



**Tijdschrift voor Directieve
Therapie
Jrg.4 Nr.3 April/Mei 1977**

Inhoud

april/mei 1977

Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
Richard Van Dijck, Kees van der Velden, Onno van der Hart	Een indeling van directieve interventies	4
Leen Joele	Alleen hyperventilatie?	15
Alfred Lange	Therapie met een trillende vrouw	24
Kees Hoogduin	Een zelfcontroleprocedure bij een vrouw met eetaanvallen en adipositas	38
Dick Oudshoorn	Gemodificeerde paradoxale intentie	50
Onno van der Hart	Over het schrijven van brieven: een P.S.	59
	Kettingroken behandeld met hypnotherapie: over de gevolgen	62
Kees van der Velden, Onno van der Hart, Richard Van Dijck	Positief etiketteren	68
Kees Hoogduin	Het beëindigen van een slaapmiddelenmisbruik met behulp van een afscheidsritueel zonder hulp van een directieve therapeut	83
	Enige opmerkingen bij 'Kort van memorie' van Leen Joele	85
Leen Joele	Reactie op reactie	88
Hoofdredacteur	Van de Hoofdredactie	94
	Correspondentie: de briefwisseling Lange - Tas	96

Omslag: de kinderen Joele

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

Redactie & administratie: Beatrijsstraat 53, Rotterdam

1.

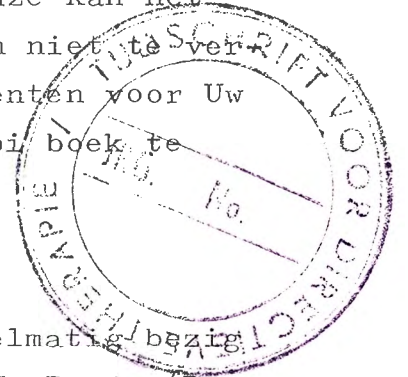
Het is niet onverstandig geweest dat wij indertijd besloten hebben om ondanks aandrang en overreding de oplage van dit Blad niet uit te breiden. Was dit wel geschied, dan waren wij thans doende geweest abonnementsgelden te restitueren in plaats van zo gemoedelijk de kromme zinnen van dit Ten Geleide te tikken. Zelfs een zo modern opgemaakt Tijdschrift als het onze kan het zich niet permitteren om ruim vier maanden niet te verschijnen. Excuses, lezer, en onze complimenten voor Uw geduld. Wij waren een tijdje bezig een mooi boek te schrijven.

2.

Wij als Hoofdredactie zijn natuurlijk regelmatig bezig met het doordenken van het beleid achter Uw Blad. (Er zit namelijk een beleid achter.) En bij het uitzetten van onze beleidslijnen alsook bij het formuleren van beleidsdoelen, -voornemens en -plannen (zie de visie-nota 'Breuklijnen en wisselwerkingen') stuiten wij steeds weer op de factor 'mens'. De mens die de redacteur is en de mens die wijzelf zijn.

Welnu, wij vrezen het volgende van deze factor:

Eenmaal roem geroken hebbend, zal de modale TDT-redacteur in toenemende mate geneigd zijn zijn energie te investeren in artikelen die deze roem verder kunnen stimuleren; succesvolle therapieën bij onmogelijke patiënten dus, met reeksen referenties om de lezer een indruk van de belezenheid van de auteur te geven; erudiete theoretische verhandelingen over het verschil tussen een zware last en een zware voorwaarde enz., enz. Alles bedoeld om in Deel II of -erger nog- een ander tijdschrift opgenomen te worden. Dit zal ertoe leiden dat dit Blad minder vaak verschijnt en dunner, ernstiger en opschepperiger wordt. Het wordt dan ook minder attractief om ons Blad te lezen, te meer daar er soms bijdragen in staan die nog beter zijn dan je eigen stukken, en het is dan ook zo leuk niet meer om naar een Redactievergadering te gaan.



Deze ontwikkeling nu leidt er onvermijdelijk toe dat de animo om voor Deel II te werken afneemt. In dat stadium, lezer, is de kip met de gouden eieren geslacht. Om deze rampzalige ontwikkeling af te wenden is er binnen de redactie een actiegroep opgericht die Licht onder de Korenmaat heet. Het doel van Licht onder de Korenmaat is het plaatsen van artikelen die zeker geen kans maken om in enig boek of tijdschrift overgenomen te worden. Het kunnen dus gewoon gezellige artikelen zijn, maar ook briljant beschreven mislukkingen, dat doet er niet toe, als ze maar niet voor plaatsing elders in aanmerking komen.

Nu is er nog de mogelijkheid om U bij de actiegroep aan te sluiten, maar haast U wel, want de groep heeft nog maar plaats voor vijf man!

Wilt U eerst nadere inlichtingen? Dat Kan. Schrijf naar: Willem de Zwijgerlaan 7, Oegstgeest, met vermelding van Licht onder de Korenmaat. U kunt ook bellen: 071-150487. Als het meezit krijgt U dan de actieleider zelf aan de lijn.

Houdt U van het TDT?

Doe dan met deez' actie mee!

3. Bij dit nummer

Naast de interessante polemiek tussen de vrienden Hoogduin en Joele (denkelijk in het kader van bovengenoemde actie geschreven), bevat dit nummer nog tal van andere lezenswaardige bijdragen.

We noemen:

Lange's behandeling van een bevende vrouw;

Van der Harts wondere hulp bij kettingroken;

Oudshoorns onorthodoxe toepassing van paradoxale intentie.

(De laatste bijdrage kwam bij ons aan in een half open-gescheurde enveloppe. Er zat een briefje bij dat begon met 'Beste Andrea'. Dat waren wij dus niet. De helft van de vellen was op folioformaat afgesneden. Nadat we de grootte met een Stanley mes hadden aangepast aan het gebruikelijke A4-formaat, bleek dat de respectieve vellen door een ondergeschikte van deze redacteur op heel eigen wijze geordend waren. Teneinde erachter te

komen wat de juiste volgorde was
waren wij genoodzaakt eerst zijn hele verhaal door te
lezen, wat overigens een genoeg was om te doen.)

We noemen verder:

een knappe notitie van Van der Hart over het schrijven
van brieven;

een meesterlijke behandeling door Hoogduin van een
dikke vrouw;

een filosofisch getinte bijdrage van Joele, waarin hij
een vraagteken plaatst achter het zo vaak als doodoener
gebruikte concept van de hyperventilatie.

Ten slotte zijn er twee bijdragen van hetzelfde drieman-
schap; Van Dijck, Van der Hart en Van der Velden. In
hun artikel over positief etiketteren vonden we dezelfde
opmerkingen terug die ook al in het decembernummer van
dit Tijdschrift hadden gestaan. Ben je van plan hier
nog lang mee door te gaan, Van der Velden? Misschien
ook een idee voor andere redacteuren.

4.

Met ingang van heden is de 'k' uit 'direktief' weer
veranderd in de 'c' van 'directief'. Voorlopig wagen wij
ons niet meer aan dergelijke experimenten.

5.

Het zal wel geen toeval zijn dat precies een week na
de volgende redactievergadering verkiezingen worden
gehouden. Ons stemadvies luidt: Stemt progressief!
Alleen een voortzetting van het huidige kabinet garan-
deert ons dat wij de kosten van dit Tijdschrift kunnen
blijven afwentelen op de (overheids)instanties waarbij
wij in dienst zijn.

De Hoofdredacteur



Een indeling van directieve interventies.

Richard Van Dijck, Kees van der Velden en Onno van der Hart.

1. Inleiding :

In directieve therapie wordt melding gedaan van uiteenlopende interventies en technieken, zoals leeropdrachten, paradoxen, paradoxale intentie, rituelen, judo technieken, etc. Overzichtelijk is dit niet.

In deze bijdrage wordt getracht enig perspectief aan te brengen in dit uitdijende heelal van waardevolle therapeutische ingrepen. Met behulp van drie relevant geachte dimensies worden therapeutische interventies gekarakteriseerd. Deze indeling is zowel een voortzetting van, als een aanvulling op eerder voorgestelde klassificaties. (zie Van Dijck, 1974; Van der Hart en Rubinstein, 1975; Van der Velden en Van Dijck 1977).

2. De dimensies :

2.1. De eerste dimensie is die van paradoxale versus congruente opdrachten.

Congruente opdrachten worden door de therapeut gegeven met de bedoeling dat ze volgens zijn richtlijnen worden uitgevoerd. Congruente opdrachten zijn daarom in principe zo geconstueerd dat ze uitvoerbaar zijn.

Wanneer ze uitgevoerd worden brengen ze de oplossing van een probleem (een stapje) dichterbij. Paradoxale opdrachten worden gegeven met de bedoeling dat ze niet of slechts ten dele worden uitgevoerd; ze zijn ook niet altijd uitvoerbaar en de oplossing van het probleem volgt vooral wanneer ze worden tegengewerkt (zoals bij het coïtusverbod als "therapie van impotentie").

Hoewel dit op het eerste gezicht niet zo vanzelf spreekt nemen we aan dat een geleidelijke overgang bestaat tussen congruente en paradoxale opdrachten : een therapeut die een paradoxale opdracht geeft zal tevens min of meer expliciet ook aangeven welke gedragsalternatieven nog mogelijk zijn. Een therapeut die een congruente opdracht geeft, zal dit doorgaans volgens een stap-voor-stap-procedure doen en bij gevolg grote delen van het ongewenste gedrag voorlopig onbehandeld laten. Dit kan met enige goede

wil beschouwd worden als een impliciete vorm van symptoomvoorschrijven. De mogelijkheid van een geleidelijke overgang is het duidelijkst zichtbaar bij een aantal veel gebruikte directieve adviezen : de gelijktijdige aanwezige congruente en paradoxale aspecten van het "gefractioneerd ruzie-advies" werd reeds besproken (Van Dijk en Hoogduin, 1977). Ook het advies dat werd gegeven aan het echtpaar met de dwangneurotische man door Hoogduin et al (1977) behoort tot de gecombineerde opdrachten. Deze dimensie "congruent - paradoxaal" heeft dus betrekking op de bedoeling van de therapeut bij het geven van de opdracht : in beide gevallen wordt gedragsverandering beoogd, in het eerste geval als resultaat van uitvoering van de opdracht, in het tweede geval door tegenwerking of weerstand. Dit zal ook tot uiting komen in de uitvoerbaarheid van de opdracht. Paradoxale opdrachten kunnen onwaarschijnlijk, absurd of onuitvoerbaar zijn. Congruente opdrachten leiden op een meer doorzichtige manier naar de oplossing van problemen en zullen daarom gemakkelijker gestandaardiseerd kunnen worden en replicerbaar zijn in een experimenteel opzet.

Een belangrijke aanwijzing voor het toepassingsgebied voor paradoxale of congruente opdrachten volgt uit de reactie die we van de cliënt verwachten. Het geven van congruente opdrachten is op zijn plaats wanneer we mogen aannemen dat de cliënt zich coöperatief zal gedragen. Paradoxale adviezen zijn vooral aangewezen als de cliënt, habitueel of specifiek in verband met een moeilijke fase van de therapie, zich weerspannig opstelt. De maat van coöperatie van de cliënt is echter niet het enige criterium om voor één van beide benaderingen te kiezen. Meer specifieke indicaties komen ook ter sprake bij de bespreking van afzonderlijke opdrachten.

3.2. De tweede door ons gebruikte dimensie is die van een directe versus een indirecte aanbieding van de opdracht. Van der Hart & Rubinstein (1975) gebruikten deze categorie in een bredere betekenis. Direct en indirect werd door hen beschreven als eigenschappen van de opdracht zelf. In dit verband gebruiken we deze begrippen voor zover ze betrekking hebben op de wijze waarop de therapeut de cliënt ertoe brengt de opdracht uit te voeren. Specifieke motiveringstechnieken zijn daar een onderdeel van. Een directe presentatie van een opdracht houdt in dat de therapeut aangeeft hoe, wanneer, en waarom hij van de cliënt verwacht dat deze welomschreven gedragingen zal gaan uitvoeren. Van een indirecte presentatie is bijvoorbeeld sprake wanneer de therapeut te kennen geeft dat de cliënt misschien, misschien later, misschien ook niet, tal van gedragingen zal gaan vertonen of achterwege laat. Hij suggereert hiermee een grote mate van vrijheid. Dit benadrukken van vrijheid kan het voor de cliënt gemakkelijker maken om de hem geboden aanwijzingen uit te voeren. Wanneer er reden is om te twijfelen aan de bereidheid van de cliënt om een advies uit te voeren dat door een ander bedacht is en wordt opgedragen, kan een indirecte motiveringstechniek de voorkeur verdienen. Het nadeel is uiteraard dat op deze manier geen duidelijke overeenkomst tot stand komt, want er wordt niets afgesproken, er wordt alleen maar aangegeven wat zou kunnen gebeuren. Dit vormt weer een moeilijkheid bij eventueel experimenteel onderzoek. Maar vaak lukt het een advies indirect te presenteren wanneer een directe aanbeveling zou worden afgewezen. Dit is met name het geval bij cliënten die zich in een zelfrespect zouden aangetast voelen wanneer zij aan iemand zouden gehoorzamen. Ook van de kant van de therapeut kan de voorkeur voor een indirecte techniek bestaan wanneer hij de verantwoordelijkheid en het initiatief van de cliënt wil benadrukken. Directe opdrachten hebben als voordeel dat ze moeilijk tot misverstanden kunnen leiden. Binnen een therapeut-client relatie die relatief vrij is van machtsstrijd en die als een zakelijke samenwerking kan worden getypeerd zijn direct gepresenteerde adviezen belangrijke onder-

delen van een strategie die op duidelijkheid is gebaseerd.

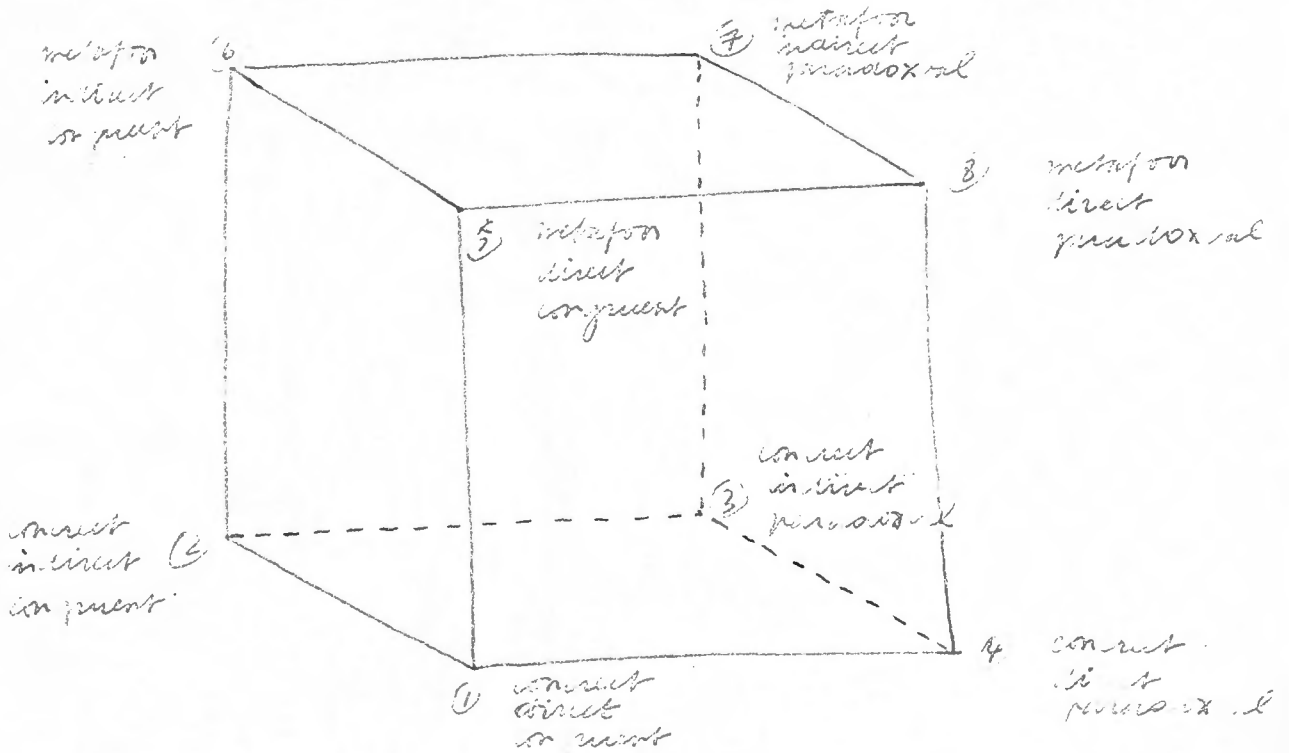
We gaan er weer van uit dat de dimensie direct - indirect als een continue schaal beschouwd kan worden. De kenmerken direct of indirect kunnen in mindere of meerder mate aanwezig zijn. De meeste therapeutische opdrachten kunnen zowel direct als indirect gepresenteerd worden. Maar bij sommige adviezen is een directe of indirecte motiveringstechniek inherent aan de opdracht.

2.3. De derde dimensie die we onderscheiden betreft de mate waarin een opdracht een concreet of een metafoor karakter heeft. Ook hier gaan we uit van een geleidelijke overgang van opdrachten die betrekking hebben op concrete "tastbare" fenomenen, dan wel meer afgeleide, abstracte en symbolische handelingen. Bij afscheidsrituelen onderscheiden we toenemende gradaties of "ordes" van abstractheid in de rituelen. Het schrijven van een afscheidsbrief is meer abstract dan feitelijk afscheid nemen; het vernietigen van vroegere correspondentie staat weer nog verder af van de concrete afscheidshandeling. Symbolische of metafore opdrachten houden in zich de mogelijkheid dat zij verandering brengen in een hele "klasse" van gedragingen. Concrete opdrachten zijn meer "platvloers". Hun effecten beperken zich soms precies tot datgene wat in de opdracht werd verwerkt. "Generalisatie" moet dan uitdrukkelijk, bijvoorbeeld door het geven van onvolledig ingevulde opdrachten, op gang gebracht worden. Metafore of symbolische opdrachten daarentegen vertonen vaak een "alles of niets-effect": zij leiden soms tot veranderingen op een breed front en soms tot geen enkele merkbare verschuiving. Ook zijn er veranderingen die alleen maar goed via metafore opdrachten (zoals rouwen) kunnen vertaald worden.

3. De indeling :

Men kan de hierboven beschreven drie dimensies ruimtelijk voorstellen in een kubus. Op de hoekpunten komen dan interventies terecht die telkens

drie kenmerken op een extreme wijze vertegenwoordigen. Het kostte enig zoekwerk om alle hoeken te vullen. Tenslotte bleef er nog een klein stelletje ongeregeld over. Eigenlijk is dit minder verdacht dan wanneer het allemaal precies zou geklopt hebben. De lezer oordele zelf.



Wij zullen achtereenvolgens de 8 hieruit resulterende combinaties bespreken.

3.1. Concreet - congruent - direct:

Deze omschrijving past volledig bij leeropdrachten. De opdrachten worden op een ondubbelzinnige wijze aanbevolen, vaak als onderdeel van een contract. Ze zijn gericht op concrete, haalbare gedragsveranderingen. De situatie om deze leeropdrachten toe te passen is wanneer de problemen van dien aard zijn dat ze kunnen verwoord worden in termen van overzichtelijke, haalbare stappen en wanneer de relatie tussen de therapeut en de cliënt als een zakelijk samenwerkingsverband kan omschreven worden. Bij een kundig therapeut vormt dit een zeer breed indicatiegebied: zowel het ombouwen van onoplosbare problemen tot stapsgewijs overbrugbare opgaven, als het tot stand brengen van zakelijke relaties zijn vaardigheden die therapeuten bij

zichzelf kunnen ontwikkelen.

Met name wanneer het probleem gaat om kwantitatieve eerder dan kwalitatieve veranderingen is een benadering met leeropdrachten aangewezen. Wanneer het gaat om kwalitatieve veranderingen kunnen leeropdrachten nuttig zijn in een aanloopfase.

Het principiële voordeel is dat de strategie ook voor de cliënt overzichtelijk blijft. Hij kan dezelfde techniek ook in de toekomst op eigen houtje toepassen. Helaas gebeurt dit vaak niet. Deze benadering is uitgesproken zwak wanneer het gaat om cliënten die twijfelachtig staan ten opzichte van het nut van de behandeling of de voorgestelde werkwijze. Juist omdat leeropdrachten concreet en direct zijn, zijn de toepassingsmogelijkheden ten opzichte van weerstandige cliënten beperkt.

3.2. Concreet - congruent - indirect:

De interventie die door Lange & Van der Hart (1975, par. 5.7.) als "indirect modellering" wordt omschreven vertoont deze eigenschappen. De techniek houdt in dat de therapeut een anecdoten of een ervaring vertelt waarbij een analoog probleem aan de orde komt als dat van de cliënt en waarbij een oplossing is gevonden die de therapeut nuttig of exemplarisch vindt voor de moeilijkheden van de cliënt. Het gaat dus om een indirecte, congruente manier om een concrete oplossing aan te bieden. Dit zal een bruikbare mogelijkheid zijn in een therapeutische relatie waar de therapeut niet twijfelt aan de wens tot verandering van de kant van de cliënt. Een dergelijke indirecte aanbeveling is ook een manier om een idee te "zaaien": de therapeut suggereert een oplossing, maar neemt (voorlopig) een afwachtende houding aan ten opzichte van het al of niet toepassen van deze suggestie. Hij kan later nog op een meer directe manier zijn voorstel onder de aan-

dacht brengen.

3.3. Concreet - paradoxaal - indirect:

Interventies waarbij concreet, paradoxaal en indirect verwerkt worden staan niet onder een specifieke naam bekend. Aan deze omschrijving voldoet wel wat men "terreurverhalen" zou kunnen noemen, waarbij de therapeut de naargeestige gevolgen afschildert aan de cliënt van bijvoorbeeld alcoholisme en hem tevens te kennen geeft dat het drankgebruik niet verminderd kan of hoeft te worden. Een ander voorbeeld is gegeven in de opnamevermijdingstechnieken en suïcidepreventie à la Hoogduin (1976). Het gaat dus om voorspellingen of verhalen waarbij de therapeut hoopt dat zij de cliënt zullen inspireren tot verandering doordat de therapeut de consequenties van het huidige gedrag afschildert. Het toepassingsgebied is beperkt tot situaties waarbij men iemand van een bepaalde richting af wil helpen door het bieden van een negatief model. De therapeut tracht dan weerstanden uit te lokken. Het is altijd nog mogelijk om een meer directe interventie te plegen wanneer dit faalt, en ook een soepele terugtocht blijft mogelijk.

3.4. Concreet - paradoxaal - direct:

Interventies waarbij concrete en directe instructies gegeven worden die tevens paradoxaal zijn vinden we bij paradoxale intentie (zie Van Dijck, 1977). Het gaat om onuitvoerbare opdrachten die de cliënt naar beste vermogen moet proberen uit te voeren: hij zal dan merken dat hij het tegengestelde bereikt van wat hij nastreeft. Bijvoorbeeld zal de cliënt die tracht zichzelf steeds angstiger te voelen, veelal ondervinden dat zijn angst juist afneemt.

Het toepassingsgebied van dit type opdrachten omvat situaties waarbij

contractmatige afspraken tussen de therapeut en de cliënt mogelijk zijn. In dit opzicht komen deze opdrachten overeen met leeropdrachten. Maar verder hebben de opdrachten betrekking op een ander soort, onuitvoerbare handelingen, zoals pogingen om spontaan gedrag op te wekken.

3.5. Metafoor - congruent - direct:

Rituelen zoals beschreven door van der Hart (1977) zijn op een congruente en directe manier gepresenteerde opdrachten die hun therapeutische werkzaamheid danken aan een metafoor, eerder dan concrete, oplossing van problemen. Ook van der Velde's (1977) opdracht om een stekje tot een plant te laten opbloeien in de context van het overwinnen van een depressie behoort tot deze categorie.

Het voordeel van dergelijke oplossingen op een abstract niveau is dat de opdracht zich richt tot een klasse van gedragingen eerder dan op een beperkt onderdeel daarvan. Wanneer de opdracht succes heeft, zal zij veranderingen op een breed front met zich meebrengen. Vooral bij overgangssituaties, zoals afscheid en rouwen moeten verstrekkende veranderingen over een breed front op gang gebracht worden. Het concept van "klasse van gedragingen" maakt overigens begrijpelijk dat "transfer of change" plaats kan vinden na in feite een beperkt aantal veranderingen.

