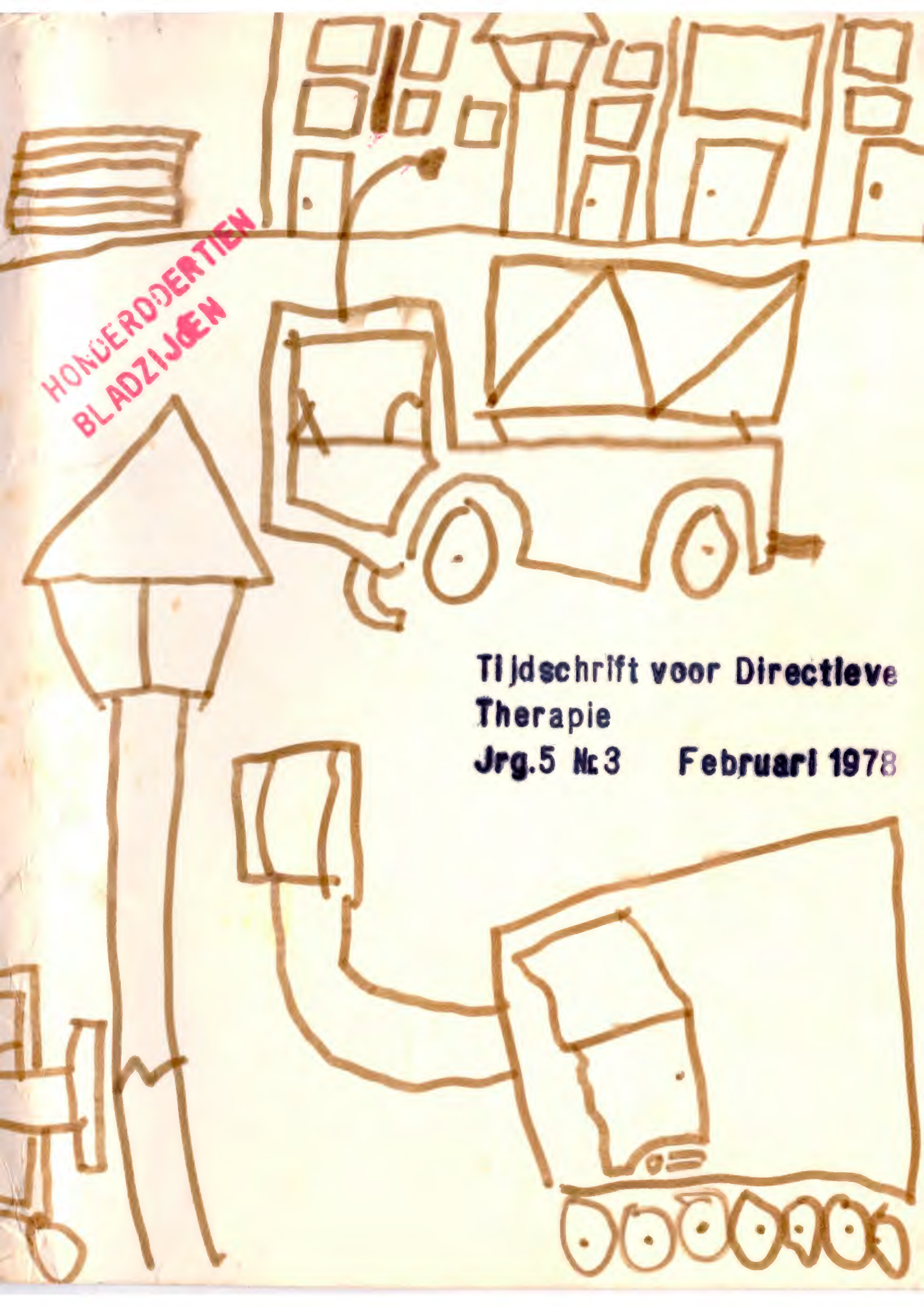


HONDERDERTIEN
BLADZIJDEN



**Tijdschrift voor Directieve
Therapie**

Jrg.5 Nr.3 Februari 1978

INHOUD

FEBRUARI 1978

De Hoofdredacteur	Ten Geleide	1
Kees van der Velden	Een ritueel voor verwende kinderen	11
Richard Van Dijck & Dick Oudshoorn	Directieve therapie en specifieke therapeutische factoren	14
Kees Hoogduin	Haartrekken, nagelbijten en andere ongewenste gewoonten	19
Leen Joele	Lang(er) durende (-durige) (psycho)-t(h)erapie	30
Richard Van Dijck	Over de noodzaak tot langdurige therapie	37
Kees Hoogduin	Langdurige directieve behandeling	40
Kees van der Velden	Langerdurende directieve therapie	43
Richard Van Dijck	Slaapproblemen: hypnotische evocaties en indirecte suggesties	44
Onno van der Hart	Een kwestie van timing	53
Alfred Lange	Mislukte therapieën	55
Kees van der Velden	Mislukkingen (1)	73
Richard Van Dijck	Over mislukkingen	77
Onno van der Hart	De mythe van sterven en herboren worden: ervaringen in hypnotherapie	80
Alfred Lange, Antje Offerhaus & Joris Marsman	Een afscheidsritueel, bedacht en ten uitvoer gebracht door cursisten van een parencursus gezinstherapie	90
Dick Oudshoorn	Directieve behandeling van depressieve syndromen	94
Kees Hoogduin	Studieproblemen	110

Omslagen: Daniël van der Velden

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

Welkom!

Welkom, lezer!

Andermaal is de redactie er op uit geweest om voor U een gevarieerd, vrolijk, maar toch ook degelijk en wetenschappelijk Nummer te maken. Of zij daarin geslaagd is?

Dat maakt de redactie niet uit, dat beslist U!

TDT is het enige Tijdschrift waarin de lezer en de lezer alleen uitmaakt wat hij in zijn Blad wil lezen. TDT is dus ook een *links* Blad. TDT is een *oppositieblad*. De strijd tegen de regering Van Agt-Wiegel is één van de hoofdpunten van lezers en redactie tezamen!

Het Boek (1)

Verkoop in januari: 475 exemplaren. (Ter vergelijking: van Taakgericht Casework werden ^{er} in dezelfde maand 23 verkocht.) Totale verkoop tot eind januari: 2310 stuks. *Geen kattedrek*, aldus letterlijk de uitgever. Zoals U wellicht nog weet werden er in oktober 4000 exemplaren gedrukt. De gemiddelde verkoop per maand (oktober rekenen we als een halve maand) bedroeg ruim 650 boeken. Als we er nu vanuit gaan dat de animo iets taant en we genoeg moeten nemen met een prognose waarbij er zo'n 400 exemplaren per maand verkocht zullen worden, dan betekent dat evengoed dat het magazijn eind mei leeg is. Er moet dus een *bijdruk* (= is een niet te drastisch gewijzigde herdruk) komen. Gaarne verzoeken wij de lezer dan ook om ons voor 15 maart a.s. zijn correcties aan ons door te geven.

Het Boek (2)

Wordt Het Boek mooi gevonden?, zo vroegen wij ons al eerder af.

Het antwoord van *Trouw/Kwartet* (11 november 1977) is niet zonder meer duidelijk. Lees maar:

Directieve therapie met bedragen van R. v. Dijck, P. v.d. Hart, K. Hoogduin, L. Joële A'Lange, D. Oudshoorn, K. v.d. Velden (tevens redactie), uitgegeven in de serie sociale bibliotheek (365 blz — f 39,50).

Wij dachten dat de bedragen van o.m. P.v.d.Hart en A'Lange wel een wat enthousiaster beoordeling hadden verdiend.

Beter is de aankondiging van *drs. A.Slothower* van het *Ned. Bibliotheek- en Lektuur Centrum*, althans van de *Lektuurinformatiedienst* van dat Centrum (1977).

DIRECTIEVE therapie; onder red. van **K. van der Velden**, met bijdragen van R. van Dijck, O. van der Hart, K. Hoogduin e.a. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1977. 365 blz. (Sociale bibliotheek). Bevat literatuuropgaven.

612.6-II /Direktieve therapie is een in Nederland nog weinig bekende psychotherapeutische richting. Kenmerkend voor deze therapie is niet een eigen theorie als wel de behandelingspraktijk. De behandelingen worden over het algemeen bijzonder kort gehouden en zo pragmatisch mogelijk. De artikelen in deze bundel zijn gegroepeerd in vier delen. Deel 1 belicht de theoretische achtergronden, deel 2 geeft de casuïstiek. In de delen 3 en 4 worden successievelijk de verschillende technieken behandeld en algemene richtlijnen voor de therapeut gegeven. Een bijzonder inspirerende bundel voor a.s. en praktizerende therapeuten.

Drs. A. Slothouwer.

bestelnummer	prijs ing.	NBD-pr.	aantal	k. krtn	akkoord	opm.
77-51-156 (V)	39,50	34,70				

Ronduit geestdriftig is collega *prof. dr. W. ter Horst* - Onno's promotor - in zijn *editorial* voor het *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* van december 1977 (nummer 12). Hij schrijft:

... plaats van
ge beslissing.

... mand af als eind-redacteur. Mo.

... me dat ik er beter aan doe. De lezers worden

... geef hun graag dat ze het verschil tussen redactie en administratie nooit zullen leren, laat staan tussen deze beide en de afdeling die voor de advertenties zorgt.

Boeken

Maar gauw maak ik op de valreep nog even gebruik (misbruik?) van mijn positie.

Velen van ons hebben deze maand boekenbonnen gekregen die nog niet zijn ingewisseld.

Ik heb drie persoonlijke 'aanraders'. Mijn top drie van de maand — in alfabetische volgorde:

Imelman, J. D. *Inleiding in de pedagogiek*, Wolters Noordhoff.

Zou op de lijst moeten staan van iedere zich respecterende opleiding en in de kast bij iedereen die zich direct of indirect beroepshalve met opvoeding bezig houdt.

Veerman, J. J. *Als hulp wordt opgelegd* ...

Voor allen die het inrichtingswerk ter harte gaat. Prijs f 25,—.

Velden, Kees van der (red.). *Directieve therapie*, Van Loghum Slaterus.

Uitstekend geschreven, creatief, boeiend, zeer verantwoord. Een van de zeer weinige boeken waarvoor ik een nacht ben opgebleven om het achter elkaar uit te lezen. Prijs f 39,50.

Deze drie boeken zullen later in dit tijdschrift uitgebreid worden besproken.

En natuurlijk is daar *W.A.C. Witlau*, de immer opgetogen boekbespreker van *Avenue*, die in het februarinummet met de volgende tekst kwam:

directieve therapie

Directieve therapie, onder redactie van Kees van der Velden, met bijdragen van Richard van Dijk, Onno van der Hart, Kees Hoogduin, Leen Joele, Alfred Lange, Dick Oudshoorn en Kees van der Velden. Van Loghum Slaterus, Sociale Bibliotheek, f 39,50.

EEN GOLFTOP IN DE ZEE VAN PSYCHOTHERAPEUTISCHE LITERATUUR.

Hoe wordt iemand een goed mens? Want van nature zijn we dat maar ten dele. Een praktisch antwoord op die vraag is rond 1200 gegeven door de wijsgerig-theologische geweldenaar Maimonides, die wel de vader van de psychiatrie is genoemd. Op genoemde vraag antwoordt Rabbi Mosje ben Maimon (zoals Maimonides eigenlijk heette): Laat hem beginnen zich te gedragen alsóf hij een goed mens was. Op de duur zal hem dat steeds makkelijker afgaan, en wie zich gedraagt als een goed mens, is een goed mens. Maimonides is daarmee tevens de vader van de directieve therapie, waar dit fascinerende boek over handelt. Kenmerk van die therapie is dat de therapeut zijn cliënt aanwijzingen geeft (doe dit, doe dat); dat therapeut en cliënt werken aan concrete en welomschreven doelen, en dat de behandeling geen hangpartij van jaren mag worden, maar binnen enkele weken of maanden achter de rug moet zijn. Dat gaat soms (zoals bij de gedragstherapie) volgens de methode Maimonides. Maar het kan ook heel anders, zoals het volgende voorbeeld leert:

Echtpaar D verkeert in financiële moeilijkheden „door zijn jarenlange en frequente prostituée-bezoek. Hij had herhaaldelijk beterschap beloofd, maar aan de dagafschriften van de bank kon zij merken dat zijn goede voornemens nooit lang stand hielden. De als zeer narcistisch imponeerende echtgenoot beschreef zijn uitstapjes als het resultaat van impulsieve ingevingen, een drang tot avontuur waaraan hij niet kon weerstaan. Uiteraard vatte zij dit anders op en zag zijn gedrag als pogingen om haar moreel en financieel de grond in te trappen. De verandering die in de inter-punctie (de manier waarop ze elkaar ervaren) werd aangebracht, bestond eruit dat de therapeut

hun voorhield dat de echtgenoot een onvolwassen angst voor werkelijke intimiteit vertoonde en bijgevolg vluchtige relaties met vreemde vrouwen nodig had om te beletten dat de toenadering tot zijn vrouw sterker zou worden dan hij kon verdragen.

In deze context werd hem geadviseerd het prostituée-bezoek zover het financieel mogelijk was, voort te zetten, omdat hij anders gevaar zou lopen geconfronteerd te worden met zijn angst voor diepgaander contact.

Toen zijn gedrag niet meer als uiting van vrijheidsdrang, maar als een zwakte werd gedefinieerd, „vergat” hij uit de band te springen en vertelde hij, eigenlijk geen behoefte meer te hebben aan nieuwe avontuurtjes.

„Overigens,” vertelt de auteur van deze passage erbij, „betekende dit niet dat daarna de vrede met zijn vrouw werd gesloten; nu werd zij degene die ageerpatronen invoerde om de verwijdering in stand te houden.”

Want het leven is ingewikkeld, en hoe verrassend, menselijk en commonsensikaal de benaderingen van de auteurs ook mogen zijn, dat vergeten ze nooit.

De directieve therapie gaat dan ook niet uit van een theorie. Zij bestaat niet uit één, maar uit een gereedschapskist vol verschillende benaderingen, die evenwel alle lijken voort te komen uit de nuchtere, creatief probleemoplossende instelling van: „Hoe krijgen we de situatie zo gauw mogelijk weer aan de gang?” Daarbij ontlenen ze hun gereedschap niet alleen aan de psychotherapeutische literatuur, maar zien ze gretig uit naar alles wat in een bepaalde psychotherapeutische situatie werkzaam zou kunnen zijn. Zo wordt een hoofdstuk gewijd aan de betekenis voor de therapie van de nota bene krijgskundige theorieën van de Chinese generaal Sun Tzu van zo'n 2500 jaar geleden. Zo wordt de beroemde theorie van Van Gennep over rituelen bij vreemde volken in dienst gesteld van de gezinstherapie en oppert één van de auteurs een „judo-benadering” in de therapie. Kortom, het boek wemelt van de mogelijkheden, aangedragen door een handvol uiterst enthousiaste, creatieve, kundige en goed schrijvende therapeuten. >>

En op de - door velen niet gelezen - volgende bladzijde vervolgt hij dan met:

" Het lezen zelf is al een therapeutische ervaring.

Niet dat het altijd even gemakkelijk is. Het is een boek van therapeuten voor therapeuten, en wanneer ze van gevalsbeschrijvingen overstappen op de theorie, gaat het soms in geheimtaal toe: 'Op het eerste gezicht zou men verwachten dat morfofostase vooral wordt uitgedrukt in chronische symptomatologie en morfogenese in acute stoornissen.' Maar met grootdoenerij heeft dit niets te maken, want het boek is als gezegd geschreven voor collega's. Onder collega's vereenvoudigt vaktaal de communicatie nu eenmaal. Toch kan een leek met een behoorlijke leeservaring het een heel eind brengen. En de kans is niet uitgesloten dat het boek het tot een bestseller brengt. Tenslotte is ook *Wie is van hout* voor vakmensen geschreven."

uitvoering
Karel Soudijn was (en is) de eerste niet-amateur die zich met Het Boek bezighield. In *Intermediair* van 27 januari 1978 - 14de jaargang, nummer 4 - kwam deze, zich bij voorkeur in understatement uitende, recensent tot de volgende beschouwing:

Directieve therapie

Het aardige van de casuïstiek in het boek *Directieve therapie* is, dat er zo nu en dan ook wel eens een *mislukking* gerapporteerd wordt. Niet vaak, maar het boek steekt alleen hierdoor al gunstig af bij soortgelijke werken. De zee van psychotherapeutische publikaties waarmee de boekwinkels overstroomd worden, lijkt voornamelijk te staan uit golven van geluk. De auteurs van *Directieve therapie* weten daarentegen zo nu en dan ook de nodige sceptis ten aanzien van hun eigen procedures en vaardigheden ten toon te spreiden.

Het boek bestaat uit 33 hoofdstukken. Deze zijn geschreven door acht auteurs die een aantal uitgangspunten met elkaar delen en die hun ervaringen met bepaalde therapeutische procedures voor anderen toegankelijk proberen te maken. Met de aanduiding 'directieve therapie' stellen de auteurs zich op tegenover degenen die menen dat een therapeut slechts *randvoorwaarden* moet creëren (een rustige spreekkamer bijvoorbeeld), waarbinnen de cliënt 'aan zichzelf kan werken'.

Tegenover de niet-directieve therapie staan echter heel wat 'scholen' waarbinnen de therapeuten het heft in handen nemen. De titel van het boek is in zoverre misleidend, dat in *Directieve therapie* geen systematisch overzicht wordt geboden van al die scholen en richtingen. De procedures die in dit boek beschreven worden, sluiten vooral aan bij de benadering die wordt voorgestaan door auteurs als Erickson, Haley, Watzlawick e.a. (om de meest bekende namen te noemen).

In verschillende stukken uit dit boek wordt aandacht besteed aan het zowel direct als indirect beïnvloeden van een cliënt. Een aantal technieken wordt verder uiteengehaald met het begrippenpaar 'leeropdrachten' en 'paradoxe opdrachten'. Sommige stukken uit het boek zijn vrij breed opgezet, bijvoorbeeld als ingegaan wordt op de betekenis van rituelen voor mensen. Uit zo'n beschouwing wordt dan echter wel weer een richtlijn voor de therapeut gehaald. In enkele hoofdstukken wordt gediscussieerd over theoretische verklaringen van bepaalde verschijnselen;

in de meeste hoofdstukken ligt het accent echter meer op het beschrijven van ervaringen met therapeutische procedures.

De hoofdstukken zijn in enkele grote, elkaar voor een deel overlappende rubrieken ondergebracht. Deze rubrieken worden aangeduid met de volgende termen: oriëntatie; de behandeling van specifieke problemen; specifieke benaderingen; richtlijnen.

In vergelijking met andere therapie-boeken die de laatste jaren in Nederland geproduceerd zijn, is *Directieve therapie* één van de betere uitgaven. De auteurs houden steeds de beperkingen van hun interventies in het oog; op een creatieve manier lijken ze bezig te zijn met het ontwerpen en modificeren van procedures die op communicatietheoretische principes gebaseerd zijn. Eén van de aardige kanten van het boek is ook, dat de auteurs iets met elkaars ideeën en ervaringen doen.

Kees van der Velden (red.): *Directieve therapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1977, 365 blz., f 39,50, E.

Soudijn zit er natuurlijk volkomen naast wanneer hij zegt dat de titel van Het Boek misleidend is - het heet toch niet Directieve Therapieën of zoiets? -, maar hij slaat de spijker op de kop wanneer hij onze scepsis, ja bijna onze *bescheidenheid* prijst. Die viel ons juist ook altijd zo op!

Scripties

Het is goed te merken dat we *beroemd* worden. "Mijnheer", zo schrijft ons *Klaas Schraa*, medewerker van het Ambulatorium van het Pædologisch Instituut te Amsterdam, "Hierbij neem ik de vrijheid U een exemplaar aan te bieden van het onderzoeksverslag van het Ambulatorium Onderzoek (? , vdV) naar een model voor *Planned Short-Term Treatment*. Indien mogelijk", vervolgt Klaas bescheiden, "zou ik gaarne eens Uw mening hieromtrent vernemen."

Schraa's brief betreft een doctoraalscriptie die uit twee delen bestaat. Het eerste deel beslaat zo'n 170 bladzijden; het tweede deel 48 bladzijden. Onderwerp is de toepassing van korte therapie bij adolescenten.

Wij vonden het een heel degelijk werkstuk. Klaas' adres is: Ambulatorium, Prins Hendriklaan 23, Amsterdam. Misschien is hij bereid geïnteresseerden uit onze lezerskring evenzeer een werkstuk toe te sturen.

Ook *Dick Adriaanse*, student van Alfred Lange, schreef een scriptie over korte therapie. Het werkstuk, dat zoals verwacht mocht worden Korte Therapie heet, telt 42 bladzijden en is verkrijgbaar bij onze redacteur Lange. In de scriptie wordt enige relevante literatuur over korte behandelingen gerefereerd.

De officiële psychotherapie en wij

Het wil maar nog niet boteren tussen de *echte* psychotherapeuten en het toch zo plooibare, sympathieke TDT-groepje. Jammer! *Freek Polak* bijv., analyticus te Amsterdam, komt binnenkort in het MGV met een uiterst lafhartige aanval op redacteur *De Sopper*, waarin n.b. diens (De Soppers) integriteit in twijfel wordt getrokken! Ook dr. *Van Poolse Havenstad* tracht onze onkreukbare vriend beentje te lichten. *C.A.L. Hoogduin*, een van de zeven begaafdste directieve therapeuten in Nederland, zag zijn beleefd verzoek om lid van de NVP te mogen worden met een nors *neen* beantwoord. De vele vruchtbare besprekingen die hij met de begaafde theoreticus en therapeut *Van Dijck* over het helpen van mensen in nood mocht hebben, blijken nu ineens geen *punten* op te leveren! (Vroeger wel.) Een *NVP-bestuurs-*

lid ried een niet nader te noemen collega aan het woord *directief* te vermijden, wanneer hij ten minste lid van het NVP wilde worden. Het *NVP-bestuur* ondernam de laatste maanden geen enkele poging om de getalenteerde *Oudshoorn* het ere-lidmaatschap aan te bieden. *Van der Hart*, een van de pioniers van de directieve therapie, kreeg te horen dat hij *niet* als supervisor in dit specialisme werd erkend. Kijk:

NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR PSYCHOTHERAPIE
SECRETARIAAT: NIC. MAESSTRAAT 120
AMSTERDAM, TEL. 020 - 793308

AMSTERDAM, 27 januari 1978.

— Aan de Weledelgeleerde Heer
Onno van der Hart,
Berkenrodelaan 35,
Amstelveen.

Geachte mijnheer van der Hart,

Uw brief van 19 september 1977, gericht aan de kommissie Opleiding van de N.V.P., is in de bestuursvergadering van 18 dezer uitvoerig aan de orde geweest.

Op grond hiervan moet ik U medelen dat direktieve therapie geen door de N.V.P. erkende psychotherapeutische richting is en dat supervisorschap hierin dus niet mogelijk is.

Hoogachtend,



F. de Jonghe,
sekretaris.

En alsof dat niet genoeg was, bestonden *Crolla* en *Van den Hoofdakker* het om de knappe publicatie *Genezingsrituelen in de psychiatrische kliniek* van *De Smet* en *Van der Hart* te weigeren voor het Tijdschrift voor psychotherapie. Zij lichtten hun beslissing met de volgende verzameling germanismen en andere taalfouten toe:

No.

Ref.: Het artikel: genezingsrituelen
in de psychiatrische kliniek.

NIJMEGEN. 23 december 1977

Aan de heren Henk de Smet en
Onno van der Hart

p/a Berkenrodelaan 35

AMSTELVEEN

Geachte heren,

Van Hans Reijzer heeft U enkele weken geleden al telefonisch vernomen dat wij niet vóór plaatsing zijn van het bovengenoemde artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Psycho-therapie.

Wij, Dr. R. van den Hoofdakker en ondergetekende hebben de volgende bemerkingen bij het artikel:

- de schrijftant is vlot en meeslepend;
- bij het teruggrijpen op traditionele rituelen doet U o.i. een te willekeurige greep naar de primitieve culturen zonder aan de lezer te verantwoorden waarom U die keuze maakt.
- U vertelt niet hoe het moeizame hulpverleningsproces is verlopen (pag. 4 onderaan en pag. 5 onderaan). Kij zou interesseren welke therapievormen, op welke wijze uitgevoerd, mislukten vóór men aan de door U beschreven vorm ging denken.
- U verantwoordt niet aan de lezer waarom U als therapeuten (pag. 6 bovenaan) de keuze laat vallen op een genezingsritueel boven andere therapievormen.
- Uw redenering over het effect van de therapie is o.i. te simplistisch en te weinig relativerend. Bij ons rezen onmiddellijk vragen als:
 - wat heeft zo'n intensief sanerzijn met enkele anderen voor Johanna en Theresia betekend?
 - hoe sterk heeft de boodschap vanuit de hele kliniek gewerkt dat zij zoveel tijdsinvestering waard zijn?
 - Wat had het voor effect dat ze plotseling zoveel aandacht kregen?
 - hoe werkte de zee na een 4-jarig verblijf van Theresia in een psychiatrisch ziekenhuis?
 - wat betekent het als je niet meer als patient wordt gezien, maar als iemand die voor een drempel staat?

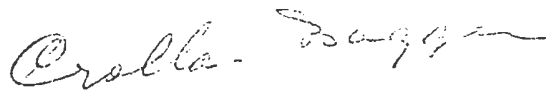
- Als een betrekkelijk nieuwe therapievorm gepresenteerd wordt na slechts 2 behandelingen zou ze o.i. meer als een experiment, met alle mogelijke vragen omringd, gepresenteerd moeten worden.

In deze vorm en naar aanleiding van deze bemerkingen zijn we dus nu niet voor plaatsing van het artikel.

Met vriendelijke groet en U van harte sukses toewensend met Uw experimentele werk.

M. Crolla-Baggen.
Redactielid Nederlands Tijdschrift
voor Psycho-therapie.

'Uw experimentele werk' - de mispunten! Zou het niet goed zijn om in het vervolg brieven aan NVP en TVP eveneens te beëindigen met de standaardzin 'Met vriendelijke groet en U van harte succes toewensend met Uw experimentele werk'? (KvdV).



Van Drabbe, directeur van Uitgeverij Van Loghum Slaterus bv, begrepen we dat het een heel gesodemieter was om de artistiek verzorgde propagandakrant van de NVP, het TVP, zonder teveel *intraredactionele controversen* de deur uit te krijgen.

Wordt het geen tijd dat we het TVP gaan *boycotten* en de NVP een heel vreemd poepje laten ruiken?

Gaat C.A.L.Hoogduin vreemd?

In een van de bijdragen van C.A.L.Hoogduin leest men in de lijst van referenties de naam van een nieuw tijdschrift dat *Delfschrift* heet. Niet alleen valt ons het rare van de naam op, maar ook het feit dat Hoogduin blijkbaar ook in *dát* blad schrijft! Heeft hij ons ooit om toestemming gevraagd? *Mocht* hij van ons in dat 'uitstekend verzorgde' (sic!) wijkkrantje schrijven?

Hoogduin heeft het ons niet gevraagd. Hij heeft het gewoon met een ander aangelegd.

We hebben hem op de vingers getikt, toch nog vriendelijk. Toen bleek dat hij geen oor had voor onze - in legitieme jaloezie gefundeerde - bezwaren, hebben we hem van *ontrouw* beschuldigd. Maar Hoogduin lachte! 'Echte trouw', zo redeneerde hij, 'is veel fundamenteler. Dit is maar een slippertje.'

Lezer!

Een slippertje!

Zou *Joke* gevoelig zijn voor zo een argumentatie?

Wij hebben hem gezegd dat hij ons opnieuw mocht benaderen wanneer hij *Joke* van de juistheid van zijn *perverse* zienswijze had weten te overtuigen.

En de mensen met wie hij dat andere stencil maakt, nou, die zijn veel minder aardig en erudiet dan wij. We snappen gewoon niet wat-ie erin *ziet*!

Bah!

Bij dit Nummer

Kindervriend Van der Velden opent met 'Een ritueel voor verwende kinderen'. Van Dijck en Oudshoorn geven aansluitend een opsomming van specifieke factoren in psychotherapie, waaruit op wetenschappelijke wijze kan worden afgeleid dat wij heel goed zijn.

C.A.L.Hoogduin geeft een beschouwing over rare hebbelijkheden.

Filosoof Joele zet vervolgens alles wat totnogtoe over therapie gedacht is op losse schroeven. *Koenen* en *Endepols* blijken tot onverwachte inzichten in de aard en het wezen van het therapeutisch proces te kunnen leiden.

Joele's artikel is vrijwel foutloos geschreven. En het gaat over langdurige therapie.

Hetzelfde thema is het onderwerp van de beschouwingen van resp. Van Dijck, Hoogduin en Van der Velden. Het zal de lezer niet verbazen dat de laatste auteur weer op welhaast dwangmatige wijze meent grappig te moeten zijn.

Gelukkig vindt de lezer daarna een prachtig artikel van Van Dijck. Zijn Inleiding is weliswaar in uiterst wankel Nederlands gesteld, maar het vervolg is gave poëzie.

Strateeg Van der Hart geeft dan een korte beschouwing over de *timing* van zijn klappen.

Ontroerende Lange toont zijn beperkingen. Hij beschrijft de ellende van *communes*, *encounterweekends* en *Gestalt*. Het zal de intelligente lezer niet verbazen dat Lange dit artikel geruime tijd *kwijt* was en ook zal hij er niet gek van opkijken dat het meesterwerk op een heel voor de hand liggende plaats bleek te liggen (nl. voor de hand).

Ook Van der Velden geeft aan dat hij niet *altijd* slaagt. Flink!

En zelfs Van Dijck heeft een patiënte die niet wilde opknappen. Reden? Dijcks *doordouwen*. Dat is een zwak punt van onze vriend. Misschien zou een *leertherapie* hem in dit opzicht kunnen corrigeren.

Volgens ons blijkt uit de op Dijcks falen volgende bijdrage dat de esoterische Van der Hart een nieuwe secretaresse heeft. Aardige vrouw, zo lijkt ons, maar van marges enzo heeft ze nog net niet voldoende kaas gegeten.

Dan komt Lange met een bijdrage die hij samen met twee van zijn kinderen heeft geschreven. Wat eruit blijkt is dat de inzichten van Van der Hart jonge mensen *gelukkig* kunnen maken. Is dat niet überhaupt het doel van ons werk?

Dokter Oudshoorn heeft lijdens aan depressies verzameld, hij heeft ze met een breinaald doorstoken en in zijn monumentale artikel de gevolgen van deze ongebruikelijke ingreep beschreven.

Ten slotte geeft Hoogduin aan hoe je kunt leren studeren. De knapheid of knapte die uit zijn bijdrage spreekt, geeft aan dat hij ofwel de door hem aangeprezen methode zelf heeft beoefend, ofwel dat hij haar nimmer van node heeft gehad.

