

dit is mama sorrie ze bijkt  
een beetje op een aap



Tijdschrift voor Directieve  
Therapie  
Jrg.5 Nr.1 Oktober 1977

P1 yz

Inhoud

Oktober 1977

---

Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
Tanja Rubinstein & Onno van der Hart	Judo: de rechte weg, het steile pad	6
Kees Hoogduin	De behandeling van anorgasmie	23
	Gelukkig vond Freddy het geen probleem	32
Alfred Lange & Kees van der Velden	Afleiding	34
Kees van der Velden	Cadeautjes & eerherstel	45
Leen Joele	De behandeling van een cliënt met conversieverschijnselen	51
Dick Oudshoorn	Psychiatrie in een algemeen ziekenhuis	65
Onno van der Hart	Een anti-rook hypnotherapie: etiketver- andering en nog meer	70
A.L.	Werkstukken/scripties/papers, verkrijg- baar bij Freddy	77
Richard Van Dijck	Emancipatie en directieve therapie	79

---

Omslag: Tamar en Yasha Lange

---

*Redactie:*

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

---

### 1. Shulamith

Redactie en administratie van het Tijdschrift voor Directieve Therapie wensen Tanja Rubinstein en Onno van der Hart van harte geluk met de geboorte van hun dochter Shulamith.

Voor de minder Bijbelvasten: de naam Shulamith stamt uit het Hooglied van Salomo, waar onder meer geschreven staat: 'Wend u, wend u, gij Sulammietische, wend u, wend u, dat wij u bezien!'; aansluitend volgt dan een opsomming van wat allemaal valt op te merken wanneer 'de Sulammietische' zich eenmaal heeft omgekeerd (Hooglied 6:13; 7:1-9). Dat is niet weinig.

Voor de dochter van Onno en Tanja zich zal kunnen 'wenden' moet er echter heel wat werk zijn gedaan. Denkelijk zullen de elementaire ervaringen met slaaptkort, geschreeuw en luiers aan de toch al prima geschriften van beide ouders over gezinstherapie een extra dimensie toevoegen. Op die manier hebben wij van het TDT ook nog voordeel van de blijde gebeurtenis.

### 2. Judo

Rümke wijst er ergens (we weten niet meer waar) op, dat de zwangerschap van een vrouw bij haar partner gevoelens van jaloezie oproept. Wanneer zijn eigen vrouw zwanger was kreeg hijzelf althans de sterke behoefte een artikel of boek ter wereld te brengen. Bij wijze van compensatie.

Ongetwijfeld was het krijgen van kinderen een zaak van mevrouw Rümke en het maken van boeken een zaak van meneer Rümke. Heel anders ligt dit bij het paar Van der Hart-Rubinstein. Het krijgt samen een kind en het maakt samen een artikel. In *Judo: de zachte weg, het steile pad* wordt nogmaals ingegaan op Lange's omstreden concept. Hieronder alvast een illustratie bij dit artikel. (Tanja Rubinstein is door de tekenaar weggelaten. Het zou anders een aanval van twee tegen één ofwel een confronterende aanpak lijken.)

Fig. 1 laat duidelijk zien dat Van der Hart wél trekt aan zijn partner. Wellicht zou Oudshoorn hier van *gemodificeerd judo* spreken.



Fig. 1. De auteurs van *Gedragsverandering in gezinnen*

Begrijpelijk(er)wijs voorzigt het *Verbond* dat wij niet in één avond klaar zouden zijn met het boek. Vandaar dat het bij zaterdag 1 oktober de volgende tekst plaatste (fig. 3).

**zaterdag**

**1**

**oktober**

Gezellige Babbel

Fig. 3. 1 okt. '77  
*De kalender van het  
Simplisties Verbond*

Aan de observatoren wordt gevraagd tijdens het tweegesprek het gedrag van de gespreksvoerder telkens op het formulier te scoren wanneer zij menen dat de mate van directiviteit van zijn uitingen verandert.

Helaas hadden we te vroeg gejuicht. Het boek was nog niet uit. Het schijnt dat moeilijkheden met het omslag ditmaal de oorzaak van de vertraging vormden. Dezer dagen zal ook dit probleem echter zijn opgelost.

##### 5. *Bij dit nummer*

Op de dag waarop wij dit schrijven (zondag 2 oktober) zijn nog niet alle bijdragen binnen, terwijl ook de volgorde waarin ze geplaatst worden nog niet is vastgesteld. Het risico bestaat dus dat een artikel dat wij hier warm aanprijzen in werkelijkheid tegenvalt. U moet dan maar denken dat dat komt doordat wij het zelf ook nog niet gelezen hebben. Het nummer opent met het hierboven al aangekondigde *judo*-artikel van

### 3. *Light Italic*

Zoals de oplettende lezer al heeft opgemerkt, is ons IBM-bolletjespark uitgebreid met een cursieve letter, de zg. *light italic*. Een verjaarscadeau van onze partner en onze schoonzuster plus vriendin. Met deze aanwinst menen wij in de meedogenloze competitie met mevrouw *Annelies Brugman*, medewerkster van Freddy Lange, weer een lichte voor- sprong bereikt te hebben.

De situatie blijft evenwel kwetsbaar. Wanneer mevrouw Brugman nu op haar beurt de 12" *Diplomat* of de 10" *Symbol* (waarmee je voetnoten kunt aangeven) zou aanschaffen, dan zouden wij ons andermaal genood- zaakt zien ons gezin met enkele onverantwoorde uitgaven te confronte- ren.

### 4. *Planning en metaplanning*

Zoals U wellicht weet hebben de redacteuren van dit Tijdschrift een boek geschreven. (Het heet *Directieve therapie*.) Dat boek zou in juni verschijnen (zie de Voorjaarscatalogus van Van Loghum Slaterus). Toen zou het in juli uitkomen, toen in augustus en ten slotte zou het dan 30 september worden. Alleen de laatste datum was voor ons van belang. In onze wijsheid hadden wij namelijk voorzien dat al die eerdere belof- ten niet serieus genomen moesten worden.

Toen wij dan ook eind '76 benaderd werden door het *Simplisties Verbond* met de vraag wanneer ons boek zou uitkomen, antwoordden wij vastbera- den: 30 september.

Veels gaven wij uit- drukking aan ons voor- nemen om op die avond een feestje te organi- sieren. Fig. 2 laat zien hoe het *Verbond* deze mededeling ver- werkte.



Fig. 2. 30 sept. '77  
De kalender van het  
*Simplisties Verbond*

Party-tip

Vanwege de te verwachten herrie ook de Buren vragen

Rubinstein & Van der Hart.

Dan volgt Hoogduin met een met *oft porno* geïllustreerd artikel over *sex!*, *masturbatie!* en *anorgasmie!* Meteen daarop volgt een ongemeen felle aanval van Hoogduin op Alfred Lange onder de titel *Gelukkig vond Freddy het geen probleem*. Wat Hoogduin precies wil bestrijden of misschien wel toejuichen werd ons ook na herhaalde lezing niet duidelijk, maar we begrepen wel dat hij bij het schrijven flink opgewonden was en dat is ook wat waard.

Het rustige, afgewogen stuk over *afleiding* werd geschreven door het sympathieke duo Lange & Van der Velden. Het is altijd weer de moeite waard om kennis te nemen van de vaak inventieve oplossingen die deze intelligente auteurs ook bij schijnbaar hopeloze gevallen weten te vinden.

Het volgende artikel van Van der Velden draagt de intrigerende titel *Cadeautjes & eerherstel*. Een heel knap stuk, ook literair gezien. Aansluitend treft de lezer een geëngageerd artikel van de slechts schijnbaar subassertieve Van Dijck. *Vrij worstelen, oftewel het trekken aan collega's*, zo zou zijn bijdrage kunnen heten. Het is te hopen dat de arme *Freek Polak* een fijne vriendin heeft, die hem weer een beetje op de been wil helpen nadat hij van deze aanval op de hoogte is gebracht.

Leen Joele schreef een sterk relativerend artikel, waarin hij weer diverse aspecten van de *directieve therapie* aan de orde stelt. Terrecht wijst de auteur erop dat ook directieve therapeuten niet iedereen beter krijgen. Het is verheugend dat Joele zo heeft weten te profiteren van de aanwijzingen over het nummeren van zijn paragrafen. Oudshoorn, die het ontzaglijk druk heeft, heeft tijd vrij weten te maken om te schrijven over *Mijn PAAZ/ Directieve therapie bij psychosomatische klachten* (één van deze twee onderwerpen). Het is toch wel erg interessant om te lezen hoe a) uitgangspunten van de directieve therapie toegepast kunnen worden in een algemeen ziekenhuis, of b) uitgangspunten van de directieve therapie toegepast kunnen worden bij een patiëntengroep die als bijzonder ontoegankelijk voor psychotherapeutische bemoeienis geldt. (Na ontvangst van dit nummer de zin achter a) of die achter b) doorstrepen.)

Aansluitend zet Van der Hart zijn campagne tegen het *roken* voort en ten slotte geeft Lange een opsomming van *werkstukken* e.d. die bij hem verkrijgbaar zijn.

### 6. *Nogmaals het boek*

In vorige afleveringen maakten wij reeds een begin met de presentatie van een desensitizatieprogramma, dat beoogde onze gevoeligheid voor kritiek te verminderen. Aan het eind van de hiërarchie gekomen, moeten we ons voorbereiden op de genadeloze smaad die ons *in vivo* ten deel zal vallen wanneer *Directieve therapie* eerst Nederland en later de wereld verovert.

De volgende oefening kan helpen. U ontspant zich en verbeeldt zich dat de onderstaande recensie niet op meneer Teitelbaum slaat, maar op U. Blijft het ontspannen problemen geven, dan moeten we U aanraden andermaal Uw toevlucht te nemen tot de *aikido*-oefeningen van Van der Hart.

Teitelbaum, M. *Hypnosis Induction Technics*.  
Illinois: Charles C. Thomas, 1965, Pp. XIV + 184,  
\$6.75.

*By Milton H. Erickson, M.D.*

This volume is "another one of those books." The author has apparently read extensively in the field of hypnosis but the contents of the book suggest that this reading was without benefit of background, guidance, or understanding. But slight matters like these did not deter the author in his zeal to write a book "designed for self-teaching." As such it certainly was not written for the person interested in learning about hypnosis scientifically but it serves well the purpose for those who wish for confused, mistaken, misleading, and abortive misconceptions together with vast wondrous vistas of hypnotic accomplishment far beyond the ken of those who are merely scientifically trained and well-experienced in hypnosis. The author is earnestly urged not to read his book if he wishes to learn something about hypnosis.

Veel succes!

### 8. *Slot*

Rêst ons U en de Uwen veel leesgenot toe te wensen bij de bestudering van deze gloednieuwe aflevering van Uw eigen Tijdschrift voor Directieve Therapie!

*De Hoofdredacteur*

Tanja Rubinstein & Onno van der Hart

### 1. Inleiding

Een van de gangbare - en ietwat modieuze - metaforen in direktieve therapie is het judo-begrip. Tal van therapeuten gebruiken het om hun benadering of een deel daarvan aan te duiden. Zo is het 'therapeutisch judo' van Kopp (1972) het opzij stappen als de cliënt op je afspringt. Whitakers judo (1975) is een soort tegenaanval tegen de agressie van de cliënt, een manier om hem, met behulp van superieure kracht en zelfvertrouwen, in bedwang te houden zonder dat hij daarvan schade ondervindt. Minuchin (1973) noemt zijn 'ja maar' en 'ja en' technieken judo-achtige interventies: aansluiten bij wat de cliënt brengt ('ja') en dat vervolgens ombuigen ('maar') of er iets nieuws aan toevoegen ('en'). Mandel et al (1975) proberen het symptomatisch gedrag van de cliënt als diens sterke punt - diens kracht - te zien en hem te helpen dat op een konstruktieve manier te gebruiken. Zij zien dat als judo, 'omdat judo de zelfverdedigingskunst is waarin je vooral gebruik maakt van de kracht van je tegenstander om hem te ontwapenen. Bij Lange (1976) bestaat de judo-houding uit het niet trekken aan de tegenstander, maar uit het met hem meegaan en zijn aanval pas in de laatste fase overnemen. De therapeut gaat zodanig mee met de omschrijving die de cliënt van zijn probleemsituatie geeft, dat diens symptomatische houding niet meer aantrekkelijk voor hem is. Lange's tegenstanders, Boeckhorst & Smits (1977) gaan daarin mee en voegen daaraan toe, dat de therapeut de cliënt ook niet moet helpen, hem geen advies of suggesties moet geven. Hij neemt de cliënt 'letterlijk' en hoeft hem daarom niet om nieuw gedrag m.b.t. zijn probleem te vragen.

'Judo': het is kennelijk een begrip dat door velen te hooi en te gras gebruikt wordt en dat hetzij een drastische herdefinitie behoeft hetzij diep begraven dient te worden (vgl. de uitspraken van Lange, 1973, over het 'double bind'-begrip).

De bedoeling van dit artikel is het ware judo wat grondiger dan in bovengenoemde literatuur te bekijken; om de achtergronden en de basisprincipes ervan te beschrijven en om daarna te zien of iets van dat echte judo ook van toepassing is op het gebied van de direktieve therapie.



## 2. Budo

Het begrip 'budo' speelt in Japan vanaf de 17e eeuw een belangrijke rol. Het is afgeleid van een oudere term, 'bujutsu', dat in het Engels adequaat omschreven wordt als 'martial arts'. Het bujutsu omvatte een groot aantal gewapende en ongewapende gevechtstechnieken: het boogschieten en zwaardvechten tot worstelen en zwemmen in harnas. Het doel van het oude bujutsu was simpel: Het bereiken van een zo groot mogelijke vaardigheid op een of meer gebieden van de vechtkunst teneinde de tegenstander te kunnen overwinnen. Degenen die zich in deze vaardigheden bekwamen waren bushi, leden van de Japanse ridderklasse, die een groot deel van hun tijd doorbrachten met het uitvechten van allerlei onderlinge oorlogen en familievetes. Naast de zuiver technische aspecten van het bujutsu hadden de ridders te maken met een soort erekode, de bushido, waarin loyaliteit, moed, en bereidheid om te sterven voorop stonden.

In het begin van de 17e eeuw kreeg Japan een nieuw regiem en een periode van betrekkelijke rust. Het belang van de ridderklasse verminderde. De training in gevechtstechnieken voor oorlog was niet meer nodig. Vanuit het oude bujutsu ontstond toen een nieuwe vorm van krijgskunst, budo. Het verschil tussen buido en bujutsu bestond hieruit: Het praktische gebruik van gevechtstechnieken stond in het buido minder op de voorgrond en werd vervangen door een meer spiritueel en filosofisch aspect. Zelf-perfektie - in bujutsu het middel om je tegenstander te kunnen verslaan - werd in het buido tot doel verheven. Kunst (jutsu) werd Weg (do). Kenjutsu, de kunst om de tegenstander met het zwaard te verslaan, werd kendo; wat later werd jujutsu judo, enz.

Het begrip 'do' (afkomstig van het chinese tao) heeft in de japanse filosofie de betekenis van 'de weg die je in het leven kunt volgen'. Draeger (1973) beschrijft die weg als volgt: 'That way is endless and profound. It is long, steep and filled with numerous technical difficulties. It is to be traveled as a means of selfcultivation and it leads ultimately to self-perfection.'

In Japan kan dit 'do' konsept gekoppeld worden aan een variëteit van activiteiten, ook buiten het terrein van het vechten: er bestaat een weg van het thee zetten, het schilderen, het bloem-schikken, enz.

②

Do heeft ook sterke aanknopingspunten met het Zen boedhisme, maar het zou te ver voeren om daar in dit artikel op in te gaan.

De Weg in training, merkt Musashi op. Om het budo iets duidelijker te beschrijven, kunnen we dan ook het beste iets over de trainingsmethoden vertellen.

De plaats waar budo beoefend wordt heet 'dojo' - letterlijk: plaats om de Weg te bestuderen. De atmosfeer in een traditionele dojo heeft rituele trekken: Konsentratie op de leraar en op de training: niet praten, niet lachen; een etikette die voor een buitenstaander onwezenlijk en soms belachelijk aandoet. Tussen de trainingsperioden door zijn er momenten van rust en meditatie, waarbij iedereen in een vrij ongemakkelijke houding op de grond zit. De leraar staat centraal, zijn lesmethode is in Nederlandse ogen afschuwelijk autoritair; er is geen inspraak, geen diskussie, de leraar geeft een bevel of een correctie en de leerling buigt en doet wat er gezegd wordt. De leraar is een vaderfiguur en de leerlingen zijn zijn kinderen. Ze beginnen als baby in die bepaalde Do en hebben veel jaren nodig om daarin volwassen te worden. En ook dan is het einde nog niet in zicht.

Het begaan van de Weg kan in een aantal stadia verdeeld worden. Het eerste is het gyo-stadium; de 'training'. Deze bestaat uit het eindeloos herhalen van steeds weer dezelfde technieken zonder er verder veel over na te denken. Uitleg krijgt de leerling niet. Wanneer hij moeilijke vragen aan de leraar stelt over het nut van bepaalde technieken, krijgt hij geen antwoord. Als hij iets fout doet, krijgt hij een klap. Aanmoediging wordt slechts heel subtiel en indirect gegeven. In dit stadium verlaten veel mensen de dojo. Ze zijn gefrustreerd omdat ze steeds opnieuw dezelfde bewegingen moeten maken zonder dat ze er de zin van inzien, terwijl het er in de boeken over budo allemaal zo spektakulair uitzag ...

In het tweede stadium, shugyo (streng, sobere training) wordt nog steeds eindeloos herhaald en geoefend. Nu is de instelling van de leerling echter veranderd. Hij traint niet meer mechanisch, maar bewust. Technieken die eerst gemakkelijk schenen krijgen een nieuwe dimensie en worden erg moeilijk. De leerling wordt zich bewust van al zijn fouten en zoekt naar wegen om die te verbeteren.

9

Soms is zijn oplossing een verkeerde manier, dan gaat hij 'van de weg af' en de leraar corrigeert dat. De mentale en lichamelijke energie van de leerling neemt toe en wordt meer en meer gericht op zijn training. In dit stadium wordt iemand voor de buitenwereld een 'fanaat' en een asociaal wezen, die liever gaat trainen dan een avondje uit.

In het derde stadium, jutsu (kunst), nemen de vaardigheden van de leerling toe. Zijn technieken worden vloeiender en sterker. In fysiek opzicht wordt hij steeds bekwamer. Psychisch voelt hij zich nog vaak onzeker en onrustig. Hij ziet z'n eigen onvolmaaktheden en merkt dat hij het peil van zijn leraar niet kan bereiken. Hij heeft inzicht gekregen in de betekenis van de technieken en dat maakt het moeilijk om ze spontaan uit te voeren - zonder er teveel over na te denken.

Tenslotte is er een laatste stadium, de do oftewel de verlichting. Daarin vindt een integratie plaats van mentaal en lichamelijk functioneren. Er over schrijven is moeilijk als je het zelf niet hebt meegemaakt of slechts in een flits hebt ervaren.

Vaak wordt het beschreven als 'lege geest' of 'kunstloze kunst'; een toestand waarin je jezelf vergeet en ontdaan bent van alle overbodige gedachten. Je volgt de Weg van de natuur. "When you appreciate the power of nature, knowing the rhythm of any situation, you'll be able to hit the enemy naturally and strike naturally. All this is the Way of the Void" (Musashi).

De essentie van do is het bewandelen, of liever, het beklimmen van de weg; het steeds opnieuw gekonfronteerd worden met obstakels en impasses en toch doorgaan.

Het gevecht met jezelf is iets wat ook in tal van westerse sporten voorkomt. Bij budo wordt dit gevecht geïntensiveerd. Het zijn gevechtstechnieken die je leert en in feite is elke training een gevecht op leven en dood. Agressie en de angst daarvoor zijn de fundamentele emoties waarmee je tijdens een training gekonfronteerd wordt en die je moet overwinnen.

Die emoties, gekombineerd met de intense trainingsmethode en strenge discipline maken de dojo tot een 'battlefield of life' zoals Draeger (1973) het uitdrukt; de plaats waarin je leven zich als onder een vergrootglas afspeelt.

Judo, een afgezwakte gevechtvorm die op 'lege hand-technieken' gebaseerd is, is een onderdeel van het hierboven beschreven budo.

Hoezeer het judo als budo ook verwaterd is in onze moderne tijd, het blijft fundamenteel verschillen van een partijtje volleybal en van een reeks handige technieken. Het is niet iets dat je zomaar even doet, maar een dagelijkse training die doorwerkt in je persoonlijke kontakten, dagelijkse ervaringen en in je werk (Watanabe & Avakian, 1960).

### 3. Judo

Judo is een budo-vorm die afgeleid is van het oudere jujutsu - letterlijk: de techniek, of kunst, die het 'ju'-principe gebruikt. Jujutsu omvat een groot scala van technieken, gewapende en ongewapende, om de tegenstander uit te schakelen. Die technieken zijn bepaald niet zachtzinnig te noemen. Het ongewapende gevecht waarin men de tegenstander vastgrijpt, is in de loop der tijd het belangrijkste onderdeel van jujutsu geworden.

Kano Jigoro, een Japanse graaf, heeft een aantal technieken uit het jujutsu gewijzigd en tot een nieuw systeem van vechten geïntregeerd. Deze kunst kreeg een 'wat zachter' karakter dan het jujutsu en werd door hem 'judo' genoemd. Zoals in de vorige paragraaf werd uitgelegd heeft het 'do' begrip de term 'jutsu' vervangen, met alle filosofische implicaties van dien.