In hypnose en een aantal andere technieken zoals Guided Affective Imagery van Leuner en de Rêve Eveillée van Desoile, waarbij in een droomsituatie door middel van manipulatie van symbolen gestreefd wordt naar emotionele ontlading of verandering van attitude, wordt volgens deze principes getracht verandering aan te brengen in belevingsgebieden die niet goed toegankelijk zijn voor afspraken op het niveau van concrete gedragsveranderingen volgens het lineair progressieve model.

3.6. Metafoor - congruent - indirect:

Een techniek waarbij de therapeut door middel van metaforen op een indirecte manier veranderingen aangeeft die hij wil aanmoedigen is de "mutual storytelling technique" van Richard Gardner (Oudshoorn, 1977). Dit is het analoog, op metafoor niveau, van het "indirecte modelling". Het metafore element kan beschouwd worden als een extra beveiliging tegen weerstand, terwijl toch het element van aanleren, voorbeeld geven aanwezig is. Het opgeven van raadsels of "zen" vragen hoort ook tot deze categorie. Het metafore aspect kan het geheel boeiender maken (met name voor kinderen) en dus als motiveringstechniek werken. Verder wordt een ruime mate van veiligheid en eigen initiatief gegarandeerd door het indirecte karakter van deze benadering.

3.7. Metafoor - paradoxaal - indirect:

Een op indirecte wijze onder de aandacht gebrachte metafore mededeling die tevens paradoxaal is, lijkt wel ongewoon. Zij is wellicht voornamelijk kenmerkend voor schizofrenen. In relatief extreme situaties, wanneer zowel weerstand te verwachten is tegen congruente, concrete als directe opmerkingen zou deze radicaal afwijkende benadering kunnen werken. De enige uit de literatuur bekende benadering waarbij iets dergelijks zou worden toegepast lijkt de "direct analysis" van Rosen. Het is wellicht niet toevallig dat het hier gaat om een psychotherapeutische benadering van schizofrenen.

3.8. Metafoor -paradoxaal - direct:

Een opdracht waarbij op metafore wijze een afloop wordt omschreven die inspireert tot een daaraan tegengestelde gedragslijn, dit als gevolg van

een directe afspraak vinden we bij de hyperdramatiseringstherapie van Arndt (1964). Hierbij wordt de cliënt opgedragen zijn huidige klachten te vertalen in een kinderlijk gejammer en dit gejammer tot in den treure te herhalen. Dit leidt in het gunstige geval tot een afzweren van het klaaggedrag.

4. Nabeschouwing:

4.1. Een therapeutische zware last kan zowel een directe concrete congruente opdracht zijn als een directe, concrete paradoxale opdracht.

Dit hangt af van wat de cliënt ermee doet: voert hij de opdracht met succes uit, dan verdient ze het kenmerk congruent; weerstaat hij de opdracht met goede gevolgen, dan was het kennelijk een paradox!

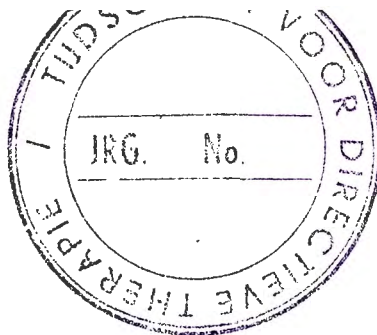
4.2. Er is een niet scherp afgegrensd indicatiegebied voor elk van deze opdrachten. In concrete gevallen zijn er meestal meerdere keuzemogelijkheden: er is ruimte voor diverse therapeutische interventies. Het is beter om te spreken van voorkeursbenaderingen in plaats van strikte indicatiestelling. Vanuit een dergelijk perspectief kan men stellen dat directe opdrachten een relatief conflictvrije verhouding van de therapeut en de cliënt veronderstellen, terwijl indirecte adviezen veiligheid en de zelfstandigheid van de cliënt garanderen, omdat ze meer het karakter hebben van uitnodigingen dan van strikte opdrachten.

Concrete opdrachten zijn ondubbelzinnig en welomschreven, maar bij gevolg ook beperkt. Metaforen hebben een meer globaal karakter maar zijn ook vager en minder goed corrigeerbaar.

Congruente opdrachten veronderstellen een gezamenlijke bereidheid om naar de beste oplossing te zoeken. Paradoxale adviezen zijn bruikbaar wanneer de weerstand duidelijk aanwezig is.

Referenties.

- Arndt, (1962) Genese en psychotherapie der neurosen
Den Haag, Boucher.
- Carp, E.A.D.E., (1958) Psychocatharsis
Lochem, De Tijdstroom
- Dijck, R. Van, (1974) Vormen van directieve therapie bij
echtparen en gezinnen.
T. Psychiat., 16, 209 - 228
- Dijck, R. Van, (1977) De toepassing van paradoxale intentie
in Velden, C. van der (id)
- Dijck, R. Van en
C. Hoogduin, (1977) Ruziemakende paren
in Velden, C. van der (id)
- Hart, O van der en
T. Rubinstein, (1975) Strategische en tactische aspecten
van therapie
T.M.W., 29, 389 - 395
- Hart, O. van der, (1977) Relaties en rituelen
in Velden, C. van der (id)
- Hoogduin, C., (1976) Het hanteren van een verzoek tot opname
in een psychiatrisch ziekenhuis: een opname-
-vermijdingsstrategie
T.D.T., 3, (8), 71 - 79
- Hoogduin, C., O. van der Hart,
R. Van Dijck, L. Joele en
C. van der Velden, (1977) De interactionele behandeling van
dwangmatig controleren
in Velden, C. van der (id)
- Lange, F. en O. van der Hart, (1975) Gedragsverandering in gezinnen
Groningen, Tjeenk Willink
- Leuner, () Guided Affective Imagery
(referentie volgt)
- Oudshoorn, D., (1977) De verhalentechniek van Richard Gardner
in Velden, C. van der (id)
- Rosen, J.N., (1951) Direct analysis
N.Y., Grune and Stratton
- Velden, C. van der, (1977) Strengere religieuze opvattingen en
directieve therapie: ervaringen met
Jehova's getuigen
T.D.T., 3 (8), 35 - 39
- Velden, C. van der en
R. V n Dijck, (1977) Wat is directieve therapie
in Velden, C. van der (red)
Directieve Therapie
Deventer, Van Loghem Slaterus



Leen Joele.

1. Inleiding.

- 1.1. Hyperventilatie is, ook binnen de kring van het T.D.T., een erg bekend woord geworden. De behandeling van hyperventilatie-aanvallen met (Hoogduin, 1975) of zonder plastic zak (Lange, 1976) heeft, terecht, veel aandacht gekregen. Uit de publicaties in het T.D.T. blijkt gelukkig telkens weer dat de auteurs aandacht hebben voor de cliënt zelf en niet alleen voor dat deel van zijn problematiek dat door de term hyperventilatie gedekt wordt.
- 1.2. De laatste tijd hoor ik door beginnende hulpverleners (assistenten, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen) dikwijls spreken over "hyperventilanten" op dezelfde achteloze conversatie-toon, die wat oudere psychiaters bezigen als ze het hebben over een "schizophreentje, al vaak opgenomen", etc. Dit lijkt me een gevaarlijk verschijnsel om de volgende redenen.
- 1.3. Ten eerste een zeer algemene reden: het spreken over cliënten in etiketachtige termen is dodelijk voor de creativiteit waar een directief therapeut het voor een groot deel van moet hebben. Een van de "grote voorbeelden", Erickson, had, wanneer hij geconfronteerd werd met een probleem, dat hij al eerder, succesvol behandeld had, toch de gedachte: "...now let's find a new way to solve this problem" (Haley, 1967). In deze uitspraak komen zowel de pragmatische visie, als het respect voor de uniciteit van elke cliënt naar voren, die de directieve therapeut zouden kenmerken (vgl. o.a. van der Velden, 1977).
- 1.4. Ten tweede bestaat er zeker nog geen eenstemmigheid in de literatuur over de symptomen van het hyperventilatiesyndroom. In de recente publicaties in het N.T. v. G. worden meerdere subgroepen onderscheiden. In de praktijk komt het dikwijls voor dat een cliënt een "hyperventilant" genoemd wordt omdat zijn hart bonkt, wanneer hij angstig is, zonder dat zorgvuldig nagegaan is of er voldoende symptomen aanwezig zijn om de diagnose "hyperventilatie-aanvallen" te stellen.
- Ook het provoceren van een hyperventilatie-aanval geeft niet altijd voldoende uitsluitel: iedereen die geforceerd hyperventileert, zal een aantal onaangename gevoelens ervaren.

Wanneer de therapeut al te suggestief is geweest kan het voorkomen dat de cliënt de gevolgen van de hyperventilatieprovocatietest ten onrechte identiek acht aan zijn klachten.

- 1.5.1 Ten derde, last but not least, er bestaat natuurlijk een groot verschil tussen therapeuten die snel gewagen van "schizophrene processen" en hulpverleners die menen hyperventilatie-aanvallen ontdekt te hebben: de sprekers over het "proces" geven in hun formuleringen soms impliciet aan dat er, "niets aan te doen is", een tragische verwachting is bevestigd, en therapie kan niets anders dan "begeleiding sec" inhouden: sociale werkplaats, beschermdebehuizing, depotmedicatie.
- 1.5.2 Het is niet mijn bedoeling om de zeer nuttige inspanning van hulpverleners die zich bezig houden met het verschaffen van een zo menswaardig mogelijk bestaan aan zeer gehandicapte cliënten te kleineren; er zijn veel mensen die voortdurend verzorgd moeten worden en bitter weinig hoger gekwalificeerde therapeuten die meer dan een deelzaak willen maken van dit werk, ondergetekende niet uitgezonderd).
- 1.5.3 De beginnende assistenten zijn om een positievere reden blij dat ze "een diagnose", met name hyperventilatie-aanvallen, hebben: Zij menen (mede door de publicaties in het T.D.T.) over een middel te beschikken, waarmee ze therapie, soms zelfs "causale therapie" kunnen bedrijven !
- 1.5.4 Zij worden echter dikwijls teleurgesteld: de cliënt houdt, ondanks een enthousiast aangevangen therapie, toch H.V.-achtige klachten, of, hij ontwikkelt zelfs "nieuwe"klachten (depressie, huwelijksproblemen, etc.). Deze teleurstelling kan secundair tot eenzelfde nihilisme leiden als het vonnis schizofrenie; sommige "schizophrene psychoses" zijn het begin van een ontwikkeling die tot toenemende sociale invaliditeit leidt, omdat het woord alleen al, zelfs in de formulering "cave schizophreen proces", elke volgende therapeut moedeloos kan maken.
- 1.5.5 Het zou bijzonder jammer zijn, wanneer het feit dat een therapeut hyperventilatie-aanvallen meent te ontdekken tot eenzelfde ontwikkeling in de therapeutische bemoeienissen zou leiden. Denkbeeldig is deze ontwikkeling niet: vele cliënten houden op met hyperventileren, maar blijven klachten houden; soms houdt zelfs het hyperventileren niet op. Zeker de beginnende therapeut wordt dan lauw en/cf schakelt over op een "biologische aanpak".

1. De stelling: directieve therapeuten streven er naar de behandelingsduur te limiteren (van der Velden 1977), wordt door beginners soms gebruikt als een excuus om een behandeling af te breken uit teleurstelling, terwijl ze in feite nauwelijks begonnen zijn: misschien onderschatten de redacteuren van het T.D.T. wel eens de invloed die van het verkondigen van hun pragmatische visie al uitgegaan is.

In de hierna volgende gevalbeschrijving wil ik een voorbeeld geven van doorgaan na een mislukking; tevens hoop ik dat duidelijk wordt, dat therapeuten een andere strategie kunnen kiezen in een behandeling zonder al te veel te knarsen in de bocht.

2. Casuïstiek; het totaal mislukte leven van Andy.

2.1.1. Voorgeschiedenis:

Andy is 26 jaar. Hij is getrouwd met Leila, 24 jaar. Ze hebben 2 kinderen van 7 en 4 jaar. Andy wordt naar het dagcentrum verwezen, omdat hij de laatste 3 jaar tot niets meer komt: sinds 2 jaar werkt hij niet meer en, volgens zijn huisarts, is de kans klein dat hij met zijn grote hoeveelheid lichamelijke klachten, nog ooit aan de slag zal komen. Andy heeft de specialisten bezocht, omdat hij, sedert vele jaren, zeker weet "iets" aan zijn hart te hebben.

2.1.2. De artsen hebben nooit iets kunnen vinden, maar Andy heeft goede redenen voor zijn overtuiging: wanneer hij zich maar even inspant is hij doodmoe. Bovendien gaat zijn hart dan te keer en hijgt hij als een "vis zonder water". Eigenlijk weet hij al sinds zijn vijfde jaar dat zijn hart niet goed is: rond die tijd leiden de huwelijksproblemen van zijn ouders ertoe, dat hij bij een oom en tante wordt ondergebracht. Op een dag rent hij zijn oom achterna en hij voelt "iets raars" in zijn hals: hij legt zijn hand in zijn hals en voelt "een raar kloppend gevoel". Hij denkt: "nu ga ik dood". Dat "voelen aan mijn hals" wordt snel een gewoonte-gebaar. Voor, tijdens en na elke inspanning, voelt Andy "even aan zijn hals". Telkens weer "klopt" het: zijn halsslagader klopt, dikwijls snel, soms zelfs onregelmatig.

2.1.3. De periode, voorafgaand aan zijn opname in het dagziekenhuis, heeft Andy niets anders gedaan dan 's ochtends opstaan, klachten krijgen en daarna op de bank in de huiskamer, liggend, spelen met zijn video-cassetterecorder. Twee jaar lang heeft hij elke avond naar Nederland I gekeken, terwijl het apparaat Nederland II opneemt. In zijn "vrije tijd" bekijkt hij Nederland II.

2.1.4. Leila werkt intussen als verkoopster, mede om de kosten van Andy's hobby te bestrijden. Hijzelf krijgt een minimale uitkering. Andy voelt zich waardeeloos, ook dat gevoel bestaat allang. Zijn vader heeft hem nooit "een echte

vent" gevonden en komt ook nu nog veel bij hem over de vloer om zijn eigen geslaagde bestaan (hij is kroegbaas, en de zaak loopt) met dat van Andy te vergelijken; vader is tweemaal opgenomen wegens een alcoholische hepatitis. Andy heeft het biergebruik waarmee hij eerst zijn klachten placht te bestrijden, sinds een jaar gestaakt: voor vader is dit mede een reden om Andy "geen echte vent" te vinden.

2.1.5. In zijn gezin vindt Andy rust. Leila is een vrouw, die dol blij is, dat de vlotte, charmante Andy met haar wilde trouwen, toen dat moest. Zij beseft dat ze heel gelukkig is geweest: immers, een meisje van de huishoudschool trouwt niet elke dag met een ontwikkeld mens. Andy heeft 4 jaar H.B.S.; hij is altijd een goede leerling geweest, doch bij de keuze A of B werd hij erg zenuwachtig, hij heeft zijn schoolopleiding gestaakt en is gaan werken als "administratief medewerker". In deze periode heeft hij Leila ontmoet. Leila heeft Andy nooit erg begrepen; ze heeft wel geprobeerd om deze gevoelige jongen zo goed mogelijk te verzorgen.

2.1.6. Voor zijn kinderen is Andy een strenge vader. Hij vindt ze snel te lawaaierig en ongedisciplineerd; Leila vindt hem dikwijls te streng, maar ze begrijpt wel dat Andy niet veel aan zijn hoofd kan hebben. Ze zorgt er daarom voor dat haar man zo weinig mogelijk last van de kinderen heeft. Andy is soms bezorgd, omdat Leila er zo slecht, smal en bleek uitziet. Leila vindt dat belachelijk; "laat mij nou maar, ik red het altijd wel". Deze houding van Leila irriteert Andy: "je wilt als vent ook wel eens iets doen". Hij doet ook wat hij kan, maar hij is meestal te moe om zijn plannen uit te voeren.

2.2. Indruk in de groep.

2.2.1. Binnen de groep in het dagziekenhuis (de eerder genoemde C-groep, Joels 1976) ontpopt Andy zich als een vlotte, intelligente prater. Hij vertoont veel "inzicht" in zijn problemen. Wanneer hij geconfronteerd wordt met de mededeling dat zijn zeer te waarderen inzicht helaas nog geen vermindering van zijn klachten heeft bewerkstelligd, stelt hij getroffen: "ja, zo ligt dat hè; zielig, zielig, zielig, daar heb je me! Joh, ik ben een nul! Nee echt, een nul, slap, zielig, zielig, zielig!"

2.2.2. Andy is in de groep vol van adviezen, wanneer het gaat om de problemen van zijn groepsgenoten: problemen zijn te overwinnen, hijzelf heeft meerdere manen kunnen stoppen met roken en drinken en hij drinkt nog steeds niet, althans weinig. (De laatste toevoeging brengt hij te berde, wanneer hij gewezen

wordt op zijn zeer zichtbaar buikje).

2.3. Naast de groepszittingen krijgen Andy en Leila echtpaar-gesprekken. Het blijkt steeds weer, dat zolang ze samen zijn er weinig problemen zijn. Andy vindt Leila wel eens wat traag van begrip, doch over de kinderen, de besteding van het (schaarse) geld, de omgang met de familie, het vrijen, zijn ze het steeds eens. De klachten van Andy evenwel maken Leila erg moe; Andy voelt zich daarvoor schuldig, maar hij weet niet wat hij eraan moet doen. Hij denkt wel eens dat Leila te goed voor hem is. Letterlijk zegt hij: "ze is te veel beter dan mijn ouders".

3. Behandelingsstrategie.

3.1. Andy's klachten worden als volgt ingedeeld:

- 1. Hij hyperventileert; zijn aanvallen moeten doorbroken worden, anders kunnen we verder niet veel.
- 2. Andy is erg inactief. Parallel met de bestrijding van zijn hyperventilatie-aanvallen zal een activiteitenprogramma opgesteld moeten worden. De activiteiten zullen bij voorkeur zo gekozen moeten worden, dat hij of geen hyperventilatie-aanvallen krijgt, of ze makkelijk kan bestrijden.
- 3. Andy's klachten worden in stand gehouden, mede door de zorg, die Leila voor hem heeft. Leila heeft teveel respect voor Andy.
- 4. Andy heeft zich wel erg neergelegd bij "zielig, zielig, zielig". Hij zegt dat te vlot, omdat de lange duur van zijn klachten hem ten dele verzoend lijkt te hebben met het bestaan ervan: hij heeft er, in een zorgwekkende mate "mee leren leven".

3.2. De hyperventilatie-aanvallen werden aangepakt. Andy reageerde op de provocatie duidelijk positief: hij kreeg alle lichamelijke verschijnselen die hij genoemd had, doch stopte acuut, als hij "echt bang" werd. Bovendien vergat hij voortdurend het zakje te gebruiken, wanneer hij spontaan klachten kreeg, hoewel hij overtuigd zei te zijn, dat hyperventilatie het mechanisme was dat voor zijn aanvallen verantwoordelijk was.

Hoewel de provocatie eigenlijk niet geslaagd was, verbeterde Andy duidelijk: hij ging voor het eerst in lange tijd weer op bezoek, winkelen en bezocht met zijn gezin het strand. Bovendien kon hij gemotiveerd worden om aan sport te gaan doen, hij werd een enthousiast ruiter en tennisser. Zijn aanvankelijke medicatie van 25 (!) mg. Temesta per dag, bracht hij terug tot 5 à 7,5 mg.

3.3. In de echtpaar-gesprekken werd Leila er inmiddels toe gebracht om Andy "meer zelfstandigheid te leren", wat "zijn moeder nooit gedaan had". Andy nam taken in het huishouden op zich en leerde enigermate af om zijn kinderen voortdurend af te snauwen.

4. Ondanks deze verbeteringen bleef Andy, naar het oordeel van de therapeuten, erg hangen in zijn patient-situatie. Ook wanneer hij rapporteerde dat er dingen goed gingen, klonk in zijn formuleringen de overtuiging door, dat hij eigenlijk teveel van zichzelf vergde; al had hij het dan niet aan zijn hart, zijn leven was verknoeid, hij was zielig, zielig, zielig.

3.5. Het monotone van deze omschrijving werd aanleiding voor de volgende therapeutische manoeuvre.

3.5.1. Motivatie-techniek. Andy kreeg te horen dat hij te hard gevochten had tegen zijn klachten: "Het vechten is je levenshouding geworden en daardoor zie je alles in het teken van strijd, zodat een "vredessituatie" voor jou niet meer herkenbaar is. Jij bent te vergelijken met een soldaat, die te lang in de loopgraaf gelegen heeft: zo'n soldaat weet niet meer waarvoor hij vecht, hij weet alleen dat er weer een "aanval" kan komen en dat hij telkens hongeriger, vermoeider en minder opgewassen is tegen de situatie". Andy moest zichzelf weer terugvinden, "weten waarvoor hij vocht". Om hem dit inzicht te geven werd gekozen voor een feed-back procedure.

3.5.2. Uit de cassettebandjes, die van de gesprekken met Andy gemaakt waren, werd een band gemonteerd met "zielige, zielige, zielige" uitspraken van ± 15 minuten. Andy kreeg de opdracht deze band elke dag 3 x 1 uur te beluisteren, "om meer zicht op zichzelf te krijgen."

4. Resultaten.

4.1. Na 2 weken beluisteren van de band was Andy zeer veranderd. In de groep werd hij één van de stillere deelnemers, die slechts zelden ongevraagd adviezen verstrekke. In de individuele gesprekken vertelde hij, dat hij zich schaamde en eens aan het werk moest. Hij was geschrokken en hoopte dat er meer in hem zat dan hij uit zijn band beluisterd had. De therapeuten reageerden hierop met de mededeling, dat ze bewondering voor hem hadden omdat hij één van de weinigen was, die een echte confrontatie met zichzelf aandurfde.

4.2. Andy kon, na deze belevenis, vrij snel ontslagen worden uit dagbehandeling. Door één van de therapeuten (Frans Kramer, de maatschappelijk werker) werd hij incidenteel nog gezien voor een echtpaar-gesprek. Voorts werd hij geholpen met solliciteren. Die hulp was overigens niet nodig. Geheel op eigen kracht regelde Andy een baan bij de P.T.T., vooral door middel van een bewogen betoog over de taak van de overheid in de bestrijding van de werkeloosheid. "Geef mij g.v.d. dan een kans!"

Na een sollicitaite-procedure werd hij aangenomen. Onderdeel van deze procedure was een uitvoerig psychologisch onderzoek, waar Andy vlot doorheen kwam. Even dreigde het lichamelijk onderzoek tot moeilijkheden te leiden: de (zeer jonge) arts vond dat Andy een te groot hart had!

Toen ik dat hoorde heb ik even gevreesd, dat Andy dit onderzoeksresultaat zou zien als de bevestiging van al zijn angsten en definitief zou afknappen; hij moest echter lachen en een vervolg-onderzoek bij een hoogleraar leverde geen enkele afwijking op.

5. Follow-up.

5.1. Andy werkt sinds 8 maanden bij de P.T.T., tot volle tevredenheid. Zijn vrouw is niet smal en bleek meer, ze zijn beiden zeer tevreden. Hij is 8 kg. afgevallen en rookt en drinkt niets meer.

5.2. Twee zaken stemmen de therapeut nog somber.

5.2.1. Andy komt nog steeds eenmaal per ± 10 weken voor zijn Temesta. Hij kan soms dagen niets gebruiken, doch durft niet "zonder". Hoewel vele pogingen ondernomen zijn om hem te laten stoppen en hijzelf ook vindt dat de hoeveelheid, die hij thans nog gebruikt (± 5 mg. per dag) "eigenlijk niets is", durft hij niet zonder voorraad.

Hij heeft zelf het idee, dat hij met de Temesta eens zal stoppen net als met het bier: er komt een dag, dat hij niet meer wil en dan is het afgelopen. Misschien.

5.2.2. Nu hij niet meer voor alles bang is, begint Andy Leila saai te vinden. Op zijn werk raken vrouwen in hem geïnteresseerd, nu hij Leila "niet meer nodig heeft voor al die onzin".

Het feit dat hij Leila niet meer zo voortdurend nodig heeft, leidt op deze manier tot schuldgevoelens. Hij is echter verder zo content, dat bespreking van deze m.i. toch wel belangrijke zaak momenteel niet mogelijk is. De vraag is ook of je dat als therapeut moet aanzwengelen (vgl. van Dijk 1976).

6. Samenvatting.

6.1. Bij de gemiddelde psychiatrische patient is er bijna altijd meer aan de hand dan "hyperventilatie". Inderdaad is de behandeling van hyperventilatie dikwijls slechts het begin van, of een ingang tot, een verdere therapie.

