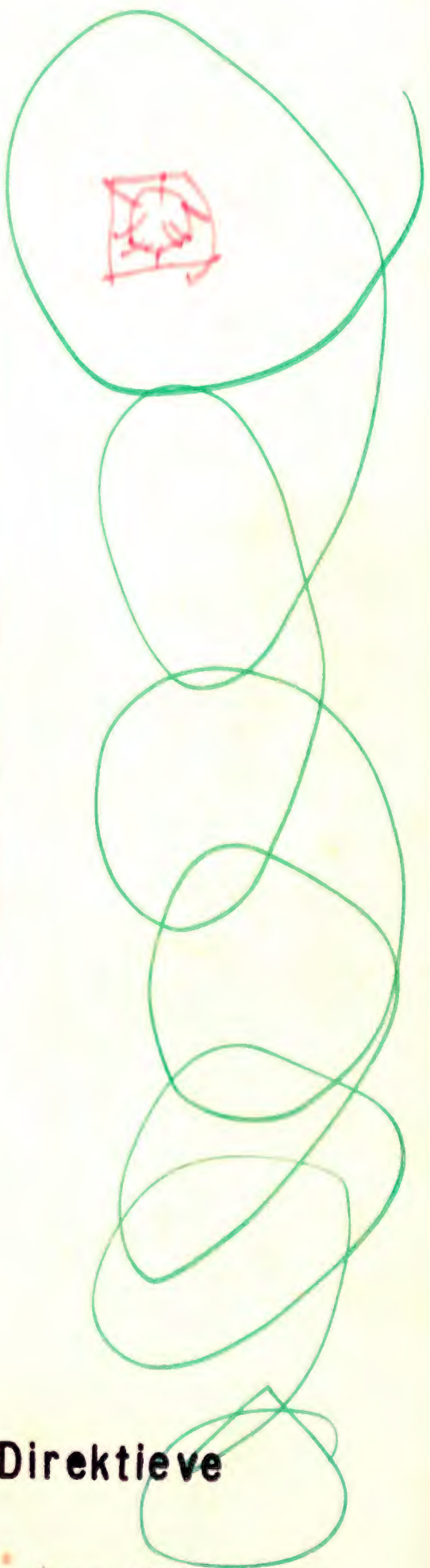


"STOOMBOOT MET PAPA"

HEIN-VICTOR HOEDEWIJN



Inhoud		Augustus 1976
Hoofdredakteur	Ten Geleide	1
Kees Hoogduin	Het voorschrijven van de zelfmoordpoging	4
Kees van der Velden	Een eenvoudig hulpmiddel bij de bestrijding van een vrees voor winkels	11
Alfred Lange	Behandeling van een man met een tic	14
Onno van der Hart	Metaforen II	27
Kees van der Velden	Strengere religieuze opvattingen en direktieve therapie: Ervaringen met Jehova's Getuigen	35
Dick Oudshoorn	Zeer korte therapieën	40
Leen Joele	Dagbehandeling in het Psychiatrisch ziekenhuis Bloemendaal; deel II: Mooie plannen en 1 patiënt	62
Kees Hoogduin	Het hanteren van een verzoek tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis: een opnamevermijdingsstrategie	71
Kees van der Velden	Richtlijnen bij de intake van 'dubieuze' cliënten	80
Theo Compernelle +)	Het Mental Research Institute en de 2nd Don Jackson Memorial Conference te Palo Alto	89
	Bladvulling	91
Richard van Dijck	Snipper	92
	Een onrustig gezin	93

## Redaktie:

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

Omslag: Hein-Victor Hoogduin

+ ) B.K.

---

I

Hierbij vindt U 30.000 woorden over direktieve therapie. Dit is dus eigenlijk een boek.

Een rationele verklaring is voor deze explosie van creativiteit niet te geven. Wij moeten aannemen dat de Geest van Jackson Palo Alto heeft verlaten en over de redakteuren van dit Tijdschrift is vaardig geworden. (Vgl. de bijdrage van de buitenlands korrespondent.)

Om onze vreugde over dit gebeuren tot uitdrukking te brengen, besloten wij Hein-Victor Hoogduin te vragen of hij het omslag voor deze aflevering zou willen maken. 'Stoomboot met pappa', 'Olifant met neushoorn', 'Dikke reus', 'Stoomboot met opa en oma', 'Panter bij boom', 'Leeuw in het gras' en 'Pauw in de nacht', zo luiden de titels van zijn prenten.

'Pauw in de nacht' - symboliseert dat niet de plaats van de direktieve therapie temidden van de gangbare therapiesystemen? En wordt het geen tijd dat deze pauw eindelijk, eindelijk in het daglicht treedt?

II

Terecht besluiten steeds meer lezers om over te gaan tot het gebruik van een zg. Pentel-pen. Het handschrift met behulp van deze pen verkregen, suggereert immers een ongewoon assertieve levenshouding, terwijl het effect van de iets onregelmatige inktafgifte bij de overigens soepele lijnvoering niet anders dan smaakvol genoemd kan worden. Het assertieve wordt aldus afgewend van het brutale en bijgestuurd in de richting van een zekere beschaving of verfijning.

Het plezier dat deze pen geeft, wordt echter enigszins bedorven doordat de kostbare vullingen nogal snel zijn uitgeput. Althans dit lijkt zo,

want het is mogelijk de levensduur van dit instrument te rekken.

Stokt de inktstroom, handel dan als volgt:

- zoek het gaatje op dat zich op 14 mm van de schrijfpunt bevindt;
- scherm de schrijfpunt zelf af, bijv. met behulp van de dop;
- plaats het gaatje voor de mond;
- blaas.

Zo handelend heeft men tweemaal zolang plezier van zijn instrument.

III

Bij het volgende nummer gaat een nieuwe jaargang in.

IV

Op 29 augustus verjaart de hoofdredakteur. Anders dan de heer Jongerius, onze kollega van het Tijdschrift voor Psychiatrie, die zijn 'Redactioneel' gebruikt om door hemzelf geaccepteerde (en n.b. door verpleegkundigen geschreven) bijdragen te kraken (wat een moed!), gebruiken wij dit 'Ten Geleide' om U uit te nodigen voor het feestje dat op zaterdag 28 augustus te onzer ere zal worden aangericht. Aanvang: 20.- uur..

Referentie:

Anoniem (1976): Redactioneel. Tijdschrift voor Psychiatrie 18 (7-8), 469

V

In het psychologenblad Gedrag plaatste Alfred Lange de eerste officiële verwijzing naar Uw Tijdschrift (Lange & Brinckmann, 1976). Deze gedurfde act wordt op iets ruimere schaal herhaald in het septembernummer van het Tijdschrift voor Psychotherapie. Niet minder dan vijfmaal refereert hij aan het TDT en enkele malen spoort hij de lezer zelfs aan het door hem gestelde te

vergelijken met een artikel uit het TDT. Bijv.:  
 'Als hij dat zou doen, zouden zij er wat al te gemakkelijk in slagen om tot cliënten van de B-kategorie (chronische cliënten, vgl. Hoogduin, 1975) te gaan behoren.'

Hier had natuurlijk best kunnen staan: 'Als hij dat zou doen zouden zij al te gemakkelijk chronische cliënten kunnen worden', maar dat staat er niet. 'Vgl. Hoogduin.' Hoe moeten de 5.500 abonnees van het Tijdschrift voor Psychotherapie dat in godsnaam doen?

Wij zijn benieuwd hoe op deze nieuwe variant van Ericksons confusion technique gereageerd zal worden. Denkelijk zal de heer Reijzer, redaktiesekretaris van dat blad, de honderden abonnees die hem om opheldering gaan vragen, naar Freddy doorverwijzen. Wij hopen nu maar dat deze zo flink is om deze getergde mensen zelf beleefd te woord te staan. Het zou tenminste bijzonder flauw zijn wanneer hij hen, 'voor nadere inlichtingen', weer naar ons verwees.

Referenties:

- Lange, A. (1976): Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. Verschijnt in het septembernummer van het Tijdschrift voor Psychotherapie.
- Lange A. & T. Brinckmann (1976) Effekten van een kursus relatietherapie op attitude, inzicht en eigen probleemoplossend gedrag der deelnemers. Gedrag 4 (3), 144-159.

De Hoofdredakteur

t.s.  $\rightarrow$  gm.

t.s.  $\xrightarrow{*}$  gm.

\*  $\text{len} 27 \dots$

### 1. Inleiding.

Wanneer iemand een zelfmoordpoging doet, is hij meestal snel verzekerd van hulp. Niet alleen omdat die poging voor de omgeving een signaal-functie heeft - Ik verkeer in een krisissituatie waar ik niet uit kan komen - , maar ook omdat er sterke emotionele reacties worden opgeroepen.

Indien de klient reeds bekend is bij een hulpverlenende instantie, zal de geboden hulp afhankelijk zijn van het type hulpverlener dat ingeschakeld wordt. Bijvoorbeeld: is deze hulpverlener een aan een ziekenhuis verbonden zenuwarts, dan zal opname in dit ziekenhuis een regelmatig gevonden oplossing zijn. Huisartsen, maatschappelijk werkenden, die met een zelfmoordpoging gekonfronteerd worden, zien hierin een reden om klient onmiddellijk door te verwijzen naar een meer gespecialiseerde hulpverlener, zoals psychiater of sociaal psychiatrische dienst, al dan niet met een verzoek tot bemiddeling voor opname.

Na een zelfmoordpoging waarbij ernstige lichamelijke verschijnselen optreden, of zelfs levensgevaar aanwezig is, behoort de klient op een intensive care in een algemeen ziekenhuis te worden opgenomen.

Jaarlijks wordt bij de sociaal psychiatrische diensten een grote groep mensen aangemeld, die recent een zelfmoordpoging achter de rug heeft. De verwijzer vraagt om bemiddeling tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis, omdat de problemen nog niet opgelost zijn en een nieuwe zelfmoordpoging in de lucht hangt. In het verleden werden deze klienten in grote getale opgenomen in psychiatrische inrichtingen. Over het doen opnemen van de klient in psychiatrische ziekenhuizen is veel geschreven. Bij het bestuderen van deze literatuur is te konkluderen dat de resultaten van ambulante behandeling van klienten die aangemeld worden voor opname in psychiatrische ziekenhuizen niet minder zijn dan die van de klinisch behandelenden (zie o.a. Langsley 1968, 1968, 1969, 1971 en Mendel 1969).

Een gevolg van een en ander was dat bij een SPD in Zuid-Holland in eerste instantie besloten werd de klienten niet te doen opnemen, tenzij er werkelijk levensgevaar bestond.

## 2. Statistische informatie.

Om het gevaar van een zelfmoord te kunnen afwegen, is kennis van statistische gegevens noodzakelijk. Speyer (1969) verzamelde een grote hoeveelheid materiaal over "geslaagde zelfmoorden". Enkele belangrijke konklusies zijn de volgende:

- In Nederland komen ongeveer 1000 als zelfmoord geregistreerde sterfgevallen per jaar voor.
- Eén op de 10.000 Nederlanders sterft jaarlijks aan een geslaagde zelfmoord.
- Mannen plegen meer zelfmoord dan vrouwen.
- Het gescheiden, weduwe of weduwnaar zijn, doet zelfmoord als doodsoorzaak met een faktor 3 - 5 toenemen.
- Naarmate de leeftijd hoger is, neemt zelfmoord als doodsoorzaak toe. De groep van 70 jaar en ouder laat de hoogste aantallen per 100.000 leeftijdsgenoten zien. De groep van 15 - 20 jaar de laagste.
- Bij de geslaagde zelfmoord wordt in volgorde van frequentie verdrinking, verhanging, vergiftiging gezien.
- Zelfmoorden komen in de maanden maart - mei iets meer voor dan in de rest van het jaar.
- Als er in de familie reeds eerder mensen d.m.v. een zelfmoord overleden, neemt de kans op zelfmoord toe (Salomon, 1974).
- De sterfte door zelfmoord bij de manisch depressieve psychose ligt rond 10% (Winokuur, 1975).
- Van 2125 zelfmoordpogingen met geneesmiddelen overleden 52 mensen ( $2\frac{1}{2}\%$ ) (Mededelingen, 1972).
- Bij bizar uitgevoerde zelfmoordpogingen, b.v. door middel van verbranding, elektrocutie, is er een grotere kans op een snel recidief.

## 3. Taxatie en Anamnese.

Bij het eerste gesprek zijn zo mogelijk alle gezinsleden aanwezig. Regelmatig wordt de klient na een zelfmoordpoging door de verschillende gezinsleden, bureu en huisarts "bewaakt", tot de hulpverlener ter plaatse arriveert.

De te stellen vragen zijn gericht op het Waarom, Waarom nu, Hoe, Hoeveelste poging, Uitlokkende faktoren, Problematiek van de klient, Ernstige pogingen in het verleden.

Bij de taxatie is een grondige kennis van statistische gegevens belangrijk; bijvoorbeeld: deed klient een tentamen met tabletten; wat is zijn kennis van medicijnen; was er iemand gewaarschuwd; verwachtte hij snel



gevonden te worden; had hij alle in huis zijnde medikamenten ingenomen. De beantwoording van deze vragen kan informatie geven over het eventueel aanwezige levensgevaar.

#### 4. Behandeling.

Het verdient aanbeveling in het gesprek termen als "zelfmoordpoging", "het plegen van zelfmoord" te gebruiken. Ook het woord "zelfmoordenaar" kan geen kwaad; termen als "Bent u een zelfmoordenaar?" kunnen veel zaken verduidelijken. De poging tot zelfmoord is veelal niet een etikettering bedacht door klient, maar door zijn omgeving. De klient geeft bij expliciet navragen aan "zo niet verder te kunnen" of "alleen maar te willen vergeten, te willen slapen", of "van de wereld te willen zijn". Het dood willen zijn, wordt gebracht als de enige oplossing die klient ziet om uit de problemen te komen. Hier ligt ook de eerste mogelijkheid tot therapeutische interventie. De klient wordt gekonfronteerd met deze vraag. Hij wil in vele gevallen blijven leven als de problemen oplosbaar zijn, doch dat is juist zijn probleem; dat ziet hij juist niet. Dit wordt geaccepteerd. "Natuurlijk kunt u dat niet (anders was het wel gebeurd), maar welke andere hulp heeft u gehad?"

Deze vraag kan gerust gesteld worden. In de praktijk vinden mensen die eerst na een zelfmoordpoging verwezen worden, zich niet adequaat behandeld.

Herinterpretatie van de problematiek, afsluiten van kontrakten met de omgeving, met de klient, toekomstplanning, eventueel een kortdurende medikamenteuze therapie van de klient en/of zijn gezinsleden, het aanbieden van een nieuw contact binnen 24 uur, kunnen de crisis al wat bezweren.

Met de mogelijkheid dat klient echter, ondanks de aangeboden hulp, het toch nog niet ziet zitten, moet rekening gehouden worden. In deze tijd is het moeilijk om spanningen en problemen te hebben zonder van de huisarts tranquilizers voorgeschreven te krijgen. Bij de zelfmoordpogingen die niet de dood tot gevolg hebben, nemen de pogingen met behulp van juist die medikamenten een grote plaats in.

Met de klient en zijn gezin wordt de mogelijkheid dat hij "opnieuw" even alles wil vergeten als een realiteit aangenomen. Formulering als "Bij deze hoeveelheid spanning, problemen, kan ik het goed begrijpen, etc." zijn bruikbaar. Om nu te voorkomen dat het "opnieuw" verkeerd begrepen wordt en klient ten onrechte voor een zelfmoordenaar wordt aanzien, moeten er duidelijke afspraken gemaakt worden.

Een van de burens of gezinsleden zal de medicijnen onder zijn hoede nemen. Op verzoek van klient zal aan klient een aantal pillen verstrekt worden. (Vanzelfsprekend afhankelijk van de sterkte van het geneesmiddel; bijvoorbeeld: 10 tabletten Valium 5 mg, 5-10 tabletten Librium 10 mg, 5 tabletten Mogadon, 5-10 tabletten Temesta 1 mg, 4-6 tabletten Prazine 25 mg, etc.). Na het innemen van deze medicijnen trekt klient zich terug in zijn bed om "even van de wereld te zijn" en "de accu's op te laden", zodat na deze pauze des te beter aan het oplossen van de crisis gewerkt kan worden.

5. Casuïstiek:

1. Mevr. H., 33 jaar, deed een tweetal zelfmoordpogingen. Ze sneed zich in de polsen en nam éénmaal ca dertig Valium-tabletten in. Ze deed deze pogingen aansluitend aan een verbroken kontakt met een hulpverlener. Ze was gehuwd met een "ideale" man die altijd steeds het goede en het beste voor haar deed. Er waren twee kinderen. Toen de kinderen naar school gingen, was kliente niet in staat de leegte te vullen. Ze liet zich de borsten operatief verfraaien en wist een intiemere relatie met een hulpverlener te bewerkstelligen. Toen deze hulpverlener door echtgenoot en chef achter de broek werd gezeten over die relatie, ontkende hij het intieme karakter ervan: Mevrouw deed haar eerste zelfmoordpoging. Zij werd behandeld met de "zelfmoordstrategie". Ze paste het direktief niet toe (Zoveel pillen slikken? Ik ben gek!) en er kon aan de aktuele problematiek, als alcoholmisbruik, relatieproblematiek en toekomst gewerkt worden.
  
2. Mevr. D., 57 jaar, was de laatste 4 jaar gedurende ruim 2 jaar opgenomen in een PAAZ. Ze werd aldaar behandeld voor een "involutie depressie" met anti-depressiva tot en met elektroshock. De depressieve klachten als niets meer kunnen, radeloos, zelfmoordpogingen, slaapstoornissen, angsten, eetstoornissen, dagschommelingen waren op haar 53ste jaar ontstaan. Tot die tijd had ze een normaal, zij het wat dwangmatig bestaan geleid. Kliente wordt bij ons aangemeld met het verzoek haar in een psychiatrisch ziekenhuis op te nemen in verband met haar suïcidaliteit. In overleg met de echtgenoot, buurvrouw, huisarts en specialist wordt nog eens een ambulante behandeling ingezet. Met Mevrouw kon worden afgesproken dat zij bij een te sterk verlangen om zelfmoord te plegen een tablet bij de buurvrouw of echtgenoot kon halen, waarna zij kon gaan slapen (Temesta 2½ mg). Zij gebruikte het advies 2 maal en kon nieuwe crises op deze wijze de baas. Opname kon voorkomen worden.
  
3. Mevr. A., 33 jaar, wordt bij ons aangemeld na een nachtelijke zwerfpartij door de stad. Zij kwam in overspannen toestand - zij zag overal de dood vermomd als zwarte mannen - bij een vriendin aan. Via de politie, echtgenoot en de vriendin werd ons om bemiddeling tot opname verzocht. De voorgeschiedenis van kliente is somber. Zij sprong eens uit het raam van de derde verdieping, waarbij ze haar wervelkolom brak. Zij is hierdoor nog steeds gehandicapt. Behalve opnamen in PAAZ-en werd zij in een psychiatrisch ziekenhuis verpleegd. Ze heeft sterke jaloezie-gevoelens ten opzichte van de echtgenoot

(Vgl. pathologische jaloezie) en hyperventilatie-aanvallen. Deze hyperventilatie-aanvallen koepeert zij door de nachtelijke zwerftochten en zelfmoordpogingen.

De mogelijkheid van een behandeling werd haar aangeboden, terwijl met cliënte het kontrakt gesloten werd om wanneer het haar weer teveel werd 5 tabletten Seresta 50 (ze gebruikte 3 dd 1 tablet) tegelijk in te nemen.

Ze maakte er geen gebruik van; zelfmoordpogingen bleven uit en er ontstond een basis voor behandeling.

4. Mevr. M., 43 jaar, werd aansluitend aan een maandendurende opname in een PAAZ bij ons aangemeld. Ze klaagde over hevige rugklachten en ze had verschijnselen van het hyperventilatiesyndroom. Bij het eerste contact deelde zij ons mede dat onze hulp vergeefs aangeboden werd, daar zij besloten had zelfmoord te plegen. Ze deed reeds een tweetal pogingen met geneesmiddelen. We vertelden cliënte toen van onze werkwijze en boden haar aan hiermee kennis te maken in ruil voor een kontrakt dat na 3 zittingen de zelfmoord weer aan de orde zou komen. Cliënte ging akkoord. Na 3 zittingen en een aanvankelijk bereikte verbetering werd de wens tot zelfmoord voor cliënte weer sterk. De relabeling en de mogelijkheid om 15 Temesta tabletten 1 mg in te nemen, werd haar geboden (Ze verzwoeg medicijnen en slaapdrank die ze middels de huisarts kreeg). Nu volgde een reeks van "zelfmoordpogingen". Soms meerdere per week. Ze gebruikte ook grotere hoeveelheden dan de afgesproken 15 Temesta. Ze vertelde met een leren riem te experimenteren hoe ze zich kon verhangen; ze liep 's nachts van huis en belde de therapeut om te zeggen dat ze in het water zou springen. Kortom de eskalatie nam toe en opname in een PAAZ volgde.
5. Mevr. P., 28 jaar, meldde zich op ons buro aan in gezelschap van vader en echtgenoot. Ze was zojuist hersteld van een zelfmoordpoging met 7 tabletten Fortral (een pijnstiller). Opname werd verlangd. Haar voorgeschiedenis is tragisch. Zij werd de laatste 4 jaar 6 maal opgenomen in allerlei instituten, de laatste 3 maal in een psychiatrisch ziekenhuis. De laatste opname was met behulp van een gerechtelijke machtiging geschied; zij was met proefverlof toen onze hulp werd gevraagd. De wens om dood te zijn, werd geaksepteed en een hulpmiddel om "even van de wereld te zijn" werd via 6 tabletten Temesta 1 mg verstrekt. Na een snelle verbetering gedurende de eerste weken was cliënte vrijwel dagelijks "van de wereld". Ook dit werd positief geïntepreteerd: "Ziet u hoe ze vecht, etc.", maar cliënte sneed hierop de polsen door; begon over treinen en rails te praten; was uren onbereikbaar en wist Vesparax (een zeer giftig slaapmiddel) van een waarnemend huisarts te verkrijgen. Aansluitend werd het proefverlof ingetrokken.

#### Diskussie.

Bij het voorschrijven van een symptoom wordt het direktief "Doe zoals je deed" gegeven (vgl. Watslawick, 1970). "Als aan iemand wordt gevraagd om een specifiek gedragstype ten toon te spreiden, dat als spontaan wordt beschouwd, dan kan het niet spontaan meer zijn, omdat de eis spontaniteit onmogelijk maakt" en "een groter verschil dan tussen iets wat werd gedaan "omdat ik het niet kan helpen" en datzelfde gedrag "omdat mijn therapeut dat heeft gezegd" is moeilijk denkbaar", met als gevolg dat het

symptoomgedrag niet meer optreedt (het is niet spontaan meer) of wel optreedt, maar dan onder controle van de therapeut, wat ook verdere veranderingsmogelijkheden inhoudt.

Door iets toe te voegen en/of de context te wijzigen, wint het voorschrijven van het symptoom aan kracht: "Doe wat je deed, maar onder mijn voorwaarden" (Haley, 1963).

Bij het voorschrijven van de zelfmoordpoging wordt de klient ook het direktief gegeven door te gaan met wat hij deed (zelfmoordpogingen). Maar de zelfmoordpoging wordt anders gelabeld - het is geen poging zich van het leven te benemen, maar een laatste poging om aan een onhoudbare situatie te ontkomen -. Een time-out, een pauze, wordt gezocht en dat kan een zeer goede zaak zijn. Na deze positieve herinterpretatie wordt de poging voorgeschreven!

Wat doet de klient met het direktief:

- De klient heeft door zijn zelfmoordpoging voldoende hulp gekregen; hij heeft weer vertrouwen in de toekomst en maakt geen gebruik van de mogelijkheid weer eens "even van de wereld te zijn".
- De zelfmoordpoging stond in het teken van gezinsproblematiek; door het hem voor te schrijven en hem de tabletten tevens door een gezinslid te laten overhandigen, is de klient gevangen door het paradoxale direktief: spontaan een zelfmoordpoging doen, is onmogelijk. Indien de zelfmoordpoging vooral gezien moest worden als een middel om een relatie te controleren, zal door deze gang van zaken het zijn kontrolerende kracht verliezen. Dit effect wordt nog eens versterkt door de partner de middelen voor de "zelfmoordpoging" te laten aanbieden. Door een gezinstherapie te starten, wordt er ruimte geschapen om op een andere wijze de gezinsproblematiek te benaderen.
- De klient verkeert in een krisissituatie die hem ook na het eerste contact nog in grote moeilijkheden brengt; hij maakt gebruik van het direktief. Naarmate de behandeling vordert en de crisis verdwijnt, zullen ook de "pogingen" in aantal verminderen. Hier is vooral de tijd-winst van betekenis.
- Bij de drie hierboven beschreven mogelijkheden voldoet het direktief. Er bestaat echter een kans dat de klient het voorschrift zeer letterlijk opvolgt en vele malen per dag om de medikamenten vraagt. De relabeling "iets innemen om even van de wereld te zijn" is wel gelukt, maar klient benut deze mogelijkheid in een dusdanige mate dat opnieuw gevaar dreigt voor intoxicatie. De reactie van de partner: ernstige bezorgdheid,

ongerustheid kunnen tonen; tenslotte dit nieuwe verschijnsel opnieuw dusdanig bekrachtigen dat het doen van "zelfmoordpogingen" weer een relatiekontrollerende betekenis krijgt. Nu dreigt er opnieuw een stenisch tentamen. De beschreven benadering heeft gefaald.

Indien de relabeling en het direktief geplaatsd zijn, is het van grote betekenis de suïcidaliteit te testen. Dit kan geschieden door klient te vragen of hij nu verder kan tot de volgende afspraak. Als er op deze wijze een kontrakt te sluiten is, is de kans op andere pogingen "om van de wereld te geraken" (i.c. zelfmoord) klein. Het niet kunnen sluiten van dit kontrakt met de klient kan inhouden dat een andere handelwijze geïndiceerd is (b.v. opname).

#### Literatuur:

- Haley, J., 1963, "Strategies of Psychotherapy", Grune and Stratton, New York.
- Langsley, D.G., Pittman, F.S., Machotka, P., Flomenhaft, K., 1968, "Family Crisis Therapy - Results and Implications", Family Proces, 7, 2, 145.
- Langsley, D.G., Kaplan, D.M., 1968, "The Treatment of Families in Crisis", Grune and Stratton, New York.
- Langsley, D.G., Flomenhaft, K., Machotka, P., 1969, "Follow-up Evaluation of Family Crisis Therapy", Am.J. of Orthopsychiat., 39, 753.
- Langsley, D.G., Machotka, P., Flomenhaft, K., 1971, "Avoiding Mental Hospital Admission", Am.J. Psychiat., 127, 10, 1391.
- Mededelingen Stichting Medische Registratie, 1972, N.T.v.G. 6, 20, 854.
- Mendel, W.M., Rapport, S., 1969, "Determinants of the Decision for Psychiatric Hospitalisation", Arch.Gen.Psychiat., 20, blz 321.
- Salamon, I., 1974, "Evaluation of Suicidal Patients", N.Y. State, J. of Med., 1-64.
- Speyer, N., 1969, "Het Zelfmoord Vraagstuk", Van Loghum Slaterus, Arnhem.
- Watslawick, P., Beaver, J.H., Jackson, D.D., 1970, "De Pragmatische Aspecten van de Menselijke Kommunikatie", Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Winokur, G., Tsuang, M., 1975, "The Iowa 500 - Suicide in Manies, Depression and Schizofreny", Am.J. of Psychiat. 132, 6, 650.

Een eenvoudig hulpmiddel bij de bestrijding van een vrees voor winkels

---

Kees van der Velden

De lezer van dit Tijdschrift weet dat ik van een grapje houd. Hij zal dan ook begrijpen dat ik van tijd tot tijd iets ga kopen in een winkel voor feestartikelen, waar erg veel grappige dingen te krijgen zijn. Niet ver van mijn huis, op de Vierambachtstraat, is bijv. de winkel van Frans Moret. De feestneuzenwinkel, zeggen wij thuis. Een rijk gesorteerd magazijn vol komieke spullen. In deze winkel heerst, ik kan het niet anders zeggen, een blijde, tevreden en vrolijke sfeer. Mevrouw Moret begint al te lachen wanneer je binnenkomt. Je zal immers wel weer één van die leuke spullen van haar komen kopen. Ze helpt je zeer korrek overigens, zonder je ook maar een ogenblik het idee te geven dat je bestelling echt raar is.