Het judo lesprogramma dat nu op alle judoscholen onderwezen wordt is gestandaardiseerd. Het bestond oorspronkelijk uit zeven hoofdgroepen, waaronder werptechnieken, wurgtechnieken en - gelukkig - ook kappo, de kunst om een bewusteloze tegenstander weer bij z'n positieven te brengen. Judo wordt beoefend in een dojo, op een tatami. Dat is een dikke rieten mat met een laag canvas erover. De mat is noodzakelijk om goed en vrij te kunnen trainen want er wordt heel wat afge- worpen en gevallen.

Judo is voor een groot gedeelte - niet helemaal - gebaseerd op het ju-principe, dat in de volgende paragraaf wordt behandeld. De nadruk bij ju ligt op het meegeven met de tegenstander en de kracht van de tegenaanval. Doordat judo de laatste tijd steeds meer een competitie karakter krijgt, ontstaat er ook steeds meer aandacht voor de toepassing van het 'go'-principe. Dat is het rechtstreeks met volle kracht uitvoeren van een aanval. De meest recente ontwikkeling ging in de richting van het gebruik van pure lichaamskracht.

Wie de laatste tijd wel eens een internationale judo-wedstrijd heeft gezien weet, dat er van de 'zachte weg' niet veel meer over is.

#### 4. Het 'ju'-principe

Judo wordt in de literatuur vaak vertaald als 'de zachte weg', 'vriendelijk meegeven met'. Volgens Draeger (1973) echter is de letterlijke betekenis 'flexibility and pliancy', buigzaamheid en plooibaarheid. Het gaat er daarbij om, dat de judoka in mentaal en lichamelijk opzicht in staat is om zich aan te passen aan elke situatie waarin zijn tegenstander hem tracht te brengen. Het houdt niet in dat hij op een zachtaardige, niet-krachtige manier op die situatie zou moeten reageren. Zijn reactie kan juist even krachtig of nog krachtiger zijn dan de aanval van zijn tegenstander.

Aan het principe van ju zijn twee aspecten te onderscheiden.

1. yielding (of meegeven). Dit houdt in het aksepteren van de aanval van de tegenstander in plaats van het er rechtstreeks tegen in te gaan. Je onderschept de aanval en leidt hem af, waardoor je hem ten eigen bate kunt gebruiken. Kano legt dit aspect als volgt uit (vgl. Watanabe & Avakian, 1960, p.23): "Veronderstel dat je tegenstander over een totale kracht beschikt van tien eenheden, terwijl jouw kracht gelijk is aan drie. Als hij in jouw richting duwt met een kracht van zeven eenheden en jouw kracht is gelijk drie, dan is het zinloos voor jou om te trachten je te verzetten tegen zijn kracht; die zal jou overweldigen. Maar als je meegeeft en jouw kracht van drie eenheden verenigt met zijn aanvallende kracht van zeven dan verkrijgt je automatisch een kracht van tien eenheden. Nu kan je hem verslaan omdat je zijn kracht van zeven eenheden kan overwinnen met jouw kracht van tien". In de laatste zin komt het tweede aspect van ju, de tegenaanval, aan de orde.

2. de tegenaanval. Het meegeven kan dienen om tijdelijk de kracht van de tegenstander te neutraliseren. Vervolgens moet er, om de tegenstander te overwinnen, meteen tot actie worden overgegaan. Daarbij kom de eigen kracht in het spel en maak je tevens gebruik van je tegenstander die op zijn aanval gekonsentreerd is. Beide aspecten, meegeven en de tegenaanval, vormen een dynamisch geheel. Het staat niet van tevoren vast, dat je altijd eerst moet meegeven om dan pas tot de aanval over te gaan.

Er zijn situaties waarin het meegeven onmogelijk is, omdat je erdoor in ernstige moeilijkheden geraakt. Dan kan je beter meteen de tegenaanval inzetten.

"Het is de konstante wisselwerking tussen meegeven en weerstand bieden dat het principe van ju vormt en dat Japanse vechtmethoden maakt tot de dynamische systemen die ze zijn". (Draeger, 1973).

##### 5. Het uit balans brengen.

Uit bovenstaande blijkt dat de definitie van judo als 'de weg van het meegeven - niet trekken aan' inkompleet is en alleen het passieve aspect van judo benadrukt. Een van de meest belangrijke principes die men bij de beoefening van judo leert is het 'uit balans brengen van de tegenstander alvorens men een worp inzet' (Kano). Slechts als hij uit balans gebracht is, kan hij effectief geworpen worden. Hoe brengt men hem uit zijn evenwicht?

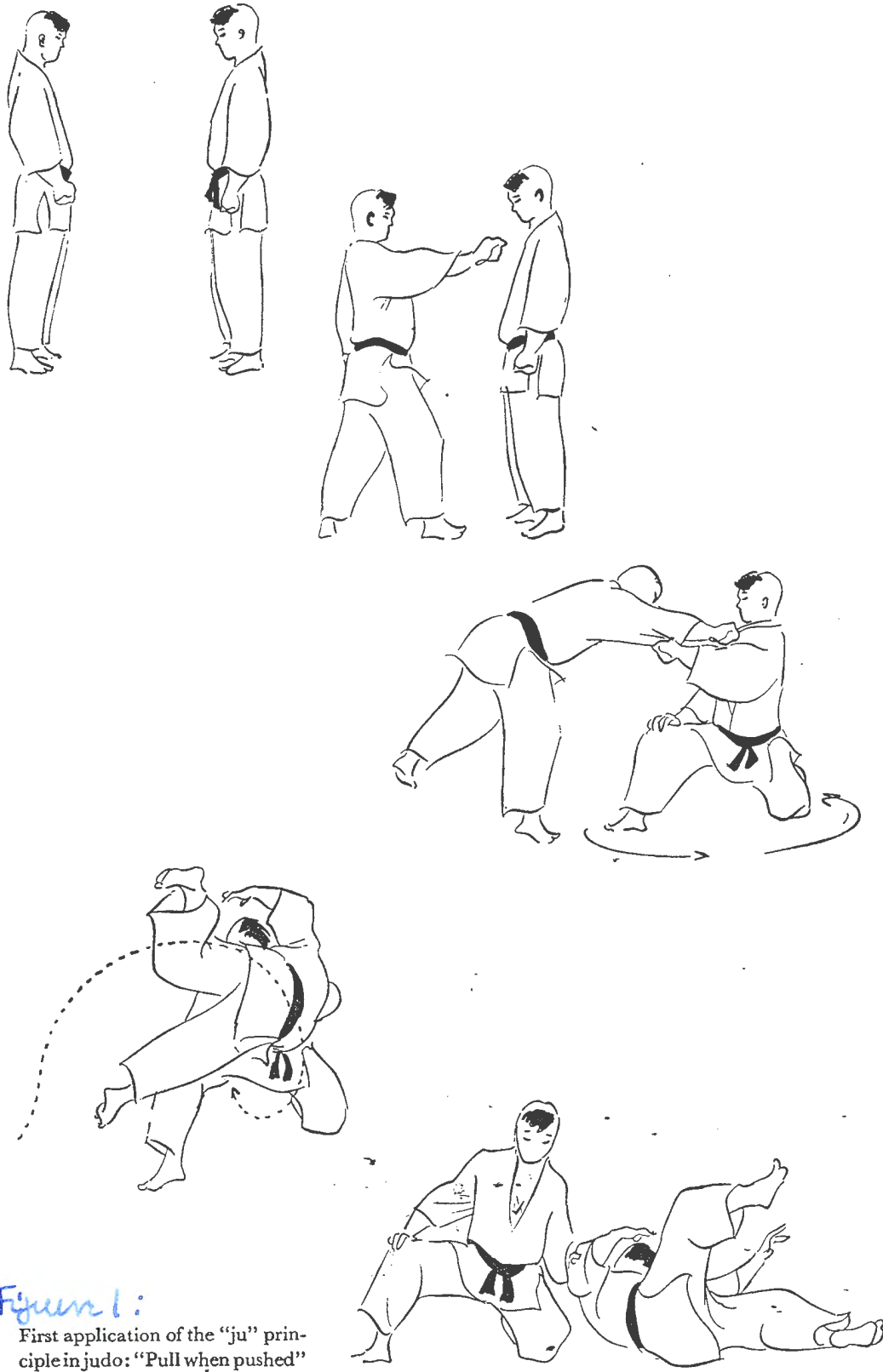
Als hij stil staat, kan je hem het beste naar achteren duwen of naar voren trekken. Als hij in beweging is, kan je het beste trekken of duwen met de beweging die hij maakt (zie figuur 1 en 2; ontleend aan Ratti & Westbrook, 1973). Watanabe & Avakian (1960) merken er het volgende over op: "Wanneer hij vooruit stapt, denkt hij dat hij de positie van zijn volgende stap kent. Dat is zijn vergissing; zijn onbewaakte ogenblik. Daarom, als jij meer trekt dan hij duwt of meer duwt dan hij trekt, dan wordt zijn balans verbroken door de combinatie van beide krachten. Besef goed dat je, als je alleen maar net zoveel duwt of trekt als hij trekt of duwt, geen kracht op hem kan uitoefenen."

We zien hier, kortom, dat het ju-principe werkzaam is in het uit balans brengen van de tegenstander, met name in het achteruit gaan en meetrekken en in het vooruit stappen en meeduwen.

Twee punten zijn hierbij natuurlijk erg belangrijk:

- a. je moet zelf erg goed in balans zijn en stevig staan, en
- b. je moet in harmonie zijn met je tegenstander en met diens beweging en je niet rigide op één 'standpunt' bevinden.

Watanabe & Avakian (1960, p. 33): "Jij en je tegenstander vormen dan niet langer twee lichamen, fysiek gescheiden van elkaar, maar één geheel: lichamelijk, geestelijk en mentaal ondeelbaar. Daarom kan de beweging van je tegenstander gezien worden als jouw beweging."



*Figure 1:*  
First application of the "ju" principle in judo: "Pull when pushed"

En je kunt hem in elke houding lokken die je wilt en met sukses een grote kracht op hem uitoefenen. Je kunt hem net zo gemakkelijk werpen als je zelf."

De combinatie van tegelijkertijd stevig in balans staan en mee te geven met de tegenstander lijkt misschien tegenstrijdig, maar dat is ze niet. Wel ongelooflijk moeilijk om aan te leren; een kwestie van jaren achtereen techniek trainen en heel wat anders dan een handige, inventieve, truc die zo nu en dan gebruikt wordt.

Het beste omschrijft voor ons Keiko Fukuda (1974) de essentie van judo:

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

6. Overeenkomsten

Het ju-principe is niet alleen Japans. We kunnen het in verschillende vormen terug vinden in de gehele Oosterse cultuur\*. In deze paragraaf besteden we aandacht aan slechts twee bronnen, waarin we ju zien weerspiegelen.

De eerste is de Tao Te Ching van Lao Tsu. Daarin lijkt de nadruk vooral op het aspekt van 'meegeven' te liggen, meer op yin dan op yang:

Thus an army without flexibility never wins a battle.  
A tree that is unbending is easily broken.

The hard and strong will fall  
The soft and weak will overcome. (76)

In het volgende vers vinden we daarnaast ook het aspekt van de tegenaanval terug:

Under heaven nothing is more soft and yielding than water  
Yet for attacking the solid and strong, nothing is better;  
It has no equal. (78)

\*) We vinden er de wisselwerking van yin en yang in terug.



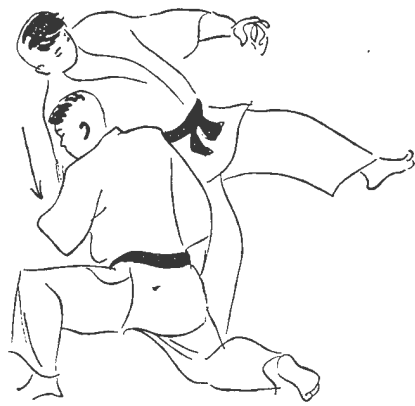
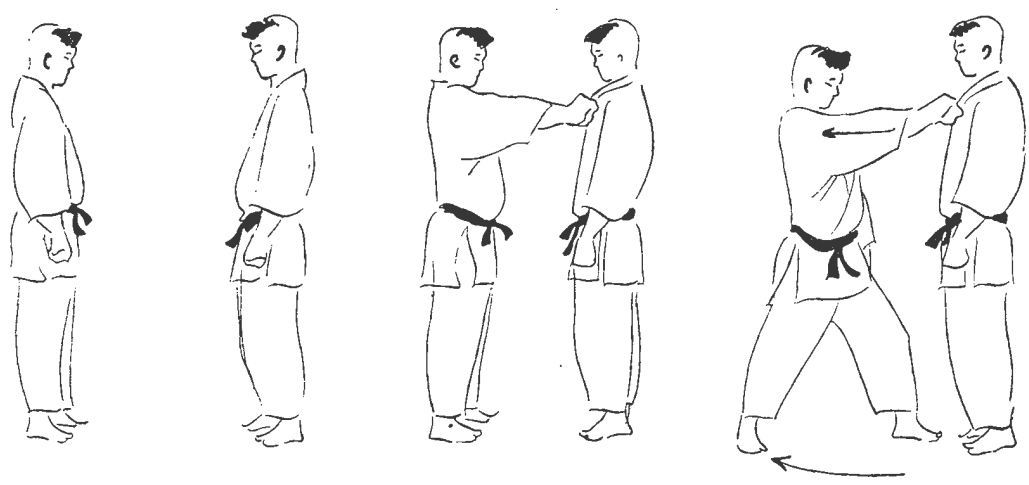


Figure 2:  
Second application of the "ju" principle  
in Judo: "Push when pulled"

Bij de (tegen)aanval in judo kunnen we ons gemakkelijk iets voorstellen; het is een heel concrete bezigheid, een vrij duidelijke metafoor ook. Het 'water' bij Lao Tzu is tegelijkertijd heel concreet en heel abstrakt. Zijn uitspraak - met name het deel over de aanval - heeft veel meer studie nodig om voor ons toepasbaar te zijn. Musashi had hierover kunnen opmerken: Je moet dit grondig onderzoeken.

Draeger (1973; vgl. par. 4) heeft opgemerkt dat het ju-principe niet op een rigide manier in praktijk moet worden gebracht. Het gaat naar zijn idee om een dynamisch principe, om de "constant interplay of yielding and resisting." Iets hiervan vinden we terug in ons baanbrekende artikel (Van der Hart & Rubinstein 1975), waarin over twee soorten krachten (in de strijd) gesproken werd: cheng en ch'i, oftewel de direkte en buitengewone krachten die in de strategie en tactieken van Sun Tzu een belangrijke rol speelden. Met een cheng techniek wordt de tegenstander rechtstreeks aangevallen; met de ch'i technieken verrast men hem. Sun Tzu zag de interactie van cheng en ch'i als even eindeloos als die van in elkaar grijpende schakels. Beide principes moeten in steeds wisselende combinaties gebruikt worden om effectief te zijn; d.w.z. om daarmee de tegenstander te overwinnen. Bij Sun Tzu denken we vooral in termen van met elkaar strijdende legers, waarbij guerillatroepen een belangrijke rol kunnen spelen. In judo gaat het om twee personen die elkaar vastgrijpen en elkaar proberen te werpen. Het dynamische ju-principe lijkt ons een verbijzondering van die eindeloze reeks combinaties van cheng en ch'i. Hier moet je diep op ingaan.

7. Het ju-principe in therapie

In het voorafgaande is hopelijk duidelijk geworden, dat 'judo' als metafoor in therapie niet betekent:

- het niet trekken aan cliënten
- het opzij gaan bij een aanval van de cliënt (evenmind als het opzijstappen als iemand een steen naar je gooit)
- een techniek of interventie die je zo nu en dan toepast.

Wijzelf kunnen ons wel voorstellen dat een bepaalde benadering in direktieve therapie als een vorm van judo opgevat wordt. Dat is dan de benadering waarin de cliënten met behulp van het ju-principe beïnvloed worden. In tegenstelling tot het oorspronkelijke judo, is daarbij niet een persoon maar diens probleem de tegenstander.

18

Niet de cliënt moet overwonnen worden, maar zijn klacht, moeilijkheid of probleem.

Volgens ju te werk gaan betekent aanvaarden wat de cliënt brengt aan probleem, gedrag, etc., meegaan met diens benadering van de werkelijkheid en die overnemen - de tegenaanval inzetten. Nergens wellicht vinden we dat zo duidelijk terug als bij Erickson. We zien deze aanpak letterlijk terug in de beschrijving die Haley (1967, p. 536) van zijn benadering geeft: "Het meest paradoxale aspekt van Ericksons's therapie is zijn bereidheid om te aksepteren wat de patiënt aanbiedt terwijl hij tegelijk verandering op gang brengt, therapie is een proces van aanvaarden van de patient's manier van doen, terwijl hij tegelijk in nieuwe richtingen gestuurd wordt."

Volgens Haley is Ericksons omgang met onaardige, vijandige, defensieve mensen hier een duidelijk voorbeeld van. Een omgang die ons een associatie geeft met 'when pulled - push' uit het oorspronkelijke judo. Erickson merkt zelf over die aanpak het volgende op: "Such resistences should be openly accepted, in fact, graciously accepted, since this is a vitally important communication of a part of their problems and often can be used as an opening into their defences (...). Perhaps this can be illustrated by the somewhat extreme example of a new patient whose opening statement as he entered the office characterized all psychiatrists as being best described by a commonly used profane vulgarity. The immediate reply was made, 'You undoubtedly have a damn good reason for saying that and even more.' The italicized words were not recognized by the patient as a direct intentional suggestion to be more communicative, by they were most effective" (In Haley, 1967, p. 536).

We vinden in dit voorbeeld iets terug van wat Keiko Fukuda (vgl. par. 5) als een deel van de essentie van judo ziet: "It is also important to prepare mentally and be able to change immediately from movement to stillness, stillness to movement, and - when the chance occurs - to apply technique with lightning swiftness."

Het ju-principe is naar ons idee ook sterk aanwezig in het positief etiketteren annex symptoomvoorschrijven, een aanpak die ook veel in eigen direktieve kring gebezigd wordt (vgl. Van der Velden et al, 1977).

18

Het positief etiketteren is het aanvaarden van het probleem, het meegaan dat tegelijkertijd een overnemen is. Het symptoomvoorschrijven is de tegenaanval, waarbij 'de kracht van de tegenstander' (het symptoom) benut wordt en waarbij je 'sneller en verder beweegt dan je tegenstander' (Watanabe & Avakian, 1960). Een recent voorbeeld komt uit een gezinstherapie, waarin vader de aangemelde patiënt was. Hij sukkelde al jaren met allerlei psychiatrische symptomen en was na een verblijf van anderhalf jaar in een inrichting weer thuis. Nu bestaat een van de problemen uit de talrijke ruzies tussen vader en de oudste zoon (18 jaar) - een jongen die vroeger altijd voorbeeldig was ingesprongen, zijn vader had opgevangen, etc. Het is mogelijk dit probleem te associëren met het feit dat de zoon de plaats die hij van vader had overgenomen weer moest afstaan en daar geen genoeg mee neemt. De therapeut reageert er echter anders op. Hij vertelt het gezin dat de zoon in zijn puberteit gedaan heeft wat bijna geen enkele andere puber doet: Hij heeft zijn vader gesteund, hij is enorm ingesprongen. Hij heeft niet, zoals zovele pubers, met zijn vader ruzie gemaakt. Die natuurlijke behoefte van pubers heeft hij ingehouden. Nu vader weer thuis is en in staat is - dankzij zijn eigen inspanning in de inrichting - om zijn ouderrol naar behoren te vervullen, heeft hij zijn zoon de gelegenheid gegeven zijn schade in te halen. De zoon voelt aan dat voor wat vroeger helaas niet kon nu wèl - dankzij vader - ruimte in het gezin is gekomen. Nu moet hij vooral deze behoefte niet onderdrukken, zodat hij binnenkort vanzelf zal kunnen merken dat die volledig bevredigd is en hij een stap naar de volwassenheid heeft gemaakt. Met dit verhaal heeft de therapeut de 'kracht' van het gezinsstelsel overgenomen; hij is er aan gaan trekken zodat het gezin op dit punt uit balans raakt. De aard van de tegenaanval - het symptoom voorschrijven - is zodanig dat het gezin (en vooral de zoon) de andere kant uit kan: het ruziemaken laten varen. In het algemeen zouden we het symptoom voorschrijven als volgt onder woorden kunnen brengen: de therapeut brengt de cliënt ermee uit balans en gebruikt diens kracht (het symptomatisch gedrag) in zijn tegenstander. De cliënt kan daarin mee moeten gaan en voert de opdracht uit - gaat nu onder de leiding van de therapeut zijn symptomatisch gedrag uitvoeren. Hij kan zich er ook tegen verzetten; als de therapeut bijvoorbeeld trekt zelf in tegengestelde richting gaan trekken.