Lezer, te lang reeds zijn wij aan het woord geweest. Vandaar dat wij nu zwijgen. Laat nu de redacteurs van dit Tijdschrift spreken!

De Hoofdredacteur

Kees van der Velden

1. Inleiding

Kinderen zijn niet altijd leuk. Sommige kinderen gedragen zich zelfs zo weinig leuk, dat het voor hun ouders moeilijk wordt zich precies te binnen te brengen waarom zij nu eigenlijk van deze mispunten geacht worden te *houden*. Ongedisciplineerde - naar sommiger mening *spontane* - kinderen confronteren hun ouders zowat voortdurend met dit probleem, zeker wanneer deze kinderen bovendien nog verwend zijn en zich daarnaar gedragen. In dit geringe artikel wordt een therapie beschreven waarin het weinig gezeggelijke gedrag van de kinderen een belangrijke rol speelt bij de klachten van hun moeder. Aangegeven wordt hoe door middel van een *ritueel* de ouders opnieuw in de gelegenheid worden gesteld om trots te zijn op hun nageslacht.

2. De problemen van mevrouw Katrijn

Mevrouw Katrijn wordt aangemeld door haar huisarts. Klachten: frequente aanvallen van hyperventilatie, periodes van gedeprimeerdheid, 'agressieve ontladingen' (sic!), insufficiëntiegevoelens, schuldgevoel en opvoedingsproblemen. Mevrouw is 30 jaar en huisvrouw van haar vak. Haar man, directeur van een groentenveiling, is twee jaar ouder.

Tijdens zitting 1 worden de klachten geïnventariseerd; aan het eind krijgt patiënte informatie over hyperventilatie, ontspanningsoefeningen en een registratie-opdracht mee.

Zitting 2 is gewijd aan de provocatie van een aanval van hyperventileren en het couperen daarvan.

De derde zitting begint met een tevreden verhaal van mevrouw over haar sterk uitgebreide actieradius en herwonnen zelfvertrouwen. Vervolgens beklagt zij zich over het gedrag van haar twee zonen, *Japie* en *Jopie*. Het blijkt dat deze kinderen een zeer gering concentratievermogen bezitten, maar dat niet alleen. De kinderen *eten* bovendien heel slecht, waardoor o.m. de avondmaaltijd een verschrikkelijk ongezellige aangelegenheid wordt. En ze stoken *vuurtje*, o.m. op het toilet. En ze kunnen met niks langdurig spelen, noch met *Playmabil*, noch met *Lego*, noch met *mecano*.

De therapeut besluit zich in eerste instantie te beperken tot de avondmaaltijd, vooral ook omdat het paar heeft aangegeven dat het *spitsuur* rond halfzes een hoogtepunt van ongenoegen vormt.

In zijn overwegingen rond het thema *diner* passeert de therapeut diverse

stadia:

- 1) Wat een rotkinderen!
- 2) Deze ouders willen echt trots kunnen zijn op hun kinderen.
- 3) Dat *snoepen* van de kinderen moet maar afgelopen wezen - het tekort aan honger van Japie en Jopie bleek nl. rechtsstreeks samen te hangen met een overmatige neiging tot snoepen -.
- 4) De ouders moeten zich veel en veel sterker opstellen tegenover deze rotjongens.
- 5) Japie en Jopie zijn er niet de schuld van dat hun ouders hen zo schandelijk verwennen.
- 6) De ouders snoepen zelf ook vast veel en veel te veel.
- 7) Er moet een ritueel bedacht worden waarin zowel kinderen als ouders *afscheid* nemen van het snoepen.

3. Het advies van de therapeut

De therapeut adviseert ten slotte het volgende:

'U maakt vanavond Uw spruiten klaar, Uw sucadelapjes en Uw aardappels - maar alleen voor U, mevrouw, en voor Uw man. Voor de kinderen daarentegen maakt U een geheel andere maaltijd. U maakt voor hen een diner dat bestaat uit *boterbiesjes, chips, drop* en *toffees* en *zoutjes*. Als drank geeft U geen melk doch *Fanta*. En U vertelt hun het volgende: "Lieve kinderen. Jullie vader en ik hebben gemerkt dat in dit huis onjuiste eetgewoonten zijn ontstaan. Jullie eten alleen nog *gevulde koeken, beschuit* en *Bambix*, en vader en ik bezondigen ons nogaleens aan een overmatig gebruik van *knabbelnootjes* en *wokkels*. Dit is niet goed. Noch wij noch jullie zijn met een dergelijk voedingspatroon gebaat. Vandaar dat jullie nu deze merkwaardige maaltijd voorgezet krijgen. Eet er smakelijk van, geniet ten volle, maar bedenk dat we hiermee van nu af aan stoppen." Aansluitend deelt vader mee het standpunt van moeder ten volle te delen.' (Vader is verbaal niet erg begaafd - KvdV.)

De therapeut motiveert dit advies door te accentueren dat hij ervan overtuigd is dat deze prima ouders zeker kinderen zullen willen op wie zij trots kunnen zijn, en zeker *niet* kinderen die een ergernis zijn voor anderen en een plaag voor zichzelf. Bovendien wordt de ouders voorgeschilderd wat de - nare - gevolgen zullen zijn van een ongewijzigd beleid. Zeer gemotiveerd vertrekken de ouders: zij gaan het *doen*.

4. Resultaat

Drie weken later komen beide ouders toch wel opgetogen terug. 'Ik voel me

herboren', zegt mevrouw.

Wat is er gebeurd?

Ze hebben gedaan wat was afgesproken. Maar de oudste zoon (10 jaar) wilde geen snoep maar sucadelapjes, spruiten en aardappels. En de jongste (8 jaar) had zo'n zoutje of vijf gegeten, bevreemd om zich heengekeken, zijn snoepgoed weggegooid en om *normaal eten* verzocht.

Nadien waren er geen moeilijkheden meer geweest. De avondmaaltijd was het hoogtepunt van de dag geworden. Ook de ouders hadden niet meer gesnoept. Beschuit, Bambix en gevulde koeken waren afgeschaft. In plaats daarvan zijn boterhammen, melk en fruit gekomen. En een dropje toe. Bijzonder aardig was dat meneer in deze weken een uitgebreid en smakelijk diner voor zijn vrouw en zichzelf had bereid.

5. *Discussie*

Dit paar was erg gemotiveerd, d.w.z. ze stonden voor de volle 100% achter het gegeven advies. Dat is erg in hen te prijzen.

Typisch is weer dat het advies aspecten van een *ritueel*, een *congruente leeropdracht* en een *paradoxaal advies* in zich verenigt.

Volgens mij is het altijd het mooist wanneer het lukt een advies te bedenken dat al die aspecten omvat.

De eventuele relatieproblemen tussen pa en moe konden dankzij het ritueel onbesproken blijven, maar middels de 'child management task' worden opgelost.

Voor de oudste zoon is nog een Patterson-programma afgesproken - dit ter oplossing van zijn concentratiemoeilijkheden.

Directieve therapie en specifieke therapeutische factoren

Richard Van Dijk en Dick Oudshoorn

1. Inleiding:

Bij de presentatie van psychotherapeutische technieken wordt over het algemeen sterk benadrukt wat een bepaalde benadering van alle andere onderscheidt. Veelal wordt daarbij impliciet aangenomen dat het therapeutische element schuilt in dit specifieke en unieke aspect. Vergelijkend onderzoek naar resultaten (cfr. Luborsky et al, 1975) geeft eerder de indruk van gelijkwaardigheid en uitwisselbaarheid van vele psychotherapeutische benaderingen. Wel moet overwogen worden dat in dergelijk vergelijkend onderzoek alleen de specifieke resultaten (kunnen) gemeten worden, terwijl specifieke veranderingen wel zouden optreden maar niet in de metingen zichtbaar zijn. Ook wanneer dit laatste het geval zou zijn, blijft het zinvol om in therapie een soort "algemene onderbouw" en een "specifieke bovenbouw" te onderscheiden. Over deze onderbouw wordt duidelijk minder gedacht en geschreven dan over de bovenbouw.

2. Aspecifieke factoren:

We beperken ons tot 3 auteurs die elk een bepaalde invalshoek op een duidelijke wijze hebben belicht over het thema van algemene of specifieke factoren.

Rosenzweig (1936) noemt een algemeen werkzaam principe dat sindsdien enorm aan actualiteit heeft gewonnen: bekrachtiging door de therapeut van gewenste gedragingen en het onthouden van bekrachtiging bij ongewenst gedrag. Het is waarschijnlijk dat psychotherapeutische systemen waarbij dit elementaire leertheoretische principe niet in de "onderbouw" verwerkt is, of waarbij andere principes, strijdig met de leertheorie, sterk overwegen, tot therapeutische excursies zullen leiden met vele dalen en afgronden. Men kan zich b.v. afvragen of een procedure zoals "Primal Scream" niet vooral leidt tot een bekrachtiging van infantiel, onecht en theatraal gedrag.

Bij dit artikel is met dank gebruik gemaakt van gegevens en inzichten die Aad Tenwolde verzamelde voor zijn literatuurreferaat.

Anderzijds kan men stellen dat in de gedragstherapie de toepassing van dit leertheoretische principe zo ver wordt doorgevoerd, dat dit principe hier specifiek mag genoemd worden. Op deze gedachte zullen we terugkomen: specifieke factoren worden al dan niet weloverwogen algemeen toegepast, maar ze kunnen ook zo sterk op de voorgrond staan dat ze voor sommige benaderingen tot de bovenbouw kunnen gerekend worden.

Haley (1963) beschrijft vanuit de communicatietheorie drie paradoxen die een gemeenschappelijk element van diverse therapeutische strategieën zouden zijn:

1. de therapeut stelt zich metacomplementair op; d.w.z. de therapeut behoudt de controle over de definitie van de relatie door ook weerstand als een vorm van samenwerking te labelen. Dit komt duidelijk tot uiting bij hypnose inductie, en ook bij het systematisch toepassen van positief etiketteren (v.d. Velden et al, 1977).
2. De therapeut legt een "benevolent ordeal" op. De onaangename kanten van therapeutische procedures zijn het meest zichtbaar bij aversieve conditionering en bij het gebruik van een "zware last". (cfr. v.d. Hart, 1977)
3. De therapeut past symptoomvoorschrijving toe. Buiten directieve therapie en een beperkt aantal gedragstherapeutische procedures (negative practice, flooding) kan men de symptoomvoorschrijving alleen maar op een impliciete en zeker niet weloverwogen wijze aantreffen. Dit geldt eigenlijk voor alle drie door Haley beschreven algemene factoren: het zijn betrekkelijk abstracte principes zodat altijd een discussie mogelijk blijft of ze in concrete gevallen wel of niet zijn toegepast en zo ja, of dit van enig belang is. Alleen in directieve therapie zijn ze op een onmiskenbare en systematische manier terug te vinden.

Frank (1971) is een erudiete en creatieve scepticus die, zonder zich te beroepen op een theoretisch raamwerk, een aantal factoren op een rijtje heeft gezet die volgens hem gemeenschappelijk zijn aan en relevant voor het effect van verschillende vormen van psychotherapie. Hij komt tot het volgende overzicht:

1. een intensieve, emotioneel beladen en op vertrouwen berustende relatie met iemand die zich opstelt als een helper.
2. Het verhogen van de verwachting geholpen te worden, zowel door de per-

soonlijke kwaliteiten van de therapeut, als door zijn status en de setting waarin hij werkt.

3. Het aanbieden van een verklarend systeem of een "therapeutische mythe" die de oorzaak van de stoornis duidelijk maakt en een aanvankelijk onbegrijpelijk lijkend symptoom theoretisch verklaart. Dit systeem dient te passen in het culturele wereldbeeld dat de patiënt en de therapeut delen.
4. Het verschaffen van informatie, niet alleen over de aard en de oorzaak van de problemen, maar ook wat betreft de alternatieve manieren om met deze problemen om te gaan. Het aanbieden van het plan geeft niet alleen perceptuele duidelijkheid, maar het impliceert ook dat hulp mogelijk is.
5. Het verschaffen van positieve ervaringen die verwachtingen en hoop nog verder versterken en die het gevoel van competentie bij de patiënt vergroten.
6. Het opwekken van emotionele geladenheid, hetgeen een essentiële voorwaarde is voor therapeutische verandering.

Van de factoren 1 en 2 kan gezegd worden dat ze erg algemeen en vanzelfsprekend zijn. 3 en 4, het aanbieden van de therapeutische mythe en het verschaffen van informatie over alternatieven zijn boeiend omdat hiermee aangegeven wordt hoe pogingen tot "cognitief herstructureren" ook onvermijdelijk met impliciete suggesties gepaard gaan. Nummer 5 zou het beste kunnen bevorderd worden in een strategie waarbij getracht wordt vroeg in de behandeling enkele kleine maar onmiskenbare successen te behalen. Het opwekken van emotionele geladenheid is een thema dat o.i. verder moet onderzocht worden. Frank beoogt hier duidelijk niet alleen de effecten die met positief labelen kunnen bereikt worden.

Aan deze lijst willen we zelf nog één specifiek effect toevoegen: de behandeling wordt beëindigd. Niet zelden heeft dit een zeer uitgesproken invloed op het zelfvertrouwen van de patiënt. Het afsluiten van een therapie wordt door velen beleefd als het behalen van een brevet van levensbevoegdheid. De volgende redenering lijkt vaak gemaakt te worden: zo lang ik nog moet terug komen betekent dit dat ik nog niet beter ben en als ik niet meer hoef terug te komen, dan ben ik kennelijk weer gezond.

3. Directieve therapie:

Uit het voorgaande blijkt reeds duidelijk dat we getracht hebben na te gaan in hoeverre de door een drietal auteurs als "algemeen" of specifieke beschreven factoren in directieve therapie herkenbaar zijn. Dit lijkt zeer duidelijk het geval te zijn. Men zou kunnen stellen dat directieve therapie is opgebouwd uit een verzameling technieken waarmee specifieke effecten in sterke mate bevorderd kunnen worden. Dat dit bouwwerk tamelijk los in elkaar zit en op een eclectische manier is samengesteld lijkt nog niet te hebben geleid tot duidelijke lacunes in de onderbouw. Kortom, waarde lezer, dat directieve therapie het beste is wist u al. Hier boven vindt u ook een aantal argumenten waarom het ook zo moet zijn.

Literatuur:

- Frank, J.D. 1971: Therapeutic components of psychotherapy
J. Nerv. ment. Dis, 459: 325 - 342
- Haley, J. 1963: Strategies of psychotherapy
N.Y., Grune & Stratton
- Hart, O. van der 1977: De Zware Last
in Velden, K. van der (red.)
Directieve therapie
Deventer, van Loghum Slaterus
- Luborsky, L., B. Singer 1975: Comparative Studies of Psychotherapies
& L. Luborsky Arch. Gen. Psychiatry, 32: 995 - 1008
- Rosenzweig, J.D. 1936: Some implicit common factors in diverse
methods of psychotherapy
Am. J. Orthopsychiat, : 412 - 415
- Velden, K. van der, O. van 1977: Positief etiketteren
der Hart & R. Van Dijck TDT, 4: 68 - 82

Kees Hoogduin,
februari 1978

1. Inleiding

Onder ongewenste gewoonten wordt een aantal verschijnselen gerekend dat veelal in de jeugd ontstaan is en danook als kind-neurotische verschijnselen bekend staat: nagelbijten, duimzuigen, haarwoelen, wratzuigen¹⁾, haartrekken, ooghaartrekken, tongpersen, met het hoofd schudden, het hoofd naar achteren brengen met een ruk, tic claviculaire en andere tics.

Deze verschijnselen kunnen ontstaan als een normale reactie op een bijzondere gebeurtenis, zoals een verwonding of een psychotrauma, of soms als een normaal weinig voorkomend gedrag dat verandert en toeneemt in frequentie (Azrin & Nunn, 1973).

Doordat de gewoonte zeer verweven raakt met het overige gedragspatroon, onttrekt ze zich aan de persoonlijke en sociale controle. Er zijn relatief weinig mensen die zich voor behandeling van dit soort verschijnselen aanmelden. Men beschouwt de verschijnselen als onschuldig. Eerst wanneer de gewoonte zeer ernstige vormen aanneemt, wordt er hulp gevraagd: kaalheid bij het haartrekken, centimeters grote ontsierende wratten bij het wratzuigen, gebitsdeformaties bij tongpersen (Beiboer e.a., 1970), sociale angsten en onzekerheid bij nagelbijten en het hebben van tics; soms omdat men er eindelijk vanaf wil of omdat de ouders vinden dat er wat aan gedaan moet worden.

In het onderstaande worden twee voorbeelden gegeven: de behandeling van een vrouw met haartrekken en de behandeling van een man met nagelbijten. De gevolgde behandelingsstrategie is een zelfcontrole-techniek.

In de discussie wordt ingegaan op de verschillende therapeutische benaderingen die goede kans bieden op een succesvolle behandeling van deze verschijnselen.

¹⁾ Hyperkeratosis of parakeratosis verruciformis is een wratachtige huidverdikking die ontstaat ten gevolge van zuigen aan en bijten op een bepaalde huidplek. Deze gewoonte wordt vaak aangetroffen bij diepzwakzinnige mensen, maar wordt ook gezien bij mensen met een normale intelligentie (vgl. Vleugels Schutter & Sluiter, 1972).

2. De voorbeelden

2.1 Haartrekken

Een veertigjarige vrouw ¹⁾ is sinds een tweetal jaren gaan haartrekken. Dit gedrag is dusdanig toegenomen dat ze vrijwel kaal is. Naast dit haartrekken klaagt cliënte over nerveusiteit, maagpijnen en overgeven; bovendien ziet zij haar toekomst somber in. Na de geboorte van een zwakzinnig kind wordt zij geplaagd door sterke schuldgevoelens ten opzichte van dit kind. Wanneer aan haar gevraagd wordt aan welk probleem ze het eerst wil werken, stelt ze het haartrekken aan de orde.

Het haartrekken verloopt vrijwel "onbewust", maar de mensen in haar directe omgeving, man, kinderen en familieleden, wijzen haar voortdurend op deze verkeerde gewoonte. De eerste zitting wordt afgerond met informatie over de te volgen zelfcontrole-procedure. Zij zal zonder hulp van anderen de aangeleerde gewoonte weer afleren. Dat levert de volgende adviezen op:

- een registratie van het haartrekken;
- een opdracht aan de familie niet meer over het haartrekken te praten en haar niet meer corrigerend toe te roepen wanneer zij aan het haartrekken is.

Cliënte besteedt 60 minuten per dag aan het haartrekken. Bij analyse van het haartrekgedrag blijkt zij kleine frummelbewegingen met de linkerhand te maken die gevolgd worden door het uittrekken van haar met de rechterhand; een enkele keer frummelt zij rechts en trekt ze links. Zij wordt hierop gewezen en hoewel het haartrekken vrij onbewust gebeurt, is ze in staat aan te geven dat ze regelmatig een neiging bespeurt om haar te trekken en dat ze daar soms wel, soms niet aan toegeeft. Nu krijgt ze het volgende advies: wanneer ze de neiging voelt haar te trekken of wanneer ze haar getrokken heeft, zal ze vijf minuten een want dragen aan de hand waarmee ze wil trekken of getrokken heeft. Ze zal de want steeds bij zich moeten dragen.

¹⁾ Deze behandeling werd onder supervisie verricht door Frank Koenegracht.

Deze opdracht wordt haar als een recht-toe-recht-aan-oplossing verkocht: met een want aan kun je niet goed haar-trekken.

Na veertien dagen, op de volgende zitting, vertelt mevrouw dat ze de want tienmaal aan heeft moeten trekken. Ze heeft de therapeut enige malen vervloekt, maar heeft niet één haar meer uitgetrokken.

Gedurende de volgende weken heeft ze de want één- tot driemaal per dag aan. Eenmaal heeft ze "onbewust" nog haargetrokken. Na het succesvol afronden van de haartrekproblematiek (in 7 zittingen) is mevrouw ook met betrekking tot haar andere klachten aanzienlijk verbeterd. Zij voelt zich goed, maar brengt een aanzienlijk aantal problemen met haar man naar voren. Aansluitend wordt een conjointtherapie ingezet.

2.2 Nagelbijten

Een zevenentwintigjarige tandarts meldt zich aan voor de behandeling van zijn nagelbijten wat hij van kinds afaan doet (misschien is het beter te spreken van vingerbijten, omdat hij niet alleen de nagels, maar ook het belendende vlees afbijt).

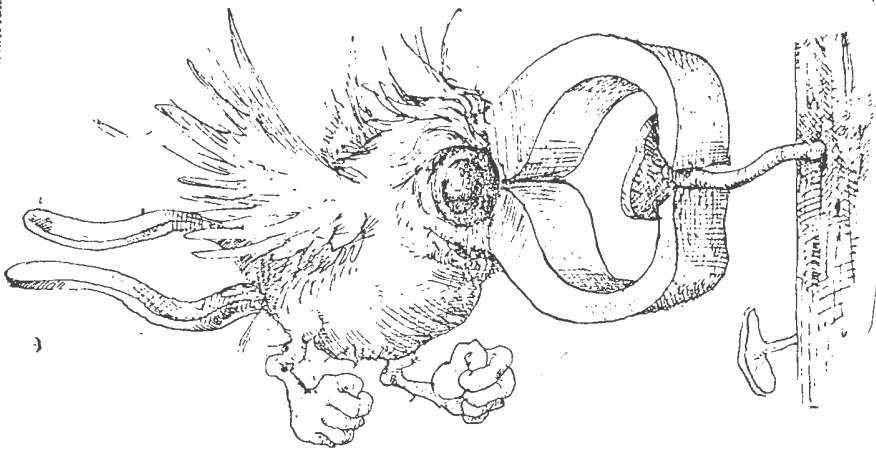
In de eerste zitting wordt het gehele patroon van het nagelbijten doorgenomen. Bovendien wordt geïnventariseerd op welke tijden en onder welke omstandigheden het bijten vooral voorkomt. Daarna krijgt cliënt de registreeropdracht.

Het verslag van de behandeling wordt met fragmenten uit een verslag wat cliënt op ons verzoek na de behandeling schreef, geïllustreerd. Hij beschrijft zijn reactie op de eerste zitting als volgt:

"Het feit dat het nauwkeurig beschreven moest worden, verminderde de lust tot het bijten aanzienlijk. Ik zou het slap vinden om door te bijten. Als object koos ik de rechterduim voor de keren dat ik toch beet. Het hielp heel goed tot de 6e dag, toen hebben alle vingers een beurt gehad".

Op de tweede zitting heeft hij nauwelijks gebeten, gemiddeld tweemaal op de duim en eenmaal op alle vingers. Hij krijgt nu de volgende opdracht: wanneer hij zijn hand naar zijn mond brengt, is het hem toegestaan indien hij zich niet tegen het nagelbijten meer kan verzetten, nagel te bijten. Alvorens dit

figuur 1. (voor begeleidende tekst: zie hoofdstuk 2.2)



Nagelbijter

Forceps mordax

Klein, schuw bijtertje dat razend iedere draadnagel te lijf gaat die ook maar een millimeter uitsteekt. Leeft in de omstreken van Tanger; de jonge vogels worden daar ondanks alle verboden van de regering gevangen en afgericht, hetgeen de plaatselijke tangenindustrie jaarlijks grote schade toebrengt. Een Nagelbijter kan een leeftijd van twaalf jaar bereiken en verwerkt per dag moeiteloos zo'n 800 à 950 draadnagels, de kleinere niet meegerekend.



(Uit: Halbritters dieren- en plantenwereld, 1976)

echter te doen, zal hij op een registratielijst die hij bij zich draagt, schrijven "Ik ben in behandeling voor nagelbijten en ik wil graag van deze gewoonte afkomen". Nadat hij gebeten heeft, moet hij om te voorkomen dat hij weer helemaal terugvalt drie minuten een plastic handschoen dragen. Wanneer hij de volgende maal komt, vertelt Karel niets gevoeld te hebben voor het regeltjes schrijven. Hij heeft echter ook niet meer op de nagels gebeten. Wanneer de therapeut zijn teleurstelling uitspreekt over het feit dat cliënt zich niet houdt aan gemaakte afspraken, ontstaat een lichtgespannen sfeer. Karel schrijft er later over:

"Ik heb die week dus niet gebeten en niet geschreven. De reactie van de therapeut was enigszins teleurgesteld. Het doel was toch voorlopig wel bereikt".

Bij de 2 follow-up-zittingen verandert de situatie van Karel niet. Hij bijt geen nagels meer, hij manicuurt zijn handen zorgvuldig. De gehele behandeling is op de eerste zitting met de cliënt doorgenomen. Ook de datum waarop hij eindelijk nagelbijter-af is, is reeds bij de intake bepaald. Karel schrijft hierover:

"In de loop van de week, woensdag, krijg ik het benauwd. Morgen beoordeling + evaluatie van de vingers. Ik trommel herhaalde malen met de nagels op de tanden en zeg tot mezelf: bijt er maar eens rustig op los als je durft. Het probleem is dan dat het hele effect voor niets is en ik ben er juist zo trots op. Het kost veel meer moeite om op proef de tanden erop te zetten, dan het opgelucht terugtrekken van de vingers".

3. Discussie

3.1 In de gedragstherapeutische literatuur is een groot aantal artikelen verschenen over de behandeling van "verkeerde gewoonten" (vgl. Davidson & Denney, 1976; Vargas & Adesso, 1976; Horan e.a., 1974). De zogenaamde "Habit Reversal"-methode van Azrin en Nunn (Azrin & Nunn, 1973 en Nunn & Azrin, 1975) lijkt het meest succesvol te zijn.

Azrin en Nunn beschrijven de behandeling van een twaalfstal cliënten met verschillende "gewoonten". Deze behandeling is als volgt:

1. Monitoring vanaf een week voorafgaand aan de zitting.
2. Bewustzijnstraining: hierbij wordt de cliënt bewust ge-

alleen 3 Ka al voldoende
mits klant nóg goed weet heeft re-
spons

maakt van de karakteristieken van zijn gewoonte en van de response-keten die leidt tot de ongewenste activiteit.

- 3. De cliënt wordt een response aangeleerd die onverenigbaar is met de ongewenste activiteit. Deze niet met het gewoontegebaar te combineren handeling
 - bestaat uit een beweging tegenovergesteld aan de nerveuze gewoonte,
 - moet enige minuten volgehouden kunnen worden,
 - dient cliënt bewust te maken door een isometrische contractie van bepaalde spieren,
 - dient sociaal onopvallend te kunnen plaatsvinden,
 - dient bij een tic de antagonistische spieren te versterken

Voor de verschillende gewoonten en tics beschrijven zij vervolgens deze competitieve motorische activiteiten, bijvoorbeeld bij de tic clavculaire houdt de cliënt een drietal minuten zijn schouders isometrisch gespannen in een zo laag mogelijke stand; bij nagelbijten of duimzuigen adviseren zij het vastgrijpen van voorwerpen en/of het ballen van de vuisten. De gehele behandeling neemt een tweetal uren in beslag met enige follow-up telefoontjes. Ondanks deze zeer korte behandelingsduur nadert het succespercentage de 100%.

Deze benadering is een zelfcontrole-techniek waarbij een S-R interventie toegepast wordt met behulp van de competitieve motorische activiteit, zo vroeg mogelijk in de responseketen uitgevoerd. Bovendien is er een uitgebreide zelfmonitoring. De toepassing van de competitieve activiteit na het optreden van de ongewenste handeling is als een negatieve zelfbestrafing op te vatten.

Interessant zijn de onderzoeken van Davidson & Denney die tot de conclusie komen bij vergelijking van de resultaten van behandelingen met verschillende gedragstherapeutische technieken bij nagelbijten, dat non-specifieke behandelingsfactoren voldoende zijn om verbetering te bewerkstelligen en bijvoorbeeld niet significant slechter werken dan Covert-sensitisatie. Uit het onderzoek van Vargas en Adesso blijkt het grote belang van het bewustwordingsproces en de zelfregistratie van het nagelbijten voor het succes van behandelingen van nagelbijters.

de zin die hi moet opschrijven is
is compatibel
verenigbaar met het negelbitt
⇒ Konjunctieve dissimatie → behuifte
tot Konsonantie = het negelbitt

3.2 Bij de hier beschreven gevallen wordt een zelfcontrole-techniek toegepast. Bij de vrouw met het haartrekken wordt zelf-registratie, S-R-interventie met behulp van een punishment (vgl. Horan e.a., blz. 397) zo vroeg mogelijk in de response-keten en een negatieve zelfbestraffing gebruikt. Bovendien vangt cliënte zelf door van haar familie te eisen zich niet meer met haar haartrekken te bemoeien, een zeker aanwezige intermitterende reinforcement weg. Daarna wordt de weg vrij voor de bekrachtiging door de omgeving.



Bij de nagelbijtende tandarts bestaat deze procedure uit zelfmonitoring, S-R-interventie (Horan e.a., 1974) en een zelfbestraffing die als een zichzelf opgelegd juk werkt (Van der Hart, 1977). Ook hier speelt later sociale bekrachtiging een belangrijke rol: wanneer zijn nagels zichtbaar gegroeid zijn, bezoekt hij zijn ouders om hen het resultaat te laten zien.

3.3 Lange (1976) beschrijft de behandeling van een man die met de ogen knippert. Na enige aarzeling in de beginfase van de behandeling welke behandelingsstrategie te kiezen, wordt voor een benadering volgens Azrin en Nunn gekozen. Als incompatibele response voor met de ogen knipperen wordt intensief kijken, observeren genoemd. Dit observeren voldoet echter niet aan de door Azrin en Nunn genoemde voorwaarden van de incompatibele response, met name ontbreekt hier de isometrische contractie van bepaalde spiergroepen (de antagonistische) die cliënt bewust dienen te maken van het uitvoeren van de incompatibele response. Een dergelijke response bij het ogenknipperen, is b.v. het opensperren van de ogen, gevolgd door een isometrische contractie (i.e. een verhogen van de spierspanning zonder dat de lengte van de spier verandert) van deze spieren. Bovendien dient de incompatibele response als S-R-interventie of negatieve zelfbestraffing gegeven te worden. Het oefenen van het observeren dat Lange voorschrijft, kan niet bij Azrin en Nunn's methode ondergebracht worden.

In aansluiting aan de publicatie van Lange behandelt Tine Druijf een vrouw met een hoofdschud-tic; zij laat cliënte als zelfbestraffing en als S-R-interventie tekenen met de linkerhand - cliënte is rechtshandig -. Ook deze strategie doet, evenals bij de cliënt van Lange het aantal bewegingen aanzienlijk dalen.

Gelet op de behandelingsduur - bij Lange 8 zittingen en bij Tine Druijf een vergelijkbaar aantal - verdient vooralsnog de behandeling met een incompatibele response volgens Azrin en Nunn de voorkeur bij cliënten met een tic.

