



Tijdschrift voor Directieve
Therapie
Jrg.5 Nr.2 December 1977

Inhoud

December 1977

<i>Hoofdredacteur</i>	Ten Geleide	1
<i>Kees Hoogduin & Tine Druijf</i>	Psychose en directieve therapie	5
<i>Richard Van Dijck</i>	Een compacte therapie	25
<i>Henk de Smet & Onno van der Hart</i>	Genezingsrituelen in de psychiatrische kliniek	35
<i>Leen Joele</i>	Paradoxaal intentie op proef	52
<i>Dick Oudshoorn</i>	Tweemaal concentratieproblemen bij het huiswerk	61
<i>Alfred Lange & Onno van der Hart</i>	Afsluiten van het verleden	65
<i>Alfred Lange</i>	Voor U gefotokopieerd	72
<i>Onno van der Hart</i>	Het in praktijk leren brengen van hypnotherapie	76
<i>Kees van der Velden</i>	Moedwil en misverstand	82
<i>Alfred Lange</i>	Individuele therapie naar aanleiding van relationele klachten	89
<i>De heer en mevrouw Plezier</i>	Nagekomen Nieuwjaarsbericht	97

OMSLAG

Cathy & Staf Van Dijck

REDACTIE

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

1. Reacties op Het Boek

Het Boek loopt natuurlijk wel heel goed (+ 1500 verkochte exemplaren op 30 november jl.), maar wordt het nu ook een *mooi* Boek gevonden? "Dit is een boek dat je, naarmate je er verder in komt, steeds meer raakt", aldus de vader van één der redacteuren. Maar zo denkt niet iedereen erover.

Eén lezer-collega vond de meeste hoofdstukken veel te uitgebreid, met uitzondering van die van deel IV. Anderen vonden deel IV juist veel te summier. De "leesbaarheid" wordt eigenlijk wel door iedere lezer geapprecieerd, zij het dat sommigen vrezen dat de gemakkelijke leesbaarheid tot de indruk kan leiden dat directieve therapie zoiets als *eenvoudige therapie* is. (Aan dat misverstand wordt ook voedsel gegeven in de folder over Het Boek die de uitgever bij het laatste nummer van het Tijdschrift voor Psychotherapie voegde.)

Richards hoofdstuk 2 wordt door enkele lezers erg moeilijk gevonden. Hoofdstuk 11 - *Werkhervatting* - leidde ertoe dat een oom van onze partner, kwakkelend bankbediende te Den Haag, onverwijld tot een nieuwe aanpak van zijn moeilijkheden besloot. Hij vroeg onze schoonmoeder, bij wie hij Het Boek inzag, de auteurs zijn dank over te brengen. Een gedragstherapeut prees de *Inleiding*. Hij geloofde weliswaar niet dat er ook maar een woord van gemeend was (?), maar nam aan dat de *Inleiding* evt. tegenstanders van de door ons voorgestane benadering in een nadelige positie zou plaatsen.

Freddy's slotverhaal lijkt het meest controversieel. De moeder van een vriendin - een keurige dame - had er erg van genoten; onze schoonmoeder daarentegen vond het een beetje een *vies* verhaal, waarin ouders hun kinderen al op jeugdige leeftijd met een onjuiste benaderingswijze vertrouwd maken. De vader van Tamar had best een *fatsoenlijke* oplossing voor het probleem kunnen vinden, zo meende zij. Een arts-assistent vond de Epiloog een tikje *snobistisch*, want getuigend van een ietwat elitaire levensstijl en daarmee vreemd aan de grotendeels op *gewone mensen* afgestemde inhoud van de rest van het boek. Een ander - jurist, directeur van een grote instelling - vond de Epiloog afbreuk doen aan de *standing* van Het Boek. Een hooggeleerde lezer reageerde op de vraag of de Epiloog er nu wel of niet in geplaatst had moeten worden met een: "Tja....., tóch wel." Eén onzer supervisanten was positief vóór. Hij vergeleek dit slot met een *sotternie*, dat is (vlgs. Van Dale) "een Middelneder-

lands kluchtspel, gewoonlijk na een abel spel opgevoerd". (Een *abel* spel, minder erudiete lezer, is, volgens dezelfde, door Age Bijkaart niet ten onrechte gehekelde, Van Dale, een *mooi* spel.)

De hulp in de huishouding van één onzer redacteurs, een bona fide lidmaat van het Wachttoerenootschap, had deze argumentatie niet nodig om de Epiloog prachtig te vinden.

Op een cursus van Van Dijck ondervond Het Boek bij een schriftelijke evaluatie de hoogste waardering van de deelnemers. De verkoper van de Academische Boekhandel in Utrecht haalde op arrogante wijze de neus op toen één van onze redacteurs - kan men ook op niet-arrogante wijze de neus ophalen? - verontrust vroeg waarom *Directieve Therapie* niet in grote stapels in voorraad was. "Dat is een bestseller meneer, als U daarvan een exemplaar wilt bemachtigen moet U 's morgens vroeg komen", zo sprak de wijsneus.

De heer Witlau, redacteur van zowel *Avenue* als 't *mannenblad Zero*, zal Het Boek in de *Avenue* van januari als *Boek van de Maand* presenteren. Vanwege de leesbaarheid onder andere, beweert uitgever Fons Drabbe. Komen we dus tussen de interieurs van Elisabeth de Lestrieux, de menu's van Wina Born, de Chinese horoscoop en de twin-sets van Bleyle. "Een ander zal U omgorden", zo zegt de apostel Johannes, "en brengen waar Gij niet wilt."

Officiële reacties uit de vakpers ontbreken nog. Maar ook al zou men ons vanuit die hoek als een baksteen laten vallen, dan nog ziet het er naar uit dat wij het in het oog van onze naaste omgeving bijzonder goed doen.

2. Bij dit Nummer

"Het moeilijkste van jullie werk", zei de schoonmoeder van redacteur Van Dijck, "lijkt mij om uit te maken hoe je op het juiste moment een goede opdracht moet geven."

Zeer juist, die commentaar. Vandaar dat dit Nummer weer aan de - nog tentatieve - beantwoording van die vraag gewijd is.

De meeste redacteurs laten hun bijdrage(n) van een briefje vergezeld gaan. Tot onze vreugde voegden ditmaal ook Joele en Oudshoorn een korte mededeling bij hun inzending.

Wat schrijft Joele? Na vermeld te hebben hoe *moe* hij is, en na te hebben aangeduid dat zijn *allerbeste* stuk in een volgende aflevering geplaatst zal kunnen worden, wijst hij erop dat ons Tijdschrift een (bedenkelijke?) overeenkomst met het programma *Herenleed* vertoont: "Wat mooi dat het hier

zo mooi is". Een kritische redacteur dus, Joele.

Ook Oudshoorn kondigt een meesterwerk aan - coproductie met Van Dijck - voor het volgende nummer. Verder geeft hij ons zoveel complimenten dat wij er verlegen van werden. Hij ziet in ons niet alleen een *vriend*, maar ook een *hoofdredacteur* en een *inspirator*! Is het een wonder dat hij hieraan toevoegt ons niet als *baas* te kunnen verdragen (voor het geval wij zijn baas *zouden* zijn)?

Niet alle brieven kunnen zo positief gewaardeerd worden. Lange bijv., die weet dat wij nu eenmaal dol zijn op *narcistische strelingen*, begint zijn brief met *Lieve Kees*; om het woord "Lieve" heeft hij een cirkeltje met een pijltje geplaatst, dat naar de volgende met dun potlood geschreven tekst verwijst: "Het gebruik van deze term leidt er hopelijk toe dat ik voortaan de allermooiste omslag krijg". Lange vindt ons dus helemaal niet lief, lezer! Hij zégt het maar, om er zelf beter van te worden! Het is maar dat de kinderen Van Dijck geen lelijke omslagen kúnnen maken, anders had je de *allerlelijkste* omslag gekregen, Lange!

Dan Hoogduin, die is tenminste eerlijk. Iedereen weet dat hij zich bitter teleurgesteld voelt over de omslagen die wij hem toezenden, maar toch schrijft hij in zijn aan "K.C.P.van der Velden" gerichte brief: "Geachte heer Van der Velden, Hierbij stuur ik U kopieën 'Psychose en Directieve Therapie' toe. Met vriendelijke groeten, C.A.L.Hoogduin, zenuwarts". Merkt U op dat hij met deze brief zelfs de *schijn* van omkoperij weet te vermijden? Voor Hoogduin dus een pracht-omslag ditmaal. En een ereplaats in dit Nummer.

"Psychose en directieve therapie", zo luidt de titel van het hoofdartikel. De auteurs, C.A.L.Hoogduin en mevrouw *Tine Druijff*, beschrijven op gedetailleerde wijze hoe ook psychotische verschijnselen met een paradox en een kwinkslag tot verdwijnen gebracht kunnen worden.

Van Dijck geeft in "Een compacte therapie" een overzicht van de strategische behandeling van een door ons verwezen patiënt. Van Dijck mag dan goed zijn in therapie, wij zijn goed in verwijzen.

Gastauteur *Henk de Smet* en Onno van der Hart beschrijven vervolgens "Genezingsrituelen in de psychiatrische kliniek". Het stuk nogeens lezend bedachten wij ons dat de hier gepropageerde benaderingswijze mogelijk zekere verwantschap met de Rein-Levencultus van ver voor de oorlog vertoont. Baden, onwelgevoeglijke overwegingen in verband met zelfbevlekking uitbannen, ongekruidde spijzen nuttigen, eenvoudig handwerk verrich-

ten, één zijn met de Natuur. Dat soort dingen.

In "Paradoxaal intentie op proef" probeert Joele volgens de methode der successieve approximatie het ideaal van een foutloos geschreven artikel te benaderen. 't Gaat misschien erg langzaam, maar 't gaat. Misschien moet hier wel van *gemodificeerde* successieve approximatie gesproken worden.

Oudshoorns artikel bevat hints over de opvoeding van onze kinderen, die, mits op de juiste wijze toegepast, tot "een ongelooflijke ommezwaai" in de levensinstelling van het nageslacht kunnen leiden, ten gevolge waarvan tevens de rapportcijfers "omhoog vliegen". Eén en al actie dus, deze orthopaedagogische bijdrage.

Lange & Van der Hart presenteren aansluitend niet alleen een artikel, neen, zij geven ook huiswerk. Of wij aan hun roem willen bijdragen. Alsof opneming van "Afsluiten van het verleden" in "Gedragsverandering in gezinnen" *niet* tot slechtere verkoopcijfers van "Directieve Therapie" zou leiden. Wéér zo'n streek van Lange! Nu, wij willen best commentaar leveren, maar op voorwaarde dat "Directieve Therapie" in de nieuwe druk van "Gedragsverandering" uitgebreid wordt aanbevolen. Het volgende artikel is getiteld "Het in praktijk leren brengen van hypnotherapie". Waar het stuk over gaat kan al uit de titel worden afgeleid. Dat het weer heel erg knap is, wordt hier alleen voor de volledigheid vermeld.

In het artikel van Kees van der Velden wordt ingegaan op enkele relevante aspecten van het therapeut-zijn. De auteur suggereert dat een groot therapeut *lijken* een realistischer doel is dan een groot therapeut *zijn*. Enkele consequenties van deze zienswijze worden beknopt uitgewerkt.

In "Individuele therapie naar aanleiding van relationele klachten" toont de flexibele Lange dat hij absoluut niet de relatie-freak is waarvoor sommigen hem houden. Nee hoor, met hetzelfde gemak waarmee hij individuele klachten in interpersoonlijke termen vertaalt, vertaalt hij interpersoonlijke klachten in individuele termen, de virtuoos. Het slot van dit nummer bestaat uit een door Hoogduin ingezonden bijdrage van de heer en mevrouw Plezier.

Gaarne sluiten wij ons bij hun wens aan!

De Hoofdredacteur

PS Lange maakte nog een fraaie fotokopie voor U (p.72 e.v). Tot onze spijt verzuimden wij deze bijdrage bij U in te leiden.

Kees Hoogduin en Tine Druijf
november 1977

1. Inleiding

Therapeuten die vanuit een ecologische oriëntatie opereren en dus oog hebben voor het belang van systeemfactoren bij de veroorzaking en instandhouding van psychotische verschijnselen zullen ook bij de behandeling van cliënten met psychotische verschijnselen de voorkeur geven aan een ambulante behandeling boven een klinische.

Psychotische verschijnselen zoals wanen, hallucinaties, negativisme met voedselweigering, incoherente spraak, bizarre gedragingen, heftige motorische onrust en verbaal of manifest agressief gedrag, wekken bezorgdheid, angst en soms ook agressie op bij familieleden. Regelmatig zullen de therapeutische interventies in eerste instantie gericht zijn op het doen afnemen van de crisissituatie en het bewerkstelligen van de coöperatie van de gezinsleden en eventuele eerdere hulpverleners, opdat opname van de cliënt in een psychiatrisch ziekenhuis vermeden wordt (zie Hoogduin & Van den Bosch, 1977).

In het verleden toen de psychiatrische ziekenhuizen nog vol waren, werden psychotische cliënten (noodgedwongen) ook regelmatig ambulant behandeld. De behandeling bestond in die tijd in hoofdzaak uit een hoge neuroleptische medicatie en het instellen van een waakdienst door familieleden tot er een plaats vrij kwam in een ziekenhuis.

De directieve therapie maakt een meer subtiele benadering van de ambulante behandeling van psychotische cliënten mogelijk, hoewel de farmacotherapie bij deze categorie cliënten in een aantal gevallen een onmisbare aanvulling betekent (vgl. Langsley e.a., 1968; Luborsky, 1975).

In het onderstaande wordt ingegaan op de wijze waarop bepaalde psychotische symptomen aangepakt kunnen worden.

Er wordt uitvoerig verslag gedaan over de behandeling van een ernstig psychotische man.

Vervolgens wordt in de discussie ingegaan op de theoretische achtergrond van de hier beschreven strategie.

2. Algemene strategie

Bij de behandeling van psychotische cliënten zijn vooral de paradoxale strategieën van belang. Essentieel in het eerste contact is het expliciet accepteren van de psychotische belevingswereld van de cliënt als een realiteit. Het volgende fragment van een gesprek met een hallucinerende psychotische jongen illustreert deze benadering.

T.: Hoor je stemmen?

J.: Als ik ga zitten, dan hoor ik maar steeds: ga slapen of zo, die stemmen zijn echt, echt waar.

T.: Ja, jij hoort ze echt.

J.: Ze zijn echt. M'n vader gelooft het niet, maar ze zijn echt. Dan hoor ik wat anders praten en dan is ze uit haar hum geschoten en dan geeft ze mij de schuld. Ik, ik wil die stemmen kwijt, ik ken m'n eigen leven leiden. Maar hoe ken dat nou? Daar moet voorrecht aan gegeven worden. Maar of het nou gek is of niet, daar moet alles aan voor, daar moeten die mensen voor zorgen. Die andere mensen ken ik niet, en dat ze wat zeggen, die mensen hebben een verstand, ik niet. Die mensen hebben verstand. Die stemmen zijn echt, helemaal echt.

T.: En wat voor indruk heb je van die mensen die daar die stemmen

J.: Goeie mensen.

T.: Ze hebben het beste met je voor?

J.: Het beste met me voor, ja.

T.: Hoe kom je aan die gedachten dat ze het beste met je voor hebben?

J.: Dat voel ik aan, dat weet ik, dat hoor ik.

T.: Ja maar, hoe dan?

J.: Als ik iets zeg of zo, ja wat zal ik zeggen, dan moet ik het uitleggen maar de mensen bestaan.

T.: Ja natuurlijk, het zijn goede mensen, gelukkig heb je met goede mensen te maken.

J.: Ja, het zijn goede mensen, heel goeie mensen.

Wanneer de cliënt praat over zijn wanen wordt daar op ingegaan, vaak tot grote verbazing van de aanwezige gezinsleden; immers dezen hebben juist alle moeite gedaan om hem die "gekheid" uit zijn hoofd te praten. Wanneer iemand zich achtervolgd waant, wordt er

x

begrip voor zijn spanningen en zorgen getoond; wanneer iemand zich niets meer voelt, wordt hij beklagd. Wordt hij door hallucinaties gekweld, dan verdient hij medeleven: niet omdat hij zo ziek is, maar omdat hij nu gebukt gaat onder de hallucinaties. Hij wordt beklagd terwijl er uitvoerig over de aard, de frequentie en de ernst van de verschijnselen wordt gesproken. Door deze empathische benadering die niet hoeft te verschillen van de wijze van omgaan met niet-psychotische cliënten, ontstaat de mogelijkheid om een behandeling te starten.

Het aanvaarden van het psychotisch gedrag kan grote eisen aan de inventiviteit van de therapeut stellen. Met het hierna volgende voorbeeld wordt dit geïllustreerd.

Annie Verbeek - 29 jaar - werd door de huisarts telefonisch aangemeld met het verzoek deze psychotische vrouw onmiddellijk te gaan bezoeken. Zij dreigde haar vader te vermoorden, ze was in de war en rende door het huis. Annie reageerde niet op verzoeken om te praten. Op een stereotype wijze rende ze heen en weer. De therapeut besloot tenslotte om "met haar mee te gaan" en schaarde zich zonder kommentaar aan haar zijde; gezamenlijk marcheerden ze door het huis. Daarna bleek een eerste aanzet tot een gesprek mogelijk.

Tijdens het meegaan met de verschijnselen en klachten van de cliënt is het verstandig de andere aanwezigen gerust te stellen. Door de beschreven benadering dreigt het gevaar dat het gezin tot de conclusie komt nu met twee ernstig gestoorde mensen opgescheept te zijn. Enkele algemene "verstandige" opmerkingen of vragen naar persoonlijke gegevens kunnen dan zinvol zijn. Enige opmerkingen over het waarheidskarakter voor de betrokkene, gevoegd bij het onvermogen van de anderen ("u en ik") om dit ook zo te kunnen zien, kunnen veranderingen aanbrengen in de houding van de omgeving.

Regelmatig wordt de psychotische cliënt pas aangemeld als de draagkracht van de omgeving overschreden is. Op dat moment gaat de cliënt niet alleen gebukt onder zijn psychotische verschijnselen, maar wordt hij ook geconfronteerd met een gezin dat een opname als enige afdoende oplossing voor de problemen ziet. Een meevoelende, alles begrijpende therapeut die onmiddellijk

f
*

front maakt tegen de gezinsleden die cliënt willen laten opnemen en die bovendien bereid blijkt om schouder aan schouder met de cliënt de hem bedreigende, verwarrende verschijnselen te bespreken of zelfs te attaqueren, schept de opening voor een behandeling. Deze welwillende houding wordt ook in het gedrag van de therapeut tot uitdrukking gebracht. Hij zal zich bij voorkeur dicht bij de cliënt opstellen, bijvoorbeeld door vlak naast hem te gaan zitten op de bank, terwijl hij af en toe door een lichte aanraking op de onderarm of schouder zijn meelevens nog eens duidelijk maakt (vgl. hoofdstuk 3.1.1).

Het is vaak onmogelijk om met een psychotische cliënt tot goede afspraken of kontrakten te komen. Met de overige gezinsleden is dit uiteraard wel mogelijk. Bij de bespreking van de meer specifieke aanpak van de verschillende symptomen wordt op de mogelijkheid om veranderingen te bewerkstelligen, nader ingegaan.

3. De specifieke benadering van de symptomen van de psychotische cliënt

3.1 Er zijn psychotische mensen die om hulp vragen. Zij vormen een minderheid. Meestal wordt de hulp gevraagd door familieleden, huisarts, burens of politie en blijkt ieder ziektebesef of -inzicht te ontbreken bij de cliënt. De therapeut zal dan met een cliënt moeten werken die daar niet om gevraagd heeft. Dit maakt het begin van de behandeling al gecompliceerd.

Andere cliënten weigeren alle contact met familieleden of hulpverleners. Directe pogingen om met de cliënt te communiceren, mislukken. Met behulp van de volgende technieken is het soms mogelijk deze blokkade te doorbreken.

3.1.1 "Mothering" volgens Ferreira (Haley, 1963)

Hierbij wordt er op nonverbale wijze contact gelegd.

Dit geschiedt vriendelijk, warm en bemoederend. Ferreira beschrijft zijn methode voor de aanpak van ernstig geregredieerde schizofrenen. Wanneer een cliënt weigert te drinken, brengt hij een beker melk naar de mond van de cliënt, steeds op een vriendelijke wijze pratend en de

9

melk aanprijzend. Bij de ambulante behandeling van contact weigerende psychotische cliënten is het principe van deze benadering bruikbaar

3.1.2 Het gebruik van "Horror"-verhalen

Deze benadering bestaat uit het vertellen van de gebeurtenissen die zullen plaatsvinden wanneer in de toestand van de cliënt geen verandering komt. De beschrijving hiervan geschiedt op sobere en zakelijke wijze en toont de toekomst gezien van een zeer pessimistische kant. De cliënt moet bij deze benadering binnen gehoorsafstand zijn, doch de verhalen worden aan de andere aanwezigen verteld. Het geheel geschiedt in een sfeer van warmte en medeleven.

Frans, een surinaamse 25-jarige jongeman, sprak nog slechts enkele woorden: "Ik wil dood. Alles is voor niets." Hij was in deze toestand geraakt in aansluiting aan het zakken voor een tentamen; sindsdien reageerde hij niet meer op de omgeving en weigerde eten en drinken. De dagen voorafgaande aan ons bezoek had hij zich de nagels van vingers en tenen losgesneden met een scheermesje en vervolgens uitgetrokken. Deze verwonde vingers en tenen werden als uitgangspunt genomen voor een gesprek met zijn vrouw en twee zwagers. Uitvoerig werden zij voorgelicht over het grote infectiegevaar dat hij liep als hij zich niet liet behandelen. Ook de afschuwelijke gevolgen van de infectie werden de gezinsleden niet onthouden. Aansluitend liet hij zijn wonden behandelen en aanvaardde hij eten en drinken.

3.1.3 De gecombineerde benadering

Bovenomschreven benaderingen kunnen zeer goed gecombineerd worden, immers de door de therapeut uitgesproken sombere toekomstvisie geeft hem een extra reden de cliënt steunend en empathisch tegemoet te treden.

3.2 Niet meer eten of drinken maakt een psychose tot een levensbedreigend verschijnsel. Het niet meer drinken heeft veel sneller ernstige gevolgen dan niet meer eten. Ook bij niet-psychotische mensen zijn de gevolgen van niet meer drinken zeer ernstig. Na twee tot drie dagen overlijden ze met een delirant beeld.

Zowel het gebruik van de "Horror"-verhalen als de "Mothering"

zijn goede methoden om voedsel- en vochtweigering te doorbreken. Vanwege het grotere gevaar van vochtweigering wordt allereerst geprobeerd de cliënt te laten drinken.

Eerder in dit tijdschrift (Hoogduin, 1975) werd de behandeling van een vrouw die in stuporeuze toestand verkeerde, beschreven. De spieren van armen en benen waren maximaal overstrekt. De laatste 24 uur had ze niet meer gegeten of gedronken en ook de mictie en defaecatie hadden niet meer plaatsgevonden. Met de echtgenoot werden uitvoerig de gevolgen van het niet meer eten en drinken doorgenomen. Er werd informatie gegeven over de dodelijke afloop van een door het niet meer drinken optredende nierschorsnecrose. Bovendien eiste de toestand - als er niets veranderde - een opname in een krankzinnigeninrichting. Vervolgens werd er over deze gezondheidsinstituten uitvoerige informatie gegeven (vgl. Hoogduin, 1976).

3.3 De wartaal waarmee een psychotische cliënt de therapeut soms tegemoet treedt, maakt behandeling moeilijk. Dit zijn momenten dat directieve therapeuten zich afvragen of ze er goed aan gedaan hebben zich in deze richting te ontwikkelen, immers non-directieve therapeuten hebben het in deze gevallen een stuk gemakkelijker. De wartaal maakt communiceren onmogelijk. Wanneer echter de therapeut het praten van de cliënt gaat onderbreken, hem in de rede valt, zelf van de hak op de tak gaat springen, kortom een volledige chaos van het gesprek maakt, blijkt de cliënt soms adequaat te reageren op een eenvoudige vraag naar leeftijd of naam.

Deze nogal grove verbale benadering geschiedt echter in een zeer "benevolente" sfeer. Ook hier is het aan te bevelen dat de therapeut dicht bij de cliënt zit en op nonverbale wijze zijn medeleven en steun laat blijken.

Een andere benadering (vgl. Erickson in Haley, 1971) illustreert het volgende voorbeeld.

Mevrouw De Kwaadste werd aangemeld omdat ze volledig in de war was. Ze praatte aan een stuk door, er was niet tussen te komen en wat ze zei was complete wartaal. De therapeut ging met het hoofd in de handen zitten en keek strak naar de grond. Mevrouw bleef praten. Na ruim een uur vroeg mevrouw plotseling wat de therapeut daar nu van vond. De therapeut bleef in dezelfde houding zitten en zei haar volledig radeloos te zijn.

AA
||

Hierna stond cliënte op en schudde de therapeut heen en weer. Ze vroeg de therapeut wat ze voor hem kon doen.

3.4 Bij de behandeling van wanen en hallucinaties is zoals eerder gezegd het aanvaarden van de verschijnselen essentieel. De symptomen worden aldus impliciet (het aanvaarden van de realiteit van het optreden van de wanen of hallucinaties) of expliciet voorgeschreven. Bijvoorbeeld: de inhoud van de wanen of hallucinaties moet worden geregistreerd en indien mogelijk de tijd waarop de verschijnselen zich voordoen.

Jan Wouters, een 17-jarige scholier, klaagde over angsten en spanningen die ontstonden bij het denken over beïnvloeding die hem overkwam via radio en t.v. Deze gedachten maakten hem het studeren onmogelijk. Hij kreeg het advies om een studiekamer en een "gedachten"-kamer in te richten. Als kamer voor gedachten werd hem een prikkelarme ruimte aanbevolen. Hij koos zijn donkere kamer. Op het moment dat hij, eenmaal studerende, door de gedachten werd overvallen, moest hij zich in de donkere kamer terugtrekken en daar de gedachten oproepen en verder uitdenken. De tijd die hij in de donkere kamer doorbracht, moest hij registreren.

Bij Jan worden de waangedachten voorgeschreven. Hij moet ze oproepen wanneer hij in zijn "waankamer" zit. Dit blijkt hem niet te lukken.

Bij het volgende voorbeeld wordt de cliënt verzocht om aansluitend aan het bezig zijn met zijn waangedachten deze uitvoerig te registreren.

De heer Van Maanen spreekt voortdurend over zijn waan de zoon van een koning te zijn. Hij krijgt tenslotte het advies om iedere keer als hij gedachten over zijn belangrijke verleden krijgt deze onmiddellijk te noteren om ze aldus voor het nageslacht te behouden (zie ook hoofdstuk 4).