En dat houdt het opgeven van het symptomatisch gedrag in. Het ju-principe 'is volgens Draeger (vgl. par. 4) een dynamisch principe. Dat behoort het ook in therapie te zijn. Zie het niet van toepassing zijn op één enkele interventie, maar op het geheel van interacties tussen cliënt en therapeut. In de beschrijving van praktijkvoorbeelden geven we steeds een of meer momentopnames weer, niet het totale spel dat door o.m. het ju-principe gekenmerkt wordt. Het moet ook geen wet van meden en perzen worden dat de therapeut eerst moet aanvaarden wat de cliënt brengt en het daarna mag overnemen. Ook zelf direkt proberen 'de tegenstander uit balans te brengen en te werpen' is geoorloofd. Dit uit balans brengen komt o.i. overeen met het scheppen van verwarring, het toebrengen van een psychische schok dat volgens Erickson et al (1976) een goede inleiding vormt op een hypnose-induktie of het geven van wat voor instructie dan ook. Volgens Van der Velden et al (1977) is het positief etiketteren ook vaak een vorm van verwarring scheppen, dus van het uit balans brengen. Dat was zeker het geval in het hierboven genoemde voorbeeld, waarin het gezin - en met name de zoon - de uitleg van de therapeut met open mond aanhoorde. Er zijn echter ook situaties waarin de therapeut meteen het initiatief neemt en de cliënt in verwarring brengt. Een voorbeeld komt van een Amerikaanse psycholoog, wiens vriend een weekend bij Erickson mocht doorbrengen om zich verder onder diens leiding in hypnotherapie te bekwamen. Terwijl die psycholoog bezig was Erickson uitvoerig voor de eer te bedanken, merkte deze het volgende op: "There were three brothers. One was a half-wit, the second was dumb. What was the third one?"

Konkluderend: de toepassing van het ju-principe komt in directe therapie veelvuldig voor; vooral uit het aanvaarden en overnemen van wat de cliënt brengt. Positief etiketteren en symptoom voorschrijven vormen een van de duidelijkste voorbeelden van die toepassing. Hoe voortreffelijk het over het algemeen ook is 'de aanval af te wachten, daarin mee te gaan en een tegenaanval in te zetten', er zijn ook situaties denkbaar waarin van een andere combinatie van beide aspecten van ju sprake is. Belangrijk is een dynamisch gebruik van het principe.

8. Direktieve therapie als judo

Het bewandelen van een do - of dat nu judo, karate of boog-schieten is - is een individuele aangelegenheid, die ieder op eigen wijze ervaart en in praktijk brengt. Het is daarom moeilijk om in konkreto aan te geven wat een therapeut zou moeten doen om van zijn therapie een vorm van judo te maken.

Een therapeut die zelf actief judo of een andere budotak beoefent zal heel andere elementen in zijn therapie-praktijk brengen dan iemand die dat niet doet.

Het beoefenen van een vorm van budo vormt in onze ogen nog steeds een van de beste therapie-opleidingen, die snel erkenning dient te krijgen van het N.V.P. Echter, gezien de zwakke lichamelijke konditie van de meeste onzer kollega's is het onmogelijk te eisen dat elke therapeut die het ju-principe in praktijk wil brengen ook werkelijk judo gaat beoefenen.

Hij of zij doet er goed aan in ieder geval te beginnen zich de basisprincipes op kognitieve wijze eigen te maken en te trainen. Musashi zegt: "It is important to start by setting these broad principles in your heart and train in the way of Strategy".

In het ware judo worden de basistechnieken, zoals valbreken, worpen en verwurgingen veelvuldig getraind. De beginnende judoka wordt de raad gegeven om zich slechts in die basistechnieken te bekwamen in plaats van zich onledig te houden met honderden bijkomstige technieken die je je nooit volledig eigen kan maken. Zo ook met direktieve therapie als judo. De beginnende therapeut doet er goed aan een trainingschema te volgen, waarin technieken als positief etiketteren (vgl. Van der Velden et al, 1977) tot uit den treure geoefend worden. Wie voor een dergelijke studie op het leerboek aangewezen is vindt in Bandler & Grinder (1975 a & b) en Grinder & Bandler (1976) goede schema's voor het leren van diverse basisvaardigheden in therapie en hypnose. Bij Erickson et al (1976) vinden we oefeningen voor de meer ervaren (hypno)therapeut.

Deze instelling: veel trainen van dezelfde vaardigheden tot vervelens toe zonder direkt beloond te worden met spektakulaire suksessen, is eigenlijk de belangrijkste aanbeveling die wij willen doen. Iets hiervan vinden we terug bij Erickson himself, die toen hij pas met hypnose begon in een paar maanden een paar honderd mensen hypnotiseerde.

Musashi zegt: "Someone once said 'immature strategy is the cause of grief.' That was a true saying."

Referenties:

- Bandler, R. & J. Grinder (1975a): The structure of Magic, Vol. I. Science & Behavior Books, Palo Alto.
- Bandler, R. & J. Grinder (1975b): Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson, M.D., Vol. I, Meta Publications, Cupertino.
- Boeckhorst, F. & A. Smits (1977): Misverstand over een paradoxale benadering in psychotherapie. Tijdschr. voor Psychotherapie, 3(4), 166-174.
- Draeger, D.F. (1973): Classical Budo. Weatherhill, New York & Tokyo.
- Erickson, M.H., E.L. Rossi & S.I. Rossi (1976): Hypnotic Realities. Irvington Publishers, New York.
- Fukuda, Keiko (1974), in Black Belt, juni 1974, p. 33.
- Grinder, J. & R. Bandler (1976): The Structure of Magic, Vol. II, Science & Behavior Books, Palo Alto.
- Haley, J. (1967): Advanced techniques of hypnosis and therapy; selected papers of Milton H. Erickson, M.D. Grune & Stratton, New York.
- Hart, O. van der & T.H. Rubinstein (1975): Strategische en tactische aspecten van therapie. Tijdschr. Maatschappijvraagst. & Welzijnswerk, 29(20), 389 - 395. Ook in: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977.
- Kopp, S.B. (1972): If you meet the Buddha on the road, kill him!: the pilgrimage of psychotherapy patients. Science & Behavior Books, Palo Alto.
- Lange, A. (1973): De double bind, empirisch gezien. Tijdschr. Maatschappijvraagst. & Welzijnswerk, 27(8), 198 - 208. Ook in: A. van der Pas (e.a.), Gezinsfenomenen. Samsom, Alphen a/d Rijn, 1973.
- Lange, A. (1976): Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. Tijdschr. voor Psychotherapie, 2(5), 179-194. Ook in: K. van der Velden (red.), Directieve Therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lao Tsu: Tao Te Ching; a new translation by Gia-Fu Feng & Jane English. Wildwood House, Londen, 1972.

- 22
- Mandel, H.P., F. Weizmann, B. Millan, J. Greenhow & D. Speirs (1975): Reaching emotionally disturbed children: 'Judo' principles in remedial education. *Amer.J.Orthopsychiat.*, 45(5), 867 - 874.
- Minuchin, S. (1973): *Gezinstherapie*. Het Spectrum, Utrecht.
- Musashi, Miyamoto (1645): *A Book of Five Rings*; translated by Victor Harris. Allison & Busby, Londen, 1974.
- Ratti, O. & A. Westbrook (1973): *Secrets of the Samurai; a survey of the martial arts of feudal Japan*. Charles E. Tuttle, Rutland & Tokyo.
- Velden, K. van der, O. van der Hart & R. van Dijck (1977): Positief etiketteren. *Tijdschr. voor Directieve Therapie*, 4(3), 68 - 82.
- Watanabe, J. & L. Avakian (1960): *The Secrets of Judo*. Charles E. Tuttle, Rutland & Tokyo.
- Whitaker, C.A. (1975): *Psychotherapy of the Absurd: with a special emphasis on the psychotherapy of aggression*. *Family Process*, 14(1), 1 - 16.



Oh kasekta. u  
fedealy — kateksta  
u di up



## DE BEHANDELING VAN ANORGASMIE

---

Kees Hoogduin  
september 1977

"The best way to learn to orgasm is to masturbate"

Shere Hite (1976)

### 1. Inleiding

Bij de behandeling van sexuele problemen is het gebruikelijk de stoornis als een gemeenschappelijk probleem van het paar te omschrijven en vervolgens het paar een behandeling aan te bieden. De behandeling bestaat dan uit een meer of minder gemodificeerde Masters- en Johnson-benadering.

Bij anorgasmie - het niet kunnen klaarkomen bij de vrouw - zijn er redenen aanwezig om van deze werkwijze af te wijken en in eerste instantie de anorgasmie te behandelen zonder dat de partner daar actief bij betrokken wordt. De vrouw zal eerst geleerd worden "klaar te komen" door masturbatie, waarna alsnog een conjoint-behandeling kan volgen.

Argumenten om de vrouw eerst te leren masturberen, zijn de volgende:

- De kans om klaar te komen is bij masturberen groter dan bij de coïtus, nl. 93% van de vrouwen bereikt een orgasme bij het masturberen en 70 - 77% bij de coïtus (Kinsey e.a., 1953). Chilman (1974) stelt dat het regelmatig voorkomt dat vrouwen bij de coïtus anorgastisch blijven, terwijl vrouwen die masturberen of een homoseksuele relatie hebben vrijwel altijd klaar kunnen komen.
- Het orgasme bij het masturberen is technisch het eenvoudigst te realiseren (Lopiccolo & Lobitz, 1972). Bovendien zou het intenser zijn wat volgens genoemde auteurs een volgend orgasme weer zou faciliteren.
- Relatieproblemen spelen meestal een grote rol bij sexuele problemen (vgl. Schacht, 1977). Het verdient dan de voorkeur eerst een relatietherapie te starten. Ondertussen blijft de

- vrouw echter anorgastisch. Door een masturbatie-programma te starten, is de vrouw tegen de tijd dat een sextherapie begonnen wordt, in staat orgastisch te zijn.
- De vrouw kan nu niet langer als iemand met een gestoorde sexualiteit (niet kunnen klaarkomen) geëtiketteerd worden. De nog aanwezige sexuele problematiek is nu meer vanzelfsprekend een probleem van beiden.
  - Van Dijk en Van der Ploeg (1976) tonen aan dat de vrouw bij psychische problemen de neiging heeft haar stoornis te accentueren, terwijl de gezonde echtgenoot zijn gezondheid benadrukt. Ook deze ongewenste ontwikkeling wordt door het verkrijgen van de mogelijkheid om klaar te komen geblokkeerd.

*orijinist*

## 2. Het programma om te leren masturberen

Lopiccolo en Lobitz hebben een leerprogramma voor masturberen ontwikkeld. Dit programma bestaat uit maximaal 15 zittingen, waarbij de man in principe ook betrokken wordt.

Allereerst wordt informatie over masturberen verstrekt en de vaak afwijzende houding van het paar ten opzichte van masturberen bewerkt. Gedurende het programma bestaat er een coïtusverbod en zo de man reeds af en toe masturbeert, wordt hem aangeraden dit gedurende deze fase van de behandeling te blijven beoefenen. Op deze wijze beleven beide echtelieden tijdelijk gescheiden de sexualiteit.

De man wordt inzicht gegeven in de behandelingsstrategie, waarna een aantal zittingen met de vrouw alleen volgt (Lopiccolo doet deze therapie met een vrouwelijke co-therapeut; in deze fase vervolgt de mannelijke therapeut de contacten met de man, terwijl de vrouwelijke therapeut het masturbatie-programma afwerkt).

Er wordt stapsgewijs een programma doorgewerkt gedurende de volgende 9 wekelijkse zittingen. Op de 7e zitting wordt de behandeling weer met het echtpaar gezamenlijk voortgezet.

De behandeling bestaat uit de volgende stappen:

1. Inspectie van het naakte lichaam en de genitaliën.
2. Aanraking van de borsten en de genitaliën.

3. Localisatie van aangename gevoelens in de genitaalstreek.
4. Met de handen deze plaatsen wrijven volgens de aangeboden instructie.
5. Iedere dag 30 - 45 minuten manipuleren van deze "gevoelige" plekken, terwijl erotische fantasieën opgewekt worden of pornografische boeken en prenten worden bekeken.
6. Als er nu nog geen orgasme is bereikt, wordt de vibrator met glijmiddelen geïntroduceerd.
7. Nadat er eenmaal een orgasme is bereikt, masturbeert de vrouw in het bijzijn van haar man.
8. De echtgenoot maakt de vrouw klaar door manuele stimulatie (zie fig. 1)
9. Tenslotte wordt de coïtus uitgevoerd, terwijl de man de vrouw manueel blijft stimuleren. De coïtus dient plaats te vinden op een wijze dat de vrouwelijke genitaliën voor de man met de hand bereikbaar zijn (vgl. Masters & Johnson, 1970).

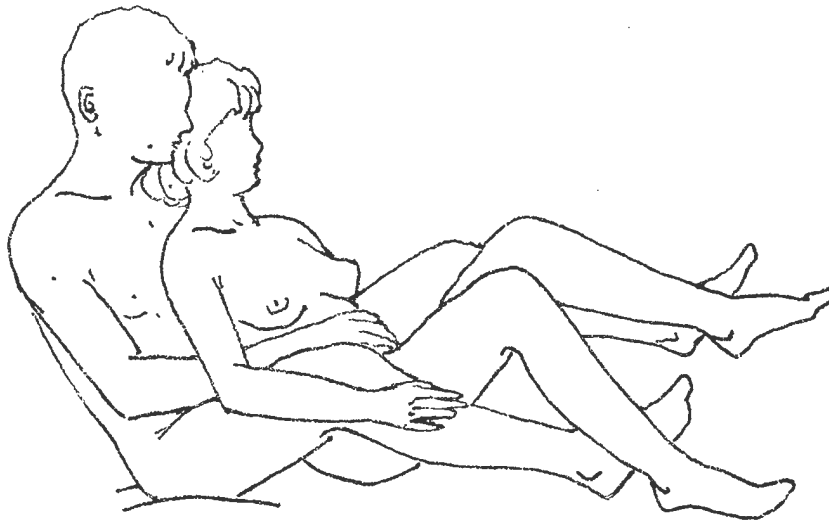


Fig. 1. ♂ maakt ♀ klaar. Voor tekst zie punt 2.8.  
(overgenomen van M. en J.)

3. De voorbeelden

De hier beschreven techniek is toegepast bij de cliënten die zich met de klacht anorgasmie aanmeldden.

a. Mevrouw Kantoor, 28 jaar oud, gescheiden, opnieuw gehuwd, heeft de volgende klachten: een volledige straatangst, angst voor de tandarts, paniekaanvallen, een slechte huwelijksrelatie, geen plezier in sex, een ernstig overgewicht en problemen met de opvoeding van het enige kind. In een 10 zittingen durend programma worden de hyperventilatieaanvallen, de straatfobie, de pedagogische problemen en het te zware gewicht met redelijk succes aangepakt. De relatie blijft echter probleemrijk, terwijl eerst nu blijkt dat ze niet alleen geen plezier in sex heeft, maar slechts éénmaal na alcohol gedronken te hebben, is klaargekomen. Dit heeft bij het eerste sexuele contact met haar huidige echtgenoot plaatsgevonden, ten tijde van het huwelijk met haar eerste man. De laatste jaren klaagt cliënte bovendien over een kramp in de onderbuik en benen wat regelmatig de coïtus onmogelijk maakt.

In overleg met het echtpaar wordt besloten het masturbatieprogramma uit te voeren. De volgende modificaties op dit programma zijn aangebracht:

1. Een zeer uitvoerige sexuele voorlichting, waarna het echtpaar een tweetal voorlichtingsboeken mee naar huis kreeg met de opdracht de relevante hoofdstukken te bestuderen.
2. Na de inspectie van de genitaliën wordt mevrouw Kantoor verzocht deze te tekenen.
3. Op deze tekening moet ze vervolgens de plaatsen die aangenaam aanvoelen met rood invullen. Daar cliënte gedurende de tweede stap geen aangename sensaties voelt, wordt haar gevraagd de plaatsen die het minst onaangenaam aanvoelen op de tekening in rood aan te geven.
4. Na de 4e stap krijgt zij na stimulering van de clitoris een eng gevoel. Dit wordt geïnterpreteerd als een uitstekend resultaat; als een voorbode van het klaarkomen

en zij wordt nog eenmaal met dezelfde opdracht naar huis gestuurd. Zij komt daaropvolgend tweemaal klaar. Vervolgens wordt het programma volledig afgewerkt. De vaginistische klachten blijken "spontaan" verdwenen te zijn.

Bij een follow-up na 6 maanden komt mevrouw Kantoor niet klaar bij de coïtus. De man maakt de vrouw met de handen klaar, waarna het echtpaar samenleving heeft. Beiden zijn tevreden met deze oplossing.

b.\* Mevrouw Haastig klaagt sinds het huwelijk negen jaar geleden, over bezwaren tegen de coïtus. Zij is nog nooit klaargekomen. Sinds enige maanden is zij nerveuzer geworden, heeft huilbuien en hyperventilatie-aanvallen. Ook zij krijgt het 9-stappen-programma aangeboden. Na het "vinden" van de prettige plaatsen weigert ze aanvankelijk deze plekken te prikkelen. Ze vraagt haar echtgenoot dat te doen. Aansluitend komt ze voor het eerst klaar. Op de volgende zitting wordt haar geadviseerd het toch ook zelf te leren. Ditmaal volgt zij het advies op en slaagt erin tot een orgasme te komen. Gedurende de verdere afwikkeling van het programma komt zij ook tijdens de coïtus klaar.

c.\* Anne v.d. Wind, 19 jaar, heeft een vaste vriend. Zij heeft nog nooit een orgasme beleefd. Bij de vijfde stap slaagt zij erin met behulp van een vibrator na 20 minuten orgastisch te worden.

Op verzoek van het paar wordt hierna de behandeling beëindigd; ze wensen de rest van het programma zelf uit te voeren.

d. Mevrouw Verstraal, een 38-jarige door het noodlot zwaar getroffen vrouw, was in behandeling voor een hyperventilatie-syndroom, depressieve buien en agressieve ontladingen. Ze was eenmaal, na haar kinderen met een hamer bedreigd te hebben, een viertal maanden in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen. Ze is gescheiden, maar heeft vrienden voldoende die haar ook in sexueel opzicht proberen te troosten. Sinds een viertal jaren is ze echter niet meer in staat klaar te komen bij de samenleving. Ook het masturberen lukt

\* Kliënten b en c werden door Anna Hinze behandeld.

niet meer. Op het moment dat dit probleem aan de orde komt, is de behandeling vrijwel afgesloten.

De therapeut vertelt cliënte over de publicatie van Lopiccolo en de 9-stappen-therapie. Dat spreekt cliënte aan en na een vakantie van de therapeut zal zij het masturbatieprogramma gaan uitvoeren. Voordat echter de afspraak plaatsvindt, belt cliënte met de mededeling dat de behandeling niet meer nodig is. Na het programma met de therapeut besproken te hebben, heeft zij in een sexshop een vibrator aangeschaft en met behulp van deze vibrator is zij erin geslaagd opnieuw orgastisch te worden.

4. Discussie

4.1 Sinds het werk van Lopiccolo <sup>\*</sup> bekend is, worden cliënten met klachten over anorgasmie met het 9-stappen-programma behandeld.

De vier cliënten die zich met deze problemen hebben aangemeld, zijn allen vrij snel van dit sexuele probleem afgeholpen. Deze ervaring wordt in de literatuur regelmatig aangegeven (vgl. Munjack, 1976). Lopiccolo & Lobitz (1972) vermelden bijvoorbeeld 100% succes. Ook bij behandelingen waarbij de instructies groepsgewijs aan de vrouwen werden gegeven, werd 91,6% van de 84 deelnemende vrouwen orgastisch (Barbach, 1974). Masters & Johnson (1970) vermelden een positief resultaat bij 81,7% van de 342 paren die met een conjoint-therapie behandeld werden.

4.2 Er wordt gesproken over primaire en secundaire anorgasmie, waarbij de primair anorgastische vrouw nooit eerder is klaargekomen en de secundair anorgastische vrouw er niet meer in slaagt klaar te komen, terwijl zij vroeger wel orgasmen gekend heeft. McGovern e.a. (1975) doen de suggestie primaire en secundaire anorgasmie verschillend te behandelen. Bij een klein aantal cliënten ( 6 primair anorgastische en 6 secundair anorgastische ) wordt bij de

<sup>\*</sup> Willem Hoogduin vestigde de aandacht op de programma's volgens Lopiccolo & Lobitz.

secundair anorgastische vrouwen een veel slechtere huwelijksrelatie gevonden. Zij stellen voor bij de secundaire anorgasmie een relatietherapie aan te bieden voordat het 9-stappen-programma afgewerkt wordt. Deze bevindingen - de slechte huwelijksrelatie bij secundaire anorgasmie - worden bijvoorbeeld door Munjack e.a. (1976) niet bevestigd. Vooral nog lijkt voor beide vormen van anorgasmie het 9-stappen-programma bruikbaar.

- 4.3 De in de inleiding genoemde praktische voordelen van een masturbatieprogramma boven een klassieke conjointtherapie spreken voor zich. Wanneer een vrouw door het masturbatieprogramma in staat is orgasmen te beleven, dan blijkt dit invloeden te hebben op veel gebieden buiten de sexualiteit. Barbach (1974) noemt een gestegen eigenwaarde, een toegenomen assertiviteit en een toegenomen bevrediging uit haar intieme relaties. McGovern e.a. (1975) noemen naast de toegenomen sexuele satisfactie een significante toeneming in "huwelijksgeluk".
- 4.4 Samenvattend kan gesteld worden dat de behandeling van anorgasmie grote kans op succes biedt. Het gevaar bestaat echter dat zowel bij de cliënt als bij de therapeut een "orgasme-jacht" ontstaat: geen coïtus is goed zonder orgasme. De Bruyn (1974) schrijft een leerzaam relativerend artikel over deze problematiek, waarbij een slotconclusie luidt: "Voor sommige vrouwen is het orgasme het criterium voor bevrediging, voor anderen niet en het beste criterium voor bevredigend vrijen is gewoon het antwoord op de vraag of je vrijen fijn en bevredigend vindt" (vgl. ook Lange, 1977). Terecht merkt zij danook op dat een sextherapie tot doel kan hebben: weer leren knuffelen. Aan de andere kant lijkt het onzinnig om een cliënte met anorgasmie een eenvoudige therapie om te leren orgastisch te worden, te onthouden. Wanneer zij eenmaal geleerd heeft wat klaarkomen is en hoe het te bereiken, kan ze zelf beslissen of ze het vrijen met een orgasme af wil sluiten of niet. Iemand die met het probleem van anorgasmie zit alleen maar leren knuffelen, lijkt een wat mager behandelplan.