3.4 In de beginfase van een behandeling met behulp van een zelfcontroleprocedure kan de bekrachtiging door de therapeut een belangrijke rol spelen (vgl. Thoresen & Mahoney, 1974, blz. 63). In dat geval dreigt het gevaar dat de cliënt klachten heeft en de therapeut moet proberen hem te "genezen" door de cliënt een zo succesvol behandelingsplan aan te bieden. In een aantal gevallen kan het de voorkeur verdienen de cliënt nog eens te vragen waarom hij toch van zo'n klein ongerief af wil - iedereen heeft wel wat - en of de bezwaren van de verkeerde gewoonte wel opwegen tegen een veel van hem eisende, weliswaar vrijwel altijd succesvolle behandeling. Hierbij wordt een zelfcontroleprocedure meer expliciet in een paradoxale context geplaatst (d.i. steeds impliciet bij een zelfcontrole aanwezig; je vraagt me om hulp, ik zeg je het zelf te doen) en kan aldus een mogelijke machtsstrijd binnen de therapeutische situatie direct op een plezierige wijze geregeld worden. De cliënt wint als hij klachtenvrij wordt.

3.5 Het zondermeer beëindigen van een symptomatische behandeling, nadat het symptoom verdwenen is, is een ongewenste gedragslijn. Goldiamond (1965) stelt: "there is a danger in the premature assumption that the alteration of the presenting problem is the final problem". Bij de hier beschreven cliënte met het haartrekken blijkt na het succesvol behandelen van deze klacht ernstige relationele problematiek aan de orde te komen. Ook gezinnen of echtparen die "normaal" functioneren, kunnen - doordat een van de gezinsleden na een zelfcontroleprogramma minder onzeker en meer strijdbaar is geworden - een crisisperiode doormaken. Het verdient aanbeveling zelfs bij een behandeling van een "onschuldige" verkeerde gewoonte hier aandacht aan te schenken bij de follow-up.

3.6 Azrin is, wanneer men zijn behandelingsresultaten leest, de meest succesvolle therapeut van dit tijdperk, gezien zijn

successen bij de behandeling van o.a. enuresis diurna bij zwakzinnigen (Azrin & Foxx, 1971), agressief gedrag bij zwakzinnigen (Foxx & Azrin, 1971), stotteren (Azrin & Nunn, 1974), enuresis nocturna (Azrin e.a., 1974), enuresis diurna (Foxx & Azrin, 1973), nagelbijten (Nunn & Azrin, 1976) en ongewenste gewoonten (Azrin & Nunn, 1973). Vrijwel steeds scoort hij een succespercentage van 95 - 100%. Hoewel Azrin zijn behandelingsstrategieën gedetailleerd beschrijft, dient de therapeut die deze strategie nauwgezet volgens Azrin wil toepassen, zich te realiseren dat soms een resultaat bereikt wordt dat lager ligt dan 100% (vgl. De Haan & Hoogduin, 1977; Beer, 1977).

4. Nabeschuwing

De zelfcontrole-procedure is een therapie die een grote kans op succes heeft bij de behandeling van "verkeerde gewoonten".

De methode van Azrin en Nunn is bij uitstek geschikt voor de behandeling van tics.

Naast het grote belang van een beperkt aantal behandelingsuren (Azrin besteedt ongeveer twee uur aan een dergelijke behandeling), is deze strategie zeer geschikt om ingepast te worden in een uitvoeriger directieve therapie waarbij ook meer gecompliceerde problemen aan de orde komen.

Referenties

Azrin, N.H. & R.M. Foxx (1971):
A rapid method of toilettraining the intitu-
tionalized retarded,
J. of Appl. Behav. Anal. 4, 89 - 99

Azrin, N.H. & R.G. Nunn (1973):
Habit-Reversal: a method of eliminating
nervous habits and tics,
Behav. Res. & Ther. 11, 619 - 628

Azrin, N.H. & R.G. Nunn. (1974):
A Rapid method of eliminating stuttering by
a regulated breathing approach,
Behav. Res. & Ther. 12 (1974), 279 - 286

Azrin, N.H., F.J. Sneed & R.M. Foxx (1974):
Dry-bed training: rapid elimination of child-
hood enuresis,
Behav. Res. & Ther. 12, 147 - 156

Beer, R. (1977): De behandeling van een stotterende jongen
volgens Azrin (Persoonlijke mededeling)

Beiboer, J.L., P.H. Damsté, P.G. Elffers & H.M. van Grutting (1970):
Afwijkende mondgewoonten,
Stafleu, Leiden

Davidson, A. & D.R. Denney (1976):
Covert sensitization and information in the
reduction of nailbiting,
Behav. Ther. 7, 512 - 518

Druijf, T. (1977): Persoonlijke mededeling

Foxx, R.M. & N.H. Azrin (1972):
Restitution: a method of eliminating aggressive-
dirruptive behavior of retarded and brain-
damaged patients,
Behav. Res. & Ther. 10 (1972), 15 - 27

Foxx, R.M. & N.H. Azrin (1973):
Dry pants: a rapid method of toilettraining
children,
Behav. Res. & Ther. 11, 435 - 442

Goldiamond, I. (1965): Self-control procedures in personal behavior problems,
Psychological Reports 17, 851 - 868

Haan, E. de & C.A.L. Hoogduin (1977):
De behandeling van een beddeplasser I.,
Delfschrift 3 (1), 70 - 74

Hart, O. van der (1977): De last is te zwaar
in: C.P. van der Velden e.a.
Directieve Therapie,
Van Loghum Slaterus, Deventer

Horan, J.J., A.M. Hoffman & M. Macri (1974):
Self-control of chronic fingernail biting,
J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. 5, 307 - 309

Lange, A. (1976): De behandeling van een man met een tic,
T.D.T. 3 (8), 14- 27

Nunn, R.G. & N.H. Azrin (1976):
Eliminating nailbiting by the Habit Reversal
procedure,
Behav. Res. & Ther. 14, 65 - 67

Thoresen, C.E. & M.G. Mahoney (1974):
Behavioral self-control,
Holt, Rinehart & Winston, New York

Vargas, J.M. & V.J. Adesso (1976):
A comparison of aversion therapies for nail-
biting behavior,
Behavior Therapy 7, 322 - 329

Vleugels Schutter, G.J.N. & J.T.F. Sluiter (1972):
Hyperkeratosis et parakeratosis verruciformis:
een equivalent van nagelbijten,
Ned. T. Geneesk. 116 (44), 1991 - 1993

LANG(ER) DURENDE (-DURIGE) (PSYCHO)T(H)ERAPIE.

Is lekker 12 zittingen lang?

LEEN JOELE.

- langdurig, bn; bw (lang van duur):
 een langdurig onderhoud, een -e ziekte;
 langdurigheid, v.
- therapie, v. (Gr. therapeia (= genezing):
 wijze van geneeskundig behandelen;
 onderdeel van de geneeskunde daarop betrek-
 king hebbende); ook tera-.

I. PSYCHOTHERAPIE.

Koenen en Endepols (1956) bieden de zoeker naar een definitie van langdurige psychotherapie niet veel hulp, evenmin trouwens als meer in psychotherapie geïnteresseerde auteurs; de moeilijkheden beginnen al bij het Psycho-: wat is psychotherapie eigenlijk? Bellak (1977) stelt: psychotherapy is basically a very simple process without any mystique. It involves unlearning, learning and relearning. We are the product of our own coquitive past." De auteur houdt vervolgens een pleidooi voor dynamische psychotherapie, omdat alleen de theorie van de psychoanalyse - "embraces the most detailed and most complex hypotheses concerning the acquisition of experience in interaction with maturational phases."

Karasu (1977) ziet het, in een inventarisatie van wat er als psychotherapie aangeprezen werd en wordt, toch wat minder simpel: niet minder dan 53 verschillende soorten psychotherapie worden vermeld; hij stelt dan ook, terecht wat somber, :
 although there appears to be some unifying thread ... a comparable bond does not exist ... the author questions the potential unification of the psychotherapies ...

Vele auteurs hebben geprobeerd kenmerken te beschrijven die alle psychotherapieën gemeen zouden hebben (o.a. Luborsky, 1975): goede relatie, bevorderen van het uiten van emoties,

door cliënt en therapeut gedeeld geloof, etc. Deze kenmerken gelden evenwel b.v. ook voor een goede huisarts-patient relatie.

Zolang alles nog zo vaag is kan het woord psychotherapie beter verdwijnen; gesprekstherapie omschrijft beter wat mensen die met praten andere mensen van klachten proberen af te helpen, aan het doen zijn.

II. GESPREKSTHERAPIE.

Psychotherapie moet misschien erg lang duren, maar welke gesprekstherapeut zou nu langer (of korter) willen praten dan nodig is?

Het ligt voor de hand dat therapeuten die zich baseren op theorieën die pretenderen het menselijk gedrag vanuit een axiomatisch geformuleerd uitgangspunt te kunnen verklaren in zijn oorsprong en verschijnselen niet snel uitgepraat zullen raken; wie structuren wil veranderen moet inderdaad opnieuw gaan bouwen, zelfs als hij die structuren met Rapaport (1967) definieert als "processes of slow rate of change". Bellak stelt: "psychotherapy is then concerned with the regrettably slow change of those structures which need changing to permit one to live with less maladaptation and less subjective pain and dangers for others."

De tegenstellingen tussen verschillend geöriënteerde gesprekstherapeuten komt juist naar voren in wat nodig is. Wat "nodig" is kan gedefinieerd worden vanuit het referentiekader van de therapeut (b.v. mensen moeten structureel veranderd worden - zelfs geëmancipeerd (b.v. Polak, 1977) - of vanuit de denkwereld van de cliënt. Anders gezegd: een gesprekstherapeut kan opteren voor de rol van evangelist voor een van 53 of meer religies of hij kan proberen pragmatisch te zijn (vgl. ook Joele 1977).

III. THERAPIE.

Direktieve therapeuten proberen pragmatisch te zijn; zij zullen dan ook niet zo geneigd zijn om hun therapie omstandig te definieren vanuit één theorie, aangezien dat slechts zou leiden tot de toevoeging van nog een heilige koe aan de door Karasu verzamelde kudde en vooral strijdig zou zijn met het feit dat "de pragmatische aanpak" een metaprincipe is (van der Velden 1977).

Om dezelfde reden klinkt de kreet: "het aantal zittingen wordt beperkt gehouden" als kenmerk van direktieve therapie voor de buitenstaander misschien wat te krijgshaftig. Juist de therapeut die zijn aanpak baseert op pragmatische overwegingen: "Wat helpt bij dit probleem bij deze patient", zal, om pragmatische redenen, soms met cliënten lang doorgaan. Wie van "korte therapieën" een heilige koe maakt, kan zich de volgende opmerking van Bellak aantrekken: "Usually the most popular fads in psychotherapy are predicated upon the short time benefits of cathasis. Whether they are dianetics, EST, or primal scream method hardly makes any difference. They involve a short lived change in responses which, if there are no miracles in relearning, cannot affect the long acquired structures." Perls (1969) spreekt in dit verband van het groeiend aantal der "turner-onners: if this is becoming a faddism, it is as dangerous to psychology as the year-decade-century-long lying on the couch."

IV. INDICATIES VOOR LANG(ERE) THERAPIE.

1. Begeleiding.

Het wemelt in de geestelijke gezondheidszorg van mensen die al jaren door verschillende therapeuten, soms uitstekend, behandeld zijn en niettemin zodanige klachten houden dat hulpverlening geboden blijft om erger te voorkomen. Een voorbeeld: iemand met een manisch-depressieve psychose houdt begeleiding nodig, juist, hoe paradoxaal dat ook moge klinken, om zijn zelfredzaamheid te bevorderen. Uitleg over de medikatie, het motiveren, ook van de familie, om tijdig aan de bel te trekken, kan veel ellende

voorkomen en moet gegeven worden door een therapeut die wat langer adem heeft dan één depressieve of manische fase duurt. Ten overvloede, juist tijdens een depressie zal de therapeut ook gesprekstherapeutisch zich moeten inspannen.

2. Behandeling van adolescenten.

Adolescenten zijn "in de groei". Ook na een zorgvuldige gedragsanalyse kunnen deze cliënten de therapeut voor telkens nieuwe problemen plaatsen; in feite kan dat een teken zijn dat de therapie aanslaat: er komt door de therapie ruimte voor nieuwe ontwikkeling. Een voorbeeld: de therapie van Harold in *Uncommon Therapy* (Haley 1973).

3. De cliënt blijft (zonder terug te vallen in oude kwalen) gestadig verbeteren!

Sommige, dikwijls juist zeer gehandicapte, cliënten bereiken een van te voren afgesproken doel, doch voelen zich daardoor juist aangemoedigd om in therapie te blijven. Wanneer de therapeut dan ook vindt dat er "groei" (in de zin van een redelijke kans op verdere symptoomreductie) inzit, moet hij doorgaan. Een voorbeeld: Jannie en de Voodoo (Joele 1976). Jannie is nog steeds in behandeling, nu in totaal 2 jaar. Na een $\frac{1}{2}$ jaar dagbehandeling zijn de ergste angsten en de suicidaliteit verdwenen, de psychofarmaca zijn gestopt en ze is orgastisch geworden. Thans wil ze er ook beter gaan uitzien en wordt het overgewicht middels een self-control procedure (vgl. Hoogduin, 1977) aangepakt. Tevens begint de kinderwens te spelen. Wanneer dan in 2 jaar niet alleen een goede relatie doch ook en vooral een goede symptoomreductie bereikt is en de cliënten nog alleszins inzichtelijke wensen hebben, is het onverantwoord om te stoppen.

4. Het klinisch effect van lang doorgezette therapie kan, naar mate de jaren vorderen, nauwelijks meer opvallen doch wel degelijk aantoonbaar zijn.

Mattes et aff.(1977) vonden in een vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van korte versus lange psychiatrische opnames dat langdurig opgenomen cliënten na ontslag significant minder psychopathologie vertoonden dan een groep van kortopgenomen cliënten.

Deze toevalsbevinding bleek te berusten op het feit dat langdurig opgenomen patienten (die overigens ook vaker heropgenomen werden) meer individuele psychotherapie kregen na ontslag.

Een dergelijke bevinding pleit ook weer voor "het begeleiden". Voor deze aktiviteit is m.i. de omschrijving "een beetje steunen" te denigrerend. "Een beetje steunen" is vaak aanzienlijk moeilijker, gesprekstherapeutisch, dan het flitsend behandelen van een bloosvrees.

5. Tenslotte een wat moeilijk te rubriceren reden om cliënten lang te houden: "Je moet een paar moeilijke houden om je eraan te herinneren dat het een moeilijk vak is." (van Dijk 1974).

LITERATUUR.

- Bellak, L.; 1977; Once over; What is Psychotherapy?
Editorial; The Journal of Nervous and Mental Disease; 165; 5.
- Dijck, Richard van; 1974; Persoonlijke mededeling.
- Haley, J.; 1973; Uncommon Therapy;
Ballantine Books; New York.
- Hoogduin, C.A.L.; 1977; Een zelfcontrole procedure bij een
vrouw met eetaanvallen en adipositas.
TDT 4, 3.
- Joele, L.J.; 1976; Dagbehandeling in het psychiatrisch zieken-
huis Bloemendaal; deel III: Jannie en de Voodoo;
TDT 4, 1.
- Joele, L.J.; 1977; De behandeling van een cliënt met conversie
verschijnselen; TDT 5, 1.
- Karasu, Toksoz B.; 1977; Psychotherapies: An overview;
American Journal of Psychiatry; 134; 8.
- Koenen, M.J.; Endepols, J.; 1956; Verklarend Handwoordenboek
der Nederlandse Taal;
J.B. Wolters; Groningen; Djakarta.
- Luborsky, L.; Singer, B.; 1975; Comparative studies of Psycho-
therapies;
Archives of General Psychiatry; 32; 995-1008.
- Mattes, J.A.; Rosen, B.; Klein, D.F.; 1977; Comparison of the
clinical effectiveness of "short" versus "long" stay psychiatric
hospitalisation.
II Result of a 3 year posthospital follow up.
The Journal of Nervous and Mental Disease; 165; 6.

- Mattes, J.A.; Rosen, B.; Klein, D.F.; Millan, Dolores;
Comparison of the clinical effectiveness of "short" versus
"long" stay psychiatric hospitalisation.
III Further results of a 3 year Posthospital Follow up;
Journal of Nervous and Mental Diseases; 165; 6.

- Perls, F.; 1969; Gestalt therapy Verbatim;
Bantam Books; New York.

- Polak, Freek; 1977; Psychotherapie en Emancipatie;
Tijdschrift voor Psychotherapie; 3; 1977/5.

- Rapaport, D.; Cognitive structures; 1957; In Gill, M; Ed;
The collected papers of David Rapaport.
Basic Books; New York; 1967.

- Velden, Kees van der; Dijck, Richard van; Wat is directe
therapie? In Directieve Therapie; ed. Kees v.d. Velden;
1977; Van Loghum Slaterus; Deventer.

Over de noodzaak tot langdurige therapie:

Richard Van Dijck

De praktijk leert dat in een niet onaanzienlijk aantal gevallen een korte behandeling van 10 à 15 zittingen geen soelaas biedt. Hierbij volgt een voorlopige lijst van factoren die bij mijn weten ertoe hebben bijgedragen dat therapieën aanzienlijk kunnen uitlopen.

1. De complexiteit van de problematiek. Hiermee wordt bedoeld dat een behandeling waarin 10 klachten moeten worden bestreden veelal langer zal duren dan een waar maar 3 klachten een rol spelen. Dit is een regel met veel uitzonderingen, want soms verdwijnen een aantal klachten zonder uitdrukkelijke behandeling als één of enkele van de problemen zijn opgelost. Ook komt het voor dat cliënten aanvankelijk een beperkt aantal klachten melden, maar dat naarmate de behandeling vordert, oorspronkelijk verzwegen klachten komen opduiken.

2. De klachtenduur: Weakland et al (1974) stellen dat chronische problemen zich alleen maar van acute problemen onderscheiden doordat de foute oplossingen reeds voor langere tijd zijn aangehouden. Dit is een fris uitgangspunt om tegen een langdurige problematiek aan te kijken, maar niet altijd zijn frisse ideeën direct bruikbaar. Een langdurige klachtenperiode heeft vaak voor gevolg dat een heel netwerk van bekrachtiging en vaste rolpatronen rond het voortbestaan van de klachten is opgebouwd, gaande van sociale voorzieningen tot een omgeving die alleen nog maar op ziekte is ingesteld. Het sloopwerk dat dan nodig is om alternatieven te openen kan zeer tijdrovend zijn. Ook hier zijn er weer legio uitzonderingen, maar als algemene tendens is chroniciteit wel een factor die de therapieduur zal verlengen.

3. Therapie bij alleenstaanden en sociaal geïsoleerden: cliënten zonder gezin en zonder baan neigen er gauw toe om in het contact met de therapeut een substituut te zoeken voor de hen ontbrekende sociale relaties. Dit kan en moet wel tegengegaan worden, maar het is een extra hindernis die moet overwonnen worden.

4. "Ernstige" problematiek; waarbij een grote psychologische afstand bestaat tussen de huidige situatie en de (volgens de therapeut) wenselijke toestand. Hoewel weinig systematisch in kaart gebracht is over de "zwaarte" van problematiek blijkt uit de praktijk wel dat identieke klachten qua ernst verschillen naar gelang de context en de nevenverschijnselen. Zo is vaginisme bij een geremde vrouw die reeds langere tijd een relatie heeft en daarbij ook nog mictiestoornissen heeft, erger en moeilijker te behandelen dan dezelfde klacht bij een jong meisje dat onder ongunstige omstandigheden sinds kort sexueel experimenteert. Anorexia bij een meisje in de puberteit met uitblijven van de menstruatie is erger dan een overeenkomstig gewichtsverlies bij een vrouw met kinderen die in een aanwijsbare stress situatie verkeert. Controledwang die 5 uur per dag in beslag neemt zal moeilijker te behandelen zijn dan een identiek ritueel dat in één uur is afgehandeld, etc...
5. Cliënten die zich hebben ingesteld op een lange therapie krijgen over het algemeen ook langere therapie. Het is daarom belangrijk om bij het begin te informeren naar de tijd die men heeft uitgetrokken voor de gewenste veranderingen zullen bereikt zijn. Het is soms treffend hoe moeilijk over dit punt kan onderhandeld worden: zelfs het bereiken van het afgesproken doel kan met teleurstelling en wantrouwen worden begroet als het te vroeg komt.

Tot slot een opmerking over de interacties tussen therapeut en cliënt tijdens langdurige therapieën van b.v. meer dan 50 zittingen. Met het toenemen van het aantal ontmoetingen verandert ook de relatie. De verleiding om bij niet geheel relevante onderwerpen stil te staan neemt toe. Wanneer de therapeut zich neerlegt bij een trager tempo van verandering, worden vanzelf de zittingen ook wat minder afwisselend. Ik besteed dan relatief meer tijd aan steunende en motiverende opmerkingen en aan "social talk". Het zichtbare of meetbare rendement per zitting daalt in vergelijking met korte therapie; de uiteindelijk bereikte verandering is niet noodzakelijk diepgaander of omvangrijker, het heeft alleen meer tijd gekost. Niet altijd kan dit verlies aan rendement voorkomen worden met therapiepauses, omdat sommige cliënten het helemaal laten afweten als ze niet regelmatig een duwtje krijgen. Bij enkele therapieën die meerdere jaren geduurd hebben, heb ik echter het gevoel dat er inderdaad aanzienlijkere veranderingen bereikt zijn en ook nodig waren dan in een kort bestek mogelijk was geweest. Mede vanwege de persoonlijke relatie die bij een lange therapie gaat optreden horen deze behandelingen tot degene waaraan ikzelf het meeste voldoening ontleen.

Literatuur:

Weakland, J.H., R. Fisch,
P. Watzlawick & A.M. Bodin

1974. Brief Therapy: Focused Problem
Resolution
Family Process, 13 (2), 141 - 168

40
Kees Hoogduin,
januari 1978

1. Wanneer directieve therapeuten lang genoeg vanuit een bepaalde behandelingsplaats opereren, komen zij tot de (onverwachte) conclusie dat de korte directieve behandeling van een aantal cliënten nu al meerdere jaren beslaat. Toch kan bij kritisch onderzoek van de behandelingsprotocollen blijken dat er van een zinloze voortzetting van de behandeling geen sprake is.
Als de therapeut samen met enige collegae in een jaarlijkse evaluatievergadering met ruilbeurs-mogelijkheden zit, wordt hij regelmatig geconfronteerd met een aantal cliënten waarmee hij vastgelopen is en met een aantal cliënten dat na een jaar nog steeds in een goed lopende behandeling zit.
Bij het bestuderen van de langlopende therapieën waarbij voortzetting zinvol lijkt, kunnen mogelijk criteria ontwikkeld worden waardoor voortaan reeds aan het begin van de behandeling de verwachting van een langdurige behandeling uitgesproken wordt.
2. Het streven zal zijn om reeds na de intake in staat te zijn een uitspraak te doen met betrekking tot de duur van de behandeling, hoewel rekening gehouden moet worden met het gegeven dat het doen van zulk een schatting de duur van de behandeling zelf weer beïnvloedt.

2.1 De klachten

Een aantal cliënten heeft een dusdanige hoeveelheid klachten dat na de klachteninventarisatie onmiddellijk duidelijk wordt dat de gepresenteerde problematiek vele zittingen zal vragen.

Een voorbeeld:

Mevrouw Kantoor meldde zich aan met een straatfobie, hyperventilatie-aanvallen, secundaire anorgasmie, een tandartsenfobie bij een zeer carieus gebit, paedagogische problemen en relatieproblemen, dit alles met een hardnekkige en al jaren bestaande depressie overgoten.

2.2 De voorgeschiedenis

De voorgeschiedenis kan ook een aantal aanwijzingen geven voor

een langdurige behandeling.

2.2.1 Accident-proneness:

Soms komt nadrukkelijk uit de anamnese naar voren hoe de ene ramp na de andere het leven van de cliënt teistert. Net is de cliënt hersteld of het noodlot slaat weer toe. Een voorbeeld:

Mevrouw Schaak, gescheiden van een agressieve alkoholist, slipt met haar bromfiets, terwijl zij op weg is om haar automotilerende oligofrene kind in een inrichting te bezoeken. Ze voelt zich al weer wat beter na de klap verwerkt te hebben die haar oudste dochter haar toebracht met de mededeling in huis te gaan wonen bij een vrouw waar cliënte net een lesbische relatie mee verbroken had. De wasmachine gaat eens per maand kapot, evenals de t.v. en haar brommer. Het hondje waar ze zeer aan gehecht is, bijt de haar bezoekende therapeut in zijn benen en moet daarna afgemaakt worden omdat het aan een hersentumor lijdt met vergaande agressieve ontladingen. Vervolgens wordt bij de tweede dochter Morbus Bechterew gediagnosticeerd wat een akelige, tenslotte ernstig invaliderende ziekte is. De rust in huis keert weer terug wanneer de ruziemakende oudste zoon in militaire dienst gaat. Doch de rust is van korte duur, omdat een tank hem over de beide benen reed toen hij op de heide uitrustte. Tot cliënte zich door haar dochters tenslotte zo bedreigd voelt dat ze een hamer pakt en gillend zegt dat ze moeten ophouden, op dat moment wordt ze zonder vorm van proces enige maanden in een krankzinnigengesticht geplaatst.

2.2.2 Mensen die van kind af aan ernstige psychische klachten gehad hebben:

Een voorbeeld:

Mevrouw Been had als 7-jarige een aantal eigenaardige gedragingen. Zondagsochtends, omdat ze nuchter de communie wilde ontvangen, hield ze de mond gesloten om te vermijden dat er zelfs maar een stofje in haar mond zou komen. In haar verdere leven volgden schoolfobische verschijnselen, slapeloosheid, vaginisme, dwangrituelen, anorexie en depressiviteit.

2.2.3 Recidiverende psychosen:

Hierbij kunnen de doelstellingen zeer gedetailleerd worden om tenslotte cliënt optimaal te wapenen tegen de eisen van het leven en de kans op het uitbreken van nieuwe psychotische gebeurtenissen te verkleinen.

3. Bij het beschrijven van een aantal langerdurende behandelingen realiseerde ik mij dat het niet uit te sluiten is dat directieve therapeuten - in navolging van Rümke - tenslotte iemand 40 jaar zinnol in een kortdurende directieve behandeling zullen hebben.

Kees van der Velden

1. Inleiding

In publicaties over directieve therapie wordt het probleem van de tijdsduur niet altijd even nauwkeurig behandeld.

Directieve therapie zou als regel *kort* zijn, maar wat daaronder verstaan moet worden wil nog wel eens onduidelijk wezen. Slaat het begrip kort op het *aantal zittingen* of op de *totale behandelingsduur*?

Weakland et al. (1974) behandelen hun patiënten gedurende maximaal tien *wekelijkse* zittingen (totale behandelingsduur dus maximaal tien weken); Selvini Palazzoli et al. (1977) gaan eveneens uit van tien zittingen, maar die vinden zo'n beetje *om de maand* plaats (totale behandelingsduur dus al gauw een jaar). Zelf houd ik soms intervallen van zes weken tot vier maanden tussen de zittingen aan, waardoor ik aan korte behandelingen van acht zittingen kom die niettemin twee jaar in beslag nemen. (Op de redenen voor deze werkwijze kom ik nog terug.) Schraa (1977) geeft aan dat de geplande duur van een behandeling mede samenhangt met de doelen die met de behandeling worden nagestreefd. Zo

halve bladzijde

(Wordt vervolgd.)

Slaapproblemen:

hypnotische avoçaties en indirecte suggesties.

Richard Van Dijck

Inleiding:

Het doel van deze bijdrage is te rapporteren over de toepassing van Ericksoniaanse principes van indirecte suggesties zoals die met of zonder hypnose kunnen worden toegepast. Tevens wordt een techniek geïllustreerd waarmee op een eenvoudige manier zeer levendige beelden in de voorstelling kunnen worden opgeroepen.

De behandeling:

Het probleem waarvoor behandeling wordt gezocht is hinderlijk, maar niet dramatisch. Het gaat om een 40 jarige, intelligente vrouw. Haar baan in het onderwijs bevalt haar goed. In haar gezin zijn er enkele jaren geleden problemen geweest die na een korte echtpaartherapie goed zijn opgelost.

Zij lijdt sinds ruim een jaar aan slaapstoornissen die bestaan uit inslaap- en doorslaapmoeilijkheden. In de loop van de avond vraagt ze zich met zorg af hoe de nacht zal verlopen. In bed ligt ze te piekeren, veelal over dingen die op school gebeurd zijn of zullen gebeuren. Na een dergelijke nacht voelt ze zich moe, somber en ze is prikkelbaar. De klachten zijn vooral erg tijdens de prémenstruele periode. Ze vraagt zich af of deze slaapproblemen, die de laatste tijd steeds erger worden, een teken zijn dat haar baan haar teveel wordt; zij zou dit werk niet graag opgeven.

Ze gebruikt sinds jaren Valium 5 mg voor het slapen gaan, nu heeft ze 1 à 2 capsules Dalmadorm 15 mg, wat enige verbetering geeft, maar toch niet voldoende is voor een goede nachtrust. Ze wil geen zwaardere medicatie. Op advies van een kennis die arts is, vraagt ze om hypnose of autogene training. Ze zegt zelf dat ze daarin wel geïnteresseerd is, maar wat sceptisch t.o.v. dergelijke procedures.

Met dank aan Nel Notten voor het uitwerken van het geluidsbandje.

Verder blijkt bij de taxatiezitting dat ze ook enkele fobische klachten heeft en dat de manier waarop ze haar werk organiseert, zeker tot een te grote belasting aanleiding heeft gegeven. Deze aspecten blijven in dit verslag verder buiten beschouwing.

Volgens een eerder beschreven procedure (Van Dijck, 1977) wordt een bandje vervaardigd waarop na oogfixatie, spierontspanning wordt gesuggereerd, gevolgd door suggesties om tot een diepere trance te komen. Directe suggesties met betrekking tot het slaapprobleem worden op dit moment niet gegeven. Ze zal 2 maal per dag met een bandje oefenen. In de volgende zittingen blijkt dat het haar tamelijk lang kost voor ze zich zonder bandje kan ontspannen; ook rapporteert ze dat de diepte van de ontspanning, zelfs na enkele weken oefenen in feite niet toeneemt. Haar slaap is wisselend; over het algemeen beter dan daarvoor, maar ze gebruikt nog Dalmadorm en als ze die achterwege laat, zijn de oefeningen niet voldoende om de slaap te vinden. De therapeut besluit om eerst een zitting te wijden aan het verdiepen van de trance, met het plan om daarna het inslapen via een posthypnotische suggestie te vergemakkelijken en de preoccupatie over het onmisbaar zijn van slaapmedicatie d.m.v. een gesuggereerde amnesie tegen te gaan. De uitvoering van dit plan valt wat tegen. Bij de op klassieke wijze uitgevoerde verdiepingsprocedure lijkt ze goed te reageren, maar de suggestie tot anesthesie van één hand heeft geen erg overtuigend effect. Ook de als "proef" gegeven posthypnotische suggestie dat ze na het ontwaken sterke dorst zal voelen, wakkert meer haar scepticisme aan dan haar behoefte om een slok water te nemen. Van amnesie is helemaal geen sprake. Wegens tijdgebrek onderneemt de therapeut geen nieuwe pogingen en met de mededeling dat voor een eerste kennismaking met specifieke opdrachten het resultaat wel voldoende is wordt de zitting afgerond.