Het positief etiketteren van wanen of hallucinaties kan soms de symptomen tot verdwijnen brengen. In andere gevallen kan het een goede inleiding zijn voor het voorschrijven van het symptoom en de monitoring. Bij een positief etiketteren van wanen is voorzichtigheid geboden; niet voor niets luidt de definitie van een waan als volgt:

"Een waan is een op ziekelijke wijze ontstane overtuiging die met de werkelijkheid in strijd en niet voor correctie vatbaar is".

Deze formulering geeft al aan dat men cliënten er steeds opnieuw, maar steeds zonder succes van tracht te overtuigen dat hun waan in strijd met de werkelijkheid is.

Mevrouw Abbema was pathologisch jaloers op haar tien jaar jongere vriend. De goede man moest met zijn hoofd tussen zijn knieën zitten als zij met een taxi reisden zodat hij niets kon zien (met de trein reizen mocht helemaal niet); de televisie moest het huis uit (er zou een vrouw op het beeld kunnen verschijnen); hij mocht de krant niet meer lezen. De jaloezie van de vrouw werd geïnterpreteerd als een teken van liefde, van intense betrokkenheid op haar partner. "Wanneer zij niets om u zou geven, dan zou zij niet jaloers zijn nietwaar?" Iedere keer wanneer hij een teken van deze betrokkenheid waarnam, zou hij in het vervolg zijn vrouw voor dit bewijs van erkentelijkheid danken en haar in de armen nemen (Van Dijck, 1974).

Ook de volgende herinterpretatie van de factoren die hebben geleid tot het hebben van de bijzondere belevenissen, brengt soms een verandering in het beleven van de waan bij een psychotische cliënt teweeg.

Toen de heer Van Maanen verzuchtte: "Ben ik nou gek, of zijn zij het? Ik droom toch niet!", kreeg hij een uitvoerige verhandeling te horen over waken, dromen en slapen. Er werd gesproken over herinneringsvervalsingen die gedurende de periode tussen waken en slapen kunnen optreden. Vermeden werd een verklaring te geven voor het ontstaan van zijn wanen, wel werd hierdoor zijn zekerheid en zijn rotsvaste overtuiging van het realiteitskarakter van zijn gedachten ondermijnd (zie hoofdstuk 4).

Hallucinaties en wanen worden soms, evenals b.v. dwanggedachten, met schaamte beleefd. De cliënt houdt de inhoud voor zich en wil er liever niet over praten. Aan de partner of gezinsleden wordt gezegd dat "hij er weer last van heeft".

- ') Maria Derom had sinds 4 jaar last van stemmen. Haar echtgenoot, een zeer eenvoudige landarbeider, had haar in deze toestand leren kennen en was met haar getrouwd. Maria sprak met haar man niet over de stemmen, hoewel deze van haar toestand wel op de hoogte was. Cliënte kreeg eerst een monitoringsopdracht. De onbeleefde

mededelingen van de stemmen zou Maria noteren. Op de volgende zitting had zij de opdracht niet uitgevoerd. Als Spaanse vond zij het moeilijk goed nederlands te schrijven, bovendien had zij weinig last van de stemmen gehad.

Maria kreeg hierna de volgende opdracht: zij zou haar man vertellen wat de stemmen haar gezegd hadden. Op de volgende zitting had ze geen stemmen meer gehoord.

Bij het volgende voorbeeld wordt de cliënte uitgenodigd gesprekken met de stemmen te hebben.

- ') Mevrouw Omdas klaagde sinds een vijftal jaren over hyperventilatiesymptomen. Bovendien hoorde ze af en toe een zware stem die achter haar vandaan kwam. De stem behoorde toe aan een grote zwarte man die achter haar stond en op haar lette. Mevrouw kreeg het advies de man uit te nodigen met haar te praten. Tweemaal slaagde zij daarin, daarna lukte het niet meer. Ook het hierna gegeven advies om de man in de fantasie op te roepen en fantasiegesprekken met hem te houden, kon ze niet opvolgen: het lukte haar niet meer nog eens contact te krijgen met de zwarte man.

Bij het volgende voorbeeld krijgt de cliënte de opdracht de inhoud van de waangedachte op nonverbale wijze mede te delen.

Jannie, een 35-jarige analiste, klaagde over waandenkbeelden, waar ze zich verder niet over wilde of kon uitlaten. Om haar bezorgde ouders toch te laten weten wat de inhoud van deze waandenkbeelden was, was ze bereid deze waangedachten tweemaal per dag gedurende een kwartier uit te beelden. Ze slaagde er enige weken in dit uitbeelden te volbrengen. Geleidelijk nam de klacht en het uitbeelden ervan af en verdween tenslotte volledig.

Voor cliënten met paranoïde wanen heeft Jackson (in Watzlawick, 1973) een speciale techniek beschreven. De achterdocht wordt niet alleen als een realiteit geaccepteerd, maar de therapeut toont zich zo mogelijk nog achterdochtiger. Een variant hierop wordt in het volgende voorbeeld beschreven.

Gijs, een 30-jarige in de W.S.W. werkende jongeman, had vergiftigingsideeën. Hij weigerde eten en drinken. Toen hij met behulp van de "Mothering"-techniek er tenslotte toe gebracht werd iets te drinken en te eten, ontstond de volgende situatie: hij bood de therapeut een glas appelsap aan. De therapeut tilde het glas op

- ') Mevrouw Derom en Mevrouw Omdas werden door Menno Arnoldus behandeld.

~~14~~
14

en keek naar de onderkant van het glas (zoals hij de cliënt steeds had zien doen), aansluitend stelde hij voor dat cliënt er eerst zelf van zou drinken omdat de therapeut het niet aandurfde. Er viel een korte stilte waarna Gijs in lachen uitbarstte en enige ferme slokken nam. Vervolgens werd onder luid gelach door cliënt en therapeut een aantal glazen appelsap genuttigd.

Symptomen hebben een relatiecontrolerende betekenis. Bij het eerder beschreven voorbeeld van mevrouw Abbema met haar jaloeziewaan is dit duidelijk te zien. Haar vriend kan geen stap meer doen buiten het beperkende kader dat zij heeft aangebracht. In het voorbeeld van mevrouw Abbema wordt de positieve etikettering als therapeutische strategie gekozen, maar ook de reactie van haar partner op haar uitingen van jaloezie wordt gewijzigd.

Ook in het volgende voorbeeld worden andere gezinsleden ertoe gebracht op een andere manier op het symptoomgedrag te reageren.

Jan Pieterse, een 50-jarige electriciën, was sinds twee jaar ervan overtuigd dat zijn 26-jarige zoon een onecht kind was. Hij stopte met werken om zijn vrouw verdere ontrouw te beletten en bestookte haar voortdurend met vragen naar de waarheid rond de conceptie van hun 26-jarige zoon. De vrouw probeerde steeds opnieuw haar echtgenoot duidelijk te maken dat zij hem in die tijd niet ontrouw geweest was. Dit alles was echter zonder effect.

Het echtpaar kreeg het volgende advies: de man moest zijn onzekerheid over het gedrag van zijn vrouw niet oppotten, maar zijn vrouw met vragen duidelijk maken dat hij nog met dit probleem worstelde. Daar zijn vrouw hem geen antwoord meer kon geven (zei ze "ja" dan zou ze dat doen om van zijn gevraag af te zijn; zei ze "nee" dan zou ze liegen), was hij alleen in staat om tot een oplossing van dit probleem te komen. Daartoe moest hij een ruimte hebben om zich terug te trekken om deze gecompliceerde geschiedenis uit te denken. Iedere keer dat het hem hoog zat, diende hij zijn vrouw de vraag te stellen. Zijn vrouw zou hem geen antwoord meer geven, maar zou hem herinneren aan zijn "denkkamer", waarna de man zich daar zou terugtrekken (vgl. Hoogduin e.a., 1977).

In het volgende voorbeeld belonen de ouders de waanachtige verhalen van hun dochter.

Marja, een 25-jarige jonge vrouw, bracht de gezinsleden tot wanhoop met haar verhalen over een turkse minnaar die haar in Spanje, in Gorkum en ook in Marokko steeds

op straat begluurdde. De ouders besteedden vele avonden aan het weerleggen van deze "toevalligheden". Het gezin kreeg het volgende advies: voor Maria was het een werkelijkheid. Zij moest door de gezinsleden uitgebreid aangehoord worden. Zodra zij erover praatte, moest vooral moeder er zonder enig commentaar naar luisteren. Maria zou voor alle betrokkenen haar bijzondere ontmoetingen op papier zetten. Hierna sprak Maria niet meer over de waan en bij de volgende zitting had zij ook niets op papier gezet.

4. Het uitvoerig verslag van de ambulante behandeling van een ernstig psychotische man: "De man met de koningswaan"

4.1 De aanmelding

De heer Van Maanen, 47 jaar, eigenaar van een gemengd bedrijf, wordt door zijn vrouw en zuster aangemeld op ons bureau. De man waant zich Willem van Oranje en door Koningin Wilhelmina in de tweede wereldoorlog onderscheiden met de toestemming om te doden en "gebruik" te maken van de maagden in de omgeving. Hij uit zich naar burenen en kennissen in dreigende taal en gebaren; bovendien lijdt hij aan hevige spanningen, omdat men hem mogelijk om zijn gaven zal vermoorden. Het een en ander maakt hem het slapen onmogelijk. Besloten wordt hem thuis te bezoeken.

4.2 Het eerste contact

De heer Van Maanen heeft geen bezwaar zijn geschiedenis te vertellen. Hij praat gemakkelijk over zijn bijzondere talenten en zijn begenadigd zijn door de koningin. Teneinde zijn agressiviteit te taxeren, wordt hem gevraagd hoe vaak hij reeds gebruik gemaakt heeft van zijn recht om de maagden te beslapen. Dit blijkt hij nog niet gedaan te hebben, zodat voorlopig aangenomen wordt dat hij zijn andere recht - enige mensen te vermoorden - ook niet te snel zal gebruiken. Hij vertelt bezig te zijn met herinneringen uit het verleden uit de tijd van de tweede wereldoorlog. De belangstelling voor zijn afstamming en oorlogsverleden is pas enige weken aanwezig. Hij staat al jaren bekend als een wat vreemde, niet op contact gestelde boer die goed voor bedrijf en gezin zorgt. De heer Van Maanen heeft geen bezwaar tegen onze komst, al vindt hij dat er niets te behandelen is.

Daar het verder geen kosten met zich meebrengt, gaat hij akkoord.

4.3 Taxatie

Grootheids- en paranoïde wanen bij een voorts vriendelijke man. Het gevaar voor werkelijk agressief gedrag wordt klein tot afwezig geacht. Besloten wordt tot ambulante behandeling (hij werkt nog steeds de gehele dag op de boerderij), waarbij zijn vrouw betrokken zal worden.

4.4 Behandeling

De behandeling is opgebouwd uit 3 componenten:

- 1. algemene strategie
- 2. medicatie
- 3. directe aanpak van de wanen

4.4.1 Algemene strategie

De client wordt de gelegenheid geboden uitvoerig over zijn problemen te vertellen; er wordt geen enkele poging ondernomen zijn ideeën te corrigeren, ook wanneer zijn partner zegt: "Dat is toch onzin!", wordt geantwoord dat wij dat niet weten. De man reageert onzeker op deze benadering. Hem is immers door zijn burens en familieleden tot nu toe voortdurend verteld dat al zijn herinneringen en bijzondere kwaliteiten onzin zijn. Deze benadering maakt zijn vrouw soms woedend. In algemene termen wordt geprobeerd dit op te vangen: "Uw man vertelt het toch, het zijn zijn herinneringen; hij is toch geen leugenaar, maar begrijpen, kijk, dat doet niemand het, etc."

4.4.2 Medicatie

Bij al zijn angsten, spanningen en psychotische belevenissen heeft de heer Van Maanen maar één klacht, nl. hij slaapt slecht. Dit wordt aangepakt om hem een middel aan de hand te doen waardoor spanning en angst dusdanig te dragen zijn dat de slaap niet langer verstoord wordt. Mevrouw vertelt echter dat haar man geen medicijnen inneemt, enerzijds uit een soort boerentraditie, anderzijds omdat ze geld kosten ("daarom wil hij ook nooit naar een

15
-34

dokter"). Na hem gezegd te hebben dat deze behandeling gratis is en ook de medicijnen gratis zijn, verklaart hij zich bereid het effect van een pil te proberen. Hij krijgt 8 mg Trilafon wat voor een man van 120 kg een lage dosering is. Bij het bezoek de volgende dag heeft hij danook niets gemerkt van de eventuele effecten en is hij bereid eenmaal 16 mg per avond te proberen. Hierop slaapt hij goed, terwijl er geen verandering in zijn psychotisch beeld optreedt.

4.4.3 Aanpak van de wanen

4.4.3.1 Herformulering van de waangedachten

Soms kon de heer Van Maanen verzuchtingen uiten als:

"Ben ik nou gek, of zijn zij het? Ik droom toch niet, etc."

Dit wordt aangegrepen om een verhandeling te houden over waken en dromen, herinneringsvervalsingen e.d. Op vragen of bij hem ook iets dergelijks aan de hand is, wordt geantwoord dat dit door een buitenstaander niet te beoordelen is. Er worden voorbeelden gegeven van cliënten die last hebben van ernstige herinneringsvervalsingen, "maar of uw herinneringen ontstaan zijn in een periode tussen waken en dromen en als soort herinnering in uw gedachten zijn blijven hangen, is door ons moeilijk uit te maken". Voor zijn bijzondere privileges en voor zijn achterdocht heeft hij geen aanknopingspunten in het heden gevonden, alles is gebaseerd op gebeurtenissen in het verleden. Het ondergraven van deze "herinneringszekerheid" maakt ook zijn op deze herinneringen gebaseerde actuele gedrag onzeker.

4.4.3.2 Het wegvangen van de bekrachtiging van zijn manifeste psychotische gedrag

Na het ontstaan van de wanen is Van Maanen met burens en bekenden deze zaken gaan bespreken. Dezen reageren verbaasd, maar later woedend en ook angstig, vooral als Van Maanen hen vertelt dat hij ze eigenlijk moet vermoorden. Na deze fase is hij geïsoleerd geraakt. Hij bezoekt nu personen die in zijn waanleven een bepaalde

functie ingenomen hebben en vraagt ze bevestiging van zijn afstamming en van de andere gebeurtenissen in het verleden. Deze mensen reageren of verward en angstig of ze zeggen dat hij naar de dokter moet. Dit leidt bij hem tot nieuwe spanningen. In de gesprekken met het echtpaar wordt de nadruk gelegd op het feit dat er maar één mens is die achter de waarheid kan komen en dat dat Van Maanen zelf is. Deze stelling past in zijn belevingswereld van koningszoon en al zijn grootheid. Hij besluit zijn zoeken naar bevestiging te staken.

4.4.3.3 De weddenschap om de waan

Wanneer hij zich beklagt over de reacties van burens en gezinsleden op zijn mededelingen over zijn voorname afkomst vragen we hem waarom hij het zo belangrijk vindt alles aan ieder bekend te maken, terwijl hij zelf nog zoekend is naar de waarheid en twijfelt tussen herinneringsvervalsingen en werkelijke gebeurtenissen uit het verleden. Het is misschien beter eerst zelf deze vragen uit te werken voordat de omgeving in deze zaken betrokken wordt, maar het lijkt erop "alsof u erover moet praten, alsof u niet anders kan", etc. Hierop lacht hij hartelijk en zegt dat hij wel anders kan en stelt een weddenschap voor. De therapeut gaat hierop in en Van Maanen stelt voor dat hij veertien dagen er niet over zal praten. De inzet van de weddenschap zal een doos goede sigaren zijn. Hij verliest de weddenschap. In die veertien dagen heeft hij er éénmaal met zijn vrouw over gesproken. In het verdere verloop van de behandeling verandert dit patroon niet meer. Hij praat er nog wel eens met zijn vrouw over, maar niet meer met anderen.

4.4.3.4 Het ordeal

Hoewel hij nauwelijks meer praat over zijn wanen, denkt hij er nog wel aan. Om hem tegemoet te komen in zijn zoeken naar de waarheid wordt hem voorgesteld iedere avond de gedachten die hij die dag over zijn verleden gehad heeft op papier te zetten, zodat hij een goed overzicht krijgt.

Dit heeft echter alleen zin als hij het consequent iedere dag uitvoert. Hij besluit dit advies op te volgen. Bij het volgende bezoek heeft hij flink geschreven, doch bij het daarop volgende bezoek heeft hij nauwelijks iets geschreven en vertelt hij zich niet te kunnen voorstellen dat hij het werkelijk beleefd heeft.

4.5 Het verdere verloop

Na 15 zittingen is de heer Van Maanen klachtenvrij. Terwijl overwogen wordt hem uit de behandeling te ontslaan, blijkt uit een telefonisch contact dat hij ernstig depressief is geworden. Bij het huisbezoek blijken de verschijnselen van de psychose volledig verdwenen te zijn. De heer Van Maanen gaat nu gebukt onder een depressie met alle vitale kenmerken, hij eet slecht, zit vast, kan 's morgens niet opgang komen, is ervan overtuigd alles verkeerd gedaan te hebben in het leven en vertelt met een touw in de stal gelopen te hebben om er een eind aan te maken. Na de zelfmoorddreiging ingeschat te hebben - hij vertelt dat eigenlijk niet te durven - krijgt hij een uiteenzetting over depressies en de moderne medische hulpmiddelen daartegen. Hij aanvaardt Anafranil 50 mg per dag als medicatie; vier weken later is de depressie verdwenen en kan de medicatie gestaakt worden.

4.6 Follow-up

Na 8 maanden is in de toestand geen verandering gekomen. Hij functioneert als vroeger: een wat zonderlinge, geïsoleerd levende boer zonder medicatie.

5. Discussie

5.1 De symptomatologie van de psychoticus is te begrijpen vanuit de communicatietheorie. Zo gauw er sprake is van communiceren, zal alles wat de ene persoon tot de ander zegt de relatie met de ander definiëren. Het aangeven van het soort relatie dat hij heeft, kan hij slechts vermijden door te ontkennen dat hij praat, te ontkennen dat hij iets zegt of te ontkennen dat het plaats vindt in het hier en nu (Haley, 1963).

De schizofreen ⁺) ontkent niet alleen datgene wat hij zegt, maar hij ontkent het op een manier dat zijn ontkenning wordt ontkend. Op deze wijze vermijdt de schizofreen het definiëren van de relatie. De schizofreen bedient zich zodanig van de taal dat het de toehoorder mogelijk is de boodschap op verschillende wijze te interpreteren. Deze interpretaties kunnen niet alleen verschillen, maar kunnen zelfs met elkaar in tegenspraak zijn. Zo slaagt hij erin één of alle aspecten van het bericht te ontkennen (Watzlawick, 1973). Haley noemt als uitgangspunt voor de behandeling van schizofrenen hen tot het definiëren van de relatie te brengen. Wanneer de therapeut hierin slaagt, zal de therapeut de controle over de definitie van de relatie trachten te behouden. Als de cliënt zich symmetrisch opstelt, zal de therapeut dit als een manier van samenwerken voorstellen. De "Mothering"-techniek van Ferreira (Haley, 1963) laat zien hoe op deze wijze de schizofreen gedwongen wordt de relatie te definiëren. De therapeut brengt op vriendelijke (benevolente) wijze een glas melk naar de mond van de cliënt. Als de cliënt drinkt, aanvaardt hij een complementaire relatie, weigert hij - door niet te drinken of het glas weg te slaan - dan bepaalt hij eveneens de relatie. Als de cliënt het glas overneemt, aanvaardt de therapeut onmiddellijk deze symmetrische manoeuvre. De schizofreen wordt door een paradoxale benadering gedwongen te reageren op de therapeut ... en raakt gevangen in de therapeutische paradox. Binnen de context van "beter gemaakt" worden door de therapeut wordt hem geadviseerd voort te gaan met zijn symptoomgedrag.

⁺) Haley, Watzlawick e.a. hanteren de term "schizofrenie". Schizofrenie als diagnostische rubriek heeft in de Verenigde Staten een veel ruimere inhoud dan in Nederland. In de V.S. wordt deze diagnose per eenheid van bevolking dertien maal zo vaak gesteld (Bemporad & Pinkster, 1974). De relevantie van het onderscheid tussen schizofrenie en andere psychosen lijkt ondergeschikt, met uitzondering van de organische, de symptomatische en manisch depressieve psychosen. Bij deze groepen psychosen zijn biologische behandelmethoden in eerste instantie aangewezen: bij organische psychosen bijvoorbeeld neurochirurgische behandeling, bij de symptomatische de internistische behandeling en de lithiuminstelling bij manisch depressieve psychosen.

- 5.2 De toegepaste behandeling van de psychotische cliënt geschiedt binnen een sfeer van welwillendheid en betrokkenheid. Vooral in het begin van de behandeling is deze houding noodzakelijk. Het aanvaarden van de cliënt met al zijn bizarre gedragingen schept het klimaat voor volgende therapeutische interventies. Wanneer de cliënt alle contact afwijst, moet dit probleem eerst opgelost worden voor verdere behandeling mogelijk is. Met behulp van het nonverbaal kontaktleggen wordt de cliënt gedwongen de relatie te definiëren en aldus kan de therapeut controle over de relatie verkrijgen. Vervolgens kan een paradoxale benadering van de symptomatologie geschieden. Uit de voorbeelden blijkt het symptoom-voorschrijven en het "benevolent ordeal" ook bij de aanpak van de psychoticus zinvol. Het voorschrijven van het symptoom waarbij de betekenis van het symptoom gewijzigd wordt, is gebruikt bij de vrouw met de pathologische jaloezie en bij de heer Van Maanen met de koningswaan. Ook bij de andere voorbeelden wordt het symptoom impliciet of expliciet voorgeschreven. Als ordeal wordt gehanteerd: uitgebreid registreren, symptomen uitbeelden, het gebruik van een time-out kamer en het uitvoerig bespreken van de "geheime" belevenissen met de gezinsleden.
- 5.3 Bij het gebruik van de "Horror"-verhalen is het van belang dat de toekomstvisie niet in strijd is met een mogelijke werkelijkheid. Wanneer bijvoorbeeld een cliënt de zegeningen van een psychiatrische inrichting afgeschilderd krijgt, moet dit overeenstemmen met de werkelijkheid van de psychiatrische inrichting waar de cliënt mogelijk opgenomen wordt. Wanneer de gevaren van uitdroging besproken worden, dienen deze overeenkomstig de realiteit te zijn. Anders zal de cliënt zich terecht "voor de gek gehouden" voelen. De Horror-techniek wordt binnen de indeling van directieve interventies van Van Dijk, Van der Velden en Van der Hart (1977) beschreven als een paradoxaal indirect en concreet directief.
- 5.4 In de literatuur wordt een aantal malen verslag gedaan van een succesvolle directieve behandeling van ongewenste gedragingen van psychotische mensen. Deze behandelingen zijn vrijwel alle

verricht binnen een klinische setting en hebben een gedrags-therapeutisch karakter. Ayllon (1963) beschrijft de behandeling van een chronisch psychotische vrouw met een aantal bizarre gedragingen, zoals handdoeken verzamelen, voedsel stelen en vele kledingstukken over elkaar aantrekken. Hij slaagt erin deze verschijnselen op te heffen met behulp van stimulus satiatie (bij het handdoeken verzamelen) en bekrachtiging met etenswaren. Rutner en Bugle (1969) beschrijven de behandeling van een reeds dertien jaar auditief hallucinerende vrouw door middel van een zelfcontrole-procedure. Zij moest naast uitgebreid registreren van het voorkomen van de hallucinaties de grafische voorstelling hiervan op een voor haar medepatienten zichtbare plaats ophangen.

Deze behandelingsstrategieën zijn vanuit de communicatietheorie (symptoom-voorschrijven en het "benevolent ordeal") verklaarbaar.

6. Nabeschouwing

Bij de ambulante behandeling van psychotische cliënten blijken de principes van de directieve therapie bruikbaar.

Ook ernstige verschijnselen als hallucinaties, wanen, voedsel- en vochtweigering en negativisme, zijn aldus in positieve zin beïnvloedbaar.

In het voorafgaande is weinig gesproken over het gebruik van psychofarmaca. In de beginfase van de behandeling van psychotische mensen kunnen deze middelen - mits goed gedoseerd en kortdurend gegeven - de nodige rust verschaffen in die gezinnen waar een "onrustig" psychotisch gezinslid gedurende dagen of weken het probleemoplossend vermogen van het gezin ernstig op de proef gesteld heeft. (vgl. ook Luborsky e.a., 1975).

Referenties

- Ayllon, T. (1963) Intensive treatment of psychotic behaviour by stimulus satiation and food reinforcement, Behav. Res. & Ther. 1, 53
- Bemporad, J.R. & H. Pinkster (1974) Schizofrenia: the manifest symptomatology, in: American Handbook of Psychiatry, vol III, 524 e.v. Basic Books, New York
- Dijck, R. Van (1973) Persoonlijke mededeling
- Dijck, R. Van, C.P. v.d. Velden & O. v.d. Hart (1977) Een indeling van directieve interventies, Tijdschr. Directieve Therapie 4 (3), 4
- Haley, J. (1963) Strategies of Psychotherapy, Grune and Stratton, New York
- Haley, J. (1967) Advanced techniques of hypnosis and therapy; selected papers of Milton H. Erickson, Grune and Stratton, New York
- Hoogduin, C.A.L. (1975) Een behandeling van een stuporeuze dame met de utilisatietechniek volgens Erickson, Tijdschr. Directieve Therapie 3 (1), 12
- Hoogduin, C.A.L. (1976) Het hanteren van een verzoek tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis: een opnamevermijdingsstrategie, Tijdschr. Directieve Therapie 3 (8), 71
- Hoogduin, C.A.L., O. v.d. Hart, R. Van Dijck, L. Joele & C.P. v.d. Velden (1977) De interactionele behandeling van het dwangmatig controleren, in: Kees van der Velden e.a., Directieve Therapie, Van Loghum Slaterus, Deventer
- Hoogduin, C.A.L. & R.J. v.d. Bosch (1977; in voorbereiding) Vermijding van opname

Langsley, D.G., D.M. Kaplan e.a. (1968)

The treatment of families in crisis,
Grune and Stratton, New York

Luborsky, L., B. Singer & L. Luborsky (1975)

Comparative studies of psychotherapies,
Arch. Gen. Psychiatry 32, 995

Rutner, I.T. & C. Bugle (1969)

An experimental procedure for the
modification of psychotic behavior,
J. Cons. & Clin. Psychol. 33 (6), 651

Watzlawick, P., J.H. Beavin & D.D. Jackson (1973)

De pragmatische aspecten van de menselijke
communicatie,
Van Loghum Slaterus, Deventer

EEN COMPACTE THERAPIE

Richard Van Dijck

1. Inleiding:

In deze bijdrage wordt een behandeling beschreven waarbij meerdere problemen aan een relatief snel tempo behandeld konden worden. Behalve de uitstekende gemotiveerdheid van de cliënt hangt dit vlotte tempo van vooruitgang samen met het systematisch toepassen van het "keuze-principe" (zie van der Velden & Van Dijck, 1977) bij het geven van de opdrachten en het op een weloverwogen wijze aankondigen van toekomstige veranderingen.