Aan mevrouw Moret moest ik denken toen mevrouw Paars, een 39-jarige cliënte, mij vroeg haar van haar fobie voor winkels af te helpen. (Dat was overigens slechts één van haar klachten.) Ze was in zeven jaar niet meer in een winkel geweest. Alle boodschappen werden gedaan door man en kinderen.

We hadden al bereikt dat ze door een warenhuis durfde lopen, langere tijd zelfs, maar tegen het plaats van een bestelling zag ze enorm op, vooral het idee dat de verkoper of verkoopster een gesprek met haar zou aanknopen en zou treuzelen bij het inpakken en afrekenen leek haar eng. Ik stelde haar voor dat zij de a.s. zaterdag om 9.30 uur naar de winkel van Frans Moret zou gaan - haar man mocht buiten wachten - en aan mevrouw Moret zou vragen: 'Goedemorgen, mag ik een hondedrol van U.'

Ik voorspelde haar dat mevrouw Moret meteen in de lach zou schieten en dat cliënte van de weeromstuit zelf ook zou moeten lachen.

Mevrouw Paars vond het een goed idee. Toen bedacht ze zich. 'Maar wat moet ik doen wanneer die mevrouw Moret vraagt: 'Wat voor type zoekt U?'' Ik was hierop niet voorbereid - ik dacht eigenlijk dat er maar één type bestond - en er was enig intensief overleg tussen mevrouw Paars en mij nodig voor we het volgende plan hadden bedacht. Zou mevrouw Moret de gevreesde vraag niet stellen, dan zou cliënte haar bestelling laten inpakken en verdwijnen. Zou mevrouw Moret de vraag wel stellen, dan zou cliënte antwoorden: 'Laat U maar eens zien wat U op dit gebied in huis heeft.' Zou mevrouw Moret aansluitend met bijv. drie modellen van het gezochte artikel voor den dag komen, dan zou cliënte mogen kiezen: òf ze zegt: 'Wat spijt mij dat, het door mij gezochte type is er niet bij' en met een beleefde groet de winkel uitlopen, òf ze zou zeggen: 'Geeft U mij die middelste drol maar.'

Zo gezegd zo gedaan. Mevrouw Moret was inderdaad meteen gaan lachen. En ze legde prompt drie modellen op de toonbank - de vakvrouw! Kliënte durfde het niet aan om te zeggen dat zij een ander soort zocht, want ze realiseerde zich ineens dat mevrouw Moret dan zeker tot in details zou willen weten wat voor type haar klant dan wèl zocht. En daar zag mevrouw Paars erg tegenop, want de aanblik van haar bestelling had niet alleen lachlust maar ook onpasselijkheid opgewekt.

Toch was ze erg trots dat haar gehaaste vertrek uit de winkel ditmaal niet door angst werd ingegeven maar door de neiging tot spugen, wat ze per se niet in de winkel wilde doen.

Thuis beleefde het gezin Paars nog enige vrolijke momenten met het gekochte en cliënte besloot dat ze voorlopig in deze winkel verder aan de overwinning van haar klachten wilde werken.

## Diskussie

De werkzaamheid van dit direktief lijkt mij niet moeilijk te begrijpen. Lachen is nu eenmaal niet goed verenigbaar met angst. Bovendien: mevrouw Paars is een tikje een geremde vrouw en het met een pokerface plaatsen van een dergelijke bestelling was iets dat totaal niet bij haar (zelfbeeld) paste. Zodoende zal ze zich zenuwachtiger gemaakt hebben over wat ze in de winkel moest doen dan over het de winkel ingaan zelf. Uit haar verslag kreeg ik de indruk dat dit tweede punt zelfs geheel ondergeschikt was geworden aan het eerste.

Ten slotte: het is mij vaker opgevallen dat winkels in feestartikelen gezellig zijn. Dat brengt de branche ook wel enigszins met zich mee. Wanneer deze onderstelling juist is, zou wellicht op ruimer schaal van de door deze winkels geboden mogelijkheden gebruikgemaakt kunnen worden.



BEHANDELING VAN EEN MAN MET EEN TIC

Alfred Lange

Inleiding

Azrin & Nunn (1973) beschrijven drie kaders van theoretische verklaringen voor nerveuse tics, psychologisch symptoomgedrag dat volgens de literatuur zeer resistent is voor de meeste vormen van therapie.

De oudste verklaring stamt uit de psychoanalytische hoek. Tics worden daarin beschouwd als 'erotische en agressieve instinctmatige impulsen..... die voortdurend ontsnappen door pathologische kanalen'. De behandeling die hiervan is afgeleid is gebaseerd op counseling en inzicht verschaffing, waardoor andere kanalen ten behoeve van dezelfde impulsen worden geschapen.

Een tweede theorie gaat ervan uit dat nerveuze tics door spanningen worden veroorzaakt. Volgens Azrin leidt dit tot twee types behandeling. De ene bestaat uit 'negative practice', dat als een vorm van symptoomvoorschrijving kan worden beschouwd. Wanneer een cliënt - wetend dat hij in bepaalde situaties vreemde tics demonstreert - daarvoor angstig is en spanning ervaart, zal hij krampachtig proberen die tics te vermijden, waardoor de spanning en de tics nog verder toenemen. Een voor ons bekende redenering. Een tweede behandelingsmethode, die van de spannings-theorie uitgaat, bestaat volgens Azrin uit relaxerende drugs. Mijns inziens zou het aanleren van relaxatietechnieken volgens dezelfde redenering ook een belangrijke behandelingsfunctie kunnen hebben.

De derde theorie is gebaseerd op leerprincipes. Aangenomen wordt dat nerveuze gewoontes en tics aangeleerde responsen zijn, die door operante reinforcement in stand worden gehouden. De geijkte behandeling bestaat uit het arrangeren van aversieve stimuli als counterconditionering van de vroegere reinforcers. Azrin zelf suggereert echter vanuit de leertheorie een andere therapeutische strategie. Hij gaat ervan uit dat nerveuze gewoonten meestal als normale reacties beginnen. Het kunnen reacties zijn op b.v.

15

fysieke verwondingen of psychologische traumas. Het symptomatisch gedrag kan echter ook beginnen als een niet vaak voorkomend, maar normaal gedrag, dat geleidelijk vermeerderd in frequentie en verandert van vorm. Volgens Azrin kan men dergelijk gedrag als een nerveuze gewoonte betitelen wanneer het blijft bestaan nadat de oorspronkelijke psychische of lichamelijke aanleidingen voorbij zijn en wanneer het een ongewone vorm en ongewoon hoge frequentie bereikt. Allport (1937) zou zeggen: wanneer het gedrag functioneel autonoom is geworden.

Nadat een bepaalde beweging eenmaal een dergelijke transformatie heeft ondergaan wordt de beweging zo vaak uitgevoerd dat het een sterke gewoonte is geworden, die zich door zijn automatisme ontrekt aan persoonlijk bewustzijn en controle. Bij sommige tics kan de voortdurende uitvoering van de tic een versterkende invloed hebben op de specifieke spieren die voor de beweging nodig zijn, terwijl de tegenovergestelde spieren betrekkelijk ongebruikt blijven. Hierdoor wordt bewust onderdrukken van de tic steeds moeilijker en wordt de tic steeds verder naar een laag niveau van bewustzijn gedrongen.

De meest zinvolle behandelings strategie, die op grond van bovenstaande analyse van nerveuze gewoontes geformuleerd kan worden is als volgt:

Er dient een fysieke respons gekreëerd te worden die strijdig is met de oorspronkelijke, teneinde de inadequate respons te bemoeilijken. Wanneer sprake is van spier-atrofie door ondermaats gebruik van antagonistische spieren, dienen deze apart versterkt te worden. Sociale reinforcement volgend op de tic dient te worden geëlimineerd of zelfs omgedraaid.

Azrin & Nunn beschrijven de voornaamste onderdelen van een dergelijke therapievorm aan de hand van de behandeling van 12 cliënten met tics. De tics bestonden uit verschillende vormen van zwaaien met het hoofd, trekken aan wimpers, nagelbijten en duimzuigen. De kern van de behandeling bestond uit het oefenen met strijdige responsen. De resultaten waren drie weken na beëindigen van de behandeling bijna 100% gunstig.

In dit artikel beschrijf ik de behandeling van een man, Bram, die vele malen per minuut zijn ogen dichtkneep; een tic waar hij zeer vermoeid van werd. Ogen dichtknijpen komt in het arsenaal van Azrin niet voor, waardoor een extra aanslag op onze\* creativiteit zou worden gepleegd.

\* Wil Zeegers, die de therapie vanachter de spiegel volgde en talloze goede tips verschaftte, en de therapeut.

Bram was ten tijde van de behandeling 26 jaar oud en timmerman van beroep. Door zijn vroegere huisarts was hij eerst naar een oogarts verwezen, later naar een psychiater en tenslotte naar een neuroloog. De laatste twee contacten waren hem niet erg bevallen. Daarna kwam hij in contact met een gezondheidscentrum in Amsterdam (kombinatie van huisartsen en één psycholoog) die hem naar mij verwezen. In dit artikel wil ik de behandeling van Bram op de voet volgen en in de discussie trachten daar nog enkele algemene gegevens voor het behandelen van tics uit te destilleren.

Taxatiegesprek

Bij het binnenkomen valt het hevige knippen (In dit artikel zullen de termen 'knippen' en 'knijpen' voor hetzelfde symptomatische gedrag gebruikt worden) van Bram meteen op. Hij knijpt zijn ogen steeds sterk samen, hetgeen weer gevolgd wordt door een overmatig optrekken van de wenkbrouwen. Ik heb het niet geteld, maar het zal best zo een dertig à veertig keer per minuut zijn geweest. Hij wordt er erg vermoeid van, vooral s'avonds. Moeite om het niet te doen heeft volgens hem juist een averechts effect. De aard van de klacht geeft aanleiding wat gegevens over het verleden te vergaren teneinde te onderzoeken of het ontstaan van de klacht is te koppelen aan situationele factoren. Het volgende beeld van Bram ontstaat. Hij heeft op 17 jarige leeftijd zijn L.T.S. opleiding beëindigd. Zijn knippertic had hij toen al, zij het in zeer geringe mate. Na de L.T.S. heeft hij verschillende baantjes gehad als timmerman. Hij werkte steeds een paar maanden en ging dan enkele maanden op vakantie. Hij woonde bij zijn ouders thuis. Hij kon goed met hen opschieten evenals zijn broers, waarmee hij vaak uit ging en op vakantie. Hij had nooit veel vrienden, maar met de vrienden die hij had ging hij zeer hecht om. Aan meer vriendschap had hij geen behoefte. Vriendinnen waren altijd van zeer korte duur (een avondje of weekendje uit geweest). Aan meer had hij nooit behoefte. Dat begon te veranderen toen hij ongeveer 22 jaar was, maar toen vond hij het moeilijk om een vaste vriendin te vinden. Sinds twee jaar heeft hij wel een vriendin, waarmee hij nu ruim een jaar samen woont. In het begin ging dat niet zo best, voornamelijk vanwege seksuele moeilijkheden. Zij kreeg geen orgasmes. Tegenwoordig gaat het zowel met de sex als verder in hun relatie erg goed. Het verleden van Bram levert weinig 'cues' op voor interpretatie van de tic. Hij kan zich niet meer herinneren wanneer het precies ontstaan

is. Het enige dat hij weet is dat hij het op de LTS al had omdat de leraren daar er af en toe iets over zeiden. Uit het beeld, dat hij over de school en de huiselijke omstandigheden schetst, zijn echter geen kausale factoren inzake de tic te halen.

De functionele analyse wordt nu gericht op het heden. In wat voor situaties heeft Bram veel last van knippen en wanneer weinig? Bram heeft vooral last wanneer hij met mensen praat. Het wordt erger naarmate hij dichterbij mensen in de buurt is. In September wil hij naar een sociale academie, ook daarom wil hij er nu erg graag vanaf. In winkels vertoont hij het symptoomgedrag eveneens. Als hij op zijn beurt moet wachten zit hij er al erg over in en knippert alvast van tevoren zodat hij, als hij moet zeggen wat hij wil hebben, de verkoper strak kan aankijken. Als hij alleen is heeft hij het nauwelijks. Ook niet als hij bv. zit te lezen. Het onderwerp van gesprek speelt geen rol, wel de persoon met wie hij praat. Met zijn vriendin heeft hij er bv. minder last van dan met andere mensen.

Doorvragen levert verder geen relevante gegevens op. Behalve de tic zegt Bram geen problemen te hebben waaraan hij zou willen werken. Hij is gelukkig met zijn vriendin, die verpleegster is, en met zijn verdere sociale contacten. Hij ziet verlangend uit naar het starten met de sociale academie. Daarvoor moet hij echter nog wat avondstudie verrichten teneinde een voorafexamen te doen. Ook dat baart hem weinig zorgen.

Ik heb aan het einde van ons eerste gesprek weinig reden om hem niet te geloven en aan te nemen dat er meer is dan hij vertelt. We sluiten dan ook een voorlopig behandelingscontract voor een korte intensieve therapie (circa 6 keren) die over ongeveer 2 maanden zal beginnen en waarin de tic centraal zal staan.

Strategie

Als basis van de behandeling zal in eerste instantie uitgegaan worden van symptoomvoorschrijving, aangezien duidelijk is dat angst voor het symptoomgedrag in bepaald gezelschap de frequentie van dichtknippen doet toenemen. De methode van Azrin wordt voorlopig niet geprobeerd omdat het niet duidelijk is welke strijdige respons gebruikt zou kunnen worden. Bovendien lijkt het een moeizamere weg te zijn dan symptoomvoorschrijving. Als dat laatste lukt tenminste. Stress reductie door relaxatie-oefeningen, eveneens gebaseerd op de tweede theorie (zie inleiding) kan waarschijnlijk goed gekombineerd worden met symptoomvoorschrijving. Getracht zal worden om dit ook in het behandelingspakket op te nemen. Bram's vriendin zal zoveel mogelijk bij de therapie betrokken worden.

RWD: Lee hier uit  
meer: "de eerste volgt het  
dat u zou toe krijgen, moet  
u het juist doen,  
bi de minste reserve tar uitvoering  
zakt het de pudding-ethica

## De behandeling

1. De tweede zitting heeft ruim twee maanden na de eerste plaats. Bram is zojuist bij zijn vorige baas ontslagen, wegens geschillen over de salariëring. Hij is daar niet erg van onderste boven. Hij denkt snel weer aan de slag te kunnen komen. Aanstaaende vrijdag heeft hij al een afspraak om te gaan werken bij een nieuwe baas.

De therapeut vraagt aan Bram om een hiërarchie op te stellen van 'knippersituaties' voor de komende week. Dit houdt in, dat hij d.m.v. een rangordening aangeeft in welke sociale situaties, die hij voor de komende week verwacht, hij meer en in welke bij minder knippert. De bedoeling hiervan is tweeledig. Enerzijds hoopt de therapeut er aanwijzingen uit te vinden omtrent variabelen die invloed hebben op het knippen. Anderzijds is het de bedoeling die situatie waarin hij het meest knippert te gaan gebruiken voor symptoomvoorschrijving. Al pratend komt de volgende hiërarchie te voorschijn:

1. Werken bij de nieuwe baas en praten met collega's (vrijdag)
2. Feestje (vrijdagavond)
3. Eten bij zijn ouders (zondag)
4. Bespreking met andere aspirant studenten van de sociale academie (maandagavond)
- 5 t/m 9 (ongerangordend):
  - met vriendin alleen thuis (zaterdagavond)
  - vriend helpen met verbouwing (zaterdag)
  - alleen thuis (donderdag avond)
  - vrienden op bezoek (woensdagavond)

Het werken bij de nieuwe collega's wordt niet als input voor symptoomvoorschrijving gekozen. Het brengt teveel maatschappelijke risico's met zich mee. Bovendien is het ook niet strict noodzakelijk om de allermoeilijkste situatie uit te kiezen. Afgesproken wordt dat Bram op het feestje een voor hem niet al te bekend persoon zal uitkiezen waartegen hij al pratend om het kwartier een kwartier lang extra veel met zijn ogen zal knippen. Als rationale wordt erop gewezen dat hij door dit te doen zich beter bewust kan worden van wat er precies aan de hand is. Gesuggereerd wordt dat het hem niet zal meevallen maar dat hij zich werkelijk goed moet concentreren om zoveel als mogelijk is te knippen

in de afgesproken periode. Tijdens de zitting wordt even geoefend, terwijl verder aandacht wordt gegeven aan de manier van tijdssampling voor deze opdracht.

Bij zijn ouders knippert hij behoorlijk veel. Dat komt omdat ze zoveel vragen stellen, hetgeen hij erg vervelend vindt. Na doorvragen van de therapeut blijft hij echter bij zijn bewering dat de relatie met zijn ouders prima is. Afgesproken wordt om ook bij zijn ouders om het kwartier zijn symptoomgedrag op te voeren. De therapeut voegt daaraan nog toe, dat hij zijn ouders van te voren dient in te lichten over de reden daarvan. Dit om extra materiaal te krijgen dat licht kan werpen op zijn verhouding met zijn ouders.

Afgezien van de hiërarchie leverde de zitting een aantal interessante gegevens op. Zo bleek dat Bram nagenoeg ophield met ogendichtknijpen toen de therapeut de kamer uit was gelopen om pen en papier te halen. Hij had daar extra veel tijd voor genomen (praatje met de door Kees v.d. V. zo geroemde sekretaresse gemaakt) teneinde de observator en de videokamera de gelegenheid te geven hun werk te doen. Een nog belangrijker gegeven was dat Bram volledig ophield met knijpen toen hij bezig was de opdracht op te schrijven. Dit alles werd met Bram besproken. Het bracht de therapeut en de observator echter wel op het spoor van Azrin. De incompatibele respons was nu immers gevonden. Als hij intensief naar iets keek (zoals tijdens opschrijven) dan knipperde hij niet. Dit houdt in dat bv. observatie-, teken-, en telopdrachten eventueel in de behandeling gebruikt kunnen worden.

Aan het einde van de zitting werd afgesproken dat Bram's vriendin de volgende keer zou meekomen. Aan Bram werd als rationale hiervoor gegeven dat zij via de opdrachten toch zijdelings bij de behandeling betrokken zou zijn. Het was dan beter als zij er helemaal bij kwam. Een ander motief was echter dat de therapeut bij Bram in toenemende mate een gebrek aan assertiviteit begon te veronderstellen. Hij vond altijd alles goed (niet alleen in de therapie), maakte zich zelden kwaad etc. Het leek zinnig het interactiepatroon met vriendin eens op de loop te nemen. Overigens zonder hierin een kausale faktor voor het knipperen te verwachten. Maar wel om meer zicht op zijn manier van omgaan met mensen in het algemeen te krijgen.

2. Op de derde zitting komt Emmy (24 jaar) mee. Er wordt wat gepraat over de manier waarop zij met elkaar omgaan. Zowel uit de inhoud daarvan als uit de wijze waarop zij elkaar tijdens de zitting bejegenen (lief aankijken, gemakkelijk aanvullend) blijkt dat het relationeel wel goed zit tussen hen beiden. Emmy vindt het echter toch wel prettig om zoveel mogelijk bij de behandeling betrokken te blijven.

Het huiswerk van de vorige keer was voor het grootste deel uitgevoerd. Het

extra knippen was zeer vermoeiend geweest en had tot gevolg gehad dat Bram ook op de 'niet knipper' kwartieren meer met zijn ogen kneep dan gewoonlijk.

Bram heeft zijn ouders niet ingelicht over de afspraak met de therapeut: 'ik kon geen geschikt moment vinden'. De therapeut konfronteert hem met het tegenstrijdige van wat hij over zijn verhouding met zijn ouders vertelt: prima relatie versus moeilijk dingen over zichzelf vertellen. Bram zegt dat hij geen persoonlijke gesprekken met zijn ouders heeft. Dat is in hun familie ongebruikelijk. Emmy is het met Bram eens dat ze dat maar moeten accepteren. De therapeut gaat daarin voorlopig met hen mee.

Nu symptoom voorschrijven geen groot succes blijkt te zijn geweest, switcht de therapeut naar de op Azrin gebaseerde benadering. Hij geeft Bram tijdens de zitting de opdracht om met Emmy verder te praten over hun relatie en tegelijkertijd Emmy heel goed te observeren. Na vijf minuten stopt hij het gesprek. Bram blijkt dan zeer slecht in staat te zijn te beschrijven wat hij aan Emmy heeft gezien. Hij vertelt dat hij niet gewend is naar mensen te kijken (toch duidend op weinig assertiviteit?), Bovendien vindt hij het helemaal moeilijk om goed te kijken als hijzelf praat. De oefening wordt nu herhaald zonder praten. Deze keer is de therapeut het slachtoffer. Bram moet hem aankijken en alles vertellen wat hij aan de therapeut opvallend vindt. Ook nu komen de observaties mondjesmaat. De therapeut moet Bram voortdurend aansporen. Op het laatst zegt Bram: 'het enige wat ik nu nog zie is dat jij soms meer met je ogen knippert als ik'.

Er wordt nu verder gepraat over observeren in het algemeen. De therapeut onderstreept dat het voor Bram erg belangrijk zal worden om daarmee te gaan oefenen. Hij geeft dan de volgende instructie. Emmy gaat zich voorbereiden om met Bram vrijdagavond een gesprek van een uur te hebben waarin zij veel vertelt. Bram zal dan om het kwartier een kwartier lang nauwkeurig observeren hoe Emmy eruit ziet. Emmy moet voor die gelegenheid wat extra kleding aantrekken of andere make-up aanbrengen. Daarnaast zal ook nog eens met 'negative practice' gewerkt worden. Gedurende één uur, wanneer Emmy en Bram alleen thuis zijn zal Bram om het kwartier extra veel knippen. Ze zullen een kookwekker aanschaffen om de tijden in de gaten te kunnen houden.

3. De volgende (de vierde) zitting wordt het huiswerk besproken. De kookwekker is gekocht. Het extra veel knippen is uitgevoerd. Het heeft echter geen merkbaar effect. Zowel Bram als Emmy vinden niet dat het knippen afneemt na het opzettelijk opvoeren ervan. Het observeren schijnt veel betere effecten te hebben. Ze hebben de opdracht strikt uitgevoerd. Emmy had zich speciaal opgedoofd en opgemaakt. Hoewel het moeilijk was om een geschikt gesprek op gang te krijgen ging het observeren goed. Bram wist later precies hoe Emmy er uit had



gezien. Beiden hadden ze waargenomen dat het observeren tot verminderen van knippen leidde. Bram is zelfs zo enthousiast geworden dat hij het in vele andere situaties heeft toegepast, bij bekenden, op het werk en bij het boodschappen doen. Op grond hiervan worden de volgende afspraken gemaakt:

- Ze zullen een dag afspreken waarop ze ieder een kwartier over hun werk zullen vertellen. Bram zal Emmy dan goed observeren.
- Zondag is Bram's moeder jarig. Bram zal daar één persoon uitkiezen en een kwartier observeren.
- Vrijdagavond gaan zij met twee collega's van Emmy eten: kwartier observeren.
- Minstens tweemaal deze week bij boodschappen doen observeren. Voor al deze situaties geldt, dat Bram achteraf moet opschrijven wat hij allemaal gezien heeft. Daarvoor zal Bram steeds een bloknotje met pen bij zich dragen. Dit zal tevens als symbool dienen voor de observatie-afspraken. Buiten de afgesproken situaties mag Bram ook observeren als hij dat wil.

4. De tweede helft van de vierde zitting wordt gebruikt voor evaluatie. Zoals uit bovenstaande al blijkt zijn Bram en Emmy zeer tevreden over de laatste ontwikkelingen. De therapeut schetst behalve deze aanpak nog twee ingangen.

Ten eerste heeft hij nog steeds de indruk dat bij Bram misschien sprake is van extra stress doordat hij veel dingen inslikt. Bram geeft echter aan dat hij juist vaak ontslagen wordt omdat hij wél zegt wat hij denkt. Emmy vindt dat Bram vaak niet zegt welke dingen hij moeilijk vindt. Bram vindt dat hij geen problemen heeft. Bovendien heeft hij niet de behoefte om altijd alles te vertellen. Tegen Emmy maakt hij alleen gewag van irritaties als zij herhaaldelijk voorkomen. Alleen t.a.v. zijn ouderlijk huis is er sprake van dat hij zich bewust inhoudt. Daarom wordt de volgende afspraak gemaakt:

- Bram zal zondagavond bij zijn ouders goed opletten op wat hem niet bevalt, waarbij hij alle spijkers die op laag water te vinden zijn moet zoeken. Zowel ouders als broers en zusters zijn objecten.

De tweede nog resterende ingang naast observeren sèc bestaat uit ontspanningsoefeningen. Dit als algemene ondersteuning. Afgesproken wordt dat daar de volgende zitting een begin mee gemaakt zal worden.

5. Zitting 5 begint met checken van het huiswerk. Al het huiswerk is naar tevredenheid uitgevoerd, behalve het observeren bij zijn ouders. De geplande avond had geen doorgang gevonden. Nieuwe afspraken worden gemaakt.

- Bram zal komende week minstens in drie sociale situaties gedurende 15 minuten steeds één persoon observeren.
- Elke keer als hij in een winkel komt zal hij observeren. Steeds geldt: achteraf opschrijven wat hij heeft gezien.
- Bram zal gesprek met Emmy hebben dat minimaal een half uur duurt. Emmy bedenkt een onderwerp waarbij zijzelf het meest aan het woord is. In dat half uur zal Bram haar tekenen.

Na het noteren van de afspraken gaan de schoenen uit en worden de lichten wat gedoofd voor ontspanningoefeningen volgens de methode van Bernstein & Borkovec (1973). Bram ontspant snel en grondig. Emmy, die in een wat minder geschikte stoel zat, had er minder plezier van.

De instructie werd op een kassetterecorder opgenomen. De cassette werd door Bram meegenomen. De komende week zou hij drie maal aan de hand van de cassette zichzelf ontspannen.

6. De komende twee weken verlopen bevredigend. Het observeren werpt steeds meer vruchten af. Bij mensen die hij goed kent gaat het Bram heel gemakkelijk af. Bij vreemden vindt hij het nog moeilijk. Zijn aandacht dwaalt dan af. Hij blijft er echter mee oefenen. In winkels observeert hij niet meer bewust. Hij is dan snel klaar of dermate bezig met wat hij moet kopen dat hij er niet meer aan denkt. De therapeut labelt dit positief omdat hieruit blijkt dat hij in die situaties kennelijk niet meer gespannen is. In de zesde zitting wordt de oude observeeropdracht t.a.v. winkels dan ook dusdanig gewijzigd dat hij in winkels alleen observeert als hij eraan denkt.

Het tekenen van en praten met Emmy vonden zij erg leuk. Het leverde een fraaie tekening op en had een versterkend effect op Bram's observatievermogen. Met het ogen dicht knijpen gaat het steeds beter. Ook in de zittingen is dit duidelijk waarneembaar. Als hij merkt dat hij weer begint te knijpen concentreert hij zich bewust op het observeren, waardoor het afneemt. De relaxatieoefeningen met het bandje worden wel als prettig ervaren, maar Bram vraagt zich af of het wel belangrijk voor hem is. Uitgaande van de gedachte 'baat het niet het schaadt ook niet' geeft de therapeut Bram in de zesde zitting de opdracht om de relaxatieoefeningen wel in het programma te houden, maar alleen uit te voeren als hij zich gejaagd en gespannen voelt. Dus niet meer op

vooraf afgesproken tijden.

Op twee avonden in zijn ouderlijk huis heeft Bram notities gemaakt van dingen die hem niet bevallen aan zijn vader, moeder en beide broers. De bedoeling hiervan was hem meer vertrouwd te maken met het idee dat er altijd wel dingen zijn die je in anderen niet zo erg aanspreken en dat je dat niet helemaal hoeft weg te stoppen. Tijdens de zevende zitting wordt hierover gesproken. De therapeut vraagt met wie van zijn familieleden Bram nu het liefst wil praten over datgene wat hij heeft opgeschreven. Bram ziet er helemaal geen nut in, maar als hij keus moet maken dan kiest hij ervoor om met zijn vader te praten. Die laat zich teveel door anderen (bv. zijn moeder) afschepen als die hem een grote mond geven. Afgesproken wordt dat Bram met zijn vader een gesprek zal hebben waarvoor hij van te voren een afspraak zal maken.

