geweest.

Nu ben ik van mening, dat de therapeut Trix in het gestaltgebeuren had moeten stimuleren om, samen met haar man en kinderen, over de muur te klimmen. Om dat te bereiken hadden Trix en Louis samen moeten werken; ze moesten elkaar helpen en samen de kinderen over de muur tillen. Daarmee vormden ze nu net die gezinskonstellatie met behulp waarvan ze goed kunnen verkeren in het postliminaire gebied.

Uiteraard betreft het hier een post hoc redenering. In het volgende voorbeeld blijkt, dat ik deze gedachte die op het rituele model van Van Gennep is gebaseerd met succes in praktijk heb kunnen brengen.

Mevrouw Schoenmakers, een 52-jarige alleenstaande vrouw, meldt zichzelf aan en vraagt hulp voor haar depressies, huilbuien en angstaanvallen. Zowel op haar werk (kantoor) als thuis is ze erg gespannen. Het ligt niet aan de werkomstandigheden, want ze werkt met aardige mensen en ze heeft haar klachten al heel lang. Ruim acht jaar geleden is ze gedurende twee jaar in psychoanalyse geweest, waardoor ze wel veranderd is maar zich niet prettiger is gaan voelen. Ze geeft zelf aan, nooit afscheid van haar (overleden) moeder te hebben genomen. Ze behoort bij haar moeder te zijn; een leven als volwassene is voor haar niet weggelegd. Dat houdt in, dat een vaste relatie en sex taboe zijn, terwijl zij daar toch ook sterk naar verlangt. Drie keer heeft ze aan dat verlangen gehoor gegeven, maar steeds is het vastgelopen op schuldgevoelens en angstaanvallen.

Mevrouw Schoenmakers vertelt uit zichzelf, dat ze regelmatig dromen droomt die hiermee verband houden (een psychoanalytische konditionering?) Daarin is ze steeds een meisje in de puberteit en speelt het thema sexualiteit, waar haar moeder haar van af zou houden, een grote rol.

Mevrouw Schoenmakers heeft een goed ontwikkeld voorstellingsvermogen, wat inhoudt dat ik met haar uitstekend op een gestaltachtige manier kan werken. Ze houdt interne dialogen met haar moeder, en ook één met een bezoekende oom die tijdens zijn bezoek tegen haar moeder dubieuze opmerkingen maakt over haar ontluikende vrouwelijke vormen. Dat zou echt gebeurd zijn en toen zou zij besloten hebben "nooit bij moeder weg te gaan en nooit iets met dat akelige, vieze te maken willen hebben."

In die paar gestalt sessies is mevrouw Schoenmakers duidelijk in beweging, wat zich onder meer uit in het aktiever deelnemen aan het verenigingsleven. Maar op een of andere manier treedt niet duidelijk een doorbraak op. Ze houdt -zij het in mindere mate- haar angstaanvallen. Op een keer begint ze een steeds terugkerende droom te vertellen en merkt zelf op, dat ze het gevoel heeft voor een drempel te staan waar ze niet over kan. Ik grijp dat aan en laat haar zich op die drempel konsentreren. De drempel wordt een hoge muur. Ze durft er niet overheen en "een stem" (van moeder, blijkt later) weerhoudt haar er ook van.

Inplaats van een dialoog tussen haar en die "stem" te stimuleren, dring ik er zachtjes en op indirecte wijze ("kunt U eens proberen om er op te klimmen") op aan dat ze zich op die muur blijft concentreren en pogingen onderneemt er overheen te komen. Na lange tijd heel, heel aarzelend en angstig doet ze dat. Als ze op de muur zit (impasse), durft ze er niet af. Ze wordt erg bang. Ze weet niet waar ze terecht zal komen als ze springt. Ik dring niet te hard aan op die sprong, maar houdt haar er wel bij. Opeens ziet ze dat het gebied voor haar vorm krijgt. Het is een groot zwembad, met veel ruimte voor iedereen die er in zwemt. Dan waagt ze de sprong en ze merkt dat er ook voor haar genoeg ruimte is. Prettig. Dan weerklinkt de stem van haar moeder van achter de muur. Ze roept om haar dochter. Mevrouw Schoenmakers wil haar moeder ook in het zwembad hebben. Er is immers voldoende ruimte voor hen allebei, zodat beiden hun eigen gang kunnen gaan. Ze gaat terug naar de muur, klimt er op en praat met haar moeder. Ze weet haar te overtuigen en helpt haar op de muur. Beiden springen ze het bad in en elk van hen gaat haars weegs. Het is nu nog maar kort geleden dat mevrouw Schoenmakers de sprong in het diepe gewaagd heeft. Lang genoeg echter om te kunnen opmerken dat zij bezig is haar leven als volwassene te ontplooien. Gemakkelijk is dat overigens niet, want het houdt ook in de acceptatie van de pijn van het alleen-zijn en de kansen op het krijgen van kinderen gemist te hebben.

Oudshoorn (1976) biedt in dit verband een uitstekend voorbeeld. Richard, bijna 15 jaar en enig kind, is naar hem verwezen voor angsten, fobische en toenemende lichamelijke klachten. Hij heeft een half jaar geleden midden op de Spijkenisserbrug een paniek-aanval gehad, waardoor hij voor geen goud meer over die brug durft. Omdat de familie in de loop van het jaar naar de andere oever verhuist, zal Richard dagelijks over de brug naar school (en weer terug) moeten.

Oudshoorn vestigt in zijn therapie de aandacht o.m. op de brug als symbool van de overgang naar de puberteit. Samen met Richard bespreekt hij, hoe deze daar naar toe groeit, hoe hij op een gegeven moment over de brug kan komen, enz.



De therapeut kan aan dit reeds beladen projekt rituele waarde toekennen. Hij verbindt er stap voor stap ook positieve emoties aan. Ambigufteit in plaats van alleen maar negativiteit gaat de brug kenmerken en de therapeut bestempelt de feitelijke tocht over de brug als een overgangsritueel, dat Richard op een gegeven moment uit gaat voeren.

Nawoord.

In dit artikel is nagegaan hoe het rituele model van Van Genneep, dat een overgang in de fysieke ruimte gestalte geeft, kan dienen als leidraad voor therapieën waarin overgangprocessen centraal staan. Het punt waarop iemand zich bevindt en de weg die(nog) gevolgd moet worden, wil van een goede afronding sprake zijn, kunnen in dit model aangegeven worden. In dit betoog heeft het drempel symbool centraal gestaan. Een aantal voorbeelden laat zien hoe mensen in therapie geholpen kunnen worden over de drempel (of de brug) te komen. In tegenstelling tot het ietwat passieve model van de Gestalttherapie biedt het rituele ruimtelijke model mogelijkheden voor actief werken aan het maken van de overgang (het door de impasse heen komen).

Ruwweg kunnen twee methoden onderscheiden worden, met behulp waarvan de therapeut het overgangsproces vorm kan geven. De eerste bestaat uit het gebruik van de verbeeldingskracht, waarbij de gehele tocht in vitro afgelegd wordt. Gestalttechnieken met name, maken gebruik hiervan. Hypnose is een uitstekend hulpmiddel. Niet iedereen is echter in staat om zich op die manier in voldoende mate te concentreren en het bereiken van een bevredigende trancediepte kan de drukke directe therapeut te veel tijd kosten. In dat geval lijkt een overgangsritueel in vivo, waarvan José een voorbeeld biedt, voor de hand te liggen. De kinesthetische ervaringen die men in het uitvoeren van het ritueel heeft (zeker na voldoende motivering) is wellicht vergelijkbaar met de interne stimulering die men krijgt als louter en alleen van de verbeeldingskracht gebruik wordt gemaakt. Oudshoorn (1976) gaf een voorbeeld, waarbij beide methoden gekombineerd werden. In de therapeutische gesprekken kent hij aan een voor de cliënt fobisch object ritueelswaarde toe, wat later gevolgd moest worden door een rituele omgang met het object. c.c. het dagelijks over een brug gaan.

Referenties:

- Douglas, M. (1966): Purity and Danger. Routledge & Kegan Paul, Londen.
- Gennep, A. van (1909): Les Rites de Passage. Librairie Critique, Emil Mourry, Parijs. Engelse uitgave: Routledge & Kegan Paul, Londen, 1960.
- Haley, J. (1973): Uncommon therapy. Norton, New York, Nederlandse uitgave: De Toorts, 1976.
- Hart, O. van der (1975): Relaties en rituelen (I) Les Rites de Passage. TDT, 3(4), 61-71.
- Hart, O. van der (1976): Relaties en rituelen (III) twee individuele voorbeelden. TDT, 3(6), 54-61.
- Kempler, W. (1970): Experiential psychotherapy with families. IN: Fagan & Shepherd (eds), Gestalttherapy now. Science and behavior books, Palo Alto.
- Kempler, W. (1974): Gestalttherapie voor het gezin. De Toorts, Haarlem.
- Lange, A. & O. van der Hart (1976): Gedragsverandering in gezinnen. Tjeenk Willink, Groningen.
- Leach, E. (1964): Anthropological aspects of language: animal categories and verbal abuse. IN: E.H. Lennenberg (ed), New directions in the study of language. MIT Press, Cambridge, Mass. Ook in: P. Maranda (ed.), Methodology. Penguin, Middlesex.
- Minuchin, S. (1973): Gezinstherapie. Het Spectrum, Utrecht.
- Oudshoorn, D. (1976): Waarom ik individuele therapie van kinderen en jongeren (vaak) een goede zaak vind. TDT, 3(6), 38-48.
- Perls, F. (1969): Gestalttherapy Verbatim. Real People Press, Lafayette.

Radcliffe-Brown, H.R. (1952): Structure and function in primitive society. Cohen & Wert, Londen.

Stryk, L. (1968): World of Buddha. Doubleday & Company, New York.

Tophoff, M. (1974): Het fenomeen "impasse" in de gestalt-therapie. MGv, 29(5), 239-245.

Tophoff, M. (1975): Gestalt-therapie, een non-directieve therapie. T. voor Psychotherapie, 1(3), 117-122.

Turner, V.W. (1969): The ritual process. Routledge & Kegan Paul, Londen. Ook als Penguin (1974).

Whorf, B.L. (1939): The relation of habitual thought and behavior to language. In: Whorf, Language, thought and reality: selected writings. MIT Press, Cambridge, Mass., 1956.

Het voorschrijven van "spontaan gedrag" d.m.v. een direktief, dat tenslotte niet gegeven wordt.

mei 1976, Kees Hoogduin.

---

Door met opdrachten bij een echtpaar in gezinsbehandeling te werken is het vaak mogelijk veranderingen in het systeem te bewerkstelligen.

Bij deze benadering wordt de therapeut nogal eens geconfronteerd met het probleem een leeropdracht te geven, die door de klient als een bevel tot spontaan gedrag omschreven wordt (wat vaak juist is).

Voorbeeld:

Echtpaar K. heeft sinds 2 jaar geen sexuele relatie meer. Mevrouw heeft (ze is 50 jaar) een depressie rond die tijd ontwikkeld. Alleen de gedachte al haar echtgenoot te liefkozen doet haar rillen. De echtgenoot heeft het eerste jaar regelmatig pogingen ondernomen de verbroken intieme relatie te herstellen, evenwel zonder succes. Sinds 6 maanden heeft hij de pogingen beëindigd. Bij dit echtpaar nu werd de vrouw gevraagd welk positief gebaar ze nog zonder rillen kan maken.

Tenslotte kwamen tot het volgende direktief: ze kon haar man een aai over het hoofd geven. Toen we voorstelden dit dan een tweetal malen per week te doen (één, twee, vijf of tien keer, U kunt kiezen), vertelde ze het wel te willen doen, maar.... dan was het niet spontaan, geen echt teken van liefde, etc.

Deze situatie doet zich bij leeropdrachten met betrekking tot een verbetering van een relatie vaak voor. Ook bij de therapieën van Masten en Johnson horen we vaak de klacht: dat moet toch spontaan en uit liefde, etc. gebeuren.