2. Gevalsbeschrijving:

De cliënt is een 45-jarige docent aan een pedagogische academie, socioloog van opleiding. Bij de eerste zitting komen de volgende klachten naar voren:

1. Sinds 1½ jaar heeft hij last van slaapstoornissen, voornamelijk inslaapstoornissen, waarvoor hij met wisselend succes een tablet Vesparax of Bykonox gebruikt. Hij wil liever van deze medicatie af dan ze te verhogen.
2. Hij heeft last van een sombere stemming met gevoelens van insufficiëntie t.o.v. werk en gezin en een negatieve zelfwaardering in het algemeen. Dit blijkt een chronisch probleem te zijn waarvoor hij een tiental jaren geleden een reguliere psycho-analyse heeft ondergaan. Na 4 jaar heeft hij deze behandeling afgebroken omdat ze naar zijn gevoel tot weinig resultaat leidde.
3. Hij heeft fobische klachten, met name straatvrees, angst voor openbaar vervoer en angst voor sociale contacten. Deze klachten zijn de laatste maanden geleidelijk in hevigheid toegenomen zodat hij zich is gaan isoleren en nu ook zijn werk sinds twee weken heeft gestaakt.

Met dank aan Andrea Morsink voor het uitwerken van de bandjes.

De cliënt is een obese, op wat gelaten toon pratende man. Zijn vrouw is bij het gesprek aanwezig; hij zegt veel steun en begrip van haar te ondervinden. Hun relatie wordt door beiden als goed omschreven.

Na deze voorlopige inventarisatie wordt met hem de werkwijze van huiswerkopdrachten besproken; hij voelt wel voor een dergelijke aanpak. In principe wordt afgesproken dat per zitting één probleem aan de orde zal komen. Volgens de gedachte dat de eerste klap een daalder waard is, wordt de rest van de zitting besteed aan de vraag aan welke klacht nu reeds met een kans op succes gewerkt zou kunnen worden. Hij noemt zelf als meest hinderlijke probleem van het moment de slaapstoornissen. Twee methodes worden hem voorgelegd: een langerdurende, maar relatief gemakkelijkere methode, gebaseerd op ontspanningsoefeningen of een snelwerkende aanpak die echter meer inspanning vraagt. Hij kiest voor de tweede mogelijkheid. In navolging van Erickson (zie Haley, 1963) wordt hem het bekende waakadvies gegeven: de komende nachten dient hij, als hij na 20 minuten niet in slaap is gevallen, de tijd wakend door te brengen en een lastig, maar nuttig karwei te verrichten. Dit wordt bij hem niet vloeren boenen, maar in verband met zijn opleiding, het lezen en herlezen van Parson's "The Social System". Tevens wordt afgesproken dat in de volgende zitting de angst en de fobische klachten aan de orde zullen komen. Zijn reactie op het waakadvies is reeds beschreven. (Van Dijck, 1977). Vanaf de eerste avond slaapt hij uitstekend en hij hoeft geen enkele nacht wakend door te brengen. Vóór de volgende afspraak, die drie weken later gepland is, neemt hij telefonisch contact op: hij heeft een nieuwe klacht die hem verontrust. Meerdere keren per dag heeft hij last van acute angstaanvallen, zonder duidelijke lichamelijke begeleidingsverschijnselen en ook zonder een duidelijk angstobject; hij noemt het zelf "abstracte angst", maar hij beleeft die wel als zeer intens. Tijdens het telefoongesprek vraagt de therapeut hem of hij

wil proberen deze angst op het moment zelf op te wekken. Ondanks herhaalde pogingen en na een telefonische stilte van enige tijd lukt het hem niet. Als toepassing van deze ervaring wordt met hem afgesproken dat hij de komende tijd, bij elk spoortje van dergelijke angstaanvallen, zal trachten ze op te wekken en te versterken, (in de hoop dat ze daardoor voorkomen kunnen worden.) Inderdaad blijkt bij de tweede zitting dat de "abstracte angst" is weggebleven. De straatvrees, de sociale angst, de treinvrees zijn echter nog onveranderd aanwezig. Bij verder uitvragen blijkt dat in sommige van deze situaties van hyperventilatie sprake is, in andere niet. De werking van het bekende plastic zakje wordt meteen tijdens de zitting gedemonstreerd en als vaste oefening voor de komende twee weken voorgeschreven.

Hoewel dit hem het gevoel geeft dat hij weer een mogelijkheid heeft om een deel van zijn klachten onder controle te krijgen, zegt hij nog niet alleen de straat op te durven of een winkel binnen te kunnen stappen. In die situaties heeft hij niet zozeer last van hartkloppingen en benauwdheid, maar wel de angst flauw te vallen en aldus de aandacht te trekken. Dit is hem jaren terug een keer in werkelijkheid overkomen. De therapeut stelt voor dat hij deze angst zal bestrijden door, bij het opkomen van deze gedachten, op straat of in de winkel een appelflauwte te simuleren en op deze manier, zo vaak als nodig, door ondervinding te leren dat de gevolgen van een dergelijke gebeurtenis eigenlijk meevallen. Hierdoor zal de angst afnemen. De cliënt vindt dit een erg drastische procedure. Na enig heen en weer gepraat komt hij zelf met een alternatief: hij heeft gemerkt dat als hij zich aan een boom of lantaarnpaal vasthoudt, de angst weer zakt. Hieruit komt de volgende afspraak: hij zal dagelijkse wandelingen maken waarbij hij steeds elke lantaarnpaal of boom die hij onderweg ziet, even zal vasthouden of aanraken. Tot slot wordt afgesproken dat de volgende zitting

besteed zal worden aan het construeren van een opdracht met betrekking tot zijn insufficiëntiegevoelens en faalangst op het werk.

Tot en met de 6e zitting wordt hetzelfde stramien gebruikt: één van de bij de eerste zitting genoemde klachten wordt besproken totdat een concrete handeling omschreven kan worden waarin de klacht een rol speelt. Vervolgens worden twee of meer voorstellen gedaan voor huiswerk dat tot een concrete verandering zal leiden. Deze voorstellen worden pas gepresenteerd nadat overeenstemming bereikt is over de theoretische verklaring van de mogelijke werkzaamheid van de opdracht. Bij de concrete invulling van het huiswerk wordt beroep gedaan op de cliënt om zelf aan te geven hoe dit het beste kan gebeuren. Zo wordt de faalangst op het werk omschreven als een gevolg van een onjuiste attitude die neerkomt op onvoldoende vertrouwd zijn met het maken van onvermijdelijke menselijke fouten. Daarna worden verschillende mogelijkheden aangereikt om weloverwogen fouten te maken zodat de cliënt kan leren dit niet meer als angstverwekkende gebeurtenissen te ervaren. Het negatieve zelfbeeld wordt verklaard als het resultaat van het feit dat hij weinig blijken van waardering ontvangt. Als goede methode om verandering te oogsten wordt het geven van complimenten aanbevolen, iets waar hij ook in werkelijkheid steeds moeite mee heeft. Een terugkerend onderdeel van de zitting is ook dat op het einde reeds afspraken gemaakt worden over welk probleem de volgende keer aan de orde zal komen en hoe dit in grote lijnen aangepakt zal worden.

Tot de 6e zitting is de behandeling het beste te omschrijven als een individuele therapie in aanwezigheid van de partner. Relationele problemen zijn door geen van beiden ingebracht en de therapeut heeft ook geen moeite gedaan om naar een interactioneel kader toe te sturen. Naar aanleiding van een discussie over de moeilijkheden die hij heeft ondervonden bij de uitvoering van de opdrachten om complimenten te geven op het werk en thuis

komt met veel moeite een nieuw probleem naar voren dat beiden tot nog toe verzwegen hebben: hij lijdt aan een pathologisch te noemen jaloezie. Dit dateert vanaf het begin van hun huwelijk. Minstens twee keer per week zijn er ruzies van grofweg 1½ uur, naar aanleiding van jaloerse verdeningen van zijn kant. Een anonieme peuk in de asbak of een wat laattijdig verschijnen van zijn vrouw vormen voldoende aanleiding. Hij verdraagt niet dat manlijk bezoek zich hartelijk opstelt ten opzichte van zijn echtgenote, wat ertoe geleid heeft dat ze eigenlijk nog maar zelden vrienden uitnodigen en tamelijk geïsoleerd leven. Hij schaamt zich erg over dit probleem en is er niet blij mee dat dit door zijn vrouw aan de orde is gesteld. Zelfs tijdens zijn psycho-analyse had hij deze moeilijkheid verzwegen. Ook zij heeft er in feite niet veel fiducia in dat hier verandering in zal komen en ze heeft zich ingesteld op het zoveel mogelijk vermijden van mogelijke aanleidingen. Vanwege deze terughoudende opstelling van beide partners kondigt de therapeut aan dat dit probleem voorlopig nog niet aangepakt dient te worden. Hij tracht wel de jaloezie in een ander daglicht te plaatsen: aansluitend op de eerdere discussie over complimenten zegt hij dat de jaloezie samenhangt met de moeite van de cliënt om directe complimenten te geven. De jaloezie dient opgevat te worden als een indirecte, zij het niet geheel uitgerijpte, vorm van liefdesbetuigingen van de man aan de vrouw. Hoewel de wenselijkheid onderstreept wordt om te zijner tijd ook de meer directe manieren van het uiten van waardering te beheersen, wordt benadrukt dat voorlopig de indirecte waardering via jaloezie niet afgestraft mag worden, en dat hij dus niet langer moet trachten deze gevoelens te onderdrukken. Er wordt weer een manier geschetst die gebruikt zou kunnen worden om dit probleem te overwinnen, maar in overleg met het echtpaar wordt uiteindelijk besloten de klacht te laten rusten.

Pas enkele maanden later, tijdens de 8e zitting, komt het probleem weer uitvoerig ter sprake en wordt de aanpak van de jaloezie verder uitgewerkt. Opnieuw worden twee mogelijkheden genoemd: de eerste zou inhouden dat beiden geleidelijk leren om op een wat speelse wijze met de jaloezie om te gaan. Er is reeds uiteengezet dat de uitingen van jaloezie eigenlijk opgevat moeten worden als indirecte complimenten. De cliënt zou er een punt van kunnen maken om dagelijks op deze wijze zijn vrouw een compliment te maken, door te vragen of ze met een ander naar bed is geweest. Zij zou hier het beste op in kunnen gaan door zonder meer te bekennen, in geuren en kleuren een verslag te doen, maar te besluiten met de conclusie dat vrijen met hem toch het allerfijnste is, zodat er ook aan zijn behoefte aan complimenten op indirecte wijze tegemoet gekomen wordt. De andere aanpak bestaat eruit dat ze, bij het minste spoor van jaloezie, de kamer zal verlaten en pas na een half uur weer tevoorschijn komt. Met deze opdracht wordt de keerzijde van de medaille meer belicht: de jaloezie is behalve een indirecte wijze van waardering uiten tevens een lastige en onbevredigende wijze van met elkaar omgaan en zij helpt dit in stand te houden door steeds op zijn beschuldigingen in te gaan en door zich aan zijn onredelijke eisen aan te passen. Als zij deze bekrachtiging stopzet, is het ook mogelijk en noodzakelijk voor hem om andere gewoontes te ontwikkelen.

De echtgenote denkt dat ze helemaal het type niet is om de nodige grapjes te bedenken die in de eerste opdracht van haar gevraagd worden. Na een korte discussie besluiten beiden om de tweede mogelijkheid toe te passen. Bij de volgende zitting blijkt dat het weken geduurd heeft tot hij voor het eerst met een jaloerse opmerking kwam. De zekerheid dat zijn vrouw er niet op in zou gaan, leidde ertoe dat de achterdocht bij hem niet meer opkwam. Opmerkelijk is, dat toen hij voor het eerst wel met een opmerking kwam, de omstandigheden dusdanig waren dat het voor haar niet zo eenvoudig was om te verdwijnen: ze zaten namelijk midden op zee, bezig met een overtocht naar

Engeland. Zij deed toch precies zoals afgesproken en hield zich onvindbaar op het schip. Vanaf die tijd houden de jaloerse vragen verder op.

Het laatste probleem dat wordt opgeworpen betreft zijn slechte conditie en overgewicht. Hiervoor wordt hem een "benevolent ordeal" aangeboden, bestaande uit een dagelijkse fietstocht waarvan de lengte bepaald wordt door de score die hij zichzelf geeft op een schaal van welbevinden. Bij de 11e zitting vertelt hij dat hij denkt geen verdere therapie nodig te hebben. Hiermee is hij ruim beneden de afgesproken 15 zittingen kunnen blijven. De klachten waaraan gewerkt is zijn over. Ook is hij uit eigen beweging gestopt met roken. Wat betreft de treinvrees was reeds eerder besproken dat daar niets aan gedaan zou worden, omdat hij toch liever per auto naar zijn werk gaat. Hier is dus niets meer gebeurd maar afgesproken wordt om het zo te laten.

Een jaar na afsluiting van deze behandeling wordt een telefonisch follow-up gesprek gehouden. De bereikte vooruitgang is gehandhaafd. Hij slaapt wel eens minder goed, maar daar is dan wel een duidelijke reden voor en het is de volgende dag weer over. Hij zegt zich vitaal te voelen en is tevreden over de stand van zaken.

3. Nabeschuiving:

1. In deze therapie werd systematisch gebruik gemaakt van de "keuzetechniek" en "inspraak" (zie van der velden & Van Dijck, 1977). Erickson en Rossi (1975) noemen dit een "therapeutische double bind". Het beoogde effect is dat cliënten sneller ingaan op opdrachten die als een keuze worden gepresenteerd, dan op elk van de gebruikte opdrachten indien ze afzonderlijk zouden worden aangeboden. Deze techniek veronderstelt dat men over een redelijk omvangrijk arsenaal van alternatieven beschikt, hoewel niet alle opdrachten kwalitatief even perfect hoeven te zijn: soms kan een

tweede opdracht aangeboden worden met geen andere bedoeling dan de eerste aantrekkelijker te maken.

Een ander element, eveneens afgeleid van de hypnose, bestond eruit dat steeds besproken wordt welk probleem in de volgende zitting behandeld zou worden. Dit houdt een impliciete voorspelling in dat het huidige probleem tegen die tijd niet meer zal bestaan. In de meeste gevallen gedroeg de cliënt zich overeenkomstig deze impliciete voorspellingen.

Eelco Wassenaar, die één van de geluidsbanden beluisterde meent dat een derde hypnotisch element aanwezig was in het feit dat de therapeut vrijwel alle opmerkingen en uitlatingen van de cliënt met instemming en positief commentaar begroette, zodat het bijna onbeschoft zou zijn als de cliënt daarna niet op zijn beurt de voorstellen van de therapeut met instemming zou ontvangen. Overigens was, ondanks deze van hypnose afgeleide gesprekstechniek, geen sprake van een "trance" in de zin van bewustzijnsveranderingen of sterke spierontspanning.

2. Sommige van de voorstellen van de therapeut hielden een paradox in, andere niet. In een aantal gevallen koos de cliënt zelf het paradoxale alternatief. Dit hield wellicht verband met het feit dat de paradoxale opdrachten doorgaans als sneller werkend werden aangeprezen. De gedachte dat paradoxale opdrachten vooral hun toepassingsgebied zouden hebben bij weerstandige en extreem moeilijke behandelingen wordt hier niet bevestigd. Overigens werden vrijwel alle opdrachten in termen van "leren" geformuleerd.
3. Het principe dat een afwachtende houding kan aangenomen worden t.o.v. het naar voren komen van relationele aspecten blijkt ook hier van toepassing. Zolang er maar gewerkt wordt, lijkt het niet zo belangrijk in welke volgorde diverse aspecten aan de orde komen. De therapeut kan erop vertrouwen

dat t.z.t. de relevante probleemgebieden zich zullen aanbieden.

Deze behandeling is tevens een voorbeeld van het feit dat het optreden van "nieuwe" moeilijkheden niet steeds als een symptoom opgevat hoeft te worden. Het probleem van de jaloezie bleek het langst bestaand te zijn, alleen was het aanvankelijk verzwegen. Dergelijke fenomenen van een aanvankelijke terughoudendheid zijn waarschijnlijk niet zeldzaam, en op de keper beschouwd geven ze blijk van een wijs beleid van de kant van de cliënt.

REFERENTIES

- Dijck, R. Van (1977) De Zware Last en Communicatietheorie
Directieve Therapie
Deventer, Van Loghum Slaterus
in Velden, K. van der e.a.
- Erickson, M.H. & (1975) Varieties of Double Bind
E.L. Rossi Am. J. Clin. Hypn. 17; 143 - 157
- Haley, J. (1963) Strategies of Psychotherapy
New York, Grune & Stratton
- Velden, K. van der & (1977) Motiveringstechniek
R. Van Dijck in Velden, K. van der e.a. (id)

GENEZINGSRITUELEN IN DE PSYCHIATRISCHE KLINIEK

door Onno van der Hart en Henk de Smet

1. Inleiding

Haley (1975) ziet psychiatrische symptomen als tekenen van een verstoring of een onderbreking in de zich ontvouwende levenscyclus van een gezin of andere natuurlijke groep. Het symptoom is een signaal dat een gezin moeite heeft de overgang naar een volgende fase in de levenscyclus te maken. Traditioneel werden dergelijke overgangen geïnstigeerd en begeleid door rituelen: rites de passage of overgangsrituelen (Van Gennep, 1909). De ontwikkeling van onze samenleving in de richting van een sterk gedifferentieerde en gesekulariseerde maatschappij heeft er toe geleid dat veel van deze overgangsrituelen verdwenen zijn (Gluckman, 1965) of minder frequent worden uitgevoerd (denk aan het gaan samenwonen in plaats van trouwen).

Het is mogelijk dat bepaalde gezinnen of individuen met problemen baat zouden kunnen hebben bij het uitvoeren van rituelen. Deze zouden hen kunnen helpen de stap naar een volgende fase van hun bestaan te maken. Palazzoli (1974; Palazzoli et al, 1974) wijst er op dat een van de meest effectieve methoden ter verbetering van chronische inadequate gezinsproblemen en daarmee samenhangende symptomen (waaronder anorexia nervosa) het voorschrijven van een therapeutisch ritueel aan het gezin is. Van der Hart (1977 a) wijst er op dat de therapeut op die manier het gezin en de "aangemelde patient" helpt een bepaalde overgang alsnog te maken.

De gezinsrituelen van Palazzoli en de voorbeelden die Van der Hart (1977 a & b) geeft van rituelen voor (echt)paren en individuen zijn betrekkelijk eenvoudig van opzet. Ze werden in het kader van een ambulante behandeling voorgeschreven. Steeds vormden ze een onderdeel van een ruimere behandelingsstrategie.

We hebben in de literatuur geen voorbeelden kunnen terugvinden van genezingsrituelen die in een psychiatrische kliniek zijn uitgevoerd. Toch zou het psychiatrisch centrum gemakkelijk gezien kunnen worden als een speciale plaats waarin mensen gekompliceerde en moeilijke overgangen in hun levenscyclus alsnog zouden kunnen maken (vgl. Van der Hart, 1977 a). Van Gennep (1909) heeft opgemerkt dat traditioneel de ingrijpender overgangen van complexer rituelen vergezeld gingen. Willen we in de kliniek een therapeutisch ritueel voorschrijven, dan zal deze - gegeven de aard van de problematiek van de betrokken persoon - eveneens complex en veelomvattend moeten zijn.

In dit artikel worden twee voorbeelden gegeven van mensen die in een psychiatrische kliniek waren opgenomen en waarvoor - na het falen of onvoldoende werken van andere benaderingen - een speciaal genezingsritueel werd gekonstrueerd. In beide gevallen betrof het jonge vrouwen die de overgang van meisje naar volwassen vrouw niet of niet goed hebben kunnen maken. In verschillende culturen werd of wordt die overgang - vaak tijdens het optreden van de eerste menstruatie - door een overgangsritueel begeleid. In het ontwerpen en voorschrijven van de betreffende therapeutische rituelen hebben wij ons laten inspireren door anthropologische bronnen over die traditionele pubertijds-rites.

2. Traditionele puberteitsrites voor meisjes

Talrijke culturen kennen puberteitsrites voor jongens en meisjes. In het kader van die rituelen voltrekt zich hun volwassenwording en worden zij - alsmede alle andere betrokkenen - geholpen zich aan te passen aan de gewijzigde verhoudingen en rollen die er het gevolg van zijn (vgl. Van Gennep, 1909; Chapple & Coon, 1942). De jongvolwassene doet zijn of haar intree in de leefwereld van de volwassen mannen of vrouwen en moet in het ritueel o.m. leren wat er van hem of haar verwacht gaat worden. Hij of zij wordt ingewijd in de geheimen van de volwassenen, zoals sexualiteit.

Tussen de rites de passage voor jongens en meisjes bestaan opvallende verschillen. Het ritueel voor de jongens is meestal complexer van aard. De jongens ondergaan het als leeftijdsgroep, terwijl het bij meisjes bijna altijd individueel wordt uitgevoerd, nl. wanneer zij voor de eerste keer menstrueren (vgl. Eliade, 1958, 1959).

Zodra de eerste menstruatie begint, wordt het meisje meteen van de rest van de gemeenschap afgezonderd. Vooral de contacten met mannen moeten dan vermeden worden (vgl. La Fontaine, 1972). Ze moet in een donkere hut verblijven, in het bos of in een donkere hoek van het huis. Deze afzondering komt overeen met het verblijf van de jongens ergens buiten de gemeenschap gedurende hún puberteitsritueel en is in feite kenmerkend voor de overgangsfase van alle rites de passage. Door die afzondering wordt o.m. tot uitdrukking gebracht dat degene die de overgang maakt - op de drempel staat - niet in de normale verhoudingen van alle dag past maar daarbuiten valt (vgl. Leach, 1976; Douglas 1976).

Tijdens de duur van het ritueel - d.w.z. zolang ze menstrueert - is het meisje onderworpen aan bepaalde regels betreffende het soort voedsel dat ze mag nuttigen, de hoeveelheid en de manier waarop het genuttigd mag worden. Bij de Gisu in Afrika (La Fontaine, 1972) mag ze geen voedsel met haar handen aanraken, maar moet ze met twee speciale stokjes eten. Bij tal van volkeren mag ze slechts rauwkost eten (Aliade, 1959). Wat ons in dit verband vooral interesseert is het feit dat ze in vele culturen zelfs een aantal dagen of gedurende de gehele menstruatie-periode vast: Baudin (1958) merkt bijvoorbeeld op dat een Inca meisje 48 uur streng moest vasten en op de derde dag een weinig rauwe mais mocht eten. Mead (1965) vermeldt dat ze bij de Arapesj gedurende vier of vijf dagen moet vasten.

Over het algemeen moet het meisje haar eerste menstruatie-periode in een ongemakkelijke lichaamshouding doorbrengen - een beproeving die ook z'n overeenkomsten met de puberteitsrites voor de jongens heeft. Ze draagt speciale kleren of een bepaald teken op haar kleding. Als het bloeden gestopt is, volgt een reinigingsritueel. Deze rite geeft aan, dat het meisje terugkomt uit de "abnormale toestand" van de overgang en haar entree gaat maken in het "gewone leven" van alle dag. Bij de Gisu bijvoorbeeld wordt de jonge vrouw in water gewassen waarin kruiden zijn gedaan die de vruchtbaarheid bevorderen. Eliade (1958) noemt het voorbeeld van een Australische stam, waarin het meisje na haar afzondering door de vrouwen beschilderd wordt en prachtig opgemaakt. Daarna brengen ze haar in alle vroegte naar een waterstroom of lagune waar ze een ritueel bad neemt. Ook dit reinigingsritueel heeft in dit kader onze bijzondere belangstelling. Na de reiniging vindt een feestelijke hereniging plaats. In het voorbeeld van Eliade wordt de jonge vrouw na het bad in een optocht naar het kamp geleid. Daar wordt ze onder gejuich sociaal als vrouw aanvaard. Bij de Inca's werd ze door de vrouwen uit haar plaats van afzondering gehaald, gebaad en feestelijk aangekleed. Ze ontvangt haar definitieve naam. Tijdens het feestmaal dat daarop volgde, mocht zij voor het eerst bedienen aan de tafels van de mannen, om daarna samen met de volwassen vrouwen te eten. Bij de Gisu brengt ze met haar moeder een bezoek aan haar familieleden, die haar dan als een belangrijke gast behandelen. Ze bieden haar een feestmaal en geschenken aan en zegenen haar. Zo wordt ze als een volwassen lid in de clan opgenomen.

Samenvattend: In talrijke culturen wordt het puberteitsritueel - de rituele passage die een meisje in haar rol als vrouw bevestigt - uitgevoerd als ze voor het eerst menstrueert. Ze wordt dan afgezonderd. Ze moet allerlei voorschriften, onder meer met betrekking tot het eten,

volgen. Soms moet ze volledig vasten. Ze krijgt van de begeleidende vrouwen onderricht in seksualiteit, het krijgen van kinderen en andere aspecten van het domein van volwassen vrouwen. Zodra de menstruatie stopt, wordt een reinigingsritueel uitgevoerd, waarna een feestelijke hereniging met familie en andere leden van de gemeenschap plaats vindt en het meisje als volwassen vrouw haar entree doet.

Rituelen uit andere culturen kunnen uiteraard niet zonder meer overgenomen worden. Dit overzicht van traditionele puberteitsrites voor meisjes biedt evenwel een basisschema dat gevolgd kan worden en een aantal elementen die als inspiratiebron kunnen dienen. Uiteindelijk echter moet de therapeut een ritueel konstrueren dat volledig past bij de unieke kenmerken en behoeften van de patiënt, haar specifieke problemen en symptomen en haar eigen (sub)cultuur.

3. Toepassing

3.1 Vasten

- Aanleiding en achtergronden

Johanna is een 29-jarige vrouw, opgenomen in de psychotherapeutische afdeling van een psychiatrisch centrum. Voor die opname wordt zij anderhalf jaar in een ambulante setting intensief behandeld voor haar extreme angst in sociale kontakten en haar anorexie-problematiek. Ook haar neerslachtigheid - een gevolg van het feit dat haar ieder toekomstperspektief ontbreekt - en haar neiging tot zelfmoord komen daarbij aan de orde. In de loop van deze behandeling wordt zij steeds angstiger en depressiever, zodat voortzetting daarvan niet langer verantwoord is.

Johanna wordt opgenomen. Op de afdeling leren de therapeuten haar kennen als een vrouw met een fundamentele angst om op welke manier als volwassene te worden aangesproken. Verantwoordelijkheid neemt ze niet, seksualiteit is taboe. Ze verbergt zich door zich zowel verbaal als lijfelijk onbereikbaar te maken. Ze loopt en zit voorovergebogen om haar borsten - stevig ontwikkeld in vergelijking met de rest van het erg magere lichaam - te verbergen.