7. De achtste en laatste zitting vindt vlak voor de zomervakantie plaats. Het knippen is zeer sterk verminderd. Emmy valt het speciaal op als Bram met anderen praat. De therapeut ziet het tijdens de zittingen. Hij knippert nog wel een beetje, maar niet zo dat hij er moe van wordt of dat het voor anderen storend is. Bram zegt bovendien het gevoel te hebben het knippen onder controle te hebben. Als het ook maar even meer dreigt te worden gaat hij weer bewuster observeren. Dat helpt dan onmiddellijk.

Het gesprek met vader heeft een uur geduurd en is verlopen zoals Bram heeft verwacht. Bram heeft zelf voornamelijk het woord gevoerd. Zijn vader heeft niet veel gezegd. Bram vindt niet dat het veel heeft opgeleverd. Hij voelt er dan ook niets voor om iets dergelijks met zijn moeder te ondernemen.

De ontspanningsoefeningen beginnen wel vruchten af te werpen. Hij was bv. erg gespannen omdat een werkstuk voor school op tijd af moest zijn. Hij heeft toen een ontspanningsoefening gedaan en daarna kon hij meteen opschrijven wat hij al de hele week in zijn hoofd had zitten. Besproken wordt hoe hij geleidelijk aan de tijd die nodig is om ontspanning te bereiken kan bekorten. Tot slot wordt besproken hoe Bram in de toekomst, die in eerste instantie zal bestaan uit drie maanden vakantie, verder zal gaan. Bram heeft het allemaal al overdacht. Hij wil op grote schaal verder gaan met observeren. Niet alleen omdat het goed is voor het knippen, maar ook omdat hij vroeger een hoop niet zag. Zijn wereld is ruimer geworden en dat wil hij zo houden. Hij is niet van plan om daarvoor specifieke programmatjes op te stellen. Mocht hij eens verslappen dan zal Emmy hem eraan herinneren. De therapeut is zeer verblijd met Bram's plannen en

adviseert hem bovendien om af en toe een tekening te maken als symbool voor datgene waarmee hij bezig is.

Met een afspraak voor een follow-up, vier maanden later, en het overhandigen van een prima fles cognac aan de therapeut, wordt de behandeling beëindigd.

### Diskussie

1. Verschillende uitgangspunten hebben invloed uitgeoefend op de hier beschreven behandeling. Zowel de opvattingen vanuit de leertheorie als de stress-hypothese m.b.t. tics hebben tot bepaalde interventies geleid. Symptoom voorschrijven en relaxatie oefeningen waren op de laatstgenoemde theorie gebaseerd (vgl. inleiding). Symptoom voorschrijving had, konform de door Azrin geciteerde literatuur, geen succes. Het is natuurlijk mogelijk dat de manier waarop de opdracht tot stand kwam niet optimaal was. Ik zie echter niet waar de fout dan gelegen zou hebben, aangezien de opdracht op gelijksoortige wijze werd ingekleed als in andere gevallen. Het is ook mogelijk dat juist bij deze klient symptoomvoorschrijving niet werkte, terwijl het bij anderen met gelijksoortige klachten wel het beoogde effect zou hebben. Ik vind dit echter geen aannemelijk hypothese daar bij Bram wel degelijk sprake was van het bekende spiraalproces, waarin angst voor het symptoom het symptomatisch gedrag juist versterkt, een situatie, die meestal geschikt is voor symptoomvoorschrijving.

De relaxatie-oefeningen hadden eveneens betrekkelijk weinig succes. Ze waren wel nuttig als Bram zich gejaagd voelde en niet goed kon werken, maar oefenden geen invloed uit op het knippen. De stress hypothese krijgt dus uit de gegevens van deze therapie weinig steun. In tegenstelling daarmee worden de resultaten die Azrin met zijn 'incompatibele respons' behaalt bevestigd in deze therapie. Misschien is dit voor tics toch wel de beste benadering. Meer vergelijkend materiaal is uiteraard wenselijk.

2. Bij de vergelijking van symptoomvoorschrijving en versterking van een incompatibele respons bij de behandeling van tics wil ik niet alleen naar het primaire resultaat kijken. Als beide methoden succes zouden opleveren zou ik de voorkeur geven aan de benadering van Azrin. Het voordeel schuilt wat mij betreft in de toename van zelf-kontrolle bij de klient. Hij krijgt gereedschap in handen waarmee

hij zijn probleem ook in de toekomst, bij een eventuele terugval, te lijf kan gaan. Daar komt bij Bram echter nog iets bij. In tegenstelling tot Azrin zijn de door ons gebruikte incompatibele handelingen niet alleen van lichamelijke, maar ook van psychologische aard. De methode heeft daardoor voor Bram ook belangrijke secundaire gevolgen. De wereld wordt wijder voor hem. Hij gaat, volgens zijn eigen woorden, meer zien. Bij symptoomvoorschrijving is dat allemaal niet het geval. Succes komt, als het werkt, wel weer snel, maar wanneer later van terugval sprake zou zijn, zou de cliënt er in zijn eentje weinig mee kunnen uitrichten.

Toch wil ik nog één voordeel van symptoom voorschrijven noemen. Wanneer het als eerste methode wordt geprobeerd en het heeft niet het beoogde effect kan men daarna probleemloos overstappen op andere methodes. Voor de cliënt is er immers geen sprake geweest van mislukken. Hij heeft de opdracht korrekt uitgevoerd. De therapeut complimenteert hem en zegt dat hij (de cliënt) nu weet wat het is om het symptomatisch gedrag bewust te versterken. Daarna kan gemakkelijk op de meer rationele probleem oplossende benadering overgestapt worden. Bij Bram is het op deze manier verlopen. Andersom is echter moeilijker. Stel, dat men zonder succes circa vijf zittingen met incompatibele responsen heeft geworsteld. Het is dan moeilijk om op geloofwaardige wijze over te stappen op symptoomvoorschrijving (vgl. van Dijck, 1975). Jackson (et al?)

3. Bram is een gemoedelijke jongen, die niet gauw ruzie maakt. Ik veronderstelde bij hem een gebrek aan assertiviteit, vooral tov. zijn ouders. Hoewel hij steeds verkondigde een prima relatie met hen te hebben zaten zij toch hoog in de 'knipperhiërarchie'. Ik konkludeerde dat er nogal wat 'unfinished business' tav. zijn ouders bij hem aanwezig was. Hoewel de therapie al de goede kant opging leek het me toch zinnig daar nog iets mee te doen. Voor zover nu te overzien heeft het weinig positiefs opgeleverd. In ieder geval niet mbt. het knippen. Misschien blijkt in de follow-up, dat het in zijn relatie met bv. zijn vader toch nog een positieve uitwerking heeft gehad. Ik verwacht dat niet. Overigens geloof ik, dat indien de andere technieken geen succes hadden opgeleverd het wel noodzakelijk was geweest om wat krachtiger te intervenieren in zijn al wat al te weinig assertieve houding jegens zijn omgeving. Opkroppen en inslikken is toch vaak een fikse bron van stress, waardoor tics op zijn minst in stand gehouden kunnen worden.

4. Alleen de eerste twee en de vijfde zitting duurden langer dan een half uur (ruim drie kwartier). De andere zittingen varieerden van 20 minuten tot een half uur. Als een therapie als deze zich eenmaal op het juiste spoor bevindt, lijkt het mij zeer wel mogelijk om hem telefonisch uit te voeren. Voor drukbezette SPD lieden misschien een nuttige suggestie.

5. Na de tweede zitting werd Emmy bij de therapie betrokken. Dit werd in eerste instantie ingegeven door taxatie-overwegingen: zien of de onderlinge wijze van omgaan 'cues' oplevert bij het 'tekkelen' van het hoofdprobleem. Hoewel dat laatste niet het geval was bleef Emmy verder meekomen. De voordelen daarvan waren:

- check op de informatie; Emmy kon de door Bram gerapporteerde veranderingen en reacties op het huiswerk bevestigen.
- Emmy werd op een gegeven moment een belangrijke schakel (als 'model'). Doordat zij tijdens de zitting aanwezig was kon Emmy's toestemming om mee te werken meteen verkregen worden en kon er tijdens de zitting al geoefend worden. Als Bram alleen was geweest had zijn vriendin de informatie over het huiswerk en de rationale uit tweede hand gekregen. Het is de vraag of zij dan even bereidwillig en doeltreffend had meegewerkt.

In het algemeen heeft het mijns inziens alleen maar voordelen om een partner bij de therapie van de ander te betrekken, zelfs als er geen sprake is van relatietherapie. Alleen wanneer er praktische of motivationele bezwaren zijn kan men in gevallen als het hier beschrevene ervan af zien.

#### Referenties:

Allport, G.W. (1937): *Personality, a psychological interpretation.*

Holt & Co., New York.

Azrin, N.H. & R.G. Nunn (1973): *Habit reversal: a method of eliminating nervous habits and tics.* *Behav. Res. & Therapy*, 11(4) 619-628

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

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

Onno van der Hart:

Metaforen II

Het gebruik van metaforen houdt in, dat de therapeut verhalen of anekdotes vertelt, die op indirecte wijze op de situatie van de cliënt slaan. Als de therapeut aan het vertellen is, weet de cliënt dat, gegeven de therapeutische kontekst, ook. Maar het kan soms moeilijk voor hem zijn om de komplette boodschap bewust te dekodieren. Het is alsof een essentieel deel daarvan alleen onbewust opgevangen wordt. In de metafoor zit een embedded command, zoals Bandler & Grinder (1975) het uitdrukken. Op indirecte wijze wordt aangegeven, dat de therapeut van de cliënt verwacht dat hij lering uit het verhaal trekt en zijn wegen ten gunste verandert. De indirecte suggestie is vaak veel effectiever dan een direkte, omdat de cliënt niet in staat is daar met zijn gebruikelijke afweer (de therapeut is waarschijnlijk niet z'n eerste raadgever) op te reageren.

De vraag wordt wel eens gesteld, hoe je aan een geschikte metafoor komt. Dat is moeilijk door mij te beantwoorden, omdat ikzelf er niet veel voor hoef te doen. Ik hoef me alleen maar open te stellen voor associaties die ik ten aanzien van het probleem van de cliënt en mogelijke verandering daarin spontaan krijg. Wat ik denk dat daarbij gebeurt is het volgende: het probleem van de cliënt en een, mogelijke oplossing daarvoor heeft een bepaalde structuur. Vrij onbewust abstraheer ik die, en laat dan spontaan een nieuw verhaal daarom heen ontstaan (of herken de overeenkomst met een mij reeds bekend verhaal). Het is ook mogelijk voor me, om bepaalde aspecten uit dit proces bewuster aan te pakken. Ik denk, dat anderen datgene wat ik dan doe wel zullen herkennen. De cliënt vertelt zijn probleemsituatie. Daarnaast heeft hij meer te vertellen. Hij geeft aan, dat hij een bepaald taalgebruik heeft en dat hij goed op de hoogte is van bepaalde activiteiten of ervaringsgebieden. Van beide kan ik bewust gebruik maken in het konstrueren van een metafoor.

Al eerder heb ik het voorbeeld van "zeilen en assertiviteit" gegeven (Van der Hart, 1975), waarin iemand met assertiviteitsproblemen -en die ervaring heeft als stuurman op een zeilboot- gevraagd wordt zich de laatste ervaring weer voor de geest te halen; te voelen hoe het is het roer vast te houden, het gevoel te handhaven en vergezeld daarvan in een andere situatie te stappen waarin assertiviteit nodig is. Recent had ik te maken met een komputerprogrammeur, die in ernstige mate behept was met zelfdestruktieve en sadistische neigingen. Tegen hem hield ik een verhaal over programma's in de bio-computer: vaak niet zo goed uitgewerkt als in het komputerbedrijf, vaak ook lopen programma's door elkaar heen. Het is ook mogelijk, dat in de sfeer van de bio-computer bepaalde banden met speciale programma's helemaal achter vele andere zijn gestopt en amper meer tevoorschijn komen. Dat een voorbeeld van zo'n weggestopt programma is "ik vind dit en dit goed van mezelf ... ik vind mezelf goed". Dat het mogelijk is dat programma weer op te zoeken en af te draaien. Dat dit nu op onbewuste en bewuste wijze kan gebeuren .... enzovoort.

Een aantal metaforen zijn bijzonder geschikt voor algemeen gebruik. Een uitstekend voorbeeld heb ik uit de Morita therapie (Reynolds, 1976). Dat voorbeeld is te geven voor typisch neurotische mensen met een hoog streefnivo en of perfektionisme en die gehinderd worden door hun symptomen, en daardoor hun doel niet bereiken. Het is de vergelijking van een mensenleven met een rivier. Het eigene van een rivier is dat 'ie stroomt: van z'n bronnen naar de zee. (Met mijn hand maak ik onder het vertellen de geëigende beweging). In de rivier komen rotsblokken voor, hier, daar, en daar weer.... Als de rivier daar tegen aan gaat botsen om ze uit de weg te ruimen, kunnen er problemen ontstaan: opstoppingen, overstromingen, enz. Maar de rivier kan, en dat doet 'ie ook, er ook langs gaan. Ontkent daarmee niet, dat ze er zijn -geenszins-, maar blijft er niet bij stil staan. Neemt ze voor wat ze zijn, niet meer en niet minder.



En zo is het ook in het mensenleven. (Hier wordt de metafoor uitgelegd, maar in termen van het leven van de cliënt: dat mag hijzelf invullen). De rotsblokken, dat zijn de hindernissen in ons (!) leven, onze klachten en onze beperkingen. En we kunnen daar tegen aan blijven botsen bij stil blijven staan, en onszelf verhinderen verder te stromen, waar, als we dat doen, wel weer nieuwe blokken kunnen tegenkomen, waar weer langs gaan.

Na dit verhaal zeg ik niet: leg nu eens uit wat dit voor je betekent, om daarmee het risico te lopen dat bestaande interpretatie kaders weer in leven geroepen worden. Nee, mijn suggestie is dat de cliënt in de komende week een grote tekening of een schilderwerk van die rivier met rotsblokken maakt; dat ook zeer gekonsentreerd doet, en de prent vervolgens op een speciale plaats in huis ophangt en daar elke keer als hij in zijn dagelijkse leven een rotsblok ontmoet naar kijkt en ziet hoe de rivier langs de obstakels heen stroomt.

Het is ook mogelijk dat de cliënt z'n prent de volgende keer meeneemt en dat aan de hand daarvan verder op metaforische wijze gekonverseerd wordt.

Tanja Rubinstein (1976) gaat op nog een andere manier met de rivier om. Zij vertelt de cliënt eerst dat je een mensenleven met een rivier kunt vergelijken en ... (zie boven). Daarna vraagt zij hem, gezeten in een relaxstoel, zich dat voor te stellen. Ze houdt een boeiend verhaal over de loop van de rivier; schildert stroomversnellingen en rustige, brede stukken, rotsblokken, bruggen, een enkele tunnel, enzovoort. Ze vlecht daarin de activiteiten die de cliënt zo graag zou willen ondernemen maar waar hij nooit toe komt. "En terwijl je verder drijft, zie je jezelf de naam van een fluitleraar in het telefoonboek opzoeken en hem opbellen om een afspraak te maken, terwijl de rivier weer verder stroomt en je een brug ziet naderen..." Een projectie in de toekomst, een geheel van posthypnotische suggesties. Een andere uitstekende metafoor uit de Morita therapie is die van het Japanse (zeg Hollandse) weer.

Soms is de hemel stralend blauw, 't is prachtig weer en de zon schijnt (soms duurt dat ook te lang) en soms zijn er wolken, is het weer somberder. We kunnen er geen invloed op uitoefenen, maar we weten dat het weer weer is omdat het dan een blauwe lucht biedt, dan een bewolkte hemel. We kunnen niets anders doen dan die zeer natuurlijke zaak te aksepteren zoals die is. En zo is het ook met onze stemmingen: soms voelen we ons heel prettig - een stralende hemel gelijk-, soms voelen we ons somber -bewolkt. Zo is het, dat is onze natuur. Er zit niets anders op dan ons weer te aksepteren zoals het is en te doen wat we moeten doen...

Het volgende verhaal, een Zen koan met kommentaar (Kubose, 1973) gaat in dezelfde richting. Ik heb dit op een stencil staan en gebruik het soms als motiving tot het uitvoeren van een paradoxale opdracht.

"Een monnik vroeg Tozan: "Hoe kunnen we ontsnappen aan de kou en de hitte?" Tozan antwoordde: "Waarom zou je niet daarheen gaan waar geen kou en geen hitte is?" "Bestaat er zo'n plaats?" vroeg de monnik. Daarop merkte Tozan op: "als het koud is, wees door en door koud; als het heet is, wees door en door heet."

Kommentaar:

Hitte en kou veroorzaken ongemak; zij vertegenwoordigen moeilijkheden in ons leven. Wat moet men doen als er moeilijkheden ontstaan? Als men eraan kan ontsnappen is dat prima. Maar aan vele levensproblemen kan men niet ontkomen. Waar is de plaats van geen moeilijkheden? Zen zegt: wordt één met de moeilijkheid. Als het een hete dag is, roep niet uit: "oh, wat heet, oh wat heet! wat moet ik doen"? Aanvaard en wees de hitte in plaats van erover te klagen of te proberen eraan te ontsnappen. Wat het ook is, als we er helemaal één mee worden, worden we de meester in plaats van het slachtoffer."

Ik merk, dat ik vrij veel metaforen uit het oosten haal.

Zo ook de uitspraak "een tocht van 1000 mijl begint onder je voeten" (Lao Tzu, 64), waar ik mee aan kom zetten (vergezeld van mijn sympathie voor zijn streven) als mijn cliënt hoge, schier onmogelijke aspiraties koestert. Aspiraties die hem enerzijds verlammen en anderzijds de neus doen ophalen voor het volbrengen van taken van iets geringer afmetingen. Die trip van 1000 mijl impliceert de ons wel bekende "kleine stapjes", maar beklemtoont als metafoor sterker de continuïteit tussen wat je nu doet en waar je uit wilt komen. Subtiel, wellicht, maar wel essentieel dacht ik. Let overigens ook op het gebruik van het woordje "je" in de uitspraak. "Je", dat slaat op iedereen (waaronder mijn cliënt), maar ook op hem in het bijzonder. "Je", dat ben jij. Een hypnotische suggestie ook nog.

Veel van de hier genoemde metaforen worden uitsluitend op verbale manier gebruikt. Je kunt er echter ook meer actie mee laten bedrijven (zoals al bleek uit het schilderen van de rivier). De rituele handelingen die ik eerder beschreven heb -ten aanzien van het verwerken van een echtscheiding en van het falen in werk en ontslag (Van der Hart, 1976a)- zijn daar voorbeelden van. Het verhaal van de sjoelbak evenzeer (Van der Hart, 1976b). Perelaer (1976) geeft een leuk voorbeeld, waarin de relatie tussen het probleem en de symbolische handeling door de cliënt gelegd werd, maar dat geen onderwerp van bespreking werd. Het gaat over een weinig assertief meisje dat razend op haar werkgever was en dat helemaal niet kon uiten. De therapeut vroeg haar op te schrijven wat haar over die man inviel. Ze leverde een lauw verhaal in; woede sprak er geenszins uit. De therapeut hield die zitting kort. Gaf haar de suggestie om in de komende week een middag agressieve muziek op de piano te spelen (ze kon goed improviseren) en daarbij hoefde ze juist aan niemand te denken; het ging alleen maar om dat soort muziek. De keer daarop kwam een geheel ander iemand binnen: iemand die voor zichzelf kon opkomen en haar therapeut niet meer nodig had. Ze had de opdracht uitgevoerd, haar baas de waarheid gezegd, goed opgetreden in een sollicitatiegesprek, en was in het algemeen duidelijker naar andere mensen geweest. En nu kon ze het zelf wel verder redden.

Slaat zo'n metafoor nu altijd aan? Neen. Vaak wel, maar soms niet. Zoals in het geval van de jonge vrouw die, na maanden rondhangen en lummelen, opeens een baan moest hebben en een eigen woning en mij preste dat een-twee-drie voor elkaar te brengen. "Geduld", dacht ik, "geduld is een schone zaak", en ik begon haar het verhaal te vertellen van de jonge man -in China- die er op gebrand was les te krijgen van een beroemd meester, in het zwaardvechten meen ik, en aangenomen werd ... om de eerste twee jaar niets ander te doen dan de bladeren te vegen. Dat kon ik haar niet allemaal vertellen, want ze onderbrak me na de eerste zin met "ik ben hier niet om verhaaltjes aan te horen; die vertel je maar als ik een baan heb en een eigen woning. Dan mag je een keertje langskomen." Het was toch zo'n aardig verhaal; voor mij, niet voor haar.

Nabespreking:

(1) Ik stuit op een intrigerende vraag: hoe zit het met de mate waarin iemand zich bewust is van het verband tussen de metafoor (het verhaal, de symbolen, het ritueel) en zijn problematiek? Ik ben van mening, dat het bewust zijn daarvan slechts in beperkte mate -en vaak ook helemaal niet- nodig is. De therapeut heeft, met zijn metafoor, een boodschap aan het onbewuste van de cliënt. Soms moet diens bewuste tevreden gesteld, of beziggehouden, worden, wil de boodschap aan het onbewuste doorgelaten worden. De therapeut kan daarbij gebruik maken van een betekenis van de metafoor, die de cliënt bewust kan en die hem aanspreekt. Een zeer ervaren hypnotherapeut (waar ik mijzelf nog niet toe reken, en waarvan Erickson het schoolvoorbeeld vormt) kan een heel betoog houden, waarbinnen een andere boodschap -aan het onbewuste- verpakt zit.

Het kenmerkende van een symbool is juist dat er verschillende bewustzijnsnivo's bij een rol spelen. Er zijn bewust bekende betekenissen, betekenissen die zich aan de rand van het bewuste te bevinden en volledig onbewuste betekenissen. Daarmee onderscheidt het begrip zich van een teken dat volgens afspraak slechts naar één bekend ding verwijst. "A sign is an analogous or abbreviated expression of a known thing. But a symbol is always the best possible expression of a relatively unknown fact, a fact, however, which is non the less recognized or postulated as existing" (Jung, 1964, p. 107).

(2) Dan doet de vraag zich voor, hoe de vaardigheid om ge-eigende metaforen te bedenken ontwikkeld kan worden. Ik denk, dat een variant van de Mutual Storytelling Technique (vgl. Oudshoorn, 1976) een aardig hulpmiddel kan zijn. De ene trainee vertelt de ander een al dan niet denkbeeldig probleem aan de ander. Die dient er, eventueel na nog wat informatie te hebben ingewonnen, op te reageren met: "dat doet me denken aan ...." en verweeft in een verhaal niet alleen de structuur van het probleem maar ook die van een mogelijke oplossing. Hij kan zich ook openstellen voor beelden die in hem opkomen, maar waarvan de structuur hem niet direkt duidelijk is; associaties waarvan je de logica in eerste instantie ontgaat. Het gaat om jezelf open te stellen voor je eigen creativiteit. Om dat te leren, kan het begrip "ontwikkelen" een hulpmiddel zijn: je wikkelt iets af van wat er al is en zich voor kan doen. Zoals Lao Tzu (48) opmerkt:

"Minder en minder wordt gedaan

Totdat geen-actie bereikt wordt.

Als niets gedaan wordt, blijft niets ongedaan."

Het oefenen is dus geen prestatie gericht bezig zijn, maar een spelletje. Al spelende realiseer je je waarheid van de Boeddhistische uitspraak, dat het gehele heelal in het topje van de haar van een gouden leeuw zit (Chang, 1972).



Referenties:

Bandler, R. & J. Grinder (1975): Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M.D. Vol. I Meta Publications, Cupertino, Cal.

Chang, G.C.C. (1972): The Buddhist teachings of totality. George Allen & Unwin, Londen.

Hart, O. van der (1975): Zeilen en assertief gedrag van de therapeut. TDT, 2 (10), 22-25.

-- (1976a): Relaties en rituelen (III) Twee individuele voorbeelden. TDT, 3(6), 54-61.

-> (1976b): De sjoelbak. TDT, 3(5), 34-35.

Kubose, G.M. (1973): Zen koans. Regnery, Chicago.

Lao Tzu: Tao Te Ching; a new translation by Gia-Fu Fen & Jane English. Wildwood House, Londen.

Oudshoorn, D. (1976): Waarom ik individuele therapie van kinderen en jongeren (vaak) een goede zaak vind... TDT, 3(6), 38-48.

Perelaer, E. (1976): Persoonlijke mededeling.

Reynolds, D.K. (1976): Morita Psychotherapie. University of California Press, Berkeley.

Rubinstein, T.H. (1976): Persoonlijke mededeling.

*Jung, C.G. (1949): Psychological Types  
Routledge & Kegan Paul, London.*

35

Strengere religieuze opvattingen en direktieve therapie:  
Ervaringen met Jehova's Getuigen

---

Kees van der Velden

In het Paasnummer schreef Kees Hoogduin een zeer praktisch artikel over de wijze waarop de direktieve therapeut cliënten met strenge (m.n. kalvinistische) religieuze opvattingen kan benaderen (Hoogduin, 1976). Zijn we met kalvinistische opvattingen allemaal wel min of meer vertrouwd, in mindere mate is dat het geval met de opvattingen van uitgesproken sektariërs, zoals de leden van het Wachttorengenootschap, de Jehova's Getuigen.

Over Jehova's Getuigen wordt ongunstig geoordeeld. Zij zouden wreed zijn (o.m. vanwege het feit dat zij geen bloedtransfusie toestaan, ook niet bij kinderen, ook niet bij levensgevaar), zelfvoldaan (o.m. omdat zij zich zichzelf uitverkoren achten) en ook brutaal (omdat ze ons op zondagmorgen uit bed bellen). Het is algemeen gebruik om Jehova's Getuigen onbeleefd te bejegenen, vooral omdat zij op normale verzoeken om het onderhoud te beëindigen niet zouden reageren: 'Dan zetten ze gewoon hun voet tussen de deur'. In christelijke kring bestaat wel een ambivalent soort van bewondering voor de door Jehova's Getuigen aan den dag gelegde 'wereldverzaking' en 'geloofsijver'.

Jehova's Getuigen zijn sterk op elkaar aangewezen, niet alleen vanwege de vijandige bejegening door de buitenwereld, maar ook ter wille van de instandhouding van hun geloof en typische levensstijl.

Het is voor een Getuige van Jehova een grote stap om zich aan therapie te 'onderwerpen'. Wanneer aan deze therapie een medische tint kan worden gegeven gaat het nog wel, maar wanneer men zich bij een niet-gelovige moet melden teneinde zijn opvattingen en gedrag te laten herzien, wordt de vrees voor 'verkeerde invloeden' groot.

De heer en mevrouw Beige (beiden ongeveer 35 jaar)

worden aangemeld wegens 'overspanning' van mevrouw, conflicten in het huwelijk en moeilijkheden in de relatie tussen de man en zijn 12-jarige zoon, waarbij mevrouw haar partner erg onverstandig vindt optreden.

Bij het doornemen van de antwoorden op de Vragenlijst bij aanmelding komt hun lidmaatschap van het Wachttorengenootschap ter sprake, en de vrees van speciaal de man voor beïnvloeding door onze Stichting (die ook nog 'Interkerkelijk' in haar naam heeft staan).

De therapeut maakt duidelijk dat reeds heel wat Jehova's Getuigen dit paar zijn voorgegaan, dat een therapie totnogtoe nimmer resulteerde in een verandering van levensbeschouwing (althans niet bij de behandelde Jehova's Getuigen) en dat dit denkkelijk mede valt toe te schrijven aan het feit dat onze therapeutische adviezen eigenlijk alleen betrekking hebben op alledaagse, 'gewone' problemen.

Het paar reageert gerustgesteld. Wanneer de therapeut dan suggereert dat het Wachttorengenootschap onze Stichting weleens met een flinke subsidie zou mogen bedenken wordt de stemming van het paar zelfs opgewekt.

Het contact tussen de partners blijkt met uitgebreide 'monitoring' spontaan te verbeteren (vgl. Lange, 1975). Ook ter verbetering van het contact tussen vader en zoon wordt een turf-systeem gebruikt. De vader blijkt zich het meest aan zijn ongedurige zoon te ergeren tijdens de driemaal per week plaatsvindende Wachttorengenootschap-bijeenkomsten (die elk twee uur duren). Hij houdt bij welk gedrag van zijn zoon hem precies ergert en hoe hij er tijdens deze bijeenkomsten op reageert ('Heb Piet de Wachttorenen afgenomen'), terwijl mevrouw zich hier niet mee mag bemoeien. De vader ontwikkelt snel redelijke korrektiemiddelen en meer affektie t.o.v. zijn zoon. Wanneer de therapie wordt afgesloten vraagt de heer Beige nog een stapeltje turf-formulieren voor het geval hij weer mocht 'terugvallen'.