Deze bezwaren zijn middels een goede verkooptechniek wel te overwinnen (Een kind moet eerst napraten, voordat hij spontaan praat e.d.).

Een meer subtiele benadering is om het direktief ten-  
slotte niet te geven. De techniek wordt als volgt toe-  
gepast:

Het echtpaar heeft reeds in voorgaande zittingen erva-  
ringen opgedaan betreffende de werkwijze van de thera-  
peut. Na enige tijd doet de therapeut suggesties be-  
treffende een te geven advies. Hij onderzoekt de haalbaar-  
heid, geeft het direktief in de vragende vorm: zoudt U  
het volgende op kunnen brengen? Wanneer we het volgende  
afspreken, zoudt U dat zoveel maal per week kunnen, etc.

Bij het echtpaar K. zou het direktief kunnen zijn: Aai  
Uw man twee maal per week over het hoofd. De reacties  
waren: dat is toch niet spontaan, dat is niet uit lief-  
de. De therapeut reageert hierop niet met een van de  
gebruikelijke verkooptechnieken, maar geeft de klient  
gelijk en betreurt het, dat het advies (Je kunt geen  
spontaan gedrag voorschrijven, niet waar?) zo moei-  
lijk te geven is, daar het voor de verdere behandeling,  
de verbetering van de relatie en het doen verdwijnen  
van de klachten toch zo noodzakelijk is.

Gedurende het gesprek blijft hij met slechte argumenten  
proberen het direktief te slijten, er zorgvuldig op  
lettend het niet echt te verkopen en vooral steeds het  
aksent te leggen op de noodzakelijkheid van het geven  
van het direktief. Wanneer het behandelingsuur bijna  
verstreken is, geeft hij plompverloren een volledig  
anders luidend direktief: bijvoorbeeld, wij spreken  
af voor de volgende maal, dat U iedere avond elkaar  
verslag uitbrengt over de afgelopen dag. Onmiddellijk  
daarna wordt overgegaan tot het maken van een afspraak  
voor de volgende maal.

Bij de volgende zitting wordt een afwachtende houding  
aangenomen en wordt naar het opvolgen van het gege-  
ven direktief geïnformeerd. De kans is groot, dat de  
klienten "spontaan" vermelden het niet gegeven direk-  
tief opgevolgd te hebben of in die richting toch een  
aantal stappen ondernomen hebben.



In het navolgende wil ik een begin maken met een poging tot verslaggeving van mijn werk in het centrum voor dagbehandeling dat deel uitmaakt van het psychiatrisch ziekenhuis (Bloemendaal) waar ik sinds januari 1976 werk.

De geschiedenis van psychiatrische dagbehandeling is nog kort: een mode die na de 2<sup>e</sup> wereldoorlog voornamelijk uit Engeland en Canada naar Nederland is overgewaaid. De dagziekenhuizen, die in Nederland functioneren, werken zeer verschillend; ik zal me beperken tot dat stuk van de ontwikkeling waar ik in Bloemendaal zelf bij betrokken ben geweest.

#### Historie.

Vier jaar geleden begon ik mijn opleiding tot psychiater in een zogenaamd "medium-stay" paviljoen.

"Medium-stay" hield in dat het paviljoen bevolkt werd door  $\pm$  32 patiënten die om uiteenlopende redenen na hun verblijf op de opname afdeling of een andere afdeling niet in staat waren weer de maatschappij in te gaan en/of (nog) niet "zorg" waren dat ze op een chronisch paviljoen geplaatst moesten worden. Deze patiënten werden bezig gehouden met de gebruikelijke therapieën: creatieve therapie, arbeidstherapie, gymnastiek, sommigen hadden een min of meer vast baantje als garderobe juffrouw, in de linnenkamer etc.

De rol van de arts, die elke dag even langs kwam, bestond uit het proberen van medicijnen, het voeren van steunende gesprekken, veelal over lichamelijke klachten die ten dele weer het gevolg waren van de medicatie en het met zijn aanwezigheid opluisteren van gezelligheidsactiviteiten. Uitzicht op ontslag bestond voor de meeste patiënten niet. De stilzwijgende afspraak was dat ze bleven, zolang ze klachten hadden, om behandeld te worden.

Als assistent, die vrijgesteld was van andere taken, had ik een half jaar de gelegenheid om niets anders te doen dan met deze patiënten op te trekken en tijdens dit optrekken begon ik geleidelijk te twijfelen aan de validiteit en de relevantie van de diagnoses die de rechtvaardiging vormden voor een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis. Tevens viel het me op dat de gesprekken die ik voerde eigenlijk niets anders waren dan zinledige

87

rituelen waarin de status quo stevig bevestigd werd: de patienten hadden het moeilijk, en ik was de zoveelste arts die daar ook weer niets aan kon veranderen, al was iedereen blij dat ik zo veel tijd in die bezigheid kon steken.

Om, althans voor mezelf, enige basis voor mijn rondwandelen in dat paviljoen te creëren, probeerde ik wat principes in te voeren van de therapeutische gemeenschap: we hielden wekelijks een zogenaamde community-meeting, stelden samen met alle betrokkenen een programma van huisregels op etc.

Uiteraard lukte dit maar matig; de patienten werden onrustig door de veranderingen, te meer omdat ik nogal stevig in de medicaties gesnoeid had. De community-meetings ontaardden dikwijls in scheldpartijen onderling of in eindeloze besprekingen over lekkende kranen of defecte horren.

Het enige positieve resultaat van mijn weinig gestructureerd pogen was het feit dat een toenemend aantal partners van patienten wel eens met eigen ogen polshoogte wilden komen nemen na de paniekerige verhalen van hun vrouwen. Dit leidde tot mijn eerste gesprekken met echtparen. De verpleging deed hieraan enthousiast mee en de gesprekken gingen zich meer en meer richten op de praktische problemen rond het verblijf van een patiente in haar eigen omgeving.

Bij dit werk konden we volledig onze gang gaan; we kregen geen supervisie, maar we werden ook op geen enkele wijze tegen gewerkt; men vond ons wel een leuk enthousiast groepje.

Na enige maanden waren de patienten in vele groepen gesplitst (thema groepen, echtpaargroep(jes) ontslag groep, Bijbel groep, sex groep, jongeren groep etc.

Na een half jaar kon ik aantonen dat het medicijn gebruik met 75% verminderd was en dat meer dan de helft van de patienten ontslagen was of nog maar eens per week of eens per twee weken voor een gesprek in het ziekenhuis verscheen. Na mijn vertrek heeft de tendens om patienten in groepen onder te brengen zich voortgezet, niet vanuit een bepaalde visie of op basis van een evaluatie van ons amateuristisch proberen, maar in feite alleen omdat het oppervlakkig beschouwd enig effect sorteerde, "groepstherapie" een mode woord was en de verpleging zich prettig voelde bij de gedachte dat zij "groepstherapeuten" waren.

Huidige situatie.

Anderhalf jaar geleden heeft het ziekenhuis vergunning voor dagbehandeling gekregen. Hoewel dit geleid heeft tot grote verbeteringen in de personele bezetting ontbreekt in feite nog steeds een gefundeerd beleid ten aanzien van opname, behandeling en ontslag. Gelukkig is thans een proces op gang gekomen dat mogelijkheden opent om te komen tot een probleemgerichte directieve aanpak. De grootste moeilijkheid is de overgeleverde structuur: patienten praten in groepen in tegenwoordigheid van een leerling-verplegende over hun problemen, niet omdat ze in groepstherapie zijn, maar omdat er zoveel patienten per leerling-verplegende zijn.

De personeelsbezetting is thans als volgt:

- 1 psychiater (60%)
- 1 zenuwarts (ondergetekende 40%)
- 1 arts-assistent (60%)
- 2 psychologen (ieder 60%)
- 1 agoge (40%)
- 1 verpleegkundige (blokhoofd 50%)
- 1 verpleegkundige (paviljoenshoofd, full-time)
- 1 verpleegkundige (plaatsvervangendhoofd, full-time)
- 1 verpleegkundige (groepsleidster, full-time)
- 3 leerling-verpleegkundigen (groepsleiding, full-time)
- 1 creatief-therapeut (full-time)
- 1 sportleider (incidenteel)
- 1 maatschappelijk werker (50%)
- 1 vormingswerker (20%)
- 1 geestelijk verzorger (20%)
- 1 stagiair verpleegkunde HBO
- 1 stagiair psychologie/paedagogie
- 1 receptioniste/secretaresse (full-time)

Deze medewerkers komen 1 x per week 1½ uur samen in de algemene teamvergadering; deze wordt voorgezeten door het blokhoofd en gebruikt voor de bespreking van de algemene beleidszaken, dikwijls naar aanleiding van een nota (b.v. hospitalisatie) of voor het houden van informatieve referaten door de medische of psychologische staf.

39

Er zijn momenteel 5 patientengroepen. Vier van deze groepen van + 8 mensen bestaan uit patienten die al meerdere jaren poliklinisch (zenuwarts, L M bureau, S.P.D., polikliniek van Bloemendaal) behandeld zijn, zonder bevredigend resultaat. De 5<sup>e</sup> groep is zeer heterogeen van samenstelling en wordt gevormd door patienten die te zeer gehospitaliseerd en/of te zeer gestoord zijn om nog ooit zelfstandig te kunnen functioneren, maar voor wie volledige opname in een ziekenhuis niet nodig is, een "nazorg groep".

#### De Intake.

Alle nieuwe aanmeldingen worden gezien door een intake team dat als volgt is samengesteld: 1 arts of psycholoog, een hoofdverpleegkundige en de maatschappelijk werker. De patient krijgt, zoveel mogelijk in het bijzijn van zijn partner, uitleg van de werkwijze en een rondleiding door het gebouw. Het intake-team komt dezelfde dag bij elkaar om te beslissen of iemand wel of niet en in welke groep hij opgenomen zal worden. In het begin (er was één patient!) werd vrijwel iedereen aangenomen, thans worden de motivatie en de mogelijkheden serieuzer bekeken.

Bovendien wordt thans gewerkt aan een standaardformulier dat toegezonden zal worden aan alle nieuw aangemelde patienten en waarin vooral over de actuele problemen vragen worden gesteld.

#### De behandeling.

De behandeling wil ik bespreken aan de hand van het geen geprobeerd is en wordt in de groep waarvoor ik zelf direct verantwoordelijk ben. Daarnaast heb ik nog een groep, waarover ik de strict medische supervisie uitoefen.

De patienten in mijn groep waren al aangenomen voor behandeling toen ik mijn werkzaamheden startte. Vanaf het begin vond ik het erg moeilijk om mezelf en de patienten duidelijk te maken wat eigenlijk genezend zou kunnen werken in hun opname. Met andere woorden: wordt je "beter" als je met elkaar over klachten praat, afgewisseld door houtsnijwerk, tennis en paardrijden in groepsverband?

Wat is het doel van de groep? Welk doel hebben de patienten zichzelf gesteld?

Het scheen me toe dat elke aanpak waarin deze vragen niet duidelijk zouden zijn, zowel voor de patienten als voor de behandelaars, zou resulteren in een chaos van toevalligheden in opname-behandelings- en ontslagbeleid (vgl. van der Hart 1975).

Het verstrekken van informatie (vgl. Yalom, 1970) leek me inderdaad zo niet een dankbare dan toch een zeer noodzakelijke stap in het "curatieve proces".

Verder leek me dagbehandeling mede gerechtvaardigd door de mogelijkheden die geboden werden om het functioneren van een patient in zijn thuissituatie in de behandeling te betrekken.

In het "subteam" ( elke groep wordt begeleid door een subteam, waarin de arts of psycholoog de groepsleiding en de maatschappelijk werker zitting hebben en dat 1 à 2 keer per week bij een komt) kwamen we het volgende overeen.