In de individuele en groeps-psychotherapie op de afdeling komt aanvankelijk vooral de angst van Johanna voor contact met andere mensen aan de orde. In een moeizaam verlopend proces leert ze zich een klein beetje minder afhankelijk en kinderlijk op te stellen en gaat ze meer aandacht voor zichzelf vragen. Haar gevoelens van schuld, angst en haar geblokkeerde agressie jegens haar vader komen nu meer aan bod. Hij heeft haar vroeger regelmatig sexueel misbruikt en zozeer bedreigd dat ze voor haar leven vreesde. Ze wordt iets vrijer van haar vader en daarmee van de angsten uit het verleden.

Dat is de stand van zaken na anderhalf jaar verblijf op de afdeling. Aan haar anorexie-problematiek is nog slechts beperkt aandacht geschonken. In ambulante therapie is de poging daaraan iets te doen, mislukt en ook de gedragstherapeutische programma's op de afdeling hebben geen resultaat laten zien. Misschien omdat deze behandelingen in wezen sterk op de bemoeienissen van moeder leken en derhalve eveneens tot mislukken gedoemd waren.

De eet-problemen zijn begonnen toen Johanna 16 jaar oud was. Kort daarvoor was vader gestorven. Ze was in die tijd erg teleurgesteld in het feit dat moeder - toen de bedreigende overheersing van vader was weggevallen - niets veranderde aan de kille sfeer in huis en haar de opvang en steun bleef onthouden die zij nodig had. Met moeder heeft zij nooit veel gevoelscontact gehad. Moeder werkte overdag en liet de zorg van de zes kinderen over aan haar 25-jaar oudere man. Deze kon die taak niet aan.

Op haar twaalfde jaar werd Johanna snel veel te dik. Met haar figuur werd ze op school en door haar moeder geplaagd. Daarom startte zij een dieet, dat uitliep op een aan tafel vrijwel niets meer eten. Wel at ze stiekum wat tussendoor. Moeder was heel bezorgd, probeerde haar op talloze manieren en met grote volharding aan het eten te krijgen, maar slaagde hierin niet (vgl. Palazzoli, 1974). Later ontwikkelde zich daarbij, een vrijwel niet te onderdrukken "vraatzucht" 's avonds en 's nachts. Als ze hieraan toegegeven had, walgde ze van zichzelf en at ze dagen daarna helemaal niets. Ze gaat krom lopen, met gebogen schouders, om haar borsten te verbergen.

Toen ze 21 was, ontdekte Johanna dat ze vaak aan haar "vraatzucht" kon ontkomen door zich te verdoven met alcohol en slaaptabletten. Vanaf die tijd nam ze elke avond een combinatie van beide tot zich. Vlak voor de opname woog zij 38 kg.

Hoewel ze tijdens de groepsmaaltijden in de kliniek nooit echt meeat, neemt haar gewicht met twee kilo toe. Daardoor raakt ze in paniek. De voortdurende dreiging van nog meer gewichtstoename tengevolge van avondlijke eetpartijen en het steeds dreigende controle verlies maken haar zeer neerslachtig. Ze doet een paar maal een suicide-poging nadat ze voor haar gevoel weer teveel gegeten heeft.

Nu het met Johanna op een aantal punten beter gaat, begint dit probleem steeds zwaarder te wegen en vraagt ze hulp bij haar streven hierin verandering te brengen.

- Johanna's ritueel

Het eetprobleem van Johanna was ontstaan toen het gezin net vaderloos was geworden en zijzelf in de overgangsfase van puber naar volwassene verkeerde. In die overgang is zij blijven steken; ondanks haar ontwikkeling gedurende de laatste anderhalf jaar in therapie heeft Johanna de drempel naar de volwassenheid nog niet volledig overschreden. Daarmee samenhangend is haar eetprobleem ook nog niet opgelost. Dat is als het ware het symptoom van het blijven steken in de overgangsfase.

De therapeut meent dat een genezingsritueel aangewezen is. Een ritueel dat aansluit bij haar symptomatisch gedrag en in het teken staat van de overgang van puber naar volwassene.

In een drietal gesprekken met Johanna definieert hij haar voedselweigerings als vasten, behorende bij de overgang naar de volwassenheid. Hij vergelijkt het met de traditionele overgangsrituelen waarin het vasten vaak een essentiële plaats inneemt. Hij legt haar uit dat zij dit ritueel nooit echt goed heeft uitgevoerd. Ze heeft nooit voor 100% gevast. En als ze stopte met vasten, dan at ze in haar eentje in plaats van gezamenlijk met anderen. Daarom is ook niet gebeurd wat men zou kunnen verwachten: dat haar ritueel de overgang naar de volwassenheid zou vergemakkelijken.

Nadat Johanna deze heretiketering van haar symptomen aanvaard heeft, bespreekt de therapeut met haar de opzet van het ritueel dat hij voor haar ontworpen heeft. Dit therapeutisch ritueel moet haar helpen de overgang alsnog te maken. Het is gebaseerd op het schema dat Van Gennep (1909) in traditionele rites de passage ontdekte (een afscheidsrite, een overgangsrite en een opname- of herenigingsrite). Het bewust en in opdracht vasten in de overgangsrite vormt er het hoofdbestanddeel in. In die fase moet ze in afzondering verkeren.

De opzet wordt ook met de medegroepsleden van Johanna besproken. Allen geven aan graag bij de uitvoering ervan betrokken te willen worden.

Op de dag dat het ritueel een aanvang zal nemen, levert Johanna haar wensen in met betrekking tot het menu van een gezamenlijke maaltijd. Deze feestmaaltijd zal een onderdeel zijn van de herenigingsfase van het ritueel. Het menu bestaan volgens voorschrift uit tenminste drie gangen. Het tijdstip van die maaltijd heeft ze in eigen hand. Ze zal zo lang blijven vasten dat zij zelf kan aangeven dat ze met de gewone groepsmaaltijden kan meedoen.

Afscheid: Het afscheidnemen van haar medegroepsleden vindt in etappes plaats. De vastenperiode begint na de gezamenlijke avondmaaltijd van de groep. De avond brengt ze nog niet in afzondering door. Eten is al taboe. Daarom is aan medegroepsleden en de wacht gevraagd om haar bij te staan als de drang om te eten te sterk wordt.

De volgende morgen vindt een groepszitting plaats. Ieder van de groeps- en teamleden krijgt de suggestie om aan eigen ervaringen met betrekking tot de overgang naar de volwassenheid te denken. Johanna zelf moet zich bezighouden met haar eigen drempeloverschrijding en met haar gevoelens op dit moment. Daarna vertelt ieder waar hij of zij mee bezig is geweest en wordt er afscheid van Johanna genomen.

Overgang: Johanna gaat met de door haar uitgekozen begeleidster en begeleider naar de aparte ruimte waarin zij gedurende de overgangsperiode zal verblijven. De begeleiders zullen ook vasten en met haar waken; net zolang tot zij het sein kan geven dat ze over de drempel is. Niet alleen is dit een blijk van medeleven van de begeleiders. Het verhindert ook dat Johanna het vasten zolang volhoudt dat ze er ernstige lichamelijke schade van ondervindt. Ze is immers verantwoordelijk gesteld voor het welzijn van andere mensen. Het vasten houdt in, dat er niets gegeten zal worden, maar dat er wel thee, koffie of mineraalwater gedronken mag worden.

De tijd wordt gevuld met geselecteerde gestalt en awareness-oefeningen. Johanna kan naar voren brengen waar ze zelf mee bezig is en eventueel kan daarop doorgegaan worden. Ze doet dit in zo ruime mate, dat de begeleiders alleen in het begin van de voorbereide oefeningen gebruik hoeven te maken. Alle thema's die hun belangrijk leken, worden door Johanna zelf naar voren gebracht. Ze vertelt onder meer traumatische ervaringen met haar vader en moeder. Die worden, o.a. met behulp van gestalttherapie, doorgewerkt. Ze kan afscheid nemen van haar vader en besluit het contact met moeder definitief te verbreken. Bepaalde literatuur over de overgang van meisje naar vrouw wordt gelezen. Samen met de begeleidster wordt gesproken over vrouwelijke seksualiteit, lichamelijke verzorging van het lichaam.

Na elke twee uur wordt een korte pauze gehouden, waarin iets wordt gedronken en een kleine wandeling wordt gemaakt.

Na 36 uur vasten en waken beeindigt Johanna de overgangsperiode. Ze heeft het gevoel dat ze over de drempel is en dat ze kan eten met de groep.

Opname/hereniging: Na Johanna's aankondiging vindt de hereniging met de mede-patiënten plaats. Iedereen laat blijken dat hij of zij zich erg bij haar betrokken voelt. Men is onder de indruk van de verandering in haar lichaamshouding: Ze loopt en zit rechtop en tracht haar borsten niet meer te verstoppen.

De groepsleden treffen voorbereidingen voor de feestmaaltijd. De keuken wordt gewaarschuwd en de genodigden van buiten krijgen een seintje. Hierna volgt een groepsbijeenkomst waarin het vooral gaat over persoonlijke autonomie, individualiteit en gezamenlijkheidhereniging. Wie in dit gesprek iets speciaals tegen Johanna wil zeggen, heeft daar alle gelegenheid voor.

Dan trekken Johanna en de vrouwelijke therapeuten en groepsleden zich terug. Zij gaan haar baden - het traditionele reinigingsritueel na het beëindigen van een overgang -, opmaken en kleden. De mannen houden zich ondertussen bezig met het voorbereiden van de maaltijd en het versieren van de kamer.

Het ritueel eindigt met een feestmaal dat het karakter van een vrolijk familiediner heeft.

- Follow-up

Na beëindiging van het ritueel eet Johanna regelmatig twee keer per dag samen met de andere groepsleden. Ze heeft duidelijke afspraken gemaakt met de therapeuten. Hieraan weet ze zich vrij goed te houden, waardoor haar controle over haar "vraatzucht in de avonduren" sterk is toegenomen. In de eerste negen maanden geeft ze er slechts vier keer aan toe. Vóór het ritueel had ze zo'n aanval minstens twee maal in de week.

Daarnaast verdooft ze zich niet meer met alcohol en medicijnen. Wel neemt ze zeven weken na het ritueel teveel slaapmiddelen in. Dat is een reactie op een opeenstapeling van teleurstellingen waarbij ze de steun van haar beide therapeuten (die met vakantie zijn) mist. Ze krijgt een slaapkuur van een week, omdat ze na die ene poging suïcidaal blijft.

Hierna gaat het vijf maanden erg goed. Ze neemt - zij het niet in overdreven mate (tot 57 kg) - in gewicht toe. Ze kleedt zich vrouwelijker. Voor het eerst sinds vijf jaar draagt ze jurken. Ze verzorgt zichzelf veel beter.

Vier maanden na het ritueel gaat Johanna zelfstandig wonen. Ze doet dan alleen nog mee aan de middagactiviteiten van de groep. Ze vindt een baan. Na zes maanden wordt ze helemaal ontslagen uit de groep en dan maakt ze een moeilijke periode door. Haar baan is zwaar - ook naar objektieve maatstaven gemeten; zwaarder dan ze verwacht heeft en dan ze aan kan. Ze wordt depressief, verwaarloost zichzelf en haar kamer. Haar anorexie-problemen blijven echter weg. Ze blijft op gewicht (ongeveer 58 kg) en kan zich 's avonds wat het eten betreft goed onder controle houden. Ook het zich bedwelmen met behulp van slaapmedicijnen gemengd met alcohol blijft achterwege.

Johanna zegt tenslotte haar baan op.

Twaalf maanden na het ritueel heeft ze een nieuwe baan die haar goed bevalt.

3.2 Reinigen

- Aanleiding en achtergronden

Bij Theresia, een 26-jarige vrouw, wordt aan een genezingsritueel gedacht wanneer zij vier jaar - met een enkele onderbreking - in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft.

Voor die opname werd zij tweemaal gedragstherapeutisch behandeld voor haar ernstige dwangverschijnselen, suicidepogingen en zelfbeschadigend gedrag. Die behandelingen brachten geen verbetering en de situatie werd thuis voor haar en haar ouders onhoudbaar. Een opname werd noodzakelijk. In het ziekenhuis zijn de opvallendste symptomen van Theresia haar dwangrituelen. Deze hebben te maken met een vermeende besmetting van lichaam en kleding met urine en menstruatiebloed. Het wassen van haar lichaam neemt iedere ochtend minstens drie uur in beslag. Bovendien reinigt zij zichzelf zeer grondig als ze naar de w.c. is geweest.

Haar hele leven komt in het teken van dit reinigen te staan. Vaak is zij dagenlang slechts in een ochtendjas gekleed. Ze kleedt zich 's zomers en 's winters in korte rokjes. Hiermee kan ze de kans dat haar kleding met haar door urine verontreinigde benen in aanraking komt, zo klein mogelijk maken.

Als ze in het weekend thuis is bij haar ouders, is ze aanhoudend bezig de woning schoon te maken. Met dit symptomatische gedrag zijn haar klachten tien jaar geleden begonnen.

In die tijd onttrok haar moeder zich - o.a. door een baan buitenshuis te nemen - geleidelijk aan steeds meer aan het gezinsleven.

Theresia nam niet alleen haar rol in het huishouden over, maar werd ook in affektief opzicht haar vervangster ten opzichte van vader. Ze danste bijvoorbeeld vaak met vader, wat ook een functie voor haarzelf had. Ze was bang voor jongens en op die manier kon ze toch doen wat ze fijn vond. Ze was in feite een erg eenzaam meisje, dat nooit vriendinnetjes of vriendjes heeft gehad.

Theresia werd bang dat ze het thuis niet goed deed. Ze kreeg het idee dat zij het was die tekort schoot. Met steeds meer energie stortte ze zich op het schoonmaken van het huis. Ook aan het wassen van zichzelf ging ze meer aandacht besteden. Dit liep pas een aantal jaren later uit de hand, toen ze na een ruzie met haar baas - bij wie ze vijf jaar gewerkt had - voor het eerst zelfstandig moest wonen en werken.

Ze ging zichzelf zo excessief wassen dat werken onmogelijk werd. Theresia werd depressief en radeloos. Na een suicidepoging kwam ze voor de eerste maal in behandeling.

In het psychiatrisch ziekenhuis bestond haar behandeling aanvankelijk uit gedragstherapie in combinatie met medicijnen. Omdat Theresia's symptomen niet los gezien konden worden van de verhoudingen thuis, werd ook een gezinstherapie gestart. Deze kwam niet van de grond, omdat de ouders een gesloten front vormden en alleen Theresia als het probleem zagen. Evenals tijdens eerdere behandelingen, mislukte de individuele gedragstherapie. Theresia eiste totale inzet van de therapeut en directe inwilliging van haar wensen. Bij weigering of uitstel nam de spanning snel toe en nam ze haar toevlucht tot teveel innemen van medicijnen, weglopen of zelfbeschadiging door met de benen door een ruit te gaan.

Tegen dit alles kon het behandelteam weinig inbrengen. Theresia werd radeloos en de stafleden wisten het ook niet meer. Men plaatste haar over naar een andere afdeling, waar eveneens zonder gunstig resultaat geprobeerd werd haar te helpen.

Tenslotte kwam ze terecht op een afdeling voor chronische patienten met ernstige aanpassingsstoornissen en storend gedrag.

Hier trad in de loop der tijd wel een geringe verbetering op, maar nog vaak liep de spanning hevig op waardoor ze weer radeloos wegliep, naar medicijnen greep of zichzelf ernstig verwondde.

- Theresia's ritueel

De therapeut, die de individuele kontakten met Theresia onderhoudt, konsultteert een kollega die mogelijkheden ziet voor een ritueel. Beiden zien in dat Theresia zich niet los kan maken van de plicht die ze jegens haar ouders voelt en van de claim die haar vader op haar hield. Mede hierdoor heeft de overgang van kind naar adolescentie niet kunnen maken, Veranderingen in haar eigen lichaam en de daarbij behorende gevoelens maken haar bang. Een warm gevoelskontakt met anderen ligt nog volkomen buiten haar bereik.

Een ritueel zou haar moeten helpen afscheid te nemen van haar ouders met hun problemen en van het kind dat ze zelf was. De overgang naar de adolescentie zou erdoor vergemakkelijkt moeten worden en haar helpen de gevoelens en moeilijkheden te beleven die bij die overgang horen. Tenslotte dient het een opening naar een voor haar aanvaardbare toekomst te bieden.

In de gesprekken met Theresia over het ritueel wordt sterk ingegaan op haar eigen uitspraak dat "het er allemaal uit moet groeien". De betrokken therapeuten bevestigen haar dat veel van haar klachten verband houden met uitgroeien en groei. Zij vertellen haar dat haar wassen hoort bij de gevoelens die de groei naar jonge vrouw bij haar

oproep. Ze vergelijken dit met de traditionele puberteitsrituelen voor meisjes, waarin het wassen of reinigen een essentiële handeling is. Het wasritueel kan dienen om haar te zuiveren van de hierbij behorende en andere verontreinigingen, waardoor verdere groei mogelijk wordt. Na een aantal gesprekken over dit thema kan Theresia de grote lijnen wel aanvaarden.

Dan wordt haar duidelijk gemaakt dat ze zich bezig moet gaan houden met de veranderingen die horen bij het adolescent-zijn: De zich wijzigende verhouding met ouders, kontakten met andere mensen, haar gevoelens en haar lichaam. Opdat ze hier ongestoord mee bezig kan zijn - ja, moet zijn -, is afzondering noodzakelijk.

Ook wordt besproken dat bepaalde veranderingen die zij tijdens het ritueel bij zichzelf zou bespeuren, na beëindiging van het ritueel kunnen leiden tot directe overplaatsing naar een opname-afdeling. Op de dag dat het ritueel zal beginnen, neemt Theresia na het gezamenlijke koffiedrinken afscheid van de afdeling. Daarvoor heeft zij al afscheid van haar ouders genomen. Samen met twee begeleidsters vertrekt zij naar een caravan die op een afgelegen plek in de duinen staat. Van dat moment af bestaat het enige contact met de buitenwereld uit het dagelijkse bezoek van een van haar twee therapeuten. De twee begeleidsters zijn verpleegkundigen die 24 uur per etmaal aanwezig zijn en gemiddeld een dag of drie blijven. Daarna worden ze, bij toerbeurt, afgelost door kollega's.

Iedere morgen moet Theresia (naakt) een ritueel bad in zee nemen. Vooraf moet zij bezig zijn met de vraag waarvan zij zich wil reinigen en dit hardop zeggen. Als ze zich gereinigd voelt kan ze het bad beëindigen. Gedurende de rest van de dag is wassen en baden niet toegestaan. Dan is ze bezig met lichamelijke arbeid (houthakken), corvee, koken en lezen. Ook kan ze met de begeleidsters en de therapeut spreken over haar gedachten en gevoelens met betrekking tot haar lichaam, de natuur, gevoelens, ouders enz.

Diverse taken worden als beproevingen gedefinieerd. Het is Theresia duidelijk gemaakt dat het nodig is om gedurende een overgang beproevingen te doorstaan. Die horen bij de groei en je moet daarmee leren omgaan.

Zodra ze het gevoel heeft dat de de "drempel naar de adolescentie" heeft overschreden, kan ze zelf het ritueel beëindigen. Dan wordt besproken welke veranderingen zich hebben voltrokken. De mate van verandering in het omgaan met spanning, urineren en menstruatie zal van invloed zijn op de beslissing naar welke afdeling ze dan zal gaan.

De eerste drie weken van het ritueel verlopen vrijwel rimpelloos. Theresia houdt zich aan de afspraken. Ze kan iedere dag volstaan met een bad dat vijf tot tien minuten in beslag neemt. Ze vermindert het aantal onderbroeken dat ze draagt van drie tot één. Vooral in het begin voelt ze zich bevrijd en opgelucht, net alsof ze op vakantie is. Later merkt ze hoe bang en gespannen ze vooral 's nachts is. Ze droomt over vader en moeder. Het urineren in de vrije natuur geeft nog problemen. Ze probeert daarbij erg krampachtig te voorkomen dat haar benen bespat worden. Later gaat het haar iets gemakkelijker af.

Theresia is erg gehecht aan een van de begeleidsters. Ze weet dat deze haar over enige tijd niet meer zal kunnen helpen, omdat deze weer gewone diensten gaat doen. Het naderend afscheid (in de vierde week) maakt haar erg gespannen. Ze wil het ritueel opgeven. De therapeuten merken dan op dat dit een van de beproevingen is waar ze als adolescent nu eenmaal mee geconfronteerd wordt. Het is belangrijk om hiermee te leren leven en er niet voor weg te lopen. Theresia is enige tijd erg boos en verdrietig, maar ze besluit tenslotte door te gaan. Ze kan de gevoelens die dit afscheid bij haar oproepen met de begeleidsters en therapeuten doorpraten.

Hiermee lijkt een nieuwe fase te zijn ingetreden, Theresia kan iets gemakkelijker "stil blijven staan" bij haar gevoelens jegens haar begeleiders en die met hen bespreken. Ze heeft nog steeds voldoende aan één bad per dag. Ze wordt minder gespannen over urineren en menstrueren. Theresia gaat zelfs lange broeken dragen. In de vijfde week kondigt ze aan te willen stoppen. Een laatste beproeving doorstaat ze met moeite: het uitstellen van het vieren van haar verjaardag.

Theresia is zelf erg tevreden over het resultaat. Hoewel ze gedurende het ritueel heel gespannen heeft gereageerd op een aantal situaties, is het niet tot een eskalatie gekomen. En dat was voorheen vaak het geval. Ze is eenmaal weggelopen en heeft toen aangeklopt bij een van de begeleidsters. De wasproblemen zijn vrijwel verdwenen. Ze heeft het idee dat ze de moeilijkheden die haar op de nieuwe afdeling wachten wel de baas kan.

Het ritueel wordt beëindigd met een laatste bad, dat ze dit keer helemaal alleen moet nemen. Voordat ze dit uitvoert, bezint ze zich in afzondering op de veranderingen die zich bij haar voltrokken hebben. Na het bad evalueren Theresia en de begeleidsters en therapeuten de zes weken die achter hen liggen. Met een van de begeleidsters gaat ze naar haar nieuwe afdeling. Ze gaat in bad, wast zich de haren,

maakt zichzelf op en kleedt zich feestelijk aan.

Dan volgt een feestmaal. Naast Theresia en haar familie en alle begeleiders zijn aanwezig een delegatie van haar nieuwe afdeling.

- Follow-up

Op de nieuwe afdeling zetten een van de therapeuten en een van de begeleiders het contact met Theresia voort. Duidelijk is hoe kinderlijk haar behoeften nog zijn. Het opbouwen van een intensieve therapeutische relatie die hierop gericht is, verloopt erg moeizaam. Vrij snel na de beëindiging van het ritueel wordt ze bang voor masturbatie. Het wassen wordt daaraan gekoppeld, maar vindt veel minder dan vóór het ritueel plaats. Theresia wordt nog snel gefrustreerd. De spanning kan dan weer hoog oplopen. Ze beschadigt haar benen niet meer, maar neemt wel een paar keer teveel medicijnen in. Haar schuldgevoelens over masturbatie en kritiek op haar ouders zijn duidelijke frustratiebronnen. Het bespreken van die gevoelens blijft moeilijk.

Het wordt duidelijk dat ze veel - te veel - van het personeel op deze afdeling vraagt, o.a. doordat ze een totaal andere benadering dan overige patiënten van de afdeling nodig heeft. Bijna zes maanden na beëindiging van het ritueel wordt - met haar instemming - besloten haar terug te plaatsen naar haar oude afdeling. Daar weet ze zich aanvankelijk redelijk goed te handhaven. 's Ochtends is zij binnen een half uur klaar met wassen en aankleden. Af en toe vervalt ze in haar oude vermijdingsgedrag door een paar dagen in haar pyjama te blijven rondlopen.

Ze gaat werk zoeken. Omdat ze een beschermde omgeving nodig heeft, solliciteert ze bij haar vroegere werkgevers. Bij geen van beiden krijgt ze echt de kans te bewijzen dat ze het kan. Ze valt weer helemaal terug op de afdeling.

Ze voelt zich eenzaam, vooral ook omdat er door een kritischer houding ten opzichte van haar ouders een verwijdering tussen hen is ontstaan. Het wassen kan ze nu, negen maanden na het ritueel, nog steeds beperken tot een half uur per dag, hoewel dit bij vlagen kan uitlopen tot drie uur. Haar vermijdingsgedrag (bijvoorbeeld door op handdoeken te gaan zitten) nam daarentegen toe. Na het uitvoeren van het ritueel bleef het zelfverwondend gedrag achterwege. Wel ageert ze frequenter door bijvoorbeeld te dreigen met het stukgooien van voorwerpen, hetgeen ze ook regelmatig doet.

4. Diskussie

(a) Haley (1975) ziet symptomen als tekenen dat er iets mis is met de levensloop van een gezin of individu, dat daarin een verstoring of onderbreking plaatsvindt. In het algemeen zien gezinstherapeuten symptomen als tekenen dat een gezin niet goed funktioneert.

In onze benadering gaan we een stapje verder: zien we symptomen als symbolen, gaan we in op hun mogelijke symbolische waarde.

In beide voorbeelden werden de symptomen opgevat als symbolische handelingen die betrekking hebben op een bepaalde overgang in de levenscyclus van de persoon, resp. de overgang van puber naar volwassene en de overgang van kind naar adolescent. Dit komt overeen met de manier waarop van der Hart (1977a) de wasdrang van een jonge gehuwde man etiketteerde: Hij probeerde met dat reinigingsritueel de overgang van kind van zijn ouders naar volwassen gehuwde man aan te geven, maar dat lukte niet omdat hij het ritueel alleen uitvoerde i.p.v. met zijn vrouw samen.

Vanuit het aangeven van een zinvolle betekenis aan het symptoom is het konstrueren en voorschrijven van een genezingsritueel - een rite de passage voor de individuele patiënt - mogelijk. Het genezingsritueel neemt m.a.w. het aangemelde symptoom als uitgangspunt, maakt ervan gebruik door het in een speciale - op verdere ontwikkeling gerichte - kontekst te plaatsen.

Het symptoom heeft, bij wijze van spreken, als bestendigingsritueel gefungeerd. Plaut (1975), die symptomatisch gedrag ook als ritualistische activiteit ziet, merkt bijv. op dat "the rituals including obsessive ruminations and repetitive compulsive acts serve mainly to preserve the status quo, to stabilize persons threatened by disintegration". Het genezingsritueel maakt daarentegen van dezelfde activiteiten een overgangsritueel.

(b) Het voorschrijven van een ritueel is bij Johanna beter geslaagd dan bij Theresia. Naar ons idee zijn hierop - vanuit ontwikkelingsperspektief gezien - de volgende factoren van invloed geweest :

1. Johanna was veel verder in haar persoonlijke ontwikkeling dan Theresia. Beiden hadden problemen met hun ouders en met hun eigen functioneren, maar Johanna kon die problemen al voor het ritueel beter bespreken en doorwerken. Van dat laatste was bij Theresia geen sprake. Johanna was, met andere woorden, beter voorbereid op het ritueel waarin ze de sprong naar volwassenheid zou kunnen maken dan Theresia. We zouden dit ook zo kunnen uitdrukken: Een groot gedeelte van de inhoud van het ritueel sloot beter bij Johanna dan bij Theresia aan. In het eerste geval was de timing - een bijzonder belangrijke faktor - beter.