6.2. Het langdurig bestaan van hyperventilatie-klachten heeft gevolgen, die met uitdrukkingen als "secundaire fobische ontwikkeling", "secundaire ziekte winst" etc., onvoldoende beschreven worden. De cliënt krijgt zo'n negatief zelfbeeld dat veel tijd besteed moet worden om dat beeld enigermate te corrigeren. Bij de beschreven cliënt was de confrontatie met het, wat samengebalde,

beeld dat hij van zichzelf had en aan anderen presenteerde, het begin van een, voorlopig, gunstig lijkende verandering in het gedrag.

In hoeverre deze verandering zal beklijven en of de beschreven methode toepasbaar is voor andere cliënten, blijft dubieus. De relatief goede huwelijksrelatie en de jonge leeftijd van de cliënt, zijn mede van invloed geweest.

- 6.3. Ook bij oudere of oude cliënten moet de therapeut niet te snel ophouden met pogen. Ook wanneer een goede methode beschikbaar is voor een duidelijk verschijnsel, betekent het mislukken van die methode niet dat de therapeut zijn inspanningen beter kan staken.

VERWIJZINGEN.

van Dijk, R.; 1976; Nagekomen bericht; T.D.T.; 4; 2.

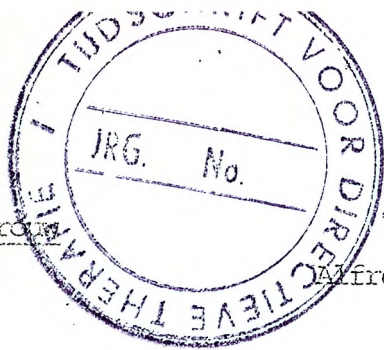
Haley, J.; 1967; Advanced techniques of hypnosis and strategy; Grune and
Stratton; New York.

Hoogduin, G.A.L.; 1975; Hyperventilatie; T.D.T.; 2; 9.

Joele, L.J.; 1976; Dagbehandeling in het psychiatrisch ziekenhuis Bloemen-
daal I; T.D.T.; 3; 7.

Lange, A.; 1976; Hyperventilatie zonder plastic zak; T.D.T.; 3; 6.

van der Velden, K; Directieve therapie; 1977; te verschijnen bij van Loghem/
Slaterus.



Therapie met een trillende vrouw

Alfred Lange

1 Inleiding

In dit artikel wordt een therapie beschreven waarin het verleggen van de doelstelling voor de behandeling de belangrijkste therapeutische interventie is geweest.

2 De aanmelding

Karin S. is een jonge vrouw van onstreeks 30 jaar. Ze is getrouwd. Haar man (Roland) is loodgieter. Ze heeft 2 kinderen, van zes en acht jaar. Zij werd verwezen via een instelling van algemeen maatschappelijk werk.

Hoewel Karin aan de telefoon verzekerde dat de problemen niets met haar man te maken hadden stende zij er zonder tegenstribbelen mee in, hem voor het eerste gesprek te vragen mee te komen. Aldus geschiedde.

3 De behandeling

3.1 De taxatiezitting

Na ongeveer een minuut barste Karin al los. In een stortvloed van woorden en tranen vertelt zij: 'het gaat om mij; ik heb een probleem; verder is alles goed; alleen dat ene ding daar kom ik toch nooit van af'. Het blijkt dat zij al tien jaar lang angsten heeft dat haar handen zullen gaan beven. Dit gebeurt in allerlei situaties uit vrees dat mensen op haar handen zullen gaan letten. Bijv. bij kaartspelen, koffiedrinken en eten met anderen, formulieren invullen, foto's bekijken etc. Zij heeft het bij iedereen, behalve bij Roland omdat deze op de hoogte is van de verschijnselen. Wanneer zij probeert zich er niets van aan te trekken (bv. wel koffie drinken) gaat zij inderdaad ontzettend trillen, waarvoor zij zich vreselijk geneert. Over de wisselwerking en de principes van anticipatieangst hoeft de therapeut haar niets te vertellen.

Zij had zelf al bedacht dat er waarschijnlijk niets aan de hand zou zijn als zij zich over dat trillen niet zo druk zou maken; dat het trillen dan waarschijnlijk vanzelf zou ophouden. Maar het obsedeert haar en zij is er vreselijk bang voor.

Zij heeft de klachten inmiddels meer dan 10 jaar. Het is begonnen toen Karin en Roland bij zijn ouders zaten te kaarten en de kaarten plotseling uit haar handen vielen. Zij was toen zo geschrokken dat zij meteen hard is weggelopen.

Als zij weet dat er een sociale situatie op komst is, dan is zij tot het moment waarop dit plaats vindt gespannen en denkt voortdurend aan het mogelijk optreden van bevende handen.

Vragen naar lichamelijke bijverschijnselen (hyperventilatie?) beantwoordt zij ontkennend. Geen hartkloppingen, duizelingen, misselijkheid, zweten etc. Wel vervalt ze in een herhaling van het angstenverhaal.

De therapeut informeert naar de consequenties van Karin's angsten. Volgens haar zeggen heeft het weinig gevolgen: 'ik doe alles wel, ik ga niets uit de weg'. Zo gaat ze bv. wel op visite bij familie of bezoekt de knutseluren van haar kinderen. Als ze dat niet zou doen, zou, volgens haar, het hek van de dam zijn. Maar het kost haar veel moeite. Doorvragen brengt aan het licht dat er toch ook wel veel is dat zij achterwege laat. Bijv.: in gezelschap eet zij bepaalde gerechten, zoals soep, niet; boodschappen doen kost haar veel moeite (angst voor trillen bij het openen van haar portemonnaie). Roland blijkt deze klus vaak van haar over te nemen. Roland gaat ook vaak alleen op familiebezoek.

Roland zegt tijdens het gesprek niet veel. Hij vertelt dat hij zelf weinig tot geen last heeft van Karin's angsten. Hij vindt het alleen voor haar erg vervelend. Zelf heeft hij geen problemen, ook niet op andere gebieden. Zijn werk gaat goed. Hij heeft een goede verhouding met zijn familie en is zeer tevreden over de relatie met Karin. Dat hun verhouding positief is wordt ook door haar bevestigd: 'Alles is goed, behalve dat ene'.

De therapeut vraagt naar hun omgang met andere mensen. Hun kontakten blijken nogal beperkt te zijn. Karin kan (wil) met niemand over haar moeilijkheden spreken. Ook niet met haar familieleden (ze heeft 7 zusters en 2 broers) waarmee ze best op goede voet staat. Ze is bang dat deze er niets van zullen begrijpen en het gek vinden. Zijzelf wil wel altijd luisteren en begrip opbrengen voor problemen van anderen. Los daarvan zijn zij toch al erg op zichzelf: 'wij zijn niet zo dol op mensen, maar dat heeft niets met die angst te maken'.

Het slot van de eerste zitting is gewijd aan het sluiten van een voorlopig behandelingskontraakt. Karin laat daarbij geen gelegenheid voorbij gaan om te vermelden dat ze weinig heil van de therapie verwacht. Ze heeft het immers al 10 jaar en de klachten zijn dermate hevig dat ze niet zou weten wat een ander daar nou aan kan doen. De therapeut kiest voor een judo-aanpak. Dus niet: als je hier komt doe je dat omdat er verandering mogelijk is, etc. Maar wel: 'ik ben het helemaal eens met die visie. Het lijkt mij zeer de vraag of het zal lukken, maar misschien moeten we het toch maar proberen.'. Dit levert meteen al enig succes op doordat Karin countert met: 'het moet wel lukken want zo kan het ook niet langer'. De therapeut is ook meegaand wat betreft de noodzaak van Roland's bijwonen van de therapiezittingen. Zowel Karin als Roland vinden dat niet nodig. De therapeut gaat daar voorlopig mee akkoord. Mocht hij er tijdens een zitting behoefte aan hebben dat Roland weer meekomt dan zal hij dat kenbaar maken. Zijn overweging is, dat de angsten van Karin waarschijnlijk niet in de relatie gefundeerd zijn. Er lijkt eerder sprake te zijn van een 'toevallig' angstverwekkend voorval wat daarna via anticipatie-angst etc. tot ernstige klachten heeft geleid.

De therapeut geeft nog geen preciese informatie over hoe de behandeling zal gaan verlopen. Hij wil daarover nog nadenken. Wel laat hij weten dat er waarschijnlijk huiswerk aan te pas zal komen en dat het misschien niet altijd even gemakkelijk zal zijn. Karin gaat hier - huilend - mee akkoord.

3.2 De tweede zitting

De tweede zitting vindt ongeveer 4 weken na de eerste plaats. Er is in de afgelopen tijd niets veranderd. Dat viel ook niet te verwachten en ook tijdens de zitting gebeurt er niet veel. De therapeut vraagt Karin de manier, waarop ze haar spanningen en angsten uit, te specificeren. Dit levert weinig op. Om er toch meer zicht op te krijgen wordt een monitoringsafspraken gemaakt. Karin gaat zich de komende week op de momenten, waarop zij meer gespannen is dan anders, terugtrekken in een andere ruimte en schrijft dan gedurende maximaal 10 minuten op wat haar op dat ogenblik precies overkomt. Om te voorkomen dat haar kinderen lastige vragen zullen stellen zal ze hen vertellen dat ze af en toe tijd voor zichzelf nodig heeft. Naast de informatieve kant had de opdracht als functie dat Karin haar symptomen niet meer volledig vrijblijvend met alleen maar winst kon vertonen. Eventuele spanning zou haar nu ook inspanning in de vorm van afzondering en opschrijven kosten. Misschien zou dit al tot enige afname van de symptomen leiden.

Bij het opschrijven van de afspraak wordt Karin zeer nerveus. Nu bonst haar hart haar wel in de keel, heeft ze zweterige handen en een droge mond. Ze trilt echter niet.

3.3 Zitting 3

Karin heeft in de afgelopen week het een en ander volgens afspraak genoteerd. Opvallend is dat alle spanningsvolle situaties zich buitenshuis hadden voorgedaan. Zij had echter niet opgeschreven wat haar nerveus maakte en hoe het geuit werd: 'dan ben ik het en verder kom ik niet'. De therapeut complimenteert haar met de moeite en inzet die zij dan toch maar heeft vertoond en constateert verder dat zij er nu behoorlijk gespannen bij zit. Dat vindt Karin zelf ook. Ze geeft zichzelf een 9 op een schaal van 1-10. De therapeut zegt blij te zijn dat hij nu deelgenoot kan zijn van een moment waarop zij zenuwachtig is en wil ook zien hoe haar trillen dan verloopt. Hij gaat daartoe een glas water halen,

dat zij dan langzaam zal opdrinken. Zij mag daarbij niet opzettelijk proberen het trillen te vermijden. Dit levert een trillingsvrij drinken op. Volgens Karin heeft dat echter niets te betekenen, en wel om twee redenen. Ten eerste kan zij glazen altijd gemakkelijker vasthouden dan schoteltjes met een kopje. Ten tweede is de aanwezigheid van de therapeut niet bedreigend voor haar aangezien deze al op de hoogte is van haar symptomen. Deze uitleg wordt bepalend voor de verder te volgen strategie. De therapie zal in eerste instantie niet meer gericht zijn op het verdwijnen van het trillen en beven, maar op het leren praten erover.

Gedachtig Van der Velden & van Dijk (1977) stelt de therapeut Karin nu voor de keuze tussen de langzame stapje-voor-stapje-weg en een methode waarbij zij het eventjes moeilijk zal hebben maar die dan snel succes zal opleveren. Karin kiest voor het laatste. De therapeut vraagt haar nu om na te denken of er de komende week een sociale situatie zal zijn waarbij haar symptomen een rol spelen. Dat blijkt de volgende dag te zijn: een ouderavond. Karin is vooral bang voor het koffie drinken in de pauze. De therapeut vraagt haar of zich onder de andere vrouwen, die daarnaar toe gaan, ook vriendinnen, kennissen of familie bevinden. Na het bevestigend antwoord van Karin vraagt de therapeut haar om daarvan één persoon uit te zoeken, met wie zij de minste moeite zou hebben om over haar problemen te praten. Na enig denkwerk wordt dat Mimi, een buurvrouw. De therapeut stelt haar nu het volgende voor. Morgenochtend belt zij Mimi en vraagt haar of zij ook naar de ouderavond gaat. Als dat zo is vraagt zij aan Mimi of zij even mag langskomen om daarover met Mimi te praten. Als dat kan doet zij dat en vertelt dan aan Mimi dat zij eigenlijk wat bang is om naar die avond te gaan, vooral voor het koffiedrinken. Zij vertelt Mimi dan over het trillen en vraagt of Mimi met haar in de pauze koffie wil drinken. Zij zal dan aan Mimi demonstreren waarvoor zij bang is door op de gebruikelijke wijze te trillen. Karin vindt het maar een raar idee. Het lijkt haar een ang-

stige zaak. De therapeut brengt begrip op voor haar afwerende houding en vraagt of zij misschien niet toch liever de langzame weg wil bewandelen. Dat is Karin's eer echter te na. Besloten wordt dat zij het gaat doen. Om de kans op succes te vergroten wordt nu een rollenspel ingelast. De therapeut speelt een denkbeeldige Mimi en Karin doet de hierboven beschreven stappen. Dit verloopt moeizaam. Karin valt vaak uit haar rol. Deze procedure werpt uiteindelijk - na rolomdraaiing - toch zijn vruchten af. Het staat Karin toch duidelijker voor ogen wat zij de volgende dag moet doen, dan na alleen de mondelinge instructie.

Tot slot wordt afgesproken dat Karin de therapeut opbelt als zij de opdracht heeft uitgevoerd.

3.4 Zitting 4

Het huiswerk is gedaan. Karin had alleen één wijziging aangebracht. In plaats van Mimi heeft zij één van haar zusters, die ook naar die ouderavond ging, benaderd. Hoewel het haar erg veel moeite had gekost (niet slapen, huilen, er voortdurend aan denken), heeft zij het vertellen als zeer prettig ervaren (de hele verdere dag vrolijk en opgelucht). Ze was verbaasd geweest over de sympathieke reacties van haar zuster. Deze had haar ook op de ouderavond geholpen door te zeggen: 'kom op, probeer het maar, wat kan het jou schelen'. De eerste kop koffie had zij met veel trillen en zonder te horen wat er om haar heen gebeurde opgedronken. Een tweede kop durfde zij niet te halen.

De therapeut prijst haar uitgebreid voor de manier waarop zij het allemaal had gedaan.

Opvallend is dat Karin op de positieve en optimistische opmerkingen van de therapeut steeds reacties geeft in de trant van: 'maar ik ben er nog niet vanaf', 'trillen doe ik nog wel', 'ik vind het toch nog erg moeilijk'. De therapeut past zich hieraan aan door te konstateren, dat hij aan het trillen ook niet veel kan doen en best begrijpt dat zij dat heel moeilijk vindt. Zijn voorstel is om voorlopig alleen verder te werken aan het praten erover met andere mensen: we zien

dan wel wat voor invloed dat heeft. Hoewel Karin allerlei bezwaren oppert gaat zij toch akkoord met de volgende afspraak. Zij zal de komende week drie mensen uitzoeken, waaraan zij het volledige probleem vertelt. Als aanvulling hierop stelt de therapeut voor de volgende therapiezitting in een kroeg te houden. Karin zal dan koffie halen en daarna met de barkeeper over haar trillende handen praten. Overeengekomen wordt dat Karin volgende week eerst naar het 'Lab' komt. Dan wordt precies afgesproken wat er in de kroeg gaat gebeuren, om daarna gezamenlijk op weg te gaan.

Tegen het einde van het gesprek brengt Karin - onverwachts - de houding van haar man Roland ter sprake. Hij is dan wel niet de oorzaak van de problemen, maar oefent er volgens haar wel invloed op uit. Zij beschrijft dat als volgt: 'vanaf mijn vijftiende heeft hij mij altijd in bescherming genomen'; 'in café's stond en staat hij altijd vlak achter me, als een lijfwacht'; 'hij neemt altijd veel dingen voor me uit handen (doe jij dat nu maar niet, dat kun je toch niet)'; 'op vragen die mij gesteld worden geeft Roland vaak antwoord'.

De therapeut gaat mee met Karin's etikettering dat Roland niet de oorzaak is maar als onderdeel van een soort wisselwerking nu wel een versterkende invloed op haar symptomen uitoefent. De therapeut vindt het in dit stadium echter niet wenselijk om Roland er meteen bij te halen. Hij wil eerst afwachten wat de huidige koers t.a.v. de aangemelde klachten oplevert. Wel spreekt hij met Karin een monitorings-opdracht af. Zij zal de komende week nauwgezet letten op alles wat Roland voor haar doet, wat zij zelf zou kunnen doen. Zodra zoiets zich voordoet zal zij het opschrijven. Zoals zo vaak bij monitoring was de bedoeling tweeledig: enerzijds informatie, anderzijds de eerste aanzet tot verandering.

3.5 Zitting 5

Karin is zeer positief over het resultaat van de eerste opdracht. Ze heeft met veel meer dan drie mensen over haar symptomen gepraat en voelde zich daardoor heel lekker. Ze merkte dat bijna iedereen zelf ook wel iets bijzonders had.

(h

Uit een gesprek met haar moeder, dat haar erg goed had gedaan, bleek dat deze haar hele leven dezelfde klachten had gehad als Karin. Haar moeder was er echter nooit zo mee geconfronteerd: 'met 10 kinderen kom je niet zo vaak buiten de deur'. Verder vertelde Karin dat de mensen het prettig vonden dat zij over haar probleem praatte en de moed om ermee naar een psycholoog te gaan prezen.

Ook de therapeut prijst haar hetgeen, zoals te verwachten viel, wordt gecounterd met twijfels of zij er ooit helemaal vanaf zal komen. De therapeut gaat hier niet op in en informeert naar de tweede opdracht. Karin vertelt dat ze niets heeft opgeschreven. Door de tweede opdracht was zij erop gespitst geweest Roland geen dingen voor haar te laten doen. De therapeut prijst haar opnieuw. Afgesproken wordt de monitoringsafpraak de komende week te handhaven.

De therapeut begint nu over de kroeg. Na wat onderhandelen komt de volgende procedure uit te bus. Zij wandelen samen naar de kroeg (om de hoek), en gaan daar aan een tafeltje zitten (dus niet aan de bar). Karin zal dan naar de bar lopen, koffie bestellen en deze naar het tafeltje brengen. Daarbij zal zij, al of niet opzettelijk, trillen. De therapeut zal dan de barman (die hij goed kent, hetgeen Karin niet weet) aan hun tafeltje uitnodigen. Karin zal hem dan vertellen over haar trillen. Bij het aantrekken van haar jasje ventileert Karin nogmaals haar ongerustheid: 'wat nou, als ik niet tril; ik kan dat niet express'.

In de kroeg voert Karin de opdracht uit. Alleen: ze trilt niet. De therapeut vraagt aan de barkeeper, die niet van tevoren op de hoogte was gesteld, of hij even bij hen wil komen zitten. De therapeut vraagt hem of hij iets bijzonders aan Karin heeft gezien toen ze de koffie bestelde en aanpakte. Na het ontkenkende antwoord laat de therapeut Karin uitleggen wat er aan de hand was. De barkeeper reageert hierop door te vertellen dat hij veel meer trilt dan Karin. Om dat te controleren gaan zij allebei experimenteren met het vasthouden van kop en

schotel. Hierbij doet de barkeeper de ontdekking dat Karin niet trilt als zij de kop en schotel in haar rechterhand houdt en wel als zij daarvoor haar linkerhand gebruikt. Karin had dat nooit geweten.

De therapeut labelt het als een dramatische ontdekking en informeert of Karin soms linkshandig is. Dat is inderdaad het geval en suggestief doorvragen 'brengt aan het licht' dat verschillende 'pedagogische krachten' in haar jeugd hebben geprobeerd haar van het linkshandig zijn af te helpen. De therapeut gebruikt dit nu als verklaring voor haar trillen met de linkerhand en geeft haar de suggestie om voorlopig koppen koffie, kaarten, etc. met haar rechterhand aan te pakken. Ze zal dan niet trillen en hoeft niet bang te zijn. De andere afspraken: nieuwe mensen opzoeken om haar verhaal aan te vertellen en monitoring van Roland blijven gehandhaafd. Na nog een kop koffie wordt het bezoek aan de kroeg beëindigd.

3.6 Zitting 6

De monitoringsopdracht heeft wederom niet tot opschrijven geleid. Er was weinig. Karin heeft veel zelf gedaan. De enige uitzondering betrof een aantal formulieren die Roland voor haar had ingevuld, iets wat ze ook gemakkelijk zelf had gekund. Besloten wordt het opschrijven te laten vervallen.

Ze is nu dermate zelfstandig bezig dat het niet meer nodig is. Het praten met andere mensen over haar klachten vindt zij niet meer vervelend. Al haar kennissen, vrienden en familie weten het nu. Die relativeren haar problemen en vertellen van hun eigen moeilijkheden, waardoor Karin niet meer denkt, dat zij in haar dooie eentje 'gek' is.

Ze heeft zich deze week niet zenuwachtig gemaakt. Spannende dingen zijn er niet te melden (het lijkt wel of het lever zonder klachten een beetje saai wordt). De therapeut geeft nu zijn visie op de huidige situatie:

Het probleem van er niet over kunnen praten is opgelost. De

rest moet vanzelf komen. Ze kan dat wel een beetje bevorderen door te oefenen als ze dat wil. Nodig is het niet. Afgesproken wordt de frekwentie der zittingen te minderen. De eerstvolgende zitting zal pas over een maand plaatsvinden. In die tijd zal zij bewust sociale situaties opzoeken waarin koffie wordt gedronken, kaarten moeten worden vastgehouden etc. Zij zal dan bij voorkeur haar rechterhand gebruiken. Links mag ook wel, maar het is niet de bedoeling dat zij zich forceert.

Na 20 minuten wordt de zitting beëindigd.

3.7 Zitting 7 en 8

De laatste twee zittingen duren evenals de vorige niet langer dan 20 minuten. Karin rapporteert steeds meer sociale activiteiten van het soort waarvoor ze eerst bang was. Zo gaat ze nu - op instigatie van de therapeut - wekelijks met een zusje naar een balletclub. Na afloop wordt er koffie gedronken, waar zij zich niet aan onttrekt. Ze vindt echter niet dat ze 'er helemaal vanaf is', want 'ze denkt er nog steeds heel veel aan'. De therapeut ziet daarin geen reden om met de behandeling verder te gaan. Hij had immers ook niet verwacht dat ze er nu opeens helemaal niet meer aan zou denken. Tien jaar cijfer je niet in een paar weken weg. Maar de manier waarop Karin tot nog toe bezig is geweest geeft hem wel het idee dat de rest verder vanzelf zal komen.

Aldus wordt de therapie beëindigd.

4 Nabeschouwing

1. De kernfaktor, die Karin's symptomen in stand hield, was de anticipatieangst en de daarbij behorende symptomen. Op grond daarvan zou volgens de criteria van Van Dijck (1977) een behandeling met symptoomvoorschrijven, als centraal element, voor de hand liggen. Sommige momenten in de behandeling hadden inderdaad een symptoomvoorschrijvend karakter. Ik denk daarbij aan het opwekken van het trillen bij het drinken van het glas water tijdens de derde zitting; het bewust trillen

(k

tijdens de ouderavond en in de kroeg. Het is niet te bewijzen maar ik geloof beslist niet dat met alleen symtroomvoor-schrijven afdoende resultaten zouden zijn bereikt. De ver-klaringen die Karin zelf gaf voor het niet trillen bij het drinken van het glas water leken mij plausibel. Dat het symtroom voorgeschreven was hoefde daaraan niet debet te zijn. Evidentie daarvoor is ook het feit dat zij wel erg beefde en trilde op de ouderavond. Het bewust trillen had voor haar geen angstreducerend effect omdat zij dan toch ge-preoccupeerd en dus angstig bleef t.a.v. de omgeving die haar vreemde gedragingen zou waarnemen. Op grond van deze ge-dachtengang is besloten op een ander niveau te interveniëren. Niet het trillen zou worden aangepakt, maar de preoccupatie met de omgeving. Dat is door middel van de vertel-opdrachten en ook het praten met de barkeeper op congruente wijze gelukt. Het ontdekken van verschillen tussen linker- en rechterhand, wat betreft trillen en beven, was een gelukkige bijeenkomstig-heid die goed kon worden gebruikt bij het afbouwen van de behandeling.

2. Bij de vertel-opdrachten heb ik gedacht aan een netwerk therapie à la Speck (vgl. Speck & Attneave, 1971): de hele familie met misschien nog wat extra figuren voor één of enkele zittingen uitnodigen om de praatbarrière te door-breken. Ik denk echter dat dit een 'kanon op mug'achtig karak-ter zou hebben gehad, waarvan de risico's bovendien slecht waren te overzien. Karin heeft nu haar eigen netwerk therapie opgebouwd, door successievelijk alle relevante figuren in haar omgeving in te schakelen.