1. Voor elke patient moet een individuele strategie worden uitgestippeld. Het "verkopen" van de onderdelen van dit behandelingsplan is het werk van de individuele therapeut. Een individuele aanpak is nodig door het feit dat de patienten in "open groepen" verblijven en zeer uiteenlopende problemen hebben.
2. De functie van de groep kan geen andere zijn dan de deelnemers ervan te overtuigen van de noodzaak er zo snel mogelijk weer uit te komen en de activiteiten van de groep moeten gericht zijn op het ontwikkelen van de vaardigheden die nodig zijn om dit doel zo snel mogelijk te bereiken: "Het is een ramp dat het nodig was dat jullie hier kwamen. Jullie problemen verschillen zeer van elkaar, maar ze hebben er bij jullie allemaal toe geleid dat je contacten met anderen gestoord geraakt zijn. Door je "ziekte" ben je je gaan gedragen als een "zieke" en daarom blijf je "ziek".
3. De combinatie van individuele en groepstherapie heeft grote risico's; we kunnen dit het beste voorkomen door van het begin af aan te stellen dat de patienten volledig vrij zijn om los te laten wat ze willen in de groep, maar dat de behandelaars elkaar volledig op de hoogte zullen houden van elkaars activiteiten.

wordt vervolgd.

Leen Joele.

Literatuur:

Een directieve nazorg groep. Onno van der Hart,  
Tijdschrift voor directieve therapie, jaargang 2 nr. 9.

The theory and practice of group psychotherapy. I.D. Yalom. 1970.



De behandeling van een meisje met een psychogene afonie door middel van een Ueberrumplungstechniek.

---

Kees Hoogduin.  
mei 1976.

In het april-nummer van dit tijdschrift werd een meisje beschreven met inslaapstoornissen, die met behulp van bijbellezen van haar probleem verlost werd (Hoogduin, 1976). Een zestal weken later verzocht de vader opnieuw hulp voor zijn dochter: ze was sinds enige weken "haar stem kwijt".

Op de vraag hoe het gekomen was, vertelde zij, dat haar zusje op een avond het gezin mededeelde op korte termijn te gaan trouwen. Mej. de J. sprak voorts over het besmettelijke karakter van haar klachten; in het streng gereformeerde dorp leden sinds enige weken verschillende meisjes rond de huwbare leeftijd aan stemverlies.

Haar verklaring over besmettelijkheid, virussen, maar ook spanningen werd geaksepteerd. Het was nu (het duurde al weken) echter welletjes, de stem moest nu maar terugkomen. Hiermee stemde ze fluisterend in.

De volgende strategie werd toegepast:

1. Kliente werd medegedeeld:

- ze zou haar stem weldra terughebben;
- ze zou een medisch onderzoek van de keel moeten ondergaan; de psychotherapeut zou in dit bijzondere geval dit zelf uitvoeren;
- er moest een aantal "keeloefeningen" uitgevoerd worden, zoals hoesten, gorgelen, fluisteren, keel schrapen.

2. Hierna volgde de eigenlijke behandeling. Deze bestond uit het op de tong leggen van een spatel en kliente met een: "Zeg eens AA" te verrassen.

3. Als ze eenmaal een A gezegd had, zou B wel volgen, etc. Zoals Joele al beschreef (1975) is de surprisetechniek een techniek om kortbestaande afonie op te heffen.

De truck met de spatel werkt, alleen praten over de uitlokkende factoren soms ook.

Een logopaed vertelde jaren geleden over zijn zeer succesrijke techniek. Hij liet de betrokkene in zijn goed geïsoleerde ruimte zitten met de rug naar hem toe en cliënte mocht zich dan vooral niet omdraaien. Hij ging dan een halfuur burowerk doen, of at zijn van thuis meegebrachte lunch op. Het lege broodzakje (in die tijd gebruikte zijn vrouw zeker nog geen plastic zakjes) blies hij in stilte op en met een luide knal sloeg hij dit vlakbij het oor van de cliënte kapot. Deze sprong met een kreet van schrik op. Die kreet nam hij over, vervolgens liet hij haar dan een volgend geluid maken, etc. Deze forse surprisetechniek was zoals genoemd succesvol, de cliënten brachten er weinig waardering voor op.

De mislukking:

Mej. de J. bleek goed in staat te hoesten, waarbij de mogelijkheid de stembanden te kunnen gebruiken bleek. De spatel werd aangelegd en cliënte werd gevraagd of ze A wilde zeggen. Dat wilde ze, doch in plaats van een A-klank, klonk het geluid van een kazu waar het mondstuk af is: een toonloos blaasgeluid.

Alle verdere pogingen mislukten en besloten werd om de zaak te beëindigen. Cliënte kreeg het volgende advies mee naar huis (v.d. Bosch, 1976):

- Een absoluut spreekverbod, de stem moest ontzien worden, moet rusten. Alle communicatie zal schriftelijk geschieden. Ze belde me de volgende dag op met de fluisterende mededeling, dat ze zo niet kon werken. Het ordeel werd in die zin gewijzigd, dat praten op het werk wel mocht, thuis bleef het spreekverbod gelden.

Bij de volgende afspraak werd nogmaals medeleven uitgesproken betreffende haar problemen en werd voorgesteld nog eens een poging te wagen de stem terug te vinden, de infectie was misschien ondertussen uitgewoed, de spanningen verminderd, etc.

Alle haast werd vermeden nu. De eerste maal was de therapeut wel erg gretig bezig haar eventjes van haar symptoom af te helpen.

Bij het hoesten sprak ik mijn vreugde uit over het intact zijn

van de stembanden: "Hoor je ze? Gelukkig hebben ze nog niet echt geleden onder hun gedwongen rustpauze". Vervolgens werd de spatel zeer ver achter op de tong aangebracht. Ze werd niet gevraagd A te roepen, maar geprobeerd werd een wurgregreflex op te wekken, hetgeen met een begeleidende klank gelukte. Opnieuw werden de stembanden om hun behouden staat geprezen. Tevens werd ze verzocht tussen de verschillende spatelmanipulaties in te hoesten. Tenslotte werd haar gevraagd zachtjes A te zeggen, terwijl de wurgregreflex opgewekt werd. De toon, die geproduceerd werd - Wwaaaahhh - werd als een goede A omschreven. Dit werd uitgebreid met het verzoek ADA te zeggen, wat na enige hoest oefeningen gelukte. Aansluitend kon ze weer met klanken spreken.

Met de herwonnen stem werden haar bezwaren tegen het nog thuis wonen naar voren gebracht. Na de verschillende mogelijkheden om zich geleidelijk los te maken van huis gezien te hebben, besloot cliënte de week-enden bij kennissen en familie door te gaan brengen. Daarna zou ze bij één van die gezinnen proberen "op kamers" te gaan en aldus een eigen leven gaan leiden.

Een week later belde ze fluisterend op: "Hij is weer weg". Ze vertelde, dat ze met de achterkant van een lepel geprobeerd had het zelf weer te herstellen, evenwel zonder succes. Ze werd gevraagd om onmiddellijk te komen, want in dat geval had ze het niet goed gedaan en zou haar geleerd worden hoe de stem terug te krijgen. Enfin, ze bracht inderdaad de lepel niet ver genoeg op de tong, ze had niet goed gehoest, etc..... Na 2 minuten was haar stem terug. Ze oefende de wurgregreflex nog enige malen met de achterkant van de lepel. Toen ze dit goed beheerste werd de zitting beëindigd.

Diskussie:

De zogenaamde psychogene afonie is een betrekkelijk frekwent voorkomend euvel bij vrouwen rond de 20 jaar en bij vrouwen in de overgang (Böhme, 1974). Het zou 8 maal zo vaak bij vrouwen dan bij mannen voorkomen.

Bij de behandeling is het van groot belang cliënte zonder gezichtsverlies haar stem te laten terug krijgen. Het zal in een sfeer van vertrouwen moeten geschieden. Een te gretige therapeut (zie eerder)

zal weinig kans van slagen hebben.

Drost (1976), die zo'n 25 mensen met psychogene afonie per jaar behandelt, doet op de eerste zitting alleen zijn onderzoek. Hij bestelt klanten de volgende dag terug met de mededeling dat in die zitting de stem terug zal komen. De behandeling zelf moet echter in één zitting gebeuren (Luchsinger en Arnold, 1948; Böhme, 1974; Drost, 1976).

Naast de hier genoemde techniek met spatel en wurgregreflex worden de volgende Ueberrumplungsversuche beschreven (Böhme, 1974):

- klient wordt gevraagd te hoesten of de keel te schrapen;
- massage van het strottenhoofd met een licht naar elkaar drukken van de achterranden van het thyreoid kraakbeen (Drost, 1976);
- met achterover gehouden hoofd tellen;
- door middel van het toedienen van Ruis op beide oren (Lombard) is de akustische controle op het spreken uit te schakelen.

De klient moet dan 10 tot 15 minuten tellen, bijvoorbeeld van 10.000 naar 0.

Böhme noemt vervolgens nog enige Ueberrumplungsmethoden, die hij echter als echte "Terrormassnahmen" wil reserveren voor de therapieresistente gevallen. Bijvoorbeeld: elektrische schokken toegebracht in de halsstreek, het bereiken van een verstikkingsgevoel door een Kogelsonde tot op de stembanden te brengen en de direkte laryngoskopie (verstikkingsgevoel).

Bij beschreven kliente werd van een dergelijke Ueberrumplungstechniek (surprisetechniek) gebruik gemaakt, eerst in tweede instantie met sukses. De mislukking van de eerste zitting was waarschijnlijk te wijten aan de gretigheid van de therapeut en het niet ver genoeg inbrengen van de spatel. Het sukses van de tweede zitting zal verklaard kunnen worden door de rust van de therapeut, de beter gehanteerde spateltechniek met de wurgregreflex, en de van betekenis lijkende opmerkingen van de therapeut, wanneer kliente gehoest heeft: "Hoor je ze?(de stembanden) Gelukkig hebben ze nog niet echt geleden onder hun gedwongen rustpauze, etc.".

21

Literatuur:

- Böhme, G., 1974: "Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen", Fisher, Stuttgart, blz. 54 e.v.
- Bosch, R. v.d., 1976: Persoonlijke mededeling.
- Drost, H.A., 1976: Persoonlijke mededeling.
- Hoogduin, C.A.L., 1976: "Strengere religieuze opvattingen en directe therapie", T.D.T., 3, 6, 10.
- Joele, L., 1975: "Twee geborstelden + grap", T.D.T., 2, 11, 87.
- Luchsinger, R. en Arnold, G.E., 1948: "Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde", Karger, Basel.



---

Kees van der Velden & Richard Van Dijck

Beginners en buitenstaanders vinden het vaak onbegrijpelijk dat de cliënten van direktieve therapeuten de hun verstrekte adviezen inderdaad uitvoeren.

Vat men deze verbazing op als de uiting van leergierigheid, en stelt men deze mensen zodoende een lijst met motivatie- of verkooptechnieken ter hand (Van der Velden & Van Dijck, 1975), dan valt op dat de kennisneming van deze technieken de aanvankelijke verbazing niet wegneemt, maar juist versterkt. Deze waarneming leidt tot de gedachte dat onze verkooptechnieken, evenals trouwens onze therapietechnieken, pas als in de dagelijkse praktijk toepasbaar ervaren worden, wanneer men in de therapeut een deskundige ziet. Nu, de beginner kan zichzelf niet als deskundige voorstellen en de buitenstaander - broer, zuster of buurman - kan zich spijtig genoeg óns vaak niet als deskundige voorstellen.

Intussen kan de therapeut er zelf heel wat aan doen om zijn imago als expert te versterken. Niet alleen zal assertief optreden in dit opzicht vruchtbaar blijken, maar bovenal helpt het scheppen van een **kontekst** die de interventies van de therapeut als bijzonder en terzake kwalificeert. In zo een kontekst zal het verveelde geeuwen van de therapeut voor de cliënten betekenen dat zij 'nu voor hun werkelijke problemen vluchten', terwijl het doorpraten van de vakman over de postzegelhobby van meneer licht als 'tracking' of 'steun' ervaren wordt.

