



Tijdschrift voor Direktieve  
Therapie  
Jrg.4 Nr.1      Oktober 1976

Handwritten orange scribbles and symbols on the right side of the page, including a vertical line of short strokes at the top and a series of overlapping loops and lines below.

Handwritten orange scribbles and symbols at the bottom left, including a looped shape and some vertical lines.

## Inhoud

Oktober 1976

Hoofdredakteur	Ten Geleide	1
Kees Hoogduin & Richard Van Dijck	De proefscheiding	5
Onno van der Hart	Het overnemen van de 'erfelijkheid'	11
Kees van der Velden	Opmerkingen over positief etiketteren	16
Alfred Lange	Hyperventilatietherapie - een toevoeging	22
Dick Oudshoorn	Konsultatie gevraagd - een stagnerende gezinsbehandeling	28
Onno van der Hart	Relaties & rituelen (V): De trein die hard aankwam	32
Theo Compernelle	The Second Don Jackson Memorial Conference (deel II)	48
	Vervolg	56
Leen Joele	Dagbehandeling in het Psychi- atrisch ziekenhuis Bloemen- daal; deel III: Jannie en de voodoo	64

*doel*

## Redaktie:

Richard Van Dijck

Onno van der Hart

Kees Hoogduin

Leen Joele

Alfred Lange

Dick Oudshoorn

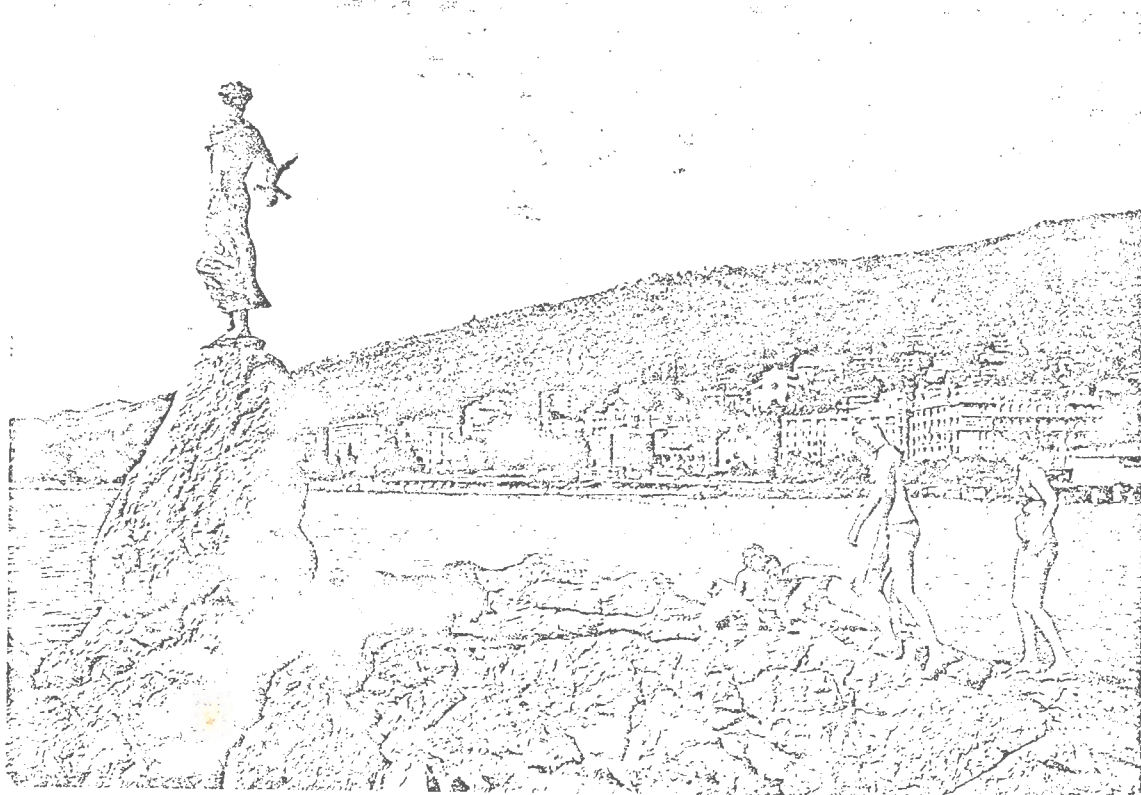
Kees van der Velden (Hfdred.)

Omslag: Daniël van der Velden

Onze medewerkers Van Dijck en Hoogduin hebben ons vertegenwoordigd op het Zoveelste Internationale Kongres voor Sociale Psychiatrie, dat begin oktober in Joegoslavië werd gehouden.

Van Dijck hield hier zelfs een toespraak of lezing (in 't Engels) over het onderwerp 'Huwelijksgeluk'. Ondanks het feit dat zijn speech van de kommunistische kongresleiding slechts 10 minuten mocht duren, oogstte hij veel applaus. Omdat onze afgevaardigden nu eenmaal toch buitenslands vertoefden, hebben zij meteen enig epidemiologisch veldonderzoek gedaan naar de inheemse drinkgewoonten. Gelet op het beginstadium waarin dergelijke research nog verkeert, was het begrijpelijk dat zij zich vooral met behulp van participerende observatie toegang tot dit werkelijkheidsgebied zochten te verschaffen.

Overigens moet men niet denken dat onze delegatie zich uitsluitend met wetenschap heeft beziggehouden, want ook voor zang, dans en snarenspeel - naar de wijze van het land tot uitvoering gebracht - toonde zij een levendige belangstelling.



Op de vorige bladzijde ziet de lezer een afbeelding van de prentbriefkaart die het tweetal ons zond. Op de achterzijde staat:

'Aan onze geliefde Hoofdredakteur,  
Op de foto rechts een jonge Joegoslaafse die zich moeilijk staande kon houden. Zij werd door een wat onervaren directief therapeut behandeld met Aikido-oefeningen. Het resultaat zie je links op de foto. Groeten, Richard en Kees.'



Bijzonder aardig is dat onze afgevaardigden ons ook nog een foto van zichzelf hebben toegezonden. Die ziet U hierboven. Hij werd gemaakt in de kongrèszaal tijdens een rommelig verloopende lezing over multikonditionele diagnostiek.

Met dit nummer gaat de vierde jaargang in.

3

Hoewel deze aflevering een flinterdunne 'special' had moeten worden, is de produktiviteit van de heren toch weer uit de hand gelopen. Het valt hun blijkbaar moeilijk zich een voorstelling te maken van de schoonheid van korte bijdragen.

In dit nummer signaleert Van der Hart één van de schandelijke aspecten van de door de IMP's gebruikte werkwijzen. Een ander aspect werd door enkele van zijn kollega's van het Dercksencentrum in het MGV aan de orde gesteld: de geldpest.

Een derde aspect is dat de medewerkers van de IMP's hun cliënten niet gewoon in de kantooruren op een IMP-bureau ontvangen, maar 's avonds - in de schnabbeluren - thuis. Bij 'thuis' dient men zich dan een moderne luxe-bungalow of rustieke boerderij voor te stellen, gelegen in een bosrijke of in elk geval landelijke omgeving, ver van de gewone man. Waar deze mistoestand toe leidt illustreert de onderstaande advertentie uit VN van 16 oktober jl.

...d.  
...s), w.  
...zoekt  
.../reisgenoot om  
viendschap op te bouwen, w.t.  
steeds meer dingen vanzelfsprekend kunnen worden. Br. ond. nr. ... vro.  
... of voor ... gelij  
...ngens v.a. J.m., 23, gd geb., moet psychother. bev.  
... beh. ondergaan. Door moeil. te ber. Opgev.  
et nieuwe plaats is auto bijna noodz. Daarom vriend.  
te frans. zoek ik 3 à 4 heren van gd niv. die angst.  
Cadinot ik veel wil bieden in ruil voor 3140 b.  
...s van vriendsch. (prim.) en fin. steun. Br. Acad. 5  
...leen ond. nr. 9107 bur. VN. vriendin  
...or. ... 30 j. zoekt ongebon. niveau, 4.  
den jonge vrouw van same. niet oc. ...  
te bouwen. ... zelf ... mer. s  
...at. Gaarne brieven met foto o.e.r. ond. nr. ...  
...nd. nr. 9108 bur. VN. leer  
...176/63. ...  
...ss. 4 km

Dit lezend schieten U vast nog wel zeven of acht andere wan-toestanden te binnen. Aarzel niet, schrijf ze allemaal op en stuur het geheel naar Alfred Lange, de Bosporus 21, Amstelveen.

Gelukkig zijn er niet alleen maar negatieve ontwikkelingen te signaleren, lezer, wij zijn geen zuurpruim. Op een van haar najaarsvergaderingen - over de vorming van PAAZ' - heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie gewag gemaakt van het besluit dat ... psychologen voortaan 'kollega' mogen zeggen tegen psychiaters! (Applaus, bijval, gejuich.)

4  
Uit deze beslissing moge blijken dat het de hulpverleners ernst is met hun streven de effectiviteit van hun werk te vergroten!

En wat zijn wij tevreden dat de geest die uit dit soort beslissingen spreekt de redakteuren van dit Blad totnogtoe onberoerd heeft gelaten!

De Hoofdredakteur

De Proefscheiding

Kees Hoogduin en Richard van Dijk.

oktober 1976.

1. Inleiding.

Het is onder therapeuten gebruikelijk terughoudend te reageren op echtparen die een mening vragen over de wenselijkheid van een eventuele echtscheiding. Deze voorzichtige opstelling is om twee redenen terecht: ten eerste is het goed de mensen duidelijk te maken dat beëindiging of voortzetting van hun huwelijk een privé beslissing moet blijven; en ten tweede beperkt de therapeut zijn bewegingsvrijheid aanzienlijk als hij toch tracht zijn persoonlijke mening over dit onderwerp aan de man te brengen.

Wanneer de vraag gewoon teruggespeeld wordt naar het paar leidt dit soms tot zinvolle discussies. Een minder gunstige mogelijkheid is dat een uitzichtloos debat over echtscheiding blijft aanhouden. Een actieve interventie van de therapeut wordt dan noodzakelijk. Het advies tot "proefscheiding" kan hier een mogelijkheid zijn.

2. De betekenis van uitzichtloze discussies over echtscheiding:

Discussies over een mogelijke echtscheiding die zich als een "broken record" herhalen kunnen zich in de volgende situaties voordoen:

2.1.

Eén of beiden gebruiken het dreigement van een echtscheiding nadat alle minder sterke dreigementen al "opgebruikt" zijn. Het probleem is dan niet zozeer dat het paar geestelijk op weg is naar een scheiding, maar dat de weg terug, van de-escalatie, niet gevonden kan worden.

2.2.

De discussie over echtscheiding wordt gebruikt om een gesprek over andere onderwerpen te vermijden, b.v. wordt elk voorstel dat tot constructieve verandering zou kunnen leiden, afgeweerd

met twijfel aan het voortduren van het huwelijk.

2.3.

Het echtpaar groeit naar scheiding toe, maar durft concrete stappen nog niet goed aan. Vaak wil men dan van de therapeut horen, na het mislukken van de behandeling, dat "alles nu geprobeerd is" en over scheiding nu reëel gedacht mag worden.

2.4.

Soms zijn escalerende ruzies dermate frequent en intens, dat er geen mogelijkheid bestaat om enige afspraak, inclusief het ruzieadvies, met het echtpaar te maken.

3. De proefscheiding:

Het advies tot proefscheiding houdt in dat de therapeut het paar aanraadt voor proef een bepaalde tijd, minimum twee volle weken, werkelijk uit elkaar te gaan. Elk contact dient ondertussen vermeden te worden, met uitzondering van eventuele therapiezittingen. Het advies wordt gepresenteerd als een stap die tot helderheid moet leiden over de verdere mogelijkheden van de relatie, of als hulpmiddel om de escalatie te onderbreken en beide partners tot zichzelf te laten komen, zodat ze de kans krijgen te ontdekken wat ze werkelijk willen.

De gevolgen van een uitgevoerde proefscheiding zijn niet gering. Het wordt nu eerst duidelijk welke taken de partners vervulden in het huwelijk, omdat deze taken nu door de ander gedaan moeten worden. Bijvoorbeeld: de man heeft een vuil-wasgoed-probleem, terwijl de vrouw gekonfronteerd wordt met het feit dat het afwikkelen van geldzaken via de giro de nodige problemen geeft, etc.

De mogelijke reacties op dit advies zijn:

3.1.

Het paar voert dit advies niet uit, maar onmiddellijk daarna komt een constructieve verandering in de relatie tot stand. Hier werkt de opdracht kennelijk als een "Benevole t Ordeal"



of te zware last. (Van der Hart, 1975).

7

### 3.2.

Het advies wordt uitgevoerd en leidt ertoe dat beide partners ervaren dat ze meer op elkaar gesteld zijn en meer van elkaar afhankelijk zijn dan ze de laatste tijd hadden gemerkt. Het advies tot verzoening en hereniging in een positieve sfeer is daarom mogelijk en waarschijnlijk.

### 3.3.

Het advies wordt uitgevoerd en is de eerste stap op weg naar een definitieve scheiding. Beide partners overwinnen de praktische problemen die aan een gescheiden leven verbonden zijn en voelen geen behoefte meer om weer naar elkaar terug te keren.

In vele gevallen is het voor de therapeut niet mogelijk om een goede voorspelling over de afloop te geven. Dat het advies als een "experiment" gepresenteerd wordt is daarom volkomen terecht.

## 4. Voorbeelden:

### 4.a.

Een 50-jarige vrouw leefde samen met een 15 jaar jongere man. Zij kwam in behandeling voor hyperventilatieklachten, alcohol-misbruik en zelfmoordgedachten. Nadat deze individuele symptomatologie was behandeld in een viertal zittingen, klaagde mevrouw over de eigenaardigheden van haar vriend: zijn te grote sexuele ijver, zijn goede relaties met andere mensen, zijn goede humeur en zijn niet totale gehoorzaamheid. De man reageerde op deze, niet geheel adequate kritiek, soms fel, dan weer verdrietig. Zij ging zich afvragen of ze nog wel van hem hield en het niet beter was om te scheiden. De vriend reageerde hierop met duidelijke uitspraken zoals: "ik hou van je, ik kan je niet missen", waarop zij nog meer twijfel uitte. Om deze impasse te doorbreken werd een proefscheiding geadviseerd. Aan de man werd gevraagd of hij enige tijd bij kennissen kon logeren, zodat beide partijen eens rustig konden nadenken over het al of niet voortzetten

van een gezamenlijke toekomst. Aan het advies werd toegevoegd dat er niet overhaast beslist moest worden. Bij de volgende zitting vertelden beiden zeer gelukkig te zijn met elkaar en niet te pickeren over een proefscheiding. Er werden nog enkele bijeenkomsten benut om via het "quid pro quo" principe de relatie te verbeteren, waarna de behandeling tot tevredenheid van beiden kon worden afgesloten.

4.2.

Een Zwitsers paar, dat sinds enkele jaren samenleefde, meldde zich aan met huwelijksmoeilijkheden. Er waren voortdurend ruzies, die soms zo hoog opliepen dat de politie door de burens ingeschakeld werd. Het al of niet bij elkaar blijven was een vast gespreksonderwerp. De gemaakte afspraken werden niet nagekomen, en de periodieke inschakeling van de politie duurde voort. Besloten werd een proefscheidingsadvies te geven, maar het paar had geen vrienden of familie waarbij één van de twee een tijdelijk onderdak kon krijgen. Het was wel mogelijk het huisje te splitsen in 2 afdelingen. Afsproken werd dat alle contacten vermeden dienden te worden en dat ze als gescheiden zouden leven. Na een nacht verdween mevrouw naar een, zo bleek later, oude bestaande minnaar en keerde niet meer terug.

4.3.

Een artsenechtbaar had ernstige huwelijksconflicten. Eén van deze conflicten liep uit in een voor de vrouw onaanvaardbare vechtpartij. In overleg met het echtpaar werd besloten tot de proefscheiding, hoewel man en vrouw in eerste instantie een definitieve scheiding wilden. Er werd afgesproken dat de man zijn intrek zou nemen in hun praktijkruimte. Behalve wekelijkse zittingen met de therapeut zou er geen verder contact zijn. Bij deze zittingen werd de man geprezen dat hij het zo goed redde in zijn kale praktijkruimte, en de vrouw kreeg lof toegezwaaid omdat ze het met haar toch zo moeilijke kinderen zonder man zo goed deed. Na 4 zittingen deelde het echtpaar triomfantelijk mee weer bij elkaar te zijn en gelukkiger te zijn dan ooit. Aansluitend werd in een zestal zittingen aandacht besteed aan de verbetering van concrete onderdelen in hun relatie zoals vrijetijdsbesteding, omgang met kinderen enz.

## 5. Discussie:

g

### 5.1.

Het advies tot proefscheiding is niet een ingreep die paren in een niet meer om te buigen richting stuurt. Zoals voor vrijwel alle direktieve interventies geldt, geldt ook hier dat beweging wordt gebracht in een situatie die vastgeroest is, of dreigt vast te roesten. De feitelijke afloop wordt weliswaar versneld, maar niet bepaald door dergelijke actieve interventies.

### 5.2.

De duur van de proefscheiding ligt ergens tussen de 2 weken en de 2 maanden. Bij een 15-tal paren werd dit advies gebruikt. Iedereen kwam tot een beslissing vóór of tegen scheiding binnen een termijn van 2 maanden. Een periode van 1 week is beslist te kort; deze tijdsduur is gemakkelijk te overbruggen en lijkt meer op een uitstapje dan op een scheiding.

### 5.3.

Paren die er blijk van geven dat echtscheiding niet werkelijk overwogen wordt, maar om andere redenen dit onderwerp voortdurend ter tafel brengen, hoeven vaak het advies niet eens uit te voeren om er baat bij te hebben. Het volstaat dan ook dat de therapeut in deze gevallen de mogelijkheid van een proefscheiding beschrijft, en dat hij aankondigt dit voor te zullen stellen indien dit vraagstuk nog zo sterk op de voorgrond blijft.

### 5.4.

Men kan zich afvragen of door het versnellen van de evolutie er niet een aantal echtparen tot een definitieve scheiding overgaat als gevolg van dit advies, terwijl met een meer afwachtende en minder gehaaste instelling van de kant van de therapeut misschien nog een positieve ontwikkeling in de relatie zou zijn opgetreden. Wij geloven dat dit niet het geval is bij de echtparen bij wie wij dit advies hebben toegepast. Maar de mogelijkheid van een voortijdige of onnodige echtscheiding lijkt onmogelijk uit te sluiten. Mede met het oog daarop is onze aanbeveling dat pas tot een proefscheiding wordt geadviseerd als het

traditioneel arsenaal van constructieve maatregelen heeft gefaald.

#### 5.5.

Men moet ook niet uit het oog verliezen dat een nadeel van een conservatieve houding van de kant van de therapeut een ander soort slachtoffers maakt: de paren die langdurig in behandeling blijven zonder dat hun relatie maar iets verbetert, maar die de echtscheiding alsmaar blijven uitstellen omdat de therapeut het onderwerp vermijdt, of omdat ze het gevoel hebben dat de therapie nog niet is afgerond. Het verdient daarom aanbeveling om bij elke echtpaartherapie waarbij duidelijke conflicten aan het licht komen, expliciet te informeren of men al aan echtscheiding heeft gedacht en van plan was stappen te ondernemen.