Komplikaties konden in deze therapie voorkomen worden door de uitgesproken respektering van de levensbeschouwing van de cliënten, het geven van geruststellende informatie over het verloop van therapieën van cliënten met dezelfde opvattingen en het benadrukken van de bescheiden pretenties van therapie; dit laatste biedt de cliënt de mogelijkheid ook zelf over 'hoge' en 'diepe' zaken te zwijgen.

Ingewikkelder is het volgende geval. Het lidmaatschap van het Wachttorengenootschap speelt hier een belangrijke rol in het door cliënte gepresenteerde probleem. Ik beschrijf deze therapie wat uitvoeriger.



Mevrouw Mauve , 47 jaar, geen partner, gehandicapt (loopt met krukken wegens een heupafwijking die al vanaf de geboorte bestaat), zonder werk en Getuige van Jehova, komt in therapie vanwege moeheid, gespannenheid, lusteloosheid.

De oorsprong van deze klachten hangt samen met het eerste probleemgebied dat cliënte en ik onderscheidde: het contact met de familie. Vier jaar geleden zou zij een vreemde paniekaanval gehad hebben, onmiddellijk na een nieroperatie. Doorvragend blijkt deze paniek toch niet zo vreemd: aan de operatie was een konflikt met haar broer en schoonzuster voorafgegaan. Kliënte had hun min of meer opgedragen haar als Jehova's Getuige te laten begraven wanneer de operatie, die zonder bloedtransfusie zou worden uitgevoerd, onverhoopt zou mislukken. De katholieke familie voelde zich door cliënte voor het blok gezet en verbrak het kontakt. Sindsdien mist cliënte haar familie, m.n. een bepaald neefje, maar ze durft geen kontakt met hen te zoeken, ten eerste omdat ze bang is dat de familie haar andermaal zal afwijzen, ten tweede omdat zij haar geloof niet wil loochenen.

Het tweede probleemgebied is haar gezondheid. Kliënte klaagt over vloeiingen die in ernst toenemen. Deze zijn het gevolg van een myoom van de baarmoeder, dat eigenlijk, tegelijk met 'de rest', 'weggehaald' zou moeten worden; maar het is niet alleen moeilijk een gynaekoloog te vinden die dit doen wil zonder in geval van nood bloedtransfusie te mogen toepassen, cliënte's konditie is eigenlijk te slecht om een operatie te kunnen doorstaan. Ze heeft nauwelijks lichaamsbeweging en voedt zich met chips en bamihapjes.

Overigens verwaarloost cliënte niet alleen zichzelf, ook haar huis is niet meer om aan te zien. Het schijnt dat menige kamerplant dood in z'n pot staat, te meer daar de gezinshelpster, die haar eenmaal per week assisteert, weinig interesse in planten heeft.

Het derde probleemgebied is het kontakt met haar geloofsgenoten. Want hoewel Getuige van Jehova in hart en nieren, is cliënte over de 'broeders' en 'zusters' slecht te spreken. Hovaardij viert hoogtij. Het feit dat cliënte niet naar de samenkomsten gaat wordt niet aan ziekte maar aan luiheid toegeschreven. Er wordt over haar geroddeld. Men is het er niet mee eens dat zij een therapeut bezoekt (vóór mij zag ze er trouwens al twee). Hartelijkheid of medeleven is met name bij de 'zusters' ver te zoeken. De enige met wie nog te praten valt is 'broeder' Zwart, maar die is nou net getrouwd met een 'zuster' die cliënte van tijd tot tijd een lesje geeft. De therapeut vond het moeilijk hierop te reageren omdat bijv. het ontraden van kontakt met deze mensen meteen als een daad van vijandigheid jegens het Wachttorengenootschap uitgelegd zou worden (door cliënte zelf).

Het vierde probleem is het kontakt met de therapeut. Kliënte overspoelt de therapeut met nare verhalen, demonstreert de verwachting langdurig 'begeleid' te worden (de verwijzer had haar dat ook gesuggereerd) en toont zich weinig geneigd binnen de haar toegemeten

tijd te blijven.

Behandeling:

1. Om aan de eerste drie problemen iets te kunnen doen moest eerst het laatste opgelost worden. De therapeut attendeerde . cliënte er regelmatig op dat haar spreektijd nu voorbij was, maar dit hielp niet. Grof ingrijpen zou dit probleem kunnen oplossen, maar dat wilde en durfde de therapeut niet. Hij koos toen de volgende lafhartige oplossing. Hij zei tegen cliënte dat hijzelf altijd moeilijk de tijd in de gaten kon houden en nodigde haar uit dit voor hem te doen. Dit gebeurde tijdens de tweede zitting. Bij de derde zitting had cliënte een pakje bij zich. Hoewel de therapeut alleen cadeautjes accepteert wanneer de cliënt (sterk) verbeterd is, kon hij dit pakje moeilijk weigeren. Cliënte zei hem namelijk dat in het pakje iets zat dat de kwaliteit van zijn werk ten goede zou kunnen komen. Het pakje bevatte een wekker, precies in de kleur van de stoelen van de spreekkamer. Het opwinden en afstellen van de wekker vormde nadien een ritueel waarin zowel cliënte als de therapeut plezier hadden. Het ijs was hiermee gebroken.  
Door haar steeds huiswerk mee te geven en flinke spaties tussen de afspraken aan te brengen bleef de gevreesde regressie naar vergaande afhankelijkheid uit.
2. Het familieprobleem zat cliënte het meest hoog. Op advies van de therapeut schreef zij een concept voor een brief aan de familie. Dit concept was dermate ambivalent van toon (enerzijds smekend, anderzijds behoorlijk uit de hoogte), dat besloten werd deze brief niet te verzenden. Cliënte zou er niet tegen opgewassen zijn wanneer de familie met een koel 'We willen geen contact met jou' zou reageren. Nee, zo besloten cliënte en therapeut, zo lang cliënte niet voldoende 'veerkracht' zou hebben om een evt. negatieve reactie van de familie soepel op te vangen zou het zenden van zo een brief prematuur zijn. Het doel van de behandeling zou nu 'het vergroten van de veerkracht' worden.
3. Veerkracht heeft drie hoofdkomponenten (zo redeneerden cliënte en therapeut):
  - geloof;
  - gezondheid;
  - vrienden.

Hoewel het met cliënte's geloof dik in orde was, moest onderzocht worden of cliënte's geloofsgenoten niet tevens haar vrienden zouden kunnen worden. De therapeut gaf cliënte de instructie deze vraag te gaan bespreken met 'broeder' Zwart, en daar nadrukkelijk bij te vermelden dat de therapeut van de Interkerkelijke stichting het zeer op prijs zou stellen wanneer 'broeder' Zwart het nodige zou willen ondernemen om cliënte hierbij te helpen. Zoals bedoeld en verwacht was 'broeder' Zwart zeer verbaasd over dit verzoek, maar hij moest cliënte mededelen dat de bestaande vooroordelen tegen haar moeilijk opgeruimd zouden kunnen worden (hij zei het met iets andere woorden). Hoewel dit een zeer harde boodschap was, waren zowel cliënte als 'broeder' Zwart ervan overtuigd dat het bezoeken van deze therapeut geen gevaar voor de levensbeschouwing van mevrouw was.

Het verbeteren van de gezondheid van cliënte geschiedde d.m.v. eenvoudige dieetadviezen, die aanvankelijk niet werden uitgevoerd.

De therapeut had deze adviezen gepresenteerd als ingrediënten van iets dat nog belangrijker is dan gezondheid, nl. 'het goed voor jezelf zorgen'. Toen cliënte naliet deze raad op te volgen, deed hij iets dat - achteraf - een 'ritueel' genoemd zou kunnen worden: hij haalde een schaar, knipte de top van een citroengeranium af, en ook de top van een coleus, deed deze stekken in een plastic zak en zei cliënte deze stekken als gezonde jonge planten terug te brengen.

De symboliek van deze - door een zekere boosheid ingegeven - interventie, die ik op dat moment absoluut niet in de gaten had, doet misschien een beetje banaal aan, maar werkte wel. Inderdaad kreeg ik een paar zittingen later twee prachtige planten, maar wat belangrijker was: cliënte had zichzelf intussen uitstekend verzorgd.

Door haar verbeterde konditie durfde een gynaekoloog het aan haar te opereren en herstelde zij heel goed.

4. Na acht zittingen besloot de therapeut de behandeling voorlopig te stoppen. Mevrouw mocht nog vier zittingen 'opnemen', maar maakte daarvan geen gebruik.

Om dit verhaal up-to-date te maken belde ik haar vandaag op. + Het ging goed met haar en de planten stonden er gezond bij. Het contact met de Jehova's Getuigen is nog steeds matig: 'Het blijven eigenheimers'. Via haar moeder had ze contact willen zoeken met broer en schoonzus, maar moeder had dermate afwijzend gereageerd, dat cliënte dit plan op de zeer lange baan heeft geschoven. Ook haar familie bestaat volgens haar uit 'eigenheimers'. Cliënte is lid geworden van een zwemklub voor gehandicapten, wat goed bevalt. Ze heeft zich laten inschrijven bij een vereniging voor paardrijden. Haar maaltijden verzorgt zij nog steeds goed.

In het bovenstaande zou de indruk gewekt kunnen worden dat het zelfs een speciaal voordeel is wanneer de cliënt tot de Getuigen van Jehova behoort. Dat is natuurlijk niet het geval.

Wanneer bijv. één van de partners lid van het Wachttorengenootschap is (wat in de praktijk betekent dat de ander er vijandig tegenover staat), is relatietherapie illusoir. Elk gedrag waarop de ander kritiek heeft of dat hij graag veranderd zou zien wordt dan verdedigd met argumenten aan de godsdienst ontleend.

+ Vijf maanden na de laatstgehouden zitting.

#### Referenties

- Hoogduin, C.A.L. (1976): Strenge religieuze opvattingen en direktieve therapie. TDT 3 (6), 10 - 14  
 Lange, A. (1975): Onderzoek als deel van het therapeutisch arsenaal. TDT 2 (10), 30 - 33

1 Inleiding.

Ik was er allang van overtuigd geraakt, dat korte behandel-  
lingen (hooguit 16 zittingen, maar als regel minder dan 12) . .  
door de bank genomen even effectief zijn als langdurige,  
en mede daarom verre te prefereren. In de loop der jaren  
heb ik echter ook nogal wat zéér korte therapieën gedaan van  
hooguit 4-5 zittingen. In dit artikel ga ik na welke factoren  
deze korte duur bepalen, hoe de resultaten zijn en of er spe-  
ciale verschillen(in techniek bv.) zijn met de "gewone" korte  
therapieën (GKT) die de zeer korte behandeling (ZKT) de moeite  
waard maken. Gewoontegetrouw geef ik eerst een litteratuuroverzicht

2 Litteratuur.

.1 Het bestaansrecht van korte therapie.

De duur van de behandeling is van stonde af aan een kontro-  
versiëel punt geweest. Het eerst symposium over korte psycho-  
therapie is in 1942 in Chicago gehouden. Protagonisten van vol-  
waardige korte behandelingen stuiten op de skepsis van de meer-  
derheid, die er een heel klein plekje aan wil toekennen. De op-  
vattingen aldaar en sindsdien zijn door Malan (1963) in de vol-  
gende categorieën ingedeeld:

a het konservatieve standpunt

selektie van uitsluitend akute  
symptomen, bij au fond goed-aan-  
gepaste personen, alleen dan  
wanneer langdurige therapie niet  
te verwezenlijken is.

de techniek behoort op een be-  
trekkelijk oppervlakkig nivo te  
blijven. dromen,overdrachts-  
verschijnselen en de infantiele  
wortels blijven buiten beschou-  
wing.

de resultaten zijn in wezen pal-  
liatief en vaak tijdelijk, en be-  
staan alleen uit verdwijnen van  
het symptoom;diepere veranderin-  
gen zijn er niet bij.

b het radikale standpunt

goede resultaten zijn vaak mo-  
gelijk bij langdurige en ernsti-  
ge gevallen. korte methodes heb-  
ben hun eigen positieve indika-  
ties en zijn in bepaalde geval-  
len te verkieszen boven langdurige.

er is geen essentiëel verschil  
in techniek.

er is geen wezenlijk verschil in  
resultaat. zeer vèrrijkende ver-  
anderingen zijn mogelijk.

\* In dit artikel verder af te korten met ZKT

Het konservatieve standpunt wil dan ook niet verder gaan dan te stellen, dat de prognose van korte therapieën het beste is in lichte gevallen, die akueel en recentelijk zijn ontstaan. Maar op hetzelfde kongres is ook al mededeling gedaan van goede resultaten bij psychotiese, psychopatische, karakterneurotiese en delinkwente personen. De school van Stekel aksepteerde ook "perversies, homoseksualiteit, verslaving en psychose". De discussie is dus al oud en dezelfde argumenten kun je ook nu nog beluisteren.\*\* Wie geen oren heeft om te horen is ook niet te overtuigen.

→ Mij is herhaaldeijk gebleken hoe moeilijk aanhangers van de langdurige psychoanalytische of vergelijkbare werkwijzen kunnen bevatten wat de kracht en de essentie is van korte therapie of direktieve therapie. (dus nog geheel afgezien van economische aspecten.) Men denkt aan nogal willekeurige manoeuvres of trukjes, "oppervlakkige" symptoombestrijding en/of toedekken van het "onderliggende neurotiese konflikt". Men mist helaas het wezenlijke waar het in psychotherapie om gaat, namelijk de groei en ontplooiing van de -in een impasse verkerende- persoonlijkheid. Het ontgaat hun blijkbaar, dat de luttele zittingen waarin ernstige symptomen zijn opgeheven - doordat een stilstand (blokkade, impasse) werd opgeheven - de mogelijkheid opleveren van verandering en groei naar een geslaagder persoonlijkheid, bevredigender relaties en betere algehele aanpassing en ontplooiing. Nogmaals, dat proces begint weer in de korte behandelingsperiode maar het loopt daarna door (omdat er geen barrière meer is), eventueel het ganse leven lang, zonder dat de therapeut hierbij nodig is\*. Wie korte therapie bedrijft (zoals Haley, Erickson en Direktieve Therapeuten) is trouwens niet zo kortzichtig alleen acht te slaan op het symptoom (of mutatis mutandis de crisisverschijnselen), hij heeft een blauwdruk van levensfasen, faseproblemen, drempels waarvoor een mens kan blijven steken en zoekt naar de snelste en beste manier om de blokkade op te heffen\*  
 Deze voorafgaande opmerkingen leken me noodzakelijk, omdat ze des te meer relevant zijn bij de zéér korte therapie. (ZKT)AA

\*vergelijk ook L.R.Wolberg(1965) hfdstVI

\*\* Ook tegenover de gedragsterapie. H.C.Halberstadt-Freud wil die zelfs niet tot de psychotherapie rekenen.

.2 Litteratuur over zéér korte therapie (ZKT)

Malan rapporteert ook -zonder er veel bizondere aandacht aan te besteden- enige therapieën van 1 - 4 zittingen, te weten: drie van Knight(1937), één van Berliner(1941), één van Saul(1951) drie van Rothenberg(1955) en vijf van Alexander en French. Een bekend voorbeeld is ook door Jones(1955) beschreven, te weten Freuds behandeling van Gustav Mahler in vier uur.

Voorts zijn er ettelijke artikelen over crisis-interventie, waarbij de kontakten normaliter ook kort (en intensief) zijn. Wanneer men een crisisinterventiemodel in een Child Guidance Clinic of in een MOB \* toepast blijkt dit ook bij nauwelijks-krisisachtige gevallen in een groot aantal gunstig verlopende ZKT-en te resulteren. Een paradoksaal effect mag ook niet onvermeld blijven: klienten die met dit speciale model geholpen worden blijken in een verrassend hoog percentage gemotiveerd te geraken, ook als er nog een serie zittingen aan vastgeknoopt dient te worden.\*\*

Er zijn diverse uitstekende artikelen over korte therapie, zoals bv van Weakland, Fisch, Watzlawick en Bodin, en het artikel van Mara Selvini Palazzoli, maar ze vallen buiten het bestek van dit artikel omdat er met series van tien zittingen wordt gewerkt.

3 Een duik in mijn archief.

Ik ben begonnen met alle gevallen sinds 1974 te verzamelen van hooguit vijf kontakten. Het eerste beeld is onthutsend: 28 gevallen(alle beëindigd)waarvan er slechts bij 12 een gunstig direkt resultaat is. Maar ik moet enige korreksies toepassen. Allereerst zijn er twee kategorieën niet als ZKT op te vatten: 1 verkeerde verwijzingen - de patiënt had naar een andere specialist verwezen moeten/willen worden, of hij heeft totaal verkeerde informatie over mijn behandelingsmogelijkheden gekregen. Kenmerkend is dat er dan geen deugdelijk behandelingskontraakt kan worden afgesloten. Totaal vier gevallen in deze kategorie.

Zie Appendix voor voorbeelden.

\* Een model is van Ewalt (1973~~4~~)afkomstig en wordt sedert ruim twee jaar op het MOB van de Interkerkelijke Stichting Rotterdam toegepast.

\*\*Dit effect treedt met name op bij kliënten uit de lagere sociale klassen, en geldt het sterkst voor de vaders! Overigens mag hier niet uit worden afgeleid dat het doel van (zeer)korte therapie is om er een langere therapie van te maken, integendeel!!

2 onderzoeken - af en toe zie ik een patient enkele malen met een gerichte vraagstelling, om een advies over behandeling en/of uithuisplaatsing te geven. In totaal twee gevallen. Zie appendix: "de ontremde Benjamin" en "de loslopende puber"

Ik houd nu 28-6=22 gevallen over. Zie de Tabel.

Enige tijd geleden heb ik mijn "suksespercentage" geschat op 66% over de hele lijn en zelfs 75% voor MOBbehandelingen. De bevindingen in deze groep ZKT\*lijken daarmee strijdig te zijn. Wat ook opvalt is dat er betrekkelijk veel voortijdig beëindigde (eenzijdig afgebroken) therapieën voorkomen, namelijk 8 gevallen. Slechts in één geval (de sluimerende boerendochter) was het direkte resultaat gunstig. Daar staat tegenover dat er ook twee gevallen zijn van in onderlingeovereenstemming afgesloten zaken met ongunstig direkt resultaat. (bij "Zenuwachtig Gezin" was er geen goed behandelingskontraakt af te sluiten: de afstand werd te groot gevonden en de aanpak te sophisticated. Voor de kasus van de neurotiese jongeman, zie Appendix.) Bij nader inzien is er geen principieel verschil met de (overige) voortijdig beëindigde therapieën.

Ik wil uiteraard niet beweren dat VT-gevallen niet tot ZKT behoren! (Trouwens ik ben lang niet altijd ontevreden met voortijdige beëindiging, namelijk in die gevallen waarin er veel slechte en weinig goede prognostiese tekenen zijn waar te nemen\*\*)

En ook, wanneer het paar kort na de start van een echtpaarbehandeling op deze beslissing terugkomt en onverwacht wil scheiden, of de oude status quo wil handhaven, of wanneer een verloofd stel kort na de start van de vaginismebehandeling uiteen gaat, behoeft dit effect niet noodzakelijkerwijs ongunstig te worden genoemd.)

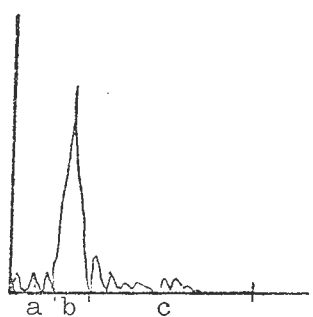
Ik deel de mening van velen, dat de beginfase van een behandeling doorslaggevend is. Laat ik eerst nog eens kijken naar onze Grootmeester Erickson. Als ik de beschrijvingen in "Uncommon Therapy" goed begrijp, dan verloopt het proces van de korte therapie in drie fasen.

\*\* De in verschillende nummers van dit tijdschrift opgesomde slechte en goede tekens bleken verrassend veel voor te komen. Helaas voert het te ver hier van geval tot geval op in te gaan. In het bijgevoegde materiaal kan de lezer ze ten dele zelf uitdestillieren.

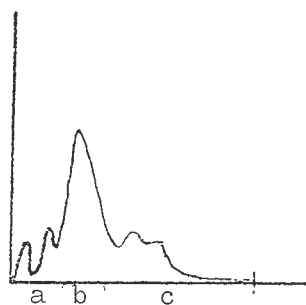
\* ZKT = Zeer Korte Therapie.

- a een (meestal erg korte) fase van informatieverzamelen;
- b de kritieke zitting waarin het beslissende direktief op de juiste wijze wordt overgebracht. Dan volgt de uitvoering en daarmee de ommekeer (verandering).\*\*
- c enkele, maar blijkbaar vaker nog méérdere vervolkontakten, waarin de gunstige ontwikkeling wordt bevestigd of waarin zaken aan de orde komen, die voordien onbespreekbaar waren.

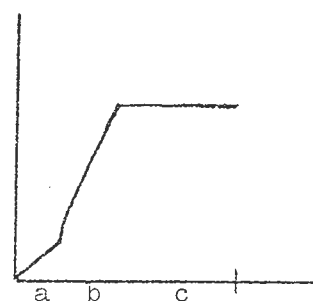
Dit profiel lijkt me zeer kenmerkend voor korte therapie. (sive direktieve therapie)<sup>‡</sup> Ik geef drie experimentele grafieken van eenzelfde stereotype (suksesvolle) korte direktieve therapie:



seismogram normale(sl-G)\*therapie

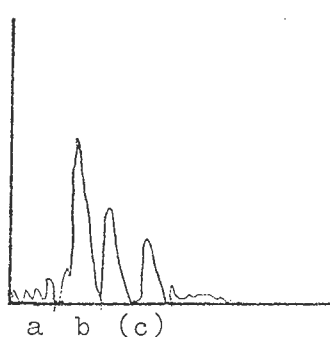


profiel van de genomen hindernissen (verg. TourdeFrance)

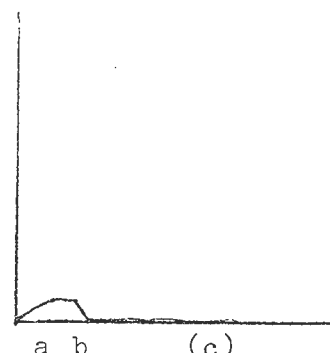
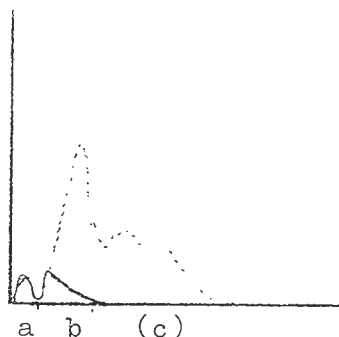


effekt-diagram (bv bereikt nivo van funksioneren)

De vraag dringt zich nu op hoe een voortijdig beëindigde, niet geslaagde therapie er uit ziet. Welnu, eerste mogelijkheid:



mislukte (VT-NG)\* therapie .Variant I



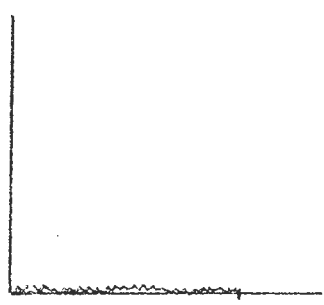
-----  
<sup>‡</sup>Twee varianten : 1- een tweede piek in fase c (Joe;Hfdst VI)  
 2- een lange voorbereidende fase voorafgaande aan b, waarin bv de hypnose wordt geoefend, of nadere informatie wordt verzameld, bv. door middel van lijsten.

\*\* Deze fase hoeft niet persé zeer spektakulair te zijn!  
 \* Voor betekenis van de afkortingen zie Tabel,2 pagina's verderop.

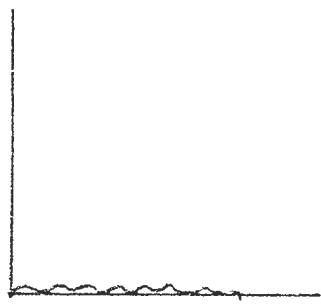


We zien dat er wel iets schokkends gebeurt, maar helaas, de hindernis is te groot, is met dit rijwiel (direktief) niet te nemen, en de wielrenner stapt af. Was hij niet goed gemotiveerd door zijn coach, was hij het niet met diens aanwijzingen eens, werd hem door iemand anders de pas afgesneden, deden zich onvoorziene komplikaties voor, of heeft de coach een fout gemaakt? We kunnen het helaas uit dit drietal diagrammen niet opmaken; een goede coach zal dit van geval tot geval en van dag tot dag gewetensvol nagaan.

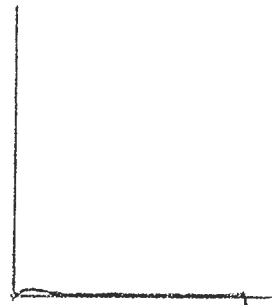
Er is nog een andere mogelijkheid:



seismogram  
mislukte (VT-NG)\*  
Variant II

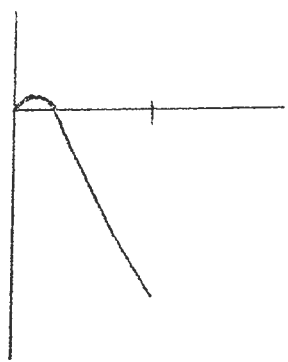


profiel van de genomen hindernissen



therapeuties effect

Tenslotte wil ik nog een vicieuze variant van VT-NG demonstreren, waarbij seismogram en hindernissenprofiel één van de twee bovengenoemde beelden kan vertonen, maar waarbij het effektdiagram er als volgt uitziet:



effekt-diagram  
vicieuze VT-NG\*  
Variant III

Inderdaad de schrik van een therapeut. Soms kan hij de zaak in tweede instantie toch nog ambulante redden, soms is opname noodzakelijk, een enkele maal verloopt het infaust.

In deze groep van 22 patiënten komt een negatief effect gelukkig niet voor. (negatief effect = achteruitgang)

\* voor betekenis afkortingen zie tabel volgende bladzijde.

Tabel van 22 zeer korte therapieën (ZKT)

1 - Gedekompenseerde Manager	5	sl	G	G
2 - Baldadige Padvinder	5	sl	G	G
3 - Aarzelende Examinandus	5	sl	G	G
4 - Overbezorgde Ouders	4	sl	G	G
5 - Seksuele Deugniet	4	sl	G	G
6 - Eniggeboren Flop	4	sl	NG	NG
7 - Sluimerende Boerendochter	3	VT	G	G
8 - Leugenachtige Dochter	3	VT	NG	NG
9 - Aardige Driftkop	3	sl	G	G
10 - Dissimulerende Docent	3	sl	G	**
11 - Zenuwachtig Gezin	3	sl	NG	*
12 - Kortjakje	3	sl	G	G?
13 - Neurotiese Jongeman	3	sl	NG	NG
14 - Faalangstige Hoogvlieger	3	sl	G	**
15 - Kibbelend Echtbaar	2	VT	NG	
16 - Twijfelende Broeder	2	VT	NG	
17 - Hyperventilant	2	sl	G	G
18 - Jaloers Onderwijzeresje	2	sl	G	**
19 - Filosofiese Adolescent	2	VT	NG	
20 - Alklachtige Dame	2	VT	NG	*
21 - Depressieve Vormingswerker	2	VT	NG	**
22 - Moeilijke Jongen	1	VT	NG	

aantal zittingen  
 sl: allebei eens over afsluiten  
 VT: voortijdig beëindigd  
 G: directe resultaat lijkt goed of matig  
 NG: directe resultaat lijkt dubieus of nul  
 G: resultaat bij follow-up na 1-2 jr gunstig  
 NG: resultaat bij follow-up na 1-2 jr ongunstig  
 \* elders in behandeling gegaan; \*\* recent afgesloten

Terugkomend op mijn groep van 22, en meer in het bijzonder de bevinding dat er relatief veel voortijdig beëindigde respektievelijk niet-gunstig beëindigde therapieën zijn, kan nu een verklaring (of altans een toelichting) gegeven worden: Ik houd de informatiefase (fase a) kort en streef naar een snelle verandering. Net als Richard (persoonlijke mededeling) waardeer ik mijn patiënten meer als ze veranderen. Fase b vind ik zélf ook het boeiendste, spannendste. Maar er is ook meer risico. Ik kan vitale informatie gemist hebben. Het direktief is daardoor eventueel (achteraf bezien) niet precies to the point. Als er een goede verstandhouding is ontstaan, dan wil de patient me zoiets altijd graag vergeven; één reuzezwaai per therapie is zelfs wel toegestaan. Maar als die verstandhouding er niet was, dan gaat het allemaal de mist in. Het voorbeeld van de Depressieve Vormingswerker (zie appendix) is wel het meest sprekend hiervoor. Je kunt het therapeutiese relatie\* of kontekst noemen, het is minstens zo belangrijk als de feitelijke direktieven, inklusief de motivatietechniek in engere zin. Taxatie ook van dit punt is dus van eminent belang voor de juiste timing en de optimale vormgeving en de beste kans op akseptatie van het direktief. Daarmee is nog niet alles gezegd. Ook als ik mijn best gedaan heb op deze punten, dan kan het effekt nog een flop zijn. Maar dan vind ik deze techniek juist sterk in het voordael, ter voorkoming van dichtslibben met aansudderende -status quo-therapieën.