Is deze kontekst eenmaal aanwezig, dan kan de gevorderde therapeut er zelfs toe overgaan zijn vakmanschap te relativeren of te loochenen: voor de cliënt wordt het er alleen maar groter op.

Het maken van zo'n kontekst is een kunst die het verdient uitgebreider omschreven te worden, ook al wordt hierbij de toch al opmerkelijke overeenkomst van ons vak met dat van handelsreiziger misschien te sterk geaksentueerd.

De aanwezigheid van zo een kontekst lijkt ons in elk geval een voorwaarde voor het doen slagen van onze motivatietechnieken, waarvan er hieronder weer enige volgen.

WZ

1. Tot op de bodem uitzoeken. Het 'verkopen' van het advies— een bepaald gedrag te turven is niet altijd eenvoudig. Zowel 'ambivalente' cliënten als cliënten met min of meer ideologisch gefundeerde bedenkingen tegen gedragsregistratie zullen bezwaar maken tegen deze kille benaderingswijze. Bij deze cliënten helpt wel de volgende redenering.

'Stel U heeft last van brandend maagzuur. Wanneer U met deze klacht naar Uw huisarts gaat, zal hij U niet meteen een recept voorschrijven. Neen, eerst zal hij onderzoeken op welke tijd van de dag U last heeft - speciaal des morgens of bovenal des middags of avonds -; of het optreden van Uw klacht wellicht verband houdt met het nuttigen van bepaalde spijsen; welke de precieze verschijnselen zijn die U samenvat met de term brandend maagzuur, en dergelijke. Voorts zal hij willen weten of U eerder last heeft gehad van maagklachten en zo verder.' In dit stadium stelt de cliënt zich zijn eigen huisarts voor. In veel gevallen vroeg deze juist nergens naar, noch bij brandend maagzuur, noch bij andere klachten, maar schreef hij meteen een receptje uit. Het contrast met deze slordige werkwijze motiveert de cliënt tot verder luisteren. 'Maar U weet net zo goed als ik, dat veel dokters wèl meteen met een receptje klaarstaan', zo vervolgt de therapeut. 'Op zo een manier werken wij hier echter niet. Wij zoeken de zaak tot op de bodem uit voordat we tot het geven van adviezen overgaan.' Dit 'tot-op-de-bodem' dient op nadrukkelijke wijze gezegd te worden. Het blijkt - wanneer de therapeut het waarmaakt, terecht - veel cliënten aan te spreken.

2. Denk er een week over na. Zoals het vrijwel altijd fout is om tegen de cliënt te zeggen dat het uitvoeren van een direktief 'een kleine moeite' is, zo is het soms nodig de moeite die het kost om een advies op te volgen, extra te beklemtonen. Dit kan bijv. door de cliënt te adviseren nu nog geen beslissing te nemen over de vraag of hij een bepaald direktief al of niet zal uitvoeren, maar er eerst een week rustig over na te denken. Daarna mag hij ons opbellen en zijn beslissing mededelen. Deze interventie blijkt succesvol bij cliënten die zeggen dat ze willen 'proberen' hun huiswerk te maken - hier gaat geen verstan-

dig therapeut op in -, alsook bij cliënten voor wie we een 'ordeal' in gedachten hebben.

Niet zelden komt het voor dat de cliënten van de laatste categorie de week nadat zij het voorgestelde direktief gehoord hebben aanzienlijk verbeteren, klaarblijkelijk vanuit de behoefte aan het juk te ontkomen. (Alleen al het aankondigen van het bekende Erickson-advies tegen slapeloosheid bijv. is vaak al voldoende om de cliënt van een gezonde nachtrust te verzekeren.)

In de gevallen waarbij het verloop minder moeiteloos gaat, bestaat er een goede kans dat de cliënt na zijn bedenktijd 'ja' zegt, maar nu van harte.

3. Dat zegt de 'Margriet' er niet bij. Hoe voor de hand liggend deze interventie ook is, hij blijkt veel mensen aan te spreken. Vandaar dat we hem vermelden.

We geven de cliënt een direktief en deze reageert hierop ietwat beteuterd: dat het zo moeilijk zou zijn had hij niet verwacht. 'Ja', zegt de therapeut dan, 'het is ook erg zwaar wat ik van U vraag. Weet U, dat is ook een van de nare dingen van ons vak, dat we van de mensen zulke grote inspanningen moeten vragen. Sommige mensen zijn daar helemaal niet op voorbereid. Die hebben in de 'Margriet' gelezen: 'Hebt U zus of zo een moeilijkheid? Wendt U tot instelling X of Y.' Maar wat ze er nooit bij zeggen is dat je, wanneer je je bij die instelling hebt aangemeld, je vervolgens rot moet werken.'

De wrevel die de cliënt ervaart kan op deze wijze gemakkelijk op de 'Margriet' worden afgewenteld. De 'Margriet' symboliseert hier uiteraard de verwijzer, die inderdaad regelmatig een moeiteloze genezing door ons aangekondigd blijkt te hebben.

4. Ik weet niet of U er aan toe bent. Deze techniek zou ook 'Lekker maken' kunnen heten, want dat is waar hij op neerkomt.

De therapeut suggereert de cliënt dat hij een oplossing heeft voor het grote probleem waarmee de cliënt tobt. Vervolgens zwijgt hij. Onvermijdelijk wordt de cliënt nieuwsgierig naar de precieze inhoud van deze oplossing. Hierop antwoordt de therapeut dat hij niet weet of de

49

kliënt aan deze oplossing toe is. De nieuwsgierigheid van de cliënt gaat nu over in een eisende gretigheid. Evt. rekt de therapeut deze fase nog wat. Daarna deelt hij zijn direktief mede.

5. Als U weer buiten bent zult U zeggen... Het one-upmanship van de therapeut wordt vrijwel onaantastbaar wanneer hij het /verzet van de cliënt tegen een bepaald direktief op rustige wijze zelf verwoordt. De cliënt meent dan nl. dat de therapeut gedachten kan lezen. Ontkent de therapeut aansluitend dat hij over paranormale begaafdheden beschikt, dan leidt dit slechts tot een stijging van zijn aanzien: hij kan niet alleen gedachten lezen, maar hij is er nog bescheiden bij ook.

Het type verzet waarop hier gedoeld wordt doet zich o.m. voor bij mensen die zeer snel 'ja' zeggen wanneer een direktief wordt voorgesteld, terwijl hun mimiek nog geen minimum aan enthousiasme uitdrukt. Soms zeggen deze mensen alleen maar 'ja' om bijv. de partner, die het meest op behandeling aandrong, niet openlijk voor het hoofd te stoten. Het de partner ervan overtuigen dat het direktief toch absoluut niet geschikt is, is een karwei dat thuis nog in alle rust kan worden uitgevoerd. Deze ongewenste ontwikkeling kan als volgt voorkomen worden. De therapeut zegt: 'Ik weet wel, zodra U buiten bent, zult U tegen Uw man zeggen: 'God, wat vond jij nou? Het is toch wel een erg jonge man nog, die meneer Van der Velden (of die dokter Van Dijck). Denk jij nou dat zo iemand echt ervaring heeft? Ik bedoel, hij zal heus wel genoeg geleerd hebben, maar om iemand met zo een moeilijk probleem als ik heb te helpen, moet je toch zelf ook veel levenservaring hebben. En dat advies, ik bedoel, hij zal het wel voor m'n bestwil bedoelen, maar...' Zover komt de therapeut vaak niet eens. Hij is intussen onderbroken door een verblufte cliënt, die toegeeft inderdaad precies zo een verhaal in gedachten te hebben gehad. Als regel kunnen hierna de ambivalenties van de cliënt op een begrijpende wijze kort worden doorgenomen en verzekert hij de therapeut ten slotte van zijn hartelijke koöperatie. *L onuitgesproken*

6. Praat U mijn advies samen nog eens rustig door. De the-

rapeut formuleert een voorstel en adviseert de cliënten hierover samen een aantal minuten te overleggen, uiteraard in afwezigheid van de therapeut. Vraagt de cliënt waarom de therapeut deze procedure voorstelt, dan kan de laatste antwoorden: 'Ik weet dat het U erg moeilijk valt tegen mij te zeggen dat U mijn advies niet opvolgt. Immers, U wordt geacht alles te ondernemen wat Uw herstel kan bespoedigen, en het niet opvolgen van mijn raad zou opgevat kunnen worden als een tekort aan medewerking van Uw zijde. Voorts ben ik steeds erg aardig tegen U, wat het helemaal moeilijk maakt om tegen mij te zeggen dat U een advies waarop ik mijn uiterste best heb gedaan, eenvoudig in de wind slaat. Bovendien is het dan nog zo, dat mensen zoals U in het algemeen al veel moeite hebben om tegen iemand 'nee' te zeggen. Goed. Maar dit alles neemt niet weg dat de uitvoering van mijn advies pas werkelijk zinvol is wanneer U er zelf voor de volle honderd procent achter staat. Om deze reden wil ik U graag in de gelegenheid stellen op ongedwongen wijze samen over mijn voorstel te praten. U bent ten slotte de mensen die het zware werk moeten doen, niet ik.' Dit helpt erg goed, met name bij weinig zelfverzekerde mensen. Bij hen kan men trouwens, wanneer zij onverhoopt 'nee' zeggen tegen het voorstel, aangeven dat dit al een grote stap voorwaarts is, gelet op hun aanvankelijke schroom om iets te weigeren.

7. Gaat U even naar de wachtkamer of Ik ga even weg.

Deze techniek, oorspronkelijk bedacht om de therapeut in de gelegenheid te stellen een direktief te bedenken (zie Hoogduin & Van der Velden, 1976), blijkt ook als motivatietechniek bruikbaar. De staat van verhoogde onzekerheid waarin de cliënt gebracht wordt wanneer de therapeut buiten zijn aanwezigheid een advies verzint, brengt hem ertoe dit advies te aksepteren vóór de therapeut zich bedenkt en met nóg iets moeilijkers op de proppen komt.

8. Doe het niet. De therapeut bedenkt een advies, de cliënt sputtert en de therapeut trekt het meteen terug. 'Doe het maar niet', zegt hij. 'Nou ja', zegt de cliënt, 'daarmee ben ik het toch niet eens. Ik denk niet dat dit advies ons héle probleem kan oplossen, maar het lijkt me toch wel

nuttig dat we met wat U heeft voorgesteld in elk geval beginnen.'

9. Doe het nog niet. De therapeut kondigt een direktief aan, maar adviseert de cliënt met de uitvoering ervan tot een volgende keer te wachten. Gretige cliënten, mensen die naar verbetering snakken, zien in het aldus aangekondigde direktief een reden om met de uitvoering ervan alvast een begin te maken. Deze interventie is verwant aan de volgende, waarbij evenzeer op toekomstige verbeteringen wordt geanticipeerd.

10. U kunt de volgende maal kiezen. Met de cliënt wordt besproken (of evt.: aan de cliënt wordt medegedeeld) aan welke moeilijkheid de volgende zitting gewijd zal zijn. Teneinde de cliënt alvast te laten meedenken over de wijze waarop hij aan zijn genezing zal bijdragen, worden hem enige uiteenlopende direktieven ter overweging meegegeven. (Bijv. een leeropdracht en een paradoxaal advies.) In de tussenperiode blijkt de cliënt de voor- en nadelen van de verschillende direktieven uitvoerig overwogen te hebben. Bij de volgende zitting kan de therapeut ermee volstaan de details van het door de cliënt gekozen advies te regelen. De cliënt zelf is intussen dermate tot de uitvoering van het direktief gemotiveerd, dat verdere aansporingen in den regel achterwege kunnen blijven. Deze werkwijze blijkt met name effectief bij therapieën die zich door een minimum aan 'hindernissen' kenmerken.