#### Referenties:

Hart, O., v.d., (1975): "De last is te zwaar", T.D.T. 3, nr. 2,  
blz. 14-23.

Onno van der Hart:

Het overnemen van de "erfelijkheid"

1. Een van Erickson's mooiste verhalen vind ik weergegeven in zijn voorbeeld van "a new patient whose opening statement as he entered the office characterized all psychiatrists as being best described by a common used vulgarity. The immediate reply was made, "You undoubtedly have a damn good reason for saying that and even more." (Erickson in Haley, 1967, p. 472).

Erickson brengt in dit voorbeeld een principe in praktijk, dat Fukuda (1974) als de grondslag van judo ziet:

"When matched with an opponent, it is important to hold lightly without letting the other be aware of any resistance, to maintain calm and to remain in a natural position. It is also important to prepare mentally and to be able to change immediately from movement to stillness, stillness to movement, and -when the change occurs- to apply technique with lightning swiftness."

Soms verkeert de therapeut in een omstandigheid dat hij zo zou moeten reageren -om niet zelf gevloerd te worden. De cliënt zet zo'n sterke techniek in, dat de therapeut hem onmiddellijk moet overnemen. De werkelijkheid is evenwel, dat de therapeut het niet redt en inderdaad geworpen wordt. Dit zijn situaties die leren dat meer training, althans voor wat betreft het overnemen van de betrokken techniek van de cliënt noodzakelijk is.

2. Oudshoorn (1976) geeft het voorbeeld van een aanval waarmee hij, en hij is niet de enige, weinig raad weet: het argument van de "erfelijkheid". In zijn voorbeeld liegt een dochter van een jaar of negentien voortdurend tegen haar ouders en de vader wijt dit aan haar chromosomen. Hetgeen o.m. impliceert, dat hij van een gesprekstherapeut geen verandering verwacht. Oudshoorn komt er niet uit, omdat hij de oplossing in de richting van ontkrachten zoekt en niet ziet hoe hij dat zou kunnen doen.

3. Het erfelijkheidsargument blijkt evenwel bijzonder geschikt te zijn voor een effectieve overname door de therapeut. Om bij Oudshoorn's voorbeeld te blijven: op de opmerking van de vader dat het liegen aan de chromosomen van zijn dochter ligt, reageert de therapeut eerst met een vraag -om zijn positie voor het inzetten van de worp te verbeteren)\*:
- "Bedoelt u dat het liegen van uw dochter een erfelijke zaak is?" Wordt deze vraag bevestigend beantwoord, dan reageert de therapeut onmiddellijk met: "En van wie heeft uw dochter dat dan geërfd? Van u of van uw vrouw?"
- De man is gevloerd. Soms betekent dit, dat man en vrouw gaan praten over elkaar's leugenachtige trekjes (in het verleden, als ze het voorzichtig willen houden) en kan inderdaad een gezinsgesprek ontstaan over de vraag waarom de diverse gezinsleden elkaar niet met open vizier tegemoet treden/traden.
4. Op het erfelijkheidsargument kan wel met iets van ontkrachten gereageerd worden, maar de oplossing is m.i. veel minder elegant dan de snelle overname. De therapeut kijkt bij het horen van de term "chromosomen" of "erfelijkheid" verheugd op en zegt, dat dit gezin bij hem aan het goede adres is. Hij is immers bijzonder geïnteresseerd in erfelijkheid. Hij kan de betrokkenen dan ook vertellen, dat we in de erfelijkheidsleer twee basisbegrippen kennen, die van het genotype en die van het fenotype. Het genotype betekent het geheel aan overgeërfde eigenschappen, en het fenotype de vorm die men uiteindelijk in feite heeft aangenomen, waarin erfelijkheid en andere factoren, zoals opvoeding, onderwijs, diverse ervaringen, een rol bij spelen. (Het is uiteraard uitstekend als de "aanvaller" het op dit moment niet meer zo goed kan volgen).

)\*

Vergelijk een citaat van Anton Geesink, uit een ruimere beschrijving van de Grote buitenwaardse beenweeg gelicht:

"In een flits heb ik vervolgens mijn rechterbeen naar voren gebracht en mijn lichaam iets naar buiten gedraaid. Door de snelheid waarmee ik dat rechterbeen naar voren heb gezwaaid is mijn linkerbeen iets van zijn plaats gekomen.

Ik heb nu een prachtige balans, mede door de stand op mijn linker voorvoet, en de ideale positie voor de flitsende finale...."

Wij kunnen nu inderdaad met zekerheid vaststellen dat tussen liegen en erfelijkheid een verband bestaat, n.l. dat de mens het vermogen tot liegen van zijn voorouders geërfd heeft, maar dat de mate waarin hij van dat aangeboren vermogen gebruik maakt, afhankelijk is van die andere factoren, zoals onderwijs, opvoeding, diverse ervaringen in allerlei omstandigheden. Belangrijk is nu om met elkaar te kijken wat die omstandigheden zijn... Mocht de betrokken ouder toch in staat zijn om deze benadering te neutraliseren, dan kan altijd nog naar de eerst genoemde techniek gegrepen worden. Het is duidelijk, dat de opponenten in dit geval eerste een hele sjoerpartij achter de rug hebben eer de therapeut zijn sterkste techniek inzet. Hij heeft, bij wijze van spreken al gezondigd tegen het principe van Fukuda om, wanneer de kans zich voordoet, de techniek bliksemssnel toe te passen.

5. Om wat betreft punt 3 volledig te zijn: het is ook mogelijk dat de cliënt op een of ander moment besluit om terug te krabbelen. Dat betekent dat de therapeut het terrein waarop verder gestreden zal worden al verder heeft bepaald, n.l. dat terrein waarop we het niet over erfelijke factoren hebben. En dit is weer in overeenstemming met een uitspraak van Sun Tzu: "...those skilled in war bring the enemy to the field of battle and are not brought there by them."
6. Er is, tenslotte, ook een Aikido-achtige benadering mogelijk (vgl. Van der Hart, 1975). Deze houdt in dat men datgene wat de ander brengt niet als een aanval tegen iets ervaart, maar als poging om iets positiefs te bereiken. De therapeut is dan degene die dat positieve expliciet maakt, de richting van dat positieve aangeeft en daarheen stuurt. Wat is dat in het geval van het erfelijkheidsargument? Verbeeld je een vader die liegen iets verschrikkelijks vindt, die deze gewoonte bij zijn dochter (en vroeger vast wel bij bepaalde andere mensen) heeft aangetroffen en alles heeft gedaan wat in zijn vermogen ligt om daar een eind aan te maken. Een man voorts, die het moeilijk te verteren vindt om aan te nemen dat hij faalt als iemand, waarvoor hij zich verantwoordelijk voelt, liegt; dat het dus zijn schuld is dat zijn dochter liegt.

14

Wat sluit bij hem aan? De notie dat hij alles heeft gedaan wat hem als verantwoorde opvoeder in zijn vermogen ligt (en dat is niet gering) en dat jij (de therapeut) wellicht uiteindelijk ook tot het idee zou kunnen komen dat het om een aangeboren eigenschap gaat. Wat blijft er immers voor idee over als je al het mogelijke geprobeerd hebt? Dit aanvaarden van wat de man brengt zou voor mij vervolgens een inleiding zijn op de vraag wat vader -en eventueel ook moeder- wel allemaal geprobeerd heeft. En in een later stadium zou ik dochter kunnen vragen wat volgens haar in de verschillende benaderingen, ontbrak. Andere wegen zijn ook mogelijk, denk ik. De hoofdzaak is, dat de therapeut een positief kader heeft waarin hij die moeilijke opmerking van vader te zien als een effekt van voorgaande interacties en niet in de eerste plaats als een oorzaak kan plaatsen. Dat hij daarmee in staat is begrip voor de man op te brengen en zijn reactie te begrijpen.

Als we ook de reactie van de man als symptomatisch gedrag beschouwen)\*, dan past daar in dit verband prima de volgende uitspraak van Erickson (1973) op:

"The fact that a patient has symptoms signifies the fact that some kind of an effort at some psychological or physiological level is being made to alter a troublesome state of being. That a patient is disturbed in his behavior means that he has a desire to put forth an effort to alter the situation, but that he does not direct that effort correctly."

)\* Dat is mogelijk, als we Haley's (1963) kommunikatieve definitie van symptomatisch gedrag hanteren: iemand doet iets (extreems) of laat juist na iets te doen, en geeft daarbij aan dat hij het niet is die dat doet; dat hij niet verantwoordelijk is. Een tegenstrijdigheid tussen twee kommunikatie-nivo's. In dit geval gaat de man met zijn gezin naar een psychiater-hetgeen vragen om hulp en het verwachten van hulp inhoudt- en zégt hij, met het erfelijkheidsargument dat hij die hulp niet verwacht.



15

7. Oudshoorn had moeite om dit kader bij degene die met erfelijkheidsargumenten komt toe te passen. Elk van ons -zelfs Erickson- is wel eens in een vergelijkbare positie in andere omstandigheden (vgl. Van der Velden, 1975; Van der Hart, 1975<sup>b</sup>). Wellicht is de belangrijkste hulp die je jezelf in zo'n geval kunt bieden op de volgende gedachte te mediteren: "op dit moment heb ik mijn aandacht teveel op één punt gericht. Ik ga mijzelf en de cliënt nu meer ruimte geven." Zo'n gedachte kan van tevoren op kaartje geschreven zijn, dat in de bovenste la van je buro ligt.

Referenties:

Erickson, M.H. (1973): Psychotherapy achieved by a reversal of the neurotic process in a case of ejaculatio precox. Amer. J. of Clinical Hypnosis, 15(4), 217-222.

Fukuda, Keiko, 6e dan Judo, in Black Belt, June 1974, p.33

Geesink, A. (19..): Mijn Judo, Noordhoff, Groningen.

Haley, J. (1967): Advanced Techniques of hypnosis and therapy. Grune & Stratton, New York.

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

Hart, O. van der (1975a): Aikido-oefeningen en assertief optreden van therapeut en cliënt. Tijdschr. Direktieve Therapie, 2(11), 65-76.

Hart, O. van der (1975b): "Slechte tekenen": kommentaar en aanvulling. Tijdschr. Direktieve Therapie, 3(1), 30-40.

Oudshoorn, D. (1976): Zeer korte therapieën. Tijdschr. Direktieve Therapie, 3(8), 40-61.

Sun Tzu: The art of war. Translated and with an introduction by Samuel B. Griffith. Oxford University Press, New York, 1963.

Velden, K. van der (1975): "Slechte tekenen". Tijdschr. Direktieve Therapie, 2(11), 6-9.

Kees van der Velden

## Inleiding

'Positief etiketteren' is een uiterst werkzaam middel om het zelfbeeld van de cliënt te manipuleren. Hetzelfde geldt uiteraard voor negatief of 'neutraal' etiketteren, zij het dat de effecten hiervan zelden therapeutisch genoemd kunnen worden.

In deze bijdrage wil ik proberen enkele voorwaarden te formuleren waaraan een doelmatig positief label dient te voldoen; voorts ga ik in op de vraag in hoeverre de therapeut die het gedrag van zijn cliënt positief labelt deze cliënt besodemetert. Ten slotte beschrijf ik een geval - als voorbeeld.

## Het doelmatige positieve label

1. Het goede positieve label moet betrekking hebben op de 'zieke' kanten van de cliënt en niet op de zg. 'gezonde'. De handicap zèlf wordt in een gunstige kontekst geplaatst of van een gunstige betekenis voorzien, niet datgene wat 'de cliënt nog wèl kan'.

Wie dit laatste doet, troost slechts.

Een goed voorbeeld leverde onlangs Richard Van Dijck, met wie ik voor de aardigheid een spelletje 'positief etiketteren' deed. De spelregels waren als volgt: de één moest een probleem formuleren - zo moeilijk mogelijk - en de ander moest proberen het zo gunstig mogelijk te labelen.

Ik noemde Richard het probleem van een Italiaanse gastarbeider die amper Nederlands sprak en impotent geworden was. 'U heeft zeker veel respect voor de vrouw', zo antwoordde Richard, 'en denkkelijk wilt U met haar kunnen praten voordat U het bed met haar deelt.'

Bij dit voorbeeld verwees het positieve etiket onmiddellijk naar (een onderdeel van) het behandelingsplan: het volgen van een cursus Nederlands.

Soms betekent het positieve label 'alleen maar' dat iemand zijn klacht op een nieuwe wijze gaat ervaren, zonder dat zich meteen een perspectief opent om de

klacht te laten verdwijnen.

Een voorbeeld hiervan levert Tenwolde (1976).

Hij kreeg een zeer serieuze KZ'er te behandelen. Deze cliënt, die als enige van zijn familie de oorlog had overleefd, klaagde vanaf de bevrijding over ondraaglijke pijn in de borst. Hij was hiervoor reeds enige malen zonder succes behandeld, uiteraard nadat een mogelijke somatische basis voor deze klacht was

uitgesloten. Het was Tenwolde opgevallen dat zowel de echtgenote als de beide kinderen van deze cliënt een voortreffelijke ontwikkeling hadden doorgemaakt, en dat deze mede mogelijk was geworden door het gedrag van de cliënt, die thuis nooit klaagde maar er met grappen en hard werken de moed in hield. Tenwolde (her)etikettede de klacht als volgt: 'Meneer ..., de verschrikkelijke gebeurtenissen die U heeft meegemaakt geven U veel verdriet en spanning. U zou deze gevoelens natuurlijk op Uw vrouw en op Uw kinderen hebben kunnen uitleven - dat zou heel begrijpelijk zijn geweest. U heeft dit echter niet gedaan, en alle verdriet en spanning omgezet in pijn in de borst. Op deze wijze heeft U gemaakt dat Uw gezin zich zo goed heeft kunnen ontwikkelen en daarvoor heb ik grote bewondering.'

De cliënt had zich deze betekenis van zijn klacht nimmer gerealiseerd en was ontroerd. Nadien ervaaarde hij de pijn met een zekere fierheid en was hij trots op de wijze waarop hij met zijn verdriet was omgegaan.

2. Een positief label moet aansluiten bij de wijze van denken en ervaren van de cliënt. Hiermee worden net zoveel fouten gemaakt als met het onder 1 genoemde punt. Dit 'aansluiten bij het denken en ervaren van de cliënt' is trouwens essentieel voor direktieve, ik bedoel goede therapie, en het is daar ook het moeilijkste, althans het moeilijkst leerbare aspekt van.

Wanneer ik zeg dat ik eraan twijfel in hoeverre dit geleerd kan worden, druk ik mij overdreven optimistisch uit.

3. Een positief etiket werkt alleen wanneer de therapeut in zijn gedrag uitdrukt dat hij zijn interpretatie

voor juist of zeer waarschijnlijk houdt. Omdat dit het gemakkelijkst te realiseren is wanneer de therapeut ook echt achter zijn label staat, moet de therapeut dit etiketteren als regel ook niet als truc ervaren. Ik sluit niet uit dat de therapeut zijn nieuwe label aanvankelijk als 'gezocht' beleeft en er pas later van overtuigd raakt dat zijn etiket uitermate to the point is. De therapeut overtuigt aldus niet alleen de cliënt, maar - gaandeweg - ook zichzelf.

- 4. Een positief etiket moet niet 'weerlegd' kunnen worden. Dit impliceert dat een positief etiket ofwel zeer algemeen is (minder goed), ofwel dat het een specifieke aanduiding van de (evt. onbewuste) 'bedoelingen' van de cliënt behelst. Zowel het feit dat de therapeut geacht wordt te weten wat de klachten van de cliënt 'betekenen' als het vaste gegeven dat de cliënt over positieve, nobele bedoelingen blijkt te beschikken, geven het etiket zijn overtuigingskracht. De onweerlegbaarheid van doelmatige positieve labels doet deze overeenkomen met de labels die analytici aan hun cliënten hechten. Ook die zijn - dankzij het logisch wonder van de cirkelredenering - altijd juist.

Wordt de cliënt om de tuin geleid?

- 1. Wie studenten of kollega-hulpverleners op de hoogte brengt van de techniek van het positief etiketteren, wordt er al snel van beschuldigd dat hij zijn cliënten om de tuin leidt. Dit is zeer typisch. Want de waardeoordelen die deze helpers over hun cliënten uitspreken zijn in geen enkel opzicht aantoonbaar meer 'waar' dan de positieve etiketten waarvan de direktieve (Ericksoniaanse) therapeut zich bedient. Er is geen ~~zinnige~~ goede reden om aan te nemen dat de uitspraak 'Cliënt is een moraal masochist' meer waar is dan 'Deze cliënt is iemand die onder de moeilijkste omstandigheden zijn geduld weet te bewaren' (label van Erickson, geciteerd door Haley, 1963). Hoogstens zou gezegd kunnen worden dat het eerste etiket binnen een bepaalde psychologische doktrine past en het tweede niet.

10

(Het tweede past binnen een psychotherapeutische doktrine.)

Maar blijkbaar behoort het tot de cultuur van hulpverleners om afkeurende kritiek als 'reële feedback' te beschouwen, en anderssoortige commentaar als vleierij of erger. .

(Dat dit niet alleen het geval is in de hulpverlenerswereld, vermeldt dr.W.Jos de Gruyter, die, in de tijd dat hij nog als kunstkritikus werkte, regelmatig op zijn vingers getikt werd omdat hij een zonder meer enthousiaste recensie geschreven had! Een goede recensie mag wel enige lovende opmerkingen bevatten, maar moet toch in hoofdzaak belerend zijn, zo meenden zijn kritici.)

Een praktische konklusie die hieruit intussen getrokken kan worden is dat de therapeut die cliënten met deze cultuur behandelt, ervoor moet zorgen dat hij zijn positieve labels in het kader van enige ongezouten kritiek presenteert. Pas dan zullen deze cliënten in staat zijn deze positieve labels als 'juist' te ervaren. (Dit principe wordt enigzins overdreven toegepast in de handelwijze van sommige Kemplerianen en bijv. in de door Donkers (1976) beschreven EST-methode.)

2. Positieve labels zijn arbitraire uitspraken over de motieven van cliënten. De therapeut die ontdekt dat de cliënt geneigd is zich in overeenstemming met het positieve etiket te gaan gedragen, zal ook zelf in de juistheid van zijn labels gaan geloven. Op den duur gaat hij er min of meer vanzelfsprekend van uit dat ook deze cliënt - op een misschien nog wat onhandige wijze - bezig is 'het goede' te doen, en hij beschouwt het als zijn vak dit aan de cliënt te demonstreren. Dit als om de tuin leiden beschouwen, lijkt mij onzin. Hoogstens geeft de therapeut aan dat hij, althans tijdens de therapie-uren, over een optimistische levensvisie beschikt. Aardig genoeg is deze levensvisie het meest adequaat beschreven door onze non-direktieve kollega's (zie bijv. Rogers, 1961).

Dit voorbeeld werd uitvoeriger besproken in Van der Velden, 1973.

De cliënt is een 28-jarige technicus die ernstig depressief was n.a.v. het feit dat hij nu al 17 vergeefs gevochten had tegen de impuls zich in vrouwenkleren te steken.

De moeilijkheid deed zich ± eens per maand voor. Ongeveer veertien dagen vocht hij tegen de almaar sterker wordende impuls, dan gaf hij er uiteindelijk aan toe, had vervolgens een 'kater' van twee weken, waarna de akku opnieuw werd opgeladen. Hij ontkende dat de act zelf hem <sup>seksuele</sup> opwinding gaf. Eerder had hij het gevoel van spanning 'dat je hebt wanneer je bezig bent een kadoetje uit te pakken'. Hij tobde n.a.v. dit gedrag over mogelijke homoseksualiteit, voelde zich geen 'echte vent' en had zelfs een aantrekkelijke baan laten schieten uit vrees dat men in zijn proefperiode zijn 'abnormaliteit' zou ontdekken.