Laatste kwestie: Wat is het verschil tussen GKT en ZKT ? Het eenvoudigste antwoord is: dat de ZKT stopt zodra fase c bereikt is. Ik juich dat toe, ik moedig dat aan. Men gaat weer zijns weegs, de therapeut is niet meer nodig. Ik sluit af met "als er een bizondere reden is dat u me ergens over wilt spreken, dan kunt u opbellen of een briefje schrijven." Ik kondig ook mees-tal aan, dat ik na verloop van tijd (of zo nodig: na 3 mnd) nog eens wil weten hoe het verder loopt. Als de patiënt een enkele keer graag verder zou willen werken aan een volgend werk-doel, dan pleeg ik toch een lange pauze in te voegen, om daarna -als er dan nog steeds behoefte aan blijkt te zijn- feitelijk een tweede ZKT te overwegen en eventueel te starten. (zeldzaam!)

\* Er zijn duizend woorden voor, ieder gebruikt er weer andere. M.Buber spreekt van Ik-Gij. Minuchin noemt het invoegen. De patiënt is als de dood voor een onpersoonlijke, ongeïnteres-seerde therapeut. Hij moet je kunnen vertrouwen.

Slotopmerking. Ik oordeel zeer korte therapieën de moeite waard, nastrevenswaard. Echter niet koste wat kost. In de grote meerderheid van mijn behandelingen trek ik er net wat meer dan vijf zittingen voor uit. (Achteraf, dat wil zeggen nadat ik de tabel klaar had, viel me de korrelatie op tussen aantal zittingen en gunstig resultaat. resp. 0%,30%,60%,66%,100%! vanzelfsprekend is het hooguit een indicatie, een tendens, dat ik me in mijn element voel tussen 4 en 10 zittingen, nadat er al vroeg een sanering heeft plaatsgevonden...) Maar dat verandert niets aan het ideaaltypiese profiel,zoals ik dat heb geschetst. In de appendix geef ik de nodige illustraties, hier en daar met verwijzing naar de tekst, maar merendeels als losse onderdelen.

Litteratuur.

- 1 R.van Dijck(1975): Goede Tekens - TDT 3,1
- 2 P.L.Ewalt(1973):The Crisis-treatment Approach in a Child Guidance Clinic - Social Casework:July 1973
- 3 H.C.Halberstadt-Freud(1975)Boekbespreking van"Gedragstherapie bij Ouder en Kind"(Cladder&Truyens) - Vrij Nederland.
- 4 Jay Haley(1973): Uncommon Therapy - Norton & Company New York.
- 5 O van der Hart(1975) "Slechte Tekenen,Commentaar en AAnvulling" - TDT 3,1
- 6 E.Jones(1955): The Life and Work of Sigmund Freud Vol 2 - New York,Basic Books.
- 7 A.Lange Reacties op "slechte Tekenen" "Goede Tekenen" TDT3,1
- 8 D.H.Malan(1963) A Study of Brief Psychotherapy.Social Science Paperbacks London.
- 9 St.Matteüs(70) Het Evangelie naar Matteüs Hfds 13 vs 1-17.
- 10 S.Minuchin Gezinstherapie - Aula Pocket
- 11 C.P. van der Velden(1975):Slechte Tekenen TDT 2,11
- 12 C.P.v.d.Velden&R.v.Dijck(1975):Verlegenheid zoekt List.TDT 3,3
- 13 John Weakland,R.Fisch,P.Watzlawick,A.Bodin(1974):Brief Therapy, Focused Problem Reslolution. - Family Process 13,2
- 14 L.R.Wolberg(1965):Short-Term Psychotherapy - Grune&Stratton N-Yor
- 15 C.A.L.Hoogduin(1975):Het hyperventilatiesyndroom. - TDT 2,9
- 16 D.N.Oudshoorn(1975):Homoseksualiteit bij Adolescenten-TDT 2,10
- 17 D.N.Oudshoorn(1976):Waarom ik enzovoort - TDT 3,6

## 1 Voorbeelden van verkeerde verwijzing.

- .1 "de lamledige jongeman", 14 jaar oud, was naar mij verwezen door een kinderpsychiatrische polikliniek, waar hij al langdurig "on analytic lines" was behandeld voor een functionele verlamming van de benen. Hij had zich in die therapie altijd sterk verzet tegen duidingen en was niet verbeterd. De therapeut ging weg. Bij een kennismakingsgesprek op die polikliniek gedraagt de jongeman zich tegen mij afwerend en achterdochtig. De ouders doen ook zeer zuinig en uiterst gereformeerd. Wie schetst mijn verbazing als die jongen bij zijn eerste komst op het MOB normaal loopt! Moeder vergezelt hem en vertelt dat ze de avond tevoren enorm uit haar vel was gesprongen - maar de jongen ontkent natuurlijk elk verband. Wel rapporteert hij dat de sfeer in het gezin enorm verbeterd is. Hij wil nog wel een nieuwe afspraak, maar laat dan verstek gaan. Na 6 mnd roep ik hem op voor een follow-up gesprek. Hij vertelt dan dat hij al die tijd onder behandeling van een "strijkster" (magnetiseur) is geweest. Hij had zich geschaamd het aan de dokters te vertellen, maar het hielp fantasties. Alleen was de verlamming weer teruggekomen, toen de strijkster de frekwentie trachtte te verminderen... Nu gaat hij weer elke week! (Alhoewel ik stomverbaasd was wederom en graag een antropoloog had geraadpleegd - ze wonen op de eilanden - maar anderzijds geïrriteerd was door de hooghartige zelfverzekerdheid die zo slecht te rijmen leek met de feitelijke treurige stand van zaken, dacht ik toch met deze gameplayer nog een poging te wagen.) Ik zei dat ik niet aan de behandeling van de verlamdheid wilde komen en sprak mijn vertrouwen uit in de magnetiseur. Maar misschien, nu hij hier toch zat, had hij nog een probleem waar ik hem wél mee kon van dienst zijn. Hij vertelt dan dat hij op school met voetballen niet zo erg uit de voeten kan, en dat vond hij wel naer jae. Ik geef hem dan serieuze adviezen ter verbetering van de konditie, waarop hij zegt dit dan wel eerst aan de kinderarts (die er dan ineens ook nog blijkt te zijn!) te willen vragen... De volgende maal zou die dan gezegd hebben dat hij dan eerst wel eens een brief van die dokter wilde hebben (die ik geschreven had!) en daarmee was de "behandeling" dan wel definitief ten einde.
- opm. een therapie die in een kat en muisspel is blijven steken, boordevol van de welbekende slechte tekenen.

1.2 "de nachtelijke paniekzaaister" \*15 jaar oud, wordt door de huisarts verwezen vanwege nachtelijke aanvallen van onrust, die het hele gezin in rep en roer brengen. Overdag wordt ze nadrukkelijk beschermd en ontzien in de hoop dat ze s'nachts rustiger zal zijn. Er zijn in de anamnese echter ook enige aanvallen die zeer suspekt zijn voor epilepsie. Wanneer ik na de aanmelding telefonies overleg met de huisarts over verwijzing naar een neuroloog, wil deze daar niet van weten. Ik vertel ouders en dochter dat neurologies onderzoek alsnog gewenst kan blijken te zijn, maar dat we dan eerst maar eens aan de nachtelijke paniek zullen gaan werken. Ik leg uit wat hyperventilatie is, laat haar een aanval opwekken, demonstreeer het plastik zakje en geef moeder een verbod mee om haar dochter snachts tehulp te schieten. (vader pleegt er doorheen te slapen.) Maar na een duistere paniek in een weekeind vindt de huisarts neurologies onderzoek plotseling wèl nodig, en ik stem er mee in, uiteraard. De neuroloog stelt de diagnose op epilepsie en stelt een proefbehandeling in. Vader komt me de boodschap vertellen (moeder en dochter waren thuis gebleven) hij is erg verlegen met de situatie en vertelt me dat mijn direktieven wat de nachtelijke toestanden betreft uitstekend hadden geholpen hoewel moeder en dochter me gevoelloos hadden gevonden. (in dit geval beslist ten onrechte, vind ik, maar wel begrijpelijk!)

1.3 "de epileptiese herbergierster" wordt door haar epileptologe verwezen voor behandeling van haar hoofdpijnklachten en "hysteropsychopatie" maar blijkt het niet eens met de verwijzing en wil naar een bepaalde neuroloog in Amsterdam. Dat wordt dan geregeld.

## 2 Voorbeelden van verwijzing voor onderzoek en advies

.1 "de ontremde Benjamin" een scholier van 18 jaar wordt in prepsychotiese toestand naar mij doorverwezen met de vraag wat er gebeuren moet, nu hij van internaat en school is verwijderd. Ambulante behandeling komt niet in aanmerking bij gebrek aan mogelijkheden en medewerking van ouders (die de hele dag in een zaak staan) en overige familie en vanwege de verre-gaande ontremming van de jongen zelf. Ik regel plaatsing in een jeugdpsychiatrische kliniek.

\* Zie ook TDT 3,6

2.2 "de loslopende puber" van een jaar of dertien, zoon van gescheiden ouders, begint delinkwent gedrag te vertonen. Moeder noch andere familieleden kunnen deugdelijke opvangmogelijkheden bieden of organiseren. Daarom wordt uithuisplaatsing geregeld, in welk kader ik enkele gesprekken met deze knaap heb.

3 Voorbeelden van voortijdig beëindigde therapieën.

.1 "de sluimerende boerendochter" van 14 jaren weigert sedert een maand om s'ochtends wakker te worden af en toe. Na een plens water van vader is ze dan enige uren "doof". Eénmaal wordt ze door de huisarts per ambulance ingestuurd naar een akademies ziekenhuis, waar ze na een kwartier ontwaakt. Ze heeft onlangs haar menarche gehad en zou er hevig van zijn geschrokken. Laatst komt ze bij uit zo'n sluimertoestand en schreeuwt: "ik wil niet op die stinkende boerderij werken!" De ouders zijn diep teleurgesteld, maar geven toe, ze houden het extra geld voor de werkjes echter wel in. Vader en dochter praten niet meer met elkaar. Het is een struise, sturse meid en uiterst zwijgzaam. Met zachte overreding wil ze niet tot praten komen, ook niet als ik haar ouders de gang op stuur. Ze plukt aan een sjaaltje en negeert me. Daarop een utilisatietechniek toepassend geraakt ze gemakkelijk in trance. Ik houd een alleenspraak (want ze wil nog steeds geen woord zeggen) over de moeilijkheden van een beginnende puber, die klein gehouden wordt, terwijl ze zich al een echte dame begint te voelen, en die natuurlijk niet op zo'n boerderij wil blijven wonen, maar haar eigen toekomst wil uitstippelen. En zowaar, ze zegt dat ze op kantoor wil later. Daar weer op doorgaande geraakt ze nu (werkelijk tegen mijn bedoeling) ineens in een zeer diepe trance, katatoon-mutisties, totaal onbereikbaar, zelfs voor pijnprikkels. Ik suggereer haar (twijfelend of ze me nog hoort) dat ze straks wakker zal worden en weer naar huis zal gaan en als "ze" boos worden dan wordt zij gewoon ook boos terug en als ze nog bozer worden dan wordt ze gewoon ook heel boos, heel gewoon. Ik suggereer tenslotte amnesie en krijg haar met enig kunst en vliegwerk weer snel wakker. Met een gesmoorde vloek springt ze op en rent ze weg.

De volgende maal komen haar ouders alleen en vertellen dat hun dochter niet meer naar die "rotvent" wil. Maar ze zijn best tevreden. Ik praat wat met hun over de moeilijkheden met meisjes op die leeftijd. Wel duidelijke grenzen stellen, maar niet te gauw kwaad worden. Drie maanden later meldt moeder per telefoon dat de klachten verdwenen zijn en dat de verstandhouding veel beter is. Na twee jaar blijkt ze geen klachten meer te hebben gehad en heeft ze wel eens moeilijkheden "gewoon, zoals iedereen" zoals ze zelf meldt. Haar stem klinkt opgewekt en ze bedankt me dat ik opgebeld heb.

opm. Dit was een van mijn beginervaringen met hypnose, en ik voelde me als de tovenaarsleerling. Ik ben in ieder geval van de macht van de utilisatie doordrongen geraakt...

3.2 "de leugenachtige dochter" van een jaar of negentien liegt voortdurend tegen haar ouders. Bijvoorbeeld dat ze een bepaald examen gehaald heeft, of dat ze een nieuwe vriend heeft, maar dan toch nog de oude blijkt te hebben, die door de ouders was verboden. De ouders delen me al in het eerste gezinsgesprek mee, dat ze onderling geen problemen hebben en dat alle spanningen door deze dochter worden veroorzaakt. Ook de zelfmoordpoging die moeder een jaar geleden heeft gedaan. En het ergste is dat de dochter daar nog niet eens spijt van heeft gehad!!! Zoals reeds uit de klachten op te maken is zijn de ouders zeer kontrollerend (alsof ze nog een klein meisje is) en hebben ze altijd overdreven verwachtingen van hun dochter gehad, die nota bene eerst naar het Atheneum, vandaar naar de Havo en dan naar de avondmavo wordt gestuurd, terwijl ze m.i. gewoon dom is. Ze faalt steeds weer en de ouders zijn steeds weer ontgoocheld en woedend op haar. Ze is nu telefoniste en doet ook wat secretaressewerk.

De sfeer is bijzonder naar. Vader twijfelt ronduit aan mijn competentie want hij wijt het aan haar chromosomen. Het is niet eenvoudig om zulke maligne patronen te doorbreken. Aangezien de ouders hoegenaamd geen vertrouwen in hun dochter hebben -zo leg ik hun uit- is er maar één mogelijkheid om het vertrouwen in hun dochter terug te krijgen, haar dus weer te geloven. Namelijk als de dochter voortaan altijd liegt. Kortom ik schrijf het symptoom voor en de ouders en het meisje gaan akkoord. "net wiskunde" zegt moeder.



Het meisje voert de opdracht in het begin goed uit en het wordt zelfs even een spelletje, maar nadien volgen er weer maligne patronen, die te beschrijven teveel ruimte zou vergen. Als ze liegt wordt ze bestraft en als ze de waarheid spreekt wordt ze niet geloofd. Ik blijf het symptoom voorschrijven, en praat voor de rest veel over de wederzijdse afnavelingsproblemen. Het is allemaal boter aan de galg. De dochter van haar kant laat niets na om het zwarte schaap te blijven. De derde en laatste maal is vader verhinderd en saboteert iedereen om het hardst. Ik trek alle opdrachten in en stel hun voor een maand lang te praten over op kamers gaan wonen of iets dergelijks. De dochter wil wel "voor een paar maanden" het huis uit, maar schrikt als ik zeg dat er geen weg terug zal zijn. Enfin dat is het laatste wat ik van hun gehoord heb.

diskussie. Het argument "erfelijkheid" is in mijn ervaring altijd een slecht teken geweest, misschien omdat ik er geen goed antwoord op weet. Probeer het maar te ontkrachten! Te meer omdat het zo'n duidelijke functie heeft. Natuurlijk vind ik dit een onbevredigende, maarook raadselachtige zaak. Er was een ongewoon sterke weerstand tegen verandering, dat zeker. Ook was er niets terecht gekomen van een prettige sfeer en van wederzijds vertrouwen tussen cliëntsysteem en therapeut. Een vraag blijft hoe het gelopen was bij een meer geijkte aanpak.

- 3.3 "de twijfelende broeder" heb ik al beschreven in TDT2,10 p.38. Je kunt natuurlijk nog zeggen dat zijn besluit om met een jongen te gaan samenwonen voortkwam uit de therapie; daarmee een bewuste keus was, en dus geen mislukking. Maar het was overtuigender geweest als hij me dat zelf was komen vertellen.
- 3.4 "de depressieve vormingswerker", onlangs van tafel en bed gescheiden, zit in de put en mist zijn vrouw vooral vanwege haar verzorgende moederrol jegens hem. Hij was een slecht echtgenoot, altijd met zichzelf bezig en veel weg. Seks werd ook steeds minder. Hij is sinds drie maanden werkeloos ook. We bespreken dat hij in een vicieuze cirkel gevangen zit, want zijn vrouw zal hem misschien terug willen als hij zijn mannetje staat, maar niet als hij zo depressief is. We bespreken dat hij bij negatief denken de gummiring zal gebruiken en dat hij een voorlopige baan zal zoeken en zelfstandig leren leven.

Tot dusverre dacht ik dat alles behoorlijk verliep. Maar als hij de volgende maal komt dan is er van dit schoons vrijwel niets terechtgekomen en gedraagt hij zich als een enorme druilloor van een puber. Dit irriteert me enigszins. Ik probeer hem met een paradigmatische aanpak wat te prikkelen tot verzet, maar ga vrees ik iets te ver met mijn krenkingen, maar hoe dan ook, hij geeft geen sjoege. De derde maal belt hij de boodschap door aan de sekretaressse, dat hij van verdere behandeling afziet.

opm. een grote misser uiteraard. Ik was niet in vorm, had waarachtig wel wat meer gevoel en/of in ieder geval geduld mogen tonen, te meer omdat ik maar bar weinig van deze man wist. Het was goed voor te stellen dat die vrouw genoeg van hem had in deze toestand, maar ja, daar koopt hij ook niets voor bij mij. (Zie ook mijn tekst over VT-NG)

- 4 Voorbeelden van in onderlinge overeenstemming afgesloten zeer korte therapieën.

.1 "De baldadige padvinder" van bijna 16 jaar wordt door moeder (weduwe en ten einde raad) aangemeld, omdat hij van de IVO is gezet omdat hij het daar "donkerbruin heeft gebakken." Hij toont zich een ietwat irritant--eigenwijze jongen maar wel ontwapenend openhartig (kinderlijk-naïef). Hij vindt van zichzelf, dat hij erg weinig zelfvertrouwen heeft, behalve dan bij de padvinderij, waarover hij in geuren en kleuren kan opscheppen. De impasse is echter groot: moeder heeft al vergeefse pogingen ondernomen om hem elders op school te krijgen.

Allereerst inventariseren we alle mogelijkheden en wensen.

- 1- school vinden (tot dusverre niet gelukt) Waar zou je misschien voor voelen? a bosbouw in Apeldoorn. (maar hij is bang heimwee te krijgen) b landbouwschool. (maar lijkt hem matig interessant) c Havo (waarschijnlijk te hoog gegrepen) d Mavo 3de klas (ook te hoog, nu hij in de 2de IVO is blijven zitten) e Mavo 2de klas.

2- baan zoeken (echter weinig kans)

3- internaat. Hier schrikt hij van.

We worden het erover eens (dwz moeder, zoon en therapeut) dat Mavo 2de klas het eerst geprobeerd zal worden. Ik vraag wel garanties dat hij sericus zal zijn, want ik wil mijn goodwill niet verliezen. Ik krijg die ook. Ik bel een goed bekend staande school op, die nog menselijk is, en vindt de rektor bereid tot

een proeftijd van drie maanden. Wel zal ik dan de vinger aan de pols houden en kan de school me opbellen als er problemen mochten rijzen. Het gaat allemaal heel goed, bij follow up na twee jaar is hij inmiddels naar de vierde klas overgegaan. Het bevalt hem uitstekend op die school en hij zit in de redaksie van de schoolkrant. Hij wil naar de pedagogische academie.

opm. voorbeeld van het doorbreken van een impasse, waarna de ontwikkeling spontaan in de goede richting voortloopt.

4.2 "de overbezorgde ouders" komen op eigen initiatief bij me met opvoedingsmoeilijkheden vooral met de oudste van 10 jaar. Deze jongen is verstrooid, opvliegend, heeft geen vriendjes en is blijkbaar reuze intelligent en betweterig. Hij eist thuis alle aandacht van de ouders. Dit irriteert hun af en toe en dan wijzen ze hem af, maar dan voelen ze zich prompt schuldig en onzeker en gaan ze weer in op het -versterkte- appèl. Ik adviseer hun het contact zodanig te structureren, dat er een apart uur per dag voor de oudste exclusief beschikbaar wordt gesteld, maar dat hij de overige uren niet meer aandacht krijgt dan de rest van de gezinsleden. De ouders zijn opgelucht door dit advies en passen het goed toe.

In het derde en vierde gesprek werk ik met het gehele gezin. Ik versterk de zekerheid van de ouders (broodnodig) en wijs er anderzijds op dat ook kinderen hun privégedachten mogen hebben. Ze reageren verbijsterd over deze openbaring, maar nemen het direkt van me aan. (daarmee wordt het eindeloze uitmelken in de trant van : "waar zit je aan te denken?" gecoupeerd) Uiteraard volgen er nog enkele adviesjes over het onderling geruzie der kinderen. (blijf er buiten tenzij er ernstig levensgevaar dreigt; kinderen moeten de kans krijgen te leren hun eigen konflikten op te lossen )

Follow-up na bij na twee jaar bevestigt een verdere gunstige ontwikkeling van het gezin, er is een goede sfeer en de ouders laten de kinderen (zonder gespannenheid of schuldgevoel) aanmerkelijk meer hun gang gaan dan vroeger. De oudste gaat nu naar het VWO.

opm. Je kunt schuldgevoel en overbezorgdheid goed behandelen, zonder het ooit met name te noemen (met andere woorden: zonder met als een neurotische trek van de ouders te beschouwen en te attakeren), maar zonder het ook ooit te negeren!

- 4.3 "De seksuele Deugniet" van 12 jaar wordt aangemeld omdat hij een vijfjarig meisje seksueel heeft benaderd, wat tot een grote rel heeft geleid. Vader is in het gezinsgesprek veel te veel op de kinderen gericht, voelt, denkt en spreekt voor hun, maar leert snel dat kinderen dat uitstekend voor zichzelf kunnen. Moeder is 1½ jaar geleden weggelopen en vader is hertrouwd met de gezinsverzorgster, die het goed aankan met de drie kinderen. De aangemelde deugniet is een lollig joch, verstandig en openhartig. Hij vertelt dat vader aanvankelijk had gezegd dat moeder dood was, tot hij van een buurjongetje hoorde dat dat niet waar was. Dat was wel een klap geweest. Nu is er een goede bezoekenregeling. Ik maak twee aparte afspraken met hem alleen en geef daarin seksuele voorlichting, over de pollutie en masturbatie die met de puberteit voor de deur staan. Twee weken later vertelt hij trots dat hij zijn eerste natte droom heeft gehad, en ook de ouders hadden verheugd gereageerd. Ik bestempel seksuele spelletjes met kleine meisjes nu als kleuterachtig, wat hij grif van me aanneemt. Bij follow-up na twee jaar is iedereen tevreden over hoe het loopt.
- opm. Ik heb het probleem bestempeld als een overgangsprobleem naar de puberteit. Ik heb de natuur dan mee en de ontwikkeling loopt vanzelf weer in goede banen.
- 4.4 Met een "aardige Driftkop" van 18 jaar is geen land te bezeilen; moeder dreigt er onderdoor te gaan en op school gaat het matig. Ik wordt uit de jongen zelf niet veel wijzer. Ik suggereer hem dat hij de komende week op nieuwe gedachten zal komen betreffende zijn ouders. Hij mag die direkt in praktijk brengen of er eerst met mij over praten.
- Hij rapporteert dan prompt dat hij, na het gesprek bij mij, op een avond de TV had uitgezet en met zijn ouders een gesprek over de onderlinge moeilijkheden was begonnen. Dit was goed en interessant geweest. Het had enkele belangrijke kwesties opgelost. We praten wat verder over een ander thema: gebrek aan zelfvertrouwen; we spreken af dat hij een lijstje zal bijhouden van dingen die hem speciaal uit het veld slaan. Het derde en laatste gesprek levert een zeer mager lijstje op. (Hij was geen enkele keer ontmoedigd geraakt) Hij moppert nu wat over zijn ouders die zo kunnen zeuren, maar blijkt zelf op

zijn beurt uit te blinken in jengelen en het-niet-doen, in een fraaie kringloop. Ik geef nog een stukje transaktionele analyse, die ook opgaat in de klient-terapeut relatie. Ik sluit dan af.

Bij follow-up na 3 mnd gaat het prima, de sfeer is goed en de jongeman toont meer zelfvertrouwen. Bij een tweede follow-up na ruim twee jaar gaat het in alle opzichten uitstekend. Hij had onlangs nog eens gezegd:"erg fijne gesprekken gehad, veel aan gehad, op gegeven moment kon ik het zelf weer, had ik hem niet meer nodig." (Enfin zoiets is muziek in therapeut's oren!)

4.5 "De Neurotiese Jongeman" van 14½ jaar wordt door de ouders aangemeld omdat hij spijsbelt, liegt en met een (ook nog gekleurd...) meisje van 15 jaar naar bed gaat. Moeder stort haast in van ellende en vader praat over suicide en schrijft van alles in boekjes op.(de ouders waren zelf vijftien jaar toen ze deze zoon kregen!)\*Direkt na het aanmeldingsgesprek maakt de jongen het uit met dat meisje. Hij heeft zich weer helemaal aan de wil van de ouders onderworpen, maar vertelt wel zijn nachtelijke dromen dat hij toch weer met dat meisje omgaat. Ook voelt hij zich vooral door zijn vader erg omkneelt; al zolang hij zich kan herinneren wil pa maar praten en praten, maar het gaat er alleen maar slechter door. Hij vindt zichzelf een rotjoch en zijn vader moest hem maar buiten de deur zetten. Ik zeg dat ik alles eerst eens goed wil overdenken.

14 dagen later vertelt hij me weer kontakt met het meisje te hebben gehad, maar zijn vader had hem stiekem gevolgd en betrapt en had zelfs het meisje bijna van de sokken gereden. De jongen is nu een en al protest tegen zijn ouders en wil het meisje niet loslaten. Ik zeg hem dat hij recht heeft te protesteren; maar dat hij niet te hard van stapel moet lopen.

De derde maal is hij dan weer de gladde rustige jongen zonder problemen. Hij wil bij de Rijkspolitie of Marechaussee om de orde te handhaven en chaos te bestrijden.(hoe fraai slaat dit

-----  
\* De kollega die het aanmeldingsgesprek heeft gevoerd gaat verder met de ouders en vraagt mij een paar gesprekken te hebben met de zoon. Dit leek me toen wel aannemelijk, maar komt me nu vreemd en fout voor.

op hemzelf!) Hij ziet er het nut niet van in nog verder te komen en zijn ouders al evenmin. Het lukt me niet hem te motiveren, ik kan slechts aanbieden dat hij kan opbellen als hij weer een gesprek wil. Ik hoor dan van mijn kollega dat er zeer onverkwikkelijke, "gestoorde" gesprekken tussen vader en zoon worden gevoerd en dat de zoon merkwaardige zeksuele rituelen lijkt uit te voeren. De ouders laten het ook afweten. Bij follow-up na twee jaar vertelt moeder dat haar zoon een "lieve zachte, té zabhte jongen" is die volgens haar vereenzaamt. Al die narigheid is over, maar-verzucht ze- had hij maar een meisje, maar hij is er zo bang voor! Ze vertelt tot slot dat hij na mijn gesprekken zo veranderd was, dat wil zeggen: gehoorzaam en nooit meer opstandig. Hij had gezegd: "ik ben toch niet zó diep gezonken dat ik naar een psychiater moet!" opm. Verontrustend en frustrerend verloop. Was er met gezins-gesprekken in één hand een beter resultaat uit de bus gekomen? Ik vermoed van wel. Ik ben dat opsplitsen gaan verfoeien.