Het is niet verrassend dat bij de zitting daarop blijkt dat het die week veel slechter is gegaan. Hoewel ze zonder moeite zich kan ontspannen, ook in bed, voelt ze niet de minste slaapneiging opkomen. Ze noemt als voornaamste effect een leegte die na verloop van tijd overgaat in verveling. Dan komen er wel weer gedachten op die uitmonden in piekeren. Een gelukkige inval van de therapeut is het voorstel om, teneinde de verveling te voorkomen, haar een "mentaal breiwerkje"

te geven. Aldus kan een ontwikkeling die ook als weerstand zou kunnen beschouwd worden, worden gelabeld en behandeld als een technisch probleem.

Ze gaat graag in op dit voorstel en uit het verdere gesprek komt naar voren dat wandelen een activiteit is die haar boeit. Met name een gefantaseerde wandeling op het eiland Sark, één van de kanaaleilanden, waar ze regelmatig vakanties doorbrengt, spreekt haar zeer aan. Er wordt afgesproken te oefenen met het oproepen van een dergelijke wandeling in ontspannen toestand.

Hieronder is de daarbij gebruikte tekst verbatim weergegeven. De hypnose beslaat een periode van ongeveer 20 minuten. Bij elke duidelijke stempauze is een nieuwe regel gebruikt. Langere pauzes zijn aangegeven door het open laten van 1 à 2 interlinies.

-
- (1) "Wanneer je ligt mag je zelf beginnen met ontspannen
Ik ga je nu ook verder je eigen gang laten gaan en als je zover bent dat je een prettig ontspannen gevoel hebt
wil je dan een teken geven met de wijsvinger van je linkerhand.

(ze geeft teken na + 2 minuten) Ja, zeer goed
Nu je ontspannen bent
zowel wat je spieren betreft als ook geestelijk ontspannen
weet je ook dat naarmate je dat verder op je laat inwerken,
naarmate de tijd vordert

- (10) neemt die ontspanning gewoon toe
die wordt dieper
en je zou b.v. na verloop van tijd je best
op zoiets kunnen konsentreren als gevoelloosheid of andere fenomenen
gevoel van gewichteloosheid of andere dingen
herinneringen ophalen
maar ik geloof niet dat het erg nuttig zou zijn
ik denk niet dat het eigenlijk erg van pas komt
je kunt het even goed zo laten
prima, nou, je weet dat het mogelijk is
- (20) en verder is het van geen belang.

Wat wel nuttig zou zijn
waar je wel wat mee kunt
zijn die voorstellingen met gebruik van je fantasie
en van je herinneringen
op de momenten dat je ontspant en nog niet slaapt
om die te vullen op een voor jou prettige manier
zodat je ook niet het gevoel hebt dat je persé snel moet slapen
dat je je ook niet verveelt
maar dat je die ontspanning kunt blijven beleven als een prettig iets
(30) en niet als een soort saaie leegte

Om dat te doen zou ik je nu willen voorstellen dat je nu
in je fantasie
verplaatst naar het eiland Sark
dat je op het punt staat
om een lange wandeling te maken
Je vertrekt van een vertrouwd punt en je bent
één en al aandacht
voor alles wat je beleeft
de frisheid
(40) de zuiverheid van de lucht die je inademt

De wind van de zee op je wangen
het geluid van de rust

de kleur
van de lucht en de wolken
het pad onder je voeten

er valt zoveel te zien terwijl je er doorheen loopt
je wandelt vol aandacht
langs het pad dat je kent

je herkent al de vaste punten

(50) je neemt in je
de geluiden van vogels
veraf en dichtbij

het gevoel van vrijheid

dat je herkent van het verblijf op het prettige en overzichtelijke stukje
land

het prettige gevoel van vermoeidheid als je lang gewandeld hebt

de rust als je gaat neerzitten en uitrust

het opnemen van de warmte van de zon

de koelte van de lucht

de geluiden van de zee tegen de rotsen

(60) de verrassingen van een nieuwe wandeling

het vertrouwde van een bekende wandeling

de bereidheid om te genieten

en de rust en het prettige gevoel

dat volgt uit het genieten

de afstand tot de dingen van het gewone dagelijkse leven die je achter laat

en de bereidheid ze achter je te laten

de rust in je spieren

de rust in je geest

voorstellingen en gedachten

(70) fantasieën die overgaan in dromen

dromen waar je uit ontwaakt met een prettige herinnering

plezier dat je voelt om datgene te kunnen doen wat je nodig vindt

het besef

dat je zonder verveling

deze ervaringen steeds opnieuw kunt oproepen

Lg

de vorm van de huisjes en het geborgen gevoel dat ze je geven

en fantasieën die overgaan in of terugkomen in dromen

rust

die een verkwikkend gevoel geeft

(80) en waar je fris uit ontwaakt

er de mogelijkheid

om je ervaringen te variëren

uit te breiden

te veranderen

om nieuwe wegen te gaan

oude wegen op nieuwe manieren te gebruiken

de natuurlijke overgang van slapen in waken en waken in slapen

wanneer je deze wandeling in je voorstelling

(90) lang genoeg gevolgd hebt

kun je daarbij overgaan

in een rustige slaap

of een helder ontwaken

net wat je op het moment

het beste uitkomt

Je mag je nu gaan voorbereiden

om jezelf terug te roepen

Haar commentaar na afloop was dat ze de opgeroepen beelden zeer levendig en duidelijk had kunnen beleven en ze sprak haar verbazing erover uit dat de therapeut een dergelijke preciese beschrijving had kunnen geven van een plaats waar hij nooit was geweest.

Drie weken later vond de volgende zitting plaats. Met uitzondering van één keer had ze elke nacht uitstekend geslapen. Na de vorige zitting had ze zelf besloten de Dalmadorm maar te laten staan. De evocatie van de wandeling had ze maar drie keer hoeven te gebruiken; de andere nachten was ze meteen ingeslapen. Verder bracht ze tijdens de zitting naar voren hoe ze de afgelopen tijd anders was gaan denken over de kwaliteit van haar werk. Ze noemde een aantal activiteiten waarmee ze bijval had geoogst: in plaats van haar tot dan gebruikelijke scepticisme over haar eigen prestaties, zei ze die bijval eigenlijk wel terecht te vinden.

Een follow-up over langere tijd moet nog afgewacht worden.

Nabeschouwingen:

1. De techniek berust meer op evocaties dan op suggesties: d.w.z. de therapeut suggereert niet: "nu voel je de wind op je wangen" of "je bent nu vermoeid", maar een voorstelling wordt vrij globaal aangeduid, wat een impliciete uitnodiging inhoudt aan de cliënte om deze voorstelling verder in te vullen. Dat op deze uitnodiging duidelijk werd ingegaan blijkt uit haar commentaar achteraf dat ze verbaasd was dat de therapeut de situatie op het eiland zo precies kon weergeven. Omdat de cliënte zelf moet invullen, wordt ze sterker geëngageerd in het gebeuren en is het resultaat ook iets dat vanaf het begin als eigen en vertrouwd wordt beleefd en niet iets dat alsnog geassimileerd moet worden.
2. Overeenkomstig de adviezen van Bandler & Grindler (1975) werden systematisch de verschillende zintuigen in de inductie betrokken (zie 39 - 59). Dit resulteert in een meer totale beleving van de opgeroepen voorstellingen.
3. Therapeutische suggesties worden voornamelijk op een indirecte manier gegeven en zijn daardoor zelfs niet eens duidelijk herkenbaar als opdrachten. (cfr. Erickson, Rossi & Rossi, 1976). Bijvoorbeeld 69 - 71: als fantasieën overgaan in dromen dan impliceert dat inmiddels slaap is opgetreden, maar een directe uitspraak die weerstand of scepticisme zou kunnen oproepen, wordt vermeden.
81 - 86: "de mogelijkheid om je ervaringen te variëren etc...", heeft een suggestieve waarde eerder door hetgeen geïmpliceerd wordt, dan door hetgeen gezegd wordt. Bandler & Grindler (1975) geven als psycho-

linguistische verklaring voor dergelijke effecten: de toehoorder zal automatisch een poging doen om dergelijke algemene uitspraken te vertalen in: "ik heb de mogelijkheid om mijn ervaringen etc..."

Op deze manier zal 62 opgevat worden als een uitnodiging om te genieten en 65 - 66 zal er toe leiden dat de dingen van het dagelijkse leven op een (verre) afstand gelaten worden. Deze impliciete, indirecte manier van suggesties overbrengen gaat nog een stap verder dan de permissieve suggestie zoals die in 89 - 95 gebruikt wordt. Dit laatste houdt in dat verschillende mogelijkheden worden aangegeven, die alle als gunstig worden gelabeld. Bij impliciete suggesties wordt zelfs het feit dat een opdracht gegeven wordt "gemaskeerd". Men zou tegen het bewust toepassen van een dergelijke techniek bezwaar kunnen maken, maar men moet ook stil staan bij de vraag welke impliciete en soms negatieve suggesties therapeuten aan hun cliënten overbrengen zonder het zelf te weten.

Een aspect van deze impliciete suggesties is overigens dat ze steeds een soort "uitnodiging" blijven. Misverstanden of uitblijven van effect is steeds mogelijk, evenwel zonder dat de hypnotische relatie daardoor verstoord wordt, zoals dat bij de weigering van directe suggesties wel het geval is.

- 4. De evocatieve kwaliteit van deze voorstellingen of aanbiedingen hangt voor een belangrijk deel samen met het weglaten van werkwoorden en het gebruik van zelfstandige naamwoorden. Dit lijkt te leiden tot een enigszins poëtisch effect en een sterke sfeertekening.

Referenties

Bandler, R. & J. Grindler

(1975): Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson M.D., Vol I
Meta Publications, Cupertino

Dijck, R. Van

(1977): Een gestructureerde Hypnotherapie bij examenvrees
TDT, 4, 4 - 8

Erickson, M.H., E. Rossi & S. Rossi

(1971): Hypnotic realities
Irvington publishers, N.Y.

Een kwestie van timing

Naarmate mijn ervaring in therapie toeneemt, weet ik vaker welk advies ik de cliënt aan het einde van het eerste gesprek zou kunnen geven. Meestal kom ik daar echter pas mee in de tweede zitting. Ook al weet ik al heel nauwkeurig wat ik kan adviseren, ik sluit dan toch het eerste contact ongeveer als volgt af: "Ik heb al een globaal idee hoe ik u kan helpen met het oplossen van uw probleem. Maar alvorens ik dat advies aan u geef, wil ik daar nog goed over nadenken. Ik zal het u de volgende zitting geven. Mocht u, van uw kant, in de tussentijd op iets komen dat van belang voor de behandeling kan zijn, schrijft u mij dat en stuurt u mij dat tijdig op. Dan kan ik die informatie nog bij mijn overwegingen betrekken". Ik heb tenminste drie redenen om deze procedure te volgen:

1. Volgens mij komen cliënten naar de eerste zitting met de verwachting dat de therapeut hen zal vragen wat de aard van hun klachten is, etc. Ze hebben dan iets te vertellen. Ik vraag veel en laat hen ook veel vertellen. Vaak is tegen het einde van het eerste gesprek (met mij) nog niet het moment bereikt waarop de cliënt volledig receptief is voor een advies. We hebben een interactie-patroon gevormd, waarin hij vertelt en ik vraag. Als ik dan met mijn advies kom, dan ben ik ook bezig dit patroon te doorbreken. Dat kan bij elkaar te veel gevraagd zijn.
2. Met de suggestie die ik geef creëer ik bij de cliënt de verwachting dat ik een advies ga geven, en aan die verwachting beantwoord ik. De kans dat hij de raad zal aanvaarden is dan vermoedelijk groter dan wanneer ik het advies het eerste gesprek gegeven heb. Ik heb in plaats daarvan eerst hoop, maar ook onzekerheid gekreëerd. (vgl. Rabkin, 1977). Hoop, dat hij met mijn advies geholpen kan worden, onzekerheid over de aard van het advies.
3. De opmerking dat ik mijn advies nog wil doordenken geeft aan dat ik speciale aandacht - ook buiten de zitting- aan de cliënt besteed. Los van het "coupling" aspect van deze opmerking: ik schep de verwachting dat ik met een weldoordacht advies voor hem persoonlijk zal komen, niet met een standaard recept. Deze verwachting wordt ook in een andere situatie opgewekt: in de spiegel-zittingen die wij in onze SPD met de gezinnen en partnerrelaties houden, waarvan een lid psychotisch is (overeenkomstig de werkwijze van Selvini Palazzoli et al (1977)),

werken twee therapeuten met zo'n gezin en zit de rest van het team achter het scherm. Het eerste deel van de zitting is steeds weer een soort van taxatie: hoe is het gegaan? hoe zijn jullie met de opdracht van de vorige keer aan de gang gegaan? wat waren de effecten? wat verwachten jullie nu? etc.

Is deze informatie verzameld, dan trekken de beide therapeuten zich terug voor overleg met de rest van het team - zo'n overleg kan soms wel 15 minuten duren. De ingenomen informatie wordt dan geëvalueerd en een opdracht voor de volgende keer bedacht. Na terugkeer bij het gezin geven de therapeuten hun suggestie (en voorkomen een discussie over de aard daarvan) en maken een afspraak voor de volgende keer. Het is zeer opvallend hoe gemakkelijk de opdracht, die vaak niet weinig vraagt van de gezinsleden, wordt aanvaard. Hoe hij wordt uitgevoerd is overigens een tweede. Ook hier weet het gezin dat de therapeuten zich - in hun afwezigheid - speciaal met hen bezig houden. Ze verwachten een uitkomst in o.m. de vorm van een opdracht en krijgen die ook.

Konkluderend: het anticiperen op het advies dat in de volgende zitting gegeven zal worden is een voorbeeld van timing. Timing is essentieel in het geven van opdrachten of het plegen van andere interventies. De therapeut kan op een bepaald moment (t^I) weten wat zijn belangrijke interventie - zoals een opdracht - zal zijn, maar weet dat het juiste moment (t^{II}) nog niet is aangebroken. De motiverings- of verkooptechnieken zijn methoden om het interval tussen t^I en t^{II} te overbruggen (vaak ook te verkleinen). Misschien kan ik het ook zo uitdrukken: ze projecteren t^{II} in de nabije toekomst, ze scheppen het juiste moment voor het lanceren van de opdracht.

Ik wil nogmaals een zin van Miyamoto Musashi aanhalen:

"Someone once said: "Immature strategy is the cause of much grief" That was a true saying." Inderdaad.

Verwijzingen:

Rabkin, R. (1977): Strategic Psychotherapy. Basic Books, New York.
Selvini Palazzoli, M. et al (1977): Paradoxon und Gegenparadoxon, Ernst Klett, Stuttgart.

1. Inleiding

Teneinde ons kritisch, ironiserend geweten - de stilist Van der Velden - voor eens (waarschijnlijk niet voor altijd) de wind uit de zeilen te nemen, wil ik in dit artikel proberen een aantal therapieën te beschrijven die anders zijn afgelopen dan bij de aanvang was gehoopt. Ik zal proberen bij elk geval factoren te vinden die tot het mislukken hebben bijgedragen en suggesties te genereren over hoe het anders had gekund. Of dat zal lukken blijft de vraag.

2. De 'gevallen'

2.1 Relatietherapie met het echtpaar De Bruyn

Hilde de Bruyn (36 jaar) is een collega die zich op advies van kennissen, die bij mij in therapie waren geweest, enkele jaren geleden had aangemeld voor een relatietherapie. De relatie tussen de echtgenoten was inderdaad niet best. Meest opvallend was de extreme machtsstrijd waardoor elk potentieel konfliktje ook uitgroeide tot een verbale escalatie. Beiden waren goed van de tongriem gesneden. Het taxatiegesprek werd daardoor een levendige affaire, waardoor vele konfliktgebieden successievelijk op een rij konden worden gezet. Sjoerd (38 jaar) bleek een hardwerkende zelfstandige zakenman te zijn die volgens Hilde veel te weinig aanwezig was in het gezin. Als hij thuis was ging bovendien voortdurend de telefoon. Zij voelde er dan niets voor om die ook nog voor hem aan te nemen.

De machtsstrijd had ook tot gevolg dat beiden zich door de ander miskend voelden. Sjoerd werd nooit 'over zijn bol geaaid' (term van de therapeut) door Hilde, maar omgekeerd gold hetzelfde.

Ik hoef hier niet uit te leggen wat de gevolgen en uitingsvormen van extreme machtsstrijd binnen een relatie kunnen zijn. Wel is belangrijk te vermelden dat de strijd om de macht zich ook op seksueel gebied uitte. Sjoerd, zoals later bleek, getraind in analytische termen, formuleerde het aldus: 'ik ben altijd bang geweest voor castrerende vrouwen, en Hilde is erg 'castrerend'.

Er was dus nauwelijks seksueel contact.

Strijd om de macht leek er ook te ontstaan tijdens het gesprek tussen Sjoerd en de therapeut. Sjoerd nam nadrukkelijk steeds de leiding, bv. met een opmerking als 'zullen we nu dan maar naar het volgend probleemgebied gaan', of 'ik wil daar nog wel even iets over zeggen, als dat tenminste kan'. De therapeut liet zich echter niet uitdagen, doch beloofde hem integendeel door verheugd te constateren dat Sjoerd zo betrokken was bij het gesprek en zoveel oog had voor de manier waarop het gesprek gevoerd kon worden. Ook voor de relatie tussen Sjoerd en Hilde had de therapeut uiteindelijk best prijzende woorden, waarbij hij vooral de wederzijdse behoefte aan uitingen van affektie gebruikte. Halverwege de taxatiezitting bleek dat Sjoerd al 8 jaar in psychoanalyse was wegens periodiek optredende depressies. Rond de winterfeestdagen verviel hij in perioden van langdurig zwijgen, die volgens hem te maken hadden met de zelfmoord van zijn broer, vele jaren geleden. De depressies en de gevolgen daarvan voor Hilde werden besproken. Hilde barstte daarbij enkele malen uit in huilpartijen waarbij zij ook haar beklag deed over de analyse, die tot gevolg had dat zij 'in de kou bleef staan': 'Alles wat je te vertellen heb vertel je aan die man, ik sta overal buiten'. De therapeut bleef neutraal. Op het einde van de zitting kwam hij echter terug op de analyse. Het leek hem niet verstandig om de relatietherapie en de psychoanalyse te combineren. Dit leverde weer een huilbui van Hilde op ('ben ik weer de klos'). De therapeut bevestigde zijn spijt daarover, maar hield voet bij stuk. Besloten werd uiteindelijk dat Sjoerd een week zou nadenken over de keuze: analyse afbreken en relatietherapie, of analyse doorgaan. De therapeut gaf hem ook de suggestie om er wel met zijn analyticus over te praten (zou hij toch doen) en vooral niet te snel met de analyse te stoppen.

Enkele dagen later belde Sjoerd op. Hij had er met de analyticus over gepraat. Ze hadden besloten de therapie af te ronden, maar dat kon nog wel een half jaar duren. Daarna wilde hij dan in relatietherapie.

Zoals afgesproken nam hij driekwart jaar later contact op. Tijdens de tweede intake bleek dat zij in de tussentijd ook enkele zittingen in een parengroepstherapie hadden doorgebracht. Die therapeut had geen bezwaar gemaakt tegen de combinatie van verschillende therapieën. Een succes werd het echter niet, aangezien Sjoerd en de therapeut van die groep slecht met elkaar overweg konden.

De groepstherapeut had hem gezegd niet te begrijpen wat hij kwam doen en hun min of meer verzocht de groep te verlaten.

De relatietherapie bij mijzelf duurde drie zittingen, waarin ik probeerde zoveel mogelijk met Sjoerd mee te gaan. Ik prees hem voor de inzet in het vinden van analyses op hun situaties en verkocht hem kleine monitoringsopdrachtjes. Het mocht niet baten. Hij voerde ze niet uit. Na twee zittingen belde hij op om te vertellen dat hij er geen heil meer inzag. De derde zitting werd afgelast. De therapie was kort geweest maar niet zinvol.

2.2 Cees en Rosa Veldhuis

Cees en Rosa (allebei omstreeks 35 jaar) met één zoontje van 6 jaar hadden zich aangemeld wegens relatieproblemen. Cees was juridisch adviseur in een groot bedrijf. Rosa werkte als cheffin in een warenhuis. Het probleem waarmee ze binnen kwamen was heel duidelijk. Cees had twee jaar geleden een verhouding gehad met een buurvrouw. Die verhouding was inmiddels verbroken, maar in die tijd had Rosa een verhouding aangeknoopt met een collega van haar werk. Ze had zelfs een tijd met deze - gescheiden - man samengewoond, maar vanwege hun zoontje was zij teruggekomen bij Cees. De verhouding tussen Cees en Rosa was niet zonder meer slecht. Ze konden heel redelijk met elkaar opschieten en maakten weinig ruzie. Wat ontbrak was affektie van Rosa voor Cees. Ze hield meer van de andere man. Cees was daarop begrijpelijkerwijs jaloeers, maar had er wel begrip voor. Het was immers begonnen door zijn overspel. Seksueel contact was er al tijden niet meer omdat Rosa geen lichamelijke gevoelens meer voor Cees 'kon' opbrengen.

Zij kwamen in therapie omdat zij het toch weer samen wilden proberen. Beiden waren van goede wille.

De therapeut legde er van begin af aan de nadruk op dat gevoel niet op kommando op te wekken was. Hij had alle begrip voor Rosa's positie en vroeg haar om vooral niet bewust te gaan proberen meer positief gevoel voor Cees te ontwikkelen. Dat zou averechts werken. Wat wel geprobeerd kon worden lag in de sfeer van wijzigen van bepaalde gedragspatronen (meer samen uitgaan, praten over dingen, etc.). Na vier zittingen zou bekeken worden wat het effect daarvan was. Sex zou voorlopig taboe blijven.

Na enkele weken was er niets wezenlijks veranderd. Integendeel, door de inspanningen werd het duidelijk hoe belangrijk de verhouding tussen Rosa en haar vriend was.

In de meeste van dit soort gevallen kan een therapeut niet veel meer doen dan de sleutelfiguur (Rosa in deze situatie) adviseren een keuze te maken en met de uitverkorene verder te gaan. Als dat niet gebeurt is relatietherapie niet zinvol. Een dergelijke keuze kan vergemakkelijkt worden door een proefscheiding (vgl. Hoogduin & van Dijck, 1977). Dat hadden zij echter al achter de rug. Hoewel sommige interventies die cliënten op eigen initiatief of op advies van andere therapeuten zonder succes hebben uitgevoerd soms best voor een verbeterde herhaling vatbaar zijn (vgl. Lange, 1977) leek een nieuwe proefscheiding hier toch niet geïndiceerd.

Omdat Rosa en Cees de keuze nog niet wilden maken en zich wel wilden inspannen voor het redden van de gezinssituatie, lanceerde de therapeut een ongebruikelijk voorstel. Gedurende drie maanden zou Rosa door de week thuis wonen, maar het grootste gedeelte van het weekend met de andere man doorbrengen.

De rationale van dit plan was om te proberen een situatie te scheppen waarin minder sprake zou zijn van het idealiseren van de verhouding met de andere man dan voorheen het geval was. Eventuele positieve gevoelens voor Cees zouden dan gemakkelijker los kunnen komen.

De therapeut checkte uitvoerig of zij dachten een dergelijke situatie aan te kunnen. Rosa leek het geen probleem. Cees dacht dat hij er wel tegen zou kunnen. Het plan werd tot in details doorgesproken en vastgelegd.

Na enkele weken werd al duidelijk dat de constructie toch onhaalbaar was. Cees kon er erg moeilijk tegen als Rosa wegging. Was bij vertrek en aankomst humeurig en ongenietbaar. Deze ervaringen gaven de doorslag. De keuze moest gemaakt worden. Het werd de andere man, waarbij een juridisch touwtrekken om hun zoontje op gang werd gezet. Alle emancipatoire veranderingen in onze maatschappij ten spijt, werd dit gevecht zoals gebruikelijk door de moeder gewonnen.

2.3 Jozien van der Zanden

Jozien en Willem van der Zanden waren weliswaar getrouwd, maar woonden al enkele jaren niet bij elkaar. Beiden zijn omstreeks 40 jaar, met een

zoontje van vijf dat bij Jozien woonde. Jozien woonde in Alkmaar, Willem in Driebergen. Willem was zelf psychotherapeut, in opleiding bij de Vereniging voor Gestalttherapie. Jozien had een particuliere praktijk voor mensendiek. De aanmelding verliep via het IMP-Alkmaar waar Jozien zich voor individuele therapie had aangemeld. Zij was zeer labiel en bleek steeds minder in staat haar werk te doen. Na een encounter groep (meer dan een jaar voor de aanmelding) was zij volledig ingestort. De ergste effecten daarvan waren nu weg, maar de labiliteit bleef. Het IMP vond een relatietherapie met haar elders wonende man noodzakelijk. De relatie tussen Willem en Jozien was nog steeds heel speciaal. Zij brachten vaak samen de weekenden en vakanties door. Over het algemeen met enorme ruzies en huilpartijen. Belangrijkste bron daarvoor was de jaloezie van Jozien, daarover waren beiden het eens. Die jaloezie werd al opgewekt als Willem naar een andere vrouw keek of tijdens een feestje mee praatte. Volgens Jozien had hij dan zo'n speciale blik in zijn ogen, die hij jegens haar nooit had. Willem was een koele, bekwaam analyserende man, die vertelde nog steeds van Jozien te houden, maar niet met deze jaloezie en escalaties te kunnen leven. De therapie was al moeilijk doordat zij alleen de weekenden bij elkaar konden zijn, maar werd nog verder bemoeilijkt door andere obstakels. Een geschikt tijdstip voor de therapie sessies bleek bv. moeilijk te vinden. Op de voorgestelde avonden had Jozien een cursus. Uiteindelijk werd toch een afspraak gemaakt voor een tweede zitting. Enkele dagen daarvoor werd deze afspraak door Jozien telefonisch geannuleerd. Zij wilde liever niet doorgaan met de therapie. Het bracht haar teveel in de war. De therapeut uitte via de telefoon zijn begrip en raadde haar aan om in dat geval wel weer contact op te nemen met het IMP voor verdere individuele therapie. Enkele maanden later belde Jozien weer op. Zij wilden nu toch wel met zijn tweeën. Aldus geschiedde. De therapie bestond in het begin uit twee componenten: monitoring en het verwerken van gevoelens uit het verleden. Dat laatste had enerzijds betrekking op rancunes van Jozien jegens haar overleden vader die voortdurend vreemd was gegaan en anderzijds op minachting voor haar moeder die dat allemaal had gepikt. Brieven schrijven leek hiervoor geïndiceerd. De monitoring ging gepaard aan time-out. Jozien mocht haar jaloezie niet proberen te ver-

minderen, maar moest steeds gedurende een half uur op een andere plek zoveel mogelijk gedachten die op de jaloezie betrekking hadden opschrijven.

Het schrijven aan haar vader en moeder lukte goed en werd wel enigszins als bevrijdend ervaren. Het monitoren leverde niet zoveel op. Zij kende hele dagen waarin zij - naar eigen zeggen - verteerd werd door jaloezie. Het maakte niet uit of Willem al of niet aanwezig was. Een voorbeeld: Eénmaal in de week moest Willem in Amsterdam zijn voor zijn gestaltgroep. In een bepaalde week was afgesproken dat hij dan 's avonds bij Jozien zou komen en zou blijven slapen. Dit was grandioos mislukt omdat Willem bij aankomst iets begon te vertellen over die groep, terwijl Jozien daar allerlei intieme relaties vermoedde. Het therapieplan werd een beetje gewijzigd in de zin van symptoomvoorschrijven. Jozien moest gaan proberen zich zo jaloers mogelijk te voelen. Als ze daarin een piek bereikte zou ze zich terugtrekken en schrijven.

In de periode die volgde op deze opdracht bleek een gestalt-parengroep te zijn waaraan zij samen in het kader van Willem's opleiding deelnamen. Hoewel de therapeut niet bepaald positief jegens dit evenement stond, hield hij zich op de vlakte. Zij wisten allebei wat daar kon gebeuren en dienden over al of geen deelname zelf te beslissen. Zij besloten te gaan. Enkele dagen na afloop van deze happening belde Willem op om te vertellen dat zij afzagen van verdere relatietherapie. Tijdens de groep was het hun duidelijk geworden dat zij elkaar helemaal moesten loslaten. Misschien was dat ook wel zo.

2.4 Het gezin B.

Het echtpaar B. is aan de TDT-redacteuren niet onbekend. Een video-opname van de derde zitting werd gezamenlijk bekeken. Om het geheugen wat op te frissen volgen nu eerst de aanmeldingsklachten.

De heer B. (45 jaar oud) had ernstig last van dwanghandelingen. Hij zou bv. 10 maal zijn auto in- en uitstappen om te kijken of zijn broekspijp langs het portier schuurde. In huis was hij in staat om een draadje tabak alsmaar te laten vallen en weer op te rapen teneinde te onderzoeken of hij de valbeweging kon horen. Van beroep was hij portier, maar door zijn symptomen was hij al vele jaren in de WAO. Enkele jaren geleden was hij opgenomen geweest in een psychiatrische inrichting, waar

hij na korte tijd was weggelopen. Daarvóór en daarna waren er vele therapeutische kontakten, allen op individueel niveau. Tenslotte werd hij verwezen naar een gezinstherapeut. Na een telefonische aanmelding door mevrouw B. werd het gehele gezin uitgenodigd voor een taxatiezitting.