3. Ook in deze therapie is monitoring weer belangrijk ge-weest; niet omdat er veel informatie door werd verkregen, maar wel omdat het ten aanzien van de aangemelde klachten als aanloop voor de latere interventies kon dienen. Karin kon de eerste weken op een onschuldige niet bedreigende manier

met haar klachten bezig zijn. Ze hoefde nog geen griezelige taken, waar ze erg tegenop zag, uit te voeren. Dat kwam pas na de derde zitting, nadat het contact met de therapeut wat gemakkelijker was geworden dan in het begin. Bovendien heeft de monitoringsfase ook de therapeut de nodige tijd en ruimte gegeven om te wachten tot een geschikte interventiemogelijkheid zich aan hem voordeed.

In het laatste stadium van de behandeling werd monitoring opnieuw belangrijk. Wederom niet vanwege het verschaffen van informatie. Deze keer had het directe verandering tot gevolg. Karin ging veel meer dingen zelf doen.

4. Een mogelijk punt van discussie is de manier waarop Roland (niet) bij de behandeling is betrokken. De argumenten om hem na de eerste zitting niet te pressen om mee te komen lagen voor de hand. De klachten leken nogal individueel verankerd en zij gaven allebei aan dat het relationeel tussen hen goed ging. Hun gedrag tijdens de zitting gaf geen harde aanwijzingen dat dat niet klopte. Iets anders werd het na de vierde zitting, waarop Karin uit zichzelf met relationele factoren aan kwam zetten. Het zou toen mogelijk geweest zijn om Roland weer voor de zittingen uit te nodigen. Een reden om daar in eerste instantie vanaf te zien was dat het een onnodig zwaar gewicht aan de nu door Karin genoemde verschijnselen zou hebben gegeven. Bovendien zou het misschien de aandacht hebben afgeleid van de goede richting die Karin op eigen kracht was ingeslagen om haar symptomen te lijf te gaan. Een laatste overweging was, dat wanneer het nodig zou zijn Roland altijd nog erbij gevraagd zou kunnen worden.

5. Het motief om Roland niet opnieuw bij de therapie te betrekken had ook te maken met de beslissing van de therapeut om niet aan de klachten van Karin in bredere zin te werken. Hij wilde proberen de therapie te beperken tot het doorbreken van de vicieuze cirkel t.a.v. de aangemelde klachten. Een andere mogelijkheid zou zijn geweest om dieper in te gaan op

Karin's sociale angsten en eventuele tekorten aan sociale vaardigheden. Hoewel daartoe wel enige indicaties waren geloof ik dat dit tot een veel langdurigere behandeling zou hebben geleid, waartoe Karin waarschijnlijk moeilijk te motiveren zou zijn geweest. Daar kwam zij immers niet voor. Bovendien geldt ook hier het volgende argument.

Het toevoegen van andere elementen van sociale vaardigheid was achteraf altijd nog mogelijk geweest. Deze meteen in de behandeling betrekken had de kern van de therapie negatief kunnen doorkruisen.

6. Het besluit om met de behandeling te stoppen op een moment dat Karin zelf aangeeft nog niet helemaal 'gewoon' te zijn dient ook bezien te worden in het licht van de hierboven gegeven overwegingen. Het belangrijkste doel - vrijuit over het trillen te kunnen praten - is bereikt. Het al of niet trillen is daarmee niet meer zo belangrijk. Wanneer de therapeut nu verder was gegaan met de behandeling had hij de verantwoordelijkheid voor niet meer trillen of er helemaal niet meer aan denken gekregen. Dat zou strijdig zijn geweest met zijn benadering van: 'het trillen is niet zo erg, je kunt het vermijden door je rechterhand te gebruiken en het nadenken erover zal vanzelf wel verminderen'. Mocht na een half jaar - in een follow-up - blijken dat er toch nog sprake is van angst en trillen, dan kan hervatting van de therapie nog overwogen worden.

Evenals bij Robert en Daniëlle (Lange,1977)geldt dat soms het soms nemen van enig risico bij het afsluiten is te prefereren boven het doorgaan met een behandeling totdat de cliënten zich klachtenvrij noemen.

Referenties

Dijck, R. van (1977): De toepassing van paradoxale intentie.

in: K.van der Velden (red.): Directieve Therapie.

Van Loghum Slaterus, Deventer.

Lange, A. (1977): Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten.

in: K.van der Velden (red.): Directieve Therapie.

Van Loghum Slaterus, Deventer.

Velden, K. van der & R. van Dijck (1977): Motiveringstechnie-

ken. in: K.van der Velden (red.): Directieve Therapie.

Van Loghum Slaterus, Deventer.

Speck, R.V. & C.L. Attneave (1971): Social network intervention.

in: J.Haley (ed.): Changing families. Grune & Stratton,

New York.

EEN ZELFCONTROLEPROCEDURE TOEGEPAST BIJ EEN VROUW MET EETAANVALLEN EN ADIPOSITAS

Kees Hoogduin

1. Inleiding

De belangstelling voor zelfcontrole-technieken als behandelingsmethode neemt de laatste jaren toe. Vele problemen blijken op deze wijze met succes aangepakt te kunnen worden: dwangverschijnselen (Meyer, 1973), nagelbijten (Horan et al., 1974), depressies (Hilford, 1975), winkeldiefstallen (Kraft, 1970), slechte studiegewoonten (Beneke & Harris, 1972), adipositas (o.a. Mahoney, 1974; Harris & Hallbauer, 1973; Bellach, 1976), angst, afwijkend sexueel gedrag, agressieve ontladingen, roken (Goldfried & Merbaum, 1973). De Moor en Orlemans (1972) stellen dat in principe alle problemen met behulp van de zelfcontrole-techniek te behandelen zijn.

De behandeling volgens het principe van de zelfcontrole is om een aantal redenen te overwegen:

- Het is een voordeel de werkelijke leefsituatie te gebruiken bij de training van de cliënt om zijn gedrag te veranderen (Thoresen & Mahoney, 1974).
- Het probleemoplossend vermogen wordt vergroot. Iemand die getraind is in een zelfcontrole-techniek, waardoor hij in staat is een bepaald probleemgedrag op te lossen, kan soms een volgend probleemgedrag met behulp van de aangeleerde techniek (zonder therapeut) overwinnen (Kanfer, 1975).
- De cliënt moet bij deze procedure zelf de verantwoordelijkheid voor de veranderingen van zijn gedrag en het handhaven van deze verandering op zich nemen (Kanfer, 1975).
- De problemen rond het generaliseren en het handhaven van de bereikte verbetering worden vermeden (Thoresen & Mahoney, 1974; Kanfer & Philips, 1970).
- Er zijn sterke aanwijzingen voor de opvatting dat bij alle gedragstherapeutische technieken zelfcontrole een rol speelt (Bandura, 1969; De Moor & Orlemans, 1972).



- De therapeut kan meer cliënten behandelen - de behandeling geschiedt immers buiten de spreekkamer -.
- Bij deze vorm van behandelen ligt het accent op het in de eigen leefsituatie uitvoeren van bepaalde programma's en niet op de gesprekken met de therapeut; dit maakt de behandeling aanzienlijk goedkoper.

In het onderstaande wordt de behandeling beschreven van een jonge vrouw die gebukt gaat onder eetaanvallen en een te zwaar lichaamsgewicht. In de discussie wordt ingegaan op de bij deze behandeling toegepaste zelfcontrole-principes.

2. Het voorbeeld

Een 36-jarige artsenvrouw wordt door de huisarts voor behandeling verwezen. In de begeleidende brief wordt gesproken over een eetdwang.

De klachten

- Eetaanvallen. Een tot twee maal per dag wordt cliënte overvallen door een eetneiging die zij niet kan weerstaan. Pakken vleeswaren, grote stukken kaas, zakken drop, blikjes vis en mosselen worden in een snel tempo verzvolgen.
- Adipositas. Door deze sinds anderhalf jaar bestaande eetaanvallen is haar lichaamsgewicht met twintig pond toegenomen.
- Een mild hyperventilatiesyndroom met als belangrijkste verschijnselen: een gevoel te stikken, maagkrampen, hartkloppingen en pijnen in de armen.
- Sinds de geboorte van een derde kind (3 jaar eerder) is de belangstelling voor de seksualiteit afgenomen. Hoewel haar partner zich begrijpend opstelt, heeft dit geleid tot spanningen binnen de relatie.
- Cliënte voelt zich door de zorgen voor het huishouden, de praktijkbeslommeringen en de drie jonge kinderen gedwongen tot veel zaken waar ze eigenlijk geen zin in heeft.
- Er is een contactprobleem. De door haar begeerde contacten worden vaak niet of moeizaam gelegd, omdat cliënte zich juist dan zo gespannen voelt.

40

Mevrouw Gratema noemt na de inventarisatie de eetaanvallen als haar belangrijkste klacht, hoewel de andere verschijnselen haar ook last veroorzaken. Besloten wordt met de behandeling van de eetaanvallen te starten. Aansluitend houdt de therapeut een korte inleiding over de aard van de behandeling die cliënte te wachten staat. Bij deze behandeling maakt het niet uit welk probleem het eerst aangepakt wordt, omdat het accent niet ligt op het wegnemen van een hinderlijk symptoom, maar op het leren problemen op te lossen. Wanneer men dit voor een bepaald probleem geleerd heeft, kan men in een aantal gevallen andere problemen zelf oplossen.

De behandeling van de eetaanvallen

De resterende tijd van de eerste zitting wordt gebruikt om te inventariseren welke eetwaren bij de aanvallen gebruikt worden. Bovendien wordt er een lijst aangelegd van voedingsmiddelen die ze beslist niet of nauwelijks smakelijk vindt.

De eerste opdracht bestaat uit het registreren van gegevens rond de eetaanvallen: tijdstip, frequentie, het aantal gebruikte plakken kaas, plakken ham of grammen drop.

Om deze gegevens ook grafisch weer te kunnen geven, wordt de eetwaar uitgedrukt in punten. Eén punt is één plak ham of kaas en zeven punten komen overeen met honderd gram. Op deze wijze wordt na een week monitoren een gemiddelde dagscore verkregen van tweeëntwintig punten (= $22 \times 15 \text{ gr} = \pm 330 \text{ gr}$ vleeswaren, kaas en vis).

Nadat de basislijn bepaald is, wordt er een aantal maatregelen getroffen om het cliënte gemakkelijker te maken het probleem te overwinnen:

1. Stimuluscontrole

Alle voor eetaanvallen in aanmerking komende etenswaren worden in de ijskast opgeborgen, ook b.v. de blikjes mosselen. Bovendien wordt er in het vervolg aan een gedekte tafel gegeten met mes en vork en niet zoals in het verleden direct schrokken uit de ijskast.

2. Zelf-registratie

Er wordt een uitgebreide registratie afgesproken. Alle bij de

4

eetaanvallen gebruikte voedingsmiddelen worden dagelijks genoteerd en worden in bovengenoemde eenheden omgezet (1 punt = 15 gram). Vervolgens wordt er op de zittingen een dag-gemiddelde - uitgedrukt in bovengenoemde "eeteenheden" - berekend. Dit getal wordt grafisch weergegeven.

3. Negatieve zelfbestraffing

Op iedere zitting zal er een afspraak gemaakt worden over het maximum aantal punten dat per dag aanvalsgewijs gegeten mag worden. Als dit dagmaximum overschreden wordt, zal mevrouw zichzelf een straf toedienen in de vorm van het eten van één eetlepel aardappelsalade per twee eenheden overschrijding (het eten van aardappelsalade is gekozen als "straf" omdat cliënte aardappelsalade rangschikt onder de niet smakelijke voedingsmiddelen).

4. De structurering in tijd

Het doel van de behandeling is geen eetaanvallen meer te hebben. Door de therapeut wordt gesteld dat dit doel binnen 5 zittingen bereikt dient te worden. Mocht cliënte er niet in slagen om binnen deze gestelde termijn dit symptoom te overwinnen, dan wordt gesteld dat zij niet geschikt is voor deze vorm van behandelen en dat zij beter een andere therapeut kan gaan zoeken. De betaling wordt gekoppeld aan het succes van de behandeling: als cliënte het gewenste doel niet in die 5 zittingen bereikt, zal zij geen rekening krijgen. Cliënte is een echte artsenvrouw: het gratis behandeld worden is voor haar niet te aanvaarden.

5. Inschakeling van de "omgeving"

De echtgenoot wordt indirect bij de behandeling betrokken. Cliënte zal hem de gang van zaken uitleggen en de grafiek wordt boven het bed gehangen.

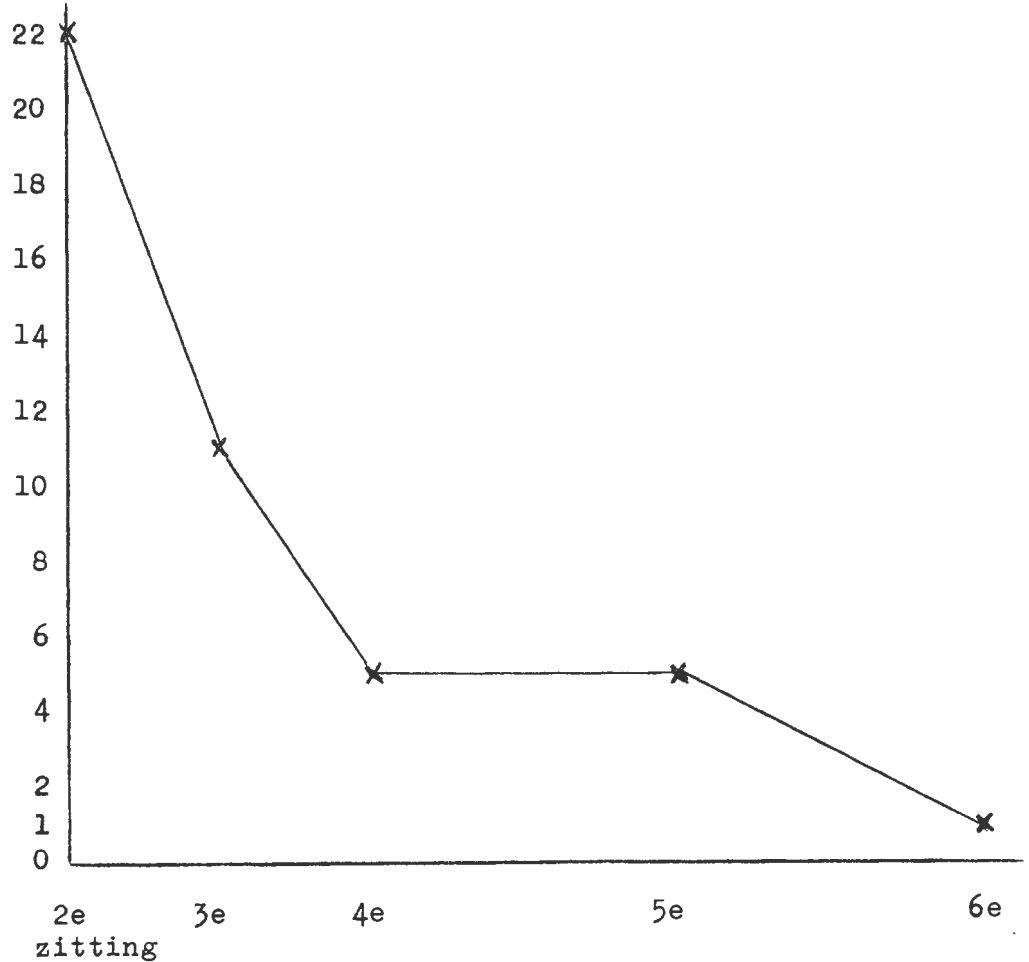
De behandeling was succesvol. Binnen de gestelde termijn had cliënte het probleem van de eetaanvallen overwonnen (zie grafiek I).

Nadat mevrouw Gratema uitvoerig met het betoonde doorzettingsvermogen was gecomplimenteerd, stelde zij de behandeling van het te zware lichaamsgewicht als volgende programmapunt aan de orde.

Grafiek I

Dag-
gemiddelde
bepaald op
iedere
zitting

één eenheid
is \pm 15 gr
etenswaar,
aanvalsgewijs
geconsumeerd



1 week = 2 cm

Het lag in de lijn der verwachting dat met het verdwijnen van de eetaanvallen een daling van het lichaamsgewicht zou optreden. Dit bleek echter niet het geval. Het gewicht was zelfs met drie kilo toegenomen. Deze gewichtstoename kon verklaard worden door de mededeling van cliënte dat zij meer was gaan eten, vooral bij lunch en avondmaaltijd.

De behandeling van de adipositas

In aansluiting aan het eerste gesprek vertelt de therapeut dat cliënte nu het principe van de zelfcontrole beheerst. Het moet nu eenvoudig zijn die kilogrammen die ze te veel weegt volgens een dergelijke procedure kwijt te raken. Weer wordt er een aantal afspraken gemaakt om haar het "afvallen" te vergemakkelijken:

1. Stimuluscontrole

Er wordt steeds aan tafel gegeten.

2. Zelf-registratie

Alles wat gegeten wordt, wordt geregistreerd; bovendien wordt er een gewichtsgrafiek gemaakt.

3. Negatieve zelfbestraffing

Indien cliënte - ze zal zich iedere avond naakt wegen - aankomt in gewicht zal ze zich 2 minuten in een spiegel bekijken. Ze zal buik, billen en borsten in verschillende posities inspecteren. Bij gelijk blijven van het gewicht zal ze dit gedurende 30 seconden doen.

4. Structurering in tijd

Er wordt de afspraak gemaakt dat cliënte 5 kg zal afvallen gedurende de volgende 6 weken (3 zittingen).

5. Inschakeling van de "omgeving"

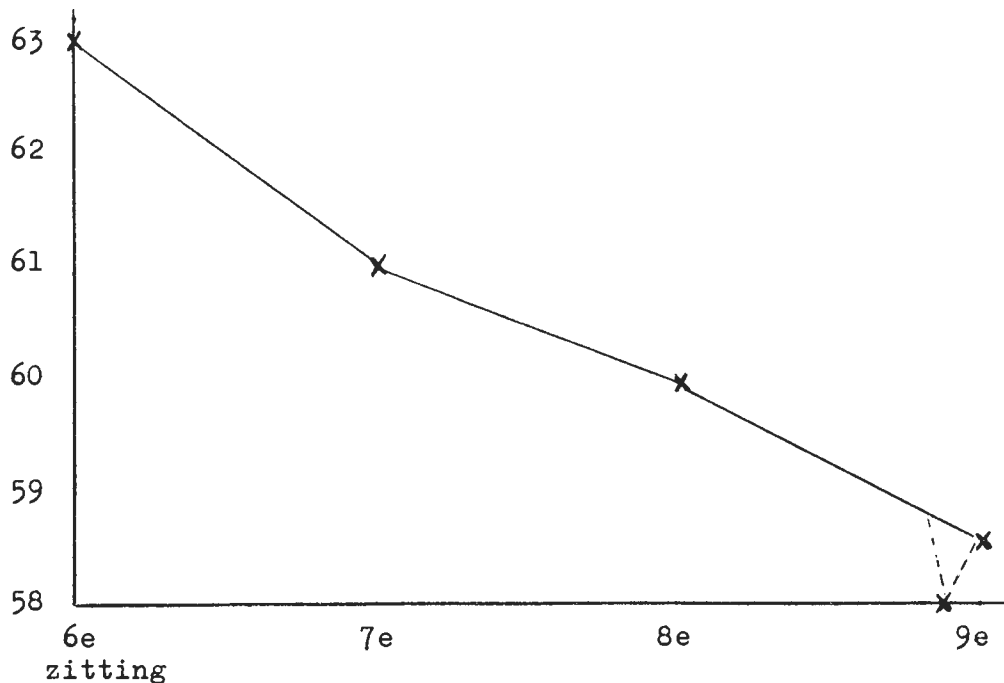
De echtgenoot wordt weer via de grafiek boven het bed ingeschakeld; bovendien wordt hem gevraagd zijn fiat te geven aan een beloningssysteem. Elk afgevallen pond levert f 30,-- op; iedere aangekomen pond kost cliënte f 60,--. Mevrouw zal het geld besteden aan de aanschaf van een door haar begeerde antieke stoel.

De eetlijsten worden steeds kritisch bekeken. Ze krijgt adviezen over calorie-rijke en -arme voedingsmiddelen.

Ook nu verloopt de behandeling volgens plan. Mevrouw slaagt erin 1 dag voor de deadline het afgesproken gewicht te bereiken. (Op de zitting zelf weegt ze een pond "te zwaar": zie grafiek II)

Grafiek II

Lichaams-
gewicht
in kg



1 week = 2 cm

Het verdere verloop

Nadat twee problemen op een succesvolle manier door cliënte opgelost waren, bleek er ook een verandering te zijn opgetreden in de andere probleemgebieden.

De hyperventilatieverschijnselen waren verdwenen, de sexuele relatie met de partner was verbeterd en een aantal nieuwe contacten was gelegd. Mevrouw droeg het haar anders en was - mede door het gewichtsverlies - in een aantrekkelijke jonge vrouw veranderd.

Negen maanden na de behandeling was in deze situatie geen verandering gekomen.

4. Discussie

a. Bij de hier beschreven behandeling van de eetaanvallen en de adipositas wordt gekozen voor een zelfcontrole-procedure (vgl. Abrahamson, 1973).

De zelfcontrole-procedure bestaat uit twee belangrijke elementen (Thoresen & Mahoney, 1974):

1. Het plannen van de omgeving (stimulus control). De cliënt regelt vantevoren relevante zaken in zijn omgeving om het optreden van een bepaald gedrag te beïnvloeden. Bij de behandeling van de eetaanvallen van mevrouw Gratema bestaat deze "planning van de omgeving" uit: alle voor eetaanvallen geschikte voedingsmiddelen opslaan in de ijskast; er zal pas gegeten worden als de tafel gedekt is en er wordt steeds met mes en vork gegeten.
2. Gedragsprogrammering. Hierbij worden door de cliënt zelf consequenties gekoppeld aan een bepaald gedrag. Bij de planning van de omgeving wordt deze omgeving dusdanig gestructureerd dat de waarschijnlijkheid van het optreden van het gedrag beïnvloed wordt. Bij de gedragsprogrammering worden er consequenties verbonden aan een reeds plaatsgevonden gedrag.

De volgende door de cliënt zelf aan een bepaald gedrag te koppelen consequenties zijn (Thoresen & Mahoney, 1974):

- Zelfobservatie, waarbij het te controleren gedrag in kaart wordt gebracht en zo mogelijk grafisch wordt weergegeven.

- Positieve zelfbeloning: de cliënt beloont zichzelf nadat hij een bepaald gewenst gedrag heeft uitgevoerd, bijvoorbeeld een gewenst object kopen na gewichtsverlies.
- Negatieve zelfbeloning: het opheffen van een voortdurende aanwezige aversieve stimulus na het uitvoeren van een gewenst gedrag, bijvoorbeeld de poster van een dik varken verwijderen nadat de cliënt zich aan een dieet heeft gehouden.
- Positieve zelfbestraffing: het niet nemen van een beschikbare beloning na het uitvoeren van een ongewenst gedrag (geld geven aan de missie i.p.v. zelf besteden).
- Negatieve zelfbestraffing: het zelf toedienen van een gemakkelijk te vermijden aversieve stimulus na de uitvoering van een bepaald ongewenst gedrag (het eten van de ongewenste aardappelsalade nadat cliënte bij eetaanvallen het dagmaximum overschreed).

Bij mevrouw Gratema's behandeling van de eetaanvallen was er sprake van planning van de omgeving, zelfobservatie en negatieve zelfbestraffing. Daarnaast bekrachtigde de therapeut de bereikte resultaten op de verschillende zittingen en tenslotte bekrachtigde de "omgeving" haar, i.c. de echtgenoot complimenteerde haar met de grafisch weergegeven resultaten.

Bij de behandeling van de adipositas was van belang: de planning van de omgeving, zelfobservatie en negatieve zelfbestraffing (bij aankomen of gelijk blijven van gewicht bekeek ze zich naakt - en te dik - respectievelijk 2 minuten of 30 seconden in de spiegel).