- 4.6 "De Faalangstige Hoogvlieger" is op een hogere beroepsopleiding gestrand voor zijn laatste skripsie, omdat die niet zo volmaakt werd als hij wenste. Sindsdien loopt hij leeg. Hij klaagt vagelijk dat hij geen bestendige relaties aan kan omdat hij bang is zijn vrijheid kwijt te raken enzo. Daardoor is hij nu zo eenzaam. Ik gebruik de parabel van de zwemles. (als je wil leren zwemmen, dan moet je hoe dan ook het water in.) Ik leg de prinsiepes van direktieve therapie uit. Hij gaat akkoord. Hij mag eerst zelf proberen op een idee te komen, en anders heb ik er wel een. De tweede maal had hij alleen kunnen bedenken, dat hij misschien wel iets voor het toneel voelde. Ik spreek met hem af, dat hij inlichtingen over de mogelijkheden zal inwinnen en dan pas weer een nieuwe afspraak met me zal maken. De derde maal heeft hij zich zelfs al opgegeven voor een zomerkursus toneel. Hij had zich wel "genomen" gevoeld, dat ik hem deze afspraak "ontfutseld" had, maar was vol oprechte bewondering. Dat begrip alleen niet helpt had hij al vaak genoeg ervaren. Er is nog tijd genoeg voor mij om uitvoerig uit te weiden over het "Napoleonsyndroom", als iets wat doodnormaal is

maar je ondertussen welvoor problemen kan stellen. Ook vertel ik over mijn telefoonfobietje en dat ik iets echt goeds wil schrijven en telkens tot uitstel neig (om de illusie niet te verstoren). "Deze filosofieën ken jij ook wel natuurlijk" zeg ik dan. "Nee hoor, èrg goed en vermakelijk!" zegt-ie. Twee maande later heeft hij dan de zomerkursus (na een ze- nuwslopend begin) met glans doorlopen en is hij zelfs door de regisseur uitverkoren voor een bijrol in een belangrijk toneelstuk dat op stapel staat. Hij doet daar momenteel zeer leerzame ervaringen op. We sluiten af.

opm. Dit voorbeeld demonstreert drie dingen:

- a- wat in 2.1 in de alineas met het pijltje is besproken.
- b- het direktieve beginsel van "niet ruminieren of navelstaren, maar stappen ondernemen"
- c- middels nog enige parabellen werken aan zijn -overmatige- ambitie en idem faalangst, die hij vervolgens zèlf gaat leren relativeren vanuit nieuwe praktijkervaring.

4.7 "De Hyperventilant" is 30 jaar oud en klaagt over pijn op de borst, benauwdheid en angst voor een hartinfarkt enz.enz.enz. Hij probeert door hyperventileren(zijn eigen term) zich beter te gaan voelen, wat(uiteraard) geen sukses heeft.

De klachten dateren sedert hij een nieuwe werkkring heeft gevonden die hem voor gewetenskonflikten stelt. Ik leg het prinsiepe van de Hyperventilatie uit (zie Hoogduin 1975) en stel plastiek zak en fysiotherapie(ademhalingsoefeningen) voor. Als er deze week geen spontane aanval komt, dan zullen we die hier volgende week opwekken.

In het tweede en laatste gesprek vertelt hij me dat de plastiek zak goed, zeer goed helpt. Hij was echter vooral zo blij geweest dat hij eindelijk iemand gevonden had die begreep wat hij voelde. We bespreken de machteloosheid en frustraties in zijn huidige werkkring en dat hij op den duur wel van baan zal veranderen. Bij follow-up na een jaar gaat het allemaal goed. Geen klachten meer. Hij heeft zichzelf teruggevonden. Heeft nu een uitstekende en voldoening gevende baan.

4.8 "Een Jaloers Onderwijzeresje"

Een 23 jarige onderwijzeres meldt zichzelf aan voer behandeling met als voornaamste moeilijkheid dat ze met zichzelf in de knoop zit en daardoor problemen heeft in de omgang met andere mensen. Ze heeft daarom een aantal gesprekken met haar dominee gehad waarover ze het volgende schrijft: "...is er uitgekomen dat er een sterke oerrelatie heeft bestaan tussen mijn zusje (1 jaar jonger) en ik, en die relatie bestempelt me nog steeds in allerlei minderwaardigheidsgevoelens. ...Het wezenlijke van mijn probleem zit me denk ik, in een niet kunnen uiten met mijn handen en lijf (klinkt wat abstract) t.o.v. mensen die me te na komen te staan. Ik heb een grote angst voor mijn gevoelens, ook lijfelijk. Ik kan het nu niet zo goed zeggen, maar helpt u me alstublieft wel."

In het eerste gesprek schildert ze me de niet aflatende rivaliteit met het zusje, kennelijk om de gunsten van vader wiens beroep ze beiden zonder aarzeling hebben verkozen. Het zusje heeft volgens patiënte een streepje voor en heeft veel meer sukses in haar loopbaan en vriendenkring dan zij. Nu woont ze op kamers met een vriendin die uitblinkt in de muziek, en tegenover die vriendin koestert patiënte dezelfde gemengde gevoelens als tegenover haar zusje. Ze is erg van zichzelf geschrokken toen in die gesprekken met dominee bleek dat ze jaloers was. Ze kijkt me angstig en schuldbe- wust aan.

Ze ziet er niet aantrekkelijk uit: verwaarloosd kapsel, bleek en puisterig gezicht, vreselijke kleren, inelkaargedoken houding.

Ik kies het thema Jaloersheid en zing er een uitvoerig lof- lied op met als kwintessens: "iedereen is nogal jaloers, maar degenen die het ontkennen zijn er pas slecht aan toe." Ik houd een ware monoloog van minstens een kwartier en patiënte hangt aan mijn lippen, beaamt me vaak en klaart zienderogen op.



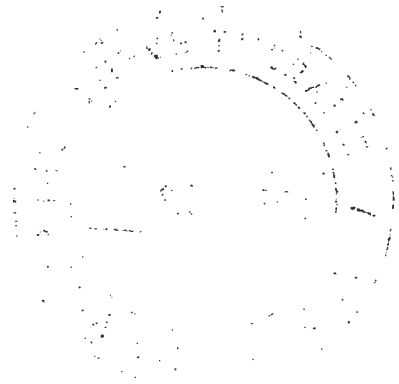
61

De tweede maal kan ik de behandeling al afsluiten:  
Ze vertelt dat het vorige gesprek haar zo was meegevallen.  
Ze tilt nu minder zwaar aan haar jaloersheid. Ze gaat naar  
een huidaarts voor de puistjes en rode vlekken en naar een  
KNCarts voor haar (wat schorre) stem. Ze begint zichzelf  
de moeite waard te vinden, zegt ze. Ze stelt zich vrijwel  
symmetries tegenover me op!

bespreking: De kwintessens van mijn boodschap was: "je  
bent niet lelijk als je jaloers bent" Ze heeft dat on-  
middellijk van me aangenomen. Daarmee trad er een korreksie  
op van haar zelfbeeld en de houding tegenover zichzelf.  
Zo ontstond er een dissonantie met haar gedrag en uiterlijk  
en geraakte ze gemotiveerd om daar iets aan te (laten) doen.

naschrift:

Dit was dan een zéér lang stuk over zéér korte therapie.



Dagbehandeling in het Psychiatrisch Ziekenhuis Bloemendaal;  
deel II: mooie plannen en 1 patiënt.

In deel I werden tot slot 3 afspraken opgesomd waaraan de behandelaren zich zouden houden. Deze 3 afspraken waren voor mij zelf erg belangrijk; de eerste, een op de patiënt afgestemd plan naast de algemene opvang in de groep leek me een pure noodzaak. Ik was erg geschrokken van het gebrek aan beleid per patiënt in het dagziekenhuis. De groepsbehandeling was eigenlijk zeer intensief: elke dag begon met een evaluatie over de vorige dag -'s maandags heette dit gebeuren weekendevaluatie- er waren feed-back-zittingen, interactie-oefeningen, gespreksrondes met een geestelijk verzorger en daarnaast nog lezingen, die door patiënten zelf verzorgd moesten worden. Voorts creatieve therapie, sport, rithmische gymnastiek, duinwandelingen etc. De klassieke verpleegkundige rapportage was vervangen door een rapportage door de patiënten zelf, waarbij de verschillende behandelaren hun commentaren konden schrijven.

Al deze programma-onderdelen leken me prima, maar de manier waarop het totale pakket gehanteerd werd maakte de indruk dat een eenheidsworst werd aangeboden.

Ik kon me niet aan de indruk onttrekken dat een behandeling plaats vond die in de somatische geneeskunde geïnspireerd zou lijken op de verwachting dat een zogenaamd "roborend dieet" syphilis zou genezen. Specifiek aanpakken van specifieke problemen werd, soms verborgen, soms heel openlijk, beschouwd als een ouderwese, typisch medische kijk op leed die de meer progressieve behandelaren belemmerde in hun therapeutisch functioneren.

Deze tegenstrijdigheid was vreemd: enerzijds werd verzocht dat de psycholoog (of arts) zich buiten het groepsgebeuren zou houden, anderzijds werd de roep vernomen naar deelname van individuele therapeuten aan groepszittingen of naar individuele opvang "wanneer het echt nodig is".

Op deze manier werden zowel individuele- als groepstherapie gedevalueerd tot elkaars noodhulpjes: de dokter moet optreden als iemand echt vervelend wordt.

Mijn collega had al veel werk verzet om in deze gang van zaken verandering te brengen. Vooral omdat zijn gerichte therapieën, met name sextherapieën volgens Masters' and Johnson, soms erg veel sukses hadden en er toe leidden dat patiënten "waar de groep

niet verder mee kon" ontslagen konden worden. Toch bestond nog steeds de gedachte dat het "eigenlijk jammer was dat..... ze ook met Paul alleen moesten praten".

Ik vond deze instelling onverdraaglijk; te meer omdat, mirabile dictu, ook nog de opvatting heerste dat een patiënt "toch beroep moest kunnen doen op zijn eigen therapeut". Met de vermaningen van Richard (van Dijck, 1974) in het achterhoofd, dat een polemische opstelling zelden leidt tot het krijgen van gelijk, toemde ik mijn neiging tot sarcasme in en probeerde eerlijk mijn voorwaarden om te kunnen werken aan de man te brengen.

Eigenlijk lukte dat best. Met name het ter discussie stellen van het idee dat gesprekstherapie een gevoelig gebeuren is waar niemand bij aanwezig mag zijn, een soort communie, die niet ontheiligd mag worden door andere betrokkenen van de inhoudelijke aspecten op de hoogte te stellen, sloeg erg in. Zeker in psychiatrische instituten is "het gesprek met de dokter" iets wat, ook bij de tegenstanders, toch een speciale betekenis houdt. Iedereen vindt het fijn wanneer je de betekenis ervan relativeert, laat zien dat het zelfs beter is, wanneer niet één figuur zo belangrijk is (vgl. Brandwin, van Houten, Neal, 1976), maar het is wél makkelijk dat er altijd iemand is waar je met tegenzin naar kunt verwijzen.

Zoals gezegd, het lukte best om in het subteam duidelijk te maken dat per patiënt afspraken gemaakt moesten worden. Een ander probleem was echter om zonder strubbelingen duidelijk te maken dat ik degene was die de strategie bepaalde. Iedereen vond dat wel juist, het werd me zelfs vergeven, ik was nu eenmaal de oudste en meest opgeleide, maar de horizontale structuur moest ook tot uiting komen in debesprekingen. Er dreigden discussies te ontstaan over de woorden supervisie of intervisie, lesgeven of "praatjes houden" etc.

Gelukkig bleek tijdens het werken snel dat de leerling-verpleegkundigen die als groepsleiders fungeerden erg veel behoefte hadden aan concrete adviezen in de geest van "wat zeg ik wanneer tegen wie".

Bovendien had het huidige paviljoenshoofd allang zijn bezwaren tegen het feit dat sommige patiënten in de bestaande groepen

eigenlijk niet opschoten en aan een symptoom genoeg hadden om alweer niet ontslagen te worden.

Middels zijn steun en het bij verschillende gelegenheden, officieel en officieus (borrel op vrijdagavond) uitdragen van de direktieve gedachte, kreeg ik uiteindelijk alle medewerking bij de behandeling van de patiënten van groep C. Ik zag alle patiënten individueel (indien aanwezig, met de partners)  $\pm 1$  x per 2 weken. In die zittingen werden opdrachten gegeven voor het gedrag thuis en in de groep. In de subteambesprekingen werd het gedrag beoordeeld en werden, mede naar aanleiding, van de rapportages van de groepsleiding, nieuwe opdrachten besproken.

In de groep kwam ik 1 à 2 x  $1\frac{1}{2}$  uur per week; die zittingen werden enerzijds gebruikt om voor de groepsleiding een model te zijn, niet zozeer als groepstherapeut, wat ik niet ben, maar vooral om te laten zien hoe je destruktieve manoeuvres afkapt, thema's algemeen maakt, laat lachen etc, anderzijds om te zien hoe de patiënten zich in een groep gedroegen.

Zeer in het algemeen probeerden we ook om de patiënten uit het denken in medische termen te halen, tot klanten te maken. Er groeide "spontaan" een afkeer van woorden als depressief, ziek, mijn aanvallen etc. Ook ging men elkaar wijzen op de gevaren van het etiketteren van jezelf en ook van anderen.

Een belangrijk gebeuren was ook het scoren van "hoe gaat het met mij" op een groot vel grafiekpapier dat aan de muur van de groepskamer was geplakt. Dit voorkwam praten over "rot voelen", zodat de zittingen konden evolueren tot opdrachtzittingen (vgl. van der Hart, 1975). Een bijkomend voordeel was dat de dokter met één oogopslag, als ware het een temperatuurgrafiek, de hitte van de zitting, die hem wachtte, kon peilen.

De groep bestond uit 9 personen. In dit artikel zal ik een geval wat uitvoeriger beschrijven, omdat het wel typerend is voor zowel de problemen, waarmee onze cliënten behept waren, als voor de manier waarop wij er iets aan trachtten te veranderen. De andere patiënten zullen, korter beschreven, in de vervolgen aan de orde komen.

Piet en zijn geheimen.

Piet is een man van 53 jaar; hij is getrouwd met Annie en heeft 2 kinderen van 18 en 15 jaar. Samen met zijn 2 broers beheert hij een goedlopend benzinstation annex garagebedrijf, dat hij van de grond af heeft opgebouwd. Hij wordt naar het dagziekenhuis verwezen door de polikliniek van Bloemendaal waar 3 opeenvolgende assistenten geprobeerd hebben zijn chronische gespannenheid, lusteloosheid en angst te beïnvloeden. Tevoren werd hij al eens langdurig in een lichamelijk ziekenhuis opgenomen wegens heftige maagkrampen.

Bij ons brengt hij het volgende als klacht: hij kan die molen in zijn kop niet stilzetten. Zijn gedachten blijven draaien rond zijn werk en rond zijn gevoel van te kort schieten. Op toenaderingspogingen van zijn vrouw en kinderen reageert hij geprikkeld: hij heeft al zorgen genoeg. 's Nachts wordt hij ondanks een forse medicatie, schokkend van angst en spanning wakker; hij loopt dan uren achter elkaar, krimpnd van de pijn op maag en borst rond. Als de dag aanbreekt weet hij dat hij "het" weer niet zal kunnen.

"Het" is zijn onvermogen om adequaat te reageren op de agressieve verkoopmethodes van de jeugdige vertegenwoordigers waarmee hij te maken heeft. Alleen al het geluid van hun auto kan hem zulke paniekgevoelens bezorgen dat hij niet meer hoort wat er tegen hem gezegd wordt.

's Avonds zit hij dikwijls de onnodige aankopen te betreuren en het effect daarvan op de balans, hetgeen zijn stemming zodanig verslechtert dat zijn huisgenoten zich slechts sluipend durven te verplaatsen.

Zijn klachten bestaan in feite al vele jaren, maar hij heeft door "er keihard tegen aan te gaan" altijd kunnen doorwerken. Volgens zijn broers heeft hij altijd als een "gek" gewerkt.

Tijd voor zijn gezin had hij nooit. Medische bemoeienis werd noodzakelijk in 1969 toen zijn klachten akuit verergerden, nadat zijn vrouw een verhouding van 2 dagen (!) had met een van zijn monteurs.

Hij is sindsdien altijd bang gebleven dat ze weer weg zou gaan. Hij schrijft deze ontrouw volledig toe aan zijn afwezigheid in het huwelijk, maar hij voelt zich niet in staat iets te doen aan zijn bezeten wijze van werken.

Na 1969 is hij voortdurend onder behandeling geweest. Geleidelijk aan is het volgende patroon ontstaan: hij stort in het voorjaar in en gaat naar de dokter voor pillen, waardoor hij verder kan werken ("als ik achter dat scherm zit, zie ik de rottigheid wel, maar het kan me niets meer schelen"). In de zomer gaat hij op een vakantie, die hij even angstig en verbeterd plant als zijn werk. Thuisgekomen gaat hij met werken door, tot hij weer instort.

Hij houdt deze ellende volledig binnen zijn gezin; met zijn broers durft hij er niet over te praten; de verstandhouding is wel goed, maar ze zijn onder elkaar nooit gewend geweest om "sentimenteel" te doen.

Door de periodiciteit van Piets klachten en zijn evidente wanhoop werden zijn problemen al snel ondergebracht binnen de diagnose: "involutie-depressie bij hysterische persoonlijkheid". Bij opname in het dagziekenhuis slikt hij 2 antidepressiva, (surmontil en noveril) een neurolepticum (flunaxol) 2 maagtabletten (primperan en magnesium) en 2 slaapmiddelen (dalmadorm en temesta).

In volgende taxatie gesprekken komt Piets grote geheim naar voren: hij is de zoon van een N.S.B.-er. Als 18-jarige jongen is hij ondergedoken om zich aan tewerkstelling in Duitsland te onttrekken, maar door zijn vader opgespoord en uitgeleverd. Door de invloed van zijn vader ontkwam hij aan bestraffing, op voorwaarde dat hij ook lid van de N.S.B. zou worden. Hij heeft zich niet kunnen en durven verzetten. Na de oorlog heeft hij kortdurend gevangen gezeten. De reputatie van het gezin was in de kleine dorpsgemeenschap verwoest; hij heeft maar een idee gehad: werken om te laten zien wat je kunt.

Thans is Piet volledig aanvaard, maar hij heeft er tegen zijn kinderen nooit over durven praten en is doodsbang dat ze er achter zullen komen. In de groep krijgt hij maagkrampen als het zijdelings over de oorlog gaat.

Behandeling.

We hebben geprobeerd Piets problemen erg zakelijk te formuleren; hij was daar, als zakenman, zeer gevoelig voor: "ik wil aan alles meedoen, maar ik zie het als een investering; ik wil wel rendement zien".

Wij prezen hem voor deze uitstekende instelling.

De klachten die het eerst aangevat werden waren de lichamelijke klachten, omdat deze hem uit zijn slaap hielden, er toe leidden dat hij met een verwrongen gezicht en hijgend zijn dagen doorbracht en aldus verder praten ernstig belemmerden. De klachten werden gezien als een hyperventilatiesyndroom en als zodanig behandeld (vgl. Hoogduin, 1975). De nachtelijke schokaanvallen verdwenen binnen 2 weken en de chronische spanning werd veel beter bespreekbaar. Piet begon te ontdekken dat de spanning eigenlijk alleen optrad wanneer hij zijn benzinstation in het oog kreeg of wanneer hij zich realiseerde dat hij in zijn vrije tijd niet wist wat hij moest doen. Voor zaken als in de tuin zitten, wandelen, lezen etc. had hij letterlijk nooit tijd gehad.

Annie werd geïnstrueerd om met hem in de tuin te zitten en om de paar minuten te informeren "of het weer zo ver was". Piet moest zich dan concentreren op de vraag en nagaan of zijn lichaam nog in de stoel kon blijven zitten. Zowel Annie als Piet waren zeer bevredigende cliënten door hun ernstige wijze van werken. Piet rapporteerde met toenemend enthousiasme zijn succes in plezierig luieren en kon zich op de grafiek steeds een 7 à 8 geven.

Parallel met deze aanpak werd het probleem van het medicatiegebruik aan de orde gesteld. Pillen slikken werd trouwens ook in de groep zo consequent mogelijk ontmoedigd, tenzij het natuurlijk nodig was..... (vgl. Joele, 1976).

Piet verwachtte rampen van stoppen, hij zou alles weer verliezen, ze waren niet voor niets gegeven etc.

Er werd hem uitgelegd dat een opname juist mede gerechtvaardigd werd door het feit dat je van dag tot dag kon controleren wat het effect was van veranderingen. Bovendien werd hem per pil

gesuggereerd wat hij zou voelen: eerst meer angst, wantrouwen tegen ons, slapeloosheid, totdat hij op een dag tot zijn verrassing zou merken dat hij zich goed voelde.

Uiteraard werd hem een zeer overvloedige uitleg gegeven over werkingen en bijwerkingen van zijn pillenpakket, met name op de inconsequentie van tegelijk kalmeren en opwekken. "Gooi jij olie en benzine in dezelfde tank?"

Het lukte, in 6 weken gebruikte patiënt alleen nog 1 maagzuurtablet en een slaaptablet.

Na de pillen kwam het geheim: Piet vond de groep zeer prettig, doch voelde zich nog gehinderd doordat hij iets niet durfde opbiechten wat hem als een molensteen om de nek hing. Hij zat soms te trappen van nijd thuis dat hij het weer niet gedurfd had.

Er werd hem streng verboden om zich te forceren; gezegd werd dat met het toenemen van zijn psychische kracht ook zijn woede zou toenemen en dat hij op een dag over  $\pm$  4 weken zo woedend geworden zou zijn dat hij er alles uit zou gooien, om zich voor altijd te bevrijden.

Na 2 dagen kwam Piet opgetogen vertellen dat hij zichzelf tot zijn stomme verbazing in de groep het hele verhaal had horen vertellen. Diezelfde week besprak hij het ook met zijn kinderen die uiteraard reageerden "waarom heb je daar zolang mee gelopen?"

Restte nog: "hoe vertel ik mijn broers dat mijn werk me doodziek maakt?"

Annie had al dikwijls laten merken dat haar zwagers hele aardige lieden waren, die het waarschijnlijk allemaal best zouden begrijpen, doch het niet met Piet durfden te bespreken door diezelfde angst om voor sentimenteel versleten te worden die Piet de mond snoerde. Zou ik het niet willen vertellen?

Ik antwoordde hierop dat het met Piet zo goed ging, omdat hij tot dusver alles zelf had gedaan, het schokken, de pillen, het geheim en dat hij dit laatste ook zelf moest en kon doen.

Wel wilde ik meewerken om een situatie te kreëren waarin het als vanzelf zou gaan.

Ik stelde een ronde tafelconferentie voor, waarin ik een inleidend woord zou houden om het Piet makkelijker te maken. Zij zouden zelf de datum hiervoor bepalen en die mij laten weten.



Wat te verwachten was (vgl. ook Lange, 1976) gebeurde: het weekend volgend op dit gesprek was de familie bij elkaar geweest, al had Piet zijn broers afzonderlijk benaderd. Hij was als een kind zo blij: ze hadden alles allang begrepen, maar er niet over durven spreken. Ze vonden dat al zou hij tot zijn 65 e niet meer doen hij meer dan zijn portie voor het bedrijf gedaan zou hebben.

Bovendien waren er uitbreidingsplannen waar Piet best in zou kunnen passen in een minder belastende functie.

Piet kon na 4½ maand ontslagen worden. Hij was en is tot op heden zeer gelukkig. Voor het eerst in 6 jaar geniet hij van vakantie, rijdt paard, spreekt met zijn kinderen etc.

#### Opmerkingen.

Ik denk dat het met Piet goed gegaan is, omdat hij van het begin af aan nu behandeld is en op een zakelijke manier.

De kreet hysterie die ten aanzien van zijn problemen gevallen was, werd genegeerd, hoewel zijn gedrag (steunen, lamenteren op een huilerige, kinderlijke manier) er wel aanleiding toe gaf.

Het beroep op zijn eigen zakelijkheid is ons inziens de stimulans geweest, die hem een zakelijke aanpak heeft doen akseptereren.

wordt vervolgd

met: Problemen bij behandelaars en 1 patiënt: Jannie en de voodoo.

#### Literatuur:

Brandwin, M.A.; van Houten, W.H., Neal, D.L.; The continuing care clinic: outpatient Treatment of the chronically ill.

Psychiatry 39, 1976, 103-117.

Hart, O. v.d.; Een directe nazorggroep; Tijdschrift voor directe therapie, 2, 9; 1975.

Dijk, R. van; (1974) Persoonlijke mededeling.

Hoogduin, C.A.L.; Het hyperventilatiesyndroom, Tijdschrift voor  
direktieve therapie, 2,9, 1975.

Joele, L.J.; Een motivatie techniek, bladvulling; Tijdschrift voor  
direktieve therapie; 3,6; 1976.

Lange, A.; Het gebruik van symbolen en het toepassen van de  
zelfperceptie theorie; Tijdschrift voor direktieve therapie, 3, 7;  
1976.

Het hanteren van een verzoek tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis; een opnamevermijdingsstrategie.

---

Kees Hoogduin.

juli 1976

### 1. Inleiding.

Als één van de taken van een sociaal psychiatrische dienst wordt de bemiddeling bij opname van psychiatrische patienten gerekend. De taak nam in het verleden zeer veel tijd in beslag. Wanneer de SPD namelijk besloten had tot een opname over te gaan, begon een zeer tijdrovende procedure: het afbellen van psychiatrische ziekenhuizen. Tot in de jaren 70 waren de meeste psychiatrische ziekenhuizen vol. (Zie Romme, 1970.) Sinds er in Zuid-Holland regionale afspraken bestaan tussen de SPD's en psychiatrische ziekenhuizen - hetgeen bij een indicatie tot opname, opnameplicht van het aan de regio gekoppelde instituut inhoudt - volstaat een telefonisch contact met het aan de regio gekoppelde ziekenhuis en de opname is gerealiseerd. De SPD-medewerkers konden zich met andere deeltaken bezighouden: preventie, consultatie, gezinstherapie, maar eveneens onstond er gelegenheid eens na te denken over een opname-aanvraag. De problemen rond een opname lieten een interessante verschuiving zien. In vroeger dagen was een van de grootste zorgen: krijg ik de patient geplaatst, waar en wanneer. Sinds de mogelijkheden om te plaatsen zoveel eenvoudiger liggen, vroeg men zich af of er nog wel geplaatst moest worden. Uit een veranderde visie op de opname in een psychiatrisch ziekenhuis volgde de ontwikkeling van een opnamebeleid. De verzoeken tot opname van huisarts en specialisten werden kritisch bekeken en zo er geen werkelijk gevaar voor de patient en/of zijn omgeving bleek te bestaan en er nog mogelijkheden gezien werden voor een ambulante therapie, werd in overleg met de opname-aanvrager (weer) met een behandeling gestart en voorlopig van opname afgezien. Bij de opname-aanvragers bestond er zeker bereidwilligheid om

met deze gang van zaken in te stemmen, ook daar de betrokken SPD zich bereid verklaarde de therapie in die gevallen op zich te nemen. Op deze wijze immers was - het verzoek tot opname bleek nogal eens te betekenen: ik durf de verantwoordelijkheid voor verdere ambulante therapie niet meer te dragen - de verantwoordelijkheid ook voor de verdere gang van zaken op de SPD afgewenteld.

## 2. Waarom opnemen?

Wanneer we ons verdiepen in de problematiek rond het opnemen van mensen met psychiatrische problemen in een psychiatrisch ziekenhuis, is het zinvol ons af te vragen in hoeverre opname voor een bepaalde categorie mensen nuttig of noodzakelijk is. Vele auteurs hebben het opnemen van mensen met psychiatrische problemen in een psychiatrisch ziekenhuis ter discussie gesteld. Langsley (1968A en B, 1969, 1971 ook in Haley, 1967) vergeleek resultaten van een ambulante therapie van 150 klienten met de klinische behandeling van 150 klienten. De 150 ambulant behandelde waren voor opname aangemeld en door de opname-arts geaksepteed. Daarna volgde een ad random selectie waarbij alleen het hebben van een inwonend gezinslid noodzakelijk was om voor ambulante behandeling in aanmerking te komen. De resultaten van dit onderzoek met een follow-up na 18 maanden waren als volgt:

- minder "recidief"-opnamen bij de ambulant behandelde.
- Indien ze (de ambulant behandelde) gedurende die 18 maanden nog opgenomen werden, was de opnameduur significant korter.
- Ze bleken zich maatschappelijk gezien beter te kunnen handhaven.
- Nieuwe krisissituaties werden efficiënter aangepakt.