De therapeut, die, in de periode waarin deze behandeling speelt, <sup>-1969-</sup> nog wel eens analytische boekjes las, wist dat Freudiaanse psychiaters transvestitisme als volgt duiden: 'ik ben seksueel opgewonden wanneer ik een broekje van een vrouw, een regenjas aantrek; ook het broekje van de vrouw, de regenjas, verbergt, bevat een manlijk genitaal' (Kuiper, 1967). Omdat de anamnese had duidelijk gemaakt dat cliënt's moeder hem als een meisje wilde beschouwen en hem overeenkomstig deze wens had opgevoed, kon de therapeut de klacht als volgt labelen: 'Het gevoel van spanning dat U krijgt wanneer U zichzelf als vrouw verkleedt, duidt erop dat U trots bent dat Uw moeder er niet echt in geslaagd is een meisje van U te maken. U bent voor honderd procent een man (MAN, zou Dick Oudshoorn schrijven) en elke maand opnieuw bewijst U dat.' Hoewel deze verklaring absoluut niet consistent was met de analytische opvatting - die er immers vanuit gaat dat de transvestitist het geslachtsverschil wil loochenen -, vonden therapeut en cliënt beiden dat hier een buitengewoon plausibele gedachten-gang was ontwikkeld, die wel móest uitmonden in een paradoxale opdracht. Het feit dat de cliënt nadien weigerde om, zoals de therapeut had voorgeschreven, zich bij de geringste aandrang te verkleden, stemt niet alleen overeen met de be-

vinding dat spontaan gedrag moeilijk op kommando kan worden uitgevoerd (vgl. Van Dijk, 1976), maar sluit ook aan bij Rogers' (1961) adagium: 'When I accept myself as I am, then I change'. De cliënt was de behoefte om zich in vrouwenkleren te steken kwijtgeraakt.

Jammer genoeg doet het feit dat hij nadien wel enige flinke moeilijkheden in zijn huwelijk kreeg, enige afbreuk aan de schoonheid van dit verhaal.

Referenties

Dijk, R. Van (1976): De toepassing van paradoxale intentie, TDT 3 (5), 7-15.

Donkers, J. (1976): EST, <sup>oktober</sup> Avenue, ~~september~~nummer.

Gruyter, W.J. de: Persoonlijke mededeling, regelmatig herhaald.

Halcy, J. (1963): Strategies of Psychotherapy, Grune & Stratton, Inc., New York.

Rogers, C.R. (1961): On becoming a Person, Houghton Mifflin Company, Boston.

Tenwolde, A. (1976): Persoonlijke mededeling.

Velden, C.P. van der (1973): Een eigenaardig geval, TDT 1 (3), 12.

<sup>1</sup> Kuiper, P.C. (1967): <sup>November</sup> ~~November~~. Van Loghem Sluis, Arnhem.

Hyperventilatie therapie, een toevoeging

Alfred Lange

1. Inleiding

Mijn eerste bewuste ervaringen met het hyperventilatie syndroom heb ik te danken aan het artikel van Kees Hoogduin (1975). Via stencils van de 'Jelgersma groep', de video band van onze buitenlandse correspondent en het oefenen met het provoceren van hyperventilatie aanvallen, ben ik geleidelijk aan vertrouwd geworden met de materie.

Ik ben daar zeer dankbaar voor. Gevallen, waarin ik ten onrechte de link met hyperventilatie nooit zou hebben gelegd, zijn simpeler geworden. Het idee dat allerlei paniek toestanden niet altijd relationeel aangepakt hoeven te worden is best opwekkend.

Bij de eerste cliënt waarmee ik werkte met provocatie van hyperventilatie werd ik ad hoc gedwongen een toevoeging te geven aan de standard instructie. Achteraf is deze toevoeging essentiëel gebleken. Doel van dit artikeltje is om de anderen hiervan kennis te doen nemen en de mate van algemene bruikbaarheid ervan ter discussie te stellen.

2. De voorgeschiedenis

De cliënte, waar het hier om gaat is Fiet (alias Danielle), bekend uit mijn 'judo artikel' (Lange, 1976). De therapie van haar en Jelle was afgesloten. Er waren wat fobische verschijnselen bij Fiet overgebleven. Daarvoor hadden zij zich echter niet bij mij aangemeld. Fiet was wel ongeveer 5 jaar voor dit soort klachten in een groepstherapie geweest. Die had in zoverre succes gehad dat de fobieën dragelijk waren geworden. Met behulp van gericht valium slikken en incidentele vermijdingsreacties kon zij prima functioneren. In de relatietherapie was aan de fobische klachten slechts sporadisch aandacht gegeven. Bij het afsluiten van de therapie was er in dit opzicht dan ook weinig veranderd. Het eerste follow-up gesprek met Fiet en Jelle viel na de hierboven beschreven kennisgeving mijnerzijds met de behandeling van het HVS.



Tijdens dit gesprek bleek het op de meeste fronten goed te gaan met Fiet en Jelle. Alleen de fobische verschijnselen kwamen toch wel regelmatig terug. Wat ik inmiddels al vermoed had werd nu bevestigd. De fobische klachten gingen gepaard aan typische HV symptomen: hartkloppingen, duizelig, tintelingen, pijn in arm, pijn in maag, etc.

Ik vertelde haar van de nieuwe ontwikkeling in mijn denken en we spraken af na de zomervakantie nog iets aan deze klachten te doen. Een eerste datum werd vastgesteld. Een week van te voren zou Fiet mij bovendien opbellen. Ik zou haar dan nog preciese instructies geven omtrent wat we gingen doen.

### 3. De behandeling

#### 3.1 De provocatie

In het telefoongesprek vertelde ik Fiet hoe we een hyperventilatie aanval zouden opwekken. Bovendien vroeg ik haar om de twee daaraan voorafgaande dagen beslist geen valium of iets dergelijks te gebruiken.

Het begin van de 'provocatie-zitting' verliep konform de boekjes (of liever gezegd de stencils en de videoband). Uitleg van het circulaire proces werd gegeven. Fiet ging op de bank liggen. Een signaal werd afgesproken voor het moment dat zij de gevreesde verschijnselen had. Ik ging dicht bij haar zitten en gaf instructies. Binnen een halve minuut gaf Fiet het signaal dat ze de symptomen al had. Ik vroeg of ze het kon verdragen. Ze knikte. Omdat ik de indruk had, dat er nog niet zo erg veel aan de hand was, vroeg ik haar om nog even door te gaan. Dat gebeurde. Ongeveer 10 seconden later gaf ze weer het signaal. Ze hield het niet meer uit. Ik liet haar in een plastic zakje blazen, hetgeen ik begeleidde met de suggestie dat ze zich langzamerhand weer lekkerder zou gaan voelen, en dat ik het zakje zou wegnemen als zij daarvoor het teken gaf. Na een korte tijd begon zij te huilen: 'het gaat niet over'. Ik vroeg haar gewoon door te gaan en vertelde haar dat het niet zo snel overging; dat had even tijd nodig, maar het herstel zou beslist optreden. Ze ging door en ik vroeg Jelle om het zakje verder vast te houden.

Na ongeveer twee minuten gaf Fiet het signaal dat ze zich weer beter voelde en dat het zakje weg mocht.

### 3.2 De nabespreking

In de nabespreking werd weer ingegaan op de vicieuze cirkel die het recidiverende hyperventileren in stand houdt. Jelle en Fiet vonden het allebei wonderbaarlijk. Plotseling zei Fiet echter: 'die hartkloppingen en zo, die nemen wel af, maar de oorzaak blijft. Die spanningen veranderen niet. Ik ben nog net zo gespannen als hiervoor'.

Ik verkeerde nu in een dilemma. De instructie had hierin niet voorzien. Ik stond even in de verleiding om te suggereren dat de spanningen ook zouden afnemen, hetgeen uiteindelijk natuurlijk ook het geval zou zijn. Het gevaar bestond echter dat zij dan bij elk spaninkje zou denken: 'zie je wel, het helpt toch niet', waardoor de spanningen weer zouden toenemen etc. Beter leek mij daarom haar de wind uit de zeilen te nemen met: 'natuurlijk neemt het je spanningen niet weg. Dat is ook helemaal niet de bedoeling. Iedereen heeft recht op zijn spanningen. Ik ben ook wel eens gespannen. Maar dat betekent nog niet dat ik moet hyperventileren. Dat zal bij jou ook het geval worden. Je zult gewoon je spanningen hebben op grond van de dingen die je moeilijk vindt in het leven. Maar de nare lichamelijke bijverschijnselen zul je kwijt raken.'

Fiet vond deze suggestie zeer goed verteerbaar. We praatten nog wat verder, onder meer over het huiswerk voor de komende week. Konform de Hoogduin/Joelle/Compernelle instructies moest zij elke dag een provocatie uitvoeren in aanwezigheid van Jelle, die graag wilde helpen. Gesproken werd ook over de manier van ademen. Instructie voor uitademen in de hand of door de neus werd gegeven. Op de mogelijkheid van het gebruik van plastic zak, als er tussendoor een aanval dreigde, werd gewezen. Valium zou niet gebruikt worden. Bij het afronden van het gesprek vroeg ik Fiet of zij nog gespannen was. Dat was niet meer het geval. Ik zweeg veelbetekenend.

### 3.3. De afwerking

We hebben na de eerste sessie nog 3 gezamenlijke zittingen gehad. In de eerste vertelde Fiet dat de provocaties - behalve de eerste paar keren - thuis niet lukten. Ze zuchtte zich lam maar er gebeurde niets. Bovendien viel ze in slaap. Het bleek dat zij de provocaties in bed uitvoerde. Verder had ze het idee dat ze overdag minder hyperventileerde, maar het was niet over, hetgeen ze met voorbeelden illustreerde. Ik vroeg haar om de komende week de provocaties op een vroeger tijdstip, en vooral niet in bed, uit te voeren. Dat zou gebeuren. Na de tweede week vertelden ze opnieuw dat het provoceren niet lukte. Na een kwartier vertoonde ze nog geen symptomen. Bovendien had ze overdag nog vrij veel last. Eén keer had ze zelfs weer valium geslikt.

Ik wilde wel eens zien hoe zij zo een provocatie zelf aanpakte. Zij ging weer liggen. Jelle nam bij het hoofdeinde plaats. Al gauw bleek dat Fiet wel diep maar heel langzaam zuchtte. Dit moest er de oorzaak van zijn dat zij niet ging hyperventileren. Ik liet haar het tempo opvoeren (op de manier waarop een stuurman dit in een roeiwedstrijd doet). Binnen een minuut hyperventileerde zij weer.

De week daarop waren de thuis uitgevoerde provocaties steeds succesvol. Bovendien rapporteerde Fiet vol trots dat zij enkele malen aanvallen had weten te voorkomen door bewust met het uitademen te manipuleren (langzaam in hand of door neus). Zij vertelde over een moeilijke vergadering, die haar stress had bezorgd. Vroeger nam zij in dat soort situaties altijd valium teneinde de lichamelijke symptomen de baas te kunnen. Nu was het zonder valium gelukt.

De laatste bijeenkomst was een week later. De trend bleef hetzelfde. Fiet had het gevoel het hyperventileren onder controle te krijgen.

Ik complimenteerde haar. Vroeg haar nog een week dagelijks te oefenen, maar nu te proberen de geprovoceerde aanval te onderdrukken door de eigen ademhaling te manipuleren. Als dat niet zou lukken kon zij alsnog het plastic zakje nemen.

Onze verdere kontakten hierover zouden niet meer met zijn drieën zijn, maar via een telefoongesprek op een afgesproken tijd tussen Fiet en mij.

Dit is de stand van zaken op dit moment.

4. Diskussie

1. Ik ben nogal uitvoerig geweest in de beschrijving. De reden daarvoor is, dat het mijn eerste HVS behandeling was en ik me kan voorstellen dat er elementen in voorkwamen waar de experts wel iets op aan te merken hebben. Daarvoor houd ik me aanbevolen.

2. De in par. 3.2 beschreven heretikettering van (toekomstige) spanningen is m.i. behoorlijk essentieel en ik zou ervoor willen pleiten hem als standard onderdeel bij de instructie op te nemen. Ik denk dat de hele procedure stuk kan lopen wanneer een cliënt naderhand bij stress gevoelens steeds paniekerig begint te denken dat de HVS behandeling toch niet geholpen heeft. Dit zou dan een self destructive prophecy kunnen worden. In de laatste zitting bleek dat Fiet inderdaad spanningen en symptomen met succes was gaan scheiden.

3. In de behandelingsweken had Fiet een aantal malen getracht opkomend hyperventileren in stress situaties te onderdrukken door op een toilet de plastic zak te gebruiken. Dit had dan even verlichting tot gevolg, maar de symptomen kwamen vrij snel weer terug. Manipuleren met uitademen was effectiever in haar geval. Ik vraag me af wat de ervaringen van de anderen in dit opzicht zijn.

4. Tijdens het gezamenlijk bekijken van de Compernelle-band werd er door de aanwezige TDT- redakteuren gediskussieerd over de noodzakelijkheid van het involveren van de partner bij het thuis oefenen. Mij leken daar nog al wat nadelen aan verbonden te kunnen zijn. Van die opvatting ben ik inmiddels wel genezen. Fiet had zich één avond (in de eerste week) niet aan de instructie gehouden. Zij had de provocatie in haar eentje uitgevoerd en had prompt een ernstige paniek aanval gekregen.

②

5. In de beschrijving van de behandeling heb ik een zijdelings aspect niet genoemd. Dat had betrekking op de slaapstoornissen die acuut werden nadat Fiet ophield met valium slikken. Voor de statistieken is het interessant dat de 'bekende Erickson aanpak' (Haley, 1973) ook nu weer succes had (vgl. ook Lange, 1975). Fiet zou half uur strijken (vindt zij heel vervelend) half uur in bed liggen etc. Onnodig te vermelden dat Jelle dit een pracht oplossing vond. Ik kan me voorstellen dat slaapstoornissen wel vaker voorkomen bij het behandelen van het HVS. Het betreft vaak nogal zenuwachtige cliënten, die veelal bovendien beroofd worden van voor hun vertrouwde medicijnen. Misschien kan de Erickson procedure dan ook tot standard verheven worden.

Referenties:

Compernelle, Th. (1976): Hyperventilatie-syndroom. Video-tape. Jelgersma kliniek. Leiden.

Compernelle, Th., C.A.L. Hoogduin & L.J. Joele ( ? ): Over de herkenning van het hyperventilatie-syndroom en de behandeling van hyperventilatie-aanvallen. Gestencild rapport. Jelgersma Kliniek. Leiden.

Hoogduin, C.A.L. (1975): Het hyperventilatie-syndroom. TDT, 2 (9) 16-22.

Lange, A. (1975): Afleiding, posthypnotische suggestie en een dubbele fobie. TDT, 3 (2) 40-46.

Lange, A. (1976): Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. Tijdschrift voor psychotherapie, 2 (5) 179-194.

Konsultatie gevraagd - een stagnerende gezinsbehandeling

Dick Oudshoorn

Het gezin Kok telt twee adoptiefkinderen: Teun van 17 jaar en Jan van 13. Teun terroriseert het gezin door onbeheerste driftbuien en de ouders zijn ten einde raad. Vader is ernstig nierpatiënt en is vaak uitgeput. Hij mist beide nieren en gaat tweemaal per week naar de dialyse; de voorafgaande en de erop volgende dag voelt hij zich beroerd - Teun vertikt het daar rekening mee te houden, bv als hij piano wil spelen of als hij kwaad is op zijn broer. De ouders komen samen; Teun weigert mee te komen. Ze vertellen dat de kinderen van dezelfde moeder afkomstig zijn (met een rossige achtergrond; verschillende vaders vermoedelijk) en achtereenvolgens als zuigeling door het kinderloze echtpaar Kok zijn opgenomen, aanvankelijk als pleegkind, later geadopteerd. De ouders zijn altijd onzeker gebleven over wat ze voor de kinderen betekenen, of ze "echte" ouders voor hun zijn.

Drie dingen vallen in eerste instantie op: 1. Teun wordt door hun niet zozeer als kind maar als -sterkere- tegenstander gezien; 2. ze hebben weinig adekwate, ouderwetse opvoedingsideeën; 3. teveel gedrag van de kinderen wordt door hen als "pesten" opgevat en verklaard vanuit erfelijke belasting; de ouders reageren hierop door de kinderen op lijdelijke wijze te vragen waarom hun dit wordt aangedaan, ze werken op het schuldgevoel. Veel profetie gaat uit zichzelf in vervulling.

Om twee redenen is interventie dringend geboden: 1. ruzies en vechtpartijen leveren steeds gevaarlijker situaties op; 2. binnenkort moet het gezin verhuizen naar een woning waarin een thuisdialyseapparaat kan worden geplaatst, maar Teun kondigt aan dat hij zich tot het uiterste zal verzetten. Over Jan hebben de ouders geen klachten. Die zou met het probleem niets te maken hebben, is alleen slachtoffer van Teuns pesterijen. Jan komt niet mee naar de thorapeut omdat de ouders dat niet nodig vinden, en Teun blijft weg omdat hij zelf vindt er niets mee te maken te hebben.

Zodoende wordt met de ouders het kontrakt afgesloten voor een reeks gesprekken met als eerste werkdoel hen op hun stoel te zetten (dus de generatielijn te herstellen) en een normale opvoedingssituatie te scheppen. In het verloop van zes maanden verdwijnen de gevechten, leren ze wat adequater als ouders op te treden en werken ze ook nog een tijd aan een specifiek seksueel probleem. Plotseling loopt het gedrag van Teun dan opnieuw uit de hand. De ouders reageren als geslagen honden. De therapeut stelt hen ervoor verantwoordelijk hun zoon mee te krijgen en dat gelukt. Na een gesprek met ouders plus oudste zoon zegt deze dat hij liever alleen komt en dat vinden zijn ouders ook beter. Ik ga akkoord.

Gedurende drie maanden komt hij regelmatig bij me. Het werkdoel is hem te leren "zijn eigen driften te beteugelen, zoals een ruiter zijn woeste paard beteugelt". Er wordt een hiërarchieke lijst van agressieve reacties opgesteld en een monitoropdracht verstrekt. Hij rapporteert langzamerhand goede resultaten. ("In de kantlijn" komen diverse problemen aan de orde, zoals zijn relatie met zijn adoptiefouders, zijn verwerking van vaders ziekte en zijn vrees voor diens dood, maar ook zijn zelfbeeld en toekomstplannen.)

Dan overlijdt vader plotseling door een hartaanval. Op mijn verzoek zie ik moeder met Teun samen. Ze houden zich flink, "alles gaat goed, ze redde zich wel". De verhuizing gaat door (alles was al ingepakt!). Na de zomervakantie zie ik Teun nog eens voor een follow-up. Hij zegt dat het met hem uitstekend gaat, maar dat het met Jan nu het grootste gedonder is, veel erger dan voorheen met hemzelf. Ik nodig moeder uit. (Er zijn inmiddels vijf maanden verstreken na haar mans dood.) Ze mist haar echtgenoot enorm, alles valt zo tegen, ze kan de kinderen niet aan en verliest allerlei kontakten met familie en kennissen. Thuis heersen de wetten van de jungle, maar ze heeft wel een baan aangenomen als gezinsverzorgster. (Ze kan het verzorgen niet laten.) Ik stel gezinsgesprekken met moeder en beide zoons voor. Ze orakelt dat dat niet zal gelukken. Teun zal niet komen.