11. De Roald Dahl-gelijkenis. In 'Gelijk oversteken'

(Dahl, 1975) vertelt Roald Dahl het verhaal van een man die graag met zijn buurman van partner zou willen ruilen, zonder dat hij dit evenwel direkt aan zijn buurman durft voor te stellen.

'Moet je horen', zegt de ik-figuur op een feestje tegen Jerry - de buurman -, 'wat een grap.' En hij vertelt Jerry vervolgens het fantastische verhaal van een vriend, die met zijn overbuurman een zeer uitgekookt plan bedacht om van partner te kunnen ruilen zonder dat de betrokken vrouwen hiervan ook maar iets in de gaten hadden. Men raadt

de afloop: op den duur komt Jerry 'spontaan' zelf op het idee iets dergelijks met de ik-figuur te ondernemen. (Het precieze verloop van dit verhaal is intussen te amusant om hier in een paar woorden te worden samengevat.)

Op een verwante wijze wijze kan de therapeut de cliënt inspireren tot het aksepteren van een direktief. Vaak zal in zijn gelijkenis de vriend van het verhaal vervangen worden door een succesvolle ex-kliënt. Deze cliënt nu voerde indertijd zus-of-zo'n direktief uit - hoewel hij er aanvankelijk heel weinig voor voelde -, en dat werkte zo verrassend goed uit, dat deze cliënt nu... (volgt een genuanceerd enthousiaste beschrijving van des ex-kliënts huidige levensstaat). In veel gevallen zal onze cliënt nu geneigd zijn hetzelfde direktief uit te voeren.

De verwachting dat hij dit met dezelfde geestdrift zal doen als waarmee Jerry zich aan zijn taak zet, moet in de meeste gevallen evenwel voor een illusie gehouden worden.

Referenties:

Dahl, R. (1975) *Gelijk oversteken*  
Meulenhoff, Amsterdam

Hoogduin, C.A.L. & C.P. van der Velden (1976) *Manieren om tijd te winnen*  
TDT 3 (7)

Velden, C.P.van der & R.Van Dijck (1975) *Motivatietechnieken*  
TDT 2 (10), 39-44



Een vorm van manipulatie van de weerstand in kinderpsychotherapie.  
de Mutual Storytelling Technique van Richard A. Gardner.

d.n. oudshoorn

1 Inleiding. De traditionele psychoanalytische behandeling van neurotische - en steeds meer ook van borderline - kinderen houdt zich in hoofdzaak aan dezelfde grondregels als de volwassenen-analyse, behoudens op twee belangrijke punten:

1- het kind ligt niet op een bank, maar beweegt zich vrijelijk door de kamer; 2- spel komt in de plaats van vrije associatie. Spel wordt geacht uitdrukking te zijn van 'skinds binnenwereld en met name van zijn onbewuste gevoelens en conflicten. De taak van de therapeut wordt gezien als "bewustmaken van het onbewuste" (o.a. de Levita pers.meded.1972). Bij dit proces stuit de therapeut op "weerstand". De rechte analyse houdt zich beurtelings bezig met de "inhouden" en de "weerstand" te duiden. Dit is over het algemeen een moeizaam, tijdrovend en af en toe bijna halsbrekend proces. Het is dan ook enerzijds zeer de moeite waard om de indikaties uiterst scherp te stellen, anderzijds om technieken te ontwikkelen om de weerstanden beter te hanteren. In beginsel zijn er drie mogelijkheden: 1- duiden van de weerstand (klassieke methode); 2- omzeilen ; 3- gebruikmaken van de weerstand. Als een therapeut eenmaal zover is geëvolueerd, dat hij de laatste twee mogelijkheden niet als ketterij van de hand wijst, dan wil hij vervolgens ook nog eens opnieuw stilstaan bij de vraag wat nu eigenlijk middel en wat doel is in de behandeling. Zo kan hij gaan twijfelen aan het dogma van bewustmaking van het konflikt als noodzaak voor oplossing ervan. Hij zoekt naar andere mogelijkheden om het konflikt te manipuleren. Hij realiseert zich dat meerdere wegen naar Rome leiden (in casu van het inzicht bij de therapeut naar oplossing van de problemen bij de patiënt), welke niet allemaal het tussenstation passeren van het inzicht bij de patiënt zelf. (Trouwens, het daagt in therapieën überhaupt vaak pas als het konflikt of probleem is opgelost; speciaal bij kinderen blijft dit nochtans doorgaans gebrekkig en onvolledig, naar mijn ervaring.)

Een van de fraaiste technieken voor kinderen is dan wel de Mutual Storytelling Technique, zoals Gardner die heeft ontwikkeld. Kinderen zijn dol op verhalen. Het is niet moeilijk een kind elke keer een eigen verhaal te laten vertellen, niet iets wat hij gehoord of gelezen heeft, maar wat hij ter plaatse zomaar bedenkt. De therapeut neemt aan dat het kind in zijn verhaal iets van zichzelf, van eigen problemen, eigen situatie vertelt. Hij analyseert dit voor zichzelf en dan vertelt hij op zijn beurt een tegenverhaal, dat van dezelfde gegevens uitgaat maar dat een andere, in het algemeen gezondere dat wil zeggen minder neurotische wending neemt. Beide verhalen worden op de band opgenomen en op verzoek van het kind nog eens afgeluisterd. Het hoort beslist niet tot deze techniek om het verhaal te duiden (bijvoorbeeld in de trant van: "kijk, dat is nu eigenlijk net zo bij jou" enz.) Dat is ook overbodig; de boodschap komt goed over, al is het via een zijdeur.

2 Aan de hand van een gevalbeschrijving zal ik een en ander laten zien. Het betreft een van de eerste patiënten bij wie ik deze techniek heb gebruikt, en wel Karl, die bij aanmelding twaalf jaar oud is. Hij wordt verwezen wegens talrijke tics en dwanghandelingen, depressieve buien en zelfmoordgedachten. Hij is uitermate bang dat zijn moeder en het jongste zusje iets zal overkomen (vandaar allerlei ritueel om onheil te voorkomen) en dat hij zelf doof en blind zal worden. Zijn vader is zeven jaar eerder overleden, maar Karl loopt nog steeds met de gedachte rond dat vader zal terugkeren. Ten einde raad heeft moeder hem enkele maanden eerder naar vaders graf meegesleept en hem vertelt in welke staat vader daar ligt. Dan is het hek van de dam, komt het regelmatig tot extreem heftige scènes en gevaarlijke vechtpartijen en is moeder permanent in paniek. Karl kan in feite ongeremd zijn gang gaan.

Belangrijk is om te vermelden, dat alle broers van vader en de enige broer van moeder al tamelijk jong zijn overleden, dat vaders vader en moeders vader zijn gestorven en dat Karls oudere broertje na een lange trieste ziektegeschiedenis aan leukemie is overleden - wat voor Karl is geheimgehouden. Karl zelf heeft

vanaf zuigelingenleeftijd vele ooperaties ondergaan, met periodes van zorgelijke gehoorsvermindering.

Vader zou een sensitieve en labiele man zijn geweest. Moeder is au fond een steniese vrouw, maar door de talrijke traumatische ervaringen steeds angstiger geworden en nu werkelijk radeloos. Uit het psychologische en psychiatrische onderzoek komt Karl naar voren als een chaotiese, vrijwel psychotiese jongen, met een superieure intelligentie. Merkwaardig genoeg presteert hij op school op hoog nivo, zowel met leren als met sport, hoewel hij ook daar tics en dwangrituelen vertoont, en is hij zeer geliefd. Het is duidelijk dat het meeste zich wel tussen Karl en moeder afspeelt.

De eerste fase van de behandeling is direkte crisisinterventie met moeder en zoon samen, om zo snel mogelijk iets van de generatiegrens te herstellen en moeder op haar ouderstoel terug te krijgen, omdat anders ambulante behandeling onuitvoerbaar en ook te riskant zou zijn. Al spoedig wordt een zeker plafond bereikt: er zijn altans enige grenzen gesteld en moeder doet manmoedig haar best, maar bij Karl blijven alle overige problemen en symptomen onveranderd aanwezig en moeder blijft bijna onverminderd angstig.

Het is niet ondenkbaar dat de therapeut anno 1976 nog verder doorgegaan was met moeder en zoon (eventueel nog uitgebreid met dochter en inwonende grootmoeder). Destijds is hij echter de gangbare weg ingeslagen: moeder krijgt een vakkundig casework-kontakt en Karl komt alleen bij de therapeut. Hij stelt zich ten doel de emotionele verwerking en aanvaarding van het onherroepelijke van vaders dood; minder intense en angstbeladen interacties met moeder & vermindering/opheffing van de dwangverschijnselen; individuatie en betere mannelijke identifikatie. Wat moeder betreft werd als doel gesteld: verwerking van een lange reeks van trauma's van ziekte en dood van -mannelijke-naasten; vermindering van angst en angstinduktie; versterking van haar postie als moeder en van haar eigen rol als vrouw etc.

De tweede fase. Terwijl Karl in de allereerste kontakten volkomen "open" was geweest en alle angstige en magiese fantasieën zonder enige terughoudendheid had uitgesproken, sluit hij zich alras potdicht als een oester. Wat bespreekbaar was wordt ontoegankelijk, heftig afgeweerd. Op "duiden van de weerstand" volgen woedende explosies en alleen maar sterker verzet. Grootste genegenheid en hartelijkheid wisselen abrupt af met uiterste vijandigheid. De mij reeds bekende "inhouden" - het zij nogmaals benadrukt - zijn evenzeer volstrekt onbespreekbaar. Daarbij stikt de jongen soms bijna van angst en wanhoop en moet hij konstant ticcen en tellen. Maar de enige toegestane onderwerpen zijn tennis en voetbal. Verder niets. De tijd dringt. Ik besluit de weerstand te omzeilen door middel van Gardners techniek.

Ik heb circa 35 zittingen gehad over een tijdvak van circa 15 maanden, in het eerste begin wekelijks, later veertiendaags voornamelijk. Mijn berichtgeving is noodzakelijkerwijs zeer fragmentarisch en is in de eerste plaats gericht op illustratie van de techniek.

Een vande eerste verhalen is het volgende:

T: Er was eens duizendmiljoen jaar geleden ...

K: een huisje, waar mijn overgrootgrootvader en moeder woonden en daar woonde in de buurt een heks, Kalewachi, een gemene heks, want mijn overovergrootvader en moeder waren erg rijk, miljoenen guldens, en ze hadden ook een geluksdubbeltje, geluksgulden en geluksrijksdaalder, die ze aan hun kinderen gaven als ze stierven. Maar die heks die wou die hebben en maakte een middeltje om het huis om te toveren, dat deed ze, maar het geluksdubbeltje maakte dat ze het huis niet om kon toveren, nu en toen kwam er een hele grote bliksemstraal uit het huis en de heks ging morsdood bijna. Nou, na zes weken gingen ze wandelen overgrootvader en moeder en toen ging de heks naar het huis, kroop door een raam, maar toen haar hoofd er door was toen ging het raam dicht en toen zat ze vast. Overgrootvader en moeder kwamen thuis en hadden haar en bonden haar vast en lieten haar van de hoogste berg in de nijl vallen en die stroomde uit in de Oceaan en daar werd ze gevonden en door haaien opgegeten.

T: En was ze toen dood?

K: (lacht) lógies ja -- en toen kregen de zonen het geluksdubbeltje en dat is het einde van mijn verhaal.

T: Dat is een mooi verhaal, mag ik nog vragen hoe ging het verder met grootvader en moeder?

K: Die leefden nog verder, gingen naar Nederland in een bejaardenhuis wonen.

T: en wat is de moraal, wat kun je ervan leren?

K: Hoef je toch niks van te leren, is gewoon een verhaaltje! Of wat bedoel je nou?

T: wel, bv dat als heksen iets willen afpakken, dan krijgen ze toch hun verdiende loon. Heeft het nog een tweede moraal?

K: Wie iets afpakt die krijgt het niet, die heeft er geen recht op.