2. Hierbij is ook het verschil in functie die het ritueel in beide behandelingen had van belang. Bij Johanna was het ritueel een geïntegreerd onderdeel van een ruimere behandeling. Zij was "gereed" om de overgang van kind naar volwassene te maken, Bij Theresia ging het om het doorbreken van een ernstige impasse. De voorbereiding van haar ritueel bestond vooral uit het motiveren van Theresia het ritueel te gaan uitvoeren.

3. Vóór het ritueel, maar vooral erna, is onderkend hoeveel van Theresia's problemen horen bij een veel vroegere levensfase: die van het kleine kind. Het ritueel was daarentegen vooral afgestemd op problemen die bij de puberteit horen. Het ging voorbij aan haar sterke afhankelijkheidsbehoefte, haar behoefte aan totale inzet van de ander en haar geringe frustratietolerantie.

Misschien zou door de volgende wijzigingen het ritueel bij Theresia een grotere kans van slagen hebben gehad: een betere timing en een meer omvattender en complexer inhoud, die aansluit bij de ontwikkelingsfase waarin Theresia zich bevindt. Gegeven het feit dat het met Theresia nog steeds niet goed gaat, valt te overwegen een tweede ritueel te konstrueren waarin die wijzigingen zijn opgenomen.

(c) De twee rituelen kunnen ook vanuit de kommunikatieleer nader bekeken worden. Dit levert een alternatieve verklaring op voor het feit dat het ritueel bij Johanna meer effekt had dan bij Theresia.

Bij Johanna vormde een belangrijk onderdeel van het ritueel het symptoom voorschrijven (vgl. Haley, 1963; Van Dijck, 1977, Raskin & Klein, 1976). Haar werd opgedragen met haar symptomatisch gedrag in een gewijzigde kontekst door te gaan. Haar voedselweigeren werd vasten genoemd en als zodanig in een positieve kontekst geplaatst, positief geëtiketteerd (vgl. Van der Velden et al, 1977). Vasten werd omschreven als voorgeschreven gedrag in tal van puberteitsrituelen. Johanna werd verteld dat ze bezig was met de overgang van meisje naar volwassen vrouw te maken, maar dat ze het daarbij behorende ritueel nog beter kon uitvoeren. Bij de follow-up zien we, dat zij later, in een moeilijke periode, wel depressief werd en zichzelf verwaarloosde maar geen problemen met eten had. Daaruit zouden we voorzichtig kunnen konkluderen dat het symptoom voorschrijven - samen met het positief etiketteren - het meest effectieve element is geweest. Bij Theresia is het symptoom voorschrijven onvoldoende uit de verf gekomen. Haar reinigingsdwang was wel in het ritueel ingebouwd (het éénmaal per dag baden in de zee), maar kwam als aktiviteit veel minder voor dan het reinigen voordien. Van verzadiging kon geen sprake zijn. En dat terwijl de ervaring leert dat dwanggedrag bijna altijd

het best kan worden aangepakt met een vorm van symptoom voorschrijven. Overigens zou naar ons idee ook bij een betere aanpak van Theresia's dwanggedrag de totale overgang - gezien de zware en complexe problematiek - niet zijn geslaagd.

5. Samenvatting en konklusie

In dit artikel zijn twee voorbeelden van therapeutische rituelen beschreven. In beide gevallen werd het ritueel uitgevoerd door een jonge vrouw, die in een psychiatrische kliniek was opgenomen. In beide gevallen werd de betreffende problematiek in een positief kader - bezig zijn met de overgang van kind naar volwassene - gedefinieerd. Het symptomatisch gedrag werd in het ritueel opgenomen en andere elementen - met de genoemde overgang samenhangend - werden er aan toegevoegd. In het eerste geval vormde het voorschrijven van het symptoom - voedselweigering - een hoofdbestanddeel van het ritueel. Mogelijk dat dit ook een van de meest werkzame onderdelen van het geslaagde ritueel is geweest.

In het tweede geval is het symptoomvoorschrijven - waarbij meestal er van uitgegaan wordt dat het symptoom aanvankelijk nog meer dan voorheen moet worden uitgevoerd - onvoldoende uit de verf gekomen. De aandacht is mogelijk teveel op andere elementen van het ritueel gericht. Bovendien werd achteraf gekonstateerd dat het geschetste ontwikkelingskader niet geheel aansloot bij het beleven van deze patiënte. Dit ritueel heeft slechts korte tijd een positief resultaat gehad. Naar ons idee dient bij het konstrueren van een ritueel voor mensen met ernstige psychiatrische symptomen symptomatisch gedrag als uitgangspunt te worden genomen. Het bieden van een positief kader en het voorschrijven van dat gedrag kunnen daarbij vaak als de essentiële onderdelen worden gezien. Het verder werken met rituelen in de psychiatrische kliniek lijkt ons - op grond van bovengenoemde ervaringen - zinvol. Het ritueel is wellicht een van de weinige mogelijkheden om een langdurige impasse in de behandeling van mensen met ernstige problemen te doorbreken. Soms lijkt het de aangewezen activiteit te zijn om iemand te helpen de volgende stap in zijn of haar ontwikkeling te laten nemen.

Door verder experimenteren kan wellicht meer inzicht verworven worden in de factoren die een ritueel tot een succes kunnen maken: Wat zijn bij bepaalde problemen de juiste technieken binnen het ritueel en wat zijn de beste combinaties van technieken? Hoe complex moet het ritueel zijn? Wat is de juiste timing? Etc.

Ook al zouden we deze vragen in de toekomst wellicht kunnen beantwoorden het voorschrijven en ontwikkelen van een therapeutisch ritueel zal o.i. bijna altijd - zeker in de psychiatrische kliniek - "maatwerk" blijven.

Referenties

- Chapple, E.D. & C.S.Coon (1942): Principles of Anthropology.
Henry Holt & Company, New York.
- Baudin, L. (1958): Zo leefden de Inca's
Hollandia, Baarn.
- Douglas, M. (1976): Reinheid en Gevaar
Het Spectrum (Aula), Utrecht.
- Eliade, M. (1959) : The Sacred and the Profane
Harcourt, Brace & World, New York.
- Eliade, M. (1958) : Rites and Symbols of Initiation
Harper & Row, New York.
- Fontaine, J.S. La (1972) : Ritualization of Women's Life-Crises in Bugisu
IN: J.S.La Fontaine (ed.), The Interpretation of Ritual; Essays in honour
of A.I.Richards.
Tavistock, Londen.
- Gennep, A. van (1909): Les Rites de Passage
Librairie Critique, Emil Mourry, Parijs. Engelse uitgave:
Routledge & Kegan Paul, Londen, 1960.
- Gluckman, M. (1965): Politics, Law and Ritual in Tribal Society.
Basil Blackwell, Oxford.
- Haley, J.(1963): Strategies of Psychotherapy
Grune & Stratten, New York.
- Haley, J. (1975): Buitengewone Therapie
De Toorts, Haarlem.
- Hart, O.van der (1977a): Relaties en Rituelen. Tijdschrift voor Psycho-
therapie, 3(3), 100 - 108.
Ook in K.van der Velden (red.): Directieve Therapie
Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hart, O.van der (1977b): Therapeutische rituelen: twee voorbeelden. In:
K.van der Velden (red.), Directieve Therapie
Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Leach, E. (1965): Culture and Communication: the logic by which symbols
are connected.
Cambridge University Press, Cambridge.
- Mead, M.(1965): Seksualiteit en temperament
Het Spectrum (Aula) Utrecht.
- Palazzoli, M.S.(1974): Self-starvation; from the intrapsychic to the
transpersonal approach to anorexia nervosa.
Human Context Books, Chaucer, Londen.
- Palazzoli, M.S., L.Boscolo, G.F.Cecchin & G.Prata (1974): The Treatment
of Children through Brief Treatment of their Parents
Family Process, 13(4), 429 - 442.
- Plaut, A.(1975): Where have al the Rituals gone?
J.Anal.Psychol., 20, 3 - 17.
- Raskin, D.E. & Z.E.Klein (1976): Loosing a Symptom through Keeping it,
a Review of Paradoxical Treatment Techniques.
Arch. of General Psychiatry, 33, 548 - 555.
- Velden, K.van der, O.van der Hart, R.van Dijck (1977): Positief Etiketteren.
Tijdschrift voor Directieve Therapie, 4(3), 68 - 82.

"Als je lang genoeg ^{lult} ~~belt~~, krijg je altijd wel iemand te spreken; nou, ik vind het beter dan niks. Je kan altijd nog beter praten dan alleen zitten; al weet je wel wat ze allemaal gaan zeggen".

Anonieme patiënt.

I. Inleiding

1.1. Van Dijck (1977) stelt: "paradoxale intentie is een procedure, die na 1 of 2 zittingen resultaat geeft, of nooit iets oplevert. Eventueel kunnen meerdere zittingen nodig zijn om de motivatie te beïnvloeden, maar de toepassing van de procedure levert meteen een indruk over de bruikbaarheid op".

Hoewel dit in zijn algemeenheid misschien wel juist is, bestaat er een grote groep (een "ruime" groep, om met de hoofdredacteur te spreken) van cliënten voor wie paradoxale intentie een geschikte methode zou kunnen zijn om hun klachten of een belangrijk deel ervan effectief te bestrijden, die ook na meerdere, aan de motivatie gewijde, zittingen niet van plan zijn om die symptomen zelf op te roepen, laat staan met humor te overdrijven, die zij op zich al ondraaglijk vinden.

Het gaat hier juist om die groep cliënten die Kees v.d. Velden (1977) noemt: ze frequenteren psychiatrische poliklinieken en/of SPD's, hebben soms daarvoor of daarna of tegelijkertijd ook meer gespecialiseerde hulpverleners ontmoet en zijn desondanks of mede daardoor nog steeds niet van hun klachten af. Eigenlijk worden deze mensen steeds meer geschikt voor de behandeling met paradoxale intentie: naarmate klachten langer bestaan, neemt over het algemeen de verwachtingsangst toe.

1.2. Ook de "weerstand" neemt toe; meer vertaald in de taal die "directieve therapeuten willen spreken: cliënten zullen, naarmate hun klachten langer duren en ze meer hulpverleners ontmoeten, steeds minder geneigd zijn om te vertrouwen op een nieuwe hulpverlener. Niet altijd omdat ze op voorhand een hekel aan hulpverleners hebben, hoewel dat ook ^{oo}verstelbaar zou zijn, maar omdat ze de hoop en daardoor de moed verliezen; anders gezegd: hun zelfbeeld wordt met het voortduren van de klachten steeds slechter. Elke nieuwe hulpverlener is weer een persoon die het weer eens probeert met zijn methode. Uiteraard past om te beginnen dan een naar de cliënt zorgvuldig geformeerd pessimisme (vgl. van der Velde 1977), t.a.v. het nut van gesprekstherapeutische benaderingen. Bij cliënten die zelf ook al pessimistisch zijn wil een motivatietechniek die zich beperkt tot ontmoedigende opmerkingen echter weleens leiden tot een ontijdig afbreken van het contact.

1.3. Cliënten met veel therapeutische ervaring eisen m.i. niet ten onrechte dat ze willen weten waar ze aan toe zijn voor ze beginnen met, dikwijls moeilijke opdrachten. Dit geldt in het bijzonder voor de toepassing van paradoxale intentie.

Van Dijk (1977) gaf aan hoe de motivatie verstevigd kan worden door een demonstratie van de effectiviteit van de techniek in de spreekkamer. Juist voor cliënten met veel teleurstellingen kan het nodig zijn een demonstratie te geven in het dagelijks leven. In het navolgende wordt hier een voorbeeld van gegeven.

II. Casuïstiek

2.1. André is een academicus met een goede baan. Hij komt in behandeling met als voornaamste vraag: help mij van mijn hoofdpijn af. Tijdens de eerste gesprekken wordt snel duidelijk dat André, en ook zijn vrouw Mia, zeer perfectionistische mensen zijn. André is voor zijn hoofdpijn twee jaar in behandeling geweest bij een psychiater die twee maal per week met hem sprak. De hoofdpijn is gebleven, bovendien heeft André steeds meer ziekteverzuim en hij is depressief geworden, zelfs suïcidaal. Bovendien is hij duidelijk jaloers op Mia die een, in zijn ogen, meer succesvolle carrière heeft dan hij.

2.2. Na enkele zittingen ontstaat een goed contact; zonder veel bijzondere opdrachten verdwijnt de hoofdpijn (wat suggestieve relaxatiezittingen met een bandje). Ook de depressiviteit, althans voorzover die tijdens de zittingen gepresenteerd wordt, verdwijnt: het valt de therapeut op dat André en Mia altijd zeer somber aan de zittingen beginnen. Na een uur praten gaan ze echter meestal grinnikend weg. Deze zeer hoopgevende ontwikkeling (laat de cliënt lachen, vlg. Rümke 1967) brengt de therapeut een keer tot de volgende afscheidsopmerking: "Jongens, jullie beginnen altijd zo somber; ik ben ook altijd gespannen als we beginnen, maar als we afscheid nemen zijn we meestal nogal vrolijk, zouden we dat niet andersom kunnen doen? Het lijkt logischer, na de ijsbrekende opmerkingen moeten we toch op de problemen ingaan, laten we de volgende keren wat gedragen beginnen en geleidelijk naar een rijpe somberheid toe converseren!"

De volgende zittingen beginnen de cliënten badinerend en dat houden ze vol.

Geleidelijk (deze therapie is nog in gang en zal, gelukt of niet, in een van de volgende afleveringen uitgebreid beschreven worden) komen de "werkelijke" problemen aan de orde: André is zo perfectionistisch dat hij aan allerlei dingen die hij graag wil doen, niet begint omdat het idee dat het zou kunnen mislukken hem naar het (ook al voorgeschreven) depressiekamertje drijft. Van deze problemen isoleert de therapeut op een gegeven moment één categorie: "bij ons mag nooit iets mislukken wat leuk moet zijn".

Bij André en Mia mislukt veel: duinwandelingen met het gezin op zondag, bezichtiging van bezienswaardig Amsterdam met z'n tweeën etc. Op het programma staat een reisje naar Brugge en Gent; André weet al dat het hem zal tegenvallen. Hij vindt het vooral jammer voor Mia en de kinderen dat hij het wel weer niet leuk zal vinden en somber zal worden. Ook hierin is André trouwens perfectionistisch: meestal merken vrouw en kinderen niet dat hij iets niet leuk vindt terwijl het plaatsvindt. Pas later wordt hij depressief omdat hij weer niet heeft kunnen genieten.

2.3. De therapeut wil dit probleem graag met paradoxale intentie aanpakken. Mia en André begrijpen de ratio van de techniek uitstekend. De sombere manier waarop de therapeut e.e.a. voorstelt leidt snel tot de gewenste hilariteit. Mia evenwel heeft een bezwaar: de kinderen zullen het niet begrijpen, wanneer zij en André onder het tappen van sombere Belgenmoppen oude Belgische stadjes weer in het Swin zullen laten verdwijnen. (De therapeut heeft zwaar geleund op de noodzaak van ernst tijdens de procedure). Hoewel zij theoretisch volledig kan instemmen met de hooggestelde methode, weet zij

de therapeut te overtuigen van het feit dat, wanneer ze niet volledig overtuigd is van de effectiviteit van de maatregel, het reisje zal mislukken mede door haar twijfels.

2.4. In het verdere verloop van het gesprek verduidelijkt Mia haar twijfels met een voorbeeld: wat ze ook doet ze valt altijd in slaap als ze met André naar een concert gaat. Dit feit heeft er al toe geleid dat ze zelden meer concerten bezoeken. De therapeut stelt zich eerst op de hoogte van Mia's zin om naar concerten te gaan: ze blijkt zeer muzikaal te zijn en graag concerten te beluisteren. Haar gedrag tijdens deze evenementen is ook niet aan André's aanwezigheid gebonden; ze valt altijd in slaap. Wanneer de therapeut overtuigd is van Mia's ernstige wens van dit, de relatie niet in overwegende mate storende symptoom, af te komen, stelt hij het volgende voor.

Mia en André zullen bij het eerstvolgende concert dat meer dan 2½ uur duurt zich, op een plaats waar dat kan, goed installeren. André zal 4 plaatsen i.p.v. 2 bestellen zodat ze goed kunnen zitten en op elkaar kunnen leunen. Mia zal, zoals ze gewend is, zich met het hoofd op André's schouder nestelen en ijverig proberen in slaap te vallen. Om de kans hierop grote te maken zullen ze een concert kiezen dat ze al dikwijls gehoord hebben en Mia zal een slaaptablet innemen. Ze zal zich bovendien concentreren op één musicus in het orkest die bijna niets doet; ze mag zelf uitzoeken welke dat moet zijn.

2.5. Tijdens de zitting na het concert vertelt Mia dat ze niet geslapen heeft; ze voegt er spontaan aan toe dat ze het zeer hard geprobeerd heeft omdat ze de arrogante therapeut graag eens voor de gek had gezet. Het echtpaar verklaart zich

bovendien bereid tot gedetailleerde besprekingen over de toepassing van dezelfde techniek tijdens het reisje naar Gent en Brugge. André heeft nog een bezwaar: na alle besprekingen zal Mia niet weten of hij met sombere opmerkingen bezig is het directief van de therapeut te volgen of gewoon zijn oude gedragspatroon. Aangezien uit vorige gesprekken duidelijk was dat André juist nooit iets zei wanneer hem iets niet beviel, komt de therapeut tot het volgende advies.

André zal, wanneer hij iets leuk vindt tijdens de reis en de bezichtiging dit aangeven door het tegenovergestelde zachtjes in Mia's oor te fluisteren. De therapeut geeft enkele suggesties: "Dit gebouw lijkt alleen maar leuk, omdat de gids vermijdt Belgenmoppen te tappen. Ik wou dat ik thuis was."

"Hij vertelt geen moppen over Hollanders, omdat hij weet dat er over Hollander-moppen tappende Belgen Belgenmoppen zijn". Tijdens de reis: "Valt het je op hoe schoon Brabant eruit ziet? Oh, God, wat moet dat na de grens, laten we hier blijven". etc.

André en Mia verklaren zich enthousiast bereid om op deze wijze hun reisje op voorhand te verzieken: reeds het in de auto stappen betekent Wassenaar verlaten (wat ze graag willen) wat natuurlijk ontzettend is: de Neanderthaler heeft nog vele nederzettingen: et cetera et ad nauseam).

2.6. De als voorbeeld genoemde opmerkingen zijn niet zo erg leuk; ze kwamen evenwel uit de belevingswereld van de cliënten die er grote pret over hadden. André en Mia waren bovendien bereid om deze opmerkingen te gebruiken om duidelijk té maken dat ze iets in of op weg naar het Belgenland op prijs stelden.

III. Discussie

Men kan twisten over de noodzakelijkheid van de verschillende aspecten van de hiervoor geschetste motivatietechniek voor paradoxale intentie.

Drie aspecten kunnen onderscheiden worden;

3.1. Ten eerste: Mia en André beleven het contact met de therapeut, o.a., op het niveau van een woordenspel zoals ze dat voeren met hun eigen kennissen. Ze zitten in een wereldje van mensen die een gelukkig leven identiek achten aan een geslaagde carrière; ze zijn gewend aan bellenblazende receptiepraat, die af en toe best ernstig mag zijn, maar natuurlijk vergeten wordt, wanneer je weer gewoon depressief en fundamenteel teleurgesteld thuis zit. De therapeut accepteert dit gegeven door zo volledig mogelijk mee te gaan met deze merkwaardige gewoonte om alles op voorhand beleefd op losse schroeven te zetten.

3.2. Ten tweede: Samenhangend met het onder 3.1. genoemde: de therapeut zaait verwarring; genoeg moet geuit worden door ongenoegen te verbaliseren op een wijze waarvan de therapeut weet dat het lachwekkend voor de cliënten is.

Waarom deze benadering? Men kan denken aan reciproke inhibitie (vgl. de Moor en Orlemans 1972): lachen is onver enigbaar met depressief zijn. De voorgestelde manier van genoeg presenteren is strijdig met de voor de cliënten gebruikelijke wijze van zowel genoeg als ongenoegen beleven, nl. door ten tijde van het gebeuren niet, en na het gebeuren met depressiviteit te reageren. Waarschijnlijker lijkt mij dat hier de verwarring (vgl. Haly 1973) speelt: door het steeds

omkeren van betekenissen ontstaat een situatie waarin de cliënt zijn belevenissen wil etiketteren vanuit een opgewekte opvatting van zijn situatie: de cliënten bleken eerder geschikt voor deze benadering door hun reactie op het advies om hun stemmingswisselingen tijdens de gesprekken om te keren in de tijd.

3.3. Ten derde: Het meest belangrijke is m.i. de demonstratie van de effectiviteit van paradoxale intentie in vivo: niet alleen in de spreekkamer, doch ook bij een probleem dat weliswaar geen hoofdprobleem was, doch wel door beiden duidelijk als een vervelende zaak ervaren werd.

Het was echter niet "gevaarlijk": daardoor waren de cliënten bereid om een techniek, die ze voor hun echte problemen voorlopig te bedreigend vonden, te proberen.

Samenvatting:

Paradoxale intentie is een zeer bruikbare techniek, wanneer verwachtingsangst een rol speelt. Cliënten die veel contacten met therapeuten hebben gehad staan sceptisch tegenover elke nieuwe behandelaar en zijn techniek.

Een goede motivatietechniek wordt dan essentieel; voor de demonstratie van de effectiviteit van paradoxale intentie kan dan de techniek toegepast worden op een probleemgebied waar de verwachtingsangst meespeelt, doch niet zo overheersend belangrijk is dat de toepassing van de paradoxale intentie erdoor bij voorbaat onmogelijk lijkt.

Literatuur.

1. Dijck, R. van (1977); De toepassing van paradoxale intentie; In Directieve Therapie; 1977. K. v.d. Velden. Van Loghum Slaterus, Deventer.
2. Haly, J. (1973); Uncommon Theray; Ballantine Books; New York.
3. de Moor, W. en Orlermans, W.G. 1972; Inleiding tot de gedragstherapie; van Loghum Slaterus. Deventer.
4. Rümke, H.C. 1967; Psychiatrie III; Scheltema en van Holkema N.V. Amsterdam.
5. Velden, K. van der, 1977; Directieve Therapie. Van Loghum Slaterus. Deventer.

61

Tweemaal concentratieproblemen bij het huiswerk

Dick Oudshoorn

Wolfhard is de oudste zoon van Duitse vrienden van ons. Hij is 13 jaar en zit de in de eerste klas van het Gymnasium. Op een keer schrijft hij een beetje wanhopige brief, met als voornaamste probleem dat hij zijn hoofd niet bij zijn huiswerk kan houden, dat hij alsmaar afgeleid raakt en dat daardoor de cijfers ernstig achteruitgaan. We kennen elkaar vanuit de wintersport, waar we elkaar veel verhalen hebben verteld; hij weet natuurlijk dat ik kinderpsychiater ben. Vandaar dan ook zijn vraag om raad. Hij was natuurlijk altijd nieuwsgierig hoe ik andere kinderen bij hun problemen hielp. In mijn brief terug geef ik eerst wat algemene aanwijzingen, zoals : schema met periodes opstellen van 3 kwartier en een kwartier pauze om iets te drinken, naar de wc te gaan enz; buro opruimen voor je gaat beginnen en natuurlijk altijd in een aparte ruimte gaan werken. Dan vertel ik wat inleidende dingen over concentratie, en draag ik hem een speciale concentratieoefening op, welke hij elke dag moet doen, gezeten aan zijn buro, voordat het eigenlijke huiswerk begint. Hij moet dan namelijk elke dag een andere voorwerp voor zich neerzetten - bv een vaasje, een asbak enz. - en zich daar helemaal op richten. Alle aspecten ervan bekijken, zoals de preciese vorm, de kleur, het oppervlak, en hij mag het ook vervolgens in zijn hand nemen om het gewicht te voelen, enfin, net zolang tot hij vindt dat hij alles van dat voorwerp weet. Hij let alleen maar op dat ding en nergens anders op. Daarna kan hij aan zijn huiswerk beginnen. Als tweede direktief geef ik het bekende elastiekje wanneer hij toch nog afgeleid wordt.

Na geruime tijd komen er twee brieven terug. Een van entosiaste ouders, die weliswaar niet weten wat ik hun zoon heb geadviseerd, maar wel een ongelooflijke ommezwaai hebben gekonstateerd. Er zijn geen toestanden meer over het huiswerk en de cijfers vliegen omhoog. (Of liever gezegd omlaag, zoals dat hoort in Duitsland)

Wolfhard zelf vertelt me in zijn brief dat hij de concentratieoefening elke dag heeft uitgevoerd en dat het prima werkt. Het elastiekje is vrijwel niet nodig geweest. Het is inmiddels al weer bijna een jaar later en het gaat nog steeds allemaal voor de wind.

Een tijdje geleden is naar mij een jongen verwezen, ook 13 jaar oud, met allerlei angsten, vooral om dood te gaan aan een hersentumor of een hartaanval. Een en ander is ontstaan nadat hij aan een wrat was geopereerd op zijn rug, en het litteken een week later ineens was opengesprongen. Dit gebeurde in januari van dit jaar. Vanaf die tijd is hij erg hypochonder op zijn lichaam gaan letten en is hij ook achterdochtig geworden over wat dokters en ouders hem 'wijsmaken'.

Hij praat er vrijwel konstant over thuis en alleen zijn moeder belooft dit klaaggedrag met meestal warme aandacht, maar de anderen krijgen er een punthoofd van en doen er spottend over. Niet dat ze echt een hekel aan Hans hebben; ze komen ook zonder moeite met zijn allen voor een gezinstaxatiegesprek naar me toe. Hans heeft dan al op mijn verzoek een nauwkeurige klachtenregistratie bijgehouden. (Zie bijlage.)

De therapeut legt uit dat Hans' problemen samenhangen met de fase van de puberteit, welke met grote onzekerheid gepaard gaat (enzovoort, zie vorige gevalbeschrijvingen). Hij zegt ook dat hij er van overtuigd is dat iedereen in het gezin hem wil helpen over de drempel heen te komen en met genoegen zal zien hoe hij opgroeit. Moeder zal hem niet meer als een kind behandelen als hij over zijn klachten begint, en de anderen lachen hem niet meer uit en behandelen hem zoveel mogelijk als een grote vent.

Ik besloot een aantal individuele gesprekken met Hans te hebben, ten eerste omdat ik verder geen gezinsproblemen kon ontdekken, ten tweede om in een voor de andere gezinsleden expres duister blijvende sfeer de overgang naar een eigen identiteit te benadrukken.