Referenties

- Bruyn, G. de (1974): Klaarkomen is ook niet alles,  
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid
- Chilman, C.S. (1974): The psychosocial aspects of female  
sexuality, The Family Coordinator,  
23 (2), 123
- Dijck, R. Van & H v.d. Ploeg (1976):  
Patienten en hun partners: psychologisch  
onderzoek bij echtparen op een psychia-  
trische polikliniek, deel I en II,  
T. Psychiat. 18 (4), 291 en 18 (5), 355
- Hite, S. (1976): The Hite Report, Dell P.C., New York
- Kinsey e.a. (1953): Sexual behavior in the human female,  
Saunders, London
- Lange, A. (1977): Positief etiketteren, een aanvulling,  
T.D.T. 4 (4), 36
- Lopiccolo, J. & W.C. Lobitz (1972):  
The role of masturbation in the treatment  
of orgasmic dysfunction,  
Arch. of Sex. Beh. 2 (2), 163
- Masters, W.H. & V.E. Johnson (1970):  
Sexuele stoornissen bij man en vrouw,  
Manteau, Parijs
- McGovern, K.B., R.C. Stewart & J. Lopiccolo (1975):  
Secondary orgasmic dysfunction, I,  
Analysis and strategies for treatment,  
Arch. of Sex. Beh. 4 (3), 265
- Munjack, D. e.a. (1976): Behavioural treatment of orgasmic dys-  
function, a controlled study,  
Brit. J. Psychiat. 129, 497
- Munjack, D. & P. Kanno (1976):  
An overview of outcome on frigidity:  
treatment effects and affectiveness,  
Comprehensive Psychiat. 17 (3), 401

Schacht, H. (1977):

Sekstherapieën,

in: Helpen bij sexuele moeilijkheden,

Van Loghum Slaterus, Deventer

GELUKKIG VOND FREDDY HET GEEN PROBLEEM

---

Kees Hoogduin

In ons tijdschrift (No 4 (4), blz 36) beschrijft Freddy de behandeling van een echtpaar met een sexueel probleem. Dit probleem werd "door hen beiden gepresenteerd als een uitvloeisel van Marjans frigiditeit" (wat is frigiditeit toch ook alweer?). Na 18 zittingen werd de therapie beëindigd; "Vrijen ging nu plezierig. Marjan kreeg weliswaar geen orgasme tijdens het neuken, maar wel als Wiebe haar daarna met de hand stimuleerde. Zij vonden dat geen probleem en de therapeut ook niet." Freddy vermeldt hier uitdrukkelijk dat hij het geen probleem vond dat dit paar deze vorm van vrijen bevredigend vond en hij refereert hierbij het artikel van Bruyn (1973): "Klaarkomen is ook niet alles."

De toevoeging "en de therapeut vond het ook geen probleem" verdient echter de aandacht. Waarom staat deze opmerking daar? Wordt hiermee misschien bedoeld dat de therapeut het vroeger een probleem vond en nu niet meer, of vond hij het wel een probleem maar had hij een beetje genoeg van dit paar? Stel je voor dat de therapeut het nog wel een probleem vond? Wat zou dat niet betekend kunnen hebben voor het gelukkige paar dat de sexualiteit tevreden beleefde?

1. De therapeut vindt de behandeling pas geslaagd als de vrouw tijdens het coïteren orgastisch wordt: gevolg: coïtusverbod, stapsgewijs uit te voeren oefenprogramma's en eventuele plaagtechniek.
2. De therapeut vindt de behandeling pas geslaagd als het echtpaar bij het coïteren tegelijkertijd orgastisch wordt: gevolg: ook hier een coïtusverbod, oefenprogramma's en tenslotte uitgebreide monitoring-procedures gecombineerd met vertraging- en versnellingsstechnieken.

In beide gevallen is succes niet uit te sluiten, maar gelukkig vond Freddy het geen probleem.

De hemel staat cliënten bij wier therapeut het wel een probleem vindt!

Referenties

Bruyn, G. de (1973) Klaarkomen is ook niet alles,  
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid

Lange, A. (1977) Positief etiketteren, een aanvulling,  
Tijdschrift Directieve Therapie 4 (4), 36

Afleiding

Alfred Lange & Kees van der Velden

1. Inleiding

In een vorige aflevering van TDT beëindigde Lange zijn bijdrage met de zin: 'je zou bijna gaan denken dat therapie één gigantische afleidingsmanoeuvre is geworden' (Lange, 1976a). Naar ons idee is 'afleiding' inderdaad één van de meest populaire niet-officiële therapiekoncepten. Het zoeken van afleiding is waarschijnlijk één van de meest frekwent gegeven adviezen aan mensen in moeilijkheden.

Officiële therapeuten voelen, voorzover ons bekend, niet zoveel voor het begrip 'afleiding'. Haley (1963) beschrijft bijv. hoe Erickson een patiënt met een liftfobie onder hypnose de opdracht gaf een bepaald adres op te zoeken. Op weg daarheen zou hij bijzonder gefascineerd zijn door de sensaties in zijn voetzolen. Later ontdekte de patiënt dat hij op zijn tocht gebruik had gemaakt van een lift. Haley betoogt dan dat niet afleiding ('distraction of attention') het wezenlijke element in de therapie was, maar het feit dat de patiënt zich in de lift anders gedroeg dan in het verleden het geval was: 'If the person is behaving differently he is feeling differently'. Deze uitspraak sluit nauw aan bij de axioma's uit de zelfperceptietheorie (vgl. Lange, 1977 a).

Zelfs al zou afleiding niet het wezenlijk element zijn geweest, dan nog mag men stellen dat het de afleiding was die het beoogde andere gedrag mogelijk maakte.

Ook Wolpe maakte, zonder deze term overigens te gebruiken, gebruik van afleiding. Zoals bekend (vgl. Wolpe, 1958) had hij het idee, dat angst en relaxatie onverenigbare responsen zijn, zodat het induceren van ontspanning onder bepaalde omstandigheden tot afname van angst moet leiden. De hierop gebaseerde methode van systematische desensitizatie is jarenlang door veel gedragstherapeuten met veel energie toegepast. De populariteit van de methode zal waarschijnlijk verklaard moeten worden uit de strakke opzet met bijpassende precieze - ietwat technologische - instructies, zodat therapeuten denken te weten wat zij met hun cliënten moeten doen. Uit diverse onderzoeken van de laatste jaren blijkt

-b-

echter dat deze tijdrovende, saaie, aanpak waarin een conscientieus opgebouwde hiërarchie essentieel zou zijn, geen superieure bijdrage geeft voor de behandeling van angstverschijnselen. Goldfried & Goldstein (1977) tonen zelfs aan dat bij 'systematische desensitizatie' (kan men daarvan nog wel spreken?) ontspanning geen wezenlijke element is. Al eerder was bekend dat de volgorde waarin de angst-situaties wordt opgeroepen niet belangrijk is. M.a.w. men kan even goed met de meest angstige situatie beginnen als met de meest gemakkelijke (vgl. Meichenbaum, 1974). De theoretische onderbouw die Wolpe aan systematische desensitizatie heeft gegeven komt daarmee behoorlijk op de tocht te staan. De vraag is dan gewettigd hoe het komt dat patiënten dan toch van hun angsten afkomen. Met andere woorden: waardoor werkt een (on)systematische desensitizatie? Ook hier zou het antwoord weleens 'afleiding' kunnen luiden. Wij willen niet beargumenteren dat dit antwoord volledig afdoende is. Wel willen wij de gedachte poneren dat afleiding een hulpmiddel kan zijn waardoor de cliënt in staat wordt gesteld zich in een voor hem bedreigende situatie anders dan op de symptomatische wijze te gedragen. De positieve gevolgen van dit nieuwe gedrag kunnen verder verklaard worden met behulp van zowel de zelfperceptietheorie als ingepast worden in de 'Haleyaanse' aanpak.

Ter illustratie geven wij in de volgende paragraaf enkele voorbeelden van interventies, die allen één aspect gemeen hebben. De cliënt krijgt een opdracht die, mits uitgevoerd, tot gevolg heeft dat zijn aandacht niet in dezelfde mate als voorheen op zijn klachten gericht kan zijn. De voorbeelden zijn voor een groot deel afkomstig van gevallen die in TDT al eerder zijn beschreven, maar op een andere manier werden belicht.

## 2. Voorbeelden

### 2.1 De vrouw met een liftfobie

In 'Wie een kuil graaft voor een ander ...' (Lange, 1977 b) wordt Gerda beschreven, die onder andere last had van een lichte vorm van liftfobie. De behandeling kreeg een onverwacht succesvol einde nadat tijdens een in scène gebrachte 'flooding'situatie de lift werkelijk onklaar raakte. Gerda die geloofde dat er sprake was van boze opzet bij de therapeut,

werd zo kwaad dat zij vergat dat zij angstig behoorde te zijn. Dit was de genadeslag voor haar fobie. Door de afleiding had zij gemerkt dat angst in een lift niet een onverbrekkelijk met haar verbonden eigenschap was.

### 2.2 De vrouw met vliegangst

Dezelfde Gerda als hierboven beschreven had ook last van angst voor vliegen. De therapeut die inmiddels aan de weet was gekomen dat zij van spannende detectives hield, gaf haar bij de eerste naderende vliegreis de instructie om een week van tevoren te beginnen een spannend boek (over de maffia) te lezen. Halverwege zou zij ermee ophouden. De tweede helft zou bewaard worden voor de vliegreis. De bedoeling was duidelijk. De concentratie op het boek zou haar moeten afleiden van de angst tijdens het vliegen. Zoals beschreven in het voornoemde artikel, had de opdracht niet het beoogde effect. Het was andersom gegaan. De angst was blijven overheersen en zij had niet lekker gelezen. Waaraan dit gelegen heeft was niet duidelijk. Misschien was het verkeerde boek gekozen (niet spannend genoeg, of zelfs angstverwekkend). Misschien was de inductie van de opdracht niet suggestief genoeg geweest. In de discussie komen wij hierop nog terug.

### 2.3 De man met straatvrees

Frits had meerdere klachten, waaronder een forse straatfobie. De therapeut die wist dat Frits veel van fotograferen hield, adviseerde hem om al die plaatsen te gaan fotograferen waar hij doodsbenauwd voor was. In een later stadium, zo motiveerde de therapeut de opdracht, zouden de dia's die hij gemaakt had gebruikt kunnen worden doordat hij zou gaan leren zich te ontspannen bij de projectie ervan in de volgorde van de angsthierarchie. De cliënt ging op zaterdagmiddag de stad in en maakte bijzonder geslaagde opnamen van de meest moeilijke situaties. Van angst was geen sprake. Integendeel, hij had de indruk gehad dat het winkelende publiek bewonderend had gekeken naar de zo professioneel ogende fotograaf. Daarvan had hij zeer genoten. De systematische desensitizatie die de therapeut in het vooruitzicht gesteld had kreeg hierdoor een stevige start en kon met succes afgewerkt worden.

#### 2.4 De kunstminnende dame

Mevrouw van Gelder had straatvrees, met name in afbraakbuurten met oude woningen. Nieuwbouw was om de een of andere reden minder angst-aanjagend. Mevrouw van Gelder hield ook zeer van kunst, met een lichte hang naar snobisme. Ten tijde van de therapie golden de zogenaamde materieschilders (vgl. De Gruyter, 1965) als bijzonder modern. Hun werk vertoonde opmerkelijke overeenkomsten met geologische structuren en muren uit afbraakbuurten. Mevrouw van Gelder werd op deze overeenkomst attent gemaakt en gestimuleerd om enige literatuur over deze schilders te raadplegen. Vervolgens kreeg ze de opdracht om de afbraakbuurt waar ze doorheen moest gedetailleerd te vergelijken met de produkten van diverse materieschilders (voor de geïnteresseerden: Dubuffet, Wagemaker, Tapiès, Fautrier, e.d.). Al snel vond ze het een waar genoegen om te wandelen door straten die door zulke prachtige anonieme kunstwerken werden gemarkeerd. Haar straatvrees verminderde. Aan totale reductie kon helaas, door vertrek van de therapeut, niet verder gewerkt worden.

#### 2.5 Man met tic

In TDT, 3 (8) wordt een therapie beschreven met Bram die vanaf zijn 13e jaar last had van een tic, in de vorm van het frekwent dichtknijpen van zijn ogen (vgl. Lange, 1976 b). De essentie van de behandeling bestond uit het toepassen van de gedachte dat iemand niet tegelijkertijd scherp kan observeren en met zijn ogen knippen. De therapeut gaf Bram daarom diverse observatie- en tekenopdrachten. Geleidelijk aan leerde hij om ook zonder opdrachten zijn omgeving sterker dan voorheen te observeren en het oogknippen werd gereduceerd tot een voor iedereen aanvaardbaar niveau.

Als er ergens een duidelijke link is met reciproke inhibitie dan is het in dit voorbeeld, dat gebaseerd is op een door Azrin & Nunn (1973) gepropageerde methode welke tot doel heeft responsen die strijdig zijn met de tics te versterken.

Naast 'reciproke inhibitie' kan men echter ook hier van afleiding spreken.



## 2.6 Vrouwen met minderwaardigheidsgevoelens/kontaktangst

Liesbeth en Victor zijn in relatietherapie omdat Liesbeth zegt affektief en sexueel niets meer voor Victor te voelen. Verder blijkt dat Liesbeth zichzelf lichamelijk onaantrekkelijk vindt (teveel lichaamshaar en te kleine borsten). Bovendien beschouwt zij zichzelf sociaal als een mislukkelinge. Zij doet niets (alleen huisvrouw); maakt geen opleidingen af; voedt de kinderen niet goed op, en verwaarloost het huis.

De therapeut zegt niet aan de sexuele problemen te willen werken (judo). Hij kan niet met oefeningetjes gevoelens bij Liesbeth losmaken, die er momenteel niet zijn. Er zijn wel andere dingen in hun relatie waaraan ze kunnen werken (langs elkaar heen leven, niet uiten van irritaties etc.). Op het moment dat Liesbeth er behoefte aan heeft zullen ze eventueel iets aan de sexualiteit gaan doen. In de tussentijd zal ook aandacht gegeven worden aan de minderwaardigheidsgevoelens van Liesbeth.

Liesbeth en Victor gaan akkoord met de voorstellen van de therapeut. Over de relatietherapie zullen wij hier niet uitweiden. Het gaat ons nu vooral om de aanpak van de minderwaardigheidsgevoelens. Nadat wat graafwerk in het verleden niets had opgeleverd besloot de therapeut het in het heden te zoeken. Hij gaf Liesbeth de volgende opdrachten. Zij zou de komende week op geen enkele manier proberen een contact met iemand anders (buiten Victor) te leggen. Met 'contact' werd iets bedoeld als 'een goed gesprek', 'een gevoel van elkaar begrijpen', etc. In plaats daarvan zou zij in iedere sociale situatie (ook aan de telefoon) waar zij bij betrokken was, scherp observeren hoe de ander het er van afbracht; wat die ander voor scherpzinnigs of stoms te berde bracht; hoe die ander keek, etc. Steeds na afloop van een gesprek zou zij de resultaten van haar observaties opschrijven. De tweede opdracht was geheel anders. Zij zou elke avond een tijdsschema maken voor werkzaamheden in huis. Dit schema mocht niet meer dan twee uren bevatten. De volgende dag zou zij die twee uren (en geen minuut langer) op de door haarzelf vastgelegde wijze gebruiken. De bedoeling van de eerste opdracht is duidelijk. Het observeren zou Liesbeth afleiden van de sociale angst. Door naar de ander te kijken kan zij niet tegelijkertijd naar zichzelf kijken. In de volgende zitting bleek dat Liesbeth zich prima aan deze opdracht had gehouden. Het had haar moeite gekost om in sommige situaties niet zelf werkelijk betrokken te geraken, maar het had haar veel opgeleverd. Zij had ontdekt hoe stuntelig

en weinig briljant allerlei mensen waar zij tot nog toe hoog tegen had opgekeken communiceerden. Dit had haar zelfvertrouwen aanmerkelijk doen toenemen. Afgezien van de afleiding was er dus nog iets gebeurd. Haar aspiratieniveau op het gebied van sociale vaardigheden, dat tot nog toe veel te hoog was geweest, was door het observeren van de anderen, teruggebracht tot redelijk haalbare proporties.

De tweede opdracht had rechtstreeks hierop betrekking. Door in kleine stappen programmapunten uit te voeren leerde zij zichzelf kleinere haalbare en daardoor belonende doelen te stellen.

Na een paar weken met deze opdrachten en licht sleutelen aan de relatie voelde Liesbeth zich steeds lekkerder in haar vel en kwam zelf met de wens naar voren om de sexualiteit (er was een neukverbod) aan te pakken. Hulp van de therapeut bleek op dit punt nauwelijks meer nodig.

In een latere therapie werd de observatie-opdracht gerepliceerd. Rachel (oorlogsslachtoffer) had klachten die vergelijkbaar waren met die van Liesbeth. Alles op de oorlog schuiven en daarover praten had tot nog toe weinig geholpen. De therapeut gaf haar ook de opdracht om geen kontakten te leggen en daarentegen scherp te observeren. De opdracht werd niet goed uitgevoerd. Rachel vond het te moeilijk. Zij ging zo in de gesprekken op dat het niet lukte. Herhaling van de opdracht bracht niets nieuws. De therapeut besloot tot een andere aanpak. Hij liet Rachel die situatie uitzoeken die het meest bedreigend voor haar was. Het bleek dat zij vooral bang was voor feesten/partijen, etc. Dagen van tevoren was zij dan nerveus. In overleg met de therapeut werd een feest uitgezocht waar zij naartoe zou gaan met de opdracht om die avond zo onaangenaam mogelijk tegen iedereen te doen. Deze opdracht werd wel een succes. Hoewel zij het idee had dat zij allerlei mensen diep beledigd en gegriefd had, had iedereen tegen haar gezegd dat zij zo lollig en gezellig was geweest. De opdracht werd enkele keren met succes herhaald. De therapie werd daarop snel beëindigd. Op de laatste zitting kwamen nog wel wat onvredes naar voren, maar Rachel vond zelf dat zij daarover verder niet moest zeuren. Teneinde de overgang naar het therapieloze tijdperk nog wat extra gewicht te geven werd afgesproken dat Rachel een racefiets zou kopen en daar iedere dag minstens één uur op zou trainen. De therapeut zou haar bij de aankoop behulpzaam zijn door mee te gaan naar een fietswinkel. Dat gebeurde, maar leverde niet meteen een fiets op. Uiteindelijk kwam zij echter een maand later

op een weekend vol trots een prachtige Gazelle (met Reynolds buis, voor de kenners) tonen. Zij traint tegenwoordig dat de stukken er van af vliegen. Aan beschouwingen over minderwaardigheidsgevoelens heeft zij weinig behoefte meer.

2.7 Bij de tandarts

Oudshoorn (1974) beschrijft hoe hij zijn vrees voor de tandarts op de volgende manier weet te bestrijden. Eenmaal in de stoel gezeten staart hij naar twee vlekjes op het plafond, "voorbij het hoofd van de tandarts, die je niet aan mag kijken. Dan moet je die twee puntjes naar elkaar toe duwen en proberen ze op elkaar te krijgen. Ze hebben de neiging terug te schieten, maar dan moet je opnieuw beginnen. Ondertussen is de tandarts, naar je gevoel, met de mond van iemand anders bezig, want jij bent daar niet, jij bent helemaal bij die vlekjes". Door op deze wijze in trance te gaan slaagde Oudshoorn er niet alleen in zichzelf maar ook een jonge cliënt van overmatige vrees voor de tandarts te verlossen.

2.8 Fobie voor winkels - het Mies-Bouwman advies

Mevrouw Paars, met haar winkelfobie al eerder in TDT ten tonele gevoerd (vgl. Van der Velden, 1976), liet weten dat zij enige boodschappen bij V & D zou willen doen. Ter voorbereiding werd met haar en haar man afgesproken dat zij zich gezamenlijk 's morgens vroeg zouden opstellen bij de zuid-ingang van dit grootwinkelbedrijf. Aan mevrouw werd gesuggereerd dat ze zich op dat moment zeer gespannen en angstig zou voelen. Om dit te bestrijden werd haar aangeraden haar man stevig in de arm te knijpen. Vervolgens zou het paar met een noodgang dwars door het warenhuis lopen (draven mocht ook), rechtstreeks naar de uitgang-noord. Het paar zou hierbij de afdeling sieraden passeren - de afdeling waarnaar mevrouw Paars het meest nieuwsgierig was - maar zij mochten daar niet blijven staan. Bovendien kreeg mevrouw Paars de opdracht om zoveel mogelijk indrukken van artikelen in zich op te nemen en die naderhand op te schrijven, vergelijkbaar met hetgeen indertijd geschiedde in "Eén van de Acht", een bekende TV-quiz van Mies Bouwman.