T: já. En wèl straf, want daar heeft die wel recht op.

57

Dit zijn de "gewone" verhalen van kinderen in therapie. Natuurlijk kun je er bv de mythe in terug vinden van de o zo gelukkige vroegere familie, verder magiese elementen en de boosaardige heks die het geluk wil wegroven. Ze ontloopt haar straf in dit geval niet. Met een kwasienvraag bekrachtigt de therapeut nogeens dat dood = dood. De verhalen spelen altijd verweg in tijd en plaats, en er wordt altijd een moraal, of titel, of les aan vast geknoopt. In mijn antwoordverhaal korrigeer ik alleen het magiese element en geef ik een wat andere kijk op de stereotype heks:

(bekort) Twee mensen hadden het zo goed, ze hadden twee kinderen, het was erg gezellig. Op een goeð dag vonden de kinderen wat muntjes en gaven het aan papa en mama. Die zeiden: we noemen het geluksmuntjes, we zullen ze bewaren. In de buurt woonde er een heel raar mens, met een bochel en grote voeten en zo, die voor heks werd uitgescholden. Ze wist dat natuurlijk en dacht bij zichzelf: ik ben helemaal niet gelukkig, iedereen heeft een hekel aan mij en doet snel zijn luiken dicht. Ze wil inbreken, denkt dat ze met een rare spreuk het huisje kon omtoveren, maar er gebeurde natuurlijk niks. Toen raakte ze klem in het wraampje werd uitgescholden en ze zeiden haar dat als ze gelukkig wilde worden, ze niet van anderen moest stelen, maar zorgen dat de mensen niet zo'n hekel aan haar hadden.

De volgende week komt hij met dit verhaal:

T : In een land hier ontzettend ver vandaan...

K : New York, daar kan je alles doen. En Anton Geesink ging voor de armen vechten en alle bekers verkocht hij en stuurde geld naar arme landen. 27 gouden bekers en die waren f10.000 per stuk, dus 2,7 milj, nee f270.000 stuurde hij naar een missionaris. Dat was het verhaal van Anton Geesink.

T : wat is de moraal?

K : Arme mensen helpen.

T : Wat deden die arme mensen?

K : Gingen wegen en dijken aanleggen, voedsel kopen, kleren kopen, huizen bouwen en land bemesten.

T : Mooi!

K : Is het moraal of moréel?

Ik zie er vooral twee elementen in: de therapeut is Anton Geesink, dus een supersterke held, die de arme mensen (in casu Karl en moeder) de middelen moet verschaffen om uit de ellende te komen. 2- die arme mensen geeft hij gelukkig wel een taak om met die middelen vanalles op te bouwen. Dit is dus al een redelijk gezonde oplossing, rest me niets anders dan dat te bekrachtigen met mijn tegenverhaal:

T : Er waren eens een heleboel arme mensen, geen geld, geen eten, hun land stroomde telkens over, want ze hadden geen dijken, geen geld, en ze zuchtten ach ach. Toen kwam er een missionaris en ze zeiden: ach geef ons geld, help ons, we hebben geen eten, kunt u geen brief naar Amerika schrijven dat ze ons geld sturen, dan zijn we van alle problemen af - maar de missionaris schudde zijn hoofd. Hij zei: ik wil jullie wel helpen, maar niet door

geld te sturen. De mensen dachten na, hoe kun je ons dan helpen? jullie hebben spaden en zand en klei en hout voor een oven om stenen in te bakken, jullie kunnen je eigen dijken bouwen en je land beschermen en jezelf helpen geen armoe te lijden.

Wat is de moraal?

K : Je moet niet anderen om hulp vragen, maar het zelf doen.

T : Ja, maar je mag wel advies vragen, maar moet het zelf uitvoeren.

De volgende week vertelt hij een verhaal van drie jongens die de Mont Blanc beklommen, verdwaalden en tenslotte geheel berooid in een dorpje terecht kwamen. Ze moesten daar een baantje nemen, verdienden veel geld, vergaarden zo een fortuin, gingen terug naar hun moeder, die zeer blij was. En ze waren rijk. Dan volgt:

T : mooi, en wat is de moraal?

K : dat je geld moet verdienen, je moet voor jezelf zorgen en je kan soms een ander gelukkig maken.

T : wie maakten ze gelukkig?

K : hun moeder.

T : en zelf waren ze ook gelukkig?

K : tuurlijk!

T : waar was hun vader?

K : die komt in het verhaal helemaal niet voor!

T : die jongens hadden toch wel een vader?

K : oh eh, die was in Amerika.

Tja, hier viel niet aan te ontkomen, Karl had me herhaaldelijk gezegd (in de aanmeldingsgesprekken) dat zijn vader volgens hem in Amerika zat. Daarom wijk ik van de regel af (waarom niet trouwens?) door te vragen of hij nog wel eens denkt dat zijn vader in Amerika is. Hij antwoordt tangentiëel: "dat zou toch mooi zijn hé, maar eigenlijk is mijn vader in Oostburg" (i.e. op het kerkhof) Dat bekrachtig ik. Enige weken later ziet hij er bleek en mat uit - hij vertelt het volgende verhaal:

K : Een paar duizend jaar geleden was er een hele sterke meneer en die heette Samson en die kon tienduizend kilo boven zijn hoofd tillen. Op een dag kwamen er vijanden, de Arabieren op hen af en de Arabieren vermoordden de Joden en Samson sliep en die bevrijdde de Joden want die sloeg alle Arabieren dood, nou en toen waren er zo'n 3/4 van de Joden dood. Zo ging het tien jaren goed.

T : Samson sliep alsmaar?

K : Ja en toen werd die wakker gemaakt, ze kwamen zijn huis binnen en toen hielp die de joden hè. En hij ging naar de wereldkampioenschappen worstelen en won het en ging met de Joden feest houden en toen waren de Joden dronken en de Arabieren vielen binnen en toen werd Samson gedood en alle Joden.

T : wat is de moraal van dit verhaal?

K : je moet een ander helpen.

T : Samson had niet mogen slapen?

K : dat wèl, tuurlijk!

T : Je moet een ander helpen... en toch is het me niet helemaal duidelijk...  
K : Als je in nood zit kan een ander je toch helpen!  
T: Oh ja zéker, ja ja, dank je wel zeg, dat was een kort verhaal maar een góed verhaal, krachtig, goed van inhoud. En nou moet ik weer een verhaal vertellen hè.

Ik weet niet of dit uit de transkriptie helemaal duidelijk wordt, maar Karl was er èrg slecht aan toe, hij is bleek, gespannen, angstig, vertelt een verward verhaal, ik begrijp het niet meteen, zie het gevecht voor mijn ogen heen en weer oscilleren, de therapeut, de superman Samson sláapt nota bene op kritieke momenten en Karl roept in paniek zijn hulp in, maar weet ook weer niet zeker, en tenslotte volgt er een dramatische ondergang van onze alliantie, juist als de kansen zo goed lijken. Ik vertel het volgende:

T : Tienduizenden jaren geleden toen leefde er in een land aan de Middellandse Zee een man en die heette Samson en die was ontzettend sterk, de beste in gewichtsheffen, worstelen, speerwerpen hardlopen en vechten - het was een beer van een vent. Dat volk had ruzie gekregen met een veel groter volk dat daar in de buurt woonde en daar kwam oorlog van. Dat grote volk dacht: we gaan dat kleine volk inpikken - we pikken hun havens en hun schepen in en dan vermoorden we dat kleine volk. Ze kwamen snachts als iedereen ligt te slapen. Maar dat kleine volk had natuurlijk wachten uitgezet. Toen kwam daar de vijand aan allemachtig. Het was verschrikkelijk om te zien, strijdwegens paarden, verschrikkelijk veel speren, en pijl en boog, ze waren met wel honderdduizend man. En dat kleine volk vocht en vocht en was natuurlijk vreselijk in nood, maar die rare Samson die sliep als een os. Die had niks gehoord en niemand had hem wakker gemaakt. Toen de nood het allerhoogst was, toen zeiden ze waar is Samson? we moeten hem hebben, die moet ons helpen, die moet onze vijand terugslaan, wij kunnen het niet. Enfin, zij naar Samson: Word wakker! Ze gooiden een grote emmer water over zijn hoofd en toen werd-ie klaarwakker. Hij zag het en zei: jeetje, wat zitten jullie moeilijk! Ik wil je best helpen. En hij vertelde hun hoe ze van de daken omlaag moesten schieten op hun vijanden en hoe ze hinderlagen aan moesten leggen en de brandspuit erop moesten zetten en hoe ze moesten schieten, en hij vocht natuurlijk hard mee. Nou en zo hebben ze toen met zijn allen, niet alleen Samson en niet alleen dat kleine volk maar sámen hebben ze toen ontzettend hard gevochten en iedereen had er opeens weer veel moed in en juist omdat hij óók meevocht durfden ze zelf ook weer allemaal en toen vóchten ze en dreven ze de vijand terug. En de vijand dacht: tjonge, een volk dat zo sterk is en dat zo'n pit heeft, daar zullen we niet gauw nog eens een keertje tegen beginnen te vechten. Dat is het eind van mijn verhaal.

K : ja...(nog helemaal geabsorbeerd)  
T : wat vond je ervan?  
K : nou, leuk verhaal, ja hoor!  
T : zullen we allebei de verhalen nog eens terugdraaien?  
K : Goed!



Karl is na het verhaal weer veel opgewekter en er weer goed met zijn gedachten bij. Hij vraagt of ik ook aan gewichtheffen heb gedaan (sic!) en hoeveel talen ik spreek. Zijn bewondering is mateloos. Hij vertelt dat hij naar het Atheneum gaat en daar latijn en grieks zal krijgen. Zegt nadenkend: papa heeft geen latijn en grieks gehad...Ik zeg: papa heeft HBS gehad is het niet? Hij wordt langzamerhand weer gespannen, moet telkens opnieuw zijn vingers tellen; ik mag daar niet over praten. Hij geeft wel toe dat hij vandaag erg angstig is, ook in de trein had hij al ruzie met moeder omdat ze niet duidelijk genoeg wilde praten. (Hij hoort periodiek tamelijk slecht, ik moet ook veel herhalen) Zijn verhaal toont ook hoe hij overspoeld dreigt te worden en hoe onbetrouwbaar de alliantie met mij nog is. Hij heeft me dringend om hulp gevraagd, ik heb hem aangeboden om het sámen op te knappen - nu en in het verdere verloop blijkt dat die boodschap is overgekomen. Het blijkt ook uit het verhaal van de volgende week, alweer een oorlog van een klein volk tegen een overweldigende tegenstander, maar ditmaal is er een held die met een klein groepje de tegenstander onschadelijk maakt... Hij vertelt dat alles die week goed is gegaan (dat wil zeggen: geen scènes en paniektoestanden) maar hij somt na enig aandringen wel zijn "dingen die hij moet doen" op. Voor het eerst noemt hij ook: onder bed en achter het gordijn moeten kijken, voor het slapen gaan. "Waarom doe je dat?" vraag ik. "Oh, niet omdat er een boef kan zitten, want die zijn er niet maar..." hij stokt, aarzelt en geeft ineens toe: "kijken of mijn vader eronder ligt" Ik vraag: "kan dat dan?" Hij zegt: "ja natuurlijk!" Ik: "waar is je vader dan?" Karl: "onder de grond, hij slaapt. Hij kan toch wakker worden?" Ik: " je wéét dat dat niet kan, maar je hóópt het toch! " hij wordt angstig en wil er niet verder op doorgaan. (inderdaad is dat "hopen" niet erg to the point!)

Overigens, dit is zeer zeldzaam in de therapie van Karl, dat soort gesprekje als staart aan het verhaal. Normaliter is hij potdicht en wordt er alleen gebald, drop gegeten en over sport gekletst, of soms alleen maar zwijgend en nijdig gebald...