Hij komt prompt met vragen over seks, wat voor mij aanleiding is om uitvoerig alle aspecten die voor hem van belang zijn te belichten. Vanzelfsprekend komt daarbij ook zelfbevrediging aan de orde, en dat was niet voor niets. Tweede onderwerp is zijn toekomst, waar we dan het volgende uur dieper op ingaan. Een concreet advies was om een beroepsgids te kopen.

Vanzelf komt dan ook de school aan de orde. Hij vertelt dat hij zich niet op zijn huiswerk kan concentreren en daardoor uren vast zit en niets opneemt. Het komt hem allemaal danig de keel uit. Ik besluit dan de zelfde therapie te kiezen als ik bij Wolfhard heb toegepast.

De concentratieoefening doen we samen, waarbij we een nogal ingewikkeld uit koper gedraaid werkstuk nemen. Hans is zelf erg verrast hoe goed en hoe snel je alle aspecten ervan kunt beschrijven en onthouden; dat je

Elk aspekt maar eenmaal in je hoeft op te nemen om het daarna voor honderd procent te weten. In de tweede plaats krijgt hij de elastiekjes-opdracht. Ik had nog moeten vermelden dat ik wederom - zoveel mogelijk net als bij Wolfhard- de aanwijzingen had gegeven over schema, werken in een aparte ruimte in plaats van in de huiskamer etc. En iets uitdrukkelijker dan in mijn brief aan Wolfhard heb ik aan het slot benadrukt dat hij op deze manier veel extra vrije tijd zou gaan krijgen om prettiger dingen te doen.

Het een en ander heeft wederom voortreffelijk en direkt resultaat gehad.

Moraal: een aardige techniek niet alleen voor jeugdige patiënten, maar net zo goed voor wat ouderen neem ik aan, en vooral ook voor neefjes, nichtjes zoontjes en dochters...

Afsluiten van het verleden

Alfred Lange & Onno van der Hart

Deze bijdrage heeft een wat ongebruikelijke vorm. Het is een 'try out' van het eerste gedeelte van een nieuw hoofdstuk in een nieuwe druk van 'Gedragsverandering in Gezinnen'. Dit hoofdstuk gaat onder meer over de manier waarop men onafgemaakte kwesties uit het verleden kan verwerken. In het eerste deel worden een aantal technieken en principes waarmee we hier en daar in TDT al eerder kennis hebben gemaakt (vgl. Lange, 1976; Van der Hart & van Dijck, 1977; Hoogduin, 1977) op een rij gezet.

Het tweede gedeelte heeft vooral betrekking op het daarbij ter afsluiting toepassen van rituelen, en het gebruik van rituelen voor andere problemen. Dit deel is nog niet gereed.

Graag geven wij onze mederedakteuren de primeur en de mogelijkheid om als eersten kritiek te leveren op delen van bovengenoemd drukwerk.

Sterker nog: wij zouden het bijzonder op prijs stellen wanneer deze publikatie in TDT zou leiden tot waardevolle suggesties die in het boek opgenomen zouden kunnen worden.

Doordat het artikel is geschreven met het oog op opname in ons boek en wij terwille van de authenticiteit niets hebben veranderd doet de indeling vreemd aan.

Het gaat om hoofdstuk 7 en er wordt verwezen naar allerlei paragrafen die de TDT-lezer niet meteen zal herkennen. Voor een deel geldt dat ook voor ons omdat wij de precieze paragrafenindeling van de nieuwe druk nog niet kennen. Voor al deze ongemakken bieden wij gaarne onze excuses aan.

Hoofdstuk 7 Het Heden, het Verleden en Rituelen

7.1. Inleiding

In par.5. gaven we een voorbeeld van het echtpaar Put waarvan de vrouw met sexuele problemen was aangemeld. In de therapie bleek al gauw dat de moeilijkheden sterk te maken hadden met de rancune die de vrouw koesterde door het feit dat haar man met haar eigen zuster overspel had gepleegd. De interacties tussen man en vrouw werden sterk beheerst door gevoelens en gedachten die met deze gebeurtenis uit het verleden te maken hadden.

De meeste voorbeelden in dit boek hebben betrekking op gespreksthema's die rond het heden en de toekomst zijn gecentreerd. In overeenstemming met het 'hier en nu' principe wordt veelal gewerkt aan communicatiestoornissen die zich in de therapieperiode afspelen tussen twee gezinsleden (vgl. par.). Vaak is het terecht dat de therapeut het principe van 'niet over het verleden praten' toepast, vooral wanneer dat verleden alleen misbruikt wordt om de ander te blijven beschuldigen (vgl. par. 2). Wanneer dit principe er echter toe leidt dat de therapeut helemaal geen aandacht schenkt aan vroegere ervaringen van zijn cliënten kan dat gevaarlijke gevolgen hebben.

Vaak is iets dat schijnbaar tot het verleden behoort, zoals in het hierboven genoemde voorbeeld, niet werkelijk 'verleden'. Het leeft nog zo sterk voor één of meer gezinsleden dat het cognitief en emotioneel een aktueel deel van het heden vormt.

Lange (1975) beschrijft een relatietherapie die dreigde te mislukken doordat de therapeut gedurende te lange tijd de therapie alleen richtte op de huidige interacties tussen de partners, in plaats van oog te hebben voor de gevoelens van agressie die de vrouw jegens haar vader koesterde. Deze waren gebaseerd op gebeurtenissen uit het verre verleden. Pas nadat via een gesprek tussen de vrouw en haar vader (vgl. Framo, 1976) de rancunes van de vrouw waren verminderd werd het mogelijk om met behulp van de in dit boek beschreven rationale probleemoplossende methode verder te werken.

Binnen gezinstherapieën kan het verleden op twee verschillende manieren een rol spelen. Soms zijn er rancunes tussen twee of meer leden van het gezin (zoals in het voorbeeld van het echtpaar Put). Soms is er sprake van onafgemaakte kwesties ten aanzien van één of meer personen buiten het gezin. Bv. een (overleden) ouder, grootouder, broer of zuster, een gescheiden partner of een vroegere werkgever zoals in het laatstgenoemde voorbeeld.

In dit hoofdstuk beschrijven wij verschillende manieren waarop het verleden van één of meer gezinsleden geaktualiseerd kan worden en onafgemaakte kwesties afgemaakt. Symbolische handelingen en rituelen kunnen daarin vaak een belangrijke rol spelen.

7.2 Brieven schrijven aan de persoon in kwestie

Meneer en mevrouw Geel hadden zich aangemeld voor relatietherapie. De problemen kwamen steeds op hetzelfde neer. Meneer Geel voelde zich niet gesteund door zijn vrouw. Op cruciale momenten bemerkte hij bij zijn vrouw geen affektie voor hem. Zijn vrouw vertelde dat haar man sterk overdreef. Zij hield best veel van hem, maar kon dat niet steeds op kommando laten merken. M.a.w. het gedrag van haar man werkte juist in de hand dat zij weinig affektief gedrag vertoonde. Hiermee was de cirkel rond. Toch was de interaktionele kant van dit probleem niet de enige. Meneer Geel was los daarvan sterk gepreoccupeerd met de vraag wat anderen van hem zouden vinden. Overal zocht hij steun en begrip en als hij die niet kreeg was hij heftig teleurgesteld en geëmotioneerd. De therapeut besloot binnen de relatietherapie ruime aandacht te geven aan die individuele komponent. Hij informeerde naar de ouders van meneer Geel en naar de relatie die hij met hen had. Huilend gaf meneer Geel uiting aan de rancune, die hij had t.o.v. zijn vader. Deze had hem nooit serieus genomen, altijd gekleineerd, over zijn (sexuele) problemen gelachen, etc. Zelfs nu nog gaf zijn vader hem voortdurend het gevoel dat hij alles beter wist en dat hij (meneer Geel) maar een dom mannetje was.

Nadat dit alles doorgespraakt was, gaf de therapeut hem de opdracht om de komende week een brief aan zijn vader te schrijven. Die brief zou in etappes geschreven worden, elke avond een half uur. In de brief zou meneer Geel zijn agressieve gevoelens op geen enkele manier verhullen. Integendeel, hij zou alles 'recht voor zijn raap' op papier zetten. De brief zou niet verzonden worden.

Meneer Geel volgde het advies op. De volgende week rapporteerde hij opluchting. De eerste dagen had hij heel veel opgeschreven en zich erg kwaad gevoeld. Allengs was de kwaadheid verminderd en was hij ook zijn eigen aandeel in de interakties met zijn vader gaan zien. Toch was de kwestie nog niet de wereld uit. Met het oog daarop vroeg de therapeut hem om in de nu komende week een ander soort brief te schrijven, een genuanceerde brief waarin hij zijn vader wel duidelijk maakte wat hem dwars zat maar niet op een beschuldigende manier. In deze brief zou hij ook de nadruk leggen op de mogelijkheid om nu tot een betere onderlinge relatie te komen.

Hoewel meneer Geel bang was dat zijn vader geschokt en gekwetst zou zijn stemde hij toch toe. De brief werd geschreven en een week later verzonden. De oude heer Geel bleek erg blij te zijn met de brief van zijn zoon. Hij had allang het gevoel gehad dat er iets aan de hand was, maar had niet geweten hoe daaraan uiting te geven. Het contact tussen vader en zoon werd geïntensiveerd.

Het schrijven van gerichte brieven naar familieleden buiten het gezin teneinde kwesties uit het verleden recht te zetten wordt naar ons weten voor het eerst gepropageerd door Bowen (vgl. Anonymus, 1972). In Bowen's opvattingen is het noodzakelijk dat de brieven ook werkelijk verstuurd worden, vaak verschillende brieven naar verschillende familieleden tegelijk. Naar ons idee is versturen niet altijd noodzakelijk. Soms heeft het schrijven allèen al een dermate grote kathartische functie dat het verleden afgesloten en begraven kan worden. Bij overleden familieleden (of andere relevante personen) kan daardoor het schrijven van brieven, die uiteraard niet bij de persoon in kwestie aankomen toch vaak zeer nuttig zijn.

Het schrijven aan personen buiten het gezin kan op verschillende manieren gebeuren. Soms is het nuttig om cliënten verschillende soorten van brieven te laten schrijven, bv. een agressieve, een aardige en een neutrale. Daaruit kan dan eventueel één gekozen worden voor verzending. Soms, zoals bij meneer Geel, kan het nuttiger zijn om te beginnen met één type brief, maar daar elke dag aan laten schrijven (Rubinstein, 1977). De precieze instructies, die daarbij in acht genomen moeten worden dienen van geval tot geval in overleg met de cliënten opgesteld te worden (vgl. par. 7.4.2.1).

7.3 Gesprekken met 'de persoon in kwestie'

Het schrijven van brieven is, zoals in de vorige paragraaf werd geschetst, vaak een eerste aanzet om af te rekenen met energie absorberende kwesties uit het verleden. Als dit niet afdoende is om de problemen te laten verdwijnen, is het vaak wenselijk om gesprekken tussen de cliënt en de persoon in kwestie te arrangeren. Hieronder worden drie verschillende manieren waarop dat kan gebeuren onderscheiden.

7.3.1 Gesprekken in aanwezigheid van de therapeut

Framo (1976) beschrijft hoe hij in de eerste zitting met cliënten komt tot een behandelingskontraakt, waarin is afgesproken dat de (groot) ouders van de cliënten - indien de therapeut dat nodig acht - minstens éénmaal meekomen naar een zitting. Een dergelijk kontraakt geeft Framo de mogelijkheid om aanwezig te zijn bij gesprekken tussen volwassen cliënten en één of meer ouders.

Ook wanneer in het behandelingskontraakt niet over deze mogelijkheid is gesproken kan de therapeut voorstellen om een bepaalde ouder voor een aantal gesprekken uit te nodigen. De therapeut kan zijn cliënt en diens ouder(s) dan helpen de wederzijdse gevoelens over het verleden op een bevredigende, niet beschuldigende, manier te uiten.

7.3.2 Gesprekken zonder de therapeut

Kliënten zien er meestal tegenop om hun ouders, broers of zusters bij de therapie te betrekken. Dit hoeft nog geen reden te zijn om ervan af te zien. Wanneer de therapeut zelf sterk gelooft in het belang ervan is het meestal wel mogelijk om cliënten te bewegen de ouders van herkomst mee te nemen. Het is echter niet altijd noodzakelijk. In veel gevallen is het alternatief dat de ouders niet meekomen, maar dat de cliënt zelf met de betreffende ouder gaat praten, bruikbaar en effectief. De therapeut krijgt dan een soort 'coachings' taak. Hij bespreekt van te voren hoe de cliënt het beste tewerk kan gaan. Dat begint met een instructie over de beste manier om een dergelijk gesprek bij de ouder te introduceren. Zo is het bv. beter om een ouder speciaal voor een afspraak op te bellen of naar hem of haar toe te gaan dan te wachten tot zich 'een gelegenheid' voordoet. Het dramatisch tintje dat door het speciaal maken van een afspraak wordt verkregen verhoogt de kans op succes bij het maken van de eerste stap.

Verdere instructies hebben betrekking op de manier waarop het gesprek gevoerd moet worden. De cliënt moet proberen ervoor zorgen dat zowel hij als de ouder kunnen zeggen wat ze op hun hart hebben zonder dat er node-loze beschuldigingen en debatten ontstaan. Zij moeten, kortom, proberen om de geleerde communicatieregels (vgl. par. 2.) goed in praktijk te brengen.

Vaak is het geven van adviezen door de therapeut niet afdoende. Rollen-spelen, waarbij de therapeut of een ander gezinslid de ouder speelt, zijn

dan een belangrijk hulpmiddel.

De meeste cliënten zien erg op tegen het gesprek met een ouder. Onze ervaring is echter dat het in bijna alle gevallen niet alleen meevalt, maar zelfs als zeer bevrijdend en opluchtend wordt ervaren, ook door de ouder. Vaak is het een aanzet tot een verbeterende verhouding.

7.3.3 Imaginaire gesprekken

Rancunes of andere onverwerkte gevoelens kunnen ook heersen ten aanzien van personen die niet meer in leven zijn. Brieven schrijven is dan wel mogelijk en het verzenden van de brieven kan eventueel gebruikt worden als afscheidsritueel (vgl. par. 7.4). Een andere mogelijkheid is in dit geval het houden van imaginaire gesprekken. De cliënt stelt zich voor dat de overleden persoon (bv. zijn vader) tegenover hem zit. Hij begint dan tegen zijn vader te praten. De therapeut kan als vader fungeren door af en toe wat terug te zeggen, waardoor de cliënt de gelegenheid krijgt om door te praten. Het is ook mogelijk dat de cliënt zelf de vader speelt, door afwisselend op de ene en dan weer op de andere stoel te gaan zitten.

Deze 'gestaltachtige' benadering (vgl. Passons, 1975; Kempler, 1974) is voor sommige cliënten wat moeilijk te realiseren, maar is vaak wel zeer effectief.

- 71
- Anonymous (1972): Toward the differentiation of the self in one's own family. In J.L.Framo (ed.): Family interactions. N.York, Springer.
- Hart, O. van der & R. van Dijck (1977): Rouwtherapie d.m.v. afscheidsbrieven. TDT, 4 (4), 24-35.
- Hoogduin, C.A.L. (1977): De drie brieven. TDT, 4 (4), 9-15.
- Framo, J.L. (1976): Family of origin as a therapeutic resource for adults in marital and family therapy. Fam.Process, 15 (2), 193-210.
- Kempler, W. (1974): Principles of Gestalt Family Therapy. Nordahls. Oslo. In nederlands vertaald: Gestalt therapie voor het gezin. De Toorts. Haarlem.
- Lange, A. (1975): Directieve therapie en het verleden, een voorbeeld. TDT, 2 (11), 10-14.
- Lange, A. (1976): Het gebruik van symbolen en het toepassen van de zelf-perceptie theorie. TDT, 3 (7), 3-13.
- Passons, W.R. (1975): Gestalt approaches in Counseling. Holt & Co. N.York.
- Rubinstein, T. (1977): Pers. mededeling.
- Whitaker, C.A. (1977): Pers. mededeling.

Voor u gefotokopieerd. x)

Alfred Lange

Onderstaande zijn bladzijden uit 'De meester en Margarita' van Michail Boelgakov (uitgeverij Arbeiderspers, Grote ABC, nr.110). Men behoeft niet het gehele boek gelezen te hebben, om toch bijzonder enthousiast te worden over de beschreven passage. Een prachtig staaltje judo wordt gedemonstreerd door een geneesheer-direkteur van een psychiatrisch ziekenhuis, t.a.v. een hallucinerende nieuwe patiënt.

deed een kastdeur open en vroeg: 'Wat trekt u liever aan, een kamerjas of een pyjama?'

Ivan, hoewel onder dwang in dit verblijf vertoevend, sloeg bijna de handen ineen van verbazing over het losse optreden van de vrouw en prikte zwijgend met een vinger naar een felrode flanelen pyjama.

Daarna werd Ivan door een volslagen geluidloze gang naar een vertrek van reusachtige afmetingen geloodst. Ivan, nu vast besloten alle wonderen in dit ongelooflijk prachtig ingerichte gebouw met sarcasme te bejegenen, doopte dit vertrek prompt tot 'fabriekskeuken'.

En dat was nog niet zo gek bekeken van hem. Het was hier een en al kasten en glazen rekken vol nikkelen instrumentarium, zeer ingewikkeld geconstrueerde stoelen, buikige lampen met doorschijnende kappen, retorten, erlemeyers en gasbranders bij de vleet, elektrische leidingen en allerlei andere apparatuur waar een leek geen kant mee uitweet.

Drie in het wit gestoken personen, twee vrouwen en een man, gingen hier met Ivan aan de slag. Om te beginnen brachten ze hem naar een tafeltje in een hoek, kennelijk met de bedoeling hem uit te horen.

Ivan begon zijn toestand te overdenken. Hij kon drie wegen volgen. De eerste was verreweg de aantrekkelijkste: zich op al die lampen en ingewikkelde mikmak storten, de hele troep naar God rammen en dusdoende zijn protest uiten tegen de onrechtmatige vrijheidsberoving. Maar de huidige Ivan verschilde reeds aanmerkelijk van die van de vorige dag en de eerste weg kwam hem derhalve twijfelachtig voor: de lui zouden zich zeker vastklampen aan de opvatting dat hij een gevaarlijke krankzinnige was. Weshalve Ivan de eerste weg liet schieten. De tweede was: direct op de proppen te komen met zijn verhaal over de adviseur en Pontius Pilatus. De ervaringen van de vorige dag hadden hem echter geleerd, dat ze dat verhaal niet geloofden, of het althans zwaar vertekend interpreterden. Daarom zag Ivan ook van deze weg af en besloot de derde te kiezen: zich op te sluiten in een hooghartig stilzwijgen.

Het gelukte hem niet dit geheel te verwezenlijken en nolens volens had hij wel te antwoorden op een hele reeks vragen, zij het ook korzelig en kortaf. Ze vroegen hem werkelijk het hemd van het lijf over zijn hele vroegere leven, tot op zulke details als wanneer hij roodvonk gehad had, vijftien jaar geleden. Nadat ze al een heel vel met velerlei gevuld had, draaide ze dit om en begon de vrouw Ivan uit te vragen over zijn familie. Het was een eindeloze litanie: wie was wanneer en waaraan gestorven, was het

x) Dank gaat uit naar Carla Kuit die mij op dit fraaie boek attent maakte.

een drinker geweest, had hij aan venerische ziekten geleden en meer van dat onzedelijks. Tot slot vroegen ze hem te vertellen wat er de vorige dag was voorgevallen bij de Patriarchvijver, maar ze drongen niet al te erg aan en toonden geen verbazing bij de vermelding van Pontius Pilatus.

Daarna leverde de vrouw hem over aan een manspersoon die hem op een andere manier aanpakte en helemaal geen vragen stelde. Hij nam Ivans temperatuur op, voelde hem de pols en onderzocht zijn ogen met een soort lamp. Ze sloegen Ivan op de rug met een apparaat, maar pijn deed dat niet. Met de greep van een hamertje tekenden ze figuurtjes op zijn borsthuid, klopten hem met hamertjes op de knieën, waardoor zijn onderbeen opwipte, namen een bloedmonster uit een vinger, prikten een naald in zijn onderarm en deden een soort rubberen armbanden om zijn armen . . .

Ivan lachte alleen maar bitter. een beetje voor zich heen en overdacht de dwaze en vreemde loop die de dingen genomen hadden. Moest je je dat eens even indenken! Hij had de lui willen waarschuwen over het gevaar dat dreigde van de kant van de onbekende adviseur, hij had de vent willen arresteren en had er niets anders mee bereikt dan dat hij in een geheimzinnig laboratorium belandde om allerlei onzin te mogen opdissen over ome Fjodor, die z'n eigen in Vologda had doodgezopen. Ondraaglijk stompzinnig!

Eindelijk lieten ze Ivan los. Hij werd naar zijn kamer teruggebracht, waar hij een kop koffie, twee zachtgekookte eitjes en geboterd witbrood kreeg. Na het aangeboden te hebben genuttigd, besloot Ivan dan maar te wachten tot een of andere hoge bollebof van de inrichting hem de nodige attentie zou geven en recht doen wedervaren.

Lang hoefde hij niet te wachten. Al heel kort na zijn ontbijt ging de kamerdeur open en binnen wandelde een kleine drom witjassen. Voorop ging een als een toneelspeler zo gesoigneerde figuur van omstreeks midden in de veertig met aardige, maar zeer doordringende ogen en hoffelijke manieren, zo te zien. Zijn gevolg betoonde hem blijken van diep respect, hetgeen zijn entree een uitgesproken plechtig karakter verleende. Net Pontius Pilatus! ging het door Ivans brein. Ja, dat was beslist de geneesheer-directeur. Hij nam plaats op een krukje, de anderen bleven staan.

'Dokter Stravinski,' stelde hij zich voor en hij keek Ivan vriendelijk en geruststellend aan.

'Alstublieft, Aleksandr Nikolajevitsj,' zei een man met een keurig bijgeknipt baardje en hij overhandigde Stravinski Ivans bijgewerkte dossier.

Wat een toestanden maken die lui, dacht Ivan. De geroutineerde ogen van de hoofdarts vlogen door het dossier, 'Hm, hm,' bromde hij en wisselde een paar zinnen in een taal die niet erg bekend klonk met zijn gevolg. Nu spreekt-ie nog Latijn ook, net als Pontius Pilatus, dacht Ivan melancholiek. Toen hoorde hij een woord dat hem deed huiveren en dat was het woord *schizofrenie*, dat die vervloekte vreemdeling de vorige dag ook al had uitgesproken bij de vijver en nu hier werd herhaald door professor Stravinski. Dus ook dat wist-ie al vooruit! dacht Ivan, zwaar verontrust.

De geneesheer-directeur huldigde kennelijk de stelregel het eens te zijn met en zich te verheugen over alles wat zijn volgelingen te berde brachten en dit te bekrachtigen met het stopwoord: 'Fameus, fameus . . .'

'Fameus!' zei Stravinski. Hij gaf het dossier terug en wendde zich tot Ivan: 'U bent dichter?'

'Ja,' antwoordde Ivan grimmig en opeens voelde hij voor het eerst een soort onverklaarbare weezin tegen de poëzie. Wat hij zich van zijn eigen verzen op dit moment herinnerde kwam hem opeens bijzonder onaangenaam voor.

Op zijn beurt vroeg hij met een lelijk gezicht aan Stravinski: 'U bent professor?'

Hoffelijk knikte Stravinski ter bevestiging.

'En u bent de geneesheer-directeur?'

Ook op deze vraag knikte Stravinski bevestigend.

'Ik moet u spreken,' zei Ivan Nikolajevitsj veelbetekenend.

'Daarvoor ben ik ook gekomen,' zei Stravinski.

'Kijk, de zaak zit zo,' begon Ivan, voelend dat nu zijn uur was aangebroken, 'ze hebben me hier voor krankzinnig verklaard, niemand wil naar me luisteren . . .!'

'O nee, we luisteren juist met de grootste aandacht naar u,' zei Stravinski geruststellend en ernstig, 'en we zullen in geen geval dulden dat ze u voor krankzinnig verklaren.'

'Luistert u dan: gisteravond heb ik bij de Patriarchvijver een geheimzinnige figuur ontmoet, een buitenlander of niet, ik weet het niet, en die wist al bij voorbaat dat Berlioz zou omkomen en hij heeft Pontius Pilatus persoonlijk ontmoet.'

Doodstil en zonder een vin te verroeren luisterde het gevolg naar 's dichters verklaringen.

'Pilatus? Die Pilatus die in de tijd van Jezus Christus leefde?' vroeg Stravinski, terwijl hij zijn ogen samenknep.

'Precies.'

'Aha,' zei Stravinski, 'en die Berlioz is onder een tram verongelukt?'

'Precies. Hij werd gisteravond doodgereden door een tram bij het Patriarchpark waar ik bij stond, maar het gekke is dat die raadselachtige vreemdeling...'

'Die kennis van Pontius Pilatus?' vroeg Stravinski, die zich kennelijk onderscheidde door vlotte bevattelijkheid.

'Precies,' bevestigde Ivan, terwijl hij Stravinski aandachtig opnam. 'Goed, hij zei dus al van tevoren dat Annoesjka de zonnebloempittenolie had laten vallen, geplengd... En daar is Berlioz ook over uitgeleden! Heeft u daarvan terug?' vroeg Ivan veelbetekenend, hopende een geweldig effect met die woorden te ontketenen.

Maar dit effect bleef uit en Stravinski stelde doodnuchter de volgende vraag: 'En wie is die Annoesjka?'

Deze vraag bracht Ivan volkomen van zijn apropos. Zijn gezicht trok nerveus.

'Die Annoesjka doet er helemaal niets toe,' zei hij geagiteerd. 'De duivel mag weten wie zij is. Gewoon een of andere geit van de Sadovaja. Waar het om gaat is dat hij al van tevoren, snapt u, al van tevoren wist van die zonnebloempittenolie! Begrijpt u, me?'

'Ik begrijp u uitstekend,' antwoordde Stravinski ernstig en met een gemoedelijk klapje op de knie van de dichter voegde hij er aan toe: 'Maakt u zich niet druk en gaat u door.'

'Ik ga door,' zei Ivan, trachtend zijn toon aan te passen aan die van Stravinski, omdat de bittere ervaring hem nu wel geleerd had dat alleen kalmte hem kon helpen. 'Goed dus, die vreselijke kerel (dat-ie adviseur is liegt-ie natuurlijk) beschikt over een soort abnormale kracht!... Je gaat achter hem aan, om maar iets te noemen, maar je kunt hem met geen mogelijkheid inhalen... En dan heeft-ie nog zo'n mooi stel bij zich ook, nou, prachtpul hoor! Zo'n lange sladood met kapotte brilleglazen en ook nog een kanker van een kater, die op z'n eigen houtje de tram instapt. Bovendien,' zo vertelde Ivan met steeds meer vuur en overredingswil, zonder door iemand in de rede gevallen te worden, 'bovendien heeft-ie persoonlijk bij Pontius Pilatus op het bordes gezeten, daar is geen twijfel aan. Wat denkt u daar wel van, he? Ze moeten hem direct arresteren, anders veroorzaakt hij nog ongehoorde rampen!'