Het gezin bestond uit 5 personen. De drie kinderen waren in de leeftijd van 9 tot 13 jaar. De structuur was overduidelijk. Vader had niet alleen last van dwanghandelingen; hij stond ook volkomen geïsoleerd in het gezin. Behalve de dwanghandelingen verweet zijn vrouw hem ook onverschilligheid en agressiviteit. Hij zou zich niks van het gezin aantrekken en geen affektie voor haar opbrengen. Meneer B. is een magere zenuwachtige man. Mevrouw B. is een forse goed verzorgde vrouw. Haar klachten uitte zij op geëmotioneerde wijze waarbij zij steeds de kinderen mobiliseerde. De hulpeloosheid van de man werd vergroot door de paradoxale eisen die zijn vrouw aan hem stelde. Hij moest niet alleen meer positieve dingen doen met de kinderen, maar hij moest het zelf ook leuk en fijn vinden. Anders was het niet spontaan. Mede door Jaap's onbeholpen en agressieve reacties hierop kwam hij in een toenemend geïsoleerde positie binnen het gezin, terwijl mevrouw B. steeds meer de offerende moeder was die niets voor zichzelf vraagt.

In de taxatiezittingen probeerde de therapeut de relationele problemen en de dwanghandelingen als twee onderscheidbare gebieden te beschouwen. De therapie werd aanvankelijk op beide gericht. Enerzijds zou via monitoring en symptoomvoorschrijving aan de dwanghandelingen gewerkt worden. Anderzijds zou getracht worden aan de relationele problemen te werken. De bedoeling was dat dit met behulp van kleine gerichte kontrakten zou gebeuren. In de eerste zitting was de therapeut er nog in geslaagd positieve kanten te signaleren aan de emotionaliteit van mevrouw B. Het duidde op toch nog aanwezige affektie voor haar man en strijdbaarheid voor het behoud van de gezinssituatie. In de daaropvolgende zittingen werd het steeds moeilijker om die positieve kanten te blijven zien. Rechtstreeks werken aan het symptoom werd bemoeilijkt doordat zowel meneer als mevrouw B. zich niet aan de afspraken hielden. Mevrouw B. was verboden zich met de dwanghandelingen te bemoeien; dat had zij al 10 jaar tevergeefs gedaan, dus het was de moeite waard om bij wijze van experiment ze nu te negeren. Meneer B. zou zodra hij de checkdwang voelde ookomen, naar een leegstaande kamer gaan en daar het checkgedrag

uitvoeren. Niet in de mate waarin hij er behoefte aan had, maar 5 maal zo vaak. Meneer B. had het wel af en toe gedaan maar niet altijd. Bovendien hield mevrouw B. zich totaal niet aan haar deel van de afspraak, maar was iedere keer begonnen te schreeuwen zodra hij begon met dwanghandelingen. Zij motiveerde dit met emotionele uitbarstingen als 'het is toch verschrikkelijk als iemand zo is, zo kan ik niet leven, etc.'. De therapeut kon haar emotionaliteit wel begrijpen maar kon steeds minder begrip opbrengen voor haar ongeduld. Hij had het idee dat zij in een circulair proces verwickeld waren. De stress die mevrouw's reacties bij meneer opriepen vergrootten zijn neiging tot dwanghandelingen en zijn verbale agressiviteit, hetgeen bij haar nog weer meer verwijten opriep. Dit patroon bleek moeilijk te doorbreken. Dit bleek ook bij het uitvoeren van de kontrakten. Elke positieve daad van meneer B. werd door zijn vrouw gedesavoueed met opmerkingen over wat er verder nog mankeerde in zijn gedrag jegens het gezin. Het lukte de therapeut niet om hierop erg judo-achtig te reageren. Zijn houding jegens de vrouw werd meer getypeerd door konfrontatie, zoveel mogelijk ingebed in begrip. Die konfrontatie was zijns inziens nodig omdat anders de man weer in de kou stond en nog verder geïsoleerd zou worden.

Na ongeveer vier zittingen werd besloten voorlopig niet meer aan de dwanghandelingen te werken, maar eerst te concentreren op de relationele problemen. Dit was niet helemaal zonder succes. Zo werden er enkele aardige gedragskontrakten afgesloten tussen de kinderen en hun vader. Opvallend - maar wel te verwachten - was dat moeder daarmee helemaal niet zo blij was als ze zou moeten zijn. Na ongeveer 7 zittingen werd besloten om verder te praten zonder de kinderen. Seksualiteit en andere signalen van affektie kwamen nu aan bod. Het probleem was dat meneer B. door zijn dwanghandelingen vaak pas om een uur of half twee naar bed 'kon'. Zijn vrouw wilde hem dan niet meer in het echtelijk bed hebben, waardoor hij de gewoonte had opgevat om op een divan in de huiskamer te slapen. Aanvankelijk leek een verandering in dit patroon mogelijk. Meneer B. zou vroeger met zijn dwanghandelingen beginnen zodat er een 'redelijke limiet' afgesproken kon worden waarbinnen hij nog in de slaapkamer mocht komen. Na verloop van tijd werd echter duidelijk dat al deze ingrepen weinig zoden aan de dijk zetten. Mevrouw B. begon steeds meer te praten over de noodzaak van een chirurgische ingreep in de hersenen van haar man, en was steeds minder bereid zijn inspanningen op

enigerlei wijze te honoreren. Bovendien begon de naam van een vriend van mevrouw met wie zij 'vroeger' een verhouding had gehad steeds vaker op te duiken.

Na 14 zittingen gaf de therapeut het op. Hij verwees hen naar een bekende zenuwarts uit Leiden, die werkzaam was in de regio Z.-Holland. Dit in dwanghandelingen gespecialiseerde kopstuk zou er misschien in slagen meneer B. van de dwanghandelingen af te helpen alvorens aan de relatie te sleutelen.

2.5 Bert en het gezin V.

Bert, 18 jaar oud, was enkele malen met psychotische verschijnselen opgenomen geweest in psychiatrische inrichtingen. Tijdens zijn laatste verblijf in zo'n instelling kwam aan het licht dat de gezinsconstellatie veel te wensen overliet. Gezinstherapie werd aanbevolen.

Bij het taxatiegesprek waren aanwezig: meneer en mevrouw V (ruim 40 jaar oud), Bert en zijn 16-jarige broer Hans.

Het begin van het eerste gesprek was vooral gericht op Bert. Hij vertelde over zijn 'kosmische ideeën'. De therapeut liet zich er belangstellend over voorlichten. Verder werd gepraat over zijn angsten en zijn onhandelbaarheid thuis. Hij voerde niets uit. Ging 's avonds tot diep in de nacht op stap en sliep meestal tot vijf uur in de middag. Zijn ouders wisten niet wat zij met hem moesten beginnen. Zijn broer Hans was een rustige scholier, die zich weinig aantrok van de eigenaardigheden van Bert. Hij werd soms wat moe van diens kosmische gezeur, maar dat was ook alles. Verder konden zij redelijk met elkaar opschieten. Nadat de problemen rondom Bert waren belicht kwam de gezinssituatie aan bod. Zij woonden in een soort gemeenschapsproject van circa 10 gezinnen die weliswaar een eigen huis hadden, maar die samen aten en ook gemeenschappelijke ruimtes bezaten. Iedereen was daarover erg tevreden. Meneer en mevrouw V. waren de initiatiefnemers hiervoor geweest en het had hen veel moeite gekost om deze gesubsidieerde samenlevingsvorm van de grond te krijgen. Tijdens het eerste gesprek kwam ook belangrijke informatie naar voren over de verhouding tussen meneer en mevrouw V. Die was bar slecht. Zij noemden het zelf een kat-en-hond-verhouding zonder ruzie. Zij voelden niets meer voor elkaar. Irriteerden elkaar over en weer, maar hadden daar zelfs geen ruzie meer voor over. Enkele jaren geleden hadden zij geprobeerd er iets aan te doen bij een IM-

bureau. Dat was op niets uitgelopen. Teneinde te komen tot een behandelingskontraakt wilde de therapeut weten of zij in hun verhouding verbetering wensten te brengen. Dat was niet het geval. Vooral meneer V. was daarin zeer pertinent. Hij had geen zin om er opnieuw energie in te steken.

De therapeut weigerde om op deze basis een behandelingskontraakt aan te gaan. Behandeling van Bert binnen de gezinskontekst zou niet mogelijk zijn wanneer vader en moeder elkaar op alle denkbare manieren dwars zaten en ontkrachten. Individuele therapie met Bert zou misschien wel mogelijk zijn, maar daarvoor kwamen ze niet en bovendien zou dat waarschijnlijk weinig succes hebben wanneer de constellatie thuis niet zou veranderen. De therapeut gaf het gezin drie opties waarover zij de komende periode dienden na te denken: (a) alsnog proberen de relatie te intensiveren. Daarbinnen zou ook de behandeling van Bert passen; (b) besluiten om uit elkaar te gaan. De therapeut zou dat kunnen begeleiden en dan eventueel de behandeling voortzetten met de aparte delen; (c) geen verandering in de status quo. In dat geval zou de therapeut de behandeling niet voortzetten.

Indien zij dat wensten zou hij wel namen willen noemen van andere therapeuten of instellingen tot wie zij zich dan zouden kunnen wenden. Na veel geharrewar kozen zij in de volgende zitting voor alternatief (b). Mevrouw V. had nog wel voor (a) willen kiezen, maar gezien de weigering van haar man was dit onmogelijk. De volgende drie zittingen werden besteed aan de manier van uit elkaar gaan. Zowel meneer als mevrouw V. vonden argumenten waaruit bleek dat de ander het huis zou moeten verlaten en dat zijzelf het beste met de kinderen konden achterblijven. Belangrijk motief van beiden was, dat zij de leefgemeenschap niet wilden verlaten. De therapeut stelde 2 proeven voor. Man en vrouw zouden om de beurt 3 maanden weggaan. Daarna zou besloten worden wat de beste oplossing was. Aanvankelijk gingen beiden akkoord. De volgende zitting werd dit door de vrouw echter weer herroepen. De man hakte toen de knoop door. Hij zou weggaan. Met hem werd afgesproken dat hij na 3 maanden zou opbellen om te rapporteren hoe het hem ging. Indien nodig zou hij enkele individuele gesprekken kunnen voeren met de therapeut of een collega.

De aanvankelijke therapie kon nu voortgezet worden met moeder en de

twee kinderen. Inmiddels waren 6 zittingen verstreken. Met Bert waren geen gekke dingen gebeurd, behalve dat zijn moeder en hij vaak met elkaar in de clinch lagen. Hij daagde haar voortdurend uit met onhebbelijkheden en door zich nergens iets van aan te trekken. De therapeut probeerde in eerste instantie zijn gedrag positief te labelen en de situatie om te keren. Niet zijn moeder moest hem helpen, maar hij zou de enige zijn die ervoor kon zorgen dat er in huis iets veranderde. Hij zou - als hij dat zou willen - ervoor kunnen zorgen dat zijn moeder niet meer zo zeurderig en angstig zou zijn, maar dan moest hij bepaalde verantwoordelijkheden op zich nemen. Wilde hij dat wel? Ja dat wilde hij wel doen. Er werd een kontrakt gesloten tussen therapeut en Bert dat bezegeld werd met een ferme handdruk en een wederzijdse blik van verstandhouding.

De volgende zitting bleek dat er niets van terecht was gekomen. Bert had zich helemaal niet aan de afspraak gehouden. Bovendien had hij, zonder noodzaak en aankondiging hun hond mee naar de therapiezitting genomen, en probeerde met allerlei provocaties de aandacht te trekken. Nadat hij op een gegeven moment had gezegd dat de therapie hem ook niet interesseerde, was voor de therapeut de maat vol. Als hij er geen zin in had hoefde hij voortaan niet mee te komen. De bedoeling van deze krasse uitspraak was tweeledig. Als hij nu toch mee kwam, zou dat een bewijs van involvering zijn waar hij niet meer om heen kon. Als die betrokkenheid bij de therapie er niet was en hij zou niet meekomen, dan zou het ook beter zijn om de behandeling zonder hem verder te voeren. Zijn moeder zou dan alleen komen en met haar zouden de strategieën besproken kunnen worden die zij zou kunnen toepassen. Een belangrijke overweging daarbij was dat Bert met zijn gedrag zeer veel secundaire winst afdwong. Zijn moeder zou daar een gedetailleerd programma van uitdoving en selektieve bekrachtiging tegenover kunnen stellen.

Bert kwam niet meer. De therapie werd voortgezet met moeder alleen. Ook dit pad ging niet over rozen. Het bespreken van technieken van selektieve bekrachtiging werd bemoeilijkt door de gewoonte van moeder om in vage en ethische termen over haar schuldgevoelens, haar falen en zieligheid te spreken. Dat werd nog versterkt door de andere leden van de leefgemeenschap, die indertijd met elkaar in een soort encounter toestand met een duurbetaalde trainer waren terecht gekomen. Nadat zij tot tweemaal toe haar huiswerk, dat tot in de puntjes was afgesproken en waarin

zij konkrete doelen voor zichzelf en Bert zou formuleren, had verwaarloost, werden de kontakten met wederzijds goedvinden afgebroken. Wel werd afgesproken dat mevrouw V. - indien zij dat alsnog wenste - zich over enige tijd weer tot de therapeut kon wenden. Dat zou dan wel een zwaar juk voor haar impliceren omdat dat alleen gehonoreerd zou worden indien zij dan 'hard' aan de slag zou gaan. Van deze mogelijkheid heeft zij geen gebruik gemaakt.

Twee maanden na afbreken van het contact met mevrouw V. belde conform de afspraak meneer V. op. Hij vertelde dat het met hem prima ging. Hij was een nieuw leven aan het opbouwen. Zijn zoons zag hij regelmatig. Hij ging zelfs met Bert op wintersportvakantie. Over de situatie bij zijn vrouw en kinderen vertelde hij niet veel. Hij had de indruk dat zijn vrouw het er moeilijk mee had en dat Bert thuis niet veel was veranderd.

3. Diskussie

In deze diskussie wil ik proberen eerst op elk van de vijf gevallen afzonderlijk in te gaan. Misschien lukt het daarna om gemeenschappelijke noemers te ontdekken.

3.1 De Bruyn

Aan de therapie van Sjoerd en Hilde zaten verschillende problematische kanten. Sjoerd was jarenlang in psychoanalyse geweest en had veel waardering voor zijn psychiater. Enige afkeer van directe relatietherapie is dan wel begrijpelijk. Het moeten stoppen met de psychoanalyse zou bovendien een leegte hebben kunnen creëren, waarvan de gezinstherapeut de schuld kon krijgen. Deze laatste redenering lijkt mij echter weinig aannemelijk, in ieder geval niet van groot gewicht. De parengroeps-therapeut had immers geen voorwaarden gesteld in die richting, maar kon toch ook niet tot een behandelingskontraat met Sjoerd komen.

Ik heb wel vaker mensen in therapie gehad die van te voren een ander therapiemodel achter de rug hadden. Dat hoeft niet altijd een contra-indikatie te zijn. Zelfs niet als die andere ervaringen als positief waren beleefd. Eén bijkomende faktor hier was waarschijnlijk dat het soort therapie ook een onderdeel was van de machtsstrijd tussen Sjoerd en Hilde onderling. Hilde was zelf psychologe met weinig waardering

voor psychoanalyse.

Een andere faktor was misschien de (geringe) graad van affektie, met name van Sjoerd ten opzichte van Hilde. Dit punt is door de therapeut niet afdoende onderzocht. De therapeut heeft geprobeerd met hen aan de slag te gaan met veel judo, en zonder Sjoerd te konfronteren, ten-einde de weerstand tegen direktieve therapie te neutraliseren. Het was waarschijnlijk echter beter geweest om eerst de mate van wederzijdse affektie te peilen. Misschien was er ook wel sprake van 'verborgen agendas' in de vorm van andere relaties, hetgeen bij hun niet tot scheidingstendenties leidde omdat het bestaande huwelijk voor beiden een sociaal belangrijke zekerheid vormde. De anticipatie van de therapeut op weerstanden n.a.v. de psychoanalyse had het gevolg dat hij weinig oog had voor deze, misschien belangrijker kontra-krachten.

3.2 Cees en Rosa

Het is de vraag of de therapie met Cees en Rosa Veldhuis wel als mislukking moet worden beschouwd. Van begin af aan was duidelijk en ook geëxpliciteerd dat er een grote kans was dat het niet zou lukken hun relaties bevredigend te laten worden. Wanneer het affektieve patroon binnen een relatie erg scheef is, valt er meestal weinig te redden. Met 'scheef' bedoel ik dat A. wel veel voor B. voelt, maar omgekeerd is er niet meer dan goedwillende vriendschap of nog minder. Vaak gaat dat net als hier samen met, of wordt veroorzaakt door een externe relatie. De eigen partner verliest aan aantrekkelijkheid naarmate er zich meer andere reële mogelijkheden voordoen voor relaties die als waardevoller worden ingeschat. In dit soort gevallen is meestal maar één advies mogelijk: degene met twee relaties moet een keuze maken. Hilde en Sjoerd hadden dat al geprobeerd; Hilde was een tijd weggeweest bij Sjoerd. Vanwege hun zoontje wilden zij het proberen. Hoewel de therapeut het somber inzag wilde hij toch meewerken aan hun poging om hun verhouding nieuw leven in te blazen. Het advies om door de week thuis en in het weekend bij de vriend te zijn, was een enigszins bizar experiment. Misschien was het ook wel fout omdat de vriend van Rosa nu iedere week gekoppeld werd aan vrije weekenden, terwijl Cees extra geassocieerd werd met de hardere dagen van werk, opvoeden, etc. Cees kreeg op deze manier geen eerlijke kans. Met het oog hierop was een om-en-om procedure beter geweest. De vraag is, of het dan niet al

te ingewikkeld was geworden.

Ik ben benieuwd of de mede-redakteuren suggesties hebben voor mogelijkheden voor impasses van het hier beschreven soort. In ieder geval bracht het mislukken van de gevolgde procedure wel de duidelijkheid die nodig was voor een definitieve scheiding waardoor beiden hun leven konden gaan herstructureren.

3.3 Jozien en Willem

Deze therapie werd afgebroken doordat Jozien en Willem, naar aanleiding van een gestaltgroep-ervaring, hadden besloten definitief uit elkaar te gaan. Waarschijnlijk heeft voor deze keer een gestaltgroep een positief effect gehad. Ik bedoel daarmee, dat de relatietherapie misschien een zinloze aangelegenheid is geweest. Hoewel Willem expliciet verkondigde veel van Jozien te houden, is het toch een vraag in hoeverre haar jaloezie niet gerechtvaardigd was, al had zij wel erg weinig nodig om daarover tot uitbarstingen te komen. Zo een patroon is misschien nog aan te pakken als de partners bij elkaar wonen. Een weekend-huwelijk zoals hier het geval was gaf echter extra voedsel aan jaloezie en andere twijfels, waardoor monitoring en symptoomvoorschrijving geen succes kon hebben. Misschien had de therapeut een volledig samenwonen voor bijv. minimaal drie maanden als voorwaarde moeten stellen. Zo nee, dan maar meteen uit elkaar. Zo ja, veel grotere kans op succes.

Waarschijnlijk heeft in deze therapie de relatie tussen therapeut en cliënten ook een rol gespeeld. Willem was een collega met een enigszins rivaliserende achtergrond (gestalttherapeut). Hij was meegekomen omdat het IMP Jozien speciaal naar de betreffende therapeut had gestuurd. Hij heeft de therapie niet tegengewerkt, maar zijn houding was ook niet positiever dan van 'de kat eens uit de boom kijken'. Nu is dat natuurlijk geen enkel excuus. Veel cliënten komen sceptisch binnen en worden pas gemotiveerd als er wat goeds gebeurd. Maar in dit geval was het ook nog zo verdomd moeilijk om iets positiefs te laten gebeuren.

Er was nog een heel andere faktor. Dat was de aanmelding. De directeur van het betreffende IMP had hen hoogst persoonlijk aangemeld, waarbij relatietherapie met een 'zware relatietherapeut' (wat een eer) als enige redmiddel voor Jozien was genoemd. Dat heeft toch door- gewerkt. Ik denk dat de therapeut bij een wat simpelere aanmelding misschien sneller met hardere eisen (volledig bij elkaar, of uit elkaar

gaan) was gekomen. Hij was nu misschien wat teveel geneigd er coute que coute wat van te maken (vgl. Lange, 1975).

3.4 Jaap B.

Bij de behandeling van Jaap B. zijn veel vraagtekens te plaatsen. De belangrijkste vraag is of het een terechte beslissing is geweest om ook de relatie tussen Jaap en zijn vrouw aan de orde te stellen. Ik geloof nog steeds van wel. Het affektieve klimaat in het gezin bracht dermate veel stress voor Jaap met zich mee, dat ik niet denk dat hij binnen die gezinsconstellatie, sèc aan de dwanghandelingen had kunnen werken. In dat opzicht verschilt Jaap B. van de door Hoogduin e.a. (1977) beschreven gevallen.

Een tweede vraag is of de konfrontaties jegens mevrouw B. niet meer verpakt hadden moeten worden in steun en judo. Hoewel deze vraag moeilijk te beantwoorden is, geloof ik dat dit tot weinig anders geleid zou hebben, hooguit tot nog verdere verlenging van de therapie. Wanneer de affektieve basis ontbreekt kan men judo-en en steunen zoveel men wil; het zal geen zoden aan de dijk zetten.

Ook in deze therapie was dat weer het struikelblok. Hoewel mevrouw B. al bij de aanmelding en de taxatiezitting herhaaldelijk met scheiding had gedreigd, kreeg de therapeut pas in het laatste stadium van de behandeling in de gaten dat zij eigenlijk van haar man afwilde. De vele emoties en tranen van mevrouw B. hadden hem ten onrechte doen vermoeden dat er nog warme gevoelens, weliswaar diep weggestopt, waren voor meneer B. Ware deze taxatiefout niet gemaakt, dan had de behandeling een nog sterker konfronterend karakter gehad. Deze had dan in ieder geval minder zittingen in beslag genomen, en misschien zelfs een positievere wending gekregen. Een voorbeeld van dat laatste zag ik pas geleden in een tweede zitting met een echtpaar. De vrouw vermorzelde de man op alle fronten en keek bij alles wat hij zei met een blik van ingehouden haat. De therapeut aarzelde: judo of konfronteren. Hij koos voor konfrontatie. Hij vertelde de vrouw o.a. dat hij, als hij haar man zou zijn, geen woord meer tegen haar zou zeggen. Hij vroeg zich af waarom ze bij hem kwam als ze haar man kennelijk zo haatte. De konfrontatie had tot gevolg dat de vrouw begon te huilen en al haar rancunes over datgene wat haar man de afgelopen jaren jegens haar had nagelaten begon te spuien. Zij realiseerde zich dat zij inderdaad een soort haat

voelde, maar dat die haat kon worden opgeruimd als zij iets aan de rancune over het mislukte verleden kon doen. De uitbarsting was de eerste poging naar het opdiepen van toch nog aanwezige positieve affekties. Judo zou in dit geval waarschijnlijk niets hebben opgeleverd.

3.5 Bert

In de behandeling van Bert en het gezin V. waren verschillende cruciale momenten. Ten eerste de beslissing om vader en moeder te bewegen uit elkaar te gaan. Ik geloof nog steeds dat d at wel verstandig is geweest. Het klimaat waarin die twee met elkaar leefden kon nooit als model staan voor kinderen die toch al problemen hadden. Bovendien zou aktie van de   n door de ander ontkracht worden. Tweede cruciale moment was het ingaan op Bert's provocaties. De therapeut had dit lang uitgesteld en was goeie maatjes met hem gebleven. Door alles van hem te pikken dreigde echter een situatie te ontstaan waarin Bert ook door de therapeut niet serieus werd genomen. Door medewerking van hem te eisen hoopte de therapeut hem duidelijk te maken dat h ij hem w el serieus nam, in die zin dat zijn daden konsekwenties zouden hebben. Tegen de verwachting in bleef Bert verder weg.

Therapie was via een omweg toch nog wel mogelijk geweest als de therapeut en mevrouw V. wat beter met elkaar overweg hadden gekund. De eerlijkheid gebiedt echter om op te biechten dat het daaraan vooral van de kant van de therapeut wel schortte. Hij vond mevrouw V. een vreselijke zeurderig, klagerig mens die zich achter alles verschool met abstracte 'gogen'taal. De op de achtergrond aanwezige leefgemeenschap deed daaraan beslist ook geen goed. De vraag is of met meer geduld een voor mevrouw V. haalbare strategie ten opzichte van Bert bereikt had kunnen worden. Ik twijfel daar wel aan. D aarvoor was zij te aarzelend, te weinig overtuigd en teveel ingebed in die leefgemeenschap. Misschien was het wel mogelijk geweest om alsnog tot individuele kontakten met Bert te komen. Misschien was de techniek van Hoogduin (1978) van het ventileren van afschuwelijke toekomstverwachtingen in dit geval wel op zijn plaats geweest, vooral in de zittingen waarin zij nog met zijn drie en waren.

4. Konklusie

Tegen het einde van dit artikel wordt het zo langzamerhand tijd om de vraag 'wanneer noemen we een behandeling mislukt?' te proberen te beantwoorden. Mijns inziens moet men daar een hard criterium voor gebruiken, anders dreigt het gevaar dat men in psychotherapie nooit mislukkingen zal tegenkomen. Ik bedoel dit. Stel 2 mensen melden zich aan voor relatietherapie met de bedoeling er wat van te gaan maken. Na 10 zittingen blijkt dat het niet lukt. Ze besluiten uit elkaar te gaan. Enkele maanden later spreekt de therapeut hen en beiden zeggen heel veel van de therapeut geleerd te hebben. Eén van de twee voelt zich bovendien gelukkiger dan voorheen. Is die therapie dan geslaagd of mislukt? Als we die dichotomie hanteren dan hou ik het in zo een geval op 'mislukt'. De aanvankelijke doelstelling was immers deze mensen te helpen om wél bij elkaar te blijven.

Het ligt anders wanneer van begin af aan duidelijk is dat eerst onderzocht dient te worden of bij elkaar blijven wel het beste is. De doelstelling is dan anders dan in het geschetste geval. Deze redenering gaat ook op voor 'individuele' klachten. Ik zou er dan ook voor willen pleiten dat na één of enkele taxatiezittingen de therapeut de mogelijke doelstellingen voor de verdere therapie expliciteert. Als dat uit strategische overwegingen niet gewenst is, dan kan hij dat in ieder geval voor zichzelf doen. Als de belangrijkste doelstellingen dan niet verwezenlijkt worden dan weet men tenminste dat men van een mislukking mag spreken. Volgens dit criterium was de therapie met Cees en Rosa geen echte mislukking. Van begin af aan was duidelijk dat het om een experiment ging. Proberen of er toch nog wat van te maken viel. Alle andere gevallen passen wel in de definitie; zelfs de therapie met Sjoerd en Hilde waarvan men zich overigens wel mag afvragen of er veel meer mogelijk was dan er nu is gebeurd. Maar dat had dan toch eerder door de therapeut geëxpliciteerd moeten worden.

Met de discussie in de vorige paragraaf wil ik geen uitputtendheid suggereren. Ik neem aan, en hoop dat de mede-redacteuren met suggesties en analyses zullen komen die een andere kijk op de gevallen zullen geven. Dat lijkt mij het belangrijkste van het presenteren van mislukkingen. Wel geloof ik dat er in ieder geval één rode draad loopt door de eerste vier van de vijf gevallen. In al deze therapieën was er sprake van ernstig gestoorde affektieve relaties. Bezinning daarop heeft mij de laatste tijd

er weer toegebracht om in de taxatiezittingen daarop toch meer te letten en er zo mogelijk expliciet naar te vragen. Wat heeft het voor zin om aan relaties te sleutelen als één van de twee eigenlijk niks wil? Natuurlijk moet je daarmee ook uitkijken. Mensen vinden het vaak moeilijk om aan te geven wat zij nog wel voor hun partner voelen. En dan mag je zeker niet het bijltje er al te snel bij neergooien. Het is ook niet altijd een verbale kwestie. Als echter duidelijk is dat van één of twee kanten geen enkele sprake is van positieve gevoelens en zelfs geen wil om die weer op te wekken, kan men beter spel de konklusies daaruit trekken. Bij Bert, de laatstbeschrevene, speelde het ontbreken van positieve gevoelens tussen de ouders waarschijnlijk ook een rol. Het zou zeer wel hebben kunnen bijdragen aan het ontstaan van zijn symptomen. Een analyse daarvan zou nu echter tever voeren. In ieder geval was in die therapie het mislukken niet daaraan te wijten. Met name voor deze therapie zou ik graag suggesties over hoe het anders had gekund krijgen.

Literatuur

- Hoogduin, C.A.L., O. van der Hart, R. van Dijck, L. Joele & C.P. van der Velden (1977): De interactionele behandeling van dwangmatig controleren. In: Van der Velden (red.): Directieve Therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoogduin, C.A.L. & R. van Dijck (1976): De proefscheiding. TDT, 4 (1), 5-10.
- Lange, A. (1975): Paradoxaal onderstrepen van het behandelingscontract. TDT, 2 (9), 40-42
- Lange, A. (1977): Proefscheiding, gevolgd door een contract. TDT, 4 (4), 45-49.

Kees van der Velden

1. Inleiding

Helaas slaagt niet iedere therapie. Meermalen is zowel mondeling als schriftelijk gewezen op het belang van het analyseren van falende behandelingen. I.t.t. Lange, die elders in dit nummer zijn tekortschieten breed uitmeet, beperk ik me ertoe twee mislukkingjes te beschrijven. In het volgende nummer volgen er nog wat.

2. Casuïstiek

2.1. De heer Bloem

De heer Bloem is een 42-jarige ijzervlechter die door zijn huisarts wegens nachtmerries, slapeloosheid (!) en suïcidaliteit verwezen wordt. De heer Bloem blijkt een analfabeet te zijn die van jongsafaan als *de gek* wordt beschouwd. Zijn nachtmerries houden steeds de herbeleving van de volgende situatie in. Hij is een jaar of twaalf en speelt op straat; zijn broertje van zeven speelt aan de overkant. Op zeker moment roept patiënt zijn broer en beduidt dat deze moet oversteken. De broer doet dit, kijkt niet uit en wordt door de tram doodgereden.

De huidige moeilijkheden lijken geluxeerd te zijn door de werksituatie: hij heeft een kleine bevordering achter de rug waardoor hij genoodzaakt is om toezicht te houden op ongeveer 17-jarige, weinig tot werken gemotiveerde, ijzervlechtertjes; bovendien wordt hij op het werk voortdurend gepest door zijn 'ex-aanstaande-schoonzoon', die er precies van op de hoogte is dat patiënt niet kan lezen en schrijven en deze kennis ook niet onder stoelen of banken steekt.

Het tekort aan geletterdheid lijkt wel een kernprobleem te zijn. Alle sociale verplichtingen worden door patiënts echtgenote waargenomen. De telefoon durft patiënt niet op te nemen - men mocht eens vragen of hij iets wil noteren. Hij heeft getekende verklaringen op zak - voor het geval hij een aanrijding mocht maken en hem gevraagd zou worden iets te tekenen.

Aan cursussen voor analfabeten - toch al een schaars verschijnsel - heeft patiënt nimmer willen deelnemen: hij zou dan tussen *buitenlanders* moeten zitten. Bovendien houdt het deelnemen aan een cursus de erkenning van zijn analfabetisme in.