De therapeut zegt dat Teun hem zijn medewerking had toegezegd en dat hij Teun zelf zal uitnodigen. In een telefoongesprek is Teun dan niet te bewegen om te komen. Hij heeft er niets mee te maken, zit op zijn kamer hard te werken voor zijn eind-examen Atheneum en eet zelfs apart om botsingen te vermijden. Op de eerste gezinsafspraken komt Jan dan helemaal alleen, want "Teun wil niet komen en moeder was verhinderd". Jan stelt zich onverschillig op en vindt gezinsgesprekken zinloos; het is een kwestie van of Teun eruit of Jan. En dan moet Jan er maar uit, want Teun en moeder kunnen het zo goed met elkaar vinden. Hij heeft er nooit bij gehoord, vindt Jan. Hij vindt zijn moeder ouderwets. Teun en zij vinden wel dat het nu allemaal aan Jan ligt maar daar is hij het niet mee eens; hij wil er echter niet voor vechten. Hij voelt voor uithuisplaatsing, denkt dan aan een paar maanden. De therapeut gaat helemaal met het idee van uithuisplaatsing mee maar vindt twee maanden veel te kort. Hij legt uit dat "twee jaar of voor goed" een veel betere oplossing is. Borduurt voort op het thema: een hechte band met andere ouders aangaan, die hem consequent en strikt kunnen aanpakken, want dat vindt Jan voor zichzelf wel nodig. Hem wordt ook uitgelegd dat het niet zo eenvoudig is dat Oudshoorn dat even regelt (want Jan vertelt nu dat ze thuis plegen te dreigen met: "laat Oudshoorn je maar het huis uit doen" en dergelijke). Nogal verbluft gaat Jan weg. Ik bel moeder op en maak een afspraak. Jan blijkt haar het een en ander gezegd te hebben van langdurige of definitieve uithuisplaatsing, maar daar is ze nu beslist op tegen. De therapeut legt haar nogmaals uit dat hij slechts één alternatief ziet, namelijk beide zoons in de kraag grijpen en meebrengen. Ze zal hun moeten laten zien dat het haar ernst is en dat ze beide jongens wil houden, maar dan op normale condities, of ze allebei uithuis zal laten plaatsen. De afspraak is dat ze zal komen als ze hen zover heeft.

Een maand lang hoor ik niets en dan word ik opgebeld door een andere instantie bij wie moeder zich paniekerig heeft aangemeld. Bij Oudshoorn kon ze alleen nog met het gehele stel terecht, maar Teun weigerde. Mij wordt gevraagd of ik mee wil werken aan korte uithuisplaatsing van Jan en gelijktijdig starten van gezinsgesprekken. Ik heb het in beraad gehouden.



Diskussie en vragen:

Ik beschouw het hele proces als een doorspelen van de %warte Piet, die eerst in handen was van Teun, naar Jan. Een soort symptoomverschuiving dus. Had ik dit kunnen voorzien en voorkomen? Welnu, hoewel er op bepaalde punten behoorlijk veel bereidwilligheid was om problemen op tafel te leggen bijvoorbeeld konstateerde ik toch al van stond af aan een buitengewone hardnekkigheid en verzet tegen gezamenlijke en openhartige bespreking ervan. Wat ik ook probeerde om hun er toe te bewegen, ik heb het gezin geen enkele maal compleet gehad, ik zag òf de ouders, òf Teun, òf Jan, en éénmaal moeder + Teun - wat o ok al niet voor herhaling vatbaar bleek.

Maken jullie dit vaker mee, en hoe hanteren jullie dat? Mijn methode is vaak om dan maar van gezinsgesprekken af te zien en the next best thing te kiezen, maar in dit geval met ongunstig resultaat.

Voorts moet ik met spijt vaststellen dat ik Teun alleen maar geleerd heb op een minder openlijke manier (anders geformuleerd: geniepiger) zijn onvrede te uiten. Van de wal in de sloot, zou ik zeggen, ook al ervaart hij het zelf als een rousachtige verbetering. Immers is er geen kwestie meer van verlies van zelfbeheersing endaarnee veroordeling van de kant van moeder, terwijl zij zijn nieuwe gedrag goedkeurt en niet de addertjes onder het gras ziet zitten. Anderzijds is moeder een klassiek voorbeeld van iemand die liever naar een ander dan naar zichzelf kijkt en de rctzooi met haar zoons haast doelbewust oproept. In cybernetische beeldspraak: als er een kleine afwijking in het systeem optreedt reageert ze zo heftig dat er een veel grotere afwijking en tenslotte paniek en strijd op leven en dood ontstaat. Het is niet aan haar besteed dit uit te leggen, maar -wat nog erger is- ze is totaal ontoegankelijk gebleken voor adviezen op dit vlak. Ze is dan nimmer opnelijk afwijzend, zegt jaja maar doet neenee. Vader was te ziek om enig gewicht in de schaal te werpen en zijn toestand werd vooral door iedereen voor zijn eigen doeleinden aangewend. Kortom: wat heb ik een negatief beeld van dit gezin! Ik weet niet of het mijn therapeutiese frustratie is. Tot"troost" zou ik kunnen aanvoeren dat die maatsch. werker die me opbelde vrijwel exakt de zelfde dynamiek konstateerde in dit gezin.

Onno van der Hart:

Relaties en Rituelen (V) De trein die hard aankwam.

### 1. Inleiding.

Grinder & Bandler (1976) behandelen de manieren waarop mensen hun ervaringen onder woorden brengen. We onderhouden contact met de wereld via onze zintuigen - zien, horen, voelen, aanraken en ruiken. In ons taalgebruik is de weerslag van deze zintuigelijke waarneming te bemerken. We hebben, meer onbewust dan bewust, een voorkeur voor bepaalde begrippen. Zo zal de een veel woorden gebruiken die met visuele waarneming te maken hebben. "Ik zie in dat ik fout was", bijvoorbeeld. Iemand, die een voorkeur voor zinnestjes als "dat klinkt goed" heeft, is waarschijnlijk meer auditief ingesteld.

Het kunnen vaststellen op wat voor manier iemand zijn ervaringen bij voorkeur weergeeft - wat m.a.w. zijn "most highly valued representational system" is -, is van bijzonder belang in therapie. De aansluiting daarmee missen kan betekenen dat de cliënt zich niet begrepen voelt, de therapeut gefrustreerd raakt en de therapie in een impasse komt. Grinder & Bandler geven hiervan het volgende voorbeeld:

Client (visual): My husband just doesn't see me as a valuable person.

Therapist (kinesthetic): How do you feel about that?

Client (visual) : What?

Therapist (kinesthetic): How do you feel about your husband's not feeling that you're a person?

Client (visual): That's a hard question. I just don't know.

Een van de auteurs komt deze therapeut te hulp en neemt de leiding over. Hij sluit wel aan bij haar visuele weergave van haar ervaringen:

Therapist: How do you know he doesn't see you as valuable?

83

Client: I dress up for him and he doesn't notice.  
(ze neemt aan dat haar man net als zij een visueel model hanteert).

Therapist: How do you know he doesn't notice?

Client: He just paws me and doesn't even look.

(Hij reageert op een kinesthetische manier en is niet ver genoeg van haar verwijderd om te kijken).

Het aansluiten bij iemand's centrale manier om ervaringen weer te geven vormt de basis voor diverse effectieve therapeutische interventies. Grinder & Bandler behandelen een aantal daarvan, die alle met het gebruik van het medium taal te maken hebben.

In dit artikel wordt een therapie beschreven, waarin van rituelen gebruik werd gemaakt. Rituelen kunnen onder meer het medium taak omvatten, "verbale formules", maar meestal gaat het echter meer om gedragingen die rechtstreeks de verschillende zintuigen inschakelen. De rituelen die in therapie speciaal voor een cliënt ontworpen worden dienen niet alleen aan te sluiten bij het spraakgebruik van de cliënt, maar daarmee ook rechtstreeks bij de meest gewaardeerde zintuigelijke waarneming en weergave van de cliënt.

## 2. De therapie

### 2.1 Aanmelding

Marlies, een 34-jarige ongehuwde moeder van twee kinderen (resp. 14 en 12), wordt door een IMP naar een SPD verwezen. In het voorjaar 1976 had Marlies zich bij dat IMP aangemeld omdat ze door een traumatische ervaring in december 1975 talrijke nachtmerries had, last had van slapeloosheid, 10 kilo was afgevallen. Ze voelde zich down en lusteloos, maar had geen huilbuien.

Degene, die bij het IMP de intake doet, heeft een vijftal gesprekken met haar, waarin hij een uitvoerige anamnese opstelt en haar vervolgens kan meedelen dat hij haar niet geschikt vindt voor een IMP-therapie.

Zoals hij in zijn konklusies t.a.v. de anamnese konstateert: "Op dit moment zie ik haar het meest geschikt voor een toedekkende en geruststellende therapie, waarbij voorzichtig aan de vroege jeugdsituatie gekomen moet worden. Eigenlijk zie ik haar niet als geschikt voor een IMP therapie. Noch in individueel of in gedrags-therapie. Waarschijnlijk moeten wij haar doorverwijzen of afwijzen in een adviesgesprek."

Op deze ontstellende, maar helaas frekvent voorkomende manier van doen, reageert Marlies heftig. Ze is razend, voelt zich afgewezen nadat ze al zoveel van zichzelf heeft laten zien. Spanningen worden heviger en haar nachtmerries nemen weer toe. Ze belt de betreffende therapeut nog eens op om hem dat te vertellen en zijn reactie is "dat er over een aantal maanden wellicht iemand bij het IMP voor je beschikbaar is". Dat wil ze niet meer.

Marlies belt de SPD, krijgt een afspraak voor de volgende week. In de tussentijd heeft ze het zo moeilijk, dat ze een maatschappelijk werker van de Nederlandse Spoorwegen (zie par. 2.2) belt, die dezelfde avond met haar komt praten.

## 2.2 Taxatie

In het eerste gesprek op de SPD blijkt Marlies gemakkelijk over haar problemen te praten. Maar ze geeft zelf toe dat ze het op een afstandelijke manier doet. Dat ze op die manier de problemen op een afstand houdt, en zo zichzelf de baas blijft.

Voor drie probleemgebieden zoekt ze hulp:

- 1) Het december trauma, wat de aanleiding voor het contact met het IMP en met de maatschappelijk werker van de NS is geweest. Begin december 1975 zet Marlies 's avonds de televisie aan en krijgt beelden van de treinkaping bij Beilen te zien. Dat geeft haar een enorme schok. Waarom weet ze niet, maar het grijpt haar bijzonder heftig aan. Ze krijgt die nacht een nachtmerrie, waarin ze droomt dat zij in die trein gevangen zit, er niet meer uitkan.

Als een paar dagen later een van de reizigers wordt neergeschoten door de kapers, droomt zij dat zij eerst werd meegenomen om geëkseuteerd te worden maar dat ze weer terug naar haar plaats mag gaan. Een ander neemt haar plaats in. Ze hoort het schot dat hem doodt. Dit soort beelden droomt ze die maand herhaaldelijk en in de maanden daarna iets minder frekwent. Haar kinderen weten van niets, want ze wil hen daar niet mee belasten. Ze zien echter wel dat er iets met haar aan de hand is en proberen haar te helpen. Bijv. door haar te dwingen toch te eten als het voedsel haar eigenlijk tegenstaat.

2) Een tweede probleem is iets dat al lange tijd op de achtergrond speelt, maar dat haar als een obsessie blijft achtervolgen. Van haar 12e tot haar 14e jaar is ze door haar broer en diens vriendjes seksueel misbruikt. Dat heeft ze nooit tegen haar moeder (haar vader was eerder overleden) durven zeggen. Als ze later seksueel contact met een vriend heeft, ziet ze vaak het gezicht van haar broer voor zich verschijnen. Die broer heeft de gehele episode begraven. Pogingen van Marlies om het eens met hem uit te praten worden zonder meer van de hand gewezen. Op haar ongehuwd moederschap reageert hij - een gezeten burger - bijzonder negatief: "eenmaal een hoer, altijd een hoer". Marlies is hierdoor enorm gekwetst en voelt zich door hem in de steek gelaten.

3) Marlies vindt van zichzelf dat ze een masker voorheeft. Ze houdt het krampachtig vast, maar wil er toch van af. Ze zou eens hard moeten huilen. Dat lukt haar nooit, maar zou haar enorm bevrijden.

Het voorhebben van een masker brengt Marlies in verband met haar positie als ongehuwde moeder. De buitenwereld kijkt haar daar op aan, en zij moet sterk blijven. Voor haar kinderen blijven zorgen. Niet ten onder gaan aan de bedreiging van buitenaf.

Deze drie problemen heeft ze ook met de maatschappelijk werker van de NS besproken. Hij zag een verband tussen het eerste en het tweede ("toen ben je ontspoord").

Een opmerking die haar die week aan het denken heeft gezet.

Marlies vertelt meer over zichzelf en ook het intake verslag van het IMP geeft meer informatie. Zo heeft ze jarenlang, ook met haar kinderen bij haar moeder geleefd. Toen die overleed gebeurde in datzelfde jaar nog een aantal verschrikkelijke dingen. Ze werd toen, op eigen verzoek, een korte tijd in een PAAZ opgenomen.

In haar huidige situatie zit iets van een overgang. Ze wil in het najaar een dagopleiding (MAVO) gaan beginnen en dat betekent een nieuwe fase in haar bestaan. Ze hoeft minder voor de kinderen te zorgen, die steeds zelfstandiger worden. Eigenlijk ziet ze nu al met enige angst de tijd tegemoet dat de kinderen het huis zullen verlaten. Ze is tot nog toe alleen maar moeder geweest en heeft zichzelf weggecijferd. Ook om die reden wil ze een individuele therapie en niet een contact voor haar samen met de kinderen.

Marlies mist haar ouders nog sterk. Ze zou ook zo graag grootouders voor de kinderen willen hebben. Mensen bij wie je terecht kunt voor wat gezelligheid en een kopje koffie. Mensen, die toch een andere functie hebben dan de vrienden en kennissen die ze genoeg heeft. Een vader zouden de kinderen niet missen, maar ze speelt wel eens met de gedachte een partner te willen hebben. Dat houdt ze echter nog sterk op een afstand.

### 2.3 Strategie

De therapeut stelt voor zichzelf vast, dat hij in het contact met Marlies niet hard van stapel moet lopen. Direkt op het december trauma afstevenen lijkt hem niet goed. Marlies geeft duidelijk aan dat ze zichzelf in de markt moet of wil houden; dat ze het zich voor de kinderen niet kan permitteren om zich te laten gaan of om in te storten.

Hij wil zich aanvankelijk vriendelijk, ietwat non-direktief, opstellen en Marlies de gelegenheid geven op die manier iets meer van zichzelf te laten zien.

Sf

Hij ziet dat als het ware de benadering voor het derde probleem, het masker dat Marlies voorheeft. Reeds in de eerste zitting blijkt dat geëigend te zijn. Ze toont wat meer affekt, moet huilen, hetgeen haar erg verbaast.

Met betrekking tot het december trauma denkt hij aan twee elkaar niet uitsluitende benaderingen:

Marlies, die sedert december geen trein meer is ingestapt, kan samen met hem, therapeut, een treinreis maken. Mocht hijzelf niet in staat zijn om mee te gaan, dan is de maatschappelijk werker van de NS bereid om dat te doen.

De andere aanpak houdt in, dat Marlies in een hypnosezitting het gebeuren van de kaping herbeleeft. In haar dromen stopt ze als ze het schot hoort. Dan wordt ze gillend wakker. In de zitting zou de therapeut haar moeten helpen bij die ervaring te blijven.

Om een dergelijke zitting of de treinreis plaats te laten vinden, moet de therapeut in komende zittingen regelmatig terugkeren naar het onderwerp van de trein. Zo kan hij polsen of de tijd rijp is om een van beide stappen te zetten.

Het incest probleem dient z.i. daarna aan de orde te komen. Hij denkt aan de mogelijkheid Marlies een afscheidsritueel te laten uitvoeren maar ziet dat op dit moment nog niet concreet voor zich.

#### 2.4 Behandelingskontraakt

De therapeut vat zijn gedachten voor Marlies op de volgende manier samen. Hij stelt haar, om te beginnen, een zestal gesprekken voor; eenmaal in de veertien dagen. Daarin zou hij met haar willen werken aan het trauma. Hij noemt beide mogelijkheden en voegt er aan toe, dat hij zich voorstelt om heel rustig te werk te gaan. Niets te forceren en haar ook te laten aangeven wanneer een bepaalde stap genomen kan worden. Dat stelt Marlies gerust. Ze zegt erg bang voor overijlen te zijn.

Marlies gaat met dit voorstel akkoord en kan ook het voorstel aksepteren, dat na het werken aan de treinkaping het probleem met haar broer aan de orde komt.

Over het derde probleem zegt de therapeut tenslotte dat hij dat niet rechtstreeks aan de orde wil laten komen, maar Marlies de gelegenheid wil geven zelf te bepalen wanneer ze het kan afzetten.

## 2.5 Behandeling

### 2.5.1 Eerste zitting

Een rustig gesprek, waarin de therapeut zich hoofdzakelijk non-direktief opstelt. Marlies vertelt, dat ze veel heeft nagedacht over het vorige gesprek. Het valt haar zwaar vader en moeder tegelijk van haar kinderen te zijn. Soms zou ze wel eens zwak willen zijn. Als ze het over spanning in haar lichaam heeft, suggereert de therapeut een yoga-kursus. Ze brengt zelf het onderwerp op de trein. Ze wil op korte termijn een treinreis maken. De therapeut kan pas over een paar weken; denkt ook dat Marlies te snel wil. Beiden spreken af, dat als ze persé wil, Marlies met de maatschappelijk werker van de NS contact zal opnemen.

### 2.5.2 Tweede zitting

Marlies vertelt, dat ze een bewogen week achter de rug heeft. Ze heeft met de maatschappelijk werker een treinreisje gemaakt. Ze is in paniek geraakt en hij zou haar niet begrepen hebben. Toen is ze erg kwaad op hem geworden. Van het station ging ze met de tram naar huis. Zonder dat ze er erg in had, kwam ze bij het eindpunt aan, waar ze niet uitstapte en bleef zitten trillen. De kondukteur waarschuwde de GGD, die haar naar huis bracht. Voorlopig ziet ze van een volgende treinreis af.

De therapeut etiketteert het gebeuren positief. Hij zegt haar, dat ze haar hele leven in vakjes wil stoppen, alles wil regelen en in de hand wil houden.



Er zijn echter ook delen in haar leven die zich niet zo laten regelen, die je gewoon hun gang moet laten gaan. Dat is deze week duidelijk geworden en het is goed om je dat eens bewust te worden. Als nu bij haar vanzelf de neiging om iets met een trein te gaan doen sterker wordt, kan ze dit aan hem vertellen zodat ze dan een fantasietrip kunnen maken. Wat ze thuis kan doen als ze wakker wordt van een nachtmerrie, is het tekenen van wat ze in de droom gezien heeft.