Zoals van deze zeer koöperatieve vrouw verwacht mocht worden deed zij haar uiterste best om zoveel mogelijk spullen waar te nemen, hetgeen ertoe leidde dat zij haar man moest manen niet zo snel te lopen, in het bij-

zonder in de nabijheid van de parel-afdeling. Van angst was begrijpelijkerwijs geen sprake geweest. De generalisatie van deze situatie naar andere voormalig fobische situaties werd bewerkstelligd met behulp van methoden die weliswaar van geval tot geval verschilden, maar hetzelfde achtergrond-principe hadden.

2.9 Het positief labelen van depressies

Mevrouw Postma had een groot aantal depressieve klachten, die samenhangen met het feit dat zij haar 'ideaal-ik' een passieve, afhankelijke rol voorschreef, waarbij zij steeds in de weer was om haar man te plezieren. Zij had een soort 'kortjakje'-syndroom, d.w.z. door de week had zij klachten, maar in het weekend, wanneer de toegewijde echtgenoot thuis was, voelde zij zich prima. Diverse pogingen om mevrouw Postma tot een iets aktievere houding te brengen waren gestrand. Op een gegeven moment deelde de therapeut haar mede dat haar klachten voortvloeiden uit het feit dat zij zo'n uitstekende ouderwetse goeie huisvrouw was, zoals er tegenwoordig nog maar weinig bestaan. Een steeds wanneer mevrouw zich somber voelde mocht zij zich met trots realiseren dat haar klachten daaruit voortvloeiden. Deze notie leidde uiteraard in hoge mate af van de depressieve gevoelens die zij had. Sterker, het was haar nu onmogelijk om op de vertrouwde wijze depressief te zijn.

3. Diskussie

1. Wij hebben met de hierboven beschreven gevallen geen volledigheid betracht. Er zijn nog talloze voorbeelden te geven van geslaagde momenten van afleiding. Men denke aan het bekende oplossen van kruiswoordpuzzels in afwachting van angstaanjagende gebeurtenissen, en aan het trekken aan de om de pols gehangen elastiek bij dwanggedachten. Monitoring heeft bijna altijd een afleidende komponent. Lange (1977 c) beschrijft een vrouw die zichzelf en haar man doldraaide met paranoide gedachten; 'Zware' monitoring, d.w.z. bij elke dwanggedachte apart gaan zitten en drie kwartier schrijven bracht het veranderingsproces op gang. De afleiding had daarin waarschijnlijk een belangrijk aandeel.

RVD aflees op regel. met aantal op de  
preciesheid nu in de die kunstenaar  
is gebouwd = die ritmische

Bij symptoom voorschrijven speelt afleiding ook een grote rol. Men kan nu eenmaal niet op de oude vertrouwde wijze de symptomen over zich laten komen en tegelijkertijd het symptoomgedrag bewust opvoeren. Dat laatste leidt af van het eerste. We zagen daarvan een voorbeeld bij Rachel, in par. 2.6. Zelfs als het symptoom niet werkelijk wordt voorgeschreven, maar de cliënt - met behulp van een nieuwe positieve etikettering ervan (vgl. Van der Velden e.a., 1977) - wordt aange-moedigd zich er niet tegen te verzetten, kan er sprake zijn van der-mate veel afleiding dat het symptoomgedrag verdwijnt. Een voorbeeld daar-van is de in par. 2.9 beschreven therapie met mevrouw Postma.

2. De hierboven genoemde voorbeelden hebben gemeen dat de cliënt ge-bracht wordt tot een activiteit die tegelijk met het symptomatische gedrag dient te worden uitgevoerd. De vraag die nu rijst, is waar een op afleiding gerichte opdracht aan moet voldoen teneinde het sympto-matische gedrag te doen afnemen. Op dit moment kunnen wij die vraag niet volledig beantwoorden. Verdere analyse van meer voorbeelden is daarvoor nodig. Wel zouden wij als criterium willen poneren, dat de afleidingsopdracht in direkte relatie dient te staan tot het symptoom-gedrag. Dat de opdracht om het maffia-boek te lezen geen reductie van vliegangst bij Gerda (par. 2.2) teweeg bracht, kan misschien verklaard worden door het feit dat er geen direkte band tussen 'vliegen' en 'lezen' was. In dit licht bezien is het oplossen van kruiswoordpuzzels vaak wel een goedbedoeld, afleidend advies, maar mag toch voorspeld worden dat het vaak niet zal helpen.

Van een relatie tussen het afleidende element en het symptomatisch ge-drag kan op twee manieren sprake zijn. Ten eerste, door een puur fysieke tegenstrijdigheid, zoals het observeren door de man-met-tic (par. 2.5). Ten tweede, doordat de afleidingsopdracht tot gevolg heeft dat het symptomatisch gedrag een andere kontekst krijgt. Dit is het geval in de meeste op monitoring en symptoom voorschrijven gebaseerde opdrachten. Een tweede criterium waaraan afleidings-opdrachten moeten voldoen zou kunnen zijn, dat de afleiding in specifieke termen moet zijn geformu-leerd. D.w.z. de cliënt moet het gevoel hebben een prestatie te moeten leveren waarvan het resultaat controleerbaar is. In de hierboven gegeven voorbeelden is dat steeds het geval, behalve bij de vliegangst van Gerda. Zij moet alleen maar lezen. Dat kan op vele manieren en er is geen eind-

doel gesteld. Het was misschien beter geweest als zij de opdracht had gekregen het boek uit te lezen en er een samenvatting van te schrijven. Misschien is het overbodig, maar het lijkt toch nuttig er nog de nadruk op te leggen dat afleidings-adviezen waarschijnlijk alleen effect sorteren wanneer de therapeut bij de cliënt een afdoende mate van geloofwaardigheid heeft opgebouwd. Evenals bij andere interventies, waarin de suggestieve komponent een belangrijke rol speelt, is vertrouwen en acceptatie van de cliënt t.o.v. de therapeut hier een noodzakelijke voorwaarde.

3. Tot nog toe hebben wij vooral het moment en de onmiddellijke gevolgen van afleiding - reductie in symptomatisch gedrag - ter discussie gesteld. Wij willen hieraan toevoegen dat afleiding, ons inziens, over het algemeen niet tot het volledig verdwijnen van de klachten zal leiden. Wel kan het leiden tot een doorbraak, waardoor nieuw gedrag mogelijk wordt. Dat heeft veranderingen in het zelfbeeld tot gevolg, hetgeen op eigen kracht of met behulp van aanvullende gedragsopdrachten kan leiden tot blijvende en meer volledige reductie in het klachtenpatroon. Bij de 'paranoïde' vrouw, die hierboven even ten tonele werd gevoerd, was de afleiding beslist niet genoeg. Daarnaast was het nodig dat de therapeut haar en haar man hielp tot een nieuw positiever interactiepatroon te komen. Voor Frits (par. 2.3) was het fotograferen het startpunt van een geslaagde systematische desensitizatie. Bij Liesbeth (par. 2.6) was het nodig aan de afleidingsopdracht ander ('congruent') huiswerk te verbinden. Bij Rachel (par. 2.6) was het minder duidelijk. Misschien waren de afleiding en de daaropvolgende veranderingen in de manier waarop Rachel zichzelf waarnam genoeg geweest. Het zekere voor het onzekere nemend koppelde de therapeut aan het afsluiten van de therapie nog het 'racefiets'-advies. Afleiding en op nieuwe zelfperceptie gerichte opdrachten liggen in de hier gepresenteerde volgorde in elkaars verlengde.

Literatuur

- Azrin, N.H. & R.G. Nunn (1974): A rapid method of eliminating stuttering by a regulated breathing approach. *Behav.Res. & Therapy*, 12, 279-286.
- Haley, J. (1963): *Strategies of Psychotherapy*. Grune & Stratton. N. York.
- Goldfried, M.R. & A.P. Goldfried (1977): Importance of hierarchy content in the self-control of anxiety. *J.consult.clin.Psychol.*, 45 (1) 124-134.
- Gruyter, W.J. de (1965): Materieschilders. *Museum journaal*, 10 (2/3) 34-43.
- Lange, A. (1976 a): Afleiding, posthypnotische suggestie en een dubbele fobie. *TDT*, 3 (2) 40-46.
- Lange, A. (1976 b): Behandeling van een man met een tic. *TDT*, 3 (8) 14-26.
- Lange, A. (1977 a): Het gebruik van symbolen en het toepassen van de zelf-perceptietheorie. In K. van der Velden (red.): *Direktieve Therapie*. Van Loghum Slaterus. Deventer.
- Lange, A. (1977 b): 'Wie een kuil graaft voor een ander ....'. In K. van der Velden (red.): *Direktieve Therapie*. Van Loghum Slaterus. Deventer.
- Lange, A. (1977 c): *Gedragsveranderende Gezins en Relatie Therapie*. In Orlemans e.a. (red.): *Handboek voor Gedragstherapie*. Van Loghum Slaterus. Deventer. (in druk)
- Meichenbaum, D. (1974): *Cognitive Behavior Modification*. Gen.Learning Press. Morristown. N. Jersey.
- Oudshoorn, D.N. (1975): Pim of Hart onder de riem van directieve therapeuten die een moeilijk geval te behandelen krijgen. *TDT*, 3 (1) 15-17.
- Velden, K. van der (1976): Een eenvoudig hulpmiddel bij de bestrijding van de vrees voor winkels. *TDT*, 3 (8) 11-13.
- Velden, K. van der, O.van der Hart & R. van Dijck (1977): Positief etiketteren. *TDT*, 4 (3) 68-82.



Kees van der Velden

1. Inleiding

Verandering wordt niet altijd toegejuicht. Van Dijck (1977) geeft aan hoe veranderingen door middel van symptomatisch gedrag tegengehouden kunnen worden ('De klok terugzetten'); Lange & Van der Hart (1975, par. 5.14.3) wijzen op de meer conventionele methoden waarmee de 'omgeving' vooruitgang kan obstructeren.

In dit artikeltje wordt betoogd dat verzet tegen verandering soms doorbroken kan worden door de saboteur een *mooi cadeau plus dankbare toespraak* te geven. Ook in het bedrijfsleven heeft deze handelwijze al menigmaal zijn nut bewezen.

De overigens niet steeds even toepasselijke voorbeelden zijn voor het grootste deel ontleend aan de praktijk van collega's en supervisanten. Vandaar dat ik me soms kwalificaties als 'de zeer goede therapeut' veroorloof. Die slaan niet op mezelf.

2. Voorbeelden

2.1. De vermoeide vrouw

Mevrouw Gardeniers is 38 jaar en kan lezen noch schrijven. Ze is tweemaal gehuwd geweest en even vaak gescheiden. Ze heeft twee kinderen, die beiden via een maatregel van de kinderrechtter in een pleeggezin resp. kinderrhuis geplaatst zijn. Mevrouw heeft heel veel lichamelijke klachten, die alles bijeen toch niet een reeds bekend ziektebeeld vormen. Onwel worden, slappe benen en vermoeidheid vormen wel de kern van het syndroom.

Haar maatschappelijk werkster (of beter: de maatschappelijk werkster van de voogdijvereniging) vraagt of de therapeut cliënte zou willen 'zien', speciaal om te beoordelen of gezinsverzorging hier soelaas zou kunnen brengen.

Bij het eerste gesprek blijkt dat mevrouw het bitter oneens is met de uithuisplaatsing van haar jongste kind. Verder dat ze een meer dan treurige jeugd achter de rug heeft. Vervolgens dat ze nergens meer toe komt en ten slotte dat haar van alles beloofd wordt zonder dat ooit een van deze beloften wordt ingelost. Zo is haar ooit een psychiatrische opname beloofd (!) zonder dat die is doorgegaan; haar is beloofd dat ze haar jongste kind terug zou krijgen zonder dat dit geschiedde en nu is haar weer gezinsverzorging toegezegd, wat ook wel weer niet

zal doorgaan.

Inderdaad ziet de therapeut weinig heil in gezinsverzorging. Wel is hij bereid met een vrijwilligersorganisatie te overleggen of iemand mevrouw zou willen helpen bij een op handen zijnde verhuizing.

Een goedwillende vrijwilliger wordt bereid gevonden zich voor de zaak in te zetten en de therapeut geeft hem cliënte's adres.

Enkele weken later belt de maatschappelijk werkster de therapeut op met de vraag wat nu eigenlijk zijn indruk was van het geval. De therapeut adviseert haar niet zoveel met cliënte te praten, maar haar te complimenteren met haar doorzettingsvermogen en haar bijv. eens een cadeau te geven. (De maatschappelijk werkster ging er nl. zowat elke week langs en, miskennend dat cliënte hoogstwaarschijnlijk toch wel debiel genoemd moest worden, trachtte daarbij cliënte's ambivalente gevoelens 'bespreekbaar te maken'.)

Het advies was als mosterd na de maaltijd.

De vriendelijke vrijwilliger was nl. nooit op komen dagen en de maatschappelijk werkster had zelf maar een dag vrij genomen om bij de verhuizing te assisteren. Ten slotte had zij mevrouw Gardeniers een grote bos dahlia's gegeven en haar gecompimenteerd met haar vechtlust.

Cliënte had daarop aangegeven dat zij de frequente bezoeken van de maatschappelijk werkster niet (meer) nodig vond. De lichamelijke klachten waren aanzienlijk verminderd en zij wilde nu bij zichzelf de opvoedkundige condities aanbrengen waaronder haar jongste kind zou kunnen floreren.

De laatste berichten luiden dat dat kind inderdaad weer kan worden teruggeplaatst.

### 2.2. De klagende weduwe

Mevrouw Van Leeuwen is een 62-jarige weduwe, die klaagt en klaagt, met name sinds ook haar jongste zoon het huis dreigt uit te gaan. In alles voelt zij zich miskend, niemand waardeert haar enzovoorts. De liefhebende zonen mijden haar in toenemende mate en ook voor de rest van de familie is het gezeur niet erg attractief. Dan wil cliënte een psychiater.

Eenmaal aangemeld krijgt zij een zeer goede therapeute, die evenwel geen psychiater is. (Dat kan.) Deze therapeute arrangeert gesprekken met cliënte en haar zonen, maar dat verhindert niet dat mevrouw Van Leeuwens 'cry for love' almaar aversiever wordt.

De therapeute vraagt een collega om raad. Deze geeft het volgende advies: laat de zonen zeer frequent zeer kort bij hun moeder op bezoek gaan en

laat ze dan enkele malen een cadeau voor haar meenemen, dat ze onder het uiten van zinnen als 'Omdat je zo'n fijne moeder bent' aan haar overhandigen.

De therapeute zag er wel wat in, maar de jongens niet. Ze hadden nu wel meer dan genoeg voor het 'rotwif' gedaan.

Mevrouw Van Leeuwen verbrak het contact met haar therapeute. Enkele maanden later belde ze op om te vertellen dat het uitstekend ging. Ze was naar een *psychiater* gegaan en die had haar medicijnen gegeven die geweldig hielpen.

2.3. De afhankelijke dochter

Mevrouw De Ruiter is 23 jaar, ongehuwd en werkt als kleuterleidster. Hoewel ze een eigen flatje heeft verblijft ze erg veel bij haar ouders, vnl. vanwege fobische klachten.

Haar moeder brengt haar naar de therapeute. Deze besluit cliënte niet 'Nellien' te noemen -zoals eerdere hulpverleners hadden gedaan-, maar 'mevrouw De Ruiter'. Moeder wordt buiten de deur gezet. (Nu ja, moeder wordt gevraagd buiten even te wachten.)

Niet al te ingewikkelde gedragstherapeutische instructies leveren snel verbetering op, maar dan lijkt het voor de ouders toch wel erg moeilijk te worden hun (niet helemaal onlosbandige) dochter los te laten.

Cliënte krijgt het volgende advies. Zij zal een fraai en duur cadeau kopen voor haar ouders. Zij zal dit cadeau aan haar ouders overhandigen nadat ze een toespraak tot haar ouders gehouden heeft met ongeveer de volgende strekking: 'Lieve vader en moeder. In de achterliggende jaren bent U mij van onschatbare hulp geweest. Hoewel ik naar leeftijd volwassen genoemd mocht worden, verhinderden tal van angsten mij mij overeenkomstig mijn leeftijd te gedragen. Nooit hebben jullie je hierover beklagd. Integendeel, steeds hebben jullie mij terzijde gestaan. Nu is het moment gekomen waarop ik U beiden hartelijk wil danken hiervoor...' Volgt overhandiging geschenk.\*)

Cliënte verzette zich nogal hevig. Ze gaf haar ouders al regelmatig cadeaus, het geld groeide niet op de rug enz. Evt. wilde ze wel een etentje geven.

Van dat etentje kwam niets. Twee maanden later wordt ze opnieuw gebracht, zij het ditmaal door vader. (Misschien leent zich dat nog wel voor een positief label.)

\*) J. van der Linden, psychiater, suggereerde in dit geval dat cliënte haar ouders een *koekoeksklok* zou kunnen geven. Het uurlijks terugkerende 'koekoek' zou dan door de ouders in 'Ik ben jullie dankbaar' vertaald kunnen worden.

#### 2.4. Een gehuwde Cyrano

De heer Peijnenburg is een jaar of 45 en wordt aangemeld wegens de problemen die hij heeft met zijn neus. De gehele dag is hij gepreoccupeerd met zijn neus - die te groot zou zijn - en met de mogelijke reacties van mensen in zijn omgeving op deze neus. 'Objectief' is er op de neus niets aan te merken.

Meneer Peijnenburg drinkt teveel - vanwege zijn neus - en in het gezin is hij een beetje alleen komen te staan. Zijn 18-jarige dochter Constance houdt samen met moeder precies in de gaten hoeveel cliënt drinkt. Ook andere 'kwelijke gewoonten' (Van der Hart, 1977a) worden nauwlettend door dochter en moeder in de gaten gehouden.

Het spreekt dat het sexuele leven van de heer en mevrouw Peijnenburg onder deze omstandigheden een en ander te wensen overlaat, en daar de neusproblemen zich bovendien langs associatieve weg niet al te moeilijk in verband laten brengen met mogelijke twijfels inzake viriliteit, besluit de therapeut het subsysteem van pa en moe middels zintuigoefeningen te versterken.

Het paar heeft al gauw de smaak te pakken en tot grote ergernis van Constance komt het niet zelden voor dat haar ouders zich reeds om een uur of tien 's avonds, wanneer zij nog haar huiswerk maakt, giechelend richting slaapkamer begeven, al of niet met drank en zoutjes.

Constance krijgt het moeilijker en moeilijker. Gedurende de jaren dat zij samen met moeder vader in de gaten hield heeft zij verzuimd haar eigen psychosexuele belangen te behartigen, zodat het voor haar ook niet zo gemakkelijk is aansluiting te vinden bij leeftijdgenoten. Constance is eigenlijk een tutje geworden. Daar komt nog bij dat zij in de periode waarin haar ouders het beter gaan maken geleidelijk aan kaal wordt, wat ook niet bijdraagt tot haar zelfvertrouwen. De (psychogene) kaalheid dwingt haar een pruik te dragen.

Om te voorkomen dat Constance het slachtoffer wordt van de vooruitgang van haar ouders, geeft de therapeut vader en moeder het volgende advies. Zij zullen een cadeau kopen dat door hun dochter bijzonder op prijs wordt gesteld. Vader houdt dan de volgende toespraak: 'Constance. Mede namens je moeder wil ik je graag hartelijk bedanken voor alles wat je gedaan hebt voor ons. Moeder en ik hadden het erg moeilijk met elkaar en als jij er niet was geweest om ons op te vangen, dan waren we nu misschien wel gescheiden. Heel vaak hebben we een beroep op je gedaan en dat heeft meegebracht dat jij je veel minder aan je eigen ontwikkeling hebt kunnen wijden dan je vrienden en vriendinnen. Steeds heb je klaar gestaan voor ons. Nu zijn je moeder en ik zover dat we denken zelf de problemen weer aan te kunnen. We willen in elk geval proberen

AZ: self-perception in adulthood. *Adolescence*.

het zonder jouw hulp te redden. Om je nu te bedanken voor alles (...)'  
Volgt overhandiging geschenk.

Het paar voelt er in eerste instantie niet veel voor. Vader en moeder  
zijn kwaad op Constance: 'Waar bemoeit die meid zich mee!'

Een zitting later begint de therapeut er weer over en de cliënten  
gaan akkoord.

Vader houdt zijn toespraak en overhandigt zijn dochter een fraaie,  
antieke pop. Constance is ontroerd. In haar antwoordspeech maakt ze  
meteen haar plan bekend om binnen niet te lange tijd op kamers te  
gaan wonen.

### 3. *Discussie*

#### 3.1. *Cadeau plus toespraak als overgangsritueel*

De combinatie van toespraak en cadeau kan als een (mini-)ritueel be-  
schouwd worden (vgl. Van der Hart, 1977). Bij mevrouw Gardeniers maakte  
het ritueel een beëindiging van het te intensieve contact met de maat-  
schappelijk werkster mogelijk. Bij mevrouw Van Leeuwen was het uiter-  
aard de bedoeling dat zij en haar zonen zonder teveel problemen in die  
fase van de levenscyclus zouden belanden, die mevrouw met haar geklaag  
trachtte te vermijden. Ook haar eigen oplossing (een *dokter die medi-  
cijnen* geeft; het consulteren van een *medicijnman* kortom) kan echter  
zonder bezwaar als een overgangsritueel opgevat worden.