Tijdens de eerste zitting wordt het analfabetisme steeds weer opnieuw als hoofdprobleem gedefinieerd - reden voor de therapeut om *daar* dan ook

op in te gaan. Patiënt's echtgenote is bij het eerste gesprek niet aanwezig: ze kan niet omdat ze alle dagen als hulp in de huishouding werkt. De therapeut herinnert zich tijdens deze eerste zitting een analfabetische patiënt van Jackson (of zo iemand), bij wie het analfabetisme individueel werd aangepakt, waarna de echtgenote - die tot dan toe alles voor de patiënt geregeld had - prompt besloot te scheiden. Maar, zo denkt de therapeut, in de eerste plaats moet de suïcidaliteit van patiënt worden aangepakt, en dat gaat het beste door hem *reële hoop* op de oplossing van zijn kernmoeilijkheid te geven; in de tweede plaats reageren natuurlijk niet alle vrouwen van analfabeten als de vrouw van Jackson's analfabeet; bovendien bleek uit de inventarisatie zeker niet dat mevrouw Bloem zich aan haar positie hechtte op de wijze van de vrouw van Jackson's patiënt.

De eerste zitting werd besloten met ontspanningsoefeningen en de belofte van de therapeut om te informeren naar mogelijkheden voor *individueel onderwijs*.

Bij zitting 2 blijkt patiënt enige vooruitgang geboekt te hebben. Het ontspanningsbandje heeft hij druk gebruikt, niet alleen om voor zichzelf te oefenen, maar ook om zijn hele familie te leren ontspannen. De therapeut heeft nog geen mogelijkheid voor individueel onderwijs gevonden. Bij zitting 3 is dit anders. De inspecteur voor het lager onderwijs in Rotterdam heeft zich bereid verklaard patiënt's analfabetisme te willen bestrijden. Maar: patiënt wil niet meer! Hij vindt de gesprekken met de therapeut geheel zinloos, hij heeft het zich ontspannen gestaakt, leren lezen en schrijven lijkt hem onzin, en zijn belangrijkste voornemen is zich op korte termijn te suïcidieren. De therapeut spreekt zijn begrip uit voor de problemen waarmee patiënt denkkelijk worstelt en neemt zich voor om met de huisarts de eventuele medicamenteuze beïnvloedingsmogelijkheden van meneer Bloem's geagiteerde depressie te bespreken.

Zitting 4 vindt niet meer plaats.

Het blijkt dat patiënt tegenover de huisarts heeft gedaan alsof hij een frequent en nuttig contact met de therapeut heeft. M.a.w. patiënt loog. Hij komt nog wel bij de huisarts, maar in therapie ziet hij weinig heil. Het gelukt de huisarts niet de wortels van patiënt's nogal plotselinge weigerachtigheid bloot te leggen.

2.2. De heer Modder

De heer Modder is een 38-jarige (maar veel ouder uitziende) in de ziekte-

wet lopende chauffeur, die door de huisarts wegens niet organisch bepaalde lichamelijke klachten wordt verwezen. Patiënt is speciaal bevreesd voor een hartziekte. Frequent en intensief lichamenlijk onderzoek kan zijn bezorgdheid slechts tijdelijk wegnemen.

Patiënt woont samen met een zeer op verbale zelfexpressie gestelde vrouw. Hijzelf is een zwijger. Zowat alles wat Van Dijck en Van der Hart (1977) over zwijgers en praters hebben opgemerkt is op hen van toepassing.

Er zijn twee kinderen, beiden van mevrouw. Patiënt staat er een beetje naast. Hij heeft jaren gevaren en is 'voor de gezelligheid' aan de wal gekomen. Erg gezellig is het echter niet. Hoewel de partners een flinke affectie voor elkaar aan den dag leggen, is het voor meneer een groot probleem hoe hij zijn vrouw af en toe de mond kan snoeren. Hij slaagt hierin alleen door van tijd tot tijd een serie gvd's ten gehore te brengen. Verder legt hij zich bij 'alles' neer en zit zwijgend voor zijn aquarium te mediteren over de wonderlijke sensaties in zijn lichaam. Je kan niet zeggen dat mevrouw hem beloont voor zijn klachten. Ze krijgt daar niet eens de gelegenheid voor; hij past op zichzelf immers een soort 'time-out'-procedure toe (naar eigen kamer aquarium kijken).

Het provoceren van een hyperventilatie-aanval brengt aan het licht dat ongeveer een kwart van patiënts klachten z.i. aan het hyperventileren kan worden toegeschreven.

Pogingen om de communicatie tussen de partners te verbeteren lopen op niets uit; vrijwel steeds is het de man die verzuimd heeft zijn huiswerk te maken. ('Ik zeg het U eerlijk, want als ik niet eerlijk was hoefde ik hier niet te komen, maar ik kon er niet toe komen het huiswerk te maken, ik zeg het eerlijk. Bovendien, ik zeg het maar eerlijk, ik ben hier niet voor huwelijksproblemen gekomen, maar voor m'n lichaam.')

De therapeut krijgt enigermate genoeg van deze patiënt, laten we 'eerlijk zijn'. Hij deelt het paar mee dat zij terug mogen komen wanneer ze wel in staat zijn hun huiswerk te maken. (Dat is na zes zittingen.)

Dan neemt de man opnieuw contact op. Hij komt alleen en vertelt dat hij de klachten niet pas twee jaar heeft - zoals hij bij de intake aangaf -, maar achttien jaar. En dat het enige waaraan hij denkt de vrees om acuut te sterven is. Bovendien geeft hij aan geen enkel risico te durven nemen met zijn hart en zich vooral veilig te voelen in een ziekenhuisomgeving. De therapeut stelt dan opname in een dagziekenhuis (of -centrum) voor. Patiënt is met dat voorstel erg ingenomen.

3. Discussie

Het 'weinig in de patiënt zien' (zie meneer Modder) is een 'slecht teken', ik betoogde dat al eerder. De reden waarom ik weinig in meneer Modder zag was zeker dat hij zijn huiswerk zo allerberoerdst maakte en in het feit dat hij dat zelf 'eerlijk toegaf' nota bene een verdienste zag. Omgekeerd geloof ik niet dat meneer Modder weinig in de therapeut zag. Van 'slechte klantenbinding' was waarschijnlijk geen sprake. Dat was kennelijk wel zo bij meneer Bloem, voor wie de therapeut veel sympathie voelde. Bij meneer Bloem had de therapeut er beter aan gedaan van meet af aan de partner bij de behandeling te betrekken, desnoods door 's avonds af te spreken. Patiënt had zich dan minder gemakkelijk kunnen terugtrekken.

Hoewel de therapeut in zijn benadering van de heer Modder al aardig wat 'ch'i' en 'judo' had verwerkt, was het toch beter geweest om meteen een paradoxale aanpak te kiezen en daar niet van af te wijken tot patiënt zelf tekenen van duidelijke verbetering rapporteerde. En misschien had de therapeut dan nog aan een paradoxale aanpak vast moeten houden. Maar ja, soms laat deze therapeut zich verleiden tot het toepassen van 'leeropdrachten en contracttechnieken', mede vanwege de invloed van sommige vriendjes van dit Tijdschrift. Hún lukt het wel om mensen met *Bach & Wyden* te laten opknappen, zo wrokt hij, maar hém niet. Zijn patiënten worden nog steeds het beste beter met Haley en Erickson.

Referentie

Dijck, R. Van & O. van der Hart (1977): Zwijgers en praters in relatie therapie. In: K. van der Velden (red.): Directieve therapie. Van Loghum Slaterus, Deventer

Over mislukkingen:

Richard Van Dijck

1. Als uitgangspunt voor deze overwegingen neem ik de langdurige en onsuccesvolle behandeling van een 30 jarige vrouw met chronische hyperventilatie en fobische klachten.

Het eerste contact was in 1973. De klachten waren toen: een beroerd gevoel dat 's ochtends meteen na het ontwaken begon en angsten die in de loop van de dag erger werden maar verminderden als haar echtgenoot thuis kwam of bleef. Alleen in zijn gezelschap kon ze het huis verlaten om boodschappen te doen. Na een tiental zittingen is bereikt dat ze, zij het met moeite, weer een redelijke mobiliteit buitenshuis heeft herwonnen. Het continue beroerde gevoel is gebleven, met enige wisselingen in de intensiteit, tot 1977 toen het laatste contact plaats vond en is bij het telefonisch navragen kortgeleden nog steeds aanwezig en nu zelfs dermate verergerd dat opnieuw straatvrees is opgetreden.

Bij het doornemen van de status blijkt dat o.m. de volgende maatregelen en strategieën zijn aangewend:

- echtpaartherapie waarbij bleek dat hij haar wanhoop en onzekerheid in de hand werkt door een dysfore en cynische manier van optreden.
- hyperventilatie-provocatie.
- zelfbekrachtiging in vivo m.b.t. de reisvrees.
- paradoxale intentie m.b.t. de angst om flauw te vallen.
- voortzetten en tijdelijk verhogen of verlagen van diverse medicaties, waaronder Temesta.
- hypnotische suggesties.
- relaxatie oefeningen individueel en in een groep, met verandering van therapeut.
- rouwtherapie m.b.t. de recent overleden moeder
- symptoomvoorschrijving m.b.t. inmiddels opgetreden dwanggedachten over geweld t.o.v. haar zoontje.
- een therapiepauze van 6 maanden.

Hier is sprake van een echte mislukking. Maatregelen die bij anderen, vaak met ernstige klachten, wel succes hadden, resulteerden hier in slechts bescheiden en tijdelijke vooruitgang. Er is overigens geen sprake van enige onwil, slordigheid of nalatigheid van de cliënte bij het uitvoeren van de opdrachten. De echtgenoot is een niet helemaal aangenaam persoon en was

minder coöperatief, maar niet erger dan vele anderen. Er is geen indrukwekkende ziekte winst, geen uitkeringen, geen verwennerij, geen slecht contact met de therapeut, geen doctor-shopping, alleen narigheid. Het meest relevante bij het opnieuw doornemen van de status lijkt mij het volgende: na een aanvankelijk redelijke vooruitgang is de therapie in een aantal zittingen gaan stagneren. Dit bleek geen tijdelijke teruggang. Hierop heb ik te snel en te vaak gereageerd met een wisseling van strategie die steeds werd ingezet vanuit het enigszins geïrriteerde voornemen om nu eens op korte termijn de zaak tot een goed einde te brengen. Het verder uitblijven van resultaten gaf aanleiding tot een zekere aversie om nog eens opnieuw echt in de situatie te duiken. Net zoals sommige supervisanten door de vragen die ze stellen aanleiding geven tot goede invallen, en anderen bij elke bespreking het gevoel weten op te roepen dat de problemen onoplosbaar zijn en de vragen onbeantwoordbaar, zo zijn er ook cliënten die de therapeut voornamelijk doen verlangen naar het einde van het gesprek. Ook het herhaalde voornemen de volgende keer alles weer eens systematisch op een rijtje te zetten, maar nu, gezien het gevorderde tijdstip, de zaak maar af te ronden is een duidelijk signaal van een dergelijke onproductieve ontwikkeling.

In de retrospectie lijkt het mij nu ook waarschijnlijk dat zijzelf helemaal niet leefde in de verwachting dat de komende paar zittingen het probleem uit de wereld zouden helpen. Zij had een moeder die tot haar dood aan conversieverschijnselen en hysterische accessen heeft geleden en ze denkt waarschijnlijk dat haar eenzelfde lot beschoren is. Deze (veronderstelde) verwachting kan alleen maar versterkt zijn door de veelvuldige veranderingen van strategie die als conclusie hebben opgeleverd: niets baat.

Dit verloop is ongetwijfeld niet uniek. In een aantal gevallen waar niet de meest voor de hand liggende redenen tot mislukking zich hebben voorgedaan zoals: taxatiefouten, grote ziekte winst of persoonlijke antipathie tussen therapeut en patiënt, zal een groeiende sombere verwachting van beide t.g.v. een te snelle wisseling in het beleid een rol spelen. Een tweede variant waar beleidswisseling een negatief effect heeft, is wanneer de therapeut accepteert dat steeds weer andere problemen op de voorgrond geplaatst worden. Dit leidt vaak tot herhaald paniekvoetbal. Dit risico is vooral groot in gezinnen met meer dan één symptoomdrager. De situatie doet zich dan vaak voor dat, vooraleer één probleem is afgerond een ander de prioriteit lijkt op te eisen. Voor de therapeut het in de gaten heeft, is er een image opgebouwd van gebrek aan controle en efficiëntie.

2. Een aantal mislukkingen zijn het onvermijdelijke resultaat van een es-
calerende ontwikkeling in de relatie tussen de therapeut en de cliënt.
Na een confronterende aanpak of gelijk welke beslissing om de cliënt
voor het blok te zetten kan de weg terug erg moeilijk zijn. Als de
cliënt zich dan niet gewonnen geeft, kan een voortzetting van de be-
handeling onmogelijk zijn. Hiermee is niet gezegd dat een dergelijke
manoeuvre nooit gebruikt mag worden; men moet zich wel realiseren dat
in een aantal gevallen het resultaat negatief zal zijn.

De mythe van sterven en herboren worden: ervaringen in hypnotherapie

1. Inleiding

Vaak is therapie gericht op het instigeren en begeleiden van geleidelijke -stapsgewijze- veranderingen. Het komt ook voor, dat een -ingrijpende- verandering zich in één dag lijkt te voltrekken. In die gevallen kunnen we van transformaties - van een persoonlijkheidsstructuur, van de structuur van een gezin, bijvoorbeeld- spreken (vgl. Rabkin, 1976). Het transformeren van de ene toestand, de ene structuur in de andere is een gebeuren dat de bijzondere aandacht van vele volkeren en culturen heeft gehad. Een van de bekendste symbolische vormen waarin het tot uitdrukking is gebracht is de mythe van sterven en herboren worden. Bekend is het verhaal van de vogel Phoenix die uit zijn as herrijst. Ook in het Nieuwe Testament komen we voorbeelden - voor sommigen waar gebeurd- van deze mythe tegen: Lazarus die door Jezus opgewekt is en Jezus zelf die - nadat hij aan het kruis is gestorven- na drie dagen "opstaat uit de doden".

In tal van traditionele puberteitsrituelen komt deze mythe ook voor. Dan wordt aan het sterven en herboren worden symbolisch vorm gegeven (vgl. Eliade, 1908). Een kind wordt na het puberteitsritueel een adolescent of volwassene. Dit houdt in dat de oude toestand van kind zijn doodverklaard moet worden, moet afsterven. Daarna kan de noviet als jong-volwassene herboren worden. Aan dit 'doodgaan' kan op verschillende manieren gestalte gegeven worden. De noviet kan gedwongen worden lange tijd roerloos-als een lijk- te blijven liggen; of hij moet een bepaalde drank drinken die hem bewusteloos maakt; of hij wordt symbolisch begraven. Diverse mythen geven aan dat hij in die toestand door een wild dier verscheurd en opgegeten wordt.

Het verblijf in de ingewanden van dat dier betekent aanvankelijk het verkeren in het rijk der doden, maar wijzigt zich in een verblijf in de baarmoeder. Hierop volgt een symbolische geboorte. Vaak is het de gewoonte om de "pas geboren" noviet als een baby of klein kind te behandelen. Iemand die nog niet praten kan, gevoed moet worden, zelfs moet leren lopen en praten.

Jung (1956) en zijn navolgers (o.a. Perry, 1976) hebben gekonstateerd dat sommige cliënten in hun dromen of hallucinaties ook bezig zijn met thema sterven - herboren worden! Zij zien hierin onbewuste pogingen om afscheid te nemen van een oude psychische toestand en om een nieuwe psychische toestand te laten ontstaan. Perry, die veel met jonge psychotische mensen werkt, is van mening dat cliënten vaak in een of andere fase van dit proces blijven steken. De therapeut moet bevorderen dat de cliënt zijn mythische reis blijft vervolgen, waardoor psychische transformaties zich kunnen voordoen.

In mijn eigen praktijk word~~t~~ ik regelmatig gekonfronteerd met cliënten die geplaagd worden door nachtmerries: angstaanjagende dromen -vaak in dezelfde vorm terugkerend- waarin de cliënt bijv. bedreigd wordt door een of ander monster. Op het moment dat het monster wil toeslaan, onderbreekt de cliënt de droom door - badend in het zweet- wakker te worden.

Ervaringen in hypnotherapie, jungiaanse literatuur en antropologische bronnen over puberteitsrituelen gaven mij het idee, dat in dergelijke angstaanjagende dromen de cliënt ook bezig is met de mythe van sterven en herboren worden, maar steeds in het destruktieve stadium-waar in hij met de dood bedreigd wordt- blijft steken. De mythe wordt onderbroken, de transformatie kan niet plaatsvinden.

In dit artikel komen twee voorbeelden uit de praktijk aan bod. Het eerste betreft een van m'n eerste pogingen de cliënt onder hypnose een nachtmerrie te laten afdromen. We zien dan hoe het thema van "sterven en herboren" worden zich vanzelf presenteert. Het tweede betreft een hypnotherapie met een cliënte die als klacht had regelmatig door een bepaalde nachtmerrie geplaagd te worden en daarnaast agressie-problemen noemde.

2. "De man met de bijl"

Marga is een 30-jarige vrouw, zes jaar getrouwd en moeder van een vierjarig zoontje. Ze heeft al jaren allerlei klachten - angstdromen, angstaanvallen, fobische klachten en (uiteraard) ook hyperventilatie aanvallen, waardoor ze niet alleen durft te zijn. Ze heeft reeds diverse behandelingen ondergaan, maar zonder veel succes.¹

In de onderhavige therapie komen op een gegeven moment die angstdromen aan bod. Ze treden frekvent op, houden haar uit de slaap en maken haar zeer gespannen. Na enige oefening in trance-werk wordt haar voorgesteld een steeds weerkerende, afschuwelijke droom in hypnose opnieuw te beleven en af te maken.

In de droom is^{ze} veel jonger dan in werkelijkheid. Ze zit met andere meisjes en jongens in een klaslokaal. Voor de klas staat een grote man met een bijl. Hij hakt de hoofden van de kinderen af. Als Marja aan de beurt is, probeert zij gillend weg te rennen. Op zo'n moment wordt ze wakker en kan haar angst niet meer bedwingen. In hypnose vraagt de therapeut haar echter om in de klas te blijven. Ze is erg angstig en wil toch weg. De rustige overredingskracht van de therapeut helpt haar haar lot te ondergaan. De man hakt haar het hoofd af. Maar, zo merkt ze op,

1. Tijdens de aanmelding was zij bezig met een fysiotherapeutische behandeling van het hyperventileren. Om die reden werd de hyperventilatie provokaite niet uitgevoerd.

de waarde van het verbruik is
o.a. afhankelijk van de (aanpak) en de (methode)
en (gelukkig) reikende zones ook zijn
zijn kwaliteit van de werking.

de bijl is blijkbaar bot want het gaat niet eentweedrie. Dan wordt het helemaal duister om haar heen. Ze konkludeert dat haar hoofd er af is. Het is een tijldlang donker en stil.

Opeens ziet ze iets: een baby in een baarmoeder. De baby zwemt druk heen en weer. Haar wordt gevraagd zich met die baby te vereenzelvigen. Zij wordt die baby. Na enige tijd beginnen spontaan de weeën op te treden en wordt ze naar de opening gedrukt. Het lijkt een stuitgeboorte te worden, waarbij haar hoofd vast komt te zitten. Ze loopt rood aan, krijgt het zeer benauwd en wordt erg angstig. Het duurt vrij lang eer ze bevrijd en geboren.

Dan komt ze weer tot rust. De therapeut geeft haar daar alle gelegenheid toe. Er wordt een tijdje niets gezegd.

Dan vertelt ze dat ze veel ouder is. Ze bevindt zich alleen op haar kamer. Ze heeft het idee dat ze goed voor zichzelf kan zorgen en alleen kan zijn. Ze trekt haar kleren uit over haar hoofd. Een kledingstuk blijft bij haar hoofd steken. Ze wordt weer benauwd en angstig. Ze komt vrij en trekt nog een kledingsstuk uit. Dat blijft ook steken en weer is ze benauwd, zij het minder dan daarvoor. Als ze alles uit heeft, kruipt ze in bed.

Ze hoort voetstappen op de trap en wordt weer erg angstig. Haar vader komt er aan; de man die haar vaak mishandeld en misbruikt heeft. Zal ze voor hem wegkruipen of zich dit keer tegen hem verzetten? Als hij haar kamer binnenkomt, besluit ze met hem te gaan vechten. Ze vindt een zwaar voorwerp waarmee ze hem de schedel inslaat. Hij valt neer. Wat ze ziet is afschuwelijk: een opengeslagen schedel, een bebloede massa en in de blootliggende hersenen smerige, zwarte stukken. Die haalt ze eruit en het schedeldak plakt ze weer op het hoofd. Ze wast de zaak schoon. Zó kan haar vader wellicht weer normaal gaan funktioneren en haar met rust laten. Maar als hij zich opnieuw zou misdragen, zal ze hem weer de schedel inslaan. Hierna komt ze tot rust. De therapeut geeft een paar indirekte suggesties voor amnesie.

De volgende week vertelt Marja dat zich bij haar een metamorfose voltrokken heeft. Ze kan dat het best als volgt illustreren. Ze heeft zich eigenlijk nooit als een volwassene gedragen, zelfs als dertigjarige vrouw kreeg ze nog wel eens een snoepje van de kruidenier. Toen ze de vorige keer naar de therapeut ging vroeg ze voor de grap een kinderkaartje aan de buschauffeur. Deze ging daarop in. Zei dat ze daar als 11-jarige te oud voor was, een kinderkaartje is maar tot negen jaar geldig. Toen ze uitgestapt was en het kaartje wilde opbergen, bleek dat de chauffeur haar toch een kinderkaartje gegeven had.

Het tegenovergestelde vond op de rit naar huis plaats. Deze chauffeur sprak haar met 'mevrouw' aan. Iets dat haar -volgens haar zeggen- nog nooit was overkomen. Ook andere mensen vonden haar enorm veranderd. Haar dochtertje zelfs zozeer, dat die haar een andere naam wilde geven: Heleen.

Marja heeft deze zitting als een doorbraak beleefd. Haar man drukte zich als volgt uit: "Het is alsof je over een drempel bent gegaan, waar je al lang tegenaan hikte". Toch mag de therapie als geheel niet als een succes beschouwd worden. Na deze zitting deden zich een aantal meer trapsgewijze verbeteringen voor, maar Marga was ook zo nu en dan weer angstig en ondervond dan - in haar woorden - een terugval. Toen de therapeut de zittingen langzaam in frekwentie verminderde, protesteerde zij hevig. Op een keer -een paar maanden na de bewuste "doorbraak"- liet zij zich ziek melden. Een week later berichtte haar man dat zij opgenomen was in de PAAZ van een algemeen ziekenhuis, waar men zich in het bijzonder met fobieën bezighield. Een vriendin had haar de tip gegeven en binnen een week kon zij daar terecht.

3. "De jongens met messen"

Rina is een 28-jarige psychologe die haar leven zonder al te veel problemen en vrij harmonisch leidt. Ze heeft echter problemen met het uiten van agressie en sedert haar kinderjaren wordt ze geplaagd door een regelmatig terugkerende angstdroom. Afgezien van de boeiende ervaringen die ze in hypnose zou kunnen opdoen, is haar eerste doel van die droom af te komen. Het is een droom die weliswaar in de loop der tijd enigzins qua inhoud veranderd is, maar waarin toch steeds hetzelfde thema aan de orde komt. Zoals uit het verloop van de behandeling zal blijken, lijken angstdroom en agressie-problemen met elkaar te maken te hebben.

Vroeger droomde ze, dat in de straat bij haar thuis een leeuw liep. Zij was binnen, maar haar vriendinnetje moest er nog aankomen. Zij ging naar buiten om haar te waarschuwen - er was verder niemand op straat - en de leeuw viel haar met zijn scherpe klauwen en met zijn bek aan. Steeds op het moment dat hij zou toeslaan werd ze wakker. De laatste tijd is de leeuw veranderd in een aantal jonge mannen met messen. Als Rina op straat loopt, houden ze haar dreigend staande. Ze trekken hun messen en willen haar steken. Als dat op het punt staat te gebeuren wordt ze angstig en gespannen wakker en voelt zich ook daarna beroerd.

In hypnose laat de therapeut haar de droom herbeleven. Rina loopt dan met haar (ex)-vriend op straat. De jongemannen komen op hen beiden aan. Er ontstaat een gevecht, waarin de vriend weet te ontsnappen. De jongemannen bedreigen dan haar met hun messen.

84

Zij weet de trap van haar ouderlijk huis op te vluchten. De deur is dicht. De jongemannen komen haar achterna en steken haar. Zij trapt hen weg. Verder komt ze niet; meer kan ze niet laten gebeuren. De therapeut verzoekt haar dan de scene te laten verdwijnen en weer tot rust te komen. Dat gebeurt, maar Rina geeft wel aan dat ze last van haar maag heeft. De therapeut gaat daar onvoldoende op in. Een week lang blijft ze last van haar maag houden, vaak is ze misselijk maar echt kotsen doet ze niet.

In de volgende zitting, een maand later, vertelt ze dat er wel iets met die droom zou moeten gebeuren maar dat ze twijfelt aan haar moed met het verhaal door te gaan. Ze vindt het gebeuren te bedreigend. De therapeut stelt haar dan voor dat hij een vergelijkbaar verhaal vertelt en dat zij hem daarin volgt. Daar stemt ze graag in toe. Dit verhaal heeft hij niet voorbereid. Herinneringen aan anthropologische literatuur over puberteitsriten verwerkt hij er ter plekke in.

De therapeut begint met de 'mijn vriend Jan' inductie-techniek van Erickson (1964). Hij vertelt haar dat dat een techniek voor autohypnose is, waarbij je je verbeeldt dat er een vriend of vriendin in de stoel naast je zit. Aan die persoon doe je de armlevitatie voor en geef je er de passende suggesties bij. Hij doet dat. Rina kijkt afwisselend naar zijn gezicht en naar zijn arm, tot haar ogen op zijn arm blijven rusten. Als zijn hand halverwege is, merkt hij op dat hij nu iets anders wil doen en vraagt haar 'de vorm, de inhoud en de kleuren van het schilderij daar op die muur' aan hem te vertellen. Rina zegt dat ze geen schilderij ziet, maar wel wolken. De therapeut verzoekt haar daar dieper en dieper in te gaan: dat te laten gebeuren en daarin net zo lang verder te gaan totdat haar linkerwijsvinger als teken aan hem omhoog zal gaan dat de tijd rijp is voor zijn overname van de leiding. Hij laat haar dan in ruimte en tijd naar een dorp in een oerwoud gaan. Daar ondergaat ze als meisje van 12,13 of 14 jaar een puberteitsritueel. Ze wordt gewelddadig uit het dorp gevoerd en moet na allerlei lijden symbolisch sterven. Ze wordt in een gang onder de grond gestopt; een plaats die eerst als graf fungeert en dan de buik van een monster symboliseert. Ze wordt dan symbolisch geboren. Daarna vindt een reinigings- en herenigingsritueel plaats, waarin ze als volwassen vrouw haar plaats in de gemeenschap inneemt.² Als de therapeut haar weer laat terugkeren naar een 'normale bewustzijnstoestand' suggereert hij haar dat 'kan meenemen wat ze wil en achter kan laten wat eigenlijk achter gelaten moet worden'.

2. de letterlijke weergave van dit verhaal is op aanvraag verkrijgbaar bij de auteur.

Een indirecte suggestie voor amnesie, die Rina echter anders interpreteert.

Na afloop vertelt Rina spontaan dat ze blij was met die suggestie om achter te kunnen laten wat ze achter wilde laten: Dat waren negatieve gevoelens jegens de mensen die haar eerst zo'n pijn gedaan hadden en daarna zo blij waren dat ze weer terug was gekomen. Op de vraag van ^{leen}observator of het tempo van het verhaal niet te hoog lag, antwoordt ze dat het moment waarop zij de mooiste van allemaal-tijdens de herenigingsrite- best langer had mogen duren.

Drie weken later - in de volgende zitting -, ziet Rina er heel rustig uit; ze kijkt ook veel helderder dan de vorige keer. Ze vertelt dat ze zich na de laatste zitting een paar dagen erg prettig heeft gevoeld maar dat dat toch een vrij oppervlakkig gevoel was dat ook weer verdween. Ze had gedacht dat de therapeut haar toch mooi geholpen had, maar had later het besef gekregen dat zijzelf óók die leeuw of die bedreigende man is. In het verhaal van de therapeut was ze slechts passief, maar ze heeft ook een actieve kant. Ze heeft al besloten dat die actieve kant ook aan bod moet komen en dat ze dat zelf moet doen - in deze zitting. De therapeut reageert met: "Oké, ga dan zelf in een diepe trance en als je op het punt bent gekomen waar je dat werk kunt doen, doe dan je linkerwijsvinger omhoog als een teken aan mij". Rina vertelt dat ze-als een man met een mes-achter de bosjes in de tuin van een groot huis zit. Men is met een verbouwing bezig. Ze houdt het huis in de gaten. Is jaloers op degenen die daarin contact met elkaar hebben. Ze gaat via de tuin het huis binnen. Er heerst een heel beklemmende sfeer. Op de eerste etage ziet ze twee van haar beste vrienden. Ze wil contact met hen, maar dat zal toch niet lukken. Daarom moeten ze er aan. De vrienden geven aan wel contact met haar te willen, maar ze voelen zich steeds meer door haar bedreigd. Ze komt op hen af en doodt hen met het mes. Merkt op dat zij het niet meer zijn. Ze gaat slapen.

In de vroege ochtend wordt ze wakker. Ze zoekt benzine of petroleum en steekt het huis in brand. Achter de bosjes verschuilt ze zich weer. Hoort vaag een brandweersirene. Ze ziet vaagjes een vrouw achter een (zolder)raam, kan haar niet herkennen.

Ze drukt zich achter de bosjes dicht tegen de grond; op haar gehele lichaam krijgt ze puisten, steeds meer; de etter komt eruit. Het onderscheid tussen haar en de aarde wordt steeds geringer.

De therapeut, die haar tot dat punt alleen maar gevolgd heeft, merkt nu op: "Ga op in de aarde, laat het een worden met de aarde, zodat het omgezet wordt tot voedsel vol nieuwe gezonde en creatieve impulsen die vanzelf zullen ontstaan". Rina heeft veel tijd nodig om uit haar trance te komen. Ze is erg ver weg geweest- verder dan eens te

voren- en heeft moeite zich op de aktuele tijd en plaats te oriënteren.