'Dus u denkt gedaan te krijgen dat ze hem arresteren? Heb ik dat goed begrepen?' vroeg Stravinski.

Een intelligente vent, dacht Ivan. Ik moet toegeven dat er ook tussen intellectuelen verdomd intelligente kerels rondlopen, dat valt niet te ontkennen, en hij antwoordde: 'Volkomen juist! Ik heb immers geen keuze, zegt u nu zelf! Maar ondertussen word ik

hier gewelddadig vastgehouden, zoeken ze met lampen in mijn ogen, stoppen ze me in bad en horen ze me uit over me ome Fjodor!... Terwijl de sukkel al lang en breed onder de groene zoden ligt! Ik eis onmiddellijk vrijgelaten te worden!'

'Nee maar, dat is fameus, fameus!' zei Stravinski. 'Nu is alles duidelijk. Inderdaad, wat voor zin heeft het om een gezonde man vast te houden in een genesinrichting? Goed, ik zal u direct laten uitschrijven, als u me zegt dat u normaal bent. U hoeft het niet te bewijzen, alleen maar zeggen. Dus u bent normaal?'

Er trad nu een volmaakte stilte in en de mollige vrouw, die die morgen zorg voor Ivan had gedragen keek met ogen vol adoratie naar de professor. Weer dacht Ivan: Werkelijk een intelligente vent! Het voorstel van de professor stond hem wonderwel aan, maar alvorens te antwoorden dacht hij diep, o zo diep na en sprak toen eindelijk op besliste toon: 'Ik ben normaal!'

'Nou, dat is fameus!' riep Stravinski opgelucht uit. 'Laten we in dat geval dan eens logisch redeneren. We beginnen met uw dag van gisteren.' Stravinski draaide zich om en liet zich andermaal de gegevens over Ivan aanreiken. 'Op zoek naar een onbekend manspersoon, die zich aan u uitgegeven had voor een kennis van Pontius Pilatus, hebt u gisteren de volgende handelingen uitgehaald.' Stravinski begon zijn lange vingers achterover te buigen en keek beurtelings naar het dossier en naar Ivan. 'Op de borst had u een ikoontje gespeld. Waar?'

'Waar,' erkende Ivan versomberend.

'U bent van een schutting gestort, waarbij u uw gezicht openhaalde. Juist? U verscheen in het restaurant met een brandende kaars in de hand, uitsluitend in ondergoed gekleed en in dat restaurant heeft u iemand geslagen. U werd gebonden hierheen gebracht. Eenmaal hier aangekomen belde u de politie op met het verzoek motoren met mitrailleurs er op uit te sturen. Daarna deed u een poging om u uit het raam te storten. Juist? Vraag: kan men door zo te handelen iemand grijpen of arresteren? Als u een normaal mens bent, dan zult u zelf antwoorden: uitgesloten. Wilt u hier vandaan? Gaat u gang. Maar mag ik u vragen waar u naar toe wilt?'

'Naar de milietsie natuurlijk,' antwoordde Ivan, maar al lang niet meer zo zelfverzekerd en een tikje uit het veld geslagen onder de blik van de professor.

'Regelrecht hier vandaan?'

'Zeker...'

'Zonder thuis langs te gaan?' vroeg Stravinski vlug.

'Maar ik heb geen tijd om thuis langs te gaan! Terwijl ik dat doe, knijpt hij er tussen uit!'

75

'Juist. En wat is het eerste dat u de milietsie zult zeggen?'

'Dat over Pontius Pilatus,' antwoordde Ivan Nikolajevitsj en er trok een duister waas voor zijn ogen.

'Wel, dat is fameus!' riep Stravinski uitgelaten, en, zich tot de man met de baard wendend, gaf hij de order: 'Fjodor Vasiljevitsj, laat u de heer Bezdomnyj uitschrijven. Maar deze kamer vrijhouden en het beddegoed niet laten verschonen. Over twee uur zal de heer Bezdomnyj hier weer terug zijn. Tot spoedig weerziens!' Hij stond op en zijn gevolg maakte aanstalten te vertrekken.

'Op welke gronden neemt u aan dat ik hier weer terugkom?' vroeg de dichter verontrust.

Stravinski scheen die vraag verwacht te hebben. Hij ging meteen weer zitten en zei: 'Op grond van het feit dat u, zodra u in onderbroek bij de milietsie aan komt zetten met het verhaal dat u een persoonlijke kennis van Pontius Pilatus hebt ontmoet, u meteen hierheen gebracht zult worden en in deze kamer zult belanden.'

'Wat heeft die onderbroek ermee te maken?' vroeg Ivan, terwijl hij verstrooid rondkeek.

'Het gaat vooral om Pontius Pilatus. Maar ook om die onderbroek. Want de ziekenhuiskleding van de staat moet u natuurlijk uitdoen en we steken u weer in uw eigen kleren. U zou dus opnieuw in onderbroek bij ons afgeleverd worden. Verder was u helemaal niet van plan om eerst thuis langs te gaan, hoewel ik u die woorden zowat in de mond legde. Komt u dan met Pilatus op de proppen . . . wel, dan hangt u natuurlijk meteen.'

Toen gebeurde er iets eigenaardigs met Ivan Nikolajevitsj. Zijn wil scheen hem te begeven. Hij voelde hoe zwak hij stond en dat hij raad van node had.

'Wat moet ik dan doen?' vroeg hij en ditmaal klonk zijn stem schuchter.

'Nou, dat is fameus!' reageerde Stravinski. 'Dat is een heel redelijke vraag. Ik zal u nu eens vertellen wat er eigenlijk met u gebeurd is. Gisteren heeft iemand u heel erg aan het schrikken gemaakt en u van de kook gebracht met zijn verhaal over Pontius Pilatus en meer van die dingen. Daarna bent u volkomen over uw zenuwen de stad ingegaan met dat verhaal over Pontius Pilatus. Het is dus heel natuurlijk dat ze u voor een krankzinnige hielden. Het enige wat u redden kan is absolute rust. En u moet beslist hier blijven.'

'Maar hij moet absoluut gepakt worden!' riep Ivan uit en zijn stem klonk nu als een smeekbede.

'Alles goed en wel, maar moet u nu beslist zelf achter hem aangaan? Stelt u al uw verdenkingen en beschuldigingen tegen die

man op schrift. Er is niets eenvoudigers dan uw aanklachten aan de juiste instanties te sturen en als we, zoals u veronderstelt, te doen hebben met een misdadiger, dan zal dat snel genoeg worden opgehelderd. Maar onder één voorwaarde: spant u uw hersens niet overmatig in en probeert u zo weinig mogelijk aan Pontius Pilatus te denken. Ze kunnen u wel zo veel vertellen! U moet zomaar niet alles geloven.'

'Ik begrijp het,' verklaarde Ivan ferm. 'Ik verzoek u mij pen en papier te laten geven.'

'Geef hem papier en een potloodje,' zei Stravinski tegen de dikke vrouw en tegen Ivan merkte hij op: 'Maar ik raad u aan niet vandaag al te gaan schrijven.'

'Nee, nee, vandaag al, beslist vandaag al!' riep Ivan verontrust uit.

'Goed dan. Maar overspan uw brein niet. Lukt het vandaag niet, dan lukt het morgen wel.'

'Maar hij ontsnapt!'

'O nee,' sprak Stravinski met grote beslistheid tegen, 'die kan geen enkele kant uit, daar sta ik voor in. En vergeet u niet dat we u hier in alle opzichten zullen helpen, en dat er zonder onze hulp helemaal niets van terecht komt. Hoort u me?' vroeg Stravinski opeens veelbetekenend, terwijl hij Ivans beide handen omvatte. Met Ivans handen in de zijne keek hij de dichter lang en hardnekkig in de ogen en hij herhaalde: 'We zullen u hier helpen . . . hoort u me? We zullen u helpen . . . u zult u zeer opgelucht voelen . . . hier is het stil, alles rustig, hier vindt u hulp . . .'

Ivan Nikolajevitsj moest plotseling een gaapsaanval onderdrukken. Zijn gezicht kreeg een ontspannen uitdrukking.

'Ja, ja,' zei hij rustig.

'Mooi, dat is dan fameus!' beëindigde Stravinski de discussie met zijn stopwoord en hij stond op. 'Tot ziens!'

Hij drukte Ivan de hand en in de deuropening draaide hij zich om naar de gebaarde heer met de woorden: 'Ja, en probeert u het met zuurstof . . . en baden.'

Een ogenblik later waren Stravinski en zijn gevolg uit Ivans ogen verdwenen. Achter het traliewerk lag in de middagzon het vrolijke lentebos als een lust voor de ogen te groenen aan de overoever. En daarvóór glinsterde de rivier.

IX / KOROVJEV MET ZIJN STREKEN

Nikanor Ivanovitsj Bosó, voorzitter van de bewonersraad van woonblok No. 302 bis aan de Moskouse Sadovaja, waar nu wijlen

Het in praktijk leren brengen van hypnotherapie

1. Inleiding

In een in-service training direktieve therapie aan stage-artsen en psychologen kwam ook het onderwerp "hypnose en hypnotherapie" aan bod. Er werd over gesproken en gelezen, ik gaf een demonstratie door één van de deelnemers te hypnotiseren en zij hypnotiseerden elkaar. Eén moeilijkheid brachten de deelnemers een aantal keren naar voren: "we weten er nu iets van af, we hebben er wat ervaring mee opgedaan, we hebben enig idee hoe je er in therapie mee zou kunnen werken, maar we durven de stap naar het in de praktijk brengen van hypnose nog niet te maken".

Dit probleem kan waarschijnlijk in een gestructureerde cursus over hypnose en hypnotherapie gemakkelijk opgelost worden: je past het principe van de 'kleine stap' toe door te beginnen met ontspannings-oefeningen. Die kunnen na enige training zonder veel moeite ook bij cliënten worden toegepast. En vandaar uit kunnen stap voor stap andere hypnotische vaardigheden overgeplant worden.

In deze training, waarin hypnose slechts een beperkt onderdeel van het programma vormde, werden andere wegen bewandeld. In het eerste geval werd een deelnemer aan de cursus voorgesteld zelf in hypnose te gaan, om daarin te ervaren dat hij een cliënt in hypnose tracht te brengen en na hypnotherapie begeleidde. In het tweede geval werd een deelnemer-in-trance voorgesteld een aanwezige collega te hypnotiseren. Daarbij aansluitend kreeg zij een relevante posthypnotische suggestie.

2. Hypnotherapie in vitro

Het laatste half uur van een anderhalf uur durende bijeenkomst van de cursus wordt besteed aan het 'trance-werk' van Michaël. Hij heeft al een paar keer eerder in de cursus ervaring opgedaan als hypnotiseur en als subjezt. Hij kan een vrij diepe trance bereiken. Michaël heeft een paar cliënten die hij voor hypnotherapie in aanmerking vindt komen, maar hij aarzelt nog om daarmee te beginnen.

Ik verzoek hem in de relaxatie-stoel plaats te nemen. Hij maakt het zich gemakkelijk; ik zet ondertussen de opname-apparatuur in werking.

O: "Terwijl ik dit bandje aan het terugdraaien was, heb ik gezien, heb ik gemerkt dat je al bezig was om een plezierige positie in die stoel te vinden.

Een positie waarin het mogelijk is om in trance te gaan en waarbij je eigen creatieve vermogens in sterke mate gestimuleerd worden,

waarbij helderheid aanwezig is, alertheid aanwezig is en toch je bewustzijnstoestand meer en meer verandert.

Alsof creativiteit en veranderde bewustzijnstoestand ook samengaan vaak, dat je creatief bent als je je kunt openstellen voor alle mogelijkheden die in jezelf zijn en er gewoon op wachten gehoord te worden.

Ga als het ware op je eigen manier naar het domein waarin je creativiteit z'n eigen leven leidt.

Met je ogen open of met je ogen dicht,
ga dieper en dieper in jezelf,
helder en toch anders,
rustig en levendig.

Zodat je meer en meer met jezelf in aanraking komt en je daar wel bij voelt,
meer en meer met jezelf in harmonie komt,
en dieper in trance gaat.

En dieper, op weg naar het creatieve nivo, naar de creatieve mogelijkheden,
wellicht ongekende mogelijkheden,
dieper en dieper,
een eenvoudige en toch rijke ervaring.

Een ervaring waarin alle elementen van creativiteit steeds meer aanwezig zijn.

Steeds meer in staat zullen zijn die harmonie te vinden, waarin jij met gemak, vanzelfsprekend, een cliënt kunt hypnotiseren. Een cliënt waarvan je kunt ervaren dat hij of zij nu tegenover je of naast je zit. Een cliënt bij wie je aanvoelt dat hypnose op de een of andere manier aangewezen kan zijn. Stel je open voor die cliënt, stel je open voor jezelf en je eigen mogelijkheden. Alleen die twee aspecten zijn nu belangrijk. Ervaar nu het begin van het contact waarin je die persoon hypnotiseert, op je eigen creatieve wijze - je openstellend voor wat naar voren komt.

78

Als je het hardop wilt doen, doe dat dan; als je het zachtjes voor jezelf wilt doen, doe dat maar. Voel je vrij om datgene te laten gebeuren, dat kan gebeuren."

(2 minuten stilte)

M: "Je bent heel verdrietig"

Heel rustig, heel zachtjes (onverstaanbaar op de band) sluit hij bij het beleven van een cliënte aan en helpt hij haar daarvoor meer open te staan, zodat er van een ontwikkeling in haar gevoelens sprake is. De manier waarop Michaël bij haar sluit, met zijn ingetogen, rustige stemgeluid, lijkt inderdaad als een hypnose-inductie te werken.

Als Michaël het een en ander met de cliënte heeft doorgewerkt, merk ik op:

"Nu zou ik voor de gelegenheid - en gegeven onze afspraak over de tijd - ondertussen mogen vragen die persoon geleidelijk weer terug te laten komen".

Michaël doet dat, heel rustig. Zijn stem krijgt langzaam maar zeker meer volume. Hij gaat zich meer en meer bewegen, rekt zich uit en komt ook zelf uit de trance.

M: "Oké ja!"

Na een korte stilte:

M: "Ik werd opeens dat meisje wat ik eh, wat ik begeleidde. Toen voelde ik de behoefte om het zelf te doen, om ook zelf terug te komen."

O: "Ik merkte dat. Ik had nog wat willen zeggen, maar je was met je eigen proces bezig."

M: "Ja, ik wilde het toen helemaal zelf afmaken
....

Ik vond het erg goed zoals je me, zeg maar, begeleidde in het begin. 't Ging eh heel snel eigenlijk; veel sneller dan ik gedacht had."

O: "Ik denk dat die weg, die je gegaan bent, de ervaring die je daarmee hebt kunnen doen, snel zullen helpen om er steeds meer en beter gebruik van te maken."

M: "Ja."

O: "Dat je ontwikkeling daarmee, bij wijze van spreken, progressief is."

M: "'t is nu ook, 't is ook een meisje dat ik ga hypnotiseren op een bepaald moment. Dat weet ik zeker, alleen ik durfde het gewoon nog niet. Maar ik zie nou wel hoe Q het moet doen. 't Is niet zo moeilijk."

O: "Je hebt ook de weg ervaren hoe je hypnose goed kunt leren."

M: "Ja, ja, omdat ik het werkelijk voelde; 't was ongelooflijk dat ik eh, al vrij snel merkte dat ik eh, die kamer naar boven begon te gaan. De zaak begon dáár naar boven te gaan, terwijl ik naar beneden ging (lacht). 't Ging helemaal zó (maakt gebaar). Maar toen moest ik werkelijk m'n ogen dicht doen om niet duizelig te worden. En toen eh, ...nabeelden van die kamer bleven nog wat natollen, en toen zakte ik werkelijk draaiend weg. Ongelooflijk!" (zucht).

Een paar weken later is Michaël met hypnotherapie in de praktijk bezig.

3. Trance-induktie in trance

Een aantal jaren geleden moest ik voor een experimenteel onderzoek op het terrein van hypnose proefleiders instrueren en trainen. Een van hen was Susan, een studente die zelf een uitstekend hypnotisch subjekt was (vgl. Van der Hart, 1975). De manier echter waarop ze aanvankelijk anderen hypnotiseerde leek nergens op, zo mechanisch deed ze het; zo slecht sloot ze bij het beleven van haar subjecten aan. Ik besloot van haar leervermogen in trance gebruik te maken. Ze werd in aanwezigheid van een ander subjekt in trance gebracht. Daarna werd ze geïnstrueerd de andere persoon te hypnotiseren. Dat deed ze heel creatief en vrij goed aansluitend bij het beleven van haar subjekt. Een posthypnotische suggestie beoogde de noodzakelijke 'transfer of change' tot stand te brengen. Haar hypnotische vaardigheden 'in de wakende toestand' waren ook nadien van goed gehalte. Ze ontwikkelde zich snel tot een bedreven en bekwaam hypnotiseur.

Dezelfde procedure heb ik recent met een deelneemster, Marieke, aan de training 'direktieve therapie' uitgevoerd. Nadat ze in trance een aantal meer persoonlijke ervaringen had gehad, vroeg ik haar zich te konsentreren op een bepaalde kollega die voor haar zat.

80
~~80~~

"Richt je aandacht op Rita en help haar - op je eigen ^{doet} creatieve wijze in een bevredigende trance te gaan." Marieke ~~doet~~ ^{houdt} dat - op een heel rustige en eenvoudige manier. Haar ogen ~~hield~~ ze daarbij gesloten. "Rita, ga eerst gemakkelijk en prettig zitten. Zeg 'ja' als je lekker zit.

Konsentreer je nu op je handen. Voel dat ze heel ontspannen en zwaar worden.

"Voel het doortrekken in je onderarmen, die ook heel loom en zwaar worden." (enzovoort)

Als Rita inderdaad goed in trance is, richt Marieke haar aandacht op zichzelf:

"Ik merk nu pas dat ik iemand gehypnotiseerd heb.

Ja, dat voelt wel goed."

Nadat ze Marieke weer naar de zgn. wakende toestand heeft begeleid, merk ik het volgende op:

"Zou ik je nog een suggestie mogen geven?"

Ze antwoordt bevestigend en ik vervolg:

"Je eigen creatieve ervaring in het Rita helpen in een bevredigende trance te gaan, zal op positieve wijze doorwerken in je werk met andere mensen - waaronder in hypnotherapie. Je zult steeds beter kunnen hypnotiseren en kunnen werken met hypnotherapie. Hoe gering die vooruitgang in het begin wellicht ook lijkt, je zult zeker heel tevreden kunnen zijn over de vooruitgang die zich zal voordoen."

4. Diskussie.

a) Voor de goede orde: De hier weergegeven manieren om hypnose in praktijk te brengen, worden door mij niet als de enig zaligmakende manieren gezien. Naar mijn idee moet in een gedegen opleiding zeker de stap-voor-stap-methode (zie par. 1) in het toepassen van vaardigheden opgenomen zijn. Het zelf in trance een cliënt in vitro hypnotiseren en daarmee dan hypnotherapeutisch werk doen, of in trance een ander werkelijk hypnotiseren, vind ik echter niet bijkomstige aardigheidjes, maar noodzakelijke aanvullingen. Op die manieren wordt het werken met hypnose iets 'eigens' van de therapeut en niet een instrument waar hij alleen maar rationeel - en dus o.a. niet zo creatief - mee om kan gaan.

b) Bij Michaël en Marieke is opvallend dat hun eigen hypnose-inductie heel eenvoudig van vorm was. Bij Marieke kan ook worden vastgesteld dat ze daar effectief mee was; bij Michaël kan dat alleen verondersteld worden.

21

Mijn eigen inducties zijn nogal eens ingewikkeld, zeker waar het cliënten betreft die van intellektualiseren houden. Ik probeer ze in de war te brengen. Ook al ben ik zelf vaak (te) ingewikkeld, toch vind ik dat die eenvoudige instructies, die bij bepaalde mensen heel doeltreffend kunnen zijn, de voorkeur verdienen. Belangrijke aspecten van hun inducties betroffen de kwaliteit van hun stem en de gesprekspauzes. Het leek mij toe, dat de klank van hun stem alleen al voldoende was om de betreffende persoon in hypnose te brengen. Het is niet te veel gezegd dat klank, ritme, e.d. essentiële onderdelen van een effectieve inductie zijn. Ik geloof dat een beginnend hypnotiseur ze het best leert te hanteren als hij zelf in trance is.

Verwijzing:

Hart, O. van der (1975), Hypnotherapie bij een studieprobleem. TDT, 3(4), 72-74.

Kees van der Velden

1. Inleiding

In het eerste deel van dit artikel worden twee korte en succesvolle behandelingen beschreven. In het tweede deel wordt aangegeven hoe deze therapieën aan een ruimer publiek gepresenteerd dienen te worden. De discussie is niet alleen gewijd aan psychotherapeutische thema's, maar ook aan vraagstukken met betrekking tot publiciteit en presentatie.

2. Twee gevallen

A. De heer Andriessen is 39 jaar, ongehuwd en boekhouder van beroep. Hij wordt verwezen wegens ernstige depressiviteit. Aanleiding voor de somberheid is dat patiënt betrapt is bij pedofiele activiteiten, waarna hij zonder pardon uit de padvindersorganisatie - waarin hij een toegewijd hopman was - geworpen werd. De seksuele ontsporing wordt door patiënt als een incident beschouwd. Hij had nooit eerder met jonge jongens gevreën en was ook beslist niet van plan dat ooit weer te doen. De schaamte over het voorval was aanzienlijk en patiënt was zeker bereid boete te doen. Alleen: het feit dat hij niet meer als hopman mocht optreden was voor hem een te hoge boete. Al twintig jaar bestond zijn levensvervulling in het hopman-zijn, en nu ineens had hij niets meer omhanden. Patiënt vraagt de therapeut of die een brief naar de organisatie wil schrijven, om een goed woordje voor hem te doen. De therapeut wil geen illusies wekken omtrent zijn macht bij de organisatie, maar besluit dat de poging gewaagd kan worden. De padvinderij reageert echter onverbiddelijk. Het ligt nu voor de hand dat patiënt elders in het jeugdwerk activiteiten gaat ontplooiën maar zover is patiënt nog niet. Hij rumineert maar over de padvinderij, droomt van de padvinderij, wil terug naar de padvinderij. Er wordt nog een poging gewaagd, maar andermaal zegt de organisatie 'nee'. Dan besluit de therapeut dat er eerst afscheid genomen moet worden;

patiënt zal pas constructief naar nieuwe oplossingen gaan zoeken wanneer hij de padvinderij mentaal heeft losgelaten.

Het ligt voor de hand dat patiënt het advies krijgt het bestuur van de organisatie een afscheidsbrief te schrijven (vgl. o.m. Lange, 1976). Hij kan een nieuwe afspraak maken wanneer de brief helemaal 'klaar' is.

Twee maanden hoort de therapeut niks. 'Dat moet wel een erge lange brief worden', denkt hij. Dan belt patiënt op. Hij vertelt dat het hem fantastisch gaat. Eén avond had hij inderdaad getracht een brief te schrijven. Toen kreeg hij van dat karwei zo'n afkeer, dat hij besloot regelrecht naar het bestuur van de padvinderij te stappen om daar zijn zaak te bepleiten. Het bestuur was gezwich en patiënt is nu weer precies dezelfde geëngageerde hopman die hij voor het betreuenswaardig incident was.

B. De heer Westerterp is een gehuwde ijzervlechter van 50 jaar, die depressief is omdat hij - voor de derde maal in zijn leven - heeft geëxhibitioneerd. Hij voelt zich diep schuldig en wil van de therapeut een behandeling die garandeert dat hij nooit meer zoiets zal doen. Patiënt's vrouw weet er gelukkig niks van. Zou ze het wel weten, ze zou hem ogenblikkelijk verlaten, meent patiënt.

Hij zit de hele dag maar thuis te huilen en te piekeren. Tegen zijn vrouw zegt hij dat hij overwerkt is.

De therapeut wil niks riskeren, maar hij wil ook toch wel weten of de heer Westerterp thuis wel het nodige heeft in te brengen. Hij adviseert patiënt eens een gesprek te beginnen met zijn vrouw over het onderwerp woninginrichting. Patiënt zou in dat gesprek aan zijn vrouw kunnen vragen hoe zij het zou vinden wanneer fauteuil A nou eens niet langer bij de haard zou staan, maar bijv. bij het raam. Wanneer mevrouw heftig tegen deze suggestie zou protesteren zou dat op een zekere dominantie kunnen wijzen. Aansluitend zou patiënt kunnen proberen iets adequater voor zijn belangen op te komen.

Op zitting nummer 2 verschijnt een ander mens. 'Wat U met me gedaan hebt weet ik niet', aldus patiënt, 'maar ik heb het helemaal van me afgegooid.' Hij is weer gaan werken en 's zondags treft men hem weer bij het motor-crossen. Hij had inderdaad aan zijn vrouw

gevraagd hoe die de door hem voorgestelde interieurwijziging zou beoordelen, maar zij had volstrekt afwijzend gereageerd. Patiënt had dat wel verwacht en er verder geen woord aan vuil gemaakt. Gezien de gunstige ontwikkeling doet de therapeut dat ook niet.

Er wordt een follow-up afgesproken voor over twee maanden.

Bij de laatste zitting is de toestand nog steeds uitstekend.

Patiënt vertelt dan dat hij altijd onrustig en opstandig en driftig is geweest, maar dat van die emoties sinds het eerste gesprek geen sprake meer is. Hij voelt zich kalm, rustig en ontspannen, en zijn vrouw tegenspreken is er helemaal niet meer bij (!).

Wel ziet hij vaak het gezicht van de therapeut voor zich en diens kamer, en hij denkt aan het gebouw waarin het eerste gesprek plaatsvond. Patiënt spreekt het vermoeden uit dat de therapeut hem gehypnotiseerd heeft, maar wil zich er verder niet mee bemoeien ('Dat is jullie vak'). Dan vertelt hij nog wat over zijn jeugd - die erg naar blijkt te zijn geweest - en over zijn zonen, op wier sportprestaties hij erg trots is. Ten slotte wordt de behandeling afgesloten. De patiënt is zeer tevreden, de therapeut ook, al begrijpt hij er geen bal van.

3. *De twee gevallen voor ruimer publiek*

- A. Cliënt is een 39-jarige ongehuwde boekhouder, die verwezen wordt wegens een reactieve depressie met suïcidegevaar. De depressie is ontstaan in aansluiting op een voor cliënt traumatische ervaring: hij werd betrappt tijdens sexueel gekleurde spelletjes met enkele jongens van een jaar of tien, en dat kostte hem zijn functie van hopman bij een landelijke padvindingsorganisatie.