Langsley en zijn medewerkers slaagden er in alle 150 patienten buiten het ziekenhuis te houden tijdens een kortdurende gezinscrisis-therapie.

Andere argumenten om niet tot opname over te gaan zijn de stigmatisering en het moeilijk weer in het arbeidsproces

ingeschakeld worden. Dat in het ziekenhuis het gedrag van de klient in relatie met de omgeving (= het ziekenhuis) behandeld wordt, terwijl de problematiek ontstond in de leefsituatie van de klient is een belangrijke faktor. (Polak, 1973.) Tot slot is er een economisch argument: ambulante behandeling is veel goedkoper. Langsley, 1968, stelt: De kosten van behandeling bij een klient die opgenomen werd, lagen  $6\frac{1}{2}$  maal zo hoog dan bij een klient die ambulantly behandeld werd.

Gronden voor een opnameverzoek kunnen zijn:

1. De klient is een gevaar voor zichzelf en/of zijn omgeving.
2. De klient is dusdanig "ziek", dat genezing slechts in een ziekenhuis kan plaats vinden.
3. De klient is zonder sukses ambulantly behandeld. De hulpverlener besluit dat klinische behandeling is aangewezen.
4. De klient heeft een "ziektebeeld", dat moeilijk begrijpbaar is voor de hulpverlener: opname op diagnostische gronden.
5. De klient legt een dusdanige druk op zijn omgeving dat deze, er niet tegen bestand zijnd, weer een dusdanige druk op verwijzers legt, zodat een opname gerealiseerd wordt.
6. De klient wordt opgenomen, omdat zijn omgeving heeft geleerd gezinskrisis op te lossen door middel van opnamen.
7. De klient vraagt zelf om opname:
  - Een "beschuttend verblijf" wordt gezocht om uit de aktuele misère te komen. De herinnering aan mogelijk eerdere verblijven wordt vervalst (alleen de mooie herinneringen worden vastgehouden) en op dit moment is alles beter dan thuisblijven.
  - Angst om tot suicide of agressief gedrag over te gaan; vooral als dit in het verleden geaktualiseerd werd.
  - De schuldgevoelens rond de ellende, die zij aan de omgeving toebrengen wegen zwaar: dit kunnen zij de omgeving niet langer aandoen.
  - Het uitstotingsproces: systematisch worden zij uit het systeem gewerkt. Deze bedreigende situatie (uitgestoten worden, het zich uitgestoten voelen) kan onhoudbaar worden.

- Een genadeloos sluitstuk van relationele problematiek: "Je hebt me gek gemaakt." (Vgl.: bij suicide: "Je hebt me de dood ingejaagd."). Het gek gemaakt zijn eist konkretisering: gek gedrag, of een opname, of beide.
  - De kwaadwillende: "Nog één opname en ik zit in de WAO."
8. De patient verblijft in een dergelijke slecht milieu, dat opname zinvol is (therapeutische separatie).
  9. De patient wordt opgenomen na een misdaad, blijft uit handen van de justitie.
  10. De klient krijgt een dak en een bed in een psychiatrisch ziekenhuis, omdat hij er geen heeft en niemand een alternatief weet.

3. De besluitvorming rond een opname.

In het rapport inzake het opnemingsbeleid in psychiatrische ziekenhuizen (1974) wordt gesteld: "Het opnemingsbeleid wordt in grote mate bepaald door de selektieve motivatie van hen die bij het opnemen zijn betrokken."

Onderzoek naar de determinanten van de besluitvorming rond de opname liet een verbazingwekkende uitslag zien. Mendel (1969) kwam na een gedegen onderzoek tot de volgende konklusies:

1. De beslissing wel of niet opnemen korreleerde met de verschillende disciplines die beslisten. Bijvoorbeeld: een maatschappelijk werker nam minder op dan een psychiater.
2. Werkers met 6 maanden ervaring namen meer op dan kollega's met meer dan 3 jaar ervaring.
3. Mensen die eerder opgenomen waren, hadden een 2 maal zo grote kans opgenomen te worden.
4. In de nacht een week-enden werden 2 maal zoveel mensen opgenomen dan overdag.
5. De ernst van de verschijnselen speelde geen rol bij de beslissing opnemen of niet opnemen.

Giel (1973) signaleert de betekenis van de verwijzer. Hij stelt: "... daarnaast blijkt enige voorkeur te bestaan voor opname na een aanvraag die van een huisarts komt naast natuurlijk (!) een grote voorkeur voor het aanbod van de eigen polikliniek."

75

Op grond van de gegevens uit de literatuur, ervaringen met psychiatrische patienten en kontakten met klienten die zich voor "nazorg" aanmeldden, besloten wij de doelstelling: "geen opname in psychiatrische ziekenhuizen" in ons programma op te nemen. De konsekwentie hiervan was de ontwikkeling van opnamevermijdingstechnieken.

#### 4. Opnamevermijdingstechnieken.

Het vermijden van opnamen betekent impliciet het oplossen van de krisissituatie, waaruit het verzoek tot opname voortkwam.

##### A. Algemene strategieën.

Bij het oplossen van krisissituaties zijn de volgende algemene strategieën van belang (Polak, 1973; Langsley, 1968 B; Baas, 1974):

- De hulp dient snel verleend te worden, zo mogelijk onmiddellijk.
- De problematiek zal pragmatisch benaderd worden: taxatie van de aktuele problemen, herinterpretatie van de problematiek, het strukturere van een toekomstbeeld met een behandelingsplan, het afsluiten van kontrakten met de klient en zijn omgeving etc.
- Kortdurende medikamenteuze behandeling van de klient en/of zijn omgeving, gezinsleden, kan nodig zijn.
- Het aantal kontakten zal beperkt zijn, maar bij het begin van de behandeling zeer frekwent (Langsley bijvoorbeeld zag zijn klienten de eerste 24 uur bij voorkeur twee maal.)
- De behandeling wordt afgesloten met het aanbod om bij nieuwe problemen snel weer kontakt op te nemen.

##### B. De benadering van het verzoek tot opname.

De opname-aanvrager vindt op het moment van de aanvraag plaatsing van de klient in een psychiatrisch ziekenhuis een goede en noodzakelijke oplossing.

Het hanteren van dit verzoek tot opname vereist een specifieke benadering.

Verzoeken tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis worden

gedaan door de betrokkene zelf of door zijn omgeving. Als de omgeving dit verzoek doet kan dit met of zonder de instemming van de klient geschieden.

De klient wil opgenomen worden:

We noemden reeds een aantal omstandigheden, die iemand zover kunnen brengen dat hij gaat verlangen naar een opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Wanneer de klient in plaats van de opname een ambulante therapie wordt aangeboden is er een reële mogelijkheid dat de klient - hij verkeert immers in een krisissituatie, heeft mogelijk al poliklinische hulp gehad, vraagt niet voor niets opname aan - geen belangstelling heeft voor het aanbod van de therapeut. Hij zal sterker aandringen op een opname en zo deze niet gerealiseerd wordt bestaat er een gevaar voor eskalatie van de symptomen met als sluitstuk de door de therapeut ongewenste opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een paradoxale benadering is aangewezen.

Bij deze paradoxale benadering wordt het verlangen om opgenomen te worden geaksepteerd, waarna dit verzoek wordt uitgewerkt op een wijze dat opname voor de klient onaanvaardbaar wordt. Bij de uitwerking van het verzoek tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis worden de "zegeningen" van een psychiatrisch ziekenhuis uitgebreid besproken. De therapeut spreekt niet van psychiatrisch ziekenhuis, maar gebruikt de wat ouderwetserse benaming "krankzinnigengesticht" of kortweg "gesticht". Hij gaat uitgebreid in op de veiligheid van het gebouw met zijn op slot zittende deuren, zodat ook zeer agressieve patienten op die afdeling opgenomen kunnen worden. De bijzondere kwaliteit van de therapeuten, verplegers en dokters wordt benadrukt. Hoe deze zeer hardwerkende mensen toch nog af en toe gelegenheid vinden om met de patienten te praten. Indien de spanning te groot wordt bestaat in het "gesticht" de mogelijkheid om door krachtige injecties tot rust te komen, terwijl als het echt ernstig wordt er een isoleerruimte beschikbaar is om de patient tijdelijk tegen zichzelf te beschermen. Het nadeel van de injecties en medi-



cijnen is dat ze suf maken, maar daar is weinig aan te doen. Ook 's nachts is er geen reden voor bezorgdheid voor het alleen zijn, op een ruime zaal slaapt men met 8 tot 16 medepatienten, terwijl er meestal een zeer jeugdige verpleegkundige 's nachts dienst heeft om te voorkomen dat patienten agressief worden of zich ophangen. De activiteiten overdag houden rekening met het feit dat de patienten bezig zijn problemen op te lossen, of suf zijn van de medicijnen. Men hoeft van 9 tot 5 uur niets anders te doen dan ball-points in etuitjes te stoppen, bonen af te halen of kauwgom te verpakken. Na deze zeer uitvoerige uiteenzetting geeft de klient in het merendeel van de gevallen blijk van belangstelling voor andere mogelijkheden van hulpverlening. Het is van belang op dit moment klient nog eens te herinneren aan zijn verlangen om opgenomen te worden. Indien de klient tenslotte geen opname meer wenst kunnen de eerder genoemde maatregelen ter bestrijding van de crisis gehanteerd worden. Het overgaan van een paradoxale benadering tot een rechtstreekse, meer op leertheoretische gronden steunende, benadering is dan mogelijk. De paradoxale benadering zal bij voorkeur in gezinsverband geschieden. Vaak immers is het verlangen om opgenomen te worden een gevolg van een aantal interakties binnen het gezin. De beschrijving van de gang van zaken in een "gesticht" zal ook de meest geharde gezinsleden doen twijfelen of je dit een mens eigenlijk wel kan aandoen.

Iemand uit de omgeving doet het verzoek tot opname met instemming van de klient:

Indien de opname-aanvrager een hulpverlener (huisarts, psychotherapeut, maatschappelijk werker, politie, etc.) is, wordt hem medegedeeld dat pogingen om opname in een psychiatrisch ziekenhuis te vermijden zullen worden ondernomen. De bereidheid de behandeling gezamenlijk voort te zetten of eventueel over te nemen wordt aangeboden. Op deze wijze wordt de hulpverlener bevrijd van een klient waar hij geen raad mee weet en bestaat de mogelijkheid de verantwoordelijkheid betreffende de behandeling over te dragen.

De benadering van de klient hangt af van zijn "verlangen"

naar een opname. Is dit verlangen groot dan volgt de parado-  
xale benadering. Heeft hij zich door de hulpverlener laten  
bepraten tot een opname ("omdat dat voor u het beste is"),  
dan kan onmiddellijk met de direkte behandeling van de crisis-  
situatie begonnen worden.

Als een familielid, vriend of kennis de opname aanvraagt,  
zal de graad van instemming van de klient met die gang van  
zaken de benaderingswijze bepalen. Enige inleidende opmer-  
kingen over het gesticht kunnen de zaken gauw in goede banen  
leiden.

Als de omgeving om opname vraagt en de klient heeft geen  
belangstelling, dan zal de eerste fase van de behandeling  
zich op de omgeving richten. Het uitvoerig bespreken van de  
"voordelen" van een opname in een gesticht doet de omgeving  
al snel naar alternatieven vragen. Indien de aanvrager een  
hulpverlener is, zal hem, daar de patient niet opgenomen wil  
worden, aangeboden worden de behandeling over te nemen  
(bijvoorbeeld met als argument de motivatie van patient uit-  
gebreid te onderzoeken etc.).

5. Welke klienten worden wel opgenomen.

Uitgangspunten bij onze gedachten over het vermijden van opnamen  
in een psychiatrisch ziekenhuis was opname vermijden, maar niet  
tot iedere prijs. Klienten, die een reëel gevaar vormden voor  
zichzelf en/of hun omgeving, vielen buiten de besproken benadering.  
Door gebrek aan alternatieve huisvestingsmogelijkheden waren we  
een aantal malen gedwongen klienten met alcoholisme en ernstige  
gedragsstoornissen op te laten nemen.

Waar onze behandeling gericht was op het systeem waarin patient  
verkeert, hadden onze bemoeienissen met alleenwonenden minder  
sukses. In een aantal gevallen werd een opname in de psychia-  
trische afdeling van een algemeen ziekenhuis voor hem gereali-  
seerd.

Referenties:

- Baas, J., 1974, "Krisis Interventie.", T. voor Maatsch. Werk,  
28, 1, 2.
- Giel, R., 1973, "Over de opname van psychiatrische patienten."  
T. v. Psychiatrie 15.110
- Haley, J., Hoffman, L., 1967, "Techniques of Family Therapy",  
Basic Books, N.Y.
- Langsley, D.G., Pittman, F.S., Machotka, P., Flomenhaft, K., 1968,  
"Family Crisistherapy - Results and Implications",  
Family Proces, 7, 2, 145.
- Langsley, D.G., Kaplan, D.M., 1968, "The Treatment of Families  
in Crisis.", Grune and Stratton, N.Y.
- Langsley, D.G., Flomenhaft, K., Machotka, P., 1969, "Follow up  
Evaluation of Family Crisistherapy.", Am.J. of  
Orthopsychiat., 39, 753.
- Langsley, D.G., Machotka, P., Flomenhaft, K., 1971, "Avoiding  
Mental Hospital Admission.", Am.J. Psychiat.  
127, 10, 1391.
- Mendel, W.M., Rapoort, S., 1969, "Determinants of the Decision  
for Psychiatric Hospitalisation.", Arch. Gen.  
Psychiat., 20, blz. 321.
- Polak, P.R., 1967, "The Crisis of Admission.", Social Psychiatry,  
2, 4, 150.
- Polak, P.R., Jones, M., 1973, "The Psychiatric nonhospital:  
A Model for Change.", Community Ment. Health Journ.,  
9, 2, 123.
- Romme, M.A.J., Frowijn, A.S., 1970, "Taak en plaats van de  
Sociaal Psychiatrische Dienst.", Mndblad voor  
de Geestel.gehl., 25, 490-499.
- Rapport inzake het opnemingsbeleid in Psychiatrische Ziekenhuizen,  
1974, Prov. Raad v.d. Volksgezondh., Den Haag.

Toen ik het volgende stuk, uitgetypt en wel, aan twee kollega's liet lezen, signaleerden zij een paar onduidelijkheden. Omdat ik niet in de gelegenheid ben het geheel nog eens over te tikken, wil ik dan maar op deze manier de gewenste toelichting geven.

- Ik beschrijf de strategie en de procedure die ik volg bij de intake van cliënten met veel weerstand tegen behandeling ('dubieuze' cliënten).
- De nummers in de marge zijn bedoeld om de te onderscheiden stappen aan te geven die bij deze procedure gezet worden. Dit klopt voor alle punten, met uitzondering van 2 en 3.
- Mijn pretenties met deze 'Richtlijnen' zijn dat de cliënt met de beschreven werkwijze een optimale kans krijgt om van therapie te profiteren en dat de werkwijze relatief gemakkelijk aan consultants en supervisors te leren is.

## Richtlijnen bij de intake van 'dubieuze' cliënten

---

Kees van der Velden

Terecht geeft het TDT veel aandacht aan cliënten met flinke weerstanden tegen behandeling. Deze 'dubieuze' cliënten vormen bij een SPD bijv. immers de grootste groep hulpvragers.

Persoonlijk voel ik trouwens een zekere affiniteit met de beweegredenen van deze mensen.

Ik ben het met hen eens dat van psychotherapeutische hulp vaak weinig goeds te verwachten is. Daarvoor zijn hun moeilijkheden te groot en hulpverleners te weinig bekwaam. Vaak hebben deze mensen trouwens al reeksen ervaringen met hulpverlening achter de rug: inzichtgevende gesprekken, 5-minutenspreekuren, bio-energetische sessies, 'konfronterende' relatie-therapie en ga zo maar verder. De aarzeling van een cliënt om zich nu weer eens aan een ander regiem - dat van de direktieve therapie - te onderwerpen vind ik niet alleen begrijpelijk, ik vind haar prijzenswaard. Zij wijst op ten minste een restant van autonomie.

Dat is één reden om een tekort aan motivatie te respecteren.

Reden twee is dat ik niet op voorhand aanneem dat mijn interventies wel zullen helpen.

En de derde, meest persoonlijke, reden om de cliënt zijn weerstand van harte te gunnen is dat ik het niet prettig werken vind met mensen die niet willen. Bovendien: misschien is de tijd nog wel niet rijp om het probleem van de cliënt te attackeren en kunnen we beter nog wat afwachten.

Het resultaat van deze opvattingen is dat deze cliënten en ik het meestal wel goed kunnen vinden. De cliënt voelt zich geaccepteerd en ik voel me ontheven van de verplichting om iets onmogelijks tot stand te brengen.

Globaal kan men cliënten op twee manieren uitnodigen

om aan een therapie deel te nemen: op de direkte 'cheng'-manier en op de indirecte, judo-achtige 'ch'i'-manier (vgl. voor deze terminologie o.m. Van der Hart & Rubinstein, 1975, en Lange, 1976).

Bij de eerste benadering worden de cliënt principes en procedures van de therapie uitgelegd en evt. gedemonstreerd, waarna hij kan beslissen om al of niet een (voorlopig) behandelingskontraakt af te sluiten (vgl. Lange & Van der Hart, 1975).

Voordeel van deze aanpak lijkt mij dat de therapeut geen tijd verdoet met matig of slecht gemotiveerde cliënten. Nadeel is dat hij een flinke groep van behandeling uitsluit die met wat meer subtiliteit mogelijk nog wel te helpen zou zijn geweest. Nadeel is ook dat hij, wanneer hij bijv. bij een SPD werkt, weinig cliënten overhoudt. (Kees Hoogduin kent therapeuten die dit trouwens niet eens zozeer als een nadeel zien.)

Bij de tweede benadering wordt de cliënt 'verleid' om aan de therapie deel te nemen. Of hij wordt de therapie in gemanipuleerd zonder dat hij het zelf in de gaten heeft.

Ik heb deze manier van werken regelmatig toegepast, maar kom er, althans in de intake, van terug. Het is weleens mogelijk om iemand die niet wil met veel stroop te lijmen ('Ik zou Uw op inie over Uw zwaar-gestoorte vrouw zo graag nog eens wat uitvoeriger horen' - bij een man die men een echtpaartherapie in wil loodsen), maar zulke cliënten eklipseren toch meteen wanneer van hen een echte inspanning gevraagd wordt. En zonder inspanning wordt niemand beter.

Nee, ik wil tamelijk aan het begin weten of het zin heeft om aan een therapie te beginnen. Hiertoe gebruik ik sinds enige tijd een standaard-intakeprocedure, die als een direkte benadering gezien kan worden maar evengoed als een indirecte. Ik geef de procedure hieronder met enige voorbeelden weer.

- 1. De therapeut vindt niet alleen dat de cliënt zijn

bezwaren tegen behandeling respekt verdienen, hij drukt dit ook uit. (Zie de inleiding van dit stuk.) Voorts geeft hij aan dat therapie vaak een moeilijke onderneming is, waarvoor een grote inzet gevraagd wordt. En dat het maar de vraag is of de cliënt ervan zou profiteren, zelfs wanneer hij deze inzet zou tonen. Enz.

Vrijwel alle cliënten reageren hierop met het demonstren van de bereidheid om mee te werken. Bijv. geven zij een moeilijkheid aan waaraan misschien wel iets te doen zou zijn, of erkennen zij het bestaan van problemen in het huwelijk.

- 2. De therapeut negeert dergelijke hoopvolle tekenen. Althans: hij merkt ze wel op, maar gaat er niet op in.

Mevrouw Crolla, 43 jaar, rijke ervaring met doctor shopping, gaf op de door ons gebruikte Vragenlijst bij aanmelding aan haar huwelijk als zeer goed te beschouwen. Ook bij het inventariseren van de klachten en hun kontekst in de intake, reageerde het paar defensief wanneer de mogelijkheid van onenigheid ter sprake kwam. Nadat de therapeut zijn onder 1 genoemde inleiding had gehouden, ontstond een zekere verbroedering. In deze sfeer gaf mevrouw aan dat ze vond dat haar man veel te weinig met haar praatte en de man zei dat het klagen van zijn vrouw hem van tijd tot tijd begon te ergeren. De therapeut antwoordde met clichés als 'Overal is wel eens wat', 'Niemand is volmaakt' en 'Dat komt in de beste families voor'. De heer en mevrouw Crolla waren het hiermee al zeer gauw eens en concentreerden zich weer op de klachten van mevrouw.

Zijn deze tekenen namelijk werkelijk hoopvol, dan zet de cliënt er enige kracht achter en protesteert wanneer de therapeut ze zomaar wegwuift.

- 3. De therapeut laat bemoedigende opmerkingen achterwege. Bemoedigende opmerkingen zijn goed besteed aan mensen die de werkelijke proporties van hun moeilijkheden ietwat uit het oog verloren hebben, maar niet aan mensen die hun moeilijkheden (die groot zijn) op juiste waarde schatten en nog minder aan mensen die eraan hechten de onoplosbaarheid van hun probleem te benadrukken.

- 4. De therapeut opent voor de cliënt de mogelijkheid om zonder gezichtsverlies aan therapie te ontkomen.

Mevrouw Tophoff, 47 jaar, enkele opnames achter de rug, was bijna niet op de intake verschenen omdat het weer zo mooi was die dag. Maar meneer had doorgezeten, de huisarts gealarmeerd en die had zijn hele prestige in de waagschaal gesteld om mevrouw te pressen alsnog 'in therapie' te gaan. De therapeut kon het meteen goed vinden met mevrouw Tophoff en beiden begrepen dat het de kunst was de therapie niet door te laten gaan zonder dat echtgenoot of dokter het idee zouden krijgen dat zij niet wilde. Mevrouw zei dus dat wellicht mooi zomerweer haar klachten in gunstige zin zou kunnen beïnvloeden. De therapeut zei dat zoiets inderdaad weleens voorkwam, zij het spaarzaam; maar wie weet behoorde cliënte wel tot deze gelukkigen. Zou dit niet zo zijn, wel, dan kon ze altijd nog terugkomen. Alleen, vond ik, moest ze intussen niet regelmatig haar huisarts laten komen. Cliënte en echtgenoot vonden dit redelijk en vertrokken. Een maand later belde mevrouw om te vertellen dat ze geen spijt had van haar gesprek met de therapeut (?) en dat het nog steeds goed ging.

Andere cliënten wijzen deze mogelijkheid verontwaardigd van de hand. Zij eisen therapie.

Het is naar mijn ervaring overigens een kunst om onder druk staande cliënten het niet in therapie gaan als een reële, niet-beschamende mogelijkheid voor te houden. Zeggen 'U hoeft niet' resulteert alleen maar in 'Ja maar ik wil wel'.

- 5. De therapeut geeft aan dat hij in dit stadium niet kan beoordelen of psychotherapie geschikt is om de moeilijkheid van de cliënt op te lossen.

De heer en mevrouw Bruyning waren bij twee zenuwartsen, een kruidendokter, een akupunkturist, een 'bio-energétikus' en een magnetiseur geweest voor ze zich meldden voor 'echtpaartherapie'. Het paar ontkende de aanwezigheid van wrijvingen of ongenoegen. De reden om 'echtpaartherapie' aan te vragen was dat men een dame voor de t.v. hierover had horen spreken. En natuurlijk dat cliënte's klachten nog niet over waren. De therapeut zei dat hij echt niet wist of 'echtpaartherapie' nu wel geschikt was voor mevrouws klachten. Het paar reageerde teleurgesteld, maar zag de redelijkheid van het standpunt van de therapeut al gauw in.

Is men eenmaal op dit punt aangeland, dan is de cliënt degene geworden die therapie wil, en wel die therapie die de therapeut wil verstrekken. Dit lijkt heel aardig maar is het niet. De op deze wijze ontstane 'motivatie' zakt als een pudding in elkaar wanneer men weer thuis is en er zijn



weer een paar dagen voorbij. Het is typisch de onervaren therapeut die in deze 'valkuil' stapt (en daarmee te kennen geeft dat zijn introductie - zie onder 1 - slechts een truukje was).

- 6. De therapeut deelt mee dat hij in principe bereid is te onderzoeken wat naar zijn mening aan het probleem gedaan zou moeten worden. Toont de cliënt zich hierin geïnteresseerd, dan legt de therapeut uit hoe dit onderzoek zou moeten plaatsvinden (vnl. invullen van vragenlijsten en monitoring) en wat de cliënt ervan mag verwachten: een 'eerlijk advies dat onder ons blijft'.

De cliënt reageert hier altijd positief op.

- 7. De therapeut last een week bedenktijd in.

In deze week kan de cliënt de voors en tegens van het onderzoek afwegen. Hoewel cliënten dit overbodig vinden wanneer je het hun voorstelt, blijkt het toch een nuttige maatregel. Na een paar dagen ontdekken sommigen dat ze nu (nog) geen behoefte hebben aan een 'eerlijk advies', eerst iets anders willen proberen (vgl. mevrouw Tophoff onder 4) of iets dergelijks. Anderen hebben in deze week vragen verzameld. Bijv.: 'Denkt U dat we meer ruzie zullen krijgen wanneer we gaan doen wat U zegt?', 'Adviseert U mensen weleens om te gaan scheiden?', 'Komt het wel eens voor dat U helemaal geen oplossing weet?', 'Als ik Uw advies niet wil opvolgen, waar zou ik dan terecht kunnen?', 'Als ik het nu niet wil doen, kan ik dan later nog bij U terecht?', enz. Stuk voor stuk belangrijke vragen, vind ik, aan welke beantwoording geruime tijd besteed wordt.

- 8. Is er overeenstemming bereikt over het starten van het onderzoek, dan krijgt de cliënt lijsten mee, dagboekinstructies e.d., terwijl ook de partner met het nodige huiswerk wordt opgezadeld. Een veel voorkomende fout is dat de therapeut te weinig aandacht en tijd besteedt aan de manier waarop de cliënt geacht wordt zijn huiswerk te maken. Resultaat is dan huiswerk waaruit geen zinnige konklusie te trekken is.

- JTB
9. Het huiswerk wordt besproken en van kommentaar voorzien. Deze kommentaar is géén advies, hoogstens een demonstratie van wat een therapeutisch advies zou kunnen zijn moest de cliënt in behandeling zijn genomen.

De heer Jongerius, 33 jaar, in de WAO, heeft altijd een huilbui wanneer hij wakker wordt. Het tijdstip van wakker worden is 7.45 uur. Zijn vrouw is dan precies een kwartier weg, naar haar werk als schoonmaakster. De therapeut oppert dat zo een moeilijkheid evt. minder erg zou zijn wanneer cliënt drie kwartier eerder zou opstaan. Hij zou dan kunnen huilen in het bijzijn van zijn vrouw, die heel goed troosten kan. Mevrouw Jongerius zegt dan dat ze dat een goed idee vindt, en stelt voor daar morgen mee te beginnen. De therapeut koupeert deze suggestie en zegt dat dit slechts één mogelijkheid is. Misschien wil cliënt bijv. wel helemaal niet meer huilen 's morgens, of wellicht geeft hij er de voorkeur aan alleen te huilen wanneer mevrouw er niet is. Of wie weet komt dat hele huilen hem de neus uit.

Op deze wijze krijgt de bespreking van het huiswerk het karakter van 'brainstorming': het vrijblijvend opperen van (deel)oplossingen waarin zowel de cliënt (en zijn evt. partner) als de therapeut participeert.

Deze sessie wordt besloten met nieuw, specifiek huiswerk. Dit huiswerk moet enige dagen voor de volgende zitting worden ingestuurd, zodat de therapeut zich voldoende op zijn 'eerlijk advies' kan prepareren.

10. De therapeut geeft zijn 'eerlijk advies'.

De heer en mevrouw Lehmann kwamen in behandeling wegens klachten van mevrouw: depressie, depersonalisatie en zwerven bij verlaagd bewustzijn. Zij hadden al veel therapie 'gekregen' zonder dat die tot andere dan zeer tijdelijke verbetering had geleid. Mevrouw rumineerde aanhoudend over het verleden (over hoe gezond ze toen was), en meneer was een toonbeeld van gezondheid, die zijn zwakke vrouwtje met raad en daad terzijde stond (schema's maakte bijv. met behulp waarvan mevrouw haar huishouden op meer efficiënte wijze zou kunnen regelen). De therapeut zei hun dat hij niet wist of hij hun therapie moest aanraden. Voor mevrouw zou dit immers betekenen dat zij geen woord meer zou mogen wijden aan het verleden (wat erg moeilijk is), en voor meneer dat hij wel met zijn vrouw mocht uitgaan enzo - wat hij nooit deed -, maar dat hij haar op sommige momenten zou moeten laten 'barsten'. Ook erg moeilijk. Misschien zou een kollega tot een

88

andere opinie komen, zo opperde de therapeut, maar hij kon er zelf niet anders over denken.