Ook hier bekrachtigde de therapeut de bereikte verbeteringen. De echtgenoot en haar kennissen complimenteerden haar met haar afgeslankte figuur en haar aantrekkelijk geworden verschijning. De positieve zelfbeloning - bij gewichtsverlies van een pond verdiende cliënte f 30,-- - bleek niet bruikbaar: het bedrag betekende voor deze vrouw van een welgesteld huisarts te weinig.

b. Bij het eerste contact wordt uitgebreide informatie gegeven over de gang van zaken die gevolgd wordt bij de behandeling. Tevens

wordt steeds vantevoren vastgesteld in hoeveel zittingen een bepaald resultaat bereikt dient te zijn. Deze beide factoren - goede voorlichting en een strakke planning van de zittingen - kunnen beide het succes van een behandeling in positieve zin beïnvloeden (Van Dijck & Hoogduin, 1977). Bij de behandeling van mevrouw Gratema worden de resultaten zowel bij de eet-aanvallen als bij de adipositas vrijwel exact op het geschatte tijdstip bereikt. De vraag dringt zich op of de therapeut nu werkelijk zo goed kan taxeren of dat de cliënten een eigen planning maken om binnen de "deadline" de verbetering te bewerkstelligen. De laatste verklaring lijkt het meest waarschijnlijk en geeft al aan dat de cliënt de ruimte gegeven moet worden om zijn zelf gemaakte programma te kunnen afwerken.

- c. Wanneer cliënten betalen voor de behandeling kan de betaling gekoppeld worden aan de resultaten van de behandeling. Erickson (1971) verlangt van het bedplassend echtpaar alleen betaling wanneer de klachten blijven bestaan. Vrijstelling van het te betalen honorarium wordt impliciet als een beloning voor het klachtenvrij-worden aangeboden. Bij mevrouw Gratema wordt voor een variant van het aloude: "Als je niet beter wordt, hoef je niet te betalen" gekozen; namelijk: "Als je het gestelde doel niet haalt, wil ik geen geld van je ontvangen". Zoals eerder gesteld, is het niet betalen van een rekening voor deze artsenvrouw geen plezierige zaak. Het betekent een afhankelijkheid, een iemand dankbaar moeten zijn voor de door hem aan haar gegeven tijd en aandacht. Gesteld kan worden dat cliënte bij niet-verbeteren gestraft wordt met het niet mogen betalen van de rekening. Daar de meeste cliënten verzekerd zijn, valt het door Erickson genoemde voordeel van vrijstelling van het te betalen honorarium weg.
- d. Door veel auteurs wordt getwijfeld aan resultaten op langere termijn bij de behandeling van adipositas (vgl. Harris & Bruner, 1971; Abrahamson, 1973). Verandering van eetgewoonten en motorische activiteit zijn factoren die waarschijnlijk van grotere betekenis zijn voor het handhaven van een bereikte gewichtsverbetering dan dieetmaatregelen alleen (vgl. Harris & Hall-

bauer, 1973). Het te zware gewicht van mevrouw Gratema was voor een belangrijk deel te wijten aan de eetaanvallen. Hierdoor lijkt een redelijke prognose met betrekking tot het handhaven van het huidige lichaamsgewicht aannemelijk.

Ondanks de mogelijk niet al te optimistische resultaten van de behandeling van de adipositas op langere termijn doet een uitspraak van Bruch, geciteerd door Thorner (1970) merkwaardig aan: "Obesity is a symptom and not a disease and can not and should not be removed until after the underlying disturbances are corrected".

48

Referenties

- Abrahamson, E.E. (1973): A Review of behavioral approaches to weight control,
Behav. Res. & Ther. 1973, 11, 547
- Bandura, A. (1969): Principles of behaviour modification,
Holt, Rinehart & Winston, New York
- Bellach, A.S. (1976): A Comparison of Self-Reinforcement and Self-monitoring in a Weight Reduction Program,
Behav. Res. & Ther. 7, 68
- Beneke, W.M. & M.B. Harris (1972): Teaching self-control of study behaviour,
Behav. Res. & Ther. 10, 35
- Dijck, R. Van & C.A.L. Hoogduin (1977): Het voorkomen van uitzichtloze therapeutische relaties,
in: Directieve Therapie,
C.P. van der Velden (ed.)
Van Loghum Slaterus, Deventer
- Erickson, M.H. (1971): Indirect Hypnotherapy of a Bedwetting Couple,
in: Changing Families,
J. Haley (ed.)
Grune & Stratton, New York
- Goldfried, M.R. & M. Merbaum (1973): Behaviour change through self-control,
Holt, Rinehart & Winston, New York
- Harris, M.B. & C.G. Bruner (1971): A comparison of a self-control and a contract procedure for weight control,
Behav. Res. & Ther. 9, 347
- Harris, M.B. & Hallbauer (1973): Self-directed weight control through eating and exercise,
Behav. Res. & Ther. 11, 523
- Hilford, N.G. (1975): Self-initiated Behavior change by depressed women following verbal Behavior Therapy,
Behav. Ther. 6, 703

Horan, J.J., A.M. Hoffman & M. Mairi (1974):
 Self-control of chronic Fingernail Biting,
 J. Behav. & Exp. Psychiat. 5, 307

Kanfer, F.H. (1975): Self-management Methods,
 in: Kanfer, F.M. & A.P. Goldstein,
 Helping People Change,
 Pergamon Press, New York

Kanfer, F.H. & J.S. Phillips (1970):
 Learning foundations of behaviour theory,
 Wiley, New York

Kraft, T. (1970): Treatment of compulsive shoplifting by
 altering social contingencies,
 Behav. Res. & Ther. 8, 393

Mahoney, M.J. (1974): Self-reward and self-monitoring techniques
 for weight control,
 Behav. Res. & Ther. 5, 48 - 57

Meyer, R.J. (1973): Delay Therapy: Two case reports,
 Behav. Res. & Ther. 4, 709

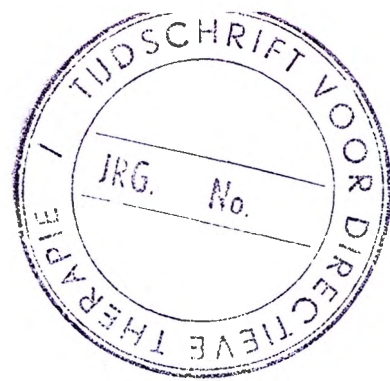
Moor, W. de & J.W.G. Orlemans (1972):
 Inleiding tot de Gedragstherapie,
 Van Loghum Slaterus, Deventer
 (blz. 234 - 243)

Thoresen, Carl E. & M.J. Mahoney (1974):
 Behavioral Self-control,
 Holt, Rinehart & Winston, New York

Thorner, H.A. (1970): On compulsive eating,
 J. of Psychosomat. Research, 14, 321

Gemodificeerde paradoxale intentie

Dick Oudshoorn.



Een vijftientigjarige vrouw wordt gekweld door gedachten haar twee kinderen (respektievelijk 2,5 jr en 4 maanden oud) te doden. Ze is wanhopig want ze houdt juist zoveel van hun, maar hoe hard zo ook tegen de gedachten vecht om ze kwijt te raken, het is vergeefs. Ze komen bv op als ze vlees staat te snijden. Ze vertelt dat ze enige tijd geleden contact heeft gehad met een vrouw die op een gegeven ogenblik haar kind metterdaad zou hebben vermoord. Kliënte moet daar ook steeds aan denken en vraagt zich vaak af of ze van haar kwelling verlost zou worden als ze de kinderen doodt, maar ze komt toch telkens tot de slotsom dat dat niet het geval zal zijn.

Deze obsessie is twee maanden na de laatste bevalling ontstaan. Ze heeft er echter in het verleden, na de geboorte van het oudste kind ook last van gehad, maar toen zou het niet zo ernstig zijn geweest en was het bijna vanzelf weer overgegaan.

Behalve het bovengenoemde probleem heeft ze twee maand geleden nog een tweede probleem gehad: peinzend over de zin des levens is tegelijkertijd ook de vraag opgekomen of ze er geweest zou zijn als haar ouders niet met elkaar naar bed waren gegaan. Ze is er toen mee naar de pastoor gegaan en die heeft het wijze antwoord gegeven: 'Als u niet bij uw ouders was gekomen dan was u ergens anders geboren, want God heeft met iedereen een bedoeling.' Dit antwoord heeft haar weer gerustgesteld. De eerder genoemde dwanggedachten zijn haar echter onverminderd blijven kwellen; ze wordt toenemend bang van zichzelf. Ongelukkigerwijs is haar echtgenoot in deze bange tijden juist voor een cursus in het buitenland.

De therapeut legt uit dat er wel degelijk een principiële verschil is tussen denken en zeggen enerzijds en doen anderzijds, ook al heeft de katolieke kerk dit alles in het verleden min of meer over een kam geschoren. Voorts legt hij uit dat dit soort fantasieën veel voorkomen en -hoewel ongetwijfeld kwellend- toch zelden gevaarlijk zijn. Er tegen vechten helpt vrijwel nooit. Ze dringt

toch aan in die richting. De therapeut is dan bereid een voorstel te doen, te weten: het elastiek te gebruiken en 'stop' te zeggen elke keer dat zo'n gedachte haar bekruipt. Dit wordt ingeoeffend. Maar wat te doen als de gedachten bijzonder hardnekkig zijn? Op de vraag welke werkzaamheden haar erg tegenstaan noemt ze na enig nadenken: verstelwerk. Afgesproken wordt dan dat ze na sterke dwanggedachten een half uur 'stopwerk' zal doen.

Er wordt een nieuwe afspraak gemaakt voor over veertien dagen, want ze gaat een weekje naar haar echtgenoot toe. Acht dagen later, vlak voor het weekeinde, belt ze in paniek naar het ziekenhuis. Er wordt een extra afspraak ingelast op de maandagmiddag. Ze vertelt dat ze het elastiek intensief heeft gebruikt, maar dat het meestal toch maar voor enkele minuten soelaas biedt. Het 'stopwerk' leverde nog meer dwanggedachten op als ze met naald en schaar bezig was.

De therapeut stelt nogmaals dat vechten ertegen niet helpt. Hij legt uitvoerig uit dat deze gedachten op zichzelf normaal zijn en ook ergens goed voor zijn. Wat zich in de fantasie afspeelt is een uitlaatklep, zodat je niet echt al je onvermijdelijke kleine en grotere ergernissen met je kinderen op hun hoeft af te reageren. Juist dáárhoor kan je veel aardiger tegen je kinderen zijn. Dit beaamt ze onmiddellijk: ze is dól op de kinderen en erg aardig voor hun. De therapeut gaat verder met te stellen dat het probleem dan ook niet zozeer schuilt in die gedachten zelf, maar in de angst die ze oproepen.

Die angst kan op verschillende manieren worden aangepakt. De beste maar ook de hardste methode is de gruwelen in de fantasie juist verder op te voeren. Patiënte kijkt onmiddellijk zeer benauwd. Ze wil toch liever met het elastiekje werken. De therapeut keurt het goed dat ze altijd eerst het elastiek zal gebruiken. Helpt het niet, dan zal ze het volgende gaan doen: ze gaat zitten met haar verstelwerk, gaat zich volkomen ontspannen en als ze dan goed ontspannen is, zal ze de gedachten op laten komen, er heel sterk aan denken, terwijl ze er tegelijkertijd alleen maar op hoeft te letten dat ze haar armen en handen goed blijft ontspannen. De therapeut geeft er enige uitleg bij over de onverenigbaarheid van angst en ontspanning. Tot besluit van deze tweede zitting wordt relaxatietraining gedaan, wat haar zeer goed af gaat.

Drie dagen later komt ze op de al eerder afgesproken datum terug. Ze heeft zich goed aan de opdracht gehouden. Meestal kan ze de gedachten nu gewoon stoppen; alleen af en toe heeft ze daarvoor nog het elastiekje nodig. Enkele keren is dat ook niet gelukt. Toen is ze gaan zitten, heeft zich goed ontspannen en heeft de gedachten laten opkomen. Ze vertelt dat ze dan juist minder worden en overgaan. Ze is er niet bang meer van.

De opdracht wordt vanzelfsprekend gekontinueerd.

De volgende maal komt de echtgenoot voor het eerst mee. Ze heeft de opdracht getrouw uitgevoerd en het resultaat is goed. De therapeut herhaalt nog eens de uitleg dat die gedachten op zichzelf normaal zijn en zelfs ergens goed voor. De echtgenoot blijkt een nuchtere supergezonde man, wel vol sympathie maar toch sterk neigend tot 'Kop op Mien'-gedrag. De therapeut belicht de karakterverschillen: hij prijzenswaardig om zijn nuchtere en heldere verstand, zij te prijzen voor haar gevoelscapaciteiten. Ze vullen elkaar goed aan, maar moeten wel oppassen niet het ene uiterste tegenover het andere te stellen. Het is goed als hij voor $\frac{1}{4}$ haar gevoelstype zou overnemen en zij voor $\frac{1}{4}$ zijn nuchtere verstand. Ze zijn het daar mee eens; trouwens ze zijn daar al druk mee bezig geweest en hij heeft er al veel bijgeleerd, zegt hij niet zonder trots. Vroeger zei hij geen woord. Hij wil van de therapeut wel aannemen dat het niet nodig is zo categorieën op haar angstige uitlatingen te reageren. Wanneer ze er mee zit zal hij zwijgend luisteren terwijl zij zich uit. Voor het overige blijft de opdracht zoals hij was.

Interessant is de opmerking van de echtgenoot dat zij altijd angstig is geweest en als het ware te midden van de angst is opgevoed, die van haar moeder uitging, voornamelijk. Afgesproken wordt dat angsten en gebrek aan assertie een volgend werkdoel zullen worden, wanneer ze geen moeilijkheden meer van de huidige gedachten ondervindt. De behandeling blijft nu conjoint.

Diskussie

Ik had dit stukje ook kunnen betitelen met 'Gemodificeerde reciproke inhibitie', waarbij de modifikatie (altans t.o.v. systematische desensitisatie) zit in het ontbreken van een hiërarchiese lijn. Waarom heb

ik er dan toch 'paradoxale intentie' bovengezet? Allereerst omdat ik van plan was om die volgens de regelen van de kunst te gebruiken. Toen patiënte zo benauwd reageerde op mijn voorstel heb ik haar mijn nieuwe voorstel gedaan als een concessie, een tegemoetkoming. In mijn achterhoofd zat ik er ook mee dat de echtgenoot nog in het buitenland zat en patiënte behoorlijk paniekerig was geworden. Omdat de opdracht luidt dat ze niet zomaar de gedachten moet laten opkomen, doch er heel sterk aan moet denken, is het m.i. toch paradoxale intentie en schuilt de concessie (modifikatie) in de belangrijke omstandigheid dat ze goed ontspannen dient te blijven en -dus- een bruikbare rem op de angstgevoelens mee krijgt.

Er schuilt nog een ander proces onder het gras: Patiënte heeft veel ruimte gekregen tot inspraak, marchanderen met de therapeut. Deze heeft een hierarchietje aangeboden van therapeutiese mogelijkheden met oplopende moeilijkheidsgraad (angstnivo vnl.). Ze kiest duidelijk altijd voor het laagste van twee alternatieven. Ze is zeer angstig voor angst. Ze vraagt me de laatste keer ook of nu die 'hardste' methode 'waarbij u een heleboel angst gaat opwekken' (dit waren niet mijn woorden, maar was wat er bij haar van overgekomen was) niet hoeft. Het gaat als met de keuze bij de tandarts: 'zal ik uw kies trekken zonder of met verdoving', patiënte kiest zonder meer voor het laatste. Therapeut houdt echter een slag om de arm: 'we kunnen dat voorlopig achter de hand houden', misschien wat sadisties of teveel als dreigement gehanteerd volgens sommige lezers, maar m.i. wel verdedigbaar. Het gaat er op lijken dat het nooit nodig zal zijn. Als dat zo is, dan lijkt me deze methode een belangrijke aanwinst. Hij zou dan nl. even effectief zijn als 'gewone' paradoxale intentie, maar minder pijnlijk.

Wat was patiëntes probleem?

- 1) ze had dwanggedachten (dwz onwillekeurige en opdringerige en niet te stuiten gedachten)
- 2) ze voelde er veel begeleidende angst bij (dreigend kontroleverlies) alsmede schuldgevoel (ik ben een slechte moeder die zoiets denkt)
- 3) ze vatte het als 'aanvallen' op en was daar erg bang voor; dit werd misschien nog versterkt omdat haar ega afwezig was, die haar immers dan in het uiterste geval niet zou kunnen tegenhouden.

Ze voelde het zelf ook als een vicieuze cirkel.

Wat heeft de therapeut gedaan?

- 1) de dwanggedachten gelabeld als 'normaal' en 'ergens goed voor' zodat ze zich niet zo'n slechte moeder hoeft te voelen.
- 2) de dwanggedachten als 'kwellend maar zelden gevaarlijk' aangeduid. Het oogmerk was de angst voor controleverlies te beïnvloeden; in hoeverre dat op dat moment gelukke is dubieus.
- 3) een gedachtenstop geleerd - $\frac{3}{4}$ geslaagd
- 4) een onaangename opdracht ('stopwerk') als de elastiek-stop mislukte. Had geen succes wat betreft de gedachten. (Vreemd genoeg verloor ze juist haar afkeer van verstelwerk daardoor...)
- 5) ontspanningsoefening - geheel geslaagd
- 6) bij het opkomen van sterke dwanggedachten onmiddellijk goed ontspannen en in die toestand de gedachten sterk laten opkomen en toch ontspannen blijven - geheel geslaagd
- 7) telkens een zwaardere methode in het vooruitzicht gesteld als succes uitbleef. (Stellig niet zo onaardig gepresenteerd als het op papier toeschijnt.)

Referenties

Dijck, R. Van De toepassing van paradoxale intentie. TDT 3,5(feb76)p7
Ook verschenen in: 'Directieve Therapie' Velden, C.P.v.d.
v Loghum Slaterus 1977.

Moor, W.de &

J.W.G.Orlemans Inleiding tot de gedragstherapie vLoghum Slaterus 1972

Twee voorbeelden van paradoxale intentie bij kinderen

Maaïke is bijna twaalf jaar oud als ze samen met haar moeder bij me komt. De klachten zijn: 1) wazig, dubbel of danse^{nde} zien bij vlagen, meestal op school in de klas optredend; 2) 'beren zien', dat wil zeggen bv zwaar tillen aan haar schooltaken, hoewel ze die gemakkelijk aankan. Ze gaat na de zesde klas naar HAVO.

Maaïke is anderhalf jaar lang onder behandeling geweest van een zenuwarts, die onder meer een proeftherapie met antiëpileptika heeft ingesteld, en ook bij een oogarts, maar alles vergeefs.

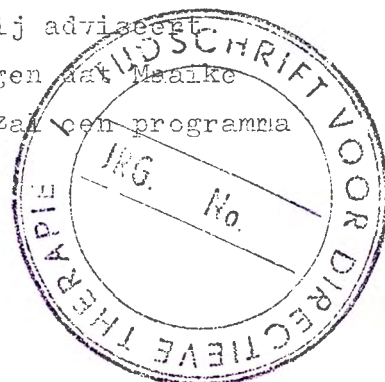
De frekwentie en de hevigheid van de klacht nr 1) is langzamerhand sterk toegenomen, zodat ze soms enige uren lang op school niets meer kan zien. De school en het gezin gaan haar steeds meer ontzien en als een speciaal geval behandelen.

Maaïke is een openhartig, vlot en spraakzaam meisje en maakt een intelligente indruk. Voor moeder geldt dezelfde typering.

De therapeut adviseert de antiëpileptiese middelen uit te laten sluipen in een week en geeft klachtenregistratielijsten mee.

De volgende maal is er een prima lijst ingevuld. Maaïke heeft vijf maal op school wazig gezien; ze vindt zelf al dat het vooruit gaat. De therapeut geeft haar de opdracht mee wederom een lijst bij te houden en elke keer dat ze klachten krijgt haar uiterste best te doen om vijf minuten lang extra wazig te zien. Hij legt uit dat het immers niet gelukt de klacht te onderdrukken en dat de enige manier om hem de baas te worden is om hem erger te maken.

Het wordt gemakkelijk geaksepteerd. Er is nog tijd over en die wordt besteed aan praten over wat zich in het gezin afspeelt. Het lijkt een gezellig en hecht gezin, altans voorzover de klacht van Maaïke buiten beschouwing blijft. Maar Maaïke vindt wel dat haar zusje meer aandacht krijgt. De therapeut vraagt of ze wel meer aandacht krijgt als ze die klachten heeft en dat wordt beaamd door moeder. Ze weet niet altijd of ze er goed aan doet en soms denkt ze dat Maaïke het wat erger maakt dan het is. De therapeut spreekt het vermoeden uit dat dit onbewust gebeurt, wat moeder wel wil aan nemen, maar dat het wel ontkoppeld moet worden. Hij adviseert moeder om de klachten te negeren, maar wel te zorgen dat Maaïke net zoveel aandacht krijgt als haar zusje. Moeder zal een programma opstellen.



Vier weken later volgt het derde gesprek. De lijst toont een periode van wazig zien op de eerste dag na de vorige afspraak. Paradoxaal intentie was mislukt en de klacht hield lang aan. De erop volgende dag gebeurde het opnieuw. Toen lukte de paradoxale intentie wél en was de klacht na enkele minuten geheel verdwenen. Alle volgende dagen was er niets meer aan de hand geweest! Er heerst een optimistische sfeer. Op school doen ze nu weer gewoon tegen haar en de onderwijzer is ook tevreden. Moeder heeft het advies ook goed in haar oren geknoopt, maar heeft er verder niet meer aan behoeven te denken. De therapeut herhaalt de opdrachten van de vorige maal.

Acht weken later volgt het vierde gesprek. Dit maal komt vader met Maaïke. Het is een exakte replikatie: de eerstvolgende dag na het vorige bezoek trad de klacht weer op en mislukte p.i.; de tweede dag zag ze alles dubbel en lukte p.i. uitstekend, waarop de klacht volledig verdween. Verder heeft ze geen klachten gehad en er ook niet meer aan gedacht. De therapeut geeft dan toestemming om de dag na dit gesprek dubbel te zien 'als het je goed uitkomt' en de dag erop behoeft het niet want dan blijkt het haar slecht uit te komen. Vader is (ook al) een aardig iemand. Hij vindt dat Maaïke en hij kwa karakter op elkaar lijken. Hij heeft vijf jaar geleden duizelingen gehad, herinnert zich goed zijn anticipatieangst en begrijpt daarom onmiddellijk het nut van paradoxale intentie.

Twaalf weken later volgt het afsluitende gesprek. Maaïke heeft geen enkele 'aanval' meer gehad. Het gaat allemaal uitstekend met haar, ze ziet ook geen 'beren' meer. Everybody happy. Vijf gesprekken van oktober tot april. Wat heeft de therapeut gedaan?: 1) p.i. als een middel om de klacht de baas te worden voorgeschreven; 2) een kleine gezinsinterventie om een bekrachtiger van de klacht uit te schakelen en een bekrachtiger van normaal gedrag ervoor in de plaats te stellen, alles zonder gezichtsverlies voor wie dan ook. Wat is het belangrijkste geweest, 1) of 2)?

Dick is ook bijna twaalf jaar oud als hij wordt aangemeld. Er zijn twee klachten: 1) tics (het meest gelijkend op bekketrekken); en 2) angstig gedrag en slechte aanpassing aan leeftijdgenoten.

Neurologisch onderzoek en EEG hadden geen bijzonderheden opgeleverd. De therapeut labelt de problemen als drempelvrees en formuleert als werkdoel nr 1): beter voor zichzelf leren opkomen; en 2) tic kwijt raken. De therapeut spreekt drie gesprekken met Dick alleen af en daarna een gezinsgesprek.

Het loopt niet bepaald op rolletjes. Wel neemt Dick het advies aan om zich niet op de kast te laten jagen als hij op school geplaagd wordt, en volgt hij het ook met succes op (wordt nl nadien niet meer geplaagd). Maar hij gedraagt zich verder als een jong veulen, impulsief, regressief-kinderlijk-emotioneel, zoals je dat eigenlijk vooral ziet bij lichte hersenbeschadiging (waar overigens geen aanwijzingen voor zijn). Lijsten bijhouden van de tic mislukt totaal. Het derde individuele gesprek valt op zijn verjaardag. Hij vertelt dat zijn moeder boos op hem was omdat hij haar voor alle grote kado's niet direkt had bedankt. Toen hij het weer wilde goedmaken wees ze dat af. Besproken wordt wat hij nu tegen haar kan zeggen. De volgende maal komt vader mee, maar laat moeder verstek gaan. Vader vertelt dat veel vooruitgaat. Voorheen stond Dick's ontwikkeling nagenoeg stil, en nog wel gedraagt hij zich soms als een zesjarige, maar op andere momenten komt er schot in. Vader blijkt veel tijd en energie voor de kinderen over te hebben, maar voor Dick is het blijkbaar nooit genoeg. Er wordt ook weinig gepraat, het draait altijd op stoeien uit, veel 'druk en raar doen'. Dick zit hevig te bekketrekken onderwijl. Therapeut vraagt hem om het elke keer tienmaal extra te doen als hij het doet. Dick voert het eenmaal uit en dan dooft het ticcen uit voor dit gesprek. De therapeut helpt Dick om sommige dingen (wensen, verwijten) aan vader te zeggen, en dat gelukt wonderwel, zij het met veel gegiechel en een rode kop. De therapeut zegt dat we twaalfjarig gedrag van een twaalfjarige verwachten en bekrachtigt dat rijpere gedrag als Dick het laat zien. Vader drukt ook zijn tevredenheid over zijn zoon uit. Dick glimt. De opdracht die hij mee krijgt is: tienmaal extra ticcen als het optreedt.