Enige weken later komt er een andersoortig verhaal:

K : Er waren eens twee vrienden, die hadden een vader en moeder, vader was fabrikant in een snoepfabriek. Vader stierf en die zoons vochten en die man uit Kalahari was steenrijk, en die wou die snoepfabriek hebben, die (fabriek) was 100 m lang en 50 m hoog en 20 m breed, dus een heel groot gebouw.

- T : Allemachtig, nou!
- K : En die zoons die mochten een reis maken, die Kalahari was zo gul zei-t-ie, nou en toen ze in Ams...in Amerika kwamen had die daar spionnen gezet, die Kalahari en liet-ie ze doden. Toen werd hij koning ehh baas van die snoepwinkel en liep zo goed en wel nou ja en toen toen ging-ie zo door hè.
- T : Eh, die kinderen waren twee vrienden?
- K : Twee broers! Twee broers en vader en moeder. En die moeder deed natuurlijk niks, want die was maar een vrouw!
- T : Ja hoe was dat met die moeder?
- K : Die ging gewoon verder leven hè, die woonde eenzaam in het bejaardenhuis, d'r zat niks anders op hè.
- T : Nou dat is een heel mooi verhaal zeg, wil je nu mijn verhaal horen?

Uit het verhaal vallen weer een paar dingen op: de idylle van toen vader nog leefde (toen was er nog snoep); de rivaliteit van twee zoons, de louche streek van de "gulle helper"; de onmacht van de moeder en de verachting van Karl voor haar afzijdigheid of misschien wel verraad. Ik vertel het volgende tegenverhaal:

- T : Er waren eens in een heel ander land een hele tijd gelden een gezin woonde daar met een vader die een fabriek had waarin hij allemaal lekkere dingen maakte: taartjes, snoep, rolletjes drop, flesjes limonade, en hij was natuurlijk getrouwd woonde in een leuk huis en er waren twee broers. Die waren ook blij met hun vader, hun fijne moeder, het fijne huis. Ze konden goed met vader opschieten, die bracht ook altijd lekkers mee voor moeder en voor hun. Op een nare dag overleed die vader. Toen zat het gezin met een heel groot verdriet; ze misten hem zo verschrikkelijk en moeder zei: hoe moet ik nou zonder mijn man leven en die twee jongens, wie moet nou de fabriek krijgen, want de een is de oudste maar de ander wil hem toch ook hebben. Ach wat missen ze hun vader erg, maar ja ze willen hem ook graag opvolgen, hoe moet dat nou? Toen kwam daar een meneer langs, die zag dat de fabriek gesloten was omdat de directeur overleden was en dat in het huis ernaast alle gordijnen dicht waren en dat zag er zo triest uit, hij dacht: kom, ik ga daar toch eens naar binnen. Misschien kan ik helpen. Hij kwam binnen, de vrouw deed open en zei: komt u binnen en ze vertelde hoe ontzettend bedroefd ze waren nu haar man was overleden. Nu lag de fabriek stil, kwam er geen snoep meer in huis en de kindern vonden het zo naar dat ze hun vader niet meer hadden en dat er geen snoep meer kwam en dat moeder zo verdrietig was. En bovendien was er nog het andere probleem dat ze allebei voor zich wel die fabriek wilden hebben endaar kregen ze ruzie over en die moeder zat er mee, wat moest ze doen? En toen zei die man: maar mevrouw dat moet u allemaal niet doen, u moet die fabriek gaan leiden, u wordt de directrice, zodat de fabriek weer aan de gang gaat en dat er weer snoep en limonade en drop gemaakt wordt en dat brengt u ook weer mee naar huis. En die kinderen gaan gewoon weer naar school die zijn nog veel te jong en groeien op en dan mist iedereen vader natuurlijk nog wel maar dan draait alles toch weer goed en is er geen ruzie meer in huis.

Een week later volgt dit:

- K : Er waren eens twee stammen, twee vijanden van elkaar en de een heette Crama en de andere Lama, dus ze waren bijna vrienden kan je wel zeggen, maar ze waren het toch niet. Het waren vroeger twee broers. Crama bestond allemaal uit negers en Lama bestond allemaal uit Indianen. Op een goede dag, 27 feb brak de oorlog uit. Een hele goede man was generaal en die werd gedood met een kanon en Lama liet het niet op zich zitten en ging met geweren en soldaten terug. Op een avond vielen ze binnen met touwen, maar Clama had allemaal pekschotels en toen klommen ze naar boven met touwen en toen braken die touwen door en al die dinges vielen naar beneden, nou en wéér won Clama en alle mensen waren uhhhh dood hè.
- T : Alle Lama's?
- K : Ja en ze waren half uitgeroeid en toen wachtten ze, eeuwen lang tot er weer oorlog kwam. De Clama's vielen toen zelf aan en ze gingen tunnels graven en daar hadden ze geen erg in en toen ze onder de tunnel waren stortten de muren natuurlijk in van die tunnel en heel die vesting was kapot en heel Clama was eraan hè, hadden ze allebei verloren.
- T : Oh ja, dus eerst gingen alle Lama's eraan omdat ze van die touwen afvielen en later alle Clama's en de vesting van de Lama's omdat de tunnel instortte.
- K : Toen ze erin zaten hè.
- T : Waarom vochtten ze met elkaar?
- K : Tja is toch maar een verhaaltje, is niet echt gebeurd!
- T : Waar ging het om?
- K : Waar het om ging? De moraal?  
Je hoeft niet met elkaar te vechten hè -- ze vochten natuurlijk om een stuk land.
- T : Oh ja! en de moraal is... je moet niet vechten?
- K : Je moet niets afpakken van een ander.
- T : Is dat je verhaal?
- K : Ja.
- T : Dan komt nu mijn verhaal, dank je wel, ik vind dat je weer een èrg goed verhaal hebt verteld.

Zo'n verhaal is voor meer dan een uitleg vatbaar. Ik vatte het op als in de kern hetzelfde als dat van vorige week. Hier vechten twee broers, bijna vrienden, nu vijanden om een stuk land, zoals eerder twee broers om de koekfabriek. De goede man, de generaal was dood en Lama(Karl) gaat hem wreken. De strijd speelt zich wederom over het hoofd van de moeder af (die ditmaal zelfs niet in de koelissen verschijnt) en het einde is al even katastrofaal als vorige maal. De dood is de straf voor het begeren van het land en voor de vergelding van de dood van de generaal. Maar Karl ziet geen alternatief, hoewel hij beseft dat strijd fataal is. Daarom konstrueer ik mijn antwoord-verhaal zodanig, dat er wel gevochten wordt (wat namelijk aansluit bij de realiteit, want er is opnieuw een bittere strijd met moeder, met name ook drie dagen geleden, op 27 feb! ging het zeer heftig toe)

maar ik laat de aanvallers niet winnen, wel vechten tot ze inzien dat het vruchteloos is wat ze nastreven en ze naar hun eigen land terugkeren. Dat is ook de boodschap: als je de strijd staakt kun je naar je eigen land terug, dwz een gewone jongen zijn met alle kansen.

T : In een land hier ontzettend ver vandaan, waar je jaren voor moet reizen om er te komen, daar leefden eens drie stammen, de Crama's de Lama's en de Mama's. En het land van de Mama's lag precies tussen het land van de Crama's en de Lama's in. De Crama's en de Lama's hadden een enorme hekel aan elkaar. Ook dachten ze: die Mama's die zijn al zo oud en wat is het een raar volk, wij willen hun land hebben. Zo dachten de Crama's en de Lama's dachten precies zo. Het was een gespannen toestand. Op 27 feb, in 1621, toen brak de oorlog uit. De Crama's vielen aan de ene kant het land van de Mama's binnen en de Lama's aan de andere kant. De Mama's waren wanhopig: wat moeten we doen?! Moeten we eerst de Crama's wegjagen of doden, of eerst de Lama's? want allebei tegelijk dat konden ze niet. En de Crama's schreeuwden: het is van mij! en de Lama's schreeuwden hetzelfde en de Mama's zeiden: ja hoor eens even, het is van mij en jullie hebben hier niks te maken.

Enfin er ontstond een enorme ruzie en de Crama's vochten met de Mama's en de Mama's met de Lama's en de Lama's met de Crama's; ze vochten van de vroege ochtend tot de late avond en dat zeven dagen achter elkaar. Iedereen was bekaft en niemand kon winnen. Enfin, de achtste dag beginnen ze opnieuw te vechten en iedereen was bekaft en niemand won het en ze zakten als puddingen in elkaar. Ze waren te moe om zelfs nog kwaad te zijn op elkaar. De Mama's zeiden: houden jullie op, jullie kunnen toch niet winnen van mij. En ze zeiden: ja, eigenlijk zijn we gek dat we allemaal vechten en niemand kan het winnen en we hebben allemaal ons éigen land! En iedereen sjokte terug naar zijn land en ze hadden zeven dagen en zeven nachten nodig om te slapen en weer bij te komen en toen was het weer over. Dat is mijn verhaal.

K : Mooi!

T : Kun je bedenken wat de moraal is van mijn verhaal?

K : Komt op het zelfde neer: je moet niet volhouden tot je het hebt, je moet niet koppig zijn.

T : Ja, en je moet niet het land van een ander willen hebben.

K : Ja, dat zei ik toch al, hetzelfde als mijn verhaal.

T : En de tweede moraal is: je krijgt je zin dan toch niet.

Tot zover deze illustraties van de techniek. Wat het verdere verloop betreft kan ik mededelen, dat de verhalen tot het eind van de behandeling zo ongeveer het enige kommunikatiekanaal met Karls benarde "binnenwereld" zijn gebleven. Aan het effect ervan behoeft geen twijfel te bestaan, blijkens de rapportage die ik van de caseworker krijg en wat ik zelf ook steeds duidelijker kan waarnemen. Karl wordt evenwichtiger en minder angstig, de tics en dwanghandelingen worden minder frekvent, de ruzies met moeder minder heftig. Anderzijds ben

ik een -aanvankelijk sterk geïdealiseerde- identifikatiefiguur voor hem, met wie hij een sterke -weliswaar wat ingewikkelde- hartelijke band heeft. Tenslotte keert alles zich ten goede, als moeder in haar gesprekken ook dichterbij haar doeleinden komt, daardoor Karl minder angstig en resoluter bejegend, zelf belangrijke beslissingen durft te nemen (bv een verhuizing) en zodoende rust introduceert. Ze merkt tot haar opluchting dat Karl in de tweede helft van de therapie ten slotte met reuzesprongen vooruitgaat, dan ook niet meer zo'n appèl op haar doet. Nu, twee jaar na afsluiting gaat het uitstekend, en in alle opzichten.

3 slotbeschouwing

Ik beschouw deze techniek als een grote aanwinst in de kinderverpsychotherapie. Het sluit nauw aan bij de traditionele -analytische- methode, maar is er toch principiëel van te onderscheiden. Ik denk dat vele zog "spelterapeuten" er veel in herkennen, omdat er immers slechts een betrekkelijk verschil is of verhalen nu op bovenbeschreven wijze ontstaan, dan wel in het poppenhuis, de poppenkast etc. Nieuw voor hun is mogelijk, dat de therapeut op zijn beurt ook met een verhaal zijn boodschap "onder de deur door kan schuiven". Tenslotte neem ik aan (maar ik kan het niet bewijzen) dat ik bijzonder veel tijd heb uitgespaard. 35 zittingen is niet zo veel in de kindervertherapie. Wat betreft indicatie zou Karl "goed" geweest zijn voor een paar jaren één of liefst tweemaal per week therapie op analytische lijnen. Vermoedelijk had Karl het niet volgehouden.

Ik had ook een minder zorgelijke zaak als voorbeeld kunnen nemen, want er is een grote indicatiebreedte voor storytelling.