Bij mevrouw De Ruiter wordt duidelijk dat noch zijzelf noch haar ouders  
de volgende levensfase in willen. Althans op dit moment niet.

Het geval van de heer en mevrouw Peijnenburg illustreert op de meest  
uitgesproken wijze het rituele karakter van het advies.

#### 3.2. *Eerherstel*

Wie in een pathologisch systeem als redder of helper gefunctioneerd  
heeft, verliest behoorlijk wat aanzien wanneer die rol overbodig wordt.  
Speciaal in systemen van het type 'De tijd staat stil' (Van Dijck, 1977)  
dreigt dan een weerhuisjesfenomeen. Het hier beschreven advies zou ge-  
bruikt kunnen worden om degenen die dreigt te decompenseren op een ele-  
gante manier gezond te houden (zie bijv. Constance Peijnenburg in par.  
2.4.).

Eerherstel was ook een belangrijk aspect bij de behandeling van mevrouw  
Gardeniers. Hier kreeg de oplossing extra reliëf door de vernedering  
die de maatschappelijk werkster zichzelf oplegde (een vrije dag mee  
helpen verhuizen). Ook in zg. primitieve samenlevingen bestaan vlg.  
Van der Hart (1977b) rituelen waarbij de rollen van bazen en onderge-  
schikten tijdelijk verwisseld worden.

*Referenties*

Dijck, R. Van (1977): Vormen van directieve therapie bij paren en gezinnen. In: K. van der Velden (red.): Directieve therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer

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

Hart, O. van der (1977): Relaties en rituelen. In: K. van der Velden (red.): Directieve therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer

Hart, O. van der (1977a): Kettingroken behandeld met hypnotherapie: over de gevolgen. TDT 4 (3), 62-67

Hart, O. van der (1977b): Overgang en bestendiging. In voorbereiding.

Behandeling van een cliënt met conversieverschijnselen.

Leen Joele.

.... woorden als: "vlucht in de ziekte", "ziektegeweten", behoefte tot gelding te komen, "hysterische regie", etc., schuiven zich tussen de onderzoeker en de onderzochte patiënt. Deze woorden belichten een op de voorgrond tredende trek, maar laten het meeste in het duister. Wanneer ik interpreteer: de patiënt "vlucht" in de ziekte, dan lijkt vulgair gezegd - of ik hem "doorheb". Dan geldt als altijd: "iemand doorhebben" staat in de weg aan het "hem begrijpen". Het begrip dodende van een terminus technicus blijkt in de terminologie van alle scholen. (Rümke 1967)

1. Inleiding.

1.1. Conversieverschijnselen zijn uiterst moeilijk te behandelen; of deze verschijnselen gezien worden als "verwongen uitingen van oorspronkelijke driften" (Freud 1938), als een manifestatie van een genetische fout, of als een combinatie van deze mogelijkheden (b.v. Zeldenrust 1954) maakt weinig uit.

Rümke (1967) stelt dat conversieverschijnselen zich nooit voordoen zonder dat van een hysterisch karakter sprake is. Bovendien vindt hij de erfelijke factoren die voor het ontstaan van de histerie medeverantwoordelijk zouden zijn het belangrijkste. Situatieve, psychogene of sociogene factoren ziet hij slechts als "agents provocateurs".

1.2. Zowel de puur organische, als de analytische, als de gemengde opvatting, laten weinig ruimte voor therapeutisch optimisme. Of de klachten persisteren door de grote primaire ziekte winst of door de onveranderlijkheid van de genetische bepaaldheid lijkt voor de praktijk weinig uit te maken.



Hoewel de in de aanhef van dit artikel geciteerde woorden van Rümke getuigen van een grote wil om mensen en hun verschijnselen objectief, open en diepgaand te beschouwen, is het therapeutisch nihilisme impliciet in het determinisme van waaruit de klachten beschreven worden.

1.3. In het navolgende wordt een therapie beschreven van een cliënt met conversieverschijnselen, bij wie de therapie van het begin af aan gericht is geweest op het symptoom. Uit de gevalsbespreking zal hopelijk blijken dat gegevens uit de biografie van de cliënt, alsmede een zorgvuldig onderzoek naar eventuele biologische determinanten in de behandeling belangrijk, doch voor het uiteindelijk resultaat niet van overwegend belang waren.

## 2. Gevalsbeschrijving.

2.1. Arthur is 35 jaar wanneer hij wordt opgenomen in het dagziekenhuis. Hij heeft een zeer duidelijke klacht. Tijdens het intake gesprek, voorafgaand aan de opname, laat hij zich op de grond vallen en krijgt een "aanval": hij rolt over de vloer, trekt met armen en benen en slaat met het hoofd. Zijn vriendin, Ella, die bij het gesprek aanwezig is, reageert blij verrast: ze vindt het fijn dat een dokter nu eens ziet wat er met Arthur aan de hand is, omdat ze dikwijls het idee heeft dat hij niet geloofd wordt. Wanneer de arts ook zijn vreugde over deze, veel uitputtend gevraagd overbodig makende, demonstratie uitspreekt ontwikkelt zich een gewoon gesprek.

2.2. Arthur is sinds zijn 15e jaar onder behandeling vanwege deze klacht. Uiteraard wordt aanvankelijk aan epilepsie gedacht en er worden meerdere EEG's vervaardigd. De uitslagen van deze onderzoeken variëren van "normaal" tot "wat onrijp".

Uiteindelijk - men acht een organische genese toch minder waarschijnlijk - komt hij in psychiatrische behandeling. Hij heeft meerdere contacten gehad, de belangrijkste is een formele psycho-analytische therapie gedurende 6 jaar. Tijdens deze behandelingen blijft Arthur aanvallen houden. Zijn vriendin Ella vallen thuis allerlei zaken op die haar van belang lijken voor het ontstaan van de aanvallen, doch het wordt haar niet toegestaan om een gesprek met de behandelaar te hebben, omdat "het Arthur's probleem is".

Wanneer Arthur uiteindelijk uit de behandeling ontslagen wordt, vindt hij dat hij nog steeds klachten heeft en hij wendt zich tot de locale S.P.D. voor voortgezette behandeling. Er wordt hem gezegd dat hij zijn medicijnen beter moet innemen; Arthur accepteert dit niet en eist gespreksbehandeling. Wanneer hem een primal scream behandeling wordt aangeboden waarvoor de wachttijd + 1 jaar bedraagt reageert hij met de opmerking dat hij ter plekke zal wachten tot een vlottere mogelijkheid gerealiseerd is. E.e.a. leidt tot zijn aanmelding door de S.P.D. voor het dagziekenhuis van Bloemendaal.

### 2.3. Enige biografische gegevens.

Arthur is opgevoed in een uiterst kil en competitief gezin. Zijn ouders hadden voortdurend ruzie en vonden elkaar, volgens Arthur, alleen bij het uitspreken van hun misnoegen over geringe schoolprestaties etc. Hij heeft steeds het gevoel gehad dat hij moest excelleren. "Wanneer je niet goed bent, ben je belachelijk."

Op school kan hij redelijk leren, hij gaat naar de MULO, maar het is nooit genoeg.

Verschillende banen mislukken, aanvankelijk door zijn aanvallen, later ook door een soort verstarring: hij is zo dikwijls bang dat hij een aanval zal krijgen dat hij het optreden van de verschijnselen tracht te bezweren door doodstil te blijven zitten. Meestal lukt het om op

die manier een aanval te voorkomen. Uiteraard lijdt zijn werk en studie hieronder. Voor hij opgenomen wordt heeft hij juist een drie jaar durende studie voor opticiëen afgebroken in zijn laatste -praktijk- jaar: hij is doodsbang om in een winkel te werken. Voor alles wil hij een afgang "en plein publique" vermijden.

#### 2.4. Indruk in de groep.

In het dagziekenhuis is Arthur van het begin af aan een hoffelijk, goed luisterend en meepratend groepslid. Het valt al snel op dat hij verbaal zeer begaafd is, maar in feite niet veel zegt; hij spaart voortdurend alles en iedereen en is zelden of nooit tot een herkenbare stellingname te bewegen, vooral wanneer het gespreksonderwerp verband houdt met zijn eigen problemen.

Hij is de eerste om groepsleden bij te vallen, wanneer ze "niet te snel" willen werken; t.a.v. zijn eigen problemen vindt hij enerzijds dat het tijd wordt dat er nu eens snel en diepgaand gewerkt wordt: zijn klachten hebben immers al lang genoeg geduurd. Hij beseft evenwel zeer goed dat goede diepgaande therapieën heel lang kunnen duren, doch is bereid zich wederom volledig in te zetten: "Nu moet alles er maar uit". Van het begin af aan benoemt hij zijn klacht als "de aanvallen". Hij kan het niet opbrengen er in duidelijke termen over te spreken. Wanneer hij dat probeert wordt hij zichtbaar rood, verlegen en geïrriteerd. Verder weigert hij mee te doen aan een aantal groepsactiviteiten; vooral sport en andere activiteiten die wat snelle lichaamsbeweging vereisen acht hij "te gevaarlijk". Hij houdt de gesprekken alleen uit dankzij 50 tot 100 mg valium per dag.

### 2.5. Indruk in de gesprekken met Arthur en Ella.

Ella is een spontane, kordate verpleegster. Ze woont sedert meerdere jaren met Arthur samen en de relatie lijkt erg stabiel. Arthur heeft veel steun aan haar gehad; zijn aanvallen zijn ook wel verminderd sinds hij Ella kent.

Hoewel Ella zeer verknocht is aan Arthur begint ze het steeds vervelender te vinden dat zijn klachten tot zoveel sociaal ongemak leiden: ze kunnen zelden of nooit uit, omdat Arthur veel mensen bij elkaar slecht verdraagt. Wanneer ze samen vrienden ontvangen moet zij altijd de drankjes inschenken, omdat Arthur stokstijf blijft zitten: hij is bang om te vallen, te gaan trillen of een aanval te krijgen.

Bovendien krijgt Ella er genoeg van dat ze voortdurend leugens moet vertellen aan hun vrienden en familie; zo is Arthur's verblijf in het dagziekenhuis b.v. verkocht als een stage in het kader van zijn opleiding tot opticiën!

### 3. Therapie.

3.1. Bij het opstellen van het therapieplan spelen de volgende overwegingen een grote rol; ten eerste: als we wat voor Arthur willen doen zullen we hem snel duidelijk moeten maken dat we blij zijn dat er in eerdere therapieën al "zoveel uitgekomen is", en dat we niet in staat, laat staan van plan zijn, nogmaals uitpuittend op zijn verleden in te gaan.

Ten tweede: Arthur's weigering om enig risico te lopen dat tot het optreden van zijn klachten zou kunnen leiden is begrijpelijk, doch maakt een aanpak van die problemen uiteraard onmogelijk.

Ten derde: Arthur zit opgesloten in het bastion van zijn klacht. Zoveel aanvallen heeft hij eigenlijk niet. Het voor ons belangrijkste van Arthur's gedrag is dat hij tot niets meer komt door het lijden dat hij vreest. Zijn klacht is zo'n integrerend onderdeel geworden van zijn totale bestaan dat hij niet meer weet waarvoor hij bang is.

3.2. Deze overwegingen leiden tot het plan om Arthur zo consequent mogelijk, in zoveel omstandigheden als we greep op kunnen krijgen, te behandelen met het voorschrijven van zijn symptoom. Arthur krijgt in de groep de opdracht om, telkens wanneer hij denkt dat hij een aanval zal krijgen, op te staan en de groepsleden - die inmiddels nieuwsgierig geworden zijn naar de inhoud van zijn aanvallen - te demonstreren hoe zo'n aanval gaat.

3.3. Deze opdracht wordt gemotiveerd met de volgende interpretatie van Arthur's klachten: "Je hebt de afgelopen jaren een inzicht gekregen in de oorsprong van je probleem waarvoor wij veel respect hebben; we kunnen daar niets aan toevoegen. Ook kunnen we niets aan je verleden veranderen. Wij willen uitgaan van wat je ons nu laat zien, in je gedrag en in wat je zegt. Je komt bij ons over als een zeer hooghartige man. Je bent zo hooghartig dat je, zelfs met jouw intelligentie, niet in staat bent om alle zaken waarvan je diep in je hart vindt dat je ze zou moeten kunnen, waar te maken. Kort gezegd, Arthur, je bent bang om af te gaan, je wilt zelfs aan je groepsgenoten niet laten zien wat je mankeert. Je doet liever niets, dan dat je iets minder goed doet."

Deze interpretatie wordt te pas, en mogelijk ook wel eens te onpas, in de groepszittingen en in de gesprekken met Ella en Arthur samen ingehamerd.

Het slaat aan: Arthur is nl. echt bang om af te gaan en hij heeft zeker geen lage dunk van zichzelf. Ella heeft een soort aha-erlebnis, de groepsgenoten eveneens. Ook Arthur, mogelijk door de toespeling op zijn intelligentie, accepteert de interpretatie getroffen; het appelleert aan zijn analytische ervaring. Hij vraagt evenwel tijd: in zijn betogen tegen de groep en therapeuten maakt hij duidelijk dat hij het gevoel heeft dat we met z'n allen op de juiste weg zijn om hem te helpen, doch dat het misschien nog ingewikkelder ligt. De groep accepteert dit slecht: ze vinden dat hij dan maar moet tonen wat er met hem is. Tijdens een van de vervolg zittingen snelt de therapeut Arthur te hulp: als zij het zo goed weten, is er misschien wel iemand die een praktische demonstratie wil geven. Benno heeft iets wat lijkt op deze aanvallen.

Benno, een cliënt met hyperventilatie-aanvallen, die op het punt staat ontslagen te worden, neemt de uitdaging grif aan. Hij geeft een treffende voorstelling van de manier waarop hij 's nachts door het bed placht te rollen voor de ontdekking van het plastic zakje. Arthur aarzelt wat, doch hij gaat uiteindelijk op de grond liggen en doet voor hoe het bij hem gaat.

Na deze overwinning op zichzelf wordt Arthur uiteraard uitbundig geprezen voor zijn moed. Aanvallen komen niet meer voor (al sinds zijn opname heeft hij trouwens geen aanvallen meer gehad). Toch is hij niet tevreden. Hij heeft weliswaar geen aanvallen meer, doch hij blijft weigeren te oefenen (in de groep of thuis met Ella) wanneer hij ze voelt aankomen. In plaats daarvan trekt hij zich terug en verstart, al komt ook dit veel minder voor. Hij gaat aan sport meedoen (wat hij jarenlang niet heeft gedurfd), doch hij volhardt in een soort continu voorbehoud: als ik ophoud weten jullie waardoor het komt.

De therapeuten interpreteren dit als een nieuwe uiting van Arthur's hoogmoed: "Je dekt je in tegen het mislukken van dingen die je nog niet geprobeerd hebt; alleen heel hooghartige mensen zijn zo voorzichtig!"

Het blijft evenwel moeilijk om dit probleem van Arthur toegankelijk te maken voor concrete adviezen. Immers het is hem nooit aan te zien dat hij "het moeilijk heeft" of "tegen een aanval aanzit".

Aanvankelijk proberen de therapeuten Arthur's medegroepsleden in te schakelen: zij verklaren zich bereid om Arthur te waarschuwen wanneer zij zien, dat hij "vergeet" mee te delen dat hij het moeilijk heeft. Dit haalt evenwel niets uit, de groepsleden sparen Arthur, bovendien valt er inderdaad weinig te zien.

3.4. Uiteindelijk vindt een van de therapeuten (Joke de Theije, de verpleegkundige, die de meeste zittingen leidt) de oplossing. Het is haar al dikwijls opgevallen dat Arthur, die inmiddels een enthousiast tafeltennisser is geworden, tijdens de spelletjes tussen de middag soms wat stil wordt en op een tafel blijft zitten. Op een keer weigert Arthur absoluut zich te verroeren als hij voor een dubbelspel wordt uitgenodigd. Joke ziet haar kans schoon en zegt: "Je hebt best zin, maar dit is een van die momenten dat je niet durft. We zijn erg blij dat je dit nu durft te laten zien. Nu moet je oefenen, sta op en doe het weer voor."

Arthur weigert aanvankelijk beslist, omdat hij bang is dat hij een aanval zal krijgen, doch er wordt hem weer met grote overtuigingskracht verteld dat het juist zijn angst is die dit tot het moment om te oefenen maakt. Alles bij elkaar blijft Arthur een uur zitten, doch uiteindelijk voert hij de opdracht uit! Wanneer hij klaar is, zegt Joke:

"dat was uitstekend, nu nog een keer", en ze laat het hem herhalen tot Arthur wat lacherig wordt en zonder zichtbare inspanning zijn aanval kan vertonen.

Na deze ervaring loopt de therapie verder als vanzelf. Arthur vertoont steeds meer "inzicht" in zijn eigen gedrag en, belangrijker, hij wordt beslist en precies in zijn uitspraken. Zijn zeer gevarieerde fobische klachten verdwijnen als sneeuw voor de zon, binnen enkele weken durft hij eigenlijk alle normale activiteiten weer aan. Ella, die in de gesprekken ook geïnstrueerd is om thuis Arthur te stimuleren tot "oefenen" vindt hem onherkenbaar veranderd. Ze is overigens erg blij met de verandering.

De laatste periode van Arthur's verblijf in het dagziekenhuis wordt besteed aan de bespreking, in de groep en in de gesprekken met Ella erbij, van de mogelijkheden tot enigerlei vorm van werkhervatting. Even dreigt Arthur hierbij te vervallen in zijn oude vage en dralende gedrag. De therapeuten hanteren in deze besprekingen de in "Werkhervatting" (van der Velden 1977) beschreven tactiek van het aanprijzen van de sociale verworvenheden. Arthur zegt uiteindelijk letterlijk: "Alles is beter dan niets doen; als ik nog langer niets doe weet ik zeker dat ik weer terugval; vinden jullie dat dan maar te ambitieus, ik moet wat doen, anders word ik gek!"

Hij pakt gretig een gelegenheid aan om manusje van alles te worden in een verzorgingsflat voor bejaarden.

3.5. Voor Arthur ontslagen wordt, komt nog een, tot hiertoe niet besproken, therapeutische lijn tot voltooiing. Hij heeft zich altijd afgevraagd of hij toch niet aan epilepsie zou lijden. In het dagziekenhuis beklagt hij zich er dikwijls over dat hij nog nooit "zwart op wit" gezien heeft dat zijn EEG normaal is, wel heeft hij



dikwijls gehoord dat er "geen afwijkingen van betekenis" waren. Hij wil nog één EEG. De therapeut reageert hierop door te stellen dat Arthur hem doet denken aan mensen die veronderstellen dat hun problemen opgelost zullen zijn als ze hun eindexamen, rijbewijs of zwemdiploma gehaald hebben. Overigens verklaart hij zich luchtig bereid om deze medisch-technische zaak vlot te regelen. De inlossing van deze belofte wordt evenwel voortdurend uitgesteld: de oude papieren zijn niet te vinden, de EEG-afdeling heeft het te druk, de therapeut is het vergeten etc. Bij het afsluitende gesprek wordt Arthur met enig ceremonieel zijn "zwemdiploma" (- "normaal EEG, veel rustiger dan vorige EEG's" -) uitgereikt. Wanneer hij genoeg wil nemen met een copie wordt hem zeer ernstig het origineel overhandigd met de opmerking: "het is nu nog normaler dan normaal omdat je de valium hebt kunnen laten staan." (Arthur heeft enkele maanden van tevoren de toezegging gekregen dat hij net zoveel valium mocht als hij wou; daarvan heeft hij, volgens een door hemzelf uitgewerkt schema, het gebruik gestaakt.)

Aan het eind van dit gesprek zegt Arthur: "Ik heb echt geen truc's meer in huis."

3.6. Bij een follow-up, 3 maanden later blijkt hij als receptionist en "handy-man" een vaste aanstelling in de verzorgingsflat verworven te hebben. Tevens heeft hij nog mogelijkheden gevonden om, naast deze full-time baan, zijn studie tot opticiën te hervatten.

#### 4. Discussie.

4.1. Bij het woord "conversie" of conversieverschijnselen heeft iedereen bepaalde associaties. Het begrip is niet erg nauwkeurig

gedefinieerd. Carp (1936) spreekt over de omzetting van een geestelijk proces in een lichamelijk verschijnsel. Hij vervolgt: "een conversieverschijnsel is derhalve een in de lichamelijke sfeer tot uitbeelding gekomen geestelijk verschijnsel, waaraan men dus een geestelijke betekenis toekent". Dit is, dus, niet erg duidelijk; immers, men kan alle handelingen opvatten als uitingen van een geestelijk proces. Nog onduidelijker en onbruikbaar wordt deze definitie wanneer de schrijver stelt dat de "gedachteninhoud" soms uit de "orgaanspraak" gemakkelijk te begrijpen, althans "psychologisch te ontleden" valt, doch soms ook "zelfs met de meest diepgaande onderzoeken en de meest stoutmoedige veronderstellingen" niet verklaard kan worden. Met andere woorden, het begrip heeft geen inhoud en kan beter niet als beschrijving van klachten gehanteerd worden. "Waarover men niet spreken kan, daarover moet men zwijgen."