Meneer Lehmann wuifde de bezwaren meteen weg. 'Al moest ik morgen voor m'n vrouw naar India, ik heb er alles voor over', maar mevrouw was verstandiger en greep het voorstel van de therapeut om hier nog eens veertien dagen over na te denken met beide handen aan.

In sommige - zeldzame - gevallen wordt de cliënt geadviseerd zich nog eens goed lichamelijk te laten onderzoeken, juridisch advies in te winnen, andere woonruimte te zoeken of iets dergelijks, maar meestal luidt toch het advies zich aan een direktieve therapie te onderwerpen - wanneer men de konsekventies nu ten minste aandurft. Deze konsekventies worden steeds zo specifiek mogelijk omschreven.

11. De therapeut last andermaal een pauze in.

Het 'eerlijke advies' moet verwerkt worden en de konsekventies overdacht. In het geval van mevrouw Lehmann werd de echtelieden verboden om met elkaar over het al dan niet opvolgen van het advies te overleggen. De man wilde zo graag dat mevrouw vrijwel geen kans kreeg haar bedenkingen naar voren te brengen. Onafhankelijk van elkaar moesten zij de therapeut mededelen wat hun beslissing was.

Tot op heden heb ik nog niet meegemaakt dat de ene partner tot een andere konklusie kwam dan de andere, dus daarover kan ik ook niets zeggen.

12. De therapie begint. Is men eenmaal zover gekomen, dan is, naar mijn idee, de behandeling van deze cliënten niet essentieel moeilijker dan de behandeling van cliënten met minder ervaring in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg.

Wie meent dat deze procedure nodeloos langdradig is, wel, die vergist zich volgens mij. Wanneer wijzelf, bijv. bij de aanschaf van een lederen bank, op deze wijze geholpen zouden worden, dan zouden wij de verkoper wellicht een zeurpiet vinden, maar een miskoop deed zich nooit meer voor.

Referenties

---

- Hart, O.van der & T.Rubinstein (1975): Strategische en taktische aspecten van therapie. TMW, 2(10),15-18.
- Lange, A. & O.van der Hart (1975): Gedragsverandering in gezinnen. Tjeenk Willink, Groningen.
- Lange, A. (1976): Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. Verschijnt in het septembernummer van het Tijdschrift voor psychotherapie.

89

Het Mental Research Institute en de 2nd Don Jackson Memorial Conference  
Te Palo Alto.

---

Theo Compennolle  
Buitenlands Korrespondent.  
Palo-Alto: 10-21 juni 1976.

Mijn vertrek naar Philadelphia een maand voor mijn job er begint (om huis, auto etc te organiseren.) liet me voldoende ruimte om het Don Jackson Memorial Conference bij te wonen, een Workshop te volgen en de hele zaak eens van nabij te verkennen in Palo Alto. Een unieke kans. De kosten schrikten me aanvankelijk af, maar Annemaries stimulans gaf de doorslag.

Workshop: Introduction to Hypnotherapy. Paul Watzlawick.

Dit was een prima manier om met Paul (familienamen zijn hier ongebruikelijk.) kennis te maken. De cursus was prima en praktisch voor beginners (Kassetteopnames ervan staan te beschikking van de TDT-redactie.). Voor iemand die de cursus hypnotherapie van vanDijck en Wassenaar gevolgd heeft, was er echter weinig wereldschokkend nieuws. Wel is Paul gloeiend enthousiast over de heropgerakelde theoriën mbt. ons "dubbel brein", die opnieuw in de mode raakten (zie oa. Avenue juli 1975, p83) na recent hersenonderzoek (oa Bakan 1969.).

De theorie biedt stof voor boeiende hypothesen, maar Paul heeft enigszins de neiging de bronnen te verzwijgen en te doen alsof het allemaal uit zijn eigen koker komt (zie ook mijn verslag over zijn bijdrage over hetzelfde onderwerp op het kongres.).

In zijn opvattingen over hypnose, hypnotische technieken en de "hypnotische taal" is Watzlawick uiteraard sterk beïnvloed door M. Erickson. Nadrukkelijker dan laatstgenoemde echter benadrukt Paul het in trance gaan als een eigenschap van de cliënt. Het in trance kunnen gaan zou een eigenschap zijn die we aanvankelijk als kind allen min of meer hadden. Dit talent wordt ons echter afgeleerd. De therapeut is dan eerder een soort trainer die de cliënt opnieuw "leert" in trance te gaan. Deze opvatting vinden we terug bij meer auteurs. LaBaw bv. gebruikt steeds zeer konsekwent de term "trance capability" (Vb. LaBaw 1969.).

Een trance inductie volgens de Spiegelmethode, om het roken af te leren, werd gedemonstreerd bij een patiënt van een van de deelnemers. Paul toonde hoe Erickson een zeer gesofistikeerde visie heeft op de taal. Bij een trance inductie speelde Erickson het bijvoorbeeld klaar op vijf verschillende manieren: 1) door de woorden lifting and lifting. 2) door het woord lifting van laag naar hoog uit te spreken. 3) Door het woord uit te spreken op de uitademing zodat het samengaat met de minimale opwaartse beweging veroorzaakt door de beweging van de thorax. 4) Door de woorden aanvankelijk uit te spreken met het gelaat opgericht naar het plafond en dan geleidelijk het hoofd tussen de knieën te laten zakken. Het geluid gaat zo van hoog naar laag zodat de cliënt de indruk heeft ten opzichte van de geluidsbron van laag naar hoog te stijgen. (Erickson kon zo door zijn hoofd van links naar rechts te wiegen een cliënt in trance zeeziek maken.) 5) Door heel even met de hand langs de immobiele hand van de cliënt te "waaieren" insinueert hij beweging. (Op Verzoek ben ik graag bereid uitgebreider verslag uit te brengen over deze Workshop. Wat overigens ook geldt voor alle verder samengevatte onderwerpen.)

The Brief Therapy Project ofte The Brief therapy Centre.

Door bemiddeling van John Herr, bij wie ik logeerde, kreeg ik de kans therapie sessies met Weakland en Watzlawick als therapeuten, bij te wonen. De termen Project en Centre dekken dezelfde gebeurtenis: elke woensdagmiddag worden drie gevallen behandeld onder live supervisie door de vijf andere team-

90

leden. Het team bestaat uit Weakland, Watzlawick, Fisch en drie jongeren: Fritz Hoebel, Lynn Segal en Melvin Deardorf. Het projekt kreeg geen grant. De teamleden doen het in eigen tijd en het enige "research"-inkomen is de \$40,- die de patiënten betalen per sessie.

Op elk ogenblik van de zitting kan een van de intervisoren tussenkomen via de telefoon wat dan ook een vijf à zes maal gebeurde per zitting.

Wat de therapie zélf betreft was de desillusie die ik er opliep groot. Het was een bijzonder onverwachte ervaring deze halfgoden in zo'n mate onkreatief te zien stuntelen, duiden, interpreteren en pas op de plaats te zien maken. (Het troostte me enigzins Fisch op de Konferentie in het openbaar te horen zeggen dat hij zelf niet tevreden was met de gang van zaken de laatste tijd en dat hij zelf soms de indruk had dat het groepje soms terugglijd naar meer konventionele psychotherapeutische interventies.)

Een vb:

John Weakland had een typisch lastig 'dikke status'-geval. Een gezonde vrouw die loop-, denk- en concentratiestoornissen kreeg toen haar man, een militair, met vervroegd pensioen werd gestuurd en geen werk kon vinden. Alle min of meer beroemde neurologen uit de streek en daarbuiten, hadden haar onderzocht en de zaak als psychiatrisch geïdentificeerd. Het was zo'n typisch geval van een patiënt die tientallen machtige artsen machteloos had gemaakt door niet beter te worden. Een eerste-maands assistent van van Dijck (en andere TDT-leden.) leert dat hij bij deze gevallen het beste en efficiëntste op de machteloze toer kan gaan. John had Haley klaarblijkelijk toch niet zo goed onthouden; het was de vijfde en laatste zitting, er was nog geen greintje vooruitgang geboekt en John probeerde krampachtig the one-up te blijven spelen: "U moet goed inzien Mr en Mevr, als U ziet hoeveel en hoe briljante hersenstof bij uw therapie betrokken is (lett: how many and briljant brains...), dat als wij U niet kunnen helpen niemand U kan helpen." Het zal geen enkele TDT-lezer verbazen dat de briljante breinen óók machteloos werden gemaakt.

Ergoer nog vindt ik de discussie nadien. Ik had flinke wederzijdse kritiek verwacht, maar het vriendenclubje gaf elkaar niet veel meer dan lieve schouderklopjes. De TDT-lezer zal me misschien niet geloven, me negativisme verwijten of zal denken dat ik met te hoge verwachtingen naar Palo-Alto ter bedevaart was getrokken en daarom enkel gedesillusioneerd kon raken. Wat ik als nonsens bestempel. De TDT-lezer kan tenandere zichzelf van mijn stellingnames overtuigen omdat ik alles wat ik kon opnemen op band heb opgenomen en de kassettes graag de mederedakteurs ter beschikking stel. John vroeg me de therapie zelf niet op te nemen (de lezer had kunnen horen hoe aan de patiënten door Paul meegedeeld werd dat: "a psychiatrist from Belgium joined us behind the screen." Haha, als part of the briljant brains"zeker.) Ik was verbaasd bij dit verbod, doch begrijp wel dat men deze "prestaties" liever binnenskamers houdt. De discussie nadien heb ik echter wel opgenomen voor wie erin geïnteresseerd mocht zijn.

Nadien besprak ik de zaak met Fritz, liet voorzichtig mijn desillusie doorschemeren evenals mijn twijfels omtrent de wetenschappelijkheid van het projekt. Tot mijn verbazing beaamde hij mijn indrukken. Later, rond enkele glazen Tequila en Kahlua, hoorde ik van John en Melvin meer vertrouwelijke informatie die mijn aanvankelijke indrukken bevestigde: Het Brief Therapy Project is eigenlijk geen echt research project. De ERI-vloeg probeert alleen de zaak drijvende te houden in afwachting dat er geld gevonden wordt. Begrijpelijk. Maar het geldgebrek leek me toch een onvoldoende ekskuus voor de zwakke therapeutische prestaties. Misschien is het vuur er een beetje uit? Misschien is het een kwestie van relativiteit, in die zin dat we op de Jel. onder invloed van Van Dijck en andere supervisors een betere kwaliteit Brief-Therapy afleveren dan we denken en dat wat we doen dikwijls echt goed genoemd mag worden. Een Eresaluut voor Van Dijck en Co!

wordt vervolgd.

BLADVULLING:

Theo van der Meiden.

Veiligheid:

Mrs. Bodin op Art's cocktail party in hun kennelijk door een binnenhuisarchitect in Avenue-stijl ingericht huis: "Het geeft je een prettig en veilig gevoel als je de politie zo rustig ziet rondtoeren in je buurt. Je beseft dan tenminste dat je in een veilige buurt woont want in onveilige wagen ze zich niet."

?:

Steve de Shazer, een in levende lijve nogal verward overkomend paradoxalist, ondervraagd door iemand uit het publiek: "Are you always contrary." antwoordt: "Yes."

Colombus en Freud:

Sam Anderson, research director Family Study station UCSF, nogal een droogstoppel die als twee druppels water lijkt op Dr Sanders van Kentuckys Fried Chicken, werd merkkelijk vlotter na enkele glazen punch op Art's party: "Analytical oriented psychiatrists have much in common with Columbus sailing to the west: They don't know where they are going. Arrived, they don't know where they are. Back, they don't know where they have been."

!:

Fisch antwoordt op mijn vraag of ik hem kan interviewen om mijn ervaringen met de kollegas van TDT te delen: "Well, you know, some people make it a hobby to interview brilliant people...".

SNIPPER: De plaats van de plasknijper.

Richard Van Dijk.

92

In het vorige nummer werd door Theo Compernelle melding gemaakt van een succesvol, maar zeer eenvoudig hulpmiddel bij de behandeling van bedplassen. Het ging om een licht verbogen haarclip waarmee de voorhuid van de penis enigszins moest afgeklemd worden. Omdat uit de eigen experimenten van Theo al bleek dat na het aanbrengen van de knijper er nauwelijks belemmeringen zijn bij het plassen, vroeg ik me af of de plaatsing ter hoogte van voorhuid wel zo belangrijk was. Toevallig werd enige tijd later een 30-jarige man aangemeld die nog steeds elke nacht in bed plaste. Eerdere behandelingen elders met Tryptizol en de plaswekker, hadden voor resultaat gehad dat hij na instellen van de therapie enkele dagen droog was, maar binnen de week weer tot zijn vroegere gewoonte was teruggekeerd. Ik besprak met hem het principe van de plasknijper, maar adviseerde hem deze ongeveer halverwege de penis aan te brengen. Bij telefonische contrôle 4 dagen later, net voor zijn vertrek op vakantie, bleek hij nog droog te zijn. Een maand later zag ik hem opnieuw: het gunstige effect had slechts enkele dagen aangehouden. Ik adviseerde hem toen de plasknijper niet halverwege de penis, maar op de voorhuid te plaatsen. Dit leverde hetzelfde resultaat als alle tot nu toe geprobeerde behandelingen: enkele dagen een droog bed, maar binnen de week recidief van de klachten.

Een voorlopige conclusie, na deze eenvoudige replicatie, kan dus luiden dat de plasknijper weliswaar een zeer eenvoudige, en zeer goedkope behandeling biedt voor enuresis nocturna, maar dat getwijfeld dient te worden aan de veronderstelling dat deze therapie meer efficiënt zou zijn dan reeds bestaande behandelingen. Tevens kan men zich afvragen of de plaats waar de plasknijper wordt aangebracht van enig belang is.

Referenties:

Compernelle, T. (1976): Een zeer eenvoudige, zeer goedkope en efficiënte behandeling van enuresis.

TDT, 3, (7), 66-70.



EEN ONRUSTIG GEZIN.

Richard Van Dijck.

Enige tijd geleden beschreef Dick Oudshoorn (1975) zijn ervaringen met een gezin dat de therapeut steeds maar opnieuw met escalaties en brandjes confronteerde, zodanig dat er geen tijd of gelegenheid over bleef om aan enig werk van langere adem toe te komen. Mijn bijdrage gaat over een gezin dat in meerdere opzichten overeenkomt met wat Dick rapporteerde: er is een overvloed van acute problematiek die niet genegeerd kan worden; de ouders hebben sinds jaren een relatie die ze als zeer negatief beleven en vallen elkaar, in aanwezigheid van de kinderen, voortdurend aan; meerdere kinderen zijn op een bepaald moment gelijktijdig gedecompenseerd.

Het contact kwam tot stand via de 20-jarige oudste dochter die naar de polikliniek werd verwezen voor nazorg na een opname wegens een manische psychose. Uit individuele gesprekken die met haar gevoerd werden bleek dat de verhoudingen in het gezin zeer gespannen waren, dat haar ouders al jaren over scheiding dachten en dat zij op kamers wilde. Dit laatste gebeurde en het leek goed te gaan met haar, zodat ze werd ontslagen. Zowat twee weken later werd haar 19-jarige, jongere broer aangemeld, die vanuit Nijmegen, waar hij studeert, met slechte cijfers en een paranoïde psychose kwam aanzetten. Zijn gedrag wisselde tussen opgewonden beschuldigingen met psychotische inhoud tegenover zijn ouders, en pure balorigheid waarbij hij geen waandenkbeelden maar wel een grote hoeveelheid agressie tegenover zijn vader demonstreerde. Kort na deze aanmelding vond een gesprek met het gezin plaats. Ik was hier eerst als supervisor, en daarna als co-therapeut bij betrokken. Bij de eerste zitting waren beide ouders, Marie, de 20-jarige op kamers wonende dochter en Rob, de psychotische zoon van 19 aanwezig. De twee andere kinderen, Adriaan van 17 en Anna van 14, kwamen pas in een volgende zitting erbij. De globale indruk van deze twee zittingen was er een van niet hanteerbare chaos. Het psychotische gezinslid was beslist niet degene die zich het meest opvallend gedroeg.

Niemand liet de anderen uitspreken en elke spreker veranderde het onderwerp. Iedereen bekritiseerde alle anderen, en in deze stortvloed van negatieve uitlatingen konden ook geen allianties of coalities meer ontdekt worden. De vader was nog het soberst in zijn verbale produktie. Hij uitte relatief weinig kritiek, voornamelijk omdat hij weinig aan het woord kwam, en ging ook nergens op in. De moeder benadrukte vooral hoe iedereen het moeilijk voor haar maakte en somde allerlei praktische problemen voor de nabije toekomst op, waar snel over beslist moest worden. Maar vóór iemand dan de kans had om er iets over te zeggen, was haar al een nieuwe moeilijkheid ingevallen. De ouders waren elk aan een kant van de kamer gaan zitten, met de kinderen tussen hen in, en negeerden elkaar zoveel mogelijk; ze legden later uit dat ze daarmee probeerden hun gebrek aan eensgezindheid zoveel mogelijk te verbergen. De oudste dochter, die al wat psychiatrische ervaring had, gaf verbitterde en sarcastische commentaren "langs de lijn" over het gedrag van de anderen. Haar rake opmerkingen hielpen wel om een indruk te krijgen van de zwakke plekken van alle aanwezigen, maar konden niet gebruikt worden om er iets constructiefs mee te ondernemen. De psychotische zoon ging op een provocerende manier tegen zijn vader of moeder tekeer. Hun replieken daarop bestonden er vooral uit dat zij de therapeut vertelden dat hij thuis nog ergere dingen zegde en deed. Adriaan, de derde van het gezin, was continu opgewonden en in paniek en vreesde op korte termijn gek te worden, in navolging van zijn zus en broer. Net als zijn moeder opperde hij het ene probleem na het andere, zodat er voor een zinnig antwoord geen enkele ruimte over bleef. De jongste dochter, Anna, van wie later bleek dat zij onbehandeld een anorexia nervosa had doorgemaakt en nu nog vreemde eetpatronen had, hield zich behalve enkele huilbuien buiten het gesprek; en probeerde ook ruimtelijk afstand te nemen door haar stoel helemaal buiten de kring te schuiven. Slechts één gegeven uit deze zitting was gunstig: de ouders wilden geen van beiden een opname van Rob, omdat hun ervaringen bij het verblijf van Marie in de inrichting zeer negatief waren geweest.

Zij waren dus wel bereid om zich in te zetten voor het vermijden van een opname.

Verloop:

Het was de therapeut, ook na versterking met een co-therapeut niet gelukt om in de gezamenlijke zittingen de meest elementaire gespreksregels te doen respecteren. Daarom werd halverwege de tweede zitting afgesproken dat alleen nog de ouders en Rob zouden verder gaan. De ene therapeut probeerde tot enkele overzichtelijke afspraken te komen met de zoon, terwijl de andere samen met de ouders het gesprek volgde via de doorkijkspiegel. De bedoeling was aan de ouders te demonstreren hoe zij, door het achterwege laten van tegenbeschuldigingen en paniekreacties, ook minder agitatie bij hun zoon zouden opwekken (vergelijk Minuchin, e.a., 1967). Dit pakte niet volgens de bedoelingen uit.

In het gesprek met één therapeut en zonder ouders was Rob vrij coöperatief, maar zodra zijn vader of moeder de kamer binnenkwam, begon hij te schelden en kon alleen nog maar door scherpe terechtwijzingen tot zwijgen gebracht worden. Dergelijke interrupties accepteerde hij wel van de therapeut, maar niet van zijn ouders.

Zichtbare resultaten van deze aanpak bleven dus uit, en het aantal paniektoestanden en dringende telefonische hulpverzoeken met verhalen over fysiek geweld en éénmaal bedreiging met een mes, verminderde niet. Daarom werd besloten de zoon voorlopig onder te brengen bij een ander gezin. Wij hoopten daarmee te bereiken dat ook minder vaak escalaties zouden ontstaan, zodat er meer gelegenheid zou zijn om ook een minimum van eensgezindheid bij de ouders tot stand te brengen in hun optreden ten opzichte van de kinderen.

Rob was intussen gemediceerd en hij gedroeg zich bij het gastgezin betrekkelijk rustig. Toch kwam er van onze opzet maar weinig terecht omdat hij, tegen de afspraken in, een aantal keer naar huis kwam en daar toch voor de nodige herrie zorgde. Verder was het voornaamste effect van onze pogingen om de ouders met elkaar in gesprek te brengen een nieuwe serie ruzies thuis waarbij

~~46~~

ze elkaar de schuld toeschoven voor het gebrek aan gezamenlijk optreden. We werden het erover eens dat een echtscheiding wellicht de meest realistische verwachting zou zijn. Omdat de ouders door hun vijandige stemming nog verder onrust bleven brengen bij de nog resterende kinderen, spraken wij een proefscheiding op kortere termijn af. Om praktische redenen leek de meest aangewezen oplossing dat vader een onderkomen elders zou zoeken. Hij maakte daar echter geen grote haast mee, en vóór hij een nieuw adres had, werd ik opgebeld door moeder omdat de oudste dochter opnieuw manisch geworden was. Marie had zich in het hoofd gezet dat ze voor haar 21ste verjaardag, op 15 augustus, de hele familie met elkaar moest verzoenen. Ze had expedities ondernomen naar ooms en tantes met wie er al jaren vetes bestonden en was uiteindelijk, ondanks het mislukken van haar vredespogingen een vreugdedans gaan uitvoeren in de Kagerplassen en vertelde daarbij zoveel onbegrijpelijke en uitgelaten verhalen dat de politie erbij gehaald werd. Thuis zat ze te schelden en te tieren tegen haar moeder, zodra die de kamer binnen durfde te komen en verder vertelde ze in hoog tempo dat het veel beter zou zijn als iedereen zijn bril zou afzetten en ze noemde meer dergelijke voorstellen die bedoeld waren om de verhouding tussen de mensen te verbeteren. Dit werd afgewisseld met huilbuien over vriendjes die ze kwijt was geraakt, volgens haar omdat haar moeder hen had afgepikt. Bij deze huilbuien van zijn dochter deed vader iets dat voor hem zeer ongebruikelijk was: hij omhelsde haar en probeerde haar te troosten. Ik denk dat hij dit niet gedaan zou hebben als zijn vrouw nog in de kamer was geweest. Dit was de eerste keer dat ik een positieve affectieve uiting meemaakte bij dit gezin. Het lag voor de hand om te trachten hier gebruik van te maken. Met de vader werd afgesproken dat hij persoonlijk voor het wel en wee van zijn dochter zou zorgen in de komende dagen. Met nadruk werd hem verzekerd dat hij de enige persoon was die dit op zich zou kunnen nemen. Hij kreeg tot taak zijn dochter de hele dag gezelschap te houden, te zorgen dat ze op tijd haar medicijnen slikte, en te beslissen wie er wel en niet nog in de kamer aanwezig mocht zijn met het oog op de prikkelbare reacties van zijn dochter.

Na contact met zijn werkgever lukte het om hem voor deze taak buitengewoon verlof te bezorgen. De daarop volgende twee weken was hij dag in dag uit met haar bezig. Daarna had zij zichzelf voldoende in de hand om het ook mogelijk te maken dat hij wat vrije uurtjes kon overhouden.

Deze periode van intense involvering van vader en dochter heeft ondertussen een aantal belangrijke repercussies gehad. Voor hemzelf betekent het een belangrijke verandering t.o.v. zijn voordien eerder perifere positie in het gezin. Hij zegt dat hij dit geen tweede keer meer zou aankunnen, maar hij voelt zich nu als iemand die het gezin door een grote crisis heeft geloodst, in tegenstelling tot zijn vroegere image van een door niemand gerespecteerde en inefficiënt optredende zeurkous. Kennelijk maakt dit toegenomen zelfvertrouwen hem ook wat milder ten opzichte van de andere huisgenoten, en zij laten op hun beurt meer respect blijken dan vroeger het geval was. Vooral zijn vrouw is nogal onder de indruk van de manier waarop hij voor hun dochter in de bres heeft gestaan. Dit respect is nog versterkt door het feit dat tegelijk met de vader-dochter episode, met de moeder was afgesproken dat zij zou proberen om de steeds maar angstige Adriaan op te vangen. Dit is haar maar matig gelukt, en het ziet er naar uit dat het vader zal zijn die dit van haar overneemt zodra hij de kans krijgt.

Bespreking:

1. Hoewel in het verslag zelf weinig nadruk is gelegd op dit aspect, dient te worden vermeld dat de ambulante behandeling dergelijke crisistoestanden met psychoses alleen mogelijk is wanneer met gulle hand medicijnen worden voorgeschreven. Hier was dat het geval bij de oudste zoon, de oudste dochter, moeder en occasioneel vader. Het toedienen van medicijnen hoeft niet beperkt te blijven tot de aangemelde patiënt (vergelijk Langsley en Kaplan, 1968). Wanneer kalmerende of slaaptabletten worden voorgeschreven aan iedereen die voldoende overstuur is om ze te gebruiken, dan betekent dat het innemen van medicijnen ook nauwelijks meer een versterking van de patiëntenrol.

2. Het is op dit moment nog niet te zeggen of de momenteel verbeterde toestand méér voorstelt dan een voorbijgaande episode. Ook wanneer dit het geval zou zijn, dan zou het bovenstaande verloop aanleiding kunnen zijn om een strategie toe te voegen aan de behandeling van gezinnen met een verdeeld ouderpaar. Terecht wordt vrijwel algemeen aanbevolen te trachten de ouders tot een eensgezind optreden opzichte van het probleemgedrag van de kinderen te brengen. In gevallen waar dit niet lukt, zoals het bovenstaande, kan het een alternatief zijn om één van de ouders buiten spel te zetten en de ander de volledige verantwoordelijkheid over het probleemkind te geven. Daar waar er een traditie bestaat van elkaar voortdurend in de wielen rijden, ontbreekt de tijd om samenwerkingsverbanden op te bouwen.

3. Ook vanuit de optiek van het versterken van de onduidelijke generatiegrenzen was aanvankelijk gekozen voor een serie gesprekken met de ouders, zonder kinderen. Dit liep in de praktijk op niets uit vanwege de talloze interferenties. Maar de helpende relatie tussen vader en dochter heeft, op een indirecte manier, meer goed gedaan dan de serie gesprekken van de ouders onderling. Nu de vader zich heeft laten kennen als een redder in de nood, heeft de moeder minder behoefte om hem af te vallen en tegen te werken. Haar kritiek in het verleden gold trouwens het feit dat hij zo zwak en weinig doortastend was, tekortkomingen die zij door haar afbrekende activiteiten nog erger maakte.

4. Een algemene formulering van de bovenstaande interventie kan luiden: Wanneer een verdeeld ouderpaar in behandeling komt wegens problemen met één of meerdere van de kinderen, en het lukt niet de ouders tot overeenstemming te brengen, werk dan verder met die ouder-kind diade waarin relatief de meeste solidariteit blijkt.

5. Los hiervan geeft dit verhaal te denken over het concept van specificiteit in verstoringen van gezinsrelaties en psychiatrische diagnoses bij de adolescenten. (Cfr. Minuchin 1973, Selvini-Palazolli, 1976). Bij dit gezin konden met reden 4 verschillende psychiatrische etiketten gebruikt worden, t.w.: Manisch depressieve psychose, paranoïde psychose, hysterie en anorexia nervosa. Hieruit zou kunnen geconcludeerd worden dat de relatie tussen het ouderlijk conflict en de psychiatrische stoornissen van een kind eerder aspecifiek is.

Referenties:

Langsley, D.G., & D.M. Kaplan (1968): The Treatment of Families in Crisis.

New York, Grune and Stratton.

Minuchin, S. (1973): Gezinstherapie.

Utrecht, Spectrum.

Minuchin, S., e.a. (1967): Families of the Slums.

New York, Basic Books.

Oudshoorn, D. (1975): Consultatie gevraagd.

TDT, 2 (9), 9-15.

Selvini-Palazolli, M., e.a. (1976): Het gezin in de anorexia-patiënt en het gezin van de schizofreen.

T. Psychotherapie, 2, (2), 53-61.