### 2.5.3 Derde gesprek

Marlies vertelt, dat de kinderen de volgende week op vakantie gaan, zodat ze dan het rijk alleen heeft en zich eventueel kan laten gaan. Ze is vrij intensief met de trein bezig geweest, heeft diverse nachtmerries gehad. Ze brengt een aantal tekeningen mee, die aangeven wat er in haar droom in de trein gebeurt. Zij wordt door de kapers meegenomen; de kapers staan op het punt haar neer te schieten. Ze doen het niet, laten haar terug gaan en kiezen iemand anders. Ze hoort een schot. Dat is het moment waarop ze altijd gillend wakker wordt.

Als Marlies over de banden met het verleden, haar broer en ouders begint, introduceert de therapeut het begrip "afscheidsritueel". Marlies gaat daar op in. Zegt dat ze vaak de neiging heeft om "het allemaal van me af te schrijven en het dan aan iemand te geven die het kan wegstoppen, verbranden of begraven". Maar gedaan heeft ze het nog niet. Ze schrijft wel eens gedichten, waarvan ze er een paar aan de therapeut laat lezen. Ze weet ook nog wel een relekwie uit het verleden: de zegelring van haar vader, die in het bezit van haar broer is. Die geeft er echter niet om. Zij zou die ring graag willen hebben en aan haar oudste zoon willen geven. Als dat gebeuren zou, is ze waarschijnlijk bevrijd van de banden met haar broer, denkt ze. Ze spreekt met de therapeut af haar broer die week te bellen en om de ring te vragen.

30  
40

#### 2.5.4 Vierde gesprek

Marlies vertelt dat ze haar broer gebeld heeft en dat hij geweigerd heeft de ring aan haar te geven. Als 'ie ergens terecht zal komen, dan is het bij zijn zoon. Bij Marlies leidde deze vrij botte weigering tot meer afstand nemen van haar broer. Het gesprek is volgens haar een soort afrekening geweest.

Marlies is erg gespannen, zegt dat ze erg opziet tegen de fantasietrip in de trein. De therapeut reageert daar empirisch op en kan haar op een gegeven moment de ogen laten sluiten en haar laten konsentreren op het gebeuren in de trein bij Beilen. Hetzelfde gebeurt wat ze ook in haar nachtmerries beleeft. Het is erg aangrijpend en erg moeilijk voor haar. Ze smeekt de therapeut of ze eruit kan, maar deze zegt op een steunende manier dat ze dóór moet gaan. Als ze het schot hoort dat iemand voor haar in de plaats doodt, breken de emoties los. Tussen het huilen door vraagt ze de therapeut of hij weg wil gaan; ze moet alleen zijn. Hij zegt dat hij zijn hoofd van haar zal afwenden, maar wel bij haar wil blijven.

Na verloop van tijd wordt Marlies rustiger. Ze vertelt dat ze doodmoe is en dat ze het gevoel heeft dat haar spieren in brand staan. De therapeut laat haar wat rusten, gaat dan wel een kwartier weg. Suggereert haar daarna, dat ze in een goede slaap die middag, indien nodig, de dingen verder verwerken kan. Na een kop koffie bestelt hij een taxi voor haar en spreekt af, dat zij hem de volgende dag zal bellen om te vertellen hoe het gaat en voor het maken van een nieuwe afspraak.

#### 2.5.5 Vijfde gesprek

Marlies is ook de dag na het vorige gesprek erg moe geweest en had ook toen dat brandende gevoel in haar spieren. Ze heeft thuis een enorme huilbui gehad. Daar is erg veel mee naar buiten gekomen.

Nu is ze veel meer ontspannen dan voorheen. Ze is zich bewust geworden dat ze zichzelf in een bankschroef vastgezet heeft.

4

Ze is wat vrijer geworden en nu voelt ze de pijn daarvan pas. De therapeut reageert vrij non-direktief en steunend. Als Marlies aan het eind van het gesprek over haar moeder, met wie ze ook nog een sterke band ervaart, begint, stelt de therapeut voor daaraan in het volgende gesprek - wegens vakanties een maand later - op een rituele manier te werken.

#### 2.5.6 Zesde gesprek

Marlies heeft een prettige vakantie gehad. De eerste twee dagen heeft ze aan een stuk doorgeslapen. Daarna voelde ze zich als herboren. Ze is nu bezig zich voor te bereiden op de dagstudie die ze binnenkort gaat volgen.

Ze brengt zelf het afscheid nemen van haar familie - haar overleden ouders en haar broer - naar voren. Haar ouders mist ze erg. De therapeut geeft de volgende beeldspraak: enerzijds is ze nog de loot van een bepaalde familie; anderzijds is ze de stammoeder van twee nieuwe loten. Marlies, sterk visueel ingesteld, ziet dit beeld meteen voor zich. Ziet, hoe een tak van een boom wordt afgesneden, in de grond geplaatst wordt en twee nieuwe zijtakken (haar kinderen) ontwikkelt. Ze vertelt, dat ze wel eens gedacht heeft een stamboom met fotootjes van alle familieleden aan de muur te hangen. Ze spreekt met de therapeut af, dat ze zo'n stamboom koopt, en dat ze haarzelf daarin als stammoeder aangeeft: zij is het begin van een nieuwe stamboom.

Afgesproken wordt daar in een zevende gesprek, vijf weken later op terug te komen.

#### 2.5.7 Zevende gesprek

Met Marlies gaat het wel goed. Ze is nu bezig met haar dagstudie en dat bevalt haar goed. Zij en haar kinderen stimuleren elkaar bij het huiswerk maken. Ze is "de trein uit"; de beelden van de gijzeling in Beilen vervolgen haar niet meer.

Wel heeft ze het vage idee om in de toekomst ooit eens naar die plek toe te gaan, maar dat is zeker geen haastkwestie. Ze is voor zichzelf erg intensief met de "stamboom" bezig geweest. Nagedacht over de nieuwe stammoeder die zij zou kunnen zijn, en ook over het opgroeien van haar kinderen die op een gegeven moment een eigen leven, lossen van haar, zullen leiden. Ze had het idee, dat het ritueel van het maken van de stamboom niet volledig was geweest. Spontaan heeft ze het af kunnen maken met het schrijven van één gedicht. Daarmee, zo zegt ze, heeft ze het allemaal verwerkt; dat is de bevrijding geweest. Ze is nu de stammoeder.

"Ik ben een nieuwe loot van vaderlijke stam  
 Twee takken heb ik al, mijn dochter en mijn zoon  
 Daar sta ik dan met wortels in de grond  
 Ik heb al menig storm doorstaan  
 Men rukt mij niet meer om  
 Ze mogen spugen, slaan en schoppen  
 Of kerven in mijn bast  
 Ik sta dan stram, een trotse boom  
 De winters lang met kou en regen  
 Ik voel de takken om me heen  
 Die later dan met knoppen zijn  
 Het nieuwe leven, vol met groen  
 Ik ben er trots op die loot te zijn  
 Misschien een nieuwe boom in 't leven  
 Met takken overal verspreid, zo vol  
 Want mijn takken krijgen takken en ga  
 zo steeds maar door  
 Ach nee, ik ben geen nieuwe loot meer  
 Ik ben de moederlijke stam van mijn  
 twee nieuwe loten"

De overgang heeft plaatsgevonden. Marlies staat er in dit gesprek niet lang bij stil. Het in meer dan een opzicht nieuwe leven eist haar aandacht op. De school, de kinderen, enzovoort. Ze vertelt voor de eerste keer, dat het niet mee valt om van een bijstandsinkomen rond te komen. Ze is bezig om in deze dure maand het ene gat met het andere te stoppen. Het valt haar zwaar, maar ze

komt er wel doorheen, zegt ze.

Afgesproken wordt, dat over anderhalve maand een follow-up gesprek zal plaatsvinden.

#### 2.5.8 Achtste gesprek.

Marlies is druk bezig met al haar activiteiten. De school vindt ze prachtig: "de beste therapie". Ze zou wel wat meer tijd voor zichzelf willen hebben; eens lekker nietsdoen en je zelf wat vertroetelen. De therapeut steunt haar daarin. Marlies maakt een ontspannen indruk en vertelt met veel humor een aantal ervaringen van de laatste tijd.

Kort geleden zag ze op de tv een samenvatting van de gijzeling bij Beilen. Ze vond het wel moeilijk, maar ze kon er gewoon naar kijken. Ze heeft er toen ook (voor het eerst) met haar kinderen over kunnen spreken. Ze kan nu best haar eigen leven leiden, maar ze zou het wel op prijs stellen om over een paar maanden nog eens een gesprek te hebben. Die afspraak wordt gemaakt. Bij het weggaan praat zij over de planten in de kamer van de therapeut. Deze biedt haar een stekje aan en voegt daar aan toe: "een nieuwe stam".

#### 6. Diskussie

a) Dit voorbeeld laat zien, dat aansluiten bij het hoogst gewaardeerde "representational system" van de cliënt een essentiële faktor voor het welslagen van de therapie is geweest.

De therapeut liet Marlies tekeningen maken van wat zij droomde (in plaats van het verhaal op te laten schrijven). Hij liet haar het gebeuren in een "geleide fantasie" nogmaals beleven, waarbij de klemtoon aanvankelijk op wat zij in de trein zag gebeuren lag. (Wat echter haar emoties vrijmaakte was het horen van het schot). Hij liet haar tenslotte een "stamboom" met foto's maken.

b) Wat de therapeut op een belangrijk moment - tijdens de konstruktie van het ritueel - over het hoofd gezien heeft, was een belangrijk expressiemiddel van Marlies, haar dichten.

Hij was te sterk op het visuele systeem gericht. Gelukkig heeft zichzelf de losse steek opgepakt.

c) Niet alles in deze therapie was ritueel van aard. Wel overwoog het werken met metaforen. Het gijzelingsdrama waarmee Marlies als probleem kwam is waarschijnlijk zelf een metafoor of symbool voor andere problemen geweest. De therapeut heeft geen pogingen ondernomen om dat expliciet te maken. Hij sloot aan bij de metafoor en hielp Marlies het verhaal af te maken.

d) De opvattingen van Grinder & Bandler (1976) en dit voorbeeld kunnen ons een aantal lessen met betrekking tot het konstrueren van rituelen leren.

- in taalgebruik aansluiten bij het belangrijkste "representational system" van de cliënt
- de cliënt rechtstreeks rituele handelingen voorschrijven, die in het vlak van dat systeem liggen.
- hobby's, liefhebberijen en interessen van de cliënt liggen ook vaak in dat vlak en kunnen eventueel benut worden.
- het ritueel moet zoveel mogelijk uitgebreid worden met andere dimensies dan die van het meest gewaardeerde "representational system". Hierdoor wordt de ervaring rijker en totaler; ook meer onbewuste nivo's van functioneren gaan meespelen en worden beïnvloed. Deze uitbreiding sluit enigszins aan bij de opvatting van Bossard & Boll (1950) over traditionele gezinsrituelen: willen deze effectief en duurzaam zijn, dan moet hun vorm onder meer een rijke zintuigelijke inhoud bezitten (geluiden, geuren, smaken, bezienswaardigheden), lichamelijke aktie hebben, mentale stimulering en in het algemeen "veel genoeg" verschaffen.

e) De vraag dringt zich op in hoeverre direktieve therapie direktief is. In dit voorbeeld heeft de therapeut de cliënt diverse malen alle ruimte gegeven (vgl. het voorbeeld van Lange (1976), waarin hij enige tijd geduldig afwacht alvorens hij aktief ingrijpt).

45

Marlies regelde zelf al zoveel in haar leven, dat de therapeut daar aanvankelijk een niet-regelen tegenover wilde stellen. Af en toe strukturerde hij duidelijk, maar meestal sloten zijn reacties en direktieven aan bij wat Marlies zelf te berde bracht. Eigenlijk vind ik "direktieve therapie" een achterhaalde term, die zijn functie gehad heeft in het tijdperk waarin we overheerst werden door de zogenaamde nondirektieve therapeuten. Nu zijn we meer aan een integratie toe van twee essentiële aspecten van therapie, op een andere manier ook wel yin en yang genoemd; in ons werk hebben we dat wellicht wel bereikt, maar in onze geschriften nog weinig. Het gebruik van de judo metafoor (vgl. Minuchin, 1973; Van der Hart & Rubinstein, 1975; Lange, 1976; Van der Hart, 1976) geeft het zoeken naar een betere benaming al aan. Wellicht is er een nieuw begrip te konstrueren, dat minder metafoor is en duidelijker onze integrale benadering weergeeft. Reacties hierop, en eventuele suggesties, zie ik gaarne tegemoet.

f) Impliciet in het vorige zit het aspect van timing. In tegenstelling tot het zwart-wit denken van de IMP funktionaris laat de hier beschreven benadering zien hoe belangrijk het is om op het juiste moment geëigend te reageren. Het ging niet om steunen of konfronterend blootleggen, maar om steunen en op het juiste moment doorstoten naar een kwetsbare plek (zoals in de fantasie-trip gebeurde).

Abstrakt schrijven over timing is bijzonder moeilijk. Wellicht is dit de geëigende plaats om een leerzaam citaat van Miyamoto Mushashi, dat onder meer als leidraad voor deze therapie heeft gediend, te vermelden. "There is timing in everything. Timing in strategy cannot be mastered without a great deal of practice. (...) In all skills and abilities there is timing. (...) All things entail rising and falling timing. You must be able to discern this. In strategy there are various timing considerations. From the outset you must know the applicable timing and the inapplicable timing, and from among the large and small things and the fast and slow timing find the relevant timing, first seeing

48

the distance timing and the background timing. This is the main thing in strategy. It is especially important to know the background timing, otherwise your strategy will become uncertain."



45

Referenties:

Bossard, J.H.S. & E.S. Boll (1950): Ritual in family living. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

Grinder, J. & R. Bandler (1976): The structure of magic II. Science and Behavior Books, Palo Alto.

Hart, O. van der (1976): Het overnemen van de "erfelijkheid". Tijdschrift Directieve Therapie, 4 (1),

Hart, O. van der & T.H. Rubinstein (1975): Strategische en taktische aspecten van therapie. Tijdschrift Maatschappijvraagstukken en Welzijnswerk, 29 (20), 389-395.

Lange, A. (1976): Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. Tijdschrift voor Psychotherapie, 2(5), 179-194.

Mandel, H.P., F. Weizmann, B. Millan, J. Greenhow, D. Speirs (1975): Reaching emotionally disturbed children: 'Judo' principles in remedial education. Amer. J. Orthopsychiat., 45(5), 867-874.

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

Musashi, Miyamoto (1598): A Book of Five Rings. Translated by Victor Harris. Allison and Busby, Londen, 1974.

Het was nogal verrassend te merken dat slechts een honderdvijftigtal belangstellenden het kongres bijwoonden. Een tweede verrassing was het absolute verbod bandopnames te maken, zagezegd omdat gerefereerd werd over nog ongepubliceerd materiaal. Dit laatste is mij juist een van de boeiendste aspecten van het bijwonen van kongressen. Het verbod leek me zo idioot en ik vond het zo jammer deze ervaring niet met de overige TDT-lezers te kunnen delen, dat ik besloot het naast me neer te leggen en de hele zaak diskreet te "buggen". Ik vroeg hiervoor de toelating aan elke spreker afzonderlijk en merkwaardig genoeg had geen enkele bezwaar, behalve Weakland. De hele konferentie, behalve de inleiding van Weakland en de eerste voordracht (Patterson) staat derhalve ter beschikking van de TDT ploeg.

Mentors we have known. J. Weakland.

Weakland schetst de historiek van het MRI: wat Faits Divers, leuke achtergrondinformatie waarbij hij zichzelf in het zonnetje zet.

Bateson-Weakland-Haley.

Bateson, Weakland, Erickson, Haley en don Jackson zouden elkaar louter toevallig gevonden hebben. Bateson dacht bv. toen Weakland hem opbelde dat deze als ingenieur uitleg zou kunnen geven over de opkomende cybernetica en moderne wiskunde. Weakland wist echter van deze onderwerpen niks af, doch raakte geënthousiasmeerd door de anthropologie. Hij werd, zoals Bateson zelf overigens, een anthropoloog zonder diploma.

Na de publicatie van Naven kreeg Bateson een Grant van de Rockefeller Foundation en nodigde hij in 1953 Weakland, Fry en Haley uit om met hem in het hospitaal van de Veterans Administration Kommunikatie te bestuderen. Een hele tijd lang wist geen van de vier wat precies de bedoeling was van dit projekt, behalve dat het iets met kommunikatie had te maken en dat kommunikatie kompleks was, dikwijls paradoksaal en dat non verbale elementen er een essentieel deel van uitmaakten. Ze bestudeerden alles en nog wat: dieren in de Zoo, kommunikatie van blinden, van schizofrenen enz...

Het belangrijkste nieuwe element in hun benadering was voor deze tijd het bestuderen van de communicatie in zijn kontekst waardoor Bateson ertoe kwam het uitermate belangrijke concept van het Report-Command aspect in elke communicatie te formuleren.

Een tweede belangrijke stellingname van de groep was dat ze onder invloed van de zich snel ontwikkelende cybernetika afstapten van de ideeën omtrent een lineaire kausaliteit en gebruik gingen maken van begrippen als cirkulaire kausaliteit, feedback loops etc...

Daarna, vooral onder druk van Haley ging de groep de communicatie van schizofrenen bestuderen. Ze formuleerden de stelling dat schizofrene in metaforen communiceren en dat ze deze communicatie leren in hun gezinnen. De observatie van schizofrenen in hun gezinnen leidde toen tot de Double Bind hypothese. Met de vraag of deze opvatting nuttig kon zijn voor de therapie van de schizofreen geraakte de groep steeds meer betrokken op gezinstherapie.

M.Erickson.

Met M.Erickson bestond contact in twee verschillende episodes. Toen in de jaren 30-40 Bateson en M.Mead terugkeerden uit Bali namen ze contact op met M.Erickson om met hem van gedachten te wisselen over de vele en ongewone vormen van trance die ze in Indonesië meemaakten.

Toen de groep later in Palo Alto eraan dacht schizofrenen te gaan behandelen hernieuwden ze onder druk van Haley het contact omdat Erickson, voor zover ze wisten, de enige was die er rotsvast van overtuigd was dat schizofrenie behandelbaar was. Haley was ook nadien de enige die in contact bleef met Erickson.

Weakland beschrijft Erickson als een man die zijn hele leven en zijn hele carrière vocht tegen de meest ongelooflijke uitdagingen die hem overkwamen (zoals de twee policaanvallen) of die hij zelf voortdurend uitlokte. Voorbeelden van dit laatste waren: het propageren van de hypnose op een ogenblik dat dit helemaal niet gewaardeerd werd, het nooit twee maal op dezelfde wijze aanpakken van twee vergelijkbare gevallen etc. Als hij met een bepaalde techniek succes had bij een patiënt vroeg hij zich bij de volgende af: "Let me see if I can find a whole other way to resolve this problem."

Volgens Weakland was de invloed van Erickson op de groep driedig. Een eerste was Ericksons uitermate gesofistikeerde visie op de taal. Niet alleen was hij altijd bijzonder zorgvuldig in zijn taalgebruik dat hij volledig op de taal van de patient kon afstemmen, maar hij gebruikte de taal ook steeds terzelfdertijd op verschillende niveaus (cfr. het voorbeeld dat Watzlawick gaf in zijn Workshop over hypnose.). De visie van Erickson ligt duidelijk aan de basis van verschillende opvattingen over taal van de MRI-groep. (nvdauteur: het is ook mede een van de vertrekpunten van het boek dat Watzlawick in voorbereiding heeft over de taal in de psychotherapie.) Een tweede invloed van Erickson op de groep was zijn volle aandacht voor gedrag eerder dan voor gevoelens. Zijn standaarduitdrukking was: "Let them behave different and they will feel different." Een derde beïnvloeding was Erickson als voorbeeld van het bijzondere belang van de aktiviteit, de energie die de therapeut dient te ontplooiën om verandering te bewerkstelligen bij de patiënt, dit in tegenstelling tot de veel passievere houding in de konventionelere vormen van psychotherapie.

Don Jackson.

Don Jackson was teaching resident verbonden aan het Vet. Hospital te Palo Alto toen de groep er aankwam. Hij experimenteerde toen reeds volop in het gebied van de schizofrene kommunikatie. Jackson werd de Moving Force, die de groep steeds stimuleerde a) te publiceren b) klinisch, praktisch aktief te blijven in de psychotherapie c) (niettegenstaande zijn zeer praktische instelling op de kliniek gericht) steeds nieuwe ideeën te overwegen, zij het steeds met de bijgedachte: hoe zetten we ze om in de praktijk? Jackson was de man die anderen kon mobiliseren, niet alleen binnen de groep, maar ook erbuiten bv. om Grants te bekomen. Zijn opvatting was: "Good ideas need good promotion and good salesmanship."

Bateson, Erickson en Jackson hadden gemeenschappelijk: "A concern to see and deal with things as they are, as best as we can perceive them ourselves.". Er waren ook verschilpunten, verschillende aksenten: Bateson was steeds op zoek naar geschikte modellen om onze leefwereld te verklaren, hij was altijd verbaasd, altijd door alles geïnterigeerd, in alles geïnteresseerd. Hij herhaalde ook steeds: "Don't make things to plain." Erickson observeerde steeds de wereld van bijzonder dicht-

bij en poogde steeds weer deze op de meest ingenieuze wijzen te beïnvloeden. Voor zijn medewerkers was hij wel dikwijls onbegrijpelijk, ongrijpbaar. (nvdauteur: zoals don Juan? Op het MRI cirkuleert de legende dat Carlos Castaneda in Arizona niet de oude indiaan don Juan, maar M.Erickson ontmoet heeft. Wat er ook van zij, The teachings of don Juan/A separate Reality en Journey to Ixalan (Penguin Books) zijn boeiende lectuur voor wie in Ericksons technieken geïnteresseerd is Jackson daarentegen was steeds zeer bereikbaar voor zijn medewerkers, actief bezig met de dagdagelijkse praktische dingen en problemen.

A social learning approach to family therapy. G.Patterson.

Het was werkelijk een plezier G.Patterson opnieuw mee te maken. Het is een boeiende figuur die vooral in het paneelgesprek later op de dag gunstig afstak tov. W,W en F. Ik zal pogen de grote lijnen van de voordracht te schetsen. Meer details kan de geïnteresseerde lezer vinden in "A social learning approach to family intervention. Vol II: Families with aggressive children. (Castalia Publishing Co, Oregon, 1976) De voordracht en het boek zijn de neerslag van een tiental jaren research olv. Patterson, Reid, Jones en Conger aan het Oregon Research Institute.

Reeds enkele jaren heeft men in sommige gedragstherapeutische middens geen vrede meer met de simplistische reinforcement modellen en theoriën als antwoord op de vraag: How do people teach people? Zoals in de communicatietheorien van het MRI is Patterson cs. (Pcs) een echt dyadisch proces gaan beschouwen waarin én de invloed van A op B én de invloed van B op A bestudeerd wordt in een "transacti-  
 onele analyse". Het grootste probleem dat zich hierbij stelt is te kunnen meten waar we over praten. Daarom meent Pcs dat ~~we~~ moeten starten op het allereenvoudigste niveau dat nog relevant is. Daarnaast proberen ze zich in hun hele opzet uit te drukken in de eenvoudigste termen, zodanig dat om het even wie een experiment kan opzetten om aan te tonen dat er een fout werd gemaakt.

Volgens Pcs. is het allerbelangrijkste om nieuwe en betere therapieën te vinden, dat de therapeut voortdurend feedback krijgt van buiten de "therapy circle". Juist omdat de meeste therapeuten slechts feedback krijgen van binnen de therapiekring, blijven ze steeds dezelfde dingen doen en dezelfde fouten maken. Enkel een minimaal <sup>de</sup> delkje van wat we doen in therapie is echt effectief. Het zijn de "golden nuggets", we moeten ze ~~leren~~ vinden, niet in hand-

boeken omdat deze verouderd zijn op het ogenblik van verschijnen.

Pcs. bestudeerde het gedrag van agressieve kinderen. In de volksmond heet het dat dit agressieve gedrag "er wel uit zal groeien". In de praktijk blijkt dit niet helemaal te kloppen. Pcs. bestudeerde 200 jongens en 200 meisjes in de kleuterklas en enkele malen nadien tot 10 jaar later. Aan de hand van een codesysteem werd de agressiviteit geschat. 38% van de meest agressieve kinderen bleek 10 jaar later even aggressief. Pcs. stelde zich de vraag: Hoe zitten deze kinderen verstrengeld in dyaden, system-en; Welke feedback kringlopen zetten ze op gang en hoe? Een fundamenteel kenmerk van deze kinderen bleek dat ze een stabiele stijl van interactie hebben waarin ze pijn gebruiken als middel om het gedrag van anderen te beïnvloeden. Er zijn geen goede modellen om deze systemen te konkretiseren. Pcs. vergelijkt de situatie met een domino-opstelling. De eerste steen uit de keten wordt gevormd in deze gezinnen door een "lack of social skills." en verder het vrijwel volledig ontbreken van technieken om problemen op te lossen. Als in deze kontekst een gezinslid, een kind begint pijn als kontroletechniek te gebruiken leert het dit snel aan de anderen, zo eskaleert de frekwentie en de intensiteit en wordt het een schreeuwend, huilend en slaand gezin, met een erbarmelijk laag gevoel van eigenwaarde: "we are crappy people in a crappy world."

Als Pcs. het effect van de kontroletechnieken in deze gezinnen bestudeerde bleek bv. bij Moeder schreeuwen effectief in 63% van de situaties, sarcasme in 60%, slaan in 40%, negeren in 68% etc. In deze gezinnen met een aggressief probleemkind bleek moeder extreem weinig effectief in het beëindigen van de agressie. Het probleemkind bleek dominantier dan de moeder, in de zin dat het kind moeders gedrag meer een halt toeriep dan omgekeerd.

Andere kenmerken van het menselijk aggressief gedrag waar je volgens P. nooit achterkomt als je je beperkt tot ratjes in een labootje zijn: Wat lokt deze agressie en woedeaanvallen uit? Het blijkt dat dit vooral gebeurt als het kind verhinderd wordt zijn gebruikelijke machtstechnieken te gebruiken, bv. door straf. In deze gezinnen wordt door straf de kans op probleemgedrag verdubbeld! Het probleemgedrag wordt + 200% van de baseline na straf! In de referentiegroep was dit 25%! Ook beloning was bij deze groep kinderen in vergelijking tot de kontrolegroep nauwelijks efficiënt.

53

Pcs. observeerde en kodeerde ook 2000 interacties van kinderen op een kleuterspeelplaats. Zonder veel moeite konden de onderzoekers uit deze kinderen de "christians" selekteren omdat deze opvallend minder aversieve reacties vertoonden in vergelijking met de kleuters die met elkaar omgingen op de "good old american way". 3 van de 19 Kristenen bleven muurbloempjes en leerden überhaupt niets van de groep. 16 probeerden met de leeftijdgenoten om te gaan met als gevolg dat ze voortdurend gepest werden (victimized). Dit duurde tot ze begonnen terug te pesten en na enkele uren kregen ze reeds in 69% van de gevallen wat ze wilden. Het was overduidelijk dat de sekvens:

onaangename situatie --- tegenaanval --- gewenst resultaat  
een uitermate machtige leersituatie vormde.

Opvallend was <sup>dat</sup> zowel bij deze kleuters als bij bovengenoemde gezinnen de agressie niet eindeloos eskaleerde. Er blijken regels te bestaan die er een einde aan stellen en de belangrijkste blijkt ook bij dieren te gelden: "The aggression stops as soon as the victim accepts his status of victim."

Werkhypothese:

Vanuit deze observaties vertrok Pcs. met de voor de hand liggende hypothese dat het aanleren van eenvoudige sociale vaardigheden een vermindering van het agressief gedrag en een toename van het gevoel van eigenwaarde tot gevolg zou hebben. Pcs. stelde zich tot doel het hele gezinssysteem te reprogrammeren in plaats van nog langer kinderen van hun symptomen af te helpen.

Strategie:

Omdat deze kinderen niet zomaar gunstig reageren op beloning werd gewerkt met een zeer gedetailleerd kontrakt. De onderzoekers stimuleerden ouders en kind met elkaar te onderhandelen over de te verdienen beloning en de te leveren prestatie.

Lijfstraf werd omgebogen tot een verlies van punten.

Van ongelooflijk belang bleek dagelijks telefonisch contact. In sommige gezinnen begon de therapie met het laten installeren van een telefoon. Het bleek ontzettend belangrijk fouten in het programma of de aanpak onmiddellijk te kunnen corrigeren.

Aanvankelijk bleek de therapie bijzonder kostbaar in professionele tijd: 20-30 uur/gezin en enkele boostersessies van 1 a 2 uur. De jonge

therapeuten, opgeleid door Pcs., behaalden beter resultaat in kortere tijd: 10 - 12 uur gemiddeld.

Follow up:

- a. gedurende een jaar elke maand.
- b. regelmatige steekproeven tot 17-jarige leeftijd. Van deze laatste follow up zal de eerste groep pas beschikbaar zijn over vier jaar. Pcs. menen echter dat slechts de evolutie in de adolescentie een wat reële follow up biedt.

De follow up gebeurt op vier niveaus:

- a. een kodeersysteem door onafhankelijke observatoren.
- b. mate waarin de ouders het aangeleerde generaliseren.
- c. Parent Daily Report mbt. tot het doelgedrag.
- d. Evaluatie van het zelfkoncept van de ouders en hun waardeoordeel omtrent het probleemkind.

Resultaat:

De gedragstherapeutische technieken werden toegepast op: 27 kinderen, 5-13 jaar oud uit de laagste economische klassen : vuurtjstokers, weglopers en dieven.

32 dieven, zij het dat de evaluatie hiervan moeilijk is: in hoeverre stelen ze minder of zijn het kompetentere dieven geworden. Vraag de ouders nooit: steelt uw kind nog? het antwoord wordt gegarandeerd: Neen. Vraag: Vindt uw kind nog steeds allerleidi Dikwijls is het antwoord dan: Ja.

In al deze studies en de nog lopende werd het deviant gedrag teruggebracht tot op gemiddeld 1/3<sup>o</sup> van het oorspronkelijk peil, wat dan ongeveer overeenkwam met het peil in de kontrolegroep. Belangrijk was ook dat het deviant gedrag van de andere kinderen gevoelig verminderde en dat in 80-90% van de gevallen de ouders veel positiever gingen denken over hun kind. In ± 100% van de gevallen voelden de moeders zich geholpen door het programma.

Opleiding:

Pcs. wilde nog uitmaken of de bereikte resultaten niet afhankelijk waren van het persoonlijk charisma van de onderzoekers en of het mogelijk was de gebruikte technieken aan anderen aan te leren. Minder beïnvloed door konventionele therapieën deden de jongeren het beter dan de leermeesters.

De assistenten werden echter in Oregon met dezelfde ijzeren logica



aangepakt als de patiënten zelf. Ook de assistenten moesten onderhandelen over een puntenprogramma en werden betaald contingent aan de geleverde prestaties! Ze kregen punten voor elke minuut doorgebracht met de patiënten, dit om "bullshit", oeverloos geouwehoer om en rond de therapiën te vermijden. In geval van succes, geobjektiveerd door onafh. observatoren, werd een hele stoot punten verdiend. Verder was er wat te behalen met het uitvoeren van de follow up, het bijhouden van de dossiers, formulieren, vraag en turflijsten enz...

Patterson beschouwt al het voorafgaande als een pilootstudie. Hij hoopt over 10 jaar met een werkelijke konklusie te kunnen komen. Tot slot legde hij er de nadruk op dat hij geen theorie heeft, geen theorie aan de man te brengen heeft. Het enige wat hij te bieden heeft zijn klische<sup>ni</sup> ervaringen opgedaan in een systeem van rigoureuze en voortdurende feedback van buiten de therapiekring.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Bladvulling:

\_\_\_\_\_

Theo van der Meiden.

Gastvrijheid:

De amerikaase gastvrijheid is een buitengewone ervaring. Uitgenodigd te worden in en opgenomen te worden in het gezin Minuchin op de eerste plaats. Logeren in het huis van John Herr, een van de jonge turken van het MRI, en met zijn "ten speed bike" rond te toeren onder de Californische zon. Een hele dag door de hoofdassistent rongevoerd worden om de stad te leren kennen en zo makkelijker te kunnen beslissen over de buurt waar ik wou in wonen. Door de hostessen van het vliegtuig uigenodigd worden in hun limousine mee te reizen van New York tot Philadelphia omdat er geen vlucht meer was; met 8 hostessen in een auto, een Jan Cremeriaans verhaal.

Een en ander heeft echter tot gevolg dat dit de laatste Meidenrubriek is die verschijnt. Het lijkt me oneerlijk en een aanfluiting van deze gastvrijheid te gaan roddelen over huis, tuin en keukenproblemen van mensen die me op zo'n grandioze wijze oitvangen. ~~hebben~~

EXIT.

57

2nd Don Jackson Memorial Conference.

Theo Compernelle  
Buitenlandskorrespondent  
Palo Alto 10-21 juli 1976.

Brief Psychotherapeutic Interventions.

Dit had een discussie moeten worden tussen Watzlawick, Patterson, De Shazer en Weakland met Fisch als moderator. Dit lukte niet zo best omdat de moderator gewoon aan de discussie deelnam. De Shazer (maatsch. werker) bleek een leerling van W, W en F en had geen enkele originele inbreng. De verschillende sprekers startten met een schets van hun activiteiten. De bespreking kan kort zijn omdat wat W, W en F betreft er weinig of geen nieuws was sinds het bekende artikeltje in Fam. Process waarin de voornaamste punten uit Change nog eens samengevat werden. Ik beperk me dan ook liever tot wat indrukken en losse citaten.

In hun respectievelijke inleidingen gingen W, W en F er duidelijk van uit dat het publiek hun publikaties niet kende.

Het was wel n's interessant mee te maken hoe Fisch bv. over hun follow up mooie theoriën verkondigde, net nadat ik meegemaakt had hoe ze er eigenlijk in de praktijk nogal met de pet naar gooien.

Als Watzlawick voor een auditorium praat is het nog opvallender hoezeer hij zijn Duits/Oostenrijkse tongval cultiveert. Ditzelfde viel me ook op bij Minuchin, Montalvo ea. die er zorgvuldig voor waken vreemde linge te blijven en niet al te zeer te "veramerikaansen", ook niet na 25 jaar USA (zoals Minuchin.).

Watzlawick noemt Freuds opvattingen een hydraulisch model met de libido als vloeistof. Hij gebruikt de thermostaat om feedback en homeostase uit te leggen. Om het verschil tussen konventionele- en brief-therapy te verduidelijken wijst hij erop dat dit relatief simpele apparaatje, alhoewel het zeer efficiënt temperatuurschommelingen weet op te vangen, niets van meteorologie of van de oorzaak van temperatuursveranderingen afweet. Hij legde er nog eens zeer sterk de nadruk op dat de onderdelen van een systeem zelf de regels van het systeem niet kunnen veranderen. Zijn beschrijving van zo'n vastgelopen systeem kwam pijnlijk goed overeen met de eigen situatie van het Brief Therapy Centre.

Op de vraag uit het publiek: Hoe krijg je de mensen zover te doen wat je van ze wil dat ze doen: antwoordt de Sazer: door relabeling. Weakland: Pushing by pulling back. Fisch: If they don't do what I want them to do I agree with what they do.

57

-De MRI-lui in de discussiegroep dreigden toen te verzanden in het oeverloos vertellen van successtories. Patterson probeert zijn ervaringen wat samen te vatten: In de helft van de gevallen kan hij met goed resultaat zijn voorstellen verkopen met een: "Give my method at least a try." Bij weerstandige gevallen werd geëxperimenteerd met een boete die in een kas voor goede doelen terecht kwam. In de praktijk bleek het veel efficiënter de ouders een soort salaris te geven. Vooral de ouders van dieven, die de minst gemotiveerden zouden zijn, bleken hier gevoelig voor. De aanpak werd gekombineerd met uitspraken als: The Government says me to pay you a salary because you are working so well. of: I will write a letter to the municipality to tell them how good you do. Het allerbelangrijkst is volgens P. de taal van de patient te spreken, dit in tegenstelling tot de konventionele therapiën (zowel gedrags- als analytische die op alle mogelijk wijzen vermijden de taal van de cliënt te spreken en de patient dwingen de taal van de therapeut over te nemen: "A long lasting struggle."

Dick Fisch moet dan toch iets gevoeld hebben van het kwaliteitsverschil tussen de MRI-bijdragen en die van Patterson, en de reacties van het publiek (een deel ervan althans.) erop. Tot mijn stomme verbazing zij hij toen ongeveer letterlijk; "We do bad the last times, we have bad results an when I listen to our tapes I see we departed from our own principles, we have a tendency to slip away from them towards a more conventional type of psychotherapy."

Dit kwam dus exakt overeen met de indruk die ikzelf had aan de andere zijde van het screen enkele dagen eerder. De stagnatie lijkt me mogelijks te wijten aan a. onvoldoende en onvoldoende continue uitbouw van het klinisch werk b. het niet opleiden van jongeren die hun leermeesters kritisch volgen en voorbij hun eigen limieten duwen en c. het volkomen ontbreken van contact en onderlinge bevruchting met de enkele centra die op een analoge basis therapy bedrijven.

Tot grote verveling van dat deel van het publiek dat de Palo Alto litteratuur en aanpak reeds kende cq. zelf toepaste begonnen W, W en F en de S even later weer suksesverhaaltjes van henzelf en M. Erickson te vertellen. Het kwam op mij over als een zielig schouwspel van wat uitgebluste mannen van middelbare leeftijd die in de kroeg de laatste woppen vertellen. Tot overmaat van ramp waren vele van de verhaaltjes niet nieuw voor "ingewijden" in de boeken en artikels van de groep.

52

Toen dit wat langdurde reageerde het publiek met; Vertel ook eens wat over uw mislukkingen en de redenen ervan.

Watzlawick; Als je je teveel baseert op verbaal gedrag. Geef zo weinig mogelijk opdrachten als; zeg dit of da-t. Geef opdrachten als; doe dit of dat.

Patterson; Hoe lager de socioeconomische klasse hoe slechter onze resultaten zijn, vooral in onvolledige gezinnen waar Vader afwezig is. Zoals de meeste technieken zijn ook de onze beter geschikt voor de middelklassen.

Bateson: description, Explanation and foundation of the Double Bind Theory.

Paul en John leken met angst en beven Batesons voordracht/tegmoet te zien. Volgens hen weet je nooit waarover hij het precies zal hebben en kan hij de gekste/<sup>dingen</sup>gaan doen. Het liep echter totaal anders en mi. was deze voordracht de onbetwiste topper van het kongres. Niet alleen wat de inhoud maar ook wat de presentatie betreft. Ik heb jammer genoeg onvoldoende lyrisch schrijftalent om die man adequaat te omschrijven. Een bonkig figuur met een stevig hoofd, priemende, tintelende spottende, rondspiedende oogjes. Een steeds vriendelijke, cynische, spottende mondplooi. Het geheel gekroond door sluike grijze haren, van een terugschrijdende haargrens tot "a-rtistiek" laag in de nek. Een houding als van de aartsbisschop van Canterbury. Zijn voorkomen is zeer zelfbewust en toch is het zeer opvallend hoe hij in zijn voordracht voortdurend zijn eigen uitspraken relativeert en in vraag/stelt. Zelfbewust, maar niet zo zelfgenoegzaam als zijn discipelen W, W en F. Hij lijkt vooral een uitermate inspirerende persoonlijkheid. Het applaus was enorm en nadien klitten we rond hem als tieners rond een popidool.

De voordracht werd geïllustreerd met een oud filmpje over otters in de zoo met tussenin stukjes uitleg gegeven door een veel jongere Bateson met vetkuif.

Twee jonge otters zaten in een betonnen speeltuin. Het waren twee mannetjes want de zoölogen hadden zich in het geslacht van de tweede otter vergist. De twee leidden een zeer otter-neurotisch bestaan: er was geen enkel contact tussen beide, ze speelden niet samen, ze speelden niet met hun voeding en ook balonnen die ze van de onderzoekers kregen interesseerden hen niet. Ze verzorgden ook elkaars pels niet,

de voornaamste aktiviteit bestond uit een soort zelfstimulatie.

Toen brachten de onderzoekers een papieren prop aan een koordje in de otterkuil. Na een eerste schrikreactie gingen de otters ermee spelen, een competitief spel! Dit spel was dan weer aanleiding tot toenemend spelgedrag en uiteindelijk een "zottekesspel" van de otters samen. Van dan af aan werd er steeds meer gespeeld in de kuil, door de otters onderling, maar ook door de otters afzonderlijk met allerlei vreemde voorwerpen, niet alleen de aan een koord dansende prop papier, Ook met hun voedsel gingen ze spelen in plaats van het zondermeer op te schransen. Boeiend was ook om te zien hoe de otters duidelijk hun spel spel hielden en ermee ophielden voor het al te aggressief werd. Volgens Bateson wijst een en ander erop dat ook dieren over hun gedrag kunnen metakommuniceren en spel als spel kunnen duiden. Dit gedrag zou dan meer zijn dan een automatisch reflexmatig antwoord op een bepaalde prikkel. Volgens Bateson kan deze opmerking dat dieren spel als spel herkennen triviaal lijken, maar het betekent dat ook andere dieren dan de mens twee niveaus van boodschappen kunnen uitwisselen: Enerzijds het betekenisvol gedrag van het spel zelf en anderzijds boodschappen dat het spel alsdusdanig dient te worden geïnterpreteerd. Er zou dus een klassifikatie van gedrag zijn door de dieren zelf en niet allen door de observator.

In hoeverre de interventie met de prop papier aan een touwtje therapeutisch kan genoemd worden is niet te beantwoorden, de discussie hierover, vb. in hoeverre het niet louter een kwestie van seizoeninvloed was kan de TDT lezer beter zelf beluisteren op het samenvattend kassettebandje.

Deze ervaringen met otters en andere dieren alsook de kontakten met schizofrenen leidden de groep rond Bateson en Haley tot een "mentalistiche visie" (mentalistic view) op het gedrag van dier en mens, en uiteindelijk tot hun opvattingen over schizofreen gedrag, de Double Bind, humor, religie etc...

De tweede dag.

\*Watzlawick kombineerde in zijn voordracht de theoriën uit "De pragmatische Aspecten ..." met de theoriën over de werkverdeling

60

tussen onze ongelijkwaardige hersenhelften. Over dit laatste onderwerp verscheen een vlotte samenvatting in "Koerier" (Maandblad van de UNESCO) n°38 (feb 1976) p4 t/m 20 en P30/31. onder de titel: Ons ongelijk stel hersenen. (zeer warm aanbevolen). Watzlawick bevindt zich met de combinatie van deze theoriën op een heel boeiend spoor en als ik hem goed begrepen heb zal dit als een rode draad lopen doorheen het boek dat hij aan het schrijven is over de taal van de psychotherapie (pers.med.)(The interactional view te verschijnen begin 1977).

\* Diana Everstine en Art Bodin runnen een "Emergency Treatment Center". Een bijzonder avontuurlijk maar hoogstgevaarlijk werk: de politie kan op elk ogenblik van de dag of de nacht beroep doen op het team (nu 25 man, met heel wat vrijwilligers) om onhandelbare situaties te helpen oplossen: moord, doodslag, zelfmoord, gijzelingen, gewapende (m)oktoestanden etc... Situaties die wij alleen kennen uit thrillers en gangsterfilms zijn hun dagelijks werk! Het uitgangspunt van Diana was dat psychotherapeuten al te gemakkelijk de moeilijkste relationele problemen en krisissituaties uit de weg gaan door zich te beperken tot hun spreekkamer en een dagtaak van 8 to 4 . De grootste problemen worden dan overgelaten aan politie- en brandweerlui, Highwaypatrol , priesters en dominees, die er nauwelijks of niet voor zijn opgeleid. Na een stroeve aanloopperiode werkt de groep nu in uitstekende samenwerking met politie en parket. Ze hebben heel wat van de politie geleerd en geven nu regelmatig cursussen en bijscholingscursussen aan politie etc.

De opmerking uit hun voordracht die me het meest frappeerde was dat 22% van de politielui die in dienst gedood worden, het leven laten bij tussenkomsten bij "family calls"!!!!!!! De politie is angstiger als ze opgeroepen wordt voor een tussenkomst bij gezinsruzies dan bij een konfrontatie met vb. een gewapende overval. Juist bij deze gezinssituaties (man bedreigt zijn vrouw, man gijzelt kinderen, vrouw met kind op rand van dakgoot etc..) worden de tussenkomsten van het team het meeste gewaardeerd. Ook voor gijzelingen ontwikkelde het team samen met de politie efficiënte technieken. Het voornaamste uitgangspunt hierbij is dat "tijd" het belangrijkste wapen is. Onder andere om een goede relatie te laten ontstaan tussen enerzijds de "gijzeler" en zijn slachtoffers en anderzijds tussen de gijzeler en de bemiddelaar. De mooie Diana heeft hierover een publikatie in voor-

61

bereiding. Ze zou me op de hoogte houden. De geïnteresseerde TDT lezer geef ik tzt graag een seintje. Nog kort enkele uitspraken:

"To rob a bank needs no brains": Dit zijn de laagste criminelen, ze zijn juist zo gevaarlijk in onverwachte gijzelings situaties omdat ze er plots in een nooit beleefde machtssituatie komen te staan.

"Negotiate as warmhearted as possible" De meeste slachtoffers vallen bij kruisvuren door de politie. De minst succesvolle aanpak is de gewapende overval op de gijzeler.

"Woman are bad negotiators": juist in het kader van bovengenoemde machtspositie: met een vrouw als middelaar lokt men een acting out-gedrag uit "to prove his power to a woman". Diana zelf laat de bemiddeling dan gebeuren door een man onder haar supervisie.

"Allow a person to surrender with the dignity and proud."

"The prognosis is very bad if the hostagetaker dehumanises the hostages." bv. door er dekens over te leggen, in kleren te laten urineren en defaecereren etc...

"If a Hostage taker asks for a person, never bring that person (mother, wife etc...) because that is the audience the scene is set for and much killing starts when that person arrives."

#### \*Family Somatics.

Van deze discussie is vooral de titel interessant. Volgens Weakland is het een vonst van hemzelf: Family somatics-versus-Psychosomatics. Sluzki benadrukt in dit verband nog eens dat Familytherapy niet zomaar een van de vele nieuwe mogelijke benaderingen is, maar een totaal nieuwe benadering van de psychiatrie, een nieuwe kwalifikatie die via de familysomatics doordringt tot de geneeskunde.

Arma Davis vertelt dat de heropnamefrequentie voor alle ziekten in het ziekenhuis waar ze werkt sterk gedaald is sinds bij het ontslagbeleid de familie actief betrokken wordt. Haar team beschikt er nu zelfs over de mogelijkheid korte tijd het hele gezin op te nemen om het zo gesmeerd mogelijk te laten lopen nadat een gezinslid met een min of meer invaliderende ziekte ontslagen werd uit het ziekenhuis. De resultaten van dit ontslag-opvangteam zouden bijzonder veelbelovend zijn.

Fritz Hoebel werd in het ziekenhuis ingeschakeld omdat men er problemen had met het "post stroke high risk behaviour" van patiënten. Bij de

aanpak hiervan begon men pas goed resultaat te behalen van zodra men de partners inschakelde. Vele partners blijken onbewust het gevaarlijk gedrag van de hartpatiënt te stimuleren.

\* Von Foerster.

Dit briljant heerschap met eveneens een zorgvuldig gekultiveerd Duits aksent gaf een bij momenten bijzonder spirituele voordracht over de misleidende wegen van kennis verzamelen, wetenschap, beoedeling van observatie door interpretatie enz. Deze professor in de logica kon ik echter dikwijls niet volgen, de wiskunde die hij in zijn voordracht gebruikte ging mijn petje te boven.

Konklusie.

Palo Alto heb ik verlaten met erg gemengde gevoelens. Het geheel was zonder enige twijfel een zeer boeiende ervaring, ook omdat negatieve ervaringen ook boeiend kunnen zijn. Watzlawick, Weakland en Fish zijn zeker zeer interessant als theoretici, wat reeds duidelijk bleek uit hun boeken en wat ook opvalt in diskussies. Watzlawick vooral is duidelijk het type van de kamergeleerde. Hij werkt hoofdzakelijk halve dagen en investeert de rest van zijn tijd in lektuur en studie. Zijn stellingen zijn niet zozeer het produkt van goede research, maar wel van het soms briljant combineren van de ideeën van anderen. Dit lijkt me toch wel een belangrijke taak, niettegenstaande Haley hem een ideeëndief noemt. (Die twee zijn tenandere "not on speaking terms".) Wat me dus nogal tegengevallen is zijn: de opvallend zwakke manier waarop W en W hun theoriën toepasten in hun eigen therapiën ( of hadden ze alleen maar hun dagje niet?) iets wat Fisch dus later beaamde, de janboerefluitjesresearch die gebeurt onder de noemer "Brief therapy Projekt", het feit dat er sinds het verschijnen van "Change" niets nieuws onder de zon is in Palo Alto, het feit dat weinig of geen centra in de USA deze vormen van direktieve therapie toepassen of in elk geval dat er vrijwel geen onderling contact en uitwisseling van ervaringen bestaat, wat mi. het risico van stagnatie vergroot. Belangrijk ook in dit verband lijkt me

F de onvoldoende uitbouw en organisatie van het (poli)plinisich werk,



dat in het centrum geen jongeren worden opgeleid, deze konfrontatie met angry young men is iets wat ze er mi. toch missen. In de interviews die ik nadien had met W,W en F afzonderlijk bevestigden deze mijn aanmerkingen. W en W verscholen zich achter hun huidig gebrek aan finantiën, F gaf toe dat dit niet de belangrijkste reden was. Volgens hem ontbreekt vooral een inspirerende en enthousiasmerende figuur zoals Bateson, Jackson of Haley.

Voorstel 1:

Naar aanleiding van het meegemaakte speeldø ik met twee plannetjes waarvan ik me afvroeg in hoeverre ze te realiseren zouden zijn. Het eerste is de idee af en toe of regelmatig een soort "Brief therapy Newsletter" te laten verschijnen, zeer goedkoop, (vb? offset op basis van door de auteurs getypt ingestuurde vellen) met de bedoeling wat uitwisseling van ideeën te krijgen tussen centra die aan direktieve therapie doen. Niet een nieuw tijdschrift, maar het elkaar voorleggen van nog niet publikatierijpe ideeën. W,W en F voelden hier wel wat voor, zullen zeker meewerken, maar kunnen het zelf niet organiseren. Fisch stelde voor dat elke auteur verplicht zou worden zijn idee samen te vatten in twee bladzijden.

Een utopie?

Voorstel 2:

Organisatie van zoiets als een eerste europees kongres over direktieve therapie. W en W en F zijn alledrie bereid hierheen te komen. Reisonkosten hoeven we niet te betalen als ze in een officieel universitair schrijven uitgenodigd worden (belastingaftrek is ze voldoende.). Als we dan nog Haley, (Bateson?), Selvini-Palazolli (werkelijk de moeite eens in levende lijve mee te maken), het echt naar Mandel (Munchen), Van Dijk, etc. op de kop kunnen tikken is er zeker iets fantastisch van te maken, <sup>en die Kerel uit Rome</sup> als we het kongres <sup>zeker</sup> zouden oriënteren op therapeuten die er al iets van weten en niet zoals in Palo Alto ervan uitgaan dat het publiek er nog niets over weet. Eventueel gekombineerd met workshops?

Voorstel 2 lijkt me helemaal niet Utopisch, ik ben van mening dat de TDT-groep vitaal genoeg is om dit tot een goed einde te brengen. Doen!!!!

Dagbehandeling in het Psychiatrisch Ziekenhuis "Bloemendaal".

- Deel drie: A. Problemen onder de behandelaars;
- B. Een patiënt: Jannie en de Voodoo.

A. Problemen van behandelaars.

Met problemen wordt in het navolgende niet bedoeld persoonlijke problemen, doch voornamelijk problemen die hun oorsprong vonden en vinden in de personele bezetting en organisatorische structuur van het dagziekenhuis. Uiteraard treden overal waar mensen moeten samenwerken wel wrijvingen op; de reden dat ik de problemen van de behandelaars in het dagziekenhuis in dit artikel apart behandel, is dat deze problemen een duidelijk effect hadden op de behandeling van onze cliënten.

In de ontstaansgeschiedenis van deze problemen zijn de volgende factoren van belang:

1. Binnen de structuur van "Bloemendaal" bestaat het dagziekenhuis nog geen twee jaar. De verschillende medewerkers zijn in die tijd voortdurend gekonfronteerd met de noodzaak oplossingen te vinden voor een steeds, in het begin explosief, groeiend aantal cliënten. De groei van de staf liep zeker niet parallel met de groei van het aantal cliënten. Bovendien betekende elke nieuwe medewerker een nieuwe factor die geïntegreerd moest worden in het kader waarbinnen zich de theorievorming ontwikkelde.
  
2. Geen van de medewerkers, noch die van het eerste uur, noch die later aangetrokken werden, was opgeleid om "dagbehandeling" te verlenen; het dagziekenhuis werd in snel tempo bemand door mensen die hun taak begonnen met de kat uit de boom te kijken. Dit had uiteraard tot gevolg dat ook de cliënten in de boom bleven zitten, met andere woorden: de taxatie van de problemen nam een onevenredig deel van de opnametijd in beslag, in welke tijd de cliënten ruimschoots de gelegenheid kregen - en te baat namen - om nieuwe symptomen te ontwikkelen, ook wanneer de symptomen die zij gepresenteerd hadden bij aanmelding belangrijk gereduceerd waren.

3. De taak onzekerheid bij de behandelaars (Kraft, 1972) had nog vervelender gevolgen dan het onder 2. genoemde: onzekerheid ten aanzien van de eigen taak in de voor hem onbekende setting leidde ook tot een zorgvuldig vermijden van kritiek op het resultaat van behandelen: als ik niemand bekritiseer, zal niemand mij bekritisieren. Waar bovendien het verband tussen de in de eigen opleiding verworven vaardigheden en de toepasbaarheid daarvan in het dagziekenhuis zoek was, is het niet verwonderlijk dat in meerdere gevallen de behandelaars terugvielen op hun intuïtie; zij gingen met cliënten praten vanuit hun persoonlijke achtergrond en sympathieën. Een voorwaarde om gesprekstherapie te bedrijven degenereerde hierdoor tot een doel: als je maar voldoende de problemen invoelt, er mee zit, ben je al erg goed bezig. De gedachte dat de verantwoordelijkheid voor "genezing" bij de cliënt berust werd hierdoor geperverteerd; mensen die ondanks de persoonlijke bekommernis van de behandelaar zich in hun gedragingen niet konformereren aan de criteria van de behandelaar voor een gelukkig leven zijn "resistent, maligne, psychopaath, manipuleren of ageren". Een en ander uiteraard des te meer naarmate minder is afgesproken welke van de klachten behandeld zal worden.

De medewerkers die het meest onder deze moeilijkheden leden waren degenen die het minst theoretisch geschoold waren, met andere woorden het minste geleerd hadden zich te verschuilen achter een rookgordijn van halfverwerkte theorieën: de verpleging en het maatschappelijk werk. Niet zozeer omdat zij niet waren doodgegooid met allerlei theorieën over deviant gedrag, maar meer vanwege hun jeugd: zij hadden geen studententijd achter zich, waarin verbalisme op soepele wijze geoefend kan worden.

Een symptoom van gebrek aan een visie kwam daarom aan het licht door hun functioneren binnen de structuur.

Een schrijnend voorbeeld hiervan is het volgende: een van de groepsmedewerkers had zich zeer geïnvolveerd in de problematiek van een homofiele alcoholist (- ik suggereer geen verband tussen

deze twee kwalifikaties; de betreffende cliënt voldeed op overtuigende wijze aan beide -).

De oplossing van de groepsleider, waar ik pas veel later van in kennis werd gesteld, behelsde, o.a., de volgende opmerking: "Als jij niet afziet van je zonde, word je nooit beter. God heeft homophilie een ernstige zonde genoemd. De schepping is volmaakt, jij bent ongelukkig, omdat je tegen het scheppingsplan ingaat". Ik moet hierbij stellen dat de betrokken medewerker bezield werd door hoge ethische normen: een dienstweigeraar die op basis van zijn christelijk geloof betekenis wou hebben voor de medemens; iemand die niet van "ziekte" wilde horen, keihard werkte, doch zich niet (hij is 21 jaar) kon losmaken van zijn verlangen naar een "christelijke psychologie" waarvoor in een "christelijk ziekenhuis ruimte moet zijn" (Kastelein, 1976).

4. De groepsleiders (B-verpleegkundigen en leerlingverpleegkundigen) werden in feite het meest belast; zij waren voor de groepen de centrale figuren en kregen derhalve de volle laag: de cliënten waren nog wel bereid in de individuele gesprekken zich min of meer kongruent te gedragen, doch in de groepen werd nogal paradoxaal gekommuniceerd: somberheid vierde hoogtij, ze schoten toch niet op, werden niet begrepen, er werd niet voldoende uitgediept, etc. Het is niet verwonderlijk dat de groepsmedewerkers geleidelijk het idee kregen dat in individuele therapieën de werkelijke problemen niet aan de orde kwamen en dat zij alleen werkelijk wisten waar de cliënten mee zaten.
  
5. Vooral in het begin van het dagziekenhuis werden de mogelijkheden om het systeem waarbinnen de cliënten funktioneerden in de behandeling te betrekken, niet voldoende gebruikt. Mede hierdoor werden alle medewerkers, maar vooral de eerder genoemde groepsleiders, gekonfronteerd met "symptoomverschuiving" en "symptoomvervanging". De mogelijkheden om enerzijds het systeem te beïnvloeden, anderzijds om door gerichte training van sociale

67

vaardigheden te voorkomen dat cliënten, ook los van hun eigen systeem zonder terugvallen in ander symptomatisch gedrag werden over het hoofd gezien, doordat iedereen te veel bezig was met telkens nieuwe rampen te keren (Blanchard, 1976).

Iemand die probeerde voorzichtig aan te geven dat niet alleen de aard van de rampen, maar ook de frequentie ervan en de omstandigheden waaronder ze optraden onderzocht moesten worden was op zijn best een nieuwe bezem, op zijn slechtst een kille figuur die "te klinisch" mensen beoordeelde.

6. Eerder werd gesteld dat het dagziekenhuis, ook qua staf, snel groeide; deze groei werd aangemoedigd door de directie: immers, de voornaamste reden waarom het dagziekenhuis in het leven geroepen en gedoogd werd was een financieel-economische. De eerste cliënten van het dagziekenhuis waren mensen die zonder duidelijke verzekeringstechnische regeling op het terrein van "Bloemendaal", bij therapieën en behandelaars bleven komen, omdat ze gewend waren geraakt aan de huiselijke sfeer van "Bloemendaal": de cliënten vonden het normaal dat ze bij enig ongemak konden terugvallen op een therapeut. Om deze groep administratief onderdak te brengen en enig geld te vangen in ruil voor de gastvrijheid werd het dagziekenhuis in feite opgericht.
  
7. Uiteraard is langzamerhand duidelijk geworden dat het dagziekenhuis in zijn huidige werkzaamheden organisatorisch niet meer kan functioneren vanuit een alles gladstrijkend toevallig overleg van behandelaars die er toevallig rondliepen. Recent hebben we een zogeheten evaluatiedag georganiseerd onder leiding van een organisatiedeskundige, met als doel de beleidsstructuren door te lichten en een advies te verwerven hoe deze structuren doorzichtiger en efficiënter gemaakt kunnen worden. Daarnaast begint gelukkig het inzicht te groeien dat "behandeling" naar doel en methode gedefinieerd en aan alle betrokkenen uitgelegd moet worden.

Met name de in deel II genoemde moeilijkheden rond de tegenstelling individuele versus groepstherapie zijn mijns inziens te wijten aan een gebrek aan definiëring van wat onder beide behandelingsnormen in onze setting verstaan moet worden. In het begin werd het beleid ten aanzien van de keuze individuele of groepstherapie voornamelijk bepaald door de beroepsmatige kwalifikaties van de medewerker die toevallig met de cliënt als eerste in aanraking kwam.

Ik heb zelf vanaf het begin van mijn werkzaamheden gesteld dat de verhouding tussen deze therapieën door de volgende overwegingen bepaald moeten zijn.

Kliënten die in het dagziekenhuis worden opgenomen hebben altijd al jaren van therapeutische bemoeienis achter de rug. Ze hebben daardoor in meerdere opzichten contactmoeilijkheden.

Bij de psychiater (of S.P.V.'er, of psycholoog, etc.) lopen zet je apart; je hebt het zelf niet kunnen redden. Je hebt "een probleem". Het niet kunnen oplossen van dit probleem leidt, zeker wanneer je meerdere jaren met de gevolgen van deze machteloosheid hebt moeten leven tot een situatie waarin je je steeds meer gaat gedragen als iemand die "geholpen" moet worden.

Dit leidt tot zogenaamde "contactmoeilijkheden". Deze contactmoeilijkheden worden, wanneer ze lang genoeg duren, bij opeenvolgende hulpverlener steeds meer datgene wat behandeld moet worden.

Het zijn deze problemen die cliënten van elkaar herkennen en die o.a. daarom in groepsverband te bespreken zijn.

Als formule: dat wat door een groep als gemeenschappelijk probleem herkend wordt (- bij de herkenning spelen de hulpverleners een rol-) kan in groepstherapie behandeld worden: assertieve training, pillen ontwennen, "uitleg" in de ruimste zin, etc.

Individueel moeten de primaire problemen, althans voor zover het de taxatie en het opstellen van een strategie betreft, aangepakt worden.

Voor de groepsbehandeling wordt steeds meer het model van van der Hart (van der Hart, 1975) ingevoerd. Het "hard" vasthouden

60

aan het essentiële van dit model (althans mijns inziens) namelijk belonen van probleemoplossend gedrag en negeren van paradoxale manoeuvres levert nog wel eens problemen op.

In de individuele benadering begint het routine te worden om als voorwaarde voor behandeling te stellen dat de partner (of een sleutelfiguur uit het systeem) in de behandeling betrokken wordt.

Een en ander is nog volop in ontwikkeling. Een positief punt is dat steeds meer een soort groepsgevoel onder de behandelaars groeit. Een van de weinige zekerheden in de literatuur over dagbehandeling is dat alleen die instituten die een eigen identiteit verwerven redelijke resultaten hebben.

Centra die teveel de tradities van het instituut waaruit ze voortkomen (c.q. psychiatrisch ziekenhuis) overnemen zijn tot mislukking, althans verdwijning gedoemd. In dit licht zijn de discussies binnen ons dagziekenhuis positief te waarderen.

B. Een cliënte: Jannie en de Voodoo.

Jannie is 22 jaar wanneer ze aangemeld wordt voor het dagziekenhuis. Ze komt vanuit een algemeen ziekenhuis waar ze opgenomen werd in aansluiting aan een ernstige zelfmoordpoging met pillen. Deze poging was de laatste van een reeks, soms nog ernstigere, pogingen (- tegen boom rijden, ophangen, uit het raam springen) in de voorafgaande 2 jaar.

Haar klachten vormen tezamen een lange lijst, doch laten zich in twee hoofdgroepen onderverdelen:

1. Ze voelt zich nooit op haar gemak in gezelschap, heeft voortdurend het idee onhandig te zijn, anders dan de anderen. Ze kan ook slecht tegen de lijfelijke aanwezigheid van mensen. Als iemand haar toevallig aanraakt verstijft ze, kan niets meer zeggen en verdwijnt zo snel mogelijk. Zelfs een handdruk brengt haar in een gespannen toestand, laat staan een zoen van andere dan zeer naaste familieleden. De enige voor wie ze een uitzondering maakt is Eric, met wie ze sinds 2 jaar getrouwd is. Met hem heeft ze evenwel ernstige moeilijkheden op seksueel gebied: de samenleving is altijd pijnlijk;

70

vrijen, wat ze op zichzelf prettig vindt, wordt vergald door de gedachte dat "het straks weer moet".

Een ander probleem in de relatie met Eric is dat ze hem erg zwak vindt: ze heeft het idee dat Eric met haar getrouwd is om steun bij haar te vinden. Ze kan zich dit ook wel voorstellen, ze maakt op mensen vaak een zekere, weloverwogen indruk.

De mensen begrijpen niet dat haar "bedachtzaamheid" het resultaat is van een angstig en dwangmatig overwegen wat haar woorden voor effect zullen hebben. Alleen in haar werk (ze is bijna afgestudeerd als B-verpleegkundige, na de opleiding voor ziekenverzorger te hebben doorlopen) en vooral met ernstig gehandicapte kinderen heeft ze het gevoel eerlijk en zonder reserves zichzelf te kunnen zijn.

Ze neemt het Eric kwalijk, dat hij op haar zelfmoordpogingen óf "te lauw" óf "te zakelijk" reageerde; ze was bang dat hij niet inzag dat zij eigenlijk ook zwak en onzeker was (vgl. Satir, 1973).

2. Wanneer ze alleen is wordt ze angstig dat "ze iets zal doen".

Deze angst begint als een gevoel van ongedurigheid dat ze soms kan doorbreken door hard in huis te gaan werken of te gaan hard lopen, doch ontaardt meestal in een "vreetbui" (ze eet dan alles op wat ze kan vinden tot ze gaat braken) of, als ook het vreten niet helpt, in het gevoel "weg te zakken in een zwart gat, opgegeten te worden", waardoor ze zo angstig wordt dat alleen zelfmoord een uitweg kan bieden. Het gevoel "weg te zakken in een zwart gat" lijkt erg op iets wat ze 's nachts soms meemaakt: ze schrikt wakker en is bang voor "een zwarte man"; bij verder doorvragen, een schaduw die haar wil vernietigen; hoe, weet ze niet, maar ze is doodsbang en kan niet meer slapen.

Biografie:

Jannie's levensgeschiedenis geeft weinig roden tot therapeutisch optimisme: ze is de jongste van 5 kinderen, een eigenlijk niet gewenst nakomertje; haar vader overleed toen ze 3 jaar was, sindsdien is



71

haar moeder vele malen opgenomen met een depressie, heeft dikwijls zelfmoordpogingen gedaan, zodat de kinderen niet thuis konden blijven. Jannie heeft van haar 3e tot haar 12e jaar in kindertehuizen doorgebracht. Op haar 7e is ze verkracht door een sindsdien vele psychiatrische instituten frekwenterend familielid. Jannie heeft alle zogenaamde kinderneurotische verschijnselen uit de klassieke rijtjes langdurig vertoond: driftbuien, slaapwandelen, enuresis tot het 11e jaar etc. Als L.O. heeft ze de L.O.M.-school doorlopen, omdat ze woordblind was.

#### Eerste Indrukken.

Na de verschillende brieven over Jannie gelezen te hebben zag ik op tegen de therapie. Ik had zeer slechte ervaringen met primair anorgastische, al in de kleuterjaren met moeilijkheden kampende jonge vrouwen met "vreetbuien". Des te meer was ik verrast door een gevoel na het eerste gesprek dat bij Jannie een groot "therapeutic potential" (vgl.: Haly) aanwezig was. Jannie zei het eerste gesprek vrijwel niets, keek me geen enkele maal aan, weigerde een hand te geven en vermeldde alleen dat ze "altijd gespannen" was. Niettemin was ik geïmponeerd door de indruk van zelfstandigheid die ze maakte. Ze leek enerzijds inderdaad te koken van spanning, anderzijds gaven haar korte antwoorden blijk van nuchterheid, intelligentie en gevoel voor humor. Een voor de rest van de therapie typerende dialoog is de volgende: Jannie keek voortdurend naar de grond, ik vond dat hinderlijk en reageerde als volgt:

Therapeut: "Je kijkt steeds naar beneden, daar is niets ....., je kijkt naar niets, zou je me een plezier willen doen? Ik weet dat je weer een nieuwe vreemde vent hinderlijk vindt, maar ik kan moeilijk praten met een sfinx, me aankijken zal wel te moeizaam zijn, maar kom me tegemoet".

Kliënte: "Ik kom je tegemoet door hier te zijn".

Therapeut: "Stop, ik weiger te kraaien van plezier, omdat je mijn aanwezigheid zo dapper uithoudt. Je bent hier voor jezelf, niet voor mij of voor Balte (- de groepsmedewerker-). Zou je naar boven willen kijken?"

Kliënte: "Naar het plafond?"

Therapeut: "De gulden middenweg, hè; kijk, ik schrijf een kruis op deze vers gesausde muur, voor jouw lol; wil je daarnaar kijken?"

Kliënte: (statig glimlachend) "Oké".

Ook Eric viel me mee. Hij was inderdaad onzeker, maar met zijn echtgenote leek me dat niet zo vreemd. Bovendien waren de echtelieden erg aardig tegen elkaar; wanneer de gesprekken moeilijk werden paktten ze elkaars hand en bemoedigden elkaar. Ondanks alle problemen maakten ze, gek genoeg, de indruk erg saamhorig te zijn.

Eric was afkomstig uit een erg beschermend gezin; hij was de handige jongen van de familie; wat hij deed werd toegejuicht door moeder en zusters. De konfrontatie met een maatschappij die niet bij voorbaat bereid was zijn uitnemendheid te aksepteren had hem inderdaad wat onthutst. Van de veelgamelde "labiliteit", "zwakheid" etc. zag ik niet veel. Eric had mijns inziens "retiré pour mieux sauter". Hij had ontdekt dat de wereld wat anders was dan het ouderlijk gezin en bekeek het eens even. Dit had wel geleid tot een manier van praten die de luisteraar de sterke indruk gaf dat Eric liever niet had dat je hem echt verstond. Letterlijk zei hij eens: "Ik praat soms zo, dat ik denk als mensen het verstaan is het goed; als ze het niet horen ben ik eigenlijk opgelucht, maar ik vind het wel vervelend".

#### Therapie.

Na een paar gesprekken met het echtpaar kreeg ik geleidelijk een idee; ik was vooral geïmponeerd door het feit dat "relabeling" van symptomen door zowel Eric als Jannie steeds gretig geaksepteed werd. Ze wilden zelf ook eigenlijk niet zo graag als gek te boek staan.

Als eerste verschijnsel probeerde ik "het gat", "de schaduw" etc. aan te pakken. Ik stelde dat Jannie de verkrachting nooit had kunnen verwerken en dat alle vage angsten het gevolg waren van het feit dat de vijand niet herkenbaar was. Konden wij de schaduw niet meer definitieve contouren verlenen? Jannie was vooral bang, omdat ze niet wist wat ze te vrezen had. Wat is een schaduw? Het geheim dat

je deelt met Sandeman! Sandeman werd de naam voor de duisternis, echter, Sandeman is te herkennen aan zijn cape, Jannie wist niet hoe de schaduw er uit zag, dat was juist de reden voor haar "onredelijke" angsten. Voor we dus iets konden doen aan Sandeman moesten we weten hoe hij eruit zag, wat zijn zwakke punten waren.

De eerste opdracht aan Jannie was: Teken Sandeman.

Ze kon erg goed tekenen en papier-maché maskers maken. Sandeman kreeg snel "armpjes en beentjes". Omdat de man met de cape vooral 's nachts optrad was de volgende opdracht het maken van een schietschijf waarop Sandeman in al zijn verschrikkelijkheid was afgebeeld. Als Jannie wakker schrok moest ze tegen zichzelf zeggen: "Sandeman heeft een niet ingedaalde testikel, hij moet geopereerd worden (misschien is dit te zien als een préliminair ritueel, vgl.: van der Hart, 1975).

Bovendien zou ze pijltjes gooien naar Sandeman om hem als het ware op heterdaad betrapt te vernietigen.

Hoewel nog wel eens een slaapmiddel nodig was, leidde dit advies vrij snel tot een goede nachtrust.

Los van de nachtrust bleef Jannie zitten met de spanning overdag. Om hiervoor een oplossing te creëren werd zorgvuldig nagegaan wat ze zelf aan oplossingen in huis had om er iets aan te doen. Er bestond een soort hiërarchie van oplossingen. Jannie kon werken, hardlopen, vreten of zelfmoordpogingen doen. De zelfmoordpogingen waren natuurlijk een vervelende oplossing.

Ze kreeg het volgende advies: omdat activiteit soms een vervelender oplossing van de spanning kon voorkomen moest ze die mogelijkheid verder uitproberen.

We werden het eens op kranten scheuren. De kranten zouden verzameld worden in een speciaal voor dit doel gekonstrueerde bak die in de hall van de flat werd opgehangen. Eric verzamelde de te scheuren kranten. Mocht scheuren falen dan zou Jannie gaan houthakken op het balkon; als laatste mogelijkheid zou ze een afgesproken hoeveelheid whisky kunnen drinken of een vreetbui krijgen. Mocht een vreetbui noodzakelijk zijn dan zou er samen met Eric gevreten worden. Jannie moest dan een slaschotel van lage calorische waarde bereiden (- ze was veel te dik-) en die samen met Eric verorberen.

In de groep werd Jannie's probleem van meet af aan gerespekteerd: als het gebeuren te moeilijk werd moest ze zich terugtrekken in een hoekje van de groepskamer tot het weer ging. Dit was vrij snel niet meer nodig. Als Jannie in de groep niets wou zeggen zei ze dat en dat werd gerespekteerd. Overigens had ze een scherp oordeel over anderen en funktioneerde goed.

De seksuele problemen werden aangepakt volgens Masters en Johnson. Jannie en Eric kregen een coïtus verbod, hetgeen geen van beiden bezwaarlijk vond. Toen de dreiging van penetratie wegviel werd Jannie uitgesproken kroelerig, aan het orgasme kwam ze niet toe, omdat ze er bang voor was; telkens wanneer ze het voelde aankomen verkilde ze, omdat het gevoel van meegesleept te worden heel dicht lag bij de angst om in een zwart gat te vallen. Ik heb deze anorgasmie positief gewaardeerd: Jannie was tenminste niet ten prooi gevallen aan de tegenwoordige orgasmedwang. Zij zou een orgasme krijgen op haar tijd. Ze heeft nog steeds geen orgasme, doch de coïtus is niet pijnlijk meer en het voorspel voor beiden zeer prettig.

#### Diskussie.

Jannie werd na 6 maanden uit het dagziekenhuis ontslagen, en is met Eric thans nog poliklinisch bij mij in behandeling. Ze is gaan werken, hetgeen tot op heden goed gaat, zelfmoordpogingen zijn er niet meer geweest en de seksualiteit loopt mijn inziens vanzelf wel. In de therapie nu wordt veel het gebrek aan assertiviteit van zowel Jannie als Eric behandeld. Ze worden geïnstrueerd in samen oefenen, elkaar controleren, oefenen met de cassette recorder etc.

Het vreten komt nog zeer zeldzaam voor en valt dan nogal mee.

Al met al gaat het met Jannie verwonderlijk goed; wat werkzaam is geweest en nog is in deze therapie zijn mijns inziens met de adviezen op zich, maar veel meer het feit dat we al heel snel in de therapie een moment bereikten waarop we konden lachen om de klachten.

Over het hebben van angst kon gesproken worden in termen van "Zo ben je weer psychiatrisch patiëntje aan het spelen zuster?

Een moment, dan trek ik m'n witte jas aan".

Het feit dat iemand durfde spotten met klachten was voor Jannie en

Eric de stimulans om gericht hun gevoel voor humor te gebruiken als wapen tegen de vijand. De keuze van de adviezen, het magische bijvoorbeeld van spelden prikken in de vijand appelleerde sterk aan Jannie's fantasievol-dromerige instelling.

Tot slot zij nog vermeld dat Jannie medicijnen gebruikte toen ze bij ons kwam, ze kon vrijwel niet meer uit haar ogen kijken. Ook nu gebruikt ze nog, hoewel veel minder; helemaal zonder is enkele malen mislukt.

Jannie is een voorbeeld van iemand bij wie psychofarmaca toch zinvol zijn; een dogmatisch afschaffen van alles zou bij haar de vooruitgang sterk belemmerd hebben. (vgl.: ook Covi et al., 1976).

In de toekomst zal dit wel mogelijk zijn.

#### Literatuur:

Blanchard, E.B.; Hersen, M.; Behavioral treatment of Hysterical Neurosis; symptom Substitution and Symptom Return Reconsidered; Psychiatry, vol. 39, 1976.

Covi, Lipman, Alarcon, Smith; 1976. Drug and Psychotherapy Interaction in Depression. Am. Journal of Psychiatry; 133; 5.

Hart, O. van der; Een direktieve nazorggroep; Tijdschrift voor direktieve therapie; 2, 9; 1975.

Hart, O. van der; 1976; Relaties en Rituelen I; Tijdschrift voor direktieve therapie, 3; 4.

Kraft, Th.B.; 1972 "Overspanning", Bohn, Haarlem.

Kastelein, G.; 1976; Persoonlijke mededeling.

Masters, W.H.; Johnson, V.E.; 1971; Seksuele stoornissen bij man en vrouw; Paris/Manteau.

Satir, V.; Gezinstherapie; van Loghum Slaterus, 1973.