4.2. Vooral uit therapeutisch oogpunt is het beter om een pragmatische definitie te hanteren, nl. sommige lichamelijke verschijnselen hebben geen aantoonbare lichamelijke basis, doch zijn voor de cliënt zo kwellend dat hij eraf wil. Deze omschrijving heeft de volgende voordelen: ten eerste laat zij de cliënt in zijn waarde. Elke benadering van een verschijnsel die afkomstig is uit een referentie kader dat de therapeut eigen is, doch voor de cliënt op z'n best een gedachtenwereld vertegenwoordigt waarin hij, als hij gewillig en slim is, ook opgevoed kan worden, houdt een minachting van de cliënt in. Cliënten hebben zelden last van geestelijke inhouden die vertolkt worden in orgaanspraak; ze hebben last van een lamme arm (of "aanvallen"). Wanneer de therapeut aangeeft dat hij zijn eigen vertalingen van b.v. verlamming wil gebruiken zegt hij -onvermijdelijk- tegen de cliënt dat hij niet gelooft dat de cliënt verlamd is.

"Weerstand" tegen deze interpretatie is niet zo vreemd.

4.3. Ten tweede: een onvoorwaardelijk accepteren van "de verlamming" biedt, juist omdat het inspeelt op de beleving van de cliënt, handvaten voor een therapeutische aanpak. De beschreven therapie is hiervan een illustratie. Arthur's aanvallen werden zeer serieus genomen, <sup>?</sup> eigenlijk serieuzer dan hem, mogelijk door de voorafgaande analytisch georiënteerde therapie, lief was. De therapeuten zochten niet naar oorsprongen in de jeugd, zij namen de verklaringen die Arthur zelf gaf, grif en volledig over en concentreerden zich vervolgens geheel op de aanvallen en de functie ervan in het hier en nu. De bedoeling was Arthur te brengen tot het hebben van aanvallen in plaats van het praten erover, zodat hij de voor- en nadelen van dit aspect van zijn gedrag duidelijker zou zien. Tegelijkertijd werd hem een visie aangeboden waarbinnen hij, in het hier en nu, de aanvallen, los van de gebeurtenissen die tot het ontstaan ervan geleid hadden, kon herwaarderen.

4.4. Men zou de bij Arthur gekozen aanpak ook kunnen beschrijven als een paradoxale interventie: het symptoom wordt consequent voorgeschreven en is daardoor in de veronderstelde machtsstrijd met de therapeut geen wapen meer. (Haley 1967) In eerdere publicaties in het T.D.T. werd reeds aangegeven dat er t.a.v. de leertheoretische en communicatietheoretische aspecten van directieven niet zozeer een polariteit als wel een continuum bestaat.

Dit geldt m.i. ook voor de hier beschreven benadering. Arthur's sthenische wijze van hulp vragen kan als een manoeuvre gezien worden, maar ook als een, vanuit zijn historie, begrijpelijke wijze van reageren. De therapeuten hebben in hun kijk op de problemen van Arthur en Ella tussen beide zienswijzen getwijfeld.

De gekozen benadering gaf Arthur de maximale "benefit of the doubt". De therapeut doet er altijd goed aan, wanneer hij in zijn gedrag en woorden laat blijken dat hij alles accepteert "at face value". Het is de taak van de cliënt om aan te geven dat hij iets anders bedoelde dan hij zei, leek of toonde te bedoelen.

4.5. Uit de geschiedenis van Arthur blijkt o.i. ook dat dagbehandeling, zoals het in Bloemendaal bedreven wordt, een eigen plaats heeft. In onze visie is dagbehandeling een vorm van benaderen die geschikt is voor cliënten die de beschikbare vormen van puur ambulante, poliklinische, behandeling hebben gehad en desondanks ernstige klachten houden. Dagbehandeling biedt dan een mogelijkheid om tegelijk op meerdere niveau's te werken. Arthur werd drie dagen in de week gezien in omstandigheden die variëerden van praten in allerlei vormen, via sneeuwballen gooien tot rollenspel. Daarnaast kon controle verkregen worden op zijn thuissituatie door de gesprekken samen met zijn partner.

4.6. Arthur heeft in totaal acht maanden verbleven in het dagziekenhuis. Een korte therapie is dit niet te noemen, wel was de benadering directief. De intensieve manier van werken wordt o.i. gerechtvaardigd door de vele mislukte contacten voorafgaand aan de opname en door de mogelijkheid om zowel lichamelijke, als individuele, als relatieproblemen inderdaad uitputtend en hopelijk uitdovend te benaderen en behandelen.

Litteratuur.

- Carp, E.A.D.E.; 1936; De Neurosen;  
Scheltema en Holkema. Amsterdam.
- Freud, S.; 1938; A general introduction to psychoanalysis;  
Garden city publishing Company Inc.  
New York.
- Haley, J.; 1967; Strategies of psychotherapy;  
Grune and Stratton. New York.
- Rümke, H.C.; 1967; Psychiatrie III; tussen psychose en  
normaliteit;  
Scheltema en Holkema. Amsterdam.
- Velden, K. van der; 1977; Directieve therapie;  
Van Loghum Slaterus. Deventer.
- Zeldenrust, E.L.K.; 1954; Over het wezen der hysterie;  
Erven J. Bijleveld. Utrecht.

Inleiding

Er bestaat prakties geen communis opinio over principiële uitgangspunten, organisatie en funktie van de psychiatrie in een algemeen ziekenhuis, die verder gaat dan de opvatting dat er drie taken zijn, te weten: dat er kliniese opname en behandeling mogelijk is van psychiatrisese patienten, dat er polikliniese mogelijkheden moeten zijn en dat de psychiater op de andere afdelingen van het ziekenhuis in konsult kan worden geroepen.

Er bestaan momenteel - ik beperk me nu vooral tot de opnames - zeer uiteenlopende behandelingsmodellen in de gewone ziekenhuizen voor psychiatrisese patienten. Je zou ze in drie kategorieën kunnen indelen: 1) Bedverpleging kompleet met temperatuurlijst, medicijnen uitdelen, doktersvisites, vaak op een afdeling waar ook neurologiese en eventueel nog andere somatiese patienten liggen (Het zou me niet verbazen wanneer deze situatie nog het meest voor zou komen in Nederland).

2) Een aparte psychiatrisese afdeling waar ongeselekteerd voornamelijk akute patiënten worden opgenomen, om tot rust te komen, of voor observatie en 'instellen' op de juiste medikatie, of als een korte fase in het kader van 'krisisinterventie'. Er is meestal wel een klimaat van warmte en veiligheid, hartelijkheid van de verpleging en steun die patiënten elkaar bieden. Er is verhoudingsgewijs weinig gespecialiseerde staf (psychiaters, psychologen, groeps-therapeuten e.d.).

3) Een aparte psychiatrisese afdeling die stoelt op de prinsiepes van de 'therapeutiese gemeenschap' en daarmee sterke gelijkenis vertoont met een instituut zoals 'de Viersprong'. De nadruk in de behandeling ligt op groepsterapie, aangevuld met individuele - of gezinsbehandeling. De 'ideologie' veronderstel ik bij de lezer bekend. Er is een grote mate van vrijheid en demokratie; er is een duidelijke selektie aan de opname voorafgegaan.

De bezwaren tegen het eerste model zijn legio. De nadruk ligt eenzijdig op 'de' ziekte van 'de' patiënt en er wordt zelden of nooit iets zinnigs gedaan om bv diens probleemoplossend vermogen en wat dies meer zij te vergroten. Het klimaat is niet vruchtbaar voor psychotherapie, en allerminst voor systeem- en kommunikatieleer.

De bezwaren tegen het tweede model kunnen zijn, dat er te weinig systematies en doordacht wordt gewerkt. Een gevaar kan zijn dat het als een veilige moederschoot infantiel gedrag in de hand werkt en daarmee hospitalisatie en vergrote kans op terugkeer na ontslag; de afdeling gaat op een vliegtuigmoederschap lijken (Caljé, pers. mededeling 1966). Wanneer echter het beleid gericht is op de diverse factoren die de crisis hebben gelukseerd of veroorzaakt, en de inspanningen zich richten op verruiming van het blikveld, van het probleemoplossend vermogen etc, niet alleen van de opgenomen patiënt maar ook van diens naasten, dan vervallen een aantal bezwaren; een moeilijk punt zou dan toch wel de krappe stafbezetting kunnen zijn. De bezwaren tegen het derde model zijn ook niet mis. Het laadt de verdenking op zich van een ietwat elitair hobbyisme en geeft veel irritatie bij de verwijzers binnen en buiten het ziekenhuis omdat vele categorieën van patiënten worden geweigerd. Voorts is het gevaar groot dat de opnames steeds maar worden verlengd omdat er steeds mooiere therapiedoelen worden geformuleerd. Al zou het te ver gaan om alle behandelingsvormen die daar en vogue zijn 'prettig' te noemen - denk maar aan de neiging tot konfrontatie - toch stuurt het allemaal sterk aan op een hedonistische (sub)kultuur waarmee de cliënt (oh schande als je hem 'patiënt' zou noemen!) een goede kans loopt van zijn eigen omgeving, partner etc te vervreemden (Onno van der Hart wees op het schrikbarend aantal echtscheidingen na een 'geslaagde' behandeling op het Dagcentrum van het Dercksencentrum).

Een Inleiding mag niet de omvang van een boekwerk, zelfs niet van een artikel aannemen, daarom ga ik aan verdere na- en voordelen van bovengenoemde prototypes voorbij.

Hoofdschotel Wanneer u dit artikel leest is sedert luttele dagen de PAAZ in bedrijf van het Gemeenteziekenhuis Dordrecht. Een beetje snoeverig kan je zeggen: de eerste direktieve PAAZ in Nederland of waar ook ter wereld. Maar dat is niet reëel denk ik, dus beter gezegd: een PAAZ die sterk gefundeerd is op de goede beginselen van de Direktieve Therapie. De therapeut stelt in overleg met de patiënt een behandelplan op en in de therapieprogramma's krijgt de patiënt gerichte adviezen en opdrachten om de gestelde therapiedoelen te bereiken.

De behandeling richt zich vooral op gedragsverandering en werkt met methodes en technieken uit de gedragsterapie, de systeem- en kommunikatietheorie. Aangezien de opgenomen patiënt lid is van verschillende systemen zoals gezin, familie, werkmilieu etc wordt op onze PAAZ de partner of echtgenoot en/of het gezin vaak bij de behandeling betrokken. De afdeling moet verder zoveel mogelijk ruimte bieden tot interacties en oefenen van nieuw gedrag.

De behandeling heeft een beperkte doelstelling, is kortdurend maar intensief, en gestructureerd. Doelstellingen kunnen bv zijn het aanleren van betere sociale vaardigheden, vergroten van assertiviteit (vaak assertiviteit genoemd), afleren van fobies (vermijdings) gedrag. Er wordt veel met groepsterapie gewerkt, maar dan wederom gestructureerde vormen zoals bv de plangroep, vergelijkbaar met Onno's Direktieve nazorggroep, maar dan al actief tijdens de opname. Uiteraard wordt de kliniese behandeling zo gauw als dat zinnig is ambulant voortgezet. We werken in cycli van twee weken en hopen op een gemiddelde van zes weken uit te komen, met als absoluut maximum drie maanden.

Tot dusverre kan onze PAAZ het best vergeleken worden met het derde model, schijnt het. Overeenkomstig is dat het een van het ziekenhuis duidelijk gescheiden afdeling is, met een eigen socioterapeuties klimaat, maar het is zeker geen therapeutiese gemeenschap; onze 'ideologie' is een geheel andere. Ook wij doen veel met groepsterapie, maar die lijkt bv in genen dele op 'sensitivity- of groeigroepen' ook als we aan 'interactie' en 'rollenspel' en 'nonverbale training' doen. Het unieke van Direktieve Therapie ligt niet bepaald in de ingrediënten die ze bezigt, doch vooral in de manier waarop ze ingrediënten uitkiest en gebruikt. We verwarren niet wat middel en wat doel is en onze doelen klinken in de oren van moderne kunstverkopers ongetwijfeld zeer banaal.

Maar hoe zit het dan met de patiëntenselektie? We hebben twintig bedden, die we in twee categorieën hebben verdeeld:

10 'akute bedden' wanneer snelle opname nodig is; het gaat dan vooral om depressieve of psychotiese toestandsbeelden -

10 'planbedden' wanneer een klinies behandelplan aangewezen is, maar er geen haast is; het kan dan gaan om bv dwangtoestanden of andere toestandsbeelden waarbij ambulante therapie een bestaande impasse niet heeft kunnen doorbreken.



Maar of het nu om akute of planmatige opnames gaat, elke opname dient in een breder behandelingsplan te passen, of dat nu door ons wordt uitgevoerd danwel na ontslag door een andere instantie wordt voortgezet. Er is dan ook veel vooroverleg met de verwijzer en er vindt minstens een opnamegesprek plaats met de betrokkene en zijn partner of gezin.

Er zijn enkele categorieën die we niet opnemen in principe. Geen oligofrene, demente of geriatrische patiënten, geen kinderen onder de zestien, geen verslaafden. We verwachten ook weinig nut van zoveelste heropnames, tenzij dan dat er eindelijk een pienter plan kan worden uitgewerkt. Totaal niet gemotiveerde patiënten kunnen de kat een paar dagen uit de boom kijken, maar zullen dan toch tot medewerking moeten beslissen wil verdere kliniese behandeling bij ons enige zin hebben. De PAAZ heeft wel wat separeermogelijkheden, doch is niet op dwangbehandeling ingesteld. We zijn ook geen Rust- of Herstellingsoord. We zijn eerder een Werkplaats waar aan Gedragsverandering wordt gewerkt.

Ten Slotte

Het bovenstaande is gemakkelijker geformuleerd dan in praktijk gebracht. Er zijn nogal wat problemen op te lossen:

- 1) De medewerkers zijn erg entosiaast, maar allemaal nog jong en niet speciaal ervaren in de direktieve methodieken. We doen echter zoveel mogelijk aan deskundigheidsbevordering dmv in service training (om nog eens zo'n prachtige oerhollandse kreet te gebruiken).
- 2) De patiëntenpopulatie waar we uit putten is zeer uiteenlopend deels stedelijk, deels landelijk-agrariëes. Maar veel voorkomende kenmerken zijn: strenge ortodokse religie, veel schuldgevoel etc, veel lichamelijke klachten (psychosomatische of funktionele beelden), weinig introspektief, relatieve taalarmoede, bikkelharde afkeer jegens psychiese moeilijkheden, zoniet bij hunzelf danwel in hun omgeving. Kortom, niet bepaald het hippe volkje dat wel met YAVIS wordt aangeduid. Het gaat vaak om ernstige en reeds lang bestaande moeilijkheden, die niet als 'moeilijkheid' worden ervaren, doch als 'ziekte' of onveranderlijke minderwaardigheid ofzo. De eerste stap in ons programma (dit geldt net zo goed voor ambulante patiënten) is dan ook het herformuleren van de problematiek in hanteerbare termen, die meteen ook een therapeuties aanknopingspunt bieden. Voorts kiezen we liever een beperkt en haalbaar doel dan een globaal doel dat niet reëel is.

3) De omgeving, dwz het ziekenhuis, de overige ziekenhuizen en de ambulante instellingen, de huisartsen enz enz, staan vanzelfsprekend onwennig tegenover deze nieuwe vorm van psychiatrische hulpverlening in het Dordtse. Er zal nogwel het nodige water om het Eiland van Dordrecht en om de waarden heen stromen voor er een goede samenwerking is gegroeid. We streven naar een zinnige plaats in een netwerk van voorzieningen die elkaar aanvullen, maar dat in een regio die er nog vrijwel niets aan gedaan heeft om tot enig overleg zelfs maar te komen. Dat is een realiteit. Een andere realiteit is (dan ook) dat er voor bepaalde probleemgebieden veel ontbreekt aan de huidige voorzieningen. Met name ook voor die categorieën van patiënten die we voor onze PAAZ uitsluiten! Menigeen zal dan vinden dat wij die mensen wél moeten opnemen. Daarom dat we haast moeten maken met het scheppen van verschillende overlegstructuren.

In de komende tijden hoop ik het TDTlezerspubliek op de hoogte te houden van ons werk. Vooral kasuïstiek denk ik, en dan een beetje toegespitst op Direktieve Therapie van psychosomatische en functionele syndromen en op (Direktieve) Adviezen in een algemeen ziekenhuis.

Een anti-rook hypnotherapie: etiketverandering en nog meer

Onno van der Hart

1. Inleiding

"Allereerst mijn dank voor het feit dat je erin geslaagd bent om mij van een verstokte kettingroker te transformeren in een 'niet-roker'. Dat was de reactie van Mieke, een jonge vrouw die na een hypnose-zitting in de trant van Erickson (1964) geen sigaret meer heeft aangeraakt (vgl. Van der Hart, 1977 b).

In mijn nabeschouwing over dit geval sloot ik aan bij Lange's (1975) weergave van de attributie- en zelfperceptietheorie. Deze theorie, zo merkt hij op, veronderstelt een aantal stappen in de gedachtenwereld van de mens: a) ik doe iets; b) ik neem waar dat ik zo 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. Het kruciale punt ligt tussen de stappen c) en d). Naar mijn idee konden we dat ook bij Mieke zien: "Waarom rook ik niet, steek ik geen sigaret op? "Omdat ik een niet-roker ben".

In het meest recente geval waarin ik Ericksons aanpak weer in praktijk bracht, speelde de attributie- en zelfperceptietheorie zowel bij mij als bij de cliënt een grote rol.

2. De "rokers" en de "niet-rokers"

Leo is een 28-jarige, gelukkig gehuwde, akademikus, die van een kollega in verband met problemen rondom het stoppen met roken mijn naam had gekregen. De kollega had al jaren geleden de Erickson-procedure met sukses uitgevoerd.

Aan de telefoon vertelt Leo, dat hij al jarenlang bezig is met roken te stoppen, maar dat het hem niet lukt. Hij is een aantal keren gestopt, maar nooit definitief. Hij wil er om gezondheidsredenen van af. Ik geef hem een monitor-opdracht en maak een afspraak. Als hij - ruim een maand later - bij mij komt, vertelt hij dat hij reeds drie weken niet meer rookt. En sindsdien is elke dag een kwelling. Hij heeft wel meer kunnen ophouden, maar was dan voortdurend gepreokkupeerd met het idee dat kollega's of vrienden hem er een kunnen aanbieden en dat hij dan moet weigeren.

71

Of dat degene die tegenover hem zit in de niet-rook coupé straks toch een sigaret zal opsteken en dat hij dan zijn verontwaardiging zal luchten. Kortom, roken obsedeert hem. Ik merk dan op dat hij - hoewel hij niet rookt momenteel - geen "niet-roker" is, maar een "nietrokende roker". Daarmee is de spijker op z'n kop geslagen. Leo wil zich boven dat nivo van de "niet-rokende roker" uittillen; hij "wil dat willen" (een sigaret willen) niet meer.

Na de hypnose-induktie vertelt hij, met zijn ogen gesloten, dan weer over zijn probleem. En inderdaad, het geluid van zijn eigen rustige stem brengt hem langzaam maar zeker in een trance. Naarmate de tijd verstrekt raakt hij steeds verder weg.

In zijn verhaal wordt duidelijk, dat hij de neiging heeft mensen steeds in twee klassen in te delen: de automobilisten en de niet-automobilisten (zoals hijzelf), de militaristen en de dienstweigeraars (zoals hijzelf), de Wiegelstemmers en de Volkskrantlezers (zoals hijzelf), de rokers en de niet-rokers ... En daar beginnen de problemen. Hij heeft zijn goede vrienden en kollega's vooral onder de rokers, maar degenen met wie hij sport en op wie hij ook gesteld is roken niet. En degene die hem naar mij verwezen heeft - een niet-roker - is een van zijn beste kollega's. Als hij een niet-roker wordt, treedt hij toe tot de club van niet-rokers en laat hij de club van rokers - waarin zijn goede vrienden en kollega's zitten - in de steek. Hoe kan dat dilemma opgelost worden?

Hij ziet zichzelf op een ophaalbrug staan - de brug tussen het gebied van de niet-rokers en het land van de rokers. Hij wil bij beide behoren, maar hij is bij geen van beide. Hij staat er tussen in. In beide gebieden ziet hij mensen; ze zijn bezig met hun taak, ze letten niet op hem; ook niet op elkaar.

Hij maakt schuifelpasjes in de richting van het land der niet-rokers. "Nu moet ik me niet forceren", mompelt hij. Als hij de brug over is, merkt hij dat hij in een poort staat.

72

De poort die toegang geeft tot het land der niet-rokers. Nog even en hij is er. Hij wordt erg zenuwachtig en maant zichzelf weer tot kalmte. Dan gaat hij door de poort, treedt het gebied binnen. De mensen van de niet-rokers-klub besteden gelukkig geen aandacht aan hem; ze gaan gewoon door met wat ze aan 't doen zijn. En de rokers, aan de overkant, ook. Hij zou niet graag officieel welkom geheten willen worden. Plotsklaps is hij weer terug op de brug. De brug, die ondertussen wel hoger is geworden - net de Magere Brug in Amsterdam.

Nu kan hij veel gemakkelijker naar beneden gaan; opnieuw naar het gebied van de niet-rokers toe.

Daar gekomen, valt het hem weer op dat ieder zo bezig is met z'n eigen zaken.

"Alsof ze eigenlijk geen klub vormen", kan ik niet nalaten te zeggen.

Alsof ze inderdaad geen klub vormen, herhaalt hij - verheugd. Hij moet er van lachen. Dat is te gek. Alsof de rokers ook geen klub vormen!

Maar nu wordt het moeilijk, zegt hij. Hij is een tijd stil en vertelt daarna dat - als vanzelf - ook de rokers in het gebied van de niet-rokers zijn gekomen. Het is nu één gebied geworden. En iedereen is met zijn of haar eigen zaken bezig.

En het allermoeilijkste moet nog komen. Als hij naar de rokers toe zou gaan en ze bieden hem een sigaret aan, hoe kan hij daar dan het best op reageren? Zeker niet fel: niet van "nee, nee, ik rook niet hoor; ik rook niet!" Dan liever "Nee, dank je, ik wil langer leven"? Nee, dat maakt het helemaal geladen.

Leo voelt dat hij voor dit probleem flink wat tijd nodig heeft. Hij oefent hardop in het vinden van de goede toon. Die moet heel zakelijk, vanzelfsprekend, zijn. "Nee, dank je." "Nee, dank je."

Opeens zegt hij, dat hij heel ver weg raakt. En ik reageer met: "Laat maar gebeuren, laat maar gebeuren".

Hij zit dan bij zijn vader in het ziekenhuis, een paar dagen voor diens overlijden (dat een paar jaar geleden heeft plaatsgevonden).

Zijn vader moest tien jaar voor die tijd wegens een longkwaal stoppen met roken. Hij was wel gestopt, maar zijn zoon niet. Nu praten beiden over van alles, heel plezierig. Ze zijn bijeen. Leo is blij met de ervaring.

Maar wat het zelf stoppen met roken betreft, is Leo er toch nog niet helemaal. "Ik kom er wel hoor, maar 't is net als met je verjaardag als je nog jong bent: nog één nachtje slapen en dan is 't zover." Hij is een tijd stil - ik weet niet wat er in hem omgaat. "Nog even", merkt hij een paar maal op, "het komt er aan." Dan zegt hij, met een zucht van opluchting, dat het zover is. Hij is er. Wáár? Voor mij hoeft hij dat nu niet te specificeren. Ik vraag hem of hij wil dat ik er nog iets aan toevoeg (gegeven het feit, dat ik in het begin van de zitting heb aangekondigd dat ik aan het eind zou opmerken dat hij onder een zeer zware dwang zal staan om precies datgene uit te voeren wat hij zelf heeft aangegeven). Ik denk dat dat niet nodig is. Leo ook. Zodra hij uit hypnose terug is, sta ik op, loop op hem toe, schudt zijn hand en feliciteer hem.

Follow up: Zes weken later bel ik - in verband met het schrijven van dit stukje - Leo op. Hij vertelt dat hij ook sedert de zitting niet meer gerookt heeft en er ook geen moeite mee gehad heeft. Dat laatste voor het eerst sinds tien jaar. Hij gaat heel relaxed en natuurlijk om met het niet-roken en de konkrete situaties waarin iemand hem een sigaret aanbiedt. Hij heeft nog wel af en toe het idee dat een sigaret best lekker zou kunnen smaken. Een beetje geschrokken was hij van het feit dat hij twee keer gedroomd heeft dat hij een sigaret rookte. In ieder geval heeft hij sterk het idee dat hij nooit meer de beslissing zal nemen om weer te gaan roken.

Over een aantal maanden zal hij nog een uitvoerige brief over de verdere ontwikkeling schrijven.

### 3. Diskussie

a. Ter volledigheid moet ik opmerken dat ik in deze beschrijving de werkelijkheid enigszins geweld heb aangedaan. Ik heb de essentie trachten weer te geven.

De zitting duurde bijna twee uur. In de trance wisselden de hier beschreven beelden zich af met beschouwingen over zijn relatie t.o.v. vrienden en de samenlevingen en afdwalingen, zoals hij dat noemde. Leo's arbeid leek op een spiraalvormig proces: Na elke uitwijding was hij in de beelden weer een stukje opgeschoven. Hij koppelde als het ware de metaforen aan de veranderingen in zijn cognitief functioneren. Hij - een typische intellectueel en ook zeer intelligente jonge man - was voortdurend bezig de verschillende nivo's van functioneren met elkaar te verbinden. Hij was naar mijn idee het diepst in trance toen hij alleen maar opging in de gebeurtenissen - zoals het praten met zijn vader in het ziekenhuis - en zijn gedachten even uitgeschakeld waren.

b. De brug waarop hij stond en waarmee zijn aanvankelijke positie werd uitgebeeld, is een symbool of metafoor dat we al vaker zijn tegen gekomen (vgl. Oudshoorn, 1976; Van der Hart, 1976) - net zo'n symbool als "de drempel", "de grens" en "de muur". Iemand die bezig is met een overgang gaat over de drempel, over de brug. Leo bleef aanvankelijk op die brug steken. In trance lukte het hem om de overgang te maken, om het nieuwe gebied te betreden.

c. Ik vermoed dat de attributie- en zelfperceptietheorie te beperkt is om het proces waardoor Leo een "niet-roker" werd te verklaren. Hij is niet eenvoudig van een "roker", via een "niet-rokende roker", tot een "niet-roker" getransformeerd. Ik vind het fascinerend wat er met Leo gebeurde en ik moet het goede kader waarin ik het veranderingsproces kan plaatsen nog vinden.

Aanvankelijk leek het erop dat Leo eenvoudig van een "niet-rokende roker" een "niet-roker" zou moeten worden. Maar zo simpel lag de zaak niet. Bij hem slaan etiketten niet alleen op een individu apart, maar vooral op categorieën, groeperingen of groepen van individuen. Vandaar zijn dilemma. Als "niet-rokende roker" kan hij banden met beide clubs onderhouden, maar als "niet-roker" zou hij de club van "rokers" verraden hebben.

Hij heeft het zelf zo duidelijk aangegeven, op een metafoor nivo: Hij komt van de brug in het gebied van de "rokers", constateert dat ze géén club vormen, en merkt vervolgens dat de "rokers" en "niet-rokers" in één gebied verkeren. Beter gezegd: In dat gebied roken sommige mensen niet en andere wel, maar het onderscheid is volstrekt niet meer relevant. De etiketten zijn niet meer op hun plaats.

Leo is de dualiteit van zijn denken - althans waar het roken betrof - te boven gekomen. Hijzelf is dan ook niet een "niet-roker" geworden, maar iemand die gewoon niet rookt. Dat feit is voor hemzelf erg belangrijk, maar leidt in zijn beleven niet meer tot een etiket dat hem van andere mensen onderscheidt en daarmee afscheidt. Het viel me in dit verband, dan ook op dat hij in het follow-up-praatje ook geen etiketten maar werkwoorden gebruikte. Bijvoorbeeld: Ik heb sterk het idee dat ik nooit meer de beslissing zal nemen om weer te gaan roken" in plaats van: "ik heb sterk het idee dat ik niet meer een roker zal worden".

In de termen van Bateson (1972) heeft Leo waarschijnlijk een onjuiste epistemologie verwisseld voor een meer korrekte. Ik ben uiteraard benieuwd naar de doorwerking van de zitting in andere gebieden van zijn leven.

d. Om bovenstaande tenslotte nog op een andere manier in algemene termen te stellen: Het verwisselen van etiket - in dit geval van "roker" tot "niet-roker" - zou een oplossing van de eerste orde genoemd kunnen worden (vgl. Watzlawick et al, 1974). Hoe zinvol voor sommige mensen ook (denk aan Mieke in mijn vorige voorbeeld), het lijkt een verschuiving op eenzelfde logisch nivo te zijn.

Leo maakte daarentegen een sprong naar een hoger logisch nivo. Hij vond een oplossing van de tweede orde.

e. Leo merkte in het follow-up-gesprekje op dat hij nog af en toe het idee had dat een sigaret hem lekker zou smaken. Ik verwacht niet dat dit een groot gevaar vormt. Toch konkludeer ik hieruit, dat ook in dit geval een vorm van covert sensitisatie - zoals ik eerder in eenzelfde procedure gedaan heb, vgl. Van der Hart, 1977 a) - op z'n plaats was geweest. Het is een extra steun voor degene die zo'n belangrijke stap neemt als in dit voorbeeld beschreven



Referenties

Bateson, G. (1972): Steps to an ecology of mind. Ballantine Books, New York.

Erickson, M.H. (1964): The burden of responsibility in effective therapy. M.J. of Clin. Hypnosis, 269-271. Ook in: J. Haley (ed), Advanced Techniques of hypnosis and therapy; selected papers of Milton H. Erickson, M.D. Grune & Stratton, New York, 1967.

Hart, O. van der (1976): Relaties en Rituelen (IV) Drempels. Tijdschr. Directieve Therapie, 3(7), 22-33.

Hart, O. van der (1977a): Een alcoholprobleem behandeld met hypnotherapie. In: K. van der Velden (red), Directieve Therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Hart, O. van der (1977b): Kettingroken behandeld met hypnotherapie: over de gevolgen. Tijdschr. Directieve Therapie, 4(3), 62-67.

Lange, A. (1975): De zware voorwaarde en enkele beschouwingen over zelfperceptie. Tijdsch. Directieve Therapie, 3(3), 32-39. Ook in: K. van der Velden (red), Directieve Therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer 1977.

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

Watzlawick, P., J.H. Weakland, R. Fisch (1974): Het kan anders. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Werkstukken/skripties/papers, verkrijgbaar bij Freddy

De hieronder vermelde titels betreffen een kleine greep uit de meest recente werkstukken en skripties die bij mij zijn afgeleverd.

Ik heb vooral die exemplaren uitgezocht waarvoor op grond van onderwerp en kwaliteit enige belangstelling bij de mede-redakteuren verondersteld mag worden. Er is één probleem: van sommige verslagen zijn nog maar enkele exemplaren in voorraad.

Als iedereen alles zou bestellen zou dit betekenen dat er opnieuw geoffset moet worden. Dat is niet onoverkomelijk. Om het werk niet nodeloos veel te maken zou ik echter toch willen aansporen tot het selektief houden van de bestellingen. D.w.z. vooral die rapporten aanvragen die men, op grond van de korte beschrijving, ook denkt te lezen.

C.Kuit (1976): Attributietheorie en therapie. Doktoraalskriptie.

Overzicht van experimenten met het toepassen van attributieprocessen voor therapeutische beïnvloeding als onderwerp. Zelf-perceptietheorie wordt afgezet tegenover de dissonantietheorie.

W.Zeegers (1977): De effecten van overjustification. Doktoraalskriptie.

De 'overjustification' hypothese komt kortweg hierop neer: Stel men heeft belangstelling voor een bepaald gedrag, men doet dat met plezier (=intrinsieke motivatie.) Stel dat men op een gegeven moment allerlei extra beloningen (bv. materieel) voor dat gedrag krijgt (=extrinsieke motivatie). De hypothese is dan dat de intrinsieke motivatie afneemt. Men krijgt minder plezier in dat gedrag.

In de skriptie worden verschillende theoretische modellen m.b.t. deze hypothese aan de hand van lab.experimenten behandeld.

J.Jaspers (1977): Invloed van positief of negatief labelen van het interactie-proces op daaropvolgende interactie. Werkstuk.

Dit is de beschrijving van een kruising tussen een veld- en een laboratorium experiment. De onafhankelijke variabele is de feedback die proefpersoon-paren krijgen over hun manier van samenwerken gedurende het eerste deel van het experiment. De afhankelijke variabele bestaat uit metingen over hun manier van samenwerkingen gedurende het tweede deel.

W.Killian (1976): Over mensen die de gevangenschap in een concentratie-  
kamp overleefden en over hun kinderen. Skriptie.

Dit betreft een overzicht van theorieën omtrent het concentratiekamp-  
syndroom en mogelijke therapievormen. Uit de skriptie blijkt m.i.  
vooral dat er praktisch geen literatuur over dit onderwerp is dat  
boven het 'natte vinger niveau' uitgaat.

A.Lange (1977): Structured training for behavioural family therapy; methods  
and evaluation. Paper voor congres van Eur.Ass.for Behav.Ther.,  
Uppsala, 1977.

Beschrijving van een cursus waarbij de deelnemers geen individuen maar  
paren waren. De effecten van de cursus werden in een pre-posttest design  
gemeten, hetgeen eveneens in het paper wordt beschreven.

DIRECTIEVE THERAPIE EN EMANCIPATIE: REACTIE OP "PSYCHOTHERAPIE EN EMANCIPATIE".

Richard Van Dijk

In een artikel "Psychotherapie en emancipatie" (T. Psychother., 1977, 3, 199) betoogt Polak dat politieke en ideologische aspecten van toekomstige beleidsbeslissingen met betrekking tot psychotherapie duidelijk belicht dienen te worden. Hij verdedigt vervolgens als stelling: "inzichtgevende, minder directieve vormen van psychotherapie zijn bij uitstek te beschouwen als emanciperende psychotherapie en dienen daarom op ideologische en politieke gronden in hun ontwikkeling gestimuleerd te worden en rechtvaardigen over de bevolking verdeeld, ondanks de hogere kosten die dit met zich mee zal brengen".

In het onderstaande wordt ingegaan op deze stelling, die zeker een repliek verdient. De uitspraak van Polak omvat meerdere substellingen die omwille van de overzichtelijkheid afzonderlijk besproken worden:

1. *Minder directieve vormen van psychotherapie zijn bij uitstek emanciperend.*
2. *Inzichtgevende vormen van therapie zijn minder directief.*
3. *Op ideologische en politieke gronden dient emanciperende dan wel inzichtgevende therapie gestimuleerd te worden, ondanks hogere kosten.*
4. *Inzichtgevende therapie dient rechtvaardiger onder de bevolking verdeeld te worden.*

*Ad 1. Minder directieve vormen van psychotherapie zijn bij uitstek emanciperend:*

Het is ongetwijfeld juist dat bij minder directieve vormen van psychotherapie, zoals psycho-analytisch georiënteerde gesprekstherapie

en Rogeriaanse therapie een emanciperende doelstelling uitdrukkelijk beoogd wordt. Ook is het zo dat bij directieve vormen van psychotherapie zoals gedragstherapie en hypnose veelal gerapporteerd wordt in termen van symptoombestrijding en probleemoplossen en niet in termen van persoonlijkheidsverandering of "groei". Het is echter de vraag of deze verschillen in presentatie ook noodzakelijkerwijs leiden tot duidelijke verschillen in de mate van emancipatie die in feite bereikt wordt. Directieve strategiën zijn niet ontwikkeld vanuit een aversie tegen zelfontplooiing bij cliënten, maar wel vanuit de behoefte om symptomen effectiever te bestrijden. Door inzichtgevende therapeuten wordt niet erg gunstig gedacht over het bestrijden van symptomen: men zoekt liever naar een "onderliggend" probleem en verwacht dat het symptoom wel vanzelf zal verdwijnen zodra dit probleem is opgelost. Zoals bekend doet zich een dergelijke gang van zaken niet steeds voor: sommige cliënten hebben niet de belangstelling of het geduld om deze indirecte weg te bewandelen, anderen volgen de therapeut op de weg naar de dieper liggende problemen, maar behouden desondanks hun symptomen. Bij deze groepen van patiënten, die beslist geen zeldzaamheid zijn, kan het alleen maar anti-emancipatoir uitpakken door te blijven vasthouden aan een strategie waarbij het direct en indirect aanpakken van symptomen vermeden wordt. Daarmee is overigens niet gezegd dat het altijd lukt om symptomen met succes te bestrijden.

Afgezien van het feit dat een non-directieve strategie om praktische redenen in een aantal gevallen niet de meest geschikte weg is naar emancipatie, dient ook de vraag te worden gesteld of er een principiële onverenigbaarheid bestaat tussen een directieve aanpak en emancipatoire doelstellingen. Er is geen reden om dit aan te nemen. Bijvoorbeeld is

assertieve training een directieve procedure waarbij er gestreefd wordt naar het aanleren van een aantal sociale vaardigheden. Polak signaleert zelf dat de procedure van symptoomvoorschrijving dient te resulteren in het vinden van nieuwe oplossingen. Overigens kan over symptoombestrijding in het algemeen gesteld worden dat het doel niet is een beknotting van de mogelijkheden van de cliënt door een limiterende "aanpassing", maar het wegnemen van hindernissen bij het proces van natuurlijke zelfontplooiing. Er is bij directieve therapeuten ook wel enige aversie t.o.v. weinig concreet en vaag taalgebruik; het denken in termen van welomschreven en haalbare doelstellingen staat emancipatie van de kant van de cliënt echter niet in de weg, terwijl het gebruik van vage en oncontroleerbare uitspraken deze allerminst bevordert, hetgeen overigens niet op het artikel van Polak slaat.

*Ad 2. Inzichtgevende vormen van therapie zijn minder directief:*

Deze uitspraak is in zoverre juist dat in de psycho-analytische traditie een therapie is ontwikkeld waarbij inzicht wordt nagestreefd en het geven van adviezen en leiding wordt vermeden. Het verwerven van inzicht wordt als een onmisbare tussenstap gezien voor verdere veranderingen. Het is inmiddels geen strijdpunt meer dat inzicht niet steeds tot verandering voert. Ook wordt door velen reeds geaccepteerd dat zich ook de omgekeerde volgorde kan voordoen: eerst doet zich een verandering of een nieuwe ervaring voor, en pas achteraf ontstaat inzicht over het vroegere en nieuwe gedrag. In directieve therapie zal de therapeut sneller besluiten om andere veranderingsstrategieën toe te passen dan alles op de ene kaart van inzicht te zetten. Dit houdt echter niet in dat het gebruik van directieven als effect heeft dat de cliënt daardoor niet of moeilijker inzicht over zijn gedrag kan verwerven. Vaak treedt inzicht op als een "nevenprodukt" van een geslaagde gedragsverandering.

*Ad 3. Op ideologische en politieke gronden dient emanciperende dan wel inzichtgevendde therapie gestimuleerd te worden, ondanks hogere kosten.*

Indien met deze uitspraak een impliciete tegenstelling aangeduid wordt tussen curatieve en emanciperende doelstellingen in therapie, dan kan verwezen worden naar een eerder onderdeel van deze discussie: een curatieve doelstelling is niet strijdig met een emanciperende doelstelling. Men kan wel een verschil in prioriteiten onderscheiden. Het lijkt niet haalbaar emancipatie te realiseren zonder dat een curerend effect is bereikt; het omgekeerde, namelijk een zeker resultaat op curatief gebied zonder veel emanciperende effecten doet zich regelmatig voor. Moet steeds aan emancipatie de voorkeur worden gegeven? Afgezien van de moeilijkheden die men ontmoet bij het omschrijven van dit doel, is het vaak niet haalbaar. Welk advies zou men moeten geven aan een overheid die moet beslissen over een verdeling van niet onbeperkte financiële middelen? Het lijkt voor de hand liggend dat de middelen van Volksgezondheid in eerste instantie aan curatieve doelen zouden moeten besteed worden.

Ook dient men zich af te vragen of de doelstellingen die worden nagestreefd ook steeds diegenen zijn die bereikt worden. Wordt emancipatie duidelijker en beter bevorderd door de zich emanciperend noemende therapiën? Of behalen diverse therapievormen ongeveer vergelijkbare resultaten als het op emancipatie aankomt? Het lijkt zinvol dat vanuit de psychotherapeutische wereld eerst een antwoord op deze vragen wordt gegeven, alvorens een motivering van een advies t.o.v. de overheid wordt gegoten in termen van emancipatie.

*Ad 4. Inzichtgevende therapie dient rechtvaardiger onder de bevolking te worden verdeeld:*

Bij deze uitspraak wordt impliciet aangenomen dat de geringe toepassing die inzichtgevende therapie onder de lagere sociale klassen de afgelopen decaden in eerste instantie een probleem van verdeling is.

Er zijn goede redenen om aan te nemen dat deze veronderstelling onjuist is. Bernstein (19..) heeft de geringe toepassing van traditionele psychotherapie bij lagere sociale klassen vooral verklaard als een verschil in taalgebruik en daarmee samenhangende wereldbeschouwing. Reflexie, inzicht en zelfanalyse zijn activiteiten die vooral in midden- of hogere sociale klassen beoefend worden en als therapeutische strategie aanspreken. Eerder dan een verdelingsprobleem zou dus een geschiktheidsprobleem in het spel zijn. In het spoor van deze redenering zijn bewuste pogingen ondernomen (o.a. door Goldstein (19..) en Minuchin c.s. (19..)) om psychotherapie geschikter te maken voor de lagere sociale klassen. Een gemeenschappelijk kenmerk van deze pogingen is dat sterker gebruik wordt gemaakt van concrete, directieve en actieve interventies. Deze aanpassing van de therapie aan de cliënten in plaats van het omgekeerde, spreekt therapeuten die op poliklinieken of SPD's werken over het algemeen zeer aan.

#### CONCLUSIE

Bij de diverse onderdelen van de stellingname van Polak werden vraagtekens gezet; niet bij zijn poging om controversiële punten expliciet naar voren te brengen. Dit laatste kan alleen maar worden toegejuicht. Wel moeten wij ons afvragen of het financieel beleid van de overheid meteen de inzet moet zijn in deze discussie.

Betoogd werd dat er onvoldoende gronden zijn om aan te nemen dat emanciperende doelstellingen bij uitstek door non-directieve therapie bereikt worden, dat inzichtgevend en non-directief niet als uitwisselbare begrippen gebruikt moeten worden, dat emanciperende doelstellingen niet automatisch de hoogste prioriteit verdienen en dat de geringe toepassing van inzichtgevende therapie bij lagere sociale klassen meer een probleem van geschiktheid dan van distributie is.