De volgende sessie is ^{ruim} drie maanden later. Hij heeft sinds het vorige bezoek niet meer getict. We spelen een partijtje dammen. Hij gedraagt zich goed dwz leeftijdsadekwaat; alleen bij het weggaan regredieert hij een beetje.

Wat heeft de therapeut gedaan? Wat aangehannest, altans volgens de kunstregels. Iets wat spot met theorie van kindervertherapie of gezinsbehandeling! De fouten kan iedereen zelf zien. Toch is er in meer dan een opzicht verandering opgetreden: 1) handhaaft zich op school zelfs tegenover drie geheide rotjongens; 2) geen tics meer; 3) meer leeftijdsoreenkomstig gedrag en meer gevoel van eigenwaarde. Waaruit valt dit te verklaren? 1) spontane verbetering? 2) kleine attitudeverandering op school(zich niet op de kast laten jagen) geeft grote verandering(wordt als een gelijke geaksepteed); 3) verwijdering t.o.v. moeder en toenadering t.o.v. vader, maar dan op leeftijdsnivo. Achteraf lijkt me het laatste het belangrijkste. Moeder was zeurderig-klagend over Dick, maar anderzijds ook een soort moederkloek die zijn infantiele gedrag vergoelijkte, halflachend toestond. Ze gedroeg zich met andere woorden verwarrend ambivalent. Wat vader van Dick verwachtte, daar was hij veel duidelijker over, en dat heeft Dick op het goede moment zowaar opgepikt. Het direktief van de p.i. heeft hierin alleen maar een nevenrol gespeeld, al ben ik eerlijk gezegd wel tevreden over de timing ervan!

Onno van der Hart:



Over het schrijven van brieven: een P.S.

Zoals Lange (1976a, 1976b) een aantal malen heeft aangegeven, kan het schrijven van een afscheidsbrief een essentieel onderdeel vormen in het afronden van een - tot dan toe onverwerkte - ervaring uit het verleden. In zo'n brief kan de persoon die dingen schrijven, die hij indertijd niet of niet voldoende gezegd heeft tegen degene aan wie de brief gericht is. Boodschappen die hij alsnog rechtstreeks aan de betrokken persoon moet richten, wil hij aan de volgende fase van zijn bestaan toekomen.

Joke, een cliënte van Lange (1976a) vond haar eigen vorm hiervoor. Zij schreef drie brieven: één recht-voor-z'n-raap waarin ze al haar woede en gramschap uitte, een iets gekuiste versie en tenslotte nog een waardige brief. Met de therapeut besloot ze dat ze er een van zou versturen en welke dat zou zijn.

Deze procedure is daarom nog eens vermeldenswaard, omdat ik kan rapporteren dat ik zelf en een aantal kollega's uit mijn omgeving hem herhaaldelijk met succes gerepliceerd hebben. We passen hem voornamelijk toe in situaties waarin degene aan wie de brief gericht is nog leeft en het verzenden een reële - en wellicht wenselijke - mogelijkheid is.

Ik heb echter ontdekt dat die drie brieven niet in alle gevallen voldoende zijn. Eigenlijk vind ik ze het meest op hun plaats als de cliënt aan een aantal personen brieven moet schrijven, net als dat het geval bij Joke was. In feite worden dan veel meer dan drie brieven geschreven en is de kans op uitdoving van de betrokken emoties groter.

Tanja Rubinstein (1977) heeft voor gevallen waar verzending niet in aanmerking komt - dus in ieder geval als de brief aan een overledene gericht is - de volgende variant ontwikkeld. Zij geeft de opdracht om één brief te schrijven. De schrijver moet deze brief elke volgende dag overlezen en, als hem of haar nieuwe gedachten te binnen schieten, die er aan toevoegen; net zo lang totdat de schrijver zelf het besef heeft dat de brief afgeschreven is en dat hij een belangrijke stap in het afscheid nemen heeft genomen.

60

Is de brief af, dan moet er altijd - als hij niet verzonden wordt - een rituele vernietiging van plaatsvinden. Meestal wordt dat een plechtig verscheuren en verbranden of begraven van de brief. In één geval - begin december - bewaarde de man een hele stapel brieven aan zijn ex-kollega's (hij had Joke's procedure gevolgd) tot Oudejaarsavond. Toen verbrandde hij ze, in aanwezigheid van zijn vrouw, op plechtige wijze. In januari begon hij aan een nieuwe baan. In een ander geval verbrandde de vrouw de brieven en strooide de as over de aarde van haar planten. Eén vrouw had een brief aan haar overleden dochtertje geschreven en bij het graf begraven.

Het briefschrijven is meestal een onderdeel van het afscheid nemen, geloof ik. Het begraven of verbranden van de brief rondt het afscheid nemen af. Het is ook te zien als een symbolische handeling van de tweede orde: een afscheidnemen van het afscheidnemen.

Ikzelf heb de neiging om aan de schrijfp opdracht nog iets toe te voegen. Indien mogelijk moet de persoon een aantal symbolen van degene aan wie de brief gericht is of van de relatie met hem of haar opzoeken. Deze moeten bij hem of voor hem staan tijdens het schrijven. Het duidelijkste voorbeeld is het plaatsen van een foto van de ander. Deze symbolen helpen de betrokkenheid bij de uitvoering van de opdracht te vergroten en de passende kontekst te creëren.

67

Referenties:

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

Lange, A (1976b): Instrumentarium voor (relatie)therapie. TDT, 4 (2), 55-75.

Rubinstein, T.H. (1977): Persoonlijke mededeling.

Kettingroken behandeld met hypnotherapie: over de gevolgen

1. Inleiding

Al eerder heb ik een toepassing weergegeven van Erickson's (1964) methode om rokers van hun kwalijke gewoonte af te helpen (Van der Hart, 1975). De aanpak komt hierop neer dat de therapeut de cliënt en diens probleem een eerste keer 'gewoon' laat vertellen en een tweede keer met de ogen gesloten, waarbij ^{hem} ~~hij~~ verzocht wordt "zijn verhaal van begin tot einde te herhalen, om dit langzaam heel zorgvuldig te doen ... om daarbij te specificeren wat hij van de auteur wil.

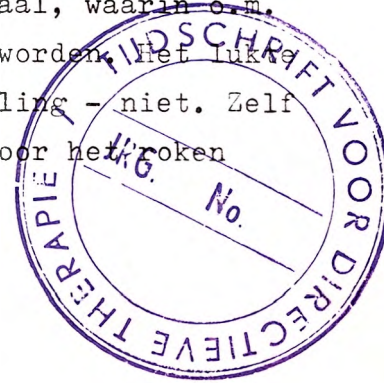
Dit zou hij langzaam, bedacht, aandachtig moeten doen, waarbij het geluid van zijn eigen stem hem zal helpen om in een bevredigende trance te gaan, waarin hij zal blijven praten met de therapeut, vragen zal beantwoorden, wat dan ook zal doen wat de therapeut van hem vraagt en waarin hij zichzelf onder een uiterst zware dwang zal voelen staan om precies datgene uit te voeren wat aangegeven is".

Ook in het hierna volgende geval heb ik deze procedure toegepast. De effecten van dat anderhalf uur werken zijn interessant genoeg om hier weer te geven.

2. De behandeling van Mieke

Het eerste contact bestond uit een telefoongesprek, waarin Mieke, een 28-jarige getrouwde vrouw, mij om hulp voor haar kettingroken (drie pakjes per dag) vroeg. Ik maakte een afspraak met haar voor een maand later en verzocht haar ondertussen elke sigaret die ze rookte, te turven.

Tijdens het daarop volgende gesprek bleek dat Mieke zich trouw aan de opdracht had gehouden. Een positieve indicatie voor haar gemotiveerdheid. Een zware opgave was het wel geweest. Ze had er een kleine winst mee geboekt, omdat ze een weinig minder had gerookt. Mieke vertelde haar verhaal, waarin o.m. opviel dat ze al geruime tijd zwanger wilde worden. Het lukte - ondanks uitgebreide gynecologische behandeling - niet. Zelf dacht ze dat haar lichamelijke gesteldheid door het roken ook niet de beste voor een zwangerschap was.



Ze wilde haar kind zo gezond mogelijk ter wereld brengen. Mieke bleek goed te werken in het hypnotherapeutische deel van de zitting. Nam allerlei situaties door, waarin ze gewoonlijk een sigaret nodig had en waarin ze nu iets anders moest gaan doen. Moeilijke situaties werden herhaaldelijk onder de loep genomen, oplossingen werden nogmaals in de verbeelding getoetst.

Twee interventies waren interessant:

Ten eerste zijn opmerking aan Mieke, toen zij haar werk had afgerond, dat zij nu een 'niet-roker' was geworden. Niet slechts eenmaal, maar verscheidene keren voegde hij haar dat met klem toe.

Ten tweede voegde hij een zin toe aan zijn normale afsluiting van een dergelijke zitting:

"... en je gehele toestand, ook je lichamelijke, zal steeds meer-in z'n eigen tempo- verbeteren. Daardoor kan op een gegeven moment gebeuren wat je wilt laten gebeuren, en het zal goed zijn." Dit was een indirecte hint naar het zwangerworden van Mieke. Korrekt of niet, de therapeut had het idee dat Mieke wel zwanger wilde worden, maar het zich tot dan toe onwillekeurig niet had toegestaan. Haar verantwoordelijkheidsgevoel gaf haar aan dat haar rokerslichaam de vrucht niet de goede start geeft die het nodig heeft.

3. Follow-up

Een maand na die ene zitting ontving ik een brief van Mieke: "Allereerst mijn dank voor het feit dat je erin geslaagd bent om mij van een verstokte kettingroker te transformeren in een "niet-roker".

Want het is inderdaad gelukt, al die tijd heb ik geen sigaret meer aangeraakt. Hoe je daarin geslaagd bent, is me nog steeds een raadsel. Wel geloof ik, dat van essentieel belang is dat ik mezelf sindsdien inderdaad beschouw als een "niet-roker" en me daarnaar gedraag.

Wonderlijk daarbij is, dat ik dat geen ogenblik ervaren heb als identiteitsverlies, waar ik echt een beetje bang voor was. De eerste dagen kon ik nergens anders aan denken, ik had haast het gevoel verliefd te zijn.

64

Daarna kreeg ik een paar dagen het gevoel een bemind iemand verloren te hebben.

Nu denk ik er eigenlijk nauwelijks meer aan, alleen op momenten dat ik me een beetje ongelukkig voel heb ik er nog erg veel zin in, of als het erg gezellig is.

Soms heb ik het merkwaardige gevoel of ik uit twee "iemanden" besta, een iemand, die vreselijk veel zin in roken kan hebben, en een ander iemand, die voor mij beslist (en wel op een zodanig dwingende manier beslist, dat ik zelf niet meer hoeft te beslissen) dat dat niet gebeurt. Gek gevoel, hoor.

Ik ben er in ieder geval vreselijk verrukt mee, dat ik niet meer rook.

Ik merk ook, dat ik over een aantal dingen in betere proporties of op een betere manier kan nadenken, nu de beslissing: wel roken - niet meer roken, niet meer genomen hoeft te worden, want die is genomen." (...)

Ik schreef Mieke een briefje terug waarin ik onder meer vroeg of zij, als ze zwanger zou zijn geworden, dat mij zou willen laten weten. Zes maanden later kreeg ik daar antwoord op: "In de brief die je me terug stuurde, vroeg je me het te willen laten weten, als ik ooit zwanger zou raken.

Je legde een bepaald verband (wat ik niet begreep) tussen een nieuwe attitude van niet-roker en een nieuwe attitude t.o.v. zwanger zijn, willen zijn, kunnen zijn.

Ook al begreep ik het niet, je hebt daar zeker een erg voorspellende geest in gehad, want twee maanden later ben ik zwanger geraakt, en ben dat nog steeds.

Nog nooit na onze anti-rook-sessie heb ik één sigaret aangeraakt, en voel me daar erg goed bij.

Achteraf vind ik het steeds meer onbegrijpelijk, maar wel heel erg goed dat zo'n 1 à 1½ uur zo'n ingrijpende verandering teweeg kan brengen.

Nog eens wil ik je er hartelijk voor bedanken".

4. Diskussie

(1) Het lijkt erop, dat het etiket 'niet-roker' een belangrijke rol in de behandeling heeft gespeeld. Een uitstapje naar de attributie- en zelfperceptie theorie is wellicht leerzaam.

Lange (1975) merkt op dat deze theorie een aantal stappen in de gedachtenwereld van de mens veronderstelt: a) ik doe iets; b) ik neem waar dat ik dat doe; c) waarom doe ik dat? d) omdat ik een zus of zo persoon ben; e) als ik een zus of zo persoon ben dan moet ik me verder ook zus of zo gedragen; etc. etc. Hij voegt daaraan toe dat een kruciaal punt tussen de stappen c) en d) ligt. Dat zien we, geloof ik, ook bij Mieke: "Waarom rook ik niet, steek ik geen sigaret op?" "omdat ik een niet-roker ben".

Men zou kunnen beweren dat de hypnotherapeutische sessie uit de gehele cyclus, te beginnen bij a) heeft bestaan; althans in vitro. Mieke zag in haar verbeelding dat ze zich anders dan voorheen gedroeg: geen sigaret opstak en geen biertje dronk dat automatisch tot een rokertje leidt. Nee, zij nam in een bepaalde situatie een jus d'orange. Situatie na situatie werd zo doorgenomen, en tenslotte plakte de therapeut daar het etiket van 'niet-roker' op.

Wat er nog meer gebeurde was dat Mieke die hele cyclus in de zitting vergat ("achteraf vind ik het steeds meer onbegrijpelijk, maar wel heel erg goed, dat zo'n 1 à 1½ uur zo'n ingrijpende verandering teweeg kan brengen"), maar het symbool voor het gehele proces bleef haar bij: "Ik ben een niet-roker". Dit etiket is, nog nauwkeuriger uitgedrukt, een condensed symbol (vgl. Douglas, 1975).

D.w.z. een symbool dat verschillende, te onderscheiden, betekenissen heeft. Iets figuurlijker weergegeven: de diverse onderdelen van het proces en de 'toestanden' waar ze toe geleid hebben zijn ingedikt tot het symbool 'niet-roker'.

Ik vermoed, dat hypnotherapie nog ongekende mogelijkheden bezit om mensen zinvolle ervaringen te laten beleven (waarvan zij zich achteraf helemaal niet meer bewust hoeven te zijn). Ervaringen, die zinvol blijven (hun invloed blijven uitoefenen) doordat er een condensed symbol aan gekoppeld is.

Deze opvatting is duidelijk niet in strijd met de attributie- of zelfperceptie theorie, maar een andere manier van benaderen.

Het is een opvatting die ook van toepassing is op symbolen die niet direkt een etiket op de persoon zijn, bijv. rituele voorwerpen.

(2) Mieke gaf in haar eerste brief iets aan, dat mij dit idee gaf: Dat voor sommige mensen de sigaret inderdaad een geliefde partner is. Iemand waarvan ze afscheid moeten nemen, als ze met roken stoppen. En dat doet pijn, er ontstaat een rouwproces. Een van de kenmerken van een rouwproces is het zoeken naar de overledene of het verloren objekt (vgl. Parkes, 1972; Ramsay & Happée, 1976). Daar een sigaret zeer gemakkelijk te vinden is - ook als je niet wilt, je wordt ermee geconfronteerd - moet je wel erg sterk in je schoenen staan om het afscheid niet tot een verenigingsritueel te laten verworden.

Wellicht is het mogelijk om in een anti-rook therapie wat meer bij dit emotionele proces te blijven stilstaan en er inderdaad een afscheids- en rouwritueel van te maken.

Referenties:

- Douglas, M. (1973): Natural symbols. Penguin
Ned. vert: Wereldbeelden. Het Spectrum, Utrecht, 1976.
- Erickson, M.H. (1964): The burden of responsibility in effective therapy. Am. J. of Clin. Hypnosis, 1964, 269-271.
Ook in: J. Haley (ed): Advanced technique of hypnosis and therapy, selected papers of Milton H. Erickson, M.D.
Grune & Stratton, New York, 1967.
- Hart, O. van der (1975): Een alcoholprobleem behandeld met hypnotherapie. T.D.T. 3(1), 5-11.
Ook in: K. van der Velden (ed): Directieve Therapie.
Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977.
- Lange, A. (1975): De zware voorwaarde en enkele beschouwingen over zelfperceptie. T.D.T., 3(3), 32-39.
Ook in: K. van der Velden (ed): Directieve Therapie.
Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977.
- Parkes, C.M. (1972): Bereavement; studies of grief in adult life. Tavistock Publications, Londen. Ook als Pelican Book, 1975.
- Ramsay, R.W. en J.A. Happée (1976): The stress of bereavement and its treatment. in: C.D. Spielberger en I.G. Sarason (eds), Anxiety and Sress (in press).

Kees van der Velden, Onno van der Hart, Richard Van Dijck



1. Inleiding

De cliënt is een Italiaanse gastarbeider, die zeer slecht Nederlands spreekt. Zijn probleem is impotentie. 'U heeft zeker veel respect voor Uw vriendin', zo kan de therapeut dit probleem etiketteren, 'en denkkelijk wilt U met haar kunnen praten voor U het bed met haar deelt.'

Een belangrijk principe van directieve therapie is dat de problemen van de cliënt in een zo gunstig mogelijke context worden geplaatst. Positief etiketteren is de techniek waarin dit principe het meest rechtstreeks tot uitdrukking wordt gebracht. Het bovenstaande voorbeeld vormt hiervan een illustratie.

De positieve benadering van directieve therapeuten is vrijwel tegengesteld aan de zienswijze van de klassieke psychotherapie (vgl. Haley, 1975). Blijkt in analytische therapie dat de cliënt vanuit aanzienlijk beschamender drijfveren handelt dan hij wil toegeven, in directieve therapie blijkt de cliënt over veel edelmoediger motieven te beschikken dan hij en zijn omgeving beseffen.

De belangrijkste inspirator van deze benadering is uiteraard Milton Erickson.

Erickson probeert vanaf het eerste gesprek een positieve sfeer te creëren. Is de cliënt iemand die steeds opnieuw probeert en mislukt, dan zal hij dit niet als moreel masochisme duiden, maar de cliënt feliciteren wegens zijn vasthoudendheid. Is de cliënt een passieve figuur die iedereen over zich heen laat lopen, dan definieert Erickson de cliënt als iemand die in de moeilijkste situaties een groot uithoudingsvermogen toont (zie Haley, 1963; samengevat in Van Dijck, 1974).

In dit artikel formuleren wij de kenmerken van positief etiketteren, de functies ervan, de mentale in-

stelling van de therapeut die deze techniek gebruikt, en - ten slotte - suggesties voor het aanleren van de techniek in opleidings- en supervisie-situaties.

2. Kenmerken van positieve etiketten

Een voorbeeld:

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

De moeilijkheid deed zich \pm eenmaal per maand voor. Ongeveer veertien dagen trachtte hij weerstand te bieden aan de almaar sterker wordende impuls, dan gaf hij er uiteindelijk aan toe, had vervolgens een kater van twee weken, waarna de accu opnieuw werd opgeladen. Hij ontkende dat de act hem sexuele opwinding gaf. Eerder had hij een gevoel van spanning 'dat je ook hebt wanneer je bezig bent een cadeau-tje uit te pakken'. Hij tobde n.a.v. dit gedrag over mogelijke homosexualiteit, voelde zich geen 'echte vent' en had een aantrekkelijke baan laten schieten uit vrees dat men in zijn proefperiode zijn probleem zou ontdekken.

Omdat uit de anamnese duidelijk was geworden dat cliënt's moeder hem als een meisje wilde beschouwen en hem overeenkomstig deze wens had opgevoed, kon de therapeut de klacht als volgt labelen: 'Het gevoel van spanning dat U krijgt wanneer U zichzelf als vrouw verkleedt, duidt erop dat U trots bent dat Uw moeder er niet echt in geslaagd is een meisje van U te maken. U bent voor honderd procent een man, en elke maand opnieuw bewijst U dat.'

Hoewel deze verklaring absoluut niet consistent is met de analytische opvatting, vonden therapeut en cliënt haar buitengewoon plausibel. Het was hierna niet moeilijk meer om een paradoxale opdracht te geven, waarin het zich verkleden met een bepaalde frequentie werd voorgeschreven.

Aan dit voorbeeld kunnen de belangrijkste kenmerken

van positieve etiketten worden geïllustreerd:

- 2.1. De 'zieke' kanten van de cliënt of het cliëntstelsel worden in een gunstig daglicht gesteld, niet de 'gezonde'.

Wanneer de cliënt stottert en tevens goed piano speelt, is het geen positief etiketteren wanneer de therapeut de cliënt complimenteert met zijn fraaie pianospel. Dat is troosten, bagatelliseren of de moed erin houden - bekend uit steunende therapieën -; nuttig soms, of het enig mogelijke, maar geen positief etiketteren.

- 2.2. Het positieve etiket scheidt verwarring en verhoogt daarmee de ontvankelijkheid voor therapie-adviezen.

In het voorbeeld van de technicus bleek het gedrag dat door de cliënt voor vrouwelijk werd gehouden ineens onweerlegbaar mannelijk te zijn. De schok die deze nieuwe interpunctie gaf, maakte het hem mogelijk zijn probleem totaal anders te evalueren en deed hem uitzien naar de volgende suggestie (vgl. Rossi, 1972).

Erickson et al. (1976, p. 107) geven aan dat ook een goede hypnose-inductie vaak op het zaaien van verwarring berust. De verwarring van de cliënt scheidt een 'receptieve attitude' voor volgende directieven.

- 2.3. Het positieve etiket heeft betrekking op een (onbewust) motief dat aan het probleem ten grondslag ligt.

De therapeut construeert een zo waarschijnlijk mogelijk positief motief, waarvan de klachten van de cliënt de nog ietwat ongelukkige uitingsvorm zijn. Deze nieuwe verklaring vervangt de ongunstige betekenis die de cliënt en zijn omgeving zelf aan de klacht of het probleem hadden gehecht.

We kunnen dergelijke verklaringen onder meer aan twee belangrijke bronnen ontleen:

1. persoonlijkheidstheorieën waarbinnen een plaats is voor 'onbewuste behoeften', en algemeen gangbare ideeën over drijfveren van het menselijk gedrag;
2. Wertheims theorie van gezinsregels.

2.3.1. Motieven ontleend aan de persoonlijkheid van de cliënt

Bij de technicus uit par. 2 werd het motief geconstrueerd uit een quasi-analytische interpretatie van de levensloop van de cliënt. De psychoanalyse, eigenlijk alle psychologieën die onbewuste motieven voor 's mensen gedrag formuleren, kunnen een rijke bron van inspiratie zijn bij het zoeken naar positieve etiketten. Maar ook gewone gezond-verstand-ideeën over het menselijk gedrag zijn geschikt.

Een geremde cliënt kan erom geprezen worden dat hij nadenkt voor hij iets zegt. De cliënt die niet zwijgen kan kan gecompimenteerd worden met zijn eerlijkheid. Het meisje dat geplaagd wordt door gruwelijke fantasieën over verongelukkende ouders, kan geprezen worden om haar verantwoordelijkheidsbesef en bezorgdheid. Bij cliënten die over angst klagen kan dit symptoom geduid worden als het gevolg van een overmaat aan energie. Enzovoort.

Een aantal verklaringen zijn klassiek aan het worden, met name die waarbij allerlei ogenschijnlijk aversieve en zelfs agressieve gedragingen als uiting van liefde worden opgevat.

Haley (1969) wijdt een kostelijke paragraaf aan de therapeuten van 'The Great Mother School of Family Therapy', voor wie elk gedrag een teken van (behoefte aan) affectie is.

Van Dijck (1973) plakt hetzelfde etiket op pathologische jaloezie, een verschijnsel dat door de cliënt en diens partner onveranderlijk als 'ziekte' wordt gezien. Is het paar het ermee eens dat de jaloezie als een - misschien nog wat kinderlijke - liefdesbetuiging moet worden opgevat, dan volgt een paradoxaal advies.