In de anamnese komen geen eerdere pedofiele contacten voor en cliënt is ook heilig van plan er nooit meer aan te beginnen. Hoe het tot deze impulsdoorbraak heeft kunnen komen is hem niet duidelijk. Gevoelens van schuld en schaamte zijn manifest aanwezig, en het leidt geen twijfel of deze wat infantiele man - voor wie de volwassen seksualiteit zeker te bedreigend is - is bereid 'boete' te doen voor wat hijzelf als zijn wandaad ziet. Alleen: de uitstoting uit de padvindingsorganisatie beschouwt hij als een misplaatst soort straf.

Op klagerige toon verzoekt hij de therapeut dan ook of deze zich

wil inspanssen voor zijn rehabilitatie bij de padvinderij. Hoewel de therapeut bij zichzelf vaststelt dat de man zichzelf als zielig en zwak beleeft en presenteert, en het dus gewenst zou zijn dat cliënt zelf bij de padvinderij voor zijn belangen zou opkomen, besluit hij cliënts verzoek toch te honoreren. In de eerste plaats vanwege het niet geringe suïcidegevaar - dat bij een appel op de eigen verantwoordelijkheid in dit stadium alleen maar groter zou worden -; in de tweede plaats omdat het positief ingaan op een eerste verzoek van de cliënt een belangrijke 'coupling manoeuvre' kan zijn (Minuchin, 1973), waarmee de band tussen cliënt en therapeut versterkt kan worden (vgl. Van der Velden et al., 1977).

De padvinderij reageert zoals verwacht negatief op het verzoek van de therapeut. Omdat cliënt een confronterende benadering van zijn zwakke opstelling zeker nog niet zou hebben verdragen op dit tijdstip - hij zou zijn zelfbeklag alleen maar verder hebben gecultiveerd -, besluit de therapeut om andermaal het bestuur van de padvinderij te benaderen. Weer met hetzelfde resultaat.

Er ontstaat nu een impasse, die noch met een 'lege stoel' (Lange, 1977), noch met paradoxale intentie (Van Dijck, 1977), noch met een schoonmaakritueel (Van der Hart, 1977) doorbroken kan worden. De therapeut besluit om patiënt een *pseudoritueel in de vorm van een zware last* te presenteren.

In dramatische bewoordingen schetst hij de cliënt dat deze elders in het jeugdwerk zal moeten gaan werken (wat cliënt vreselijk vindt), maar dat hij daartoe eerst mentaal afscheid moet nemen van de padvinderij. Aansluitend krijgt cliënt de opdracht om bij wijze van rouwtherapie (o.a. Lindemann, 1944) een afscheidsbrief te schrijven aan het bestuur van de padvinderij (vgl. Lange, 1976; Hoogduin, 1977; Van der Hart & Van Dijck, 1977).

Cliënt besluit de opdracht niet uit te voeren. Toch moet hij iets doen dat beter is dan de therapeut hem voorstelde. Welnu, het enige dat beter is, is het zelf naar het bestuur van de padvinderij gaan! Daarmee reduceert hij de strijdige cognities ('Ik heb alles over voor mijn beterschap' versus 'Ik doe niet wat de therapeut voor mijn bestwil zegt'), hij wijzigt zijn zelfbeeld ('Ik ben niet iemand die door een therapeut op de been gehouden moet worden'), en hij ontkomt aan de 'welwillende beproeving' die de therapeut hem oplegt (vgl. de discussie over dit onderwerp in Van der Velden,

1977).

Zoals verwacht ging cliënt zelf naar het bestuur en kwam op een sthenische, assertieve wijze voor zijn belangen op. Hij werd hersteld in zijn functie van hopman.

Een follow-up na twee maanden leert dat cliënt uitstekend functioneert. Het contact met de welpen geeft geen aanleiding tot problemen.

- B. Piet is een 50-jarige, gehuwde ijzervlechter, die een forse depressie heeft opgelopen nadat hij andermaal zijn neiging tot het tonen van zijn lul niet heeft kunnen bedwingen. Mien, zijn vrouw, weet hier niets van. In de gemeente waar Piet woont, zijn de oordelen over dergelijk gedrag minder verlicht dan bijv. in de randstad, en op grond hiervan overweegt de therapeut de mogelijkheid van netwerktherapie (vgl. Speck & Attneave, 1971). In de plaatselijke feestzaal zou een bijeenkomst gehouden kunnen worden waarbij Piet, zijn vrouw en kinderen en de bewoners van de buurt de rurale opvattingen over sex in het algemeen en Piets sex in het bijzonder zouden kunnen bespreken.

Wanneer de therapeut deze aanpak overweegt kent hij alleen nog de papieren gegevens. Wanneer hij Piet in werkelijkheid ziet besluit hij meteen tot een andere aanpak: hypnotherapie.

Wanneer hij Piet uit de wachtkamer ophaalt, is deze in een deplorabele toestand. Hij huilt en staart voor zich uit. Is blijkbaar sterk gepreoccupeerd met schuldgevoel. De therapeut zegt dan dat hij de indruk heeft dat Piet het *heel erg* vindt wat hij gedaan heeft, maar dat de therapeut denkt dat het ook wel *minder heel erg* zou kunnen zijn dan Piet denkt, vooral omdat Piet *gelukkig geen schade* heeft aangericht met zijn gedrag, hij heeft gelukkig *niemand kwaad gedaan*, al staat het Piet natuurlijk vrij om *van zijn eigen gedrag te vinden wat hij vindt*, hoe *typisch zijn opvattingen ook zijn*.

Het is opmerkelijk zo sensitief als cliënt reageert. Een formele trance-inductie kan eenvoudig achterwege blijven. De therapeut communiceert als het ware direct met Piets onbewuste, en dan met name met zijn strafbehoefte (vgl. Bandler & Grinder, 1975; Erickson et al., 1976).

Om nu te voorkomen dat Piet op weg naar huis opnieuw gaat rumi-
neren geeft de therapeut hem, bij wijze van 'afleiding' (vgl.
Lange & Van der Velden, 1977) of 'distraction of attention' het
absurd aandoende advies met zijn vrouw over woninginrichting te
gaan praten (!).

De volgende zitting blijkt cliënt volledig hersteld. Hij werkt
weer, is vrolijk en heeft het idee dat er een last van zijn schou-
ders is genomen.

Bij een follow-up twee maanden later rapporteert Piet dat hij een
rijper en meer ontspannen man is geworden. Dat hij zeer frequent
aan de therapeut terugdenkt is, gezien het verloop van de thera-
pie, niet verwonderlijk.

4. *Discussie*

1. Een groot therapeut *zijn* - een soort Erickson bijv. - lijkt ons
niet eenvoudig, maar een groot therapeut *lijken*, dat moet toch
te leren zijn.

Het is een eenzijdigheid dat in opleidingen vrijwel uitsluitend aan-
dacht wordt besteed aan het eerste doel - 'Hoe word ik een groot
therapeut' -, terwijl het tweede doel - 'Hoe maak ik de indruk een
groottherapeut te zijn' -, dat toch meer haalbaar is dan het eerste,
zeg maar geheel verwaarloosd wordt. Zonde.

In dit artikel werd geprobeerd een aspect van de laatste vaardigheid
nader te omschrijven, nl. het rapportage-aspect.

Laten we proberen om - tentatief nog - een paar regels met betrekking
tot dit rapporteren te formuleren:

- a) Aggraveer de klachten van de patiënt. Door deze ingreep wordt de
therapeut als knapper beschouwd wanneer hij de moeilijkheden weet
op te lossen. Faalt hij, dan zal men hem dit minder euvel duiden.
- b) Pas Uw taal aan aan die van de lezer. Dit betekent dat U in de
meeste gevallen beter van 'cliënten' dan van 'patiënten' kunt
spreken. 'Cliënten' associeert men licht met een (progressief)
'sociaal model', terwijl het begrip 'patiënten' gemakkelijk as-
sociaties oproept met een (reactionair) 'medisch model'.
Ook het gebruik van platte termen leidt tot een beter begrip bij
de lezer.
- c) Verwijs optimaal. Elke zin is wel van een referentie te voor-

zien, maar dat is niet juist. De regel luidt niet 'Verwijs maximaal', maar 'optimaal'. Vestig een indruk van belezenheid, maar doe dit niet opdringerig. Eén zesde van de referenties mag betrekking hebben op eigen publicaties.

- d) Voorzie een intuïtieve handeling a posteriori van een intelligente motivering. Geef nooit aan vanuit verlegenheid of onbegrip gehandeld te hebben, maar suggereer dat U vanuit een consistente theorie en een exacte hypothese opereerde.

Zelfs de domste interventie wint zodoende aan reliëf en kleur. Het spreekt wel vanzelf dat een recente of esoterische theorie de voorkeur verdient boven een oubakken set overwegingen.

Vanzelfsprekend zijn de regels hiermee nog niet compleet, lezer. Maar het thema dat wij in dit artikel aanboorden is zo rijk en omvangrijk, dat het nastreven van volledigheid een belachelijke pretentie zou zijn. In een volgend artikel komen we gaarne op het onderwerp terug.

2. De hypothese dat het exhibitionisme van een man mede verklaard zou kunnen worden vanuit de dominantie van zijn partner (zie par. 2 onder A), berust vermoedelijk op een weinig nauwkeurige psychologie, waaraan sexistische trekken niet vreemd zijn.

Referenties

De referenties zijn zo bekend dat een nadere aanduiding op een onderschatting van de eruditie van de lezer zou neerkomen.

I. Inleiding

Zelfs al is er duidelijk sprake van één 'aangemelde patiënt', dan nog zullen vele gezinstherapeuten trachten de interacties tussen deze cliënt en zijn onmiddellijke omgeving tot eenheid van behandeling te maken. Vaak is dit terecht. Al worden de individuele klachten niet veroorzaakt door de interacties met de huidige omgeving dan nog is er in de meeste gevallen sprake van wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving. De symptomen van de aangemelde patiënt oefenen invloed uit op de anderen en worden misschien door de anderen versterkt. Het veranderen van de interactiepatronen kan dan een belangrijk doel zijn. Toch is deze gerichtheid op interactiepatronen niet altijd even terecht. Sommige klachten hebben zo sterk hun basis in de individuele geschiedenis en geaardheid van één cliënt dat zinvol sleutelen aan het interactiepatroon niet mogelijk is.

In dit artikel wil ik daarvan een voorbeeld geven. Een paar had zichzelf aangemeld voor relatietherapie. Hoewel het daartoe alle redenen had, werd de therapie al gauw sterk gericht op een aantal individuele karakteristieken van de vrouw.

2. De cliënten

De cliënten, Jeanne en Paul, zijn respectievelijk 35 en 31 jaar oud. Zij hebben één kind, afkomstig uit een vroeger huwelijk van Jeanne. Jeanne werkt als maatschappelijk werkster. Paul studeert bouwkunde.

3. De problemen

Alle problemen werden door Jeanne geformuleerd en kwamen steeds terug op hetzelfde thema: Paul doet niet aardig tegen haar. Hij trekt zich niets van haar aan. Hij trekt zich terug zodra Jeanne iets van hem wil of kritiek uit.

Steeds wanneer Jeanne tijdens de zittingen hierover praatte begon zij te huilen. Dat was meestal weer snel over, waarna zij weer allerhartelijkst kon lachen en haar eigen problemen wist te relativiseren. De emoties waren bij haar intens en snel wisselend.

Paul was in veel opzichten haar tegenpool. Hij gedroeg zich afstandelijk. Benadrukte voortdurend dat hij geen problemen had en praatte daarover in abstracte termen. Zijn enige probleem was Jeanne: hij houdt wel van haar, maar haar voortdurende eisen aan hem komen hem zijn neus uit. Het hierboven geschetste patroon vormde hun hoofdprobleem. Daarnaast waren er problemen met financiën, taken in huis en omgaan met de ouders.

4. De behandeling

4.1 Het eerste stadium

In eerste instantie analyseerde de therapeut de problemen in communicatie- en systeemtermen. De manier waarop Jeanne aan Paul 'trok' had iets paradoxaals. Hij moest meer zichzelf zijn en tegelijkertijd ingaan op Jeanne's verzoek haar meer aandacht en steun te geven op de manier zoals zij zich dat voorstelde. Het paradoxale in hun verhouding werd vooral duidelijk na een week van monitoring. Toen bleek dat Paul het moeilijk vond om 'op commando' aardig tegen Jeanne te zijn.

In het eerste stadium werd ook duidelijk dat een congruente benadering (vgl. Van Dijck e.a., 1977) in ieder geval bij Paul geen succes zou hebben. Hij had immers geen problemen, hij was ook niet zo erg gemotiveerd voor de behandeling en alleen meegekomen omdat Jeanne het zo nodig vond. Ten aanzien van Paul werd daarom al meteen voor een judo-houding gekozen. De therapeut was het eens met hem dat zij geen problemen moesten maken die er niet waren. Als hij onverhoopt toch een probleem zou tegenkomen kon hij het altijd inbrengen. Voorlopig was de therapeut erg blij dat Paul mee wilde werken om te proberen het bovengeschetste patroon te wijzigen. Het paradoxale daarvan werd door de therapeut geëxpliciteerd. Beiden waren het met deze beschouwing van hun problematiek eens.

Het paradoxale in hun relatie werd mede veroorzaakt door de heersende machtsstrijd. Paul zou objectief natuurlijk best aan Jeanne's verlangens tegemoet kunnen komen. Maar hij voelde het als een bevel en dat werkte blokkerend. Van haar kant was het bij Jeanne niet alleen het objectieve gemis aan affektie wat haar dwars zat. Paul was namelijk best vaak heel lief en aardig. Er zat ook iets in van: 'hij doet verdomme de dingen nooit zoals ik het wil'.

Het patroon vroeg om een 'paradoxale' benadering van de kant van de therapeut. Symptoom voorschrijving zou hen over de brug moeten helpen. De opdracht werd: Jeanne zou de komende periode zoveel mogelijk aandacht vragen en 'zeuren' over gebrek aan affektie, etc. Paul mocht er onder geen beding positief op ingaan. De opdracht werd met het bewust-

wordingsparadigma gemotiveerd. Tot nog toe overkwam hen dit allemaal. Door het extra op te voeren zou Jeanne veel bewuster ervaren wat het was dat zij miste en hoe zij daar zelf mee omging. Bovendien zou zij Paul extra veel materiaal verschaffen om bewust 'nee' te zeggen, zodat deze veel beter zou weten wat hem zo tegen stond in Jeanne's "aandacht-trekkerij".

De opdracht had gedeeltelijk succes. Jeanne had naar haar eigen idee best veel gezeurd, maar Paul had er niets van gemerkt. Integendeel, hij vond dat ze veel gemakkelijker was geweest dan anders. Jeanne konstateerde dat Paul veel aardiger was geweest. Hij had zich, dat gaf hij zelf toe, niet aan de afspraak gehouden en een aantal malen spontaan datgene gedaan wat Jeanne juist van hem verlangde.

De opdracht werd herhaald. Beiden werd op het hart gedrukt er serieus mee om te springen. Paul zou het proberen. Beloven was er niet bij. Het effect was gelijk aan dat van de eerste periode.

Hoewel het patroon in deze periode enigszins gewijzigd was, waren de veranderingen niet erg wezenlijk. Door de etiketverandering (Jeanne's 'zeuren' was nu in opdracht) was het weliswaar gemakkelijker voor Paul om zich positiever er tegenover op te stellen, maar fundamenteel was deze wijziging niet. Jeanne bleef erg afhankelijk van steun en begrip van Paul. Vroeg of laat zou dit weer tot dezelfde problemen in dezelfde mate van hevigheid leiden als voorheen.

4.2 Het tweede stadium

De therapeut stelde zichzelf een nieuw doel in de behandeling: er achter komen wat de grondslag was van Jeanne's onzekerheid en gebrek aan zelfvertrouwen en daar individueel, zij het in aanwezigheid van Paul, aan te werken. Dit speelde ongeveer in de derde zitting.

Vragen naar haar relatie met haar ouders leverde Jeanne meteen huilbuien op. Haar vader was dood. Daar had zij nooit problemen mee gekend, maar t.o.v. haar moeder koesterde zij zeer rancuneuze gevoelens. Haar moeder had haar nooit serieus genomen, uitgelachen om haar angsten als kind, etc. Zij zag haar moeder regelmatig en de rancune overheerste deze contacten.

De therapeut labelde dit als een belangrijk probleem, omdat deze jeugdervaringen waarschijnlijk bij hadden gedragen aan haar gebrek aan zelfvertrouwen en behoefte om voortdurend overal steun voor te zoeken.

Jeanne was het hiermee eens. Zij vertelde ook dat het zoeken naar steun en complimenten niet alleen t.a.v. Paul speelde. Zij had het in heel

veel verschillende relaties. Op grond van dit alles werd overeengekomen dat Jeanne in eerste instantie haar relatie met haar moeder onder de loep zou nemen. Dat zou moeten resulteren in het afsluiten van dit voor haar remmende gedeelte van het verleden. Daarna zou zij met behulp van gedragstherapeutische technieken verder gaan met versteviging van haar zelfvertrouwen.

Dit deel van de therapie verliep in de volgende stappen:

- Stap 1. Intensiveren van gevoelens jegens haar moeder, door het schrijven van niet te versturen agressieve brieven (Hoogduin, 1977; Van der Hart & van Dijck, 1977).
- Stap 2. Schrijven van verschillende brieven. Eén daarvan wordt verstuurd (vgl. Lange, 1977).
- Stap 3. Gesprek met moeder.

Voor een beschrijving van de manier waarop dergelijke stappen in een therapie worden geïntroduceerd en begeleid, zij verwezen naar het in dit nummer opgenomen artikel van Lange & van der Hart.

Elk van de hierboven genoemde stappen droeg bij aan vermindering van de rancune die Jeanne voelde jegens haar moeder. Tot haar grote verbazing was het gesprek met haar moeder zeer positief uitgevallen. Zij merkte nu ook hoe haar huidige irritaties t.o.v. haar moeder steeds gevoed waren door het verleden en hoe zij zelf onnodig en onterecht kwaadaardig op haar moeder had gereageerd. Het contact tussen hen beiden werd veel beter. Een afscheidsritueel was niet nodig. Dit verleden was vanzelf begraven. Wel werd verder gewerkt aan het verhogen van zelfvertrouwen en vermindering van afhankelijkheid jegens anderen. Dat gebeurde in:

- Stap 4. Jeanne zou op een kaartje de volgende zin schrijven: 'Ik ben Jeanne. Ik heb al zoveel prestaties in mijn leven verricht dat ik echt de complimenten en steun van anderen niet nodig heb om te weten dat ik iets goed heb gedaan'.

Het kaartje zou zij plastificeren en in haar handtas bewaren. Elk moment waarop zij zich onzeker en afhankelijk voelde zou zij het kaartje tevoorschijn halen en de tekst hardop voorlezen.

Deze procedure werd ongeveer 6 weken expliciet als huiswerk gehandhaafd. Het tevoorschijn halen van het kaartje werd daarbij steeds minder noodzakelijk. In moeilijke situaties was het al gauw zo dat het denken aan het kaartje al genoeg was.

Het geheel had veel succes. Jeanne rapporteerde dat zij zich voor het

eerst in haar leven vrij begon te voelen: Niet meer gespannen en onzeker, terwijl zij juist d  rvoor - naar nu bleek - enkele jaren in therapie was geweest.

De therapeut reageerde enthousiast. Hij legde daarbij de nadruk op de grote inzet die zijzelf steeds had vertoond, zowel in het schrijven van de brieven en alles wat daarbij kwam, als in het gebruik van de kaartjes.

4.3 Het derde stadium

De veranderingen die Jeanne had ondergaan misten hun uitwerking op de relatie niet. Paul was weliswaar weinig veranderd, maar doordat Jeanne zelf steviger en minder afhankelijk van Paul was geworden, werden de spanningen tussen hen veel minder.

Toch waren er nog problemen waarover zij (vooral Jeanne) wilde praten. Die problemen hadden vooral betrekking op de verantwoordelijkheden in huis en de financi  le verplichtingen. Daarnaast was er nog een probleem dat met het verleden te maken had. Paul was drie jaar geleden tijdens een vakantie met de vriendin van zijn broer naar bed geweest en had Jeanne laten barsten. Jeanne was daar nog steeds woedend over, vooral omdat Paul hierover nooit expliciet zijn excuses had aangeboden of ongelijk had bekend. Jeanne had een jaar daarv  r zelf een affaire gehad met een 'huisvriend'. Paul was daardoor erg gekwetst geweest, vooral omdat Jeanne hierover steeds had gelogen en hem voor gek had verklaard. Hij vond dat zij na zijn escapade quitte stonden en de zaak konden vergeten.

Dit alles speelde rond de achtste zitting.

Overeengekomen werd dat Paul en Jeanne beiden gedurende   n avond al hun agressie en jaloezie over alle aspecten van het vreemd gaan van de ander gedurende een uur lang zouden opschrijven. De dag voor de volgende zitting zouden zij bovendien allebei een tekening maken waarin hun gevoelens over die periode tot uitdrukking zou komen.

In de volgende zitting bleek dat Jeanne haar huiswerk had uitgevoerd. Paul niet. Hij motiveerde dit door te vertellen dat hij erover nagedacht had en tot de konklusie was gekomen helemaal niet meer rancuneus erover te zijn. Hij had het al vergeten, dus had het geen zin om het verleden weer op te rakelen.

De therapeut was het helemaal met hem eens (judo).

Het vervolg werd dus wat eenzijdig, maar dat was geen probleem. Jeanne was door het schrijven en het maken van een fraaie strip al veel minder kwaad over het gebeurde. Een afscheidsritueel was echter niet overbodig.

Daartoe zouden Jeanne en Paul samen een plek in het bos opzoeken waar de tekening zou worden begraven. Aldus geschiedde.

In dezelfde periode dat aan dit ritueel gewerkt was, werd gepraat en huiswerk gegeven over de nog resterende relationele moeilijkheden (huishoudelijke taken, financiën). Het bleek vrij gemakkelijk voor Jeanne en Paul om te leren hierover te onderhandelen en nieuwe contracten af te sluiten. De therapie kon hierna snel beëindigd worden.

5. Diskussie

1. Deze therapie werd hier beschreven als illustratie van de noodzaak om ook binnen gezins- of relatietherapie het werken op individueel niveau niet te veronachtzamen. Belangrijk was de verschuiving van relationele naar individuele therapie, en de timing daarin. Het patroon dat Paul en Jeanne met zijn tweeën vertoonden komt veel voor en kan terecht een aanleiding zijn voor interventies die de interacties als eenheid hebben. Het symptoom voorschrijven was daarvan een voorbeeld. Hier was dat niet afdoende. Ik geloof dat dat vaak het geval zal zijn. Het lijkt mij typisch een situatie waarin door symptoomvoorschrijving wel tijdelijk iets kan veranderen maar geen werkelijke doorbraak wordt bewerkstelligd. Die doorbraak komt pas wanneer de 'afhankelijke' persoon (Jeanne in dit geval) minder afhankelijk wordt, en niet alleen t.o.v. haar partner.

Hoewel symptoomvoorschrijven wel leidt tot enigszins ander gedrag en andere connotaties, heeft het toch minder effect aangezien het niet leidt tot een nieuw zelfbeeld, terwijl bv. bij Jeanne juist belangrijk was dat zij zichzelf leerde zien als een persoon die niet steeds steun en waardering van anderen nodig heeft.

2. Bij het werken aan Jeanne's problemen was de timing wederom belangrijk.

Het puin van het verleden moest geruimd worden alvorens in het heden aan verandering van zelfbeeld gewerkt kon worden. De daarvoor gebruikte op Meichenbaum (1974) gebaseerde methode van zelfverbalisaties (vgl. Lange, 1976) is to-the-point en doeltreffend. Het valt duidelijk onder de 'congruente' interventies (Van Dijck e.a., 1977). De aantrekkelijkheid van de methode ligt m.i. ook in de simpelheid. Er behoeft nauwelijks gepraat te worden. Anders dat bij op Ellis gebaseerde RET-technieken (vgl. Diekstra, 1976; De Moor, 1974) hoeft de therapeut niet veel uit te leggen en wordt het ook niet zijn probleem om de cliënt aan zijn verstand

te brengen dat hij zeer waardevol is en dat het onzin is om je zo afhankelijk op te stellen. Een voordeel is ook dat het kaartje nog jaren meekan. Eventueel af en toe een nieuw hoesje. De aanwezigheid van het kaartje in de tas kan indien nodig nog lang na afsluiten van de behandeling stimulerend voor de cliënt werken.

Omgekeerd kan men stellen dat het plechtig begraven of verbranden van het kaartje een fraai afscheidsritueel is van de vroegere 'afhankelijke' ik-figuur. *)

3. Belangrijk was ook de timing in het terugkeren naar relationele problemen. Pas nadat Jeanne was veranderd werd het mogelijk daaraan vruchtbaar te werken. Daarvòr werd het overschaduwd door haar 'klein zijn' (een metafoor die Minuchin vaak gebruikt).

Bij de onderhandelingen in het laatste stadium van de therapie gebeurde het herhaaldelijk dat Jeanne zich opwond over vermeende botheid van Paul. Opvallend was dat zij dan wel kwaad werd, maar totaal geen neiging vertoonde om zichzelf insufficiënt te voelen. Huilen en zich beklagen over Paul's gebrek aan steun was er niet meer bij. Zij kon zich zelfs vrolijk maken over Paul's 'onzinnige' redeneringen en bleef ondertussen vechten voor haar eisen. Dit maakte dat de druk op Paul enerzijds (in konkrete zaken) groter werd, maar anderzijds kleiner: hij hoefde zich niet meer verantwoordelijk te voelen voor het psychisch wel en wee van Jeanne.



*) Dank voor deze suggestie gaat uit naar Frieda Aelen.

Literatuur

- Diekstra, R.F.W. (1976): Rationele Emotieve Therapie. Swets, Amsterdam.
- Dijck, R.van, K.van der Velden & O. van der Hart (1977): Een indeling van directieve therapie. TDT, 4 (3), 4-14.
- Hart, O.van der & R.van Dijck (1977): Rouwtherapie door middel van afscheidsbrieven. TDT, 4 (4), 24-35.
- Hoogduin, C.A.L. (1977): De drie brieven. TDT, 4 (4), 9-15.
- Lange, A. (1976): Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. Tijdschr.Psychotherapie, 2 (5), 179-194. Ook in: K.van der Velden (red.) Directieve Therapie. Van Loghum Slaterus. Deventer 1977.
- Lange, A. (1977): Het gebruik van symbolen en het toepassen van de zelf-perceptietheorie. In: K.van der Velden (red.): Directieve Therapie. Van Loghum Slaterus. Deventer, 1977.
- Meichenbaum, D. (1974): Cognitive behavior modification. Gen.Learning Press. Morristown. N.Jersey.
- Moor, W. de (1974): Rationele Emotieve Therapie (RET): een geïntegreerd overzicht. De Psycholoog, 9 (4), 137-152.

"nagekomen nieuwjaarsbericht"

van onze "dwang-man" dhr. Plezier (T.D.T. 3.10)

Gelukkig
Nieuwjaar

(ouderpater van de
Nieuwjaar-uitgave
van 1933)

PLEZIER 'en echtgenote,

Wiltes oke!
Met hartelijke dank.