Drie weken later maakt ze een stevige ,frisse indruk. Ze vertelt dat ze een aantal vrienden die droom van de vrije zitting verteld heeft. Die zijn gaan duiden , daar is ze razend om geworden. "Ze ontnemen mij zo m'n droom. Ze vraagt geladen of de therapeut ook zo bezig is geweest. Hij zegt dat het hem er alleen om gaat haar te helpen haar eigen weg te vinden en te vervolgen. Interpreteren is daarbij overbodig, ook al heeft hijzelf wel het idee gehad dat de droom o.m. iets met agressie te maken had. Hij zegt haar dat hij tijdens het gebeuren de vorige keer soms de neiging had gehad in te grijpen. Toen zij bijvoorbeeld die vrienden in dat huis ontmoette, had hij het idee haar op gestalt therapeutische wijze een rolwisseling te suggereren. Haar sterke wens die keer zélf het werk te doen had hem ervan weerhouden. Rina geeft aan dat het goed is geweest dat hij haar in die rol gelaten heeft en haar had laten opgaan in de aarde. Ze wil verder trance-werk doen, maar heeft geen bewust idee wat dat nu zou kunnen inhouden. De therapeut speelt in zijn inductie in op de kracht die Rina uitstraalt. Hij laat haar een vuist ballen en suggereert haar de ~~kracht~~ van een boom: sterke wortels en een buigzame top. Hij geeft dan aan dat ze een aantal glazen bollen kan visualiseren (vgl. Erickson, 19) waarin ze belangrijke aspecten van zichzelf-gebeurtenissen uit verleden of heden- kan bestuderen en vergelijken. Ze kan leren van de overeenkomsten en verschillen en dat gehele leerproces kan eventueel uitmonden in een grotere glazen bol, waarin iets in de toekomst gebeurt.

Rina ziet drie bollen. In de eerste speelt zich een scene van vroeger thuis af. Het is er erg gezellig , maar er is geen ruimte voor haarzelf. In de tweede bol is zij groter en sterker dan de andere mensen, die zich klein houden en zichzelf geen ruimte geven. Toch zijn het mensen die met haar strijden en van haar willen winnen. In de derde bol ziet zij zichzelf en een aantal bekenden op het strand. Er staat een stevige wind en iedereen heeft de ruimte. Ze spelen een spel waarin het niet gaat om te winnen en waar iedereen zich prettig bij voelt. Het is de fijnste scene.

Ze is lange tijd bezig met de inhoud van de drie bollen. Duidelijk wordt dat ze het liefst in de derde scene vertoeft. De therapeut zint indirekt op een integratie van de drie. Rina merkt op dat de eerste scene gemakkelijk in de derde op kan gaan. De tweede kan niet in de derde. Wel lukt het haar een aantal mensen te overreden om te groeien en zichzelf de ruimte te geven. Die mensen kunnen over

82

springen naar de derde bol. Niet iedereen krijgt ze mee en ze denkt er over afscheid van hen te nemen. Het lukt haar niet het gebeuren volledig af te ronden. De therapeut suggereert haar dan een voorlopige afronding, "waardoor het onbewust verder kan werken en ontwikkelen". Daarmee kan Rina haar werk beëindigen.

Anderhalve maand later belt de therapeut op voor een follow-up. Rina vertelt dat het uitstekend met haar gaat: geen angstdromen meer, haar werk loopt goed, haar persoonlijke kontakten zijn bevredigend en ze voelt zich happy met zichzelf. De therapeut vraagt haar hoe de laatste zitting doorgewerkt heeft. Ze vertelt dat^{er} met vrienden over de hypnose-droom (waarin zij de man met het mes is) gepraat heeft. Ze blijkt vergeten te zijn dat er nadien nog een zitting heeft plaatsgevonden. Als de therapeut haar dan herinnert aan het werk met de drie glazen bollen, merkt ze op dat dat zeker niet belangrijk is geweest. Ze komt er dan tot haar verbazing achter dat het gebeuren in de derde bol zich ook in werkelijkheid voltrokken heeft. Ze is met een vriendin/kollega op Terschelling geweest. Beiden wilden een artikel over hun vakgebied schrijven. Op een duintop, en een stevige wind, hebben ze het uitgeknokt wat in dat artikel moest komen en wie wat zou doen.

4. Diskussie

Uitgebreid wil ik de diskussie in dit stadium niet maken. Slechts een tweetal opmerkingen.

1. Beide voorbeelden uit eigen praktijk waren bedoeld om aan te geven dat mensen in een angstdroom vaak - op hun manier - met de mythe van sterven en herboren worden, m.a.w. met een persoonlijke transformatie, bezig zijn. Ze stoppen echter voortijdig met dit gebeuren. Ze beginnen herhaaldelijk aan hun persoonlijke mythe, maar maken het verhaal nooit af. Voorbeelden in de anthropologie - m.n. van puberteitsrituelen - laten zien hoe het verdere verloop van de mythe kan zijn.

Wat mij interesseert is hoe anderen met deze benadering zouden werken. De mythe van sterven en herboren worden kan tot allerlei persoonlijke transformaties van belang zijn en de manieren waarop aan de mythe gestalte kan worden gegeven zijn talrijk.

2. Leerzaam vind ik de reactie van Rina op het verhaal - het puberteitsritueel-dat de therapeut haar liet meebeleven. In dat verhaal had hij haar een zeer passieve rol gegeven - de rol die zij (zij het niet zo sterk) ook in haar eigen dromen tegenover geweld aannam. De keer daarop komt zijzelf met de wens zelf haar aktieve kant aan bod te laten

komen - met de genoemde droom (met haar als de man met het mes) als gevolg. Ook al sloot het verhaal van de therapeut niet volledig bij het beleven van Rina aan, door de klemtoon die hij op haar passiviteit legde, maakte hij de weg vrij voor haar aktieve, agressieve kant - de kant waarmee zij de meeste moeite had.

Deze - overigens van te voren niet zo doordachte - benadering treffen we vaker aan in therapie. Kliënten kunnen ambivalent staan tegenover bepaalde aspecten van hun leven die in therapie aan bod komen. Ze kunnen dan vaak de ene kant van hun gepolariseerde reactie moeilijker aan bod laten komen dan de andere. De therapeut kan dan zelf de "dominante" pool spelen, waardoor de cliënt zelf met de de "recessieve" pool komt aanzetten. "In our experience, the result is immediate and dramatic. The cliënt responds by expressing the former weak polarity. The therapist continues to play the first polarity in an exaggerated form until the client is expressing the opposite polarity with equal intensity". (Grinder & Bandler, 1976,p.73). Het doel van dergelijke interventies is uiteraard niet, dat de ene pool wint ten koste van de ander maar een integratie van beide.

Referenties:

Eliade, M. (1958), Rites and symbols of initiation: the mysteries of birth and rebirth. Harper and Row, New York.

Erickson, M.H. (1954), Pseudo-orientation in time as a hypnotherapeutic procedure. J. of Clin. and Exp. Hypnosis, 2, 261-283 Ook in: J. Haley, Advanced technique of hypnosis and therapy, Grune & Stratton, New York, 1967.

Erickson, M.H. (1964), the "surprise" and "my friend John" techniques of hypnosis: minimal cues and natural field experimentation. The Amer.J. of Clin. Hypnosis, 6 (4), 293-307.

Grindes, J. & R. Bandler (1970), The structure of magic, Vol.II. Science and Behavior Books, Palo Alto.

Jung, C.G. (1956), Symbols of transformation. Princeton University Press, Princeton.

Perry, J.W. (1976), Roots of renewal in myth and madness. Jossey-Bass, San Franscisco

Rabkin, R. (1976), Critique of the clinical use of the double bind hypothesis. In: C.E. Sluzki & D.C! Ransom, Double bind: the foundation of the communicational approach to the family, Grune & Stratton, New York.

*Een afscheidscerimonie, bedacht en ten uitvoer gebracht door
kurstisten van een paren kursus gezinstherapie*

Alfred Lange, Antje Offerhaus en Joris Marsman

1. Inleiding

Op de afdeling Groepspsychologie van de Universiteit van Amsterdam vinden regelmatig cursussen directieve gezinstherapie plaats. Normaliter doen daaraan 20 mensen mee die een opleiding psychotherapie volgen. De cursus bestaat uit 9 wekelijkse zittingen. Gedurende de week bestuderen de kurstisten literatuur, bekijken videobanden, en voeren praktisch huiswerk uit. Het huiswerk wordt besproken in 'huiswerkgroepen' van vier tot zes man, die tweemaal per week bij elkaar komen.

Eenmaal per jaar wordt een parenkursus gehouden. De deelnemers zijn dan geen 20 individuen, maar 10 paren. Tien aspirant psychotherapeuten participeren samen met de partner waarmee zij minimaal 3 maanden samenwonen. De beide partners volgen exact hetzelfde programma. Voor een uitgebreide beschrijving van deze parenkursus zij verwezen naar Zeegers (1976) of naar Lange en Zeegers (1978).

Enkele weken geleden werd een parenkursus afgesloten. Tijdens een van de laatste zittingen vertelde één stel hoe zij, gegrepen door de artikelen daarover, uit zichzelf en voor zichzelf een ritueel hadden bedacht.

De eerste auteur, tevens cursusleider, vond dit een dermate ontroerend en fraai uitgevoerd ritueel, dat hij hen verzocht hun bevindingen hierover ten behoeve van TDT op papier te zetten. Het resultaat daarvan, volledig geschreven door de twee andere auteurs, vindt u in de volgende paragraaf.

2. Tot stand komen en uitvoeren van het ritueel

In het kader van de cursus gezinstherapie voor paren, die wij beiden volgden aan de Universiteit van Amsterdam, werd niet alleen aandacht besteed aan de theorie m.b.t. therapeutische rituelen, maar konden we zelf de effecten van zo'n opdracht ervaren door middel van het praktisch huiswerk. Wij hebben voor onszelf een ritueel bedacht en ook uitgevoerd, en hebben gemerkt hoe doeltreffend een symbolische handeling kan zijn, b.v. als het gaat om de markering van een veranderingsproces dat zich

tot dat moment heel geleidelijk had voltrokken. Het plezier dat wij aan de voorbereidingen en het uitvoeren van ons ritueel hebben beleefd, de betekenis die het heeft gehad voor onze relatie en ook naar buiten toe, gezien de enthousiaste reakties vanuit de cursus, van onze vrienden en familieleden, maakte dat wij graag bereid waren over onze ervaringen een verslag te schrijven.

Wij kenden elkaar al oppervlakkig sinds september 1976, omdat we beiden bij de zelfde instelling werkzaam waren. Ten gevolge van een landelijke actie en de vele voorbereidingen die daarmee samenhangen werkten we gedurende enige tijd nauw samen. Succesvol aktievoeren kan op meerdere nivo's zijn invloed hebben en wat ons tweeën betreft heeft het zijn uitwerking niet gemist. In maart 1977 raakte het "aan" tussen ons en we zijn nu zover dat we ook samenwonen.

In de afgelopen periode hebben we uitgebreid de tijd genomen om alle stappen rustig te overwegen, geen overhaaste beslissingen te nemen om zodoende langs een geleidelijke weg te komen tot een vorm van samenwonen waar we ons beiden in zouden kunnen vinden. Deze stapsgewijze benadering was ook wel nodig, want we hadden allebei jarenlang zelfstandig op kamers gewoond en waren ieder op zijn manier, gehecht geraakt aan de betrekkelijk onafhankelijke manier waarop we tot dat moment ons eigen leven konden bepalen. Het feit dat we zo verknocht waren aan onze zelfstandigheid heeft er zeker toe bijgedragen dat we in de beginfase van onze relatie zulke duidelijke limieten stelden t.a.v. gezamenlijke activiteiten. We hebben in deze periode ervaren hoe moeilijk we het vonden om, gedurende meer dan een paar dagen bij elkaar te zijn en er waren dan ook konkrete aanleidingen voor nodig (en nog wel op neutraal terrein) om op een prettige manier gedurende langere tijd met elkaar op te trekken.

Eigenlijk pas vlak voor de zomervakantie en nog wel in het kader van een generale repetitie, omdat we met de tent op de rug een maand door de bergen van Corsica wilden wandelen, begon het iets te lijken op samenwoning. In oktober was het eigenlijk zover dat Joris alleen dan nog naar zijn kamer ging als hij de plantjes water moest geven en de post ophalen. Afspraken i.v.m. het opzeggen van de kamer voor het eind van het jaar, waren inmiddels al gemaakt. Toen we medio november begonnen aan de cursus, waarbij het gedurende drie maanden permanent

samenwonen met dezelfde partner o.a. als voorwaarde werd gesteld, was het feit dat wij beiden meenden toch wel min of meer aan deze eis te voldoen, een van de eerste duidelijke aanwijzingen dat we de afgelopen periode beiden zodanig als samenwonen hadden beleefd, dat we hierover naar buiten toe een duidelijke uitspraak wilden doen. Tot dat tijdstip waren het eigenlijk alleen de wederzijdse vrienden die op de hoogte waren van de feitelijke situatie, voor kennissen en familie bleef een en ander nog lange tijd onduidelijk.

Op grond van wat we hier beschrijven en daaraan parallel lopende ontwikkelingen, kwamen we, geïnspireerd door de in de cursus behandelde literatuur over de toepassingsmogelijkheden van rituelen, op het idee een eigen ritueel te ontwerpen en uit te voeren. Met zo'n symbolische handeling wilden we onze samenwoning bekrachtigen.

Gedurende de laatste twee weken van 1977 hebben we het idee verder uitgewerkt en bedacht welke aspecten we in ons ritueel zouden willen betrekken.

- Het afscheid nemen van zijn kamer werd door Joris als heel belangrijk ervaren en zou pas kunnen gebeuren als de kamer volledig ontruimd zou zijn.
- Het naamplaatje van Joris zou door Antje op de deur worden aangebracht.
- En we wilden op de avond waarop we het ritueel zouden uitvoeren, lekker gaan eten in een goed restaurant.

We hadden het er erg druk mee, de ontruiming van de kamer ging niet van een leien dakje en onze planning dreigde in de war te raken. Toch zijn we erin geslaagd alles net op tijd klaar te hebben. Het naderbij komen van het door ons bedachte ritueel en vooral de gesprekken die we daarover met anderen hadden hebben ertoe bijgedragen dat we met gespannen verwachtingen en de nodige voorpret gingen uitzien naar de bewuste avond.

Eindelijk was het dan zover, de kamer was leeg, het tafeltje in het restaurant besproken en Antje had het naambordje op de deurpost geschroefd en het direkt met ondoorzichtig plakband afgeplakt. Na het werk thuisgekomen hebben we ons speciaal voor deze gelegenheid netjes aangekleed. Het was al donker geworden toen we op de fiets de ons zo bekende route "voor het laatst" nog eens aflegden; dit was van te voren niet door ons zo bedacht maar we waren het er over eens dat het een

wezenlijk onderdeel van het ritueel vormde. Om op de oude kamer van Joris nog een afscheidsborrel te drinken namen we twee tupperware's mee met respektievelijk sherry en pinda's. Voor dit afscheid hadden we ruim tijd gereserveerd, zodat we in de koude en lege kamer, samen op de verwarming zittend, gelegenheid hadden om herinneringen op te halen. Nadat Joris een afscheidsbrief aan zijn vroegere huisgenoten had opgehangen, fietsten we opgewekt naar het ons beiden onbekende restaurant waar we feestelijk zouden gaan eten. We werden er reeds verwacht en konden dan ook direkt aan tafel gaan.

Ontspannen en gezellig babbelend hebben we er uitgebreid gedineerd en zonder enige moeite een hoop geld uitgegeven. We zijn toen rond een uur of tien rozig en geheel verzadigd naar huis toe gefietst voor het laatste onderdeel van ons ritueel. Nadat de fietsen waren gestald hebben we samen plechtig het plakbandje verwijderd en daarmee het naamplaatje onthuld. Het gehele ritueel was ten uitvoer gebracht en vanaf dat moment woonden we echt samen.

Hoewel het een verstandelijk opgezet gebeuren was, hebben we bij het uitvoeren van ons ritueel ervaren welk een emotionele betekenis het voor ons had. Meer dan welk gesprek dat we tot dan toe hierover hadden gevoerd, heeft dit ritueel ons duidelijk gemaakt hoe een gezamenlijke beleving door een symbolische handeling kan worden uitgedrukt en bekrachtigd. Wat hierbij voor ons vooral van grote betekenis is geweest, zijn de enthousiaste reacties vanuit ons huiswerkgroepje en de manier waarop we door vrienden en familieleden werden gestimuleerd. Met het uitvoeren van dit ritueel werd niet alleen voor ons een bepaalde periode afgesloten, maar werden tevens de mogelijkheden geschapen een nieuwe fase in ons leven en de veranderde verhoudingen die zich daarbij voordoen, beter te herkennen.

Literatuur

- Lange, A. & W. Zeegers (1978): Structured training for behavioural family therapy; methods and evaluation. Behavioural analysis and Modification, (in druk)
- Zeegers, W. (1976): Parenkursus Gezinstherapie. Gestencild rapport, Vakgroep Groepspsychologie, Gem. Universiteit van Amsterdam.

Direktieve behandeling van Depressieve Syndromen

Dick Oudshoorn

*Vin broed
krijge*

Inleiding Depressieve klachten treden veelvuldig op en zijn meestal kwellend genoeg om een goede behandeling te rechtvaardigen. Ze worden meestal volgens het 'mediese model' benaderd, en dan wel voornamelijk met medikatie; en alleen wanneer men van een 'neurotische depressie' sprak, achtte men psychotherapie aangewezen. Gedragsterapie en Gezinsbehandeling zijn nog zeker geen aanvaarde benaderingswijzen, zeker niet wanneer het om een 'echte' depressie gaat. Als Direktieve Therapeut ben ik al jaren geïnteresseerd in Direktieve behandelingsvormen voor depressieve toestandsbeelden, maar het is pas kort geleden dat ik op het idee kwam er een studie van te maken. Dit artikel is dan ook niet meer dan een eerste aanzet. Ik heb als eerste stap alle nog in mijn bezit zijnde ziektegeschiedenissen van 1976 en 1977 doorgevlact en er alle depressieve beelden, duidelijk of vaag, uitgehaald en er een samenvatting van geschreven. Met een eenvoudige kode (perforatie in de kantlijn, die bij het gewenste gaatje wordt opengeknipt zodat met behulp van een breïnaald met enig schudden alle patiëntengeschiedenissen eruit rollen die op dat item positief zijn) heb ik cirka 20 items uitgesplitst, waarvan 10 diagnostiese items en de overige:behandelingsgegevens zijn. Wat de eerste betreft heb ik gewoon gangbare indelingen gebruikt, die ik in Hoofdstuk I zal uiteenzetten. In Hoofdstuk II zal moeten blijken in hoeverre ze relevant zijn voor de behandeling en het resultaat. In Hoofdstuk III moet de auteur dan een direktief model opzetten.

I.1 Hoofdstuk I Diagnostiese beschouwingen uit de litteratuur.

Onder depressie kan men verstaan: een symptoom, een syndroom of een ziekte. Aangezien men pas van 'ziekte' mag spreken wanneer de oorzaak bekend is, het verloop in hoge mate voorspelbaar is en het pathologies anatomies substraat bekend is, en van oorzaak en anatomies substraat maar weinig vaststaat, is het beter niet van 'ziekte' dus ook niet van 'Depressie' te spreken, doch het op 'Depressief Syndroom' te houden. Dat wil zeggen: een regelmatig voor-

komende combinatie van symptomen.

Men geeft meestal een opsomming zoals de volgende:

- 1- Remming van denken en handelen
- 2- neerslachtige tot radeloze stemming; lusteloosheid tot gevoelloosheid
suicidaliteit
- 3- somatische stoornissen:
 - a- slaapstoornissen
 - b- vermoeidheid
 - c- verminderde eetlust
 - d- libidoverlies
 - e- preokkupatie met vegetatieve klachten
- 4- dagschommelingen (s'ochtends erger dan s'avonds)
seizoenschommelingen (herfst en lenté erger)
- 5- depressieve waangedachten (zonde-, armoede-, hypochondere -, nihilisten-.)

Omdat niet in elk geval alle symptomen in dezelfde mate optreden of zelfs bepaalde symptomen kunnen ontbreken, kan men nadere onderverdelingen maken die in hoofdzaak neerkomen op de volgende:

A1 Vitale syndroom

A2 Personale syndroom,

waarbij de verschijnselen in het eerste geval over het algemeen ernstiger zijn dan onder A2, en er voorts geen invoelbaar verband (meer) is met bepaalde gebeurtenissen. In het tweede geval blijft dat verband duidelijk, ook -meestal- voor de betrokkene zelf, en is de depressiviteit meer 'ich-nah'. Symptomen 4 en 5 ontbreken bovendien. Met deze indeling, vooral vurig verdedigd door van Praag, zijn andere indelingen in 'Endogene Depressie' etc overbodig geworden, naar het schijnt. We zullen onderzoeken in hoeverre de indeling voor mijn eigen patiënten waarde heeft.

Een andere indeling heb ik ook geprobeerd te toetsen:

B1 Angstig geagiteerd depressief syndroom

B2 Angstig geremd depressief syndroom

B3 Geremd apaties depressief syndroom

B4 Neurasteen-Hypochonder depressief syndroom

Deze indelingen moeten n. bekeken worden op hun waarde voor de behandelingswijze.

I.2

Etiologische beschouwingen

Van oudsher heeft men allerlei oorzaken overwogen die aan het optreden van depressieve klachten ten grondslag zouden liggen. Men zoekt de verklaring in een teveel aan zwarte gal, of in een bepaalde erfelijke aanleg (resp. 'melancholie' en 'Endogene Depressie'). Men ontdekte ook dat bepaalde ziektes, bv infecties, of vergiftigingen depressies konden veroorzaken (zg 'symptomatische depressies') en dat deze ook door ziektes van de hersenen of de hersenvaten konden worden teweeggebracht. Verder verbond men depressies aan bepaalde levensfasen zoals klimakterium en involutie, puberteit, of bijzondere fasen zoals het kraambed. Ten slotte werden er natuurlijk allerlei psychologische verklaringen gezocht en gevonden. Rouw om het verlies van een dierbare metgezel bv kan gelijkén op, of overgaan in een depressief toestandsbeeld. Ook krenking van het gevoel van eigenwaard en van bepaalde aspiraties kan op een depressieve toestand uitdraaien. Agressieve gevoelens lijken een rol te spelen; juist wanneer een ambivalente relatie wordt verbroken kan dat verlies tot veel zelfverwijt en tot een neiging tot zelfvernietiging leiden.

Aaron Beck* is een van diegenen die op de kognitieve aspecten van depressie hebben gewezen. De trias: negatief zelfbeeld

negatief beeld van de buitenwerel

negatief beeld van de toekomst

welke trias leidt tot motivatieverlies, depressieve stemming enzovoort. Zulke depressieve kognities leiden tot verkeerde interpretaties van ervaringen en selffulfilling prophecies, dus tot vicieuze cirkels. Kognitief (positief) herlabelen is ook daarom belangrijk i.d. therapie

Ten slotte komen we tot interpersoonlijke aspecten van de depressie. Wie een goede partner of een bevredigende positie verliest ervaart een plotselinge vermindering van versterkers voor vele van zijn gedragingen. Velen die depressief worden blijken met een opvallend klein aantal mensen om te gaan en soms van één enkel persoon afhankelijk te zijn geweest voor hun zelfgevoel, kortom buitengewoon kwetsbaar te zijn(geweest).

Lewinsohn veronderstelt dat te weinig 'respons kontingente positieve bekrachtiging' tot het depressieve syndroom leidt. Belangrijke variabelen zijn: a- de totale hoeveelheid van potentiële bekrachtigers voor de betrokken persoon, b- de hoeveelheid daarvan die in de omgeving beschikbaar is, c- het zg instrumentele gedrag, oftewel de vaardigheid van de betrokkene om die bekrachtiging uit zijn omgeving

* Geciteerd in Lewinsohn (1974)

te krijgen, los te krijgen.

Wanneer iemand te weinig kontigente^{pos.} bekrachtiging krijgt behoeft hij natuurlijk niet onmiddellijk met een depressief syndroom te reageren; in eerste instantie zal hij wrevel en agressieve gevoelens of verwijten in zich voelen opkomen. Het risico is groot dat hij door deze uit te spreken een averechts effect sorteert, namelijk een verdere vermindering van pos. bekrachtiging. Hij kan daarop reageren met verdubbelde verwijten etc, of met het inslikken ervan -het eerste brengt risico's mee zoals toenemende spanningen, eskalatie, eventueel een crisis, het tweede werkt depressieve verschijnselen in de hand, eventueel een suicidepoging, dus ook een crisis. Het populaire advies van 'leer je agressie te uiten' moet dan ook niet naïef worden gegeven, zeker niet aan een individu apart; de reactie van de partner en verdere omgeving is namelijk zo ongeveer doorslaggevend voor succes of schipbreuk, en moet dus door de therapeut beïnvloed kunnen worden. Al met al zijn er voldoende redenen om depressieve mensen altijd met hun partner of verdere gezin te behandelen.

Aan het slot van deze etiologische overwegingen is het goed er nog eens op te wijzen dat een depressief syndroom niet in een klap ontstaat, doch het resultaat is van een serie in elkaar grijpende vicieuze cirkels of kringprocessen. 'De Oorzaak' is dan ook minder belangrijk dan het publiek doorgaans denkt. Of beter gesteld: de oorzaak of achtergrond is slechts een van de factorencomplexen die het voortbestaan van een depressief syndroom verklaren. In die kringprocessen kan de depressie steeds dieper worden en kunnen ook biologische factoren gaan meespelen. De depressie gaat dan een eigen leven leiden. Het personale syndroom gaat over in een vitaal syndroom

Welke verklaring moet worden gegeven voor het zo frekwent optreden van lichamelijke klachten en symptomen? Naar mij voorkomt spelen hier ook factoren op verschillende nivo's samen. De verbanden tussen lichamelijk en geestelijk-sociaal welbevinden zijn velerlei. Voor een deel gaat het om vitale functies die ontregeld kunnen raken, zich aan controle onttrekken. Dan kan de betrokkene er mee gepreokkuperd geraken, temeer omdat hij toch al in een steeds nauwer kringetje leeft. In de derde plaats kan het zijn zelfrespekt dienen en het begrip in zijn omgeving, wanneer hij met lichamelijke symptomen aan komt, omdat er voor psychische problemen weinig begrip is, of zelfs omdat

men achter psychiese moeilijkheden nog al te gemakkelijk verwijten enzovoort kan vermoeden, waar men niet van wil horen.

Een andere kwestie is moeilijker te verklaren. Een depressief syndroom neigt onder bepaalde omstandigheden tot een autonome verslechtering, maar neigt uiteindelijk ook altijd weer tot een autonoom herstel. Blijkens litteratuurgegevens al sedert de klassieke Duitse kliniese psychiatrie, zou een flinke depressie (laten we zeggen een vitaal syndroom) gemiddeld zes maanden duren, maar eventueel wel 12 - 24 maanden, en dan spontaan genezen. Vanzelsprekend heb ik dan ook de duur van depressieve beelden bij mijn patiënten nagegaan. Meestal geef ik aan het begin van een behandeling ook een prognose over de verwachte duur ervan tot volledig herstel is ingetreden. Deze gaat dan ook als een goedaardige zich zelf waarmakende voorspelling werken - hoe dan ook, het komt vrijwel altijd uit.

II Hoofdstuk II Door tijdgebrek heb ik tot dusverre 71 dossiers op kaart kunnen zetten van de cirka 90 die ik heb kunnen achterhalen; alle verdere gegevens komen dus van die 71 patiënten. Het betreft (eerste verrassing) 45 mannen en 26 vrouwen. Dit is niet representatief voor de verhouding mannen/vrouwen in onze totale patiëntenpopulatie (%mannen en jongens), en evenmin voor die in onze depressieve populatie.

- .1 Vitaal/Personaal. Volgens strikte criteria zouden 9 mannen en 5 vrouwen vitaal depressief zijn wanneer de behandeling begint. De vermaarde dagschommelingen zijn zeldzaam en depressieve waangedachten uiterst zeldzaam. Wat vaker wordt (tipies door de ega) gesproken over de vallende en de komende blaadjes aan de bomen. Ook in bepaalde gevallen, waar de therapeut van een personale depressie spreekt. Enkelen zitten dan ook in najaar en voorjaar op de volgende depressie te wachten! Dit kan een direktief aangrijpingspunt zijn. Op de konsekwenties voor medikatie kom ik straks terug. Het nogal rekkelijke criterium van begrijpelijkheid van de depressie altans in de ogen van de therapeut valt in 48 gevallen positief uit, dus bij 23 negatief. Dit wil zeggen dat ik bij 48 mensen een duidelijke oorzakelijke faktor

heb kunnen opsporen en ook het voortbestaan van de depressie (de factoren die het beeld onderhouden) duidelijk vind. Bij een groep van nogmaals 14 patiënten is de etiologie me onduidelijk, maar zie ik wel duidelijk welke factoren de depressie instandhouden. Bij slechts 9 patiënten tast ik geheel in het duister; het behoeft niet te verbazen dat de resultaten in deze groep slecht zijn. De oorzakelijke factoren zijn in zoverre van therapeuties belang dat het altijd de moeite waard blijkt te zijn er met de patiënt en zijn omgeving over te praten. Het maakt uit als je weet waaruit het ontstaan is, of als de verklaring die je er al voor gevonden had door de therapeut wordt geaccepteerd. Overigens schroomt deze zich niet een en ander te herformuleren, totdat een verklaring is gevonden die goed strookt bij de meer positieve kanten van de patiënt. Een staaltje van cognitief herlabelen, zodat er bv niets meer is om je voor te schamen. Dit kan van alles zijn, maar veelvuldig maakt de therapeut gebruik van het beeld van 'surmenage, akku leeg' e.d. Daar wordt dadelijk nog op teruggekomen. Mijn devies zou kunnen luiden: Si non è vero, è efficace !

De factoren die de depressie onderhouden zijn van eminente betekenis voor de therapie, dat behoeft nauwelijks betoog. De therapeut ontleent er de meeste aangrijpingspunten aan. Zoals reeds gesuggereerd, ziet hij de betrokkene vrijwel zonder uitzondering op zijn minst samen met zijn partner of echtgenoot.

II.2

Het onderscheid in B1 - angstig geagiteerd : 6 patiënten
B2 angstig geremd 6
B3 geremd apaties 20
B4 neurasteen-hypoch. 33
niet te rubriceren 6 (1x gezien, geen notitie van syndroom gemaakt)

Opgemerkt moet worden dat het ene syndroom in het andere kan overgaan en vice versa. Vooral B1 en B2. Ook B3 en B4. Soms B4 en B1,2.

Deze syndromale indeling heeft in prinsiepe vooral betekenis voor de farmakotherapie (zie verder). Maar in het algemeen is duidelijk dat de therapeut primair zal trachten iemand die geagiteerd is te leren ontspannen (zie verder) en iemand die geremd-apaties is te aktiveren.

II.3 Farmakotherapie. In prinsiepe kan deze goed met Direktieve Therapie worden gekombineerd. Men zou de depressies ook kunnen onderverdelen in die welke aardig op antidepressiva reageren, en die welke er niets op doen. Bij ernstige depressieve toestandsbeelden is de kans groter; m.i. moet het daar altijd geprobeerd worden. Bij minder ernstige beelden is de kans minder dan 50%, maar toch nog de moeite waard. Wil men het toepassen, dan dient men wel rationeel te werk te gaan, a- in de keuze van het middel, b- in de dosering en de duur van verstrekking. Bij angstig geagiteerden ligt Tryptizol voor de hand, evt samen met een sedativum (Neurolepticum). Bij angstig geremde mensen ook Tryptizol. Bij geremd apatische Tofranil, Anafranil, of Concoridin. Bij de vierde categorie, de neurasteen hypochondere is de kans op succes het minst en is de keus moeilijk. Bij voorkeur schrijf ik niets voor.

afkwal

Nu is de jammerlijke praktijk, dat een patiënt die naar ons wordt verwezen al uitgebreid van alles van zijn huisarts en zijn specialisten heeft voorgeschreven gekregen. Ons dankbaarste werk is vaak om allerlei bonte medikaties helemaal af te bouwen om dan de patiënt te zien opbloeien! Ik volg de richtlijnen van van Praag voor dosering en duur. Wanneer ik de voorgeschreven medikatie rationeel vind, en de indruk heb dat deze werkzaam is (wat pas na weken blijkt, en nooit zeker is) dan is mijn vuistregel om het middel een half jaar te blijven verstrekken en dan te staken. Als er eerder veel klachten van bijwerkingen komen beschouw ik dat als een gunstig teken en een aanwijzing dat de dosering verlaagd moet worden, omdat de biochemie weer op peil komt. Volgens zulke overwegingen heb ik bij 20 patiënten een rationele medikatie voorgeschreven of voortgezet; bij 19 mensen, die de merkwaardigste pillen kregen, heb ik de medikatie meestal afgebouwd, of soms op een beetje irrationele manier voortgezet, als een soort kompromis met de - dan wel lastige - patiënt, voor een zekere periode.

II.4 Uit de groep afgesloten behandelingen heb ik die groep uitgesplitst van mensen die langer dan één jaar klachten hebben van depressieve aard. Dit blijken 11 patiënten te zijn. Vier mensen zijn genezen ontslagen uit behandeling - ze hadden hun klachten resp. 5,5,2 en 1 jaar (gemiddeld 4,1 jr). De overige 7 zijn onbevredigend afgesloten (dwz 3 doorverwezen, 3 weggebleven; bij 1 was de huisarts tegen de verwijzing die door een andere specialist was geregeld.) - ze hadden hun klachten resp. 15,10,5,5,4,4,2 jaar (gemiddeld 6,5 jr). Daarentegen is 90% van de patiënten met depr. klachten minder dan een jaar voor de verwijzing ontstaan, bevredigend of genezen ontslagen.

II.5 Tenslotte heb ik uit de afgesloten behandelingen een splitsing gemaakt in ZKT* = hooguit vier kontakten, tegenover de behandelingen van meer dan vier kontakten. Vrijwel alle uitvallers blijken dan na het eerste of na het tweede gesprek op te treden; uitvallers met flops samen bedraagt 50%, wat in mijn ogen een snelle schifting is, want het mislukkingenpercentage bij vijf tot 12 gesprekken is slechts 11%. Omgekeerd kan men zich ook verwonderen dat er een succespercentage van 50% is in hooguit vier gesprekken, ja zelfs in hooguit twee gesprekken.

Het gemiddelde van de ZKT's is twee gesprekken, het gemiddelde van de overige is 7,5 (in gemiddelde frekwentie van 1 gesprek in de 3,5 we. Het totale gemiddelde is 3,5 gesprek per patiënt in ruim 3 maanden. (N.B. een groot aantal van de 71 therapieën loopt momenteel nog)

III. Hoofdstuk III Direktieve technieken en een Model

.1 De lezer van dit Tijdschrift zal er niet van opkijken dat de therapeut zich niet schroomt symptoomgericht te behandelen en behoeft er evenmin nogmaals op te worden geattendeerd dat een dergelijke behandelingswijze door patiënt en therapeut als zeer bevredigend wordt ervaren, enige druiloren daargelaten. Tussen het 'overhoren' van het oude huiswerk en het formuleren van het nieuwe is er trouwens alle gelegenheid om aandacht te schenken aan al die zaken die psychotherapie nog meer de moeite waard maken (verg. Van Dijck & Oudshoorn elders in dit nummer).

Achtereenvolgens zal hier worden behandeld:

- a- mogelijkheden om klachten en symptomen te herformuleren
- b- specifieke aanpak van uitputtingsverschijnselen, vermoeidheid e.d.
- c- specifieke aanpak van overprikkelingsverschijnselen, agitatie e.d.
- d- specifieke aanpak van slaapstoornissen
- e- varia o.a. wat via partner, gezin en werkgever kan worden gedaan.

.2 Herformuleren van klachten en symptomen

Zoals reeds in I.2 is vermeld is het kenmerkend voor een depressief iemand dat hij een negatief beeld heeft van zichzelf, zijn omgeving en zijn toekomst.

* Zeer Korte Therapie; zie TDT 3, 8 aug 76 p.40 D.N.Oudshoorn

Ze schamen zich en gaan vaak gebukt onder het idee dat niemand kan begrijpen wat ze voelen, wat er aan de hand is. 'Ik wou maar dat ik een been gebroken had in plaats van dit; want dan konden ze het zien.' De eerste taak van een therapeut is het dan ook de patiënt duidelijk te maken dat hij heel goed weet wat er in de patiënt omgaat en wat er aan de hand is.

Ze schamen zich en tobben en piekeren over duizend verschillende dingen, en een werkzame interventie is al de eenvoudige opmerking dat die gedachten gewoon bij een depressie horen.

Ze kunnen ook met een 'verklaring' aankomen zoals dat de oorzaak een abortus is van vijf jaar geleden (als de depressie een paar weken of maanden oud is). Ook kan er opzettelijk een andere verklaring gegeven worden i.p.v. de meer wezenlijke (bv de 'oorzaak' is een aantal proefexcisies uit de borst, i.p.v. de stelselmatige buitenechtelijke avontuurtjes van de man. De therapeut kan bv zeggen dat vele factoren samen tot een depressie kunnen leiden en dat we die verder moeten onderzoeken om daar de behandeling op af te stemmen.

Depressieve mensen neigen tot 'inktvlakdenken', of te wel zwartgallig generaliseren. De therapeut kan dit prinsiepe gemakkelijk uitleggen als 'behorende' bij een depressie en dan suksessievelijk gaan proberen te pinpointen om van 'ik zie het allemaal niet meer zitten' bv terecht te komen bij 'ik ben bang mijn baan kwijt te raken'. Het oriënterend vragen naar het funktioneren op verschillende levensgebieden en in verschillende levensfasen helpt ook in die richting. Veel depressieve klachten treden op in overgangsfasen, m.n. kort voor of na 'ttrouwen kort na het eerste en na het tweede kind, als de jongste het huis verlaat enz. Door het in die richting te benoemen, door het 'begrijpelijk' te noemen dat hij of zij 'het op dit moment niet geheel overziet' en door het formuleren van een aantal bij de fase passende geijkte vragen en problemen, kan er meestal een gesprekje van twintig minuten volgen over allerlei problemen waarmee de patiënt zich gekonfronteerd ziet. Het is gebruikelijk dat de betrokkene daarna weer terugvalt op zijn klachten, en daar dient de therapeut hem dan soepel in te volgen. Voortaan zal hij afwisselend het symptoomgerichte en het probleemgerichte klavier bespelen.

Ik zie veel mannen, stereotype zeer harde werkers, nauwgezet tot in het dwangmatige, altijd op te trommelen voor overwerk of extra taken,

die na geruime tijd allerlei waarschuwingssignalen in de wind te hebben geslagen tenslotte falikant instorten. Vaak is nog een precipiterende faktor een ruzie met een dochter, of echtgenote, een enkele maal een griepje of een vermageringsdieet. Schaamte en insufficiëntiegevoelens zijn vanzelfsprekend navenant sterk als hun streefnivo hoog is. Het is niet moeilijk hun depressieve toestand te verklaren als voortvloeiende van uitstekende karaktereigenschappen om dan een plan de campagne op te stellen om deze 'uitputtingsdepressie' te genezen, maar ^{ik}waarschuw wel dat het vele maanden duurt. Daarna pleegt men wel de behandelingsmethode, maar niet de toestand als zodanig te willen aksepteren; de therapeut legt dan uit dat pas vooruitgang zal worden geboekt wanneer de patiënt zich bij zijn instorting heeft neergelegd.

Het is in het algemeen goed het optreden van het syndroom ergens aan te verbinden, en het is evenzeer goed het feit dat de betrokkene is ingestort positief te labelen. Dit geldt voor vrijwel alle depressieve toestanden. Met name met behulp van de levensloop en de verschillende fasen is gemakkelijk te verduidelijken dat bepaalde problemen tot dusverre zijn blijven liggen en daarom in deze fase wel de kop moesten opsteken als teken dat ze om oplossing vragen - en dat kan dan worden voortgezet in alle in dit tijdschrift reeds beschreven behandelingsstrategieën en technieken. Maar ook de haast banale opmerking dat iedereen in zijn leven op zijn minst eenmaal een bepaalde crisis of inzinking meemaakt, en dat je die dan maar beter nu kan hebben dan later, en dat het er alleen maar om gaat het goed aan te pakken zodat je er beter uit te voorschijn komt dan je er indook, werkt goed. Hieraan wordt dan direkt een probleemanalyse gekoppeld, gevolgd door een aantal doelstellingen.

Helaas gaat het niet altijd direkt van een leien dakje, en dat kan zijn ofwel omdat de patiënt te diep in de put zit (waarbij de therapeut zich dient af te vragen of ambulante therapie mogelijk en verantwoord is), dan wel omdat hij te vermoeid of apaties is, of juist te geagiteerd of prikkelbaar. Hiervoor heb ik twee standaardstrategieën in mijn koker:

III.3 specifieke aanpak van uitputtingsverschijnselen, vermoeidheid e.d.

De patiënt wordt uitgelegd dat vermoeidheid en uitputting tekenen

zijn van een slechte lichamelijke en psychiese konditie, en dat we eerst de eerste moeten aanpakken voor we aan de tweede kunnen gaan werken. 'Eventueel moeten we zelfs proberen om geestelijke vermoeidheid te vervangen door lichamelijke, want dan weet je tenminste waarvan je moe bent.' Daarna wordt er een nauwkeurig trainingsschema op maat gesneden voor de betrokkene, waarbij uitgangspunt is dat in elke training wel een graad van vermoeidheid moet worden bereikt, maar nooit tot uitputting toe mag worden doorgegaan, en dat de marge daartussen bij hun speciaal smal is. Tweede uitgangspunt is dat inspanning moet worden gevolgd door goede rust (variërend per persoon van 2x tot 3x de duur van de inspanning), en dat er veel aandacht aan optimale voeding moet worden geschonken. Zo mogelijk wordt er een weekje Drente o.i.d. in het schema ingelast, om in een andere omgeving te trainen, niet om erheen te gaan met de illusie dat de depressieve klachten op zich zullen verbeteren. (Dit geschiedt in sommige gevallen wel, maar nog iets vaker niét)

In de praktijk gaat het meestal om fietsen, wandelen, trimbaan en zwembad. De therapeut heeft er veel voordeel van dat hij jarenlang roeicoach is geweest.

Een dergelijk programma heb ik bij cirka 18 personen toegepast, met redelijk tot uitstekend resultaat. Het mes snijdt uiteraard aan twee kanten: 1- wordt er letterlijk iets aan de lichamelijke konditie gedaan en 2- heeft het een aktiverende en suggestieve werking.

In bepaalde gevallen moet er eerst een fase aan vooraf gaan waarin de hierna te beschrijven techniek moet worden toegepast. (5 v.d18) :

III.4

specifieke aanpak van overprikkelingsverschijnselen, agitatie e.d.

Al of niet gekombineerd met bepaalde medikamenten wordt de patiënt een tot twee weken strenge bedrust voorgeschreven, met een zo ver mogelijke deprivatie van (aangename en storende) prikkels. De ega mag slechts heerlijk voedsel en bekertjes warme melk aandragen, maar behalve de Donald Duck geen lektuur, geen radio/TV, geen bezoek. Eventueel wel een uurtje wandelen en dan weer in bed. Soms, als de patiënt regressief = kinderlijk gedrag vertoont, wordt dit aangemoedigd en wordt de ega aangespoord zich als moeder te gedragen van haar kleine kindje. (Het spreekt voor zich dat hier ook háár gedrag wordt voorgeschreven.)

Bij een tweeweken durende kuur wordt na een week telefonies verslag door de patiënt zelf uitgebracht. Klinkt er reeds enige rust en verveling in zijn verhaal door dan wordt er een kleine verruiming van zijn bewegingsvrijheid toegestaan, anders gaat het program onverbiddelijk door. Daarna is de patiënt het echt wel beu; schuwde hij eerst bezoek of kon hij van niemand meer iets velen, of had hij totaal nergens zin in, nu verlangt hij regelrecht naar zulke zaken, wat natuurlijk een veel prettiger vertrekpunt voor verdere direktieve therapie is. Bij deze techniek moet de therapeut overigens wel stevig in zijn schoenen staan, vooral als de patiënt in eerste instantie nog depressiever wordt! De auteur schroomt zich in zo'n geval niet dat een positief teken te noemen...

De motivatietechniek voor deze techniek is m.i. kongruent omdat hij uitlegt dat het om overprikkeling gaat, die alleen door deprivatie van prikkels kan worden genezen. Soms zou men het als symptoomvoorschrijven kunnen boeken, maar dat geschiedt vooral dan, wanneer er een duidelijke strijd door de patiënt wordt aangegaan, die de therapeut slechts kan pareren door er een schepje bovenop te doen.

Een bijzondere motivatietechniek die additioneel door de auteur wordt gebezigd is de volgende: 'U vecht alsmaar tegen uw depressie (of inzinking) maar zonder resultaat. U wordt er alleen maar verder door uitgeput. U zult zich er eerst bij moeten neerleggen. Pas daarna kunt u er op de goede manier uw energie voor inzetten.' Ook gebruikt de therapeut graag het beeld van eb en vloed, waar je niet tegen moet ingaan. 'Je kunt beter afwachten tot je voelt dat het tij keert, dan heb je meer sukses.'

Bij angstige of gespannen mensen en licht geagiteerde mensen is vaak ontspanningstraining toegepast (gemodificeerde Jacobson), en wel in elf gevallen. Soms is de patiënt Yoga aangeraden, meestal in een laatste fase van de behandeling.

III.5 Specifieke aanpak van slaapstoornissen

Wanneer een huisarts slaapmiddelen heeft voorgeschreven worden die door de therapeut gestaakt. Altijd. Wanneer antidepressiva worden gebruikt, kan de hoofddosis, of de gehele dosis eventueel twee uur voor het slapengaan worden genuttigd. (De antidepressieve werking blijft gelijk en de bijwerkingen treden vooral in de slaap op; bijkomstig wordt de slaap een beetje bevorderd.)

Een depressieve patiënt heeft bijna qualitate qua de neiging om te vroeg naar bed te gaan. Bovendien pleegt hij overdag ook nogal weinig actief te zijn en veel te dommelen ofzo. De therapeut bespreekt dit en legt uit dat het geen wonder is dat hij over zijn nachtrust klaagt. Gedachtig de gegevens van v.d. Hoofdakker legt hij uit dat zijn/haar slaapbehoefte-'dat is de behoefte die uw lichaam heeft aan slaap'- korter is dan hij gedacht heeft. Omstreeks twintig jaar oud stelt de therapeut die op gemiddeld 7 uur, omstreeks de veertig jaar op 6 uur netto per nacht. (In het weekeind mag er een uur of twee aan worden vastgebreed, naar behoefte.) Welnu, daarop wordt dan gemikt. Dit betekent dat de betrokkene meestal uren later naar bed gaat dan hij placht te doen. Slaapt hij dan niet binnen de gewenste tijd (meestal $\frac{3}{4}$ uur) dan wordt er aan 'slaaptraining' gedaan. Daarvoor zijn er drie mogelijkheden:

- 1- de strenge Erickson: 'Slaapt u niet op het gewenste tijdstip, dan staat u op, kleedt u zich aan en gaat u de rest van de nacht en de gehele volgende nacht dat en dat ('onaangename maar nuttige') karwei uitvoeren. Na 7 uur sochtends mag nimmer worden geslapen of getukt.
- 2- de lichte Erickson. 'Slaapt u niet op het gewenste tijdstip dan staat u op, kleedt u zich aan en verricht u gedurende één (of twee) uur dat en dat karwei. Dan kunt u weer naar bed gaan en afwachten of u in slaap valt. Slaapt u nog niet na $\frac{3}{4}$ uur dan staat u weer op enzovoort'.
- 3- Tussenvormen. Bv klaagt iemand dat hij al om vier uur wakker wordt. Dan dient hij de rest van de nacht op te blijven en dat karwei uit te voeren.

Uitvoerig wordt van te voren een passend karwei uitgezocht. . In de praktijk is het vaak gunstiger de patiënt twee varianten van slaaptraining voor te stellen en hem te laten kiezen uit de 'drasties die snel werkt en de minder drastiese die pas na enige tijd sukses kan hebben'.

Het resultaat kan tweërlei zijn: ofwel de patiënt doet het inderdaad en dan slaapt hij daarna meestal zonder problemen; of hij ziet er al bij voorbaat vanaf en... slaapt meestal ook veel beter, naar later blijkt.

Overigens heeft de auteur de indruk dat de in de eerste alinea van deze pagina beschreven algemene regels belangrijker zijn dan de Ericksontraining.

III.6 Varia. Wat via partner, gezin en werkgever kan worden gedaan.

Vanzelfsprekend past de therapeut in de meeste gevallen op de een of andere manier echtpaarrelatietherapie of gezinsterapie toe, eventueel nadat er een eerste behandelingsfase met een van bovengenoemde technieken is geweest. Veelal komt het neer op beter communiceren. In concreto betekende dat vaak iets van 'leren je te uiten tegen je ega', 'leren spuien', soms een gefractioneerd ruzieadvies. Eenmaal het advies om niet te luisteren naar verhalen over sterfgevallen door een oude moeder ('Oost-Indiese Oorproppen') en soms seksterapie; daarnaast nog allerlei andere algemene of bijzondere benaderingen.

Was de partner er niet bij, dan werd in tamelijk resistente gevallen nogal eens aan symptoomvoorschrijven, al of niet samengaan met een paradigmatische aanpak, gedaan. Op den duur werd naar bv verschuiving naar de middag toegewerkt van de depressie.

Ook het bekende brievenadvies of het drie-brieven-advies werd nogal eens gegeven. Meestal werkt het wel. Er moet wel enige weerstand worden overwonnen.

Wat de werkgever betreft, depressieve aangemelde patiënten zijn nogal vaak in de ziektewet, of eventueel zelfs de WAO. Er wordt, zo dat enigszins mogelijk is, een termijn gesteld voor werkhervatting, welke eventueel ook aan de Controllerend Arts wordt doorgegeven. Slechts eenmaal werd dit niet direkt geaksepteed, na overleg alsnog wel. Tegen de tijd dat werkhervatting aanstaande is wordt overleg met de personeelschef o.i.d. voorbereid. Dwz de patiënt zal dat overleg gaan voeren, over betere werkomstandigheden, minder overwerk, ander werk enz. De therapeut kiest de termijn liefst iets te ruim dan te krap en heeft liever dat de patiënt staat te trappelen om aan het werk te gaan, dan dat hij ertoe moet worden overgehaald. Maar in enkele gevallen, wanneer hij het intuïtieve gevoel heeft van 'nou moet hij over de drempel heengeduwde worden' geeft hij een krachtige duw. Dat kan wel eens misgegokt zijn.

AANMELDING

AMBLUANTE
TERAPIE
MOGELYK?

NEE

OPNAME

JA

IS PATIËNT
VOORAL SYMPTOOM
GERICHT?

NEE

PROBLEEMGERICHT

JA

IS MEDIKATIE
AANGEWEZEN?

JA

LET OP
SYNDROMEN

NEE

SPECIFIEKE
SYMPTOOME
RICHTEN DT

HUISVESTING
WERK
HOBBIES

uitzoeken
wat voor verbe-
tering vatbaar is.

RELATIES
Gezin VRIEND
FAMILIE kenniss

relatetherapie
Kommunikatieverbet.
Beeldtherapie/extinctie
Afnavelen

IV

Slotopmerking

Dit is een eerste aanzet voor een meer definitief artikel, met als oogmerk te horen wat de mederedakteuren willen bekrachtigen en wat ze zouden willen uitdoven.

Hiermee hoop ik ook enige slordigheden te hebben verontschuldigd.

Referenties

Hoofdakker, R.H. : Een pil voor Doornroosje. (verg p 99)
 Essays over een wetenschappelijke psychiatrie.v.Gennep Adam 1976

Lewinssohn, Peter M., :Clinical and Theoretical Aspects of
 Depression: ⁱⁿ Innovative Treatment Methods in Psychopathology
 Edited by Calhoun, K.S. et al. John Wiley & Sons New York 1974

Oudshoorn, D.N. Zeer korte Therapie TDT 3,8(aug 76) p40

Praag, H.M. van, Psychopharmaca

Kees Hoogduin,
januari 1978

1. Inleiding

Een probleem dat zich uitstekend met behulp van de zelfcontrole-procedure laat oplossen, is het niet meer kunnen studeren (vgl. Moor & Orlemans, 1972; Golddiamond, 1973; Thoresen & Mahoney, 1974). Een van de grote problemen bij het toepassen van deze techniek is een goede zelf-monitoring (vgl. Johnson & White, 1971). In het onderstaande wordt naast een beschrijving van de zelfcontrole-procedure een eenvoudige oplossing voor het zelf-registratie probleem gegeven.

2. De zelfcontrole-procedure

Eerder in dit tijdschrift werd een aantal factoren genoemd waarom behandelingen volgens het principe van de zelfcontrole in een aantal gevallen te overwegen is (Hoogduin, 1977). Een van deze factoren is dat de cliënt zich een bepaalde manier van problemen oplossen aanleert die ook bruikbaar is bij zijn verdere studie of in zijn toekomstige werksituatie.

De zelfcontrole-procedure bestaat uit:

- 1. Het plannen van de omgeving (stimulus control).
- 2. De gedragsprogrammering.

2.1 De planning van de omgeving

Voordat de behandeling start, dient er een "studieplaats" geregeld te worden waar alleen maar gestudeerd wordt. Het bureau wordt opgeruimd; de benodigde boeken en dictaten worden klaargelegd. Onder het motto "Aan je bureau studeer je" wordt de cliënt verboden aan de studeertafel andere zaken te doen dan studeren. Bovendien zal hij op geen andere plaats studeren (Golddiamond, 1973).

2.2 De gedragsprogrammering

Hierbij worden consequenties verbonden aan reeds plaatsge-

vonden gedrag. Zelfobservatie waarbij de studie geregistreerd wordt en grafisch wordt weergegeven, wordt gevolgd door zelfevaluatie en zelfbekrachtiging, bekrachtiging door de therapeut en later door sociale bekrachtiging door opleiders, familie en/of gezinsleden.

Goed studeren heeft in het halen van examens e.d. een aantal sterke - weliswaar op langere termijn verkregen - bekrachtigingen. Met behulp van positieve zelfbeloning - bijvoorbeeld na een bepaald aantal uren studie - kan er een bepaald gedrag uitgevoerd worden (naar een film gaan, t.v. kijken, een goede sigaar opsteken).

Ook is het mogelijk op iedere niet geprogrammeerde studieonderbreking een negatieve zelfbestrafing te laten uitvoeren, bijvoorbeeld motorische inspanning, huishoudelijk werk.

3. De zelfmonitoring

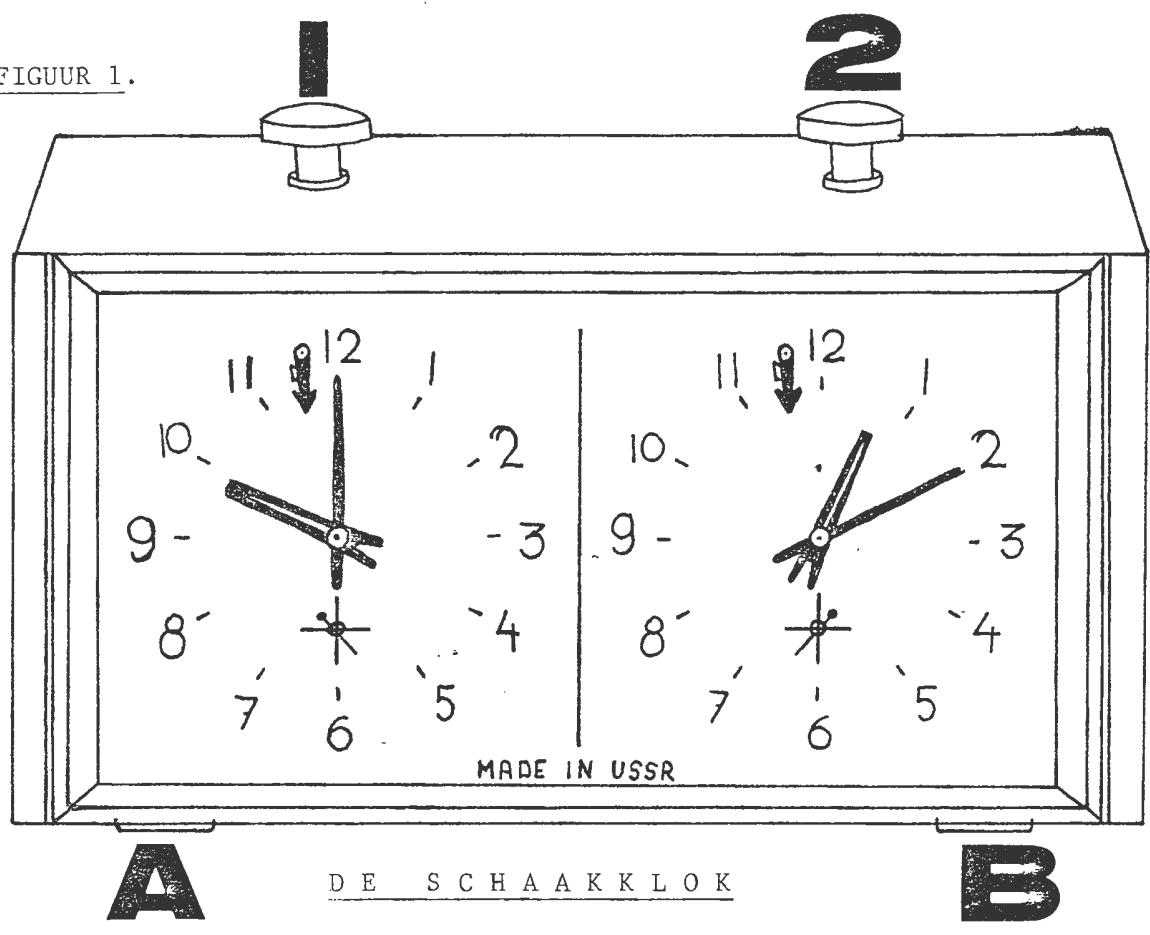
Zoals eerder vermeld, is het goed registreren van studeren een probleem. Een uitgangspunt kan zijn: pagina's van boeken of uittreksels van een puntenwaardering te voorzien en dit grafisch weer te geven (Johnson & White, 1971).

De schaakklok nu biedt ons een goed hulpmiddel om tot een juiste registratie van de zuivere studietijd te komen.

De schaakklok (zie figuur 1.) bestaat uit twee uurwerken waarvan er maar één tegelijk kan lopen. Wanneer klok A loopt, staat B stil, door een druk op de knop (1) kan wekker A tot stilstand gebracht worden. Dit heeft tot onmiddellijk gevolg dat klok B gaat lopen. Wanneer nu weer knopje 2 ingedrukt wordt, gaat wekker A weer lopen en staat wekker B stil.

Bij de monitoring van de studietijd worden beide klokken op een arbitrair tijdstip, bijvoorbeeld 12 uur, gezet. De linker klok loopt alleen wanneer er echt gestudeerd wordt. Zodra de aandacht verslapt, wordt knop 1 ingedrukt en gaat de registratie in van de tijd die verstrijkt met niet studeren. Als er vervolgens opnieuw gestudeerd wordt, wordt knop 2 ingedrukt en vindt de studieregistratie weer plaats, etc. Aan het einde van de dag kan op beide klokken respectievelijk studietijd en niet-studietijd worden afgelezen. Deze twee grootheden dienen vervolgens grafisch weergegeven te worden.

FIGUUR 1.



Deze methode is ook goed bruikbaar bij iemand die zegt in het geheel niet tot studeren te komen. Immers na de fase van de stimuluscontrol gaat hij zitten, doet een boek open en drukt op de knop. Na het lezen van één of twee regels zal hij besluiten dat het niet gaat. Edoch, de schaakklok heeft onverbiddeijk enige seconden weggetikt en hoe hard cliënt ook volhoudt niet te kunnen studeren, na een dag van proberen kunnen enige seconden tot minuten studietijd geregistreerd worden. Niet kunnen studeren, kan dan geherformuleerd worden tot nog zeer weinig studeren en met belangstelling kan naar de resultaten van de volgende dag uitgezien worden.

4. Slot

De zelfregistratie is bij de behandeling van een studieprobleem van grote betekenis. Johnson & White (1971) toonden aan dat een goede zelfregistratie alleen al tot verbetering van studieresultaten leiden. De schaakklok biedt de mogelijkheid om tot een goede registratie te komen en betekent aldus een belangrijke steun bij de toepassing van de zelfcontrole-techniek bij studieproblemen.

Referenties

- Golddiamond, J. (1973) Selfcontrol procedure in personal behavior problems,
in: Behavior change through self-control,
ed. M.R. Goldfried & M. Merbaum,
Holt, Rinehart & Winston, New York
- Hoogduin, C.A.L. (1977) Een zelfcontrole procedure toegepast bij een vrouw met eetaanvalleff en adipositas,
T.D.T. 4 (3), 38
- Johnson, S.M. & J. White (1971)
Self-observation as an agent of behavioral change,
Behavioral Therapy 2, 488 - 497
- Moor, W. de & J.W.G. Orlemans (1972)
Inleiding tot de gedragstherapie,
Van Loghum Slaterus, Deventer
- Thoresen, C.E. & M.J. Mahoney (1974)
Behavioral self-control,
Holt, Rinehart & Winston, New York