Bandler & Grinder (1976) geven het voorbeeld van een vrouw die haar man woedend maakt door de zeurende manier waarop ze hem vraagt thuis te blijven. Ook hier legt de therapeut uit dat dit zeuren een teken is van zorgzaamheid en liefde, en hij nodigt de man uit een keus te maken: of hij wordt kwaad,

zoals hij gewend was te doen, of hij apprecieert dat ze zoveel om hem geeft en vat haar gezeur op als een liefdesverklaring.

Het noemen van 'liefde' als drijfveer van onaangenaam gedrag wordt gemakkelijk een gemeenplaats die weinig overtuigt. Een adequaat positief etiket is evenwel geen confectie maar maatwerk.

Een voorbeeld van zulk maatwerk geeft Rubinstein (1977).

Zij behandelde een precies persoon, aanvankelijk wegens dwangdenken, later wegens zorgen over zijn alcoholgebruik.

Hij is bang dat hij net als zijn vader een alcoholist is. Hij drinkt alleen tijdens de weekends, in gezelschap, en raakt daarbij lichtelijk aangeschoten. Na afloop voelt hij zich enorm schuldig en neemt zich voor met drinken te stoppen, waardoor de spanning stijgt en hij weer gaat dwangdenken.

De therapeute weet dat hij nog sterk aan zijn vader gebonden is, zonder dat hij dat overigens wil toegeven. Vader is elke dag dronken.

Rubinstein houdt dan een verhaal van de volgende strekking:

Hij drinkt, zoals ook zijn vader drinkt. Daarmee symboliseert hij de band met zijn vader, om wie hij ten slotte veel geeft. Maar hij doet het ook anders dan zijn vader: alleen in het weekend, terwijl vader dagelijks drinkt. Daarmee geeft hij aan dat hij ook anders is dan zijn vader; Het feit dat hij in het weekend drinkt wijst erop dat hij in staat is zijn eigen volwassen en gezonde vorm te vinden. Hierop concludeerde de cliënt dat hij er goed aan deed om zijn vertrouwde drinkpatroon te continueren. Dat leek hem bovendien bijzonder prettig.

2.3.2. Motieven ontleend aan de theorie van gezinsregels

Positief etiketteren vraagt weliswaar heel wat creativiteit van de therapeut, maar misschien kunnen bepaalde theoretische noties hem helpen deze creativiteit te stimuleren.

Wie met paren en gezinnen werkt, kan veel hebben aan de theorie van gezinsregels, zoals beschreven door Wertheim (1975). Haar zg. meta-regels zijn voor een gezin wat onbewuste motieven voor een individu zijn.

Gezinsregels zijn georganiseerd in regelnetwerken. Er zijn regels van de eerste orde, van de tweede orde, van de derde orde enz. Anders uitgedrukt: er zijn grondregels, metaregels, meta-metaregels enz.

Grondregels gelden voor concreet gedrag, metaregels gelden voor de grondregels, meta-metaregels voor de metaregels enz.

Wertheim geeft het volgende voorbeeld van een grondregel: 'In ons gezin komt en gaat iedereen wanneer hij daar zin in heeft.' Deze regel zou kunnen duiden op een lage graad van integratie in het gezin, maar tegelijk kan in dit gezin de volgende metaregel bestaan: 'Een gezin moet het zijn leden mogelijk maken zich volledig als individuen te ontplooiën.' Deze metaregel kwalificeert de genoemde grondregel positief.

De therapeut nu kan zijn cliënten op de aanwezigheid van dergelijke positieve metaregels attenderen, wat voor de gezinsleden meestal een verwarrende ervaring is.

Twee voorbeelden:

- In het gezin Vermeulen bestaan ernstige problemen met het oudste kind. Een van de kenmerken van dit gezin is dat vader en moeder vrijwel volslagen tegenovergestelde mensen zijn. Vader werkt buiten de deur en is alleen in het weekend thuis. Moeder vindt hem een egoïst, die haar voor de gezinsproblemen laat opdraaien. De man zelf geeft aan dat hij het echt niet langer dan twee dagen per week thuis uithoudt. Dit is de grondregel in dit gezin. De therapeut introduceert de volgende metaregel. Hij merkt op dat vader in feite een belangrijke bijdrage aan het voortbestaan van het gezin levert. Wanneer hij thuis is functioneert hij goed, maar wanneer hij nog meer thuis zou zijn zouden de spanningen in het gezin nog veel te hoog oplopen.

De klemtoon ligt nu niet langer op vaders gebrek, maar op de constructieve bijdrage die hij levert. Vader geeft nu aan dat het gezin inderdaad 'uit elkaar zou ploffen' wanneer hij nu al vaker thuis zou zijn.

- Het gezin Wielaard bestaat uit ouders, twee dochters en een zoon. De zoon vindt dat hij niets met de problemen van zijn zus Marie - de aangemelde patiënt - te maken heeft en komt dus niet mee. Marie is 20 jaar. Ze is wegens bizar gedrag na druggebruik in een inrichting opgenomen geweest. Moeder en Marie zijn sterk op elkaar betrokken; de kloof tussen de ouders is aanzienlijk. Marie wordt als het probleem gepresenteerd. Tijdens de eerste zitting zegt de therapeut tegen Marie: 'Weet je, doordat je veel problemen hebt waarover je ouders en je zus zich zorgen maken, help je jullie gezin in feite. Je helpt je ouders door hun iets te geven waar ze allebei bij betrokken zijn en waarover ze samen kunnen praten (...).' Moeder: 'Ja, dat heb ik vanmorgen nog gezegd... je vader en ik zijn pas naar aanleiding van jouw problemen met elkaar gaan praten (...).' Vader knikt. Marie weet niet hoe ze het heeft. Ze is in de war en gestreeld.

Even later merkt moeder op: 'In de gezinstherapie in de inrichting zeiden ze ons dat we ons niet met Marie moesten bemoeien en we mochten geen contact meer met haar opnemen. Ze moest volwassen en zelfstandig worden. Ze wilden ons uit elkaar trekken. Maar na vier keer had ik het wel gezien en zijn we ermee gestopt.'

(...)

Therapeut: 'Je broer mag je ook wel dankbaar zijn, Marie. Doordat je ouders, je zuster en jij zo bij elkaar betrokken zijn, kan hij zijn eigen gang gaan. In feite knap jij een karwei voor hem op.'

3. Functies van positief etiketteren

De therapeut die te pas en te onpas positieve etiketten op alle mogelijke gedragingen plakt, overtuigt niet erg. Hij geeft zijn cliënten niet de

indruk dat het hun gedrag is dat hem tot zijn positieve duidingen brengt, maar dat dit zijn eigen zonnige en ongecompliceerde levensvisie is. Het is de bedoeling dat op het positief etiketteren een bepaald, door de therapeut nagestreefd, effect volgt. Daarom worden hieronder een aantal (elkaar deels overlappende) functies van positief etiketteren opgesomd.

3.1. De band tussen cliënt en therapeut versterken.

Willen ze samen effectief aan de oplossing van problemen werken, dan is het nodig dat therapeut en cliënt(en) een systeem vormen.

Minuchin (1973) noemt 'coupling manoeuvres' en 'invoegen' als middelen waarmee dit samengaan bereikt kan worden. Het positief etiketteren van gedrag dat de cliënt in het eerste gesprek toont kan tot deze middelen gerekend worden. De therapeut maakt zo de indruk iemand te zijn die het beste met de cliënt voor heeft.

Een voorbeeld biedt de cliënt die zijn scepsis uit over het nut van de therapie. In plaats van deze cliënt als te weinig gemotiveerd de laan uit te sturen, of hem therapie op te dringen, kan de therapeut hem prijzen om zijn kritisch vermogen, dat goed van pas kan komen om de behandeling te doen slagen.

Rubinstein (1974) geeft het voorbeeld van een crisisinterventie, waarbij het belangrijk was een goed contact te krijgen met de vader van een weggelopen 16-jarig meisje (dat intussen in het crisiscentrum was terechtgekomen). Het meisje had de therapeute verteld dat haar vader erg autoritair was en geen tegenspraak dulde. Vanuit het crisiscentrum werd een gezinsgesprek voorgesteld, dat in een gespannen sfeer begon. Toen richtte de therapeute zich tot de vader met de volgende woorden: 'U lijkt mij iemand die meestal een uitgesproken mening heeft en daar ook duidelijk voor uit komt. Dat vind ik erg goed, want daardoor weet men waar men met U aan toe is. Ik vind het ook goed omdat ik zelf net zo ben.' De vader moest lachen en zei:

'Maar U kan het heel vriendelijk en met een glimlach brengen, hè?' Hierdoor was het ijs tussen beiden gebroken en kon constructief aan de oplossing van het gezinsprobleem gewerkt worden.

3.2. Aansluiten bij homeostatische tendenties bij de cliënt(en) en het ombuigen daarvan.

Palazzoli (1974; Palazzoli et al., 1974) stelt deze functie op de voorgrond.

Een gezin dat in therapie komt, bevindt zich meestal in een crisis, 'frightened by the possible loss of homeostasis and therefore anxious to maintain it at all cost. If we were to tell them explicitly that they must change, it would make them enter a virtually monolithic coalition in order to ward us off. To be accepted into the family system, it is necessary for us to approve their behavior, no matter what it is directed at a more than understandable goal: the cohesion of the family. (...) Through the positive connotation we implicitly declare ourselves as allies of the family: striving for homeostasis, and we do this at the moment that the family feels it is most threatened. By thus strengthening the homeostatic tendency, we gain influence over the ability to change that is inherent in every living system' (Palazzoli et al., 1974, p. 441).

In haar behandelingen van gezinnen met een anorectische dochter, past Palazzoli dit principe consequent toe. Zij begint het gedrag van de dochter positief te etiketteren - 'ze is zo gevoelig en gul dat ze er niets aan kan doen dat ze zich voor het gezin opoffert' - en vervolgens doet ze hetzelfde met het gedrag van de andere gezinsleden, die immers óók proberen de eenheid en stabiliteit van het gezin te bewaren. (Palazzoli, 1974).

Dit aansluiten bij homeostatische tendenties heeft een dubbele bodem, want de bedoeling van deze bevestiging is juist dat er verandering plaatsvindt. Vandaar de volgende functie:

3.3. Motiveren tot het uitvoeren van een (paradoxale) opdracht.

Positief etiketteren is meestal geen therapie- maar een motiveringstechniek. De vergroting van het zelfrespect leidt ertoe dat de cliënt beter gemotiveerd is om een bepaalde opdracht uit te voeren. Wanneer het symptoom of probleem geduid is als een misschien wat onhandige maar in principe toch constructieve poging tot probleem-oplossen, ligt het voor de hand dat de therapeut de cliënt stimuleert dit symptoom of probleem te continueren. Bij de technicus uit par. 2 resulteerde de positieve duiding van de verkleed-neiging dan ook in een paradoxale opdracht.

Bij paren die ruziemaken kan de therapeut bijv. opmerken: 'Met dat ruziemaken geeft U aan dat U sterk op elkaar betrokken bent. Zou dat niet het geval zijn, dan zou U elkaar links laten liggen.' Vaak kijkt een paar hier wel even van op en komt in een meer hoopvolle stemming. Dan vervolgt de therapeut: 'Het is van belang dat U deze betrokkenheid aan elkaar blijft duidelijk maken. Voorlopig moet dat nog in de vorm van ruziemaken - misschien doet zich later nog een andere mogelijkheid voor -, en daarom stel ik voor dat U deze manier om van Uw genegenheid jegens elkaar te doen blijken niet tracht te bedwingen. Geef er daarentegen aan toe, bijv. door een halfuur per dag stevig ruzie met elkaar te maken.'

4. De mentale instelling van de therapeut

Wie studenten of collega's op de hoogte brengt van de techniek van het positief etiketteren, loopt de kans dat hij ervan beschuldigd wordt zijn cliënten om de tuin te leiden.

Dit verwijt is niet alleen ongerechtvaardigd, maar ook bevat het een kern van waarheid.

De waarde-oordelen die 'realistisch' (?) of negatief etiketterende therapeuten over hun cliënten uitspreken zijn niet meer of minder waar dan de positieve etiketten waarvan de directieve therapeut zich bedient. Er is geen reden om aan te nemen

dat de uitspraak 'Jan is te zeer aan zijn moeder gebonden' meer juist is dan 'Jan helpt zijn moeder door een moeilijke levensfase heen'.

De techniek van het positief etiketteren past in een positieve kijk op de verschijnselen die mensen ertoe brengen een therapeut te raadplegen.

'De aanwezigheid van symptomen is een teken dat de cliënt zich wenst in te zetten voor een verandering van zijn situatie, maar hij richt deze krachtsinspanning niet juist' (Erickson, 1973).

Deze zienswijze is overigens niet alleen bij directe therapeuten in zwang, maar wordt ook door Rogerianen, antipsychiaters, radicale therapeuten e.d. aangehangen.

Daarnaast kan positief etiketteren ook gezien worden als een metacomplementaire manoeuvre, waarbij de therapeut aanmoedigt wat hij geacht wordt te bestrijden (Haley, 1963).

Veel positieve etiketten hebben een paradoxaal karakter: wanneer het positief geëtiketteerde gedrag blijft bestaan is het goed - het was immers positief -, en wanneer het verdwijnt is het ook prima, want dat was het doel van de therapie.

De therapeut die zijn positieve etiketten op deze wijze hanteert, hoeft uiteraard niet steeds een even congruente positieve waardering voor het probleemgedrag van de cliënt te hebben.

5. Training in de vaardigheid

In de opleiding tot therapeut moet de student perceptuele, conceptuele en uitvoerende vaardigheden leren (Cleghorn & Levin, 1973).

Bij positief etiketteren moet de (aspirant-)therapeut leren ogenschijnlijk negatief gedrag in een gunstig daglicht te zien, dit optimistisch perspectief onder woorden te brengen om het vervolgens op de juiste wijze aan de man te brengen.

Een eenvoudige manier om in een groep deze vaardigheden te oefenen is het maken van een ronde. Eén groepslid vertelt een (verzonnen of werkelijk bestaand) probleem (dat kan een symptoom zijn, maar

ook een destructieve opmerking van een cliënt naar zijn partner bijv.). Zijn buurman/vrouw moet daarop met een positief etiket reageren. Lukt dit niet voldoende, dan komt de volgende aan bod, net zo lang tot degenen die het probleem presenteerde op een bevredigende wijze is 'omgeturnd'. Ook zijn reacties op minder geslaagde pogingen leveren uiteraard belangrijke informatie op.

Eenmaal oefenen is vanzelfsprekend niet voldoende. Leden van een trainings- of supervisiegroep doen er goed aan een aantal bijeenkomsten met een dergelijke ronde te beginnen.

In een variant op bovengenoemde oefening presenteert één van de groepsleden een probleem, waarna de anderen hun positieve etiketten noteren. Aansluitend vindt een bespreking van de verschillende mogelijkheden plaats. Dezelfde procedure kan gevolgd worden bij geselecteerde uitspraken van cliënten, die via de (audio- of video-)band ten gehore worden gebracht. Het in een groep oefenen van de uitvoerende vaardigheid, d.w.z. de manier waarop het etiket het best gepresenteerd kan worden, kan met modeling beginnen. De trainer of supervisor doet het in een simulatiespel voor en de deelnemers doen hem na. Uiteraard kunnen ook bandopnamen van goede interventies beluisterd worden en vervolgens nagespeeld.

Een dergelijke oefening heeft misschien een kunstmatig karakter, maar het op de juiste wijze aan de man brengen van het positieve label is zo belangrijk dat een basistraining noodzakelijk lijkt.

Ten slotte kan een oefening in tweetalen genoemd worden. De groep splitst zich op in tweetalen. Ieder maakt een lijstje met drie negatieve en drie positieve eigenschappen. Aan zijn partner vertelt hij eerst een positieve eigenschap, die hij vervolgens zelf negatief moet etiketteren. Daarna doet hij het omgekeerde met een negatieve eigenschap van zichzelf. Enz. Dan moeten beiden de positieve en negatieve eigenschappen van de partner heretiketteren. Het doel van dit in beide rich-

tingen etiketteren is dat de rigiditeit van de perceptie van de deelnemers doorbroken wordt. Overigens leert deze oefening dat het vaak gemakkelijker is het gedrag van de ander positief te benaderen dan het eigen gedrag.

6. Slotopmerkingen

- 6.1. Sommige cliënten houden niet van positieve etiketten. Zij hechten eraan dat de therapeut iets naars over hen weet te melden, bijv. dat zij hun man- of vrouw-zijn niet kunnen accepteren, of, in meer modern opgezette therapieën, dat zij rondweg 'klootzak' genoemd worden.

Deze cliënten zijn zelf vaak wat welgestelder - men vindt hen o.m. bij de 'nieuwe vrijgestelden' - en het zou kunnen zijn dat het tekort aan tegenvallers in het dagelijks leven bij hen in een soort straf-behoefte resulteert, de behoefte om eens goed uitgescholden te worden.

Vanzelfsprekend moet deze mensen deze behoefte gegund worden. Het is alleen de vraag of het efficiënt is dat zij hiervoor het spreekuur van een directief therapeut frequenteren. Er zijn immers genoeg anders georiënteerde therapeuten die graag bereid zijn deze cliënten danig met hun tekorten te confronteren? (Lees bijv. Donkers, 1976.)

- 6.2. Niet alle problemen kunnen worden opgelost. In het bovenstaande werd het positief etiketteren vooral als motiveringstechniek beschouwd, als introductie van een therapeutische opdracht. Soms moet de therapie achterwege blijven, en dient het nieuwe etiket om een bestaande toestand meer aanvaardbaar te maken.

Een voorbeeld hiervan geeft Tenwolde (1976). Hij kreeg een man met een K.Z.-syndroom te behandelen. Deze cliënt, die als enige van zijn familie de oorlog had overleefd, klaagde vanaf de bevrijding over ondraaglijke pijn in de borst. Hij was hiervoor reeds enige malen zonder succes psychotherapeutisch

behandeld, uiteraard nadat een mogelijke somatische basis voor deze klacht was uitgesloten. Het was Tenwolde opgevallen dat zowel de echtgenote als de beide kinderen van deze cliënt een voortreffelijke ontwikkeling hadden doorgemaakt, en dat die voor een groot deel te danken was aan het gedrag van de cliënt, die thuis nooit klaagde maar er met grappen en hard werken de moed in hield.

Tenwolde etiketteerde de klacht als volgt: 'Meneer ..., de verschrikkelijke gebeurtenissen die U heeft meegemaakt geven U veel verdriet en spanning. U zou deze gevoelens natuurlijk op Uw vrouw en op Uw kinderen hebben kunnen uitleven - dat zou heel begrijpelijk zijn geweest. U heeft dit echter niet gedaan, en alle verdriet en spanning heeft U omgezet in pijn in de borst. Op deze wijze heeft U gemaakt dat Uw gezin zich zo goed heeft kunnen ontwikkelen en daar heb ik grote bewondering voor.'

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

Referenties

- Bandler, R. & J.Grinder (1976): The Structure of Magic II. Science and Behavior Books, Palo Alto, California
- Cleghorn, J.M. & S.Levin (1973): Training Family Therapists By Setting Learning Objectives. Am.J.Orthopsychiatry, 43 (3), 439 - 446
- Donkers, J. (1976): E.S.T. Avenu, oktobernummer, 38 - 44
- Dijck, R.Van (1973): Therapietechniek. TDT 1 (3), 4
- Dijck, R.Van (1974): De toepassing van de communicatietheorie en de systeemtheorie in de psychiatrie. Deel II. Tijdschrift voor psychiatrie, 16 (1), 18 - 35
- Dijck, R.Van & K.Hoogduin (1977): Ruziemakende paren. In: K.van der Velden (red.): Directieve therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer
- Erickson, M.H. (1973): Psychotherapy Achieved By A Reversal Of The Enuretic Process In A Case Of Ejaculatio Praecox. Am.J.Clin.Hypnosis, 15 (4), 217--223

- Erickson, M.H., E.L.Rossi & S.I.Rossi (1976): Hypnotic Realities. Irvington, New York
- Haley, J. (1963): Strategies of Psychotherapy. Grune & Stratton, New York
- Haley, J. (1969): Whither Family Therapy? In: The Power Tactics of Jesus Christ. Avon Books, New York
- Haley, J. (1975): Buitengewone therapie. De Toorts, Haarlem
- Minuchin, S. (1973): Gezinstherapie. Het Spectrum, Utrecht
- Palazzoli, M.S. (1974): Self Starvation. Chaucer. Human Context Books, London
- Palazzoli, M.S., L.Boscolo, G.F.Cecchin, G.Prata (1974): The Treatment of Children through Brief Treatment of their Parents. Family Process, 13 (4), 429 - 442
- Rossi, E.L. (1972): Dreams and the Growth of Personality. Pergamon Press, New York
- Rubinstein, T. (1974): Pers. mededeling
- Rubinstein, T. (1977): Pers. mededeling
- Tenwolde, A. (1976): Pers. mededeling
- Wertheim, E.S. (1975): The Science and Typology of Family Systems (II). Further Theoretical and Practical Considerations. Family Process 14 (3), 285 - 310
-

HET BEEINDIGEN VAN EEN SLAAPMIDDELENMISBRUIK MET BEHULP VAN EEN
AFSCHEIDSRITUEEL ZONDER HULP VAN EEN DIRECTIEVE THERAPEUT

Kees Hoogduin

1977

Henk, een bekende televisie- en radiopersoonlijkheid, was in ernstige problemen geraakt. Zijn huwelijk liep spaak, er werd een scheiding uitgesproken, er waren financiële zorgen door een te lux huis en verminderde inkomsten.

Door deze gebeurtenissen was hij zich in toenemende mate minder wel gaan voelen. Hij klaagde over hoofdpijn, rugpijn, pijn in de maag, het doormalen van allerlei gedachten en over een ernstige slaapstoornis. Na Mogadon werden Seconal en Tuinal gebruikt in steeds hogere dosering. Hoewel in aanvang enige slaap met behulp van deze medicamenten bewerkstelligd werd, namen de klachten met betrekking tot de "hang-over" toe. Hij deed zijn vrij inspannende televisie- en radiowerk tenslotte in een omnevelde toestand.

De huisarts die de medicijnen verstrekke, aarzelde steeds meer in het voorschrijven van de barbituraten.

Nadat Henk een expert op het gebied van verslavingen geïnterviewed had, besloot hij dat er een eind moest komen aan de afhankelijkheid aan de slaapmiddelen zonder dat hij zich kon voorstellen hoe dit te realiseren.

Op een nacht werd hij opnieuw om 2.00 uur wakker ondanks Tuinalgebruik. Hij nam niet zoals gewoonlijk een tweede dosis, maar besloot dat het nu welletjes was.

Hij deed zijn kamerjas aan over zijn pyama en liep met zijn hele voorraad slaapmiddelen in de zak naar de met gras begroeide oevers van een van Dordrechts mooiste singels. Onder het prevelen van vloeken en verwensingen strooide hij de verschillende medicamenten in het water. Hierna sprak hij zachtjes een aantal voornemens uit en verklaarde zich bereid de eerste weken slecht en moeilijk te slapen.

Na dit "afscheidsritueel" liep hij terug naar huis. Hij bracht de nacht verder wakend door en ook de volgende nacht kwam er van slapen weinig terecht.



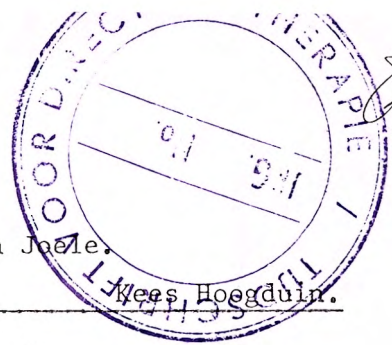
Drie weken later slaapt hij 6 - 10 uur per nacht en heeft geen slaapmiddelen meer gebruikt.

De mist is opgetrokken. Hij heeft nieuwe contacten gelegd en ziet de toekomst weer positief in. Het hoofdstuk van de barbituraten heeft hij op bevredigende wijze afgesloten.

Referentie:

Zon, H. v.d. (1977): Persoonlijke mededeling

Enige opmerking bij "Kort van memorie" van Leen Joele.



1. Leen Joele (1976) stelt terecht dat gedragsafwijkingen ontstaan op basis van hersenbeschadigingen moeilijk te behandelen zijn. Hij laat deze opmerkingen direkt volgen door: "Bij oligofrenen zijn goede resultaten beschreven met gedragstherapeutische technieken." Hierbij wordt uit het oog verloren dat de oorzaak van de zwakzinnigheid ook zeer vaak een hersenbeschadiging is (Van Gelderen et al, 1969). Orlemans (1971) stelt nadrukkelijk dat zwakzinnigen met duidelijke aanwijzingen voor hersenbeschadiging ook moeilijk met gedragstherapie te behandelen zijn.