4 samenvatting

Aan de hand van een gevalbeschrijving geef ik een illustratie van de Mutual Storytelling Technique van R.A.Gardner, die een methode oplevert om weerstanden in de kinderverpsychotherapie te hanteren. Het kind vertelt telkens een spontaan bedacht verhaal. De therapeut haalt er een of meer relevante -neurotische- brokstukken uit en vertelt een antwoordverhaal, met een gezondere strekking, een betere oplossing van het konflikt. Er wordt niet gestreefd naar "bewustmaken van het onbewuste", doch naar onmiddellijke oplossing van het konflikt.

litteratuur: Gardner, R.A. Therapeutic Communication with Children. Science House Inc. New York, 1971.

losse mededeling

dick n. oudshoorn

Onlangs zag ik in een oud dossier in onze stichting  
een boeiende hipotese:

"De kommunikatiemoeilijkheden lijken me op het eerste  
gezicht kontaktstoornissen op grond van relatie-  
stoornissen"

Zouden die mensen soms niet zo goed met elkaar kunnen opschieten?

Een zeer eenvoudige, zeer goedkope en efficiënte behandeling van Enuresis:  
De plasknijper van Van Duyn.

Theo Compernelle.

Over Enuresis bij kinderen is bijzonder veel geschreven (oa. Azrin 1975, Browning 1971, Kolvin 1975, Frommer 1972, Graziano 1971, Kanfer 1970, Ross 1974, Yates 1970 en Wolpe 1973 om maar enkele recente klassiekers te noemen.) Het probleem is een geliefd studieobject voor gedragstherapeuten omdat het vrij eenvoudig te operationaliseren is en de resultaten van de therapie eenvoudig en met grote zekerheid te objectiveren zijn. Het verschijnsel van de enuresis is ook zo frekwent dat zonder veel moeite statistisch significant grote groepen behandeld kunnen worden. Voldoende grote controlegroepen zijn ook eenvoudig te organiseren omdat het niet behandelen niet op ethische bezwaren stuit.

De meeste gevallen van Enuresis komen aanvankelijk bij de huisarts terecht. Deze heeft meestal een eigen methode ontwikkeld, zich baserend op "gezond verstand", vage herinneringen aan leertheorën, een eenvoudig te huren plaswekker en de mening dat medicijnen helpen. Geholpen door de normale ontwikkeling van het kind slaagt hij in de meeste gevallen. Een relatief beperkte groep is tegen deze therapie resistent en wordt doorverwezen oa. naar psychologen, psychiaters enz., al te dikwijls echter na te ingrijpend urologisch onderzoek.

Veel zeldzamer komt Enuresis voor bij volwassenen. Het Odium dat op bedplassen rust heeft daarenboven tot gevolg dat volwassenen hun probleem proberen te verbergen en geen hulp zoeken. Ik denk hierbij aan een moeder (34 j) die voor haar twee bedplassende dochters (8 en 10 j) hulp zocht op de polikliniek. Na enkele gesprekken pas bleek het Grote Geheim in het gezin: Moeder plaste zelf nog zeer regelmatig in bed. Een andere moeilijkheid met volwassen plassers is dat ze alle denkbare therapiën en combinaties van therapiën zonder resultaat doorstaan hebben. De therapeut kan dan nog eens zorgvuldig opnieuw beginnen of grijpen naar minder gebruikelijke methodes zoals prescribing the symptom (Haley 1973) of hypnose (van Liébeault in 1888 tot Haley 1973)

De Heer A. van Duyn (21 j) had nog zelden meegemaakt dat hij een hele week droog was s'nachts. De laatste maanden kwam het bedplassen



67

vooral voor in de weekends, meestal na flink biergebruik. Meestal plaste hij ook wel eens in bed gedurende de week zonder dat een overmatig drankgebruik hieraan was voorafgegaan ( gemiddelde grekwentie 2,5 maal per week.). Uit de biografische anamnese weerhielden we als "fait divers" dat hij de jongste zoon was uit een gezin van 12 met op twee na uitsluitend dochters. Hij werd erg door moeder verwend en geïnfantiliseerd mede omwille van een, uit medisch oogpunt onbelangrijke, hartafwijking. Nadat alle gebruikelijke methodes hadden gefaald, troostte men hem met de gedachte: "Als je maar eens met een vrouw naar bed zal zijn geweest zal het wel overgaan." Dit "advies" had echte evenmin geholpen. Toen de Heer AVD zich verloofde en trouwplannen had, kwam hij teneinde raad naar de polikliniek.

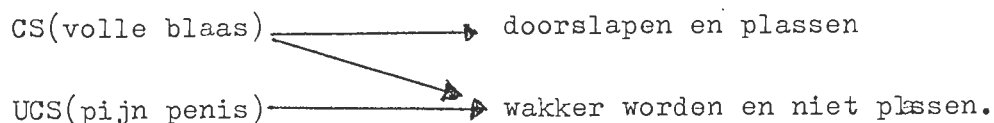
In het eerste gesprek besprak ik met hem de voor en nadelen van de verschillende methodes. We discussieerden erover dat de moeilijkheid misschien op te lossen was als we een betere methode konden vinden om hem te wekken telkens hij plaste. Allerlei soms zeer lawaaijerige wekmethodes hadden in het verleden echter als enig resultaat gehad dat het hele gezin wakker werd en hijzelf in zijn kletsnatte bed bleef doorslapen. Vrij associërend rond deze gedachte en met de ervaringen van een patiënt met een urthra-ontsteking in het achterhoofd, opperde ik het voorstel dat een knijper op de voorhuid een oplossing kon zijn. De pijn veroorzaakt door het opzwellen van de voorhuid leek me in staat de diepste slaper te wekken. Experimenten met allerlei knijpers, waaronder gemo-dificeerde wasknijpers, door de patiënt, mijn coassistent en mezelf, mislukten doordat de knijpers in rusttoestand teveel pijn veroorzaakten. De Heer AVD vindt toen zelf een betere oplossing: Hij gebruikte een eenvoudige ( 7 stuks voor f 1,50) aluminium haarspeld van een van zijn vele zussen. Dit type klemmen ( zie fig 1.) kan eenvoudig zo worden verbogen en eventueel met wat vilt worden bekleed dat nauwelijks pijn wordt veroorzaakt in "ruststand" op de voorhuid geklemd ( zie fig 2.) De Heer AVD gebruikte de klem gedurende een veertiental dagen en was bij een follow-up gesprek 4 (live) en 8 (telef.) maanden later nog steeds volledig droog, ook na flink biergebruik. De huwelijksdatum werd vastgesteld.

Diskussie: Deel 1.

Het gekompliceerde, willekeurig-onwillekeurig, neuro-musculair mechanisme van plassen-niet plassen werd door Yates (1970) uitmuntend beschreven.

Het mechanisme van de knijpermethode lijkt me te verlopen volgens

een zeer klassiek konditioneringsschema. Patiënten met een urthra-ontsteking ervaren ook dat de plotse heftige pijnprikkel reflexmatig het losingsmechanisme stopt. Het lijkt ons mogelijk dat de door de plasknijper veroorzaakte pijn via de nervus dorsalis penis (nervus pudendus, S2-S4.) door een direkte medullaire reflex het lozen staakt. Terzelfdertijd wordt de cliënt door de pijn gewekt. Er bestaat andermijds een contiguiteit tussen het gevoel van een volle blaas en de pijn. We mogen verwachten dat na verloop van tijd de niet zal plassen en zal wakker worden op zijn volle blaas gevoel.(schema 1.).



De mogelijkheid dat een direkte medullaire reflex mede ingeschakeld wordt maakt mi. de kans reëel dat met de plasknijper beter resultaat wordt bereikt dan met de plaswekker.

Een nadeel is dat de plasknijper enkel bruikbaar is bij mannelijke onbesneden cliënten. Rekening houdend met de sexratio van het voorkomen van Enuresis en de weinig frekwente toepassing van besnijdenis in onze regionen, lijkt het gebruik van de plasknijper een handige methode om Enuresis te bestrijden.

Een bijkomend voordeel is dat de knijper ook eenvoudig te gebruiken is bij Enuresis Diurna. (Eigen ervaring met een 13 jarige cliënt.)

Bij Erektie blijft de knijper op de voorhuid zitten of schuift over de penis om vlak achter de eikel te blijven zitten na de erektie. In dit laatste geval verlies de klem zijn functie meestal. De druk van de knijper blijkt in de praktijk onvoldoende om erge pijn of afsnoering te veroorzaken.

De methode werd met goed gevolg gebruikt bij drie patiënten. Mijn vertrek uit de polikliniek liet me niet toe verder te experimenteren en een vergelijkend onderzoekje te organiseren.

Diskussie: Deel 2.

Na het opstellen van voorgaand stuk ging ik bij gebrek aan patiënten bij mezelf verder experimenteren om de knijper verder op punt te stellen. Tot mijn stomme verbazing bleek de knijper niet (NIET!) in staat de urinestroom tegen te houden en pijn te veroorzaken! Mijn observatie werd door vrijwilligers bevestigd!

Wat is hier aan de hand???

67

Hypothese 1: De knijper werkt als een benevolent ordeal, waar de cliënt zo vlug mogelijk van bevrijd wil worden.

Hypothese 2: Het feit dat de cliënt een flinke pijn verwacht, maakt hem attenter op gevoelsprikkels rond de blaas, zodat hij wakker wordt om de verwachte pijn te vermijden. (cfr. moeders die aan drukke straten slapen doch wakker worden bij de minste kik van hun babies.).

Hypothese 3: De knijper is een zeer suggestief instrument

Het lijkt me de moeite de plasknijper in elk geval verder te ontwikkelen en uit te testen. Kees Hoogduin wou een onderzoekje op touw zetten bij volwassen bedplassers, misschien kan hij er de plasknijper inpassen. Zelf zie ik er in de eerstvolgende twee jaar zeker geen kans toe.

Samenvatting:

Een zeer eenvoudige, zeer goedkope en efficiënte methode ter behandeling van Enuresis wordt voorgesteld : de plasknijper.

Dit is een eenvoudig in de handel te krijgen haarklem die op de voorhuid wordt geplaatst. De veronderstelling was dat de pijn veroorzaakt door uitrekking van de voorhuid en de druk in de urethra, de patiënt wekt en een klassiek konditioneringsschema op gang brengt.

Een knijper die echter niet in staat is de urinestroom tegen te houden en pijn ter veroorzaken, blijkt echter ook werkzaam !

De auteur wil geïnteresseerden aanzetten het fenomeen verder uit te zoeken.

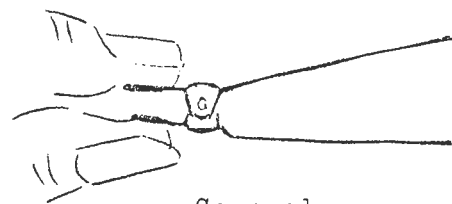
Figuur 1.



Boven.



Zij.



Geopend.

( Goody® Pin Curl Clips)

Referenties:

AZRIN,N.H. (1975): In één dag zindelijk! Meulenhof Baarn.  
 Vert.van: Toilet training in less than a day.(1975).

BROWNING and STOVER (1971): Behavior modification in child therapy.  
 Aldine, Chicago.

FROMMER,E. (1972): Diagnosis and treatment in clinical child psychiatry.  
 William Heinemann, London.

GRAZIANO, A.M. (1971): Behavior therapy with children.  
 Aldine, Chicago.

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

KANFER,F.H. and PHILIPS,J.S.(1970): Learning foundations of behaviour therapy.  
 J.Wiley,New York.

KOLVIN,I. (1975): Enuresis in childhood.  
 The Practitioner, 1975, Vol 214, p 33-45.

LIÉBAULT,A.(1887): Traitement par suggestion <sup>hypnotique</sup> de l'incontinence d'urine.  
 Rev.Hypn. 1887,1,71.

ROSS,A.O. (1974): Psychological disorders of children.  
 McGraw-Hill, New York.

YATES,A.J.(1970): Behavior Therapy.  
 J.Wiley,New York.

WOLPE,J.(1973): The practice of behavior therapy.  
 Pergamon, New York.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX