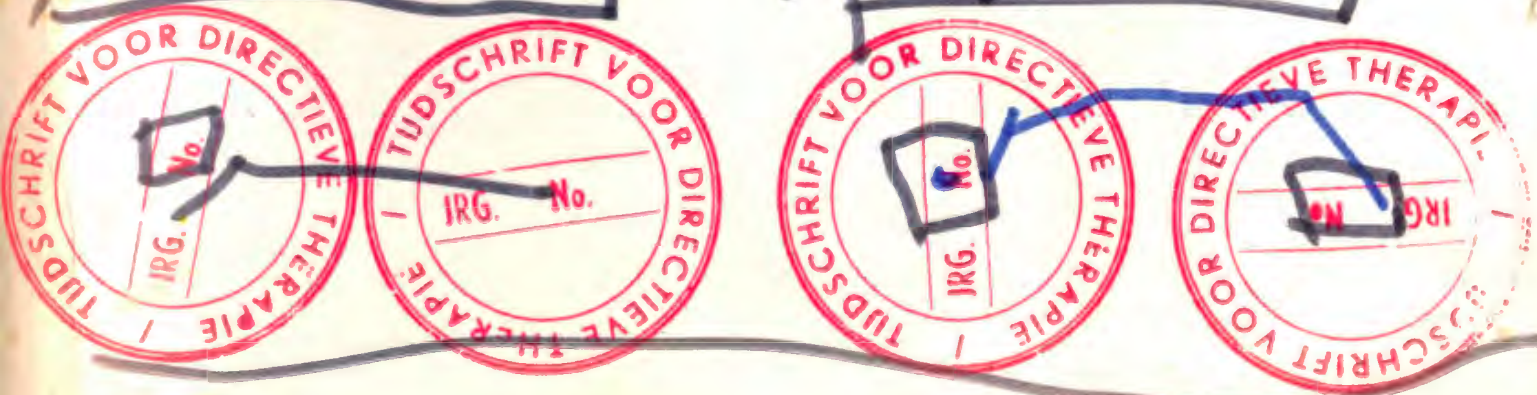


Tijdschrift voor Directieve
Therapie
Jrg.4 Nr.2 December 1976

Handwritten blue scribbles at the top of the page.



Inhoud

December 1976

| | | |
|---------------------|---|----|
| Hoofdredakteur | Ten Geleide | 1 |
| Onno van der Hart | Over het zg. 'buurvrouwenadvies' | 3 |
| | De ekologische behandeling van een smetvrees/schoonmaakdwang | 5 |
| Kees Hoogduin | Behandeling van een 14-jarige jongen met dwangrituelen en - vraaggedrag d.m.v. een directe therapie waarbij de gezinsleden betrokken werden | 30 |
| | De brief van Willem Kloos | 46 |
| Leen Joele | Kort van memorie | 47 |
| Alfred Lange | Instrumentarium voor (relatie)therapie | 55 |
| Dick Oudshoorn | Dissociatietechnieken | 76 |
| Kees van der Velden | Enkele handige brieven en formulieren | 79 |

→ pag 44
45
out-
breken
!

Redaktie:

Richard Van Dijck

Onno van der Hart

Kees Hoogduin

Leen Joele

Alfred Lange

Dick Oudshoorn

Kees van der Velden

Omslag: Daniël van der Velden

Richard Van Dijck Nagelomen bericht 94

Geen bijdrage van Van Dijck in deze aflevering, lezer, maar gelukkig zijn al Uw andere idolen weer op hun best present.

Het nummer opent met een bewogen beschouwing van Van der Hart - een soort Kerstoverdenking. Uit zijn bijdrage spreekt het diepe gemis van buurvrouwen als Fredy (Beatrijsstraat 51) en Joke (Beatrijsstraat 55).

Dan volgen twee monumentale artikelen over dwangtoestanden, het pièce de resistance van dit nummer, geschreven door resp. Van der Hart en Hoogduin. Zij sluiten aan bij hun eerdere publikaties over hetzelfde onderwerp in dit Tijdschrift. Het is mij bekend dat ook buiten de kring van direktieve therapeuten een intense belangstelling voor de hier beschreven ideeën en technieken bestaat. Daar geldt de dwangneurose nog als een vrijwel onbehandelbare toestand.

Aansluitend bespreekt Joele de mogelijkheden voor gedragsbeïnvloeding bij wat hij noemt een 'partieel Korsakow-syndroom'. In dit artikel maakt de auteur niet alleen de indruk een bekwaam direktief therapeut te zijn, maar ook een knap neuroloog.

Onder de ietwat misleidende titel 'Instrumentarium voor (relatie)therapie' presenteert Lange ons waarachtig een lijstje, een rijtje standaardoplossingen! Ik neem aan dat op dit feit bij de komende redaktievergadering uitvoerig teruggekomen zal worden.

Oudshoorn heeft een filosofisch getinte bijdrage, waarin al in de eerste alinea 'klappen' worden uitgedeeld met een 'mes'. Even later gewaagt hij zelfs van 'bulderende hoon'. Een turbulent stuk kortom. Ook Oudshoorn vergast ons intussen op een rijtje, net als Freddy voor de eerste maal.

Wat Van der Veldens bijdrage met direktieve therapie te maken heeft is niet helemaal duidelijk. Hoewel de door hem getoonde en toegelichte brieven en formulieren vermoedelijk wel bruikbaar zijn, moet hij toch tegen een afglijden naar burokratisch formalisme gewaarschuwd worden.

De Hoofdredakteur (in de trant van P.J.J.)

Voor een terugblik op 1976 ontbreekt ons de tijd, lezer, en ook aan het ontwikkelen van een toekomstperspektief komen wij thans niet toe. Wanneer we ons aldus tot het hier-en-nu beperken, kan met vreugde gekonstateerd worden dat het andermaal gelukt is Uw Vakblad vrijwel op tijd gereed te krijgen.

Dat wij ons ook bij onze andere gezamenlijke werkzaamheden zo goed aan onze tijdschema's mogen gaan houden, is nu onze belangrijkste wens voor 1977!

De Hoofdredakteur

3 -

Onno van der Hart:

Over het zgn. buurvrouwenadvies

In deze donkere dagen voor Kerstmis, waarin - zoals ik meer dan ooit te voren op mijn werk meemaak - de mensen elkaar zo nodig hebben, hadden Kees van der Velden en ik een telefoongesprekje over de aard van het zgn. buurvrouwenadvies.

Wat dat ook zijn moge, een direktieve therapeut mag zich volgens Kees niet tot dat soort adviezen verlagen. Daarentegen geloof ik dat buurvrouwen en -mannen, familieleden en vrienden elkaar vaak genoeg uitstekende adviezen geven: simpel en to-the-point. Als ze worden opgevolgd, merken we er niets van. Als ze niet opgevolgd worden, komt men bij ons voor een nog betere raad.

Dat buurvrouwen, ed., soms slechte raadgevers zijn, netzo als sommige therapeuten en als iedereen op z'n beurt, staat zonder meer vast. Het niet uitvoeren van een - goede - raad is echter een andere zaak: vaak een gevolg van het gebrek aan expert-power van de buurvrouw. Mieke, met een schoonmaakdwang (Van der Hart, 1976), biedt een voorbeeld. Zij was voortdurend aan het poetsen, boenen, enzovoort, en kwam haar huis nooit uit. Haar vriendin - daarvan op de hoogte - vroeg haar elke week een dag bij haar te komen om te leren naaien. Mieke kon de stap niet zetten, omdat ze het 'te druk had. Toen de therapeut haar aanraade veel meer buitenshuis te vertoeven, noemde Mieke het aanbod van haar vriendin. De therapeut zei, dat ze daar zeker op in moest gaan. De volgende week was het geregeld. De moraal van dit verhaal is naar mijn mening, dat de therapeut meer macht had dan de vriendin.

Een ander verschil tussen de therapeut en de vriendin is wellicht, dat de eerste zijn direktief beter kan verkopen. Maar ook die vaardigheid is aan een aantal natuurlijke

helpers' niet vreemd; zeker als verkopen een deel van hun eigen beroep is. Neem het voorbeeld van Collins & Pancoast (1976):

"... the quiet 55-year old owner of a small family grocery store on 2nd street recalls a young wife who complained that her truckdriver-husband was running around with other women. The husband admitted it.

'Rocky,' he said, 'my wife, she nags, nags, nags. I can't stand it any more.'

The grocer never pulls punches. 'May be if you stop nagging at him so much,' he told the wife. 'your husband would start staying home nights.'

She took his advice, and the couple began to get along much better."

Ik ben een liefhebbers van dat soort simpele interventies. En ik denk dat heel wat kruideniers, bakkers en buurvrouwen ze geven.

Overigens werden Kees en ik het wel eens, geloof ik. Wat hij - evenals ik - verfoeit is het advies dat in feite een dooddoener is. Zoals opmerkingen in de trant van 'kop op', 'trek je er minder van aan', 'even doorbijten', 'zet je er over heen'. Dat zijn meestap dooddoeners.

We bewijzen de 'natuurlijke helpende netwerken' en onszelf en - om niet te vergeten - degenen die hulp nodig hebben echter een slechte dienst als we de dooddoeners 'buurvrouwenadviezen' gaan noemen.

Referenties:

Collins, A.H. & D.L. Pancoast (1976): Natural helping networks; a strategy for prevention. National Association of Social Workers, Washington, D.C.

Hart, O. van der (1976): Een ekologische behandeling van een smetvrees/schoonmaakdwang. Tijdschr. Direktieve Therapi 4(2).

Onno van der Hart:

Een ekologische behandeling van een smetvrees/schoonmaakdwang

1. Soorten dwanggedrag

Lewis (1936) onderscheidt drie essentiële kenmerken aan obsessief-kompulsieve symptomen. De persoon die daarmee behept is, ervaart (a) een innerlijke dwingende kracht om zijn dwanggedrag uit te voeren en (b) een innerlijke weerstand daartegen. Tenslotte weet hij dat zijn symptomatisch gedrag eigenlijk zinloos is.

Dwanggedragingen kunnen diverse vormen aannemen. Naar aanleiding van een literatuurstudie onderscheidt Hornsveld (1976):

- (a) dwanggedachten of obsessies, die niet van dwanggedachten vergezeld gaan; *handelingen*
- (b) dwanghandelingen die gepaard gaan aan dwanggedachten. Een bekend voorbeeld is de schoonmaakdwang die aan een smetvrees is gekoppeld;
- (c) 'automatische' rituelen. Hierbij gaat het om dwanghandelingen die niet gekoppeld zijn aan dwanggedachten, maar een eigen leven leiden. Hornsveld noemt onder meer het steeds opnieuw opvouwen van gestreken wasgoed.

Rachman (1976) onderscheidt (overte) dwanghandelingen in dwangmatig schoonmaakgedrag en dwangmatig checkgedrag. Tal van personen kunnen van beide last hebben, maar meestal wordt hulp gevraagd voor een ervan.

Schoonmakers zijn gericht op het herstellen van vermeende schade; ze herstellen de orde. De meeste checkers zijn er volgens Rachman mee bezig om bepaalde onplezierige gebeurtenissen te voorkomen. Ze proberen, m.a.w., de bestaande orde te handhaven. (Overigens was bij de checkers van Joele & Hoogduin (1975) en van Van der Hart (1976a) dat voorkomen van onheil niet zo duidelijk; bij Van der Velden's (1975) checkster wel.)

2. Verschillen tussen schoonmakers en checkers.

Rachman (1976) postuleert dat checkers en schoonmakers uit verschillende soorten gezinnen komen. De ouders van schoonmakers zouden een overmaat aan controle op hun kinderen uitoefenen en overbeschermend optreden.

Vaak zijn ze zelf met een schoonmaakdwang behept en staan ze in dat opzicht voor hun kinderen model. In het voorbeeld van Jan en Anneke (Van der Hart, 1975, 1976b) en in het hier te behandelen geval was daarvan inderdaad sprake. De ouders van checkers zouden hoge eisen aan hun kinderen stellen, hen eveneens overmatig controleren, maar daarnaast overkritisch in plaats van overbeschermend zijn. Zij treden veel minder dan in het eerste geval op als model voor hun kinderen. Men zou hieruit kunnen afleiden, dat volwassen checkers bij navraag meer problemen en conflicten ten aanzien van hun ouders zullen presenteren dan de schoonmakers. De laatsten zullen veel meer een sterke band met hun ouders onderhouden of op prijs stellen.

Een schoonmaakdwang houdt passief vermijdingsgedrag in en een checkdwang actief vermijdingsgedrag. In het eerste geval handelt de persoon uit angst voor een objekt of situatie. Het uitvoeren van de dwang, zoals handen wassen, reduceert de angst en geeft een gevoel van geruststelling. In het tweede geval wordt de persoon door angst voor kritiek of schuld gedreven. Uitvoeren van de dwanghandeling kan schuldgevoelens reduceren (vgl. Rachman, 1976; Rosen, 1976).

Konkluderend: een moralistische opvoeding met hoge normen en waarden zou een patroon van schuldgevoelens, nauwgezetheid en het vermijden van fouten in de hand kunnen werken. De dwang die hieruit voort kan komen is een checkdwang. Een overmatig beschermende opvoeding, waarbij agressie en seksualiteit taboe-gebieden zijn (Rosen, 1976), zouden angstgevoelens opwekken. Daaruit zou een schoonmaakdwang kunnen ontstaan.

Belangrijk lijkt mij een ander, niet door Rachman genoemd, onderscheid tussen checkers en schoonmakers. In de mij bekende voorbeelden van checkdwang blijken de betrokken personen in sterke mate anderen -m.n. de partner- bij hun twijfel te betrekken. Vaak moeten zij de zo verlangde zekerheid verschaffen, hoe absurd die ook moge zijn. Joele & Hoogduin (1975) illustreren dit met de vraag van hun checker aan zijn vrouw: "J. wat moest ik jou ook weer vragen?"

Zoals zij ook in hun direktief aan dat echtpaar vermelden:

de checker is sterk afhankelijk van zijn partner en de behandeling moet er onder meer op gericht zijn die zelfstandigheid te vergroten.

Bij schoonmakers valt veel meer het solitaire karakter van de dwang op. Deze mensen voeren hun dwang over het algemeen in hun eentje uit en betrekken hun partner er veel minder bij. Zo er sprake van afhankelijkheid is, zit deze veel meer in de relatie met de ouders met wie -indien mogelijk- een frekwent contact wordt onderhouden.

Van der Hart (1975, 1976b) geeft het voorbeeld van Jan en Anneke, een jong stel. Jan was elke avond in de ene kamer doende om zichzelf en voorwerpen uit zijn omgeving te reinigen en Anneke las in de andere kamer een boek of keek naar de tv. Jan kwam erg vaak bij zijn ouders over de vloer. Hier was een belangrijk behandelingsdoel het verhogen van de interactiefrekwentie tussen beiden en het reduceren van de interactiefrekwentie tussen Jan en zijn ouders.

3. De ekologische systeembenadering.

Het is opmerkelijk dat gedragstherapeuten bijzonder weinig aandacht besteden aan omgevingsfactoren die obsessieel-kompulsieve klachten in stand houden of versterken.

Boersma et al (1975) hebben het er wel over, maar komen niet verder dan te melden dat als het dwangritueel functioneel is in de relatie, de klacht niet vermindert in een individuele therapie. Niet alleen sociale factoren kunnen relevant zijn, maar ook andere aspecten uit de omgeving van de cliënt.

Lange & Van der Hart (1975, hfdst. 1) merken op dat in de zgn. ekologische systeembenadering zoveel mogelijk aandacht besteed wordt aan de natuurlijke omgeving van het gezin. In taxatie zijn daarbij o.m. de volgende vragen relevant: hoe woont men? in wat voor huis? in welke buurt? hoe is de geografische mobiliteit? welke banden onderhoudt het gezin met burens, vrienden en kennissen, familieleden, kollega's op het werk, allerlei instanties enz.? Het gaat daarbij dus niet alleen om de relevante sociale systemen, maar om de multi-dimensionele systemen waar mensen deel van uit maken.

In het Chedoke Child & Family Centre (vgl. Lange & Van der Hart, 1975, hfdst. 8) wordt expliciet van de 'niet bewezen behandelingshypothese' uitgegaan, dat de problemen van cliënten het best kunnen worden opgelost door een (behandelings)systeem dat rekening houdt met elk aspect van de persoon en zijn omgeving. In de praktijk kan natuurlijk nooit aan alles aandacht besteed worden. Wel leert de ervaring dat we soms minder of meer subtiele veranderingen in de ecologie van de cliënt moeten aanbrengen wil er verbetering optreden (vgl. Lange & Van der Hart, 1975, p. 133).

In de behandeling van dwangneurosen lijkt mij een ecologische benadering zeer op z'n plaats. Als we er van uitgaan dat veel dwanggedrag optreedt als het arousalnivo (nivo van innerlijke spanning) van de persoon boven een bepaalde drempel komt (Beech & Perigault, 1974), dan dienen de diverse bronnen van spanning geïdentificeerd en gemodificeerd te worden. Uiteraard zou de cliënt ook moeten leren om anders op potentiële spanningsbronnen te reageren, zeker als die van sociale aard zijn. (Men kan bijvoorbeeld leren om kritiek -op positieve wijze- te uiten in plaats van op te kroppen).

In het hiernavolgende geval werd uitgegaan van de gezichtspunten uit par. 2 en van de ecologische systeembenadering.

4. Een geval van smetvrees/schoonmaakdwang.

4.1. Aanmelding

Marie de Boer, 28 wordt door haar huisarts verwezen voor haar toenemende preokkupatie met plas en poep en haar voortdurend wassen, lappen, boenen, poetsen enz. Daar heeft ze de laatste tijd zoveel last van, dat ze wanhopig en steeds depressiever wordt en hele dagen loopt te huilen.

Marie is vijf jaar geleden getrouwd met Hans; beiden hebben een drieënehalf jarig dochtertje, Jetty, dat nog niet naar de peuter- of kleuterschool gaat.

4.2. Taxatie

In het eerste gesprek met een relatie-therapeut vertelt Marie dat haar klachten zijn ontstaan na de geboorte van haar dochtertje.

6/9

Niet dat ze daarvoor geen dwanghandelingen uitvoerde; ze was altijd wel bezig met schoonmaken, e.d. maar daarvóór hinderde het haar niet. Ook haar ouders hebben die eigenaardigheid, zonder dat het hun overlast zou bezorgen. Marie is de jongste van drie kinderen en was in haar gezin van herkomst het troetelkindje "Marietje". Snel overstuur en vaak zenuwachtig werd ze door de andere gezinsleden ontzien en verwend. Toen Jetty werd geboren, werd Marie met hoeveelheden poep en plas gekonfronteerd die haar dwangmatig reinigen sterk intensiverden. Toch valt het toenemen van haar dwanggedrag niet alleen daaraan toe te schrijven. De periode rond de geboorte bracht spanningen met zich mee. Hans was ziek en -gelukkig ten onrechte- gevreesd werd voor een ernstige kwaal. Marie werd daarover niet ingelicht -zoals wel vaker het geval was- maar merkte wel dat er iets aan de hand was. Ze gaf in die tijd ook haar baan (bij haar schoonvader op kantoor) op en zat hele dagen thuis. De muren kwamen op haar af, ervoer ze, maar "als getrouwde vrouw moet je daar tegen kunnen". Steeds intensiever ging ze zich met haar dochttertje bezig houden, steeds meer tijd werd in schoonmaken gestoken. Ze kreeg het zo druk met al haar activiteiten, dat ze ook geen energie meer over had om met andere mensen om te gaan. Alleen in het weekend kon ze soms met Hans naar familie of vrienden gaan. Opvallend was dan, dat zodra ze uit huis was haar dwanggedrag verdween en haar humeur verbeterde. Samenvattend komen in dat eerste gesprek de volgende probleemgebieden aan de orde:

- (a) Marie maakt voortdurend schoon en wordt er wanhopig en depressief van;
- (b) Ze heeft moeite met het nemen van beslissingen. Als ze een bepaalde beslissing moet nemen, kan ze daar uren over piekeren;
- (c) Ze heeft de laatste tijd ook last van een checkdwang. Minder drukkend dan het schoonmaken leidt dit wel eens tot spanningen tussen Marie en Hans. Zij vraagt bijvoorbeeld 's avonds voor het slapen gaan of hij wil controleren of de buitendeur op slot is (ze wonen op de tweede etage). Ook Jetty raakt bij deze dwang betrokken: "Nee hoor mamma, het gas is echt uit".

(d) de diverse dwangen geven überhaupt spanningen tussen beiden. Hans is eigenlijk een heel aardige man, maar ook hij kan er steeds minder tegen. Hans heeft trouwens ook zelf spanningen door problemen op zijn werk. In gesprekken met Marie heeft hij het echter liever over de hare dan over die van hem. "Om haar te sparen", met als effect dat zij zich nog meer opvreet.

(e) Van een prettig seksueel contact tussen beiden is weinig meer over. In haar huidige toestand heeft Marie er absoluut geen zin meer in, piekert daarbij trouwens ook over mogelijke besmettingen. Als het gebuert -eens in de maand of twee maanden- doet zij het om haar plicht jegens Hans te vervullen.

4.3. Behandelingsstrategie, voorlopig behandelingskontraakt. De therapeut konkludeert dat Marie te zeer in haar huis is opgesloten en bij haar dochttertje betrokken is. Ze zou -om haar behoefte aan contact te bevredigen- er meer uit moeten gaan en ook meer met Hans samen moeten doen. Dat laatste houdt veranderingen in de dagelijkse gang van zaken in: doordat Marie steeds vaker tot 's avonds laat doende is met wassen, strijken, e.d. ontstaat er een steeds breder wordende kloof tussen haar en Hans. Om Marie in staat te stellen overdag meer met andere mensen -vriendinnen- om te laten gaan, lijkt het de therapeut gunstig dat Jetty zo spoedig mogelijk naar een peuterschooltje gaat. Als beide ouders opmerken dat ze binnen niet al te lange tijd zullen verhuizen en tot dan willen wachten, merkt hij op dat het onderwerp zeker in volgende gesprekken aan de orde zal komen. Dan oppert Marie wat bezwaren tegen het idee van de therapeut om er meer uit te gaan. Een getrouwde vrouw moet toch tegen de moeilijke situatie thuis zijn opgewassen... De therapeut zegt haar, dat het om de vraag gaat hoe zij haar leven nog zinvoller kan besteden. "Je bent iemand met erg veel energie, die je thuis niet allemaal op een goede manier kwijt kunt. Vijf keer hetzelfde kledingstuk wassen en een liter bleekwater gebruiken om de deur te boenen zijn toch niet de meest zinvolle manieren, niet waar? Jij koppelt je energie aan wat voor handen ligt, maar moet nu leren het ook elders te besteden."

De therapeut stelt Marie en Hans een voorlopig behandelingskontraakt voor: vijf wekelijkse zittingen, waarin aan het -met kleine stapjes- veranderen van de dagelijkse gang van zaken gewerkt wordt en aan het meer uit huis gaan van Marie. Beiden gaan hiermee akkoord. Aan Marie wordt tenslotte gevraagd om elke dag in de komende week alles wat ze aan schoonmaken en wassen verricht te registreren: wanneer ze wat doet.

4. Behandeling

- tweede gesprek

Marie vertelt dat ze weer een rotweek heeft gehad; veel last had ze van haar dwangen en ze heeft veel gehuild. Ook als ze dat in de zitting vertelt, schieten haar de tranen in de ogen. Ze klaagt dat haar ouders hun dwanggedrag wel aan kunnen, maar zij het hare niet. Ze heeft zoveel mogelijk van haar activiteiten opgeschreven. Opvallend daarbij is, dat ze aanvankelijk objektief haar handelingen vermeldde, maar later veel emotioneler begon te schrijven.

Op maandag noteert ze onder meer:

(.....)

10.30 : Ramen, trap gelapt, keuken van onder tot boven (vrij grote ouderwetse keuken) gelapt, keukenkasten gedaan.

12.00 : Grond gedweild, trap gedweild.

13.00 : Gedouched, haar gewassen, heeft 20 min. geduurd, wc en douche uitgelapt.

13.45 : Laatste wasmachine of was, natuurlijk opgehangen

14.15 : Wasmachine opgeruimd, weer vloer gedweild, en een doek over de trap

(en zo voort).

Op woensdag:

"Nu is het woensdagavond half tien en ben eindelijk klaar. Het is goed beschouwd een rottag geweest, het lijkt wel of ik het nu helemaal niet zie zitten. Misschien heb ik wel een goed pak op me sodemieter nodig. Ik weet het niet, maar ik zal bij de ochtend beginnen: Ik werd wakker om 9 uur met koppijn en een down gevoel; maar dat gevoel kan ook komen omdat ik ongesteld ben geworden.

Maar goed, ik werd wakker; ging mezelf wassen. Dat wordt zo grondig gedaan, en dan opeens ga ik twijfelen, heb ik eigenlijk wel zeep op het washandje gedaan. Dan weet ik in m'n achterhoofd dat ik dat heus wel gedaan heb, want ik ben niet gek. Maar toch begin ik weer opnieuw. Met een schoon washandje en maar weer boenen, dan naar de kast schoon ondergoed, trek er een aan, trek hem weer uit, tot er 3 op de grond liggen, gewoon omdat ik twijfel zijn ze wel schoon."

Haar vijf volgeschreven velletjes over die dag besluit ze met: "Nou afgewassen, ondertussen koffie gedronken, maar dan lap ik rustig die keuken weer uit en grondig die vloer gedweild weer en zodoende was het half 10.

En nu ben ik bekaf en ga een borrel drinken".

Opvallend in dit hele verhaal is, dat ze in haar eentje thuis bezig is met al dat dweilen, lappen, boenen, schuren, enz. en met haar dochtertje Jetty, dat ook diverse wasbeurten heeft moeten ondergaan. Andere mensen komen niet in het verhaal voor; ook Hans niet.

De therapeut besluit om Marie in eerste instantie te helpen het patroon van de gehele dag binnenshuis op dwangmatige manier bezig zijn te verbreken. Hij vraagt Marie wat ze buitenshuis zou kunnen ondernemen. Nadat ze aanvankelijk niets weet te noemen, geeft ze aan dat haar vriendin wel eens gevraagd heeft of ze bij haar een dagje in de week komt (leren) naaien. Die vriendin weet van haar dwang af en heeft met dat voorstel ook een therapeutische bedoeling gehad. Marie kon zich daar echter de tijd niet voor gunnen. Nu belooft ze de stap dan alsnog te zullen wagen.

Dan brengt de therapeut het gesprek op de kleuterschool. Na ze door hem daartoe gemotiveerd zijn, besluiten Hans en Marie Jetty toch maar op een peuterschooltje te doen. Dat betekent dat Marie daar in de komende week achteraan moet gaan en dat ze -als het gelukt is- er regelmatig uit moet om Jetty te halen en te brengen.

Tenslotte instrueert de therapeut Marie in het gebruik van de weckring om haar dwanggedachten te lijf te gaan. Ook het gebruik daarvan moet ze turven, evenals het aantal malen dat elk van de schoonmaakhandelingen voorkomt op een dag.

- derde gesprek

Marie had weer een moeilijke week gehad, maar was de afspraken toch nagekomen. Over 14 dagen gaat Jetty voor twee middagen in de week naar een peuterschool. De eerste afspraak met haar vriendin is voor de dag volgende op dit gesprek gemaakt. De weckring had helaas geen effect gehad. Daarmee was ze gestopt. Marie's dagprogramma wordt doorgenomen en de therapeut suggereert haar om de boodschappen niet meer aan het einde van de dag te doen, maar aan het begin. Marie wil dat wel, maar zegt dat het haar wel moeilijk zal vallen. De therapeut merkt op dat hij haar behoefte aan orde en regelmaat waardeert en dat hij haar wil helpen de beste regelmaat in de praktijk te brengen. Ter ondersteuning zal hij haar in de komende week twee keer voor tien uur 's morgens bellen. Treft hij haar dan aan, dan zal ze hem tien minuten later uit een telefooncel terug bellen.

- vierde gesprek

De therapeut had in de afgelopen week tweemaal gebeld. Eenmaal trof hij haar thuis en belde zij hem tien minuten later op. De andere keer nam zij niet op. Dat was de enige dag dat het haar gelukt was voor tien uur naar buiten te gaan. De andere dagen was ze pas om half elf of elf uur zo ver. De therapeut prijst haar toch uitvoerig, omdat ze het belangrijkste -'s morgens eruit gaan- elke keer gedaan heeft. Het naaien bevalt Marie goed. De activiteitenlijst wordt doorgenomen. Het handen wassen ontbreekt eraan en wordt er aan toegevoegd. Voorts moet Marie aangeven hoe laat ze 's morgens de deur uitgaat. Het blijkt dat Marie nooit ontbijt. De therapeut houdt een betoog over bloedsuiker gehalte en hypoglycemie en de noodzaak van een goed ontbijt. Hij stelt Hans en Marie voor, dat een gezamenlijk ontbijt als een vast gezinsritueel te installeren. Daarmee wordt Marie geholpen haar dag met een goede basis te beginnen. Hij ziet dit gezamenlijk ontbijten uiteraard ook de gezinskohesie bevorderen, maar houdt die gedachte nog voor zich. De therapeut zegt dan dat er ruwweg twee manieren zijn om symptomen als die van Marie te lijf te gaan. De eerste is het in kleine stapjes reduceren van het problematisch gedrag en de tweede is de weg van de overschrijving.

drijving

15/14

Hij kiest in haar geval het liefst voor de eerste benadering, merkt hij op, en daar stemt Marie van harte mee in. Zij kan niet meer. De therapeut vraagt of Marie één activiteit uit haar lijstje zou kunnen noemen, die ze zelf -om te beginnen- in frekwentie zou willen reduceren. Ze kiest voor het zichzelf wassen 's morgens vroeg. Dat kan soms zes keer achter elkaar gebeuren en dat moet minder. Ze wil het normaal -dus één keer- doen. Hoewel de therapeut twijfels over de haalbaarheid hiervan heeft, spreekt hij het toch met haar af. Hij voegt er wel aan toe dat ze zich dan met koud in plaats van lekker warm water moet wassen.

Voorts zal Marie bekijken hoe ze in de komende week nog langer van huis weg kan zijn en krijgen beiden de opdracht om met elkaar te bedenken wat de volgende stap in het reduceren van de diverse activiteiten zal zijn. De therapeut brengt dit voorzichtig. Hij weet immers dat Marie niet gauw iets van Hans aanneemt; daarom moet het een voorstel van hun beiden aan de therapeut zijn. Tenslotte stimuleert de therapeut hen om meer met elkaar te praten thuis; over allerlei onderwerpen, ook de problemen die Hans eventueel op zijn werk heeft. Marie is geen ziek kind dat bepaalde dingen bespaard moet blijven, maar een volwassen vrouw met weliswaar een bepaalde moeilijkheid. Marie zelf komt in dit gesprek behoorlijk voor zichzelf op.

- vijfde gesprek

Het samen ontbijten is twee keer gelukt en beide keren had Marie eigenlijk best wel gezellig gevonden. Hans, die volgens zijn zeggen gezelligheid zeer op prijs stelt, had het ook fijn gevonden. De andere keren had Marie wel iets ontbeten, maar zeer gehaast omdat ze op tijd de deur uit wilde gaan. De therapeut moedigt hen aan echt de tijd voor het gezamenlijk ontbijten te nemen; desnoods staan ze iets eerder op. Zichzelf wassen was voor wat haar bovenlichaam betreft wel gelukt: één keer. Maar haar onderlichaam had ze toch nog vijf keer een beurt gegeven. Op haar verzoek wordt afgesproken: in de komende week één keer boven en twee keer beneden. De relatie tussen Marie en Hans komt steeds meer expliciet naar voren. Marie neemt daartoe zelf het initiatief.

KJ

Ze vindt dat Hans het in allerlei opzichten, ook 's morgens vroeg, laat afweten en haar voor diverse klussen laat opdraaien. De therapeut bekomentariëert de daarop volgende woordenwisseling: hij merkt dat Hans zijn vrouw zoveel mogelijk probeert te begrijpen, maar daarbij helaas vergeet wat hij zelf wil. Hans blijkt dan ook erg veel over "wij" te praten in plaats van "ik". Daarnaast blijkt dat als Hans bij Marie toenadering zoekt - bijvoorbeeld nadat zij haar behoefte daartoe kenbaar heeft gemaakt, zij zich van hem afwendt en hem op een afstand houdt. De therapeut raadt beiden aan meer stil te staan bij wat ze van elkaar willen en verwachten en daar in de komende week veel over te praten. Daarbij dienen ze ook te denken aan de aanwijzingen die hij hun in dit gesprek gegeven heeft. In de afgelopen week heeft Hans aan Marie gevraagd of ze de keukenvloer minder zou willen dweilen. Daar wil ze op in gaan. Ze zal het niet meer dan twee keer doen. Wegens tijdgebrek stelt de therapeut voor, dat Marie de volgende zitting met een konkrete wens naar Hans toe komt. Een nieuw behandelingskontraakt wordt afgesloten: nog vijf wekelijkse gesprekken. Vooral Marie heeft nog veel behoefte aan die frekwentie.

- zesde gesprek

De afspraken over het zichzelf wassen, de keukenvloer dweilen en het boodschappen doen worden goed nagekomen. Jetty gaat nu twee keer in de week naar de peuterschool en dat bevalt haarzelf ook goed.

Het gezamenlijk ontbijten loopt nog niet goed en Marie's konkrete wens aan Hans ligt op dat terrein. Zij wil dat hij eerder opstaat en dat ze hem niet vaker dan één keer hoeft te roepen. Veel tijd gaat in het onderhandelen en verder konkretiseren van de wens zitten. Tenslotte wordt afgesproken, dat op werkdagen Marie Hans eenmaal roept, om half acht; dat hij tussen kwart en vijf voor acht op staat en dat ze met z'n drieën om kwart over acht gaan ontbijten.

Hans brengt het gesprek dan op Marie's checkdwang. Hij zou van haar willen dat ze hem niet meer vraagt of de benedendeur dicht is.

Dat begint hem erg te irriteren. De therapeut geeft daarop het beroemde Hoogduin-advies (vgl. Joele & Hoogduin, 1975): Marie mag het wel vragen aan Hans - ze doet het immers al zo weinig mogelijk, maar Hans mag er niet op in gaan; de vraag niet beantwoorden en niet gaan kijken. Nee, hij mag alleen opmerken dat zij - als ze het zeker wil weten - zelf kan gaan kijken. Marie neemt zich voor om dan niet te gaan kijken en om in het algemeen de deur niet meer dan vier keer open en dicht te doen. Overigens bemerkt ze dat ze minder dwanggedachten heeft, behalve op maandag; altijd een rottag.

- zevende gesprek

Marie begint het gesprek met de opmerking dat ze sommige dwanggedachten toch wel raar vindt. Tijdens het douchen vraagt ze zich bijvoorbeeld wel eens af of de spons niet in de w.c. heeft gelegen. De therapeut geeft als reactie daarop de beeldspraak van de rivier met de rotsblokken (vgl. Reynolds, 1976; Van der Hart, 1976c). Haar dwanggedachten zijn als die rotsblokken in de rivier en het is heel goed mogelijk om ze te laten zijn voor wat ze zijn en er om heen te zeilen. Dat spreekt Marie wel aan en de therapeut suggereert haar een tekening van dat beeld te maken, die in de keuken op te hangen en er iedere keer als ze een lastige gedachte heeft ter ondersteuning naar die tekening te kijken en weer doorgaan met haar bezigheden. Doet ze het thuis niet, dan zal het in de volgende zitting moeten gebeuren.

De rotte maandag komt op de proppen. Het gaat heel lekker tot en met vrijdagavond zegt Marie. Op zaterdag maakt ze zich al zorgen over maandag, waarop ze alles moet doen wat ze in het weekend heeft nagelaten. De therapeut zegt dat probleem rechtstreeks te willen aanpakken en de volgende afspraak op maandag te laten vallen. Marie protesteert heftig: ze heeft het dan veel te druk.

Th: Dus u bent de slaaf van uw huishouden.

M : Nee!

Th: Of u neemt dat huishouden en de zorgen daarbij als een vaststaand feit òf u wilt het veranderen.

M : Ja dat wil ik.

17

Th: Daarom op maandag een afspraak. Dan zit je midden in dat maandag gevoel.

M : De maandag op zich valt eigenlijk wel mee, maar de gedachten van te voren erover. Ik kan de dag niet overzien. Als ik eenmaal maar wat gedaan heb gaat het wel weer.

(....)

Marie kan even later aangeven, dat ze wel eens probeert om aan een of andere afspraak te ontkomen. De therapeut brengt dat naar de relatie tussen Marie en Hans. Marie weet dat als ze maar lang genoeg zeurt, ze van hem haar zin wel krijgt. Aan de hand van een concreet onderwerp blijkt dat dit keer niet het geval te zijn. Marie wil met een -problematisch- echtpaar op vakantie, "om hen te helpen". Hans wil een gezinsvakantie. De therapeut helpt Hans om beter voor zichzelf op te komen en het gesprek niet vroegtijdig -ten gunste van Marie- te beëindigen.

- achtste gesprek

De beslissing over de vakantie was nog niet genomen in de vorige zitting, maar thuis had Hans zijn mening doorgedrukt en Marie was daar toch wel tevreden mee.

Nu komen spanningen tussen beiden aan de orde met betrekking tot de opvoeding van Jetty. Marie vindt dat Hans haar ontcracht als zij optreedt (straf geeft) en vindt dat hij Jetty belangrijker vindt dan haarzelf. Hans vindt dat zij teveel tegen Jetty uitvalt en ook tegen hem. Verwijten gaan over en weer. De therapeut komt tussen beide en helpt hen hun wensen op een konstruktievere manier onder woorden te brengen en daarover afspraken te maken. Hans is dan aanvankelijk te behulpzaam, komt weer niet goed voor zichzelf op en de therapeut corrigeert hem.

De afspraak wordt: als Marie meer dan 12 keer in de komende week fel uit de hoek komt tegen Jetty of Hans (Hans turft), dan bakt zij de zaterdagavond daarop een lekkere kaasomelet voor Hans. Marie's wens dat Hans haar aan tafel meer steunt tegenover Jetty komt -wegens tijdgebrek- niet voldoende uit de verf en besloten wordt daar de volgende keer op door te gaan. Hans krijgt de vage suggestie te kijken hoe hij Marie in de opvoeding meer steunen kan.

- negende gesprek

De therapeut begint met de vraag of Marie de tekening van de rivier heeft gemaakt (dat heeft hij de vorige keer laten liggen). Marie heeft dat inderdaad gedaan en merkt op, dat de tekening haar helpt:

"Soms denk ik rare dingen en dan denk ik aan die rivier en dan gaat het gewoon weg; het schuift weg".

Marie heeft de omelet nog niet hoeven te bakken.

Het opstaan van beiden wordt nog eens onder de loep genomen en er worden wat kantjes aan bijgeslepen.

De hoofdmoot vormt de steun die Marie van Hans wil tijdens de avondmaaltijd. Verschillen van mening over de juiste aanpak van Jetty komen aan de orde. De therapeut raadt beiden het lezen van het blauwe boekje van Patterson aan. Tijdens het gesprek ziet hij beiden hun best doen om overeenstemming te bereiken over diverse punten en complimenteert hen daarvoor. Tenslotte wordt een aantal aspecten van de dwanghandelingen nog eens doorgenomen en afspraken daarover verbeterd.

- tiende gesprek

Nadat duidelijk wordt dat de uitvoering van gemaakte afspraken uitstekend gaat, wordt het hoofdthema het broodbeleg tijdens het ontbijt. Om gezondheidsredenen koopt Marie alleen kaas en vleeswaren. Hans houdt echter van zoetheid. Er ontstaat een fikse kibbelpartij, maar uiteindelijk weten beiden een afspraak te maken.

Marie zal drie soorten zoet broodbeleg kopen.

Het onderwerp "steun" komt ook aan bod. De afspraak daarover wordt: als Hans het niet eens is met een bepaald optreden van Marie jegens Jetty zal hij zijn kritiek dan noch door woord noch door gebaar kenbaar maken, maar er 's avonds als Jetty naar bed is op terug komen. Marie zal noteren wanneer hij het wel doet. Meer dan drie keer betekent dat hij een zaterdagmiddag met haar moet gaan winkelen in de stad.

- elfde t/m veertiende gesprek

In het elfde gesprek worden nog vijf zittingen afgesproken, eens in de veertien dagen. In feite zal de frekwentie minder zijn omdat er diverse vakanties voor de boeg liggen.

Hans en Marie zijn er eigenlijk al wat uit: ze wonen nu tijdelijk in een fijn huis van vrienden die op vakantie zijn. Marie is zeer relaxed. Op alle fronten gaat het fijn. Beiden lezen Paterson en zijn zelf begonnen om de principes eerst op elkaar i.p.v. op de opvoeding van Jetty toe te passen. Jetty was aanwezig bij dit gesprek en de inkonsistente manier waarop Hans en Marie met haar omgaan geeft aanleiding tot onmiddellijke feedback.

In het twaalfde gesprek rapporteert Hans dat hij een lekkere tijd achter de rug heeft, maar Marie begint op hem te kankeren: dat hij zich vaak slecht aan afspraken houdt, dat hij een slecht zondagochtendhumeur heeft, enz., waardoor zij er ook de pest weer in krijgt.

De therapeut legt verband tussen dat soort interactieproblemen en Marie's dwanghandelingen:

"Jij bent iemand die erop gesteld is dat alles schoon is en daarom ben je zo bezig in je huis. Maar waar het eigenlijk om gaat is, dat je de kommunikatiekanalen met Hans schoon wilt hebben. Die zijn vaak verstopt, jullie kommunikatie is dan vuil. Dat is een hele klus en daarom neem je vaak wat het dichtst in de buurt is en ga je dingen in je huis schoon maken. Maar dan gebruik je je energie wel op de verkeerde manier."

Deze beeldspraak verheldert veel voor Marie. Ze is er een tijdje stil van. Het beeld geeft wel inzicht, maar helpt evenwel niet direkt in het praten over het zondagochtendhumeur van Hans. De therapeut geeft een suggestie: als Marie vindt dat Hans op zondagmorgen een te slecht humeur heeft, zal zij zeggen "Je weet wat we afgesproken hebben: ga nu maar een koude douche nemen". Hans merkt op dat dit waarschijnlijk wel voldoende zal zijn om het zonnetje weer te laten schijnen.

Veel meer wordt aangestipt, maar de therapeut vindt daarvan dat beiden dat nu zelf wel thuis kunnen aanpakken.

In het dertiende gesprek vragen Marie en Hans zich af wat ze eigenlijk nog in therapie doen. De dwanghandelingen - zo blijkt o.m. uit het turflijstje - zijn aanzienlijk gereduceerd. Marie geeft aan dat ze weet hoe ze er mee om moet gaan. Beiden praten veel meer met elkaar en op een bevredigender manier. In de opvoeding van Jetty zijn ze veel konsekwenter geworden - o.m. dankzij de aanwijzingen van Paterson. De therapeut vraagt naar de sex, en -zoals te verwachten is- gaat het ook daar prima mee.

Er is een artefact aanwezig: Ze wonen nog steeds in het huis van hun vrienden. Maar wat als ze weer in hun oude woning zijn? Dat punt en de onzekerheid over de vraag wanneer ze precies zullen verhuizen naar hun nieuwe woning geeft Marie nog wel enige angst voor de toekomst. De therapeut bespreekt met beiden dat ze uit alle ervaringen van de afgelopen tijd lessen voor de toekomst moeten trekken. Ook als ze in hun eigen woning zijn, zal Marie meer buitenshuis moeten vertoeven. Marie denkt zelf aan een ouderkomité van de school; de therapeut suggereert ook sport. Later weer gaan werken wordt ook genoemd.

Bijna twee maanden later vindt de volgende zitting plaats. Hans en Marie zijn inmiddels verhuisd en het bevalt hun prima in de nieuwe woning. Weer wordt die globale boodschap gekonkretiseerd en gespecificeerd. Weer worden lijnen naar de toekomst getrokken. In ieder geval zijn de dwanghandelingen zeer sterk in aantal gereduceerd en heeft Marie slechts af en toe last van een dwanggedachte. Maar dan zegt ze tegen zichzelf: "ach mens, doe niet zo gek". En dat werkt afdoende. De zitting wordt besloten met de opmerking dat als ze het in de toekomst nog eens moeilijk hebben, ze zeker aan de bel kunnen trekken.

Drie maanden na dat gesprek beantwoordt Marie een schriftelijke follow-up. Het gaat nog steeds uitstekend.

4.4 Samenvatting van de behandeling.

Marie was een jonge vrouw wier dwangen verband hielden met haar opvoeding (ouders hadden ze ook), maar in stand werden gehouden en zelfs versterkt door o.m. bestaande inadequante kommunikatie-patronen en leefgewoonten.

Ondanks de verschillende moeilijkheden en Marie's wanhoop daarover bleken zij en haar man voldoende mogelijkheden te bezitten om hun problemen -onder leiding van de therapeut- te lijf te gaan. De gevolgde wegen waren:

(a) het stap voor stap reduceren van bepaalde dwanghandelingen. Hulpmiddelen: turven van de dwanghandelingen en afspraken over de te nemen stappen.

(b) Marie stimuleren meer uit huis te gaan, meer contacten met vriendinnen aan te gaan.

(c) Stimuleren dat het dochtertje Jetty naar de peuterschool zou gaan (verminderen van de overbetrokkenheid Marie-Jetty).

(d) de rechtstreekse interactie tussen man en vrouw over de opvoeding en andere aspecten van hun relatie begeleiden en corrigeren. Ook op die terreinen het maken van afspraken bevorderen.

Beiden hebben zich steeds zeer gemotiveerd en mede daardoor met succes ingezet.

5. Diskussie

(1) In par. 2 werd nader ingegaan op verschillen tussen zgn. schoonmakers en checkers. In dit voorbeeld werd een schoonmaakster eerste klas behandeld. Diverse opmerkingen over schoonmakers in het algemeen sloegen ook op haar. Ook zij kwam uit een beschermd milieu, had haar ouders als model gehad. Toch zagen we bij haar ook een checkdwang, al was die van recenter datum. Zij moest dwangmatig deuren, gas, e.d. controleren. In de behandeling is deze dwang aan de orde geweest, maar heeft minder aandacht dan het schoonmaken gekregen.

Marie was dus geen schoonmaakster pur sang. Interessant vind ik evenwel dat ook haar schoonmaken met checken te maken had: "... schoon ondergoed, trek er een aan, trek hem weer uit, tot er drie op de grond liggen, gewoon omdat ik twijfel zijn ze wel schoon".

Eigenlijk waren alle door mij behandelde schoonmakers (met smetvrees) tegelijkertijd op datzelfde terrein checkers. Vervalt hiermee niet Rachman's onderscheid tussen checkers en schoonmakers?

(2) 22

Ik kan mij overigens wel voorstellen dat er schoonmakers zijn die hun handelingen volkomen automatisch verrichten, net zo als het genoemde voorbeeld van het steeds weer opvouwen van gestreken wasgoed.

Ik meen dat dit terrein nog nader onderzocht kan worden. O.m. met behulp van Cooper's (1970) Leyton Obsessional Inventory of de door Kraaimaat & Van Dam-Baggen (1976) ontwikkelde Nederlandse 'zelf-beoordelingslijst voor obsessief-compulsief gedrag'.

(2) Ook in dit voorbeeld is het opvallend dat de stemming van de persoon een belangrijke invloed op de aktuele sterkte van de dwang uitoefent. Beech & Perigault (1974; vgl. par.3) stellen dat een verslechtering van de stemming het optreden van dwanggedachten en/of -handelingen in de hand werkt. De tussenliggende variabele is het arousal-nivo. Een verslechtering van de stemming verhoogt de innerlijke spanning, waardoor het dwanggedrag opgeroepen wordt.

(3) In de behandeling valt op, dat de therapeut aanvankelijk zelf veel suggesties aan Marie -de 'aangemelde patiënt'- geeft en het echtpaar aanvankelijk nog maar weinig over eventueel te ondernemen stappen laat onderhandelen. Toch had hij gekonstateerd dat tussen man en vrouw een behoorlijke kloof aan 't groeien was. Had dat onderhandelen dan niet het vehikel tot het impliciet verbeteren van de relatie kunnen betekenen?

Dit is een probleem van timing. Het eerste doel van de therapeut was de situatie voor Marie iets draaglijker te maken. Ze was praktisch aan het eind van haar latijn. Marie had in het taxatie-gesprek (bij het onderdeel taxeren van het probleem oplossend vermogen van het gezin; vgl. Lange & Van der Hart, 1975, hfdst. 4) aangegeven, dat ze geen adviezen van Hans kon aannemen. Daar in eerste instantie toch op aansturen zou waarschijnlijk meer spanning met zich meebrengen en daarmee -aldus de hypothese van Beech & Perigault (1974)- tot intensivering van de dwanghandelingen leiden. Nee, de therapeut moest eerst het heft in eigen handen nemen en beiden laten ervaren dat ze vertrouwen in hem kunnen stellen. Toen hij daarin was geslaagd, kwamen ze zelf -en vooral Marie- met relationele problemen naar voren.

(4) De gedragsvoorschriften in deze behandeling hebben hoofdzakelijk uit leeropdrachten bestaan. Marie werd geleerd controle op haar eigen gedrag uit te oefenen. Dat lukte; onder meer door het feit dat de therapeut door veranderingen in de ecologie van het probleem aan te brengen ook voor enige verlichting zorgde.

Zelfs in zijn motivering aan Hans en Marie had hij het ook over een eventuele paradoxale benadering. Omdat Marie z.i. al aan de top van haar tolerantie- en prestatievermogen zat, wilde hij het niet over die boeg gooien (overigens ben ik benieuwd of er kollega's zijn die wel op die toer zouden zijn gegaan en, zo ja, hoe.) Later kwam explicieter naar voren dat Marie ook met het dilemma van onvolwassenheid/volwassenheid ("Marietje/Marie") zat. Met zijn leeropdrachten sprak de therapeut haar volwassen kant aan. In tegenstelling tot Jan (vgl. Van der Hart, 1975, 1976b) die ook een schoonmaakdwang had, ging Marie daarin mee.

Al met al vind ik dat -als het maar even kan- een leeropdracht boven symptoomvoorschrijven te prefereren is. In het voorbeeld van Marie is duidelijk het voordeel van het "uitbreiden van het probleemoplossend vermogen" gedemonstreerd.

(5) Kenmerkend voor het geven van leeropdrachten behoort het principe van de kleine stap en de haalbaarheid van de opdracht te zijn. Hoe groter de kans van slagen, des te beter. In dit voorbeeld heeft de therapeut zich niet altijd aan dat principe gehouden. Toen Marie bijvoorbeeld het wassen van zichzelf 's morgens vroeg van 5 à 6 keer tot één keer wilde reduceren, wist hij heel goed dat dit hoogstwaarschijnlijk niet zou lukken. Waarom dan toch akkoord gegaan?

Hoewel ik ook achteraf de betreffende afspraak diskutabel vind, zie ik er één voordeel in en die is ook aan Marie genoemd. Elke reductie, zelfs één keer minder dan voorheen, is winst en biedt een gunstig perspectief. Door zo'n hoog doel te stellen laat ze zien dat ze gemotiveerd en ambitieus aan het oplossen van haar problemen wil werken. Door haar eigen ervaring zal ze leren wat de beste -haalbare- stappen zijn. Het is een onderdeel van het vergroten van het probleem oplossend vermogen.

Ik heb vaker tegen cliënten gezegd, dat hun voorgenomen stap mij te groot lijkt, maar dat het m.i. ook een bijzonder leerzame ervaring kan opleveren. In die kontekst heb ik geen moeilijkheden met dergelijke -aanvankelijk te zware- afspraken ondervonden, maar datgene wat de cliënt zelf bracht weten te benutten.

(6) Het had de beschrijving van de behandeling te uitvoerig gemaakt als ik alle onderdelen van elke zitting had vermeld. Er is elke keer ontzettend veel gebeurd. Velerlei onderwerpen en stemmingen kwamen er in voor. Zakelijke en emotionele momenten wisselden elkaar af. Hoewel dat er een enkele keer niet van gekomen is, vormden de rituelen van het nog eens noemen van de gemaakte afspraken en van het opchecken van de uitvoering belangrijke vaste onderdelen.

(7) In dit voorbeeld trad een aantal "spontane" kontekstveranderingen op: het-met veel genoeg- in de zomertijd in de woning van vrienden verkeren en de verhuizing naar een woning buiten de stad. Het was duidelijk dat Marie het in haar oude woning niet meer kon uithouden. Buitenshuis had zij ook geen last van haar dwangen. Zou men nu kunnen stellen, dat de gehele behandeling overbodig is geweest omdat de verbetering door die spontane ekologische veranderingen wel vanzelf zou zijn gekomen?

Ik meen van niet. Op z'n minst heeft de therapie dit gezin door een moeilijke overgangperiode (wachten op de verhuizing, Jetty naar school, Hans van baan veranderen) heen geholpen. Maar meer dan dat heeft het echtpaar op diverse manieren geleerd om z'n probleemoplossend vermogen te vergroten. Zeker wat de opvoeding van Jetty betreft waren er belangrijke spanningsbronnen die niet door een verhuizing zouden zijn verdwenen. Daarmee was de kans groot, dat Marie in haar nieuwe huis na verloop van tijd weer in haar dwanghandelingen zou vervallen. Het relativeren van eigen 'rare gedachten', tenslotte, is een winst die Marie toch echt aan de therapie heeft te danken.

(8) Een van de interessantste opmerkingen van de therapeut vond ik zijn beeldspraak in de twaalfde zitting, waarin hij opmerkte dat Marie graag schone kommunikatie-kanalen met Hans heeft maar helaas de verkeerde objekten schoonmaakt

Dit is een voorbeeld van kognitief herstructureren, waarmee het symptomatische gedrag op een positieve manier in een relationele kontekst gebracht werd.

Ik wil hier een drietal gedachten/opvattingen van anderen weergeven die bij deze beeldspraak lijken aan te sluiten. De eerste is Erickson's (1973) opvatting over symptomatisch gedrag: "Het feit dat een patiënt symptomen heeft betekent dat poging wordt gedaan -op enig psychologisch of fysiologisch vlak- om een moeilijke toestand te veranderen. Dat een patiënt gestoord is in zijn gedrag betekent, dat hij in nood zit en dat hij zich wenst in te spannen voor verandering van deze situatie, maar dat hij deze krachtsinspanning niet korrekt richt".

De tweede is Mary Douglas' (1966) opvatting over schoonmaken, weergegeven in haar interessante anthropologische studie "Purity and Danger": "In het verwijderen van vuil, in het opruimen, in het versieren worden wij niet geleid door angst om aan ziektes te ontsnappen, maar zijn wij onze omgeving positief aan het her-ordenen, brengen wij deze in overeenstemming met een idee. Er is niets angstigs of onberekenbaars in ons vermijden van vuil: het is een creatief moment, een poging om vorm aan functie te koppelen, om onze ervaringen tot één geheel te maken".

Is dit niet een prachtig voorbeeld van positief etiketteren? Tenslotte is Douglas' analyse van volkeren interessant waar erg veel reinigingsrites en taboegebieden voorkomen. Daar is de sociale orde frekwent gestoord en moeten pogingen ondernomen worden om de orde te herstellen. De symbolische manier waarop dat gebeurd is het reinigingsritueel. De sociale orde is er zo vaak gestoord, omdat deze door tegenstrijdige principes gekenmerkt wordt. Er is geen eenduidig principe, dat met macht en kracht in stand gehouden kan worden - bijv. dat de mannen de vrouwen de baas zijn. In zo'n reinigende maatschappij kan het bijvoorbeeld voorkomen dat het ene principe inhoudt dat mannen hun relatieve status definiëren in termen van het "veroveren" van vrouwen. Anderzijds kunnen de vrouwen niet door mannen gedwongen worden.

Een vrouw kan de hulp van een man inroepen tegen een be-
lager, maar op een volgend moment kunnen de rollen omge-
draaid worden. Veel zou nog over zo'n ambigue sociale
structuur en de functie van reinigingsrituelen kunnen
worden opgemerkt, maar laat ik mij hier beperken.

(9) Laat ik tenslotte vermelden dat de therapeut veel aan-
dacht heeft besteed aan (a) het veranderen van de volgorde
van Marie's handelingen in de loop van de dag. Een simpele
verwisseling, als het 's morgens boodschappen doen i.p.v.
in de namiddag, is bijzonder effectief -in mijn ervaring-
bij vrouwen met een schoonmaakdwang. Ook met (b) het ver-
anderen of invoeren van bepaalde gezinsrituelen - zoals
het gezamenlijk ontbijten met een precieze taakomschrijving
voor man en vrouw - is de therapeut uitvoerig bezig geweest.
Hij heeft met de invoering van het ontbijtritueel het gezin
's morgens een betere start gegeven en de groepscohesie be-
vorderd (wat inhield dat de afstand tussen Hans en Marie,
en Hans en Jetty, verkleind werd en tussen Marie en Jetty
iets vergroot werd). Dat ging aanvankelijk vrij moeilijk.
Keer op keer moest erop terug gekomen worden; zo ook op
het ritueel van de avondmaaltijd.

Hierop slaat het volgende citaat van Bossard & Boll (1950):
"Since primitive rituals are considered to be symptomatic
of the culture from which they derive, it is suggested
here that current family rites, once identified and iso-
lated, will also be symptoms of their respective group
cultures. As such they may be profitable subjects for
family study."

Waaraan ik maar wil toevoegen: en voor gezinsbehandeling.

Referenties:

Beech, H.R. & J. Perigault (1974): Toward a theory of obsessional disorder. In: Beech (ed), Obsessional States. Methuan & Co, Londen.

Boersma, K, S. den Hengst, J. Dekker, P.M.G. Emmelkamp (1976): Exposure and response prevention in the natural environment: a comparison with obsessive-compulsive patients. Beh.Res and Therapy, 14, 19-24.

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

Chedoke Child & Family Centra Procedure Manual 1971.

Cooper, J. (1970): The Leyton Obsessional Inventory. Psychological Medicine, 1, 48-64.

Douglas, M. (1966): Purity and danger. Routledge & Kegan Paul, Londen. *ook in Aula Pocket*

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

Hart, O. van der (1975): Relaties en Rituelen (I) Les rites de passage. Tijdschr. v. Direktieve Therapie, 3 (4), 61-71.

Hart, O. van der (1976a): Behandeling van een man met een dwangneurose door middel van een conjoint therapie van het direktieve type; een replikatie. Tijdsch.v.Direktieve Therapie, 3 (6), 26-32.

Hart, O. van der (1976b): Relaties en Rituelen. In: K. van der Velden (ed), Direktieve Therapie. In voorbereiding.

Hart, O. van der (1976c): Metaforen II. Tijdschr.v. Direktieve Therapie, 3 (8), 27-34.

Hornsveld, R.H.J. (1976): De bruikbaarheid van het "anxiety/discomfort-reduction model" als verklaring voor obsessief-kompulsief gedrag bij patiënten met smetvrees en/of wasdwang. Doktoraalonderzoek, Afd. Klinische Psychologie van de Kliniek voor Psychiatrie A.Z.U., Utrecht.

Joele, L. & C.A.L. Hoogduin (1975): Behandeling van een man met een dwangneurose d.m.v. een conjoint therapie van het direktieve type. Tijdschr.v.Direktieve Therapie, 2 (10), 4-14.

Kraaimaat, F.W. & C.J.M. van Dam-Baggen (1976): Ontwikkeling van een zelf-beoordelingslijst voor obsessief-compulsief gedrag. Ned.Tijdschr.v.Psychologie, 31, 201-211.

Lewis, A.J. (1936): Problems of obsessional illness. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 29, 325-336.

Lange, A. & O. van der Hart (1975): Gedragsverandering in gezinnen. Tjeenk Willink, Groningen.

Rachman, S. (1976): *Obsessional - Compulsive checking*
~~The modification of obsessions: a new formulation.~~ Behav.Res. & Therapy, 14, ~~437-443.~~ 269-277

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

Rosen, M. (1976): A dual model of obsessional neurosis. J. of Consulting & Clinical Psychology, 43 (4), 453-459.

Velden, K. van der (1975): In het voetspoor van Joele en Hoogduin. Tijdsch.v.Direktieve Therapie, 2 (11), 77-86.

- "Het onderbewustzijn is erg grof. Kruipt hij nog steeds op zijn knieën door zijn kamer rond om alles aan te raken?"
- "Hij voelt zich omringd door goden die hij tevreden moet stemmen. Alles is heilig. Als hij in een andere eeuw had geleefd, was hij vereerd als een heilige."
- "Die arme gekke stakker."
- "De primitieve mens leefde in een wereld van angstaanjagende kleine goden. De Rooms-Katholieken leven daar nog in."
- "Ik weet wel dat hij religie als louter obsessie beschouwt."

Dialogo uit: "De Sacrale en Profane Liefdesmachine" van Iris Murdoch

BEHANDELING VAN EEN VEERTIENJARIGE JONGEN MET DWANGRITUELEN EN VRAAGGEDRAG DOOR MIDDEL VAN EEN DIREKTIEVE THERAPIE WAARBIJ DE GEZINSLEDEN BETROKKEN WERDEN.

Kees Hoogduin,
december 1976

1. Inleiding

De behandeling van dwangverschijnselen is steeds weer een uitdaging. In dit tijdschrift heeft een aantal auteurs verslag gedaan van een succesvolle behandeling (Joele en Hoogduin, 1975; Van der Velden, 1975; Van der Hart, 1976, Van Dijck, 1976).

In het onderstaande wordt uitvoerig een behandeling beschreven van een veertienjarige jongen die met zijn dwangrituelen en vraaggedrag de gang van zaken binnen het gezin volledig (ont)regelde. De vader van ons klientje maakte steeds uit eigen beweging over de periode die tussen de opeenvolgende zittingen lag, een verslag. Het verslag van de verschillende zittingen wordt gevolgd door een rapportage van de vader over de op de zitting volgende periode.

2. Het voorbeeld

a. De verwijzing:

In augustus 1976 wordt Patrick door zijn behandelend psychiater naar de jeugdafdeling van de Stichting Geestelijke Gezondheid voor onderzoek verwezen.

Uit de begeleidende brief het volgende: "Patrick heeft sinds een vakantie in Overijssel - 4 maanden geleden - vele angsten en dwangrituelen. Gedurende deze vakantie had hij een ritueel van strijken langs bedden en stoelen niet af kunnen maken. Sindsdien dacht hij dat "een stuk van zijn geest" achtergebleven was. Langzamerhand is de hele familie betrokken geraakt bij zijn angsten en dwangrituelen. Psychiatrisch wordt gedacht aan een beginnende schizofrenie of een ernstige identiteitskrisis."

Van augustus tot eind september wordt hij door een psycholoog van de jeugdafdeling behandeld. Op 27 september 1976 wordt de jongen naar de volwassenafdeling doorverwezen.

b. De voorgeschiedenis:

Patrick is het tweede kind van drie; zijn oudere broer zit in de vijfde klas van het Atheneum; Patrick zit in de derde klas; het jongere zusje in de brugklas.

Het gezin komt uit Indonesië en is chinees van oorsprong. Vader was directeur-ingenieur van een Shell-onderneming in Indonesië. Hij werkt sinds enige jaren in Delft als wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de TH in Delft. Hij is een intelligente, preciese, wat over-korrekte, kleine man, die bereid lijkt alles te doen wat maar goed lijkt voor zijn gezin.

Moeder is mogelijk nog vriendelijker en korrekter dan vader; zij werkte in het verleden als apothekersassistente.

Sinds 1971 heeft Patrick gedachten die hem dwingen bepaalde zaken te doen. Deze gedachte-stem zegt hem: raak de stoel aan of gooi dat stuk papier weg. Sinds de paasvakantie in 1976 werden de klachten hinderlijker. Hij had de angst een stuk van zijn geest kwijt te raken. Om deze onzekerheid te beëindigen, vroeg hij zijn ouders (vooral zijn vader) hem te antwoorden op vragen als: "Ben ik mijn geest nu kwijt, of heb ik alles goed aangeraakt?" Dit vraaggedrag nam dusdanige vorm aan dat vader (het gedrag trad vooral in de (vóór)nacht op) onmiddellijk na het eten ging rusten om in de nachtelijke uren allerlei rituelen en vragen rond de rituelen met zijn zoon door te kunnen nemen.

Vlak voor zijn aanmelding heeft Patrick een fles vastgehouden waar hij "in zijn gedachten" een slang uit heeft zien komen die hem mogelijk gebeten heeft. Sindsdien wordt hij gekweld door de vraag of zijn bloed nu veranderd is in slangenbloed of niet.

In september stopte hij al zijn medikatie. Hij gebruikte in wisselende doseringen Trilafon, Valium en Dalmadorm. Deze medikatie had geen invloed op zijn klachtenpatroon.

Patrick moet volgens hemzelf veel dingen herhaaldelijk doen. Zijn gevoel dwingt hem ertoe, terwijl hij met zijn verstand degelijk weet dat het niet nodig is. Omdat hij probeert zich hiertegen te

verzetten, komt hij in een konfliktsituatie. Zoals hij het zelf vertelt, is de reden dat hij zich hiertegen niet kan verzetten: dat ik (zijn vader) hem o.a. bij zijn zogenaamde laatste gevoelens (een door hem zelf gestelde voorwaarde tot bepaalde voornemens) gestoord zou hebben (hem toevallig geroepen, terwijl hij aan zijn laatste gevoelens bezig was). Wanneer hem als antwoord gegeven wordt dat zijn vader hem niet met opzet heeft afgeleid, dan geeft hij zijn vader danook niet de schuld, maar vraagt toch steeds aan zijn vader waarom het gebeurd is; nu kan hij zich niet tegen het dwang-gevoel verzetten.

Het is een konflikt tussen verstand en gevoel en als zijn gevoel de overhand krijgt, raakt hij gespannen en depressief, zelfs al heeft hij zijn Valium-tabletten regelmatig ingenomen. Van zijn gevoel is hij erg moeilijk af te brengen.

Het herhaaldelijk dingen moeten doen, heeft hij volgens hemzelf reeds van zijn 9e jaar. Wanneer hij die dingen niet doet, zegt zijn binnenste dan dat zijn moeder of vader dood zal gaan. Hierover heeft hij zijn ouders nooit eerder verteld.

Sinds begin september wordt hij door zijn gedachten verhinderd om naar school te gaan. Ondanks alle aansporingen van zijn ouders, meester en klasgenoten, kan hij het niet opbrengen zijn lessen te gaan volgen.

c. De behandeling:

De behandeling nam 7 zittingen in beslag met een tussenperiode van één of twee weken.

Het verloop van de behandeling wordt weergegeven door een verslag van de zittingen, gevolgd door een verslag van de navolgende periode. Het verslag van de periode tussen twee zittingen werd door de vader gemaakt.

1e zitting:

Aan de orde komen achtereenvolgens:

- a. de dwangrituelen;
- b. de vraagzucht;
- c. het schoolverzuim.

De ouders bevelen hun zoon op vragen van de therapeut antwoord te geven. Patrick zwijgt en kijkt omlaag. Het is opvallend hoe gemakkelijk dit vriendelijke, over-korrekte ouderpaar overschakelt op een snauwerig dwingende, eisende spreektrant, wanneer zij het woord tot Patrick richten. Onmiddellijk aansluitend wordt op een vriendelijke wijze voor Patrick geantwoord. Met een "Is het niet zo, Patrick?", waarop Patrick knikt, wordt de zaak afgehandeld. Patrick zegt gedurende de zitting nauwelijks iets. Aan het einde van de

zitting vertrouwt hij de therapeut toe geen enkel heil van de behandeling te verwachten.

ad a.: De dwanggedachten worden vergeleken met religieuze gedachten. Ook daar is het verstand niet in staat alles te bevatten, terwijl het gevoel, het geloof, de twijfel toch ook een grote betekenis heeft. Het zich op 14-jarige leeftijd durven begeven op dit religieus-filosofische terrein vereist een grote dapperheid.

De therapeut vertelt dat Patrick door zijn dapperheid op dit moment meer vragen heeft losgewoeld dan hij zelf kan beantwoorden. De rituelen moeten als konsekwenties hiervan gezien worden.

Tevens wordt gewezen op de leeftijd van Patrick. De puberteit is de periode die - zoals zo vaak gezien wordt - zich bij uitstek leent voor dit soort wijsgerig denken.

ad b.: Hoewel Patrick deze vragen zelf als konsekwenties van zijn religieus-wijsgerig bezig-zijn, heeft opgeworpen, lijkt het voor de hand liggend dat hij zijn vader - een wetenschapsman, die door hem zeer bewonderd wordt - om antwoorden vraagt. Vader en ook moeder zijn echter niet in staat om deze vragen te beantwoorden, omdat zij zich niet op dit religieus-wijsgerig terrein bewegen. Patrick is de enige die de antwoorden, de oplossingen op deze vragen kan bedenken. Het is echter noodzakelijk dat Patrick de ruimte krijgt waar hij zich zonder afgeleid te worden, kan konsentreren. Er moet dus een ruimte als "konsentreer-ruimte" voor Patrick gereserveerd worden. Wanneer Patrick opnieuw een vraag aan vader of moeder zal stellen, zullen deze hem antwoorden: "Jij bent de enige die het antwoord op de vraag kan bedenken; ga je maar konsentreren in je kamer."

Met de ouders kan deze afspraak gemaakt worden, terwijl ook Patrick door ja te knikken, zegt akkoord te gaan met de procedure. Ook stemt hij in met een verzoek om te monitoren: hij zal het aantal minuten konsentreren per dag optekenen.

ad c.: Op vragen van de ouders naar aanleiding van zijn schoolverzuim wordt door de therapeut een duidelijk standpunt ingenomen (Patrick was in de tweede klas een van de beste leerlingen).

Er moet nu eerst aan zijn persoonlijkheid gewerkt worden:
 "Of hij nu een jaar eerder of later ingenieur wordt, maakt
 toch niets uit? Nee, laat die school maar rusten, etc...."

Verslag van de toestand van Patrick, periode 27 september tot
 11 oktober:

Na het gesprek op 27 september, 2 dagen tamelijk rustig. Vraagt
 nog wel naar het antwoord op zijn steeds terugkerende vraag (of
 hij wel goed bloed heeft nadat hij op 13 september een fles heeft
 vastgehouden en waar in zijn gedachten hij een slang uit heeft
 zien komen die hem gebeten heeft). Ons antwoord is: "Je weet het
 antwoord zelf wel, konsentreer je hierop."

Naderhand vertelt hij dat hij de moed niet meer heeft tegen de
 dwanggedachten te vechten, omdat hij het antwoord op de "vraag"
 niet weet. Hij schraapt erg veel met zijn keel, is onrustig en
 loopt het hele huis heen en weer en kan heel plotseling in een
 depressieve bui raken. Deze toestand houdt circa 30 minuten aan,
 maar vraagt niet om een medicijn.

Wel is hij vaak treurig en ligt kronkelend in bed met zijn ge-
 dachten ergens anders. Af en toe trilt zijn lichaam alsof hij
 ziek is, maar een tijd daarna is hij goed. De hele week is hij
 thuis en wil het huis niet uit, behalve op zaterdag wanneer hij
 met leeftijdsgenoten gitaar speelt (in Zwijndrecht; wordt door
 vader gebracht) en zondagmorgen wanneer hij gitaar speelt voor een
 Evangelische Kring.

Hij stelt voor zichzelf bepaalde regels in; of hij iets wel of
 niet mag doen. Dit heeft ook met de tijd te maken, of met de dag,
 want vaak wacht hij tot middernacht om iets te doen, waardoor hij
 laat naar bed gaat; hij staat dan ook laat op, tussen 10 en 12 uur
 in de middag.

De kernvraag naar het "antwoord" vraagt hij bijna altijd aan zijn
 vader. Hij (huilend) smeekt hem bijna om hem te helpen, om te
 piekeren hoe hem te helpen. Hij raakt ook vaak uit zijn humeur,
 zeggende dat zijn vader niet genoeg voor hem piekert, terwijl zijn
 vader weet dat hij ziek is. Om te tonen dat hij ziek is, ligt hij
 op bed en brengt zichzelf in opgewonden toestand. Hij vertelde
 eens dat hij zijn leven vergelijkt met een lamp die stuk is. Er is
 dan geen stroom, ook geen snoer of gereedschap - hoe moet hij die
 lamp dan weer brandende krijgen -; zo negatief kan hij zijn.
 De laatste tijd vertelt hij dat hij bang is iets in zijn handen te
 houden, bang om een boek te pakken, of zijn radio aan te zetten;
 we zien echter dat hij zijn fototoestel wel gebruikt.

2e zitting:

De op de eerste zitting ingezette strategie wordt voortgezet. Zijn
 goede intelligentie wordt nog eens naar voren gebracht om hem ge-
 rust te stellen over zijn schoolverzuim.

Patrick praat wat gemakkelijker. Eerst nu wordt duidelijk hoe
 moeilijk de ouders het hebben gehad iets voor hem te doen. Bijvoor-
 beeld: vader brengt het gesprek op "Fietsen is goed voor Patrick";
 Patrick reageert hierop met de mededeling: "Ik wil heel graag
 fietsen, pappa, maar het vervelende is dat ik er geen zin in heb."

Waarop vader de therapeut wanhopig aankijkt. Het "Dan ben je er nog niet aan toe" van de therapeut geeft de richting van de benadering aan.

Weekverslag Patrick over de periode 13 oktober tot 18 oktober: Aan de afspraak dat wanneer Patrick met vragen komt hem daar geen antwoord op te geven, maar hem over zijn vraag te laten konsentreren, was ook door Patrick goed de hand gehouden. De hele week heeft hij mij die vraag niet gesteld.

Slechts een enkele maal was hij een weinig overspannen. Vlak voor het naar bed gaan op woensdagavond, kwam hij bij ons op de kamer, bedrukt, en zei dat hij een nieuwe gedachte heeft gekregen, namelijk alles slechts eenmaal te doen. Hij schudde me (terwijl ik in bed lag) bij de schouders heen en weer en op mijn vraag waarom hij dat deed, zei hij dat hij pijn heeft en zodoende de pijn met mij deelde. Als dat zo is, zal ik jou maar heen en weer schudden, waar hij in toestemde en het eindigde in een spel.

Wel is hij de hele week bedrukt, teruggetrokken in zijn kamer, vaak in gedachten afwezig, weinig zin hebbend in alles. Bij de vraag waarom hij zo afwezig is, antwoordt hij dat hij dan aan het konsentreren is.

Wanneer er afleiding is, doet hij gewoon mee. Zaterdagmiddag hebben we samen drie uur gewinkeld; zondagmiddag ook circa 3 uur gespeeld in de Delftse Hout (ballen, hockeyen).

In de avonden heeft hij de meeste moeite, slaapt nooit vóór 12 uur 's-nachts en staat dan ook laat op. Hij heeft geen medicijnen ingenomen.

3e zitting:

Patrick interesseert zich meer voor zijn omgeving; hij gaat meer naar buiten, fotograferen, schaatsen en gitaar spelen. Bij het gesprek wordt hij aktiver. Hij zegt de therapeut de zin van de behandeling in het geheel niet te zien.

Na deze opmerking kijkt de therapeut wat ongelukkig naar de ongelukkig kijkende ouders, terwijl Patrick voor het eerst lacht.

Na plaatsing van het direktief "Als Patrick u vragen stelt naar aanleiding van zijn religieus-wijsgerig denken, stuurt u hem naar de konsentreer-kamer" heeft Patrick zijn ouders gedreigd met het plegen van zelfmoord als ze geen antwoord gaven.

Patrick praat er nu over reeds dood te zijn. Na enige uitleg van zijn kant blijkt hij, wanneer hij zegt dood te willen zijn of dood te zijn, het gevoel te hebben dood te zijn. Dood-zijn wordt in deze zin in de verdere behandeling gebruikt.

De ouders blijken al jaren niet meer eens samen uit te gaan. Moeder zou dit erg graag willen. Ze wordt gestimuleerd dat weer eens te doen. Vooral na zo'n moeilijke tijd die het gezin achter de rug

heeft (!), zal hen dat goed doen.

Verslag Patrick over de periode 19 oktober tot 26 oktober:
Uit de vragen die Patrick me stelt, heb ik begrepen dat hij met het probleem van konsentreren zit. Hij kent het antwoord van zijn vraag wel, maar kan het niet aannemen. Hij vraagt zich af wanneer de tijd zal aanbreken dat hij het kan aannemen. Soms huilt hij en is kwaad om duidelijk te maken dat hij nog niet beter is. Door een vriend is hij te logeren gevraagd. Hij zou donderdag jl. worden opgehaald, maar op het allerlaatste ogenblik heeft hij het afgezegd met de reden dat hij zich in een vreemd bed niet thuis zal voelen. Wel zou hij bij de vriend de hele dag willen verblijven. Het weg zijn van huis doet hem ogenschijnlijk goed; hij kan gemakkelijk ergens een hele dag zijn waar hij wat te doen heeft. Alleen thuis verblijft hij vaak in zijn kamer met de deur dicht en vraagt dan niet gestoord te worden, zoals gisteren, maandagmiddag.

In de avond vertelde hij mij dat hij die middag met veel nieuwe gedachten te kampen had (spoelen, slikken) en pijn gekregen had wanneer hij daartegen vocht. Doet hij dat niet en gaat hij spoelen, dan krijgt hij steeds nieuwe gedachten erbij. Hij vraagt me dan wat hij doen moet.

Met zijn problemen komt hij in de avond bij zijn vader. Hij kijkt altijd al uit naar de tijd dat zijn vader van zijn werk thuiskomt. Wanneer hij zijn problemen verteld heeft, wat soms met huilbuien en harde woorden gepaard gaat wanneer hij niet begrepen wordt, lijkt hij een ontspannen indruk te geven. Zijn moeder vraagt hij nooit wat; laat haar zelfs weggaan wanneer hij met zijn vader bezig is.

4e en 5e zitting:

Patrick eist niet meer van zijn vader hem te antwoorden, maar hij vertelt het niet meer vol te houden. Hij zegt zo geplaagd te worden door allerlei gedachten en spanningen dat hij geen perspectief meer ziet.

Hier wordt op ingehaakt en met begrip voor zijn onhoudbare toestand wordt Patrick een wonderpil aangeboden. Deze wonderpil zal zijn klachten doen verminderen. Patrick heeft echter bij herhaling gezegd geen medicijnen te willen gebruiken op nogal aannemelijke gronden: medicijnen stellen het oplossen van de problemen alleen maar uit en na het stoppen van de medicijnen komen de problemen in alle ernst weer terug. Wanneer het werkelijk onhoudbaar voor hem wordt, kan hij volstaan met een telefoontje; hij zal dan de "wonderpil" kunnen krijgen. (Deze wonderpil is Semap, een antipsychoticum met een werkingsduur van ongeveer 1 week).

Patrick heeft allerlei smak-, snuif- en gorgelrituelen ontwikkeld. Een poging om deze op vaste tijden te laten oefenen, weigert hij; aansluitend verminderen deze klachten.

Ondertussen nemen zijn activiteiten buitenshuis toe. Zijn ouders bevestigen nog eens dat hij dan eigenlijk volledig klachtenvrij funktioneert. Daarnaast blijken vader en zoon nog steeds veel samen te doen, maar er heeft een verschuiving plaatsgevonden van vragen door Patrick en zonder sukses proberen te antwoorden door vader, naar samen sporten en fotograferen.

Verslag Patrick periode 26 oktober tot 3 november:

Patrick heeft nog steeds moeite met konsentreren; het lukt hem niet, omdat andere gedachten hem plagen. Zo is hij tijden bezig met dribbelen, heen en weer lopen in huis. Het gorgelen is iets minder geworden, maar in de plaats daarvan blaast hij veel door zijn neus, terwijl hij heen en weer gaande bewegingen doet, meest in bed. +

Er zijn tijden dat hij rustig is, maar ook tijden dat hij zich niet goed voelt en pijn heeft. Zijn pilletje slikken, wil hij niet. Hij heeft het nog wel eens over zijn "kernvraag", waarvan hij het antwoord weet, maar nog niet kan aannemen. Zodoende kan hij moeilijk tegen alle andere gedachtengangen vechten. Elke dag wanneer hij wakker wordt, beginnen de moeilijkheden opnieuw, zegt hij en vraagt dan wat zijn toekomst zijn moet.

Afleiding doet hem (tijdelijk) goed, maar Patrick werkt zelf niet mee om die afleiding te zoeken.

+ Het op gezette tijden oproepen van deze gedachten-handelingen kan of wil hij nog niet.

Aktiviteiten:

- dinsdag 26 oktober: 2½ uur foto's afdrukken thuis, Patrick en vader;
- woensdag 27 oktober: 3 uur schaatsen in de Uithof, Patrick en vader;
- donderdag 28 oktober: 2 uur foto's afdrukken thuis, Patrick en vader;
- zaterdag 30 oktober: van 10 - 17 uur sport en gitaar spelen, Patrick en vrienden;
- zondag 31 oktober: van 10 - 13 uur gitaar spelen Evangelische Kerk, Patrick;
- dinsdag 2 november: 3 uur schaatsen in de Uithof, Patrick en vader.

Verslag Patrick periode 4 november tot 10 november:

Van konsentreren was er weinig gekomen. Hij dribbelt veel door het huis, gepaard gaand met heen en weer bewegingen van het lichaam, of met de handen zacht klappend, soms snuivend door de neus, af en toe met toegespitste mond.

Gedurende de laatste dagen worden de handelingen in erge mate gedaan, ook tussen de gesprekken door en ook in de auto als we onderweg zijn.

Aktiviteiten:

- donderdag 4 november: 2 uur: oud fototoestel gekocht op een advertentie en uitgeprobeerd door foto's te maken in de stad, Patrick en vader;
- vrijdag 5 november: 2 uur jeugdbidstond onder vrienden in Vlaardingen;
- zaterdag 6 november: van 10 - 18 uur sport en gitaartraining onder vrienden in Zwijndrecht;
- zondag 7 november: van 10 - 13 uur gitaar spelen in de kerk; 2 uur foto's ontwikkelen, Patrick en vader;
- maandag 8 november: 3 uur foto's afdrukken thuis, Patrick en vader;
- dinsdag 9 november: 3 uur schaatsen in de Uithof, Patrick en vader.

De volgende afspraak wordt door de vader afgebeeld: Patrick zou zich zo slecht voelen dat hij niet op de afspraak kan komen. Er wordt een afspraak gemaakt voor 6 dagen later.

Verslag Patrick periode 10 november tot 16 november:

Op woensdag aangedrongen om zich sneller te kleden voor de afspraak met dr. Hoogduin. Hierdoor kwam Patrick, die bezig was met dwanghandelingen, in een gespannen toestand (kreeg pijn). Dr. Hoogduin afgebeeld.

Er waren geen bijzonderheden voor de rest van de week. Gedurende de laatste twee dagen waren de dwanghandelingen verminderd.

6e zitting:

Deze zitting wordt voor een belangrijk deel gewijd aan de slechte slaapsituatie van Patrick. Hij slaapt met zijn oma op één kamer. De mogelijkheden van kamer te wisselen, een ander huis te betrekken, worden uitgebreid besproken.

Plots barst Patrick los: "Zit niet zo te zeuren over huizen. Ik moet geholpen worden." De therapeut antwoordt op dit moment geen ander onderwerp meer te weten en vraagt Patrick of hij een beter onderwerp weet.

Patrick stelt zoals steeds de behandeling weer ter discussie - dat er niets verandert - en dat zijn komst naar de therapeut eigenlijk zinloos is.

Ook nu wordt de omschrijving van Patrick aanvaard: hier komen is waardeloos, maar niet komen is niet beter. De therapeut stelt zich hulpeloos en onzeker op. Patrick kan een triomfantelijk lachje niet verborgen houden: een behandeling is noodzakelijk, maar deze manier van behandelen deugt niet.

Hij vertelt dat hij de dag vóór de zesde zitting een gesprek heeft gehad met de konrektor van zijn school over zijn school-achterstand. De therapeut spreekt zijn verwondering uit en maant hem tot niet te hard van stapel lopen. Daar de behandeling toch niet zoveel verandert, wordt het gezin een afspraak over 14 dagen i.p.v. over een week aangeboden.

Verslag Patrick periode 16 november tot 30 november:

Zoals in het vorige verslag reeds even is vermeld, heeft Patrick vanaf zondag 14 november tot op heden geen dwanghandelingen meer. Bij tijden trekt hij zich voor korte tijd terug in zijn kamer.

Uit eigen beweging heeft hij op dinsdag 16 november de konrektor van zijn school opgezocht (begeleid door zijn moeder) en afgesproken dat hij op maandag 22 november de school weer zal volgen. Patrick hoeft dan tot de kerstvakantie niet aan de repetities mee te doen.

Vanaf 22 november is Patrick iedere dag gewoon naar school en heeft alle lessen gevolgd (7 uur gewekt, 8 uur naar school op de fiets, enkele dagen van de week pas om 4 uur thuis).

Wel heeft hij twijfels over het naar school gaan. Omdat hij twee en een halve maand de school gemist heeft, vraagt hij zich af of het niet beter is maar het volgend jaar helemaal met de derde klas op-nieuw te beginnen; de redenen zijn niet, omdat hij de behandelde stof niet zou kunnen inhalen, maar het is bij hem een gevoelskwestie; gewoon omdat hij de lessen gemist heeft met alles wat erbij verteld is.

7e zitting:

Er komt een ander gezin binnen: Patrick vlot pratend, lachend; de ouders opgewekt, ontspannen. Patrick blijkt weer min of meer normaal binnen het gezin te functioneren: "Zoals vroeger."

Verdere kontakten worden van de hand gewezen. Tenslotte slaagt de therapeut erin als beloning voor zijn weliswaar onsuksesvolle inspanningen een follow-up-telefoontje te kunnen bedingen.

Wanneer het gezin de spreekkamer verlaten heeft, keert vader terug en zegt de therapeut toch echt wel dankbaar te zijn voor al de gedane moeite.

3. Diskussie

a. De "Pinpointing", de herformulering van de problematiek, het voorschrijven van het symptoom, het wegnemen van de bekrachtiging, het gebruik van een time-out en een zelf-monitoring vormen de basis van de beschreven behandeling.

- De klachten van Patrick blijken samengevat te kunnen worden als dwangverschijnselen die voor hem aanleiding zijn vragen te stellen aan zijn ouders (later alleen aan zijn vader), terwijl dezen ondanks al hun inspanningen niet in staat zijn deze vragen op voor Patrick bevredigende wijze te beantwoorden.

Zowel Patrick als zijn ouders zien de dwangrituelen als een ziekte met als implicatie dat bij dokters "genezing" gezocht wordt. De herformulering van de verschijnselen als uitingen van een diepzinnig religieus-wijsgerig denken van iemand die verkeert in een levensfase waarin men zich kritisch opstelt (de puberteit), legt

de verantwoordelijkheid voor de verschijnselen bij een "niet zieke".

- Als belangrijkste aspekt van de klachten wordt de interaktionele komponent gezien. Wanneer het symptoom voorgeschreven wordt, krijgt dit aspekt dan ook de aandacht. De rituelen, de gedachten worden als zaken die nu eenmaal gebeuren, geaksepteerd. Patrick wordt gestimuleerd om wanneer hij vragen heeft, deze niet langer op te houden, maar deze onmiddellijk naar zijn ouders af te vuren. In dit tijdschrift werd een succesvolle behandeling van een klient met dwangverschijnselen beschreven (Joele en Hoogduin, 1975). De klachten waren samen te vatten als het voortdurend stellen van vragen van de klient aan zijn vrouw en het "uitdenken van dwanggedachten" op het toilet waarin hij zich opsloot. Deze man kreeg als direktief: "Vraag zoveel u wilt aan uw vrouw; zij zal u geen antwoord meer geven, maar u naar het toilet sturen om het zelf uit te denken." Op deze manier wordt de bekrachtiging door de gezinsleden opgeheven.

De werkzaamheid van dit direktief zou ook op andere gronden verklaard kunnen worden. Rachman (1976) ziet het vraaggedrag ("checking") vooral als een gedrag om schuld en vrees voor kritiek te vermijden. Het "checking"-gedrag levert nu juist veel kritiek op van de omgeving. Deze kritiek zal dit gedrag danook doen toenemen. Wanneer we de omgeving d.m.v. het gegeven direktief niet meer met kritiek laten reageren, maar de klient laten verzoeken zich naar de time-out te bewegen, zullen de verschijnselen ook afnemen.

- Van der Velden (1975) en Van der Hart (1975) beschreven ieder een klient die eveneens met vraaggedrag zijn omgeving overstelpte. Door beiden werd aan het voorschrijven van het vraaggedrag en de beëindiging van de bekrachtiging door familieleden een time-out-procedure toegevoegd. De klient wordt door de gezinsleden na het stellen van de vraag naar de slaapkamer verwezen "om het zelf uit te denken". Hoewel Van Dijck (1975) een voorbeeld geeft van een kliente met vraaggedrag die op een vergelijkbare wijze behandeld werd zonder time-out, werd bij Patrick vooralsnog wel gekozen voor de time-out-procedure. Patrick wordt na zijn vraaggedrag door de betrokken ouder naar "een kamer om zich te konsentreren" gestuurd. Hij zal deze kamer eerst weer verlaten als hij de vragen zelf uitgewerkt en "uitgedacht" heeft.

- Tenslotte wordt verzocht de tijd die hij op de konsentreer- kamer doorbrengt, zorgvuldig te registreren. Patrick zegde toe dit te doen, maar deed het in het begin niet of onvolledig. Dit is afwijkend van wat gebruikelijk gevonden wordt. Meestal maken mensen met dwangverschijnselen uitvoerige en minitieuus bijgehouden overzichten.

De eerste zittingen werden gebruikt om het beschreven direktief te plaatsen. Vaak zijn er meerdere zittingen nodig, omdat de ervaring leert dat het gezin "lekkers" zoekt en vindt, waardoor veranderingen tegengegaan worden. Deze lekkage kan bestaan uit: af en toe toch vragen beantwoorden, vragen stellen in de vorm van statements en daar bevestiging voor zoeken, andere tot nu toe minder betrokken gezinsleden erbij betrekken, of gewoon dreigen met agressief gedrag of plegen van zelfmoord als niet op gestelde vragen wordt ingegaan.

Wanneer het direktief tenslotte effect sorteert, ontstaat gebruikelijk een gezinskrisis. Dit uit balans zijn van het gezinssysteem is vaak noodzakelijk voor verandering van individuen binnen dat gezin en een herstrukturering van het gezinssysteem (Minuchin, 1973, blz. 148 e.v.).

b. Binnen het gezinssysteem was een hevige machtsstrijd ontstaan.

Door middel van de dwangverschijnselen en het vraaggedrag kontroleerde Patrick de gezinsrelaties.

Na blokkering van het antwoordgedrag van de vader bloeide deze machtsstrijd met vader en de therapeut op: "Als ik geen antwoord krijg, spring ik van het balkon", of tegen de therapeut: "Ik kom niet meer, want dit helpt toch niet".

Bij de behandeling kwam er één direkt verzoek van de therapeut aan Patrick aan de orde, nl. het verzoek tot monitoring. Dit werd door Patrick niet of zeer onvolledig uitgevoerd.

Patrick keek gedurende de gesprekken de therapeut slechts sporadisch aan. Met zijn houding leek hij aan te willen geven er niet bij te willen horen. Na enkele onsuksesvolle pogingen rechtstreeks met Patrick te kommuniseren, werd verder voor een Erickson-benadering gekozen door steeds uitgebreid aan zijn gezinsleden weer te geven wat Patrick over een aantal zaken zou vinden. Wanneer deze opmerkingen een zeer onbenullig karakter aannamen, hield Patrick het niet langer uit en spuide zijn kritiek op de therapeut direkt.

Als Wolberg (1967) schrijft: "The obsessional is an expert in "one-upmanship" lijkt dit voor Patrick geschreven.

Er treedt symptoomverschuiving op van dwangrituelen naar wanhoop en depressie, maar ook met deze klachten worden vader en therapeut in een machteloze positie geplaatst. De volgende manoeuvre van de therapeut dient ook in het kader van de machtsstrijd gezien te worden. Hij biedt een wonderpil aan die Patrick nemen kan "als het hem echt teveel wordt". "Niemand wil dat jij zo lijdt, als je het niet meer aankunt, vraag dan gerust om hulp", maar dat laatste kan en wil Patrick juist niet. Zijn ouders wordt aangeraden hem wanneer hij zegt dat hij het zeer moeilijk heeft, de therapeut te laten bellen voor de wonderpil.

Wanneer Patrick gebeld zou hebben, had hij 1 tablet Semap per week gekregen, een medikament met een Piperidine-kern. Dit middel heeft een werkingsduur van een week en zou effectief zijn bij de bestrijding van dwangverschijnselen (zie Repertorium 1977, O'Regan 1970).

- c. Met betrekking tot zijn schoolverzuim werd gekozen voor meegaan met de weerstand (vergl. Joele en Hoogduin, 1975 en Hoogduin en Joele, 1975). Het niet naar school gaan, wordt aanvaard als een verstandig besluit. Op een indirecte manier wordt echter gestreefd naar "school-hervatting". Formuleringen als: "Jij met je goede intelligentie kan best een jaar missen, eerst maar eens aan jezelf werken" en "Je bent er nog niet aan toe" zijn bruikbaar. Hij kan natuurlijk best een jaar missen, maar een jongen met zo'n hoog streefnivo (één van de beste van de klas) wil geen jaar missen.

Wanneer hij dan toch naar school gaat, moet er zorgvuldig gehandeld worden. In dit geval deugde er toch niets van de therapeut; een nieuwe taxatiefout (nl. het verkeerd inschatten van de mogelijkheden van Patrick met betrekking tot schoolhervatting) kon daar nog wel bij.

- d. Patrick werd aangemeld met als differentiaal diagnose +: schizofrenie of identiteitskrisis. Inderdaad waren zijn gedachten, rituelen en vele tics (snuitjes trekken, geluiden uitstoten, vuisten maken) vaak bizar en moeilijk te begrijpen, terwijl dwangverschijnselen nogal eens in verband met schizofrenie beschreven worden ("Compulsive behavior may appear or if already present become intense. Occurrence of multiple or disabling compulsive symptoms in a young person

suggests the possibility of schizophrenia - Bemporad & Pinker, 1974 -").

Van het begin af aan waren de relationele aspecten van de symptomatologie zo evident dat aan deze differentiaal diagnostische problematiek werd voorbijgegaan. Het klachtenvrij functioneren buiten het gezinssysteem, het toenemen van de klachten als de ouders in de buurt waren, gaven de therapeut aanleiding direkt met een op deze relationele aspecten gebaseerde direktieve therapie te starten.

Op dit moment kon het gezin een moeilijke periode afsluiten. Over de prognose blijft echter onzekerheid bestaan.

Referenties:

Bemporad, J.R. & Pinsker, H. (1974): Schizophrenia: the Manifest Symptomatology, in American Handbook of Psychiatry, Basic Books, N.Y.

Dijck, R. van (1976): Is time-out noodzakelijk, T.D.T., 3-7-19

Hart, O. van der (1976): Behandeling van een man met dwangneurose door middel van een conjoint-therapie van het direktieve type; een replikatie, T.D.T., 3-6-26

Hoogduin, C.A.L. en Joele, L. (1975): Werkhervatting, T.D.T., 3-3-64

Joele, L. en Hoogduin, C.A.L. (1975): Behandeling van een man met een dwangneurose door middel van een conjoint-therapie van het direktieve type, T.D.T., 2-10-4

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

Rachman, S. (1976): Obsessional-compulsive Checking, Behav. Res. & Therapy, 14, 269

Regan, J.B. O' (1970): Treatment of Obsessive-compulsive Neurosis with Haloperidol, Can. Med. Ass. Journ., 103-167

Reper~~torium~~ Verpakte Geneesmiddelen (1977), blz. 43

Velden, C.P. van der (1975): In het voetspoor van Joele & Hoogduin, T.D.T., 2, 11, 77

Wolberg, L.R. (1967): The Technique of Psychotherapy, Grune and Stratton, N.Y.

Tine Druif stuurt de redactie een brief van Willem Kloos waarin hij "zeurgedrag" van zijn partner probeert te blokkeren.

516

Bismarck, Pastoor
2 Juli '99.

Allergoeddelijkt lief en lieve
allergoeddelijkste,

Zoo even deed ik een vers aan je
op de post, dat loeven op eens
in mij ophuwam, en mijn verrukken
lyke - zalig weten, dat je nu overke,
lyke en waarachtig komt. Maar
toe, lief, schied nu uit met dat
onmogelijke zeggen, dat je, Jeanne,
zoo lelyke bent. Weet je wat?
Als je hier bent en je berijkt er
weër over, dan zal ik je op eens zoo
ontzettend gaan loeven, dat je absoluut
bent niet weet waar je blijft. Om,
dat je dat liever niet hebt, zal je
dus wel je mondje erover houden.

Begin van een brief van Willem Kloos aan zijn a.s. vrouw Jeanne Reyneke van Stuwe. Het echtpaar heeft de liefdesbrieven in 1927 gepubliceerd. Ze werden dikwijls slordig afgedrukt en bevatten nogal wat coupures.

Willem Kloos heeft hier een fraaie oplossing bedacht: òf ze zwijgt, dan zit Willem goed, òf ze zegt het door hem verfoeide en dan zit hij weer goed (door haar te kunnen kussen).

Het is voor Jeanne moeilijk het vooralsnog unilaterale kontakt te negeren, nl. "zeuren over lelijk zijn" is natuurlijk een na te laten gedrag, terwijl gestraft worden met kussen van de man waarvan je houdt, niet als een echte zware straf te zien is.

Nee, na deze konstruktie gaat Willem een goede dag tegemoet, tenzij Jeanne besluit dat je beter met iemand die zulke trucs bedenkt, geen verkering kan hebben!

Kort van Memorie.

Leen Joele

1. Inleiding.

1.1. Gedragsafwijkingen ontstaan op basis van hersenbeschadigingen zijn moeilijk te behandelen. Bij oligofrenen zijn goede resultaten beschreven met gedrags-therapeutische technieken; de token-economy (Ayllon en Azrin, 1968) is hier een voorbeeld van.

Moeilijker wordt het bij cliënten met specifiekere hersenletsels (de Moer en Orlemans, 1972).

De intelligentie is zeker niet de belangrijkste faktor voor het welslagen van de therapie. Bij oligofrenen wordt er in feite aan gewerkt om mensen te leren zich goed aan te passen aan het verzorgingsinstituut, van welke aard dat dan ook is.

Dikwijls zijn juist de cliënten die een normale intelligentie bezitten, doch specifiek-organisch gehandicapt zijn, het meest "gestoord" in intermenselijk, interaktioneel opzicht. Een duidelijk voorbeeld van deze categorie is de aphasie; weinig is erger dan te leven in een wereld waarin de verbale uitingen van anderen onbegrijpelijk zijn en je eigen woorden slechts tot onbegrip leiden.

1.2.1. Nog tragischer zijn de gedragsveranderingen die kunnen optreden na een cerebraal trauma. Vooral de veranderingen in het gedrag waarvan de irreversibiliteit pas later duidelijk wordt, worden vaak miskend:

..... the symptoms appearing in the course of a cerebral contusion, primarily or afterwards, often seems to bear no other relationship to each other than that they have occurred after a poorly defined blow to the head.

48

The word "subjective" is often no more than an euphemism for "hysterical" or any other psychiatric password that might come to mind (Joele en Endtz, 1976).

1.2.2. Met name het inkomplete Korsakov syndroom wordt dikwijls niet herkend; verwonderlijk is dit niet: zelfs wanneer alle klassieke symptomen aanwezig zijn, zoals bijvoorbeeld in het eindstadium van chronisch alcoholisme het geval kan zijn, wordt het dikwijls nog verward met geheugenstoornissen, zoals die in het kader van een globaal-dementieel beeld kunnen voorkomen.

1.2.3. Deze diagnostische problemen zijn waarschijnlijk het gevolg van de zeer speciale aard van het Korsakov defekt. Men heeft lang gedacht dat het een geheugenstoornis was op basis van een zuivere inprentingsstoornis. In feite is noch de initiële registratie en opslag op korte termijn van informatie, noch het uitvoeren van automatische gedragsvormen gestoord bij de cliënt met een Korsakov-syndroom.

Gestoord is een intermediaire functie: het Korsakov-syndroom treedt op wanneer het limbische systeem bilateraal beschadigd is. Pribam (1960) stelt: "limbic system lesions can be thought to interfere with behaviour because of some defect in the planning mechanism, and not because of disturbed emotion or motivation, nor primarily because of some global defect in memory. Limbic system function is thus conceived to be related primarily to the mechanism of the execution of complex sequences of action".

Meissner (1967) "Thus, at both ends of the memory spectrum, memory functions are intact. Consequently, the intermediate deficit found in the Korsakov syndrome reflects the impairment of a specific function that is probably mediated by temporo-ammonic circuits, namely the sequential organization of experience", en "..... the Korsakov lesions interfere with organization of complex sequences on the cognitional level".

2. Casuïstiek.

Arend en zijn "hardleersheid".

- 2.1. Arend werd opgenomen in het dagcentrum, omdat hij toenemend vereenzaamde, geen baan (in W.S.W.-verband) langer dan enkele maanden volhield, zijn omgeving voortdurend deed schrikken met impulsieve en zeer ernstige zelfmoordpogingen (uit een taxi springen, elektrocutie, ophangen, etc.) en in gezelschap niet te handhaven was vanwege zijn zeer geringe frustratietolerantie en volslagen gebrek aan sociale intuïtie: op deftige recepties sprak hij, vrijwel onverstaanbaar doch zeer geanimeerd, over de nieuwste aanwinsten in zijn masturbatie-bibliotheek, en zijn verlangen met een meisje te slapen; een en ander nadat de echo's van de kennismakingsfrases nauwelijks verklonken waren. Ook zat hij nogal eens op het politieburo, nadat hij in bars of sex-clubs ruzie had gemaakt.

Vanwege zijn zelfmoordpogingen was hij al eens eerder in Bloemendaal opgenomen geweest. Zijn wanhopige vader had hem overgehaald zich in dag behandeling te begeven door hem voor te spiegelen: "op Bloemendaal zorgen ze wel dat je een vrouw krijgt".

2.2. Voorgeschiedenis:

Arend is de zoon van een welgestelde fabrikant. Het heeft hem nooit aan iets ontbroken. In het kader van zijn H.T.S.-opleiding gaat hij in 1968 (hij is dan 19 jaar) voor een stage naar Engeland. Het is de afsluiting van zijn studie. Na 2 maanden wordt hij, geheel buiten zijn schuld, tijdens een ernstig auto-ongeval zodanig gewond dat hij 2 maanden comateus op een intensive-care afdeling verblijft. Hij wordt zeer zorgvuldig gerevalideerd en knapt buiten verwachting op. Bij tests blijkt zijn IQ maar weinig achteruit te zijn gegaan: 120 globaal met enige aanwijzing dat het vroeger hoger geweest moet zijn.

Zijn E.E.G. normaliseert zich in de loop van $\pm 1\frac{1}{2}$ jaar.

2.2.1. Hij is evenwel niet meer in staat zijn studie te hervatten en mislukt in snel tempo in een aantal alternatieve opleidingen en werkringen, telkens om dezelfde reden: hij kan zich niet konsentreren op zijn, dikwijls in de aanvang monotone, taken en stoot zijn omgeving af door voortdurend over zijn frustraties in seksueel opzicht te praten.

Hij probeert voor dit laatste probleem vele therapeuten, zonder sukses. Sommigen maken zich er zeer onmenselijk vanaf: "als je eens een veter om je pik bond!"

3. Verblijf in het dagcentrum en beloop van de therapie.

3.1. Arend gedroeg zich in de groep zoals uit de voorgeschiedenis verwacht kon worden. Hij was zeer enthousiast, dat er vrouwen in zaten en bracht reeds de tweede dag zijn verzameling pornografische lektuur mee. Aanvankelijk reageerde de groep geamuseerd, maar na 2 weken was Arend een duidelijke out-cast, die bovendien steeds meer als scape-goat gebruikt ging worden.

- 3.2. Bij mijn eigen onderzoek vond ik de volgende relevante zaken:
- a. Een zeer evidente, zogenaamde frontale of Brunnsse, ataxie.
 - b. Een ernstige spasticiteit van beide benen.
 - c. Een forse arthrose met bewegingsbeperking van beide heupgewrichten, waardoor zijn gang nog meer dan door de spasticiteit en de ataxie, belemmerd werd.
 - d. Een dysarthrie die als hij geëmotioneerd werd zijn spraak vrijwel onverstaanbaar maakte.

Samenvattend: hij deed denken aan een kruising tussen het monster van Frankenstein en Quasimodo.

- e. Voorts het eerder beschreven gebrek aan sociale intuïtie en
- f. een duidelijke posttraumatische impotentie; er bestond een onvermogen tot erectie onder alle omstandigheden.

3.3. Naast deze vele tragische en ~~irreversibele~~ restverschijnselen viel als één positief aspect op: Arend was zeer vatbaar voor korrekties; hij begreep het altijd best, wanneer hem door de groep of door de therapeuten werd uitgelegd dat hij door zijn manier van optreden de mensen van zich vervreemde, alleen hij hield zijn goede voornemens zelden langer dan 5 minuten vol.

Hij was verder zeer gevoelig voor complimenten wanneer het goed ging.

3.4. Op basis van deze gegevens formuleerden wij voor Arend de volgende beperkte therapeutische doelstelling:

1. Arend moet leren in gezelschap niet te dikwijls te interrumpen. Hij weet al dat dat slecht is voor zijn kontakten, maar hij vergeet het voortdurend, dus hij zal er steeds aan herinnerd moeten worden.
2. Arends gedrag tegenover vrouwen verhindert niet alleen seksueel contact, doch ieder contact. Hij moet afwachtender worden.

3.5.1. Ten aanzien van 1. werd de volgende opdracht gegeven: Arend had net als iedereen het recht zijn mond open te doen in de groepszittingen. Onze interventies mochten er niet toe leiden dat hij nurks ging zitten zwijgen.

Hij kreeg voor elk groepsgesprek 5 kaartjes, genummerd van 1 tot en met 5. Wanneer hij aandrang voelde om iets te zeggen moest hij een kaartje pakken, zich concentreren op het cijfer en bedenken wat hij ging zeggen en of het voldoende belangrijk was om er één van zijn kaartjes voor in te leveren. Als alle kaartjes ingeleverd waren mocht hij verder niets zeggen; kaartjes die hij overhield mocht hij bij een volgend gesprek gebruiken.

3.5.2. Ten aanzien van het toenaderingsgedrag tot vrouwen kreeg Arend de volgende procedure voorgeschoven: hij moest steeds 4 kaarten dragen op zak, waarop de volgende teksten stonden:

1. Wanneer er aantrekkelijke vrouwen in een gezelschap zijn kijk ik eerst even naar mijn kaartjes.
2. Gesprekken met vrouwen begin ik niet; ik wacht af tot ze iets tegen mij zeggen.
3. Wanneer ik met vrouwen praat, zeg ik niet dat ik met ze naar bed wil.
4. Ik blijf altijd minstens een meter van vrouwen vandaan, als ik met ze praat.

4. Resultaten.

4.1. Zowel Arend als de groep waren zeer enthousiast over het non-interruptie advies. Arend hield zich er scrupuleus aan. In het begin verbruikte hij zijn kaartjes snel, doch allengs ontwikkelde hij het vermogen om ze te sparen. "Ik krijg jullie nog wel" sprak hij dan, triomfantelijk met zijn kaartjes wuivend.

Er trad ook een generalisatie op van dit vermogen naar individuele gesprekken: "het is net of ik die kaartjes voor me zie". Een engelse psychiater die hem voor een schadevergoeding moest onderzoeken schreef: "he actually seems to have learned something".

4.2. Moeilijker ging het met de vrouwen. Arend bleef, overigens terecht, zeggen dat aan zijn impotentie niets gedaan werd. Onze enige reactie daarop was eigenlijk de enige mogelijke: "Arend, daar is niets aan te doen". Als hij stelde dat het leven dan geen zin meer had zeiden wij dat we zelfmoord zouden betreuren, omdat hij nog zoveel wél kon, doch dat hij natuurlijk vrij was om te doen wat hij wou. Arend hield met deze vorm van chantage op toen hij ontdekte dat onze bewering dat we noch de G.G.D., noch zijn vader van zijn plannen op de hoogte zouden stellen, de waarheid was.

Bovendien hield hij zich met meisjes, voor zover we konden nagaan, goed aan de afspraak. Dit leidde er toe dat hij enkele malen voor feestjes werd uitgenodigd en zelfs gezoend werd zonder dat hij er om had moeten vragen.

5. Follow-up.

Arend werd na 5 maanden dagcentrum ontslagen. Tot op heden werkt hij in een W.S.W. baan, die wat interessanter is dan zijn eerdere, inderdaad nogal monotone werk. Er hebben zich geen toestanden met de politie of zelfmoorden meer voorgedaan.

Hij is impotent gebleven, doch doet er de laatste tijd filosofisch over: "monniken leven toch ook, ik wil toch wel blijven leven, er is meer, etc."

6. Diskussie.

6.1. Arend is een voorbeeld van de stoornissen die kunnen optreden na een ernstig schedeltrauma. Bij hem is de organische genese van zijn gedragsstoornissen nog vrij makkelijk te traceren. In vele gevallen is dit veel moeilijker. Thiry et al (1954) vonden bij 400 cliënten met zogenaamde "subjectieve" klachten: "We have rarely failed to find an objective anomaly in patients with subjective complaints".

6.2. Bij een partieel posttraumatisch Korsakov-syndroom is de kans op diagnostische vergissingen ekstra groot. De speciale aard van het Korsakov syndroom leidt nogal een tot pseudo-psychogenetische beschouwingen. Men moet zich blijven realiseren dat een schedeltrauma dikwijls leidt tot beschadigingen juist in het gebied waar de linker en rechterhelft van het limbische systeem bij elkaar komen en dus tezamen beschadigd kunnen worden, hetgeen tot Korsakov symptomatologie leidt (vgl. o.a. Crompton 1971).

6.3. Gedragstherapeutisch zijn er bij het partiële Korsakov syndroom zeker mogelijkheden, indien de therapeut zich zowel de dikwijls veronachtzaamde mogelijkheden realiseert, als de defekten. Arend kon uitstekend leren, doch ook eenvoudige leerstof moest steeds herhaald worden om cognitief voldoende onderbouw voor gedragsverandering te verkrijgen. Generalisatie wordt in deze gevallen

alleen door voortdurende "reminders" bereikt. Bovendien kreeg Arend vanuit de groep veel sociaal reinforcement.

De prognose van dit geval blijft overigens dubieus. De irreversibele beschadiging in het endocriene systeem, de impotentie, zal in de toekomst nog wel tot problemen aanleiding geven.

Literatuur.

- Ayllon, T. en Azrin, N.; 1968; The token-economy; a motivational system for therapy and rehabilitation.
New York; Appleton-Century-Crofts.
- Crompton, M.R.; 1971; Hypothalamic lesions following closed head injury. Brain 94; 165-172.
- Joele, L.J. en Endtz, L.J., 1975; Traumatic Disorders of Pituitary Hypothalamic Function; Applied Neurophysiology, 38: 110-114.
- Meissner, K. 1967; Memory function in the Korsakov-syndrome. Journal of neurological and mental disease; 145, 2, 106- 122.
- Moer, W de en Orlemans, J.W.G., 1972; Inleiding tot de gedragstherapie; van Loghum Slateris; Deventer.
- Pribam, A; 1960; A review of theory in physiological psychology; Annual Review of psychology, 11; 1-40.
- Thiry, S; Tinant, M; Wouters, J. en Watillon, M.; 1954; Etude clinique, électro-encephalografique, ophthalmologique, oto-rino-laryngologique et radiographique de 400 malades présentant un syndrome subjectif des traumatisés du crâne. Acta chirurgica belgica; 53: 517-543, 598-633.

Instrumentarium voor (relatie)therapie I

Alfred Lange

1 Inleiding

Bij het bedrijven van therapie maakt ieder van ons waarschijnlijk gebruik van zijn eigen pakket aan huiswerkopdrachten. Wat mezelf betreft bedoel ik daarmee dat ik zo langzamerhand een set van min of meer pasklare opdrachten in mijn hoofd heb, waarvan de onderdelen aan de preciese situatie zijn aan te passen. In de loop der jaren ondergaat deze verzameling regelmatig wijzigingen. Sommige opdrachten verdwijnen uit het standard pakket doordat ze niet bevallen of slechts sporadisch gebruikt worden. Omgekeerd worden soms nieuwe opdrachten voor specifieke situaties bedacht, die later ook in andere situaties zinvol blijken te zijn. De 'lege stoel' (vgl. Lange, 1976a) is een voorbeeld van dit laatste.

In dit artikel wil ik een begin maken met het op een rij zetten van die opdrachten en hulpmiddelen waar ik het meest plezier van heb of nog verwacht.

2 Opdrachten op basis van monitoring

Vrij veel opdrachten hebben tot doel de cliënten inzicht te verschaffen in hun eigen functioneren. Zo worden ze in ieder geval verkocht. Cliënten moeten bijv. zichzelf of de ander(en) gedurende een bepaalde periode op systematische wijze observeren. De preciese instructies die de therapeut daarbij geeft zijn van belang voor de mate van reaktiviteit van het monitoren (vgl. Kazdin, 1974). Bedoeld wordt dat bepaalde manieren van zelf-registratie al invloed uitoefenen op het te registreren gedrag. Over dit aspect dient tijdens de instructies over het algemeen gezweven te worden. Integendeel, meestal wordt monitoring alleen geïntroduceerd als een prima manier om 'je bewust te worden van wat er precies aan de hand is' en dat is iets wat in onze cultuur, ondanks de operaties van de TDT-klub, nog altijd hoog in het vaandel staat.

2.1 Turven van eigen gedrag

Een cliënte, Maria, vertelt dat zij regelmatig last heeft van een onverklaarbaar gevoel van spanning. Zij vindt het moeilijk uit te leggen wat het precies is en heeft ook geen idee waar het vandaan komt. Als eerste stap lijkt mij dan geïndiceerd dat zij precies bij gaat houden op welke momenten zij die spanning voelt. Dat kan gebeuren door middel van een turflijst, die zij steeds bij zich draagt. Zoals t.a.v. monitoring altijd geldt, is het ook hier belangrijk om duidelijk af te spreken over welke periode zij moet turven. Als de symptomen bijv. erg veel voorkomen kan het zinnig zijn om 'samples' van de dag te nemen. Over het algemeen laat ik bij dit soort klachten de registratie echter permanent doorlopen. Als het dan teveel wordt, dan zorgt men wel dat het te turven gedrag of gevoel minder voorkomt. Het doel is dus tweeledig: enerzijds meer duidelijkheid, anderzijds het laten voortduren van de klachten minder aantrekkelijk maken.

2.2 Registreren van en bezinning op de klachten

Hierboven werd alleen geturfd. Wanneer het accent minder sterk ligt op het verkrijgen van duidelijkheid m.b.t. het patroon der klachten en meer op het onaantrekkelijk maken van het hebben van klachten, is het zinvol aan het registreren een ekstra opdracht te verbinden. Iedere keer als de cliënt 'dat bepaalde gevoel heeft' moet hij bijv. in een andere ruimte (of aan een bepaalde tafel) gaan zitten en gedurende een periode van X minuten opschrijven wat het precies is dat hij voelt. 'X' varieert bij mij van 15-60. Met deze opdracht heb ik tot nog toe veel succes gehad. Vooral bij cliënten met depressieve klachten als 'lusteloos', 'twijfel aan de zin van alles', 'apathisch' etc. De afname in symptomatisch gedrag, die door de opdracht tot stand komt kan verklaard worden uit twee bronnen. Ten eerste is er sprake van verandering van de input van stimuli, doordat de cliënt wordt gedwongen zichzelf in een andere omgeving te plaatsen. Ten tweede is er sprake van zelf-straf. Volgens de principes van operante conditionering moet dit tot afname van het gestrafte gedrag leiden. Het aardige van dit alles is, dat de therapeut het geheel op niet-konfronterende wijze kan brengen.

De instructies en rationale werden op judo-achtige wijze geïntro-
ceerd in het kader van 'bewustwording'. Een voorbeeld wordt beschreven
door Lange (1976a). Er is bij mijn weten slechts één contra-indikatie.
Dat is wanneer de cliënt uit zichzelf al een 'schrijver' is. Dwz. dat
hij vóór de opdracht gewend was om zijn onlusten steeds uitgebreid op
papier te zetten, of bijv. een dagboek bij te houden. Een voorbeeld
daarvan was Marie (Lange, 1975). Bij haar induceerde de opdracht geen
zelf-straf maar zelfbekrachtiging. Met het oog hierop is het verstan-
dig van te voren naar dagboek-neigingen van de cliënt te informeren.

2.3 Observatie van specifieke relationeel gerichte klachten

Sommige klachten van cliënten hebben rechtstreeks betrekking op een
partner. Bijv. 'ik vind haar vaak zo onkameraadschappelijk'; 'hij
geeft me het gevoel dat ik hem niks kan vertellen'; 'hij luistert
nooit naar me'; of 'hij doet nooit wat met de kinderen'. Hoe vager
de klachten hoe belangrijker het wordt om eerst eens aan registratie
te gaan doen. Bijv. door iedere keer, dat de partner hem/haar het be-
wuste gevoel geeft, dit te turven. Eventueel kan daaraan weer een 'be-
zinningsopdracht' gekoppeld worden. Dat laatste is vooral geïndiceerd
wanneer de cliënt zijn partner met zeuren en zuigen onder druk zet.
Wanneer hij dan steeds gedurende bijv. een half uur precies moet op-
schrijven wat die partner nu zo vervelend doet, neemt de lol van het
klagen wel af. Meestal stel ik bij het maken van de afspraak al vast
dat ik de geschreven teksten niet wil inzien. Het is uitsluitend voor
eigen gebruik van de schrijver. Dit geldt eveneens voor de in par. 2.2
beschreven variant. Voordeel hiervan is dat er op geen enkele wijze
bekrachtigende aandacht van buitenaf wordt gegeven, terwijl bovendien
de rationale van 'eigen bezinning' wordt versterkt.

2.4 Registratie van algemene relationele klachten

Hieronder valt de bekende 'irritatie-opschrijf' opdracht. De essentie
is dat beide partners alles wat hen op enigerlei wijze dwars zit ter
plekke opschrijven. 'Dwars zitten' wordt zeer ruim geïnterpreteerd.
Het kan iets zijn dat de ander fout doet, het kan ook iets zijn wat
hij nalaat. Vaak is het verstandig om de term 'irritatie' te vermijden
en bijv. te vervangen door 'iets wat u op dat moment van uw partner
wilt'.

De drempel wordt dan wat lager (vgl. bijlage voor een preciese instructie). Deze opdracht is geïndiceerd wanneer cliënten sterk escalerende ruzies hebben of wanneer er juist nooit ruzie gemaakt wordt. De gepaste verkoop-techniek ligt voor de hand: zelf inzicht krijgen in het patroon van wederzijdse irritaties, etc.

2.5 Vagere registratie van wederzijdse klachten en stemming: de stemmingsmeter

Opschrijven van iedere irritatie zonder op dat moment er iets over te zeggen is een preciese klus en doet nogal gekunsteld aan. In het begin van een behandeling behoeft dat geen bezwaar te zijn. Gedachtig de 'transfer of change'-principes moet je daarmee echter niet te lang doorgaan. Bovendien is het voor sommige mensen ook niet noodzakelijk om op een zo kunstmatige manier erachter te komen wat men van elkaar vindt. Een alternatief is de sinds kort door mij in gebruik genomen 'stemmingsmeter'. Deze houdt het volgende in. De cliënten worden verzocht om op een groot vel papier een assenstelsel aan te brengen. De X-as bevat 7 punten (de dagen van de week). Op de Y-as is een schaalverdeling van 1-10 opgenomen. Op dit vel dienen beide partners d.m.v. een kruisje (ieder met eigen kleur viltstift) iedere dag aan te geven wat hun stemming is. Hoe hoger het cijfer hoe lekkerder men zich voelt. Het tijdstip van invullen moet van tevoren vastgesteld worden. Anders zou er een systematische vertekening kunnen ontstaan. Bv. doordat men wacht tot men zich lekker voelt of juist omgekeerd. In de instructie zijn variaties mogelijk. Men kan bv. het accent leggen op de relatie. Het cijfer wordt dan alleen bepaald door de stemming t.o.v. de partner. Ikzelf geef meestal de voorkeur aan een algemenere formulering. Soms loopt iemand met een chagrijnig gezicht rond omdat er op het werk iets is gebeurd. Juist dan is het belangrijk dat dit aan het licht komt. Anders denkt de partner dat het aan hem ligt. In de volgende paragraaf zal ik ingaan op de manier waarop de partners de informatie kunnen verwerken. Eerst wil ik nog een bron van mogelijke verwarring aanstippen. Stel dat men om 9 uur 's avonds invult. Sommigen zullen dan gaan proberen een resultante van de stemming over de gehele dag te produceren. Dat werkt in de praktijk niet best. Beter is het als de therapeut duidelijk onderstreept dat de cliënt zijn stemming van dat moment moet aangeven, al was die een half uur geleden totaal anders.

3 Technieken voor het bespreken van monitoringsresultaten

In relatietherapie is het vaak nuttig en zelfs noodzakelijk om de door monitoring verkregen gegevens aan elkaar kenbaar te maken. Het probleem is dat mensen over het algemeen in relatietherapie komen omdat zij niet zo best met elkaar praten. Het is dan nodig dat de therapeut met hen een preciese vorm overeenkomt waarin zij de wederzijdse observaties bespreken. Hieronder volgt daartoe een aantal standaard-technieken. Sommige daarvan worden vaak in combinatie met een bepaalde vorm van monitoring gebruikt. Dat is echter niet strikt noodzakelijk, andere combinaties zijn ook mogelijk.

3.1 ABA-gesprekken

Aan het schriftelijk bijhouden van alle irritaties, zonder er meteen iets over te zeggen, wordt vaak het ABA-gesprek gekoppeld. Deze gespreksvorm heeft tot doel een discussie en debat te vermijden.

Om de beurt mogen beide partners een 'item' dat zij opgeschreven hebben inbrengen. Zij zijn dan 'A'. De ander mag één maal reageren. Deze is dan 'B'. De 'inbrenger' ('A') mag het item dan afsluiten. Voor een preciese beschrijving verwijs ik naar de bijlagen, waarin de tekst die de cliënten hiervoor meekrijgen is afgedrukt.

ABA is niet altijd de beste reeks. Soms is AB beter, terwijl ik pas geleden, voor het eerst, gebruik heb gemaakt van de A-vorm. De essentie en rationale is in ieder geval dat men recht heeft om te weten wat de ander dwars zit, zonder dat één van beiden ongelijk hoeft te bekennen. Het gaat niet om 'gelijk' maar om 'signalering'. Welke vorm de therapeut kiest hangt af van de verbale begaafdheid van de cliënten en van de mate waarin escalatie-gevaar toeneemt, wanneer men de rondes langer maakt. ABA-gesprekken zijn ook te koppelen aan specifieke monitoringsopdrachten. Stel Marijke turft het 'niet luisteren' van haar man Piet. Zij kan datgene wat zij heeft opgeschreven dan 's avonds op een ABA-wijze aan Piet overbrengen. In zo een geval is zij alleen A en Piet alleen B.

Waar de ABA-gesprekken ook betrekking op hebben, in ieder geval is het belangrijk dat er geen verwarring heerst over het tijdstip dat de gesprekken gehouden worden. Ik los dat meestal op door één van beiden verantwoordelijk te maken. 'Verantwoordelijkheid' houdt in dat men aan het begin van de avond voorstellen doet over tijdstip en plaats van het gesprek.

Die verantwoordelijkheid hoeft niet de gehele week/periode bij dezelfde persoon te liggen. Om en om is ook mogelijk. Tijdens de sessie spreken we dan af wie de eerste dag de verantwoordelijkheid draagt. De rest volgt vanzelf. Soms is het wel nuttig om één van de twee permanent de verantwoordelijkheid te laten dragen. Dat kan bv. diegene zijn, die graag aan zich laat trekken en weerstanden tegen de therapie vertoont, of de zwakkere in een scheve relatie.

3.2 Het interview

De in par. 2.5 ten tonele gevoerde stemmingsmeter beoogt cliënten ertoe te brengen hun eigen stemming te peilen en daarover informatie aan hun partners te geven. Dat gebeurt in eerste instantie door een cijfer. Een cijfer alleen heeft echter niet veel nut. Het zou alleen vragen oproepen. Na het zetten van de kruisjes dient daarom een gesprek plaats te vinden. Dat zou in ABA-vorm kunnen. Daarmee zou het geheel echter weer knap gekunsteld worden. In het stadium van de therapie, waarin deze opdracht meestal gebruikt wordt, zou dat een stap terug zijn. Beter lijkt mij daarom de 'interview-vorm'. Ook daarin ligt het accent op informatieverschaffing, in tegenstelling tot gelijk hebben. Ieder der partners wordt door de ander geïnterviewd over het cijfer dat hij/zij gegeven heeft. De interviewer moet d.m.v. vragen erachter komen welke gebeurtenissen hebben bijgedragen tot de gegeven score. Als een echte non-direktieve interviewer mag hij geen 'leading questions' stellen, en geen eigen commentaar geven. Een debat kan daardoor niet ontstaan. Aangezien vele cliënten de kunst van dit rogeriaans werk niet beheersen is het zinnig om dit eerst tijdens de zitting te oefenen. De therapeut vraagt bv. aan de man zijn stemming van dat moment in een cijfer (tussen 1 en 10) uit te drukken. Zijn partner dient hem daarna op de voorgeschreven wijze hierover te interviewen. Daarna gebeurt hetzelfde ten aanzien van de vrouw. Het vastleggen van de verantwoordelijkheden kan op dezelfde manier gebeuren als bij de ABA-gesprekken. Het voordeel van deze interview-gesprekken is dat het een oefening geeft die blijvende waarde heeft. Ook los van de cijfers is het belangrijk om je partner te kunnen stimuleren bij het geven van informatie over zichzelf zonder daar zelf meteen op in te springen.

3.3 Het verborgen signaal

In de tot nog toe beschreven technieken werd aan de monitoring geen onmiddellijke feedback gekoppeld. Soms is het echter nodig dat iemand de onvrede die hij t.a.v. de ander ervaart onmiddellijk kenbaar maakt, terwijl toch voorkomen moet worden dat er een discussie ontstaat. Het is dan zinnig om tijdens de zitting een afspraak te maken over een non-verbaal teken dat de 'observator' aan de ander kan geven wanneer het te observeren fenomeen zich voordoet. Dit teken kan in wederzijdse overeenstemming zo gekozen worden dat het ook in gezelschap van anderen gebruikt kan worden. Een voorbeeld zien we bij Robert en Daniëlle (Lange, 1976a). Daniëlle vond dat Robert soms zo onverschillig deed. Hij wist niet wat zij bedoelde. Afgesproken werd dat Daniëlle iedere keer, wanneer zij het gevoel had dat Robert onverschillig deed, haar hand even zou opsteken. Omgekeerd zou Robert zijn hand opsteken wanneer Daniëlle dominant gedrag vertoonde als zij met vrienden samen waren.

De rationale heeft twee kanten. Ten eerste kan door de opdracht informatie verschaft worden. Degene die met klachten van de ander geconfronteerd was krijgt op het moment zelf te weten wat de ander bedoelt. Essentieel is daarbij wel dat de therapeut benadrukt dat het om subjectieve belevingen gaat. Als Daniëlle haar hand opsteekt weet Robert dat zij zijn gedrag op dat moment als onverschillig ervaart. Dat hoeft helemaal niet te betekenen dat hij ook onverschillig is. Ook hier weer gaat het niet om het gelijk, maar om te weten wat de ander op welk moment denkt en voelt.

Een tweede kant aan de opdracht is dat het minder gemakkelijk wordt om kritiek te uiten. Het kan niet meer vrijblijvend. Je moet het hard maken, terwijl je eigen aandeel in het geheel ook duidelijker wordt. We zien dan ook dat deze opdracht vaak al tot vermindering van de klachten leidt, zonder dat er iets in het objectieve gedrag van de geobserveerde is veranderd.

4 De vertel-oefening

In problematische relaties hoort men vaak verzuchtingen als: 'hij vertelt nooit eens wat' of 'hij is helemaal niet geïnteresseerd in wat ik te vertellen heb'. Dit soort klachten label ik meestal positief als uitingen van behoeften aan affektie en aandacht.

De personen in een relatie waar dergelijke fenomenen spelen zijn vaak in een patroon terecht gekomen waarin zij elkaar die aandacht nog wel zouden willen geven, maar op grond van verschillende oorzaken er niet meer toe komen. Bijv. doordat zij bang zijn zich kwetsbaar op te stellen. Of omdat ze gewoonweg verleerd zijn elkaar iets te vertellen. Of omdat het vertellen altijd leidt tot discussies en ruzies. In veel van dit soort gevallen is de 'vertel'-oefening een succes gebleken. De kern ervan is dat de cliënten een tijdstip afspreken (meestal ruim na het avondeten als de kinderen naar bed of eigen kamer zijn) waarop zij elkaar zullen informeren over wat zij die dag beleefd hebben. Aan de manier waarop dat gebeurt worden regels gekoppeld. Meest gebruikte vorm is dat men om en om vertelt. De volgorde kan dan per dag gewisseld worden. Bijv. de eerste dag begint de man gedurende een kwartier te vertellen waarna zijn vrouw een kwartier aan de beurt is. De volgende dag is de volgorde andersom. Evenals bij de bespreekopdrachten die in par. 3 beschreven zijn is het meestal essentieel dat de verantwoordelijkheid voor de gang van zaken wordt vastgelegd. Dit is des te belangrijker naarmate de opdracht meer in het begin van de therapie is gelokaliseerd.

De tijdsduur van 15 minuten is arbitrair. Het kan - afhankelijk van verbale begaafdheid en voorkeur van de cliënten - variëren van 5 tot 30 minuten per persoon. Hoewel veel cliënten de avond kiezen voor het houden van de vertel-oefening, is dit niet noodzakelijk. De beroepen van de cliënten zijn wat dat betreft doorslaggevend. Soms is het aantrekkelijk om deze gesprekken voor het eten met een borreltje te houden. Belangrijk is wel dat degene die vertelt niet geïnterrumped wordt; dat men zich m.a.w. strikt aan het 'om en om' karakter houdt. De rationale daarvan is enigszins vergelijkbaar aan die van het om en om strelen in de 'Masters & Johnson reeks' (vgl. Masters & Johnson, 1970). Het weer leren strelen en genieten van elkaar is gemakkelijker wanneer men zich ongestoord aan één kant (zelf strelen of zelf gestreeld worden) kan wijden. Hoe complexer de te ondernemen actie hoe moeilijker. Datzelfde geldt hier ook: of alleen luisteren of alleen vertellen. Bovendien valt de dreiging van een escalerend debat weg. Pas als men gedurende een bepaalde periode op deze wijze elkaar met goed gevolg van dagelijkse gevoelens deelgenoot heeft gemaakt, kan men de moeilijkheidsgraad opvoeren en het gesprek spontaner maken door bijv. interrupties toe te staan.

Niet altijd is er sprake van 'om en om'-gesprekken. Soms is er maar één partner die 'nooit iets vertelt'. De niet-verteller kan dan een vertel-kwartier houden. De ander luistert alleen, terwijl er geen return wordt gespeeld. Bij partners die zeggen langs elkaar heen te leven of via de bovenvermelde klachten tot de vertel-oefening komen geeft het uitvoeren ervan over het algemeen veel satisfactie.

5 De stimulator

Veel mensen verkeren in de veronderstelling dat aandacht geven iets is dat alleen spontaan kan gebeuren. In feite hebben zij gelijk. Wanneer je op kommando iets aardigs zegt tegen een ander kan dat moeilijk als affektie worden beschouwd. De bekende paradox. Toch kan dergelijk afgedwongen gedrag positieve waarde hebben. Bijv. wanneer bij het positieve ^{uitdrukkelijk} gedrag geen positieve gevoelens worden verwacht. De paradox zit namelijk niet in het gedrag maar in de combinatie van gedrag en gevoel. Een illustratie daarvan vind ik bij mezelf. Marcelle placht vroeger bij mijn thuiskomst weleens iets te zeggen als: 'doe nou es wat aardigs met de kinderen'. Ik voelde me dan in de paradox gevangen en deed niets. Als zij tegen mij zei: 'Yasha is op straat, ga effe met hem voetballen, dat vindt hij leuk' dan had ik er helemaal (nou helemaal?) geen probleem mee. De zaak is duidelijk: op gedragsniveau is een hoop mogelijk. We komen hiermee ook weer in de buurt van de geliefde zelf-perceptie theorie van Bem (1972). In plaats van uit te gaan van gevoelens kun je beter beginnen bepaalde nieuwe gedragingen af te spreken. De cognities en gevoelens volgen dan wel. Als een vrouw wil dat haar man meer aandacht aan haar geeft, moet de therapeut haar helpen dit eerst in enkele gedragingen te operationaliseren. De man wordt dan gevraagd of hij er in toestemt een aantal van deze gedragingen uit te voeren, zonder dat dit iets hoeft te impliceren over zijn gevoelens. Hij mag zijn vrouw dus bv. aaien zonder dat hij dat op dat moment lekker vindt. Alleen maar omdat hij weet dat zij er behoefte aan heeft. Per slot van rekening heeft zijn vrouw ook niet altijd honger als ze eten kookt.

Blijven we even bij het aaien. Stel we spreken af dat de man op twee avonden in de komende week zijn vrouw 3 maal aait. Stel, dat duidelijk vastgesteld is wat 'aaien' moet inhouden. Dan komt het probleem dat de man het zou kunnen vergeten. Een mogelijke oplossing zou zijn dat zijn vrouw hem helpt herinneren. Dat kan ongewenste bijverschijnselen hebben. Een knoop in de zakdoek is voor mensen die weinig verkouden zijn ook al geen goede oplossing. Kortom: dit kan een probleem worden.

Ik heb een apparaat ontworpen en laten vervaardigen* dat in dergelijke gevallen uitkomst kan bieden. De 'stimulator' heeft de volgende afmetingen 6 bij 5 bij 2 cm. Hij bevat een motortje waardoor het apparaat op gezette tijden gedurende 2 seconden trilt. Die 'gezette tijden' zijn instelbaar. Het minimale interval is 1 minuut. Dan trilt ie dus om de minuut. Maximale interval is om de 5 uur. Het apparaat is gemakkelijk te dragen in bv. broekzak, shirtzakje, sok of beha. In alle gevallen zijn de trillingen duidelijk waarneembaar, voor de drager en uiteraard niet voor de ander. Terug naar ons voorbeeld. Piet heeft op zich genomen 3 maal te aaien. Het hoeft helemaal niet spontaan te zijn. Wat is mooier dan elke schijn van spontaniteit te vermijden en hem slechts te laten aaien nadat de trilling hem heeft gewaarschuwd. Na verloop van tijd is hij eraan gewend geraakt dat hij tot dit soort gedrag in staat is en wordt het zaak om het zonder de stimulator uit te voeren.

Dit is één van de mogelijkheden van het 'trilapparaat'. Algemener kan men stellen dat het apparaat een functie heeft zodra periodiek bepaalde gedragingen dienen te gebeuren die men misschien vergeet. Ook voor monitoring kan het dienstig zijn. Bv. wanneer iemand zich om het half uur moet afvragen hoe depressief hij is.

Ik ben momenteel twee prototypen van het apparaat aan het uitproberen.

6 Wedstrijd wensen vervullen

In relaties waar machtsstrijd troef is neemt het aantal wederzijds belonende activiteiten successievelijk af. Iets voor de ander doen wordt al gauw waargenomen als een nederlaag, waardoor men in een spiraal terecht komt waarin veel straffende akties voorkomen en steeds minder positieve activiteiten. Wanneer de machtsstrijd extreme vormen heeft aangenomen is de methode van kleine kontraktjes in kleine stappen meestal niet erg succesvol. Men blijft elkaar toch beloeren.

Symptoom voorschrijving wil echter nog weleens uitkomst bieden. Een voorbeeld daarvan geven Henk en Warda, één van de vier stellen in een parengroep die vorig jaar op onze afdeling was georganiseerd.

* Met dank aan de Instrumentatie afdeling van het Psychologisch Laboratorium: de heren D.Bierman, K.Kampman, W. van Dijk en J. te Pas.

De strijd om de macht was bij hen zeer heftig. In het begin werd getracht dit rationeel met kleine stappen aan te pakken. Dit lukte helemaal niet, vooral omdat Henk op gelijksoortige wijze als met Warda de strijd met de beide therapeuten aanbond. Door alles te saboteren kon hij het onvermogen van de therapeuten aantonen. Een klassiek geval voor symptoomvoorschrijving. Dat gebeurde dan ook. Zij kregen de opdracht om de zaak op scherp te zetten. Gedachtig van Dijck (1975) werd er een fraaie rationale gegeven (in de trant van 'goed om je nu es helemaal niet in te houden en je bewust te worden wat dat betekent). Het resultaat was gunstig. Voor het eerst sinds maanden had Henk geen maagpijn gehad, hadden ze zich lekkerder gevoeld en waren de ruzies niet geëscaleerd. De opdracht werd nog 2 maal herhaald, steeds met goed gevolg. Hoewel alles wat lekkerder ging was er niets wezenlijks in het patroon van machtsstrijd en regelproblematiek veranderd. Nog steeds gebeurden er weinig wederzijds belonende activiteiten. Teneinde op dat vlak toch ook verandering te bereiken werd de volgende opdracht bedacht. Zij moesten een groot vel papier tegen een muur plakken. Dit vel moest in tweeën verdeeld worden. Het ene deel heette 'voor Henk', het andere 'voor Warda'. Ieder deel werd weer onderverdeeld in 7 kolommen, corresponderend met de dagen van de week. Het vel zou gebruikt worden voor een dagelijks terugkerende wedstrijd. Beiden moesten elke dag proberen te winnen in het zelf bedenken en doen van dingen voor de ander. Als Henk bv. op maandag iets deed waarvan hij wist dat Warda het fijn vond, dan zette hij dat in de maandag-kolom van het deel 'voor Warda'. Wie aan het einde van de dag het meeste had gezet in de kolom voor de ander had gewonnen. De kwantiteit was beslissend. Er mocht niet over gepraat worden of de ander het ook werkelijk fijn had gevonden. Anders zou men elkaar weer kunnen ontkrachten. Een appèl op de sportiviteit bleek voldoende om te voorkomen dat men dingen op de lijst als positief voor de ander zette, waarvan men wist dat dat niet het geval was.

Bij Henk en Warda had de wens-vervul-wedstrijd gedeeltelijk de beoogde gevolgen. De therapie verliep echter op andere punten dermate moeizaam, dat de positieve effecten van de wens-wedstrijd niet helemaal uit de verf kwamen. Ik wil daar nu niet verder op ingaan. Eventueel kom ik daarop nog terug in een stuk over problemen die het werken met parengroepen met zich meebrengt.

De wens-wedstrijd-opdracht is in eerste instantie geïndiceerd wanneer er, zoals bij Henk en Warda, sprake is van stevige machtsstrijd. Men kan immers alleen winnen door veel voor de ander te doen. Het is verbazingwekkend, maar in de latere gevallen dat de opdracht gebruikt werd, bleek dat mensen kinderachtig genoeg zijn om zelfs op deze manier als overwinnaar uit de bus te willen komen. Ook als de machtsstrijd minder duidelijk is kan de wens-vervul-wedstrijd nut hebben. Het kan de extra impuls zijn om weer te gaan experimenteren met wederzijds gedrag dat men is afgeleerd, heeft vergeten, of waar men zich in geremd voelt.

7. Twee opdrachten, die in TDT al eerder zijn beschreven: de lege stoel en het schrijven van brieven

In deze paragraaf worden twee typen van regelmatig terugkerende opdrachten terwille van de volledigheid genoemd. Aangezien deze in TDT eerder uitgebreid zijn beschreven, blijft het nu bij een korte signalering.

7.1 De lege stoel

Kern hiervan is dat cliënten worden verzocht een therapie sessie te ensceneren, zonder dat de therapeut daarbij aanwezig is. In plaats van hem is er een lege stoel. De cliënten kunnen door op die stoel te gaan zitten de rol van de therapeut op zich nemen. Zij kunnen dan zichzelf of de ander feedback geven op de wijze zoals zij vermoeden dat de therapeut het zou hebben gedaan.

De opdracht is in drie situaties geïndiceerd:

1 Wanneer één der cliënten sterk is in het debatteren en daarvan ook steeds gebruik maakt om de ander mat te zetten. In dat geval is het verstandig om alleen de debater tot vliegende therapeut te bombarderen.

2 Wanneer één der cliënten de neiging heeft om aan zich te laten trekken. Door hem in de therapeutenrol te zetten komt hij in de situatie dat hij aan zichzelf moet trekken. Lange (1976) geeft een uitgebreid voorbeeld van het gebruik van de lege stoel in die situatie.

3 De 'lege stoel' is bijna altijd bruikbaar in het 'transfer of change' stadium. Het geeft een goede voorbereiding op de volledig therapeutloze fase. Het is vooral nuttig als de therapeut wil gaan 'minderen', terwijl de cliënten vinden daar nog niet aan toe te zijn.

7.2 Gerichte brieven als afsluiting van een onverwerkt verleden

Terecht is Van der Hart de laatste jaren steeds sterker de nadruk gaan leggen op de mogelijkheid om rituelen en symbolen te gebruiken om cliënten te helpen een fase in hun leven af te sluiten, zodat nieuwe fasen kunnen worden begonnen. (vgl. Van der Hart, 1975 en 1976).

De inhoud van de rituelen kan van keer tot keer verschillen en is sterk afhankelijk van de creativiteit van de therapeut. Op dat punt lijkt een overzicht mij volkomen onmogelijk, zelfs onwenselijk.

Het ritueel van 'losmakingsbrieven schrijven' komt in mijn therapieën en de laatste tijd echter dermate frekwent voor dat ik het zinvol vind dit in het hier gepresenteerde overzicht op te nemen.

Bij mijn weten is het schrijven van 'gerichte' brieven afkomstig van Bowen, die als 'Anonymous' een voor mij indrukwekkend verhaal publiceerde (Anonymous, 1972). Bij hem ligt de start in het schrijven van persoonlijke brieven aan alle leden van de 'family of origin' (vgl. Framo, 1976). Hierop kunnen dan persoonlijke gesprekken volgen. Het geheel mag jaren duren en wordt door Bowen als een proces van 'de-triangulizations' begeleid. Bij Bowen is er dus minder sprake van losmaking als van wijziging van oude gezinsstructuren. Wanneer het accent meer op het eerste ligt, zal het minder nodig zijn om alle vroegere gezinsleden in het postale verkeer te betrekken. Men kan dan volstaan met brieven aan diegenen met wie men nog wat te verhapstukken heeft. Een volgende gedachtenstap is dat het schrijven van brieven niet beperkt hoeft te blijven tot familie. Er kunnen ook andere personen zijn die via het verleden een ongewenste invloed blijven uitoefenen. Een extreem voorbeeld zagen wij bij Joke (Lange, 1976b) die pas na het schrijven van een afscheidsbrief los kon komen van haar agressie jegens een vroegere werksituatie. Minder extreem maar toch van essentieel belang was de situatie bij Marijke, die na 20 jaar huwelijk ontdekte dat een deel van haar onzekerheid en gebrek aan zelfvertrouwen te maken had met de manier waarop haar schoonvader haar vanaf haar huwelijk met diens zoons had gekleineerd.

De indicatie voor de noodzaak van losmakingsbrieven vindt men wanneer het positief functioneren van cliënten wordt belemmerd door steeds terugkerende negatieve emoties ten aanzien van figuren uit de huidige omgeving of waarmee men vroeger omging, zonder dat de cliënten bij machte zijn aan deze gevoelens rechtstreeks uiting te geven.

Onder de losmakings-brieven kan men twee soorten onderscheiden. Ten eerste brieven waarbij de optie van een afrondingsgesprek tussen de betrokkenen ingecalculeerd wordt. Ten tweede brieven, waarbij al van tevoren duidelijk is dat er in ieder geval geen gesprek zal zijn. In beide gevallen kan het nuttig zijn dat in het eerste stadium verschillende versies geschreven worden. Bv. een ongezouten kwaaië en een meer gepolijste brief. Soms heeft het schrijven alleen al een dermate kathartische funktie, dat het versturen niet meer nodig is (Hoogduin, 1976). Nadat de brieven geschreven zijn wordt in overleg met de therapeut besloten of ze - en zoja, welke - verstuurd worden. Mocht daarop nog een gesprek tussen kliënt en geadresseerde volgen, dan kan de therapeut dat begeleiden door van te voren een rollenspel met de kliënt te doen, al of niet met modeling.

8 Diskussie

Een aantal regelmatig terugkerende types van huiswerkinstructie werden in dit artikel op een rijtje gezet. Eën type ontbreekt. Dat heeft betrekking op sex-opdrachten. In, naar ik schat, 80% van de relatietherapieën komen op een gegeven moment klachten over het sexueel funktioneren aan bod. Soms kan daar al heel snel aan gewerkt worden, soms is het nodig om eerst een paar zittingen aan het verbeteren van de kommunikatie-kanalen te wijden.

Het zou te ver voeren op de indikaties voor het een en ander nu in te gaan.

Soms zijn sexuele problemen gemakkelijk terug te voeren op andere problemen in de relatie, soms zit het dieper. Vooral in gevallen van het laatste soort is een nauwgezet volgen van de stappen in de 'Masters & Johnson'-reeks (vgl. Masters & Johnson, 1970) aan te bevelen.

De reden dat de op grond van sex-problemen regelmatig terugkerende huiswerk-opdrachten niet in de hier gepresenteerde reeks zijn vermeld, is dat hiervoor voldoende toegankelijke literatuur is (vgl. ook Belliveau & Richter, 1970, 1971). Bovendien komen bij een beschrijving van de toepassingen van de M & J-principes dermate veel varianten naar voren, dat dit een nieuw artikel voor TDT zou opleveren.

Misschien iets voor de toekomst.

Literatuur

Anonymous (1972): Toward the differentiation of a self in one's own family. In J.L. Framo (ed.): Family interaction, a dialogue between family researchers and family therapists. Springer, N.York.

Belliveau, F. & L. Richter (1970): Understanding human sexual inadequacy. Bantam Books, Boston. Eveneens vertaald: sexuele stoornissen bij man en vrouw. Paris, Amsterdam (1971).

Bem, D.J. (1972): Self-perception theory. In L. Berkowitz (ed.): Advances in experimental social psychology, Vol.6. N.York.

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

Hart, O. van der (1975): Relaties en Rituelen (I). TDT, 3(4), 61-71.

Hart, O. van der (1976): Relaties en Rituelen (II). TDT, 3(5), 39-51
 " " (III). TDT, 3(6) 54-61
 " " (IV). TDT, 3(7), 22-33

Hoogduin (1976): Persoonlijke mededeling.

Framo, J.L. (1976): Family of origin as a therapeutic resource for adults in marital and family therapy: you can and should go home again. Family Process, 15(2), 193-210.

Kazdin, A.E. (1974): Reactive self-monitoring: the effects of respons desirability, goal setting and feedback. J.consult.clin.psychol. 42(5), 704-716.

Lange, A. (1975): De zware voorwaarde en enkele beschouwingen over zelf-perceptie theorie. TDT, 3(3), 32-39.

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

Lange, A. (1976b): Het gebruik van symbolen en het toepassen van de zelf-perceptie theorie. TDT, 3(7), 3-13.

Lange, A & O. van der Hart (1975): Gedragsverandering in Gezinnen. Tjeenk Willink, Groningen.

Masters, W.H. & V.E. Johnson (1970): Human sexual inadequacy. Little Brown, Boston.

PSYCHOLOGISCH LABORATORIUM
AFD. GROFPPSYCHOLOGIE

OPDRACHTEN IN RELATIETHERAPIE
Alfred Lange en Wil Zeegers

Opdracht: irritaties opschrijven

Deze opdracht dient ertoe om een duidelijk beeld te krijgen van welke gedragingen van de ene partner bij de andere irritaties oproepen.

Wij gaan dit op de volgende manier doen:

U schaft zich een klein notitieboekje aan met een pen of een potlood. Dit draagt u steeds bij u.

Steeds als zich iets voordoet wat u stoort of als het u juist stoort dat iets niet gebeurt, maakt u daar een korte notitie van.

Bijvoorbeeld:

U zit te eten en het irriteert u dat de ander slurpt. U zegt daar dan niets van, maar neemt uw notitieboekje en schrijft bijv. op: 'Slurpen, eten, 6 uur'. Verder laat u dit rusten en gaat u gewoon door met eten.

Het is erg belangrijk dat u deze irritaties meteen opschrijft op het moment dat u zich geïrriteerd voelt (ook al is de ander daarbij aanwezig). U praat er echter niet over.

Het is vaak nodig om een wat uitgebreidere notitie te maken. Bijvoorbeeld door behalve het gedrag, ook de situatie waarin het zich voordoet en het tijdstip waarop het gebeurt, te vermelden.

De bespreking van de irritaties vindt plaats op een later tijdstip, dat u daar gezamenlijk voor heeft bestemd. Indien dat is afgesproken, bespreekt u uw irritaties op een bepaalde manier, zoals beschreven in de instructie van de opdracht: 'bespreken in rondes'.

AFSPRAKEN:

Perioden van de dag: -----

Bespreking: -----

Opdracht geldt voor: -----

OPDRACHTEN IN RELATIEF THERAPIE

Alfred Lange en Wil Zeegers

Opdracht: bespreken in rondes

Deze opdracht dient ertoe om mensen te leren praten over zaken, die beiden na aan het hart liggen, zonder in een 'welles-nietes' discussie te verzan- den. Bij deze manier van praten komen beide partners evenveel aan bod. Het gevaar dat de een de ander gaat overheersen, wordt erdoor verminderd en er wordt een mogelijkheid geschapen om goed naar elkaar te luisteren.

Wij gaan dit op de volgende manier doen:

Elk te bespreken onderwerp wordt apart, dus per onderwerp, besproken. Het gehele gesprek bestaat dus uit een aantal 'gesprekjes', die elk op dezelfde manier worden gevoerd, nl. in drie rondes.

Een 'gesprekje' verloopt als volgt:

De partner, die een bepaald punt wil bespreken, begint hierover zijn/haar mening, gedachten of gevoelens te uiten. De ander luistert aandachtig zonder hem/haar te onderbreken. Is zijn/haar spreektijd om dan krijgt de ander de gelegenheid om op hem/haar te reageren. Is de spreektijd weer om, dan krijgt de eerste 'prater' de gelegenheid om als laatste te reageren. Dus:

- eerste ronde: A begint te praten; B luistert en onderbreekt niet
- tweede ronde: B reageert op A. A luistert en onderbreekt niet
- derde ronde : A reageert op B; B luistert en onderbreekt niet.

Na deze derde ronde is het 'gesprekje' afgelopen en praat u er niet meer over. Het onderwerp is afgehandeld en u gaat over op het volgende onderwerp, dat u op dezelfde manier bespreekt. Nu mag B beginnen met praten en A ~~met~~ luisteren.

Nogmaals: elk gesprekje gebeurt in drie rondes en gaat maar over één onderwerp. U praat beslist niet langer dan de afgesproken tijd.

Als u moeite heeft om u aan de afgesproken tijd te houden, verdient het aan- beveling een keukenwekker te gebruiken. U hoeft niet uw tijd vol te praten. Het gaat erom dat u duidelijk maakt wat u bedoelt. U mag echter beslist niet langer praten dan de overeengekomen tijd.

AFSPRAKEN:

De bespreking vindt plaats : -----

De tijdslimiet voor elke ronde : -----

De tijdslimiet voor het hele gesprek is : -----

OPDRACHTEN IN RELATIETHERAPIE

Alfred Lange en Wil Zeegers

Opdracht: monitoring

Deze opdracht dient ertoe om zicht te krijgen op gedragingen die problemen opleveren. Het gaat vooral om de vraag hoe vaak bepaalde gedragingen voorkomen.

Wij gaan hiervoor als volgt te werk:

U schaft zich een klein notitieboekje aan met een pen of een potlood, dat u steeds bij u draagt.

U heeft met de therapeut afspraken gemaakt over wanneer en op welke gedragingen u deze week zult letten. Steeds als dit gedrag voorkomt, zet u een streepje in uw boekje, ook al is uw partner daarbij aanwezig. U praat er verder niet over! Het is belangrijk dat u meteen een streepje zet als het gedrag voorkomt. Het gaat dus om het tellen van bepaalde gedragingen.

Bijvoorbeeld: U heeft afgesproken op te letten hoe vaak u, 's avonds tussen 8 en 12 uur door uw partner in de rede wordt gevallen.

Het lijstje zou er dan als volgt uit kunnen zien:

maandag : ~~///~~ //

dinsdag : ///

woensdag: ~~///~~ /

etc.

Nogmaals : meteen opschrijven, niet over praten

AFSPRAKEN:

Gedrag van: ----- waarop ----- zal letten:

Tijd: -----

Gedrag van: ----- waarop ----- zal letten:

Tijd: -----

Bespreking : -----

PSYCHOLOGISCH LABORATORIUM

AFD. GROEPSPSYCHOLOGIEOPDRACHTEN IN RELATIETHERAPIE

Alfred Lange en Wil Zeegers

Opdracht: wensen formuleren

De bedoeling van deze opdracht is om u te leren de verwijten die u over en weer heeft, om te zetten in wensen die u ten aanzien van elkaar heeft.

Het is de bedoeling dat u gedurende de komende week dingen die u van de ander zou willen, of dingen waarvan u vindt dat de ander ze zou moeten veranderen, opschrijft. Hierbij gelden een aantal zeer belangrijke regels:

- de wensen moeten gesteld worden in vragen naar konkrete gedragingen in konkrete situaties

Dus bijv. niet: ik zou graag willen dat je mij wat meer aandacht gaf.

Maar wél : ik zou graag willen dat je, als je thuis komt, even bij me gaat zitten en vertelt wat je hebt meegemaakt op je werk.

- de wensen moeten in positieve termen geformuleerd worden. Dat betekent dat het aksent niet moet liggen op dat wat u afkeurt, maar op de dingen die u wel graag zou willen.

Dus bijv. niet: ik wil niet dat je je jasje aan de stoel hangt.

Maar wél : ik zou graag willen dat je je jasje aan de kapstok ophangt.

Het is belangrijk dat u niet begint met grote zaken, maar juist kleine (vaak onschuldiglijkende) dingen die u zou willen veranderen.

Aantal wensen : -----

- *) wel/niet medelen aan elkaar
- *) wel/niet met elkaar erover praten

*) doorhalen wat niet van toepassing is.

PSYCHOLOGISCH LABORATORIUM
AFDELING GROEPSPSYCHOLOGIE

74

OPDRACHTEN IN RELATIETHERAPIE

Alfred Lange en Wil Zeegers

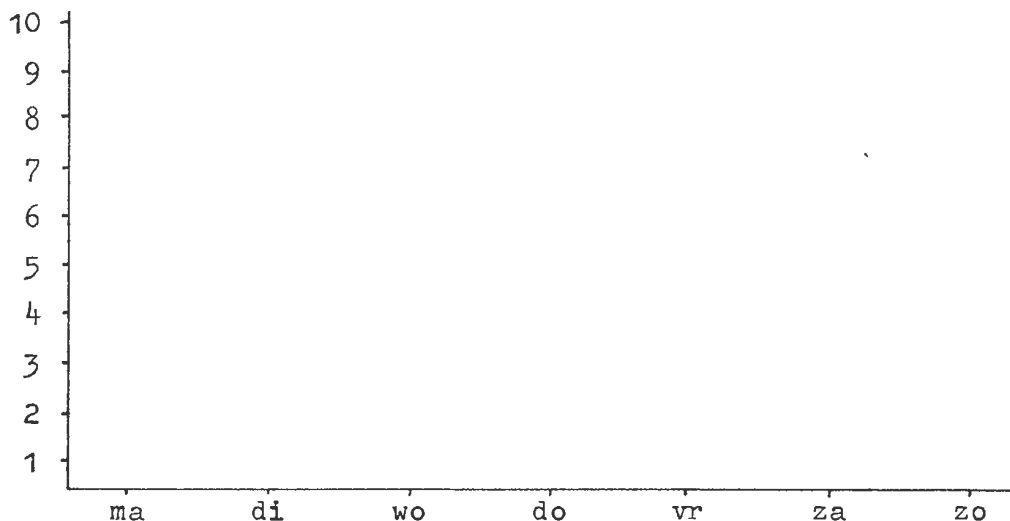
Opdracht: Stemningsmeter en Vraaggesprek

De bedoeling van deze opdracht is om elkaar deelgenoot te maken van elkaars gevoelens en stemmingen en van de gebeurtenissen die tot die stemming hebben bijgedragen. Dit huiswerk bestaat uit twee gedeelten: het globaal aanduiden van de stemming op de stemningsmeter en het toelichten van die aangeduide stemming in een daarop volgend vraaggesprek.

De stemningsmeter

Hiervoor neemt u een groot vel papier. Daarop tekent u vanuit de linker onderhoek twee assen. Op de horizontale as zet u zeven streepjes op ongeveer gelijke afstand van elkaar. Elk van deze streepjes geeft één van de dagen van de week aan. Op de verticale as zet u tien streepjes. Bij deze streepjes zet u de cijfers 1 tot en met 10, waarbij het onderste streepje waarde 1 heeft.

Het geheel ziet er dan als volgt uit:



Dit papier hangt u op een duidelijk zichtbare plaats aan de muur op. Het is de bedoeling dat u beiden elke dag op dit papier aangeeft hoe het met uw stemming staat, door boven de betreffende dag een kruisje te zetten op een bepaalde hoogte. Is uw stemming goed, dan zet u een kruisje op de hoogte van een van de hoge cijfers. Hoe slechter uw stemming, des te lager komt het kruisje te staan. Om verwarring te voorkomen gebruikt ieder voor het invullen een eigen kleur viltstift of pen. Het is erg belangrijk dat u uw kruisje elke dag op hetzelfde tijdstip invult.

74 a

Het gaat er om dat u de stemming aangeeft die u op dat moment heeft. Dus om de stemming op het tijdstip van invullen en niet om een soort gemiddelde stemming van de hele dag, of van de laatste uren.

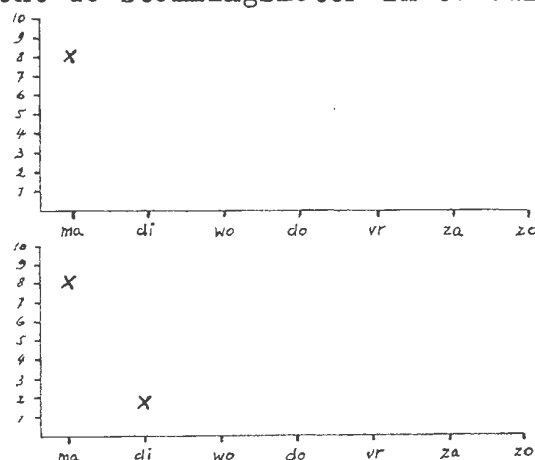
Laat u zich bij het invullen niet beïnvloeden door wat uw partner heeft aangekruist. Het is erg belangrijk dat uw eigen stemming zo goed mogelijk tot zijn recht komt.

Voorbeelden:

U heeft afgesproken om 's avonds om half acht de stemmingsmeter in te vullen. 's Maandags is op dat tijdstip uw stemming goed, maar het zou misschien iets beter kunnen. U geeft dat dan op de volgende manier aan:

De volgende dag, weer om half acht, voelt u zich erg rot. Uw kruisje komt dan veel lager te staan dan de vorige dag.:

(In deze voorbeelden zijn omwille van de duidelijkheid de stemmingen van uw partner niet ingevuld).



Het Vraaggesprek

Wanneer u beiden uw kruisje hebt gezet, is het zaak van elkaar aan de weet te komen wat het nu precies betekent dat ieders kruisje vandaag juist op die plaats staat. Dit doen we door middel van een zg. vraaggesprek. Stel partner A heeft zijn/haar stemming met het cijfer 4 aangegeven. A gaat nu aan B duidelijk maken wat die 4 betekent. Partner B is A hierbij behulpzaam door hem/haar over dat cijfer te interviewen. Interviewen houdt in dit geval in dat B vragen stelt waardoor A gestimuleerd wordt precies uit de doeken te doen wat er in hem omgaat. B schakelt hierbij zijn eigen gevoelens en stemmingen zoveel mogelijk uit om A's gevoelens zo goed mogelijk tot hun recht te laten komen.

Wanneer duidelijk is geworden wat A's cijfer betekent, worden de rollen omgedraaid. A gaat nu B interviewen, zodat B nu kan vertellen wat zijn cijfer voor hem/haar betekent.

Nadat u aldus van elkaars stemmingen op dat moment op de hoogte bent geraakt, is het gesprek afgelopen en wordt er verder niet meer over gepraat. Nogmaals: het is alleen de bedoeling dat u erachter komt wat er in de ander omgaat, zonder dat er een discussie ontstaat of diens gevoelens al dan niet terecht zijn.

AFSPRAKEN:

Tijdstip van invullen en bespreken:

Verantwoordelijkheid voor het gesprek:

OPDRACHTEN IN RELATIETHERAPIE

Alfred Lange en Wil Zeegers

Opdracht: Wensen vervullen

Dit huiswerk heeft tot doel ieder van u beiden attent te maken op vaak kleine, alledaagse dingen, die hij voor zijn partner doet.

U neemt een groot vel papier, dat u op een voor u beiden duidelijke plaats aan de muur hangt. Midden op dit vel trekt u een lijn, zodat het papier in twee helften verdeeld wordt. Op de bovenste helft zet u: VOOR (hier vult u de naam van één van u beiden in); op de onderste helft zet u: VOOR (de naam van de ander). Elke helft verdeelt u verder in zeven kolommen. Voor elke dag van de week een aparte kolom.

Het papier ziet er dan als volgt uit:

| | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|
| VOOR | | | | | | |
| ma | di | wo | do | vr | za | zo |
| VOOR | | | | | | |

Dit papier gebruikt u als 'skore-bord' voor een dagelijks terugkerende wedstrijd. Ieder van u beiden probeert elke dag zoveel mogelijk dingen te bedenken, waarvan u zeker weet dat de ander ze fijn zal vinden. Steeds wanneer u een van die dingen, die u bedacht heeft, ook daadwerkelijk heeft uitgevoerd, noteert u die daad op het skore-bord.

Bijvoorbeeld A heeft op maandag afgewassen, zijn sloffen opgeruimd en iets over zijn belevenissen van die dag verteld (alle drie dingen waarvan B het prettig vindt als A die doet). A noteert die dingen dan in de 'maandag-kolom' van die helft op het papier waar staat "VOOR B".

75 A
B noteert zijn dingen op de helft waarop staat "VOOR A".

Diegene van u beiden die aan het einde van de dag het meeste heeft gezet in de kolom voor de ander, heeft gewonnen. Het aantal dingen dat de één voor de ander heeft gedaan is daarbij beslissend (dus onafhankelijk van het feit of het grote of kleine dingen zijn).

De volgende dag begint u weer met een schone lei en komt er opnieuw een winnaar uit de bus.

Er wordt verder in het geheel niet over gepraat. Dus ook niet over het feit of de ander het werkelijk als fijn ervaren heeft.

De wedstrijd vereist een zekere sportiviteit. U zet geen dingen op de lijst waarvan u weet dat uw partner ze niet echt prettig vindt!

Dissociatietechnieken

Dick Oudshoorn

Zolang je er niet bij stilstaat beleef je
eenvoud, voor je er je begrippen op af
dan vallen er brokken. - Oo Do Nô

Inleiding.

Ons bewuste denken werkt als een scherp mes dat willekeurige scheidingen aanbrengt waar het zich maar op richt. Iedereen. De klient net zo goed als de arts of de therapeut. Met een ferme klap wordt de geest van het lichaam gescheiden, met een volgende klap gevoelens van gedachten enzovoort enzovoort. De meeste onderscheidingen komen ons zelfs als heel "natuurlijk" of "vanzelfsprekend" voor, domweg omdat ze ons met de paplepel zijn ingegeven. We worden gefrappeerd door mensen die een voor ons afwijkende snijtechniek hanteren en óók nog alsof het de gewoonste zaak van de wereld is!

De huisarts vertrouwt op zijn anatomieboeken en stuurt meneer A. naar de chirurg, mevrouw B. naar de psychoterapeut enzovoort. Hij is onze grote voorsnijder. Hij onderscheidt mensen die "echt iets mankeren" van diegenen die "alleen maar zenuwen hebben" en van die laatste berg krijgen we wat toegeschoven. Meestal kunnen we het er nog redelijk mee eens zijn. De klienten die dan tenslotte in onze spreekkamers zitten - het wordt haast eentonig - hebben ook alweer hun eigen snijwijze. De transakties tussen klient en therapeut zou je wel kunnen beschrijven als het aanleren van een voordeliger snijtechniek.

In plaats van het beeld van een mes zal ik nu verder het woordenpaar associëren-dissociëren gebruiken. Het kan nuttig zijn som-

77

mige dingen (gevoelens, gedachten, ervaringen, gedragingen) die gedissociëerd zijn te associëren of andere die geassocieerd zijn te dissociëren. Stel dat je de heer X. opvat als de verzameling: ABCDEFG, dan beleeft hij zichzelf bijvoorbeeld als: A-BCD(EF)G. (Wat tussen haakjes staat is geïsoleerd of verdrongen.) De therapeut zou dan de volgende konstellatie kunnen nastreven: AB-CDE-(F)(G).

In het navolgende geef ik een tentatieve indeling.

- 1 Het gedragsterapeutische beginsel van het goede te belonen en het ongewenste te negeren of eventueel te straffen. Zodoende wordt "liefde voor Wim" losgemaakt van "aandacht voor zijn hoofdpijnklachten" en gekoppeld aan "aandacht voor zijn begrijpelijke wens om wat zelfstandiger te worden". "Afkeer, afkeuring van Wim" wordt dan tot: "negeren van Wim-als-t-ie-klaagt". Ook heeft dit een intrapsychische pendant. Wim zit er zelf bij en leert zo niet alleen dat anderen een afkeer van hem hebben als hij zus of zo doet, terwijl ze hem waarderen als hij dit of dat doet, maar hij neemt die wijze van waarderen van het eigen gedrag dan ook in zichzelf op. In de praktijk pakt het vrijwel altijd zo uit dat er èn in het gezin èn bij Wim zelf een forse verlichting van rankune en schuldgevoel optreedt als die niet meer zo diffuus over bijna alles wordt uitgespreid, maar duidelijker aan bepaalde gedragingen wordt gekoppeld.

Dit principe pas ik zeer vaak toe, bv. bij allerlei lichamelijke klachten (klaaggedrag), HV, tiranniek of molesterend gedrag etc. Ook in het kader van een schoolfobietraining, wanneer moeder het kind moet negeren zolang de officiële schooltijd duurt. Alle liefde en waardering wordt gereserveerd voor het succes, niet voor het falen.

- 2 De metafoor: "Zijn de zenuwen jou de baas, of ben jij je zenuwen de baas?" blijkt zeer werkzaam te zijn* Zowel bij kinderen als bij volwassenen. Het is alweer een vorm van dissociatie. Ik houd

* In de beginnagen van dit tijdschrift hielden we nog etische discussies. Ik stelde dat je niet de patient manipuleert, doch diens weerstand. Het ontlokte bulderende hoon van de mederedacteuren. Toch vind ik het soms nuttig zo te dissociëren. Het woord "weerstand" is te vervangen door "ongewenst gedrag etc" en "manipuleren" door "de strijd aanbinden tegen".

dit nog wel voor een kongruente vraag zelfs. Er is echter geen scherpe grens met de volgende:

- 3 Symptoomvoorschrijving impliceert paradoxale therapeutische dissociatie. Je zou ook kunnen zeggen: therapeutische kontradissociatie. De klient splitst bepaalde klachten of verschijnselen af als iets autonooms.

Bekend is het grapje van de Amerikaanse dame die hoofdpijn voorwendt als ze geen zin heeft om naar een vervelend feestje te gaan, maar de Russische dame heeft dan ook hoofdpijn. Uiteraard zou ze wel degelijk gaan als ze maar geen hoofdpijn had, zegt ze, en ze meent het misschien nog ook. Je zou haar de Amerikaanse oplossing kunnen voorstellen. Maar wat te adviseren als de therapeut meent dat ze er wel degelijk heen moet? Misschien de wie-is-de-baas-over-wie-vraag. Gaat het om misselijkheid of overgeven op school of werk, dan werkt dissociatie uitstekend: "het is belangrijk dat die eigenwijze maag jou niet de baas is. Maar jij wilt ook niet eigenwijs zijn. Als die maag nou eenmaal wil overgeven, geef hem dan even de kans. Je laat hem even overgeven spoelt je mond en gaat weer terug naar de klas. Alsof er niets aan de hand is. Je moet er maar op rekenen ook dat dat gebeurt, ik verwacht niet anders. Maar het is geen reden om thuis te blijven of naar huis te gaan, natuurlijk."

- 4 Onderscheid aanbrengen tussen fantasie en werkelijkheid, of reële gedachten. Bij enkele patiënten met dwangmatige fantasieën van dodelijke ongelukken die hun kinderen of dierbaren overkomen, gelukte het de paniek en angst sterk te verminderen door hun allereerst uit te leggen dat het "alleen maar fantasieën zijn, die mijlenver afstaan van wat werkelijk gebeurt. Het kan geen kwaad. U kunt die fantasieën gerust hun gang laten gaan, of als u dat wilt kunt u er met uw man over praten. Die weet immers ook dat het alleen maar fantasieën zijn en kan er rustig naar luisteren. Ik heb het ook wel eens vergeleken met een kaassnip van beurte- lings plakjes fantasie en plaatsje reële gedachten. Er traden daarna opmerkelijke verbeteringen op.

Kees van der Velden

Helaas kunnen therapeutische instituten niet iedereen beter maken, maar in principe kunnen zij wel iedere cliënt, konsultant en verwijzer op een behoorlijke, geïnteresseerde manier bejegenen.

Deze dienstverlenende functie - die een therapeutisch instituut gemeen heeft met een winkel, een loodgietersbedrijf of een bank - komt er bij veel instellingen bekaaid af; te zeer zijn de medewerkers 'benomen' door de hulpverlening aan hun cliënten. Gevolgen hiervan zijn o.m.: lange wachttijden - niet alleen op de wachtlijst maar ook in de wachtkamer; stomme en geestdodende lektuur op de tafel in de wachtkamer - Panorama en Story of Mix -; slechte 'bewegwijzering'; slechte bereikbaarheid; onduidelijkheid bij de verwijzer over de vraag of zijn cliënt nu wel of niet in behandeling genomen is en zo ja, wat er dan aan gedaan wordt; therapeuten die hun tijd verdoen met het steeds maar weer opnieuw komponeren van uitnodigingsbrieven voor cliënten en sekretaresses die al die brieven weer opnieuw moeten tikken; onvoldoende gegevens van de verwijzer om te kunnen beslissen welke werker het geval zal gaan behandelen enz., enz.

Het is een van mijn taken om de dienstverlening van het S.P.T.K. in Rotterdam te verbeteren. (Het S.P.T.K. is in feite een voortzetting van een oude S.P.D.) Deze verbeteringen hebben m.n. betrekking op administratieve procedures (waarbij ik een dankbaar gebruik maak van wat de Jelgersma-polikliniek op dit gebied ontwikkeld heeft) en materiële voorzieningen (inrichting wachtkamer e.d.). Wanneer iemand in dit laatste geïnteresseerd is wil ik er t.z.t graag wat over schrijven.

In dit stuk gaat het vooral om de administratieve procedures.

Als bijlagen gaan hierbij:

1. Vragenlijst bij aanmelding (Kl/11);
2. Aanvraag voor therapie - formulier (Ve/10);

- 20
3. een uitnodigingsbrief aan de cliënt voor een eerste gesprek (Kl/10);
 4. een algemene uitnodigingsbrief (Kl/16);
 5. een mededeling aan de verwijzer dat er denkkelijk behandeling zal volgen (Ve/11);
 6. een brief aan de verwijzer na de intake (Ve/12);
 7. een brief aan de verwijzer na afsluiting (Ve/13);
 8. een afsprakenlijstje voor de cliënt (Kl/12).

ad 1. Vragenlijst bij aanmelding (Kl/11) +

Deze lijst wordt door iedere cliënt ingevuld. Kliënten die zich uit eigen beweging aanmelden vullen hem in vóór de intake plaatsvindt. Er wordt bij gezegd

dat voor het invullen wel een uur of twee mag worden uitgetrokken. De ingevulde lijst wordt in het intake team besproken. Het is onze ervaring dat op basis van deze informatie een tamelijk verantwoorde beslissing over het type behandeling dat geïndiceerd lijkt genomen kan worden.

Bij cliënten die akuit met een moeilijkheid zitten wordt uiteraard niet gezegd 'Gaat U eerst maar eens deze lijst invullen'; zij krijgen meteen een intake- en/of therapiegesprek en nemen de Vragenlijst vervolgens ter invulling mee. Hetzelfde geldt voor cliënten die verwezen worden - verreweg de grootste groep. Bij hen wordt de behandelaar en het type behandeling dat op zijn plaats lijkt in eerste instantie vastgesteld op basis van de gegevens van de verwijzer (zie ad 2); na de intake krijgt de cliënt alsnog de Vragenlijst mee.

Bij de medewerkers van het S.P.T.K. bestond de vrees dat het werken met zo'n Vragenlijst de klassieke S.P.D.-cliënt (chronische klachten, weinig 'motivatie', lagere maatschappelijke klasse) zou afstoten. In de praktijk is mij hier éénmaal iets van gebleken. De betreffende cliënte was in het algemeen trouwens nogal in de kontramine. Het feit dat zij de lijst niet heeft hoeven invullen heeft overigens niet tot haar verbetering bijgedragen.

De meeste cliënten vinden het een nuttige lijst. Zij hebben - terecht - het gevoel dat hun probleem grondig en van verschillende kanten bekeken wordt en voor velen van hen is dat

+) Gebaseerd op een verwante lijst van de Jelgersma-poli.

iets uitzonderlijks.

Bij het doornemen van de ingevulde lijst met de cliënt blijken sommige delen van de lijst niet helemaal adequaat. Aan de korte introductie zou bijv. toegevoegd moeten worden: 'Wanneer U op bepaalde vragen liever geen antwoord geeft, vult U dan in: 'Deze vraag beantwoord ik nu liever niet.' Ik geef deze instructie er nu mondeling bij en dat wordt op prijs gesteld, niet alleen door cliënten met 'geheimen' maar door iedereen.

Rubriek C zou niet 'Huwelijk en gezin' moeten heten maar 'Huwelijk, samenwonen en gezin' - dit voor homofiele paren en mensen die in konkubinaat leven.

Vraag 47 is nogal impertinent en volmaakt overbodig.

De vragen 58 en 59 leveren weinigzeggende antwoorden op. Zo vult zeker de helft van onze populatie 'lezen en televisiekijken' op als vrijetijdsbesteding. Daar heb je niks aan. Wat je zou willen weten is of de cliënt Kasteelromans dan wel Nabokov leest, graag naar Achter het Nieuws of naar Pepper kijkt.

Zeer goede vragen vind ik 26 en 27 (zeker ook bij oudere mensen die vaak sloten medikatie slikken zonder bij benadering een idee te hebben van de functie van al deze spullen), 45 en 46 (uit de antwoorden op deze vragen kan vaak al meteen een behandelingsplan worden afgeleid), en de vragen 67, 68 en 69.

ad 2. Aanvraag voor therapie (Ve/10)

Al onze vaste verwijzers hebben een stapeltje van deze formulieren in hun bezit. De bedoeling van het formulier is (a) om artsen-verwijzers uit te nodigen iets uitgebreider informatie te verstrekken dan zij met hun verwijsbriefjes doorgaans doen en (b) om psychologen- en m.w.-verwijzers uit te nodigen hun informatie bondiger te formuleren dan zij gewend zijn. Beide groepen lijken overigens tevreden met het formulier en ons team krijgt hiermee voldoende informatie om een eerste reeks beslissingen te nemen.

Opmerkelijk is dat vraag 9 door maar zeer weinig verwijzers begrepen wordt. 'Zeer positief', vullen zij vaak in, maar zij bedoelen dan behandeling door ons.

ad 3. Uitnodigingsbrief voor het eerste gesprek (Kl/10) 82

Deze brief spreekt voor zichzelf. Hij bespaart therapeuten en sekretariaat veel tijd. Hij wordt uiteraard alleen gebruikt wanneer de cliënt door iemand is verwezen. Is dat niet het geval dan wordt de volgende brief gebruikt.

ad 4. Algemene uitnodigingsbrief (Kl/16)

Behoeft geen toelichting.

ad 5. Mededeling aan de verwijzer dat denkkelijk behandeling zal volgen (Ve/11)

Doordat S.P.D.-en vanuit de A.W.B.Z. gefinancierd worden, m.a.w. doordat aan S.P.D.-hulp voor de cliënt geen kosten zijn verbonden, is het niet nodig dat de cliënt door een arts verwezen wordt. Alle verwijzers die ^{professionele} geen bemoeienis houden met de cliënt (I.M.P., maatschappelijk werk e.d., maar ook de schoonzuster van de cliënt wanneer die verwijst) krijgen van ons dit briefje.

Houdt de verwijzer wel professionele bemoeienis (bijv. de huisarts) dan krijgt hij de volgende brief.

ad 6. Brief aan de verwijzer na de intake (Ve/12)

Hoewel de verwijzer graag weet wat er met zijn cliënt gebeurt, hij houdt er doorgaans niet van ellenlange verhalen te moeten lezen. In de praktijk blijken bijv. huisartsen alleen de konklusies te lezen van de lange brieven die zij van o.m. academische ziekenhuizen krijgen. Vandaar dat wij onze informatie zo bondig mogelijk formuleren.

ad 7. Brief aan de verwijzer na afsluiting (Ve/13)

Ook hier beknopte informatie. Heel wat verwijzers vinden het al opmerkelijk dat een psychotherapeutische behandeling ook kan aflopen.

ad 8. Afsprakenlijstje (Kl/12)

Op dit lijstje worden de data van de afspraken genoteerd (door de therapeut). Anders dan hun hulpverleners hebben veel van onze cliënten geen agenda. Men ziet dat het aantal afspraken in principe tot acht beperkt is. Dat helpt de cliënt zich de eindigheid van therapie te realiseren.

14. Wanneer zijn deze klachten of problemen begonnen (zo nauwkeurig mogelijk aangeven):

15. Hoe is het met deze klachten of problemen gegaan sinds ze begonnen: verbeterd / niet veranderd / erger geworden / wisselend

16. Wat hebt u zelf gedaan om van uw klachten of problemen af te komen:

17. Door wie bent u tot nu toe voor deze klachten behandeld, of met wie hebt u deze problemen besproken: geen behandeling / huisarts / psychiater / psycholoog / maatschappelijk werker / ander:

18. Naam en adres van de in vraag 17 bedoelde hulpverleners en hulpverlenende instellingen:

| Naam: | Beroep: | Woonplaats: | Jaar: |
|-------|---------|-------------|-------|
| | | | |

19. Bent u eerder voor andere klachten of problemen behandeld:

ja / nee

Indien ja, voor welke klachten en problemen:

20. Naam en adres van artsen en instanties die u behandelden voor de in vraag 19 genoemde klachten en problemen:

| Naam: | Beroep: | Woonplaats: | Jaar: |
|-------|---------|-------------|-------|
| | | | |

21. Bent u wel eens opgenomen geweest in een: algemeen ziekenhuis / psychiatrisch ziekenhuis / sanatorium / rusthuis / anderszins:

22. Als u wel eens opgenomen bent geweest:

| Voor welke klachten of ziekten: | Welk ziekenhuis: | Welk jaar: | Hoelang: |
|---------------------------------|------------------|------------|----------|
| | | | |

23. Hoeveel weken hebt u de afgelopen 12 maanden verzuimd wegens ziekte:

24. Als er bepaalde dingen zijn die u in verband met uw gezondheidstoestand moet nalaten, welke zijn dat:

25. Gebruikt u medicijnen: ja / nee

26. Indien ja, gebruikt u: kalmeringsmiddelen: ja / nee

slaapmiddelen: ja / nee

andere medicijnen: ja / nee

27. Wilt u de namen opschrijven van alle medicijnen die u momenteel gebruikt, alsmede de dosering waarin men u deze heeft voorgeschreven:

C Huwelijk en gezin

28. Huwelijksdatum:

29. Naam partner:

30. Geboortedatum partner:

31. Heeft uw partner een beroep: ja / nee (N.B.: huisvrouw is een beroep!)

32. Indien ja, welk beroep (zo duidelijk mogelijk omschrijven):

33. Welk beroep (of welke beroepen) heeft uw partner eventueel vroeger uitgeoefend:

34. Als uw partner niet meer werkt, wat is daarvan de reden:

gepensioneerd / ziek / afgekeurd / werkloos / andere reden:

Sinds wanneer werkt hij/zij niet meer:

35. Hoe is de gezondheid van uw partner: goed / matig / slecht

36. Is uw partner wel eens behandeld voor klachten of problemen:

ja / nee

37. Indien ja, wat waren die klachten of problemen:

38. Als uw partner klachten of problemen heeft of heeft gehad, door wie is hij/zij hiervoor behandeld, of met wie heeft hij/zij deze problemen besproken: geen behandeling / huisarts / psychiater / psycholoog / maatschappelijk werker / ander:

39. Naam en adres van de in vraag 38 genoemde hulpverleners:

| Naam: | Beroep: | Woonplaats: | Jaar: |
|-------|---------|-------------|-------|
| | | | |

40. Is uw partner wel eens opgenomen geweest in een: algemeen ziekenhuis / psychiatrisch ziekenhuis / sanatorium / rusthuis / anderszins:

41. Als uw partner wel eens opgenomen is geweest:

| Voor welke klachten of ziekten: | Welk ziekenhuis: | Welk jaar: | Hoelang: |
|---------------------------------|------------------|------------|----------|
| | | | |

49. Waaruit bestaat uw huisvesting: eengezinswoning / flat / kamer(s) /
inwoning / tehuis of pension / anderszins:

50. Bent u tevreden over uw woonsituatie: ja / gaat wel / nee

E Werk

51. Op welke leeftijd bent u gaan werken:

52. Sinds wanneer hebt u uw huidige werkkring:

53. Werkt u momenteel: ja / nee

54. Wat was (waren) uw vroeger(e) beroep(en):

55. Als u niet meer werkt, wat is daarvan de reden: gepensioneerd / ziek /
afgekeurd / werkloos / andere reden:

56. Bevalt dit werk u: ja / gaat wel / nee

57. Als uw werk u weinig voldoening geeft, wat is daarvan de reden:

F Vrije tijd

58. Wat doet u in uw vrije tijd:

59. Wat doet uw partner in zijn/haar vrije tijd:

G Opleiding

60. Welke schoolopleiding en eventuele verdere studies (ook avond- en
bedrijfs cursussen) hebt u gevolgd:

| School of studie: | Afgemaakt: |
|-------------------|------------|
| | |

H Ouderlijk gezin

- 61. Waar bent u geboren:
- 62. Zijn uw ouders nog in leven:

| | Vader: | Moeder: |
|---------------------------------|--------|---------|
| Nog in leven: ja of nee | | |
| Indien ja, leeftijd | | |
| Indien nee, jaar van overlijden | | |
| Leeftijd bij overlijden | | |

- 63. Hoe is (of was) naar uw mening het huwelijk van uw ouders:
goed / gaat wel / slecht
- 64. Wat is (of was) het beroep van uw vader (zo duidelijk mogelijk omschrijven):
- 65. Hoeveel kinderen telde uw ouderlijk gezin: meisjes en jongens
- 66. De hoeveelste van de kinderen was u:

I Algemeen

- 67. Hebben er in uw leven ooit ingrijpende gebeurtenissen plaatsgevonden waarvan u nu nog de gevolgen ondervindt: ja / nee
- 68. Indien ja, welke zijn die gebeurtenissen:

69. Wie zijn de belangrijkste mensen in uw leven:

Datum van invullen:

Voor opmerkingen en aanvullingen omtrent de vragen of de antwoorden kunt u de achterzijde gebruiken.

Deze lijst is gebaseerd op de 'Vragenlijst voor aanmelding' van de polikliniek voor volwassenen van de Jelgersmakliniek te Oegstgeest.

I.K.S.
Interkerkelijke stichting
voor geestelijke volks-
gezondheid

S.P.T.K.
Sociaal-psychiatrisch
team voor therapie
en konsultatie

Schiekade 121
Rotterdam
Telefoon 658066

Ve/10

AANVRAAG VOOR THERAPIE

Datum:

1. Naam van de verwijzer:

Functie:

Adres:

Telefoon:

2. Naam van de patiënt/kliënt:

Man/Vrouw

Adres:

Telefoon:

Beroep:

Leeftijd:

Burg. staat:

3. Klachten/problemen waarvoor behandeling wordt aangevraagd:

4. Werkt patiënt/kliënt?

Ontvangt hij/zij een uitkering? Zo ja, welke?

g¹

5. Is hij/zij eerder behandeld geweest?

Zo ja, wanneer?; bij wie?; met welke resultaten?

6. Zijn er andere medische klachten, onderzoeken en/of behandelingen?

Zo ja, welke?; wat zijn de bevindingen?

7. Gebruikt hij/zij medikatie? Zo ja, welke?

8. Hoe staat patiënt/kliënt tegenover deze verwijzing?

9. Hoe zou u tegenover konsultatie staan in dit geval?

10. Verdere opmerkingen en aanvullingen:

I.K.S.
Interkerkelijke stichting
voor geestelijke volks-
gezondheid

S.P.T.K.
Sociaal-psychiatrisch
team voor therapie
en konsultatie

Schiekade 121
Rotterdam
Telefoon: 658066

K1/10

Rotterdam,

Geachte

bracht ons op de hoogte van uw
moeilijkheden. Om te bezien of wij u hierbij kunnen helpen, nodig
ik u uit voor een oriënterend gesprek op
om uur op het bovenstaand adres.
Mocht u op dit tijdstip verhinderd zijn, wilt u dit dan tijdig
doorgeven aan ons secretariaat?

Hoogachtend

medewerker S.P.T.K.

I.K.S.
Interkerkelijke stichting
voor geestelijke volks-
gezondheid

S.P.T.K.
Sociaal-psychiatrisch
team voor therapie
en konsultatie

J 3
Schiekade 121
Rotterdam
Telefoon: 658066

KL/16

Rotterdam,

Geachte

Hierbij nodig ik U uit voor een gesprek op
om uur.

Mocht U op dit tijdstip verhinderd zijn, wilt U dit dan tijdig
doorgeven aan ons sekretariaat?

Hoogachtend,

Medewerker S.P.T.K.

I.K.S.
Interkerkelijke stichting
voor geestelijke volks-
gezondheid

S.P.T.K.
Sociaal-psychiatrisch
team voor therapie
en konsultatie

94
Schiekade 121
Rotterdam
Telefoon 658066

Ve/11

Rotterdam,

Geachte

U verwees naar ons voor behandeling

-
-
-

Wij zullen uitnodigen voor een oriënterend gesprek.
Wij verwachten dat hierop een behandeling zal volgen. Mocht dit niet
het geval zijn dan nemen wij contact met u op.

Hoogachtend

medewerker S.P.T.K.

95

I.K.S.
Interkerkelijke stichting
voor geestelijke volks-
gezondheid

S.P.T.K.
Sociaal-psychiatrisch
team voor therapie
en konsultatie

Schiekade 121
Rotterdam
Telefoon 658066

Ve/12

Rotterdam,

Geachte

Op zagen wij op uw verzoek

-

-

-

Voorlopige inventarisatie van probleemgebieden:

Voorlopig programma:

Van ontwikkelingen die voor u van belang kunnen zijn, zullen wij u op de hoogte houden.

Hoogachtend

medewerker S.P.T.K.

I.K.S.
Interkerkelijke stichting
voor geestelijke volks-
gezondheid

S.P.T.K.
Sociaal-psychiatrisch
team voor therapie
en konsultatie

Schiekade 121
Rotterdam
Telefoon 658066

Ve/13

Rotterdam,

Geachte

Op beëindigden wij de behandeling van

-
-
-

Voor een overzicht van de toestand bij aanmelding verwijzen wij naar onze brief d.d.

Kort verloop van de behandeling:

Resultaten:

Hoogachtend,

Medewerker S.P.T.K.

I.K.S. / S.P.T.K.
Schiekade 121
Rotterdam
Telefoon: 658066

K1/13

AFSL. RAKENLIJSTJE

Naam:

1

2

3

4

5

6

7

8

Beste mederedacteur,

Geheel prematuur en afgaande op onbetrouwbare bronnen heeft de hoofdredacteur het nodig geacht aan te kondigen dat ik voor dit nummer geen bijdrage zou leveren. Hij had kunnen weten uit eerdere ervaringen dat zowel toezeggingen als afzeggingen mijnerzijds met het grootst mogelijke voorbehoud moeten worden behandeld, zodat overijlde beslissingen daarop niet gebaseerd moeten worden.

Maar laten we, indachtig de sfeer van het Kerstgebeuren, niet al te zwaar tillen aan deze affaire, en ons eerder verheugen op het feit dat u bij dit nummer, dat hiermee de 100 pagina's overschrijdt, een heerlijk eindejaars-toetje ontvangt.

De Slotredacteur.

1. Inleiding:

Dit is een vervolg van een behandeling waarover ik (Van Dijck, 1976) enige tijd geleden rapporteerde. Het ging om een gezin dat werd gekenmerkt door het ontbreken van solidariteit en samenwerking tussen de ouders en een onoverzichtelijke afwisseling van symptomatologie (manie, anorexie, psychose, angst) bij de kinderen. Aanvankelijk was ik bij de behandeling betrokken als supervisor, en later als co-therapeut van Menno Arnoldus. In de eerste zittingen werd het gezin in zijn totaliteit gezien; het bleek ons niet mogelijk enige orde in de chaos te brengen. We gingen toen over op afzonderlijke zittingen voor het ouderpaar, in de hoop daarmee de "generatiegrenzen" te versterken. Dit opzet lukte evenmin, omdat we voortdurend afgeleid werden door wisselende, maar niet te negeren problemen met de kinderen. We bereikten een dieptepunt toen de oudste dochter acuut manisch werd, terwijl de oudste zoon al psychotisch was. Deze dochter was daarbij vooral agressief ten opzichte van haar moeder. Het lukte toen om de vader, die tot dan een zeer perifere positie innam, de verantwoordelijkheid op te dragen voor het wel en wee van zijn dochter. Hij slaagde erin haar gedurende meerdere tijd continu erg goed op te vangen en zorgde er onder andere voor dat ze de nodige medicatie innam. Door zijn efficiënte optreden kreeg hij opnieuw waardering van zijn vrouw, zodat in het hele gezin weer gunstige therapeutische mogelijkheden leken te ontstaan.

2. Vervolg

Zodra de dochter Marie minder manisch werd ging zij zich meer afzetten tegen haar vader. Dit leverde niet zo erg veel problemen op, omdat zij terug op kamers kon en verder haar eigen leven kon leiden.

De meeste aandacht werd toen opgeëist door de 2e zoon Adriaan, die op een radeloze, maar tevens irritante manier continu jammerde over het feit dat hij geen raad wist met zichzelf en met zijn toekomst. Naar analogie met de succesvolle diade vader - dochter probeerden we van moeder en Adriaan een team te maken, onder andere door met hen af te spreken dat Adriaan twee maal 15 minuten per dag zijn klaaggedrag ten opzichte van moeder zou spuien; zij zou hem aanhoren zonder commentaar te geven. Dit diende te gebeuren in afwezigheid van vader, die gewoonlijk meteen geërgerd reageerde als Adriaan zijn litanie begon. Adriaan hield zich niet aan de 15 minuten, en moeder bleef ook niet luisteren. Zonder dat er iets wezenlijk veranderde werd dit probleem in de schaduw gesteld door het volgende. Rob, die inmiddels niet meer psychotisch was, kwam terug van zijn gastgezin en er moest iets beslist worden over zijn toekomstige activiteiten zoals studie. Aanvankelijk deed hij niets anders dan lang uitslapen en t.v. kijken. De therapeut slaagde erin de ouders tot een tolerante houding over te halen met als verklaring dat dit tot de normale naweeën van een psychose hoort. Uiteindelijk besliste Rob zelf voorlopig zijn studie op te geven en ging bij een uitzendbureau werken.

De volgende episode was dat vader dreigde te decompenseren toen hij op zijn werk verplicht werd gesteld alle vanwege de opvang van Marie verzuimde dagen weer in te halen. Hij kwam er weer bovenop toen moeder met rugpijn het bed moest houden. Toen ook zij weer mobiel was zag ik hen beiden om, volgens afspraak, te beginnen aan een echtpaartherapie nu alles was rustiger was en overzichtelijk leek. Met name communicatie en besluitvorming waren probleemgebieden waar nog veel goeds te verrichten was.

Ze vertelden er geen behoefte meer aan te hebben en vonden dat hun relatie voorlopig tegen een stootje kon; ook van de kant van de kinderen was er geen belangstelling meer voor therapie.

3. Nabeschuwing

Grote structurele veranderingen hebben in deze therapie wellicht niet plaatsgevonden. De ouders zijn wat meer eensgezind dan voorheen, maar het blijft een stel apart. Geen van de kinderen is momenteel psychotisch of daaromtrent, maar het zijn buitenbeentjes. Het gezin is door een zeer turbulente fase heengegaan en daarna is alles rustiger geworden. Het is op enkele momenten na, eigenlijk niet goed mogelijk geweest om al deze stormen te besturen. Onze therapeutische plannen werden zelden geheel uitgevoerd: soms waren er ernstige moeilijkheden voor we aan de uitvoering toe waren, of soms waren de problemen alweer over. Ook de voorlopige afsluiting maakt een wat onvoltooide indruk. Dit is beslist niet uitzonderlijk bij veel poliklinische behandelingen. Er wordt op zo kat mogelijke termijn hulp gevraagd in min of meer acute situaties en de verdere interesse gaat vaak over zodra de ergste moeilijkheden geweken zijn. Patiënten bij wie er nog duidelijke problemen zijn, maar die te kennen geven dat ze niet erg geïnteresseerd zijn, probeer ik niet meer tot verdere behandeling over te halen. Er zijn wel recidieven en hernieuwde aanmeldingen, maar die komen ook voor bij mensen bij wie de behandeling "af" leek.

Zou misschien niet een aanzienlijk gedeelte van ons therapeutisch raffinement een wat overbodige vaardigheid zijn, die van veel minder gewicht is dan specifieke therapeutische factoren? (vergelijk Frank, 1974)

Referenties

Van Dijk, R.

1976 - Een onrustig gezin
TDT, 3, (8), 93 - 99

Frank, J.D.

1974 - Psychotherapy: the restoration of morale
M.J. Psychiat. 131, 271 - 274

NAGEKOMEN BERICHT II: FORMULIEREN EN PROCEDURES:

Richard Van Dijk

Door de bijdrage van Kees van der Velden werd ik op het idee gebracht nog enkele formulieren toe te voegen, zodat ook mijn bijdrage voor dit nummer alsnog aan omvang wint. Helaas is ons formulier voor aanmelding identiek aan het zijne, evenals het zittingsverslag, zodat slechts het intakeformulier, de interim-evaluatie en het ontslagformulier overblijft.

Behalve op detailpunten voldoen deze formulieren in hun huidige vorm.

Aanvankelijk werd de geprecodeerde wijze van noteren als enigszins ambtelijk beleefd, maar uiteindelijk vinde de meeste medewerkers het gebruik van de formulieren prettig. Het gaat snel, men wordt gedwongen tot uitspraken over essentiële punten, zoals probleemgebieden. Verder is een duidelijk voordeel de mogelijkheid van toekomstig onderzoek.

De overlegprocedure die bij deze formulieren hoort kan pas helemaal goed worden toegepast zodra alle seniorstafplaatsen bezet zijn. Vooral de interim-evaluatie na 10 zittingen zal preventief moeten werken op doelloze behandelingen. De opsplitsing in telkens drie probleemgebieden is een op grotere schaal toepasbare variant van de GAS.

Het ontslagformulier wordt, met een aanvulling over het therapieverloop, door de secretaresse omgezet in een standaardontslagbrief voor de huisarts.

PSYCHIATRISCHE UNIVERSITEITSKLINIEK - JELGERSMAKLINIEK.

I N T E R I M - E V A L U A T I E

Dit formulier dient te worden gebruikt als uitgangspunt voor een overleg met de supervisor wanneer een behandeling 10 zittingen heeft geduurd en nog niet is afgesloten.

Therapeut : datum overleg :
Supervisor :

Is de inventarisatie van probleemgebieden zoals vermeld op het intakeformulier nog van toepassing? ja/nee.

Zo nee, welke is de nieuwe inventaris.

- 1.
- 2.
- 3.

Hoe is volgens de therapeut het tempo van vooruitgang mbt. deze probleemgebieden?

- 1. duidelijke vooruitgang/lichte vooruitgang/geen verandering/achteruitgang.
- 2. duidelijke vooruitgang/lichte vooruitgang/geen verandering/achteruitgang.
- 3. duidelijke vooruitgang/lichte vooruitgang/geen verandering/achteruitgang.

Verwachtingen van de therapeut wbt. de probleemgebieden :

- 1.
- 2.
- 3.

Concrete doelstellingen wbt. de probleemgebieden :

- 1.
- 2.
- 3.

Is voortzetting van de behandeling zinvol? ja/twijfel/nee.

Zo ja : welke therapie :

Zo ja : hoeveel zittingen :

Bij twijfel : wanneer nieuw overleg:

Indien nee : wat wordt beslist:

Wat wordt met de patiënt afgesproken?

Opmerkingen :

I N T A K E F O R M U L I E R

door de behandelend arts in te vullen, na, uiterlijk het derde contact.

Betreft : Naam Therapeut :
 Naam, voorletters :
 Adres :
 Status nr. :
 Aanmeldingsdatum :
 Verwijzer : Datum van invullen :
Reden van aanmelding :

Diagnose :

: I.C.D. no. :

Te onderscheiden probleemgebieden :

- 1. :
- 2. :
- 3. :

Verwachtingen van patiënt met betrekking tot bovenstaande probleemgebieden :

- 1. :
- 2. :
- 3. :

Verwachtingen van de therapeut met betrekking tot de probleemgebieden :

- 1. :
/herstel/verbetering/geen verandering/verslechtering/
- 2. :
/herstel/verbetering/geen verandering/verslechtering/
- 3. :
/herstel/verbetering/geen verandering/verslechtering/

Therapieplan : (maximaal 3 aanstippen in volgorde van belangrijkheid)

- o medicamenteus; te weten :
 - o ataractica
 - o neuroleptica
 - o hypnotica
 - o antidepressiva
 - o andere

- o individuele gesprekstherapie
 - o inzichtgevend
 - o directief
 - o steunend
- o gedragstherapie
- o relaxatie oefeningen : o individueel
 - o in groep
- o hypnose
- o relatietherapie ; o echtpaar
 - o gezin
- o groepstherapie : o
 - o
 - o
- o andere therapie
- o therapie met onderzoeks doeleinden

Over deze therapie is supervisie gegeven : ja/nee
 door wie :

- Concrete doelstellingen van de therapie met betrekking tot de probleemgebieden :
1. :
 2. :
 3. :

ONTSLAGFORMULIER

door de behandelend arts in te vullen bij ontslag.

Betreft:

Naam, voorletters

Naam Therapeut(en)

Adres

1.

Status nummer

2.

3.

Aanmeldingsdatum

Ontslagdatum

Aantal zittingen

Diagnose :

: I.C.D. no.:

- Reden van ontslag
- behandeling in overleg met patiënt afgesloten
 - patiënt weggebleven
 - naar huisarts terugverwezen
 - doorverwezen naar andere instantie (bv. I.M.P.)
 - opgenomen in
 - Jelgersmakliniek
 - Endegeest
 - alg. ziekenhuis
 - andere kliniek
 - overleden
 - anderszins : specificeer:

Toestand bij ontslag:

- Globale indruk : geheel hersteld/sterk verbeterd/verbeterd/onveranderd/verergerd.
- Gespecificeerd naar de volgende probleemgebieden :
 1. :
/geheel hersteld/sterk verbeterd/verbeterd/onveranderd/verergerd/
 2. :
/geheel hersteld/sterk verbeterd/verbeterd/onveranderd/verergerd/
 3. :
/geheel hersteld/sterk verbeterd/verbeterd/onveranderd/verergerd/

Therapie : (alle toegepaste therapievormen aanstippen en nummeren naar volgorde van belangrijkheid).

- o medicamenteus; te weten :
 - o ataractica
 - o neuroleptica
 - o hypnotica
 - o antidepressiva
 - o andere
- o individuele gesprekstherapie
 - o inzichtgevend
 - o directief
 - o steunend
- o gedragstherapie
- o relaxatie oefeningen : o individueel
 - o in groep
- o hypnose
- o relatietherapie : o echtpaar
 - o gezin
- o groepstherapie : o
 - o
 - o
- o andere therapie
- o therapie met onderzoeks doeleinden

Over deze therapie is supervisie gegeven : ja/nee
door wie :

Indruk van de therapeut betreffende de prognose van de gespecificeerde probleemgebieden :

1. : /zeer gunstig/gunstig/matig/slecht/zeer slecht/niet te beoordelen/
2. : /zeer gunstig/gunstig/matig/slecht/zeer slecht/niet te beoordelen/
3. : /zeer gunstig/gunstig/matig/slecht/zeer slecht/niet te beoordelen/