Wanneer Leen stelt dat de behandeling van zwakzinnigen als enige doelstelling heeft hen te leren zich aan te passen aan het verzorgingsinstituut, gaat hij zich te buiten aan een grove generalisatie:

- slechts een gedeelte van de groep zwakzinnigen verblijft in instituten (ook zwakzinnigen thuis vertonen gedragsproblemen).
- slechts een gedeelte van de behandeling richt zich op ongewenste gedragingen. Het vergroten van de zelfredzaamheid, het bevorderen van meer zelfstandig uitgevoerde activiteiten maken een belangrijk deel uit van een behandelplan.

Voor de behandeling van ongewenste gedragingen bestaan in veel instituten slechts twee indikaties namelijk:


het te behandelen gedrag is vervelend voor betrokkene zelf (huilbuien, automutilatie) of is gevaarlijk voor de omgeving (agressief gedrag).

- bovendien nodigt deze generalisatie uit tot een volgende: waarom normaal intelligente mensen behandelen: aanpassen aan omgeving etc.?

85

2. De vondst met de kaarten vind ik prima. Waarschijnlijk is dit ook voor gezinssystemen bruikbaar. De niet beschreven verkooptechniek kan zijn: ieder neemt op een bijeenkomst - een avond - gemiddeld 5 tot 10 keer het woord, we zullen voor jou een aantal kaarten maken, zodat je je inbreng goed kunt verdelen over de avond, etc.

3. De opmerking van de schrijver "nieuwste aanwinsten in zijn masturbatie-bibliotheek; de beperkte therapeutische doelstelling: Arend moet afwachtender worden omdat "zijn gedrag tegenover vrouwen seksueel contact zou verhinderen"; en de opmerking van zijn vader: "op Bloemendaal zorgen ze wel dat je een vrouw krijgt", lijken in tegenspraak met het bij het onderzoek gevonden relevante gegeven "onvermogen tot erectie onder alle omstandigheden". Gaarne vernam ik onder welke omstandigheden Leen geprobeerd heeft om klient tot een erectie te verleiden.
Natuurlijk heeft er een grondig onderzoek plaats gevonden en is er een uitvoerige sexuele anamnese afgenomen. Toch dient men voorzichtig te zijn met het aannemen van een somatische oorzaak voor impotentie zolang men daar geen "hard facts" voor heeft gevonden. Ook in dit geval is het niet uitgesloten dat het ongeval, de opname en het zich veel minder weten en voelen na dit alles te maken heeft met zijn impotentie.
Ter illustratie het volgende voorbeeld:
Een dertig jarige vrachtwagenchauffeur geraakte bij een botsing in brand. Hij was ernstig verbrand, van de knieën tot aan de nek, terwijl merkwaardigerwijs de huid van de genitaalstreek gespaard was gebleven. Na negen maanden ziekenhuis kwam hij bij zijn vrouw terug. Hij was bedekt met littekens. Lichamelijk ging het wel goed met hem, hij durfde echter niet meer te zwemmen (gekleed in een zwembroek) en was impotent. In dit geval kon niet aan een lichamelijke oorzaak gedacht worden (zijn genitaalstreek was immers gespaard gebleven). Er werd een reguliere behandeling volgens Masters & Johnson gestart.
De vraag die rest is, hoe grondig werd Arend behandeld voor zijn impotentie alvorens de somatische oorzaak voor de klachten aanvaard werd, of wat waren de "hard facts" die een dergelijke behandeling overbodig maakten. De grote belangstelling van Arend voor pornografie blijft tot nadenken stemmen.



Mijn ervaring met de behandeling van cliënten met potentiële stoornissen is zeer beperkt. Bij de twee behandelingen (van de vier) die zonder succes verliepen, vertelden ze beide keren aan het einde van de behandeling - in een gesprek zonder aanwezigheid van de partner - dat ze weliswaar impotent bij de vrouw waren, maar dat het masturberen - weliswaar minder goed dan vroeger - nog ging en zonder verder medeweten van de echtgenote enthousiast beoefend werd.

4. De frase: "Kruising tussen het monster van Frankenstein en Quasimodo" lijkt me overbodig. Er wordt geen nieuwe informatie door verstrekt en de opmerking is onnodig kwetsend. Bovendien weet ik echt niet wat ik me bij dit Quasimodo-beeld moet voorstellen. Ik denk dat er verschil bestaat tussen het slaken van een verzuchting na een moeilijke therapiezitting en een artikel wat verschijnt in het T.D.T. Wanneer een dergelijke verzuchting in je artikel verzeild raakt doet ze afbreuk aan de kwaliteit van je verhaal.

Referenties:

- Gelderen, M.H. van, N. Speyer en A. Staal: (1969) Zwakzinnige kinderen. Stafleu, Leiden.
- Joele, I. (1976): Kort van memorie, T.D.T. 4, 2, 44.
- Orlemans, J.W.G. (1971): Gedragstherapie bij oligofrenen, Tijdschr. v. Zwakzinnigheid en Zwakzinnigenzorg, 8, 3, 145-167.

Reaktie op Reaktie.



Leen Joele.

1. Inleiding.

Een reaktie op een artikel is leuk. Het betekent in ieder geval dat iemand heeft nagedacht over wat je wou zeggen. Ik ben dan ook blij met de opmerkingen van Kees Hoogduin op mijn bijdrage tot het T.D.T. "kort van Memorie" (Joele 1976). Deze "reaktie op een reaktie" zou echter niet geschreven zijn, wanneer ik het in alle opzichten met Kees eens was. Bij mijn opmerkingen volg ik de puntsgewijze indeling van Kees (Hoogduin 1977).

2. Reaktie op reakties.

2.1. ad. 1. Ik heb me waarschijnlijk te kort of onduidelijk uitgedrukt. Ik ben het uiteraard met Kees eens dat oligophrenie dikwijls het gevolg is van hersenbeschadiging; dat is impliciet in mijn formulering: ik heb het over specifiekere (komparatief) hersenletsels, dan die welke als oorzaak voor oligophrenie aangemerkt kunnen worden. Er bestaat geen specifieke oorzaak voor oligophrenie. "Oligophrenie" is de benaming van een toestand, waarbij een ernstige en diffuse hersenbeschadiging geleid heeft tot een meetbare abnormaliteit van de intellektuele vermogens. Ik zie "oligophrenie" zeker niet als een benaming van "een gedragsafwijking ontstaan op basis van hersenbeschadiging". Oligophrenie in strikte zin is niet te behandelen; behandelbaar zijn soms gedragsafwijkingen, of ze voorkomen bij oligophrenen of normaal begaafden, of de cliënten thuis verblijven of in instituten.

2.2. Ten aanzien van de kritiek op de behandeling van de gehospitaliseerde oligophreen het volgende:

2.2.1. Uiteraard is bestrijding van ongewenst gedrag niet het enige behandelingsdoel, bij welke cliënt dan ook.

De zelfredzaamheid kan evenwel dikwijls pas bevorderd worden wanneer al te destructief gedrag bestreden is.

2.2.2. Voor oligophrenen in behandelingsinstituten geldt dikwijls dat het instituut hun laatste toevluchtsoord is; alleen daar worden zij nog geaccepteerd. De mogelijkheid van de oligophrene cliënt om de omgeving te kiezen waarin hij wil leven en/of behandeld worden is aanzienlijk beperkter dan die van de normaal begaafde. Dit feit heeft gevolgen voor de therapeutische mogelijkheden. Eenzelfde probleem geldt voor de tegen zijn wil opgenomen cliënt. Therapie of verzorging bij niet of onvolledig gemotiveerde cliënten is altijd lastig, maar daarom soms niet minder nodig. De maatschappij is minder tolerant ten aanzien van deviant gedrag dan de gemiddelde therapeut.

"Aanpassing aan het instituut" is voor vele oligophrenen een voorwaarde tot overleven.

Trouwens, welke andere indicaties om iemand te behandelen dan de overweging dat de cliënt zelf of zijn omgeving zijn gedrag vervelend vinden, zijn er eigenlijk?

2.3. ad 3. Kees mist hier de essentie van wat ik wou zeggen:

Arend moest afwachtender worden, omdat zijn gedrag niet alleen seksueel contact, doch ieder contact belemmerde.

Voor wat betreft de seksuele anamnese: Arend had een impotentia erigendi: bij probeerde dikwijls te masturberen, kreeg een enkele maal een (geringe) ejaculatie, doch

nooit een erectie. Hij ondernam vele pogingen om dit te verbeteren. Vele gespecialiseerde sekstherapeuten zijn beduidend rijker geworden door Arend in behandeling te nemen. Zijn vader financierde elke poging. Naast het contact met therapeuten had Arend veelvuldig relaties met goedkope en dure prostituees, alles zonder enig resultaat ten aanzien van het vermogen tot erectie. Belangrijk lijkt mij dat Arend seksueel volwassen was ten tijde van zijn ongeluk. Het is bekend dat de interesse in seksuele aangelegenheden blijft bestaan, zelfs bij eunuchen, wanneer ze gekastreerd worden na het bereiken van de geslachtsrijpe leeftijd. Arends wat overtrokken belangstelling voor pornografie ontstond na het ongeluk en moet mijns inziens beschouwd worden als een ritueel ter compensatie van datgene wat voor hem onmogelijk was; hij probeerde zijn mannelijkheid te bevestigen in weerwil van de "hard facts" van zijn impotentie.

Kees onderschat de ernst van het neurologische beeld dat Arend vertoonde. Impotentia erigendi na een cerebraal trauma is vele malen beschreven (o.a. Thiry et al; 1954). Ik ben het wel met Kees eens dat moeilijk is te schatten in hoeverre de levensomstandigheden van Arend na het ongeluk mede van invloed zijn geweest. Het mislukken van meerdere seks-therapeutische pogingen "stemt evenwel meer tot nadenken" dan Arends belangstelling voor pornografie.

2.4. ad 4. Quasimodo en het monster van Frankenstein zijn vrijwel tot archetypes geworden. Ik kan me niet voorstellen dat Kees deze befaamde personages niet kent; het Quasimodo beeld ken ik ook niet, maar ik heb deze samentrekking dan ook niet verzonnen.

Quasimodo staat voor onhandigheid en falen, goede wil ten spijt.

Het monster van Frankenstein vertoont typisch de ongekoördineerde, robotachtige motoriek van Arends bewegingspatroon.

Het was zeker niet mijn bedoeling om te kwetsen; de termen waarmee Arend zichzelf beschreef zijn tijdens de therapie voortdurend aanleiding geweest om hem te brengen tot positievere formuleringen over zichzelf. Mede om dit doel te bereiken was het nodig om een gebied, waarop hij, naar mijn eerlijke overtuiging, alleen maar kon falen, af te sluiten (namelijk het zo door hem gewenste zogenaamde "normale" seksuele kontakt).

Ik heb niet vermeld (en ik realiseer me dat dat mede oorzaak van misverstanden kan zijn) dat Arend veel genoeg beleefde aan de kontakten die hij, ondanks zijn handicap, had. Dikwijls vertelde hij in de groep, triomfantelijk, toch met een vrouw het bed te hebben gedeeld. Hij genoot van het feit dat er "iets" gebeurde, van het avontuurlijke, van de situaties waarin hij ondanks, en soms dankzij, zijn handicap verzeilde. Aan assertiviteit ontbrak het hem niet, dus er "gebeurde" nogal eens wat.

2.5. "Ik denk dat er verschil bestaat tussen het slaken van een verzuchting na een moeilijke therapiezitting en een artikel dat verschijnt in het T.D.T." Dat denk ik ook wel; ik ben echter ook van mening dat de meeste artikelen in het T.D.T. ontstaan naar aanleiding van therapie (zittingen), moeilijk of makkelijk, succesvol of mislukt.

De verschillende soorten "verzuchting" waartoe het omgaan met mensen noopt, vormen mijns inziens de belangrijkste inspiratiebron van therapeutische creativiteit. Het alternatief is de houding van een gladde tekkel die, snuffelend aan de klassieke nosologieën, behendig leert etiketteren. Waar vooral zenuwartsen en psychiaters in deze therapeutische valkuil (van Dijk, 1976) belanden, probeer ik ervoor te waken.

Ik verzucht graag. Van Dijk (1976) vraagt zich af (misschien parafraseer ik te veel) of de oorzaak van een verandering bij cliënten altijd volledig gezocht moet worden in de strategieën die de therapeut hanteert. Misschien zijn er andere factoren werkzaam.

Is het niet een van de bestaansredenen van het T.D.T. dat we proberen achter deze factoren te komen? Een al te gladde vormgeving van onze ervaringen als therapeut wekt de indruk dat ook directe therapeuten een reduktionistisch standpunt innemen. Er is angstig weinig verschil (Koenegracht 1976) tussen een ouderwets psychiater die alles terugvoert tot "het proces" en een therapeut die alles "interaktie", "geleerd gedrag" of "kommunikatie" vindt.

Direktieve therapeuten proberen pragmatisch in hun aanpak te zijn (van der Velden, 1977); dat impliceert het aanvaarden van gegevens. Een gegevenheid is dat een therapeut dikwijls pas na meerdere kontakten met zijn cliënt een idee krijgt van wat er aan de hand is, en wat aan het probleem misschien te doen is.

Er wordt mij nogal eens verweten dat ik in mijn verhalen te anekdotisch, te journalistiek ben. Voor het grootste gedeelte ben ik het met deze kritiek eens. Anderzijds kan ik me niet voorstellen dat moeilijke therapieën altijd zo volgens de agenda van de therapeut verlopen als in sommige artikelen in het T.D.T. impliciet gesuggereerd wordt.

De onzekerheden van de therapeut zijn een gegevenheid; bovendien prikkelen ze hem tot nadenken; daarom mogen ze niet verzwegen worden. "Verzuchtingen" dragen kortom bij tot de geloofwaardigheid van onze produkten. Verzwijgen van deze verzuchtingen leidt ertoe dat we een triomfalistische indruk maken, en dat is in tegenspraak met wat we willen beweren.

Literatuur.

- van Dijk, R.; 1976; Nagekomen bericht; een rustiger gezin.
T.D.T. 4; 2.
- van Dijk, R.; 1975; Valkuilen voor direktieve therapeuten;
T.D.T. 2 ; 9 en 10.
- Hoogduin, C.A.L.; 1977; Enige opmerkingen bij "Kort van Memorie"
van Leen Joele; te verschijnen in T.D.T. 4 , 3.
- Joele, L.J.; 1976; Kort van Memorie; T.D.T. 4 ; 2.
- Koenegracht, F.H.; 1977; Enige aspecten van direktieve therapie;
scriptie Bloemendaal.
- Thiry, S.; Tinent, M.; Wouters, J.; Watillon, M.; 1954;
Etude clinique, électroencephalographique,
ophthalmologique, oto-rino-laryngonogique et
radiologique de 400 malades présentant un syndrome
subjectif des traumatisés du crâne; Acta chirurgica
belgica; 53: 517 - 543; 598 - 633.
- van der Velden, K.; et all; 1977; Direktieve therapie; te verschijnen
bij van Loghem Slaterus.

Van de Hoofdredactie

Het is misschien geoorloofd de interessante discussie tussen Hoogduin en Joele op deze plaats even te onderbreken.

Immers, hoe belangrijk de theoretische aspecten van Joele's behandeling ook zijn, fundamenteler is de vraag hoe het nu concreet met zijn patiënt gaat.

Op de volgende pagina zien wij de patiënt een halfjaar na het beëindigen van de behandeling. Opmerkelijk is dat Joele's zo laakbare omschrijving van 's mans fysionomie toch zeer ter zake genoemd moet worden. Bovendien stemt het tot voldoening dat de patiënt erin geslaagd is een evenwichtige heterosexuele relatie op te bouwen.

Alle reden dus om de behandeling van patiënten met een zg. 'partieel Korsakow-syndroom' in het vervolg met vertrouwen tegemoet te zien.





CHÉRI,
J'ENTENDS
DU BRUIT,
J'AI PEUR!

RÔÔÔ
VV



T'INQUIETE PAS,
J'SUIS LÀ !...

Correspondentie: de briefwisseling Lange - Tas

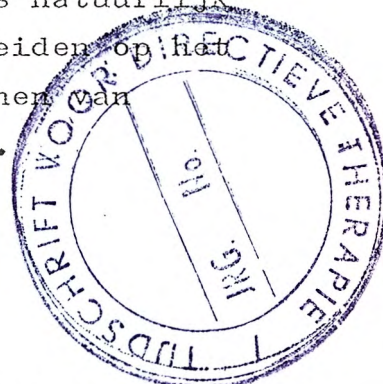
Deze nieuwe rubriek is bedoeld voor brieven die op een of andere manier van belang zijn voor de directieve therapie en zijn vertegenwoordigers.

We beginnen met de correspondentie tussen onze redacteur Alfred Lange en de Amsterdamse zenuwarts Tas.

Aanleiding voor het schrijven van deze brieven was de publicatie van Lange's 'Judo oftewel het niet trekken aan cliënten' in het Tijdschrift voor Psychotherapie. Tas' eerste brief (van 30 september 1976) is een commentaar op dit artikel. Hierop volgde een gesprek tussen Lange en Tas, ten huize van de laatste, waarbij ook de politicoloog A.de Swaan aanwezig was. (Deze De Swaan is niet alleen bekend vanwege vroegere publicaties in Propria Cures, maar ook wegens zijn lidmaatschap van de Vereniging voor Psychotherapie.) Het leek erop dat de 'misverstanden' in het overleg opgeruimd waren, maar blijkens zijn brief van 3 februari jl. was Tas toch niet tevreden. (De in deze brief gebezigde term 'voorhangen' lijkt een Freudiaanse verschrijving, maar is het niet. 'In de meeste clubs wordt men zg. 'voorgehangen', d.w.z. de leden kunnen gedurende een bepaalde periode hun eventuele bezwaren tegen de candidatuur inbrengen', aldus Groskamp-ten Have,)

Op 24 maart komt Alfred met een bondig antwoord.

Het leerzame van deze briefwisseling is natuurlijk dat zij ons kan helpen ons voor te bereiden op het type aanvallen dat wij na het verschijnen van 'Directieve Therapie' mogen verwachten.



Referentie

Groskamp-ten Have, A. (z.j.): Hoe hoort het eigenlijk?
H.J.W.Becht, Amsterdam, 7de druk.

l.m.tas
zenuwarts

92
jacob obrechtstraat 61
amsterdam
telefoon 790057

Dr. A. Lange
Psychologisch Laboratorium
Weesperplein 8
Amsterdam

Amsterdam, 30 september 1976

Waarde collega,

In het Tijdschrift voor Psychotherapie las ik "Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten" en ik meen te weten over welke cliënten het gaat. Vooropgesteld dat ik waardering heb voor het feit dat je met de echtgenoot tot een werkrelatie hebt weten te komen, wat klopt met de conclusie die we op het P.A.I. hadden bereikt namelijk dat hij een wat autoritaire mannelijke therapeut nodig zou hebben, opgegroeid als hij is zonder vader, heb ik toch wel kritiek. Ik zou dat ook wel op schrift stellen ware het niet, dat ik dat tegenover de cliënten niet zo juist vind. Ik vind dat een behoorlijke anamnese ontbreekt en dat de manier waarop je met het begrip "oorlogsslachtoffer" werkt, ten onrechte de indruk zou kunnen vestigen alsof dat soort mensen van zo'n status misbruik maken. Dat betekent alleen maar dat je volkomen onkundig bent van de problematiek van die groep mensen.

Ik vind het verder heel tendentiekus weergegeven hoe het tot deze behandeling kwam. In feite is het zo gegaan, dat de vrouw niet alleen haar pleinvrees kwijtraakte tijdens de behandeling bij de "zenuwarts" (waarom niet collega psychotherapeut?) maar dat zij ook belangstelling is gaan krijgen, zich intellectueel is gaan ontplooiën en een studie als maatschappelijk werkster is begonnen. Tot dan had in het huwelijk een soort evenwicht bestaan.

♂ ~~was~~ was fobisch waar het maatschappelijke contacten betreft en werd daar door zijn vrouw bij geholpen, die de foto-opdrachten voor hem acquireerde.

♀ ~~redde~~ redde het gezicht van ~~hem~~ door weer zijn hulp nodig te hebben als zij de straat op moest.

Het is een bekende combinatie, de fobische compagnon kan enigermate schuilgaan achter de verschijnselen van de partner. De opvatting die ik hier schets kan ik bewijzen want ik heb een boze brief van ~~hem~~ toen ~~hem~~ beter werd. Alleen, hij was al onder behandeling. Toen dat later misliep heb ik nog meegewerkt om hem bij het P.A.I. onder te brengen maar dat heeft hij toen niet gedaan. De behandeling van ~~hem~~ heeft blijkbaar pas kunnen slagen toen zijn gezicht gered was en het als een "relatietherapie" kon gelden.

Ik geef in grote trekken deze opvatting want ik zie met ergernis, dat je wel een hele doos vol foefjes hebt, met eigennamen van apteurs erbij, maar het

ts
jacob obrechtstraat 61
amsterdam
telefoon 790057



overbodig acht, anders dan in snierende termen, iets over de achtergronden te geven.

Gezien dit alles mogen we nog van geluk spreken, dat we ons niet door het cliënten-systeem teveel tegen elkaar hebben laten opzetten! Daar heeft zeker ons telefoongesprek toe bijgedragen wat ik ook graag in je verhaal had weergegeven gezien. Nou dat was het dan, met groeten,

W.S.

c.c. Hans Reijzer, secretaris van Het Nederlands
Tijdschrift voor Psychotherapie

Dr. A. Lange
Psychologisch laboratorium
Weesperplân 8
Amsterdam

Amsterdam, 3 februari 1977

Beste Lange,

Ik lees dat je wordt voorgehangen als lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Ik heb besloten daar geen bezwaar tegen te maken hoewel ik daar de neiging toe heb bespeurd en wel om de volgende redenen:

- a) in je artikel geef je er blijk van een behoorlijke ziektegeschiedenis onnodig te achten.
- b) je hebt geen technische, respectievelijk collegiale bezwaren, een client uit een andere behandeling te laten vertrekken. Dat je daar in het onderhavige geval mee aarzelde had uitsluitend tactische betekenis. Het was nodig, dat ik op de achtergrond beschikbaar bleef om de client op te vangen opdat jij je kunst kon vertonen.
- c) Het aan-de-weg-timmerige artikel bevatte een aantal feitelijke onjuistheden die meer uit nonchalance voortkwamen dan uit noodzaak om de clienten onherkenbaar te maken.

Ik noem:-de echtgenoot voldoet niet aan jouw omschrijving van oorlogsslachtoffers maar komt uit een jappenkamp,

-de kinderen hebben wel degelijk repercussies ondervonden van de spanningen in het huwelijk van hun ouders; o.a. heeft het echtpaar Professor de Levita geconsulteerd,

-in de groep was juist een punt dat op onechte wijze "Danielle" tegenover de kinderen looshende, wat ze juist net zelf hadden meegemaakt,

-het is niet waar, dat de echtgenoot geen bezwaar had tegen de groepstherapie van zijn vrouw, integendeel. Ik bezit een boze brief van hem.

We hadden het er al over dat jij "geen behoefte" had aan een gezamenlijk gesprek om eventueel de mogelijkheid te bespreken, dat het clientensysteem een wig tussen ons dreef.

Ik wil dit allemaal toch nog toevoegen aan de brief, die ik je al geschreven heb, en het gesprek dat we erna gehad hebben, omdat jij geen enkele rectificatie nodig hebt gevonden.

l.m.tas
zenuwarts

jacob obrechtstraat 61
amsterdam
telefoon 790057

102

Dat ik het hierbij laat heeft hoofdzakelijk als motief, dat ik het nederlands tijdschrift voor psychotherapie en het klimaat van vrije discussie überhaupt er niet bij gebaat zou achten, als artikelen in dat tijdschrift tot voor hun auteurs onaangename repercussies aanleiding zouden kunnen geven.

Met de groeten,

Lous.

c.c. Hans Reijzer
c.c. Bram de Swaan

dr. c. lange de bosporus 21 amstelveen tel 020 411250 postgiro 1333336

Drs. L.M.Tas
Jacob Obrechtstraat 61
Amsterdam

24.3.77

Beste Louis,

Je brief van 3 februari jl. heb ik met verbazing gelezen.
Kennelijk heeft ons gesprek, in aanwezigheid van Bram de Swaan,
tot weinig opheldering geleid. Ik vind dat jammer.
De toon van je brief is echter niet van dien aard, dat ik het
zinnvol acht een nieuwe poging te wagen.

Groeten

